

6 Samenvatting, conclusies en discussie

Dit rapport is een aanvulling op het rapport 'Blijvend delictgevaarlijk — empirische schattingen en conceptuele verheldering' waarin de populatie 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten binnen zowel de TBS- als GGz-sector beschreven is. Binnen dit rapport is ingezoomd op de 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten bij wie schizofrenie respectievelijk persoonlijkheidsstoornissen op de voorgrond staan. Volgens de DSM-IV kan van schizofrenie worden gesproken wanneer er gedurende minimaal zes maanden sprake is van twee of meer van de volgende symptomen: hallucinaties, wanen, waarnemingsstoornissen, denkstoornissen, stoornissen in het gevoelsleven, incoherent en verward taalgebruik, algemene verwardheid of catatonie, negatieve symptomen en mislukkingen op sociaal en beroepsmatig vlak. Kenmerken van schizofrenie zijn onder meer hallucinaties, verward taalgebruik en een incoherente spraak die vaak het gevolg zijn van denkstoornissen. Catatone gedragingen zijn bijvoorbeeld doelloze repeterende bewegingen. Bij gedesorganiseerd gedrag ten slotte, is de patiënten meestal niet meer in staat om functionele dagelijkse bezigheden te vervullen. Over het ontstaan van schizofrenie bestaan verschillende theorieën. Eén daarvan is de dopaminetheorie, waarbij het dopaminesysteem (dopamine is één van de neurotransmitters in de hersenen, zij brengen impulsen van de ene zenuwcel naar de andere) primair gestoord is. Andere wetenschappers beweren dat schizofrenie erfelijk is, of in ieder geval dat er verhoogde psychische gevoeligheid is. Maar tot nu toe is er nog geen algemeen geaccepteerde verklaring waarom de ene patiënt schizofrenie ontwikkelt en de andere niet.

Volgens de DSM-IV wordt een persoonlijkheidsstoornis omschreven als een geheel van gedragingen (die karakteristiek zijn voor het huidige en lange termijn functioneren) die belangrijke tekortkomingen in het sociaal functioneren of subjectief lijden veroorzaken.

Er is sprake van pathologische trekken, gedragingen en belevingen die afwijken van de standaard norm, maar de patiënt ervaart dat zelf niet zo. Deze trekken vinden hun oorsprong in de patiënt zijn jeugd of vroege adolescentie. Als de patiënt aan meerdere criteria van verschillende persoonlijkheidsstoornissen voldoet, dan krijgt hij of zij ook meerdere diagnoses op As II. Er zijn drie clusters persoonlijkheidsstoornissen, cluster A, B en C. Onder cluster A vallen de paranoïde, schizoïde en schizotypische persoonlijkheidsstoornissen. Onder cluster B de antisociale, borderline, theatrale en narcistische persoonlijkheidsstoornissen. Onder cluster C, vallen de vermijdende, afhankelijke en obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornissen.

Door een combinatie van sociale, psychologische, organische en biogenetische factoren kan een persoonlijkheidsstoornis ontstaan. Onder sociale factoren vallen bijvoorbeeld het functioneren binnen het gezin, de kwaliteit van relaties met anderen en de intensiteit van deze interacties. Psychologische factoren hebben

betrekking op het handelen, denken en voelen van de patiënt. Organische factoren verwijzen naar hersensyndromen, schedeltrauma's en epilepsie, zij worden beschouwd als veroorzakers van persoonlijkheidsstoornis.

Er bestaat veel empirisch onderzoek over het voorkomen van zowel diagnoses op As I als op As II van de DSM-IV (dit wordt co-morbiditeit genoemd).

Uit studies komt naar voren dat er een verband bestaat tussen cannabisgebruik, alcoholgebruik en het voorkomen van persoonlijkheidsstoornissen. Ook komt cannabisgebruik en/of alcoholgebruik in combinatie met schizofrenie veelvuldig voor.

Waar het gaat om stoornissen die in verband worden gebracht met blijvende delictgevaarlijkheid, blijken vooral persoonlijkheidsstoornissen sterker dan schizofrenie, samen te hangen met geweld. Antisociale, narcistische en borderline persoonlijkheidsstoornissen vooral in combinatie met psychopathie worden in veel studies in verband gebracht met een blijvend risico op recidive.

In het empirisch onderzoek is de steekproef (n=209) 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten opgedeeld in sector van opname en gediagnosticeerde stoornis. Binnen de TBS-sector (de 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten opgenomen binnen de TBS-klinieken ten tijde van de peildatum) zouden 41 patiënten schizofrenie of een aanverwante stoornis als eerste diagnose hebben en 67 een persoonlijkheidsstoornis. Binnen de GGz-sector (patiënten die op de peildatum waren opgenomen binnen FPK's, FPA's, KIB's, Hoeve Boschoord en twee afdelingen van de chronische psychiatrie) zouden 75 patiënten lijden aan schizofrenie of een aanverwante stoornis als eerste diagnose en 26 aan een persoonlijkheidsstoornis. Doordat alle subgroepen een relatief kleine omvang hebben worden de resultaten gebruikt als indicatie voor de behoefte aan zorg en beveiliging voor de verschillende patiënten groepen en ter beeldvorming.

Wordt de leeftijdsopbouw bekeken, dat blijkt dat vooral binnen de TBS-sector meer patiënten ouder dan vijftig jaar zijn. Bijna alle blijvend delictgevaarlijke patiënten zijn van het mannelijk geslacht. Co-morbiditeit (stoornissen op meerdere assen van de DSM-IV) komt relatief vaak voor bij alle subgroepen. Daarnaast is een groot deel van de patiënten afhankelijk van middelen. Van de patiënten uit de TBS-sector heeft ruim éénderde een diagnose op As III, terwijl dit voor ongeveer één vijfde van de patiënten uit de GGz-sector geldt. Het grootste deel van de patiënten heeft een normale intelligentie. De patiënten uit de GGz-sector hebben iets vaker een laaggemiddelde intelligentie en patiënten uit de TBS-sector worden vaker als zwakbegaafd aangemerkt.

Alle patiënten die tot de TBS-sector behoren hadden een TBS-maatregel opgelegd gekregen, daarnaast verbleven relatief veel patiënten binnen de GGz-sector op een TBS-titel. De delicten waarvoor de huidige juridische maatregel is opgelegd, kenmerken zich door de aanwezigheid van een geweldscomponent. Seksueel geweld komt relatief vaak voor bij persoonlijkheidsgestoorde patiënten uit de TBS-sector.

De latentietijd tot een nieuw delict ligt volgens de behandelverantwoordelijken tussen enkele maanden en binnen één jaar. Er is geen verschil tussen de subgroepen, hoewel voor een aanzienlijk deel van de patiënten binnen de GGz-sector de latentietijd niet in te schatten valt.

Ook het vluchtrisico van alle groepen wordt bijna gelijk geschat. Ongeveer één vijfde deel van alle patiënten heeft wel eens een suïcide poging ondernomen. Van

de persoonlijkheidsgestoorde patiënten uit de GGz-sector zou meer dan de helft een poging ondernomen hebben, maar het gaat hier om uiterst kleine aantallen. De meest doorslaggevende aspecten die hebben geleid tot inschatting van de patiënt als blijvend delictgevaarlijk zijn de aanwezigheid van co-morbiditeit, voortdurend externaliserend gedrag, gebrek aan ziekte-inzicht en probleembesef en het ontbreken van mogelijkheden tot zelfreflectie.

De omstandigheden waardoor de kans op het plegen van een delict toeneemt zijn, het gebruik van alcohol of drugs ten tijde van het delict, het niet kunnen omgaan met gevoelens van onlust en een gebrek aan structuur.

Voor schizofrene patiënten is vooral de onbetrouwbaarheid in het medicatiegebruik een belemmerende factor. Bij persoonlijkheidsgestoorde uit de GGz-sector zou het feit dat behandelaars uitgeput geraken door de patiënt, een factor zijn en bij patiënten uit de TBS-sector zou de geringe leercapaciteit van de patiënt een belemmering zijn tot de afname van het delictgevaar.

Door de behandelverantwoordelijken is geschat welke mate van toezicht de patiënten in de toekomst nodig hebben om het delict risico binnen de perken te houden.

Het zwaarste niveau van toezicht is zoals dat binnen een (gesloten afdeling van een) TBS-kliniek wordt geboden en de lichtste vorm is (minimaal dagelijks) toezicht zoals dat binnen een beschermde woonvorm geboden wordt. Vooral de patiënten opgenomen binnen de TBS-sector zouden permanent toezicht als binnen een TBS-kliniek nodig hebben. Voor een deel van de patiënten lijdend aan schizofrenie, uit de TBS-sector, zou toezicht als binnen een Forensisch Psychiatrische Afdeling afdoende zijn. De patiënten opgenomen binnen de GGz-sector hebben toezicht, zoals binnen een Forensisch Psychiatrische Kliniek of Afdeling wordt geboden, nodig. Een deel van de patiënten met schizofrenie zouden binnen een beschermde woonvorm kunnen functioneren. Maar ook bij deze gegevens geldt dat het om zeer kleine aantallen gaat, waardoor er aan de hand van deze uitkomsten geen generaliserende uitspraken kunnen worden gedaan.

Bij alle patiënten is gevraagd de HoNOS af te nemen, een instrument dat bedoeld is om het psychiatrisch en sociaal functioneren van de patiënt in kaart te brengen. De patiënten lijdend aan schizofrenie uit beide sectoren scoren redelijk hoog op de subschaal symptomatologie, beperkingen en sociale problemen, terwijl de persoonlijkheidsgestoorde iets hoger scoren op de subschaal gedragsproblemen. Worden de blijvend delictgevaarlijke patiënten vergeleken met andere groepen patiënten, dan blijken vooral de patiënten die lijden aan schizofrenie over het algemeen hoger of gelijk te scoren aan de vergelijkingsgroepen, op de subschalen van de HoNOS.

Wordt er gekeken naar of de patiënten ernstige problemen hebben in het psychiatrisch en sociaal functioneren, dan blijkt dat alle patiënten over het algemeen laag tot middelmatig scoren. Het grootste deel van de patiënten, zou volgens de behandelverantwoordelijken kunnen functioneren binnen een kleine of grote groep.

Wat betreft het niveau van zelfstandigheid, waarop de patiënt zou kunnen functioneren, blijkt dat het grootste deel van de patiënten intramurale zorg behoeft. Vooral de persoonlijkheidsgestoorde patiënten uit de TBS-sector zouden begeleid of volledig zelfstandig kunnen functioneren. Ook hier gaat het om zeer kleine aantallen.

Volgens de behandelverantwoordelijken is de behoefte aan zorg van een psychiater en/of psycholoog aanzienlijk (er is behoefte aan dagelijks tot maandelijks consult). Daarnaast is er vooral voor patiënten uit de TBS-sector dagelijks veel behoefte aan de zorg van een sociotherapeut. Van de patiënten uit de GGz-sector zou ongeveer de helft dagelijks behoefte hebben aan een sociotherapeut.

De instelling alwaar de patiënt op het moment van de peildatum verbleef zijn voor de patiënten behorend tot de TBS-sector voornamelijk TBS-klinieken en voor de patiënten behorend tot de GGz-sector, de instellingen die daartoe behoren (FPK, FPA, KIB, en afdeling voor chronische psychiatrie). Daarnaast is door de behandelverantwoordelijken geschat welke voorziening het geschiktst zou zijn voor de patiënt in de toekomst.

Voor de persoonlijkheidsgestoorde patiënten uit de TBS-sector zou vooral een long stay afdeling het geschiktst zijn. De schizofrene patiënten uit de TBS-sector zou ook op reguliere of Forensisch Psychiatische Afdeling geplaatst kunnen worden. De patiënten uit de GGz-sector zouden voornamelijk in Forensisch Psychiatische Klinieken en Afdelingen geplaatst kunnen worden, met name op een zogenaamde long stay afdeling of een afdeling voor langdurig verblijf binnen de psychiatrie. Daarnaast zou een aanzienlijk deel van de patiënten met schizofrenie uit de GGz-sector in een beschermde woonvorm kunnen functioneren.

Conclusies

Voor een groot deel van de gehele populatie blijvend delictgevaarlijke patiënten geldt dat de kans op een delict toeneemt wanneer alcohol of drugs gebruikt worden. Uit studies naar blijvend delictgevaarlijke patiënten blijkt ook dat recidive in verband wordt gebracht met onder andere (zware) middelenverslaving en gedragsstoornissen.

Voor het overige valt het op dat er nauwelijks sprake is van duidelijke verschillen tussen de persoonlijkheidsgestoorde en schizofrene patiënten binnen zowel de TBS- als de GGz-sector.

Te verwachten viel dat er verschil zou zijn in geschiktste voorziening, waarbij de persoonlijkheidsgestoorde patiënten relatief zelfstandiger zouden kunnen functioneren dan de patiënten lijdend aan schizofrenie. Dit beeld wordt niet duidelijk bevestigd. Mogelijk komt dit doordat er niet zo gedetailleerd is gemeten. In de casussen bijvoorbeeld, met name die van dhr. B. en G. is gedetailleerd beschreven welke mate van zorg en beveiliging voor deze patiënten in kwestie van toepassing zou zijn.