

De stagering met profielen in de forensisch psychiatrische delictanalyse

H.J.C. VAN MARLE

ACHTERGROND De forensische psychiatrie is gericht op een goede risico-inschatting voor toekomstig gedrag.

DOEL Beschrijven van de stagering binnen de forensische diagnostiek voor patiënten die een misdrijf hebben begaan.

METHODE Analyseren en ordenen van de verschillende stappen in de forensisch psychiatrische diagnostiek.

RESULTATEN Drie diagnostische stappen voor een behandeltraject komen naar voren: stap 1: de psychiatrische diagnostiek; stap 2: het vaststellen van criminogene beperkingen; stap 3: het toezicht op gevaar. Elk van deze stappen wordt onderverdeeld in profielen.

CONCLUSIE Het behandelplan wordt via stagering en profilering tot een dynamisch model geïntegreerd, waarbij elke stap een set aan activiteiten omvat die stapsgewijze leiden tot unieke profielen en interventies die voldoende onderbouwd zijn voor vervolgdagnostiek.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 54(2012)11, 973-978]

TREFWOORDEN forensisch psychiatrische delictanalyse, profilering, stagering

De forensische psychiatrie betreft personen met een mogelijke psychiatrische stoornis en de daaruit voortvloeiende psychosociale beperkingen binnen een juridische context. In het strafrecht rapporteert de forensisch psychiater over iemands diagnose en delictsituatie bij een psychische stoornis in combinatie met een delict. Tevens geeft hij of zij op grond van het vastgestelde risico op delictherhaling adviezen over de passende behandeling en voert die eventueel zelf uit. Verder kent de forensische psychiatrie een rapportagepraktijk in het bestuursrecht en het privaatrecht; daarbij gaat het bijvoorbeeld om zaken tegen uitkeringsinstanties en letselschadeprocedures.

De verschillende stappen tussen diagnostiek, behandeling, beloop en recidivepreventie moeten duidelijk worden geformuleerd, zodat alle belanghebbenden de voortgang kunnen controleren met

als hoofddoel: bescherming van de maatschappij. Inzichtelijkheid van de behandelingsvoortgang is daarom al lange tijd een vereiste. In dit artikel ga ik niet in op de stagering en profilering van het beloop van een psychiatrische stoornis zelf, aangezien verschillende stoornissen een rol kunnen spelen bij delictgedrag.

DIAGNOSE, PROBLEEMGEDRAG, RISICO

Centraal in de forensische psychiatrie staat de stagering van het plan van aanpak, dat wil zeggen diagnostiek, risicomanagement door behandeling, en gradaties van toezicht binnen een maatschappelijke context, gericht op het voorkómen van recidive en risico's voor de maatschappij zelf. De profilering wordt gevormd door de analyse van een stap, gericht op aangrijpingspunten voor spe-

cifieke interventies. Aan de verschillende stappen worden verschillende profielen toegekend, afhankelijk van het relevante toestandsbeeld ervan.

Veel wordt op dit moment al in de praktijk gebracht, maar als werkmodel zijn stagering en profilering van het toestandsbeeld op geleide van de verschillende interventies nog niet uitgewerkt. Aangezien de behandeling in de loop van de tijd op verschillende plaatsen en door verschillende behandelaars wordt gegeven, is de communicatie tussen personen en instanties bij de overdracht van de patiënt van eminent belang. Via stagering en profilering lijkt een goede overdracht beter gewaarborgd.

Continuïteit De continuïteit van behandeling is hierbij het belangrijkste principe, dat leidt tot gefaseerde diagnostiek en tot verschillende interventies die te maken hebben met verschillende (on)mogelijkheden van vrijheden, respectievelijk toezicht. Immers, we moeten vaststellen dat een bepaalde ontwikkeling van de psychische stoornis gepaard kan gaan met verschillend probleemgedrag. Met name levert de DSM-classificatie geen houvast om de ernst en specifieke vorm van de gedragsproblemen vast te leggen, zodat in de forensische psychiatrie die diagnose vaak niets zegt over de behandeling lege artis die nodig is om iemand niet meer gevaarlijk voor zijn omgeving te laten zijn.

Risicotaxatie De nadruk op het voorkómen van (herhaald) delictgedrag heeft de forensische psychiatrie een bondgenoot opgeleverd in de vorm van de risicotaxatiemethode, een gestructureerde en gestandaardiseerde beoordeling van de recidivegevaarlijkheid van de dader (Hildebrand & de Ruiter 1999; Van Marle 1992; Verhagen & Philips 1995). Deze wijze van risicobeoordeling is afkomstig uit Canada, waar de psycholoog C. Webster aan de wieg stond van de HCR-20, de 'Sexual Violence Risk-20' (SVR-20) en de 'Short Term Assessment of Risk and Treatment' (START), de in Nederland meest gebruikte risicotaxatielijsten samen met de HKT-30. De HKT-30 is een Neder-

landse bewerking van de HCR-20, met tien extra items over de behandelingsvoortgang.

Hoe de beoordelingen op grond van deze risicotaxatie moeten worden geïntegreerd met de overige (poli)klinische besluitvorming staat nog in de volle belangstelling. De uitkomst van de risicotaxatie levert belangrijke risicofactoren op voor de behandeling. Er wordt nog gezocht naar maten die een beter scheidend vermogen hebben op een kortere termijn van behandeling; wellicht kan de START, die onlangs in een Nederlandse vertaling is verschenen, hierin voorzien. De maatstaf op dit moment is de gestandaardiseerde risicotaxatieprocedure, aangevuld met het klinisch oordeel van het behandelteam: het 'gestructureerd professioneel oordeel' (Douglas & Ogloff 2003). Daarbij worden het klinisch oordeel van het behandelteam en de bepalende risicofactoren in de risicotaxatie, vastgesteld door onderzoekers, gewogen en geïntegreerd tot een eindoordeel.

STAGERING

In de forensische behandeling kunnen we drie opeenvolgende stappen onderscheiden:

- de diagnostische stap;
- het bepalen van de recidivekans;
- het bepalen van de intensiteit van toezicht.

Deze verschillende stappen kennen door de al in een eerder stadium gebruikte interventies verschillende profielen; deze profielen geven invulling voor de volgende stap.

Stap 1. De psychiatrische diagnostiek

De state of the art in de psychiatrische diagnostiek is heden ten dage in de eerste plaats classificeren volgens de DSM-IV of de ICD-10. De classificatie zorgt voor een goede beschrijving van een klinisch ziektebeeld, zodanig dat dit onderscheiden kan worden van andere ziektebeelden (taxonomie); hiermee krijgt de classificatie een goede interne en externe validiteit. Een probleem is echter dat een classificerende beschrijving van het toestandsbeeld (met uiteraard de mogelijkheid

van verschillende verschijningsvormen) geen recht doet aan de oorzaak of aanleiding (luxe- rend moment, onderhoudende factoren) van dit toestand- sbeeld, noch aan het beloop ervan in de tijd. Verder wordt het individuele beeld (op een door ons momenteel niet te doorgronden wijze) vooral bepaald door de patiënt zelf met diens achterlig- gende biopsychosociale eigenschappen. Bij de kli- nische diagnostiek kan daarom de persoonlijkheid van de patiënt niet buiten beschouwing blijven als drager van de symptomen (Hengeveld & Schudel 2005).

Dit geldt eens te meer voor de forensische psychiatrie aangezien daar de aanleiding tot het diagnostisch onderzoek veelal een misdrijf betreft (of psychische invaliditeit, of arbeidsongeschik- heid als criterium voor bepaalde beperkingen). Daarbij gaat het niet zozeer om het toestand- sbeeld zelf, maar om de relatie tussen toestand- sbeeld en het specifieke criterium dat door een derde, vaak de rechtbank, is aangegeven. Denk hierbij bijvoor- beeld aan een tenlastelegging van een misdrijf. Die relatie (in dit geval tussen stoornis en delict) kun- nen we alleen maar onder woorden brengen via de persoonlijkheid van de onderzochte en de interac- ties en condities die ermee verbonden zijn. Het is immers alleen via de persoon van de onderzochte duidelijk te maken waarom bijvoorbeeld de één met een depressieve stoornis tot niets komt en een ander met een identieke classificatie nog in staat is te werken. In feite maakt deze plasticiteit van het toestand- sbeeld de classificatie als diagnostiek voor de forensische psychiatrie onvoldoende. De beschrijvende diagnose, ofwel de 'multidimensio- nele diagnostiek en structuuranalyse' (Kraus 1968), is hier op zijn plaats: *het eerste profiel*.

Tweede profiel De beschrijvende diagnose beperkt zich niet tot een beschrijving van het toestand- sbeeld en een hoofddiagnose, maar ver- meldt het gehele symptomencomplex in com- binatie met de specifieke eigenschappen van de patiënt en die factoren die hebben geleid tot het ontstaan van dit symptomencomplex bij deze persoon. Dit zijn de zogeheten luxe- rende fac-

toren: pre-existente en predisponerende eigen- schappen die uit de voorgeschiedenis kenbaar worden. Op grond hiervan ontstaat *het tweede pro- fiel* in de forensische diagnostiek: het misdrijf (de arbeidsongeschiktheid of de letselschade) wordt als criterium binnen het symptomencomplex bij dit individu geplaatst. Dit wordt 'de kernproble- matiek' genoemd, waarbij in feite op dynamische wijze de structurele diagnose wordt weergegeven in een biologisch, persoonlijk en relationeel kader dat samenhangt met het gepleegde misdrijf als focus. De kernproblematiek is de individuele problematiek zoals die zich telkens weer in ver- schillende situaties toont en telkens tot verdere problemen leidt. Die verschillende situaties kun- nen leiden tot verschillende manifestaties van die onderliggende kernproblematiek en zijn op die manier allemaal onderwerp van toekomstige interventies.

Derde profiel Dit brengt ons dan bij *het derde profiel* van de eerste stap, namelijk de delictana- lyse. De delictanalyse is een weerslag van de spe- cifieke context van het daad-dadercomplex. Op basis van de daaraan voorafgaande symptoom- en persoonlijkheidsdiagnostiek worden factoren uit de context verzameld die meer of minder hebben bijgedragen aan het ontstaan van de beperking, zoals het misdrijf. Deze risicofactoren komen ook voort uit het biopsychosociale model (Engel 1980). Ze betreffen niet de diagnose, maar de luxe- rende momenten als hefboom van ontstaan. Men onderscheidt pre-existente, predisponerende en actuele factoren op het biologische, psycholo- gische en sociale vlak. Deze leiden in interactie met elkaar tot acute en onderhoudende factoren voor zo'n plotselinge actie. Hieronder vallen ook beschermende factoren (De Vogel 2007). Wij kun- nen hier spreken van een zevenfactorenmodel:

- psychiatrische symptomen;
- persoonlijkheidstrekken;
- gedragsproblemen;
- relationele en situatieve factoren;
- overige risicoverhogende en protectieve fac- toren;

- ernst van de problemen en de risico's;
- psychobiologische en neuropsychologische kenmerken.

In de delictanalyse wordt een stroomdiagram gemaakt van (multicondionele) oorzakelijke verbanden die uiteindelijk hebben geleid tot het onderzochte criterium, het misdrijf.

Afsluiting eerste stap Het voorgaande beschrijft hoe van een statische classificatie tot een dynamisch model wordt gekomen. Deze analyse is meer dan alleen een beschrijvende diagnose, maar includeert tevens het forensisch criterium, het delict, dat moet worden onderzocht. Dit samenhangend geheel, de delictanalyse, sluit de diagnostische fase af. Vervolgens is niet alleen de ontwikkeling van het ziektebeeld zelf van belang, maar wat deze ontwikkeling betekent en ten opzichte van het forensisch criterium. In strafrechtelijke zin: hoe ontwikkelt zich de kans op een herhalingsdelict en wat is de rol van de persoonlijkheid op psychische stoornis daarbij? Dan komt stap 2 in zicht.

Stap 2. Verloop van behandeling en vaststellen van criminogene beperkingen

Eerste profiel In stap 2 bestaat profiel 1 uit de behandelingsdoelen voor de disfuncties in de persoonlijkheid voor verdere therapie. De daadwerkelijke behandeling wordt hierdoor gedirigeerd. Hierin staan de symptomen en de persoonlijkheidskenmerken centraal, nu als factoren dynamisch geïnterpreteerd in enerzijds kernproblematiek, anderzijds in specifieke risicofactoren. Aanwezige psychiatrische problematiek, een eventuele persoonlijkheidsstoornis en middelengebruik worden bij de risicotaxatie gezien als risicofactoren zoals vele andere, en als zodanig ook gescoord.

Tweede profiel Profiel 2 is opgebouwd uit de aanwezige risicofactoren die hier, systematisch en empirisch opgesteld aan de hand van de risicotaxatie-instrumenten, in volgorde van ernst wor-

den aangepakt. Dit noemen we 'risicomanagement' aangezien verschillende risicofactoren niet alleen door de individuele behandeling, maar ook door een contextuele aanpak worden gecontroleerd (Van Marle 2001). In deze tweede stap wordt de delictanalyse (profiel 3 uit stap 1) onderdeel van het risicomanagement: deze is namelijk noodzakelijk voor een beter begrip van de patiënt zelf en de wijze waarop een of meer herhalingen van het delict kunnen worden voorkomen.

Het vaststellen van de ernst van deze risicofactoren vindt niet in een therapeutisch luchtledig plaats, maar in een model van de *what works*-principes, te weten het *risk, needs, responsivity* (RNR)-model. Dit model (McQuire 1995) houdt in dat de behandeling op empirische wijze (met risicoschalen) wordt ingericht. Dat gebeurt ten eerste op basis van de ernst van de verschillende risico's (risk), ten tweede op basis van de criminogene behoeftes van iemand (*needs*), ten derde op basis van het vormgeven van die behandeling zodat die het beste past bij de betreffende patiënt (*responsivity*) en ten vierde dat het behandelingsplan en de behandeling worden uitgevoerd zoals is vastgelegd (*program integrity*). Ergo: de behandeldoelen (profiel 1 uit stap 2) bepalen mede hoe het risicomanagement wordt opgesteld, namelijk als maatwerk voor de individuele patiënt.

Derde profiel Bij profiel 3 staat de controle van de risicofactoren centraal in een specifieke maatschappelijke context. Dit is het profiel van de resocialisatiefase. De individuele behandeling gaat gewoon door, maar het accent is verlegd naar de omgang met de overige risicofactoren. Naast het omgaan met risicofactoren komt ook het steunen van de beschermende factoren centraal te staan. Patiënten worden aangesproken op hun sterke kanten: door die te benutten kunnen zij hun risicovolle kanten beter hanteren. In deze resocialisatiefase ligt de nadruk op de generalisatie van het geleerde in de therapie naar de omgang ermee in het dagelijks leven, en omgekeerd, het dagelijkse leven leren aanwenden voor steun van het resocialisatieproces.

Stap 3. Toezicht als interventie

In deze stap staan diagnose, behandeling en risicomanagement niet meer centraal, maar de inschatting en beheersen van het gevaar als controles voor een herhalingsmisdrijf. Dat wil niet zeggen dat er geen behandeling plaatsvindt of risicomanagement. De derde stap, het toezicht houden, kan in principe levenslang duren en is dynamisch van aard: deze stap omvat verschillende intensiteiten van behandeling of de afwezigheid ervan aan de hand van de aanwezige risicofactoren. De systematische controle ervan vindt volgens het RNR-model plaats.

Profielen In deze stap is profiel 1 dat van een gering recidivegevaar, waarbij de controle-momenten op ruime afstand van elkaar kunnen liggen. Aan de hand van veranderingen in de risicotaxatie kan er vervolgens besloten worden het toezicht te intensiveren of juist af te zwakken. Deze afweging komt bij elke risicobeoordeling weer naar boven.

Bij profiel 2, matig recidivegevaar, kan men aan de hand van frequentere controle-momenten besluiten de tussenliggende perioden meer of minder in te vullen met therapeutische maatregelen van individuele of contextuele aard, zoals verhuizen in het geval van een zedendelinquent of actiever zoeken naar dagelijkse structuur door middel van werk. Vanuit profiel 2 kan de individuele behandeling nog eens worden geïntensiveerd, bijvoorbeeld met het gebruik van medicatie of dagbehandeling.

Bij profiel 3, ernstig recidivegevaar, dient de patiënt op zijn minst klinisch te worden geobserveerd of in een meer gestructureerde omgeving met toezicht worden geplaatst, eventueel onder voorwaardelijke omstandigheden, zoals een voorwaardelijke rechterlijke machtiging.

Profiel 4 ten slotte wil zeggen een acuut recidivegevaar waarbij de forensisch psychiatrische patiënt niet meer uit de controle kan worden ontslagen, maar direct moet worden opgenomen en gearresteerd. Dit laatste profiel kan alleen met een

beoordeling worden vastgesteld door een, vaak gedwongen, observatie van de patiënt zelf, bijvoorbeeld na een arrestatie.

CONCLUSIE

Stagering en profilering in de forensische psychiatrie gaan uit van stappen in een klassiek medisch model: diagnostiek, beloop van de stoornis en gerichte controles ('behandeling als maatwerk'). De profielen geven van elke stap een verdieping weer: van het individu naar een toegepaste interventie bij datzelfde individu (delictanalyse, resocialisatie, gevaarsbeoordeling). Door dit systematisch opgebouwd model toe te passen beoogt men een multidimensionale diagnostiek die overzichtelijk is en telkens herhaald kan worden, zodat een terugkoppeling ontstaat naar eerdere diagnostische momenten. Te denken valt hierbij aan het bijstellen van de kernproblematiek, van het risicomanagement en de resocialisatiedoelen op geleide van de ingeschatte gevaarlijkheid voor zichzelf en anderen.

De relevantie van antisociale gedragsproblemen bij psychiatrische patiënten is zeer hoog aangezien die meestal de oorzaak zijn van een maatschappelijke reactie die kan variëren van een gedwongen opname (in het kader van de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen; Wet Bopz) tot strafrechtelijk ingrijpen. Beide hebben grote consequenties, die zelfs kunnen leiden tot escalaties in de problematiek. De variatie in het gestoorde gedrag is groot, afhankelijk van de omstandigheden, en leidt tot verschillende interventies terwijl de stoornis dezelfde blijft.

Een goed overzicht van het ziekteproces en gedragsstoornissen, waarbij in stappen met de daarbij behorende profielen het behandelsbeloop wordt vastgelegd, levert een betere continuïteit van zorg op. Deze is te danken aan de transparantie die dit geeft. Het behandelsproces wordt via de stagering tot een dynamisch model geïntegreerd, waarbij elke stap een set aan activiteiten omvat die leiden tot unieke profielen en interventies. Deze kunnen op hun beurt weer leiden tot

verder wetenschappelijk onderbouwd indicatie- en evaluatieonderzoek.

LITERATUUR

- Hengeveld MW, Schudel WJ. Het psychiatrisch onderzoek. 3de geheel herziene druk. Utrecht: De Tijdstroom; 2003.
- Hildebrand M, de Ruiter C. Classificatie en diagnostiek in de forensische psychiatrie. In: M. Hildebrand & C. de Ruiter. Behandelingsstrategieën bij forensisch psychiatrische patiënten. Houten/Diemen: Bohn Stafleu Van Loghum; 1999. pp. 1-8.
- Kraus G. Leerboek der psychiatrie. 4de druk. Leiden: Stenfert Kroese; 1968.
- Marle HJC van. Voorspellen van gevaarlijkheid: consensus gewenst. Tijdschr Psychiatr 1992; 34: 280-90.
- Marle HJC van. Van gevaar naar risico: regelen in plaats van waarschuwen. Risk assessment in de forensische psychiatrie. Tijdschr Psychiatr 2001; 43: 151-61.
- McGuire J. What works? Reducing reoffending. Chichester: Wiley & Sons; 1995.

Verhagen MFM, Philipse MWG. Het voorspellen van het risico van delicttherhaling in de TBS. Tijdschr Psychiatr 1995; 37: 537-52.

Vogel V de. Meting van protectieve factoren en het belang ervan voor behandeling in een forensische setting. Introductie van de SAPROF. Tijdschrift voor Psychotherapie 2007; 33: 102.

AUTEUR

HJALMAR VAN MARLE is hoogleraar Forensische Psychiatrie, Erasmus Medisch Centrum, en faculteit Rechtsgeleerdheid, Erasmus Universiteit, Rotterdam.

Correspondentieadres: prof. dr. Hjalmar van Marle, afd. Psychiatrie, DP-0424, Erasmus MC, Postbus 2040, 3000 CA Rotterdam.

E-mail: h.j.c.vanmarle@erasmusmc.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 19-1-2012.

SUMMARY

Staging with profiles in offence analysis: diagnostic steps in forensic psychiatry – H.J.C. van Marle –

BACKGROUND Forensic psychiatry is concerned particularly with accurate risk-assessment of offenders' future behaviour.

AIM To describe a staging and profiling system that is applicable to mentally-ill patients who have committed an offence.

METHOD The various steps in forensic psychiatric diagnosis are analysed and discussed.

RESULTS Three diagnostic steps within a treatment trajectory are described: stage 1. psychiatric diagnosis; stage 2. the course of the trajectory; stage 3. supervision (i.e. protection from danger). Each step is divided into profiles.

CONCLUSION By means of staging and profiling, the treatment plan is integrated into a dynamic model in which each stage contains a set of activities that gradually lead to unique profiles and interventions which incorporate evidence for subsequent diagnostics.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 54(2012)11, 973-978]

KEY WORDS forensic psychiatric offence analysis, profiling, staging