



Wetenschappelijk Onderzoek- en  
Documentatiecentrum  
*Ministerie van Veiligheid en Justitie*

## Memorandum 2013-1

# Het belang van beschermende factoren in de risicotaxatie van tbs-gestelden

M.H. Nagtegaal  
H.J.M. Schönberger

**Memorandum**

De reeks Memorandum omvat de rapporten van onderzoek dat door en in opdracht van het WODC is verricht.

Opname in de reeks betekent niet dat de inhoud van de rapporten het standpunt van de Minister van Veiligheid en Justitie weergeeft.

## Inhoud

<b>1</b>	<b>Inleiding en methode — 5</b>
1.1	Aanleiding onderzoek — 5
1.2	Onderzoeksmethode — 5
<b>2</b>	<b>Risicotaxatie — 9</b>
2.1	Inleiding — 9
2.2	Risicofactoren — 9
2.3	Beschermende factoren — 10
2.4	Belang van beschermende factoren — 11
2.5	Theoretische achtergrond beschermende factoren — 14
<b>3</b>	<b>Beschermende factoren nader beschouwd — 19</b>
3.1	Conceptualisering beschermende factoren — 19
3.2	Bijzondere omstandigheden van de invloed van beschermende factoren — 23
3.3	Metten van beschermende factoren — 27
<b>4</b>	<b>Factoren die beschermend werken — 31</b>
4.1	Voorbeelden beschermende factoren gemeten bij delinquente jeugdigen — 31
4.2	Voorbeelden beschermende factoren bij delinquente volwassenen — 35
<b>5</b>	<b>Samenvatting en conclusie — 43</b>
	<b>Summary and conclusion — 49</b>
	<b>Literatuur — 53</b>
	<b>Bijlagen</b>
1	Samenstelling begeleidingscommissie — 63
2	Risico- en beschermende factoren, risicogedrag en risicoutkomsten — 65



# 1 Inleiding en methode

## 1.1 Aanleiding onderzoek

Risicotaxatie, het inschatten van het risico van toekomstig gewelddadig gedrag, speelt een belangrijke rol in de tbs-sector.<sup>1</sup> Zo worden mede op basis van risicotaxatie beslissingen over het verlenen van vrijheden genomen, waaronder het toekennen van verlof. De Commissie-Visser heeft ten tijde van haar parlementaire onderzoek naar het functioneren van de tbs-sector (2005-2006) onder andere aanbevelingen gedaan ten aanzien van de verfijning van de risicotaxatiepraktijk (Tweede Kamer, vergaderjaar 2005-2006, 29 452, nrs. 4 en 5). Daarbij is onderzoek naar beschermende factoren als expliciet onderdeel genoemd. Dit zijn factoren waarvan wordt verondersteld dat ze het risico van recidive kunnen verminderen. Het ministerie van Veiligheid en Justitie heeft, in navolging van de aanbevelingen van de Commissie-Visser, het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC) de opdracht gegeven dit onderzoek te verrichten. Het onderhavige onderzoek is de verslaglegging hiervan.

Van oudsher richt risicotaxatie zich vooral op het in kaart brengen van *risicofactoren*, factoren die het risico van herhaald gewelddadig gedrag verhogen. Meer recent spelen ook *beschermende* factoren een steeds belangrijker rol in het risicotaxatieproces. In dit memorandum staan de volgende vragen centraal: *Is het meenemen van beschermende factoren van toegevoegde waarde voor de risicotaxatie zoals deze plaatsvindt in de tbs-praktijk? Zo ja, op welke manier?* Hierbij wordt onder andere het belang van beschermende factoren voor de behandelpraktijk en de relatie tussen beschermende factoren en de voorspelling van recidive onderzocht. Daarnaast wordt bekeken welke factoren mogelijk beschermend werken. Hoewel het in dit memorandum gaat om beschermende factoren voor volwassen forensisch psychiatrische patiënten (tbs-gestelden), is er ook literatuur meegenomen over beschermende factoren bij delinquente jeugdigen. Dit gezien het feit dat bij delinquente jeugdigen al langere tijd onderzoek wordt verricht naar beschermende factoren, waaruit mogelijk ook inzichten voor volwassenen gehaald kunnen worden.

## 1.2 Onderzoeksmethode

Het onderhavige onderzoek is een literatuuronderzoek naar de waarde van beschermende factoren in de risicotaxatie van tbs-gestelden. Literatuur tot en met een publicatiedatum van 1 juli 2012 is veelal meegenomen. De literatuur is op verschillende manieren verzameld. Allereerst zijn aan de hand van tevoren gespecificeerde zoektermen systematische zoektochten in verschillende databases verricht. Deze zoektochten leidden ook tot de ontdekking van aanvullende relevante zoektermen, welke eveneens zijn gebruikt in de zoektocht. Daarnaast hebben het bezoeken van

---

<sup>1</sup> Tbs is de afkorting van terbeschikkingstelling. Deze maatregel kan worden opgelegd aan personen die een ernstig misdrijf hebben gepleegd en bij wie, ten tijde van het misdrijf, sprake was van een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens. Naast dit criterium moet er sprake zijn van delictgevaarlijkheid en recidiverisico (herhaling van gewelddadig gedrag), waardoor het gevaar voor anderen en/of voor de algemene veiligheid van personen of goederen onaanvaardbaar hoog is. Het doel van de tbs-maatregel is enerzijds de maatschappij te beveiligen en anderzijds de tbs-gestelde een behandeling te bieden, die gericht is op een veilige terugkeer naar en deelname aan de maatschappij.

congressen, gesprekken met collega's, suggesties van de begeleidingscommissie (zie bijlage 1) en het nakijken van de referentielijsten van geïnccludeerde artikelen geleid tot het vinden van relevante literatuur.

De onderzoekers hebben de begeleidingscommissie gevraagd om input voor de literatuurzoektocht. De begeleidingscommissie heeft hierop de onderzoekers literatuursuggesties gegeven. Dit betrof zowel concrete artikelen als ook suggesties voor het zoeken naar relevante aanverwante onderwerpen en vakgebieden, zoals jeugd, psychiatrie, terugvalpreventie (*relapse prevention*, bijvoorbeeld bij verslaafden en schizofrenen), *resilience* (veerkracht), assessment van behoeften (*needs assessment*) en het *Good Lives Model*.

Er zijn specifiek zoektochten verricht naar de volgende onderwerpen:

- risicotaxatie-instrumenten (*risk assessment instruments*; SAPROF, START);
- beschermende factoren (*protective factors, promotive factors*);
- risicofactoren (*risk factors*);
- risicomangement (*risk management*);
- veerkracht (*resilience*);
- model voor een goed leven (*Good Lives Model*);
- kwaliteit van leven-model (*Quality of Life-model*);
- risico-behoefte-responsiviteit-model (*Risk-Need-Responsivity-model*);
- ophouden met delinquent gedrag (*desistance*).

Daarbij is gebruikgemaakt van de volgende zoektermen:

- beschermend\*+recidive;
- beschermend\*+delict;
- beschermend\*+delinq\*;
- beschermend\*+tbs;
- protect\*+recidive;
- protect\*+delict;
- protect\*+delinq\*;
- protect\*+tbs;
- protect\*+offend\*;
- protect\*+crime;
- protect\*+reoffend\*;
- protect\*+relapse;
- protect\*+recidivism;
- biological+protective+crime/violence/delinq\*;
- biologisch+beschermend+geweld/recidive;
- biological+desistance+crime/violence/delinq\*;
- biological+violence/non violence;
- neurological+protective+crime/violence/delinq\*;
- neurologisch+beschermend+geweld/recidive;
- neurological+desistance+crime/violence/delinq\*;
- neurological+violence /non violence;
- hormones+protective+crime/violence/delinq\*;
- hormonen+beschermend;
- hormones+desistance+crime/violence/delinq\*;
- hormones+violence /non violence.

De volgende databases zijn onderzocht:

Google: [www.google.com](http://www.google.com);

Google scholar: [www.scholar.google.com](http://www.scholar.google.com);

PsychINFO: <http://psycnet.apa.org>;  
PubMed: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/);  
Web of Science: <http://isiknowledge.com>.

De literatuurzoektochten hebben geleid tot een verzameling van uiteindelijk 451 bronnen. Deze 451 literatuurbronnen zijn gedetailleerd bestudeerd. Van elke bron zijn hierbij op systematische wijze vastgelegd:

- het hoofdonderwerp van de publicatie;
- of het jeugdigen dan wel volwassenen betrof;
- de algemene relevantie voor het rapport en die voor de verschillende subparagrafen;
- of de onderzochte personen delinquenten zijn of niet;
- of het gaat om ontstaan of persisteren in delinquent gedrag;
- en of het experimenteel wetenschappelijk onderzoek of een ander type onderzoek betreft, zoals een literatuuroverzicht.

Voor het gedeelte van dit rapport waarin een aantal wetenschappelijke onderzoeken naar de werking van beschermende factoren wordt samengevat (hoofdstuk 4), werden inclusiecriteria opgesteld. Er werd voor dat gedeelte van het rapport alleen literatuur meegenomen waarvoor geldt:

- het betreft beschermende factoren;
- het gaat om bescherming voor *terugval* in crimineel/delinquent gedrag (dat wil zeggen recidive; dit in tegenstelling tot *ontstaan* van crimineel/delinquent gedrag);
- het gaat over beschermende factoren die terugval in crimineel/delinquent gedrag op een leeftijd van minimaal 18 jaar omvatten.

Er wordt in het onderhavige onderzoek geen uitputtend overzicht gegeven van factoren die mogelijk beschermend werken.

### **Opbouw rapport**

Het memorandum is als volgt opgebouwd. Hoofdstuk 2 geeft een korte introductie over risico- en beschermende factoren. Hierbij komen ook de in de literatuur gesignaleerde belangen van beschermende factoren en de theoretische kaders die hieraan ten grondslag liggen aan de orde. In hoofdstuk 3 worden beschermende factoren nader beschouwd. Hierbij komt in de eerste paragraaf de conceptualisering van beschermende factoren aan de orde (paragraaf 3.1). Paragraaf 3.2 gaat in op bijzondere omstandigheden van de invloed van beschermende factoren en in paragraaf 3.3 komen instrumenten om beschermende factoren mee in kaart te brengen aan bod. In hoofdstuk 4 worden enkele voorbeelden besproken van onderzoek naar factoren die beschermend lijken te zijn. Dit hoofdstuk wordt onderverdeeld in evidentie voor beschermende factoren gemeten bij delinquente jeugdigen (paragraaf 4.2) en bij delinquente volwassenen (paragraaf 4.3). In het slothoofdstuk worden de belangrijkste bevindingen van dit memorandum samengevat en de conclusies weergegeven (hoofdstuk 5).





## 2 Risicotaxatie

### 2.1 Inleiding

Risicotaxatie is een belangrijke taak van professionals werkzaam in de forensische psychiatrie. Dagelijks worden allerlei beslissingen genomen aan de hand van de inschatting van het risico van recidive van de tbs-gestelde. Ook speelt risicotaxatie op verschillende momenten in de strafrechtsketen een toonaangevende rol (Van Emmerik, 2008). Dit zijn bijvoorbeeld in de Pro Justitia rapportage voorafgaand aan de oplegging van de maatregel, in de verlengingszittingen tijdens de behandeling en in verlofaanvragen. Verder wordt aan de hand van risicotaxatie-instrumenten (mede) bepaald welk risicomangement wordt ingezet. Risicomangement is de manier waarop in de praktijk wordt omgegaan met de risico's die in kaart zijn gebracht door risicotaxatie (Nagtegaal, 2010).<sup>2</sup> Doordat belangrijke beslissingen in het traject van een tbs-gestelde voor een groot deel afhangen van risicotaxatie, is een zo accuraat mogelijke inschatting van de risico's wenselijk.

### 2.2 Risicofactoren

Risicofactoren zijn factoren waarvan in wetenschappelijk onderzoek is aangetoond dat zij samenhangen met een verhoogd risico van herhaald gewelddadig gedrag. Vroeger werd het risico van gewelddadig gedrag veelal aan de hand van het (ongestructureerde) klinisch oordeel vastgesteld. Tegenwoordig is het gebruikelijk de risicotaxatie op gestructureerde(re) wijze te verrichten. Hiertoe zijn de afgelopen 20 jaar diverse risicotaxatie-instrumenten vertaald of ontwikkeld (voor een overzicht van dergelijke instrumenten, zie Harte & Breukink, 2010). Deze instrumenten bevatten veelal een lijst met statische (historisch en meestal onveranderbare) en dynamische (in principe veranderbare) risicofactoren die samenhangen met een verhoogd risico van gewelddadig gedrag. De scores op de risico-items geven aan in welke mate de betreffende factoren van invloed zijn op delictgedrag bij de betrokken persoon. Via de werkwijze die ook wel wordt aangeduid als het *Structured Professional Judgement* (SPJ; gestructureerd professioneel oordeel), worden deze lijsten van risicofactoren volgens een vaste instructie gescoord. Kenmerkend voor deze methode is verder dat de beoordelaar na het toekennen van de scores deze niet automatisch bij elkaar optelt om tot een eindconclusie te komen over het risico. In plaats daarvan wordt de specifieke persoonlijke en situatieve context van de betrokkene gebruikt om de items te interpreteren, te integreren en te combineren, waarna het risico als laag, matig of hoog wordt ingeschat (Hildebrand & De Ruiter,

---

<sup>2</sup> Daarbij kan in de intramurale fase worden gedacht aan het beheersen van risico's door middel van vroegsignaleringsplannen (zie Fluttert, 2010), kamerplaatsingen, alcoholcontroles, medicatie-inname en andere vormen van behandeling. De in Nederland ontwikkelde vroegsignaleringsmethode is een methode voor stafleden en tbs-gestelden om opkomende agressie bij een patiënt te herkennen. Zie ook Fluttert, Van Meijel, Webster, Nijman, Bartels, en Gryndonck (2008) en Fluttert, Van Meijel, Nijman, Bjørkly, en Gryndonck (2010). Van den Broek, De Vries Robbé en De Vogel (2012) duiden vier gebieden van risicomangement aan: behandeling, supervisie, monitoring, en het plannen van de veiligheid van het slachtoffer. Tijdens begeleid of onbegeleid verlof kan bij risicomangement worden gedacht aan het stellen van voorwaarden, en tijdens transmuraal verlof of proefverlof aan het opleggen van een bepaalde mate van langdurige zorg en begeleiding.

2010).<sup>3</sup> De meeste forensisch psychiatrische centra (fpc's) in Nederland maken anno 2008 gebruik van verschillende gestandaardiseerde risicotaxatie-instrumenten en ook het gestructureerd professionele oordeel is bij de meeste fpc's bekend en in gebruik (Nagtegaal, 2010).

In de meeste risicotaxatie-instrumenten die op dit moment beschikbaar zijn, zijn alleen risicofactoren opgenomen. Dit is in lijn met een belangrijke leidraad in de huidige forensische psychiatrie: het zogenaamde ziekte- of risicomodel waarin het opsporen van risicofactoren voor een bepaalde ziekte of voor antisociaal gedrag centraal staat. Het toonaangevende model in deze traditie in de forensische psychiatrie is het *Risk-Need-Responsivity*-model (RNR; Andrews & Bonta, 1998; Bonta & Andrews, 2007). Het RNR-model beschrijft drie principes waaraan behandelprogramma's ter voorkoming van terugval in delictgedrag zouden moeten voldoen. De essentie van dit model is dat behandelprogramma's moeten aansluiten bij de risico's, de behoeften en de responsiviteit van de betrokkene.<sup>4</sup> Uit onderzoek blijkt dat programma's die de RNR-principes volgen, effectiever zijn in de reductie van recidive dan programma's die dit niet doen. Dit resultaat wordt gevonden bij delinquenten in het algemeen (Dowden, Antonowicz, & Andrews, 2003), maar ook bij enkele specifieke subgroepen van delinquenten, zoals zedendelinquenten (Hanson, Bourgon, Helmus, & Hodgson, 2009; Olver, Wong, & Nicholaichuk, 2009). Hoewel sommige studies erop lijken te duiden dat de invloed van de RNR-principes op de reductie van recidive mogelijk genuanceerder ligt dan veelal aangenomen (zie bijvoorbeeld Taxman & Thanner, 2006) en er suggesties zijn gedaan ter uitbreiding van het model (zie bijvoorbeeld Ward, Melsner, & Yates, 2007), is het tot op heden het uitgangspunt bij behandeling, ook in de Nederlandse fpc's (zie bijvoorbeeld Lucker, Bruggeman, Kristensen, & Hochstenbach, 2010).

### 2.3 Beschermende factoren

Zoals reeds gesteld, komen in de meeste risicotaxatie-instrumenten anno 2012 weinig tot geen (gestructureerde)<sup>5</sup> beschermende factoren voor, factoren die het risico

---

<sup>3</sup> In sommige instellingen wordt gewerkt aan de hand van de consensusmethode. In een consensusoverleg komen twee of meerdere onafhankelijke beoordelaars na intensief overleg tot een gezamenlijke inschatting van het risico. Als er een consensusoverleg plaatsvindt om tot een definitieve score en eindoordeel te komen, wordt de hoogste mate van betrouwbaarheid van de risico-inschatting behaald (De Vogel & De Rooter, 2006). Bij het maken van de risico-inschatting worden verschillende toekomstscenario's in gedachten genomen. Bijvoorbeeld, bij het aanvragen van een vorm van verlof waarbij meer vrijheden worden aangevraagd, worden twee risico-beoordelingen verricht: één voor de oude situatie (bijvoorbeeld een machtiging voor begeleid verlof) en één voor de mogelijk nieuwe situatie (bijvoorbeeld een machtiging voor onbegeleid verlof). Er bestaan dan twee risicovoorspellingen, die niet hetzelfde hoeven te zijn, voor beide situaties één.

<sup>4</sup> Meer in het bijzonder, het risicoprincipe schrijft voor dat het niveau en de intensiteit van een interventie of behandeling moet worden afgestemd op het recidiverisico van de delinquent. Hoe hoger het risico van recidive, hoe intensiever het programma dient te worden aangeboden. Idealiter wordt een gestructureerde risicotaxatie afgenomen voor het bepalen van de risico's. Het behoefteprincipe geeft aan dat een behandeling gericht moet zijn op de individuele 'criminogene behoeften', ofwel dynamische risicofactoren die mogelijk veranderbaar zijn door de geboden behandeling. Het responsiviteitsprincipe houdt in dat de aangeboden behandeling aan moet sluiten bij de mogelijkheden en beperkingen van een persoon. Hierbij kan men denken aan bijvoorbeeld persoonlijke eigenschappen, intellectuele en sociale capaciteiten, of behandelmotivatie (e.g., Bonta & Andrews, 2007).

<sup>5</sup> In risicomangement- en terugvalpreventieplannen worden vaak al wel beschermende factoren meegenomen, maar dit gebeurt niet expliciet aan de hand van een gestructureerde methode/checklist.

van recidive mogelijk kunnen verminderen. De laatste jaren gaan steeds meer geluiden op dat beschermende factoren wellicht wel van toegevoegde waarde kunnen zijn bij het maken van een inschatting van het risico van recidive. Ook zijn beschermende factoren vaker onderwerp van wetenschappelijk onderzoek. In de literatuur over delinquente jeugdigen spelen beschermende factoren voor zowel het ontstaan als ook voor het terugvallen in delictgedrag al langer een belangrijke rol (zie bijvoorbeeld Garmezy, Masten, & Tellegen, 1984; Jessor, 1991; Rutter, 1987). Rogers (2000) was één van de eersten die kanttekeningen plaatste bij het niet-kritische gebruik van risicotaxatie in de forensische praktijk van volwassen patiënten en het belang bepleitte van het betrekken van beschermende factoren in het risicotaxatie- en risicomanagementproces bij deze groep patiënten. Het jaar daarna verrichtten zowel Maruna (2001, in Ward, 2002)<sup>6</sup> en Haggård, Gumpert en Grann (2001)<sup>7</sup> – onafhankelijk van elkaar – de eerste onderzoeken naar factoren die mogelijk beschermend werken tegen het persisteren in crimineel gedrag bij volwassen delinquenten. Sinds die tijd gaan er meer geluiden op over het mogelijke nut van het meenemen van beschermende factoren in de risicotaxatie van tbs-gestelden.

Een nader onderscheid dat door sommige onderzoekers wordt gemaakt in het risicotaxatieproces is dat een goede risicotaxatie drie typen factoren moet omvatten (zie bijvoorbeeld Bouman, 2009):

- 1 statische risicofactoren om het basisrisico van recidive te bepalen;
- 2 dynamische risicofactoren om de behandeling op te richten en die het risico van herhaald gewelddadig gedrag naar beneden kunnen brengen;
- 3 beschermende factoren om de kans op recidive te verminderen en om motivatie en betrokkenheid voor behandeling te verhogen.

## 2.4 Belang van beschermende factoren

Het op gestructureerde wijze in kaart brengen van beschermende factoren kost (extra) tijd, waardoor het belangrijk is te onderzoeken of deze factoren van meerwaarde zouden kunnen zijn in het risicotaxatie- en risicomanagement proces. Vooralsnog komen in de literatuur drie mogelijke meerwaardes naar voren waarvoor enige wetenschappelijke evidentie is.

Ten eerste, het in kaart brengen van beschermende factoren zou een completer beeld van de patiënt opleveren. Volgens Rogers (2000) kan een behandelaar die zich alleen baseert op risicofactoren een eenzijdig beeld krijgen van de betrokkene dat niet klopt en stigmatiserend werkt: dat bij betrokkene sprake is van chronisch en onomkeerbaar risico. Ook De Vogel, De Ruiter en Bouman (2007a) zijn van mening dat de risico-inschatting niet in balans is wanneer beschermende factoren

---

<sup>6</sup> Maruna (2001; in Ward, 2002) onderzocht onder meer persoonlijkheidskenmerken en zogenaamde 'scripts' aan de hand waarvan deelnemers hun leven leiden. Deze scripts zijn verhalen/opvattingen over de manier waarop delinquenten over hun eigen leven nadenken. De delinquenten die persisteerden in crimineel gedrag, hadden vaker een deterministisch beeld van hun leven: zij voelden zich nauwelijks in staat iets aan hun criminele lot te veranderen.

<sup>7</sup> De onderzoekers interviewden deze ex-gedetineerden over de reden waarom zij gestopt waren met het plegen van misdrijven. Het stoppen met een criminele carrière had te maken met een schokkende ervaring gerelateerd aan hun criminele carrière en inzicht in de negatieve effecten van die levensstijl. De geïnterviewden noemden enkele factoren die bij hen gerelateerd zouden zijn aan een verlaging van het risico van recidive: (1) een sterke relatie met familie, (2) sociale en geografische isolatie en (3) de identificatie en het ontwijken van potentiële risicofactoren (Haggård et al., 2001).

niet op gestructureerde wijze worden meegenomen in het beoordelingsproces. Dit geeft volgens hen een incompleet beeld van de patiënt en doet daarmee geen recht aan de complexe situatie van het inschatten van het risico van recidive bij een individuele tbs-gestelde.<sup>8</sup> Dit veelzijdige en meer complete beeld zou volgens sommigen kunnen leiden tot een effectiever risicomanagementplan (Douglas, Yeomans, & Boer, 2005). Ook Håggard-Grann (2005) pleit ervoor interventies zowel op beschermende als ook op risicofactoren te richten, aangezien deze factoren in samenhang met elkaar een invloed hebben op het totale risico. Anderen zijn van mening dat de behandeling zich alleen zou moeten richten op de vermindering van risicofactoren (Pollard, Hawkins, & Arthur, 1999).

Ten tweede zou het louter aandacht hebben voor risicofactoren (en het negeren van beschermende factoren) kunnen leiden tot onjuiste voorspellingen, omdat het risico van delictherhaling mogelijk wordt overschat of wordt onderschat. Onjuiste voorspellingen kunnen worden onderscheiden in twee typen: vals positieve voorspellingen of vals negatieve voorspellingen. Een vals positieve voorspelling is (in dit geval) dat er een hoog risico van recidive wordt verondersteld, terwijl de betrokkene niet recidiveert. Wanneer een vals positieve voorspelling leidt tot de beslissing dat de betrokkene langer blijft opgenomen in een intramurale behandelvoorziening, kan deze onjuiste beslissing negatieve gevolgen hebben. Dit geldt zowel voor de betrokkene (in de vorm van langer ontnomen vrijheden) als ook voor de maatschappij (bijvoorbeeld hogere kosten voor intramurale behandeling; Miller, 2006a). Een vals negatieve voorspelling is een inschatting van laag risico, terwijl iemand wel recidiveert. Ook deze onjuiste voorspelling kan negatieve gevolgen hebben, wanneer wordt besloten betrokkene meer vrijheden te verlenen: er vindt een recidive plaats. Volgens verschillende onderzoekers hebben beoordelaars vooral de neiging het risico te hoog in te schatten (Harte & Breukink, 2010; Hildebrand, Hesper, Spreen, & Nijman, 2005; Philipse, 2006). Resultaten uit een recente meta-analyse suggereren echter dat de percentages vals positieve en vals negatieve voorspellingen samenhangen met de manier waarop de voorspellingen worden geformuleerd. Dat wil zeggen, wanneer de voorspellingen 'wel versus niet recidiveren' worden vergeleken en wanneer de voorspellingen 'laag versus gemiddeld tot hoge kans van recidiveren', met elkaar worden vergeleken, worden andere percentages vals positieve en vals negatieve voorspellingen gevonden (Fazel, Singh, Doll, & Grann, 2012; voor nadere informatie over deze meta-analyse zie Box 1).

### **Box 1 Meta-analyse risicotaxatie-instrumenten**

Fazel en collega's (2012) verrichtten hun meta-analyse naar de voorspellende waarde van risicotaxatie-instrumenten onder in totaal 24.847 deelnemers uit 13 verschillende landen. Wanneer de voorspellingen 'wel versus niet recidiveren met een gewelddadig delict' werden vergeleken, bleek 59% van de voorspellingen vals positief te zijn. Wanneer de voorspellingen 'laag versus gemiddelde/hoge kans op recidiveren met een gewelddadig delict' werden vergeleken, bleek 8% vals positief te zijn. De percentages vals negatieve voorspellingen varieerden op vergelijkbare manier: 64% vals negatieven werden gevonden wanneer de voorspellingen 'wel versus niet recidiveren met een gewelddadig delict' werden vergeleken en 9% vals negatieven werden gevonden wanneer de voorspellingen 'laag versus gemiddelde/hoge kans op recidiveren met een gewelddadig delict' werden vergeleken.

Andere belangrijke uitkomsten van deze meta-analyse waren:

- er is een verschil in de voorspellende waarde van risicotaxatie-instrumenten voor

<sup>8</sup> De Vogel (2008) maakt daarbij de vergelijking met de financiële wereld waarin met een balans wordt gewerkt, waarop zowel de kosten als ook de baten worden vermeld.

- verschillende typen delinquenten*: risicotaxatie-instrumenten voor geweldsdelinquenten zijn beter in het voorspellen van het risico van recidive dan risicotaxatie-instrumenten voor zedendelinquenten;
- vooral de groep personen met een *gemiddeld risico van recidive blijkt moeilijk* accuraat te voorspellen: wanneer deze groep niet wordt meegenomen in de analyses, is de voorspellende waarde van de risicotaxatie-instrumenten hoger;
  - de voorspellende waarde van risicotaxatie-instrumenten is *niet afhankelijk van moderator variabelen* als sekse, etniciteit, leeftijd, type instrument, prospectief of retrospectief onderzoeksdesign, setting van de meting, informatiebron van recidive (wel of geen officiële databestanden over criminele activiteiten), lengte van de follow-up periode, grootte van de onderzochte groep of publicatie-status (tijdschrift-artikel/congres-bijdrage/proefschrift/overheidsrapport);
  - vooral personen met een laag risico van recidive kunnen juist worden voorspeld door risicotaxatie-instrumenten (Fazel et al., 2012).

De neiging om het risico te hoog in te schatten zou volgens Rogers (2000) en Miller (2006a) vooral ontstaan wanneer beschermende factoren niet worden meegenomen in het risicotaxatieproces. Eerste aanwijzingen dat het includeren van beschermende factoren in de risicotaxatie leidt tot een betere voorspelling van het recidiverisico komen uit het onderzoek van De Vries Robbé, De Vogel en De Spa (2011). Zij onderzochten een instrument om beschermende factoren mee te meten: de *Structured Assessment of Protective Factors for violence risk* (SAPROF; De Vogel, De Ruiters, Bouman, & De Vries Robbé, 2007b; 2012). Ze keken onder meer naar een gecombineerde maat van risicofactoren en beschermende factoren. Dit werd gedaan door de SAPROF-totaalscore van de HCR-20-totaalscore<sup>9</sup> af te trekken. Dit leidde tot een betere voorspelling van recidive (De Vries Robbé et al., 2011; zie ook paragraaf 4.2). Wanneer de kans op een juiste voorspelling toeneemt door het toevoegen van beschermende factoren aan de risicotaxatie, kan hiermee mogelijk ook de kans op het nemen van juiste beslissingen over het al dan niet verlenen van vrijheden aan een tbs-gestelde toenemen en (sommige) recidives worden voorkomen.

Het derde belang van beschermende factoren dat in de literatuur wordt genoemd, is dat ze een meerwaarde voor de behandeling kunnen hebben (Van den Broek, 2008; De Vogel et al., 2007a). In de behandeling zou men zich volgens deze auteurs niet alleen moeten richten op het verminderen van de negatieve en zwakke kanten van de patiënt (de risico's), maar juist ook op het vasthouden en versterken van positieve en sterke kanten (de beschermende factoren) en op die manier het risico van recidive verminderen. Behandelaren en patiënten uit de forensische praktijk lijken enthousiast over de positieve insteek die beschermende factoren bieden en de aanknopingspunten voor de behandeling die erdoor worden geboden (Van den Broek, 2008). De aandacht voor wat de patiënt goed doet en wél kan, zou bovendien de behandelrelatie versterken en frustratie en demotivatie bij de tbs-gestelde en de behandelaar kunnen voorkomen (Bouman & Bulten, 2009). Volgens Resnick, Ireland en Borowsky (2004) helpt het (ook) in kaart brengen van beschermende factoren bovendien voor het identificeren van extra gebieden waarop de interventie kan plaatsvinden. Hierbij zou gelijktijdig moeten worden ingestoken op het versterken van beschermende factoren en verminderen van risicofactoren. Douglas en Skeem

---

<sup>9</sup> Voluit de *Historical-Clinical-Risk Management-20* (HCR-20; Webster, Eaves, Douglas, & Wintrup, 1995; Webster, Douglas, Eaves, & Hart, 1997; Nederlandse vertaling Philipse, De Ruiters, Hildebrand, & Bouman, 2000). De HCR-20 wordt herzien naar een derde versie: de HCR: V3, welke naar verwachting in het voorjaar van 2013 wordt gepubliceerd (Version 3; Douglas, Hart, Webster, Belfrage, & Eaves, 2013; Nederlandse vertaling De Vogel, De Vries Robbé, De Ruiters, Bouman, & Chakhssi, 2012).

(2005; in De Vries Robbé & De Vogel, 2009) ten slotte, geven aan dat vooral de dynamische, veranderlijke beschermende factoren een veelbelovende waarde hebben voor de formulering van positieve behandeldoelen en risicomanagement strategieën.

## 2.5 Theoretische achtergrond beschermende factoren

Het betrekken van beschermende factoren in het risicotaxatieproces van tbs-gestelden kan worden geduid als onderdeel van een grotere trend in de forensische psychologie, waarbij juist de sterke kanten van een persoon worden betrokken. Modellen als het *Good Lives Model*, het *Quality of Life*-model, het *Strengths-based*-model en de behandelprogramma's die eruit voortvloeien, komen steeds meer in zwang. Dit gebeurt niet alleen in Nederland, maar ook in de internationale forensische psychiatrie. Deze modellen en behandelprogramma's gaan alle uit van dezelfde principes uit een stroming in de psychologie genaamd: de positieve psychologie. De theoretische kaders met betrekking tot de positieve psychologie en onderliggende modellen komen hieronder kort aan de orde. In hoofdstuk 4 worden enkele onderzoeken naar deze modellen besproken.

### De positieve psychologie

De positieve psychologie pleit ervoor dat er meer aandacht komt voor positieve factoren en voor het voorkómen van afwijkend gedrag (preventie). Dit naast het (achteraf) behandelen van symptomen en syndromen van psychische ziekten (zie bijvoorbeeld Seligman, 2002; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Meer aandacht voor positieve aspecten van het leven, zoals hoop, moed, doorzettingsvermogen en creativiteit zou er volgens deze auteurs voor kunnen zorgen dat er meer kennis komt over de manier waarop mensen in staat zijn te bloeien en het meeste uit hun leven te halen (Seligman, 2002). Ook zou er zo meer kennis komen over de manier waarop sommige mensen ondanks vervelende omstandigheden toch in staat zijn goed te blijven functioneren (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Bovendien zou aandacht voor positieve aspecten de kwaliteit van leven kunnen verbeteren en ziekten kunnen voorkomen (Seligman, 2002). Voor de forensische psychiatrie is het van belang dat er wordt verondersteld dat deze positieve insteek mogelijk leidt tot een daling van het aantal recidives (zie hieronder). Place (2011) identificeert zes mogelijke belangen van de positieve psychologie voor de forensische zorg:

- 1 holistische insteek (de mens is meer dan de som der delen): meer aanknopingspunten voor behandeling;
- 2 hogere motivatie voor behandeling;
- 3 grotere autonomie en verantwoordelijkheid van deelnemers;
- 4 minder (kans op) recidive;
- 5 verbeterde vaardigheden;
- 6 positieve werkrelatie, omgeving en manier van werken voor medewerkers.

Andere inzichten vanuit de positieve psychologie zijn dat het stoppen met gedrag moeilijker is dan het aanleren van nieuw gedrag (Walburg, 2012) en dat de herseñnen het woord 'niet' niet kennen (Vissers, 2012). Een veelgebruikt voorbeeld hierbij is de instructie om niet te denken aan een roze olifant of een witte beer; personen die deze instructie hebben ontvangen, denken dan juist veel vaker aan een roze olifant of witte beer dan degenen die deze instructie niet hebben ontvangen.<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> Er zijn aanwijzingen dat het ook niet werkt om agressieve personen te instrueren hun agressieve gedachten of fantasieën te laten onderdrukken, omdat dit geassocieerd is met een hogere frequentie van dergelijke gedachten en bovendien met psychopathologische symptomen (Nagtegaal, 2008).

Vissers (2012) identificeert zeven positief-psychologische aandachtspunten om gedragsverandering mogelijk te maken: focus op mogelijkheden, creatief zoeken, verbeter de wereld en begin bij jezelf!, wat well!, complimenteren en belonen, wat kunt u en wat wilt u, en ten slotte wat vindt u prettig?

### **Het *Good Lives Model* (letterlijk: model over goed leven)**

Het *Good Lives Model* (GLM) werd geïntroduceerd door Ward en collega's (Ward, 2002; Ward & Stewart, 2003; Ward & Brown, 2004; Ward & Gannon, 2006; Ward et al., 2007). Het model ontstond als tegenreactie op het RNR-model van Andrews en collega's (zie paragraaf 2.1). Het belangrijkste kritiekpunt is dat het RNR-model onvoldoende rekening zou houden met de responsiviteit van de gedetineerde en de moeilijkheid van het motiveren van de gedetineerde voor behandeling wanneer deze (alleen) op een reductie van risico's voor de maatschappij is gericht (Ward, Mann, & Gannon, 2007). In plaats van het richten op het reduceren van risicofactoren, wordt in het GLM juist aandacht besteed aan het versterken van de sterke kanten van delinquenten en het verhogen van hun niveau van welbevinden.

Met 'goed leven' wordt een manier van leven bedoeld die voldoening geeft aan het individu, bijvoorbeeld op het gebied van materialistisch welzijn, gezondheid, productiviteit, intimiteit, veiligheid, welbevinden in de gemeenschap en emotioneel welzijn (Ward, 2002). Door hierop te richten, zo stelt het model, wordt de kwaliteit van leven verbeterd, waardoor de kans op het plegen van delicten verminderd (Ward & Stewart, 2003). Het plegen van delicten zou voor sommige individuen namelijk een manier zijn om voldoening aan hun leven te geven. Wanneer deze individuen geen andere manieren vinden of aanleren om een bevredigend leven te leiden, zullen ze ook niet stoppen met het plegen van delicten. Immers, zij halen hun voldoening hieruit. Programma's die zich richten op rehabilitatie van gedetineerden zouden zich volgens Ward en collega's dan ook moeten richten op het bijbrengen van voldoende vaardigheden, kennis en middelen om een bevredigend, goed leven te kunnen leiden zonder het plegen van delicten. Overigens is Ward (2002) ook van mening dat alle rehabilitatieprogramma's zich reeds impliciet richten op manieren waarop ex-gedetineerden goede levens kunnen gaan leiden, maar volgens hem zou dit meer expliciet aan de orde moeten komen. Hoewel het GLM oorspronkelijk werd opgesteld voor alleen zedendelinquenten (Ward, 2002), hebben Whitehead, Ward en Collie (2007) het model toegepast op een groep gewelddadige delinquenten met een hoog risico van recidive. Aan de hand van een casus werd geïllustreerd hoe het GLM ook bij deze groep delinquenten mogelijk van toegevoegde waarde zou kunnen zijn. Een voorbeeld van een behandelprogramma in de GLM-traditie is het *Rock Wood*-programma dat in Canadese gevangenissen wordt gegeven (Marshall, Marshall, Serran, & O'Brien, 2008; in Place, 2011). Andrews en collega's hebben ook weer met tegenkritiek op het GLM gereageerd. Zij stellen dat het model niet veel toevoegt aan het RNR-model en dat het vervangen van het RNR-model door het GLM geen goede zaak is (Andrews, Bonta, & Wormith, 2011).

### **Het *Quality of Life*-model (kwaliteit van Leven-model)**

Kwaliteit van Leven-model (KvL) wordt gedefinieerd als een gevoel van welbevinden en tevredenheid van een individu met de omstandigheden van zijn leven (Lehman, 1983 in Bouman, 2009). Ook dit model stelt dat een gevoel van (voldoende) kwaliteit van leven belangrijk is om het risico van herhaald delinquent gedrag te voorkomen. Indicatoren van KvL worden wel verdeeld in objectieve (economische en sociale) indicatoren en subjectieve indicatoren. Voorbeelden van de objectieve factoren zijn werk en financiële situatie (economische indicatoren), sociale contacten en intieme relaties (sociale indicatoren). Voorbeelden van de subjectieve indicatoren zijn cognitieve en affectieve beoordelingen van (aspecten van) het eigen leven

(Bouman, 2009). De aandacht voor een menswaardig bestaan en voldoende kwaliteit van leven in de Nederlandse forensische psychiatrie is toegenomen sinds de opkomst van *longstay*-afdelingen, waar tbs-gestelden langdurig verblijven (Bouman & Bulten, 2009; Van Nieuwenhuizen, Schene, & Koeter, 2002). Ook is het op die afdelingen een veel explicieter behandeldoel (Bouman & Bulten, 2009). Nederlandse instrumenten om de KvL in kaart te brengen zijn verschenen aan de hand van Van Nieuwenhuizen (1998) en Van Nieuwenhuizen, Schene en Koeter (1998). In het buitenland omvat het *Structured Outcome assessment and community Risk Monitoring* (SORM; een instrument om het risico van voormalige forensische patiënten in de gemeenschap mee te monitoren) de kwaliteit van leven als één van de items (Grann et al., 1999). Onderzoek naar de kvl bij een groep gevangenen met psychiatrische stoornissen in Nederland is verricht door Zwemstra (2009) en Zwemstra, Masthoff, Trompenaars, en De Vries (2009).

### **Strengths-based-model**

Rapp en Goscha (2006) zijn de ontwikkelaars van het *Strengths-based*-model. Ook in dit model staan de sterke punten en eigen mogelijkheden van de delinquent centraal. Een voorbeeld in deze traditie is het *Workforce Development Partnership*-programma in verschillende gevangenissen in Vermont (Lucenti & Gorczyk, 2005; in Place, 2008).

### **Recovery-principes**

Een ander positief psychologische trend is de opkomst van invloeden vanuit de *recovery*-literatuur in de forensische psychiatrie. Dit blijkt onder meer uit het aantal sessies over dit onderwerp op het jaarlijkse congres van de *International Association of Forensic Mental Health Services* (IAFMHS) in Miami in april 2012 (zie bijvoorbeeld Cree, Horstead, Nundy, & Hopkins, 2012; Rushton, & Best, 2012; Rushton, Collins, Ayub, & Barker, 2012; Stanton, & O'Sullivan, 2012). De *recovery*-principes krijgen onder meer in Groot-Brittannië steeds meer voet aan de grond, zoals te zien aan de implementatie van *recovery*-gebaseerde diensten en het gebruik van terminologie vanuit de *recovery*-principes (Rushton et al., 2012). Een belangrijk kenmerk van deze insteek is dat de betrokkene centraal wordt gesteld en zo veel mogelijk verantwoordelijkheid krijgt toebedeeld bij het doen verminderen van het risico van recidive (Rushton et al., 2012). De kernprincipes zijn hoop en relaties die hoop inspireren en het terugnemen van de controle en kansen (Stanton, & O'Sullivan, 2012).

### **Positief psychologische initiatieven in Nederland**

Ook verschillende initiatieven in Nederland kunnen onder de noemer van de positieve psychologie worden geschaard. Place (2011) noemt er een aantal: het gebruik van verschillende risicotaxatie-instrumenten om (ook) beschermende factoren mee in kaart te brengen (zoals de START en de SAPROF), een werkwijze in justitiële jeugdinrichtingen (JJI) genaamd YOUTURN<sup>11</sup>, vrijwilligers die zedendelinquenten begeleiden (*Circles of Support and Accountability*; COSA), stichtingen die ex-gedetioneerden begeleiden (zoals Exodus, DOOR, Moira, DEMO en Humanitas), verschillende behandelprogramma's (*Forensic Assertive Community Treatment*; FACT), talent coaching en *solution-focused therapy*. Verder is er onder meer in de Pompekliniek een behandelprogramma speciaal voor personen met verslavings- en middelenpro-

---

<sup>11</sup> YOUTURN is een werkwijze waarin is vastgelegd wat er op welke momenten met jongeren in een Justitiële Jeugd Inrichting (JJI) gaat gebeuren. Hiermee worden onder meer screening van de jongere, een plan van aanpak over de jongere en interventies bedoeld.



blematiek geïmplementeerd, dat gestoeld is op de positieve psychologie: de *Community Reinforcement Approach* (CRA; Vissers, 2012). Voor het onderhavige memorandum voert het te ver nader in te gaan op deze (behandel)programma's, wel komen de risicotaxatie-instrumenten met beschermende factoren nader aan bod (in paragraaf 3.3).



## 3 Beschermende factoren nader beschouwd

### 3.1 Conceptualisering beschermende factoren

Om de meerwaarde van beschermende factoren nader te kunnen bepalen, is het van belang te weten wat beschermende factoren nu precies zijn en op welke wijze beschermende factoren van invloed kunnen zijn. Anders dan bij het concept risicofactor bestaat er in de literatuur hierover echter onduidelijkheid (zie bijvoorbeeld Jessor, Van den Bos, Vanderryn, Costa, & Turbin, 1995; Van der Laan, Veenstra, Bogaerts, Verhulst, & Ormel, 2010). Ook is er in wetenschappelijk onderzoek naar beschermende factoren niet altijd aandacht voor het theoretisch kader achter beschermende factoren. Om die redenen wordt in dit hoofdstuk getracht deze lacunes enigszins op te vullen. Dit wordt gedaan door de (schaarse) bestaande literatuur hierover samen te vatten en ook de mogelijke werking van beschermende factoren te bespreken. De discussie richt zich onder meer op onderstaande punten. Ten eerste, in de Engelstalige literatuur worden verschillende termen gebruikt om beschermende factoren aan te duiden, waaronder *protective factors* en *promotive factors*. Bovendien hanteren verschillende auteurs verschillende definities van deze termen en zijn er verschillende onderzoekstradities die dezelfde termen op een verschillende manier interpreteren. Ten tweede is er discussie over de vraag of beschermende factoren unieke factoren zijn, anders dan risicofactoren (unipolair), of dat beschermende factoren enkel het tegenovergestelde van risicofactoren (bipolair) zijn. Deze vraag is van belang, want als er geen unieke beschermende factoren zijn, is het legitiem de vraag te stellen of onderzoek naar beschermende factoren en het ontwikkelen van aparte instrumenten om deze in kaart te brengen wel zinvol is. De discussie richt zich ten derde op de vraag of beschermende factoren directe of indirecte invloed op het gewelddadige gedrag (kunnen) hebben. Hieronder volgt een uiteenzetting over deze drie discussiepunten.

#### 1 Terminologie

Er zijn verschillende manieren om beschermende factoren aan te duiden. Zo wordt in de Engelstalige literatuur onder meer gesproken over *protective factors*, *promotive factors*, *direct protective factor*, *interactive protective factor* en *buffering protective factor*. Eén van de eerste keren dat de term *promotive factor* in de literatuur is terug te vinden, is in het artikel van Samerhoff, Bartko, Baldwin, Baldwin, en Seifer (1998; in Van der Laan et al., 2010). Bevorderlijke factoren zijn volgens deze auteurs factoren die de kans op probleemgedrag verkleinen, ongeacht het al dan niet bestaan van risico. Bij bevorderlijke factoren, in tegenstelling tot beschermende factoren, zou de aanwezigheid van risicofactoren niet noodzakelijk zijn. Farrington, Loeber, Jolliffe, en Pardini (2008; in Van der Laan et al., 2010) zien beschermende factoren om die reden als een subcategorie van bevorderlijke factoren. Recent wordt door Loeber en collega's de term *direct protective* gebruikt om beschermende factoren aan te duiden (Loeber & Farrington, 2012). Farrington en Ttofi (2012) spreken nog weer over andere definities van de begrippen. Zij definiëren *protective factors* als variabelen die een lage kans van delictgedrag voorspellen bij een groep die risico loopt. Daarnaast identificeren zij *interactive protective factors* als variabelen die interacteren met risicofactoren om daarbij hun risicoverhogende werking teniet te doen en ten slotte '*promotive factors*' om factoren aan te duiden met een lage kans van recidiveren. Ook maken zij het onderscheid tussen *direct protective* (beschermende factoren met een directe invloed op het risico) en *buffering protective factors* (beschermende factoren die veelal interacteren met risicofactoren; Lösel & Farring-

ton, 2012). Kortom, er bestaat duidelijk verwarring over over welke term waarvoor moet worden gebruikt (*protective, promotive, interactive protective, direct protective, buffering protective*, et cetera).

Deze verwarring komt mogelijk voort uit het gegeven dat er verschillende onderzoekstradities zijn die elk over beschermende factoren gaan, maar dit begrip op een andere manier interpreteren. De term *protective factor* (beschermende factor) komt oorspronkelijk uit de *resilience*-literatuur, die gaat over veerkracht of herstellvermogen na aversieve gebeurtenissen (zie bijvoorbeeld Lösel & Bender, 2003; Luthar & Cicchetti, 2000; Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000). Deze literatuur omvat onderzoek naar beschermende factoren voor het uitblijven van gewelddadig gedrag, *ondanks blootstelling aan negatieve omstandigheden of risico's*. Meestal betreft de *resilience*-literatuur personen die nog nooit in aanraking zijn geweest met gewelddadig of delinquent gedrag. Hoewel de term *protective factor* dus oorspronkelijk wordt gebruikt om factoren aan te duiden die beschermen tegen het *ontstaan* van negatief (bijvoorbeeld delinquent) gedrag, wordt de term ook gebruikt om andere beschermende factoren aan te geven, zoals factoren die beschermen tegen *herhaald* delinquent gedrag. Deze herhaling van delinquent gedrag wordt onderzocht in de *desistance*-literatuur ('ophouden met'), waarin factoren centraal staan die ertoe bijdragen dat een persoon (uiteindelijk) ophoudt met het plegen van delicten (bijvoorbeeld Serin & Lloyd, 2009). Voor een kritische bespreking van haken en ogen aan *desistance*-onderzoek wordt verwezen naar (Kazemian, 2007) en voor een theoretisch kader naar Paternoster en Bushway (2009).<sup>12</sup> Het tegenovergestelde van deze literatuur is onderzoek naar factoren die ertoe bijdragen dat een persoon juist persisteert/volhardt in delinquent gedrag, de zogenaamde *persistence*-literatuur (Eklund, 2006; Moffitt, 1993).<sup>13</sup> Ook hieruit kunnen factoren volgen die beschermend werken, wanneer een negatieve relatie met volharding (*persistence*) bestaat. Voorts, in de eerder genoemde *recovery*-literatuur worden factoren beschreven die herstel bevorderen. In dit geval gaat het om herstel van delinquent gedrag, dus stoppen met delinquent gedrag (zie bijvoorbeeld Cree et al., 2012; Rushton & Best, 2012; Rushton et al., 2012; Stanton, & O'Sullivan, 2012; zie ook paragraaf 2.4). Ten slotte, weer een ander deel van de literatuur is de traditionele risicotaxatieliteratuur, waarin onderzoek naar risicofactoren voor (herhaald) delinquent gedrag wordt beschreven. Een onderdeel hiervan is onderzoek naar de betrouwbaarheid en validiteit van specifieke risicotaxatie-instrumenten. Als risicofactoren een tegenovergestelde werking hebben, dat wil zeggen een negatieve relatie met het risico, hebben deze factoren in feite een beschermende werking. Hoewel de factoren die uit bovenstaande verschillende onderzoekslijnen naar voren komen allemaal als *protective factors* worden aangeduid, is er wel degelijk verschil in het gedrag waarvoor de factoren nu bescherming bieden, zoals het ontstaan of de herhaling van gewelddadig gedrag. Dit werkt verwarrend.

---

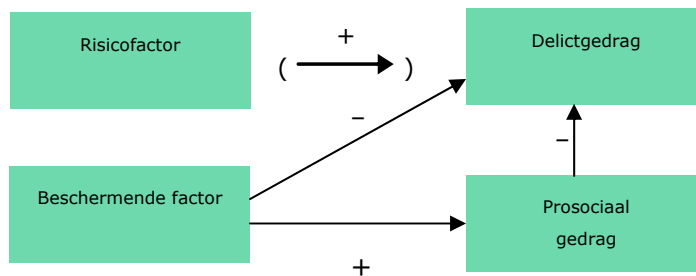
<sup>12</sup> Het ophouden met crimineel gedrag moet niet als absoluut worden beschouwd. Het gaat meer om een proces waarin crimineel gedrag uiteindelijk als het ware uitdooft, maar waarin terugval en instabiliteit in crimineel gedrag het proces het beste beschrijft (Healy, 2010).

<sup>13</sup> Bij delinquente adolescenten wordt hierbij veelal onderscheid gemaakt naar een groep die gedurende de levensloop persisteert in delinquent gedrag, de *life-course-persistent*-groep en naar een groep stopt met delinquent gedrag, de *adolescence-limited*-groep (Moffitt, 1993; 2006). Moffitt (1993) stipt hiernaast kort nog een derde groep aan: de jongeren die helemaal niet in aanraking komen met delinquent gedrag, de zogenaamde *abstainers* (onthouders). Onderzoek naar *abstainers* kan informatie opleveren over beschermende factoren tegen het beginnen met delinquent gedrag (zie bijvoorbeeld Boutwell & Beaver, 2008).

## 2 Unipolair versus bipolair

De tweede vraag is of beschermende factoren unieke, andere factoren zijn dan risicofactoren (unipolair; zie bijvoorbeeld Fergusson, Vitaro, Wanner, & Brendgen, 2007; Luthar et al., 2000) of dat beschermende factoren en risicofactoren eigenlijk dezelfde factoren zijn, maar dan verschillende uiteinden van eenzelfde factor of dimensie (bipolair). Een voorbeeld van een unipolaire beschermende factor is 'in militaire dienst zijn' (Loeber, Slot, & Stouthamer-Loeber, 2006). Wanneer de betrokkene in militaire dienst is, zou deze factor beschermen tegen risicovol delictgedrag, maar wanneer een persoon niet in militaire dienst is, zou er doorgaans geen verhoging van het risicovolle gedrag zijn. Een voorbeeld van een bipolaire beschermende factor is 'impulsiviteit'. Deze factor wordt als risicoverhogend gezien voor gewelddadig gedrag (bijvoorbeeld in de HCR-20), terwijl het tegenovergestelde ervan, zelfcontrole, gezien wordt als risicoverlagend (bijvoorbeeld in de SAPROF). Voor een nadere bespreking van deze instrumenten, zie paragraaf 2.4.

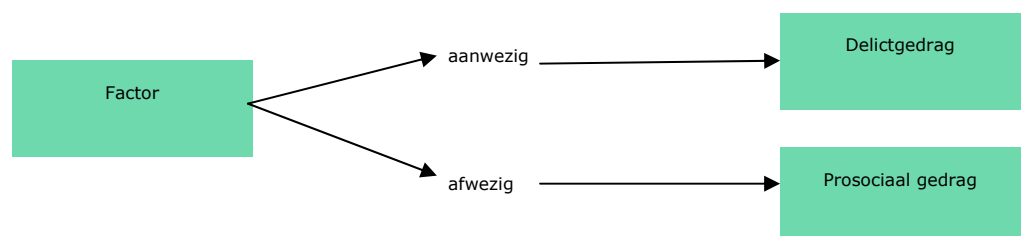
**Figuur 1 Unipolair: unieke factoren**



Bron: Van der Laan, Van der Schans, Bogaerts, en Doreleijers (2009)

Beschermende factoren zijn in de bipolaire visie geen andere factoren dan risicofactoren, alleen een variatie hierop. Hieronder vallen bijvoorbeeld de standpunten dat een beschermende factor hetzelfde is als de afwezigheid van een risicofactor (zie bijvoorbeeld Costa, Jessor, & Turbin, 1999) of als het tegenovergestelde uiteinde van eenzelfde factor (zie bijvoorbeeld Hawkins, Catalano, & Miller, 1992). Dus, er is één factor, welke risicoverhogend werkt wanneer deze aanwezig is en risicoverlagend wanneer afwezig. Figuren 1 en 2 geven respectievelijk unipolaire en bipolaire beschermende factoren weer.

**Figuur 2 Bipolair: multidimensionele factoren**



### Unipolair én bipolair

Jessor (1991) is van mening dat beschermende factoren zowel unipolair als ook bipolair kunnen zijn. Hij trachtte de complexiteit van risicovol gedrag van adolescenten te omschrijven aan de hand van vijf verschillende domeinen. Dit zijn het biologisch/genetisch domein, het sociale omgevingsdomein, de waargenomen omgeving, persoonlijkheid, en gedrag. Elk domein heeft een directe invloed op risicovol gedrag, maar de domeinen hebben ook een indirecte invloed op de andere domeinen en

daarmee weer op het risicovolle gedrag. Het interessante aan het model van Jessor (1991) is dat hij specifieke risicofactoren en specifieke beschermende factoren koppelt aan specifieke conceptuele domeinen. Bijvoorbeeld de beschermende factor 'hoge intelligentie': deze zou vooral beschermend werken op het domein biologie/genetica. Verder hebben alle domeinen een relatie met zowel risicogedrag als ook met een risico-uitkomst. Bijvoorbeeld, om bij hoge intelligentie te blijven, deze factor zou vooral beschermen tegen de risicogedragingen illegaal drugsgebruik, delinquent gedrag en rijden onder invloed. De risico-uitkomsten van dit gedrag zouden een negatieve invloed op de gezondheid zijn. Jessor benadrukt met zijn model ook dat de uitkomst van (delict)gedrag door (zeer) veel interacterende factoren wordt bepaald. Interventies om delictgedrag te voorkomen zouden volgens hem gericht moeten zijn op meerdere factoren op verschillende domeinen. De wijze waarop risico- en beschermende factoren leiden tot terugval in risicogedrag is immers complex en voor elk individu anders. Hoewel het inmiddels ruim 20 jaar geleden is dat dit model werd opgesteld en het bovendien voor jeugdige adolescenten was bedoeld, is het een conceptueel kader dat in aangepaste versie eventueel ook voor volwassenen nuttig zou kunnen zijn. Meer in het bijzonder, de manier waarop de verschillende risico- en beschermende factoren in specifieke domeinen worden geplaatst en de veronderstelde relatie tussen specifieke risico- en beschermende factoren en bepaalde risico-uitkomsten kunnen een kader geven om (ook) risico- en beschermende factoren bij volwassenen nader in onder te brengen. Om die reden wordt het model in Bijlage 1 schematisch weergegeven.

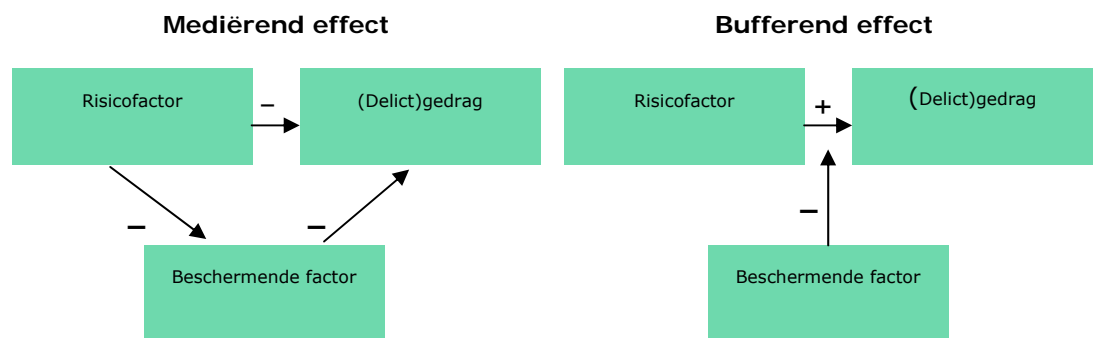
Uit Farrington en Ttofi (2012) is eveneens af te leiden dat zij beschermende factoren als zowel unipolair als ook als bipolair beschouwen. Er zijn volgens hen 'pure' risicofactoren en 'pure' bevorderlijke factoren (*promotive factors*) en daarnaast beschermende factoren (*protective factors*). De exacte aard van de variabele is volgens hen afhankelijk van de vraag of een variabele een lineaire of non-lineaire relatie heeft met delinquent gedrag. Alleen variabelen met een bepaalde non-lineaire relatie met delinquent gedrag zouden daarbij risicofactoren moeten worden genoemd. Dit is een non-lineaire relatie waarin geen beschermende werking van de variabele op het risico is in geval van lage of gemiddelde aanwezigheid, maar alleen een sterke risicoverhogende werking in geval van hoge aanwezigheid. Variabelen met de omgekeerde non-lineaire relatie, dat wil zeggen een beschermende werking van de variabele op het risico is in geval van lage of gemiddelde aanwezigheid en geen risicoverhogende werking in geval van hoge aanwezigheid, zijn dan *promotive factors* (Farrington & Ttofi, 2012).

### **3 Directe of indirecte invloed**

Naast de vraag of beschermende factoren unipolair of bipolair zijn, is het van belang na te denken over de vraag op welke manier beschermende factoren van invloed kunnen zijn. Hierbij kan onderscheid worden gemaakt naar directe invloed of indirecte invloed. Bij directe invloed van beschermende factoren is er invloed op het (totale) risico zonder dat daarbij een specifieke risicofactor wordt beïnvloed. Bij indirecte invloed van beschermende factoren, werken deze wel via de risicofactoren in op het totale risico. Volgens Fitzpatrick (1997) zijn er twee manieren waarop deze indirecte invloed van beschermende factoren zou kunnen gelden. Dit zijn 1) het 'mediation model' (mediërend) en 2) het 'buffering model' (bufferend; zie figuur 3). In het mediation model reduceren of verzwakken risicofactoren de aanwezigheid van beschermende mechanismen en tegelijkertijd versterken risicofactoren de kans op risicovol gedrag. De risicofactoren hebben dus zowel een direct negatief effect in de zin van verhoogd risicovol gedrag als ook een indirect negatief effect, omdat zij de invloed van de beschermende factoren verminderen. In het buffering-model hebben risicofactoren alleen een impact op risicovol gedrag onder bepaalde omstandig-

heden, bijvoorbeeld bij de afwezigheid van beschermende factoren. De beschermende factor heeft indirect effect op delictgedrag via de risicofactor. De risicofactor heeft geen negatief effect op de beschermende factor (Fitzpatrick, 1997; zie ook De Vogel et al., 2007a). Hierbij kan een vergelijking worden getrokken met het weer. Als het regent (risicofactor), kun je jezelf beschermen met een paraplu (beschermende factor) om jezelf droog te houden. Als het niet regent (geen risico), heb je ook geen paraplu (beschermende factor) nodig om jezelf droog te houden.

**Figuur 3 Mediërende of bufferende werking**



Bron: Fitzpatrick (1997)

### Ten slotte

Uit bovenstaande uiteenzetting en analyse is duidelijk geworden dat de aard en werking van beschermende factoren complex is en dat de wetenschappelijke literatuur hierover tot op heden niet eenduidig is. Rutter (1987) schreef hierover 25 jaar geleden dat ook als beschermende factoren alleen het tegenovergestelde zouden zijn van risicofactoren, het dan nog handig zou zijn hiervoor een aparte term te hanteren. Hij maakte hierbij de vergelijking tussen boven en beneden: we gebruiken voor beneden ook niet de term niet-boven, maar een andere term, namelijk beneden. Bovendien zou een eigen term ook de focus van het begrip weergeven (beneden is iets anders dan niet-boven; denk aan het beklimmen van een hoge berg). Loeber en collega's (2006) geven aan dat zij voornamelijk beide veronderstelde mogelijke werkingen (unipolaire en bipolaire) van beschermende factoren onderzoeken. Dit doen zij door hun data eerst op hoofdeffecten van beschermende factoren op de (reductie) van risico te onderzoeken (unipolaire werking) en daarna interactie-effecten (bipolaire werking) van beschermende factoren met risicofactoren op het risico mee te nemen. Voornamelijk lijkt dit een nuttige manier om beide mogelijke werkingen van beschermende factoren te onderzoeken. Aan de hand van de uitkomsten van dergelijk wetenschappelijk onderzoek zal in de toekomst de werking van beschermende factoren mogelijk duidelijker worden.

### 3.2 Bijzondere omstandigheden van de invloed van beschermende factoren

Naast de kwesties van de aard en de werking van beschermende factoren zijn er in de literatuur verschillende bijzondere omstandigheden of kenmerken van de betrokken delinquent te vinden, waarbij geldt dat de factoren die normaliter beschermend werken, dat in deze gevallen niet doen. Dat wil zeggen, factoren die in het algemeen een beschermende werking hebben, hebben dat niet altijd en niet altijd bij

iedereen. Bij sommige groepen tbs-gestelden en/of op sommige momenten hebben deze normaliter beschermende factoren zelfs een averechtse werking, namelijk risicoverhogend. In de literatuur zijn enkele van dergelijke factoren gevonden waarvoor (enige) wetenschappelijke onderbouwing bestaat. Vooral nog zijn dit er vier: type delinquent, leeftijd, sekse en type ingeschatte risico.

### **1 Type delinquent**

Afhankelijk van het type delinquent kan een beschermende factor soms toch risicoverhogend werken. Bijvoorbeeld, een beschermende factor in de SAPROF is de factor 'vrijtijdsbesteding'. Echter, voor een pedoseksuele delinquent die als vrijetijdsbesteding op een school vrijwilligerswerk verricht, zal deze vrijetijdsbesteding eerder risicoverhogend werken, vanwege de blootstelling aan kleine kinderen. Voor een ander type delinquent zal deze vrijetijdsbesteding juist wel beschermend werken. Ook kan een hoge intelligentie, eveneens een beschermende factor in de SAPROF, juist een risicofactor zijn, bijvoorbeeld bij personen met een hoge score op psychopathie. Een kenmerk van psychopaten is dat zij manipulatief zijn. Wanneer zij daarnaast bovengemiddeld intelligent zijn, weten zij nog beter hoe zij anderen voor hun karretje kunnen spannen (De Vogel et al., 2007b; 2012). Uit SAPROF-onderzoek kunnen eerste aanwijzingen voor het bestaan van een dergelijke impact van het type delinquent worden gevonden: er zijn verschillen in de factoren die beschermend werken voor de verschillende onderzochte groepen tbs-gestelden. Dat wil zeggen, voor gewelddadige delinquenten en zedendelinquenten worden andere beschermende factoren gevonden (De Vogel et al., 2012; zie ook paragraaf 4.2).

### **2 Leeftijd**

De leeftijd of leeftijdsfase van een individu kan van invloed zijn op de mate waarin een beschermende factor effect heeft op het risico. Jessor (1991) vond bijvoorbeeld dat bij kinderen in verschillende leeftijdsfasen andere risicofactoren en beschermende factoren samenhangen met probleemgedrag. Zo is het gezinsdomein op jongere leeftijd meer relevant dan op latere leeftijd, wanneer de sociale omgeving belangrijker is (Jessor, 1991). Ook kan dezelfde factor op een bepaalde leeftijd een beschermende werking hebben, maar op een andere leeftijd juist weer een risicofactor zijn. Kraemer, Kazdin, en Offord (1997) geven hierbij het voorbeeld van trouwen: op jeugdige leeftijd is een huwelijk een risicofactor voor zelfdoding bij vrouwelijke adolescenten, op latere leeftijd werkt een huwelijk juist beschermend tegen zelfdoding (voor de relatie tussen huwelijk en delictgedrag, zie paragraaf 4.2). Bij volwassenen zou de werking van beschermende factoren eveneens veranderlijk kunnen zijn over de tijd. Afhankelijk van de jongvolwassenheid, midden volwassenheid en/of latere levensfasen zouden verschillende beschermende factoren een rol kunnen spelen. Onderzoek hiernaar is echter nog schaars.

### **3 Sekse**

Er zijn belangrijke aanwijzingen in de literatuur dat er verschillen zijn tussen mannen en vrouwen in risicofactoren voor gewelddadig gedrag (voor een recente bespreking hiervan: zie De Vogel, De Vries Robbé, Van Kalmthout, & Place, 2011). Om aan deze verschillen recht te doen, is voor de volwassen vrouwelijke forensische populatie onlangs een risicotaxatie-instrument ontwikkeld: de *Female Additional Manual* (FAM; De Vogel et al., 2011). Dit instrument beoogt een aanvulling op standaard risicotaxatie-instrumenten te zijn, zoals de HCR-20 of HKT-30. Wanneer sekseverschillen voor risicofactoren van belang zijn, is het logisch ook te kijken naar de rol die sekse mogelijk speelt bij beschermende factoren. Echter, voor beschermende factoren is nog geen apart instrument of toevoeging aan bestaande instrumenten ontwikkeld. Door de auteurs van de tweede editie van de SAPROF



wordt dit vooralsnog niet noodzakelijk geacht (De Vogel et al., 2012). Dit komt doordat het onderzoek naar beschermende factoren bij vrouwen nog schaars is en doordat eerste resultaten van SAPROF-onderzoek ook bij vrouwen veelbelovend is. Dat wil zeggen, ook bij vrouwen lijken verschillende SAPROF-factoren geassocieerd te zijn met bescherming tegen gewelddadige recidive. Wel raden de auteurs van de SAPROF aan de onderzoeksbevindingen met dit instrument apart te rapporteren voor mannen en vrouwen (De Vogel et al., 2012). Hieronder komen enkele onderzoeken naar de invloed van sekse op beschermende factoren aan de orde.

### **Onderzoek naar sekseverschillen bij adolescenten**

Gammelgård, Eronen, en Kaltiala-Heino (2007) onderzochten sekseverschillen in beschermende factoren aan de hand van SAVRY-scores.<sup>14</sup> Ruim 200 jeugdigen afkomstig uit de algemene psychiatrie, forensische units en op detentiescholen vulden de SAVRY in. De onderzoekers onderzochten sekseverschillen op SAVRY-scores van de totale groep deelnemers en daarnaast sekseverschillen op SAVRY-scores van alleen de hoogrisicogroep. In de totale groep noch de groep deelnemers met hoog risico waren sekseverschillen op de subschaal met beschermende items: jongens en meisjes scoorden dus vergelijkbaar op de beschermende items van de SAVRY. Op itemniveau werden wel sekseverschillen gevonden. Binnen de groep meisjes hing vooral de factor 'duidelijke hechte band met tenminste één prosociale volwassene' samen met de totale SAVRY-score, terwijl dit binnen de groep jongens 'positieve houding tegenover interventie en gezag' was. Wanneer naar sekseverschillen in de hoogte van de scores op de sekseverschillen werd gekeken, bleek dat meisjes hoger scoorden op 'pro-sociale betrokkenheid' en 'toewijding aan school'. Deze sekseverschillen werden gevonden voor zowel de totale groep deelnemers als ook binnen de groep hoogrisicodeelnemers (Gammelgård et al., 2007).<sup>15</sup>

### **Onderzoek naar sekseverschillen bij volwassenen**

Ook sekseverschillen tussen volwassen mannen en vrouwen in de factoren die beschermend werken, worden in de literatuur gevonden. Zo komt uit eerste SAPROF-onderzoeken naar voren dat het risico van gewelddadige incidenten in de kliniek bij mannen samenhangt met andere factoren dan bij vrouwen. Voor vrouwen hingen intelligentie, coping, werk, en financiën het sterkste samen met het risico voor gewelddadige incidenten in de kliniek. Voor mannen waren dit zelfcontrole, attitudes, werk, motivatie en medicatie. Nog weer andere factoren werden gevonden als beste voorspellers van gewelddadige incidenten voor mannelijke tbs-gestelden met een zedendelict: coping, vrijetijdsbesteding, attitudes en netwerk (De Vogel et al., 2012). Nicholls, Petersen, Brink en Webster (2011) onderzochten de START en vonden significante verschillen tussen mannen en vrouwen op vier START-item-scores. Dit waren vrijetijdsbesteding, sociale vaardigheden en middelengebruik op de schaal met sterke punten en emotionele staat op de schaal met kwetsbaarheden.

---

<sup>14</sup> Voluit de *Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY)* (Borum, Bartel, & Forth, 2002; Nederlandse vertaling: Lodewijks, Doreleijers, De Ruiter, & De Wit-Grouls, 2003). Dit is een risicotaxatie-instrument voor jeugdigen dat naast risicofactoren ook zes beschermende factoren kent. Dit zijn: prosociale betrokkenheid, duidelijke ondersteuning door een ander, duidelijke hechte band met ten minste één prosociale volwassene, positieve houding tegenover interventie en gezag, duidelijke positieve gerichtheid op school of werk en veerkrachtige persoonlijkheidstrekken.

<sup>15</sup> Overigens lijken voor het ontstaan (in plaats van het persisteren) van gewelddadig gedrag ook sekseverschillen te zijn in factoren die beschermend werken. Uit onderzoek van Hartman, Turner, Daigle, Exum, en Cullen (2009) bleek dat andere beschermende factoren voor jongens in vergelijking met meisjes van beschermend werken. Beide seksen kwamen overeen in de mate waarin de cumulatieve werking van beschermende factoren invloed heeft op het risico.

De auteurs vermelden niet wie er hoger dan wel lager scoorden. Resultaten van toekomstig onderzoek naar sekseverschillen voor scores op beschermende factoren moeten duidelijk maken of een aanvullend apart instrument met beschermende factoren voor vrouwen wenselijk is. Naast eerste bevindingen dat *andere* beschermende factoren een rol spelen bij jongens in vergelijking met meisjes, lijken ook de (subjectieve) blootstelling aan risico- en beschermende factoren en de sterkte van de relatie tussen risico- en beschermende factoren en delictgedrag door sekse beïnvloed te kunnen worden (Fagan, Van Horn, Hawkins, & Arthur, 2007; Wong, 2012). Fagan en collega's (2007) onderzochten sekseverschillen in 22 risico- en beschermende factoren bij adolescenten (gemiddelde leeftijd 15,6 jaar). Alle onderzochte risico- en beschermende factoren waren significant gerelateerd aan ernstig delinquent gedrag, bij zowel de jongens als de meisjes. De aan leeftijdsgenoten gerelateerde risico- en beschermende factoren, waren hierbij voor beide seksen het sterkst gerelateerd aan ernstig delinquent gedrag. Een eerste sekseverschil werd gevonden voor de mate waarin de deelnemers aangaven te worden blootgesteld aan risico- en beschermende factoren. Jongens gaven aan dat zij vaker dan de meisjes werden blootgesteld aan risicofactoren en minder vaak aan beschermende factoren (dit gold voor 18 van de 22 onderzochte factoren). Een tweede sekseverschil werd gevonden voor de sterkte van de relaties tussen de onderzochte factoren en risico respectievelijk bescherming. Dat wil zeggen, 4 van de 8 beschermende factoren en 8 van de 14 risicofactoren bleken een sterkere relatie met serieus delinquent gedrag te hebben bij de mannelijke adolescenten in vergelijking met de vrouwelijke adolescenten. De auteurs van dit onderzoek concludeerden dat dit een aanwijzing is dat de grotere betrokkenheid van jongens bij delinquent gedrag, (mede) wordt veroorzaakt door de ervaring van meer risicofactoren en minder beschermende factoren (Fagan et al., 2007).

Kortom, bij jongens/mannen blijken andere factoren te beschermen tegen geweld dan bij meisjes/vrouwen. Daarnaast is de subjectieve blootstelling aan beschermende factoren voor jongens kleiner dan voor meisjes. Ten slotte is de sterkte van de relaties tussen beschermende factoren en het recidiverisico en die tussen risicofactoren en het recidiverisico hoger voor jongens dan voor meisjes.

#### **4 Type ingeschatte risico**

Afhankelijk van het type ingeschatte risico, of de uitkomstmaat, kan een beschermende factor soms juist risicoverhogend werken en/of een andere relatie hebben met het ingeschatte risico. Rutter (1987) constateerde enige tijd geleden al dat een variabele die een risico oplevert voor de ene uitkomst, beschermend kan werken voor een andere uitkomst. Hij gaf hierbij het voorbeeld van de sikkelvormige bloedcel, die een bepaalde bloedziekte veroorzaakt, maar tegelijkertijd beschermend werkt voor het ontwikkelen van malaria. Op vergelijkbare manier zou dit bij verschillende typen delictgedrag zo kunnen werken. Uit SAPROF-onderzoek kunnen eerste aanwijzingen voor het bestaan van een dergelijke impact van het type ingeschatte risico worden gevonden. Zo waren de best voorspellende beschermende factoren bij gewelddadige delinquenten (niet-zeden) anders wanneer de uitkomstmaat gewelddadige recidive was, dan wanneer de uitkomstmaat het aantal gewelddadige incidenten in de kliniek was. Dezelfde bevinding werd gevonden voor de beschermende factoren bij zedendelinquenten, afhankelijk van de uitkomstmaat (De Vogel et al., 2012; zie ook paragraaf 4.2). Ten slotte kan een bepaalde factor beschermend zijn voor het verminderen van risico van recidive, en gelijktijdig het risico van ander negatief (niet crimineel) gedrag (bijvoorbeeld een depressie of angst) doen toenemen (Rutter, 1987).

### 3.3 Meten van beschermende factoren

De discussie over de conceptualisering van het begrip beschermende factoren (zie paragraaf 3.1) is terug te zien in de verschillen tussen verschillende instrumenten om beschermende factoren mee in kaart te brengen. In sommige instrumenten worden de beschermende factoren hierbij als unipolaire factoren gezien, bijvoorbeeld in de SAPROF. In andere instrumenten worden de beschermende factoren als bipolaire factoren gezien, bijvoorbeeld in de START. Hieronder worden de SAPROF, de START en enkele andere instrumenten om beschermende factoren in kaart te brengen kort besproken.

#### De SAPROF

De *Structured Assessment of Protective Factors for violence risk* (SAPROF; De Vogel et al., 2007b; 2012) is een instrument dat beoogt beschermende factoren voor het risico van gewelddadig gedrag in kaart te brengen. Het instrument is in Nederland ontwikkeld en is inmiddels in tien talen vertaald. Er zijn zeventien beschermende factoren, die bijna allemaal dynamisch van aard zijn (op twee items na: intelligentie en gehechtheid in de kindertijd). De items zijn onder te verdelen in interne factoren (persoonlijke kenmerken zoals coping, zelfcontrole), motivationele factoren (houding en motivatie zoals werk, vrijetijdsbesteding, of inzet voor behandeling), en externe factoren (bescherming van buitenaf zoals sociaal netwerk en professionele hulpverlening; voor een overzicht van alle factoren, zie tabel 1). Daarnaast kan de beoordelaar aangeven of er cruciale items zijn, items die voor de betreffende patiënt essentieel lijken te zijn in het voorkomen van gewelddadig gedrag. De beoordelaar heeft hierbij twee keuzes: een key-item of een doel-item. Een key-item wordt als essentieel gezien in het voorkomen van gewelddadig gedrag en een doel-item is een factor waar de behandeling of het risicomanagement zich vooral op zou moeten richten (dit zijn overigens meestal niet dezelfde items). De SAPROF wordt ook wel aangeduid als een *strengths-based approach* (De Vries Robbé & De Vogel, 2013; zie ook paragraaf 2.4).

De SAPROF is ontwikkeld om in combinatie met een risicotaxatie-instrument gericht op risicofactoren te worden gebruikt. Dat wil zeggen, het eindoordeel van het risico wordt idealiter op basis van zowel een inschatting van de beschermende als ook van de risicofactoren gegeven.<sup>16</sup> De factoren kunnen alleen worden gescoord op (eventuele) beschermende werking, in die zin zijn ze unipolair. Echter, in de handleiding van de tweede versie van de SAPROF wordt bij 7 van de 17 items specifiek aangegeven dat de beschermende factor in bijzondere situaties juist risicoverhogend zou kunnen werken (De Vogel et al., 2012). Bovendien, bij de introductie van de SAPROF in 2008 werd gesteld dat zelfs iedere beschermende factor in individueel geval juist een risicofactor kan zijn (De Vogel, 2008). In deze zin zijn de factoren van de SAPROF als bipolair te beschouwen. Enkele onderzoeksresultaten met de SAPROF worden in paragraaf 4.2 besproken.

#### De START

Een risicotaxatie-instrument waarin dezelfde factor zowel een risicoverhogende als ook een beschermende werking kan hebben (bipolair, paragraaf 3.1), is de *Short-Term Assessment of Risk and Treatability* (START; Webster, Martin, Brink, Nicholls, & Middleton, 2004; Webster, Martin, Brink, Nicholls, & Desmarais, 2009; Neder-

---

<sup>16</sup> Voor de Nederlandse situatie zijn dit bijvoorbeeld de HCR-20 (Philipse et al., 2000; De Vogel et al., 2013) of de Historisch Klinisch Toekomst-30 (Werkgroep Risicotaxatie Forensische Psychiatrie, 2002). Er is in 2010 een aanpassing van de HKT verschenen, de HKT-EX, welke zich op dit moment in experimentele fase bevindt (Brand, Ter Horst, Lammers, & Spreen, 2010).

landse vertaling: 't Lam, Lancel, & Hildebrand, 2009). Het instrument kent 20 dynamische items waarvan de beoordelaar dient aan te geven of en in hoeverre deze factor bij betrokkene leidt tot een kwetsbaarheid (*vulnerability*; risicofactor) en/of een sterk punt (*strength*; beschermende factor). Elke factor wordt dus apart bekeken op risicoverhogende én beschermende werking. Het instrument biedt verder de mogelijkheid om de meest prominente kwetsbaarheden (*critical items*) en de meest prominente sterktes (*key items*) aan te duiden. Deze kunnen worden ingezet in de behandeling om risicovol gedrag naar anderen en/of zichzelf te verminderen. Het instrument is ontwikkeld voor het inschatten van zeven verschillende typen risico's in de klinische praktijk (dus tijdens de behandeling). Dit is een uitzondering op de meeste andere risicotaxatie-instrumenten, waarmee alleen het risico van gewelddadig gedrag naar anderen kan worden voorspeld. De zeven verschillende typen risico's van de START zijn het risico van gewelddadig gedrag naar anderen, van zelfbeschadiging, van zelfdoding, van ongeoorloofde afwezigheid, van middelengebruik, van zelfverwaarlozing en van victimisatie. Het is mogelijk om een patiënt dagelijks, wekelijks, of maandelijks opnieuw te evalueren tijdens multidisciplinaire overleggen. Aangeraden wordt een vaste tijdsperiode aan te houden, bijvoorbeeld eens in de drie of zes maanden (Webster et al., 2004; 2009). Enkele onderzoeksresultaten met de START worden in paragraaf 4.2 besproken. In tabel 1 worden alle beschermende factoren uit de SAPROF en START opgesomd. Voor deze beschermende factoren bestaat in ieder geval enige evidentie dat zij werken ter reductie van het recidiverisico.

**Tabel 1 Beschrijving factoren die mogelijk beschermend werken, opgenomen in SAPROF en START**

SAPROF	START
1 Intelligentie	1 Sociale vaardigheden
2 Hechte band in de kindertijd	2 Relaties
3 Empathisch vermogen	3 Werk en opleiding
4 Coping	4 Vrijtijdsbesteding
5 Zelfcontrole	5 Zelfverzorging
6 Werk	6 Psychische stoornis
7 Vrijtijdsbesteding	7 Emotionele toestand
8 Financieel beheer	8 Middelengebruik
9 Motivatie voor behandeling	9 Impulscontrole
10 Houding tegenover autoriteit	10 Externe invloeden
11 Levensdoelen	11 Sociale steun
12 Medicatie	12 Materiële middelen
13 Netwerk	13 Attitudes
14 Intieme relatie	14 Medicatietrouw
15 Hulpverlening	15 Overeenstemming over regels
16 Woonsituatie	16 Gedrag
17 Toezicht	17 Zelfinzicht
	18 Plannen
	19 Copingvaardigheden
	20 Behandelbaarheid

*Noot:* Verschillende items van beide instrumenten vertonen overlap. Dit zijn in ieder geval acht items: SAPROF 5 en START 9, SAPROF 6 en START 3, SAPROF 7 en START 4, SAPROF 9 en START 20, SAPROF 10 en START 13, SAPROF 12 en START 14, SAPROF 13 en START 11, en SAPROF 14 en START 2.

### Overige instrumenten

Er zijn ook andere instrumenten voor aan tbs-gestelden-gerelateerde populaties waarin (onder meer) beschermende factoren voorkomen. Voor de geïnteresseerde lezer volgt hier een korte opsomming daarvan. Voor de ambulante forensische populatie is de *WaagSchaal-volwassenen* beschikbaar, waarin de SAPROF integraal is opgenomen (Van Horn, Wilpert, Bos, & Mulder, 2009).<sup>17</sup> Voor (ex-) gedetineerden zijn beschikbaar: de *Recidive Inschattingsschalen* (RISc; Adviesbureau van Montfort & Reclassering Nederland, 2004), de *Level of Service Inventory-Revised* (LSI-R; Andrews & Bonta, 1995), de *Level of Service/Case Management* (LS/CMI; Andrews et al., 2004), de *Structured Outcome assessment and community Risk Monitoring* (SORM; Grann et al., 1999; Nederlandse vertaling Hilterman & Bouman, 2004) en het zelfrapportage-instrument *Inventory of Offender Risk, Needs en Strengths* (IORNS; Miller, 2006b). Aan de hand van deze vier laatstgenoemde instrumenten is het mogelijk het benodigde risicomanagement op een gestructureerde wijze in kaart te brengen.

Een instrument met beschermende factoren voor adolescenten (12- tot 18-jarigen) is de eerder genoemde *Structured Assessment of Violence Risk in Youth* (SAVRY; Borum, Bartel, & Forth, 2002; Nederlandse vertaling: Lodewijks et al., 2003).<sup>18</sup> Verder bestaat er een adolescenten-versie van de START: de *START-Adolescent Version* (START-AV; Nicholls, Viljoen, Cruise, & Desmarais, 2010). In tabel 2 staan de instrumenten nog eens op een rijtje.

**Tabel 2 Instrumenten om beschermende factoren in kaart te brengen**

Populatie	Instrumenten
<i>Volwassenen</i>	
Forensische populatie, intramuraal	<ul style="list-style-type: none"><li>• Structured Assessment of Protective Factors for violence risk (SAPROF)</li><li>• Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START)</li></ul>
Forensische populatie, ambulant	<ul style="list-style-type: none"><li>• WaagSchaal-volwassenen</li></ul>
Gedetineerden, ambulant	<ul style="list-style-type: none"><li>• Recidive Inschattingsschalen (RISc)</li><li>• Level of Service Inventory-Revised (LSI-R)</li><li>• Structured Outcome assessment and community Risk Monitoring (SORM)</li><li>• Inventory of Offender Risk, Needs and Strengths (IORNS)</li><li>• Level of Service/Case Management (LSI-CM)</li></ul>
<i>Adolescenten (12 tot 18-jarigen)</i>	
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY)</li><li>• Structured Assessment of Risk and Treatability-Adolescent Version (START-AV)</li></ul>

### Kortom

In dit hoofdstuk kwamen de conceptualisering, de bijzondere omstandigheden en het meten van beschermende factoren aan bod. Deze onderwerpen zijn van belang om de meerwaarde van beschermende factoren nader te kunnen duiden. Anders dan bij het concept risicofactor bestaat er in de literatuur over de conceptualisering van beschermende factoren nog veel onduidelijkheid. De discussie richt zich onder meer op de verschillende termen die worden gebruikt om beschermende factoren

<sup>17</sup> De auteurs van dit instrument hebben ook een WaagSchaal-jeugd samengesteld (Van Horn, Wilpert, Bos, & Mulder, 2008). Ook hierin zijn de beschermende factoren van de SAPROF integraal opgenomen. Echter, de SAPROF-items zijn ontwikkeld voor de volwassen populatie en niet voor jeugdigen. De WaagSchaal-jeugd en onderzoek ernaar wordt om die reden hier verder buiten beschouwing gelaten.

<sup>18</sup> Er is ook een jeugdversie van de SAPROF in voorbereiding (De Vries Robbé & De Vogel, in voorbereiding). Deze wordt in 2013 verwacht.

aan te duiden, de verschillende definities die voor de verschillende termen worden gehanteerd, de vraag over het unipolaire of bipolaire karakter van beschermende factoren en de indirecte of directe invloed die beschermende factoren mogelijk hebben. Bijzondere omstandigheden van beschermende factoren kwamen ook aan de orde. Dat wil zeggen, factoren die over het algemeen een beschermende werking hebben, hebben dat niet altijd en niet altijd bij iedereen. Het type delinquent, de leeftijd, sekse en het type ingeschatte risico bleken de relatie tussen beschermende factoren en het risico van herhaald gewelddadig gedrag te kunnen modereren. De SAPROF en de START zijn twee belangrijke instrumenten om beschermende factoren op gestructureerde wijze in kaart te brengen.

## 4 Factoren die beschermend werken

In dit hoofdstuk worden enkele voorbeelden gegeven van onderzoek naar beschermende factoren. Hierbij wordt onderscheid gemaakt naar twee groepen: 1) Onderzoek naar factoren die worden gemeten bij delinquente jeugdigen en beschermend werken tegen herhaald delinquent gedrag in de volwassenheid (paragraaf 4.1) en 2) Onderzoek naar factoren die worden gemeten bij volwassenen en beschermend werken tegen herhaald delictgedrag bij volwassenen (paragraaf 4.2). De eerste groep wordt meegenomen, omdat het over terugval op volwassen leeftijd gaat en omdat dit onderzoek mogelijk aanknopingspunten biedt ter preventie van terugval op volwassen leeftijd.

### Vooraf

Uit onze zoektocht naar literatuur over de relatie tussen beschermende factoren en recidive reductie is gebleken dat deze literatuur gefragmenteerd is. Waarschijnlijk heeft dit (mede) te maken met de verschillende onderzoeklijnen die vanuit verschillende invalshoeken naar beschermende factoren kijken; ook de verschillende termen die worden gehanteerd om beschermende factoren aan te duiden en de verschillende visies op de veronderstelde werking van beschermende factoren (*desistance*, *persistence*, *recovery*, traditionele risicotaxatieliteratuur en de *resilience*-literatuur; zie ook paragraaf 3.1), dragen bij aan de fragmentatie. Vanwege deze verschillen (in terminologie, in visies op de veronderstelde werking en in onderzoeklijnen) is het binnen de reikwijdte van het onderhavige memorandum niet mogelijk alle beschermende factoren voor terugval in delictgedrag uitputtend te identificeren. In plaats daarvan is er in het onderhavige hoofdstuk voor gekozen enkele voorbeelden van de hierboven genoemde onderzoeklijnen te bespreken. Hierbij hebben we ons beperkt tot beschermende factoren voor *terugval* in crimineel/delinquent gedrag (dat wil zeggen recidive) en blijft onderzoek naar factoren gerelateerd aan *ontstaan* van delinquent gedrag buiten beschouwing (zie ook paragraaf 1.1). Daarnaast worden alleen beschermende factoren genoemd die terugval in crimineel/delinquent gedrag op een leeftijd van minimaal 18 jaar omvatten, aangezien we vooral geïnteresseerd zijn in beschermende factoren voor volwassenen.

### 4.1 Voorbeelden beschermende factoren gemeten bij delinquente jeugdigen

In de jeugdliteratuur worden beschermende factoren veelal onderverdeeld naar verschillende clusters van factoren. Zo identificeren Loeber en collega's (2006) vijf domeinen van beschermende factoren bij jeugdigen: individuele factoren, familiefactoren, factoren met betrekking tot leeftijdsgenoten, schoolfactoren, en omgevingsfactoren. De domeinen zijn gebaseerd op het ecologisch model van Bronfenbrenner (1979; in Loeber et al., 2006). Deze factoren worden meestal gelijktijdig in onderzoek betrokken, waardoor het ook mogelijk wordt de sterkste voorspellers van bescherming voor herhaald gewelddadig gedrag te identificeren.

#### Biologische beschermende factoren

Raine (2002) verrichtte een review over biosociaal onderzoek naar antisociaal en gewelddadig gedrag bij kinderen en volwassenen (voor de relevante bevindingen bij volwassenen wordt verwezen naar paragraaf 4.2). In Streissguth, Barr, Kogan, en Bookstein (1996; in Raine, 2002) wordt de risicoverhogende invloed van een biolo-

gische risicofactor door een beschermende factor omgebogen. Uit de resultaten bleek namelijk dat kinderen met het foetale alcohol syndroom (een biologische risicofactor voor gewelddadig gedrag) minder vaak antisociaal gedrag op latere leeftijd vertoonden wanneer zij een stabiele thuissituatie hadden gehad.

### **Verschillende typen beschermende factoren gelijktijdig onderzocht**

Van Domburgh, Loeber, Bezemer, Stallings, en Stouthamer-Loeber (2009) onderzochten risico- en beschermende factoren die samenhangen met verschillen in het al dan niet persisteren in delinquent gedrag (en de mate waarin). Deelnemers aan het onderzoek waren delinquenten die in de vroege jeugd (leeftijd voor het twaalfde jaar) gestart waren met delinquent gedrag. De groep werd op vijf meetmomenten onderzocht. De gemiddelde leeftijd was 8,2 jaar ten tijde van het eerste meetmoment en 19,0 jaar ten tijde van het laatste meetmoment. Vanwege het leeftijdsinclusie criterium in het onderhavige onderzoek, worden alleen de resultaten met betrekking tot het laatste meetmoment hier samengevat. De variabelen die werden onderzocht op zowel risicoverhogende als ook op beschermende invloed zijn onder te verdelen in de categorieën *kindfactoren* (bijvoorbeeld psychopathologie, fysieke ontwikkeling), *gedrag van leeftijdsgenoten* (bijvoorbeeld delinquent gedrag), *familiefunctie* (bijvoorbeeld mate van discipline), *schoolfactoren* (zoals schoolprestaties) en *demografische factoren* (bijvoorbeeld sociaaleconomische status). Uit de resultaten bleek dat er verschillen zijn in beschermende factoren afhankelijk van de manier waarop de analyses worden verricht. Dat wil zeggen, er werden andere beschermende factoren gevonden wanneer ernstige volharders in delinquent gedrag werden vergeleken met gemiddelde volharders in delinquent gedrag en/of ernstige volharders werden vergeleken met personen die ophouden met delinquent gedrag en/of wanneer gemiddelde volharders werden vergeleken met personen die ophouden met delinquent gedrag. De beschermende factoren tegen herhaald delinquent gedrag waren: geen complicaties bij de geboorte (ernstige volharders in delinquent gedrag versus gemiddelde volharders in delinquent gedrag), betrokkenheid van de jeugdigen in familieactiviteiten (ernstige volharders versus personen die ophouden met delinquent gedrag en gemiddelde volharders versus personen die ophouden met delinquent gedrag), wanneer de jeugdigen in een klein gezin woonden (ernstige volharders versus personen die ophouden met delinquent gedrag), en wanneer de jeugdigen een goede relatie met hun leeftijdsgenoten hadden (gemiddelde volharders versus personen die ophouden met delinquent gedrag).

Giordano, Cernkovich en Holland (2003) onderzochten de invloed van veranderingen in relaties op het stoppen met crimineel gedrag. Hiertoe werden personen die als adolescent vastzaten in een instelling voor delinquente jongeren geïnterviewd (gemiddelde leeftijd niet genoemd) en 13 jaar later als volwassene (gemiddelde leeftijd 29 jaar) opnieuw. Er werden verschillende factoren onderzocht als mogelijke voorspellers van (zelfgerapporteerde) criminele activiteiten als volwassene. Dit waren sociaalgeografische variabelen (etnische afkomst, leeftijd, sekse), zelf gerapporteerd delinquent gedrag als adolescent, sociale banden als volwassene (hechting aan partner, stabiliteit in het werk), en criminaliteit in het sociale netwerk (criminele betrokkenheid partner, criminele betrokkenheid vrienden). Geen van deze onderzochte beschermende factoren bleek geassocieerd met het stoppen met crimineel gedrag. Wel werden enkele risicofactoren gevonden. Zo hingen zelfgerapporteerde criminele activiteiten als volwassene het sterkst samen met criminele betrokkenheid van de partner, criminele betrokkenheid van vrienden, etnische afkomst en zelfgerapporteerde criminaliteit als adolescent.

Ward en Day (2010) verrichtten een retrospectief dossieronderzoek naar risico- en beschermende factoren voor recidive van delinquent gedrag van delinquente jon-



gens. Uit alle beschikbare informatie werden verschillende risico- en beschermende factoren gescoord, op twee momenten: in de kindertijd en als adolescent. Vervolgens werden deze factoren aan crimineel gedrag in de volwassenheid gelinkt. Dit laatste criminele gedrag bestond uit alle nieuwe contacten met de rechtbank opgezocht in de periode van (gemiddeld) 12,1 jaar daarna. De gemiddelde leeftijd ten tijde van follow-up was 27,6 jaar. De risicofactoren blijven in het onderhavige rapport verder buiten beschouwing. De onderzochte beschermende factoren waren: *individuele factoren* (gemiddelde tot hoge intelligentie of academische prestatie, effectief gebruik van vrije tijd, positieve respons op autoriteit – zoals school en thuis), *familiefactoren* (koesterende zorg van de ouders, positieve discipline technieken en familiecohesie); *leeftijdsgenoten* (positieve relaties met leeftijdsgenoten); en *schoolfactoren* (positieve houding ten aanzien van school). Deze factoren waren dezelfde op de twee meetmomenten, met één uitzondering: bij de adolescenten werd ook onderzocht of de betrokkene spijt of schuldgevoelens heeft voor zijn/haar eerdere acties. Uit de resultaten bleek dat geen van de beschermende factoren *in de kindertijd* significant gerelateerd was aan een lagere mate van crimineel gedrag. Van de onderzochte beschermende factoren *in de adolescentie* hing alleen de factor 'positieve respons op autoriteit' samen met een lage mate van crimineel gedrag op latere leeftijd (Ward & Day, 2010).

Lodewijks, De Ruiter en Doreleijers (2010) voerden een retrospectief onderzoek uit naar de voorspellende waarde van de beschermende factoren van de SAVRY voor het uitblijven van gewelddadig gedrag. Deelnemers aan het onderzoek waren Nederlandse delinquente adolescenten in verschillende stadia van de strafrechtelijke keten. Er werden drie groepen onderzocht, maar gezien het leeftijdsinclusie criterium van het onderhavige onderzoek wordt er hier één besproken. Dit is een groep van 47 adolescenten die ontslagen is uit een Justitiële Jeugdinstelling (JJI). De gemiddelde leeftijd ten tijde van het onderzoek was 17,5 jaar en de gemiddelde periode waarin risico voor gewelddadig gedrag werd gemeten was 16,5 maand. Gewelddadig gedrag werd gedefinieerd als geweld na ontslag. De gemiddelde leeftijd ten tijde van het onderzoek was 17,5 jaar en ten tijde van de follow-up 18,9 jaar. Alleen de resultaten met betrekking tot de beschermende factoren wordt hier besproken. Uit de resultaten bleek dat de beschermende factoren 'ondersteuning door een ander' en 'hechte band met ten minste één prosociale volwassene' significant waren gerelateerd aan een daling van gewelddadige recidive. Verder kwamen er verschillen naar voren wanneer onderscheid werd gemaakt in laagrisicodeelnemers en hoogrisicodeelnemers. In de hoogrisicogroep waren minder beschermende factoren aanwezig (nul tot twee) dan in de laagrisicogroep (nul tot vijf). In de hoogrisicogroepen werd significant vaker gerecidiveerd wanneer er geen beschermende factoren aanwezig waren dan wanneer er wel beschermende factoren aanwezig waren. In de groep met een laag risico, werd eveneens significant vaker gerecidiveerd wanneer er nul of één beschermende factor aanwezig was dan wanneer er twee of meer beschermende factoren aanwezig waren. Ten slotte werden regressieanalyses verricht. Wanneer de schaal met dynamische risicofactoren als eerste stap werd ingevoerd in het regressiemodel, bleek deze het risico van gewelddadig gedrag significant te voorspellen. Met het toevoegen van de beschermende factoren in de tweede stap van de regressieanalyses werd de voorspellende waarde van het model significant beter (Lodewijks et al., 2010).

## Box 2 Cumulatie van risicofactoren en beschermende factoren

In de literatuur over delinquent gedrag bij jeugdigen en adolescenten wordt verder gesproken over de invloed van de cumulatie van risicofactoren en van beschermende factoren. Zo wordt gesteld dat naarmate er meer risicofactoren zijn, de kans op delinquent gedrag toeneemt. Dit wordt de *dose response*-relatie genoemd (zie bijvoorbeeld Loeber et al., 2006). De *dose response*-relatie voor risicofactoren geeft aanleiding tot het speculeren over een mogelijk omgekeerde *dose response*-relatie voor beschermende factoren: hoe meer beschermende factoren, hoe lager de kans op delictgedrag (de *inverse dose response*-relatie; Loeber et al., 2006). Loeber et al. (2006) bespreken drie onderzoeken waarin inderdaad gold dat hoe meer beschermende factoren aanwezig waren, hoe lager de kans op probleemgedrag was (Sameroff et al., 1998; Smith et al., 1994; Wikström & Loeber, 2000; alle in Loeber et al., 2006). Deze onderzoeken vormen eerste aanwijzingen voor een *inverse dose response*-relatie van beschermende factoren bij jongeren. Nader onderzoek is gewenst, waarbij ook volwassen (forensische) populaties onderzocht moeten worden. Daarnaast is er literatuur waarin wordt onderzocht op welke manier de cumulatie van risicofactoren en beschermende factoren gezamenlijk leiden tot verhoging dan wel verlaging van het risico. Enkele onderzoeken duiden erop dat er sprake is van een balanswerking wanneer risicofactoren en beschermende factoren simultaan worden meegewogen (Van der Laan et al., 2010; Stoddard, Zimmerman, & Baummeister (2012); Stouthamer-Loeber, Loeber, Wei, Farrington, & Wikström, 2002). Hierbij geldt dat hoe meer beschermende factoren er zijn, hoe minder hoog het risico is.

### Spiritualiteit als beschermende factor

Giordano, Longmore, Schroeder, en Seffrin (2008) onderzochten de relatie tussen spiritualiteit en zelfgerapporteerd crimineel gedrag. Ze bekeken de resultaten zowel cross-sectioneel (beide variabelen gemeten op dezelfde leeftijd) als ook longitudinaal (spiritualiteit in de adolescentie en crimineel gedrag op volwassen leeftijd). De gemiddelde leeftijd 'in de adolescentie' en 'op volwassen leeftijd' wordt niet nader genoemd door Giordano et al. (2008). De deelnemers aan het onderzoek waren allen ernstige delinquenten (*serious offenders*), ook op jeugdige leeftijd al. Uit de resultaten blijkt dat spiritualiteit in de adolescentie (gemeten aan de hand van zelfrapportage over kerkbezoek en over de mate van nabijheid met God) niet gerelateerd was aan zelfgerapporteerde criminaliteit op volwassen leeftijd (longitudinale analyses). Spiritualiteit in de adolescentie was wel gerelateerd aan zelfgerapporteerde criminaliteit in de adolescentie (cross-sectionele analyses; Giordano et al., 2008).

### Kortom

Uit bovenstaande onderzoeken komen verschillende beschermende factoren in de kindertijd en/of adolescentie voor herhaald gewelddadig gedrag in de volwassenheid naar voren. Dit zijn een stabiele thuissituatie (Streissguth et al., 1996 in Raine, 2002); geen geboortecomplicaties, betrokkenheid van de jeugdigen in familieactiviteiten, het wonen in een klein gezin, en het hebben van een goede relatie met leeftijdsgenoten (Van Domburgh en collega's, 2009); ondersteuning door een ander, en hechte band met tenminste één prosociale volwassene (Lodewijks et al., 2010). Ook bleek dat het aantal beschermende factoren van invloed was op het aantal recidives, waarbij minder vaak werd gerecidiveerd wanneer er twee of meer beschermende factoren waren dan wanneer er nul of één beschermende factor was (Lodewijks et al., 2010). Verder bleek dat met het toevoegen van beschermende factoren aan de risicotaxatie, de voorspelling van recidive werd verbeterd (Lodewijks et al., 2010).

Ook kwam in twee onderzoeken naar voren dat de onderzochte beschermende factoren geen of nauwelijks een significante relatie met herhaling van delinquent gedrag hadden (Giordano et al., 2003; Ward & Day, 2010). Ten slotte bleek de relatie tussen spiritualiteit en criminaliteit afhankelijk te zijn van leeftijd. Spiritualiteit gemeten in de adolescentie was daarbij wel gerelateerd aan criminaliteit in de adolescentie, maar niet aan criminaliteit op volwassen leeftijd (Giordano et al., 2003).

De resultaten van deze onderzoeken zijn niet representatief voor het gehele onderzoeksveld naar beschermende factoren die worden gemeten bij delinquente jeugdigen en beschermen voor herhaald delinquent gedrag in de volwassenheid. Om die reden zijn algemeen geldende conclusies over deze resultaten niet te trekken. Wat wel opvalt, zijn verschillen in de onderzoeksdesigns van de hier besproken onderzoeken. Dit betreft ten minste drie aspecten:

- 1 verschillen in de (gemiddelde) leeftijd ten tijde van het meten van de beschermende factoren in de kindertijd en/of de adolescentie en/of de volwassenheid;
- 2 verschillen in de operationalisatie van delinquent gedrag: alle typen delicten in de tussengelegen periode of alleen enkele typen (bijvoorbeeld ernstig) delinquent gedrag;
- 3 verschillen in de vergelijkende analyses: ernstige volharders in delinquent gedrag versus personen die ophouden met delinquent gedrag en/of gemiddelde volharders in delinquent gedrag versus personen die ophouden met delinquent gedrag en/of gemiddelde volharders versus personen die ophouden met delinquent gedrag, et cetera.

Dergelijke verschillen in (gemiddelde) leeftijd, operationalisatie van delinquent gedrag en vergelijkende analyses kunnen ervoor zorgen dat er soms wel en soms geen samenhang tussen beschermende factoren en uitkomstmaten van delinquent gedrag worden gevonden. Het trekken van algemeen geldende conclusies over een beschermende factor bij kinderen/jeugdigen van 0 tot en met 18 jaar wordt hierdoor bemoeilijkt. Het kan zo zijn dat eenzelfde beschermende factor op zeer jeugdige leeftijd (jonger dan 12 jaar) wel beschermend werkt, maar in de adolescentie (12-18 jaar) niet. Ook lijken dus de operationalisatie van delinquent gedrag en ook de vergelijkingsmethode van invloed op de al dan niet beschermende werking van een factor.

#### **4.2 Voorbeelden beschermende factoren bij delinquente volwassenen**

In deze paragraaf worden enkele voorbeelden gegeven van onderzoek naar de relatie tussen beschermende factoren gemeten bij volwassen delinquenten en het risico van herhaling van gewelddadig gedrag op volwassen leeftijd. In tegenstelling tot in de jeugdliteratuur worden de beschermende factoren bij volwassenen vooralsnog niet in clusters van factoren onderverdeeld. Een uitzondering hierop is de indeling die in de SAPROF wordt gehanteerd, waarin de beschermende factoren worden verdeeld in interne factoren (persoonlijk zoals coping), motivationele (bijvoorbeeld voor behandeling) en externe factoren (bescherming van buitenaf zoals netwerk). In de tekst hieronder vatten we achtereenvolgens enkele onderzoeken samen naar de kwaliteit van leven, de SAPROF en de START, het sociale netwerk, biologische beschermende factoren en overige beschermende factoren.

##### **Kwaliteit van leven**

In Nederland bestaat nog niet zoveel onderzoek naar de relatie tussen kwaliteit van leven en herhaling van gewelddadig gedrag bij forensisch psychiatrische patiënten.

Bouman (2009) is hierop een uitzondering. Zij onderzocht (onder meer) de relatie tussen kwaliteit van leven en de kans op delictgedrag en delicttherhaling. Hiervoor werden objectieve levensomstandigheden gerelateerd aan zelfgerapporteerd delictgedrag en aan officiële recidivecijfers. De populatie was een groep van 135 ambulante behandelde forensisch psychiatrische patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Uit de resultaten bleek dat deelname aan georganiseerde vrijetijdsbesteding, goede relaties op het werk, tevredenheid over financiën, tevredenheid over gezondheid, het hebben van doelen in het leven en de beoordeling dat die doelen haalbaar waren, beschermend werkten tegen zelfgerapporteerd delictgedrag. Ten slotte bleek dat bij patiënten met een hoog risico van recidive een hogere score op de factoren 'tevredenheid met de gezondheid' en 'algemeen welbevinden' bufferend werkte tegen zowel zelfgerapporteerde recidive en ook officiële recidive (Bouman, 2009).

### Box 3 Kwaliteit van leven bij tbs-gestelden

Twee onderzoeken naar kwaliteit van leven bij Nederlandse tbs-gestelden bespreken wel de kwaliteit van leven, maar betrekken daarbij geen gewelddadige uitkomstmaat (Van Nieuwenhuizen & Nijman, 2009; Vorstenbosch, Bouman, Braun, & Bulten, 2010). Van Nieuwenhuizen en Nijman (2009) vergeleken de kwaliteit van leven tussen psychotische en niet-psychotische tbs-gestelden en tussen psychopathische en niet-psychopathische tbs-gestelden. Daarnaast onderzochten ze de relatie tussen kwaliteit van leven en het functioneren in een tbs-kliniek. Uit de resultaten van de laatstgenoemde analyses bleek dat er geen relatie was tussen de kwaliteit van leven en de mate van functioneren in de kliniek. Wel hing de psychiatrische conditie van de patiënten negatief samen met de kwaliteit van leven: hoe lager de psychiatrische conditie, hoe lager de kwaliteit van leven (Van Nieuwenhuizen & Nijman, 2009). Vorstenbosch et al. (2010) hebben aan de hand van *concept mapping* nagegaan hoe patiënten en staf van de langdurig forensische zorgafdelingen van de Pompestichting de kwaliteit van leven definiëren. De patiënten kwamen hierbij tot tien domeinen van KvL en de staf tot acht. Aan drie domeinen werd door zowel patiënten als ook door stafleden relatief veel belang gehecht: adequate bejegening, prettige woonomgeving en de balans tussen zelfbeschikking en begrenzing.

### SAPROF-onderzoek

De Vogel en collega's (2012) vatten de resultaten van de eerste Nederlandse onderzoeken naar de SAPROF samen in de handleiding van de tweede editie van het instrument.<sup>19</sup> Die resultaten zijn gebaseerd op verschillende onderzoeken van De Vries Robbé, De Vogel en collega's (voor referenties, zie De Vogel et al., 2012). Allereerst wordt gevonden dat de SAPROF door verschillende beoordelaars betrouwbaar is in te vullen. Dat wil zeggen, onafhankelijke beoordelaars komen tot eenzelfde inschatting van het risico. Voor wat betreft de relatie tussen beschermende factoren en gewelddadige recidive komen de volgende resultaten naar voren. In een retrospectief dossieronderzoek werd de relatie tussen de SAPROF-totaalscore en gewelddadige recidive bij 188 mannelijke tbs-gestelden onderzocht (gewelddadige en zedendelinquenten). De voorspellende waarde van de SAPROF-totaalscore voor gewelddadige recidive één jaar na behandeling, drie jaar na behandeling en gemiddeld elf jaar na behandeling is goed. De beste voorspellende waarde van de SAPROF werd

<sup>19</sup> Ook in verschillende andere landen zijn SAPROF-onderzoeken aan de gang, bijvoorbeeld in Duitsland, Engeland (Liverpool en Manchester), Italië en Ierland (zie De Vries Robbé, 2010).

gezien één jaar na behandeling (AUC-waarde<sup>20</sup> 0,85). Drie jaar na behandeling nam de voorspellende waarde enigszins af (naar 0,75) en gemiddeld 11 jaar na behandeling nog iets meer (naar 0,73). Verder werden de voorspellende waardes van de SAPROF vergeleken met de voorspellende waardes van de HCR-20 (een instrument met alleen risicofactoren). Deze waren één jaar na behandeling en drie jaar na behandeling vergelijkbaar. Op de langere termijn, gemiddeld elf jaar na behandeling, werd een hogere voorspellende waarde voor de SAPROF-totaalscore gevonden (AUC 0,73 in vergelijking met 0,64). Dit betekent dat de SAPROF vooral op de langere termijn van toegevoegde waarde was voor de voorspelling van recidive. Ook werd gekeken naar een gecombineerde maat van risicofactoren en beschermende factoren. Dit werd gedaan door de SAPROF-totaalscore van de HCR-20-totaalscore af te trekken. Hieruit bleek dat in de meeste gevallen het risico van recidive beter was te voorspellen wanneer zowel de score op de SAPROF als ook de score op de HCR-20 werd meegewogen, dan wanneer alleen een risicotaxatie-instrument werd gebruikt of wanneer alleen een instrument met beschermende factoren werd gebruikt (zie ook De Vries Robbé et al., 2011 en paragraaf 2.4).

Bij de voorspellende waarde van de SAPROF voor gewelddadige incidenten in de kliniek werden gemengde resultaten gevonden. Voor de mannelijke subgroepen (gewelddadige niet-zeden- en zedendelinquenten) was deze voorspelling goed, maar voor de (kleine groep) vrouwen was het niet mogelijk de gewelddadige incidenten in de kliniek aan de hand van de SAPROF-totaalscore noch aan de hand van het klinische eindoordeel op basis van beschermende factoren significant te voorspellen. Dit laatste resultaat had mogelijk te maken met het feit dat de onderzochte groep vrouwen vrij klein was (gebrek aan statistische power).

Daarnaast bleken er verschillen te zijn in de factoren die beschermend werken voor de verschillende onderzochte groepen tbs-gestelden (type delinquent; zie ook paragraaf 3.2). In deze analyses werden gewelddadig en zedendelinquenten met elkaar vergeleken. Deze bevinding werd gevonden voor twee verschillende uitkomstmaten: gewelddadige recidive en gewelddadige incidenten in de kliniek. Voor de uitkomstmaat gewelddadige recidive werd gevonden dat voor de gewelddadige delinquenten (niet-zeden) de factoren zelfcontrole, werk en financiën beschermend werkten (tegen gewelddadige recidive), terwijl dit voor de zedendelinquenten de factoren coping, zelfcontrole, motivatie en houding tegenover autoriteit waren (zie ook paragraaf 3.2). Voor de uitkomstmaat gewelddadige incidenten in de kliniek werd gevonden dat voor de gewelddadige delinquenten (niet-zeden) vooral de factoren zelfcontrole, houding tegenover autoriteit, werk, motivatie en medicatie beschermend werkten (tegen incidenten in de kliniek), terwijl dit voor de zedendelinquenten de factoren coping, vrijetijdsbesteding, houding tegenover autoriteit en netwerk waren. Voor de vrouwelijke subgroep waren de factoren intelligentie, coping, werk en financiën beschermend tegen incidenten in de kliniek (zie ook paragraaf 3.2).

Voorts werd de relatie tussen de SAPROF-items en het behandelverloop onderzocht. Dit werd gedaan door de SAPROF zowel aan het begin als aan het eind van de behandeling te scoren. De SAPROF-items werden onderverdeeld naar statische items, dynamisch verbeterde items en dynamisch verminderde items. Dynamisch verbeterde items zijn items waarvan wordt verwacht dat de scores omhoog zullen gaan tijdens de behandeling; dit zijn drie van de vijf interne factoren, alle motivationele factoren en twee van de vijf externe factoren. Dynamisch verminderde items zijn items waarvan wordt verwacht dat de scores omlaag gaan tijdens de behandeling; dit zijn drie van de vijf externe factoren. Uit de analyses bleek dat de totaalscore op

---

<sup>20</sup> Met AUC-waardes wordt Area Under the Curve bedoeld. Een AUC-waarde van 0 geeft aan dat er geen enkele samenhang is tussen twee variabelen. Een AUC-waarde van 1.0 geeft aan dat er perfecte samenhang is tussen twee variabelen.

de dynamisch verbeterde items significant toenam gedurende de behandeling en dat de totaalscore op de dynamisch verminderde items significant afnam. Met andere woorden, de interne beschermende factoren en de motivationele beschermende factoren namen toe, terwijl de externe beschermende factoren afnamen. Verder bleek dat de tbs-gestelden die de meeste verbetering vertoonden op de dynamisch verbeterde items, het minst vaak recideerden (retrospectieve onderzoek). Ten slotte, in een onderzoek onder 67 uitgestroomde zedendelinquenten uit twee fpc's en 30 niet-uitgestroomde tbs-gestelden die overgeplaatst waren naar een ander fpc (herselectie-kandidaten), is de verandering van het aantal beschermende factoren gedurende de tbs-behandeling onderzocht (Koster, De Vries Robbé, Valentijn, & De Vogel, 2012). Deze verandering is gemeten door na te gaan in hoeverre de subschaal-scores van de SAPROF, gemeten aan de start en aan het einde van de behandeling, van elkaar verschilden. De ex-zedendelinquenten die na uitstroom niet waren gerecidiveerd, bleken significant meer beschermende factoren te hebben aan het eind van de behandeling dan de degenen die wel waren gerecidiveerd (gemiddelde follow-uptijd was drie jaar), terwijl zij aan de start niet van elkaar verschilden voor wat betreft het aantal aanwezige beschermende factoren. Verder kwam naar voren dat de groep tbs-gestelden die werd overgeplaatst en niet uitstroomde al aan het begin van de behandeling significant minder beschermende factoren had ten opzichte van de groep die wel uitstroomde (Koster et al., 2012).

#### **START-onderzoek**

Nicholls, Brink, Desmarais, Webster en Martin (2006) verrichtten een prospectief validatie onderzoek naar de START. Bij 137 psychiatrische patiënten werden in totaal 331 STARTs afgenomen. Eén jaar na afname van de START werd een gereviseerde versie van de *Overt Aggression Scale* (OAS) afgenomen (Yudolfky, Silver, Jackson, Endicott, & Williams, 1986), waarmee openlijk agressief gedrag in de kliniek werd gemeten. Bijna 65% van de 51 patiënten bij wie de OAS werd afgenomen, pleegden één of meerdere incidenten in de kliniek.<sup>21</sup> De gemiddelde START-scores van patiënten die agressie naar anderen vertoonden was hoger dan voor de patiënten die niet betrokken waren bij agressieve incidenten. Ook de patiënten die agressie naar zichzelf vertoonden, scoorden hoger dan de patiënten die geen agressie naar zichzelf vertoonden. Hiermee werd aangetoond dat de START onderscheid kan maken tussen patiënten die wel of geen agressief gedrag naar zichzelf of anderen vertonen binnen een instelling.

Nonstad et al. (2010) onderzochten de betrouwbaarheid en predictieve validiteit van de START in een groep van 47 psychiatrische patiënten op een hoog-risico-afdeling van een psychiatrisch ziekenhuis in Noorwegen. De risicoperiode was negentig dagen en in die periode vonden er bij 16 patiënten ernstige incidenten plaats (*base rate* 35%). Zij vonden onder meer dat aan de hand van de START-scores duidelijk te voorspellen was wie een gewelddadig incident in de kliniek zou veroorzaken en wie niet. Van de patiënten met START-sterktescores van achttien of meer pleegde niemand een gewelddadig incident tegen stafleden. De auteurs geven geen resultaten op itemniveau weer, waardoor de specifieke beschermende factoren tegen gewelddadige incidenten in de kliniek niet bekend zijn.

Wilson, Desmarais, Nicholls, en Brink (2010) onderzochten de rol van de beschermende factoren van de START. In een periode van een jaar werd elke drie maanden de START afgenomen (vier afnamen). Hiertoe werden de START en een gereviseerde versie van de OAS afgenomen (cf. Nicholls et al., 2006). De sterktescores van de cliënten droegen niet significant bij aan de voorspelling van gewelddadige recidive.

---

<sup>21</sup> Er waren 31 incidenten met verbale agressie, 20 keer vond fysieke agressie plaats en 19 keer werd er schade aan bezittingen berokkend.

Wel bleken de sterktescores bruikbaar in de klinische praktijk bij het risicomanagement.

Braithwaite, Charette, Crocker, en Reyes (2010) onderzochten de voorspellende waarde van de START bij civielrechtelijk geplaagde psychiatrische patiënten. Zij vonden dat een bepaalde beperkte combinatie van START-items significant beter verschillende risicovolle gedragingen voorspelde dan de oorspronkelijke START-schalen.

Lancel, Oosterbos, en Akkerman-Bouwsema (2011) onderzochten de betrouwbaarheid en voorspellende waarde van de START bij 83 forensisch psychiatrische patiënten (veelal tbs-gestelden) in FPK Assen in Nederland. De deelnemers aan het onderzoek waren op het moment van opname in de kliniek gemiddeld 30 jaar. Aan de hand van de somscore van de sterkten op de START was in redelijke mate te voorspellen of iemand agressieve incidenten in de kliniek zou veroorzaken ( $r=-0,29$ ;  $p<0,05$ ). Vooral de items 'impulscontrole', 'externe invloeden', 'overeenstemming over regels en gestelde voorwaarden' en 'gedrag' hingen negatief samen met incidenten in kliniek ( $p<0,01$ ), dat wil zeggen hadden een beschermende werking hiervoor. De somscore van de sterkten hing niet significant samen met ongeoorloofde afwezigheid, waaruit blijkt dat de START als voorspeller van ongeoorloofde afwezigheid in dit onderzoek niet veel toevoegt. Mogelijk had dit te maken met het lage aantal gevallen van ongeoorloofde afwezigheid: dit kwam zeventien keer voor (Lancel et al., 2010).

### **Sociale netwerk**

Het sociale netwerk en de contacten die een tbs-gestelde onderhoudt, kunnen eveneens een beschermend effect hebben op delinquent gedrag en recidive.<sup>22</sup> In de SAPROF wordt het hebben van een prosociaal en ondersteunend netwerk gezien als een beschermend kenmerk van de omgeving (De Vogel et al., 2007b). Ook in de handleiding van de START worden dergelijke externe positieve invloeden en het ervaren van sociale steun binnen het netwerk genoemd als factoren met een mogelijke beschermende werking ('t Lam et al., 2009). Tot op heden zijn er nog weinig studies gedaan naar de vraag welke specifieke aspecten van het sociale netwerk bij tbs-gestelden samenhangen met risico van dan wel de bescherming voor recidive. Wel bestaat er enige evidentie over het belang van het netwerk bij tbs-gestelden die op verlof gingen. Zo blijkt dat onttrekkers vanuit verlof zich vaker met deviante netwerkleden omringden (Hildebrand, Spreen, Schönberger, Augustinus, & Hesper, 2006) en dat de kans op recidive tijdens verlof toeneemt naarmate er meer deviante netwerkleden zijn (Hilterman, 1999, 2001).

### **Biologische beschermende factoren**

Raine (2002) verrichtte een review naar biosociaal onderzoek naar antisociaal en gewelddadig gedrag bij volwassenen en kinderen. Hij bespreekt hierbij enkele onderzoeken die erop lijken te duiden dat verhoogde autonome activiteit (*arousal*) beschermd tegen antisociale uitkomsten. Dit zijn de onderzoeken van Raine, Venables, en Williams (1995, 1996) en die van Brennan et al. (1997). In een prospectief

---

<sup>22</sup> Een methode die in Nederland aan de hand van een vijftigtal case-studies is ontwikkeld om zicht te krijgen op risicoverlagende en -verhogende invloeden binnen relaties, is de Forensische Sociale Netwerk Analyse (FSNA; Spreen, Pomp, & Vermeulen, 2006). Aan de hand van deze methode kan gestructureerd in kaart worden gebracht welke relaties er zijn, wie de netwerkleden zijn en welke invloed zij hebben op de betreffende patiënt in termen van terugval in delictgedrag. De bedoeling is om aan de hand van informatie van de instelling en van de netwerkleden te komen tot inzicht in het zogenaamde 'terugkeernetwerk', het netwerk waarnaar de patiënt zal gaan tijdens een verlof of na de behandeling (Pomp, Hendriks, Kremer, & Spreen, 2007). Hiermee kan het aanknopingspunten bieden voor risicomanagement.

onderzoek naar biologische beschermende factoren tegen delinquent gedrag werd de relatie tussen huidgeleiding en hartslag gemeten op 15-jarige leeftijd en anti-sociaal gedrag gemeten op 29-jarige leeftijd onderzocht (Raine, Venables, & Williams, 1995, 1996). De deelnemers waren 101 Britse antisociale adolescenten die delinquent gedrag hadden vertoond. Degenen die stopten met crimineel gedrag (*desisters*) werden vergeleken met een gematchte groep van criminelen en met een gematchte groep van personen die geen crimineel gedrag vertoond hadden (controlegroep). De deelnemers die op 29-jarige leeftijd gestopt waren met crimineel gedrag, bleken verhoogde huidgeleiding en hartslag te vertonen op 15-jarige leeftijd. In het onderzoek van Brennan en collega's worden vier groepen deelnemers met elkaar vergeleken om zo de beschermende werking van een verhoogde activiteit van het autonome zenuwstelsel (huidgeleiding en hartslag) op een risicofactor voor crimineel gedrag te onderzoeken. De risicofactor was het hebben van een criminele vader, wat geassocieerd is met crimineel gedrag voor het kind. De deelnemers waren criminelen met een criminele vader, criminelen zonder criminele vader, niet-criminelen met een criminele vader en niet-criminelen met niet-criminele vader. Ten tijde van het onderzoek waren zij tussen de 36 en 38 jaar oud. Uit de resultaten bleek dat de niet-criminele deelnemers met een criminele vader een significant hogere mate van activiteit van het autonome zenuwstelsel hadden in vergelijking met de drie andere groepen. Hieruit blijkt dat verhoogde activiteit van het autonome zenuwstelsel beschermend werkt tegen de risicofactor 'het hebben van een criminele vader' (Brennan et al., 1997).

Verder haalt Raine (2002) twee onderzoeken aan waarbij een stabiele thuissituatie beschermend werkte tegen een biologische risicofactor (strikt genomen is dit geen biologische beschermende factor, maar een factor die beschermend werkt tegen een biologische risicofactor). Dit zijn de onderzoeken van Streissguth et al. (1996) en Mataro et al. (2001; beide in Raine, 2002). Het onderzoek van Streissguth et al. (1996) wordt in paragraaf 4.1 besproken, bij biologische beschermende factoren bij jeugdigen. Mataro et al. (2001 in Raine, 2002) liet zien dat een man met hersenletsel veroorzaakt door een ijzeren staaf door zijn hoofd, een stabiel leven kon leiden omdat hij zijn leven lang door zijn omgeving beschermd werd tegen negatieve uitkomsten.

Swanson, Swartz, en Elbogen (2004) onderzochten de beschermende werking van atypische antipsychotische medicatie<sup>23</sup> bij schizofrenen die na intramuraal behandelingsonderzoek onder bepaalde toezicht- en zorgomstandigheden in de gemeenschap verblijven. Behandeling met atypische antipsychotische medicatie verminderde het risico van herhaald gewelddadig gedrag significant, terwijl conventionele neuroleptica dat niet deed.

Collins (2004) onderzocht welke neurobiologische factoren (bijvoorbeeld neurotransmitters) van invloed zijn op de leeftijd-criminaliteit-curve (*age-crime-curve*), en het ophouden met delinquent gedrag (*desistance*; zie ook Hanson, 2002). De leeftijd-criminaliteit-curve is een curve waarin op robuuste wijze wordt aangetoond dat crimineel gedrag afneemt naarmate men ouder wordt. Een voorbeeld van een door Collins besproken neurobiologische factor is de werking van serotonine. Uit verschillende onderzoeken is gebleken dat een *lagere* mate van serotonine geassocieerd is met een stijging van agressief gedrag. Daarnaast wordt gevonden dat het serotonineniveau stijgt wanneer je ouder wordt. Een van de mogelijke

---

<sup>23</sup> Over de rol die medicatie *an sich* als biologische beschermende factor speelt, is discussie mogelijk. Verschillende medicijnen werken in op verschillende neurobiologische factoren zoals neurotransmitters en deze neurotransmitters lijken in bepaalde gevallen beschermend te kunnen werken. In die zin zijn deze ons inziens als beschermende factor te zien. Het trouw innemen van de medicatie (medicatierouw) wordt wel op eenduidige wijze gezien als beschermende factor, bijvoorbeeld in de SAPROF.



neurobiologische oorzaken waarom criminaliteit daalt met leeftijd is wellicht deze stijging van serotonine met leeftijd (voor meer neurotransmitters geassocieerd met een daling in crimineel gedrag zie Collins, 2004).

### **Overige factoren**

Bersani, Laub, en Nieuwbeerta (2009) onderzochten de beschermende werking van het huwelijk op recidive (alle nieuwe veroordelingen) bij een groep van bijna 5.000 Nederlandse mannen en vrouwen die in 1977 veroordeeld waren voor een delict. Zij vonden dat 'getrouwd zijn' beschermend werkt tegen het opnieuw plegen van delicten, voor zowel mannen als voor vrouwen. Hierbij zijn alle nieuwe veroordelingen tot 2002 meegenomen. Hoewel 'getrouwd zijn' voor beide seksen beschermend werkte, was deze relatie voor mannen sterker dan voor vrouwen: respectievelijk 36% en 21% vermindering van nieuwe veroordelingen. De onderzoekers keken ook naar de mogelijke effecten van de sociaal-historische context door de totale groep deelnemers aan het onderzoek te verdelen in drie leeftijdscategorieën: groep 1 was 32 jaar of ouder in 1977, groep 2 was 22-31 jaar in 1977 en groep 3 was 12-21 jaar in 1977. De beschermende werking van het huwelijk was het sterkste voor groep 3, namelijk een daling van het risico van recidive van 45% (cf. groep 1 daling van 28% en groep 2 daling van 33%).

Healy (2010) onderzocht factoren die samenhangen met stoppen met delinquent gedrag (*desistance*) in de vroege stadia van het *desistance*-proces. Deelnemers aan het onderzoek waren mannen van gemiddeld 25,4 jaar die ten minste twee keer eerder waren veroordeeld en onder toezicht van de reclassering stonden. De deelnemers die aangaven de afgelopen maand geen nieuwe delicten te hebben gepleegd werden geclassificeerd als personen in een vroeg stadium van stoppen met criminaliteit (*primary desisters*) en werden vergeleken met degenen die nog steeds delicten pleegden. Uit de resultaten bleek dat latere (huidige) leeftijd, latere leeftijd ten tijde van start van het criminele gedrag en minder procriminele denkstijlen significant samenhangen met dit vroege stadium van stoppen met delinquent gedrag.

### **Kortom**

Kortom, uit bovenstaande onderzoeken komen verschillende beschermende factoren voor herhaald gewelddadig gedrag naar voren. Dit zijn onder meer deelname aan georganiseerde vrijetijdsbesteding, goede relaties op het werk, tevredenheid over financiën, tevredenheid over gezondheid, het hebben van doelen in het leven en de beoordeling dat die doelen haalbaar waren (onderzoek naar kwaliteit van leven; Bouman, 2009). De factoren zelfcontrole, werk en financiën werkten beschermend tegen gewelddadige recidive bij gewelddadige delinquenten. De factoren coping, zelfcontrole, motivatie en houding tegenover autoriteit waren beschermend tegen gewelddadige recidive bij zedendelinquenten. Voor de uitkomstmaat gewelddadige incidenten in de kliniek werd gevonden dat voor de gewelddadige delinquenten (niet-zeden) vooral de factoren zelfcontrole, houding tegenover autoriteit, werk, motivatie en medicatie beschermend werkten (tegen incidenten in de kliniek), terwijl dit voor de zedendelinquenten de factoren coping, vrijetijdsbesteding, houding tegenover autoriteit en netwerk waren. Voor de vrouwelijke subgroep waren de factoren intelligentie, coping, werk en financiën beschermend tegen incidenten in de kliniek (onderzoek naar SAPROF; De Vogel et al., 2012). Vooral de items 'impulscontrole', 'externe invloeden', 'overeenstemming over regels en gestelde voorwaarden' en 'gedrag' hadden een beschermende werking voor incidenten in de kliniek (onderzoek naar START; Lancel et al., 2010). Het hebben van niet-deviante netwerken werkt beschermend tegen onttrekkingen aan verlof (Hildebrand et al., 2006) en tegen recidive tijdens verlof (Hilterman, 1999, 2001). Biologische beschermende factoren tegen crimineel gedrag zijn: verhoogde huidgeleiding en hartslag

(Raine et al., 1995, 1996) en verhoogde activiteit van het autonome zenuwstelsel (Brennan et al., 1997). Daarnaast werkte het hebben van een stabiele thuissituatie beschermend tegen de biologische risicofactor foetaal alcoholyndroom (Streissguth et al., 1996 en Mataro et al., 2001 in Raine, 2002). Ook behandeling met atypische antipsychotische medicatie (Swanson et al., 2004) en een hoger niveau van serotonine (Collins, 2004) zijn biologische beschermende factoren. Getrouwd zijn werkt voor zowel mannen als voor vrouwen beschermend tegen recidive (Bersani et al., 2009), net als latere (huidige) leeftijd, latere leeftijd ten tijde van start van het criminele gedrag en minder pro-criminele denkstijlen (Healy, 2010).

Uit het SAPROF-onderzoek kwam verder naar voren dat de voorspellende waarde van de SAPROF-totaalscore voor gewelddadige recidive goed is, vooral gemiddeld één jaar na behandeling. Verder was aan de hand van de SAPROF vooral op de langere termijn (na gemiddeld elf jaar) een betere voorspelling van de recidive te geven, dan wanneer de recidive werd voorspeld met een risicotaxatie-instrument. Daarbij was in de meeste gevallen het risico van recidive het beste te voorspellen wanneer een gecombineerde maat van risicofactoren en beschermende factoren werd gebruikt. Voor de mannelijke tbs-gestelden was het ook mogelijk om op betrouwbare wijze de gewelddadige incidenten in de kliniek te voorspellen aan de hand van de SAPROF. Verder zijn er verschillen in factoren die beschermend werken voor de verschillende onderzochte groepen tbs-gestelden (type delinquent). Dat wil zeggen, andere factoren waren beschermend voor geweldsdelinquenten dan voor zedendelinquenten. Dit was het geval zowel wanneer de uitkomstmaat gewelddadige recidive was als ook wanneer de uitkomstmaat gewelddadige incidenten in de kliniek was. Ook bleken er sekseverschillen te zijn: voor vrouwen werkten andere factoren beschermend dan voor mannen. Ten slotte lijken de scores op de SAPROF gedurende de behandeling in de verwachte/gewenste richting te bewegen en hebben de niet-recidivisten meer beschermende factoren dan degenen die wel recidiveren.

## 5 Samenvatting en conclusie

### Inleiding

Risicotaxatie is een belangrijke taak van professionals werkzaam in de forensische psychiatrie. Dagelijks worden allerlei beslissingen genomen aan de hand van de inschatting van het risico van recidive van de tbs-gestelde. Ook speelt risicotaxatie op verschillende momenten in de strafrechtsketen een toonaangevende rol. Van oudsher richt risicotaxatie van gewelddadig gedrag zich vooral op het in kaart brengen van *risicofactoren*, factoren die het risico van herhaald gewelddadig gedrag (recidive) mogelijk verhogen. Meer recent spelen *beschermende* factoren een steeds belangrijker rol in het risicotaxatieproces. Dit zijn factoren waarvan wordt verondersteld dat zij het risico van recidive kunnen verlagen. In dit memorandum stonden de volgende vragen centraal: *Is het meenemen van beschermende factoren van toegevoegde waarde voor de risicotaxatie zoals deze plaatsvindt in de tbs-praktijk? Zo ja, op welke manier?* Om deze en aanverwante onderzoeksvragen te beantwoorden is een literatuuronderzoek verricht.

### Meerwaarde beschermende factoren

Vooralsnog zijn in de literatuur drie mogelijke meerwaardes gesignaleerd waarvoor enige wetenschappelijke evidentie is. Dit zijn 1) het verkrijgen van een veelzijdig en completer beeld van de patiënt, 2) het verminderen van het aantal onjuiste voorspellingen over het risico van recidive (vals positieve en vals negatieve voorspellingen) en daarmee het aantal onjuiste beslissingen ten aanzien van het verlenen van vrijheden aan betrokkene en daarmee het verlagen van recidive, en 3) het verbeteren van de behandeling (versterken positieve kanten, versterken behandelrelatie, vinden van nieuwe aanknopingspunten voor behandeling en vaststellen positieve behelddoelen).

### Positief psychologische trend

In de meeste risicotaxatie-instrumenten die op dit moment beschikbaar zijn, zijn alleen risicofactoren opgenomen. Dit is in lijn met een belangrijke leidraad in de huidige forensische psychiatrie: het zogenoemde ziekte- of risicomodel waarin het opsporen van risicofactoren voor een bepaalde ziekte of voor antisociaal gedrag centraal staat. Het toonaangevende model in deze traditie in de forensische psychiatrie is het *Risk-Need-Responsivity*-model. Het ook betrekken van beschermende factoren in het risicotaxatieproces kan worden geduid als onderdeel van een grotere trend in de forensische psychiatrie, waarbij juist de sterke kanten van een persoon worden betrokken. Dit blijkt onder meer uit het gegeven dat positief-psychologische modellen als het *Good Lives Model*, het *Quality of Life*-model, het *Strengths-based*-model en de behandelprogramma's die eruit voortvloeien, steeds meer in zwang komen. Dit gebeurt niet alleen in Nederland, maar ook in de internationale forensische psychiatrie. Voor de forensische psychiatrie is het van belang dat er wordt verondersteld dat deze positieve insteek leidt tot een daling van het aantal recidives.

### Conceptualisering beschermende factoren

Om de meerwaarde van beschermende factoren nader te kunnen duiden, is het van belang te weten wat beschermende factoren nu precies zijn en op welke wijze beschermende factoren van invloed kunnen zijn. Anders dan bij het concept risicofactor bestaat er in de literatuur hierover echter onduidelijkheid. Ook is er in wetenschappelijk onderzoek naar beschermende factoren niet altijd aandacht voor het

theoretisch kader achter beschermende factoren. De discussie richt zich in ieder geval op 3 punten.

Ten eerste, in de Engelstalige literatuur worden verschillende termen gebruikt om beschermende factoren aan te duiden, waaronder *protective, promotive, interactive protective, direct protective, buffering protective factors*, et cetera. Ook hanteren verschillende onderzoekers verschillende definities van deze begrippen. Deze verwarring komt mogelijk voort uit het gegeven dat er verschillende onderzoekstradities zijn die elk over beschermende factoren gaan, maar dit begrip op een andere manier interpreteren. Verder bestaat er verwarring over welk type bescherming men spreekt: voor het *ontstaan* van gewelddadig gedrag of de *herhaling* van gewelddadig gedrag? Ten tweede is er discussie over de vraag of beschermende factoren unieke, andere factoren dan risicofactoren zijn (unipolair) of enkel het tegenovergestelde van risicofactoren (bipolair). Dit is van belang, want als er geen unieke beschermende factoren zijn, is het legitiem de vraag te stellen of onderzoek naar beschermende factoren en het ontwikkelen van aparte instrumenten om deze in kaart te brengen wel zinvol is. De discussie richt zich ten derde op de vraag of beschermende factoren een directe of indirecte invloed op het gewelddadige gedrag (kunnen) hebben. Bij directe invloed van beschermende factoren is er invloed op het (totale) risico zonder dat daarbij een specifieke risicofactor wordt beïnvloed. Bij indirecte invloed van beschermende factoren, gaat deze invloed wél via specifieke risicofactoren naar het totale risico. De indirecte invloed wordt ook wel onderverdeeld in een bufferende en mediërende werking.

Door in toekomstig onderzoek naar beschermende factoren vooralsnog zowel hoofdzakelijk als ook interactie-effecten van beschermende factoren met risicofactoren te onderzoeken, wordt de exacte invloed (unipolair versus bipolair, respectievelijk) van beschermende factoren op het recidiverisico wellicht in de toekomst duidelijker. Voor toekomstig onderzoek naar beschermende factoren is het daarnaast van belang dat er meer eenduidigheid komt in bovenstaande conceptuele vragen over beschermende factoren. Het conceptuele kader van een model vanuit de forensische jeugdpsychiatrie kan hiervoor input geven.

### **Bijzondere omstandigheden**

Factoren die over het algemeen een beschermende werking hebben, hebben dat niet altijd en niet altijd bij iedereen. In de literatuur bestaat vooralsnog (enige) evidentie voor vier bijzondere omstandigheden in geval van beschermende factoren. Dit zijn type delinquent, leeftijd, sekse en type ingeschatte risico. Voor *type delinquent* wordt gevonden dat er verschillen zijn in de factoren die beschermend werken voor de verschillende onderzochte groepen tbs-gestelden (bijvoorbeeld zedendelinquenten versus gewelddadige delinquenten). Wat betreft *leeftijd* geldt dat beschermende factoren in verschillende levensfasen juist wel of juist niet risicoverlagend werken (bijvoorbeeld, op jeugdige leeftijd gezinsdomein, op latere leeftijd juist meer de sociale omgeving). Ook kan dezelfde factor op een bepaalde leeftijd een beschermende werking hebben, maar op een andere leeftijd juist weer een risicofactor zijn. Bij volwassenen zou de werking van beschermende factoren eveneens veranderlijk kunnen zijn over de tijd. Afhankelijk van de jongvolwassenheid, midden volwassenheid en/of latere levensfasen zouden verschillende beschermende factoren een rol kunnen spelen. Onderzoek hiernaar is echter nog schaars. Ook *sekse* lijkt de invloed van beschermende factoren te kunnen modereren, op ten minste drie manieren: andere factoren lijken beschermend te zijn tegen gewelddadig gedrag bij zowel volwassen mannen en vrouwen als bij jeugdige jongens en meisjes; de (subjectieve) blootstelling aan beschermende factoren voor meisjes lijkt groter te zijn dan voor jongens; en de sterkte van de relaties tussen beschermende factoren en het risico is lager voor jongens dan voor meisjes. Ook kan een beschermende factor soms

juist risicoverhogend werken afhankelijk van het *type ingeschatte risico, of de uitkomstmaat* (bijvoorbeeld gewelddadige recidive versus gewelddadige incidenten in de kliniek). Ten slotte kan een bepaalde factor beschermend zijn voor het verminderen van risico van recidive, en gelijktijdig het risico van ander negatief (niet crimineel) gedrag (bijvoorbeeld een depressie of angst) doen toenemen.

### **Meten van beschermende factoren**

De discussie over de conceptualisering van het begrip beschermende factoren is terug te zien in de verschillen tussen twee instrumenten om beschermende factoren in kaart te brengen. In de *Structured Assessment of Protective for violence risk* (SAPROF) worden beschermende factoren als unipolaire, unieke factoren gezien. Elke factor is uniek en wordt één keer gescoord en bekeken op haar beschermende werking. De *Short-Term Assessment of Risk and Treatability* (START) is een risicotaxatie-instrument waarin beschermende factoren als bipolair worden beschouwd. Dat wil zeggen, dezelfde factor kan zowel een risicoverhogende als ook een beschermende werking hebben en wordt om die reden dan ook twee keer gescoord: de beoordelaar geeft bij elke factor aan in hoeverre deze factor het risico verhoogt en in hoeverre deze factor het risico verlaagt.

Uit de onderzoeken naar deze instrumenten met beschermende factoren kwam het volgende naar voren. De SAPROF lijkt van toegevoegde waarde voor de voorspelling van recidive ten opzichte van (alleen) het gebruik van een risicotaxatie-instrument: vooral op de langere termijn (na gemiddeld elf jaar) was een betere voorspelling van de recidive te geven met de SAPROF, dan met een risicotaxatie-instrument. Daarbij was in de meeste gevallen het risico van recidive het beste te voorspellen wanneer zowel de score op de SAPROF als ook de score op een risicotaxatie-instrument werd meegewogen. De START kan onderscheid maken tussen patiënten die wel of geen agressief gedrag naar zichzelf of anderen vertonen binnen een instelling. Verder droegen de sterktescores (beschermende factoren) alleen niet altijd bij aan de voorspelling van gewelddadige recidive, maar bleken deze wel nuttig in de klinische praktijk.

### **Factoren die beschermend werken**

Vanwege de verschillen in terminologie, in visies op de veronderstelde werking en in onderzoekslijnen over beschermende factoren is het binnen de reikwijdte van het onderhavige memorandum niet mogelijk alle beschermende factoren voor terugval in delictgedrag uitputtend te identificeren. Er worden om die reden enkele voorbeelden van beschermende factoren gegeven.

### **Factoren gemeten op jeugdige leeftijd die beschermen voor herhaald gewelddadig gedrag als volwassene**

Er zijn verschillende beschermende factoren gemeten in de adolescentie die lijken te beschermen tegen herhaald gewelddadig gedrag in de volwassenheid. Deze factoren zijn van belang, omdat er mogelijk door middel van preventie op jeugdige leeftijd, gewelddadig gedrag op volwassen leeftijd kan worden voorkomen. Dit zijn bijvoorbeeld een stabiele thuissituatie; geen geboortecomplicaties, betrokkenheid van de jeugdigen in familieactiviteiten, het wonen in een klein gezin, het hebben van een goede relatie met leeftijdsgenoten, ondersteuning door een ander, en een hechte band met tenminste één prosociale volwassene. Ook bleek dat *het aantal beschermende factoren* van invloed was op het aantal recidives, waarbij minder vaak werd gerecidiveerd wanneer er twee of meer beschermende factoren waren dan wanneer er nul of één beschermende factor was. Verder bleek dat het met het toevoegen van beschermende factoren aan de risicotaxatie, *de voorspelling van recidive werd verbeterd*. Uit de resultaten kwam verder naar voren dat er verschillen zijn in het

gebruikte onderzoeksdesign voor wat betreft de gemiddelde leeftijd, de operationalisatie van delinquent gedrag en de manier waarop vergelijkende analyses worden verricht. Dergelijke verschillen kunnen ervoor zorgen dat er soms wel en soms geen samenhang tussen beschermende factoren en uitkomstmaten van delinquent gedrag worden gevonden. Het trekken van algemeen geldende conclusies over een beschermende factor bij kinderen/jeugdigen van 0 tot en met 18 jaar wordt hierdoor bemoeilijkt. Het kan zo zijn dat eenzelfde beschermende factor op zeer jeugdige leeftijd (jonger dan 12 jaar) wel beschermend werkt, maar in de adolescentie (12-18 jaar) niet.

### **Factoren gemeten bij volwassenen die beschermen voor herhaald gewelddadig gedrag als volwassene**

Er is (enige) evidentie voor verschillende beschermende factoren bij volwassenen die beschermen voor recidive bij volwassenen. Dit zijn: deelname aan georganiseerde vrijetijdsbesteding, goede relaties op het werk, tevredenheid over financiën, tevredenheid over gezondheid, het hebben van doelen in het leven en de beoordeling dat die doelen haalbaar zijn, zelfcontrole, werk, financiën, coping, motivatie, houding tegenover autoriteit, medicatie, netwerk, intelligentie, impulscontrole, externe invloeden, overeenstemming over regels en gestelde voorwaarden, verhoogde activiteit van het autonome zenuwstelsel, het hebben van een stabiele thuissituatie, behandeling met atypische antipsychotische medicatie, een hoger niveau van serotonine, getrouwd zijn, latere (huidige) leeftijd, latere leeftijd ten tijde van start van het criminele gedrag en minder procriminele denkstijlen.

### **Conclusie**

De *conclusie* van het onderhavige onderzoek luidt:

*Onderzoek naar beschermende factoren in de risicotaxatie van tbs-gestelden is in opkomst. Enerzijds wijzen de eerste bevindingen op een toegevoegde waarde van beschermende factoren, anderzijds is nader onderzoek gewenst.*

### **Toegevoegde waarde**

Meer in het bijzonder, uit de eerste bevindingen van onderzoek naar beschermende factoren komen verschillende resultaten naar voren die een toegevoegde waarde van beschermende factoren aan het risicotaxatieproces van tbs-gestelden suggereren. Er wordt een completer beeld van de patiënt verkregen, het aantal onjuiste voorspellingen wat betreft recidive verminderd, de behandelrelatie verbeterd, verschillende factoren kunnen worden aangeduid die de invloed van beschermende factoren kunnen modereren, beschermende factoren kunnen betrouwbaar en valide op gestructureerde wijze worden vastgesteld, verschillende factoren kunnen worden vastgesteld die beschermend werken tegen (verschillende vormen van) gewelddadig gedrag, het toevoegen van instrumenten die beschermende factoren in kaart brengen, levert een verbetering op voor de inschatting van recidive, en de gecombineerde score van zowel risicofactoren als ook beschermende factoren is het beste in staat het risico van recidive te voorspellen.

### **Beperkingen**

Anderzijds wordt er nog maar tien onderzoek verricht naar beschermende factoren in de risicotaxatie van tbs-gestelden, waarvan de laatste vijf jaar het meeste en is de evidentie voor verschillende bevindingen voor replicatie vatbaar. Verder bestaat er nog onduidelijkheid over de terminologie van beschermende factoren (de benaming, de definities en het type bescherming waarop men doelt), de conceptualisering van beschermende factoren (unipolair of bipolair, directe of indirecte invloed) en het theoretisch kader. Meer en gestructureerd wetenschappelijk onderzoek naar

beschermende factoren op deze punten is wenselijk. Wanneer de invloed van beschermende factoren op twee manieren wordt onderzocht, namelijk zowel als hoofdeffect als ook als interactie-effect op het risico van herhaling van gewelddadig gedrag, draagt dit bij aan de evidentie over de (unipolaire of bipolaire) werking van beschermende factoren.





## Summary and conclusion

### The importance of protective factors in risk assessment of forensic psychiatric patients

#### Introduction

Risk assessment is an important task for professionals working in forensic psychiatry. On a daily basis, numerous decisions are made in which risk assessment plays a leading role. Risk assessment is also involved at different stages of the criminal law process. Traditionally, risk assessment of violent behavior is focused on scoring *risk* factors, factors that may increase the risk of violent behavior. More recently, the importance of *protective* factors as part of the risk assessment process is recognized. These are factors that are assumed to decrease the risk of violent behavior. In this report, the following research questions were asked: *Does the inclusion of protective factors in the risk assessment process add supplemental value to the risk assessment process as it currently is being conducted in Dutch forensic psychiatric practice? And if so, in which manner?* To answer these and related questions, a literature review was conducted.

#### Additional value protective factors

At present, we were able to find three possible additional values of including protective factors into the risk assessment process. These are: 1) to obtain a more all-round/multifaceted and complete image of a forensic psychiatric patient, 2) to reduce the number of false positive and false negative risk predictions, which makes it possible to reduce the number of inaccurate decisions about for instance leaves of absence and thereby to reduce the number of recidivism, and 3) to improve the treatment of forensic psychiatric patients (by increasing the strengths of a patient, by improving the treatment alliance, and by finding new clues for therapeutic goals).

#### Trend in positive psychology

In most risk assessment instruments that are currently being used in the forensic psychiatric field, only risk factors are included. This is in line with an important guiding principle in forensic psychiatry: the disease or risk model in which identifying risk factors for a certain disease, or antisocial behavior, is of central interest. The authoritative model in this tradition in forensic psychiatry is the *Risk-Need-Responsivity*-model. The addition of protective factors in the risk assessment process can be interpreted as part of a larger trend in forensic psychiatry, in which not (only) the negative sides but more the positive sides of a patient are of central importance. This can be seen in the emergence of positive psychological models in forensic psychiatric practice such as the *Good Lives Model* (GLM), the *Quality of Life*-model (QoL), the *Strengths-based*-model and treatment programs that follow these guidelines. These models and treatment programs are increasingly used in forensic psychiatry. This is not only happening in the Netherlands, but also in international forensic psychiatry. This positive psychological trend is important, since it is assumed to lead to a reduction in the number of recidivism.

#### Conceptualization protective factors

To further examine the additional value of protective factors, it is important to know exactly what protective factors are and to fully understand what their potential influence is. Unlike the literature on risk factors, however, there is lack of clarity on

these topics regarding protective factors. There is discussion on at least three topics. First, in the English literature there are several terms used to indicate protective factors, among which: protective factor, promotive factor, interactive protective factor, direct protective factor, buffering protective factor, et cetera. Further, different researchers use different definitions of these terms. This lack of clarity on which term to use to describe different protective influences is possibly due to the fact that there are several different research traditions all relating to protective factors. There is also lack of clarity regarding the type of protection that is studied: Is it protection against the onset of violent behavior (first offender) or against repeated violent behavior (recidivist)? Second, it is uncertain if protective factors are unique, other factors than risk factors (unipolar) or if they are (merely) the opposite of protective factors (bipolar). This is important, because if there are no unique protective factors, it is legitimate to question whether the research into protective factors and the construction of separate risk assessment tools for protective factors is relevant. The third point of discussion is whether or not protective factors have a direct or indirect influence on the total risk of violent behavior. If the influence is direct, the protective factors influence the total risk without influencing a specific risk factor. If the influence is indirect, it is more likely that the protective factor influences a specific risk factor, which in turn has its influence on the total amount of risk. An indirect influence of protective factors may follow two different pathways: the buffering and the mediating model. By examining main as well as interaction effects of protective factors in future studies, the exact nature (unipolar or bipolar) and the exact influence (direct or indirect) may become more clear. For future studies into protective factors it is also important to provide more clarity on the discussion points that are mentioned above. The conceptual framework of a model that was developed for youth forensic psychiatric health care may be a starting point for these matters.

### **Special circumstances**

Factors that generally have a protective influence on violent risk, do not have this influence at all times and for everyone. In the literature there is some evidence that there are at least four special circumstances regarding protective factors. These are: the type of delinquent, age, gender, and the type of risk that is assessed. It is found that there are differences in the factors that have a protective influence depending on the type of delinquent that is studied (e.g., sex offenders versus other violent offenders). Regarding age, protective factors have been found to assert their influence differently depending on the developmental stage a person is in (e.g., at a young age, the family domain is more important; at an older age the social environment becomes more dominant). Also, the same factor may protect against violent behavior at a certain age and at the same time be a risk factor at a later age. In adults, the influence of protective factors may also be changeable over time. Depending on early adulthood, middle adulthood or late adulthood different protective factors may assert their influence. However, research into this topic is scarce. Gender also seems to be able to influence protective factors, in at least three ways. First, different protective factors seem to protect against violent behavior for boys as compared to girls; second, the (subjective) exposure to protective factors seems to be smaller for boys as compared to girls; and third, the strength of the relations between protective factors and the total amount of violence risk is smaller for boys than for girls. Also, a protective factor may increase instead of decrease the total amount of risk depending on the kind of risk that is assessed (e.g., violent recidivism or violent incidents in a forensic mental hospital). Finally, a protective factor may reduce the risk of recidivism and at the same time may increase the risk of other negative (non-criminal) behavior such as depression or anxiety.

### **Assessment of protective factors**

The lack of clarity on the exact influence and conceptualization of protective factors is reflected in the two main instruments that exist at present to assess protective factors. In the *Structured Assessment of Protective Risk Factors for violence risk* (SAPROF), protective factors are seen as unipolar, unique factors. Each factor is unique and is scored once, namely for its protective influence. The *Short Term Assessment of Risk and Treatability* (START) is an instrument in which all factors are considered bipolar, that is, all factors are scored for both their potential risk influence as well as for their potential protective influence. From the studies on these instruments that we examined, the following results came forward. The SAPROF appears to be of additional value as compared to the use of only a risk assessment instrument. Especially in the long-term (after an average of 11 years in the community), a better prediction of recidivism can be given when combining both a risk assessment instrument as well as an instrument to assess protective factors. With the START, it is possible to predict which patients will exhibit aggressive behavior towards themselves and/or towards others. Furthermore, although the strength-items of the START did not always contribute to the accuracy of the prediction of violent recidivism, they were useful in clinical practice.

### **Factors with protective influence**

Due to the differences in terminology, in visions on the assumed type of influence and in research traditions on protective factors, within the timeframe of the present study it was not possible to provide an exhaustive overview of all factors that protect against repeated violent behavior. For this reason, some examples of protective factors are given.

### **Factors measured at a young age, that protect against repeated violent behavior as an adult**

There are several protective factors measured in adolescence that appear to protect against repeated violent behavior as an adult. These factors are important since prevention strategies employed in the adolescence may prevent violent behavior as an adult. We found some evidence for the following factors measured at a young age, that were protective of violent behavior as an adult: stabile home environment, no birth complications, involvement of youth in family activities, living in a small family, having a good relationship with peers, strong social support, and strong attachments and bonds. We also found that the number of protective factors influences the recidivism rate, that is, the recidivism rate is lower when two or more protective factors are present than when zero or no protective factors are present. Furthermore, with the addition of protective factors to the total risk assessment (that is, the assessment of risk factors), the prediction of recidivism was improved. The results further implied that there are important differences in the study design regarding average age, the way delinquent behavior is put into operation, and the way comparative analyses are conducted. These study design differences may cause differential results regarding the relation between a protective factor and an outcome measure of violent behavior such that this relation is sometimes found and sometimes not. This makes it difficult to infer general conclusions on a certain protective factor in children/adolescents varying in age from 0 to 18 years old. For instance, it is possible that a certain protective factor is protective of violent behavior at a very young age (under 12) but is no longer protective in adolescence (12-18 years old).

### **Factors measured in adults that protect for repeated violence as an adult**

There is (some) evidence that there are several different protective factors detectable in adults. These are: participating in organized leisure time activities, good relationships at work, satisfaction about the financial situation, satisfaction about health status, having goals in life and having the opinion that these goals are reachable, self control, work, finances, coping, motivation, attitude towards authorities, medication, network, intelligence, impulse control, external influences, to have an agreement on rules and conditions, enhanced activity of the autonomic nerve system, to have a stable home environment, treatment with atypical antipsychotic medication, a higher level of serotonin, to be married, older (current) age, older age of onset of criminal behavior and lower level of pro-criminal thinking style.

### **Conclusion**

The conclusion of the present study is:

*Research into protective factors is up and coming. On the one hand the first findings appear promising; on the other hand further studies are warranted.*

### **Additional value**

On the one hand the first research results regarding protective factors are promising. More particularly, from the first studies on protective factors, several significant results emerge. These are: A more complete and all-round comprehension of the patient becomes available with protective factors, the number of incorrect predictions regarding recidivism is decreased, the treatment alliance improves, several factors (special circumstances) may be identified that seem to have an influence, in their turn, on protective factors, protective factors are assessed in a reliable and valid manner, different factors may be identified that have a protective value against violent behavior and recidivism, the inclusion of instruments that measure protective factors, increases the number of correct predictions regarding recidivism, and the combined score of both risk factors and protective factors is best able to predict risk of recidivism.

### **Limitations**

On the other hand, more studies are warranted. Research into protective factors has only been conducted for ten years. The last five years, the most studies have been published. This indicates that for many of the results, replications are necessary. Further, there is lack of clarity on the terminology to describe protective factors (what terms are used best?, what is the right definition to use?, and what type of protection is intended?), on the conceptualization of protective factors (are they unipolar or bipolar in nature?, do they have a direct or indirect influence) and on the theoretical framework. More and structured academic studies on these issues are warranted. When the potential influence of protective factors is studied in two ways, namely, as a main effect as well as an interaction effect, this will productively contribute to the evidence base underlying protective factors.

## Literatuur

- Adviesbureau van Montfort, & Reclassering Nederland (2004). *RISc 1.0: Recidive Inschattingsschalen. Handleiding*. Harderwijk: Flevodruk.
- Andrews, D.A., & Bonta, J. (1995). *The Level of Service Inventory-Revised*. Toronto: Multihealth Systems.
- Andrews, D.A., & Bonta, J. (1998). *The psychology of criminal conduct (2e ed.)*. Cincinnati: Anderson Publishing Co.
- Andrews, D.A., Bonta, J., & Wormith, J.S. (2004). *The Level of Service/Case Management Inventory (LS/CMI)*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Andrews, D.A., Bonta, J., & Wormith, J.S. (2011). The Risk-Need-Responsivity (RNR) model: Does adding the Good Lives Model contribute to effective crime prevention? *Criminal Justice and Behavior*, 38, 735-755.
- Bersani, B.E., Laub, J.H., & Nieuwebeerta, P. (2009). Marriage and desistance from crime in the Netherlands: Do gender and socio-historical context matter? *Journal of Quantitative Criminology*, 25, 3-24.
- Borum, R., Bartel, P., & Forth, A. (2002). *Manual for the Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY), consultation edition, Version 1*. Tampa, FL: University of South Florida.
- Bonta, J.L., & Andrews, D.A. (2007). *Risk-Need-Responsivity model for offender assessment and rehabilitation*. Ottawa, Ontario: Public Safety Canada. User report 2007-06.
- Bouman, Y.H.A. (2009). *Quality of life and criminal recidivism in forensic outpatients with personality disorders: A Good Lives approach*. (Proefschrift, Universiteit Maastricht). Enschede: Gildeprint.
- Bouman, Y.H.A., & Bulten, B.H. (2009). De protectieve werking van kwaliteit van leven: Een *good lives*-benadering. In T.I. Oei & M.S. Groenhuijsen (red.), *Forensische psychiatrie en haar grensgebieden: Actualiteit, geschiedenis en toekomst* (pp. 501-519). Deventer: Kluwer.
- Boutwell, B., & Beaver, K.M. (2008). A biological explanation of delinquency abstinence. *Criminal Behavior and Mental Health*, 18, 59-74.
- Braithwaite, E., Charette, Y., Crocker, A.G., & Reyes, A. (2010). The predictive validity of clinical ratings of the Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START). *International Journal of Forensic Mental Health*, 9, 271-281.
- Brand, E.F.J.M., Horst, P.R.M. ter, Lammers, S.S.M., & Spreen, M. (2010). *Handleiding HKT-EX: Historische Klinische en Toekomst items voor Diagnostiek, Risicotaxatie en Behandelbeoordeling, experimentele versie*. Den Haag: Dienst Justitiële Inrichtingen.
- Brennan, P.A., Raine, A., Schulsinger, F., Kirkegaard-Sorensen, L., Knop, J., Hutchings, B., et al. (1997). Psychophysiological protective factors for male subjects at high risk for criminal behavior. *American Journal of Psychiatry*, 154, 853-855.
- Broek, E., van den (2008, januari). *Het belang van de SAPROF vanuit behandelperspectief: Ervaringen uit de forensische praktijk*. Presentatie gehouden op symposium ter introductie SAPROF, Utrecht.
- Broek, E., van den, Vries Robbé, M. de, & Vogel, V. de (2012). *Translation of risk assessment to risk management. Challenges and solutions*. Presentatie gehouden op de 12e editie van het congres van de International Association of Forensic Mental Health Services, april 2012, Miami, Florida.
- Collins, R.E. (2004). Onset and desistance in criminal careers: Neurobiology and the age-crime relationship. *Journal of Offender Rehabilitation*, 39, 1-19.

- Costa, F.M., Jessor, R., & Turbin, M.S. (1999). Transition into adolescent problem drinking: The role of psychosocial risk and protective factors. *Journal of Studies on Alcohol*, 60, 480-490.
- Cree, A., Horstead, A., Nundy, S., & Hopkins, M. (2012). *Structured Professional Risk Judgement and recovery: A multimodal approach to achieving transparency*. Presentatie gehouden op de 12e editie van het congres van de International Association of Forensic Mental Health Services, april 2012, Miami, Florida.
- Domburgh, L. van, Loeber, R., Bezemer, D., Stallings, R., & Stouthamer-Loeber, M. (2009). Childhood predictors of desistance and level of persistence in offending in early onset offenders. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 967-980.
- Douglas, K.S., Hart, S.D., Webster, C.D., Belfrage, H., & Eaves, D. (2013). *HCR: V3 Historical, Clinical, Risk, Management (Version 3): Assessing risk for violence*. Vancouver: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.
- Douglas, K.S., Yeomans, M., & Boer, D.P. (2005). Comparative validity analysis of multiple measures of violence risk in a general population sample of criminal offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 32, 479-510.
- Dowden, C., Antonowicz, D., & Andrews, D.A. (2003). The effectiveness of relapse prevention with offenders: A meta-analysis. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 47, 516-528.
- Eklund, J.M. (2006). *Adolescents at risk of persistent antisocial behaviour and alcohol problems: The role of behaviour, personality and biological factors*. (Proefschrift, Universiteit van Stockholm.) Stockholm: Almqvist & Wiksell International.
- Emmerik, J.L. (2008). Risicotaxatie in de forensische psychiatrie. In H.J.C. van Marle, P.A.M. Mevis, & M.J.F. van der Wolf (red.), *Gedragkundige rapportage in het strafrecht* (pp. 427-475). Deventer: Kluwer.
- Fagan, A.A., Van Horn, M.L., Hawkins, J.D., & Arthur, M.W. (2007). Gender similarities and differences in the association between risk and protective factors and self-reported serious delinquency. *Prevention Science*, 8, 115-124.
- Farrington, D.P., & Ttofi, M.M. (2012). Protective and promotive factors in the development of offending. In T. Bliesener, A. Beelmann, & M. Stemmler (red.), *Antisocial behavior and crime: Contributions of developmental and evaluation research to prevention and intervention* (pp. 71-88). Cambridge, MA: Hogrefe.
- Fazel, S., Singh, J.P., Doll, H., & Grann, M. (2012). Use of risk assessment instruments to predict violence and antisocial behaviour in 73 samples involving 24.827 people: Systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 345, e4692.
- Fergusson, D.M., Vitaro, F., Wanner, B., & Brendgen, M. (2007). Protective and compensatory factors mitigating the influence of deviant friends on delinquent behaviors during early adolescence. *Journal of Adolescence*, 30, 33-50.
- Fitzpatrick, K.M. (1997). Fighting among America's youth: A risk and protective factors approach. *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 131-148.
- Fluttert, F.A.J. (2010). *Management of aggression in forensic mental health nursing: The application of the early recognition method*. (Proefschrift, Universiteit Utrecht.) Enschede: Gildeprint.
- Fluttert, F.A.J., Meijel, B. van, Nijman, H., Bjørkly, S., & Grypdonck, M. (2010). Preventing aggressive incidents and seclusions in forensic care by means of the 'Early Recognition Method'. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 1529-1537.
- Fluttert, F.A.J., Meijel, B. van, Webster, C., Nijman, H., Bartels, A., & Grypdonck, M. (2008). Risk management by early recognition of warning signs in forensic psychiatric patients. *Archives of Psychiatric Nursing*, 22, 208-216.
- Gammalgård, M., Eronen, M., & Kaltiala, R. (2007). *Violence risk estimates and gender*. Posterpresentatie gehouden op de 5e editie van het Congres Violence in Clinical Psychiatry, oktober 2007, Amsterdam.

- Garnezy, N., Masten, A.S., & Tellegen, A. (1984). The study of stress and competence in children: A building block for developmental psychopathology. *Child Development, 55*, 97-111.
- Giordano, P.C., Cernkovich, S.A., & Holland, D.D. (2003). Changes in friendship relations over the life course: Implications for desistance from crime. *Criminology, 41*, 293-327.
- Giordano, P.C., Longmore, M.A., Schroeder, R.D., & Seffrin, P.M. (2008). A life-course perspective on spirituality and desistance from crime. *Criminology, 46*, 99-132.
- Grann, M., Hiscoke, U.L., Sturidsson, K., Dernevik, M., Kullgren, G., Langstrom, N., et al. (1999). *Structured Outcome Assessment and Community Risk Monitoring*. Stockholm: Karolinska Institute.
- Haggård-Grann, U. (2005). *Violence among mentally disordered offenders: Risk and protective factors*. (Proefschrift, Karolinska Institutet.) Stockholm: Edita Norstedts Tryckeri.
- Haggård, U., Gumpert, C., & Grann, M. (2001). Against all odds: A qualitative follow-up study of high risk violent offenders who were not reconvicted. *Journal of Interpersonal Violence, 16*, 1048-1065.
- Hanson, R.K. (2002). Recidivism and age: Follow-up data from 4,673 sexual offenders. *Journal of Interpersonal Violence, 17*, 1046-1062.
- Hanson, R.K., Bourgon, G., Helmus, L., & Hodgson, S. (2009). *A meta-analysis of the effectiveness of treatment for sexual offenders: Risk, need, and responsivity*. Ottawa: Corrections research Public Safety Canada. Corrections Research Rep. nr. 2009-01.
- Harte, J., & Breukink, M. (2010). Objectiviteit of schijnzekerheid? Kwaliteit, mogelijkheden en beperkingen van instrumenten voor risicotaxatie. *Tijdschrift voor Criminologie, 52*, 52-69.
- Hartman, J.L., Turner, M.G., Daigle, L.E., Exum, M.L., & Cullen, F.T. (2009). Exploring the gender differences in protective factors: Implications for understanding resiliency. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 53*, 249-277.
- Hawkins, J.D., Catalano, R.F., & Miller, J.Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin, 112*, 64-105.
- Healy, D. (2010). Betwixt and between: The role of psychosocial factors in the early stages of desistance. *Journal of Research in Crime and Delinquency, 47*, 419-438.
- Hildebrand, M., & Ruiters, C. de (2010). De strafrechtelijke maatregel terbeschikkingstelling. In P.J. van Koppen, H. Merkelbach, M. Jelicic & J.W. de Keijser (red.), *Reizen met mijn rechter: psychologie van het recht*. Deventer: Kluwer.
- Hildebrand, M., Hesper, B., Spreen, M., & Nijman, H. (2005). *De waarde van gestructureerde risicotaxatie en van de diagnose psychopathie: Een onderzoek naar de betrouwbaarheid en predictieve validiteit van de HCR-20, HKT-30 en PCL-R*. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.
- Hildebrand, M., Spreen, M., Schönberger, H.J.M., Augustinus, F., & Hesper, B.L. (2006). *Onttrekkingen tijdens verlof, ontvluchtingen en recidives tijdens de tbs-behandeling in de jaren 2000-2005*. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.
- Hilterman, E.L.B. (1999). *Tijdens de oefening terug naar af: Een onderzoek naar de voorspelling van recidive door ter beschikking gestelden tijdens verlof*. (Ongepubliceerde masterscriptie, Katholieke Universiteit Nijmegen.)
- Hilterman, E.L.B. (2001). Statistische vergelijking van tijdens verlof recidiverende en niet-recidiverende tbs-gestelden. *Proces, 7/8*, 121-127.

- Hilterman, E.L.B., & Bouman, Y.H.A. (2004). *SORM: Structured Outcome Assessment and Community Risk Monitoring*. Venray en Nijmegen: De Rooyse Wissel en Prof. Pompestichting.
- Horn, J. van, Wilpert, J., Bos, M., & Mulder, J. (2008). *WaagSchaal jeugd: Risicotaxatie-instrument voor de Ambulante Forensische Psychiatrie: Handleiding*. Utrecht: De Waag, interne uitgave.
- Horn, J., van, Wilpert, J., Eisenberg, M., & Mulder, J. (2009). *Handleiding WaagSchaal volwassen, versie 2009*. Utrecht: De Waag.
- Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health, 12*, 597-605.
- Jessor, R., Van den Bos, J., Vanderryn, J., Costa, F.M., & Turbin, M.S. (1995). Protective factors in adolescent problem behavior: Moderator effects and developmental change. *Developmental Psychology, 31*, 923-933.
- Kazemian, L. (2007). Desistance from crime. Theoretical, empirical, methodological, and policy considerations. *Journal of Contemporary Criminal Justice, 23*, 5-27.
- Koster, K., Vries Robbé, M. de, & Vogel, V. de (2012). Beschermende factoren bij seksuele delinquenten: Een retrospectieve studie naar de validiteit van de SAPROF bij ex-terbeschikkinggestelde seksueel delinquenten in de FPC Dr. S. van Mesdag en de Van der Hoeven Kliniek. *GZ-psychologie, 6*, 8-15.
- Kraemer, H.C., Kazdin, A.E., & Offord, D.R. (1997). Coming to terms with the terms of risk. *Archives of General Psychiatry, 54*, 337-343.
- Laan, A.M. van der, Schans, C.A. van der, Bogaerts, S., & Doreleijers, Th.A.H. (2009). *Criminogene en beschermende factoren bij jongeren die een basisraads-onderzoek ondergaan: Een verkennende inventarisatie van de mate van zorg en van risico- en beschermende factoren gesignaleerd door raadsonderzoekers*. Den Haag: Boom Juridische uitgevers. Onderzoek en beleid 276.
- Laan, A.M. van der, Veenstra, R., Bogaerts, S., Verhulst, F.C., & Ormel, J. (2010). Serious, minor and non-delinquents in early adolescence: The impact of cumulative risk and promotive factors: The TRAILS study. *Journal of Abnormal Child Psychology, 38*, 339-351.
- Lancel, M., Oosterbos, N., Spreen, M., & Akkerman-Bouwsema, G. (2011). Short-Term assessment of Risk and Treatability (START): Onderzoek naar de betrouwbaarheid en predictieve validiteit van de START. *Panopticon, 6*, 6-20.
- Lam, K., 't, Lancel, M., & Hildebrand, M. (2009). *Handleiding bij de Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START): Richtlijnen bij het beoordelen van korte termijn risico's en behandelmogelijkheden*. Assen: GGZ Drenthe.
- Lodewijks, H.P.B., Doreleijers, Th.A.H., Ruiter, C. de, & Wit-Grouls, H.F. de (2003). *SAVRY: Handleiding voor de gestructureerde risicotaxatie van gewelddadig gedrag bij jongeren: Geautoriseerde Nederlandse vertaling, versie 1 (consultatie editie)*. Zutphen: Rentrax.
- Lodewijks, H.P.B., Ruiter, C. de, & Doreleijers, Th.A.H. (2010). The impact of protective factors in desistance from violent reoffending: A study in three samples of adolescent offenders. *Journal of Interpersonal Violence, 25*, 568-587.
- Loeber, R., & Farrington, D.P. (2012). Advancing knowledge about direct protective factors that may reduce youth violence. *American Journal of Preventive Medicine, 43*, S24-S27.
- Loeber, R., Slot, W., & Stouthamer-Loeber, M. (2006). A three-dimensional, cumulative developmental model of serious delinquency. In P.O.H. Wikström & R.J. Sampson (red.), *The explanation of crime: Context, mechanisms and development* (pp. 153-194). Cambridge, Engeland: Cambridge University Press.
- Lösel, F., & Bender, D. (2003). Protective factors and resilience. In D.P. Farrington & J.W. Coid (red.), *Early prevention of adult antisocial behaviour* (pp. 130-204). Cambridge, Engeland: Cambridge University Press.



- Lösel, F. & Farrington, D.P. (2012). Direct protective and buffering protective factors in the development of youth violence. *American Journal of Preventive Medicine*, 43, S8-S23.
- Lucker, T.P.C., Bruggeman, F.M.J., Kristensen, P., & Hochstenbach, J. (2010). Tbs-behandeling: Niet langer dan nodig, niet korter dan noodzakelijk. *GZ-Psychologie*, 6, 26-36.
- Luthar, S.S., & Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Development and Psychopathology*, 12, 857-885.
- Luthar, S.S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71, 543-562.
- Miller, H.A. (2006a). A dynamic assessment of offender risk, needs, and strengths in a sample of pre-release general offenders. *Behavioral Sciences and the Law*, 24, 767-782.
- Miller, H.A. (2006b). *Manual of the Inventory of Offender Risk, Needs, and Strengths (IORNS)*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Moffitt, T.E. (1993). Adolescence-limited and life-course persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100, 674-701.
- Moffitt, T.E. (2006). Life-course-persistent versus adolescence-limited antisocial behavior. In D. Cicchetti & D.J. Cohen (red.), *Developmental psychopathology, Vol 3: Risk, disorder, and adaptation* (2e ed.) (pp. 570-598). Hoboken: John Wiley & Sons Inc.
- Nagtegaal, M.H. (2008). *Aggression: Its association with dysfunctional thought control processes, cognition, and personality*. (Proefschrift, Erasmus Universiteit Rotterdam.) Rotterdam: Optima Grafische Communicatie.
- Nagtegaal, M.H. (2010). *Risicotaxatie- en risicomangementmethoden: Een inventarisatie in de forensisch psychiatrische centra in Nederland*. Den Haag: WODC. Factsheet 2010-7.
- Nicholls, T.L., Brink, J., Desmarais, S.L., Webster, C.D., & Martin, M-L (2006). The Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START): A prospective validation study in a forensic psychiatric sample. *Assessment*, 13, 313-327.
- Nicholls, T.L., Viljoen, J.L., Cruise, K. R., Desmarais, S.L., & Webster, C.D. (2010). *Short-Term Assessment of Risk and Treatability: Adolescent Version (START: AV)* (Abbreviated manual). Coquitlam, British Columbia/Canada: Mental Health and Addiction Services.
- Nicholls, T.L., Petersen, K.L., Brink, J., & Webster, C.D. (2011). A clinical and risk profile of forensic psychiatric patients: Treatment team STARTs in a Canadian service. *International Journal of Forensic Mental Health*, 10, 187-199.
- Nieuwenhuizen, Ch. van (1998). *Quality of life of persons with severe mental illness: An instrument*. (Proefschrift, Universiteit van Amsterdam.) Amsterdam: Thesis publishers.
- Nieuwenhuizen, Ch. van, & Nijman, H. (2009). Quality of life of forensic psychiatric inpatients. *International Journal of Forensic Mental Health*, 8, 9-15.
- Nieuwenhuizen, Ch. van, Schene, A.H., & Koeter, M.W.J. (1998). *Lancashire Kwaliteit van Leven Profiel: Uitgebreide Nederlandse versie*. Eindhoven: Jeugdforensisch psychiatrisch ziekenhuis De Catamaran.
- Nieuwenhuizen, Ch. van, Schene, A.H., & Koeter, M.W.J. (2002). Quality of life in forensic psychiatry: An unreclaimed territory? *International Review of Psychiatry*, 14, 198-202.
- Nonstad, K., Nasset, M.B., Kroppan, E., Pedersen, T.W., Nøttestad, J.A., Almvik, R., et al. (2010). Predictive validity and other psychometric properties of the Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START) in a Norwegian High Secure Hospital. *International Journal of Forensic Mental Health*, 9, 294-299.

- Olver, M.E., Wong, S.C.P., & Nicholaichuk, T.P. (2009). Outcome evaluation of a high-intensity inpatient sex offender treatment program. *Journal of Interpersonal Violence, 24*, 522-536.
- Paternoster, R., & Bushway, S. (2009). Desistance and the 'feared self': Toward an identity theory of criminal desistance. *Journal of Criminal Law and Criminology, 99*, 1103-1156.
- Philipse, M. (2006). *Dynamische risicotaxatie: Wens of werkelijkheid?* Presentatie gehouden op bijeenkomst Nederlandse Vereniging voor Kriminologie en Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC), november 2006, Den Haag, Nederland.
- Philipse, M., Ruiters, C. de, Hildebrand, M., & Bouman, Y. (2000). *HCR-20: Beoordelen van het risico van gewelddadig gedrag: Versie 2*. Nijmegen/Utrecht: Prof. mr. W.P.J. Pompestichting/Dr. Henri van der Hoeven Stichting.
- Place, C. (2011). *Een positieve kijk op de forensische zorg: Positieve psychologie biedt kansen voor preventie, behandeling en nazorg*. Utrecht: Trimbos instituut. artikelnummer AF1094.
- Pollard, J.A., Hawkins, J.D., & Arthur, M.W. (1999). Risk and protection: Are both necessary to understand diverse behavioral outcomes in adolescence? *Social Work Research, 23*, 145-158.
- Pomp, L., Hendriks, G., Kremer, S., & Spreen, M. (2007). Een blik over de muren. *GGZet Wetenschappelijk, 11*, 29-53.
- Raine (2002). Biosocial studies of antisocial and violent behaviour in children and adults: A review. *Journal of Abnormal Child Psychology, 30*, 311-326.
- Raine, A., Venables, P.H., & Williams, M. (1995). High autonomic arousal and electrodermal orienting at age 15 years as protective factors against criminal behavior at age 29 years. *American Journal of Psychiatry, 152*, 1595-1600.
- Raine, A., Venables, P.H., & Williams, M. (1996). Better autonomic conditioning and faster electrodermal half-recovery time at age 15 years as possible protective factors against crime at age 29 years. *Developmental Psychology, 32*, 624-630.
- Rapp, C.A., & Goscha, R.J. (2006). *The Strengths Model: Case management with people with psychiatric disabilities* (2e ed.). New York: Oxford University Press.
- Resnick, M.D., Ireland, M., & Borowsky, I. (2004). Youth violence perpetration: What protects? What predicts? Findings from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Journal of Adolescent Health, 35*, 424e1-424e10.
- Rogers, R. (2000). The uncritical acceptance of risk assessment in forensic practice. *Law and Human Behavior, 24*, 595-605.
- Rushton, R., & Best, D. (2012). *Addiction recovery in forensic mental health settings: Building more hopeful services and sustainable strengths in substance misusers with complex needs*. Presentatie gehouden op de 12e editie van het congres van de International Association of Forensic Mental Health Services, april 2012, Miami, Florida.
- Rushton, R., Collins, L., Ayub, L., & Barker, R. (2012). *Risk, recovery and participation: using recovery principles to develop forensic mental health service user participation in risk assessment and risk management*. Symposium gehouden op de 12e editie van het congres van de International Association of Forensic Mental Health Services, april 2012, Miami, Florida
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanism. *American Journal of Orthopsychiatry, 57*, 316-331.
- Seligman, M.E.P. (2002). Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. In C.R. Snyder & S. Lopez (red.). *Handbook of positive psychology* (pp. 3-9). New York: Oxford University Press.
- Seligman, M.E.P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An Introduction. *American Psychologist, 55*, 5-14.

- Serin, R.C., & Lloyd, C.D. (2009). Examining the process of offender change: The transition to crime desistance. *Psychology, Crime and Law*, 15, 347-364.
- Spreen, M., Pomp, L., & Vermeulen, T. (2006). De methode van Sociale Netwerk Analyse toegepast in het forensische veld: Enige eerste stappen in forensische psychiatrisch- en cold case onderzoek. *Panopticon*, 26, 1-12.
- Stanton, D., & O'Sullivan, R. (2012). *Challenges and achievements of integrating principles of the recovery approach within a forensic high secure environment*. Presentatie gehouden op de 12e editie van het congres van de International Association of Forensic Mental Health Services, april 2012, Miami, Florida.
- Stoddard, S.A., Zimmerman, M.A., & Baumeister, J.A. (2012). A longitudinal analysis of cumulative risks, cumulative promotive factors, and adolescent violent behavior. *Journal of Research on Adolescence*, 22, 542-555.
- Stouthamer-Loeber, M., Loeber, R., Wei, E.H., Farrington, D.P., & Wikström, P.O.H. (2002). Risk and promotive effects in the explanation of persistent serious delinquency in boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 111-123.
- Swanson, J.W., Swartz, M.S., & Elbogen, E.B. (2004). Effectiveness of atypical antipsychotic medications in reducing violent behaviour among persons with schizophrenia in community-based treatment. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 3-20.
- Taxman, F. S., & Thanner, M. (2006). Risk, need, and responsivity (RNR): It all depends. *Crime & Delinquency*, 52, 25-51.
- Vissers, A. (2012). Makkelijker kunnen we het niet maken, wel leuker! Presentatie gehouden op het EFP-jubileumcongres, juni 2012, Maarssen.
- Vogel, V. de (2008). *Introductie SAPROF*. Presentatie gehouden op symposium ter introductie SAPROF, januari 2008, Utrecht.
- Vogel, V. de, & Ruiters, C. de (2006). Structured professional judgment of violence risk in forensic clinical practice: A prospective study into the predictive validity of the Dutch HCR-20. *Psychology, Crime & Law*, 12, 321-326.
- Vogel, V. de, Ruiters, C. de, & Bouman, Y. (2007a). Meten van protectieve factoren en het belang hiervan voor behandeling in forensische settings: Introductie van de SAPROF. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 33, 102-119.
- Vogel, V. de, Ruiters, C. de, Bouman, Y., & Vries Robbé, M. de (2007b). *SAPROF: Richtlijnen voor het beoordelen van beschermende factoren voorgewelddadig gedrag*. Versie 1. Utrecht: Forum Educatief.
- Vogel, V. de, Ruiters, C. de, Bouman, Y., & Vries Robbé, M. de (2012). *SAPROF: Structured Assessment of Protective Factors for violence risk (2e ed.)*. Utrecht: De Forensische Zorgspecialisten.
- Vogel, V. de, Vries Robbé, M. de, Kalmthout, W. van, & Place, C. (2011). *Female Additional Manual (FAM): Additional guidelines to the HCR-20 for assessing risk for violence in women: English version*. Utrecht: Van der Hoeven Kliniek.
- Vogel, V. de, Vries Robbé, M. de, Ruiters, C. de, Bouman, Y.H.A., & Chakhssi, F. (2013). *HCR: V3 Historical, Clinical, Risk Management (versie 3): Beoordelen van het risico van gewelddadig gedrag*. Utrecht: De Forensische Zorgspecialisten.
- Vorstenbosch, E.C.W., Bouman, Y.H.A., Braun, P.C., & Bulten, B.H. (2010). Kwaliteit van leven binnen de langdurige forensische psychiatrie. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 65, 869,883.
- Vries Robbé, M. de (2010). De rol van beschermende factoren. Presentatie gehouden op expertmeeting 'Risicotaxatie in de forensische psychiatrie: stand van zaken en nieuwe ontwikkelingen', november 2010, Utrecht.
- Vries Robbé, M. de, & Vogel, V. de (2009). Assessing protective factors for violence risk. *American Psychology & Law News*, 29, 3.
- Vries Robbé, M. de, & Vogel, V. de (2013). Protective factors for violence risk: Bringing balance to risk assessment. In L. Johnstone, & C. Logan (red.),

- Managing clinical risk: A guide to effective practice* (pp. 293-310). Londen: Routledge.
- Vries Robbé, M. de, & Vogel, V. de (in voorbereiding). *SAPROF-YV (SAPROF-Youth Version): Richtlijnen voor het beoordelen van beschermende factoren voor gewelddadig gedrag bij jeugdigen*.
- Vries Robbé, V., de, Vogel, V. de, & Spa, E. de (2011). Protective factors for violence risk in forensic psychiatric patients: A retrospective validation study of the SAPROF. *International Journal of Forensic Mental Health, 10*, 178-186.
- Walburg, J. (2012). Forensische psychiatrie en positieve psychologie: The future of forensic care. Presentatie gehouden op het EFP-jubileumcongres, juni 2012, Maarssen.
- Ward, T. (2002). Good lives and the rehabilitation of offenders: Promises and problems. *Aggression and Violent Behavior, 7*, 513–528.
- Ward, T., & Brown, M. (2004). The *good lives*-model and conceptual issues in offender rehabilitation. *Psychology, Crime, & Law, 10*, 243-257.
- Ward, A.K., & Day, D.M. (2010). *Criminal predictors and protective factors in a sample of young offenders: Relationship tot offending trajectories: Final report submitted to the Ministry of Children and Youth Services*. Ontario, Canada: Ryerson University.
- Ward, T., & Gannon, T.A. (2006). Rehabilitation, etiology, and self-regulation: The comprehensive *good lives*-model of treatment for sexual offenders. *Aggression and Violent Behavior, 11*, 77-94.
- Ward, T., & Stewart, C.A. (2003). The treatment of sex offenders: Risk management and good lives. *Professional Psychology: Research and Practice, 34*, 353-360.
- Ward, T., Mann, R.A., & Gannon, T.A. (2007). The *good lives*-model of offender rehabilitation: Clinical implications. *Aggression and Violent Behavior, 12*, 87-107.
- Ward, T., Melsner, J., & Yates, P.M. (2007). Reconstructing the Risk Need Responsivity Model: A theoretical elaboration and evaluation. *Aggression and Violent Behavior, 12*, 208–228.
- Webster, C.D., Eaves, D., Douglas, K.S., & Wintrup, A. (1995). *The HCR-20 scheme: The assessment of dangerousness and risk*. Vancouver, BC: Simon Fraser University and Forensic Psychiatric Services Commission of British Columbia.
- Webster, C.D., Douglas, K.S., Eaves, D., & Hart, S.D. (1997). *HCR-20. Assessing the risk of violence: Version 2*. Vancouver, BC: Simon Fraser University and Forensic Psychiatric Services Commission of British Columbia.
- Webster, C.D., Martin, M., Brink, J., Nicholls, T.L., & Desmarais, S.L. (2009). *Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START), Version 1.1*. Hamilton, Canada / Port Coquitlam, Canada: St. Joseph's Healthcare / Forensic Psychiatric Services Commission.
- Webster, C.D., Martin, M., Brink, J., Nicholls, T.L., & Middleton, C. (2004). *Manual for the Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START), Version 1.0 (consultation ed.)*. Hamilton, Canada / Port Coquitlam, Canada: St. Joseph's Healthcare / Forensic Psychiatric Services Commission.
- Werkgroep Risicotaxatie Forensische Psychiatrie (2002). *Handleiding HKT-30 versie 2: Risicotaxatie in de forensische psychiatrie*. Den Haag: Dienst Justitiële Inrichtingen.
- Whitehead, P.R., Ward, T., & Collie, R.M. (2007). Time for a change: Applying the Good Lives Model of rehabilitation to a high-risk violent offender. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 51*, 578-598.

- Wilson, C.M., Desmarais, S.L., Nicholls, T.L., & Brink, J. (2010). The role of client strengths in assessments of short-term violence risk. *International Journal of Forensic Mental Health Services*, 9, 282-293.
- Wong, T. (2012). *Girl delinquency: A study on sex differences in (risk factors for) delinquency*. (Proefschrift, Vrije Universiteit Amsterdam.) Oosterwijk: BOXPress.
- Yudofsky, S.C., Silver, J.M., Jackson, W., Endicott, J., Williams, D. (1986). The overt aggression scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *American Journal of Psychiatry* 143, 35-39.
- Zwemstra, J.C. (2009). *Psychiatrische zorg in en aansluitend aan detentie: Een onderzoek naar psychiatrische zorg en behandeling in detentie en daarop aansluitende reguliere of forensische zorg*. Nijmegen: Wolf Legal Publishers.
- Zwemstra, J.C., Masthoff, E.D., Trompenaars, A.W.J.M., & De Vries, J. (2009). Kwaliteit van leven in een populatie Nederlandse gevangenen met psychiatrische stoornissen: Relaties met psychopathologische, sociale, demografische, juridische en penitentiaire factoren. In T.I. Oei & M.S. Groenhuijsen (red.), *Forensische psychiatrie en haar grensgebieden: Actualiteit, geschiedenis en toekomst* (pp. 195-217). Alphen aan de Rijn: Kluwer.



## Bijlage 1 Samenstelling begeleidingscommissie

### **Voorzitter**

Prof. dr. Ch. van Nieuwenhuizen      Hoogleraar Forensische Geestelijke  
Gezondheidszorg, Universiteit van Tilburg  
Onderzoeksprogrammameider GGzE centrum  
kinder- en jeugdpsychiatrie

### **Leden**

Mr. A.G. van Bergen      Beleidsmedewerker, Directie Sanctie en  
Preventiebeleid, Ministerie van Veiligheid en  
Justitie

Dr. A.M. van der Laan      Senior onderzoeker, afdeling Criminaliteit,  
Rechtshandhaving en Sancties, Wetenschap-  
pelijk Onderzoek en Documentatiecentrum,  
Ministerie van Veiligheid en Justitie

Dr. N.H. Tenneij      Beleidsmedewerker afdeling Kwaliteit, Foren-  
sische Zorg, Dienst Justitiële Inrichtingen,  
Ministerie van Veiligheid en Justitie

Daarnaast worden drs. M.A. Engelsman, dr. J. Hochstenbach, dr. M. Spreen en  
wijlen dr. M.W.G. Philipse bedankt voor hun begeleiding bij eerdere versies van het  
rapport.





## Bijlage 2 Risico- en beschermende factoren, risicogedrag en risicouitkomsten

Risico en beschermende factoren				
Biologie/genetisch	Sociale omgeving	Waargenomen omgeving	Persoonlijkheid	Gedrag
<p>Risicofactoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• familiegeschiedenis van alcoholisme</li> </ul> <p>Beschermende factoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• hoge intelligentie</li> </ul>	<p>Risicofactoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• armoede</li> <li>• normatieve anomie</li> <li>• raciale ongelijkheid</li> <li>• illegale gelegenheden</li> </ul> <p>Beschermende factoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• goede school</li> <li>• samenhang <i>in de familie (cohesive)</i></li> <li>• middelen in de buurt (<i>neighbourhood</i>)</li> <li>• geïnteresseerde volwassenen</li> </ul>	<p>Risicofactoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• modellen van afwijkend gedrag</li> <li>• ouders-vrienden normatief conflict</li> </ul> <p>Beschermende factoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modellen voor conventioneel gedrag</li> <li>• Veel controle tegen afwijkend gedrag</li> </ul>	<p>Risicofactoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• weinig waargenomen kansen in het leven</li> <li>• laag zelfvertrouwen</li> <li>• neiging tot risico nemen</li> </ul> <p>Beschermende factoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• waarde geven aan dingen bereiken</li> <li>• waarde geven aan gezondheid intolerantie van afwijkend gedrag</li> </ul>	<p>Risicofactoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• problematisch drinken</li> <li>• gebrekkige prestaties op school</li> </ul> <p>Beschermende factoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• bezoeken van school</li> <li>• betrokkenheid bij school en vrijwilligersclubs</li> </ul>
<b>Risico-gedrag</b>				
Adolescenten risicogedrag/leefstijl				
<p>Probleemgedrag:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• illegaal drugsgebruik</li> <li>• delinquent gedrag</li> <li>• rijden onder invloed</li> </ul>	<p>Aan gezondheid gerelateerd gedrag:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ongezond eten</li> <li>• gebruik van tabak</li> <li>• weinig bewegen</li> <li>• niet gebruiken van autogordel</li> </ul>	<p>Gedrag op school:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• spijbelen</li> </ul>		
<b>Risico-uitkomst</b>				
Gezondheid/levens beïnvloedende uitkomsten				
<p>Gezondheid:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ziektes</li> <li>• minder fit zijn</li> </ul>	<p>Sociale rollen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• falen op school</li> <li>• sociale isolatie</li> <li>• problemen met de wet</li> <li>• op jonge leeftijd kinderen krijgen</li> </ul>	<p>Persoonlijke ontwikkeling:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• inadequaat zelfconcept</li> <li>• depressie/zelfmoord</li> </ul>	<p>Vorbereiding voor volwassenheid:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• weinig vaardigheden voor werk</li> <li>• moeilijk een baan kunnen vinden</li> <li>• ongemotiveerd zijn</li> </ul>	

Bron: Jessor (1991), vertaald door de auteurs