

Van risicotaxatie naar risicohantering: indicatiestelling bij forensisch- psychiatrische patiënten

C. de Ruiter en M. Hildebrand

Inleiding

Wanneer een forensisch psycholoog of psychiater een indicatievraag moet beantwoorden is dit meestal bij de start van een forensisch-psychiatrische behandeling, bijvoorbeeld in het kader van een terbeschikkingstelling of een poliklinische forensische interventie. Het kan echter ook voorkomen dat de strafrechter vraagt om een advies over de meest wenselijke straf of maatregel, c.q. behandeling, in het kader van een onderzoek naar de geestesvermogens en de toerekeningsvatbaarheid van een verdachte. De indicatie wordt dan meestal vrij globaal geformuleerd, bijvoorbeeld in termen van TBS met dwangverpleging, TBS met voorwaarden, en dergelijke. Ook een forensisch psycholoog of psychiater die werkzaam is binnen een penitentiaire inrichting kan gevraagd worden een indicatie te formuleren voor een gedetineerde die last heeft van psychische klachten.

Het doel van de meeste interventies binnen een forensische context is het verminderen van het recidiverisico van een onderzochte, zodat een verantwoorde terugkeer naar de samenleving mogelijk wordt. Dit doel is duidelijk anders dan het doel van interventies in een algemene klinische context: daar staat de afname van psychische klachten, vergroting van welbevinden en de kwaliteit van leven centraal. Voor de meeste gedragskundigen die binnen een forensische setting gaan werken is deze andere doelstelling even wettelijk. De indicaties dienen voornamelijk gesteld te worden op basis van de risicotaxatie. Als een cliënt een lage zelfwaardering heeft, maar dit kenmerk heeft geen relatie met het gepleegde delict en met het risico van toekomstige delicten, dan is vergroting van de zelfwaardering geen goede behandelindicatie. Maar indicaties gericht op de verandering van dynamische risicofactoren als impulsiviteit, vijandigheid en egoïsme kunnen een belangrijk onderdeel zijn van forensische behandelinterventies.

Relatie tussen risicotaxatie en vereist beveiligingsniveau

Het recidiverisico, zoals vastgesteld met behulp van gestructureerde risicotaxatie-instrumenten, zoals de HCR-20 en de SVR-20, wordt bepaald door drie typen risicofactoren: statische factoren, zoals de criminele voorgeschiedenis; dynamische, in principe veranderbare factoren als het klinische beeld, en situationele of contextfactoren, zoals het sociale steunnetwerk en psychosociale stress (zie hoofdstuk 1 van dit boek). Het eindoordeel over het recidiverisico wordt gevormd op basis van een analyse van de risicofactoren die in het betreffende instrument opgenomen zijn, met speciale aandacht voor hun eventuele onderlinge interactie. Dit risicotaxatie-oordeel valt uiteen in drie categorieën: laag, matig en hoog. Veel mensen denken dat dit een te grove categorisering is, maar uit een aantal studies is inmiddels gebleken dat dit categoriale oordeel een significant betere voorspeller is van gewelddadige recidive dan een eenvoudige numerieke optelling van de risicofactoren van de HCR-20 (Douglas, Ogloff & Hart, 2003; De Vogel & De Ruiter, ter publicatie aangeboden; De Vogel, De Ruiter, Hildebrand, Bos & Van de Ven, 2004). Bovendien blijkt uit onderzoek over risicocommunicatie dat een categoriale wijze van rapporteren over recidiverisico de voorkeur heeft van gedragsdeskundigen en rechters die de risico-inschattingen gebruiken voor het nemen van beslissingen (Heilbrun, Philipson, Berman & Warren, 1999; Hilton & Simmons, 2001).

In vergelijking met het ongestructureerde klinische oordeel heeft het oordeel op basis van de HCR-20 een significant hogere predictieve waarde. In tabel 2-1 is dit goed te zien: van een groep terbeschikkinggestelden die was ontslagen uit een TBS-kliniek, recidiveerde in totaal 36%. Door de categorisering in laag, matig en hoog recidiverisico op basis van de HCR-20 blijkt zeer goed te voorspellen welke patiënten zullen recidiveren met een nieuw geweldsdelict: 0% van de patiënten met een eindoordeel 'laag risico' recidiveerde, 15% met een eindoordeel 'matig' en 62% van de patiënten met een eindoordeel 'hoog'.

Er bestaan in Nederland op dit moment geen richtlijnen waarin handvatten worden gegeven voor het leggen van een relatie tussen het ingeschatte risiconiveau en het vereiste beveiligingsniveau voor een forensische patiënt. Bovendien kunnen forensische patiënten onder een groot aantal verschillende justitiële titels in beveiligde settings behandeld worden. Wat betreft het strafrecht zijn dat bijvoorbeeld: TBS met bevel tot verpleging; TBS met voorwaarden; PIJ-maatregel (plaat-sing in een inrichting voor jeugdigen); bijzondere voorwaarden bij voorwaarde-lijk strafdeel; schorsing preventieve hechtenis met bijzondere voorwaarden.

Tabel 2-1 Relatie geweldsrecidive en HCR-20-eindoordeel.

HCR-20 eindoordeel	aantal recidivisten	percentage recidivisten	aantal patiënten
laag	0	0	14
matig	7	15%	47
hoog	36	62%	58
	43	36%	119

Gebaseerd op: De Vogel, De Ruiter, Hildebrand, Bos & Van de Ven (2004).

Bijzondere voorwaarden kunnen zijn: verplicht reclasseringstoezicht of verplichte behandeling in een forensische polikliniek. Ook onder civielrechtelijke wetgeving kunnen forensische patiënten worden opgenomen, bijvoorbeeld met een Inbewaringstelling (IBS), Rechterlijke machtiging (RM) of Voorwaardelijke machtiging.

Forensisch-psychiatrische zorg is gericht op vermindering van het recidiverisico en omvat dus mede het begrip beveiliging. Beveiliging is dat aspect van de forensisch-psychiatrische zorg dat gericht is op risicoreductie, nu en in de toekomst. Deze beveiliging of risicohantering (*risk management*) kan bereikt worden door bewaking of materiële beveiliging, maar ook door behandeling, begeleiding of toezicht gericht op risicoreductie. Het eindoordeel over het risiconiveau is een samenvatting van het recidiverisico op een aantal dimensies:

- 1 kans (waarschijnlijkheid) dat het delict opnieuw zal optreden;
- 2 ernst van het delict;
- 3 frequentie waarmee het delict zal optreden;
- 4 snelheid (bijvoorbeeld in een verlofsituatie) waarmee het delict zal optreden;
- 5 toegankelijkheid en aard van potentiële slachtoffers.

Het is dus mogelijk dat het eindoordeel 'hoog risico' gegeven wordt, ook in een geval waarin er maar een geringe kans is op een zeer ernstig (lethaal) delict. Omgekeerd kan ook een risicotaxatie 'matig' gegeven worden bij een partnermishandelaar die weliswaar frequent, maar slechts milde vormen van geweld gebruikt tegen zijn vrouw.

De bevindingen in tabel 2-1 laten zien dat van de groep patiënten met een als laag ingeschat recidiverisico niemand recidiveerde met een nieuw geweldsdelict binnen een periode van circa 8 jaar na vertrek uit de TBS-kliniek. Voor deze groep is terugkeer naar een zelfstandig bestaan in de maatschappij dus een verantwoorde beslissing geweest. De categorie hoog risico, daarentegen, is in meerderheid teruggevallen in ernstig delictgedrag, en deze groep patiënten dient dan ook in een beveiligde setting te zijn opgenomen. Die beveiliging kan bestaan in dikke muren en een hoog hek met prikkeldraad, maar ook in intensieve vormen van begeleiding. Afhankelijk van het ingeschatte vluchtgevaar zijn bij de patiënten uit de categorie 'hoog' wel of geen begeleide verloven verantwoord. Voor de categorie patiënten met een als matig ingeschat recidiverisico is het gewenste beveiligingsniveau nog het lastigst te bepalen. Vaak zijn onbegeleide verloven in het kader van een resocialisatietraject, transmuraal wonen of ambulante forensische behandeling c.q. toezicht verantwoord. Het recidiverisico dient vooral bij groepen patiënten die al een aantal vrijheden genieten (de categorieën laag en matig) voortdurend gemonitord te worden, omdat de dynamische risicofactoren en de contextfactoren gemakkelijk kunnen fluctueren. In het algemeen wordt dan ook geadviseerd om risicotaxaties minstens ieder half jaar tijdens de looptijd van een juridische maatregel te herhalen (Philipse, De Ruiter, Hildebrand & Bouman, 2000).

De rol van *recidive base rates*

Base rates van recidive voor verschillende typen delinquenten zijn nuttige infor-

matie bij het uitvoeren van risicotaxaties. Helaas zijn nergens in de literatuur gemakkelijk hanteerbare tabellen met exacte cijfers van *base rates* van recidive voorhanden. De forensische professional die een risicotaxatie moet verrichten moet het doen met bevindingen uit losse studies, en daaruit een globale indruk ontwikkelen over *base rates* van recidive. Het bepalen van werkelijke *base rates* is namelijk vrijwel onmogelijk. De groep forensisch-psychiatrische patiënten beweegt zich in en uit sectoren als het strafrechtstelsel, de GGZ, de verslavingszorg en de maatschappelijke opvang, en van lang niet alle geweldsincidenten wordt aangifte gedaan (Webster & Hucker, 2003).

Webster en Hucker (2003) beschrijven vier belangrijke studies die informatie bevatten over *base rates* van gewelddadige recidive bij verschillende categorieën delinquenten. Twee hebben betrekking op (forensisch-)psychiatrische patiënten en die zullen we hier bespreken. Harris, Rice, en Cormier (1993) deden een follow-up-studie (7 en 10 jaar na ontslag) bij 600 mannelijke geweldsdelinquenten die opgenomen waren geweest op de *high security*-afdeling van Penetanguishene Mental Health Center in Ontario, Canada. De *base rate* van gewelddadige recidive was 31%. De Hare Psychopathy Checklist (PCL, zie hoofdstuk 1 van dit boek) was de sterkste voorspeller van recidive.

De tweede belangrijke studie is de *MacArthur Risk Assessment Study*, de eerste grote prospectieve studie naar de voorspelling van geweldsrecidive onder 1000 psychiatrische patiënten uit drie Amerikaanse steden (Pittsburgh, Worcester en Kansas City). De recidivegegevens werden gehaald uit ziekenhuis- en politiedossiers (Monahan e.a., 2001). Ook in deze studie was psychopathie, ditmaal gemeten met de PCL Screening Versie, de krachtigste voorspeller van gewelddadig gedrag. Andere belangrijke voorspellers waren kindermishandeling en middelenmisbruik. De *base rate* voor geweld was 18% voor de groep met alleen een ernstige psychiatrische symptoomstoornis zonder middelenmisbruik of -afhankelijkheid. De groep met een co-morbide stoornis gerelateerd aan middelenmisbruik had een recidive van 31%. Een derde groep met een co-morbide persoonlijkheidsstoornis met problematisch middelenmisbruik had een *base rate* van geweld van 43%. Deze bevindingen onderstrepen maar weer eens het belang van het beoordelen van risicofactoren in combinatie met elkaar, in plaats van apart.

Ook bij seksuele delinquenten zijn follow-up-studies over lange termijn naar recidive verricht. Bonta en Hanson (1995), bijvoorbeeld, vonden dat in een groep van 316 zedendelinquenten die in Canada gedetineerd waren geweest 5 jaar na ontslag 15% opnieuw veroordeeld was voor een zedendelict, na 15 jaar was dat 25%. Uit een overzichtsstudie met in totaal 4724 seksuele delinquenten uit Canada, de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk bleek dat er geen grote verschillen zijn tussen verkrachters en pedoseksuele daders qua recidivepercentage (Harris & Hanson, 2002).

Bij het beoordelen van deze recidivepercentages moeten echter drie zaken in ogenschouw genomen worden. Ten eerste is onbekend wat het werkelijke recidivepercentage is, omdat in deze studies alleen officiële veroordelingen zijn meegenomen. Juist bij zedendelicten is bekend dat het zogenaamde *dark number* groot is, omdat veel slachtoffers geen aangifte doen en veel daders uit handen van justitie blijven. Ten tweede is bekend dat veel zedendelinquenten niet recidiveren met een zedendelict, maar met een ander geweldsdelict (Hanson, 2003; Hildebrand, De Ruiter & De Vogel, 2003). Ten derde zijn er bepaalde risicofactoren die

het recidiverisico bij zedendelinquenten op nieuwe zedendelicten sterk verhogen, waardoor het recidivepercentage veel hoger uitkomt dan de 15% na 5 jaar die hierboven werd genoemd. Een deviante seksuele voorkeur, zoals blijkend uit een voorkeur voor seks met kinderen, met niet-instemmende partners en gewelddadige seks, verhoogt het risico sterk (Hildebrand e.a., 2003). Ook persoonlijkheidsstoornissen vallend onder cluster B, waaronder begrepen psychopathie, jonge leeftijd bij het eerste zedendelict, verschillende typen zedendelicten in de voorgeschiedenis en zedendelicten met onbekende slachtoffers, verhogen het recidiverisico sterk.

Wat werkt in risicohantering?

De wetenschappelijke literatuur over effect-evaluatieonderzoek bij forensisch-psychiatrische patiënten is bijzonder schaars. Aan het begin van de jaren negentig van de vorige eeuw constateerden Dolan en Coid (1993) al dat effect-evaluatieonderzoek bij forensische patiënten zich niet alleen diende te richten op het meten van criminele recidive, maar ook op het meten van verandering in risicofactoren die relevant zijn in relatie met recidive. Net als in het buitenland is effectonderzoek in de forensische psychiatrie in Nederland veelal beperkt gebleven tot recidiveonderzoek (Leuw, 1995, 1999). In dit soort onderzoek wordt beschreven hoeveel van de terbeschikkinggestelden gedurende een bepaalde follow-up-periode (bijvoorbeeld 8 jaar na ontslag) opnieuw een ernstig gewelds- of zedenmisdrijf plegen.

Recent is een evaluatieonderzoek naar de effectiviteit van behandeling in de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek verricht bij 87 terbeschikkinggestelden; bij de opname en na gemiddeld 21 maanden behandeling werd een uitgebreide multimethodische testbatterij afgenomen (Hildebrand, 2004). De resultaten wijzen uit dat de patiënten gemiddeld geen enkele significante verandering laten zien op 33 indicatoren voor boosheid, gebrekkige stresstolerantie, gebrek aan zelfinzicht, egocentrisme en impulsiviteit. Door het ontbreken van een controlegroep is niet eenduidig vast te stellen wat de oorzaak is van de afwezigheid van enig effect op deze dynamische risicofactoren. Het is mogelijk dat deze risicofactoren zeer moeilijk veranderbaar zijn, dat ze pas na een langere periode van behandeling veranderen of dat de geboden behandeling inadequaat was. Uiteraard is het ook mogelijk dat de gebruikte indicatoren (psychologische tests) niet gevoelig genoeg waren om verandering te meten. Daar staat tegenover dat de gebruikte tests in ander onderzoek naar het effect van psychotherapie wel veranderingen lieten zien. Effect-evaluatieonderzoek bij forensische patiënten staat, in vergelijking met hetzelfde soort onderzoek bij algemeen psychiatrische patiënten, nog in de kinderschoenen.

De auteurs van de HCR-20 hebben in 2001 een *Companion Guide* bij de HCR-20 gepubliceerd waarin voor alle dynamische risicofactoren (de C- en de R-items) suggesties voor *risk management*-interventies worden gedaan (Douglas, Webster, Hart, Eaves & Ogloff, 2001). Wij verwijzen de geïnteresseerde lezer graag naar deze publicatie (zie www.sfu.ca/psychology/groups/mhlp/) en geven hier slechts enkele voorbeelden van interventiemethoden voor een paar van de risicofactoren. Het veranderen van procriminele attitudes (C2) is een belangrijk behandel-

doel van trainingsprogramma's als *Reasoning and Rehabilitation* (Ross & Fabiano, 1985). Voor de hantering van impulsiviteit (C4) zijn elementen van Linehan's (1993) Dialectische Gedragstherapie bruikbaar. Het bieden van effectieve sociale steun staat centraal in de hantering van item R3. Daarvoor dient eerst een analyse gemaakt te worden van het type sociale steun dat ontbreekt: instrumentele steun, emotionele steun, waardering en/of informatie (Henggeler, Schoenwald, Borduin, Rowland & Cunningham, 1998). Met behulp van zo'n analyse kan dan een plan van aanpak gemaakt worden waarin ruimte is voor formele vormen van steun (bijvoorbeeld gezinstherapie om de onderlinge relaties in het gezin te verbeteren), informele steun (het totstandbrengen van contacten in de buurt zodat men elkaar kan helpen in noodsituaties) en persoonlijke steun (de betrokkene wordt lid van een sportclub om aan zijn conditie te werken en nieuwe mensen te ontmoeten).

Casus

Steven is een 27-jarige man die wegens herhaaldelijke (> 30) opzettelijke brandstichting met gevaar voor goederen en personen is veroordeeld tot 18 maanden gevangenisstraf en TBS met bevel tot verpleging van overheidswege. Hij is niet eerder veroordeeld. Steven is onlangs opgenomen in een TBS-kliniek, en wordt psychologisch onderzocht om indicaties voor de behandeling te stellen. Het uiteindelijke doel van de behandeling is het terugdringen van het recidiverisico, zodat een veilige terugkeer naar de samenleving mogelijk is.

Dossierstudie en anamnese

Steven werd na een probleemloze zwangerschap veertien dagen te vroeg geboren. Als hij een half jaar oud is krijgt hij een beknelde liesbreuk, wordt geopereerd en verblijft twee weken in het ziekenhuis. Drie maanden later krijgt hij een longontsteking. Zijn functieontwikkeling verloopt zonder problemen.

De kleuterschool en de lagere school doorloopt Steven zonder moeilijkheden. Zijn prestaties zijn gemiddeld, hij heeft veel contacten op school, vooral met de groepjes die geintjes maken. Tot zijn 15^e is hij een enthousiaste voetballer. Hij gaat naar de horecavakschool en volgt de bakkersopleiding zonder dublures. Hij gaat in een bakkerij werken en men is erg tevreden over hem. Vanaf zijn 16^e jaar drinkt hij bier en gebruikt hij hasj. Op zijn 20^e wordt hij gedwongen ontslag te nemen bij de bakkerij omdat hij geld verduisterd zou hebben. Hij gaat bij een andere bakkerij werken, maar ook daar wordt hij ontslagen vanwege diefstal, waarvan aangifte wordt gedaan. De zaak wordt geseponeerd.

In militaire dienst komen Stevens problemen met autoriteit sterk naar voren. Hij begaat veelvuldig overtredingen zoals vernieling en brandstichting, waarvoor hij voor de krijgsraad moet verschijnen. Na driekwart jaar wordt hij afgekeurd. Zijn ouders zijn erg teleurgesteld in hem. Omdat hij niet terug wil in het bakkersvak, gaat hij als magazijnmedewerker bij een groothandel werken. Zijn werkgever is tevreden over hem; hij is overal inzetbaar en altijd bereid overuren te maken. In de weekenden gaat hij uit met vrienden en drinkt hij veel bier.

Steven heeft vanaf zijn 17^e kortdurende relaties. Hij voelt zich onzeker over zijn uiterlijk en cijfert zichzelf weg in die relaties. Op zijn 22^e krijgt hij een relatie met een 18-jarig meisje, dat uit een probleemgezin komt. Na ongeveer een jaar gaan ze samenwonen, maar ze hebben veel ruzie. Tijdens een weekenduitje met vrienden in België ontmoet hij een Nederlandse vrouw op wie hij verliefd wordt. Hij kiest voor haar en verlaat zijn vriendin. Deze nieuwe relatie duurt echter maar twee maanden vanwege grote verschillen in milieu en interesses. De vrouw verlaat hem en Steven voelt zich eenzaam in zijn woning. Hij gaat veel uit en drinkt behoorlijk. Iedere keer als hij gaat drinken, gebruikt hij ook nog een tot anderhalve gram cocaïne. Zijn werk blijft hij naar tevreden-

heid doen. Tevergeefs probeert hij de relatie met zijn ex-vriendin te herstellen, maar zij vertrouwt hem niet meer.

Steven sticht in een periode van een half jaar opzettelijk een groot aantal branden, volgens eigen zeggen uit boosheid. Hij doet dit als hij na cafébezoek op weg is naar huis. Hij heeft dan veel bier gedronken en zegt dat hij geen weerstand kan bieden aan de drang tot brandstichting. Hij probeerde te vermijden brand te stichten op plaatsen waar hij kon vermoeden dat er personen aanwezig zouden zijn. Hij sticht branden in vuilcontainers, schoolgebouwen, winkels, bedrijfspanden en auto's. Uiteindelijk wordt hij op heterdaad betrapt, waarna hij tijdens het verhoor alle eerdere brandstichtingen bekent.

Klinische indrukken

Steven legt gemakkelijk contact en vertelt al in het eerste gesprek uitgebreid over zijn problemen. Hij vertelt dat hij in de gevangenis veel over zichzelf heeft nagedacht en geleerd heeft wat meer over zijn problemen te praten. Hoewel hij veel uit zichzelf vertelt maakt hij ook een enigszins gespannen indruk. Hij beschrijft zichzelf als snel gekrenkt en snel jaloers.

De brandstichtingen heeft hij volgens zichzelf gepleegd uit woede over de verlating door zijn vriendin. Hij miste haar gezelschap en vluchtte naar het café. Onderweg van het café naar huis stichtte hij in de periode na de relatiebreuk veelvuldig brand. Opvallend is dat Steven in deze periode bij niemand steun heeft gezocht.

Testonderzoek

Om inzicht te verkrijgen in de aard en ernst van de problematiek van Steven zijn de volgende tests afgenomen: SCL-90 (Symptom Checklist-90), NVM (Nederlandse Verkorte MMPI), PDQ-R (Personality Disorder Questionnaire-Revised) en ASI (Addiction Severity Index). De PDQ-R is een screeningsinstrument dat een globaal beeld geeft van de aan- of afwezigheid van persoonlijkheidspathologie. De ASI is een semi-gestructureerd interview waarmee de aard en ernst van verslavingsproblematiek vastgesteld kan worden. De ruwe scores van de SCL-90 en de NVM zijn vermeld in tabel 2-2.

SCL-90

Steven scoort in vergelijking met de normgroep poliklinische psychiatrische patiënten zeer laag op de SCL-90 totaalscore (tabel 2-2). In vergelijking met de normgroep normalen scoort hij gemiddeld op de SCL-90, waarbij alleen de subschalen 'angst', 'soma-tische klachten' en 'insufficiëntie van denken en handelen' op bovengemiddeld niveau uitkomen. Steven rapporteert dus wel enige milde spanningsklachten zoals een brok in de keel en concentratieproblemen, maar opvallend (en niet in overeenstemming met de

Tabel 2-2 Scores van Steven op de SCL-90 en NVM.

SCL-90		NVM	
<i>schaal</i>	<i>ruwe score</i>	<i>schaal</i>	<i>ruwe score</i>
angst	12	negativisme	20
agorafobie	7	somatisatie	0
depressie	19	verlegenheid	6
somatische klachten	16	psychopathologie	2
insufficiëntie van denken en handelen	14	extraversie	16
interpersoonlijke sensitiviteit	22		
hostiliteit	6		
slaapproblemen	3		
overig	10		
totaalscore	109		

Noot: SCL-90 = Symptom Checklist-90; NVM = Nederlandse Verkorte MMPI.

boosheid die uit zijn delicten blijkt) is de zeer lage score op de hostileiteitschaal. Het is mogelijk dat Steven gevoelens van boosheid ontkent; de uitkomsten uit de rest van het diagnostisch onderzoek kunnen daar wellicht uitsluitsel over geven.

NVM

Ook de scores op de NVM-schalen geven een relatief normaal beeld. Steven scoort in vergelijking met normalen laag op 'verlegenheid' en gemiddeld op 'extraversie' en 'psychopathologie'. Alleen op de negativisme-schaal heeft hij een bovengemiddelde score, wat wijst op negativisme en passief-agressief vermijdingsgedrag.

PDQ-R Steven heeft een gemengde persoonlijkheidsstoornis met antisociale en narcistische trekken.

ASI

Steven geeft aan weinig klachten gehad te hebben in de periode vóór en tijdens de delicten. Hij had geen lichamelijke of psychische klachten, geen problemen op het werk, maar over zijn sociale leven was hij niet tevreden. Vanaf zijn 16^e gebruikt Steven alcohol en softdrugs. Vanaf zijn 20^e werd dit gebruik zeer frequent (driemaal per week of vaker). Cocaïnegebruik begon toen hij 20 was en werd zeer frequent vanaf zijn 23^e. Zowel alcohol als drugs hebben volgens Steven een rol gespeeld bij de delicten. De middelen drukten zijn angsten weg en daardoor durfde hij meer. Toch vond Steven zijn middelengebruik in die periode niet problematisch.

Risicotaxatie

Volgens de HCR-20 moeten 20 risicofactoren beoordeeld worden op een drie-puntschaal: afwezig/mogelijk of in minder ernstige mate aanwezig/duidelijk aanwezig. De HCR-20 is geen psychologische test, maar een richtlijn op basis waarvan een oordeel over het delict risico wordt gevormd. Stevens HCR-20 laat het volgende beeld zien (zie tabel 2-3).

Samenvatting en beantwoording indicatievraag

Het psychodiagnostische onderzoek geeft aanwijzingen voor aanzienlijke persoonlijkheidspathologie bij Steven. Zijn lijdensdruk lijkt gering, hij is eerder geneigd tot uitagere van zijn spanningen (lage SCL-90 totaalscore, laag op 'Verlegenheid' en op 'Psychopathologie'; relatief hoge score op 'Negativisme' van de NVM). De lage lijdensdruk zou ook kunnen wijzen op een zeer defensieve antwoordtendentie bij Steven. Hiermee in tegenspraak is echter dat de PDQ-R aangeeft dat Steven voldoet aan een aantal criteria van de antisociale en de narcistische persoonlijkheidsstoornis, wat in ieder geval niet wijst op een extreem defensieve testattitude (anders zou hij deze criteria immers niet aangekruist hebben).

De belangrijkste behandeldoelen kunnen nu geformuleerd worden op basis van de uitkomsten van het totale psychodiagnostische onderzoek:

- Bewerking van de narcistische persoonlijkheidsproblematiek, bijvoorbeeld met cognitieve gedragstherapie volgens Young (1994; schema-focused therapy). Hiermee verbonden zijn ook de boze, negativistische houding, het wantrouwen, de neiging gevoelens te onderdrukken, enzovoort. De leefgroep waarin hij in de kliniek verblijft biedt vele mogelijkheden om nieuw gedrag te oefenen, een reëler zelfbeeld te ontwikkelen en zijn gevoelsleven beter te leren kennen en te hanteren.
- Aanpak van de verslavingsproblematiek (inclusief de ontkenning daarvan), bijvoorbeeld met een terugvalpreventieprogramma (Casselmann, 1996; Prochaska & DiClemente, 1994).
- Versterken van sociale en probleemoplossingsvaardigheden.
- Indien Steven een nieuwe relatie mocht krijgen: begeleiding daarbij.
- Het risico van gewelddadig gedrag is binnen de kliniek gering; daarbuiten is het nu nog hoog. Pas nadat Steven duidelijke vorderingen gemaakt heeft op bovengenoemde punten, wordt een nieuwe risicotaxatie verricht, en is verlofuitbreiding misschien aan de orde.

Tabel 2-3 HCR-20-scores van Steven.

<i>historische items</i>		
1 eerder geweld		<i>duidelijk aanwezig</i>
2 jonge leeftijd bij eerste geweld		in enige mate aanwezig
3 instabiliteit van relaties		<i>duidelijk aanwezig</i>
4 problemen in arbeidsverleden		afwezig
5 problemen met middelengebruik		<i>duidelijk aanwezig</i>
6 psychische stoornis (as I)		afwezig
7 psychopathie		in enige mate aanwezig
8 problemen in de kindertijd		in enige mate aanwezig (spijbelen, vandalisme)
9 persoonlijkheidsstoornis		<i>duidelijk aanwezig</i>
10 eerder onttrekking aan toezicht		afwezig
<i>klinische items</i>		
1 gebrek aan zelfinzicht		in enige mate aanwezig (bagatelliseren van middelenmisbruik)
2 negatieve opvattingen		<i>duidelijk aanwezig</i> (wantrouwen, negativisme)
3 actieve psychotische symptomen		afwezig
4 impulsiviteit		in enige mate aanwezig (m.n. in de delicten)
5 reageert niet op behandeling		afwezig
<i>risicohanteringsitems (context = intramuraal)</i>		
1 geringe kans dat plannen zullen slagen		afwezig (is wel gemotiveerd)
2 blootstelling aan destabiliserende factoren		afwezig (geen alcohol, drugs beschikbaar) afwezig (familie is juist erg betrokken)
3 gebrek aan persoonlijke steun		afwezig
4 werkt niet mee aan behandeling		mogelijk aanwezig (spanning van begin opname)
5 hoog niveau van ervaren stress		

Tot slot

In dit hoofdstuk is een globale schets gegeven van de specifieke mogelijkheden en onmogelijkheden van risicotaxatie en risicohantering in een forensisch kader. Risicotaxatie is nog een jonge tak van wetenschap, zeker in Nederland. Veel is niet onderzocht, waardoor het ideaal van *evidence-based practice* nogal eens vervalt tot *best practice-based evidence*. Er zijn vrijwel geen normgegevens op psychologische tests beschikbaar voor forensische populaties. De aard van het diagnostische werk in een forensisch kader, en de nog wankel wetenschappelijke basis ervan, leggen een zware verantwoordelijkheid op de diagnosticus: hij moet zo transparant mogelijk zijn in de keuze van zijn testinstrumentarium en zijn wijze van rapporteren. Meer nog dan in de algemene psychodiagnostiek geldt de norm van voorzichtige formuleringen en van de permanente noodzaak tot reflectie op het eigen werk door super- en intervisie, en bijscholing.

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 aangetoonde effectiviteit van multisystemische behandeling voor ernstig antisociaal gedrag bij adolescenten en van *anger management* bij

volwassen geweldplegers (zie De Ruiter & Veen, 2004, voor een overzicht van werkzame interventies).

Literatuur

- Bonta, J., & Hanson, R.K. (1995). *Violent recidivism of men released from prison*. Paper 103rd Annual Convention of the American Psychological Association, New York.
- Casselmann, J. (1996). *Met vallen en opstaan. Motivatiebevordering en terugvalpreventie bij alcohol- en andere drugsproblemen*. Leuven-Apeldoorn: Garant.
- Dolan, B.M., & Coid, J.W. (1993). *Psychopathic and antisocial personality disorders: Treatment and research issues*. London: Gaskell.
- 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.
- Douglas, K.S., Webster, C.D., Hart, S.D., Eaves, D., & Ogloff, J.R.P. (Eds.) (2001). *HCR-20 Violence Risk Management Companion Guide*. Simon Fraser University, Burnaby, Canada: Mental Health, Law, and Policy Institute.
- Hanson, R.K. (2003). Sex offenders. In C.D. Webster & S.J. Hucker (Eds.), *Release decision making* (p. 141-151). Hamilton, Ontario: St. Joseph's Healthcare.
- Harris, A.J.R., & Hanson, R.K. (2002). *Recidivism in sexual offenders*. Niet gepubliceerd. Solicitor General Canada.
- 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.
- Heilbrun, K., Philipson, J., Berman, L., & Warren, J. (1999). Risk communication: Clinician's reported approaches and perceived values. *Law and Human Behavior, 24*, 137-148.
- Henggeler, S.W., Schoenwald, S.K., Borduin, C.M., Rowland, M.D., & Cunningham, P.B. (1998). *Multisystemic treatment of antisocial behaviour in children and adolescents*. New York: Guilford.
- 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 (1998). Ontwikkelingen in het onderzoek naar psychopathie. *De Psycholoog, 33*, 314-320.
- 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, & 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. de (2003). Recidive van verkrachters en aanranders na TBS: de relatie met psychopathie en seksuele deviatie. *De Psycholoog, 38*, 114-124.
- Hilton, N.Z., & Simmons, J.L. (2001). The influence of actuarial risk assessment in clinical judgments and tribunal decisions about mentally disordered offenders in maximum security. *Law and Human Behavior, 25*, 393-408.
- Leuw, E. (1995). *Recidive na ontslag uit TBS*. Arnhem: Gouda Quint.
- Leuw, E. (1999). *Recidive na TBS. Patronen, trends en processen en de inschatting van gevaar*. Den Haag: ministerie van Justitie, WODC.
- Linehan, M.M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Monahan, J., Steadman, H.J., Silver, E., Appelbaum, P.S., Robbins, P.C., Mulvey, E.P., Roth, L., Grisso, T., & Banks, S. (2001). *Rethinking risk assessment: The MacArthur study of mental disorder and violence*. Oxford: Oxford University Press.
- Philippe, M., Ruiter, C. de, Hildebrand, M., & Bouman, Y. (2000). *HCR-20: Beoordelen van het risico van gewelddadig gedrag. Versie 2*. Nijmegen/Utrecht: Pompestichting/Van der Hoeven Stichting.
- Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1994). *The transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change*. Malabar, FL: Krieger Publishing.

- Ross, R.R., & Fabiano, E. (1985). *Time to think: A cognitive model of delinquency prevention and offender rehabilitation*. Johnson City, TN: Institute of Social Sciences and Art.
- 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, & 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, & Veen, V.C. (2004). *Terugdringen van recidive bij drie typen geweldsdelinquenten: werkzame interventies bij relationeel geweld, seksueel geweld en algemeen geweld*. Utrecht: Trimbo-instituut.
- Vertommen, H., Verheul, R., Ruiter, C. de, & Hildebrand, M. (2002). *Hare's Psychopathie Checklist: Handleiding*. Lisse: Swets Test Publishers.
- Vogel, V. de, & Ruiter, C. de (ter publicatie aangeboden). Structured professional judgment of violence risk in forensic clinical practice: A prospective study into the predictive validity of the Dutch HCR-20.
- Vogel, V. de, Ruiter, C. de, Beek, D.J. 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). 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.
- Webster, C.D., & Hucker, S.J. (2003). *Release decision making*. Hamilton, Ontario, Canada: St. Joseph's Healthcare.
- Young, J.E. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach. Revised edition*. Sarasota: Professional Resource Press.