

Personalised medicine in de forensische psychiatrie: een voorbeeld voor andere domeinen in de psychiatrie?

K.R. GOETHALS

ACHTERGROND Personalised medicine is de belofte van diagnostisch-voorspellende stratificatie op basis van een biologische, cognitieve, demografische, psychopathologische of een anders omschreven test. Het doel van de forensische psychiatrie is niet alleen de zorg en de behandeling van delinquenten met een psychiatrische stoornis, maar ook risicotaxatie en -management.

DOEL De risicotaxatie in de forensische psychiatrie als een nomothetische benadering van personalised medicine toelichten. Daarnaast ook de verbinding maken met het offence paralleling behaviour, dat een illustratie is van de ideografische benadering.

METHODE Recente literatuur en inzichten over de risicotaxatie, het risicomangement en het offence paralleling behaviour bespreken.

RESULTATEN Risicotaxatie helpt ons om patiënten in te delen in groepen, naar de kans op recidive. Het nomothetisch concept is de basis van de meeste risicotaxatie-instrumenten. Een van de belangrijkste taken van het risicomangement in de forensische psychiatrie is om de risicofactoren te verminderen en de invloed van beschermende factoren te versterken. Het model van het offence paralleling behaviour heeft veel gelijkenissen met het concept van de integratie van risicomangement en behandeling, maar laat preciezer zien hoe hypothesen in de klinische context getest kunnen worden.

CONCLUSIE Mede door het grote maatschappelijke belang van het voorkómen van delicten staat de forensische psychiatrie voorop in het toepassen van personalised medicine in de psychiatrie.

TUJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 60(2018)3, 182-188

TREFWOORDEN offence paralleling behaviour, personalised medicine, risicotaxatie



ARTIKEL



Het vraagstuk van de voorspelling in de forensische psychiatrie kan benaderd worden door de nomothetische methode, dit wil zeggen dat men empirische data van een groot aantal patiënten gaat toepassen op een individu. Een alternatieve benadering voor deze voorspelling is de ideografische methode, dit wil zeggen vanuit de unieke persoon ($n = 1$).

De definiëring en het werkterrein van de forensische psychiatrie zijn de afgelopen decennia gewijzigd en verschillen ook van continent tot continent. Volgens Gunn en Taylor (1993) was forensische psychiatrie destijds de pre-

ventie, de verbetering en de behandeling van het slachtofferchap dat geassocieerd is met een psychiatrische stoornis. Volgens de American Academy of Psychiatry and the Law (2005) is forensische psychiatrie een subspecialisme van de psychiatrie waarbij wetenschappelijke en klinische expertise toegepast wordt in juridische contexten (burger- en strafrechtelijke en regel- en wetgevende zaken) en in gespecialiseerde klinische consultaties in domeinen zoals risicotaxatie en tewerkstelling.

In de Europese context is een recentere definitie: forensische psychiatrie is een specialisme binnen de geneeskunde,

gebaseerd op gedetailleerde kennis van relevante juridische thema's en straf- en civielrechtelijke systemen. Het doel is de zorg en de behandeling van delinquenten met een psychiatrische stoornis en anderen die dezelfde hulpverlening nodig hebben, inclusief ook risicotaxatie en -management en het voorkomen van toekomstig slachtofferschap (Nedopil e.a. 2012). Met andere woorden: de zorg en de behandeling bestaan ook uit risicotaxatie en -management en zijn expliciet in deze Europese definitie van forensische psychiatrie.

Literatuur over *personalised medicine* in de forensische psychiatrie gaat vooral over risicotaxatie en hoe deze gepersonaliseerd is, vooral op het gebied van *personal demographics* en varieert van persoon tot persoon. Combinaties van de zoektermen (personal OR personalized) AND (forensic OR criminal OR offend*) AND (psychiatry OR psychology OR mental health) op PubMed, Google Scholar en PsycINFO (1990 tot en met 2017) leverden een beperkt aantal artikelen op. Daarnaast werden ook de referenties van de gevonden artikelen nagekeken.

Uit de literatuur blijkt dat de huidige werkwijze in de meeste forensisch psychiatrische settings zeer patiëntgericht en persoonlijk is. Specifiek onderzoek terugvinden dat deze werkwijze als dusdanig benoemt, bleek erg moeilijk. De meeste artikelen gingen over de profilering van (potentiële) daders. De meeste literatuur beschrijft impliciet het hanteren van gepersonaliseerde behandelstrategieën van niet-forensisch psychiatrische patiënten. In deze korte bijdrage beschrijf ik achtereenvolgens de verschillende concepten van risico-inschatting, vervolgens komt de geïndividualiseerde risicotaxatie aan bod om te besluiten met het concept van het *offence paralleling behaviour*, dat opgevat kan worden als een *caseformulation*-benadering ten behoeve van de evaluatie en de interventies van de forensisch psychiatrische patiënt.

Risicotaxatie: voorbeeld van nomothetische benadering

Tegenwoordig zijn er drie concepten over risicotaxatie, waarvan de eerste twee reeds in de inleiding werden vermeld: de idiografische, de nomothetische en een concept gestoeld op hypothesen. Dit laatste concept, gestoeld op hypothesen, is gebaseerd op de ontwikkeling van een individuele hypothese over de genese van de delinquentie. De specifieke risicofactoren die aan de hypothese ten grondslag liggen, moeten hierbij geïdentificeerd worden. Prognose-instrumenten bieden hierbij waardevolle hulp. Vervolgens moet de doorwerking van de risicofactoren in een individuele casus, hun relevantie en zo nodig, de compensatie ervan door beschermende factoren, gecontroleerd worden. Dit maakt het voorspellen tot een proces

AUTEUR

KRIS GOETHALS, forensisch psychiater en directeur Universitair Forensisch Centrum, Universitair Ziekenhuis Antwerpen; hoogleraar Forensische psychiatrie, Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute (CAPRI), faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Universiteit Antwerpen

CORRESPONDENTIEADRES

Prof. dr. Kris Goethals, Universitair Ziekenhuis Antwerpen, Universitair Forensisch Centrum, Wilrijkstraat 10, 2650 Edegem, België.
E-mail: kris.goethals@uantwerpen.be

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 21-11-2017.

dat het ook mogelijk maakt om empirische kennis toe te passen op casusniveau (Otto & Douglas 2010).

Het nomothetisch concept is de basis van de meeste risicotaxatie-instrumenten. Hierbij worden empirische data afgeleid van een groot aantal patiënten toegepast op een individu op een min of meer gestructureerde wijze. Bij de risicotaxatie maakt men een onderscheid tussen veranderbare en stabiele risicofactoren. Andrews en Bonta (1994) hebben de stabiele parameters als statische voorspellers en de veranderbare als dynamische voorspellers aangeduid. Hanson (1998) heeft de dynamische voorspellers vanuit therapeutisch gezichtspunt verder ingedeeld in gefixeerde en acuut dynamische voorspellers. Op deze wijze zijn de risicofactoren onder te verdelen in:

- Statische risicofactoren; deze bestaan uit anamnestiche gegevens, persoonlijkheidsgebonden disposities en criminologische factoren (A en B in **TABEL 1**) en vormen de basis van de actuariële risicotaxatie. Ze vertellen ons over wie we ons zorgen moeten maken;
- Dynamische risicofactoren; deze worden verder opgedeeld in:
 - Gefixeerde dynamische risicofactoren; deze factoren bestaan uit criminogene behoeften en attitudes, risicovolle symptomen en reacties en klinische variabelen (C en gedeeltelijk D in **TABEL 1**). Deze vertellen ons wie de mogelijkheid heeft om te veranderen en te verbeteren;
 - Actuele veranderbare risicofactoren; die bestaan uit symptomen, attitudes en gedrag in verschillende situaties, bijvoorbeeld psychotische symptomen of slechte therapietrouw. Deze vertellen ons wanneer we ons zorgen moeten maken over iemand.

Risicotaxatie-instrumenten zoals de HCR-20V3 (van *Historical, Clinical, and Risk Management*; de Vogel e.a. 2013), een voorbeeld van het gestructureerd professioneel oordeel (*structured professional judgement*; Kropp & Hart 2000), en statistische of actuariële voorspellingsmethoden zoals de STATIC-99 (Hanson & Thornton 1999) kunnen recidive van een individuele patiënt niet voorspellen en kunnen dus niet gebruikt worden voor dit doel. Ze zijn beperkt tot het aantonen van empirisch gefundeerde risicofactoren in een individuele patiënt. Risicotaxatie moet tevens rekening houden met dynamische aspecten tijdens de toekomstige ontwikkeling van een patiënt, bijvoorbeeld tijdens zijn of haar rehabilitatie.

Eerder stelden Lindqvist en Skipworth (2000) dat de professie van de forensisch psychiater zich niet mag beperken tot een 'ondernemende risicotaxatie-industrie' zonder band met de traditionele rollen van de geneeskunde, namelijk het behandelen en het zorgen voor een patiënt. Een van de moeilijkste taken van het risicomangement in de forensische psychiatrie is om de risicofactoren te verminderen en de invloed van beschermende factoren te versterken. Emotionele stabiliteit, flexibiliteit, aanpassingsvermogen en het vermogen tot voldoende distantie zijn ook bij volwassenen belangrijk tegen antisociale invloeden. In 2009 werden deze protectieve factoren in een instrument samengevat en geëvalueerd, de *Structured Assessment*

TABEL 1 Geïntegreerde lijst met risicovariabelen, met inbegrip van enkele HCR-20V3-items

| A. Index-delict | B. Anamnestiche gegevens | C. Persoonlijkheidsontwikkeling na het indexdelict (klinische variabelen) | D. Sociale context (risicovariabelen) |
|--|--|---|--|
| Statistische waarschijnlijkheid voor recidive | (H1) Eerder geweld | Ziekte-inzicht en motivatie voor therapie | Werk |
| Betekenisvolle contextuele factoren bij het delict | (H2) Overig antisociaal gedrag | Zelfkritische attitude naar vroegere delinquentie | Onderkomen |
| Invloed van een voorbijgaande ziekte | (H3) Relaties | Verbetering van psychopathologische symptomen | Sociale relaties met een controlefunctie |
| Samenhang met een persoonlijkheidsstoornis | (H4) Werk | (C2) Gewelddadige denkbelden of intenties | Officiële controle-mogelijkheden |
| Aanwijsbare criminele of seksueel deviante motivatie | (H5) Middelengebruik | (C4) Instabiliteit (affectief, gedragsmatig en/of cognitief) | Conflictueuze situaties die een recidive waarschijnlijk maken |
| | (H6) Ernstige psychische stoornis | Ontwikkeling van copingmechanismen | Beschikbaarheid van financiële steun |
| | (H7) Persoonlijkheidsstoornis | Opgewassen zijn tegen institutionaliseringsschade | (R2) Leefomstandigheden |
| | (H8) Traumatische ervaringen | | (R4) Respons op behandeling of toezicht (behandeltrouw/responsiviteit) |
| | (H9) Gewelddadige opvattingen | | (R5) Stress/coping |
| | (H10) Respons op behandeling of toezicht | | |

of *Protective Factors for Violence Risk* (SAPROF; de Vogel e.a. 2012 voor de tweede editie). Er zijn 5 interne items (intelligentie, hechte band in de kindertijd, empathie, coping en zelfcontrole), 7 motivationele items (werk, vrijetijdsbesteding, financieel beheer, motivatie voor behandeling, houding tegenover autoriteit, levensdoelen en medicatie) en 5 externe items (netwerk, intieme relatie, hulpverlening, woonsituatie en toezicht). Het is de aanbeveling om de SAPROF te gebruiken in combinatie met een risicotaxatie-instrument zoals de HCR-20V3 of een aanverwant instrument, om zo tot een afgewogen beslissing over de prognose te komen.

In **TABEL 1** vindt u een geïntegreerde lijst met risicovariabelen (Müller & Nedopil 2017), waarbij een aantal items van de HCR-20V3 zijn toegevoegd.

De predictieve validiteit (in hoeverre heeft een test/instrument een voorspellende waarde?) van de totaalsom van de HCR-20V3 is vastgesteld voor gewelddadige recidive binnen 1, 2 en 3 jaar zoals vermeld in de Nederlandstalige handleiding (de Vogel e.a. 2013), met respectievelijk *areas under the curve* (AUC's) van 0,77, 0,75 en 0,67. Dit betekent dat de accuraatheid van het instrument redelijk is in de eerste 2 jaar en daarna minder goed voor het derde jaar. Informatie over de interne consistentie (in hoeverre verschillende items in een test/meetinstrument die eenzelfde kenmerk beogen te meten, dat ook daadwerkelijk doen) van de drie subschalen (H, C en R) van de HCR-20V3 ontbreekt in de Nederlandse validatiestudie.

Risicomanagement: convergentie van prognose en behandeling

Uit het voorgaande mag blijken dat de volgende vragen bij de risicotaxatie van belang zijn: Wie zal opnieuw delicten plegen? Onder welke omstandigheden? Met welk type nieuwe delict(en)? Bij het risicomanagement is de cruciale vraag: hoe kunnen we dit voorkomen? Risicomanagement betekent de correcte identificatie van de correcte risicofactoren op het juiste tijdstip, maar bovendien ook de adequate eliminatie van deze risicofactoren die gecompenseerd worden door protectieve factoren. Indien nodig dient er een snelle interventie te gebeuren (Müller & Nedopil 2017). Het risicomanagement is een continu proces in de forensische psychiatrie waarbij de behandeling en de evaluatie van het risico op recidive (prognose) hand in hand gaan.

Geïndividualiseerde risicotaxatie: offence paralleling behaviour

In de afgelopen jaren werd ter toetsing van de hypothesen over de delictgeschiedenis en voor de beïnvloeding van de

delictvoorwaardelijke factoren de analyse van het *offence paralleling behaviour* (OPB) ontwikkeld (Daffern e.a. 2010). OPB wordt gedefinieerd als de gedragssequentie met herkenbare gedragingen, waarin meningen, verwachtingen, overtuigingen, gevoelens, doelen en gedragscodes gevonden kunnen worden, en waarbij eerdere criminele handelingen soortgelijk zijn en dezelfde functie hebben (Daffern e.a. 2007). Het gaat hier niet zozeer over de vorm of de inhoud van de gedragingen, als wel over de functie ervan. Geweld kan volgens Daffern verschillende functies hebben, zoals het afdwingen van instemming en deelname, het uitdrukken van woede, materieel gewin of seksuele gratificatie.

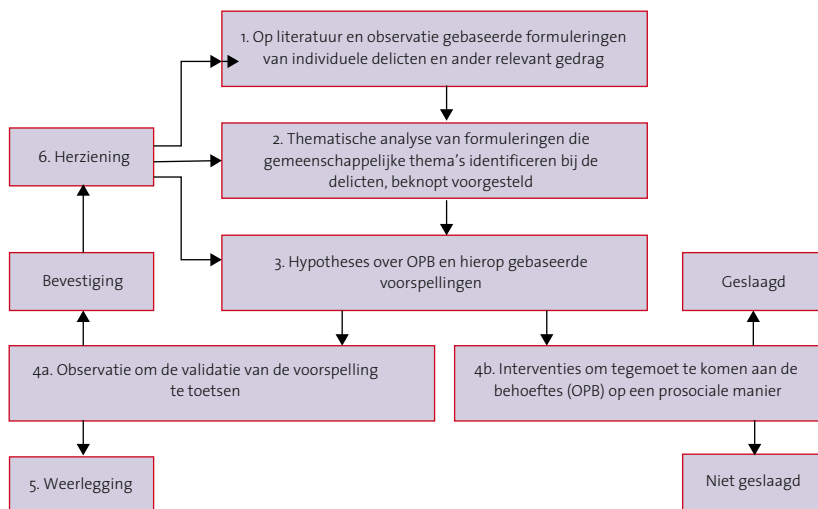
Hierop wordt dan de focus van de behandeling gericht. Individuele aspecten vloeien voort uit de analyse van de actievолgorde die tot de handelingssequentie leidt, te weten:

- de aanleg van de forensisch psychiatrische patiënt (bijvoorbeeld impulsiviteit of behoeften);
- de omstandigheden ten tijde van het delict (bijvoorbeeld een verleidende situatie of toevallig in een situatie terecht komen);
- de bedoelingen van de forensisch psychiatrische patiënt (bijvoorbeeld planning en voorbereiding);
- de context van het delict (bijvoorbeeld onder invloed van middelen zijn of zichzelf overschatten);
- de modus operandi van het delict (bijvoorbeeld overmacht of planmatig);
- het gedrag na het delict (bijvoorbeeld vluchten of bekennen);
- het verhullen van het delictgedrag (bijvoorbeeld het beschuldigen van anderen of het bedenken/construeren van een alibi).

Uit deze overwegingen werd een therapiemodel ontwikkeld dat de volgende stappen omvat, zoals voorgesteld in een algoritme (**FIGUUR 1**). Het gaat hier dus over een methode die toepasbaar is op casusniveau.

Dit model heeft vele gelijkenissen met het concept van de integratie van risicomanagement en behandeling, maar laat preciezer zien hoe hypothesen in een klinische context getest kunnen worden. Hierbij wordt er rekening gehouden worden met risicovol gedrag dat een effect heeft op de focus van de therapie (Müller & Nedopil 2017). Hoewel beide cybernetische modellen van de behandeling – met andere woorden: systemen geregeld op basis van terugkoppeling en voortdurende toetsing van het voorgaande – en het risicomanagement veel elementen vanuit de gedragstherapie omvatten, leggen ze niet de vorm van de therapie vast. De aard van de interventiestrategieën is uitsluitend gericht op de behoeften van de individuele patiënt en de mogelijkheden van de instelling.

FIGUUR 1 Therapiemodel aan de hand van het *offence paralleling behaviour* (OPB) (naar Daffern e.a. 2010)



Dergelijke modellen hebben verschillende voordelen. Ze maken op elk moment correcties mogelijk en de patiënt kan leren uit fouten. Het maken van fouten moet bovendien niet als een nederlaag van de patiënt worden beleefd. Doordat ze bewust van werkhypothesen uitgaan, maken ze niet definitief aanspraak op vastliggende verklaringen. Ten slotte is het daarop voortbordurend behandelplan voor patiënten en behandelaars transparant.

Voor een goede implementatie van dit therapiemodel is het belangrijk om aandacht te besteden aan die factoren die de integriteit van het zorgprogramma en van de behandeling handhaven (Andrews & Bonta 1994). Hiertoe is er voldoende aandacht nodig voor de opleiding van het personeel, de selectie van forensisch psychiatrische patiënten (gebaseerd op de principes van *risk, need and responsivity*; Bonta 1997) en het bewaken van therapiefactoren zoals therapietrouw, behandelstijl en responsiviteit. Met dit laatste wordt er in de forensische psychiatrie bedoeld dat men rekening houdt met affiniteiten en de eigen leefwereld van de patiënt. Een review van Dowden en Andrews (2000) toonde aan dat aandacht voor deze factoren een van de kenmerken is die effectieve interventies onderscheidde van niet-effectieve interventies.

Conclusie

Uit de voorgaande beschouwingen mag blijken dat de forensische psychiatrie vooroploopt wat betreft het toepassen van personalised medicine in de psychiatrie. De nomothetische methode (zoals de gestructureerde risicotaxatie) en de idiografische methode (zoals het *offence paralleling behaviour*) werden toegelicht. Voor de klinische praktijk dient men niet te kiezen tussen een van beide benaderingen in de forensische psychiatrie. Het zou een én-énverhaal moeten zijn, waarbij achtereenvolgens risicotaxatie, risicomangement en daarna de toetsing van hypothesen op casusniveau dient te gebeuren, bijvoorbeeld door het *offence paralleling behaviour*. Gezien het grote maatschappelijke belang van het voorkómen van recidive vormen de risicotaxatie en het risicomangement de hoeksteen van behandeling in de forensische psychiatrie.

De wijze waarop men personalised medicine uitoefent in de forensische psychiatrie zou de reguliere psychiatrie kunnen inspireren. Recent verscheen een studie (Bruffaerts e.a. 2017) over een screeningsalgoritme die het niet alleen mogelijk maakt om complex toekomstig probleemgedrag bij studenten bij de aanvang van universitaire studies te voorspellen, maar ook om via een *personalised approach* (dit is een individuele risicoscore) een behandeling op maat (*personalised treatment*) voor elke student te bieden. De jarenlange ervaring met risicotaxatie-instrumenten binnen de forensische psychiatrie – met de mogelijkheden en de beperkingen van deze benadering – zou hier nuttig kunnen zijn voor andere domeinen binnen de psychiatrie.

LITERATUUR

- American Academy of Psychiatry and the Law (AAPL). Ethics guidelines for the practice of forensic psychiatry. Bloomfield: AAPL; 2005.
- Andrews DA, Bonta J. The psychology of criminal conduct. Cincinnati: Anderson; 1994.
- Bonta J. Offender rehabilitation: from research to practice. Ottawa: Public Works and Government Services Canada; 1997.
- Bruffaerts R, Mortier P, Kiekens G, Kessler RC. Mental health problems in college freshmen: Prevalence and academic functioning. *J Affect Disorders* 2017; 225: 97-103.
- Daffern M, Jones L, Shine J, red. Offence paralleling behaviour – a case formulation approach to offender assessment and intervention. Chichester: Wiley; 2010.
- Daffern M, Jones J, Howells K, Shine J, Mikton C, Tunbridge V. Refining the definition of offence paralleling behaviour. *Crim Beh Ment Health* 2007; 17: 265-73.
- Dowden C, Andrews DA. The importance of staff practice in delivering effective correctional treatment: a meta-analytic review of core correctional practice. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2004; 48: 203-14.
- Hanson RK, Thornton D. Static 99: Improving actuarial risk assessments offenders. User report 1999-02. Ottawa: Department of the Solicitor General of Canada; 1999.
- Hanson RK. Dynamic predictors of sexual recidivism. Corrections Research. Ottawa: Department of the Solicitor General of Canada; 1998.
- Gunn J, Taylor PJ. Forensic psychiatry. Clinical legal and ethical issues (1ste ed). Oxford: Butterworth-Heinemann; 1993.
- Kropp PR, Hart SD. The Spousal Assault Risk Assessment (SARA) guide: Reliability and validity in adult male offenders. *Law Hum Beh* 2000; 24: 101-18.
- Lindqvist P, Skipworth J. Evidence-based rehabilitation in forensic psychiatry. *Br J Psychiatr* 2000; 176: 320-33.
- Müller JL, Nedopil N. Forensische Psychiatrie. Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht (5de ed). München: Thieme; 2017.
- Nedopil N, Gunn J, Thomson L. Teaching forensic psychiatry in Europe. *Crim Beh Ment Health* 2012; 22: 238-46.
- Otto RK, Douglas KS, red. Handbook of violence risk assessment. New York: Routledge, Taylor and Francis; 2010.
- Vogel V de, de Vries Robbé M, Bouman Y, Chakhssi F, de Ruiter C. Historical Clinical Risk Management-20 Versie 3. Delft: Eburon; 2013.
- Vogel V de, de Ruiter C, Bouman Y, de Vries Robbé M. SAPROF. Richtlijnen voor het beoordelen van beschermende factoren voor gewelddadig gedrag. (2de ed). Utrecht: De Forensische Zorgspecialisten; 2012.

SUMMARY

Personalised medicine in forensic psychiatry: an example for other domains of psychiatry?

K.R. GOETHALS

BACKGROUND Personalised medicine promises to provide us with a diagnostic predictive system of stratification that is based on a wide variety of tests; these can include biological, cognitive, demographic, psychopathological tests and other clearly defined tests. The purpose of forensic psychiatry is not only to take care of and treat mentally impaired patients but also to engage in risk assessment and risk management.

AIM To explain risk assessment in forensic psychiatry as a nomothetic approach to personalised medicine, and also to demonstrate the link with offence paralleling behaviour, which is an illustration of the ideographic approach.

METHOD A discussion of recent literature and insights into risk assessment, risk management and offence paralleling behaviour.

RESULTS Risk assessment helps us to divide patients into groups according to the risk of recidivism. The nomothetic concept is the basis of most risk assessment instruments. One of the most important tasks in risk management in forensic psychiatry is to reduce the risk factors and strengthen the influence of protective factors. The model of offence paralleling behaviour resembles in many respects the concept of integrating risk management and treatment, but shows more precisely how hypotheses can be tested in a clinical context.

CONCLUSION In view of the great importance to society of preventing offences, forensic psychiatry is leading the way in the application of personalised medicine in psychiatry.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 60(2018)3, 182-188

KEY-WORDS offence paralleling behavior, personalised medicine, risk assessment