

Beoordeling en management van het risico op gewelddadig gedrag

A. J. THOLEN

ACHTERGROND In de algemene psychiatrie moet regelmatig het geweldsrisico worden getaxeerd, bijvoorbeeld indien een onvrijwillige opname wordt overwogen.

DOEL Een overzicht geven van actuariële instrumenten voor risicotaxatie en een model bespreken voor de klinische beoordeling van geweldsrisico's en voor de (gedwongen) aanpak van dat risico.

METHODE Relevante literatuur werd gevonden door kruisreferenties vanuit sleutelpublicaties en in relevante tijdschriften met de trefwoorden 'violence', 'violent behaviour', 'dangerousness', 'risk assessment', 'risk prediction' en 'risk management'.

RESULTATEN Gestandaardiseerde actuariële taxatie van geweldsrisico's bleek in de algemene psychiatrie vooralsnog een beperkte waarde te hebben. Bij bepaalde risicogroepen bleek dat dergelijke instrumenten, toegespitst op de aard van het risico (acuut, langere termijn) en de aard van de besluitvorming (beveiliging, behandeling) een toegevoegde waarde kunnen hebben binnen het bredere klinische oordeel.

CONCLUSIE In de algemene psychiatrische praktijk dient bij een geweldsrisico systematisch en gestructureerd onderzoek plaats te vinden. Bij geweldsrisico's kan dat onderzoek het beste verricht worden door gespecialiseerde klinieken en behandelteams. In een goede samenwerking tussen de betrokken instellingen dienen de dynamische risicofactoren en beschermende factoren systematisch te worden geëvalueerd.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 51(2009)3, 173-182]

TREFWOORDEN dwangopname, gevaar, geweld, risicotaxatie, risicobeoordeling

In de algemene psychiatrie moet men regelmatig een schatting maken van het risico op gewelddadig gedrag. Dan moet men ook vaststellen welke maatregelen nodig zijn om het geweldsrisico te verminderen. De beoordeling van geweldsrisico's is bijvoorbeeld aan de orde bij een gedwongen opname, een gedwongen behandeling, verlof, voorwaardelijk ontslag en bij de opheffing van een dwangmaatregel.

Taxatie en beheersing van geweldsrisico's zijn niet alleen van belang vanwege het gevaar dat dreigt voor onschuldige omstanders, maar ook ter

voorkoming van detentie van de patiënt zelf. Van de personen met een psychische stoornis in gevangenissen en tbs-klinieken (van terbeschikkingstelling) heeft een groot deel vóór het plegen van het delict contact gehad met de algemene ggz. (Raes e.a. 2001). In de Verenigde Staten verbleven in 2000 per 100.000 inwoners 22 personen in psychiatrische (staats)instellingen en 113 personen met ernstige psychiatrische aandoeningen in gevangenissen (Lamb & Weinberger 2005). Een verbetering van de risicotaxatie en van het risicomangement in de algemene psychiatrie kan mogelijk de stij-

ging van het aantal gedetineerden en tbs-gestelden met een psychiatrische stoornis keren.

In dit artikel geef ik een overzicht van de incidentie van gewelddadig gedrag bij personen met psychiatrische aandoeningen en van de factoren die het risico verhogen. Besproken worden gestandaardiseerde instrumenten voor risicotaxatie zoals ontwikkeld en toegepast in de forensische psychiatrie en in de algemene psychiatrie. Vervolgens wordt een model voor het klinisch onderzoek van geweldsrisico's geboden, waarbij het gebruik van gestandaardiseerde instrumenten soms een toegevoegde waarde heeft. Ten slotte komt de afweging van een maatregel in het kader van de Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen (Wet Bopz) aan de orde.

METHODE

Relevante literatuur voor dit overzicht werd gevonden door kruisreferenties vanuit sleutelpublicaties en in relevante tijdschriften met de trefwoorden 'violence', 'violent behaviour', 'dangerousness', 'risk assessment', 'risk prediction' en 'risk management', globaal vanaf 1990.

DE INCIDENTIE VAN GEWELDDADIG GEDRAG

Levensdelicten gepleegd door psychiatrische patiënten zijn zeer zeldzaam. Indien we de incidentie van levensdelicten gepleegd door patiënten met een psychose in Engeland en Nieuw-Zeeland (Simpson e.a. 2004) extrapoleren naar Nederland, dan zou dat neerkomen op 6 tot 12 levensdelicten per jaar, waarvan 3 tot 6 plegers in contact waren met een instelling. Dat betekent één levensdelict per 10.000 'psychosejaren', dat is ongeveer 10 maal zo hoog als de cijfers in de algemene bevolking.

Het aantal geregistreerde niet-letale geweldsmisdrijven begaan door psychiatrische patiënten ligt uiteraard aanzienlijk hoger. Kennedy (2001) komt voor Engeland en Wales op een schatting van 4000 per jaar. Voor Nederland zijn dat naar bevolkingsaantal omgerekend ongeveer

1150 geregistreerde geweldsdelicten per jaar. Een vorm van geweld tegen anderen was in 2003 bij ongeveer een kwart van de 7000 inbewaringstellingen het belangrijkste vermelde gevaar (IGZ 2005). Daarnaast wordt gevaar voor gewelddadig gedrag vermeld bij ongeveer de helft van de eveneens 7000 rechterlijke machtigingen per jaar (Wierdsma & Reisel 2005). Ook vond men in de vier maanden voor gedwongen opname problematisch gewelddadig gedrag bij de helft van de patiënten (Swanson e.a. 1999).

Vaak wordt gewelddadig gedrag niet officieel geregistreerd. In de *MacArthur violence risk assessment study* werden gedurende een jaar na ontslag elke 10 weken patiënten en sleutelfiguren geïnterviewd. Op basis van gegevens van officiële instanties kwam gewelddadig gedrag in dat jaar voor bij 4,5%. Bij gebruik van drie onafhankelijke informatiebronnen verzesvoudigde dat percentage tot 27,5 (Steadman e.a. 1998).

Geweld na een gedwongen opname komt minder vaak voor bij patiënten met schizofrenie dan bij patiënten met andere stoornissen (Monahan e.a. 2001; Steadman e.a. 1998). Toch is ook bij schizofrenie het probleem van geweld niet zeldzaam. Binnen drie jaar na een eerste psychose pleegde 9,6% van de patiënten een ernstige geweldsdaad (wapengebruik, seksueel geweld of toebrengen letsel) en 23,5% was in lichtere mate agressief (Milton e.a. 2001).

De sleutelfactor voor geweld tijdens en na opname is een comorbide verslaving en vooral alcohol- en cocaïnegebruik (Salloum e.a. 1996; Swartz e.a. 1998). Het risico op geweldsmisdrijven neemt sterk toe indien de verslaafde patiënt met schizofrenie ook antisociale persoonlijkheidstrekken heeft (Tengström e.a. 2004; Wallace e.a. 2004). Dan zijn de psychotische symptomen ook minder vaak de directe aanleiding voor het geweld. Bij patiënten met schizofrenie en een geschiedenis van antisociaal gedrag vanaf de jeugd en antisociale trekken is het risico op gewelddadig gedrag groot (Joyal e.a. 2004; Monahan e.a. 2001).

Agressie bij organische stoornissen wordt, anders dan de meeste vormen van agressie, geken-

merkt doordat het niet om doelgericht, gemotiveerd gedrag gaat. Het is dus onvoorspelbaar, en vaak zijn triggers van de agressie moeilijk te achterhalen (Goldstein 1994). Patiënten met een organische stoornis die zich vijandig uitlaten, voegen wel vaker de daad bij het woord dan patiënten met schizofrenie (McNiel & Binder 1995).

VOORSPELLEN VAN GEWELDDADIG GEDRAG

Voor instrumenten voor risicotaxatie gebruikt men wiskundige methodes zoals ook toegepast door verzekeringsmaatschappijen (vandaar de term 'actuariële' risicotaxatie). Daarmee positioneert men de onderzochte persoon binnen een bepaalde populatie op een risicoschaal. Een veelgebruikte maat voor de kwaliteit van een taxatie-instrument is de *area under the curve* (AUC). De AUC heeft waarden van 0,5 (toeval of random) tot 1,0 (perfecte voorspelling) en is opgebouwd uit juist positieve en juist negatieve uitkomsten van de predictie.

Een bekend risicotaxatie-instrument is de *Violence Risk Assessment Guide* (VRAG; zie hierna), die een AUC van 0,75 heeft. Deze waarde werd verkregen middels een procedure die patiënten classificeerde als gewelddadig of niet gewelddadig met een sensitiviteit van 0,73 en een specificiteit van 0,63. Binnen een groep waarbij de kans op geweld 10% is, moet men bij een aselecte benadering 10 patiënten opnemen om één geweldsdelict te voorkomen, terwijl men bij screening met de VRAG slechts 5 patiënten moet opnemen om hetzelfde resultaat te bereiken (Buchanan 2008).

Het aantal patiënten dat beveiligd moet worden ter voorkoming van een geweldsdelict hangt niet alleen samen met de specificiteit en de sensitiviteit van het instrument, maar ook met de incidentie van geweld in de betreffende groep. De lage incidentie van levensdelicten maakt het moeilijk in de algemene psychiatrie een effectieve screening te organiseren. Szmuckler (2000) en Kennedy (2001) komen met het hypothetisch toepassen van een goed predictie-instrument bij alle patiënten

met een psychotische stoornis in Engeland en Wales, op respectievelijk 300 en 100 onterecht opgesloten patiënten per voorkomen levensdelict.

De resultaten zijn veel beter als men een predictie-instrument toepast voor de 200 maal zo vaak geregistreerde niet-letale geweldsdelicten. Kennedy (2001) komt onder gunstige aannames op 2 'onterecht' behandelde patiënten voor elke 5 voorkómen geweldsdelicten. Dit resultaat is waarschijnlijk te positief, onder andere vanwege de gehanteerde aanname dat behandeling en preventie 100% effectief zijn. Overigens is er tegelijk met een geweldsrisico vaak ook een andere 'rechtvaardiging' voor ingrijpen, bijvoorbeeld een suïciderisico of het gevaar van maatschappelijke teloorgang, zoals ook blijkt uit geneeskundige verklaringen voor inbewaringstelling (IGZ 2005).

GESTANDAARDISEERDE RISICOTAXATIE

Forensische psychiatrie Veel in de forensische psychiatrie gebruikte gestandaardiseerde instrumenten zoals de *Psychopathy Checklist* (PCL-R, Nederlandse versie Vertommen e.a. 2002), de al genoemde VRAG (Harris e.a. 1993) en de *Historical, Clinical and Risk Management Scheme* (HCR-20, Webster e.a. 1997) hebben AUC's van 0,61 tot 0,82 (Buchanan 2008).

In Nederland werd, gericht op de doelstellingen van de tbs-maatregel, de HKT-30 (historisch-klinisch-toekomst) ontwikkeld (Werkgroep Risicotaxatie Forensische Psychiatrie 2002). De PCL-R is erop gericht om de mate van psychopathie vast te stellen en bleek bruikbaar voor risicotaxatie. In Nederland werd de voorspellende validiteit voor recidivekans aangetoond bij plegers van seksuele delicten. Hildebrand e.a. (2005) vonden dat dit vooral gold voor de items 'controleverlies', 'impulsiviteit' en 'delictgedrag in het verleden'. Deze methoden leunen sterk op historische gegevens, waaronder een geschiedenis van geweld, drugsmisbruik, werkproblemen en kenmerken van psychopathie. De HCR-20 en de HKT-30 bevatten tevens klinische variabelen en inschattingen over situaties en reacties in de toekomst.

Algemene psychiatrie Op basis van de forensische taxatiemethoden heeft men gezocht naar toepassingen voor de algemene psychiatrie. De HCR-20 leent zich volgens Maden (2005) ook voor de algemene psychiatrie als een flexibel in te passen instrument. De HCR-20 laat een sterk verband zien (AUC: 0,76-0,80) met gewelddadig gedrag na ontslag van gedwongen opgenomen patiënten (Douglas e.a. 1999).

Op basis van de PCL-R is een korte versie ontwikkeld voor screening op psychopathie in zowel de forensische als de algemene psychiatrie: de *Psychopathy Checklist-Screening Version* (PCL-SV, Hart e.a. 1995). De PCL-SV lijkt minder bruikbaar voor het voorspellen van een geweldsrisico op een termijn van dagen tot weken (McNeil e.a. 2003). In een acute situatie is vaak niet betrouwbaar vast te stellen of bepaalde emotionele en interpersoonlijke uitingen kenmerken zijn van het toestandsbeeld of van psychopathie. De PCL-SV omvat 6 emotionele en interpersoonlijke items ('oppervlakkig', 'opgeblazen eigenwaarde', 'oneerlijk', 'geen berouw', 'geen empathie', 'neemt geen verantwoordelijkheid') en 6 gedragskenmerken ('impulsief', 'slechte gedragsbeheersing', 'geen realistische doelen', 'onverantwoordelijk gedrag', 'jeugdcriminaliteit', 'volwassen antisociaal gedrag'). In de MacArthur study bleken vooral de gedragskenmerken en niet de interpersoonlijke items van de PCL-SV voorspellend voor geweld na ontslag (Skeem & Mulvey 2001).

Een verfijnde actuariële taxatie is mogelijk met het zogenaamde *multiple iterative classification tree* (ICT)-model. In dat model worden patiënten gegroepeerd in verschillende risiconiveaus op grond van specifieke combinaties van risicovariabelen. Op basis van dit ICT-model is voor acuut, gedwongen opgenomen patiënten de *Classification of Violence Risk* (COVR) ontwikkeld. De COVR werkt met een interactief softwareprogramma dat de beoordelaar door een korte lijst leidt van in te vullen gegevens en een 5-10 minuten durend interview met de patiënt (Monahan e.a. 2000, 2001, 2005, 2006). De COVR is, net als de meeste risicotaxatie-instrumenten, gebaseerd op variabelen uit

de voorgeschiedenis van de patiënt; deze veranderen over het algemeen niet door behandeling. Ook is de COVR minder geschikt voor taxatie van risico's op de korte termijn.

De McNiel-Binder *Violence Screening Checklist* (VSC) blijkt wel voorspellende validiteit te hebben voor geweld gedurende de eerste 14 dagen van een onvrijwillige opname (Nicholls e.a. 2004). De VSC omvat slechts 5 items: gedurende twee weken voor opname fysiek geweld of dreigend gedrag, afwezigheid van recent suïcidaal gedrag, schizofrenie of manie, mannelijk geslacht, recent gehuwd of samenwonend.

Voor de taxatie en de aanpak van geweldsrisico's op korte termijn op gesloten opnameafdelingen zijn korte beoordelingslijsten zoals de *Ward Anger Rating Scale* (WARS), de *Novaco Anger Scale* (NAS) en de *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS) goede hulpmiddelen (Doyle & Dolan 2006). De *Dynamic Appraisal of Situational Aggression* (DASA) is een lijst die verpleegkundigen binnen 5 minuten kunnen invullen en betreft 7 variabelen die het sterkst samenhangen met geweld binnen 24 uur (Ogloff & Daffern 2006).

Voor een gestructureerde beoordeling en monitoring van zowel geweldsrisico's als van risico's op suicide, zelfbeschadiging en zelfverwaarlozing, is de *Short-Term Assessment of Risk and Treatability* ontwikkeld (START, Webster e.a. 2006). Deze omvat vragen naar historische, dynamische en beschermende factoren. De START wordt momenteel gevalideerd voor Nederland. Voor de implementatie van dergelijke gestructureerde beoordelingen is de betrokkenheid van alle teamleden en van het management nodig, evenals een duidelijke aansturing met goede afspraken over wie welke informatie registreert.

KLINISCHE BEOORDELING OF GESTANDAARDISEERDE RISICOTAXATIE

In de forensische psychiatrie maakt men steeds vaker met behulp van een gestructureerd risico-instrument een risico-inschatting, die men combineert met overwegingen die voortkomen

uit het klinische oordeel (Werkgroep Risicotaxatie 2002). Psychopathie zoals gemeten met de PCL-SV is de sterkste voorspeller van geweld, waarschijnlijk vanwege de relatieve stabiliteit ervan (Monahan e.a. 2001). Bij psychiatrische stoornissen zonder comorbide persoonlijkheidsstoornis is de bruikbaarheid van predictie met actuariële schalen geringer. Bij de standaardisering van actuariële instrumenten wordt de test in een bepaalde populatie toegepast om een norm vast te stellen. Het is vervolgens de vraag of die normering toepasbaar is op de onderzochte patiënt, mede omdat de standaardisatie vaak in andere landen is ontwikkeld. Tevens missen gestandaardiseerde instrumenten relevante risicofactoren of beschermende factoren die de clinicus waarneemt in een individueel geval en die vanwege hun zeldzaamheid niet terechtkomen in een taxatie-instrument (Monahan e.a. 2001).

Gestandaardiseerde risicotaxatie is niet een alternatief voor het gestructureerde klinische oordeel (Maden 2003). Het klinische oordeel is gebaseerd op individuele hermeneutische diagnostiek en een structuurdiagnose. Die structuurdiagnose vereist, anders dan actuariële taxaties, een beschrijving van de chronologie en de samenhang van het toestandsbeeld met predisponerende, luxerende en onderhoudende (risico)factoren. Gestandaardiseerde instrumenten hebben daarbij een toegevoegde waarde, bijvoorbeeld als basis voor een bespreking in een multidisciplinair team.

SYSTEMATISCH KLINISCH ONDERZOEK VAN GEWELDSRISICO

Clinici zijn in principe in staat om de meeste patiënten bij opname redelijk betrouwbaar te beoordelen op potentieel geweldsrisico. Foute beoordelingen zijn vaak het gevolg van systematische missers, waaronder het negeren van risicofactoren bij de personen met een 'fout-negatieve' score en een onjuiste overschatting van gevaar bij degenen met 'fout-positieve' scores (McNiel & Binder 1995). Het klinisch onderzoek van het geweldsrisico dient dus systematisch plaats te vin-

den, met kennis van de belangrijkste risicoverhogende en beschermende factoren.

Tabel 1 biedt een schema voor systematisch onderzoek naar geweldsrisico. Daarbij is gebruikgemaakt van aanwijzingen en 'good practice' (Appelbaum & Gutheil 1991; Higgins e.a. 2005) en van items uit gestandaardiseerde instrumenten met predictieve validiteit in de algemene psychiatrie (Almvik & Woods 2003; Ogloff & Daffern 2006; Skeem & Mulvey 2001; Webster e.a. 1997).

Het klinisch onderzoek dient afgerond te worden met een beschouwing waarin men de beschikbare data ordent en beoordeelt. Voor het verdere risicomangement is het belangrijk om een onderscheid te maken tussen enerzijds statische factoren die niet of moeilijk te veranderen zijn en anderzijds dynamische en beschermende factoren die deels wel beïnvloedbaar zijn. Voorbeelden van beïnvloedbare factoren zijn floride psychotische symptomen, stressoren, intoxicaties, medicatieontrouw, toegang tot wapens, interpersoonlijke conflicten en ondersteuning door naasten.

BEHEERSEN VAN GEWELDSRISICO'S

Exploratie van de belangrijkste risicovolle en beschermende factoren is van belang voor de planning van de intensiteit en de snelheid van respons om het onmiddellijk dreigend gevaar te verminderen. Tabel 2 vat de interventies samen die Appelbaum en Gutheil (1991) adviseren bij gewelddadig gedrag.

Onderdelen van het behandelingsplan bij geweldsrisico's zijn: medicatie, psycho-educatie, strategisch gebruik van verlof, identificeren van veiligheidsaspecten, versterken van conflicthantering en probleemoplossende vaardigheden, trajectbegeleiding (werk), versterken van het steunsysteem en stimuleren van interesses.

Bij de evaluatie van de gekozen strategie zijn belangrijk: de psychische status, de indicatoren van terugval, therapietrouw en het zich houden aan de voorwaarden voor verlof, de stressoren en de coping, de sociale relaties en het drugsmisbruik (Hiday 1997).

TABEL 1 Schema voor systematisch onderzoek naar geweldsrisico, op grond van de literatuur*

-
- 1 Huidige presentatie van potentieel gewelddadig gedrag
- A Zijn er aanwijzingen voor (of is er bewijs van) geweld, met name voorafgegaan door veranderingen in de psychische toestand?
 Zo ja, beschrijf deze, vermeld de bronnen en graad van zekerheid.
 Geef details van plannen of specifieke bedreigingen om letsel (of schade) te berokkenen.
 Heeft betrokkene toegang tot potentiële slachtoffers, in het bijzonder degene die onderdeel vormt van een waansysteem?
 Zijn er specifieke uitlokkende factoren? Is er sprake van wapenbezit of toegang tot wapens?
 Zijn er wraakgevoelens?
 Wie dient op de hoogte te zijn van dit risico?
- B Zijn er aanwijzingen voor een slechte therapietrouw of onttrekking aan hulpverlening?
 Zo ja, hoe beïnvloedt dat de beheersing van enig geïdentificeerd risico?
- C Zijn er gedragskenmerken die wijzen op dreigend geweld?
 Fysieke spanning: handenwringen, grimassen
 Geïrriteerdheid en boze, dwingende, dreigende en vijandige taal
 Onwil om aanwijzingen op te volgen, snel boos indien verzoek geweigerd
 Gevoeligheid voor vermeende provocatie
- 2 Psychiatrische stoornis en voorgeschiedenis
- A Is er sprake van eerder gewelddadig gedrag?
 Het is cruciaal om die gebeurtenis nauwgezet te exploreren: wat heeft de patiënt precies gedaan, in welke situatie, vanuit welk motief en waardoor uitgelokt. Eerder gewelddadig gedrag is de sterkste voorspeller van toekomstig gewelddadig gedrag. Ondanks de vaak bij dit onderwerp ervaren ongemakkelijkheid dient daar naar gevraagd te worden: hebt u ooit, om welke reden dan ook, per ongeluk of anderszins, iemand verwondingen toegebracht of iemands dood veroorzaakt? Onderzoek vervolgens of de factoren die bijdroegen aan het eerder gewelddadig gedrag intussen verergerd of verzwakt zijn.
- B Zijn er psychiatrische symptomen?
 Zijn er achtervolgingswanen, bevelshallucinaties, obsessieve gedachten en fantasieën, vooral in samenhang met eerder geweld?
- C Is er comorbide drugsgebruik?
 Vraag naar gebruik van 'ontremmende' drugs zoals alcohol, cocaïne en fencyclidine (PCP)
- D Is er psychopathie?
 Met name impulsiviteit, slechte gedragsbeheersing, geen realistische doelen, onverantwoordelijk gedrag, jeugdcriminaliteit en volwassen antisociaal gedrag
- E Is er een voorgeschiedenis van traumatisering, misbruik en narcistische krenking?
- 3 Psychosociale situatie, kwetsbaarheid en beschermende factoren
- A Zijn er aanwijzingen voor ontworteling of sociale rusteloosheid?
 Dak- of thuisloosheid, sociale isolatie, frequente veranderingen van woonadres of werk?
 Hoe beïnvloedt dat het beleid bij enig geïdentificeerd risico?
- B Wat zijn de leeftijd, sekse, ras, socio-economische status, culturele achtergrond, is er stabiliteit in werk of studie en zijn er beschermende factoren?
 Hoe is het gesteld met de externe controle door bijvoorbeeld de familie?
 Is er een ondersteunende naaste?
 Was er eerder een positieve respons op behandeling?
 Toont patiënt inzicht in zijn situatie, was er eerder participatie in rehabilitatie en medicatietrouw? Is patiënt inschikkelijk?
-

*Almvik & Woods 2003; Appelbaum & Gutheil 1991; Higgins e.a. 2005; Ogloff & Daffern 2006; Skeem & Mulvey 2001; Webster e.a. 1997.

Agressie is in theorie mede verklaarbaar als het gevolg van een interactie tussen stafleden en de patiënt. Binnen een klinische setting kan geweld voorkomen worden door een staf die sensitief en consistent een set van agressievoorkomende en

veiligheidsbevorderende richtlijnen hanteert. Verbale strategieën, sociale vaardigheidstechnieken en uiteindelijk zelfverdedigingstechnieken inclusief lichamelijke begrenzing van de patiënt zijn daarom van belang (zie ook Blijd 2006).

ONVRIJWILLIGE OPNAME EN
BEHANDELING

Een gedwongen opname of gedwongen behandeling is een van de interventies die mogelijk zijn bij een geweldsrisico. Voor de psychiater is het beoordelen van het geweldsrisico als gevolg van een psychiatrische stoornis een complex vraagstuk waarbij hij of zij soms met beperkte gegevens een inschatting moet maken. Nog moeilijker is de vraag of een vrijheidsbeneming van de patiënt nodig, doelmatig en proportioneel is. Psychiateren moeten geweldsrisico's beoordelen zowel in de rol van behandelaar als in die van onafhankelijk beoordelaar ten behoeve van een geneeskundige verklaring.

Voor een inbewaringstelling of een rechterlijke machtiging dient het gevaar veroorzaakt te worden door de psychiatrische aandoening en niet anders afgewend te kunnen worden dan door een Bopz-maatregel. Er moet een zekere mate van kans op gevaar zijn, een ernstige mogelijkheid van gewelddadig gedrag, veroorzaakt door een dusdanige stoornis van het denken, voelen, willen, oordelen en doelgericht handelen dat het gevaar

betrokkene als het ware niet kan worden toegerekend (NVvP 2008).

Voor de Wet Bopz moet er dus een samenhang zijn van het geweldsrisico met een psychiatrische stoornis. Daarnaast moet de psychiater een inschatting maken van de ernst van het geweldsrisico. Zoals wij al aangaven, is eerder gewelddadig gedrag de sterkste indicator voor toekomstig geweld. Een comorbide verslaving of psychopathie kan het met de psychiatrische aandoening samenhangende geweldsrisico in sterke mate doen toenemen. Het gevaar kan verder onderbouwd worden met de genoemde statische en dynamische risicofactoren en het ontbreken van beschermende factoren. Vooral dynamische en beschermende factoren zijn van belang bij de beoordeling van de subsidiariteit, de doelmatigheid en de proportionaliteit van dwang omdat ze beïnvloedbaar zijn en de vrijheidsbeperking dan mogelijk korter van duur is.

Het is raadzaam om deze factoren niet alleen in de beoordeling te betrekken, maar ook te vermelden op de geneeskundige verklaring, omdat subsidiariteit, doelmatigheid en proportionaliteit algemene criteria vormen die de rechter bij de

TABEL 2 Aanbevolen interventies bij gewelddadig gedrag (Appelbaum & Gutheil 1991)

1	Crisisinterventie Verbaal: geef gelegenheid om af te reageren, te ventileren, definieer het probleem, valideer de moeilijkheid en probeer perspectief te bieden Farmacotherapie voor de acute toestand waaronder antipsychotica of antidepressiva indien veilig en geïndiceerd
2	Consultatie gericht op bestaande relatie Beoordeel oorzaak van breuk in bestaande relaties Probeer relatie te herstellen, zoek steun familie, instellingen, voorzieningen Breng patiënt indien mogelijk terug binnen eerder steunende relatie
3	Beïnvloeding van omgeving Onttrek patiënt uit schadelijke omgeving (naar vrienden, familie, spoedopvang) Plaats patiënt in beschermende omgeving (asiel)
4	Psychiatrische opname indien patiënt Onmiddellijk intensieve psychiatrische observatie en monitoring behoeft en specifieke klinische behandeling nodig heeft (farmacotherapie) Bescherming en observatie nodig heeft vanwege gevaar Asiel behoeft vanwege verwaarlozing, chaotisch is, overweldigd en overbelast wordt door het leven buiten Intensieve steun nodig heeft tijdens een stressvol interval (vakantie ouders, verlies partner of therapeut)
5	Contra-indicaties opname Serieus gevaar voor niet-constructieve regressie Geschiedenis van aanhoudend niet-benutten of oneigenlijk niet-therapeutisch gebruik opname Het hebben van niet-therapeutische doelen opname (vermijden vervolging, slaapplek)

beoordeling betreft. Daarbij hoort ook een beoordeling van de wilsbekwaamheid, niet alleen omdat die de grondslag is van het als het ware niet toe kunnen rekenen van het gevaar, maar ook op zichzelf het gevaar versterkt en de mogelijkheden voor een minder ingrijpende maatregel beperkt.

BESCHOUWING

Gewelddadig gedrag komt bij psychiatrische patiënten vaker voor dan in de algemene bevolking. Beheersing van gewelddadig gedrag is niet alleen van belang voor de mogelijke slachtoffers, maar ook om de betrokken patiënten een langdurig verblijf in de gevangenis of in een forensische instelling te besparen.

Bij aanwijzingen voor een geweldsrisico dienen bekende risicofactoren nader geëxploreerd te worden, bijvoorbeeld conform het in tabel 1 vermelde schema. Het is raadzaam om het klinische oordeel te onderbouwen met een gestandaardiseerde taxatie bij een geschiedenis van feitelijk en dreigend geweld, bij een langdurige vrijheidsbeperking of indien de casus onduidelijk is (Maden 2003). Dat geldt ook bij comorbide verslaving en gedragskenmerken van psychopathie. In crisissituaties of bij een acute opname dient de monitoring zich in eerste instantie te richten op klinische risicofactoren omdat deze meer voorspellende waarde hebben dan factoren die de voorgeschiedenis betreffen. De laatstgenoemde factoren zijn het belangrijkste bij de voorspelling van gevaar op langere termijn (McNiel e.a. 2003).

Op gesloten afdelingen met veel risicovol gedrag kunnen routinematig gestructureerde beoordelingen zoals de START, indien goed ingebed in de multidisciplinaire aanpak en organisatie, een meerwaarde hebben voor de aanpak van die risico's (Webster e.a. 2006). Ter preventie van geweld is de beste strategie het inzetten van hooggeschoold personeel bij risicovolle populaties, het bieden van effectieve behandelingen en het vaststellen en toetsen van standaarden van goede zorg. Cruciaal is ook de samenwerking tussen ggz-instellingen, verslavingszorg, politie en justitie

om de patiënten het zorgcircuit binnen te loodsen alvorens een justitiële route wordt ingezet (Hartford e.a. 2006). Daarnaast blijven kwalitatief zeer goede gestructureerde klinische voorzieningen met gesloten opnameafdelingen nodig. Die zijn kosteneffectief bij het voorkomen van criminalisering van psychiatrische patiënten.

LITERATUUR

- Almvik, R., & Woods, P. (2003). Short-term risk prediction: The Brøset Violence Checklist. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 236-238.
- Appelbaum, P.S., & Gutheil, T. (1991). *Clinical Handbook of Psychiatry and the Law* (2de druk). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Blijd, C.J.M. (2006). Agressietaxatie. In R.A. Achilles, R.J. Beerthuis, & W.M. van Ewijk, (red.), *Handboek spoedeisende psychiatrie*, Amsterdam: Benecke.
- Buchanan, A. (2008). Risk of violence by psychiatric patients: beyond the 'actuarial versus clinical' assessment debate. *Psychiatric Services*, 59, 184-190.
- Douglas, K.S., Ogloff, J.R., Nicholls, T.L., e.a. (1999). Assessing risk for violence among psychiatric patients: the HCR-20 violence risk assessment scheme and the Psychopathy Checklist: Screening Version. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 917-930.
- Doyle, M., & Dolan, M. (2006). Evaluating the validity of anger regulation problems, interpersonal style, and disturbed mental state for predicting inpatient violence. *Behavioral Sciences and the Law*, 24, 783-798.
- Green, B., Pedley, R., & Whittingham D. (2004). A structured clinical model for violence risk intervention. *International Journal of Law and Psychiatry*, 27, 349-259.
- Goldstein, G. (1994). Organic mental disorders. In H. Hersen, R.T. Ammerman, & L.A. Sisson (red.), *Handbook of aggressive and destructive behaviour in psychiatric patients*. New York: Plenum Press.
- Harris, G., Rice, M., & Quinicy, V. (1993). Violence and recidivism of mentally disordered offenders: The development of a statistical prediction instrument. *Criminal Justice and Behavior*, 20, 315-335.
- Hart, S.D., Cox, D., & Hare, R.D. (1995). *Manual for the Screening Version of the Hare Psychopathy Checklist - Revised (PCL-SV)*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Hartford, K., Carey, R., & Mendonca, J. (2006). Pre-arrest diversion of people with mental illness: Literature review and international survey. *Behavioral Sciences and the Law*, 24, 845-856.
- Hiday, V.A. (1997). Understanding the connection between mental

- illness and violence. *International Journal of Law and Psychiatry*, 20, 399-417.
- Higgins, N., Watts, D., Bindman, e.a. (2005). Assessing violence risk in general adult psychiatry. *Psychiatric Bulletin*, 29, 131-133.
- Hildebrand, M., Hesper, B., Spreen, M., e.a. (2005). De waarde van gestructureerde risicotaxatie en van de diagnose psychopathie: Een onderzoek naar de betrouwbaarheid en predicatieve validiteit van de HCR-20, HKT-30 en PCL-R. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.
- Inspectie voor de gezondheidszorg (2005). Jaarrapport BOPZ 2003, Den Haag: Inspectie voor de gezondheidszorg.
- Joyal, C.C., Putkonen, A., Paavola, P., e.a. (2004). Characteristics and circumstances of homicidal acts committed by offenders with schizophrenia. *Psychological Bulletin*, 34, 433-442.
- Kennedy, H. (2001). Risk assessment is inseparable from risk management. Comment on Szmuckler. *Psychiatric Bulletin*, 25, 208-211.
- Lamb, H.R., & Weinberger, L.E. (2005). The shift of psychiatric inpatient care from hospitals to jails and prisons. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 33, 529-534.
- Maden, A. (2003). Standardised risk assessment: why all the fuss? *Psychiatric Bulletin*, 27, 201-204.
- Maden, A. (2005). Violence risk assessment: the question is not whether but how. *Psychiatric Bulletin*, 29, 121-122.
- McNiel, D.E., & Binder, L.R. (1995). Correlates of accuracy in the assessment of psychiatric inpatient's risk of violence. *The American Journal of Psychiatry*, 152, 901-906.
- McNiel, D.E., Gregory, A.L., Lam, J.N., e.a. (2003). Utility of decision support tools for assessing acute risk of violence. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71, 945-953.
- Milton, J., Amin, S., Singh, S.P., e.a. (2001). Aggressive incidents in first-episode psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 178, 433-440.
- Monahan, J., Steadman, H.J., Appelbaum, P.S., e.a. (2000). Developing a clinically useful actuarial tool for assessing violence risk. *The British Journal of Psychiatry*, 176, 312-319.
- Monahan, J., Steadman, H.J., Appelbaum, P.S., e.a. (2006). The classification of violence risk. *Behavioral Sciences and the Law*, 24, 721-730.
- Monahan, J., Steadman, H.J., Robbins, P.C., e.a. (2005). An actuarial model of violence risk assessment for persons with mental disorders. *Psychiatric Services*, 65, 810-815.
- Monahan, J., Steadman, H.J., Silver, E., e.a. (2001). Rethinking Risk Assessment. *The MacArthur Study of mental disorder and violence*. Oxford: Oxford University Press.
- NVvP (2008). Richtlijn Besluitvorming dwang: opname en behandeling. De Tijdstroom, Utrecht.
- Nicholls, T.L., Ogloff, J.R., & Douglas, K.S. (2004). Assessing risk for violence among male and female civil psychiatric patients: the HCR-20, PCL:SV, and VSC. *Behavioral Sciences and the Law*, 22, 127-158.
- Ogloff, J.R., & Daffern, M. (2006). The dynamic appraisal of situational aggression: an instrument to assess risk for imminent aggression in psychiatric inpatients. *Behavioral Sciences and the Law*, 24, 799-813.
- Raes, B.C.M., Miedema, A.G., & Paesen, L.J. (2001). De grenzen tussen de algemene en de forensische geestelijke gezondheidszorg. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 43, 575-578.
- Salloum, I.M., Daley, D.C., Cornelius, J.R., e.a. (1996). Disproportionate lethality in psychiatric patients with comorbid alcohol and cocaine abuse. *The American Journal of Psychiatry*, 153, 953-955.
- Simpson, A.F., McKenna, B., Moskowitz, A., e.a. (2004). Homicide and mental illness in New Zealand, 1970-2000. *The British Journal of Psychiatry*, 185, 394-398.
- Skeem, J.L., & Mulvey, E.P. (2001). Psychopathy and community violence among civil psychiatric patients: results from the MacArthur Violence Risk Assessment Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 358-374.
- Steadman, H.J., Mulvey, E.P., Monahan, J., e.a. (1998). Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighbourhoods. *Archives of General Psychiatry*, 55, 393-401.
- Swanson, J., Borum, R., Swartz, M., e.a. (1999). Violent behaviour preceding hospitalisation among persons with severe mental illness. *Law and human behaviour*, 23, 185-204.
- Swartz, M.S., Swanson, J.W., Hiday, V.A., e.a. (1998). Violence and severe mental illness: the effect of substance abuse and nonadherence to medication. *The American Journal of Psychiatry*, 155, 226-231.
- Szmuckler, G. (2000). Homicide inquiries. *Psychiatric Bulletin*, 24, 6-10.
- Tengström, A., Hodgins, S., Grann, M., e.a. (2004). Schizophrenia and criminal offending. The role of psychopathology and substance use disorders. *Criminal Justice and Behavior*, 31, 367-391.
- Vertommen, H., Verheul, R., de Ruiter, C., e.a. (2002). *Hare Psychopathie Checklist - Revised*. Amsterdam: Harcourt Test Publishers.
- Wallace, C., Mullen, P.E., Burgess, P. (2004). Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalisation and increasing prevalence of comorbid substance use disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 161, 716-727.
- Webster, C.D., Douglas, K.S., Eaves, D., e.a. (1997). *HCR-20: Assessing risk for violence (Version 2)*. Burnaby, BC: Simon Fraser University, Mental Health, Law and Policy Institute.
- Webster, C.D., Nicholls, T.L., Martin, M.L., e.a. (2006). *Short-Term As-*

assessment of Risk and Treatability (START): The case for a new structured professional judgement scheme. *Behavioral Sciences and the Law*, 24, 747-766.

Werkgroep Risicotaxatie Forensische Psychiatrie (2002). *Handleiding HKT-30*. Den Haag: Ministerie van Justitie.

Wierdsma, A.I., & Reisel, A. (2005). Voor wie is de voorwaardelijke dwangopneming? Kenmerken van patiënten voor wie een voorwaardelijke machtiging zou zijn aangevraagd. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 105-109.

AUTEUR

A.J. THOLEN is bestuurslid en hoofd patiëntenzorg van het Universitair Centrum Psychiatrie, Universitair Medisch Centrum Groningen.

Correspondentieadres: dr. A.J. Tholen, Universitair Centrum Psychiatrie, UMCG, Postbus 30.001, 9700 RB Groningen.

E-mail: a.j.tholen@psy.umcg.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 21-7-2008.

SUMMARY

Assessment and management of the risk for violence. An overview of the literature – A.J.Tholen –

BACKGROUND In general psychiatry the risk of violence has to be assessed regularly, for instance in cases where civil commitment is under consideration.

AIM This article gives an overview of the actuarial instruments for risk assessment, discusses a model for the clinical assessment of risks of violence and for the compulsory management of such risks.

METHOD The relevant literature was located via cross-references from key publications and via bibliographic references in specialised journals. The key words used in the search were violence, violent behaviour, dangerousness, risk assessment, risk prediction and risk management.

RESULTS Standardised actuarial assessment of the risk of violence is only of limited value in general psychiatric practice. Among certain high-risk groups standardised instruments targeted at the specific type of risk (acute, long-term) and at the type of decision (relating to security, treatment) can have added value within a broader clinical assessment.

CONCLUSION In general psychiatric practice a potential risk of violence should be assessed systematically in a structured manner. If there are risks of violence these can best be studied and assessed in specialised clinics or by specialised teams. Dynamic risk factors and protective factors should be evaluated systematically in cooperation with the various organisations concerned.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 51(2009)3, 173-182]

KEY WORDS dangerousness, risk assessment, risk prediction, risk management, violence, violent behaviour