

Afscheidsrede door prof. dr. H.J.C. van Marle

Gewoon hoogleraar forensische psychiatrie aan het Erasmus Medisch Centrum en aan de Erasmus School of Law, Rotterdam, gehouden aldaar op 27 november 2015.

Wat is waar? Wat is van waarde?

Over de noodzaak tot voortdurend wetenschappelijk onderzoek in de forensische psychiatrie.

Hooggeleerde Rector Magnificus, Leden van het College van Bestuur van de Erasmus Universiteit en Raad van Bestuur van het Erasmus MC, mijn beide Dekanen, collega's van het Erasmus Medisch Centrum en de Erasmus School of Law, zeer gewaardeerde familie en vrienden, studenten en andere belangstellenden.

Inleiding

Bij een afscheidsrede hoort als vanzelfsprekend een terugblik op het vak, het liefst zelfs met behartenswaardigheden voor de toekomst. Omdat een terugblik vanaf 1979 tot heden van mijn baan in de forensische psychiatrie een hoog anecdotisch gehalte zou krijgen en daarmee de mij beschikbare tijd verre zal overschrijden, zal ik mij moeten beperken. Ik zal mij richten op de veranderingen in het vak die te maken hebben met de persoon van de psychisch gestoorde geweldpleger, die de visie op ons werken bepaalt. Dat daderbeeld is over de jaren veranderd, niet alleen als maatschappelijk persoon binnen en buiten de media, maar ook als object van onze diagnostiek en behandeling.

Het beeld van de forensische psychiatrie wordt bepaald door de ochtendkrant. Het kent een criminologische en sociaal psychologische dynamiek, een maatschappelijke en politieke realiteit waarbij de berichtgeving in de media een cruciale rol speelt, een humanistisch en medisch ethisch fundament, een sociaal psychiatrische werkwijze en een persoonsgebonden medische diagnostiek en behandeling, en dat allemaal binnen een strafrechtelijk kader. In de jaren zestig en zeventig van de vorige eeuw werd er schande gesproken over het gebrek aan behandeling in de toenmalige TBR-klinieken. In de jaren tachtig en negentig ontwikkelde zich het krachtige model van de klinische psychotherapie via de therapeutische gemeenschap. Calamiteiten in de vorm van herhalingdelicten of zich onttrekken aan het toezicht door terbeschikkinggestelden werden terecht kritisch ontvangen maar waren aan de samenleving uit te leggen.

Bij behandeling hoorde ook de toets om weer de maatschappij in te gaan om te kijken of de behandeling is aangeslagen. De jaren na het millennium van 2000 werd deze tolerante houding niet meer opgebracht. Bij calamiteiten werd de toon van de maatschappij harder en vond zij meer gehoor in de politiek: 'Het moest maar eens afgelopen zijn met recidiverende tbs-ers!'. Was er altijd al sprake van een stigma ("TBR: dat stempel blijf je houden"), nu onstond er de sfeer van repressie en ontwikkelden zich volkswuede en opstootjes als een bijna automatische reactie. Het evenwicht tussen ernst

van het delict en de strafrechtelijke reactie enerzijds en ernst van de stoornis en de behandeling ervan anderzijds was kwijt geraakt. De forensische psychiatrie is daarbij zijn bemiddelende rol kwijtgeraakt. 'Zero tolerance' is het maatschappelijke antwoord. Inmiddels is de tbs van een gewilde maatregel met wachtlijsten tot een vermaledijde geworden. Vele verdachten weigeren voor het onderzoek pro justitia omdat de behandelduur te lang is geworden. De verblijfsduur is door de rechter niet meer te overzien vanwege ministeriële ingrepen, zoals een longstay-voorziening, en dus wordt de tbs minder opgelegd. Er zijn het laatste decennium vele wetswijzigingen aangaande het vrijhedenbeleid van de terbeschikkinggestelden doorgevoerd en die zijn voornamelijk repressief van aard. Proportionaliteit, individualisering en het belang van goede voorwaarden tot behandeling dreigen op de achtergrond te geraken. In zijn dissertatie gaf de jurist en psycholoog Van der Wolf (2012) onlangs een diepgaand overzicht van de juridische en behandelingsinhoudelijke ontwikkelingen binnen de tbs; deze behoef ik daarom niet als onderwerp voor mijn beschouwing te kiezen. De conclusie van de studie is duidelijk: de ideeënontwikkeling van de tbs berust op de veronderstelde gevaarlijkheid van de patiënten voor de maatschappij. Tot op heden is dat het geval. De politieke segregerende veranderingen gaan gewoon door en het stigma van de gevaarlijkheid blijft het aambeeld waarop gehamerd wordt. Op deze politieke actualiteit reageren vanuit forensisch psychiatrische hoek middels een afscheidsrede zou hoogmoedig zijn: alsof ze door een vlammeend betoog te keren zijn.

Mijn onderwerp voor deze lezing heb ik willen beperken tot het bespreken van de psychiatrische en psychologische ontwikkelingen die zich de afgelopen decennia hebben afgespeeld op het gebied van het wetenschappelijk onderzoek. Dit wetenschappelijk onderzoek vond vooral plaats vanuit nationale en internationale forensisch psychiatrische centra met wetenschappelijke en klinische verbanden. Het heeft in de laatste veertig jaar een groei meegemaakt, die bepalend is geworden voor de hedendaagse multidisciplinaire werkwijze en besluitvorming in de forensische psychiatrie.

Forensische psychiatrie heeft van meet af aan een multidisciplinair karakter; (ped)agogisch, verpleegkundig, psychologisch en psychiatrisch; somatisch geneeskundig maar ook juridisch en penitentiair; politiek en maatschappij voelen zich evenzeer deskundig in de aanpak van forensisch psychiatrische patiënten als de individuele behandelaars. Het betreft hier namelijk patiënten, geestelijk gestoorde daders van ernstige misdrijven, die in combinatie met die stoornis aanzienlijke maatschappelijke schade hebben aangericht, kortom, gevaarlijk zijn geweest en dat vaak ook nog zijn gebleven. Daardoor zijn er vele belanghebbenden om dit gevaar te voorkomen. De samenbindende kracht, die elkaar overigens ook gescheiden houdt, betreft de overeenstemming dat deze daders ook patiënten zijn, in hun misdrijf geheel of gedeeltelijk beïnvloed door de psychische stoornis waaraan ze lijden. Maar over wat er gedaan moet worden om risico's te voorkomen, verschillende de meningen aanzienlijk.

Het maatschappelijke debat gaat er niet over of deze groep daders behandeld moet worden (want daar is men het wel over eens), maar over in hoeverre dezen, eenmaal uitbehandeld, weer deel kunnen uitmaken van de maatschappij en op welk moment dat moet zijn. Populistisch gezegd, behandelaars worden gezien als slagers die hun eigen vlees keuren, rechters als academici die de taal van tegenwoordig niet meer spreken, gedetineerden als gewiekste misleiders van naïeve groepsleiders, en de minister van

Veiligheid en Justitie laat zich misleiden en moet beter op zijn medewerkers letten, zodat die strak uitvoeren waarvoor hij gekozen is: veiligheid en rechtvaardigheid garanderen. Zie hier het krachtenveld waarin uitbehandelde gedetineerden en 'tbs-ers' na ontslag uit de forensische zorg terugkeren.

Echter, de overeenstemming dat hier sprake is van psychiatrische patiënten heeft in Nederland, met name gedragen door de Utrechtse School na de Tweede Wereldoorlog, geleid tot de inspanning om met gelijkwaardige voorzieningen als in de ggz een mogelijkheid tot behandeling te realiseren (Van Marle & Greeven, 2005), hoe gebrekkig die ook was bij gebrek aan kennis en kunde over de doelgroep. Maar wel op een manier dat eerst via detentie – vanwege het gepleegde misdrijf en op grond van de strafrechterlijke beslissing - het contact met de maatschappij verbroken was, en daarna slechts stap voor stap weer kon worden hersteld. Een psychiatrische patiënt behoort toch gerevalideerd te worden zodat hij na zijn behandeling zijn leven weer kan opvatten? Binnen de forensische psychiatrie is dat echter niet vanzelfsprekend, daar geldt immers als leidend principe de vermindering van het gevaar voor de samenleving en niet dat van de autonomie van de patient. Toch heeft de wetgever nadrukkelijk gesteld dat het uiteindelijke doel van het forensisch psychiatrisch ingrijpen de terugkeer naar de samenleving is.¹

En dat wetsartikel, democratisch tot stand gekomen en tot heden niet weerlegd, is altijd de drijvende kracht achter de ontwikkeling van de forensische psychiatrie in Nederland geweest. Die noodzaak te denken aan terugkeer in de samenleving is de *raison d'être* voor onze momenteel wijd verbreide staat van kennis en wetenschappelijk onderzoek. Die opdracht geeft verplichtingen. De forensische psychiatrische patiënt is dan wel een vervelend kind, maar tenslotte toch wel ons kind.

In het volgende ga ik na welke veranderingen in onze kennis van antisociaal gedrag en van diagnostiek zich hebben voltrokken die bepalend zijn geweest voor de huidige aanspraken van de forensische psychiatrie. Vervolgens zal ik nagaan welke vragen van waarde er nog nodig onderzocht moeten worden. Tot slot wil ik adviseren tot welk onderzoek dit kan leiden. In dit proces zijn oorzaak en gevolg innig verweven, zoals dat destijds door Kuhn (Kuhn, 1970; Nersessian, 2003) is beschreven in zijn paradigmatheorie: een wetenschappelijke werkwijze blijft zijn bestaansrecht houden zolang die aansluit bij de vragen die leven en zo lang hij bruikbare antwoorden oplevert. Zijn er problemen waarvoor er geen oplossing bestaat, dan verschijnen er nieuwe onderzoeksmodellen en zelfs wetenschappelijke theorieën die daarin zullen proberen te voorzien.

De vigerende vragen in de forensische psychiatrie zijn voortdurend dezelfde gebleven; zij betreffen de psychopathologie en de oorzaken van (seksueel) gewelddadig gedrag, de diagnostiek en behandeling van psychische stoornissen die aan geweld zijn gerelateerd, de mate van keuzevrijheid bij gebruik van geweld en de gevaarsinschatting en delictpreventie voor de toekomst. Wat er op dit moment over 'als waar' geaccepteerd is, wordt nu besproken. Na een samenvatting ervan wordt vervolgens deze kennis vergeleken met hoe op dit moment de forensische zorg wordt uitgeoefend: welke kennis is 'van waarde' voor de praktijk? Dit stuk wordt afgesloten met een beschouwing over de

¹ Penitentiaire Beginselenwet art. 2, lid 2.

'delinquente mens anno 2015' en over hiaten in onze kennis die leidden tot hiaten in de behandeling. Die moeten dus verder worden geoperationaliseerd en wetenschappelijk onderzocht.

I. Wat is waar?

Psychopathogenese van gewelddadig gedrag

De ontwikkelingen in de visie op het ontstaan van ziekelijk geweld zijn niet denkbaar zonder de ontwikkelingen in de technologie van de laatste decennia in ogenschouw te nemen. De komst van goede beeldvormende technieken van het brein, zoals de (functionele) magnetische resonantie (fMRI) en de PET (positron emissie tomografie), hebben ertoe geleid dat functionele veranderingen in de activiteit van de hersenen bij bepaalde activiteiten te registreren zijn. Met name de beelden van de wisselende activiteit tussen de prefrontale cortex en de amandelkernen zijn bekend, dezer dagen aangevuld met die tussen de prefrontale hersenen en de temporale kwabben. Ook zijn de laboratoriumtechnieken om localisatie en concentraties van bepaalde neurotransmitters, zoals serotonine, dopamine en oxytocine, in de hersenen te meten, eveneens aanzienlijk verbeterd. Dit heeft ertoe geleid dat de kennis van de neuroanatomie en de psychobiologie van de hersenen op het gebied van antisociaal gedrag en psychopathie geweldig is gegroeid (Patrick, 2006).

Daarnaast hebben tweeling- en adoptieonderzoeken op dit gebied een aanzienlijke bijdrage geleverd met betrekking tot de genetische factoren ervan (Rhee & Waldman, 2002). Het inzicht in de genetisch achtergronden van bepaalde enzymdefecten die leiden tot agressief gedrag, heeft eveneens geleid tot een andere visie op het samenspel tussen erfelijke en contextuele factoren (Caspi & Moffitt, 2006; Caspi, McClay, Moffitt, Mill e.a., 2002). Verschillende genetisch bepaalde enzymdeficiënties spelen hierbij een rol, zoals een tekort aan MAO-A, COMT en 5HTT (Raine, 2013). Deze werken in op de concentraties van neurotransmitters die in verschillende hersenlocaties actief zijn, zoals in de amandelkernen en de orbitofrontale en prefrontale schors, waardoor stoornissen in de functie ontstaan zoals ontremde emoties of slechte executieve functies. Eveneens blijken verschillende localisaties bij antisociaal gedrag elkaar via zenuwbanen te beïnvloeden en alleen gezamenlijk voor bepaalde effecten te zorgen; er is geen sprake van één precise plaats van aansturing (Loomans, Tulen, Van Marle, 2013; Raine, 2013).

'Nature' en 'nurture' blijken geen van elkaar onafhankelijke ontwikkelingspaden voor het organisme te zijn maar continu met elkaar in interactie te verkeren. Zo is goede moederzorg in staat de stress bij een jonge rat voor enige tijd te laten verdwijnen en die te stabiliseren (Francis & Meaney, 1999). Genen blijken beïnvloed te worden door de omstandigheden waarin het individu leeft, gemedieerd via het stress- en beloningssysteem. Zo vindt Caspi (Caspi & Moffitt, 2006; Caspi, McClay, Moffitt, Mill e.a., 2002) dat kinderen met een MAO-A-deficiëntie, wanneer zij adequaat worden opgevoed, geen gedragsstoornissen gaan vertonen, terwijl zij bij het ontbreken van goede opvoeders die wel laten zien. De basis van dit fenomeen wordt epigenetica genoemd: genen en omgevingsfactoren beïnvloeden elkaar (g x E).

Vervolgens oefenen genen (mede via het cortisolstresssysteem) invloed uit op de vorming van de persoonlijkheid en psychopathologie (Bagot & Meaney, 2010). In deze is het cortisolstresssysteem via de HPA-as essentieel voor de responsiviteit op belonen en straffen. Een lage activiteit van dit stresssysteem maakt kinderen weinig ontvankelijk voor pedagogische maatregelen omdat ze er niet van onder de indruk raken. Verder longitudinaal onderzoek heeft ertoe geleid dat de eerdere, overzichtelijke indeling in zogeheten 'early onset' en 'adolescence limited' delinquentie (Moffitt, 1993) meer genuanceerd moet worden. Niet alleen blijken de 'adolescence limited' delinquenten later nog veel psychische problemen en verslavingsziekten te hebben en vermogensdelicten te plegen. Maar ook komt naar voren dat sommige kinderen met 'early onset delinquency' die in hun adolescentie dat gedrag niet meer vertoonden, later toch weer chronische delicten blijven plegen (Moffitt, Caspi, Harrington, & Milne, 2002).

Psychopathie

Voor het vakgebied van de gehele psychiatrie is meest belangrijke geweest dat met de komst van de Diagnostic and Statistical Manual, 3rd edition in 1980², er veel meer eenduidigheid ontstond in het labelen van ziektebeelden. Deze DSM-III, en later de -IV en -5, zijn voor het wetenschappelijk onderzoek van grote waarde gebleken omdat nu concreet kon worden overeengekomen aan welke criteria de onderzochte psychische stoornissen moesten voldoen. Een internationale eenheid van taal en termen is hierdoor gecreëerd, en dat was ook precies de reden van ontstaan van dit classificatiesysteem en dat van de International Classification of Diseases³. Toch heeft in de forensische psychiatrie de DSM niet zo'n overweldigende rol toebedeeld gekregen, en dat is niet verwonderlijk. De forensisch psychiatrische diagnostiek betreft niet alleen een ziektebeeld of een stoornis; ook richt zij zich niet primair op diagnostische populaties bij wetenschappelijk onderzoek. De forensische diagnostiek is met name op het individu gericht en op welke wijze die iets heeft misdaan. Zij concentreert zich expliciet op de samenhang van antisociaal en gewelddadig gedrag met de persoonlijkheid van de dader en diens context, waaronder mogelijk een psychische stoornis. Classificatie van die stoornis is dan maar een onderdeel van de diagnose. De beschrijvende diagnostiek met de aandacht voor symptomen, predispositie, persoonlijkheidsdynamiek, luxerend moment en stoornisonderhoudende factoren doet veel meer recht aan de complexiteit en context van de situatie waarin gewelddadig gedrag optreedt. Deze diagnostiek wordt uiteindelijk gevat in een zogeheten delictanalyse waarin naast de diagnose de verschillende risicofactoren en het risico van herhaling worden vermeld. De classificatie dient hierbij als criterium van confirmatie en reproduceerbaarheid van de stoornis, maar zegt niets over de psychopathologie en pathoplastiek van de dader van een misdrijf.

Voor de forensische psychiatrie is diagnostisch de afgelopen 40 jaar het meest van belang geweest dat de aloude term 'psychopathie' een nieuw en empirisch gezicht kreeg. Deze term is in zijn huidige betekenis gemunt door H. Cleckley in zijn boek 'The Mask of Sanity' uit 1941. Het is uiteindelijk R.D. Hare geweest die in 1991 ervoor een consistent diagnostisch instrument ontwikkelde, dat wereldwijd erkenning kreeg als de standaard voor psychopathie en daardoor eveneens veel kritiek oogstte, de Psychopathy Check List

² Uitgegeven door de American Psychiatric Association.

³ Uitgegeven door de World Health Organisation.

Revised, de PCL-R. Deze checklist bestaat uit twee 'factoren', gedragscategorieën, en later na verder onderzoek een differentiatie tot vier, de affectief-interpersoonlijke dimensies en de impulsief-antisociale dimensies (Hare & Neumann, 2006; Hare, 1998). Sedertdien zijn er overigens ook andere diagnostische tests voor psychopathie ontwikkeld, zoals de CAPP, de TriPM en de PPI.

De discussie over wat psychopathie is en hoe die gemeten kan worden, is hiermee echter nog niet ten einde. Zo blijkt de keuze van delinquenten voor het wetenschappelijk onderzoek naar de validatie van de PCL-R in het verleden al een aanzienlijke kleuring ('bias') opgeleverd te hebben in de factoren impulsieve leefwijze en antisociaal gedrag. Er blijkt daarnaast nog een groep personen te zijn, die zich maatschappelijk wel staande weet te houden en die niet per definitie delicten pleegt, de zogeheten succesvolle psychopathen, terwijl ze wel pathologisch scoren in affectieve en relationele zin (Babiak & Hare, 2006). Ook valt in het antisociaal gedrag zo'n tweedeling te maken. Patiënten met een antisociale persoonlijkheidsstoornis met en zonder psychopathie bleken even slecht in hun complexe ('hot'; in tegenstelling tot 'cool', de eenvoudige functies zoals ruimtelijk inzicht en woordkennis) executieve functies wanneer beide groepen vergeleken werden met een controlegroep niet-delinquenten. De groepen met en zonder psychopathie kenden ook allebei een voorgeschiedenis van gedragsstoornissen in de kindertijd die bleven voortduren tot de volwassenheid (De Brito, Viding, Kumari, Blackwood, & Hodgins, 2013). Antisociaal gedrag berust dus als zodanig op deficiënte complexe executieve functies, terwijl de eenvoudige niet gestoord zijn. Wel of geen psychopathie daarbij maakt geen verschil. Deze bevinding biedt steun aan de opvatting dat het concept psychopathie in feite valt te onderscheiden in twee factoren. De Factor 2. (de impulsieve levensstijl en het antisociale gedrag) wijst echter op de tekort schietende executieve functies en kan dan ook niet typerend geacht worden voor psychopathie. Factor 1. (de affectieve kilheid en de interpersoonlijke manipulatie) staat los van deze executieve functies en is dan juist het kenmerk voor psychopathie.

Fysieke kindermishandeling op zichzelf bleek met name voorspellend voor reactieve agressie, met en zonder psychopathie. Het bleek verder dat patiënten met een antisociale persoonlijkheidsstoornis in combinatie met psychopathie in hun kindertijd ernstiger lichamelijk zijn mishandeld dan patiënten met een ASPS zonder psychopathie of niet-delinquenten. De aanwezigheid van psychopathie brengt met name proactieve agressie met zich mee. Wel of geen affectieve dan wel seksuele mishandeling maakte geen verschil tussen de drie groepen (Kolla, Malcolm, Attard, Arenovitch, Blackwood, Hodgins, 2013). De relatie tussen antisociaal gedrag en een lage cortisolspiegel is dus minder sterk dan aanvankelijk werd aangenomen. Het aanvankelijke model leerde dat door een stressvolle omgeving op jonge leeftijd het kind zijn cortisolstresssysteem uitputte door hoge spiegels cortisol in het begin, waarna de reactiviteit verstoord was en te lage spiegels overbleven. Echter, pro- of reactief antisociaal gedrag, internaliserende comorbiditeit (zoals depressie) en vroege emotionele tekorten blijken in combinatie met antisociaal gedrag toch in verschillende mate op te treden, zodat niet uit gegaan kan worden van een eenduidige relatie 'mishandeling in de vroege jeugd' en 'antisociaal gedrag later' (Hawes, Brennan, & Dadds, 2009).

De aan- of afwezigheid van 'callous and unemotional' (CU-; meedogenloos en kil) karaktertrekken blijkt in dezen essentieel (Patrick, 2006; Patrick, Fowles, & Krueger, 2009). Ernstige CU-trekken en een lage HPA-as activiteit wijzen op een ernstig

antisociale subgroup, bij wie het antisociale gedrag zich enigszins onafhankelijk van wel of geen tekorten in de kindertijd ontwikkeld heeft (Hawes e.a, 2009). Ook blijken de CU-trekken doorgegeven te worden door de vaders wanneer die kenmerken van 'psychopathic fearlessness' vertonen. Het resultaat is verminderd oogcontact met de moeder en een minder goede moeder-kind relatie (Dadds, Allen, McGregor, Woolgar, Viding, Scott, 2014). CU-trekken hebben op die manier een genetische herkomst en zijn vervolgens in staat de interactie met belangrijke anderen negatief te beïnvloeden, waardoor een stressvolle omgeving ontstaat met alle gevolgen van dien. Via epigenetische veranderingen en overerving valt zo af te leiden hoe genetische en omgevingsinvloeden elkaar in een interactieve spiraal beïnvloeden.

Vanwege deze CU-trekken blijft de discussie voortduren over de vermeende onbehandelbaarheid van de psychopathische persoonlijkheid en diens disruptieve invloed op groepsprocessen. Inmiddels zijn er wel tegengeluiden (Skeem, Polaschek, Patrick, et al, 2011; Skeem & Cooke, 2010) die in de praktijk hebben geleid tot een meer positieve houding bij de behandeling van de psychopathische persoonlijkheid (Salekin & Lochman, 2008; Salekin, Tippey, & Allen, 2012). Wat blijkt, is dat de klassieke manier van behandelen bij psychopathie niet werkt. Wanneer die behandeling echter gemodificeerd wordt in termen van werken met veel meer positieve aandacht en beloning, op jongere leeftijd begint en er meer wordt geïnvesteerd in het behandelprogramma en behandelaars, blijkt dat het aantal herhalingsdelicten na twee jaar gehalveerd kan worden.

Gevaarsinschatting

Het voorkómen van delicten is altijd al een publiek belang geweest. Vandaar ook het klassieke strafdoel: afschrikking door de zwaarte van de straf en de openbare tenuitvoerlegging. Echter, al in de oudheid was de manifeste aanwezigheid van een psychische stoornis bij de dader een reden om bij de berechting ook het maatschappelijk oordeel te laten meewegen, vaak in de vorm van leken of geestelijken; later pas, vanaf de zestiende eeuw, is de medicus hieraan als deskundige bij uitstek toegevoegd (Prosono, 2003). Tot aan de jaren '80 van de 20e eeuw zijn het de psychiaters geweest die vanuit het medische model de misdaad en de dader hebben beoordeeld; psychoanalytisch duidend of fenomenologisch betekenis gevend kwamen zij tot een verklaring of er wel of niet sprake was van psychische scheefgroei of stoornis – waaruit vervolgens het gevaar voor een herhaald delict werd afgeleid. Met andere woorden, de scheefgroei of de psychische stoornis moest worden opgeheven voordat er aangenomen kon worden dat er geen delicten meer konden worden gepleegd. Deze 'medische causaliteit' was voor niet-medici in ieder geval niet te begrijpen, maar binnen de medische (lees: psychiatrische) discipline zelf gaf zij ook aanleiding tot heftige discussies binnen en buiten de terechtzitting – tot groot misprijzen van de verantwoordelijke magistratuur. Binnen deze medische context was het predikaat 'psychopathie' (Cleckley, 1941) dan ook direct een vonnis: blijvend gevaarlijk en onbehandelbaar.

De omwenteling kwam in 1981, toen John Monahan zijn 'Predicting Violent Behavior' publiceerde, waarin hij vaststelde dat het wetenschappelijk onmogelijk was gevaarlijk gedrag te voorspellen, en wanneer dat wel nauwkeuriger zou kunnen, de vrijheden van patiënten en gedetineerden te zeer beknot zullen worden vanwege de onherroepelijk

vals-positieve uitslagen. Beide conclusies zijn nog zeer actueel; niet alleen is er nog steeds geen theorie over gewelddadig gedrag en kampt de forensische behandeling met het probleem van de niet aan te tonen hoog risicovolle patient, maar ook is er nog geen sprake van een consensus in de predictie van gevaarlijk gedrag (Van Marle, 1992). Toch heeft er een kentering plaats gevonden. Vanuit forensisch psychologische zijde is de descriptieve, monocausale 'medisch model' voorspelling vervangen door de atheoretische en multifactoriële risicotaxatie-instrumenten, opgebouwd als een 'checklist' van bekende risicofactoren. De huidige behandlungs- en verlofpraktijk is niet meer los te denken van het gebruik van deze hulpmiddelen: ze maken een reproduceerbare score mogelijk, waarin ook veranderingen in de risico's over een bepaalde periode naar voren kunnen komen.

De HCR-20 (Webster, Douglas, Eaves, & Hart, 1997) is daarvan de bekendste, met name omdat daarmee niet alleen historische (H) factoren konden worden vastgelegd (ook statische factoren genoemd, die namelijk per definitie niet te veranderen zijn) maar ook dynamische factoren waar de behandeling zich op kon richten (klinisch (C) en toekomstig risico (R)). De HCR-20 heeft weer model gestaan voor de Nederlandse HKT-30, op verzoek van de Dienst Justitiële Inrichtingen door de werkgroep⁴ in 2002 ontwikkeld. En zo zijn er vele lijsten ontwikkeld in de loop der tijd, vaak meer of minder statisch qua factoren en meer en meer toegesneden op een bepaalde doelgroep, zoals jeugdigen, huiselijk geweld, seksuele delinquenten – maar geen onderlinge samenhang, hoogstens competitie over de nauwkeurigheid bij een bepaalde populatie. Herhaald wetenschappelijk onderzoek heeft er toe geleid dat bepaalde zwakheden aan het licht zijn gekomen, niet alleen het verschil tussen jong en oud, maar ook man/vrouw- en culturele verschillen. Ook moest de nadruk op gevaar en risico onder meer worden bijgesteld ten voordele van de beschermende factoren (De Vogel, De Vries Robbé, & Van den Broek, 2015).

Blijft echter dat het moeilijk is in alle gevallen een goede risicotaxatie te doen. Sensitiviteit en specificiteit van het instrument, vals positieve en vals negatieve scores blijven een grote rol spelen bij de beslissingen die er bij de forensische behandeling moeten worden gemaakt (Van Emmerik & Brand, 2013). De beveiliging van de maatschappij en de rechtspositie van de forensische patiënt eisen nu eenmaal een grote mate van waarschijnlijkheid en controleerbaarheid. Het gebruik ervan ligt inmiddels niet meer alleen in de handen van de onderzoekers zelf; gebleken is dat een consensusoordeel samen met de behandelaars een betere voorspelling oplevert, het 'structured professional judgement' (SPJ; Douglas, Ogloff, & Hart, 2003; De Vogel e.a., 2015). Ook de uitsluitende aandacht voor risicofactoren is achterhaald, het combineren ervan met een instrument dat beschermende ('protectieve') factoren meet, levert een meer succesvolle voorspelling op (De Vries Robbé, 2014). Voor vrouwelijke en licht verstandelijk gehandicapte delinquenten is verder onderzoek aan de gang. Hopelijk slagen deze nieuwe gezichtspunten er in de risicotaxatie naar een hoger plan te tillen zodat die in het individuele geval meer nauwkeurig wordt. Helaas is dit tot op heden nog niet aangetoond en blijft de voorspelling op groepsniveau hangen (Fazel, Singh, Doll, & Grann, 2012).

⁴ Voorzitter: prof. dr. W. van den Brink, Universiteit van Amsterdam; secretaris: dr. P.J. Greeven.

Samengevat is de risicotaxatie niet meer weg te denken uit de evaluatie van de forensische behandeling, omdat de transparantie en het multidisciplinaire karakter van de besluitvorming grote voordelen zijn, terwijl de evaluatiemogelijkheden niet meer persoonsgebonden maar overdraagbaar zijn. Verbeteringen zijn echter noodzakelijk, wil risicotaxatie ooit een nauwkeurige procedure op zichzelf worden – en dan nog is het de vraag of zij een 100% juiste voorspelling oplevert. Dat dit werk-in-uitvoering moet blijven ontwikkeld worden, staat buiten kijf, alleen al om de patiënt te verzekeren van een zo goed mogelijk en transparent oordeel.

L' uomo delinquente - Revised, anno 2015⁵

Het beeld dat oprijst uit al deze bevindingen, laat zien dat het ontstaan van gewelddadig en ander antisociaal gedrag zowel beïnvloed wordt door genetische variaties als door omgevingsfactoren en dat deze elkaar wederzijds beïnvloeden. Het uitlokkend moment is vaak situatief bepaald en afhankelijk van de mate van impulsiviteit dan wel gebrek aan remming bij de dader. Een theorie van gewelddadig gedrag is niet voor handen. De deelhypothesen die te toetsen zijn, bevinden zich in verschillende wetenschappelijke domeinen met hun eigen onderzoekstechnieken en definities, waardoor samenwerken en vergelijken niet gemakkelijk is. De forensisch psychiatrische diagnostiek kan alleen plaatsvinden in de vorm van de beschrijvende diagnose, descriptief naar beeld en pathogenese, prognostisch als een single-case study (n=1 onderzoek) opgezet. Het classificatiesysteem van de DSM-IV en -5 biedt een referentiekader waaraan een deel van de forensische diagnostiek kan worden getoetst, namelijk het (al of niet) bestaan van een algemeen geaccepteerde stoornis. Het strafrechtelijk toetsingscriterium: 'een gebrekkige ontwikkeling en ziekelijke stoornis van de geestvermogens' valt hier niet mee samen, integendeel, dit criterium geeft de deskundige meer ruimte in diens rapportage pro justitia de beschrijvende diagnose van de dader te relateren aan de delictsituatie.

Het huidige kennisniveau laat zien dat er in onze hersenen sprake is van een dynamische en multifocale organisatie van het ontstaan van antisociaal gedrag, waarbij verschillende regelsystemen en neurotransmitters zijn betrokken. Dat de ene persoon daar meer toe geneigd is dan de ander, wordt ook nog eens mede veroorzaakt door de mate van stress die het individu via diens homeostatisch werkende cortisolstresssysteem, de HPA-as, kan verwerken. Een te lage cortisolspiegel geeft een geringe reactie op stress, en daardoor een beperkte ontvankelijkheid voor straffen en belonen tijdens de opvoeding. In de adolescentie en volwassenheid manifesteert die zich als spanningzoekend gedrag ('thrill seeking') en ongeremdheid ('fearlessness'). En zo'n lage cortisolbloedspiegel ontstaat waarschijnlijk wanneer het cortisolstresssysteem al in de eerste levensjaren wordt overvraagd door negatieve omgevingsinvloeden, zoals affectieve verwaarlozing of misbruik, of een verminderde tolerantie door genetische of aangeboren factoren; uitputting ervan is dan het gevolg.

Bovendien blijken genetische en omgevingsfactoren elkaar tijdens de psychologische ontwikkeling tot in de volwassenheid te kunnen compenseren of te verzwakken, afhankelijk van de kwaliteit ervan. Wanneer er gezorgd wordt voor gunstige

⁵ Naar: Lombroso, C. (1876), *L' uomo delinquente*. Milaan: Hoepli.

omgevingsfactoren en een stabiele opvoedingssituatie, biedt dit tegenwicht aan genetisch bepaalde deficiënties van neurotransmitters die nodig zijn voor een stabiel cerebraal functioneren. Aangeboren prikkelbaar en impulsief gedrag neemt af door een goede en strakke opvoeding door de ouders, terwijl dat niet het geval is wanneer deze opvoeding ontbreekt. Slechte omstandigheden tijdens de kinderlijke ontwikkeling zijn ook in staat het gedrag landurig te veranderen door de stress van voortdurende negatieve emotionele en cognitieve prikkels, wellicht tot aan psychopathie toe. Echter, zij kunnen bij het ene kind tot vijandig en gewelddadig gedrag leiden, terwijl een ander, die weliswaar dezelfde ervaringen heeft gekend, geen of een minder verstoorde psychische ontwikkeling laat zien. Dit wordt ook wel 'veerkracht' ('resilience') genoemd (Rutter, 1987, 2012), een persoonlijk absorptievermogen voor destabiliserende prikkels. Er is hier dus geen sprake van een alles-of-nietswet, verstoringen in de normale ontwikkeling doen zich in meer of mindere mate voor. In welke mate ze optreden is afhankelijk van vele onderling samenhangende biopsychologische processen, zodat eerder gesproken moet worden van een genetische kwetsbaarheid die gecompenseerd dan wel vergroot kan worden.

Een aparte rol lijkt daarin weggelegd voor 'response control' oftewel remming, een van de executieve functies die op verschillende locaties zijn gelegen in de prefrontale cortex, met name de orbitofrontale en de voorste cingulaire cortex. Remming door het brein van overige cerebrale processen maakt vooruitdenken en interacteren met anderen mogelijk; daardoor heeft ze een belangrijke sociale functie; in feite wordt de draagkracht van onze samenleving daardoor bepaald. Onderscheid wordt gemaakt in 'koude' en de meer complexe 'hete' executieve functies, waarbij de eerste zich beperken tot verbaal geheugen en ruimtelijk inzicht, terwijl de tweede zich richten op het nemen van beslissingen in emotionele situaties, zoals gedrag stoppen, reacties afleren en risico's nemen. Antisociaal gedrag wordt met name gekenmerkt door deficiënties in die 'hete' executieve functies (Bari & Robbins, 2013). En die zijn dus ook deficiënt tijdens de behandeling en jegens de behandelaars. Deze tekorten zijn gelijk bij antisociaal en bij psychopatisch gedrag. Psychopathen onderscheiden zich met name door hun meedogenloos en kil gedrag.

Het is inmiddels bekend dat er ook 'succesvolle psychopathen' zijn, dat wil zeggen, die geen criminele carrière hebben. Met andere woorden, de impulsieve en antisociale dimensie (Factor 2.) laat iemand snel in contact komen met de politie, kilheid en manipulatie (Factor 1.) zijn echter goed maatschappelijk aan te wenden voor success en gewin – een psychopatische persoonlijkheid is wel degelijk sociaal sensitief anders zou hij anderen niet voor zich weten te winnen. Ook is bekend dat het juist de typisch psychopatische kenmerken 'meedogenloos en afstandelijk' ('callous and unemotional') zijn die een behandeling zo moeilijk maken met een ongewis resultaat. Vaak worden de antisociale en de psychopatische persoonlijkheden op dezelfde manier behandeld omdat er een grote mate van overlap bestaat (Hildebrand, 2005). Praktisch bestaat er echter de noodzaak die personen die met name deze CU-kenmerken hebben, bijtijds te diagnosticeren; zij blijken in velerlei opzicht anders te zijn en zij zijn daardoor geïndiceerd voor een andere manier van behandelen (Salekin, 2002; Salekin, Tipples, & Allen, 2012).

II. Wat is van waarde?

Consequenties voor de keuzevrijheid

Al weer enige jaren is in het Nederlandse strafrecht de discussie actueel die ruim honderd jaar geleden ook al speelde tussen de Klassieke en de Moderne Richting, namelijk in hoeverre is de delinquent nu gedetermineerd tot zijn gedrag en hoe ver heeft hij daarin een keuze? De Klassieke Richting was van mening dat de dader van een misdrijf een moreel verwijt gemaakt kon worden en hij gestraft moest worden afhankelijk van wat hij had gedaan. De Moderne Richting daarentegen ging uit van het misdrijf en de persoon van de dader, met diens tekortkomingen ('defecten') en levensomstandigheden, een geïndividualiseerde visie derhalve. Aanvankelijk begonnen met de schedelmetingen van Cesare Lombroso, heeft de komst van de neurowetenschappen, vooral dankzij recente technologische ontwikkelingen, meer helderheid verschaft bij het verklaren van menselijk gedrag.

Door hun inbreng in de beoordeling van de persoon van de verdachte dient volgens sommige neurowetenschappers het strafrecht omgevormd te worden in een meer speciaal preventieve en utilitaristische richting, de zogeheten 'neurolaw', waarbij misdadigers met neurobiologische defecten niet gestraft maar behandeld moeten worden – en als behandeling niet helpt, gedetineerd moeten blijven vanwege hun blijvende gevaarlijkheid. In die zin hebben de neurowetenschappen zowel een ondersteunende als een ondermijnende betekenis voor het hedendaagse strafrecht. Ondersteunend omdat zij in staat zijn met hun onderzoeksmethoden meer relevante kennis over te dragen over het cerebraal functioneren van iemand en waar en hoe dat interfereert met diens willen en handelen. Ondermijnd in de zin dat zij het strafrecht met hun neurobiologische determinisme van karakter willen veranderen: de stoornis wordt belangrijker dan de gestoorde zelf, het verantwoordelijk stellen van de dader heeft geen zin meer omdat er een gedetermineerde stoornis is die moet worden opgeheven. Belangrijke juridische uitgangspunten zoals schuld, opzet en verminderd toerekenen verliezen zo hun psychosociale context, want in de 'neurolaw' is het gedetermineerde brein de oorzaak van het misdrijf en niet meer de persoon zelf als een denkend en handelend wezen (Noyon, Van Marle, Mevis, & Van der Wolf, 2015). Deze deterministische benadering, hoe fraai onderbouwd ook met empirische gegevens, heeft alom kritiek opgeleverd vanwege zijn reductionisme. Is de (misdadige) mens niets meer dan een gedetermineerd brein?

Bij het beoordelen van de mate waarin iemand een delict valt toe te rekenen, is een oordeel over de sterkte van de executieve functies (het vermogen tot plannen, abstraheren, uitstellen, onderhandelen) essentieel. Zo weten we dat deze, leeftijdsgebonden, bij jongeren stelselmatig tekort schieten vanwege de onrijpheid van de prefrontale hersenschors; vandaar dat er in Nederland dan ook speciaal een adolescentenstrafrecht is ontwikkeld. Feitelijk behoort er naar mijn mening in elke rapportage pro justitia dan ook standaard een beoordeling te staan van het vermogen tot remming aan de hand van specifieke neuropsychologische tests. Op die manier wordt ook de ontwikkeling van het brein op een bepaald moment vastgelegd en gecorreleerd aan het misdadige gedrag. De achterliggende hypothese is dan dat een deficit in de executieve functies meer dan de aard van de motieven voor het misdrijf een beslissende

rol speelt in het al dan niet begaan van een delict. Immers, de meeste mensen zijn staat tot gruwelijke agressieve gedachten en gevoelens zonder ooit die in gedrag om te zetten. Wat zijn deze feiten nu eigenlijk waard in de dagelijkse praktijk?

In de eerste plaats, er is veel bekend geworden over het functioneren van onze hersenen en zeker is er sprake van een nieuwe visie op het functioneren ervan: een duidelijke onderlinge verbondenheid van verschillende centra die toch specifieke reacties geven op bepaalde interne en externe stimuli en die opslaan als 'somatic markers' (Damasio, 2010). Echter, er is voor verdere diagnostiek geen sprake van eenduidigheid in de combinatie van gegevens die er zijn. Verschillende en wisselende localisaties van hersenfuncties bij bepaalde acties worden genoemd, de verschillende werking van neurotransmitters, zoals serotonine bij agressie en depressie, blijft nog duister. Noch blijkt het mogelijk deze kennis toe te passen op één persoon om een diagnostisch oordeel te vellen over het al dan niet disfunctioneren van diens brein in relatie met een eerder gepleegd delict - en dus over de mate van verantwoordelijkheid voor zijn daden (Viding & McCrory, 2012).

In de tweede plaats doet de op empirie gestoelde deterministische visie geen uitspraken over de invloed op de resultaten door de context van het onderzoek, zoals de testsituatie, noch geeft zij antwoord op vragen die de hele mens betreffen en niet alleen zijn hersenen, zoals de opbouwende ('beschermende') factoren in diens leven of het kunnen nalaten van bepaalde activiteiten (Van Marle, 2009). Er is sprake van een sterk reductionistische benadering waarbij de hersenen het voor het zeggen hebben en het uitgangspunt van activiteit en beoordeling worden, de 'mereological fallacy' (zie ook: Noyon e.a., 2015), en niet deze specifieke mens in een specifieke context. Die is op die manier alleen maar gedetermineerd en niet aan te spreken op zijn gedrag. Achteraf verklaard moest het nu eenmaal zo gebeuren, zo lijkt het.

In de derde plaats wordt in deze discussie telkens 'de vrije wil' naar voren gehaald die in het determinisme niet zou bestaan. Op grond van psychopathologie daarentegen, zoals een psychische stoornis, wordt tot op heden aangenomen dat 'de vrije wil' eventueel kan worden beperkt zodat er een verminderde of afwezige keuzevrijheid ontstaat. Bij deze redenering wordt echter over het hoofd gezien dat de vrije wil echter een begrip uit de filosofie is, een concept, en geen hersenfunctie die met empirische middelen zichtbaar gemaakt kan worden. Op welke wijze die wil door een stoornis beperkt zou worden, valt niet te achterhalen. Dat valt niet instrumenteel te meten, maar ook begrijpenderwijs (via de empathie) is het werkingsmechanisme van 'de vrije wil' niet te verklaren, hoogstens kan een reconstructie gemaakt worden van wat er is gebeurd en de motieven die daaraan gten grondslag hebben gelegen. Ook het psychiatrisch en (neuro)psychologisch onderzoek geven geen uitsluitsel over een 'vrije wil'. Zij evalueren stoornissen in het functioneren van het brein, waardoor uiteindelijk het willen en handelen gestoord raakt, mogelijk leidend tot een misdrijf. Maar waar en wanneer het willen en handelen zich bevindt en begint, en hoe die iemand karakteriseren, behoort niet tot hun kennisdomein. De stoornissen in het brein op het gebied van de forensische psychiatrie en psychologie vinden plaats in een biopsychosociale context, de persoon in interactie met zijn omgeving (Engel, 1980; Van Marle, 2004).

Ten vierde, functiestoornissen van de hersenen, op welk moment dan ook gemeten, zijn ook in tijd context afhankelijk aangezien de hersenen een senso-motorische eenheid

vormen (Damasio, 2010). Er zijn geen aanwijzingen dat de gemeten toestand overeen komt met de toestand op een ander moment, zoals tijdens een misdrijf. Er blijft een hiaat bestaan tussen het gemeten (dis)functioneren nu en de motieven tot en de toedracht van een misdrijf toen. Sterker nog, disfunctioneren impliceert een zekere continuïteit, een trek, terwijl een misdrijf optreedt als een incident, een toestand, vaak vooral bepaald door de situatie zelf, om daarna voor enige tijd niet meer op te treden. Een misdrijf is slechts min of meer voorspelbaar. Vanuit het heden moet teruggekeken worden naar het gebleken misdrijf om een verklaring te vinden. Zo'n verklaring kan alleen verkregen worden uit het gesprek met de psychiater of de psycholoog door de beweegredenen van de persoon en diens acties en reacties in verschillende situaties te analyseren en te doorgronden door die betekenis te geven ('hermeneutiek'; Mooij, 2004), waarbij gebruik gemaakt kan worden van verschillende gedragstheoretische modellen (van Marle, 2007).

Ten vijfde is toerekenbaarheid van een misdrijf aan de dader een juridisch begrip dat onder het oordeel valt van de rechter. De gedragsdeskundige rapportage is een middel dat de rechter gebruikt bij zijn oordeel doordat hij daaruit 'de persoon van de verdachte' leert kennen en hij diens aandeel in wat er gebeurd is, kan nagaan in relatie tot de hem bekende overige feiten en omstandigheden. Echter, uitgaande van wat wettelijk het criterium is⁶, behoeft de gedragsdeskundige alleen in het geval van ontoerekenbaarheid uit te leggen wat nu precies het verband is tussen de gestoorde geestvermogens en het gepleegde feit. De rechter kan alleen niet toerekenen wanneer het misdrijf op het moment zelf ervan geheel voortvloeit uit de psychische stoornis van de dader; er bestaat dan geen keuzevrijheid meer. Dit verband moet hij kunnen toetsen omdat bij 'niet toerekenen' de dader buiten het strafrecht gaat vallen, een zware beslissing derhalve voor de strafrechter. In de overige gevallen is het van belang voor zowel veroordeling als behandeling na te gaan of er een verband bestaat tussen de psychische stoornis en het gepleegde delict. Dit verband zal hoogstens beschrijvend en begrijpend kenbaar worden gemaakt, waarbij de aard en de sterkte van dit verband moeten worden aangegeven voor inzicht bij de magistratuur en bij de behandelaars. Een gradering hiervan is niet mogelijk door het gebrek aan afkappunten.

Bij het wetsartikel dat verwijst naar het opleggen van een terbeschikkingstelling, wordt echter geen verband tussen stoornis en delict vereist, behalve dan een tijdsverband ('ten tijde van'). Ook wordt er geen bepaalde sterkte van dat verband opgegeven. Elke gedragsdeskundige kan en mag daarbij de verbinding tussen stoornis en delict op zijn eigen wijze beoordelen – en is dus oncontroleerbaar in zijn 'wetenschappelijke' methodiek. Op grond waarvan overigens wel een tbs kan worden geadviseerd.

Samenvattend kan gesteld worden dat onze huidige kennis van het functioneren van het brein een eerste stap is richting individuele diagnostiek van keuzevrijheid. Echter, de technologie is nog niet zover in sensitiviteit en specificiteit in de wijze van meten. Ook zegt kennis van het functionerend brein op dit moment gemeten, nog niet iets over de keuzevrijheid toen, bij dat delict, dat slachtoffer, die situatie. Wellicht gaat het bij de uitvoering van het misdrijf zelfs meer om tekortschietende remmingsmechanismen dan om de beweegredenen zelf. Agressieve fantasieën leiden doorgaans niet tot agressieve

⁶ art. 39 Wetboek van Strafrecht: 'niet strafbaar is hij die een feit begaat dat hem wegens een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens niet valt toe te rekenen'

delicten. Het incidentele karakter van het delict en de geconstateerde (mogelijk langdurige) disfuncties in het psychisch functioneren – en de discrepanties tussen beide beelden zonder een overtuigend bewijs als criterium – leiden ertoe dat het juridische begrip toerekenbaarheid voor een bepaalde daad, als ‘toerekeningsvatbaarheid’ niet ingevuld kan worden door de gedragsdeskundigen. Zij hebben daarvoor geen methode behorende bij hun professioneel handelen. De vraag naar toerekeningsvatbaarheid behoort daarom niet thuis in de vraagstelling voor een gedragsdeskundig rapport. Wat deskundigen kunnen, is het bevestigen of uitsluiten van een psychische stoornis nu en toen, en nagaan of en welke psychopathologie er speelde tijdens het delict.

Consequenties voor de forensische zorg

Het (recente) uitgangspunt van de forensische zorg is, dat wetenschappelijk is aangetoond dat een forensische behandeling van daders helpt om herhaalde delicten te voorkomen (McGuire, 2002; Andrews & Bonta, 2010). Vandaar ook het adagium van het huidige Nederlandse beleid Vernieuwing Forensische Zorg: ‘ggz tenzij....’. Er zijn momenteel 22 forensische zorgtitels waar het ministerie van Veiligheid en Justitie zorg voor inkoop: 21 strafrechtelijke titels en de voorgenomen indicatiestelling van de reclassering (Tenneij & Wesselius, 2013; p. 172). De presumptie is dat behandeling voor de ggz is, beveiliging en detentie zijn Justitietaken. Het Ministerie van Veiligheid en Justitie en de Dienst Justitiële Inrichtingen hebben bij de implementatie van het project Vernieuwing Forensische Zorg (2008) ingezet op behandeling met toezicht als voorwaarde, dus met een justitiële titel. Het doel ervan is dat de doorstroming naar de ggz wordt bevorderd door in de eerste plaats te focussen op stabilisatie van het ziektebeeld van de justitiabele. Wanneer er dan geen sprake meer is van een geweldsrisico bij de patiënt, kan zijn psychiatrisch toestandbeeld verder behandeld worden buiten de penitentiaire inrichting, maar dan wel onder een van de bovengenoemde justitiële zorgtitels.

Op basis van de bovenstaande neurowetenschappelijke kennis, zoals die met name over psychopathie, rijst dan de vraag of onze kennis van de forensische psychiatrie wel voldoende tot zijn recht komt in de toepassing ervan bij de tenuitvoerlegging van forensische zorg. Op grond van deze onderzoeksresultaten dienen immers aan deze zorg enkele voorwaarden gesteld te worden, wil die Forensische Zorg inderdaad zijn gebaseerd op de ‘state of the art’ en uit dien hoofde het meest succesvol zijn. De essentie van goede zorg is immers hoe de eisen ‘individueel maatwerk’ en ‘behoud van continuïteit’ in die zorg kunnen worden gerealiseerd. En in de forensische zorg gelden die eisen vele jaren lang, voor een in tijd en plaats voortdurend veranderende patiënt.

Enkele thema’s uit de hedendaagse forensische praktijk zal ik nu hier bespreken aan de hand van deze onderzoeksbevindingen, namelijk, de diagnostiek, het maken van prognoses, het bevorderen van de geschiktheid voor behandeling, de behandelingsrelatie, en de behandelingsevaluatie.

Diagnostiek

Uit de ontwikkeling van de forensische psychiatrie voor en na het gebruik van evaluatie-instrumenten, is inmiddels gebleken dat de beschrijvende diagnose weinig zegt over het

recidivegevaar, zoals de risicotaxatie op diens beurt weer niets zegt over de individuele diagnose (Andrews & Bonta, 2010; Douglas, Guy, & Hart, 2009). Er staan maar weinig risicofactoren in deze instrumenten die de diagnose betreffen. Toch dient de basis van de forensisch-psychiatrische behandeling de beschrijvende diagnose te blijven, aangezien die in staat is de psychopathologie van de patiënt inclusief zijn voorgeschiedenis, persoonlijkheidskenmerken en de luxerende en onderhoudende momenten te beschrijven in relatie met het door hem gepleegde misdrijf. Een volgende stap is dan deze beschrijvende diagnose als hypothese te vergelijken met de delictanalyse, dat wil zeggen een analyse van de delictsituatie, inclusief de gedragingen van de patiënt en de processen-verbaal van (verschillende) getuigen. Waar overlap bestaat, dus waar psychopathologie en omstandigheden elkaar beïnvloeden, ontstaan zowel diagnostische aangrijpingspunten voor de mate van toerekenen door de rechter als additionele behandelindicatoren binnen het risicomangement.

De beschrijvende diagnose blijft onontbeerlijk voor een goede behandeling om de bekende risicofactoren te verminderen, omdat de patiënt zelf het eerste aangrijpingspunt is van zijn behandeling. Allereerst wordt er in een beschrijvende diagnose recht gedaan aan zijn psychopathologie, waarop dan behandeling in engere zin kan worden toegepast, zoals medicatie. Maar ook levert de beschrijvende diagnose die informatie die nodig is om te komen tot een goed behandelplan dat in overeenstemming is met de leerstijl, de mogelijkheden en de beperkingen van de patiënt ("responsivity"), zodat er voor deze patiënt maatwerk wordt geleverd. Beide activiteiten, diagnostiek en risicotaxatie, zijn nodig om te komen tot een volwaardige forensisch-psychiatrische behandeling. Zij dienen elk door eigen deskundigen te worden opgesteld en in elkaars verlengde en gezamenlijk te worden toegepast in de evaluatie van de voortgang van deze behandeling. Deze wijze van werken wordt het gestructureerd klinisch oordeel ('structured professional judgement') genoemd.

Dit geldt ook bij de behandeling van patiënten met psychopathie, waarbij de veranderingen in de behandeling van risicofactoren bij hoog-risico psychopathische patiënten, voorspellend bleken voor de reductie van gewelddadige recidive. Herhaalde metingen vóór en na de behandeling zijn hierbij informatief over het uiteindelijke resultaat (Olver, Lewis, & Wong, 2012). Een grote handicap van veel effectonderzoek bij de forensische behandeling is gelegen in het feit dat er veranderingen binnen de behandeling worden gemeten terwijl die niet vervolgens naast de herhalingsdelicten van jaren later worden gelegd. Het is bekend dat veranderingen binnen de behandeling niet meteen willen wijzen op een vermindering van de recidivedelicten (Philipse, 2005). De relatie tussen beide blijft onduidelijk en dus oncontroleerbaar.

Het ontbreken van een duidelijk verband tussen de één en de ander heeft ondertussen niet weten te verhinderen dat de effectiviteit van elk forensisch psychiatrisch centrum nu gemeten wordt door het recidivepercentage van de verschillende FPC's met elkaar te vergelijken. Het recidivepercentage na twee of vijf jaar zou een afspiegeling zijn van de kwaliteit van de geboden behandeling. Het is echter de vraag of dit zo is, want met het recidivecijfer wordt een "outcome" gemeten van een proces dat al jaren geleden heeft plaatsgevonden, namelijk destijds tijdens de behandeling in de kliniek of zelfs in verschillende klinieken. De situatie in die kliniek nu hoeft niet meer die van toen te zijn door geleidelijke, al dan niet bewuste veranderingen. Door de lange latentietijd tussen ontslag uit de kliniek en het plegen van een delict kan retrospectief ook geen uitspraak

worden gedaan over de kwaliteit van de verschillende stappen in de behandeling. Ook kunnen externe factoren een rol spelen; zo kan er een selectie-bias bestaan doordat een behandelingsgerichte opname van een patiënt niet is gerealiseerd vanwege overbezetting of gevaarstelling. Wat moet er dan aan een kliniek verbeterd worden? Het huidige beleid is niet zichtbaar in de recidivecijfers nu.

Prognose stellen

Zoals we hebben gezien, is met behulp van de 'neurosciences' individuele diagnostiek en gevaarspredictie (nog?) niet mogelijk. Risicotaxatie geeft een risicobeoordeling op groepsniveau en is niet staat in het individuele geval een prognose te geven over de verdere criminele carrière (Fazel, Singh, Doll, & Grann, 2012). De huidige praktijk volstaat echter niet meer met een bepaalde uitslag bij risicotaxatie. Het gestructureerde professionele oordeel vormt het toetsingscriterium om tot een prognose over de behandelduur te komen (De Vogel, De Vries Robbé, & Van den Broek, 2015). Behandelaars en onderzoekers bespreken gezamenlijk de uitkomsten van de risicotaxatie-instrumenten die bij de patiënt zijn afgenomen – en doen dan pas een uitspraak over de mate van risico. Ook dan nog wordt het gebruik ervan op de proef gesteld omdat de betrouwbaarheid maar niet hoger komt dan 20 tot 30% boven kansniveau. Hoe meer aandacht wordt besteed aan de sensitiviteit van het instrument, hoe meer patiënten worden aangemerkt als een hoog risico, terwijl zij dat niet zijn. Bij de verdere beoordeling blijft nog steeds de menselijke factor als ruis op de achtergrond meespelen. De ervaring maar ook de vooroordelen van de beoordelaars spelen een rol (bijvoorbeeld, seksuele delinquenten recidiveren veel minder dan men op het eerste gezicht geneigd is aan te nemen (Hanson & Morton-Bourgon, 2005), de 'aantrekkelijkheid' van de patient voor diens behandelaars wordt mede bepaald door zijn mate van psychopathie, alleen naar de risicofactoren ('gevaarlijkheid') kijken geeft een te negatief beeld voor de toekomst (De Vries Robbé, 2014). Om maar eens enkele bekende vertekeningen te noemen.

Vanuit de werkconferentie Recht en tbs van de Directie Forensische Zorg en de forensisch psychiatrische centra werden de voornemens van de deelnemers kenbaar gemaakt om de tenuitvoerlegging van de tbs meer transparant en daardoor beter beïnvloedbaar te maken⁷. Als eerste voornemen staat vermeld het vaststellen van een individuele prognose tot aan de eerste of volgende verlofmachtiging, en van de prognose van de totale behandelduur tot en met het transmuraal verlof. Als hier wordt bedoeld op een inschatting van de duur van de behandeling zelf, zet dat met name de behandelaars onder druk om hun werk meer efficiënt te doen. Zo'n prognose wordt naast de professionele leidraad immers ook een belofte aan de overige bij de tbs betrokken instanties. Maar is een prognose stellen op duur van de behandeling per individu mogelijk met de huidige stand van forensische gedragskundige kennis van risicotaxatie en zorg-op-maat? Er zit immers al veel niet-behandeling gebonden tijd bij het vaststellen van de behandel- en verblijfsduur. Niet alleen vergen de administratieve en besluitvormende taken bij de klinieken, het ministerie van V&J en andere belanghebbenden de nodige, vaak onvoorspelbare tijd, die de behandelaars ervaren als niet effectief. Maar ook heeft de beleving van de patiënt van dat telkens 'wachten op antwoord' een negatieve invloed op diens behandelingsmotivatie, waardoor de inzet

⁷ Het Manifest van Lunteren d.d. 08.11.2013

voor de behandeling ('treatment engagement') afneemt. De voorgestelde prognostiek lijkt nu uit te gaan van de beoordeling van een individueel behandelproces zonder de belastende en provocerende forensische context. Of dat reëel is of niet, er zijn op dit moment mogelijkheden om het verloop van een behandeling in te schatten, waarbij de beleving van de patiënt zelf van zijn behandeling en de setting ervan ook worden meegenomen.

McMurrin & Ward (2010) hebben getracht een model te maken waarin op empirische wijze de bereidheid tot een bepaalde behandeling ('treatment readiness') kan worden vergeleken met de latere inzet ('engagement'), het Multifactor Offender Readiness Model. Zij stellen voor op theorie gebaseerde, maar ook empirisch te toetsen modellen voor de mate van inzet in de behandeling in te bouwen, op een wijze die gebruikt kan worden voor het opzetten van een behandeling en de beoordeling ervan. Ten tweede streven zij naar de ontwikkeling van psychometrische beoordelingsinstrumenten die "treatment-readiness" kunnen meten, inclusief de motivatie en de betrokkenheid op de geboden behandeling. Op een dergelijke wijze kunnen delinquenten geselecteerd worden op de keuze van behandeling, het tijdstip ervan en het mogelijke behandelingssucces. In de derde plaats het opstellen en evalueren van procedures voor het begin van de behandeling, om meer betrokkenheid in de behandeling en het voltooiën daarvan, te verkrijgen. De vierde stap is het ontwikkelen van strategieën om bepaalde barrières die behandelingsinzet voorkómen, op te nemen als onderdeel van de behandeling zelf. Zij willen daarmee bereiken dat wetenschappelijk onderzoek naar het indiceren, doorlopen en succesvol beëindigen van de forensische behandeling, meer empirisch zal worden en dat daardoor ook de resultaten van de behandeling zullen verbeteren om herhalingsdelicten te voorkómen.

Systematisch onderzoek naar goede combinaties van patiënt, behandelprogramma en het behandelmilieu kan naar mijn mening de behandeling waarschijnlijk aanzienlijk verbeteren, net als 25 jaar geleden het ontstaan van de risico-taxatie instrumenten ook op deze wijze is begonnen: gewoon het verzamelen van factoren die ertoe doen. In dit geval, die er toe doen om een behandeling succesvol te maken. Enerzijds sluit dit goed aan bij het Good Lives Model (Barnao, Robertson, & Ward, 2010; Ward, Mann, & Gannon, 2007), anderzijds ook bij de beoordelingschalen van de beschermende factoren (SAPROF, 2007; De Vogel, De Vries-Robé & Van den Broek, 2015). Het gaat er niet alleen om risico's te verkleinen maar ook om een positieve levensinstelling aan te leren; geluk valt weliswaar niet af te dwingen maar een aantal voorwaarden ertoe zijn te behalen. Door deze inspanningen wordt het wellicht mogelijk om de tijdrovende en subjectieve "intakegesprekken" een meer empirische basis te geven zodat in dit stadium van kennis een meer nomothetisch dan ideografisch model kan worden opgesteld, zodat verder wetenschappelijk onderzoek naar verbetering van de behandelingsprognose mogelijk wordt.

Bevorderen behandeling

Naar mijn mening behoort psychopathie expliciet meer aandacht te krijgen in de forensische behandeling. In dezen is dan natuurlijk vooral de vroegdiagnostiek van psychopathie ten opzichte van de anti-sociale persoonlijkheidsstoornis van belang. Een belangrijk aspect voor de behandeling is namelijk dat is gebleken dat er onderscheid gemaakt moet worden tussen simpele ("cool") en gecompliceerde ("hot") executieve

functies. Zowel personen met een anti-sociale persoonlijkheidsstoornis als met een psychopathie hebben niet zozeer defecten in de eenvoudige executieve functies zoals ruimtelijk zien en verbale tests, maar zij schieten beiden tekort in het plannen, uitstellen en het veranderen van hun gedrag in relatie tot andere personen. Wil er effectieve behandeling worden geboden, dan zal met name het behandelmilieu zich moeten richten op deze complexe executieve functies en die systematisch in de behandeling betrekken. Overigens wijst deze overeenkomst tussen patiënten met een antisociale persoonlijkheidsstoornis en met psychopathie nog eens op het onderscheid dat er ook dient te zijn bij hun behandeling: bij de psychopathie is er naast de stoornis in de complexe executieve functies ook nog de affectieve stoornis (de kilheid en oppervlakkigheid) en het manipulatieve en exploiterende gedrag in relaties (De Brito e.a., 2013).

Deze uitkomsten dienen zeker te leiden naar verschillen in behandeling tussen de antisociale persoonlijkheidsstoornissen en de psychopathische persoonlijkheden. Er moeten hiertoe meer alternatieve behandelingsstrategieën worden ontwikkeld, aangezien immers genoeg bekend is dat psychopathie een belemmerende factor is voor behandelingssucces. Bijvoorbeeld, trainingen in zelfbeheersing en alternatief assertief gedrag voor de eerste groep, en het bevorderen van de gevoeligheid voor empathie en sociale beloningen voor de tweede. Sterker nog: wanneer de patiënt psychopathische trekken heeft, behoren deze het eerste aangrijpingspunt van de behandeling te zijn, ook al spelen er ook andere psychische stoornissen en beperkingen. Bij co-mobiditeit zal in eerste instantie de nadruk moeten liggen op de aanpak van de psychopathische trekken aangezien die al vanaf het begin een goede behandeling in de weg staan. Een nieuw model is bijvoorbeeld dat er veel meer wordt gewerkt met positieve bekrachtiging en beloningen en dat ook vaker een beroep zal worden gedaan op de directe omgeving van de patiënt, om hierin mee te helpen. Vooral op de kindertijd is deze vorm van beïnvloeding goed mogelijk (Anderson & Kiehl, 2014). Dit model wordt al succesvol toegepast in de verslavingszorg in de vorm van Community Re-inforcement Approach (Roozen, Dijkman, & Blaauw, 2015). Wellicht leidt deze nieuwe invalshoek ertoe dat de negativistische houding jegens de behandeling van psychopathische persoonlijkheden wordt omgezet in een actief zoeken naar een meer succesvolle aanpak (Wong, Gordon, Gu, Lewis, & Olver, 2012).

In dit licht is het dan ook verbazend te zien hoe het behandelmilieu in detentie, ook voor jeugdigen, steeds meer verschaalt onder invloed van bezuinigingen door de overheid. Door een sobere dagindeling worden er weinig positieve, uitdagende situaties aangeboden, zodat in feite een prikkelarme omgeving ontstaat waarin de cerebrale executieve functies niet worden gestimuleerd te leren, maar alleen door de materiële beveiliging worden gedicteerd. Vooral bij jonge mensen die nog in ontwikkeling zijn, treedt aldus een negatieve spiraal op: er bestaat al een tekort aan zelfbeheersing en door het detentieklimaat wordt het zich ontwikkelende brein niet aangespoord tot alternatieve oplossingen voor agressiviteit. De achterstand wordt dan alleen maar groter. Dat wil zeggen dat, eenmaal gedetineerd, een jongere alle gelegenheid krijgt zijn hersenfuncties te ontwikkelen door zich te identificeren met mede-gedeteneerden en de zwart-wit omgeving. De verwachting is dat hij daardoor nog meer crimineel wordt. Het is daarom zaak dat er ook andere uitdagingen worden geboden.

Behandelingsrelatie

Het grote probleem in de forensisch-psihiatrische behandeling, of die nu ambuland dan wel klinisch gebeurt, is het aangaan van een positieve en productieve behandelrelatie en de rol van de psychopathie daarin (Verwaaijen & Bus, 2015). Dat dit moeilijk is, heeft natuurlijk alles te maken met het feit dat het plegen van delicten vooral vóórkomt bij mensen met een externaliserende manier in de interactie met anderen. Zij zijn over het algemeen niet geneigd zichzelf verantwoordelijk te voelen voor wat zij anderen hebben aangedaan, noch hebben ze voldoende ziekteinzicht om zich te realiseren dat in de eerste plaats zelf veranderen belangrijk is in plaats van dat de wereld om hen heen moet veranderen. Vandaar dat bij de forensisch-psihiatrische behandeling het belangrijk is, voortdurend de patiënt te confronteren met zijn aandeel in wat er gebeurt, zowel in de buitenwereld alsook in de therapie zelf. Deze voortdurende confrontatie, die dus bevorderend en niet stagnerend moet zijn voor het behandelingsproces, zal natuurlijk weerstand bij de patiënt opwekken omdat die het appèl krijgt, meer naar zichzelf te kijken en meer ziekteinzicht te gaan ontwikkelen. Dat kost concentratie, maar ook de bereidheid zichzelf ter discussie te stellen en verantwoordelijkheid te nemen. Het is dan niet verwonderlijk dat patiënten in zo'n behandeling proberen zijpaden te bewandelen om op die manier de focus van de behandeling uit de weg te gaan. Bij de ambulante behandeling zal er dus specifiek gewerkt moeten worden aan een goede behandelrelatie ("working alliance"), terwijl bij een klinische opname daarnaast ook het "vasthouden" ("holding") centraal staat: vasthouden en vasthouden, zodat enerzijds er niet ontkomen kan worden aan het therapeutisch proces, anderzijds ook de patiënt bij de hand nemen en gidsen door zijn weerstand heen. De sociotherapie verleent, indien goed toegepast, in dit proces de samenhang en behandelruk (Van Marle, 1995). In de overige therapieën kunnen de conflictgebieden verder worden uitgewerkt.

In de forensisch-psychotherapie is met name de cognitieve gedragstherapie het meest empirisch gefundeerd. Bij het opbouwen van elke behandelrelatie staat een interpersoonlijke dynamiek centraal waarbij klassieke fenomenen als "overdracht en tegenoverdracht", waarbij behandelaar en patiënt elkaar onbewust beïnvloeden op grond van eigen onbewuste wensen en verlangens, niet genegeerd mogen worden. Te vaak komt het nog voor dat behandelingen worden beëindigd omdat ze zijn vastgelopen op de niet-herkende destructieve interacties tussen patiënt en behandelaar, zoals via de psychotherapeut wraak nemen op de ouders van vroeger (waarbij de therapeut zich dan bedreigd gaat voelen), of het op achterdochtige en hooghartige manier afstand nemen van de behandelaar (in de hoop meer belangstelling naar zich toe te trekken). De meer psychodynamische cognitieve Schematherapie (Young, Klosko, & Weishaar, 2005; Bernstein, Nijman, Karos e.a., 2012) lijkt voldoende aandacht te besteden aan de overdrachtsfenomenen. Zij heeft tot heden elders en in Nederland een groot succes, hoewel het beslissende evaluatie-onderzoek bij patiënten met psychopathie nog niet is afgerond.

Op dit moment zijn het met name de patiënten met psychopathie die bekend staan om hun moeilijke behandelbaarheid en hoge recidivekans. Zelfs is het zo dat zij zich vaak beter kunnen voordoen tijdens een behandeling en daardoor sneller dan andere patiënten, meer vrijheden kunnen krijgen tijdens de behandeling en sneller verlof, terwijl ze daarnaast vervolgens meer herhalingsdelicten plegen (Porter, Brinke, & Wilson, 2009). Omdat op dit moment psychopathie kan worden opgevat als een ontwikkelingsstoornis, voor zover de kenmerkende karaktertrekken en gedragingen

zich al vanaf de kindertijd hebben gemanifesteerd en zich hebben versterkt, lijkt het nu voor de hand liggend om voor die patiënten die met psychopathie (onder meer) zijn gediagnosticeerd, een aparte vorm van behandeling aan te bieden. Van hen is bekend dat hun eigen belang prevaleert boven sociale interacties, maar dat zij sociale interacties met dat doel goed kunnen manipuleren. Het risico dat therapeut en beoordelaars worden gemanipuleerd, is dan ook heel groot. Met name aan het manipulatief gedrag zou de behandeling moeten worden aangepast, bijvoorbeeld door het aanbieden en evalueren van doelgerichte interventies. Vanwege de jonge leeftijd waarop de “callous and unemotional” trekken al kunnen worden vastgesteld, dienen onze inspanningen er dan ook op te zijn gericht om zo spoedig mogelijk in de ontwikkeling van een kind of jongere, deze psychopatische trekken te onderkennen in relatie met crimineel gedrag. Op die manier is men dan in staat om al vroeg in te grijpen en te proberen deze criminele carrières te voorkómen. Deze vroegdiagnostiek is eens te meer van belang aangezien de plasticiteit van het menselijk brein afneemt met de jaren: hoe jonger, hoe meer veranderingen mogelijk zullen zijn.

Behandelingsevaluatie

De essentie van de forensische zorg nu is te voldoen aan het ‘evidence-based’ Risk-Need-Responsivity-model omdat dit goede resultaten bij de behandeling van delinquenten oplevert. Dit model behelst het per individu vaststellen van de ernst van diens delict risico en aard en aantal van zijn criminogene behoeftes, i.c. van de risicofactoren; dit risicoprofiel wordt vervolgens leidend in het opstellen van een risicomanagementplan. Dit plan wordt zodanig opgesteld dat de responsiviteit van de behandelde voor de behandeling centraal staat: diens leerstijl, mogelijkheden en beperkingen worden constructief verwerkt in de aanpak (Mc Guire, 1995; Andrews & Bonta, 2010). Het model werd later nog aangevuld met de eisen van programma-integriteit van de behandeling en een professionele beslissingsstatus van de behandelaars. Al snel wordt heden ten dage dit ‘R-N-R-model’ van Andrews en Bonta omarmd als effectief, zonder dat men zich realiseert dat het is gebouwd op empirisch meetbare interventies en resultaten. Het model staat en valt dus bij de meetbaarheid en het meten van alle gebruikte middelen. Bij de implementatie ervan in de forensische zorg dienen daarom de tijdrovende en kostbare metingen, zoals risico-evaluatie en -taxatie en het vaststellen van de leerstijl, mogelijkheden en beperkingen van de patient, derhalve als vanzelfsprekend meegenomen en dus budgettair doorberekend te worden.

Eén manieren om de behandeling te evalueren is de risicotaxatie. Risicotaxatie-instrumenten zijn weinig voorspellend voor bepaalde situaties en zijn ook niet snel af te nemen. Vaak is voor het afnemen een gecertificeerde training noodzakelijk. Risicotaxatie-instrumenten voorspellen risico’s na enige tijd. Zoals bekend zijn ze verdeeld in statische en dynamische factoren, waarbij de statische onveranderbaar, want in het verleden gelegen, zijn. In de risicotaxatie-instrumenten worden factoren gedefinieerd en opgesomd die bepalend zijn voor toekomstig risico. Hoe meer risicofactoren, hoe meer de kans op recidive later verhoogd is. Zij leveren in feite de richtlijnen voor het risicomanagement. Risicofactoren waar hoog op gescoord wordt, zijn volgens het R-N-R model, die factoren die het eerst middels een behandeling moeten worden aangepakt. We hebben echter al gezien dat deze instrumenten minder geschikt zijn voor individuele prognoses omdat de betrouwbaarheid weliswaar valide is, maar nog te wensen overlaat in het individuele geval. Het grootste gevaar ligt hierin dat

bepaalde patiënten gevaarlijk worden geacht op basis van risicotaxatie, terwijl ze dat niet zijn (“vals-positieven”). Op grond van de taxatie dienen ze te worden gecontroleerd en eventueel gedetineerd, terwijl zij in feite geen risico vormen. Maar zij kunnen dat echter niet aantonen: wanneer er geen delicten plaatsvinden terwijl iemand onder controle is, wordt er vanuit gegaan dat dat door de controle komt en niet door een statistische vals-positiviteit en de eigen kracht van de patiënt.

Bij de risico-evaluatie wordt op korte termijn gewerkt. Een aantal risicofactoren wordt gesignaleerd en beoordeeld op het beloop van dagdelen of weken. Zo'n evaluatie is duidelijk bedoeld om te anticiperen op een bepaalde situatie, zoals verslechtering in de conditie of mogelijk geweld bij een prikkelbare patiënt. Typisch klinisch instrumenten voor de ontwikkeling van mogelijk agressief gedrag is de Broset Violence Checklist (BVC), of de Crisismonitor. Deze lijsten worden gebruikt om eventueel agressief gedrag van patiënten te beoordelen voor een termijn van 24 uur of een week. Zij zouden geschikt moeten worden gemaakt voor gebruik in de ambulante ggz om in een vroegtijdig stadium een agressieve ontwikkeling te duiden bij patiënten die daarvoor in aanmerking komen. Zo bestaat er in Nederland bijvoorbeeld de Checklist Risico Crisisdienst, die niet alleen risicofactoren van de patiënt meet, maar van de gehele situatie, zodat bij een huisbezoek geanticipeerd kan worden op mogelijke gevaren (Penterman, 2015).

Conclusie en consequenties voor verder onderzoek

De afgelopen 30 jaar heeft de forensische psychiatrie een geweldige vlucht genomen: rapportage, diagnostiek, gevaarsinschatting en behandeling zijn sterk verbeterd, het aantal herhalingsdelicten aanzienlijk verminderd. Via de neurowetenschappen is veel meer bekend over de functionerende hersenen zodat daar in de behandeling mee rekening kan worden gehouden. Echter, de kennis van risicotaxatie en behandeling van geestelijk gestoorde delinquenten lijkt op dit moment aan een plafond te zitten. Ook zijn er in het individuele geval onvoldoende gegevens voorhanden voor vroegtijdige signalering en preventie van delinquent gedrag. De discussie over de mate van toerekeningsvatbaarheid stagneert in plaats van dat er een nieuwe methodiek wordt gezocht. De neurowetenschappen bieden klinisch nog te weinig diagnostische houvast. Deze status quo eist nieuwe wegen om toch weer verder te komen in de forensische psychiatrie. De aloude vragen zijn immers nog niet beantwoord.

Een ander paradigma voor toerekeningsvatbaarheid zal naar mijn mening worden gevonden in verder onderzoek naar remming ('inhibitie') van antisociaal gedrag in plaats van te vragen naar het 'waarom?' ervan. Behandeling van risicovolle patiënten moet meer overeenstemmen met de huidige diagnostiek van 'psychopathie', hersenontwikkeling en geschiktheid voor een bepaalde behandeling. De kracht van positieve en beschermende factoren moet meer worden geïntegreerd in de behandelvisie en meer systematisch toegepast.

Onderzoeksmethoden die tot nu toe weinig zijn gebruikt in de forensische psychiatrie, bieden nu kansen dieper door te dringen in de belangrijke vragen naar preventie, vroegdiagnostiek en succesvolle behandeling. Dat ze tot nu toe weinig gebruikt zijn, komt doordat ze bewerkelijker en inspannender zijn en de resultaten ervan langer op

zich laten wachten. Echter, om voortgang te maken met het forensisch psychiatrisch onderzoek, dient de forensische psychiatrie meer dan voorheen haar onderzoeksterreinen te verleggen naar breed en longitudinaal onderzoek. Het is niet gemakkelijk deze grote databestanden betrouwbaar op te bouwen, want vaak moeten ze verschillende doelen dienen, zoals beleidsevaluatie, behandelingsvoortgang en 'benchmarking'. De invoer van gegevens dient continu en zorgvuldig plaats te vinden, willen er geen hiaten of fouten in de bestanden optreden die nooit meer goed te maken zijn. Kortom, werkzaamheden van lange adem die een grote betrokkenheid van de opstellers en onderzoekers vereisen. Voorbeelden daarvan zijn op dit moment de databases voor gedetineerde jeugd en volwassenen bij de Dienst Justitiële Inrichtingen, het WODC en elders, de Landelijke Database van het Expertise Centrum Forensische Psychiatrie in Utrecht en de multimethodische bevolkingsonderzoeken van alle leeftijden vanuit het Erasmus MC in Rotterdam.

Door epidemiologisch en longitudinaal onderzoek wordt het mogelijk risicofactoren en beschermende factoren in de loop van de kinder- en jeugd jaren en tijdens de volwassenheid in combinatie met elkaar te onderzoeken. Op grond daarvan is de wisselwerking ervan in de loop der tijd weer te geven. Het valt te verwachten dat veel ernstige risicofactoren op jonge leeftijd al voor een heftiger criminele carrière waarschuwen dan wanneer ze er niet zijn. Ook kan op die manier de inwerking van risicofactoren op bepaalde 'biomarkers' en persoonlijkheidskenmerken worden onderzocht en daardoor een beter beeld geven van wat kwetsbaarheid, maar ook wat veerkracht inhoudt. Te verwachten valt eveneens dat risicofactoren voor ernstig (seksueel) gewelddadig gedrag variëren afhankelijk van de leeftijd van de dader. De soort en zwaarte van de behandeling moeten hierop worden afgestemd (Mulder, 2010). Longitudinaal onderzoek is tevens in staat weer te geven hoe patronen van delictherhalingen er uit zien. Zo blijkt bijvoorbeeld slechts vijf procent van alle jongeren die in een PIJ-kliniek hebben gezeten, als volwassene bij recidive tot een tbs wordt veroordeeld (Van Marle, Hempel, & Buck, 2010). Ook valt te veronderstellen dat risico- en beschermende factoren afhankelijk zijn van een bepaalde leeftijd en leefwijze om hun werking te kunnen ontplooiën. Allemaal hypothesen die schreeuwen om een antwoord.

Door deze grote onderzoeken op te zetten in een samenwerkingsverband tussen de universiteit en (forensisch-)psychiatrische instellingen worden niet alleen meer data gegenereerd maar zal ook het draagvlak voor deze manier van onderzoeken bij onderzoekers en deelnemers groeien. Door al op een jeugdige leeftijd te beginnen met een prospectief onderzoek is deelname meer verzekerd dan wanneer de deelnemers bevreesd moeten zijn voor het stigma van antisociaal gedrag.

Echter, ook van dit onderzoek mag niet verwacht worden dat het de uiteindelijke antwoorden leveren. Bij dit nomothetisch onderzoek blijven de resultaten immers steken op groepsniveau. De kennis reikt dan niet verder dan de gemiddelde patiënt. De resultaten, hoe aansprekend ook, vallen dan niet direct terug te brengen tot het individu, terwijl, wil preventie succesvol zijn, er in eerste instantie moet worden gekeken naar de persoon die de verhoogde risico's met zich mee draagt. Naast het nomothetisch onderzoek is er ook de mogelijkheid tot idiografisch onderzoek, dat wil zeggen onderzoek op individueel niveau, voor een bepaalde duur, bij de patiënt zelf. Via dit soort onderzoek is het mogelijk om variaties in bepaalde kenmerken of 'biomarkers' op te sporen, waarbij het optreden van elk van de veranderingen in tijd gecorreleerd kan

worden met variaties in andere. Op die manier vallen ook combinaties van bepaalde variabelen in relatie tot verschillende domeinen vast te stellen, zoals tegelijkertijd op biologisch en psychosociaal niveau. Deze methode vereist herhaalde metingen en dan tegelijkertijd van verschillende aard. Ook kunnen op deze wijze goed omschreven interventies en hun effecten via experimenteel onderzoek worden beoordeeld middels deze methode van single-case studies (“n = 1-onderzoek”).

Deze beide manieren van onderzoek zijn zoals gezegd niet gemakkelijk. Toch wil ik er een lans voor breken, en ze als de volgende uitdaging voor het forensische veld zien. Het is niet alleen een wetenschappelijke sprong voorwaarts maar ook een plicht voor ons als maatschappij die wetenschappelijke voorzieningen te treffen die in staat zijn vanwege het vroegtijdig begin zowel daders, slachtoffers als daders als slachtoffers te voorkomen.

Literatuur

- Anderson, N., & Kiehl, K. (2014). Psychopathy: Developmental Perspectives and their Implications for Treatment. *Restorative Neurology and Neuroscience*, 32, 103-117.
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010). *The Psychology of Criminal Conduct* (5th edition). New Providence: Anderson Publishing.
- Babiak, P., & Hare, R. D. (2006). *Snakes in suits: When psychopaths go to work*. New York: Harper Collins Publ. Inc.
- Bagot, R. C., & Meaney, M. J. (2010). Epigenetics and the biological basis of gene x environment interactions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49, 752-771.
- Bari, A., Robbins, T. W. (2013). Progress in Neurobiology. *Progress in Neurobiology*, 108, 44-79.
- Barnao, M., Robertson, P., & Ward, T. (2010). Good lives model applied to a forensic population. *Psychiatry, Psychology and Law*, 17(2), 202-217.
- Bernstein, D. P., Nijman, H. L. I., Karos, K., Keulen-de Vos, M., Vogel, V. de, & Lucker, T.P. (2012). Schematherapy for Forensic Patients with Personality Disorders: Design and Preliminary Findings. *International Journal of Forensic Mental Health*, 11, 312-324.
- Caspi, A., McClay, J., Moffitt, T. E., Mill, J., Martin, J., Craig, I. W., ... Poulton, R. (2002). Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science (New York, N.Y.)*, 297, 851-854.
- Caspi, A., & Moffitt, T. E. (2006). Gene-environment interactions in psychiatry: joining forces with neuroscience. *Nature Reviews. Neuroscience*, 7, 583-590.
- Cleckley, H. (1941/1976). *The Mask of Sanity* 5th edition. Saint Louis: Mosby.
- Dadds, M. R., Allen, J. L., McGregor, K., Woolgar, M., Viding, E., & Scott, S. (2014). Callous-unemotional traits in children and mechanisms of impaired eye contact during expressions of love: a treatment target? *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 55(7), 771-780.
- Damasio, A. (2010). *Het zelf wordt zich bewust*. Amsterdam: Wereldbibliotheek.
- De Brito, S. A., Viding, E., Kumari, V., Blackwood, N., & Hodgins, S. (2013). Cool and Hot Executive Function Impairments in Violent Offenders with Antisocial Personality Disorder with and without Psychopathy. *PLoS ONE*, 8(6), e65566.
- De Vogel, V., De Vries Robbé, M., & Van den Broek, E. (2015). Risicotaxatie in de forensische psychiatrie: fundamenten en praktijk. In H. J. C. van Marle (red.), *Forensische Psychiatrie: fundamenten en praktijk* (pp. 151-185). Assen: Van Gorcum.

- De Vries Robbé, M. (2014). *Protective Factors*. Validation of the Structured Assessment of Protective Factors for Violence Risk in Forensic Psychiatry. Dissertation Nijmegen. Utrecht: Van der Hoevenkliniek.
- Douglas, K. S., Ogloff, J. R., & Hart, S. D. (2003). Evaluation of a model of violence risk assessment among forensic psychiatric patients. *Psychiatric Services*, 54(10), 1372–1379.
- Douglas, K. S., Guy, L. S., & Hart, S. D. (2009). Psychosis as a risk factor for violence to others: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 135(5), 679-706.
- Engel, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137(5), 535-44.
- Fazel, S., Singh, J. P., Doll, H., & Grann, M. (2012). Use of risk assessment instruments to predict violence and antisocial behaviour in 73 samples involving 24 827 people: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 345, e4692.
- Francis, D. D., & Meaney, M. J. (1999). Maternal care and the development of stress responses. *Current Opinion in Neurobiology*, 9, 128–134.
- Hanson, R. K. & Morton - Bourgon, K. E. (2005). The characteristics of persistent sexual offenders: A meta-analysis of recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6, 1154-1163.
- Hare, R. D. (1998). The Hare PCL-R: Some issues concerning its use and misuse. *Legal and Criminological Psychology*, 3, 99–119.
- Hare, R. D., & Neumann, C. S. (2006). The PCL-R assessment of psychopathy: development, structural properties and new directions. In C. J. Patrick (Ed.), *Handbook of Psychopathy* (pp. 58–88).
- Hawes, D. J., Brennan, J., & Dadds, M. R. (2009). Cortisol, callous-unemotional traits, and pathways to antisocial behavior. *Current Opinion in Psychiatry*, 22(4), 357–62.
- Hildebrand, M. (2004). *Psychopathy in the Treatment of Forensic Psychiatric Patients*. Dissertation UvA. Criminal Sciences. Amsterdam: Dutch University Press.
- Kolla, N. J., Malcolm, C., Attard, S., Arenovitch, T., Blackwood, N., & Hodgins, S. (2013). Childhood maltreatment and aggressive behaviour in violent offenders with psychopathy. *Canadian Journal of Psychiatry*, 58(8), 487–494.
- Kuhn, T. S. (1970). *The Structure of Scientific Revolutions*. Chicago: University of Chicago Press.
- Loomans, M. M., Tulen, J. H. M., Van Marle, H. J. C. (2013). The psychophysiology and neuroanatomy of antisocial behavior. In J. B. Helfgott (Ed.), *Criminal Psychology, Vol. 1* (pp. 89–115). California USA: Santa Barbara.

- McGuire, J. (1995). *What Works: Reducing Re-offending*. Chichester, New York: Wiley
- McGuire, J. (2002). Criminal sanctions versus psychologically based interventions with offenders: A comparative empirical analysis. *Psychology, Crime & Law*, 8, 183-208.
- McMurrin, M., & Ward, T. (2010). Treatment readiness, treatment engagement and behaviour change. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 20(2), 75-85.
- Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: a developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100, 674-701.
- Moffitt, T. E., Caspi, A., Harrington, H., & Milne, B. J. (2002). Males on the life-course-persistent and adolescence-limited antisocial pathways: follow-up at age 26 years. *Development and Psychopathology*, 14(1), 179-207.
- Mooij A.W.M. (2004). *Toerekeningsvatbaarheid*. Over handelingsvrijheid. Amsterdam: Boom.
- Mulder, E. A. (2010). *Unraveling Serious Juvenile Delinquency*. Risk and Needs Assessment by Classification into Subgroups. Dissertation Rotterdam. Rotterdam: Erasmus Medical Centre.
- Nersessian, N. J. (2003). Kuhn, conceptual change, and cognitive science. In T. Nickles (Ed.), *Thomas Kuhn* (pp. 178-211). Cambridge: Cambridge University Press
- Noyon, L., Van Marle, H. J. C., Mevis, P. A. M. , & Van der Wolf, M. J. F. (2015). De discussie over neurowetenschap en strafrecht: een overzicht en een richting. *Delikt en Delinkwent*, 34, 343-362.
- Olver, M. E., Lewis, K., & Wong, S. C. P. (2012). Risk Reduction Treatment of High-Risk Psychopathic Offenders: The Relationship of Psychopathy and Treatment Change to Violent Recidivism. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 4(2), 160-167.
- Patrick, C. J. (Ed.) (2006). *Handbook of Psychopathy*. New York, London: Guilford Press.
- Patrick C. J., Fowles, D.C., Krueger, R.F. (2009). Triarchic conceptualization of psychopathy: developmental origins of disinhibition, boldness, and meanness. *Developmental Psychopathology*, 21(3), 913-938.
- Penterman, E. J. M. (2015). *Over agressie in de ggz-crisisdienst: inventarisatie van het probleem en de ontwikkeling van een checklist*. Dissertation Nijmegen. Enschede: Ipskamp Drukkerij.
- Philipse, M.W.G. (2005). *Predicting criminal recidivism: empirical studies and clinical practice in forensic psychiatry*, dissertation. Nijmegen.

- Porter, S., Brinke, L., & Wilson, K. (2009). Crime profiles and conditional release performance of psychopathic and non-psychopathic sexual offenders. *Legal and Criminological Psychology*, 14, 109-118.
- Prosono, M. (2003). History of Forensic Psychiatry. In R. Rosner (Ed.), *Principles and Practice of Forensic Psychiatry*, 2nd edition (pp. 13-29). London: Arnold.
- Raine, A. (2013). *Het gewelddadige brein*. Amsterdam: Balans.
- Rhee, S. H., & Waldman, I. D. (2002). Genetic and environmental influences on antisocial behavior: a meta-analysis of twin and adoption studies. *Psychological Bulletin*, 128(3), 490–529.
- Roozen, H. G., Dijkman, I., & Blaauw, E. (2015). Forensische verslavingszorg. In H. J. C. van Marle (red.), *Forensische Psychiatrie, Fundamenten en Praktijk* (pp. 253-270). Assen: Van Gorcum.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. 1987 Annual Meeting of the American Orthopsychiatric Association (1987, Washington, DC). *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3), 316–331.
- Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Developmental Psychopathology*, 24(2), 335-344.
- Salekin, R. T. (2002). Psychopathy and therapeutic pessimism: Clinical lore or clinical reality? *Clinical Psychology Review*. doi:10.1016/S0272-7358(01)00083-6
- Salekin, R. T., & Lochman, J. E. (2008). Child and Adolescent Psychopathy: The Search for Protective Factors. *Criminal Justice and Behavior*. doi:10.1177/0093854807311330
- Salekin, R. T., Tippey, J. G., & Allen, A. D. (2012). Treatment of Conduct Problem Youth with Interpersonal Callous Traits Using Mental Models: Measurement of Risk and Change. *Behavioral Sciences and the Law*, 30(4), 470–486.
- Skeem, J. L., & Cooke, D. J. (2010). One measure does not a construct make: directions toward reinvigorating psychopathy research--reply to Hare and Neumann (2010). *Psychological Assessment*, 22, 455–459.
- Skeem, J. L., Polaschek, D. L., Patrick, C. J., & Lilienfeld, S. O. (2011). Psychopathic personality: bridging the gap between scientific evidence and public policy. *Psychological Science in the Public Interest*, 12(3), 95-162.
- Tenneij, N. H., & Wesselius, J. (2013). Justitieel beleid voor mensen met een psychische stoornis. In H. J. C. van Marle, P. A. M. Mevis, & M.J.F. van der Wolf, *Gedragskundige rapportage in het strafrecht*, 2^e herziene druk (pp. 165-185). Alphen aan den Rijn: Kluwer.

- Van Marle, H. J. C. (1992). Voorspellen van gevaarlijkheid: consensus gewenst. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 34, 281-290.
- Van Marle, H. J. C. (1995). *Het gesloten systeem*. Dissertation Utrecht. Arnhem: Gouda Quint.
- Van Marle, H. J. C. (2004). Tussen wet en wetmatigheid: De forensische psychiatrie in sociaal perspectief. *Oratie*. Rotterdam.
- Van Marle, H. J. C. (2007). Het strafrechtelijk psychiatrisch gedragskundigenonderzoek. In F. A. M. Raes, B.C.M. & Bakker (Ed.), *De psychiatrie in het Nederlands recht*, 5e druk (pp. 113 – 136). Deventer: Wolter Kluwers.
- Van Marle, H. J. C. (2009). Het neuronaturalisme en de forensische psychiatrische rapportage. In F. Koenraadt & I. Weijers (red.), *Vrijheid en Verlangen* (pp. 257-272), Liber Amicorum prof. dr. Antoine Mooij. Den Haag: Boom .
- Van Marle, H. J. C., & Greeven, P. J. (2005). Met het oog op de samenleving: de geschiedenis van de Dr. Henri Van der Hoeven Kliniek in perspectief. In J. Meyer, P. J. Greeven, & H.J.C. van Marle (red.), *Het helend huis* (pp. 9-20). Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.
- Van Marle, H. J. C., Hempel, I.S., & Buck, N. M. L. (2010). Young serious and vulnerable offenders in the Netherlands: A cohort follow-up study after completion of a PIJ (detention) order. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 20, 349-360.
- Van der Wolf, M. J. F. (2012). *TBS, veroordeeld tot vooroordeel*. Dissertatie Rotterdam. Oisterwijk: Wolf Legal Publicers.
- Verwaaijen, S., & Bus, T. (2015). De behandeling van geweld: het belang van een therapeutische omgeving. In H. J. C. van Marle (red.), *Forensische Psychiatrie, fundamenten en praktijk* (pp. 229-251). Assen: Van Gorcum.
- Viding, E., & McCrory, E. J. (2012). Why should we care about measuring callous-unemotional traits in children? *British Journal of Psychiatry*, 200(3), 177-178.
- Ward, T., Mann, R. E., & Gannon, T. a. (2007). The good lives model of offender rehabilitation: Clinical implications. *Aggression and Violent Behavior*, 12(1), 87-107.
- Webster, C. D., Douglas, K. S., Eaves, D., & Hart, S.D. (1997). HCR - 20; Assessing Risk for Violence. Burnaby (BC): Simon Fraser University.
- Wong, S. C. P., Gordon, A., Gu, D., Lewis, K., & Olver, M. E. (2012). The effectiveness of violence reduction treatment for psychopathic offenders: Empirical evidence and a treatment model. *The International Journal of Forensic Mental Health*, 11(4), 336-349.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2005). *Schemagerichte therapie*. Houten:

Bohn Stafleu van Loghum.