

Cahier 2005-19

**Psychische en lichamelijke
pathologie bij een steekproef
van ‘blijvend delictgevaarlijke’
forensisch psychiatrische
patiënten**

**V.E. den Hartogh
C.H. de Kogel
S. Bogaerts**



**Wetenschappelijk Onderzoek-
en Documentatiecentrum**

Exemplaren van deze publicatie kunnen schriftelijk worden besteld bij

Bibliotheek WODC, kamer KO 14
Postbus 20301, 2500 EH Den Haag

Fax: (070) 370 45 07
E-mail: a.eind@minjus.nl

Cahiers worden in beperkte mate gratis verspreid zolang de voorraad strekt

Alle nadere informatie over WODC-publicaties is te vinden op Justweb en op www.wodc.nl

Voorwoord

Een niet te onderschatten groep van forensisch psychiatrische patiënten staat gekenmerkt als onbehandelbaar en blijvend delictgevaarlijk. Het risico op het plegen van ernstige gewelddadige delicten is manifest aanwezig bij deze groep. Deze delictgevaarlijke patiënten verblijven zowel in de justitiële sector als in de forensische geestelijke gezondheidszorg en zijn uitvoerig beschreven in het eerder verschenen rapport 'Blijvend delictgevaarlijk -empirische schattingen en conceptuele verheldering' (De Kogel, Verwers en Den Hartogh, 2005).

Het voorliggende onderzoek is een verdieping van dit onderzoek. Hierin worden specifieke kenmerken van blijvend delictgevaarlijke patiënten belicht. Zo is er aandacht voor klinische stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen waaraan deze patiënten lijden (as I en II, DSM-IV) maar wordt er ook gekeken naar de co-morbiditeit tussen klinische stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen. Tevens wordt onderzocht in hoeverre lichamelijke aandoeningen (as III, DSM-IV) een rol spelen in het blijvend delictgevaarlijk zijn.

Naast een literatuurverkenning worden cases beschreven om langs die weg meer inzicht te krijgen in de benodigde zorg en beveiliging voor blijvend delictgevaarlijke patiënten met een specifieke stoornis (zoals schizofrenie, een persoonlijkheidsstoornis of een combinatie van beide).

Dit onderzoek beoogt de kennis te vergroten over blijvend delictgevaarlijke patiënten. Daarnaast biedt het inzicht in de relatie tussen delictgevaarlijkheid en klinische stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en/of lichamelijke aandoeningen die relevant zijn voor het begrijpen en behandelen van een psychische stoornis en het daaruit voortvloeiende delictgevaar.

Het onderzoek kan tevens een bijdrage leveren aan de discussie over welk opnamebeleid er kan worden gevoerd aangaande blijvend delictgevaarlijke forensisch psychiatrische patiënten.

Prof. dr. Frans Leeuw
Directeur WODC

Inhoud

1	Inleiding	1
1.1	Aanleiding tot het onderzoek	1
1.2	Doelstelling en vraagstelling	2
1.3	Methoden	2
1.4	Opbouw van het rapport	4
2	Psychische en lichamelijke pathologie en ‘blijvende delictgevaarlijkheid’: een literatuurverkenning	5
2.1	Literatuurverkenning met betrekking tot persoonlijkheidsstoornissen en schizofrenie	6
2.1.1	Persoonlijkheidsstoornissen	6
2.1.2	Schizofrenie	7
2.2	Oorzaken en onderliggende mechanismen van persoonlijkheidsstoornissen en schizofrenie	9
2.2.1	Persoonlijkheidsstoornissen: een verkenning	9
2.2.2	Schizofrenie: een verkenning	9
2.3	Co-morbiditeit tussen enerzijds As I stoornissen (schizofrenie) of As II-stoornissen (persoonlijkheidsstoornissen) en As III stoornissen (lichamelijke aandoeningen)	10
2.4	Psychopathologie en delictgevaarlijkheid	12
2.5	Korte synthese	13
3	Casusbeschrijvingen	15
3.1	Casusbeschrijving van dhr. B., een blijvend delictgevaarlijke patiënt met diagnose schizofrenie en persoonlijkheidsstoornis	15
3.2	Casusbeschrijving van dhr. G., een blijvend delictgevaarlijke patiënt met diagnose schizofrenie	17
3.3	Casusbeschrijving van dhr. B., een ‘blijvend delictgevaarlijke’ patiënt met diagnose persoonlijkheidsstoornis	18
3.4	Casusbeschrijving van mw. A., een ‘blijvend delictgevaarlijke’ patiënt met diagnose schizofrenie	19
3.5	Casusbeschrijving van dhr. R., een ‘blijvend delictgevaarlijke’ patiënt met diagnose persoonlijkheidsstoornis	20
3.6	Casusbeschrijving van dhr. M., een ‘blijvend delictgevaarlijke’ patiënt met diagnose persoonlijkheidsstoornis	22
3.7	Korte synthese	23

4	Beveiliging en zorg voor ‘blijvend delictgevaarlijke’ patiënten met schizofrenie en persoonlijkheidsstoornissen	25
4.1	Onderzoeksgroepen	25
4.2	Aspecten met betrekking tot beveiliging	27
4.2.1	Huidige juridische maatregel	27
4.2.2	Delict waarvoor de huidige juridische maatregel is opgelegd	27
4.2.3	Latentietijd tot delict	28
4.2.4	Vluchtrisico	28
4.2.5	Suïcidepogingen	28
4.2.6	Benodigd toezicht	29
4.2.7	Delictrisico: de meest doorslaggevende aspecten voor inschatting als ‘blijvend delictgevaarlijk’	29
4.2.8	Delictrisico: de meer directe omstandigheden waaronder de kans op een delict toeneemt	31
4.2.9	Delictrisico: de factoren die afname van het delictrisico belemmeren	31
4.3	Aspecten met betrekking tot zorg	33
4.3.1	Leeftijd en geslacht van de patiënten	33
4.3.2	DSM-IV diagnoses: co-morbiditeit	33
4.3.3	DSM-IV diagnoses: de diagnose op AS III	33
4.3.4	Intelligentie	34
4.3.5	Psychiatrisch en sociaal functioneren (HoNOS-MDO)	34
4.3.6	Benodigd niveau van begeleiding	37
4.3.7	Niveau van zelfstandigheid cq benodigd niveau van zorg	37
4.3.8	Benodigde zorg vanuit verschillende disciplines	38
4.4	Huidige voorziening van verblijf en geschiktst geachte voorziening	39
4.4.1	Steekproefgegevens	39
4.5	Korte synthese	40
5	Lichamelijke problematiek bij ‘blijvend delictgevaarlijke’ patiënten	43
5.1	Lichamelijke problemen	43
5.2	Korte synthese	47
6	Samenvatting, conclusies en discussie	49
	Summary	53
	Literatuurlijst	57
	Bijlage 1: Methodes	61
	Bijlage 2: Afkortingenlijst	69

1 Inleiding

1.1 Aanleiding tot het onderzoek

Een aantal forensisch psychiatrische patiënten komt om veiligheidsredenen niet meer in aanmerking voor terugkeer in de samenleving omdat risico van ernstige recidive - ondanks langdurige verpleging en behandeling - niet tot een aanvaardbaar niveau kan worden teruggebracht. Voor TBS-gestelden die vermoedelijk blijvend intramurale zorg van een TBS-kliniek nodig hebben, zijn er inmiddels twee zogeheten long stay afdelingen. Eén in de forensisch psychiatrische instelling Veldzicht (20 plaatsen). De andere in de Pompestichting (40 plaatsen). Het WODC heeft in 2004 onderzocht hoeveel patiënten binnen de justitiële en VWS-instellingen voor forensische zorg door de behandelverantwoordelijke psychiaters en psychologen als 'blijvend delictgevaarlijk' werden beschouwd (De Kogel, Verwers & Den Hartogh, 2005). Inmiddels is op basis van dit onderzoek besloten het aantal long stay plaatsen in TBS-klinieken uit te breiden tot 200 (Kamerstukken II, 2004-2005, 29.452, nr. 35).

In het genoemde WODC-onderzoek zijn betrokken de TBS-klinieken, Forensisch Psychiatrische Klinieken (FPK's), de Forensisch Psychiatrische Afdelingen (FPA's) en de klinieken voor Intensieve Behandeling (KIB's) omdat zij interveniëren met betrekking tot de moeilijkst hanteerbare patiënten uit de niet-forensische GGz. Voor in totaal ongeveer 1600 patiënten is door de behandelverantwoordelijken de vraag beantwoord of zij al dan niet als blijvend delictgevaarlijk moeten worden beschouwd, op basis van een daartoe door het WODC opgestelde omschrijving. Vervolgens zijn over een steekproef van iets meer dan 200 als 'blijvend delictgevaarlijk' aangemerkte patiënten, meer gedetailleerde gegevens verzameld over aspecten die relevant zijn met betrekking tot de benodigde beveiliging en zorg.

De belangrijkste resultaten uit dit onderzoek zijn:

- 1) In de TBS-sector en in de (forensische) GGz-sector is er op basis van schattingen door behandelverantwoordelijken een aanzienlijke behoefte aan voorzieningen voor 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten.
- 2) Er is behoefte aan naar niveau van beveiliging, toezicht en zorg gedifferentieerde voorzieningen. Dit betreft gesloten (long stay) plaatsen vergelijkbaar met de huidige long stay voorzieningen binnen TBS-klinieken, intramurale (long stay) plaatsen met een niveau van beveiliging en zorg zoals dat wordt geboden door voorzieningen binnen de forensische GGz en voorzieningen waarbij de patiënt onder dagelijks forensisch toezicht op delictgerelateerd gedrag gedeeltelijk in de maatschappij verkeert (dit betreft met name beschermd/begeleid wonen met toezicht).
- 3) De verschillende patiëntengroepen voor wie bovengenoemde voorzieningen geschikt worden geacht, zijn goed van elkaar te onderscheiden op grond van de geregistreerde aspecten met betrekking tot beveiliging en zorg.

De onderhavige rapportage is een vervolg op het voornoemde onderzoek in opdracht van de Directie Sanctie- en Preventiebeleid (DSP) in samenwerking met de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI).

Aanleiding tot dit vervolg is de vraag van de Sector TBS van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) om een overzicht van de onderzochte aspecten van beveiliging en zorg voor 'blijvend delictgevaarlijken' met specifieke psychopathologie. Dit betreft 'blijvend delictgevaarlijken' met schizofrenie en 'blijvend delictgevaarlijken' met één of meerdere persoonlijkheidsstoornissen.

1.2 Doelstelling en vraagstelling

Het doel van dit vervolgonderzoek is te voorzien in een nadere analyse en inhoudelijke verdieping op het gebied van pathologie. Deze analyse dient te gebeuren op basis van de gegevens over de steekproef van 'blijvend delictgevaarlijke' forensisch psychiatrische patiënten die in het kader van de bovengenoemde studie werden verzameld (De Kogel et al., 2005). Deze analyse bestaat uit twee onderdelen:

- 1) Een theoretische en empirische beschrijving van twee subgroepen onder de 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten op basis van psychopathologie:
 - a) *Subgroep 'schizofrenie'*: 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten met de diagnose schizofrenie, psychotische stoornis of waanstoornis, al dan niet in combinatie met een persoonlijkheidsstoornis (of een andere diagnose op AS II van de DSM-IV);
 - b) *Subgroep 'persoonlijkheidsstoornis'*: 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten met een persoonlijkheidsstoornis, maar zonder schizofrenie, psychotische stoornis of een waanstoornis
- 2) Een beschrijving van de lichamelijke aandoeningen (AS III, DSM-IV) die voorkomen binnen de groep 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten uit bovengenoemde studie.

De onderzoeksvragen zijn:

- 1) Hoe is de verdeling van de onderzochte aspecten die relevant zijn voor beveiliging en zorg over de bovengenoemde subgroepen '*schizofrenie*' en '*persoonlijkheidsstoornis*' van de steekproef?
- 2) Welke lichamelijke aandoeningen komen voor bij de 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten uit de steekproef?

1.3 Methoden

In deze vervolgstudie zijn de gegevens gebruikt uit eerder onderzoek naar aantallen 'blijvend delictgevaarlijke' forensisch psychiatrische patiënten (De Kogel et al., 2005; zie bijlage 1). In genoemd onderzoek is aan behandelverantwoordelijken van de TBS-klinieken, FPK's, FPA's, KIB's, Hoeve Boschoord en twee afdelingen van de chronische psychiatrie, gevraagd om voor elk van hun intramuraal opgenomen patiënten de vraag te beantwoorden of betrokkene al dan niet als 'blijvend delictgevaarlijk' moet worden beschouwd op basis van een daartoe door het WODC opgestelde beschrijving (zie kader 1, pag. 56). Verder werd gevraagd welke

mate van toezicht en/of beveiliging voor de patiënten op langere termijn noodzakelijk was. Uit alle als 'blijvend delictgevaarlijk' aangemerkte patiënten, is een steekproef van 232 patiënten getrokken. Over deze patiënten hebben de behandelverantwoordelijken een vragenlijst ingevuld die nader inging op de mate van benodigd toezicht, zorg en beveiliging. Voor het onderhavige vervolgonderzoek is de steekproef opgesplitst op basis van de sector waarin de patiënten opgenomen waren op de peildatum, 1 januari 2004 en daarbinnen op gediagnosticeerde stoornis¹.

De onderzoeksgroepen zijn als volgt samengesteld. Patiënten die op de peildatum opgenomen waren binnen een TBS-kliniek, behoren tot de TBS-sector. De patiënten die op peildatum waren opgenomen binnen een FPK, FPA, KIB en een afdeling voor de chronische psychiatrie behoren tot de GGz-sector. Ten behoeve van de eerste onderzoeksvraag is binnen deze twee groepen onderscheid gemaakt op basis van type stoornis:

- *Tot de subgroep 'schizofrenie' behoren de patiënten met een diagnose schizofrenie of een aanverwante stoornis als eerste of tweede stoornis op AS I van de DSM-IV. Tot de aanverwante stoornissen zijn gerekend: psychotische stoornis NAO, a-typische psychotische stoornis en waanstoornis. De patiënt kan daarnaast al dan niet een persoonlijkheidsstoornis of een andere diagnose op AS-II hebben.*
- *Tot de subgroep 'persoonlijkheidsstoornissen' behoren de patiënten die de diagnose persoonlijkheidsstoornis hebben (naast eventuele andere diagnoses), maar niet de diagnose schizofrenie (of aanverwante stoornissen). Bij beide diagnostische groepen zijn aspecten met betrekking tot zorg en beveiliging beschreven.*

Ten behoeve van de tweede onderzoeksvraag zijn de lichamelijke aandoening van 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten uit de steekproef beschreven. Ook hierbij is onderscheid gemaakt tussen de patiënten uit de TBS-sector en de patiënten uit de GGz-sector. De diagnoses van lichamelijke aandoeningen zijn door de behandelverantwoordelijken beschreven op AS III van de DSM-IV. Vervolgens werden deze lichamelijke aandoeningen in globale categorieën ondergebracht op basis van het *International Classification of Diseases, ninth Revision (ICD-9-CM)* coderingssysteem (United States Department of Health and Human Services). Dit systeem is vrij op internet beschikbaar (<http://icd9cm.chrisendres.com>).

¹ De stoornissen zijn geclassificeerd op basis van het DSM-IV systeem. Alvorens de onderzoeksgroepen verder te beschrijven wordt kort enige uitleg gegeven over dit systeem. De DSM-IV staat voor Diagnostic Statistical Manual (of Mental Disorders, vierde versie) en wordt uitgegeven door de American Psychiatric Association (APA). De eerste versie verscheen in 1952; daarna volgden nog drie aangepaste versies (1968, 1980 en 1987). De huidige versie verscheen in 1994 waarvan in 2000 een text revision (DSM-IV TR) gebeurde. De DSM-IV is een classificatiesysteem met als doel, eenduidige en betrouwbare categorieën te ontwikkelen op grond waarvan een individu psychopathologisch kan worden getypeerd. Het instrument bestaat uit vijf assen. As I beschrijft de klinische syndromen en of aandoeningen/problemen; As II beschrijft persoonlijkheidsstoornissen, zwakzinnigheid en zwakbegaafdheid en in As III worden lichamelijke ziekten of aandoeningen opgenomen. As IV en as V hebben betrekking op respectievelijk het psychosociale functioneren/omgevingscontext en een algemene beoordeling van actueel functioneren. Schizofrenie is een typische As I stoornis, terwijl persoonlijkheidsstoornissen tot de As II behoren.

Naast een theoretische beschrijving van persoonlijkheidsstoornissen en schizofrenie worden in dit rapport zes casussen beschreven. De casusbeschrijvingen, dan wel het materiaal daarvoor, zijn beschikbaar gesteld door TBS-klinieken². Eén van de casusbeschrijvingen is afkomstig uit de praktijk als gedragsdeskundige van de derde auteur van dit rapport. De casusbeschrijvingen zijn bedoeld ter illustratie en verheldering van de problematiek en de benodigde zorg en beveiliging voor een als ‘blijvend delictgevaarlijk’ aangemerkte patiënt bij wie respectievelijk schizofrenie dan wel persoonlijkheidsstoornissen op de voorgrond staan.

1.4 Opbouw van het rapport

Hoofdstuk twee omvat een globale verkenning op basis van literatuur, van de problematiek, de oorzaken en de onderliggende mechanismen en het delictrisico met betrekking tot schizofrenie en persoonlijkheidsstoornissen. Daarnaast wordt aandacht besteed aan co-morbiditeit tussen enerzijds As-I stoornissen (zoals schizofrenie) en As-II stoornissen (persoonlijkheidsstoornissen) en anderzijds As III stoornissen (lichamelijke aandoeningen). In hoofdstuk drie worden een zestal casussen beschreven van blijvende delictgevaarlijke patiënten die lijden aan persoonlijkheidsstoornis en/of schizofrenie..

In hoofdstuk vier worden de gegevens over aspecten met betrekking tot beveiliging en zorg van twee subgroepen ‘blijvend delictgevaarlijke’ patiënten beschreven: ‘schizofrenie’ en ‘persoonlijkheidsstoornis’. In hoofdstuk wordt beschreven welke lichamelijke aandoeningen voorkomen binnen de steekproef ‘blijvend delictgevaarlijke’ patiënten.

In hoofdstuk zes ten slotte, worden de belangrijkste resultaten uit het rapport samengevat en besproken.

² Wij danken de Van der Hoeven Kliniek, de van Mesdagkliniek en de Pompekliniek voor het beschikbaar stellen van casusbeschrijvingen of het materiaal daarvoor.

2 Psychische en lichamelijke pathologie en ‘blijvende delictgevaarlijkheid’: een literatuurverkenning

De zeer langdurig en mogelijk blijvend delictgevaarlijke TBS-gestelden vormen een heterogene groep. Afhankelijk van het gedrag en de stoornis van de TBS-gestelde, is meer of minder beveiliging en/of toezicht noodzakelijk, is in meerdere of mindere mate zorg nodig en kan bovendien de aard van de benodigde zorg verschillen (Kamerstukken II, 2003-2004, 29 452, nr. 1, p. 6). De ervaringen met de huidige long stay afdelingen geven enig idee van de heterogeniteit van de populatie wat dit betreft. De populaties van de long stay afdelingen van Veldzicht en de Pompekliniek bestaan ten dele uit patiënten voor wie behandelaars om beveiligingsredenen een zeer langdurig verblijf binnen de muren van een TBS-instelling het geschiktst achten. De long stay afdeling van de Pompekliniek vangt daarnaast een aantal patiënten op voor wie een minder zware beveiliging verantwoord wordt geacht. Deze overnachten binnen de TBS-kliniek maar werken overdag buiten de kliniek. Beide long stay afdelingen richten zich hoofdzakelijk op TBS-gestelden die weinig zorg nodig hebben, in principe in staat zijn om een groot deel van de week te werken en die ‘groepsgericht’ zijn. In Veldzicht bleken deze criteria niet volledig haalbaar. Ongeveer de helft van de patiënten van de long stay afdeling had aanzienlijk meer zorg nodig dan oorspronkelijk de bedoeling was (De Kogel & Verwers, 2003). Daarentegen waren er ook patiënten voor wie juist kleinere wooneenheden met meer zelfstandigheid geschikter waren (Inspectie voor de gezondheidszorg, 2003).

De zorgbehoefte en de noodzakelijke beveiliging om het delictrisico te beheersen, houden verband met de aard en de ernst van de problematiek van de patiënt, waaronder psychopathologie en lichamelijke aandoeningen.

In het navolgende wordt eerst vanuit de internationale literatuur globaal ingegaan op persoonlijkheidsstoornissen en schizofrenie. Hierbij worden theoretische, empirische en klinische inzichten met betrekking tot persoonlijkheidsstoornissen en schizofrenie kort besproken. Vervolgens wordt de co-morbiditeit tussen enerzijds DSM-IV, As I of As II stoornissen en anderzijds As III stoornissen onderzocht, specifiek of er sprake is van (atypische) somatische en biologische aandoeningen (As III) in relatie met schizofrenie en/of persoonlijkheidsstoornissen. Ten slotte worden schizofrenie en persoonlijkheidsstoornissen in relatie gebracht tot delictgevaarlijkheid.

2.1 Literatuurverkenning met betrekking tot persoonlijkheidsstoornissen en schizofrenie

2.1.1 Persoonlijkheidsstoornissen

In de meeste definities van persoonlijkheid komen drie elementen terug: (1) persoonlijkheid verwijst naar aspecten van het psychische functioneren van een individu die min of meer stabiel zijn in de tijd. (2) Persoonlijkheid verwijst naar veel psychische functies; persoonlijkheid heeft primair betrekking op het affectieve (gevoel), het conatieve (gedrag) en het cognitieve (denken) domein van het psychisch functioneren. (3) Persoonlijkheid verwijst naar die dispositionele kenmerken welke een individu van andere individuen onderscheiden (Bogaerts et al., 2003).

De DSM-IV (APA, 2000) noemt de volgende criteria ten aanzien van het herkennen van persoonlijkheidsstoornissen. Ten eerste verwijzen persoonlijkheidsstoornissen naar gedragingen of trekken die karakteristiek zijn voor het huidige (laatste jaar) en het lange termijn functioneren (over het algemeen sinds de adolescentie of sinds de vroege volwassenheid). Het gaat dus om duurzame patronen van waarnemen, omgaan met en denken over de omgeving en de eigen persoon die tot uiting komen in uiteenlopende sociale en persoonlijke omstandigheden (Shedler & Westen, 2004).

In de tweede plaats veroorzaakt het geheel van gedragingen of trekken ofwel belangrijke tekortkomingen in het sociale of beroepsmatige functioneren, ofwel subjectief lijden.

Niettemin worden dergelijke pathologische trekken meestal beleefd als egosyntoon: ze wijken wel af van de populatienorm, maar niet van de individuele norm. Dit wil zeggen dat de betrokkene ze ervaart als gerechtvaardigd, zodat hij zich er niet tegen verzet (Bogaerts et al., 2005). Het pathologische van persoonlijkheidsstoornissen zit zowel in de mate (ernst, frequentie) waarin bepaalde gewoontegedragingen en belevingen aanwezig zijn, als in de negatieve gevolgen ervan voor het functioneren. Pathologische trekken zijn bijna altijd extreme variaties van trekken die als zodanig ook in de algemene bevolking voorkomen, zoals jaloezie, afhankelijkheid, impulsiviteit enzovoort.

In de DSM-IV worden de persoonlijkheidsstoornissen beschreven als prototypische categorieën en gedefinieerd aan de hand van zogeheten polythetische criteria. Dit impliceert dat niet alle definiërende kenmerken aanwezig dienen te zijn. Op die manier hebben individuen van een bepaalde groep zoveel mogelijk kenmerken gemeen (i.e. vertonen voldoende gelijkheid met een 'prototype' of modelvoorbeeld), zonder dat een bepaald kenmerk onmisbaar of essentieel is voor de indeling. Hierdoor is er een aanzienlijke heterogeniteit mogelijk binnen één diagnostische categorie. Bij een aantal stoornissen worden ook expliciete exclusiecriteria genoemd. Wanneer een patiënt aan de criteria van meer dan één persoonlijkheidsstoornis voldoet - hetgeen ook in de forensische psychiatrie frequent voorkomt - dan krijgt hij meerdere diagnoses op As II. Deze stoornissen kenmerkten de onaangepaste gedrags- en belevingspatronen.

In de DSM zijn de persoonlijkheidsstoornissen ondergebracht in drie clusters. Het eerste cluster (cluster A) omvat de paranoïde, schizoïde en schizotypische persoonlijkheidsstoornissen. De personen met één of meer cluster-A stoornissen

worden vooral gekenmerkt door vreemd en/of excentriek gedrag. Gedurende een intake-interview valt op dat ze een gemis hebben aan relaties, evenals een beperkt gevoelsleven en eigenaardige gedachten.

Het tweede cluster (cluster B) bestaat uit de antisociale, borderline, theatrale en narcistische persoonlijkheidsstoornissen. Dit cluster staat voor dramatisch, emotioneel en onvoorspelbaar gedrag, labiel affect en chronische moeilijkheden in interpersoonlijke relaties. Taal wordt meer gebruikt om medemensen te beïnvloeden, te overtuigen of te bedreigen dan om te communiceren.

Het derde cluster (cluster C) omvat de vermijdende, afhankelijke en obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornissen. Personen met één of meer cluster-C stoornissen worden vaak gekenmerkt door angst. Zij trachten angstvallig aan alle eisen te voldoen door de dingen passief te ondergaan, door zichzelf te veranderen of door zich sociaal te isoleren.

2.1.2 Schizofrenie

Schizofrenie is een zeer complexe aandoening, een ziekte met vele 'gezichten' (o.a. Dingemans et al., 1995) die niet in één beschrijving kan worden omvat. Zo is er veel variatie in de uitingsvormen en in het verloop van de ziekte, van tamelijk gunstig tot zeer ongunstig. Niettemin is de consensus onder wetenschappers en klinici met betrekking tot de diagnose schizofrenie vrij goed (Hodgins, 2000). Volgens de DSM-IV (APA, 2000) is schizofrenie³ een stoornis die minstens zes maanden voortduurt en waarbij gedurende één maand sprake is van twee of meer van de volgende cognitieve en emotionele symptomen: waarnemingsstoornissen, denkstoornissen, stoornissen in het gevoelsleven, hallucinaties, wanen, incoherent en verward taalgebruik, algemene verwardheid of catatonie, zogeheten negatieve symptomen en mislukkingen op sociaal en beroepsmatig vlak (Craddock et al., 2005). De symptomen vallen uiteen in zogenaamde *positieve en negatieve symptomen*.

Positieve symptomen zijn overdrijvingen of vervormingen van denken, waarnemingen, communicatie en gedrag, die zich uiten in wanen, hallucinaties, verward denken, gedesorganiseerd gedrag en catatone bewegingen. Deze positieve symptomen worden veroorzaakt door onderliggende mechanismen⁴ die worden ingedeeld in twee dimensies, namelijk 'de psychotische dimensie' (wanen en

³ Er zijn nog omschrijvingen van subtypen van schizofrenie, zoals onder andere het paranoïde type, het hebefrene type, het ongedifferentieerde type, het catatone type, de postschizofrene depressie en de schizofrene resttoestand (Cullberg, 2003). Op deze subtypen wordt niet verder ingegaan.

⁴ Niettegenstaande er weinig sprake is van een eenduidige verklaringstheorie over het ontstaan van schizofrenie, dient te worden opgemerkt dat een neurobiologische benadering steeds meer aan belangrijkheid wint. Sinds het menselijk genoom volledig in kaart is gebracht, is het steeds beter mogelijk om variatie op DNA-niveau te onderzoeken in relatie tot variatie in fenotype (gedrag, deviant gedrag, ziekte en gezondheid). Ook ontwikkelingen op het gebied van beeldtechnieken hebben een aanzet gegeven tot nieuwe methoden in het onderzoek naar afwijkend gedrag. Met de opkomst van verfijnde beeldtechnieken zoals de MRI-scan en de PET-scan, wordt er wat betreft het meten van hersenfuncties en hersenactiviteit steeds meer mogelijk. De sMRI kan anatomische informatie in beeld brengen, de fMRI bloedstromen en de PET metabole activiteit. Deze technieken worden in toenemende mate gebruikt bij het zoeken naar biologische determinanten van afwijkend gedrag. Ze zijn daarmee van groot belang bij het stellen van diagnoses en het opstellen van een passend behandelplan.

hallucinaties) en de 'gedesorganiseerde dimensie' (verwarde taal en spraak, gedesorganiseerd gedrag). Negatieve symptomen daarentegen, verwijzen strikt naar beperkingen en vervlakkingen van onder andere emoties, gevoelens en gedrag (Craddock et al., 2005).

Wanen zijn foutieve overtuigingen en/of waarnemingen die betrekking kunnen hebben op bijvoorbeeld godsdienst, achtervolging en het lichaam (vooral hypochondrie). De meest voorkomende waan is de achtervolgingswaan, waarbij het individu denkt te worden achtervolgd, bespioneerd of waant het slachtoffer te zijn van bizarre complotten. Een waan kan betrekking hebben op realistische situaties (bijvoorbeeld, de overtuiging achtervolgd te worden door zijn partner) of onrealistische situaties (bijvoorbeeld de overtuiging te worden meegenomen door buitenaardse wezens). De vierde casusbeschrijving die in hoofdstuk drie is opgenomen, laat een voorbeeld zien van een hardnekkige waanovertuiging die tot risico van ernstige delicten aanleiding geeft. Hallucinaties zijn zintuiglijke waarnemingen (ruiken, voelen, zien, horen, et cetera) die er niet zijn. De meest voorkomende vorm van hallucinaties en typerend voor schizofrenie is de auditieve hallucinatie waarbij het individu tijdens een 'helder bewustzijn'⁵ dingen hoort die er niet zijn. Verwarde taal en incoherente spraak zijn het gevolg van denkstoornissen en vormen belangrijke kenmerken van schizofrenie. In een ernstig stadium kan de persoon geen aansluiting meer vinden met de woorden van anderen en is er alleen een incoherent en onsamenhangend spreken dat onbegrijpelijk is voor anderen. Catatone gedragingen kunnen verschillende vormen aannemen, zoals het stellen van doelloze, vaak repetitieve bewegingen en het aannemen van ongepast gedrag. Bij sommige personen kan er sprake zijn van catatone stupor wat wil zeggen dat er geen beweging en geen reactie is op de omgeving. Gedesorganiseerd gedrag ten slotte, uit zich het sterkste op het vlak van de functionaliteit. Het individu is niet of nauwelijks in staat te functioneren op het vlak van doelgerichte dagelijkse bezigheden (zich kleden, eten, hygiëne).

Drie negatieve symptomen van schizofrenie worden het meest frequent aangetroffen in klinische populaties: (1) futloosheid of passiviteit, (2) gevoelsarmoede en gevoelsvervlakking en (3) expressie- en taalarmoede (Lencz et al., 2004). Futloosheid en passiviteit uiten zich door het onvermogen met activiteiten te starten. Gevoelsvervlakking uit zich in de meeste gevallen door weinig gelaatsexpressie, weinig oogcontact met anderen en een passieve lichaamshouding/taal. Taalarmoede typeert zich door het onvermogen om normale conversaties te onderhouden met anderen. Het betreft een quasi leeg spreken en antwoorden worden meestal zeer kort en monotoon gegeven. Bij personen die toch in staat zijn om activiteiten te starten, wordt vaak gezien dat het continueren ervan zeer moeilijk is. In het algemeen zijn dagelijkse basale activiteiten zeer moeilijk om uit te voeren (opstaan, zich wassen, eten klaarmaken, et cetera).

⁵ Niet vlak voor het inslapen of vlak voor het wakker worden.

2.2 Oorzaken en onderliggende mechanismen van persoonlijkheidsstoornissen en schizofrenie

2.2.1 Persoonlijkheidsstoornissen: een verkenning

Over het ontstaan van persoonlijkheidsstoornissen wordt in de literatuur verwezen naar een complex samenspel van sociale, psychologische, organische en biogenetische factoren (Renaud & Guile, 2004).

Sociale factoren kunnen onder meer betrekking hebben op het gezinsfunctioneren, op het gezin in relatie tot de sociale omgeving en op het sociaal functioneren van de persoon in het algemeen. Sociale factoren zoals de kwaliteit en de intensiteit van interacties met anderen, worden naar voren geschoven als ontstaansfactoren voor persoonlijkheidsstoornissen (Heikkinen et al., 1997). De sociale context en milieufactoren oefenen een belangrijke invloed uit op de pathogenese van vooral cluster C persoonlijkheidsstoornissen (Paris, 1998). Echter, de laatste jaren worden sociale factoren eerder als interveniërende factoren gezien en minder als causale factoren, waardoor ze in de meest recente literatuur worden geduid als zwakke voorspellers van persoonlijkheidsstoornissen (Erkwoh et al., 2003).

Psychologische factoren verwijzen naar hoe iemand denkt, voelt en handelt. De persoonlijkheidsontwikkeling neemt een aanvang bij (voor) de geboorte. In bepaalde gevallen kunnen traumatische gebeurtenissen zoals seksueel misbruik, een onveilige hechting met anderen, een negatief zelfbeeld, een onveilige context of een disfunctionerend gezin, aanleiding geven tot psychologische problemen en ontwikkelingsstoornissen, die op volwassen leeftijd de vorm kunnen aannemen van persoonlijkheidsstoornissen (Zlot et al., 2001). In andere gevallen zijn er weer geen objectief aanwijsbare psychologische redenen om te argumenteren waarom iemand een persoonlijkheidsstoornis ontwikkelt (Bajaj & Tyrer, 2005). Ook organische factoren, zoals epilepsie, hersensyndromen of schedeltrauma's kunnen de aanleiding vormen tot het ontstaan van persoonlijkheidsstoornissen.

De laatste jaren ontstaat bij persoonlijkheidsonderzoekers steeds meer de behoefte aan geïntegreerde theorieën die recht doen aan het feit dat de mens een biologisch, sociaal en psychologisch wezen is. Zij gaan uit van de veronderstelling dat menselijk gedrag en persoonlijkheid meervoudig gedetermineerd is, waarbij zowel biologische als sociale factoren ten grondslag liggen aan persoonlijkheid en gedrag (Lensvelt-Mulders, 2000; Romero & Ortega, 2003). Onderzoek van de laatste paar jaar richt zich vooral op neurobiologische en biogenetische factoren in de verklaring van het ontstaan van persoonlijkheidsstoornissen (Renaud & Guile, 2004; Craddock et al., 2005).

2.2.2 Schizofrenie: een verkenning

Net zoals bij persoonlijkheidsstoornissen worden oorzaken en onderliggende mechanismen van schizofrenie op meerdere gebieden tegelijk gezocht. Binnen de stand van het huidige onderzoek worden biologische, psychologische en sociale theorieën vanuit een geïntegreerde kwetsbaarheidsvisie betrokken in de verklaring van schizofrenie (Meltzer, 2004). De gecumuleerde onderzoeksresultaten van de voorbije jaren wijzen erop dat zowel genetische als prenatale factoren aanleiding kunnen zijn tot een verhoogde kwetsbaarheid voor schizofrenie (Wong & Van Tol, 2003; Walker et al., 2004). Pre- en perinatale factoren betreffen onder meer lichte

ontwikkelingsstoornissen in de hersenen die tijdens de bevalling zijn ontstaan of tijdens de eerste zes levensmaanden ten gevolge van bijvoorbeeld slechte voeding of een virale infectie van de hersenen van het kind. Verder zijn er aanwijzingen dat (vervolgens) tijdens de ontwikkeling van de hersenen, processen optreden waardoor bepaalde structuren in het brein van (latere) schizofrenen zich anders vormen dan bij niet-schizofrenen. Ook op neurochemisch gebied worden verschillen aangetroffen tussen schizofrenen en niet-schizofrenen. Binnen de biologische theorieën blijft de zogeheten dopaminetheorie actueel. Dopamine is een van de vele neurotransmitters in de hersenen die impulsen van de ene zenuwcel naar de andere overbrengen. Volgens bepaald onderzoek is het dopaminesysteem bij schizofrenen primair (dat wil zeggen in aanleg) gestoord. Ondanks de gestage voortgang van het onderzoek is de kennis over structurele, biochemische en functionele⁶ veranderingen in de hersenen bij schizofrenen nog onvolledig. Er kan nog niet met zekerheid worden gezegd of dergelijke veranderingen de directe oorzaak zijn van de ontwikkeling van schizofrenie. Biologische verklaringen voor het ontstaan van schizofrenie zijn op dit moment wel de meest prominente. Wetenschappers schatten de relatieve bijdrage van psychologische en sociale determinanten daaraan beperkt in (Erkwoh et al., 2004). Niettemin worden bepaalde psychosociale factoren zoals blootstelling aan stressvolle gebeurtenissen, opgroeien in een gezinsklimaat met een zogeheten hoog E-E (expressed emotions)-klimaat (dat wil zeggen dat je door de anderen 'veel op de huid gezeten' wordt), gezien als mogelijke aanleiding tot het 'uitbreken' van schizofrenie bij een reeds biologisch kwetsbaar individu (Walker et al., 2004).

2.3 Co-morbiditeit tussen enerzijds As I stoornissen (schizofrenie) of As II-stoornissen (persoonlijkheidsstoornissen) en As III stoornissen (lichamelijke aandoeningen)

Empirisch onderzoek naar de co-morbiditeit tussen enerzijds As I stoornissen (zoals schizofrenie) of persoonlijkheidsstoornissen (As II) en anderzijds somatische/biologische aandoeningen⁷ (As III) is weinig uitgevoerd. Niettemin zijn over somatische co-morbiditeit bij respectievelijk schizofrenie en persoonlijkheidsstoornissen in de afgelopen jaren enkele reviewartikelen verschenen. Onder schizofreniepatiënten (en andere psychiatrische patiënten) komt lichamelijke morbiditeit meer voor dan binnen de algemene populatie (Goff et al., 2005; Harter, 2000).

Zo lopen schizofreniepatiënten een groter risico op hart- en vaatziekten, verhoogd cholesterolgehalte in het bloed, diabetes en HIV-infecties en hepatitis-B en -C infecties. Een deel van de verhoogde morbiditeit onder schizofreniepatiënten hangt samen met een verhoogd gebruik van drugs in deze populatie (infectieziekten) (Cimpean et al., 2005). De grotere kans op hart- en vaatziekten

⁶ Structurele veranderingen: hersengebieden zijn anders opgebouwd, bijvoorbeeld groter, kleiner of anders van vorm. Biochemische veranderingen: stoffen zoals neurotransmitters zijn bijvoorbeeld in een andere concentratie aanwezig. Functionele veranderingen: hersengebieden werken/reageren anders, bijvoorbeeld meer of mindere, trager of sneller op bepaalde prikkels.

⁷ Het kan gaan om een aandoening (bijvoorbeeld een neurologische ziekte) die oorzakelijk samenhangt met een psychische stoornis, zoals bijvoorbeeld dementie, vermeld op As I.

zou kunnen worden verklaard vanuit het feit dat schizofreniepatiënten nogal eens zware rokers zijn.

In een onderzoek naar lichamelijke gezondheidsproblemen onder 149 psychiatrische patiënten met een ernstige As I stoornis, bleek dat 74% van de patiënten tenminste één chronisch lichamenlijk probleem had en 50% twee of meer van dergelijke problemen (Jones et al., 2004). Hart- en vaatziekten kwamen ook in deze populatie het meeste voor.

In een studie onder 153 benzodiazepine verslaafde respondenten werd de co-morbiditeit onderzocht in en tussen de DSM-III-R assen I, II en III. Alle respondenten hadden tenminste één As I diagnose, zoals slaapstoornissen, angststoornissen, stemmingsstoornissen en affectieve stoornissen. Iets meer dan 50% had een As II diagnose waarbij de obsessieve-compulsieve, de hysterische en de afhankelijke persoonlijkheidsstoornis het vaakste voorkwamen. Ongeveer 33% vertoonde een As III stoornis, te weten aandoeningen van reumatische aard, neurologische stoornissen en cardiovasculaire aandoeningen (Martinez-Cano et al., 1999).

In een ander onderzoek werd eveneens de psychiatrische co-morbiditeit onderzocht in en tussen de eerste drie DSM-III assen. Bij 100 gevangenen werd de General Health Questionnaire (GHQ) en de Psychiatric Assessment Schedule (PAS) afgenomen. Vierendertig respondenten scoorden problematisch op de GHQ. Deze hadden allen As I stoornissen: in twee gevallen was er sprake van schizofrenie, in twee gevallen van ernstige depressie, 21 respondenten vertoonden een lichte vorm van depressie, acht respondenten hadden angststoornissen en bij één respondent was er sprake van hypochondrie. Zes van de 34 respondenten hadden een antisociale persoonlijkheidsstoornis (As II) en één respondent was licht mentaal geretardeerd. Van de 34 respondenten, hadden er vijftien chronische fysieke pijnen (As III) waarvan één respondent geregeld epileptische aanvallen deed (Agbahowe et al., 1998).

Specifiek naar de relatie tussen persoonlijkheidsstoornissen en lichamelijke problematiek is weinig onderzoek verricht. Een recente studie toonde aan dat patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis die voortduurde, in vergelijking met 'opgeknapte' borderline patiënten vaker leden aan een syndroomachtige toestand, zoals het chronisch vermoeidheidssyndroom, verder hadden zij vaker klachten als overgewicht, diabetes en hoge bloeddruk (Frankenburg & Zanarini, 2004). Daarbij was hun levensstijl ongezonder (meer roken, meer alcoholgebruik, weinig bewegen en dergelijke). Evenals de psychiatrische stoornissen (zoals schizofrenie) wordt de antisociale persoonlijkheidsstoornis geassocieerd met drugsgelateerde medische problemen (Moran, 1999; Westermeyer & Thuras, 2005).

Uit de resultaten van de hier besproken studies komt naar voren dat veel van lichamelijke gezondheidsproblematiek bij patiënten met schizofrenie en/of persoonlijkheidsstoornissen lijkt samen te hangen met gebruik/misbruik van drugs, alcohol en met een ongezonde levensstijl.

Misbruik of afhankelijkheid van middelen komt onder ongeveer 40-50% van de schizofreniepatiënten voor (Blanchard et al., 2000).

Bij de patiënten die afhankelijk zijn van drugs en/of alcohol, kwamen ziekten van de ademhalingsorganen, hoge bloeddruk, diabetes, reuma, chronische leverkwalen,

maagzweren, beroerte, en infectieziekten zoals HIV, twee keer zo vaak voor als bij een gematchte controlegroep (Wadland & Ferenchick, 2004)

Jones et al., (2004) becijferen de kosten per patiënt per jaar en concluderen dat chronische lichamelijke problemen een aanzienlijke kostenpost vormen in de psychiatrie. Zij benadrukken dat wetenschappers dit type co-morbiditeit niet links moeten laten liggen, maar zouden moeten werken aan onder meer lifestyle-interventies die (ook) geschikt zijn voor patiënten met een ernstig psychiatrisch probleem.

2.4 Psychopathologie en delictgevaarlijkheid

In deze paragraaf wordt globaal ingegaan op de relatie tussen de diagnoses schizofrenie en persoonlijkheidsstoornissen en het risico van ernstige delicten.

De meeste personen met een psychiatrische (As I) stoornis plegen geen delicten. Niettemin worden personen met de diagnose schizofrenie (of een andere psychotische stoornis, bipolaire stoornis, waanstoornis) vaker veroordeeld voor een misdrijf dan iemand die niet aan een dergelijke stoornis lijdt (Hodgins, 2000). Ondersteuning voor deze bevinding komt uit onderzoek waarbij psychiatrische patiënten na ontslag gevolgd werden en van studies waarbij de prevalentie van psychiatrische stoornissen onder veroordeelde delinquenten werd onderzocht. De verhoogde criminaliteit binnen deze populatie wordt met een aantal zaken in verband gebracht. In de eerste plaats vertoont een deel van de personen met een psychiatrische stoornis al vanaf hun jeugd antisociaal gedrag, bij hen speelt mogelijk een persoonlijkheidsstoornis een rol. In de tweede plaats wordt bij patiënten met een psychiatrische stoornis vaker agressief gedrag jegens anderen opgemerkt. Ten derde zou de pakkans bij psychiatrische patiënten hoger kunnen zijn omdat zij zich minder gewiekst gedragen dan andere delinquenten. Verder is bij patiënten met een psychiatrische stoornis vaker sprake van drugs- en/of alcohol misbruik of afhankelijkheid. Dit gaat binnen die populatie gepaard met een grotere kans op criminaliteit (Swanson, 1994).

Specifieke persoonlijkheidsstoornissen (antisociale en narcistische persoonlijkheidsstoornissen en psychopathie worden in de literatuur sterker in verband gebracht met het risico van een ernstig gewelddadig delict dan schizofrenie en andere psychiatrische stoornissen (o.a. Serin, 1996). Een recente studie die schizofrenie en persoonlijkheidsstoornissen betrok in de voorspelling van delictgevaarlijkheid, is die van Laajasalo en Hakkanen (2004). Zij vonden onder 183 Finse moordenaars, een kleine groep moordenaars die leden aan schizofrenie, terwijl het merendeel van de moordenaars een of meerdere persoonlijkheidsstoornis had (vooral antisociaal). Een groot verschil tussen de schizofrene moordenaars en deze met persoonlijkheidsstoornissen was dat de eerste groep (meer dan de tweede groep) vrij normaal functioneerde tijdens de kindertijd maar symptomen van sociale isolatie, schoolproblemen en alcoholmisbruik begonnen te vertonen in de adolescentie en in de volwassenheid. Bovendien werd vastgesteld dat in een vergevorderd stadium van schizofrenie, de kans op recidive afneemt wat mogelijk het gevolg kan zijn van het overheersen van negatieve symptomen waardoor de fysieke en cognitieve mogelijkheid om delicten te plegen alsmaar kleiner wordt.

De kans op gewelddadige recidive is het grootst bij forensische patiënten die lijden aan antisociale, narcistische of borderline persoonlijkheidsstoornissen (Bogaerts et al., 2004). Antisociale en borderline persoonlijkheidsstoornissen én psychopathie worden in de meeste studies in verband gebracht met impulsief-agressief gedrag en een blijvend risico op recidive. De meeste onderzoekers zijn het eens met de veronderstelling dat het verloop, de recidiveprognose en de kans op genezing of verbetering bij deze persoonlijkheidsstoornissen zeer negatief zijn (Martens, 2000). Niettemin zijn er aanwijzingen dat de antisociale persoonlijkheidsstoornis en psychopathie vanaf het veertigste levensjaar beginnen 'uit te doven'. Blackburn en Coid (1998, 1999) onderzochten de relatie tussen persoonlijkheidsstoornissen en psychopathie. Zij vonden in beide studies een sterk verband tussen een hoge score voor psychopathie op de PCL-R en sterk agressief impulsief gedrag. Verder vonden zij bij psychopaten zware criminele carrières en episodes van excessief middelenmisbruik. Episodes van angst- en affectieve stoornissen werden wel aangetroffen in de groep van patiënten met persoonlijkheidsstoornissen, maar waren praktisch afwezig in de groep van psychopaten. Bovendien werd recidive in verband gebracht met gedragsstoornissen, alcoholverslaving, impulsstoornissen en psychiatrische hospitalisatie (zie ook Mueser et al., 1997). Onderzoek onder vrouwelijke forensische delictgevaarlijken is schaars. Linaker (2000) en Eronen (1995) vonden geen verschil tussen mannelijke en vrouwelijke delictgevaarlijken wat betreft de aanwezigheid van psychiatrische stoornissen (mentale retardatie, persoonlijkheidsstoornissen, frequenties van psychosen, drugs- en alcoholmisbruik). Vrouwen pleegden wel significant vaker suïcide dan mannen. In ander onderzoek werden dezelfde bevindingen geconstateerd met uitzondering van de stoornis schizofrenie die duidelijk minder aanwezig is bij vrouwelijke dan bij mannelijke delictgevaarlijken (Teplin et al., 1996).

Tot slot moet worden opgemerkt dat de relatie tussen stoornis en delict geen eenvoudige of eenduidige relatie is. In de eerste plaats vormen de verschillende diagnoses geen eenduidig geheel. Zo is hierboven bijvoorbeeld besproken dat onder de diagnose schizofrenie een aanzienlijke variatie in problematiek kan schuilgaan.

2.5 Korte synthese

Het ontstaan van persoonlijkheidsstoornissen en schizofrenie is het gevolg van een complex samenspel van diverse op elkaar inwerkende factoren, zoals sociale, psychologische, organische en biogenetische factoren. Binnen het wetenschappelijk onderzoek is er sinds enkele jaren een opmars van biologische en neurologische factoren in de verklaring van het ontstaan van persoonlijkheidsstoornissen en schizofrenie en kan voorzichtig worden gesteld dat Millons bio-psychosociaal verklaringsmodel enigszins voorwerp is van discussie. Wetenschappers schatten de relatieve bijdrage van psychologische en sociale determinanten eerder beperkt in. Niettegenstaande het beperkte empirisch onderzoek naar de co-morbiditeit in en tussen DSM-IV As I, II en III stoornissen, werden enkele belangrijke onderzoeken beschreven die het bestaan van co-morbiditeit bevestigen. Hieruit komt naar voren

dat een aantal lichamelijke problemen, waar onder hart- en vaatziekten, hoge bloeddruk en diabetes vaker voorkomt bij psychiatrische patiënten met schizofrenie en mogelijk ook bij patiënten met persoonlijkheidsstoornissen. De hogere prevalentie bij deze patiënten wordt in verband gebracht met gebruik van drugs, alcohol en een ongezonde levensstijl.

Ondanks het feit dat er weinig empirische gegevens beschikbaar zijn, kan worden gesteld dat psychopaten een belangrijke subgroep vormen. De PCL-R biedt onderzoekers en klinici de mogelijkheid om een uitspraak te doen over de aan/afwezigheid van psychopathie. Psychopaten vormen een bijzondere groep binnen de groep van de delictgevaarlijken en mogen op het vlak van etiologie en ontstaansgronden, behandeling en delictgevaarlijkheid, geenszins op dezelfde lijn worden geplaatst met individuen die lijden aan een persoonlijkheidsstoornis. Een opvallend verschil tussen psychopaten en niet-psychopaten (maar wel individuen met een persoonlijkheidsstoornis) zijn de bevindingen van Laajasalo en Hakkanen (2004). Zij troffen in de groep van de psychopaten bijna geen episodes van angst- en affectieve stoornissen aan, terwijl dit wel werd gevonden in de groep persoonlijkheidsstoornissen. Op dit terrein is verder onderzoek aangewezen.

In hoofdstuk drie worden zes casussen beschreven die betrekking hebben op de blijvend delict gevaarlijke patiënten die lijden aan schizofrenie en/of een persoonlijkheidsstoornis.

3 Casusbeschrijvingen

In dit hoofdstuk worden zes casussen beschreven van blijvend delictgevaarlijke patiënten die lijden aan schizofrenie en/of een persoonlijkheidsstoornis. Drie casussen beschrijven blijvend delictgevaarlijken patiënten met een persoonlijkheidsstoornis, twee casussen blijvend delictgevaarlijke schizofrenen en één casus beschrijft een patiënt die lijdt aan een combinatie van een persoonlijkheidsstoornis en schizofrenie.

Bij de beschrijving van het casusmateriaal is een vaste structuur gevolgd. Eerst wordt de voorgeschiedenis beschreven, dan wordt ingegaan op de diagnose en vervolgens wordt het delictscenario toegelicht. De casus sluit af met een beschrijving van de benodigde beveiliging, zorg en het soort voorziening waar betrokkene wordt opgevangen.

3.1 Casusbeschrijving van dhr. B., een blijvend delictgevaarlijke patiënt met diagnose schizofrenie en persoonlijkheidsstoornis

Voorgeschiedenis

Dhr. B. is 50 jaar oud. Hij is het derde kind uit een gezin van vier kinderen. Na de genezing van de op vierjarige leeftijd opgelopen hersenvliesontsteking, zou dhr. B. zich agressiever gedragen. Agressief gedrag loopt als een rode draad door zijn leven, eerst in het gezin, later op school, in zijn relatie, op het werk en in militaire dienst. Dhr. B. pleegt vanaf zijn zesde jaar delicten (zoals diefstal, joyriding en inbraak) en wordt op zeventienjarige leeftijd onder toezicht gesteld. Tussen 1969 en 1980 wordt dhr. B. twintig keer veroordeeld wegens (poging tot) zware mishandeling en diefstal. Tijdens één van deze veroordelingen wordt hij in een psychiatrisch rapport als een persoon met schizoïde trekken en psychiatrische persoonlijkheidsstructuur beschreven. Zijn eerste TBS-delict pleegde hij op zesentwintigjarige leeftijd. Betrokkene werd veroordeeld wegens poging tot doodslag op zijn buurvrouw, die naar zijn zeggen discriminerende opmerkingen over zijn homoseksuele vrienden zou hebben gemaakt.

Dhr. B. wordt op de FOBA geplaatst, maar na mishandeling van een medewerker aldaar, overgeplaatst naar een TBS-kliniek en later naar een andere TBS-kliniek. Betrokkene wordt omschreven als een man die aan een chronische psychose lijdt, sociaal zwak is en sterk beïnvloedbaar, mede doordat hij moeite heeft zichzelf van anderen te begrenzen.

Na het opheffen van de TBS-maatregel, na bijna acht jaren behandeling, wordt betrokkene aansluitend in een GGz-instelling geplaatst. Dhr. B. heeft veel moeite met het leefklimaat omdat, volgens hem, niet om te gaan valt met de “gekken”. Hij raakt gedeprimeerd en kan zichzelf niet staande houden. De situatie escaleert wanneer hij een vrouwelijke medewerkster neersteekt, omdat zij hem zou pesten.

Diagnose

Dhr. B. is gediagnosticeerd als een schizofrene man van het paranoïde type. Op As II (DSM-IV) zou hij lijden aan een schizoïde persoonlijkheidsstoornis met paranoïde trekken en een pervasieve ontwikkelingsstoornis NAO.

Delictrisico

Op de HCR-20 scoort de patiënt hoog, het recidive risico zou op de langere termijn ontstaan. Volgens de PCL-R is er geen sprake van psychopathie, maar dhr. B. scoort wel hoog op “factor één”, agressief narcisme.

De patiënt wordt als blijvend delictgevaarlijk beschouwd door de combinatie van het gedrag, het ziektebesef en de stoornis. Dhr. B. heeft tot voor kort de delicten ontkend, hoewel hij de laatste tijd van mening is dat het “niet goed is wat hij heeft gedaan”. De patiënt voelt zich (chronisch) slecht behandeld door anderen. Het gebrek aan ziekte-inzicht leidt ertoe dat dhr. B. zijn handicap niet accepteert. Hij raakt hier bij tijd en wijle door geïrriteerd en vertoont geregeld agressief gedrag. De irritaties worden opgekropt en op een gegeven moment barst de bom. Vooral bij vrouwelijk personeel zijn de reacties het heftigst.

Als hij medicatie inneemt en niet te veel prikkels van buitenaf krijgt, functioneert hij goed. Het gaat mis zodra hij denkt dat er veranderingen aankomen. Hierdoor raakt hij gefrustreerd en agressief. Als hij eenmaal gewend is, reageert hij heel rustig.

Momenteel gaat het goed met de patiënt, doordat de kliniek hem structuur biedt en hij de mogelijkheid heeft zich terug te trekken als er te veel externe prikkels zijn. Het gemis aan structuur en begeleiding leidt tot agressief gedrag. Het behandelteam is alert op spanningen bij de patiënt en grijpt tijdig in wanneer hij ze begint op te kroppen. Maar van tijd tot tijd moet de patiënt zich toch afreageren en geeft iedereen behalve zichzelf de schuld van zijn uitbarsting.

Benodigde beveiliging, zorg, soort voorziening

De delictgevaarlijkheid van betrokkene kan worden beperkt in een omgeving waar rust heerst en nauwelijks prikkels zijn. Daarnaast moet er een sociale context zijn, waar enerzijds behandelaars contact met de patiënt hebben om eventuele spanning te signaleren en anderzijds de patiënt contact met andere bewoners heeft.

Dhr. B. functioneert tot op heden het best binnen een voorziening waar hij wel begeleid wordt maar waar geen hoge eisen aan hem worden gesteld. Binnen de long stay afdeling van een TBS-kliniek wordt deze situatie mogelijk gemaakt, maar op een afdeling voor langdurige en/of chronische psychiatrie binnen een Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis zou hij ook geplaatst kunnen worden. De hoge mate van beveiliging van de long stay afdeling is voor deze patiënt niet nodig. Zolang er maar structuur en zorg geboden wordt en er rust op de afdeling heerst, gaat het goed met hem.

De patiënt is niet in staat om buiten de kliniek te werken, omdat er dan te veel prikkels op hem afkomen. Zelfstandig wandelen buiten de inrichting gedurende enkele uren gaat goed, omdat de patiënt nadien kan terugkeren naar zijn gestructureerde omgeving.

De geschiktste voorziening bestaat uit een forensische RIBW of forensisch toezicht in een beschermde woonvorm, waarbij er elke dag contact is met de patiënt. Een afdeling binnen de reguliere psychiatrie is geen optie, omdat daar te veel prikkels zijn.

3.2 Casusbeschrijving van dhr. G., een blijvend delictgevaarlijke patiënt met diagnose schizofrenie

Voorgeschiedenis

Dhr. G. is 35 jaar oud en komt uit een gezin met twee kinderen, waarvan hij de oudste is. Vader is afstandelijk, terwijl moeder uitbundig en extrovert is. Betrokkene's ontwikkeling verloopt probleemloos, maar hij wordt als een buitenbeentje omschreven. Het gymnasium wordt probleemloos doorlopen, waarna hij natuurkunde en later filosofie is gaan studeren. Beide studies worden niet afgemaakt en dhr. G. besluit in dienst te gaan. Na zijn diensttijd vervolgt hij de studie filosofie, maar maakt deze niet af. Het gaat zichtbaar slechter met de patiënt, maar als het tot een delict komt is iedereen toch verrast. In de aanlooptijd tot het delict had dhr. G. twee relaties tegelijk en vertoonde vreemd gedrag, dronk alcohol, kon zijn huis niet op orde houden, gedroeg zich naar zijn moeder en vriendin agressief en vertelde angstig te zijn. Nadat zijn vriendin de relatie beëindigde, werd betrokkene erg angstig. Hij verblijft bij zijn moeder en wordt bij het RIAGG aangemeld. Kort daarop berooft hij zijn moeder met een aardappelschilmesje, asbak en elektriciteitsnoer van het leven.

Diagnose

Dhr. G. leidt aan schizofrenie van het ongedifferentieerde type. Daarnaast vertoont hij een stoornis in de ontwikkeling van de persoonlijkheid die gekenmerkt wordt door een weinig uitgekristalliseerde identiteit, waarbij de patiënt onvoldoende begrenzing ervaart tussen hemzelf en derden. Hierdoor treedt vervloeiing met de ander op en ontstaat er tevens heftige angst voor verlating en separatie. Ten tijde van het delict was er sprake van een psychotisch toestandsbeeld, waarbij dhr. G. heftige angsten ondervond. Hij had een parasitaire relatie met zijn moeder en ervoer heftige angst en woede toen zij hem dreigde in de steek te zullen laten.

Delict risico

Het delict risico bij dhr. G. bestaat voornamelijk uit het aangaan van een parasitaire relatie met anderen waarbij risico op krenking groot is als gevolg van afwijzing of loslating. Vanuit de pathologie kan de patiënt niet omgaan met deze krenkingen wat leidt tot een cumulatie van angst en psychotische symptomen die tot uitbarsting kunnen komen en aanleiding kunnen geven tot het plegen van delicten. De patiënt is blijvend delictgevaarlijk omdat deze pathologie onveranderd aanwezig zal blijven en omdat er ondanks behandelinterventies geen verbetering is opgetreden. Gedurende de afgelopen vier jaren is alleen het toestandsbeeld gestabiliseerd, maar de enkele terugvallen konden slechts na intensief en langdurig behandelen worden gecoupeerd. Persoonsgebonden factoren, zoals hersenorganiciteit, ontbreken van voldoende vermogen met betrekking tot schuldbeleving en empathie, structuurloosheid, een ontbrekende identiteit en chaotiseren, staan progressie van de behandeling in de weg.

Benodigde beveiliging, zorg, soort voorziening

Om met een minimaal delict risico te kunnen functioneren heeft dhr. G. een kleine overzichtelijke afdeling nodig waar de nadruk ligt op een ondersteunend milieu, waarbij de patiënt geholpen wordt om structuur in de realiteit van alle dag aan te brengen.

Betrokkene past ook binnen een setting waar meer ingezet wordt op consolideren dan op behandelen. De patiënt moet ook gemotiveerd en gesteund worden om een zinvolle daginvulling te krijgen en te behouden. Dhr. G. komt namelijk nauwelijks tot activiteiten als gevolg van de negatieve symptomatologie van de schizofrenie en vanwege de ontbrekende identiteit. Ook moet er voldoende gelet worden op de afstand en nabijheid in het contact omdat de patiënt geneigd is een parasitaire relatie aan te gaan met personen die dicht bij hem staan. Dhr. G. past binnen een woonvorm waarbij 24-uurs forensische begeleiding aanwezig is. High care en medium control, waarbij de forensische begeleiding en zorg voor een belangrijk deel de veiligheid dekt.

3.3 Casusbeschrijving van dhr. B., een ‘blijvend delictgevaarlijke’ patiënt met diagnose persoonlijkheidsstoornis

Diagnose

De heer B. is begin de dertig. Hij heeft de diagnose meervoudige persoonlijkheidsstoornis. Er zijn antisociale, zeer sterk narcistische en paranoïde trekken.

Voorgeschiedenis

De heer B. is opgegroeid als enig kind in een gezin waarvan de ouders onderling grote moeilijkheden hebben. Van kleins af aan wordt hij veel bij zijn grootouders ondergebracht. Na veel ruzies scheiden zijn ouders. De lagere school doorloopt hij goed; hij krijgt een atheneumadvies, maar gaat naar de havo. Hij voert niets uit op school, waardoor hij naar de mavo gaat. Op school is hij ongezeglijk, hij liegt en spijbelt. Bovendien gedraagt hij zich vaak agressief.

Door zijn toenemend onhandelbaar gedrag wordt hij in verschillende tehuizen geplaatst, steelt hij, gaat bij onenigheid bij een van zijn oma's logeren en wordt door de kinderrechtter op zijn vijftiende jaar bij zijn vader en diens jonge vriendin in huis geplaatst. Na enkele maanden lts gaat hij naar de streekschool. Hij gedraagt zich in deze periode op school en thuis brandig-achtig en draagt stiletto's en andere messen. Wat later gaat hij op kamers. Hij betaalt zijn huur niet, vergokt zijn geld, komt afspraken niet na, steelt en heeft vriendinnetjes. De relaties duren niet lang vanwege zijn alcoholgebruik en zijn agressieve uitlatingen en gedrag. Hij wordt meerdere keren veroordeeld wegens overtreding van de verkeerswet, omdat hij zonder rijbewijs en onverzekerd met een motor rijdt. Hij raakt enkele dagen in coma nadat hij dronken van zijn motor is gevallen.

Er ontstaat een relatie met zijn latere slachtoffer. Zij is een stuk ouder en kent betrokkene al vanaf zijn geboorte. De relatie kenmerkt zich door veel drinken en jaloersheid van beide kanten. Hij mishandelt haar regelmatig om kleine dingen. Als de heer B. wordt aangehouden wegens mishandeling van zijn vriendin erkent hij dat hij haar mishandelt. Hij wordt veroordeeld tot zes maanden gevangenisstraf. De relatie zet zich echter voort, al gaan de partners regelmatig een tijdje uit elkaar.

Na zeer veel incidenten mishandelt hij haar weer. Het slachtoffer is dan dusdanig verwond dat zij een aantal dagen later in het ziekenhuis overlijdt.

De heer B. wordt veroordeeld tot gevangenisstraf en terbeschikkingstelling met verpleging.

Hij wordt opgenomen in een eerste forensisch psychiatrische kliniek. Zijn behandeling komt onvoldoende van de grond. In het advies tot verlenging van de terbeschikkingstelling wordt het volgende geconstateerd: 'De heer B. is gedurende de behandeling driemaal gedeserteerd. Hierbij valt op dat hij dan zeer snel relaties aanknoopt en in bijzonder korte tijd tot delictgerelateerd of daadwerkelijk delictgedrag komt.' De behandeling in deze kliniek wordt als mislukt beschouwd en overplaatsing naar een tweede kliniek volgt.

Delictrisico

Patiënt B stelt zich ongenaakbaar op. Hij is ongevoelig voor de negatieve gevolgen van zijn afwijzende houding ten opzichte van de behandeling. Hij plant langdurig en zorgvuldig ontsnappingspogingen die slechts ternauwernood voorkomen konden worden en die in het verleden meermaals tot ongeoorloofde afwezigheid hebben geleid. De ontwikkelingen in de destijds aangeknoopte relaties, alsmede zijn gedragingen vanuit de kliniek ten opzichte van vrouwen door middel van telefonisch contact, zijn pogingen tot domineren en manipuleren in de kliniek, duiden alle op een regisseren van relaties waarin hij sadistische impulsen wil uitleven.

Na vele jaren in twee klinieken moet worden gesteld dat de behandelingen mislukt zijn en dat geen conditie kan worden bereikt waarin hij afziet van onmiddellijk delictgerichte activiteiten.

Benodigde beveiliging, zorg, soort voorziening

Tijdens verblijf in een vorige TBS-kliniek is de heer B. ontvlucht. Ook heeft hij eerder het voornemen gehad anderen te gijzelen. De geschiktste voorziening voor de heer B. zou zijn een 'high security long stay afdeling'. Van belang is de materiële beveiliging ter voorkoming van ontvluchting (muur, gracht en dergelijke). Bij verplaatsingen binnen de kliniek, bijvoorbeeld van de afdeling naar de werkplaats, is begeleiding nodig. De heer B. heeft weinig dagelijkse zorg nodig.

3.4 Casusbeschrijving van mw. A., een 'blijvend delictgevaarlijke' patiënt met diagnose schizofrenie

Voorgeschiedenis en diagnose

Mevrouw A. groeit op in een relatief probleemloos, harmonieus gezin. Als zij elf jaar is, wordt bij haar broer schizofrenie geconstateerd, recidiverende psychosen staan hierbij op de voorgrond. Van deze stoornis staat vast dat deze gedeeltelijk erfelijk bepaald is.

Wanneer mevrouw A. volwassen wordt, duiken ook bij haar de eerste ziekteverschijnselen op. Aanvankelijk blijken vage depressieve klachten het beeld te bepalen, maar allengs wordt duidelijk dat ook zij lijdt aan de ziekte schizofrenie. Ondergangwanen, religieuze wanen en grootheidswanen, alsmede bevelshallucinaties leiden tot impulsief agressief gedrag, waarbij ernstig risico voor anderen ontstaat.

Delictrisico

Door het gebruik van drugs verslechtert de psychiatrische toestand van mevrouw A. en neemt de controle over de impulsen af, maar ook zonder middelen (en met antipsychotische medicatie) blijven agressieve aanvallen regelmatig optreden. Door

de schizofrenie raakt zij het vermogen om zelfstandig invulling te geven aan haar leven volledig kwijt. Langdurige hospitalisatie volgt. Als de rust, die uiteindelijk bij haar is ontstaan, wordt verstoord door hogere eisen aan haar te stellen (resocialisatie), komen haar agressieve impulsen weer tot ontlading. In deze situatie steekt zij iemand neer.

De delicten komen voort uit een combinatie van factoren: drugs, het niet innemen van medicatie, weinig structuur en stress. Voor geen van deze factoren geldt dat afwezigheid ervan een garantie is voor het terugdringen van haar gevaarlijke gedrag.

Nu is mevrouw A. ongeveer 40 jaar. Na ruim 15 jaar hospitalisatie, waarvan meer dan acht jaar in GGz-voorzieningen en aansluitend detentie en TBS-verpleging, is er geen sprake van verbetering. Medicamenteus en psychotherapeutisch zijn alle denkbare middelen en methoden ingezet. Mevrouw A. blijft overtuigd van de noodzaak door middel van het doden van een persoon de wereld van de definitieve ondergang door het kwaad te moeten redden. Als zij niet toegeeft aan deze overtuiging gaat zij zich toenemend als mislukt/schuldig onwaardig beleven en moet zij opnieuw een poging tot doding ondernemen. Aangezien de aanvallen onverwacht, met grote heftigheid en ernstig gevaar voor anderen worden uitgevoerd, is voortdurende verpleging onder uiterste waakzaamheid geboden.

Benodigde beveiliging, zorg, soort voorziening

Mevrouw A. heeft een 'super high care' voorziening nodig. De beveiliging binnen de kliniek dient aanzienlijk te zijn. Zo heeft zij een kamer met een sluis, waarin indien nodig haar voedsel en drinken kan worden geplaatst zodat men niet met haar in dezelfde ruimte hoeft te komen. Iedere benadering van mevrouw A. dient met twee personen te gebeuren. Mevrouw A. kan de normale dagelijkse zelfverzorging zelfstandig verrichten.

3.5 Casusbeschrijving van dhr. R., een 'blijvend delictgevaarlijke' patiënt met diagnose persoonlijkheidsstoornis

Voorgeschiedenis

Betrokkene is een man van 49 jaar. Hij is de tweede uit een gezin van tien kinderen. Er zijn wisselende berichten over het gedrag van betrokkene in de lagere schoolleeftijd. Hij zou van een BLO-school zijn weggestuurd vanwege wangedrag; op een andere, normale lagere school werd hij bestempeld als gewillig en behulpzaam, maar spijbelde hij veel.

Op tienjarige leeftijd kwam hij met de politie in aanraking wegens diefstal en vernieling

Op dertienjarige leeftijd werd hij onder toezicht gesteld wegens het plegen van ontucht met een klein meisje. De rest van zijn jeugd wordt gekenmerkt door verblijf in verschillende jeugdinstellingen en het plegen van diverse zedendelicten.

Op zeventienjarige leeftijd kreeg hij TBS vanwege verkrachting en het plegen van ontuchtige handelingen met iemand beneden de zestien jaar. Betrokkene verbleef zes jaar in een TBS-kliniek. Deze periode werd gekenmerkt door tal van incidenten, waaronder ontvluchtingen, bedreigingen, vernielingen en geweldplegingen. Tijdens het proefverlof ten slotte, verkrachtte betrokkene een meisje waarvoor hij voor de tweede keer TBS kreeg opgelegd.

Betrokkene werd geplaatst in een andere TBS-kliniek. Ook hier vonden incidenten plaats waaronder bedreigingen en geweldplegingen. Instelling op depotmedicatie zette uiteindelijk een positieve ontwikkeling in. Na een verblijf van acht jaar in een derde TBS-kliniek, werd de TBS contrair beëindigd, terwijl de kliniek verlenging noodzakelijk achtte om een langzame resocialisatie naar een beschermde woonvorm mogelijk te maken. Betrokkene wist zich na opheffing van de TBS niet te handhaven in de maatschappij en werd voor periodes vrijwillig opgenomen. De periodes buiten de inrichting leidden vrijwel meteen tot veel problemen met de maatschappelijke orde. De kliniek bleef betrokkene begeleiden. Toch recidiveerde hij weer. In 1994 kreeg betrokkene opnieuw TBS vanwege seksuele handelingen met een meisje jonger dan zestien jaar. Hij werd opnieuw in een TBS-kliniek geplaatst, uiteindelijk op een verblijfsafdeling. Hij verblijft daar sinds begin 2003.

Diagnose

Betrokkene is een man met een beperkte intelligentie en ernstige persoonlijkheidsproblematiek; een borderline persoonlijkheidsstoornis met sterke antisociale kenmerken. Daarnaast is er sprake van pedoseksuele gerichtheid. Betrokkene neigt tot een chaotische, soms incoherente paranoïde gedachtegang, deels bepaald door zijn beperkte intelligentie. In het verleden maakte hij misbruik van harddrugs en alcohol, hetgeen een sterk ontregelend effect had.

Delictrisico

Vanuit dit complex aan problemen kwam betrokkene vanaf de puberteit veelvuldig tot ernstige schendingen van de maatschappelijke veiligheid, waaronder mishandelingen, ontuchtige handelingen, aanrandingen en verkrachtingen. De slachtoffers waren regelmatig kinderen onder de zestien jaar.

Twee verschillende TBS-klinieken hebben behandel pogingen ondernomen. De problematiek van betrokkene blijft echter onverminderd complex en blijkt therapieresistent. Op basis van de risicotaxatie-instrumenten HCR-20, SVR-20 en PCL-R wordt het recidiverisico van betrokkene aangemerkt als 'zeer hoog'. Steeds opnieuw bleek dat, wanneer betrokkene in een minder gestructureerde en beschermende omgeving moest functioneren, het tot externe en interne chaos kwam. Hij verviel in druggebruik, maakte hoge schulden en begaf zich in het criminele circuit, waar hij zich alleen door middel van agressief en gewelddadig vertoon een plaats kon verwerven. In deze situatie kwam het een aantal keren tot ernstige recidive. De kliniek beschouwt betrokkene daarom als een chronisch delictgevaarlijke man, die zonder externe structuur opnieuw zal recidiveren.

Benodigde beveiliging, zorg, soort voorziening

Betrokkene kan alleen zonder risico voor derden leven in een zeer gestructureerde omgeving. Vanwege zijn persoonlijkheidsproblematiek heeft hij blijvende intensieve begeleiding nodig. Zonder die externe structuur is de verwachting dat hij opnieuw zal recidiveren.

Hij heeft een intramurale medium security voorziening nodig. Begeleid verlof is haalbaar, maar onbegeleid verlof niet, wegens het delictrisico.

3.6 Casusbeschrijving van dhr. M., een 'blijvend delictgevaarlijke' patiënt met diagnose persoonlijkheidsstoornis

Voorgeschiedenis

M. is een man van 40 jaar, geboren in Antwerpen. Zijn vader was militair die veel van huis was. Zijn moeder werkte tijdens zijn jeugd als dienstster in een café. Hij omschrijft de relatie van zijn ouders als zeer slecht. Moeder had in het verleden geregeld korte relaties met andere mannen. In enkele gevallen was hij getuige van seksuele taferelen tussen beiden. Hij heeft een zus die twee jaar jonger is en die volgens M. op alle vlakken door haar moeder werd bevoordeeld. Betrokkene heeft technisch onderwijs afgewerkt en werkt sinds meer dan vijf jaar jaren als arbeider in de bouwsector. Tijdens zijn middelbare studies verbeef hij op een internaat. Hij zegt op veertienjarige leeftijd te zijn betast door zijn moeder en meermaals te zijn misbruikt door opvoeders in het internaat.

Betrokkene is 15 jaar getrouwd, het koppel heeft geen kinderen; zijn vrouw heeft uit een eerste huwelijk wel een dochter van zestien jaar. Betrokkene wordt beschuldigd van seksueel misbruik van zijn stiefdochter dat volgens haar plaatsvond tussen haar achtste en zestiende levensjaar. De man bekent alle feiten. Betrokkene kwam voor de eerste maal op achttienjarige leeftijd in aanraking met justitie. Het ging om aanranding van de eerbaarheid en verkrachting met geweld. Naast seksuele delicten is hij in het verleden ook veroordeeld voor diefstal bij nacht. Tussen zijn achttiende en tweeëntwintigste jaar verbleef hij in de gevangenis. Hij kreeg nooit enige vorm van behandeling voor het seksueel misbruik. Vrij vlug na zijn vrijlating begon hij een relatie met zijn huidige vrouw.

Op dit ogenblik verblijft M. in hechtenis op een afdeling die gespecialiseerd is in opvang van en prétherapie voor zedendelinquenten. Tijdens de detentie zijn twee persoonlijkheidsvragenlijsten afgenomen: een vragenlijst die hechtingsstijlen meet en een projectieve test. Volgens de Nederlandse Verkorte MMPI (NVM) scoort betrokkene hoog op negativisme ten aanzien van de omgeving en is er sprake van algemene vijandigheid. Daarnaast scoort hij hoog op somatisatie en verlegenheid en zeer laag op extraversie. Volgens de Amsterdamse Biografische Vragenlijst (ABV) scoort hij hoger dan gemiddeld op angst, twijfel en zelfdeprecieatie. Daarnaast vertoont hij passief vermijdingsgedrag en is er sprake van vage lichamelijke klachten ten gevolge van psychische spanningen. De Adult Attachment Scale (AAS) wijst aan dat betrokkene sterk afhankelijk en angstig gehecht is. Kenmerkend is zijn laag zelfwaardegevoel en sterke gevoelens van wantrouwen ten aanzien van anderen. De Thematische Apperceptie Test (TAT) toont aan dat schuld en schuldbeleving direct in verband worden gebracht met de criminele feiten. Hij toont vrij oprecht spijt en schuld. Hij neigt tot zelfverwerping en zelfdestructie. Er is een sterke afweer van de eigen agressie, meer bepaald is er geen opname van de agressie in de persoonlijkheidsstructuur wat aanleiding kan geven tot acting-out. Er zijn geen indicaties van psychotische psychopathologie.

Diagnose

Betrokkene wordt omschreven als vijandig en agressief ten aanzien van anderen en de omgeving. Zijn controle- en remmingsmechanismen zijn sterk ontwikkeld, maar moeten een zeer hoge interne spanning reguleren om een psychisch evenwicht tussen spanning, controle en spanningsafvoer te krijgen en te behouden. Bij

afwezigheid van dit evenwicht ontstaat er gevaar voor acting-out, impulsdoorbraken en toenemende interne spanningsdruk, die door extra externe stimuli kan worden verhoogd. Hierdoor kan zijn controlemechanisme het begeven. Deze stoornissen, in combinatie met zelfverwerping en zelfdeprecieatie, verhogen het risico op delictgevaarlijkheid en recidive. De spijt en het berouw die betrokkene heeft, kunnen de dreigende acting-out niet voorkomen.

Delictrisico

Betrokkene wordt gezien als delictgevaarlijk. Het risico op recidive is groot. Betrokkene wordt volledig verantwoordelijk en toerekeningsvatbaar gesteld voor zijn daden.

Benodigde beveiliging, zorg, soort voorziening

Omwille van een ongunstige prognose, is omkadering, structurering en bewaking van betrokkene noodzakelijk. Na detentie is verdere begeleiding verplicht. Zijn interne controlemechanismen zijn ontoereikend, waardoor begeleiding moet zorgen voor extra controlemechanismen teneinde recidive te beperken of te voorkomen.

3.7 Korte synthese

Enerzijds kan aan de hand van de zes casussen worden vastgesteld dat de voorgeschiedenis van de betrokkenen zeer divers is. Anderzijds zijn er ook overeenkomsten tussen de zes casussen: het probleemgedrag begint in enkele gevallen reeds op jonge leeftijd (lagere schoolperiode of in de puberteit) en er treedt, met het ouder worden, een verzwaring van het probleemgedrag op. In enkele gevallen heeft zich reeds een delict, gevolgd door een plaatsing in een instelling, in de puberteit voorgedaan. In een geval wordt een hersenvliesontsteking aangemerkt als oorzaak van het ontstaan van agressief gedrag, in een ander geval wordt met betrekking tot schizofrenie gewezen op de aanwezigheid van een erfelijke determinant in de familie. Deze bevinding sluit aan bij Marshall et al., (1990) die het ontstaan van probleemgedrag, cq. seksueel agressief gedrag verklaren vanuit multi-factoriële verklaringsmodel waarbij het samenspel tussen 'childhood experiences' en 'biologische factoren' een bijdrage leveren aan de verklaring van agressief gedrag. In alle casussen is er sprake van een ernstige psychiatrische problematiek, zoals (multiple) persoonlijkheidsstoornissen (As II) al dan niet in combinatie met ernstig symptoomgedrag, gaande van angsten, verlatingsangsten, tot ernstig agressief gedrag. Wat persoonlijkheidsstoornissen betreft is er in meerdere gevallen sprake van antisociale, narcistische en paranoïde trekken. Deze drie persoonlijkheidsstoornissen/trekken worden in onderzoek het vaakst in verband gebracht met (seksueel) agressief gedrag. Het delictrisico verschilt van individu tot individu en er is geen sprake van een eenduidig 'delict path'. In enkele casussen worden intrinsieke factoren naar voren geschoven als uitlokkers of intermediaire factoren van agressief gedrag, zoals een gebrek aan introspectie, het aangaan van parasitaire relaties met anderen, de neiging om anderen te domineren, het manipuleren van anderen en de aanwezigheid van primaire angsten of andere angsten. Daarnaast worden ook extrinsieke factoren genoemd die een rol spelen in het voorkomen van agressief gedrag, zoals een gebrek aan externe structuur, worden afgewezen door anderen, het gebruik van

alcohol en drugs, et cetera. Agressief gedrag is meestal het gevolg van interacties tussen intrinsieke en extrinsieke factoren, waarbij het zeer moeilijk is om het relatieve aandeel van elke factor afzonderlijk te bepalen. Met betrekking tot de benodigde beveiliging, zorg en soort omgeving is het opvallend dat in enkele gevallen sprake is van therapieresistentie. Dit betekent dat er niet of slecht gereageerd wordt op een (gedrags)therapeutische behandeling. In dit verband is verder onderzoek aangewezen omdat onderliggende factoren, zoals de wijze hoe therapieresistentie gemeten wordt, inzichten hebben in onderliggende psychiatrische en somatische problematieken die mogelijks interfereren met de behandeling, de motivatie van de patiënt, et cetera, mee in rekening moeten worden genomen in het totale behandelingsplan. In het volgende hoofdstuk wordt ingegaan op de beveiliging en zorg van blijvend delictgevaarlijke patiënten die lijden aan persoonlijkheidsstoornis of schizofrenie.

4 Beveiliging en zorg voor ‘blijvend delictgevaarlijke’ patiënten met schizofrenie en persoonlijkheidsstoornissen

4.1 Onderzoeksgroepen

De ‘blijvend delictgevaarlijke’ patiënten zijn ingedeeld naar sector van opname en type stoornis. De patiënten die ten tijde van de peildatum, 1 januari 2004, binnen een TBS-kliniek verbleven, behoren tot de TBS-sector. Patiënten die op de peildatum waren opgenomen binnen een Forensisch Psychiatrische Afdeling, Forensisch Psychiatrische Kliniek, een kliniek voor intensieve behandeling, Hoeve Boschoord en/of een afdeling van een algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis, behoren tot de GGz-sector.

Binnen deze twee groepen is onderscheid gemaakt op basis van de aard van de stoornis.

Tot de groep ‘schizofrenie’ behoren de patiënten met de diagnose schizofrenie of een aanverwante stoornis als eerste of tweede stoornis op AS I van de DSM-IV. Tot de aanverwante stoornissen zijn gerekend: psychotische stoornis NAO, a-typische psychotische stoornis en waanstoornis. De patiënt kan daarnaast al dan niet een persoonlijkheidsstoornis of een andere diagnose op AS-II hebben. Tot de groep ‘persoonlijkheidsstoornissen’ behoren de patiënten die de diagnose persoonlijkheidsstoornis hebben (naast eventuele andere diagnoses), *maar niet* de diagnose schizofrenie (of aanverwante stoornissen). Tabel 1 geeft inzicht in de omvang van de onderzoeksgroepen. Bijna alle groepen zijn zeer klein qua omvang, waardoor het niet goed mogelijk is om conclusies te verbinden aan de eventueel geconstateerde verschillen. De onderstaande tabellen en beschouwingen dienen als een indicatie van de behoefte aan zorg en beveiliging van de populatie schizofrene en persoonlijkheidsgestoorde blijvend delictgevaarlijke patiënten. De vermelde percentages dienen ter illustratie, hoewel de populaties kleiner dan honderd zijn en het niet gebruikelijk is, in die gevallen, percentages op te nemen. Daarom moeten de percentages ook niet te zwaar gewogen worden!

Tabel 1: Omvang onderzoeksgroepen

	TBS-sector	GGz-sector	Totaal
Schizofrenie	41	75	116
Persoonlijkheidsstoornis	67	26	93
Totaal	108	101	209*

* In de overige tabellen zijn alleen de gegevens van de ingevulde items opgenomen. Door ontbrekende gegevens kunnen de totalen verschillen.

Tabel 2 en 3 geven inzicht in de type diagnoses die voorkomen binnen de vier onderzoeksgroepen.

Tabel 2: Eerste diagnose op AS-I

	TBS-sector		TBS-sector		GGz-sector		GGz-sector	
	Schizofrenie		Persoonlijkheidsstoornis		Schizofrenie		Persoonlijkheidsstoornis	
	n	%	n	%	N	%	n	%
Schizofrenie of aanverwante stoornis	39	97,5	-	-	71	97,3	-	-
Stemmings- Of angststoornis	-	-	3	6,7	-	-	5	27,8
Seksuele stoornis	-	-	21	46,7	-	-	1	5,6
Pervasive ontwikkelingsstoornis	-	-	7	15,6	2	2,7	1	5,6
Stoornissen impulsbeheersing, ADHD	-	-	3	6,7	-	-	1	5,6
Cognitieve/persoonlijkheids veranderingen agv medische toestand	1	2,5	1	2,2	-	-	1	5,6
Misbruikt, relationeel of maatschappelijk probleem	-	-	1	2,2	-	-	-	-
Geen of uitgestelde diagnose	-	-	9	20,0	-	-	9	50,0
Totaal	40	100	45	100	73	100	18	100
Afhankelijkheid/misbruik alcohol en/of drugs								
Ja	23	56,1	31	46,3	28	37,3	10	38,5
Nee	18	43,9	36	53,7	47	62,7	16	61,5
Totaal	41	100	67	100	75	100	26	100

n=aantal patiënten

Een groter deel van de patiënten uit de TBS-sector heeft de diagnose 'afhankelijkheid' of 'misbruik' van middelen, maar de absolute aantallen patiënten zijn klein.

Tabel 3: Eerste diagnoses op AS-II

	TBS-sector		TBS-sector		GGz-sector		GGz-sector	
	Schizofrenie		Persoonlijkheidsstoornis		Schizofrenie		Persoonlijkheidsstoornis	
	n	%	N	%	N	%	N	%
Persoonlijkheidsstoornis Cluster A	2	5,4	2	3,3	-	-	1	4,0
Persoonlijkheidsstoornis Cluster B	9	24,3	25	41,7	16	22,5	10	40,0
Persoonlijkheidsstoornis Cluster C	-	-	-	-	1	1,4	1	4,0
Persoonlijkheidsstoornis NAO	16	43,2	31	51,7	19	26,8	12	48,0
Lichte zwakbegaafdheid	-	-	1	1,7	-	-	-	-
Sociaal/maatschappelijk probleem	1	2,7	1	1,7	3	4,2	-	-
Geen of uitgestelde diagnose	9	24,3	-	-	32	45,1	1	4,0
Totaal	37	100	60	100	71	100	25	100

n=aantal patiënten

Bij zowel de patiënten uit de 'schizofrenie-groep' als de patiënten uit de 'persoonlijkheidsstoornis-groep' zijn vooral de cluster B en niet nader omschreven persoonlijkheidsstoornissen gediagnosticeerd.

4.2 Aspecten met betrekking tot beveiliging

4.2.1 Huidige juridische maatregel

Alle in de steekproef opgenomen patiënten die op de peildatum binnen de TBS-sector verbleven hebben een TBS-maatregel opgelegd gekregen (tabel 4). Relatief veel van de patiënten met schizofrenie in de GGz-sector, verblijven daar op een TBS-titel.

Tabel 4: Juridische maatregel op peildatum per onderzoeksgroep

	TBS-sector		TBS-sector		GGz-sector		GGz-sector	
	Schizofrenie		Persoonlijkheidsstoornis		Schizofrenie		Persoonlijkheidsstoornis	
Maatregel op peildatum	n	%	n	%	n	%	n	%
Geen maatregel	-	-	-	-	2	2,7	2	7,7
TBS dwangverpleging (art 37a/b Sr)	41	100	67	100	37	49,3	5	19,2
TBS voorwaarden (art 38 Sr)	-	-	-	-	5	6,7	4	15,4
Strafrechtelijke RM (art 37 Sr)	-	-	-	-	6	8,0	-	-
Detentieongeschiktheid (art 15, lid 5 PBW)	-	-	-	-	-	-	3	11,5
Overige strafrechtelijke maatregelen	-	-	-	-	3	4,0	2	7,7
Civiele RM (art 2 en 15 Wet BOPZ)	-	-	-	-	21	28,0	9	34,6
Niet ingevuld	-	-	-	-	1	1,3	1	3,8
Totaal	41	100	67	100	75	100	26	100

4.2.2 Delict waarvoor de huidige juridische maatregel is opgelegd

De patiënten die binnen de TBS- en GGz-sector verblijven, verschillen nauwelijks in de mate waarin bij het uitgangsdelict sprake was van een geweldselement, een vermogensselement of een brandstichtingselement.

Daarentegen komt (seksueel) geweld relatief vaak voor onder de patiënten uit de TBS-sector die behoren tot de groep 'persoonlijkheidsstoornis' (tabel 5).

Tabel 5: Kenmerken delict waarvoor huidige maatregel is opgelegd

	TBS-sector		TBS-sector		GGz-sector		GGz-sector	
	Schizofrenie		Persoonlijkheidsstoornis		Schizofrenie		Persoonlijkheidsstoornis	
Kenmerken indexdelict	n	%	n	%	n	%	n	%
(Mede) seksueel delict	7	17,1	31	46,3	7	12,7	4	23,5
Geen seksueel delict	34	82,9	36	53,7	48	87,3	13	76,5
(mede) geweldsdelict tegen personen	36	87,8	62	92,5	47	85,5	12	70,6
Geen geweldsdelict tegen personen	5	12,2	5	7,5	8	14,5	5	29,4
(Mede) vermogensdelict	12	29,3	13	19,4	8	14,5	4	23,5
Geen vermogensdelict	29	70,7	54	80,6	47	85,5	13	76,5
(Mede) brandstichtingdelict	3	7,3	6	9,0	4	7,3	3	17,6
Geen brandstichtingdelict	38	92,7	61	91,0	51	92,7	14	82,4

4.2.3 Latentietijd tot delict

De termijn waarop, volgens de inschatting van de behandelverantwoordelijken, een ernstig delict te verwachten zou zijn als voor de betreffende patiënt op dat moment de door de kliniek geboden structuur en toezicht zouden wegvallen, verschilt niet erg op basis van ‘stoornis-groep’ (tabel 6). Binnen de GGz-sector is het opvallend dat voor een groot deel van de patiënten deze termijn niet is in te schatten.

Tabel 6: Geschatte latentietijd tot plegen nieuw delict

	TBS-sector		TBS-sector		GGz-sector		GGz-sector	
	Schizofrenie		Persoonlijkheidsstoornis		Schizofrenie		Persoonlijkheidsstoornis	
Latentietijd	n	%	n	%	n	%	n	%
Niet in te schatten	6	14,6	10	15,6	29	38,7	11	45,8
Binnen een week	3	7,3	9	14,1	9	12,0	2	8,3
Binnen enkele weken tot 1 maand	6	14,6	9	14,1	10	13,3	3	12,5
Binnen enkele maanden tot ½ jaar	20	48,8	21	32,8	22	29,3	5	20,8
Binnen een jaar	5	12,2	7	10,9	4	5,3	1	4,2
Na langer dan een jaar	1	2,4	8	12,5	1	1,3	2	8,3
Totaal	41	100	64	100	75	100	24	100
‘Kort’ (enkele dagen tot 1 maand)	9	25,7	18	33,3	19	41,3	5	38,5
‘Lang’ (enkele maanden tot meer dan 1 jaar)	26	74,3	36	66,7	27	58,7	8	61,5

4.2.4 Vluchtrisico

Van de patiënten in de TBS-sector worden er meer als enigszins vluchtgevaarlijk of vluchtgevaarlijk beschouwd dan van de patiënten in de GGz-sector (tabel 7). Maar het gaat hier om kleine aantallen, waardoor er geen conclusies aan te verbinden zijn.

Tabel 7: Vluchtrisico

	TBS-sector		TBS-sector		GGz-sector		GGz-sector	
	Schizofrenie		Persoonlijkheidsstoornis		Schizofrenie		Persoonlijkheidsstoornis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Geen vluchtrisico	21	53,8	40	60,6	54	72,0	17	65,4
Enigszins vluchtrisico	11	28,2	17	25,8	13	17,3	6	23,1
Vluchtrisico	7	18,0	9	13,6	8	10,7	3	11,5
Totaal	39	100	66	100	75	100	26	100

4.2.5 Suïcidepogingen

Het is opvallend dat, volgens de behandelverantwoordelijken, meer patiënten met een persoonlijkheidsstoornis binnen de GGz-sector ooit een suïcidepoging hebben ondernomen dan patiënten uit de TBS-sector (tabel 8). Ook hier geldt dat het om kleine aantallen gaat.

Tabel 8: Suicidepogingen

	TBS-sector		TBS-sector		GGz-sector		GGz-sector	
	Schizofrenie		Persoonlijkheidsstoornis		Schizofrenie		Persoonlijkheidsstoornis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Suicidepoging(en) in verleden	8	19,5	14	20,9	20	26,7	14	53,8
Geen suicidepogingen	21	51,2	40	59,7	42	56,0	9	34,6
Onbekend of niet ingevuld	12	29,3	13	19,4	13	17,3	3	11,6
Totaal	41	100	67	100	75	100	26	100

n=aantal patiënten

4.2.6 *Benodigd toezicht*

De behandelverantwoordelijken hebben ingeschat welk niveau van toezicht het geschiktst voor de patiënt zou zijn vanwege hun delictrisico. Zij hebben uit vijf modaliteiten gekozen, te weten: permanent toezicht als in een TBS-kliniek, toezicht als in een FPK, toezicht als in een FPA, toezicht op het niveau van beschermd wonen met dagelijks één of meermalen toezicht, of een ander soort toezicht.

Binnen de TBS-sector wordt voor een groot deel van zowel de patiënten met persoonlijkheidsstoornissen als de patiënten met schizofrenie ingeschat dat zij permanent toezicht nodig hebben, zoals wordt geboden in een TBS-kliniek. Daarnaast zou voor een deel van de patiënten met schizofrenie, opgenomen binnen de TBS-sector, toezicht als binnen een Forensisch Psychiatrische Afdeling, voldoende zijn.

Binnen de GGz-sector ligt het minder eenduidig, toezicht als binnen een FPK, FPA en beschermde woonvorm worden bij veel patiënten uit beide 'stoornisgroepen' genoemd (tabel 9).

Tabel 9: Niveau van benodigd toezicht

	TBS-sector		TBS-sector		GGz-sector		GGz-sector	
	Schizofrenie		Persoonlijkheidsstoornis		Schizofrenie		Persoonlijkheidsstoornis	
	N	%	n	%	n	%	N	%
Permanent toezicht als TBS-kliniek	20	58,8	42	75,0	4	6,3	1	4,6
Permanent toezicht als FPK	3	8,8	2	3,6	22	34,4	5	22,7
Permanent toezicht als FPA	10	29,4	3	5,4	17	26,6	9	40,9
Toezicht als beschermd wonen	1	3,0	9	16,0	21	32,7	7	31,8
Totaal	34	100	56	100	64	100	22	100

4.2.7 *Delictrisico: de meest doorslaggevende aspecten voor inschatting als 'blijvend delictgevaarlijk'*

Binnen de vragenlijst is een itemlijst opgenomen alwaar de behandelverantwoordelijken aspecten konden aankruisen die het meest doorslaggevend zijn voor de inschatting als 'blijvend delictgevaarlijke' patiënt (tabel 10).

Het meest is genoemd⁸ 'co-morbiditeit', 'voortdurend externaliserend gedrag' en 'het ontbreekt de patiënt aan zelfreflectiemogelijkheden'.

⁸ Deze items zijn bij minimaal 50% van drie of meer onderzoeksgroepen genoemd.

Bij de schizofrene patiënten uit beide sectoren leidt vooral 'gewelddadig gedrag tijdens een psychotische periode' ertoe dat zij als 'blijvend delictgevaarlijk' worden ingeschat.

Bij de persoonlijkheidsgestoorde patiënten uit beide sectoren worden 'co-morbiditeit' en 'delictgedrag dat een ingeslepen gedragspatroon is geworden', als doorslaggevend gezien voor 'blijvende delictgevaarlijkheid'.

Tabel 10: Meest doorslaggevende aspecten voor inschatting als 'blijvend delictgevaarlijk' per onderzoeksgroep

Aspect 'blijvende delictgevaarlijkheid'	Doorslaggevend bij patiënt?	TBS-sector Schizofrenie		TBS-sector Persoonlijkheidsstoornis		GGz-sector Schizofrenie		GGz-sector Persoonlijkheidsstoornis	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Eerder geweld									
Ernstige incidenten tijdens behandeling	Ja	9	24,3	13	21,0	5	19,2	8	10,7
	Nee	28	75,7	49	79,0	21	80,8	67	89,3
Aantal en ernst eerdere delicten	Ja	12	32,4	20	32,3	22	29,3	12	46,2
	Nee	25	67,6	42	67,7	53	70,7	14	53,8
Eerder geweld tijdens psychotische episode	Ja	17	45,9	1	1,6	32	42,7	1	3,8
	Nee	20	54,1	61	98,4	43	57,3	25	96,2
Moeilijk toegankelijk voor behandeling of begeleiding									
Delictgedrag is onderdeel ingeslepen gedragspatroon	Ja	8	21,6	34	54,8	23	30,7	14	53,8
	Nee	29	78,4	28	45,2	52	69,3	12	46,2
Onvoldoende probleembesef/ziekte-inzicht	Ja	19	51,4	30	48,4	37	49,3	8	30,8
	Nee	18	48,6	32	51,6	38	50,7	18	69,2
Patiënt neemt onvoldoende verantwoordelijkheid voor delict	Ja	13	35,1	23	37,1	22	29,3	7	26,9
	Nee	24	64,9	39	62,0	53	70,7	19	73,1
Patiënt bagatelliseert agressieve daden/delicten	Ja	12	32,4	17	27,4	28	37,3	12	46,2
	Nee	25	67,6	45	72,6	47	62,7	14	53,8
Behandelmotivatie ontbreekt	Ja	12	32,4	20	32,3	19	25,3	4	15,4
	Nee	25	67,6	42	67,7	56	74,7	22	84,6
Overeenstemming over risicofactoren ontbreekt	Ja	14	37,8	15	24,2	15	20,0	3	11,5
	Nee	23	62,2	47	75,8	60	80,0	23	88,5
Ernst en omvang problematiek									
Zelfreflectiemogelijkheden ontbreken	Ja	21	56,8	31	50,0	26	34,7	17	65,4
	Nee	16	43,2	31	50,0	49	65,3	9	34,6
Cognitieve vertekeningen	Ja	18	48,6	18	29,0	33	44,0	8	30,8
	Nee	19	51,4	44	71,0	42	56,0	18	69,2
Co-morbiditeit	Ja	21	56,8	59	95,2	42	56,0	22	84,6
	Nee	16	43,2	3	4,8	33	44,0	4	15,4
Verslavingsproblematiek	Ja	16	43,2	21	33,9	21	28,0	9	34,6
	Nee	21	56,8	41	66,1	54	72,0	17	65,4
Extreem structureafhankelijk	Ja	16	43,2	13	21,0	24	32,0	7	26,9
	Nee	21	56,8	49	79,0	51	68,0	19	73,1
Voortdurend externaliserend gedrag	Ja	7	18,9	45	72,6	63	84,0	18	69,2
	Nee	30	81,1	17	24,7	12	16,0	8	30,8
Ondersteunend netwerk ontbreekt	Ja	12	32,4	21	33,9	19	25,3	7	26,9
	Nee	25	67,6	41	66,1	56	74,7	19	73,1
Maatschappelijk toekomstperspectief ontbreekt	Ja	10	27,0	16	25,8	19	25,3	9	34,6
	Nee	27	73,0	46	74,2	56	74,7	17	65,4

n=aantal patiënten

Alleen de meest doorslaggevende aspecten die voor minimaal vijftien procent van de patiënten van toepassing worden geacht zijn in de tabel verwerkt

4.2.8 *Delictrisico: de meer directe omstandigheden waaronder de kans op een delict toeneemt*

Bij iedere patiënt kon de behandelverantwoordelijke de meer directe omstandigheden aangeven die leiden tot de verhoging van het delictrisico bij de patiënt (tabel 11).

De omstandigheden die volgens behandelverantwoordelijken het vaakst⁹ tot delictrisico leiden zijn: ‘de patiënt gaat alcohol of drugs gebruiken’, ‘reactie op onlustgevoelens’ en ‘verlies van de door de kliniek geboden structuur’.

Bij de schizofrene patiënten binnen de TBS- en GGz-sector wordt, vergeleken met personen met persoonlijkheidsstoornissen, vaker genoemd dat het delictrisico toeneemt wanneer medicatiegebruik gestaakt wordt.

Tabel 11: Omstandigheden waaronder de kans op een delict toeneemt per onderzoeksgroep

Omstandigheid	Van toepassing bij patiënt?	TBS-sector		TBS-sector		GGz-sector		GGz-sector	
		Schizofrenie		Persoonlijkheidsstoornis		Schizofrenie		Persoonlijkheidsstoornis	
		N	%	n	%	N	%	n	%
Staaft medicatiegebruik	Ja	32	78,0	9	13,4	57	76,0	3	11,5
	Nee	9	22,0	58	86,6	18	24,0	23	88,5
Gaat alcohol of drugs gebruiken	Ja	30	73,2	40	59,7	46	63,0	16	61,5
	Nee	11	26,8	27	40,3	27	37,0	10	38,5
Reactie op onlustgevoelens	Ja	23	56,1	36	53,7	25	33,3	18	69,2
	Nee	18	43,9	31	46,3	50	66,7	8	30,8
Reactie op stemmingswisselingen	Ja	14	34,1	26	38,8	17	22,7	15	57,7
	Nee	27	65,9	41	61,2	58	77,3	11	42,3
Gebrekkige impulscontrole	Ja	16	39,0	31	46,3	14	18,7	12	46,2
	Nee	25	61,0	36	53,7	61	81,3	14	53,8
Fantasieën	Ja	11	26,8	25	37,3	13	17,3	4	15,4
	nee	30	73,2	42	62,7	62	82,7	22	84,6
Interpersoonlijk conflict	Ja	14	34,1	24	35,8	14	18,7	7	26,9
	Nee	27	65,9	43	64,2	61	81,3	19	73,1
Relationele problemen	Ja	12	29,3	32	47,8	10	13,3	11	42,3
	Nee	29	70,7	35	52,2	65	86,7	15	57,7
Betrokkenheid op criminele milieu	Ja	3	7,3	13	19,4	3	4,0	8	30,8
	Nee	38	92,7	54	80,6	72	96,0	18	69,2
Verlies door kliniek geboden structuur	Ja	32	78,0	39	58,2	49	65,3	10	38,5
	Nee	9	22,0	28	41,8	26	34,7	16	61,5

n=aantal patiënten

4.2.9 *Delictrisico: de factoren die afname van het delictrisico belemmeren*

Naast de risicoverhogende factoren konden de behandelverantwoordelijken ook aangeven welke factoren de afname van het delictrisico in de weg staan (tabel 12). De factor ‘het ontbreekt de patiënt aan ziekte inzicht’ werd het meeste¹⁰ genoemd. Een belemmering die met name bij de schizofrene patiënten uit beide sectoren wordt genoemd is dat de patiënt onvoldoende betrouwbaar is in het medicatiegebruik.

Vooraf bij persoonlijkheidsgestoorde patiënten uit de GGz-sector, raken de behandelaars uitgeput door de patiënt. Bij patiënten uit de TBS-sector zou de

⁹ Deze items zijn bij minimaal 50% van drie of meer onderzoeksgroepen genoemd.

¹⁰ Deze items zijn bij minimaal 50% van drie of meer onderzoeksgroepen genoemd.

geringe leercapaciteit van de patiënt een belemmering zijn tot de afname van het delictgevaar.

Bij alle factoren geldt dat de absolute aantallen patiënten erg klein zijn. Er valt daarom geen conclusie te verbinden aan de geconstateerde verschillen.

Tabel 12: Factoren die afname van het delict risico belemmeren per onderzoeksgroep

Belemmerende factor	Van toepassing bij patiënt?	TBS-sector		TBS-sector		GGz-sector		GGz-sector	
		Schizofrenie	Persoonlijkheidsstoornis	Schizofrenie	Persoonlijkheidsstoornis	Schizofrenie	Persoonlijkheidsstoornis		
Patiëntgebonden factoren		n	%	n	%	N	%	n	%
Probleembesef/ziekte-inzicht ontbreekt/patiënt legt verantwoordelijkheid voor gedrag/delicten buiten zichzelf /fantasiewereld en/of delicten blijven onbespreekbaar/ontoegankelijk	Ja	32	86,5	47	77,0	58	77,3	16	38,5
	Nee	5	13,5	14	23,0	17	22,7	10	61,5
Vermogen patiënt tot samenwerking te gering	Ja	19	51,4	30	49,2	30	40,0	12	46,2
	Nee	18	48,6	31	50,8	45	60,0	14	53,8
Motivatie patiënt voor behandeling te gering	Ja	16	43,2	29	47,5	33	44,0	10	38,5
	Nee	21	56,8	32	52,5	42	56,0	16	61,5
Leercapaciteiten patiënt te gering	Ja	21	56,8	32	52,5	20	26,7	10	38,5
	Nee	16	43,2	29	47,5	55	73,3	16	61,5
Patiënt reageert slecht op behandeldruk	Ja	13	35,1	16	26,2	20	26,7	13	50,0
	Nee	24	64,9	45	73,8	55	73,3	13	50,0
Bereidheid patiënt tot samenwerking te gering	Ja	6	16,2	18	29,5	22	29,3	7	26,9
	Nee	31	83,8	43	70,5	53	70,7	19	73,1
Overeenstemming behandel doelen lukt niet	Ja	7	18,9	13	21,3	13	17,3	2	7,7
	Nee	30	81,1	48	78,7	62	82,7	24	92,3
Patiënt niet in staat tot opbouw / onderhoud ondersteunend netwerk	Ja	17	45,9	29	47,5	31	41,3	13	50,0
	Nee	20	54,1	32	52,5	44	58,7	13	50,0
Patiënt houdt zich niet aan afspraken mbt alcohol of drugsgebruik	Ja	10	27,0	16	26,2	19	25,3	7	26,7
	Nee	27	73,0	45	73,8	56	74,7	19	73,1
Patiënt houdt zich niet aan afspraken over vermijden risicovolle situaties	Ja	2	5,4	9	14,8	13	17,3	7	26,9
	Nee	35	94,6	52	85,2	62	82,7	19	73,1
Patiënt onvoldoende betrouwbaar in medicatiegebruik	Ja	13	35,1	4	6,6	27	36,0	1	3,8
	Nee	24	64,9	57	93,4	48	64,0	25	96,2
Overige factoren									
Behandelaars menen dat behandeling bij dit type patiënt geen zin heeft	Ja	5	13,5	17	27,9	7	9,3	5	19,2
	Nee	32	86,5	44	72,1	68	90,7	21	80,8
Behandelaars raken uitgeput door deze patiënt	Ja	4	10,8	8	13,1	12	16,0	11	42,3
	Nee	33	89,2	53	86,9	63	84,0	15	57,7
Geen reëel behandel perspectief bij huidige stand wetenschap en praktijk	Ja	8	21,6	24	39,3	12	16,0	6	23,1
	Nee	29	78,4	37	60,7	63	84,0	20	76,9

n=aantal patiënten

Factoren die bij 15 procent of meer van belang worden geacht, zijn in de tabel opgenomen en in de analyses betrokken.

4.3 Aspecten met betrekking tot zorg

4.3.1 Leeftijd en geslacht van de patiënten

Vooraf binnen de TBS-sector zijn meer patiënten ouder dan vijftig jaar, terwijl binnen de GGz-sector met name de persoonlijkheidsgestoorden jonger dan vijfendertig jaar zijn (tabel 13), hoewel door de kleine aantallen de percentages niet goed vergelijkbaar zijn.

Bijna alle blijvend delictgevaarlijke patiënten zijn van het mannelijke geslacht.

Tabel 13: Leeftijd en geslacht

	TBS-sector		TBS-sector		GGz-sector		GGz-sector	
	Schizofrenie		Persoonlijkheidsstoornis		Schizofrenie		Persoonlijkheidsstoornis	
Leeftijd	n	%	n	%	n	%	N	%
16-35 jaar	12	29,2	26	38,8	33	44,0	16	61,5
36-50 jaar	20	48,8	24	35,8	31	41,3	8	30,8
50+	9	22,0	17	25,4	11	14,7	2	7,7
Totaal	41	100	67	100	75	100	26	100
Geslacht								
Man	40	97,6	65	97,0	70	93,4	18	69,2
Vrouw	1	2,4	2	3,0	4	5,3	8	30,8
Niet ingevuld	-	-	-	-	1	1,3	-	-
Totaal	41	100	67	100	75	100	26	100

4.3.2 DSM-IV diagnoses: co-morbiditeit

Vooraf de patiënten in de TBS-sector hebben vaker dan patiënten uit de GGZ-sector een diagnose op As I en II van de DSM-IV. Vooraf de patiënten uit de TBS-sector zijn naast hun stoornis afhankelijk van middelen, zoals alcohol en drugs.

Tabel 14: Co-morbiditeit

	Van toepassing bij patiënt?	TBS-sector		TBS-sector		GGz-sector		GGz-sector	
		Schizofrenie		Persoonlijkheidsstoornis		Schizofrenie		Persoonlijkheidsstoornis	
		n	%	N	%	n	%	N	%
Diagnose op zowel AS-I als AS-II	Ja	35	85,4	60	89,6	55	73,3	20	76,9
	Nee	6	14,6	7	10,4	20	26,7	6	23,1
Afhankelijkheid/misbruik alcohol / drugs naast andere diagnose AS-I en/of AS-II	Ja	23	56,1	31	46,3	28	37,3	10	38,5
	Nee	18	43,9	36	53,7	47	62,7	16	61,5

4.3.3 DSM-IV diagnoses: de diagnose op AS III

Blijvend delictgevaarlijke patiënten uit de TBS-sector hebben vaker een As III diagnose dan patiënten die binnen de GGz-sector verblijven.

Per sector is er geen verschil tussen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis of schizofrenie.

Tabel 15: Diagnose op AS III of niet

	TBS-sector		TBS-sector		GGz-sector		GGz-sector	
	Schizofrenie		Persoonlijkheidsstoornis		Schizofrenie		Persoonlijkheidsstoornis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Wel diagnose op AS III	15	36,6	25	37,3	15	20,0	5	19,2
Geen diagnose op AS III	26	63,4	42	62,7	60	80	21	80,8
Totaal	41	100	67	100	75	100	26	100

n=aantal patiënten

4.3.4 Intelligentie

Laaggemiddelde intelligentie komt iets vaker bij patiënten uit de GGZ-sector voor, terwijl zwakbegaafdheid vaker bij patiënten uit de TBS-sector gediagnosticeerd is. Maar het grootste deel van de patiënten heeft geen problemen met betrekking tot de intelligentie.

Tabel 16: Intelligentie

	TBS-sector		TBS-sector		GGz-sector		GGz-sector	
	Schizofrenie		Persoonlijkheidsstoornis		Schizofrenie		Persoonlijkheidsstoornis	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Normale intelligentie	24	66,7	43	66,2	47	65,3	19	79,2
Laaggemiddelde intelligentie	7	19,4	12	18,5	19	26,4	5	20,8
Zwakbegaafd of zwakzinnig	5	13,9	10	15,3	6	8,3	-	-
Totaal	36	100	65	100	72	100	24	100

n=aantal patiënten

4.3.5 Psychiatrisch en sociaal functioneren (HoNOS-MDO)

De HoNOS is een instrument dat is bedoeld om een indruk te krijgen van het psychiatrisch en sociaal functioneren van de patiënt. Dit gebeurt aan de hand van twaalf items. Daaruit kunnen vier subschalen en een totaalscore worden berekend. De mogelijke scores op de items lopen uiteen van 0 (geen probleem) tot 4 (zeer ernstig probleem).

In deze paragraaf komen zowel de gemiddelde scores per onderzoeksgroep en sector aan de orde als de percentages patiënten met relatief ernstige problemen. De gemiddelden verschillen niet extreem tussen de vier onderzoeksgroepen. De schizofrene patiënten uit beide sectoren scoren hoger op cognitieve problemen (Anova, $p = 0,031$), hallucinaties en wanen (Anova, $p = 0,00$), problemen met betrekking tot wonen en woonomgeving (Anova, $p = 0,013$) en problemen met werk en opleiding (Anova, $p = 0,00$) dan de persoonlijkheidsgestoorden. Opvallend is dat persoonlijkheidsgestoorde patiënten in de GGz-sector relatief hoog scoren op automutilatie en agressief gedrag, en daarmee ook op de subschaal 'gedragsproblemen'.

De schizofrene patiënten hebben een hogere totaalscore op de HoNOS en scoren hoger dan de persoonlijkheidsgestoorden op de subschalen 'symptomatologie' (Anova, $p = 0,002$), 'beperkingen' en 'sociale problemen'.

In vergelijking tot forensische thuiszorg patiënten¹¹ blijken van de blijvend delictgevaarlijken, de patiënten die lijden aan schizofrenie gemiddeld hoger te scoren op de subschalen 'beperkingen', 'symptomatologie', 'sociale problemen', en de totaalscore. Alleen op de subschaal 'gedragsproblemen' scoren de forensisch psychiatrische thuiszorg patiënten hoger.

De patiënten met een persoonlijkheidsstoornis scoren op alle subschalen lager dan de patiënten met forensische thuiszorg. Alleen de patiënten uit de GGz-sector scoren hoger op de subschaal 'sociale problemen' en de HoNOS totaalscore.

Worden de blijvend delictgevaarlijken vergeleken met psychotische patiënten¹² uit de reguliere GGz-sector, dan valt op dat de schizofrene patiënten uit beide sectoren op alle subschalen hoger scoren. Alleen de schizofrene patiënten uit de GGz-sector scoren op de subschaal 'beperkingen' even hoog als de patiënten uit de reguliere GGz-sector.

Tabel 17: Psychiatrisch en sociaal functioneren (HONoS-MDO) en onderzoeksgroep (gemiddelde scores)

	TBS-sector		TBS-sector		GGz-sector		GGz-sector	
	Schizofrenie n = 41		Persoonlijkheids- stoornis n = 64		Schizofrenie n = 71		Persoonlijkheids- stoornis n = 22	
	M	sd	M	sd	m	sd	M	Sd
Item 1: hyperactief of agressief gedrag	1,00	1,07	1,00	0,87	1,06	0,92	1,41	1,22
Item 2: automutilatie	0,32	0,93	0,13	0,49	0,08	0,33	0,68	1,21
Item 3: alcohol of drugsgebruik	0,46	0,93	0,38	0,86	0,32	0,75	0,43	0,98
Item 4: cognitieve problemen	1,46	0,95	0,33	0,57	1,01	0,99	0,36	0,66
Item 5: lichamelijke gezondheid	0,71	0,98	0,75	0,99	0,79	0,97	0,68	0,99
Item 6: hallucinaties, wanen	1,71	1,33	0,08	0,32	1,86	1,22	0,27	0,55
Item 7: depressieve stemming	0,85	0,79	0,83	1,25	0,99	0,92	1,00	0,93
Item 8: overig*	1,59	1,45	1,33	1,24	1,15	1,22	1,26	1,40
Item 9: sociale contacten	2,27	1,67	1,55	1,08	1,97	1,08	2,09	1,11
Item 10: dagelijkse activiteiten	1,93	1,13	0,95	1,06	1,44	1,22	0,82	0,85
Item 11: woonomgeving	1,73	1,45	1,02	1,09	1,65	1,22	1,32	1,21
Item 12: werk, opleiding, vrije tijd	2,07	1,35	1,14	1,15	2,16	1,15	2,00	1,16
Subschaal 1: gedragsproblemen	1,78	1,80	1,50	1,50	1,46	1,38	2,50	2,20
Subschaal 2: beperkingen	2,17	1,43	1,08	1,35	1,80	1,42	1,05	1,21
Subschaal 3: symptomatologie	4,15	2,45	2,23	2,06	4,04	2,43	2,58	1,68
Subschaal 4: sociale problemen	7,78	4,03	4,66	3,22	7,18	3,74	6,23	3,34
Totaalscore HONoS	16,17	7,54	9,47	5,87	14,80	6,43	12,06	6,29

m=gemiddelde

sd=standaard deviatie

* Overige psychiatrische of gedragsproblemen (meerdere antwoorden mogelijk): fobie, angst, dwangmatig, stress, dissociatief, somatiserend, eetproblemen, slaapproblemen, seksuele problemen, overig. Het gemiddelde van de hoogst gescoorde items per patiënt is in de tabel weergegeven.

¹¹ Om de betrouwbaarheid, validiteit en structuur van de HoNOS op de Nederlandse psychiatrie te testen, is dit instrument bij 559 patiënten afgenomen (Mulder et al., 2004). De patiëntenpopulaties zijn opgedeeld o.a. patiënten met psychotische stoornissen (N= 360), ambulante patiënten (N = 517), patiënten die in de dagbehandeling zitten (N = 22) en klinisch opgenomen patiënt (N = 73)

¹² zie voetnoot 13.

In vergelijking met schizofrene patiënten (N = 97) uit zes psychiatrische ziekenhuizen in Australië¹³ blijkt dat de blijvend delictgevaarlijke patiënten die aan schizofrenie lijden hoger scores op de subschaal 'sociale problemen'. Op de overige schalen scoren ze gelijk of net iets lager dan de Australische patiënten.

Percentage patiënten met matige en met ernstige tot zeer ernstige problemen in het psychiatrisch en sociaal functioneren

In het algemeen zijn er nauwelijks hoge scores op de subschalen van de HoNOS. Op de subschalen 'gedragsproblemen' en 'beperkingen' zijn de scores laag. Alleen op de subschalen symptomatologie en sociale problemen scoren relatief veel, met name schizofrene patiënten, in de middencategorie en enkele patiënten hoog (tabel 18).

Tabel 18: Percentage patiënten met matige en met ernstige problemen in het psychiatrisch en sociaal functioneren (HONoS)

	score	TBS-sector Schizofrenie		TBS-sector Persoonlijkheids- stoornis		GGz-sector Schizofrenie		GGz-sector Persoonlijkheids- stoornis	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Gedragsproblemen (subschaal 1)	Laag	39	95,2	62	96,9	71	100	20	91,0
	Middel	2	4,8	2	3,1	-	-	2	9,0
	Hoog	-	-	-	-	-	-	-	-
	Totaal	41	100	64	100	71	100	22	100
Beperkingen (subschaal2)	Laag	34	82,9	59	92,1	63	88,8	22	100
	Middel	7	17,1	5	7,9	8	11,2	-	-
	Hoog	-	-	-	-	-	-	-	-
	Totaal	41	100	64	100	71	100	22	100
Symptomatologie (Subschaal 3)	Laag	23	56,2	60	93,7	41	71,6	16	84,2
	Middel	17	41,4	4	6,3	24	25,4	3	15,8
	Hoog	1	2,4	-	-	2	3,0	-	-
	Totaal	41	100	64	100	67	100	19	100
Sociale problemen (Subschaal 4)	Laag	20	49,0	49	76,6	42	59,2	14	63,8
	Middel	14	34,1	14	21,8	18	25,4	6	27,2
	Hoog	7	16,9	1	1,6	11	15,4	2	9
	Totaal	41	100	64	100	71	100	22	100
Totalscore HONoS	Laag	33	82,5	62	96,8	59	89,4	18	100
	Middel	7	17,5	2	3,2	7	10,6	-	-
	Hoog	-	-	-	-	-	-	-	-
	Totaal	40	100	64	100	66	100	18	100

'Laag': gemiddeld score 0 of 1 (geen of geringe problemen)

'Middel': gemiddeld score 2 (matige problemen)

'Hoog': gemiddeld 3 of hoger (ernstige of zeer ernstige problemen)

¹³ Deze populatie is gebruikt ter validering van de HoNOS (Goldney et al., 1998). Het gaat om volwassen patiënten die niet dementerend zijn. De patiënten zijn opgenomen in particuliere ziekenhuizen met een capaciteit variërend tussen de 40 en 94, in totaal 422 bedden.

4.3.6 Benodigd niveau van begeleiding

Volgens de behandelverantwoordelijken kan een meerderheid van de patiënten in een kleine of grote groep functioneren.

In beide sectoren is een minderheid van de patiënten aangewezen op één op één, of twee op één-begeleiding. Dit komt ongeveer even vaak voor bij patiënten uit de groep 'schizofrenen' als bij patiënten uit de groep 'persoonlijkheidsgestoorden'.

Tabel 19: Benodigd niveau van begeleiding

	TBS-sector		TBS-sector		GGz-sector		GGz-sector	
	Schizofrenie		Persoonlijkheidsstoornis		Schizofrenie		Persoonlijkheidsstoornis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Individueel 2 op 1	5	12,2	1	1,5	3	4,3	1	4,0
Individueel 1 op 1	-	-	5	7,7	4	5,7	8	32,0
Kleine groep (<=8)	20	48,8	26	40,0	45	64,3	14	56,0
Grotere groep (>8)	16	39,0	33	50,8	18	25,7	2	8,0
Totaal	41	100	65	100	70	100	25	100

n=aantal patiënten

4.3.7 Niveau van zelfstandigheid cq benodigd niveau van zorg

De behandelverantwoordelijken hebben ingeschat hoe zelfstandig de 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten in de toekomst zouden kunnen functioneren, los van hun delictrisico.

De schizofrene patiënten binnen de TBS-sector lijken de minst zelfstandige groep, volgens de behandelverantwoordelijken is de meerderheid van deze patiënten aangewezen op intramurale zorg. Ook van de persoonlijkheidsgestoorden binnen de TBS-sector en binnen de GGz-sector zou een aanzienlijk deel intramurale zorg nodig blijven hebben.

Volgens de behandelverantwoordelijken kan een deel van de persoonlijkheidsgestoorden uit de TBS-sector en de persoonlijkheidsgestoorden en schizofrenen uit de GGz-sector (tamelijk) zelfstandig functioneren.

Mede door de kleine aantallen, zijn deze uitkomsten geen basis voor generaliserende uitspraken.

Tabel 20: Niveau van zelfstandigheid

	TBS-sector		TBS-sector		GGz-sector		GGz-sector	
	Schizofrenie		Persoonlijkheidsstoornis		Schizofrenie		Persoonlijkheidsstoornis	
	N	%	n	%	n	%	N	%
Intensieve zorg en structuur	8	20,0	10	14,9	5	6,6	1	3,8
Reguliere intramurale zorg	26	65,0	13	19,4	35	46,7	13	50,0
Zorg als beschermd wonen	5	12,5	21	31,4	20	26,7	5	19,2
Begeleid wonen af en toe toezicht	-	-	10	14,9	9	12,0	2	7,8
Volledig zelfstandig	1	2,5	9	13,4	3	4,0	5	19,2
Anders	-	-	4	6,0	3	4,0	-	-
Totaal	40	100	67	100	75	100	26	100

n=aantal patiënten

4.3.8 Benodigde zorg vanuit verschillende disciplines

In alle patiëntengroepen is de behoefte aan zorg van een psychiater aanzienlijk. Bij schizofrene patiënten is er behoefte aan een hogere frequentie van deze zorg dan bij persoonlijkheidsgestoorden.

Persoonlijkheidsgestoorden lijken (vooral binnen de GGz-sector) in meer gevallen (frequente) zorg van een psycholoog nodig te hebben.

Voor het overige is weinig verschil te constateren tussen schizofrene en persoonlijkheidsgestoorde patiënten, in behoefte aan zorg van de verschillende disciplines.

Tabel 21: Benodigde zorg door verschillende beroepsgroepen

	TBS-sector		TBS-sector		GGz-sector		GGz-sector	
	Schizofrenie		Persoonlijkheidsstoornis		Schizofrenie		Persoonlijkheidsstoornis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Psychiater								
Dagelijks tot wekelijks	15	40,5	9	15,8	25	33,8	9	34,6
Maandelijks of minder	20	54,1	29	50,9	47	63,5	12	46,2
Geen zorg nodig	2	5,4	19	33,3	2	2,7	5	19,2
Totaal	37	100	57	100	74	100	26	100
Psycholoog								
Dagelijks tot wekelijks	15	40,5	22	37,9	29	39,2	18	69,2
Maandelijks of minder	7	19,0	16	27,6	6	8,1	1	3,8
Geen zorg nodig	15	40,5	20	34,5	39	52,7	7	27,0
Totaal	37	100	58	100	74	100	26	100
Huisarts								
Dagelijks tot wekelijks	4	10,8	4	6,9	3	4,1	3	11,5
Maandelijks of minder	9	24,3	21	36,2	33	44,6	8	30,8
Geen zorg nodig	24	64,9	33	56,9	38	51,3	15	57,7
Totaal	37	100	58	100	74	100	26	100
(psychiatrisch) verpleegkundige								
Dagelijks tot wekelijks	8	21,6	7	12,0	3	4,1	3	11,5
Maandelijks of minder	-	-	3	5,2	33	44,6	8	30,8
Geen zorg nodig	29	78,4	48	82,8	38	51,3	15	57,7
Totaal	37	100	58	100	74	100	26	100
Sociotherapeut								
Dagelijks tot wekelijks	35	94,6	57	98,3	43	58,1	13	50,0
Maandelijks of minder	-	-	-	-	1	1,4	-	-
Geen zorg nodig	2	5,4	1	1,7	30	40,5	13	50,0
Totaal	37	100	58	100	74	100	26	100
Maatschappelijk werkende								
Dagelijks tot wekelijks	3	8,1	3	5,2	7	9,5	6	23,0
Maandelijks of minder	21	56,8	33	56,9	40	54,0	10	38,5
Geen zorg nodig	13	35,1	22	37,9	27	36,5	10	38,5
Totaal	37	100	58	100	74	100	26	100
Paramedisch								
Zorg nodig	5	13,5	15	25,9	16	21,6	3	11,5
Geen zorg nodig	32	86,5	43	74,1	58	78,4	23	88,5
Totaal	37	100	58	100	74	100	26	100
Reclassering								
Zorg nodig	2	5,4	11	19,0	11	14,9	9	34,6
Geen zorg nodig	35	94,6	47	81,0	63	85,1	17	65,4
Totaal	37	100	58	100	74	100	26	100

n=aantal patiënten

4.4 Huidige voorziening van verblijf en geschiktst geachte voorziening

4.4.1 Steekproefgegevens

In tabel 22 is opgenomen binnen welke instellingen de patiënten ten tijde van de peildatum verbleven.

Op de peildatum verbleven bijna alle patiënten uit de TBS-sector binnen een TBS-kliniek. De patiënten uit de GGz-sector verbleven bijna allen binnen de GGz-voorzieningen.

Tabel 22: Voorziening waar de patiënt verbleef ten tijde van het invullen van de vragenlijst

	TBS-sector		TBS-sector		GGz-sector		GGz-sector	
	Schizofrenie		Persoonlijkheidsstoornis		Schizofrenie		Persoonlijkheidsstoornis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
TBS-kliniek								
VIC/ICU TBS-kliniek	2	4,9	3	4,5	-	-	-	-
Extra beveiligde afdeling TBS-kliniek (gesloten)	7	17,1	9	13,4	-	-	-	-
Normaal beveiligde afdeling TBS-kliniek (gesloten)	23	56,1	33	49,3	-	-	-	-
Resocialisatie afdeling TBS-kliniek	3	7,3	4	6,0	1	1,3	-	-
Long stay afdeling TBS-kliniek	4	9,8	9	14,3	-	-	-	-
Subtotaal TBS	39	95,2	58	87,5	1	1,3	-	-
FPK								
Gesloten afdeling FPK	-	-	-	-	33	44,0	9	34,6
Open afdeling FPK	-	-	-	-	2	2,7	-	-
Open resocialisatie afdeling FPK	-	-	-	-	1	1,3	2	7,7
Subtotaal FPK	-	-	-	-	36	48,0	11	42,3
FPA								
Gesloten FPA	-	-	-	-	16	21,3	-	-
Open FPA	-	-	1	1,5	7	9,3	-	-
Open resocialisatie FPA	-	-	-	-	4	5,3	1	3,8
Subtotaal FPA	-	-	1	1,5	27	35,9	1	3,8
Gesloten afdeling langdurige zorg APZ								
	-	-	-	-	2	2,7	7	26,9
KIB								
	-	-	-	-	1	1,3	1	3,8
Niet van toepassing	2	4,9	8	11,9	4	5,3	5	19,2
Niet ingevuld	-	-	-	-	2	2,7	-	-
Totaal	41	100	67	100	75	100	26	100

n=aantal patiënten

De behandelverantwoordelijken hebben in de vragenlijst ook aangegeven welke voorziening voor de blijvend delictgevaarlijke patiënten het geschiktst zou zijn (tabel 23).

Een long stay afdeling binnen een TBS-kliniek zou vooral voor patiënten opgenomen binnen de TBS-sector, met name de persoonlijkheidsgestoorden, de geschiktste voorziening zijn.

Langdurige verblijfsafdelingen binnen algemeen psychiatrische ziekenhuizen zouden het meeste geschikt zijn voor patiënten uit de GGz-sector. Een beschermde woonvorm wordt ook relatief vaak voor persoonlijkheidsgestoorde TBS-gestelden en patiënten uit de GGz-sector als geschikt bevonden.

Tabel 23: Geschiktste voorziening ten tijde van het invullen van de vragenlijst

	TBS-sector Schizofrenie		TBS-sector Persoonlijkheids- stoornis		GGz-sector Schizofrenie		GGz-sector Persoonlijkheids- stoornis	
	n	%	n	%	n	%	n	%
TBS-kliniek								
VIC/ICU TBS-kliniek	2	4,9	-	-	1	1,3	-	-
Extra beveiligde afdeling TBS-kliniek (gesloten)	-	-	3	4,5	1	1,3	-	-
Normaal beveiligde afdeling TBS-kliniek (gesloten)	9	22,0	10	14,9	1	1,3	1	3,8
Resocialisatie afdeling TBS-kliniek	2	4,9	2	3,0	-	-	3	11,5
Long stay afdeling TBS-kliniek	10	24,4	29	43,3	8	10,7	2	7,7
Subtotaal TBS	23	56,2	44	65,7	11	14,6	6	23,0
FPK								
Gesloten afdeling FPK	-	-	1	1,5	7	9,3	2	7,7
Open afdeling FPK	-	-	-	-	2	2,7	3	11,5
Open resocialisatie afdeling FPK	-	-	-	-	1	1,3	-	-
Long stay afdeling FPK	1	2,4	4	6,0	8	10,7	2	7,7
Subtotaal FPK	1	2,4	5	7,5	18	24,0	7	26,9
FPA								
Gesloten FPA	6	14,6	-	-	2	2,7	1	3,8
Open FPA	3	7,3	1	1,5	-	-	-	-
Long stay afdeling FPA	3	7,3	-	-	7	9,3	1	3,8
Subtotaal FPA	12	29,2	1	1,5	9	12,0	2	7,6
Gesloten afdeling langdurige zorg APZ								
	3	7,3	-	-	8	10,7	4	15,4
Beschermde woonvorm								
	1	2,4	8	11,9	19	25,3	3	11,5
Anders	2	4,9	8	11,9	10	13,3	4	15,4
Niet ingevuld	-	-	1	1,5	-	-	-	-
Totaal	41	100	67	100	75	100	26	100

n=aantal patiënten

4.5 Korte synthese

In dit hoofdstuk werden de 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten ingedeeld op basis van hun belangrijkste psychiatrische stoornis. Drieënnegentig onder hen hadden de diagnose persoonlijkheidsstoornis (As II stoornis) en 116 werden gediagnosticeerd als schizofreen (As I stoornis). Bij de meerderheid van de respondenten is er sprake van multiple stoornissen op As I en As II. Dit wil zeggen dat 'blijvend delictgevaarlijken' die de diagnose 'schizofrenie' hebben, ook kunnen lijden aan een persoonlijkheidsstoornis. Omgekeerd, kunnen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis kunnen ook As I stoornissen hebben. Vooral de cluster B (antisociale, borderline, theatrale en narcistische) persoonlijkheidsstoornissen en de niet nader omschreven persoonlijkheidsstoornissen worden gediagnosticeerd. Een belangrijke vaststelling is dat ongeveer 50% van de 'blijvend delictgevaarlijke' TBS-patiënten afhankelijk is van middelen zoals alcohol en drugs. Personen met schizofrenie, meer dan personen met persoonlijkheidsstoornissen, gebruiken psycho-actieve middelen in een poging om de symptomen van hun ziekte te bestrijden. Vooral schizofreniepatiënten zullen alcohol en in mindere mate drugs gebruiken om met angst beladen situaties die gepaard gaan met bijvoorbeeld

wanen en hallucinaties, draaglijker te maken. Nog andere argumenten zijn denkbaar. Schizofreniepatiënten behoren vaak tot de groep van de daklozen en zwervers en kunnen eveneens een gemakkelijke prooi zijn voor dealers. De aard van de gepleegde delicten verschilt niet tussen TBS of GGz respondenten, in het merendeel van de gevallen gaat het om geweldsdelicten en vermogensdelicten. Opvallend is wel dat seksueel geweld relatief vaker voorkomt onder patiënten uit de TBS-sector waarvan de eerste diagnose een persoonlijkheidsstoornis is. Een andere vaststelling is dat suïcide meer voorkomt onder de patiënten met een persoonlijkheidsstoornis binnen de GGz-sector.

Wat benodigd toezicht betreft zijn er verschillen tussen 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten die in de TBS-sector of de GGz-sector verblijven. Binnen de TBS-sector heeft het merendeel van de patiënten met persoonlijkheidsstoornissen of schizofrenie permanent toezicht nodig. Voor patiënten (zowel schizofrenie als persoonlijkheidsstoornissen) binnen de GGz-sector kunnen meer toezichtsmodaliteiten van toepassing zijn, zoals toezicht binnen een FKP, FPA en beschermde woonvorm.

Een belangrijk element om te worden getaxeerd als 'blijvend delictgevaarlijke' patiënt is, co-morbiditeit, externaliserend gedrag en een gebrek aan zelfreflectie. Bij schizofrene patiënten uit beide sectoren (TBS en GGz) is vooral, gewelddadig gedrag tijdens een psychotische periode, een belangrijke indicator om als 'blijvend delictgevaarlijk' te worden ingeschat. Bij persoonlijkheidsgestoorde patiënten uit beide sectoren worden, co-morbiditeit en delictgedrag dat een ingeslepen gedragspatroon is geworden, als doorslaggevend gezien voor 'blijvende delictgevaarlijkheid'.

Meer patiënten binnen de TBS-sector zijn ouder dan vijftig jaar, terwijl het merendeel van de patiënten binnen de GGz-sector jonger is dan vijfendertig jaar. Dit kan impliceren dat TBS-patiënten in de toekomst meer aangewezen zijn op zorg, minder zelfstandig zullen kunnen functioneren en derhalve, meer dan GGz-patiënten, een beroep zullen moeten doen op intramurale zorg. Psychiatrische en psychologische zorg zijn hierbij onvermijdelijk, waarbij het behandelingsaccent bij de schizofrene groep vooral ligt op cognitieve problemen, hallucineren en wanen, problemen met werk en opleiding, sociale problemen en algemene beperkingen. In de groep van de persoonlijkheidsgestoorden zal de nadruk eerder komen te liggen op het reguleren van agressief gedrag, gedragsproblemen en het voorkomen of behandelen van automutilatie.

5 Lichamelijke problematiek bij ‘blijvend delictgevaarlijke’ patiënten

5.1 Lichamelijke problemen

De als ‘blijvend delictgevaarlijk’ aangemerkte patiënten lijden niet alleen aan psychische stoornissen, een aantal van hen heeft ook een lichamelijke aandoening of afwijking. Eventuele lichamelijke stoornissen zijn door de behandelverantwoordelijken weergegeven aan de hand van AS III van de DSM-IV. Een kleine 40% van de patiënten uit de TBS-sector en ongeveer 20% van de patiënten uit de GGz-sector heeft een diagnose op AS III van de DSM-IV (tabel 24).

Tabel 24: Percentage ‘blijvend delictgevaarlijke’ patiënten met diagnose lichamelijke stoornis(sen)

	TBS-sector		GGz-sector		Totaal	
	N	%	N	%	n	%
Geen diagnose AS III	70	62,5	84	80,8	154	71,3
Wel diagnose AS III	42	37,5	20	19,2	62	28,7
Totaal	112	100	104	100	216	100

In deze paragraaf wordt de aard van de lichamelijke stoornissen van ‘blijvend delictgevaarlijke’ patiënten nader beschreven. Hierbij hebben we de categorieën van de ICD-9 gebruikt. In de tabellen 25-27 worden respectievelijk de eerste, tweede en derde diagnose wat betreft lichamelijke stoornissen weergegeven.

De patiënten vertonen een scala aan aandoeningen, enkele categorieën van de ICD-9 komen echter relatief veel voor. Dit zijn 1) aandoeningen van het (centrale) zenuwstelsel; 2) aandoeningen van endocriene klieren, stoornissen van het immuunsysteem en voedings- en stofwisselingsstoornissen; en 3) aandoeningen van het bewegingsapparaat.

Totaal vijftien patiënten uit de TBS-sector en zeven patiënten uit de GGz-sector hebben een aandoening van het zenuwstelsel als (1^e, 2^e en/of 3^e) diagnose. In de meeste gevallen gaat het om chronische beschadigingen of aandoeningen die een of andere vorm van hersenletsel tot gevolg hebben gehad.

Endocriene aandoeningen zoals diabetes komen bij een aantal patiënten voor, evenals leverbeschadigingen.

Tabel 25: Eerste diagnose AS III DSM-IV

ICD-9 code eerste AS III stoornis		TBS-sector		GGz-sector		Totaal	
ICD-categorie	Stoornis	N	%	n	%	n	%
Geen eerste AS III diagnose		70	60,3	84	80,0	154	69,7
Infectieziekten	HIV-positief	1				1	
	Lepra (in remissie)	1				1	
Totaal		2	1,7	0	0	2	0,9
Neoplasmen	Blaaskanker	1				1	
	Status na Ziekte van Hodgkin			1		1	
Totaal		1	0,9	1	1,0	2	0,9
Endocrien, voeding, stofwisseling, immuuniteitssysteem	Achterstallige groei-ontwikkeling						
	Diabetes mellitus	5		2		7	
	Gynaecomastie	1				1	
	Jicht	1				1	
	Overgewicht	2		0		2	
	Stofwisselingsstoornis kindertijd			1		1	
	Stoornis na schildklier infectie			1		1	
	Verhoogd cholesterolgehalte	1				1	
Totaal		11	9,5	4	3,8	15	6,8
Aandoeningen zenuwstelsel	Dystrophia myotonica (ziekte van Steinert)	1				1	
	TIA geen restschade	1				1	
	Recent TIA	1				1	
	Multipel CVA's			1		1	
	Epilepsie	1				1	
	Epilepsie, verbleekt	1				1	
	Hersenorganische beschadiging tgv hoofdletsel	1				1	
	Hersenbeschadiging tgv middelengebruik	1				1	
	Stoornis na hersentrauma			1		1	
	Status na trauma capitis			1		1	
	Hersenbeschadiging	1				1	
	Neuropsychologische schade, onbekende oorzaak	1				1	
	Status na meningitis	1				1	
	Infantiele encephalopathie			1		1	
	Spastische hemiparese tgv geboortetrauma			1		1	
Totaal		10	8,6	5	4,8	15	6,8
Aandoeningen keel, neus, oor, oog	Dooftheid	1		1		2	
	Bepaalde visus	1				1	
	oogafwijking	1				1	
Totaal		3	2,6	1	1,0	4	1,8
Hart- en vaatziekten	Myocard infarct			1		1	
Totaal		0	0	1	1,0	1	0,5
Aandoeningen ademhalingsorganen	Astmatische bronchitis	1				1	
	CARA	2		3		5	
Totaal		3	2,6	3	2,9	6	2,7
Aandoeningen spijsverteringsorganen	Alcoholhepatitis	1				1	
	Leverfunctiestoornissen door medicatie			1		1	

	Syndroom van Gilbert	1				1	
Totaal		2	1,7	1	1,0	3	1,4
Huidaandoeningen	Verbranding 65% lichaamsoppervlak			1		1	
Totaal		0	0	1	1,0	1	0,5
Aandoeningen bewegingsapparaat	Hernia			1		1	
	Knieproblemen	1				1	
	Kruisbandletsel	1				1	
	Lage rugklachten	1				1	
	Osteoastropathie	1					
	Rechterbeen te lang, gecorrigeerd in jeugd	1				1	
	Recidiverende dislocatie arm	1				1	
	Reumatische klachten	1				1	
	Schouderklachten	1				1	
	Thoracele kyfose	1				1	
Totaal		9	7,8	1	1,0	10	4,5
Aangeboren afwijkingen	klompvoet			1		1	
Totaal		0	0	1	1,0	1	0,5
Perinataal ontstane problemen	Perinatale complicaties	1				1	
Totaal		1	0,9	0	0	1	0,5
Niet ingevuld		4	3,4	2	1,9	6	2,7
Overall totaal		116	100	105	100	221	100

Tabel 26: Tweede diagnose AS III DSM-IV

ICD-9 code tweede AS III stoornis		TBS-sector		GGz-sector		Totaal	
ICD-categorie	Stoornis	n	%	n	%	n	%
Geen 2 ^e AS III diagnose		98	84,5	99	94,3	197	89,1
Infectieziekten	Behandelde lues			1		1	
Totaal		0	0	1	1,0	1	0,5
Endocrien, voeding, stofwisseling, immuunsysteem	Diabetes	2				2	
	overgewicht	2		1		3	
Totaal		4	3,4	1	1,0	5	2,3
Aandoeningen zenuwstelsel	Epilepsie	1				1	
	Organisch cerebrale stoornis (o.a. door meningitis)	1				1	
	Organisch psychosyndroom nav auto-ongeluk	1				1	
	Trauma capitis met neurologische restverschijnselen en afwijking CT-scan	1				1	
Totaal		4	3,4	0	0	4	1,8
Aandoeningen keel, neus, oor, oog	slechtziend	1				1	
Totaal		1	0,9	0	0	1	0,5
Hart- en vaatziekten	Hypertensie			1		1	
	thrombosebenen			1		1	
Totaal		0	0	2	1,9	2	0,9
Aandoeningen ademhalingsorganen	Allergie			1		1	
	CARA	1				1	
	Tumorvorming in luchtweg	1				1	
Totaal		2	1,7	1	1,0	3	1,4
Aandoeningen spijsverteringsorganen	Leverbeschadiging	1				1	
	Status na hepatitis B	1				1	
	maagklachten	1				1	
Totaal		3	2,6	0	0	3	1,4
Niet ingevuld		4	3,4	1	1,0	5	2,3
Overall totaal		116	100	105	100	221	100

Tabel 27: Derde diagnose AS III DSM-IV

ICD-9 code derde AS III stoornis		TBS-sector		GGz-sector		Totaal	
ICD-categorie	Stoornis	n	%	n	%	N	%
Geen 3 ^e AS III diagnose		105	90,5	101	96,2	206	93,2
Infectieziekten	Status na syfilis	1				1	
Totaal		1	0,9	0	0	1	0,5
Aandoeningen zenuwstelsel	Epilepsie			1		1	
	Maligne neurolepticasyndroom			1		1	
	Tunnel tardisyndroom linkerarm	1				1	
	Status na excisie sinus pilomidalis			1		1	
Totaal		1	0,9	3	2,9	4	1,8
Hart- en vaatziekten	Hartfalen	1				1	
Totaal		1	0,9	0	0	1	0,5
Aandoeningen spijsverteringsorganen	Status na langdurig alcoholgebruik	1				1	
Totaal		1	0,9	0	0	1	0,5
Aandoeningen geslachtsorganen en urinewegen	Nierstenen	1				1	
Totaal		1	0,9	0	0	1	0,5
Aandoeningen bewegingsapparaat	nekkachten	1				1	
Totaal		1	0,9	0	0	1	0,5
Verwonding, vergiftiging	Recidiverende automutilatie met lichamelijke schade	1				1	
Totaal		1	0,9	0	0	1	0,5
Niet ingevuld		4	3,4	1	1,0	5	2,3
Overall totaal		116	100	105	100	221	100

5.2 Korte synthese

Ongeveer 40% van de TBS-patiënten en 20% van de GGz-patiënten heeft een lichamelijke aandoening. Verschillende aandoeningen worden vastgesteld, zoals aandoeningen van het (centrale) zenuwstelsel, aandoeningen van endocriene klieren, stoornissen van het immuunsysteem, voedings- en stofwisselingsstoornissen en aandoeningen van het bewegingsapparaat. De meest voorkomende aandoening (11% van de totale steekproef) betreft een aandoening van het zenuwstelsel (n=22). In de meeste gevallen gaat het om chronische beschadigingen of aandoeningen die een of andere vorm van hersenletsel tot gevolg hebben gehad. Andere aandoeningen die zijn opgesomd in de tabellen 25, 26 en 27 komen slechts een of tweemaal voor. Omwille van de kleine aantallen kan geen antwoord worden gegeven op de vraag of deze aandoeningen vaker voorkomen bij schizofrenen en persoonlijkheidsgestoorden, dan bij andere psychiatrische stoornissen of bij een normale populatie.

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 delictsriscico 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 Psychiatrische Afdeling geplaatst kunnen worden. De patiënten uit de GGz-sector zouden voornamelijk in Forensisch Psychiatrische 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.

Summary

Psychological and physical pathology in a sample of ‘persistently dangerous’ forensic psychiatric patients

This report supplements the report on persistently dangerous offenders – empirical estimates and conceptual clarification [*Blijvend delictgevaarlijk – empirische schattingen and conceptuele verheldering*], which describes the population of ‘persistently dangerous’ patients within both the TBS and mental healthcare sectors. The original report focused on ‘persistently dangerous’ patients in whom schizophrenia or personality disorders is/are prominent.

According to DSM-IV, schizophrenia can be diagnosed when two or more of the following symptoms apply for a minimum of six months: hallucinations, delusions, disturbances in perception, thought disorders, affective disorders, incoherent and confused language use, general confusion or catatonia, negative symptoms and failures at a social and professional level. Amongst other things, schizophrenia is characterised by hallucinations, confused language use and incoherent speech that are often the result of thought disorders. Catatonic behaviours are, for example, pointless repetitive movements. Finally, in the case of disorganised behaviour, individuals are usually no longer able to carry out functional, day-to-day activities. There are various theories about the causes of schizophrenia. One of these is the dopamine theory, according to which the dopamine system (dopamine is one of the neurotransmitters in the brains; dopamine transmits impulses from one nerve cell to another) is primarily disrupted. Other researchers argue that schizophrenia is hereditary, or in any event that there is an increased psychological sensitivity. However, to date, no generally accepted explanation exists as to why one patient develops schizophrenia and another does not.

According to DSM-IV, a personality disorder is described as an aggregate of behaviours (which are characteristic of present and long-term functioning) that cause important shortcomings in an individual’s social performance or subjective suffering.

Pathological traits, behaviour and perceptions apply that deviate from the standard norm, but which are not experienced as such by the patient himself. These traits originate in the patient’s youth or early adolescence. If a patient meets a number of criteria for different personality disorders, he or she will also be given a number of different diagnoses on Axis II. There are three personality-disorder clusters, i.e. cluster A, B and C. Cluster A comprises the paranoid, schizoid and schizotypal personality disorders. Cluster B contains the antisocial, borderline, theatrical and narcissistic personality disorders. Cluster C contains the avoidant, dependent and obsessive-compulsive personality disorders.

A personality disorder may arise as a result of a combination of social, psychological, organic and biogenetic factors. For example, social factors include functioning within the family, the quality of relationships with others and the intensity of these interactions. Psychological factors pertain to a patient's actions, thoughts and feelings. Organic factors refer to brain syndromes, skull fractures and epilepsy. These factors are deemed to cause personality disorders.

Much empirical research has been done on the presence of both diagnoses at Axis I and at Axis II of DSM-IV (this is referred to as co-morbidity).

Studies show a connection between cannabis use, alcohol use and the occurrence of personality disorders. Cannabis use and/or alcohol use in combination with schizophrenia also occurs frequently.

As regards disorders that are linked to a persistent danger of offending in some individuals, it appears that personality disorders in particular are connected with violence more closely than schizophrenia is. In many studies, antisocial, narcissistic and borderline personality disorders, particularly in combination with psychopathy, are linked to a permanent risk of recidivism.

In the empirical study, the sample of (n=209) 'persistently dangerous' patients was broken down per admission sector and the disorder diagnosed. Within the TBS sector (individuals who were categorised as 'persistently dangerous' patients in TBS institutions on the reference date), 41 patients were said to have schizophrenia or a related disorder as a first diagnosis and 67 a personality disorder. Within the mental healthcare sector (patients in forensic psychiatric clinics (FPKs), forensic psychiatric units (FPAs), intensive treatment clinics (KIBs), Hoeve Boschoord and two units for chronic psychiatric patients on the reference date), 75 patients were said to be suffering from schizophrenia or a related disorder as the first diagnosis and 26 of a personality disorder. Since all of the subgroups are relatively small, the results obtained are used as an indication of the need for care and security for the various patient groups and in order to gain an idea of the situation at hand.

Looking at the age structure, it is found that within the TBS sector in particular, the majority of patients are older than fifty. Almost all persistently dangerous patients are male. Co-morbidity (disorders on more than one axis of DSM-IV) is relatively common in all subgroups. In addition, many of the patients have a substance dependence. More than one-third of patients from the TBS sector have been diagnosed on Axis III, while the same diagnosis applies for approximately one-fifth of patients from the mental healthcare sector. The majority of patients have normal intelligence. Slightly more patients from the mental healthcare sector have a low-average intelligence, and patients from the TBS sector are more frequently considered retarded.

All patients that fall within the TBS sector had been detained under a TBS hospital order, and a relatively large number of patients were admitted to the mental healthcare sector on the grounds of a TBS hospital order. The offences for which the present legal measure has been imposed are characterised by the presence of a violence component. Sexual violence is relatively frequent amongst personality-disorder patients from the TBS sector.

According to those responsible for treatment, the latency time for a new offence is between several months and one year. There are no differences between the

subgroups, although the latency time cannot be calculated for a considerable number of patients within the mental healthcare sector.

The escape risk for all groups is also estimated as almost identical. Approximately one-fifth of all patients have attempted suicide at some time. More than half of the personality-disorder patients from the mental healthcare sector are reported to have attempted suicide, but the numbers are very small.

The most decisive aspects that have resulted in the assessment of a patient as a persistently dangerous patient are the presence of co-morbidity, continual externalising behaviour, a lack of insight into the illness and lack of problem awareness and the absence of possibilities for self-reflection.

The circumstances causing an increase in the likelihood that an individual will offend are: the use of alcohol or drugs at the time of the offence, an individual's inability to cope with feelings of unease and a lack of structure.

A factor that proves to be a particular impediment in cases of schizophrenic patients is the unreliability of medication use. Regarding individuals from the mental healthcare sector with personality disorders, the fact that the individuals in charge of their cases are 'worn out' by the patient is reported to be a factor, and as regards patients from the TBS sector, a patient's limited learning capacity is said to impede the reduction of the likelihood that he will offend.

Individuals who are responsible for treatment have estimated the degree of supervision that patients will need in the future in order to ensure that the risk of offending is kept in check.

The most intense level of supervision would be the level provided within a (closed unit in a) TBS institution, while the least intense form would be the supervision provided within sheltered accommodation (at least daily). Patients admitted in the TBS sector in particular were said to need permanent supervision, similar to that provided within a TBS institution. For some TBS-sector patients suffering from schizophrenia, the level of supervision provided within a forensic psychiatric unit would be sufficient. Patients admitted within the mental healthcare sector need the level of supervision provided within a forensic psychiatric institution or unit. Some schizophrenia patients would, it was reported, be able to function within sheltered accommodation. However, again, these data apply for very small numbers, as a result of which no generalised observations can be made on the basis of these outcomes.

All patients were asked to take part in a HoNOS assessment, an instrument that is designed to analyse a patient's psychiatric and social functioning.

In both sectors, patients suffering from schizophrenia score reasonably high on the 'symptomatology', 'limitations' and 'social problems' subscales, while patients suffering from personality disorders score slightly higher on the 'behavioural-problems' subscale.

If persistently dangerous patients are compared with other patients groups, the patients suffering from schizophrenia in particular are generally found to score higher or the same as the comparison groups, on the HoNOS subscales.

When the question is whether the patients have serious problems in their psychiatric and social functioning, it appears that all patients generally achieve a low to moderate score. According to those responsible for treatment, the majority of patients would be able to function within a small or large group.

As regards the level of independence at which a patient would be able to function, it is found that the majority of patients require institutional care. TBS-sector personality-disorder patients in particular could function under supervision or completely independently. Again very small numbers apply here.

According to those responsible for treatment, the need for care from a psychiatrist and/or psychologist is considerable (the consultation required varies from daily to monthly). In addition, for TBS-sector patients in particular, there is a great need for the care provided by social therapists. Approximately half of all patients from the mental healthcare sector are said to need daily contact with a social therapist.

On the reference date, patients falling within the TBS sector had primarily been placed in TBS institutions, while patients falling within the mental healthcare sector had primarily been placed in the institutions corresponding to this sector (forensic psychiatric clinics, forensic psychiatric units, intensive treatment clinics and chronic psychiatry units). The individuals responsible for treatment also estimated which facilities would be the most suitable for their patients in the future.

Long-stay facilities in particular would be most suitable for personality-disorder patients from the TBS sector. Schizophrenic patients from the TBS sector could also be placed in normal units or forensic psychiatric units.

It is reported that patients from the mental healthcare sector could chiefly be placed in forensic psychiatric institutions and units, particularly in so-called long-stay units or long-stay psychiatric units. In addition, it is said that a considerable number of schizophrenia patients from the mental healthcare sector could function in sheltered accommodation.

Conclusions

For a large proportion of individuals from the persistently-dangerous-patients population, the likelihood of an offence increases when alcohol or drugs are used. Studies into persistently dangerous patients also show that recidivism is linked to (serious) substance addiction and behavioural disorders, amongst other things.

For the rest, it is striking that there are barely any clear differences between personality-disorder patients and schizophrenic patients within either the TBS or mental healthcare sectors.

It had been expected that there would be a difference in terms of the facilities most suitable for patients, which would suggest that personality-disorder patients would be able to function relatively more independently than patients suffering from schizophrenia. This expectation is not clearly confirmed. This may be because of a lack of detail in the measurements taken. In the case studies, for example, particularly those in relation to Mr B. and Mr G., a detailed description is given of the extent of care and security that would reportedly be applicable for these patients.

Literatuurlijst

American Psychiatric Association

Diagnostic and statistical manual of mental disorders [DSM-IV-TR]
Washington DC, American Psychiatric Association

Agbahowe, S.A., J.U. Ohaeri, A.O. Ogunlesi, R. Osahon

Prevalence of psychiatric morbidity among convicted inmates in a Nigerian prison community
East African Medical Journal, nr. 75, 1998, pp. 19-26

Bajaj, P., P. Tyrer

Managing mood disorders and comorbid personality disorders
Current Opinion in Psychiatry, nr. 18, 2005, pp. 27-31

Blackburn, R., J. W. Coid

Psychopathy and the dimensions of personality disorder in violent offenders
Personality and Individual Differences, nr. 25, 1998, pp. 129-145

Blackburn, R., J.W. Coid

Empirical clusters of DSM-III personality disorders in violent offenders
Journal of Personality Disorders, nr. 13, 1999, pp. 18-34

Blanchard, J.J., S.A. Brown, W.P. Horan, A.R. Sherwood

Substance use disorders in schizophrenia: review, integration and a proposed model
Clinical Psychology Review, nr. 20, 2000, pp. 207-234

Bogaerts, S., J. Goethals, G. Vervaeke

De verleiding uit onvermogen. Interpersoonlijke factoren en pedoseksualiteit.
Leuven, Universitaire Pers Leuven, 2003

Bogaerts, S., J. Goethals, G. Vervaeke

Interpersonal factors in the explanation of familial and non-familial paedophilia
Sexual Abuse: A journal of Research and Treatment, nr. 16, 2004, pp. 37-47

Bogaerts, S., F. Declercq, S. Vanheule, V. Palmans

Interpersonal Factors and Personality Disorders as Discriminators between Intra-Familial and Extra-Familial Child Molesters
International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, nr. 49, 2005, pp. 48-62

Brink, R.H.S. van den, C.H. de Kogel

De Nederlandse versie van de Health of the Nation Outcome Scale – Mentally Disordered Offenders (HoNos-MDO) voor de forensische psychiatrie
Rob Giel onderzoekscentrum, Universiteit Groningen, 2004

Cimpean, D., W.C. Torrey, A.I. Green

Schizophrenia and co-occurring general medical illness
Psychiatric Annals, nr. 1, jr. 35, 2005, pp. 71-81

Craddock, N., M.C. O'Donovan, M.J. Owen

The genetic of schizophrenia and bipolair disorder: dissecting psychosis
Journal of Medical genetics, nr. 42, 2005, pp. 193-204

Cullberg, J.

Moderne psychiatrie. Een psychodynamische benadering
Amsterdam, Ambo, 2003

Dingemans, P.M.A.J., R.J. van den Bosch, R.S. Kahn, A. H. Schene

Schizofrenie Onderzoek en implicaties voor de behandeling
Houten/Diegem, Bohn Stafleu Van Loghum, 1995

Emmerik, J.L. van

De terbeschikkingstelling in maat en getal. Een beschrijving van de TBS-populatie in de periode 1995-2000
Den Haag, DJI, Afdeling Informatieanalyse en Documentatie, 2001

Erkwoh, R., S. Herpertz, H. Sass

Personality abnormalities and schizophrenia
Nervenartz, nr. 74, 2003, pp. 740-747

Eronen, M.

Mental-disorders and homicidal behavior in female subjects
American Journal of Psychiatry, nr. 152, 1995, pp. 1216-1218

Frankenburg, F.R., M.C. Zanarini

The association between borderline personality disorder and chronic mental illnesses, poor health-related lifestyle choices, and costly forms of health care utilization
Journal of Clinical Psychiatry, nr. 65, 2004, pp. 1660-1665

Goldney, R.D., L.J. Fisher, S.H. Walmsley

The Health of the Nation Outcome Scales in psychiatric hospitalisation: a multicentre study examining outcome and prediction of length of stay
The Australian and New Zealand journal of psychiatry, nr. 32, 1998, pp. 199-205

Harter, M.C.

Mental illness and physical disorders
Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, jr. 50, nr. 7, 2000, pp. 274-286

Heikkinen, M.E., E.T. Isometsa, M.M. Henriksson, M.J. Marttunen, H.M. Aro,

J.K. Lonnqvist

Psychosocial factors and completed suicide in personality disorders
Acta Psychiatrica Scandinavica, nr. 95, 1997, pp. 49-57

Hodgins, S.

Violence Among the Mentally Ill Effective Treatments and Management Strategies
Kluwer Academic Publishers, 2000

Jones, D.R., C. Macias, P.J. Barreira, W.H. Fisher, W.A. Hargreaves, C.M. Harding

Prevalence, severity, and co-occurrence of chronic physical health problems of persons with serious mental illness
Psychiatric Services, nr. 55, 2004, pp. 1250-1257

Kogel, C.H. de; C. Verwers

De long stay afdeling van Veldzicht. Een evaluatie
Den Haag, Boom Juridische Uitgevers, WODC, 2003
Reeks Onderzoek en beleid, nr. 207

Kogel, C.H. de, C. Verwers, V.E. den Hartogh

‘Blijvend delictgevaarlijk’ – empirische schattingen en conceptuele verheldering
Den Haag, Boom Juridische Uitgevers, 2005
Reeks Onderzoek en beleid, nr. 226

- Laajasalo, T., H. Hakkanen**
Background characteristics of mentally ill homicide offenders: A comparison of five diagnostic groups
Journal of Forensic Psychiatry and Psychology, nr. 15, 2004, pp. 451-474
- Lencz, T., C.W. Smith, A. Auther, C.U. Correll, B. Cornblatt**
Non-specific and attenuated negative symptoms in patients at clinical high-risk for schizophrenia
Schizophrenia Research, nr. 68, 2004, pp. 37-48
- Lensvelt-Mulders, G.J.L.M.**
Personality at different levels. A behaviour genetic approach
Tilburg, Universiteit van Tilburg, 2000
- Linaker, O.M.**
Dangerous female psychiatric patients: prevalences and characteristics
Acta Psychiatrica Scandinavica, nr. 101, 2000, pp. 67-72
- Marshall, W.L., D.R. Laws, H.E. Barbaree**
Handbook of Sexual Assault. Issues, Theories and Treatment of the Offender
New York, Plenum Press, 1990
- Martens, W.H.J.**
Antisocial and psychopathic personality disorders: Causes, course, and remission – A review article
International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, nr. 44, 2000, pp. 406-430
- Martinez-Cano, H., M.D.I. de Gauna, A. Vela-Bueno, H.U. Wittchen**
DSM-III-R co-morbidity in benzodiazepine dependence
Addiction, nr. 94, 1999, pp. 97-107
- Meltzer, H.Y.**
Cognitive factors in schizophrenia: Causes, impact and treatment
CNS Spectrum, nr. 9, 2004, pp. 15-24
- Mueser, K.T., R.E. Drake, T.H. Ackerson, A.I. Alterman, K.M. Miles, D.L. Noordsy**
Antisocial personality disorder, conduct disorder, and substance abuse in schizophrenia
Journal of Abnormal Psychology, nr. 106, 1997, pp. 473-477
- Moran, P.**
The epidemiology of antisocial personality disorder
Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, nr. 34, 1999, pp. 231-242
- Mulder, C.L., A.B.P. Staring, J. Loos, V.J.A. Buwalda, D. Kuijpers, S. Sytema, A.I. Wierdsma**
De Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) als instrument voor “routine outcome assessment”
Tijdschrift voor psychiatrie, nr. 46, 2004, pp. 273-284
- Paris, J.**
Anxious traits, anxious attachment, and anxious-cluster personality disorders
Harvard Review of Psychiatry, nr. 6, 1998, pp. 142-148
- Renaud, S., J.M. Guile**
A neurobiological approach to temperamental traits associated with personality disorders
Annales Medico-Psychologiques, nr. 162, 2004, pp. 731-738

Romero, E.Q., J.B.F. Ortega

The (possible) psychological and metapsychological meaning of Millon's biosocial and evolutionary models
Psicothema, nr. 15, 2003, pp. 190-196

Serin, R.C.

Violent recidivism in criminal psychopaths
Law and Human Behavior, nr. 20, 1996, pp. 207-217

Shedler, J., D. Westen

Refining personality disorder diagnosis: integrating science and practice
American Journal of Psychiatry, nr. 161, 2004, pp. 1350-1365

Swanson, J.W.

Mental disorder, substance abuse, and community violence: An epidemiological approach. In J. Monahan & H.J. Steadman (red.), *Violence and mental disorder: Developments in risk assessment* (pp. 101-136)
University of Chicago Press, 1994

Teplin, L.A., K.M. Abram, G.M. McClelland

Prevalence of psychiatric disorders incarcerated women
Archives of General Psychiatry, nr. 53, 1996, pp. 505-512

Wadland, W.C., G.S. Ferenchick

Medical comorbidity in addictive disorders
Psychiatric Clinics of North America, nr. 27, 2004, pp. 675-687

Walker, E., L. Kestler, A. Bollini, K.M. Hockman

Schizophrenia: Etiology and course
Annual Review of Psychology, nr. 55, 2004, pp. 401-430

Westermeyer, J., P. Thuras

Association of antisocial personality disorder and substance disorder morbidity in a clinical sample
The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, nr. 1, 2005, pp. 93-110

Wing, J.K., A.S. Beevor, R.H. Curtis

Health of the Nation Outcome Scales (HONOS). Research and development
British Journal of Psychiatry, nr. 172, 1998, pp. 11-18

Wong A.H.C., H.H.M. van Tol

Schizophrenia: from phenomenology to neurobiology
Neuroscience and Biobehavioral Reviews, jrg. 27, nr. 3, 2003, pp. 269-306

Zlot, S.I., M. Herrmann, T. Hofer-Mayer, M. Adler, R.H. Adler

A comparison of self-concept and personality disorders in women with pain accounted for by psychological factors, women with major depression, and healthy control
International journal of Psychiatry in Medicine, nr. 31, 2001, pp. 61-71

Bijlage 1 Methoden

In het navolgende worden de onderzoeksmethoden beschreven van de studie: 'Blijvend delictgevaarlijk'; empirische schattingen en conceptuele verheldering (De Kogel, Verwers & Den Hartogh, 2005).

1.1 Inventarisatie van aantallen 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten

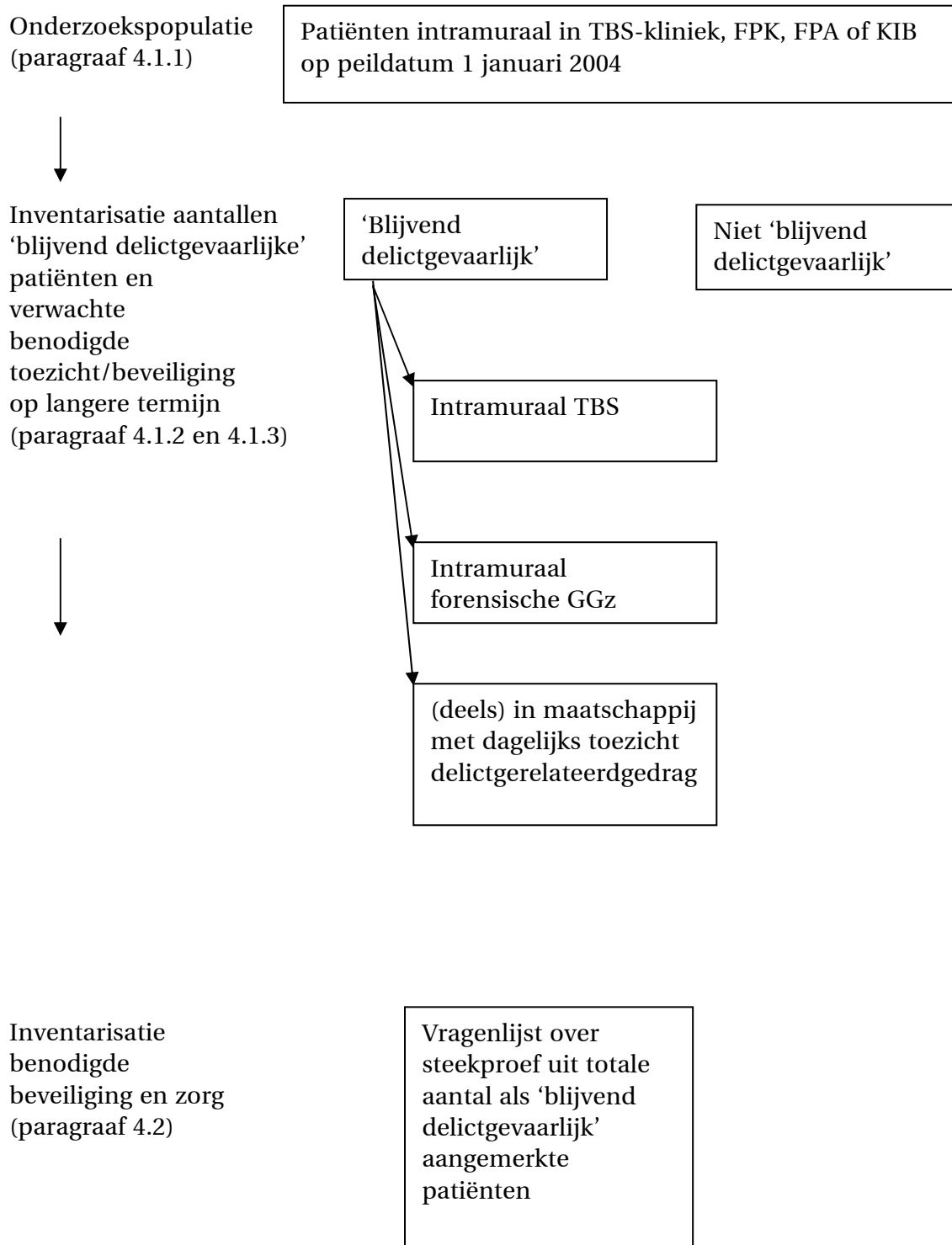
1.1.1 Onderzoekspopulatie

De inventarisatie van 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten¹⁴ heeft plaatsgevonden van maart tot juli 2004 in de acht TBS-klinieken, de drie FPK's, de negen FPA's, de drie KIB's en Hoeve Boschoord¹⁵. Daarnaast hebben twee gesloten afdelingen voor chronisch psychiatrische patiënten van algemeen psychiatrische ziekenhuizen deelgenomen omdat de contactpersonen van twee FPA's aangaven dat hun als 'blijvend delictgevaarlijk' beschouwde patiënten werden doorplaatst naar deze afdelingen. Bij navraag bleek dit voor de overige FPA's niet op te gaan. Hoeve Boschoord, een voorziening voor sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten, is in het onderzoek betrokken omdat er veel forensisch psychiatrische patiënten verblijven. De KIB's zijn in het onderzoek betrokken vanwege hun consultatieve functie ten aanzien van zeer moeilijk hanteerbare psychiatrische patiënten. Van de TBS-klinieken, FPK's en Hoeve Boschoord werden alle intramurale afdelingen in het onderzoek betrokken inclusief de resocialisatieafdelingen met intensief toezicht nabij de instelling. In de inventarisatie van 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten zijn alle patiënten (ongeveer 1700), betrokken die op 1 januari 2004 intramuraal waren opgenomen in een van de deelnemende instellingen of afdelingen.

¹⁴ Zie paragraaf 4.1.3 en bijlage V voor de operationalisatie van het begrip blijvende delictgevaarlijkheid

¹⁵ De volgende tbs-klinieken hebben deelgenomen aan het onderzoek: Dr. Henri van der Hoevenkliniek, Dr. S. van Mesdagkliniek, Flevo Future (locatie Amsterdam en Utrecht), FPC Veldzicht, FPI de Rooyse Wissel, FPK Oldenkotte en Prof. Mr. W.P.J. Pompekliniek. De GGz-instellingen die hebben deelgenomen zijn de volgende: FPK Assen (GGz, Drenthe), FPK de Meren, FPK GGz Eindhoven, FPA Altrecht, FPA de Gelderse Roos, FPA GGNet, FPA GGz Groningen, FPA GGz Noord Brabant, FPA GGz Noord Holland Noord, FPA Parnassia, FPA GGz Friesland, FPA Vincent van Gogh, CIB Parnassia, KIB de Meren, KIB GGzE en Hoeve Boschoord.

Figuur 1 : De onderzoekspopulatie, inventarisatie van 'blijvend delictgevaarlijken' en inventarisatie van benodigde beveiliging en zorg schematisch weergegeven



1.1.2 Procedure inventarisatie

De inventarisatie vond plaats met behulp van patiëntregistratienummers. DJI leverde de registratienummers (ITZ-nummers¹⁶) van de TBS-gestelden en de deelnemende GGz-instellingen leverden de administratienummers van hun niet-TBS-patiënten.

Elk van de deelnemende instellingen wees een contactpersoon (psychiater of psycholoog) aan voor het onderzoek. Deze regelde praktische zaken rond de verzameling van gegevens in de instelling.

De contactpersonen van de instellingen ontvingen per afdeling een formulier waarop de nummers van de patiënten van die afdeling stonden vermeld. Zij kregen daarbij het verzoek voor elk van de patiënten na te gaan of zij deze al dan niet als blijvend delictgevaarlijk beschouwden volgens de bijgevoegde omschrijving (zie paragraaf 4.1.3 en Kader 1 aan het eind van deze bijlage). Per instelling zijn met de contactpersoon afspraken gemaakt over de uitvoering van de inventarisatie. De inventarisatie werd verricht door de behandelverantwoordelijke(n) van de betreffende afdeling(en), een psychiater, psycholoog of orthopedagoog. Ter bevordering van de betrouwbaarheid is hen gevraagd de inventarisatie met één of meer collega's door te nemen.

1.1.3 De operationalisatie van 'blijvende delictgevaarlijkheid'

In dit onderzoek is delictrisico afgebakend tot het risico van ernstige delicten (zie kader 1 aan het eind van dit hoofdstuk). De 'blijvendheid' van het delictrisico is geoperationaliseerd als de inschatting dat het delictrisico binnen een periode van minimaal zes jaar niet zodanig is afgenomen dat betrokkene buiten beveiliging en/of toezicht door een forensisch psychiatrische instelling kan. Daarbij gaat het om intramuraal verblijf in een TBS-kliniek, intramuraal verblijf in een forensische instelling van de GGz of om een gedeeltelijk verblijf in de maatschappij met dagelijks toezicht op mogelijk delictgerelateerd gedrag.

Hiermee is gekozen voor een afbakening van het onderzoek tot een vrij 'zware populatie': te verwachten ernstige delicten en een aanzienlijke mate van benodigde beveiliging en toezicht. Patiënten waarvan niet wordt verwacht dat zij een ernstig gevaar voor de veiligheid van anderen vormen, maar die mogelijk wel veel overlast veroorzaken vallen buiten het onderzoek, evenals patiënten waarbij het delictrisico binnen lichtere vormen van beveiliging en toezicht beheersbaar kan worden gemaakt.

Er is voor gekozen om de inschatting van de 'blijvendheid' van het delictgevaar te koppelen aan een schatting van de tijdsperiode dat substantieel delictrisico zal blijven bestaan. Dat wil zeggen delictrisico ter beheersing waarvan betrokkene een hier onder nader omschreven minimaal niveau van forensisch toezicht en/of beveiliging nodig heeft. Van 'blijvend delictgevaar' wordt gesproken als de behandelaar inschat dat het delictgevaar over zes jaar ondanks eventuele behandelinspanningen nog niet substantieel verminderd zal zijn. Overwegingen daarbij waren dat het een substantiële tijdsspanne moet betreffen omdat wij geïnteresseerd zijn in patiënten die naar verwachting langere tijd ten laste van het

¹⁶ De afdeling individuele TBS-zaken (ITZ) hanteert voor elke TBS-gestelde een registratienummer. De ITZ-nummers worden ook gehanteerd in het MITS.

forensisch psychiatrische systeem zullen komen. Aan de andere kant moet de tijdsspanne niet zo lang zijn dat een inschatting onmogelijk wordt. In de omschrijving van delictgevaarlijkheid is een ondergrens gesteld aan de mate van toezicht en beveiliging die nodig is om het delictgevaar binnen de perken te houden. Indien een patiënt als 'blijvend delictgevaarlijk' werd beschouwd, werd vervolgens gevraagd in te vullen welk niveau van forensische voorzieningen naar verwachting voor hem/haar op langere termijn nodig zou zijn om het delictrisico beheersbaar te houden. Daarbij gaat het om intramuraal verblijf in een voorziening met zorg, toezicht en beveiliging op het niveau van een TBS-kliniek, intramuraal verblijf in voorziening met zorg, toezicht en beveiliging op het niveau van een FPK of FPA, of om gedeeltelijk verblijf in de maatschappij met dagelijks toezicht en controle op delictgerelateerd gedrag. Hierover is een tweede vraag toegevoegd (zie kader 1).

1.2 Inventarisatie van benodigde beveiliging en zorg

Bij een steekproef uit het totale aantal als 'blijvend delictgevaarlijk' aangemerkte patiënten is in de periode april-augustus 2004 onderzocht welke mate van beveiliging en/of toezicht en welke mate van zorg de verantwoordelijke behandelaar voor de patiënt nodig acht. Uit de door de instellingen als 'blijvend delictgevaarlijk' ingeschatte patiënten werd een steekproef getrokken waarna de behandelverantwoordelijken over deze patiënten een vragenlijst invulden met betrekking tot benodigde beveiliging en zorg.

1.2.1 Steekproef

Uit het totale aantal als blijvend delictgevaarlijk aangemerkte patiënten is een steekproef getrokken 125 patiënten uit TBS-klinieken en 107 patiënten uit GGz-instellingen (FPK's, FPA's en KIB's). Per TBS-instelling werd ongeveer 1 op de 4 als 'blijvend delictgevaarlijk' aangemerkte patiënten in de steekproef opgenomen, evenredig verdeelt over de afdelingen van de instelling. Per GGz-instelling werd ongeveer 1 op de 2 als 'blijvend delictgevaarlijk' aangemerkte patiënten in de steekproef opgenomen, evenredig verdeelt over de instellingen en indien van toepassing de afdelingen per instelling (bij FPK's). De GGz-steekproef is gestratificeerd op verwachte forensische zorg op langere termijn (drie categorieën, zie paragraaf 4.3 en kader) waarbij de categorie die het minste voorkwam (patiënt moet naar verwachting op de langere termijn intramuraal in een TBS-kliniek verblijven) is oververtegenwoordigd. Waar nodig is bij de analyses voor de stratificatie gecorrigeerd. Dit leverde de volgende zes onderzoeksgroepen op.

Tabel 1: Onderzoeksgroepen 'blijvend delictgevaarlijke' patiënten

Onderzoeksgroep	Voorziening op 1 januari 2004	Verwachte voorziening op langere termijn
TBS-A	Intramuraal in TBS-kliniek	Intramuraal in TBS-kliniek
TBS-B	Intramuraal in TBS-kliniek	Intramuraal in forensische GGz
TBS-C	Intramuraal in TBS-kliniek	Gedeeltelijk in maatschappij met toezicht op delictgerelateerd gedrag
GGz-A	Intramuraal in (forensische) GGz	Intramuraal in TBS-kliniek
GGz-B	Intramuraal in (forensische) GGz	Intramuraal in forensische GGz
GGz-C	Intramuraal in (forensische) GGz	Gedeeltelijk in maatschappij met toezicht op delictgerelateerd gedrag

1.2.2 Vragenlijst

Voor de vragenlijst in het onderzoek gebruikt is, is deze in enkele instellingen op proef ingevuld.

De vragenlijst omvatte vragen met betrekking tot:

- demografische gegevens
- justitieel en GGz-verleden
- de aard van het delictgevaar. Onder meer de aspecten die de behandelaar doorslaggevend achtte bij zijn/haar inschatting van de patiënt als 'blijvend delictgevaarlijk'. Hiertoe zijn in de expertmeetings geformuleerde aspecten van 'blijvende delictgevaarlijkheid' in de vragenlijst opgenomen. Verder gebleken delictgevaar tijdens de behandeling, de omstandigheden waaronder bij de betreffende patiënt delictgevaar optreedt, en welke factoren bij deze patiënt het verminderen van delictgevaar belemmeren.
- diagnoses volgens de Diagnostic and Statistical Manual, 4^e editie (DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994).
- gedragsproblemen en -beperkingen zoals vastgesteld met behulp van de Health of the Nation Outcome Scales- Mentally Disordered Offenders (HoNOS-MDO).
- het huidige niveau van beveiliging, toezicht en zorg van de patiënt
- het door de behandelaar meest passend geachte niveau van beveiliging, toezicht en zorg

De HoNOS is ontwikkeld in opdracht van het Engelse ministerie voor Volksgezondheid (Wing, Beevor en Curtis, 1998; Sugarman en Walker, 2002) met het doel de geestelijke gezondheidstoestand en het sociaal functioneren van psychiatrische patiënten routinematig in kaart te brengen. Het instrument is in principe geschikt voor alle GGz-patiënten en is de meest gebruikte uitkomstmaat in Engeland (Wing, Lelliott en Beevor, 2000). De HoNOS heeft 12 items en is verdeeld in vier subschalen: gedragsproblemen, beperkingen, symptomatologie en sociale problemen. De items worden op een vijfpuntenschaal ingevuld: van 0 (geen probleem) tot 4 (ernstig tot zeer ernstig probleem). Recentelijk werden voor de Nederlandse versie van de HoNOS een redelijke tot goede betrouwbaarheid en validiteit gevonden (Mulder et al., 2004). Deze vertaling is aangepast voor gedwongen opgenomen patiënten met betrekking tot de items over werk en woonomgeving (Van den Brink en De Kogel, 2004).

1.2.3 TIM/MITS-gegevens

DJI leverde een bestand met gegevens uit het Tijdelijk Informatiesysteem Monitoring (TIM) en het Monitor Informatiesysteem Terbeschikkingstelling (MITS)¹⁷ (o.a. van Emmerik, 2001). Dit peildatumbestand omvatte onder meer demografische gegevens, gegevens over het justitieel en GGz-verleden van alle TBS-gestelden die op 1 januari 2004 opgenomen waren in de deelnemende instellingen.

1.3 Wijze van omgaan met persoonsgegevens over patiënten

In dit onderzoek zijn persoonsgegevens verzameld over patiënten uit justitiële- en GGz-instellingen. Hierbij zijn de regels inzake de bescherming van persoonsgegevens gevolgd, zoals vastgelegd in de Wet bescherming persoonsgegevens (WBP). Verder is nagegaan of toetsing door een medisch-ethische commissie noodzakelijk was. Dit bleek niet het geval te zijn, omdat het hier geen onderzoek met proefpersonen betreft (Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen, Wet MOM). De gegevens met betrekking tot patiënten werden verzameld aan de hand van patiëntnummers die alleen door de instellingen zelf te herleiden zijn tot individuele patiëntgegevens. Voor zover het patiënten betreft die onder de verantwoordelijkheid van de minister van Justitie vallen, werd mede gebruik gemaakt van een geanonimiseerd bestand van DJI op basis van ITZ-nummers.

De gegevens werden opgeslagen in een beveiligd bestand waartoe alleen de onderzoekers toegang hadden. In de rapportage zijn gegevens zodanig geanonimiseerd dat herleiding tot individuele personen niet mogelijk is.

¹⁷ Het MITS omvat een aantal gegevens over TBS-gestelden die verplicht moeten worden geregistreerd in het kader van het Patiëntenregister Intramurale Geestelijke gezondheidszorg (PIGGz) en een aantal planning en controle gegevens die door de minister van Justitie van TBS-instellingen worden gevraagd.

Het TIM is een voorloper van het MITS waarin de bovengenoemde gegevens van de TBS-populatie in de periode 1995-2000 zijn vastgelegd. In analysetechnisch opzicht is dit bestand voor sommige gegevens toegankelijker dan het MITS.

Kader 1: De operationalisatie van 'blijvende delictgevaarlijkheid'

Omschrijving blijvende delictgevaarlijkheid

Om als blijvend delictgevaarlijk te worden beschouwd in het kader van dit onderzoek dient de patiënt aan alle drie onderstaande punten te voldoen:

1. Er bestaat risico dat de patiënt een ernstig gewelddadig (al dan niet seksueel) delict pleegt (zie voetnoot voor omschrijving van de typen delicten¹). Dit risico voor fysieke schade van anderen is zodanig groot dat de maatschappij daartegen moet worden beschermd.
NB: Het hoeft niet perse zo te zijn dat betrokkene reeds een dergelijk delict heeft gepleegd.
2. Beveiliging en/of toezicht, naast eventuele zorg (zie omschrijvingen in voetnoot²), is nodig om te voorkomen dat de patiënt tot onder 1. genoemde delicten komt.
Daarbij gaat het om beveiliging en toezicht op het niveau van een TBS-instelling of forensische GGz-instelling. In dit onderzoek worden de volgende patiënten betrokken: Patiënten die qua benodigde beveiliging en toezicht binnen een TBS-instelling of forensische instelling van de reguliere GGz moeten leven.
Patiënten die onder de vleugels van een TBS-instelling, of een forensische instelling van de GGz, gedeeltelijk in de maatschappij zouden kunnen verkeren mits er voldoende dagelijks toezicht en controle van mogelijk delictgerelateerd gedrag gegarandeerd is (bv 's nachts opgenomen binnen een TBS-instelling, FPK of FPA en overdag buiten werken met toezicht tijdens werk en op aankomst en vertrek).
3. Het delictrisico is blijvend te noemen omdat niet te verwachten is (ondanks eventuele behandelinspanningen) dat het binnen een aanzienlijke periode (minimaal 6 jaar) zodanig is afgenomen dan wel beheersbaar is geworden dat de patiënt buiten de onder 2 genoemde vormen van beveiliging en toezicht kan.

¹ (Seksuele) geweldsdelicten met bijbehorende maximum straf
diefstal met geweld (9 jaar)
diefstal met geweld in vereniging (12 jaar)
doodslag (15 jaar)
moord (20 jaar)
mishandeling zwaar letsel (4 jaar)
zware mishandeling (8 jaar)
openlijke geweldpleging (4 jaar en 6 mnd.)
openlijke geweld. met letsel of vernieling (6 jaar)
openlijke geweld. met zwaar letsel (9 jaar)
openlijke geweld. met dood tot gevolg (12 jaar)
verkrachting (12 jaar)
gemeenschap met < 12 jaar (12 jaar)
gemeenschap met < 16 jaar (8 jaar)
aanranding (8 jaar)
ontucht met kinderen (6 jaar)
brandstichting (12 jaar)

² Beveiliging: de mogelijkheid tot vrijheidsbeperking door materiële beveiliging zoals het belemmeren van het verlaten van de instelling en het insluiten van de patiënt op de afdeling of kamer.
Toezicht: het monitoren van het functioneren van de patiënt met het oog op veiligheid. Daaronder valt het monitoren van delictgerelateerd gedrag en het vermijden van risicofactoren daarvoor. Ook worden hieraan zo nodig consequenties verbonden zoals controles (op middelengebruik, of controle en begeleiding bij het innemen van medicatie), beperking van vrijheden, patiënt ergens heen begeleiden.
Zorg: behandeling, begeleiding en verpleging met als mogelijke doelstellingen vermindering van delictrisico, vermindering van stoornissen, voorkomen van verergering van problematiek en omgaan met stoornissen of handicaps.

Bijlage 2 Afkortingenlijst

AAS	Adult Attachment Scale
ABV	Amsterdamse Biografische Vragenlijst
ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
APA	American Psychiatric Association
APZ	Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen
DNA	deoxyribonucleic acid (desoxyribonucleïnezuur)
DSM-IV	Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders, vierde versie
DSM-IV-TR	Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders, vierde versie, text revision
DSP	Directie Santie- en Preventiebeleid
E-E-klimaat	Expressed Emotions klimaat
fMRI	functional Magnetic Resonance Imaging scan
FOBA	Forensische Observatie en Begeleiding Afdeling
FPA	Forensisch Psychiatrische Afdeling
FPC	Forensisch Psychiatrisch Centrum
FPI	Forensisch Psychiatrisch Instituut
FPK	Forensisch Psychiatrische Kliniek
GGz	Geestelijke Gezondheidszorg
GHQ	General Health Questionnaire
HCR-20	Historical Clinical Risk management scheme for the assessment of dangerousness and risk
HIV-infectie	Humane Immunodeficiëntie Virus
HoNOS- MDO	Health of the Nation Outcome Scales – Mentally Disordered Offenders
ICD-9-CM	International Classification of Diseases, ninth Revision
ICU	Intensive Care Unit
ITZ	Individuele TBS-zaken
KIB	Kliniek voor Intensieve Behandeling
MITS	Monitor Informatiesysteem Terbeschikkingstelling
MMPI (NVM)	Minnesota Multiphasic Personality Inventory / Nederlandse Verkorte MMPI
MRI-scan	Magnetic Resonance Imaging scan
PAS	Psychiatric Assessment Schedule
PBW	Penitentiaire Beginselen Wet
PCL-R	Psychopathy Check List – Revised
PET-scan	Positron-Emissie-Tomografie
RIBW	Regionale Instelling voor Beschermd Wonen
RM	Rechterlijke Machtiging
sMRI	structural Magnetic Resonance Imaging scan
stoornis NAO	Niet Anderszins Omschreven
SVR-20	Sexual Violent Risk - 20

TAT	Thematische Apperceptie Test
TBS	Terbeschikkingstelling
TIM	Tijdelijk Informatiesysteem Monitoring
VIC	Very Intensive Care
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WBP	Wet Bescherming Persoonsgegevens
Wet BOPZ	Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen
Wet MOM	Wet medische wetenschappelijk onderzoek met mensen