

Richtlijnen voor risicotaxatie in de forensische diagnostiek: theorie en praktijk

E.F.J.M. BRAND, G.J.M. DIKS

ACHTERGROND Risicotaxatie in de forensische diagnostiek is een zeer moeilijke opdracht die een groot aantal keer per jaar wordt uitgevoerd.

DOEL Het doel van dit overzicht is om een aanbeveling te kunnen doen welke (set van) meetinstrumenten nuttig zijn voor forensische diagnostiek.

METHODE Eerst worden richtlijnen voor risicotaxatie in de forensische diagnostiek beschreven. De richtlijnen zijn gebaseerd op aanwijzingen in de literatuur (vanaf 1990) over forensische diagnostiek en risicotaxatie. Vervolgens worden enkele risicotaxatie-instrumenten aan de hand van deze richtlijnen beoordeeld: de risicoschaal van de Behavioral Status Index-Dutch version, de Vragenlijst Delictgevaarlijkheid, de Historical Clinical Riskmanagement-20 en de Psychopathy Check List-Revised.

RESULTATEN Op basis van de richtlijnen is een set vragenlijsten ontwikkeld: de Forensische Profiel Lijsten (FP40). De FP40-lijsten zijn gebruikt bij tbs-patiënten.

CONCLUSIE Wanneer er een combinatie van instrumenten gebruikt wordt, blijkt dat aan de belangrijkste richtlijnen tegemoet wordt gekomen. Wanneer alle richtlijnen in acht worden genomen, vallen er in de toekomst stappen voorwaarts te verwachten in zowel theorievorming als diagnostiek in de forensische psychiatrie.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 43 (2001) 10, 693-704]

TREFWOORDEN diagnostiek, forensische psychiatrie, meetinstrumenten, risicotaxatie

Forensische diagnostiek en risicotaxatie liggen bij de terbeschikkingstelling (tbs) dicht tegen elkaar aan, maar zijn geen synoniemen. Bij forensische diagnostiek worden meetbare kenmerken zoals de ernst van verslaving of de mate van impulsiviteit gemeten. Forensische diagnostiek levert gegevens op waarop men behandeling kan baseren en die ook gebruikt kunnen worden om een inschatting te maken van het risico van delictrecidive. Bij risicotaxatie wordt een voorspelling gedaan over toekomstig gevaarlijk gedrag, wat zeer moeilijk is, zeker op individueel niveau. Toch worden voor alle, ruim duizend,

tbs-gestelden ieder jaar opnieuw risico's ingeschat. Dit is nodig bij advisering over plaatsing, bij het verlenen van proefverlof, of bij advisering over het al dan niet verlengen of beëindigen van de tbs-maatregel. Er bestaat nog geen standaardmanier waarop professionals tot een inschatting van delictrisico komen. Onderzoekers binnen de forensische psychiatrie hebben als taak gekregen formules te ontwikkelen die een voorspellende waarde hebben voor risicotaxatie.

METHODE

Vanaf 1990 is literatuur verzameld over persoonlijkheid en persoonlijkheidstoornissen, psychiatrie, forensische psychiatrie, criminologie, risicotaxatie, taxonomieën, diagnostiek en testontwikkeling. De literatuur is verkregen met behulp van searches in de systemen van universiteitsbibliotheken en door onderzoek van inhoudsopgaven van relevante tijdschriften. Veel is gevonden via het zoeken volgens kruisreferenties. Ook hebben collega's hun bijdrage geleverd.

RICHTLIJNEN

Het proces van inschatting van het risico van een delict is complex: uit onderzoek blijkt dat er met vele factoren rekening moet worden gehouden. Uit de literatuur over risicotaxatie

komen de volgende richtlijnen voor risicotaxatie naar voren: 1. Betrek gegevens uit meerdere informatiedomeinen (Monahan & Steadman 1994; De Haas 1993); 2. Meet naast risicofactoren ook beschermende factoren (Hawks 1998); 3. Leg naast statische factoren ook dynamische factoren vast (Nedopil 1998); 4. Diagnostiek moet een verklaring geven van het delict risico (Hawks 1998); 5. Diagnostiek moet aanknopingspunten geven voor de behandeling (Hawks 1998).

Naast deze basisvoorwaarden zijn er nog tal van algemene richtlijnen te geven die minder bindend zijn, maar wel van groot belang kunnen zijn: 6. Normeringsgegevens; 7. Betrouwbaarheid en validiteit; 8. Het nut van theorievorming dan wel modelbouwen en modeltoetsing; 9. Aanvulling van testscores met klinische gegevens; 10. Standaardisering van diagnostiek en onderzoek op nationaal niveau.

FIGUUR 1 Richtlijn 1: Indeling van informatiedomeinen

Totaal diverse auteurs	Hawks (1998)	Monahan & Steadman (1994)	De Haas (1993)	Brand e.a. (1998)
V Vaardigheden			Vaardigheden	Persoonlijkheid en vaardigheden
P Persoonlijkheid	Persoonlijkheid	Persoonlijkheid: dispositioneel, cognitief, demografisch	Persoonlijkheid	
K Klinisch/ psychiatrisch beeld	Klinisch/ psychiatrisch beeld	Klinisch beeld: as-I, as-II, middelenmisbruik	Psychiatrisch toestandbeeld	Psychiatrie, inclusief verslaving
O Ontwikkeling	Ontwikkeling			Ontwikkeling, historie en maatschappelijke inbedding
H Historie	Historie	Historie: sociaal, werk, hospitalisatie, delicten		
C Contextueel	Contextueel	Contextueel: sociale steun (netwerk), stress	Maatschappelijke inbedding Situatiele gegevens	Situatieve factoren

De basisrichtlijnen

Betrek gegevens uit meerdere informatiedomeinen. Delictgevaarlijkheid kan verklaard worden vanuit diverse invalshoeken. De factoren die vastgelegd moeten worden in de forensische diagnostiek zijn door diverse onderzoekers verdeeld in domeinen van informatie. Om tot een juiste inschatting van delictgevaarlijkheid te komen heeft men informatie uit alle domeinen nodig. In figuur 1 worden vier indelingen van informatiedomeinen vergeleken zoals die door Monahan & Steadman (1994), Hawks (1998), De Haas (1993) en Brand e.a. (1998) zijn voorgesteld. Het blijkt dat de indelingen grotendeels met elkaar overeenkomen. In figuur 2 zijn deze indelingen per domein onderverdeeld in specifieke factoren, waardoor een boomstructuur ontstaat met verschillende niveaus.

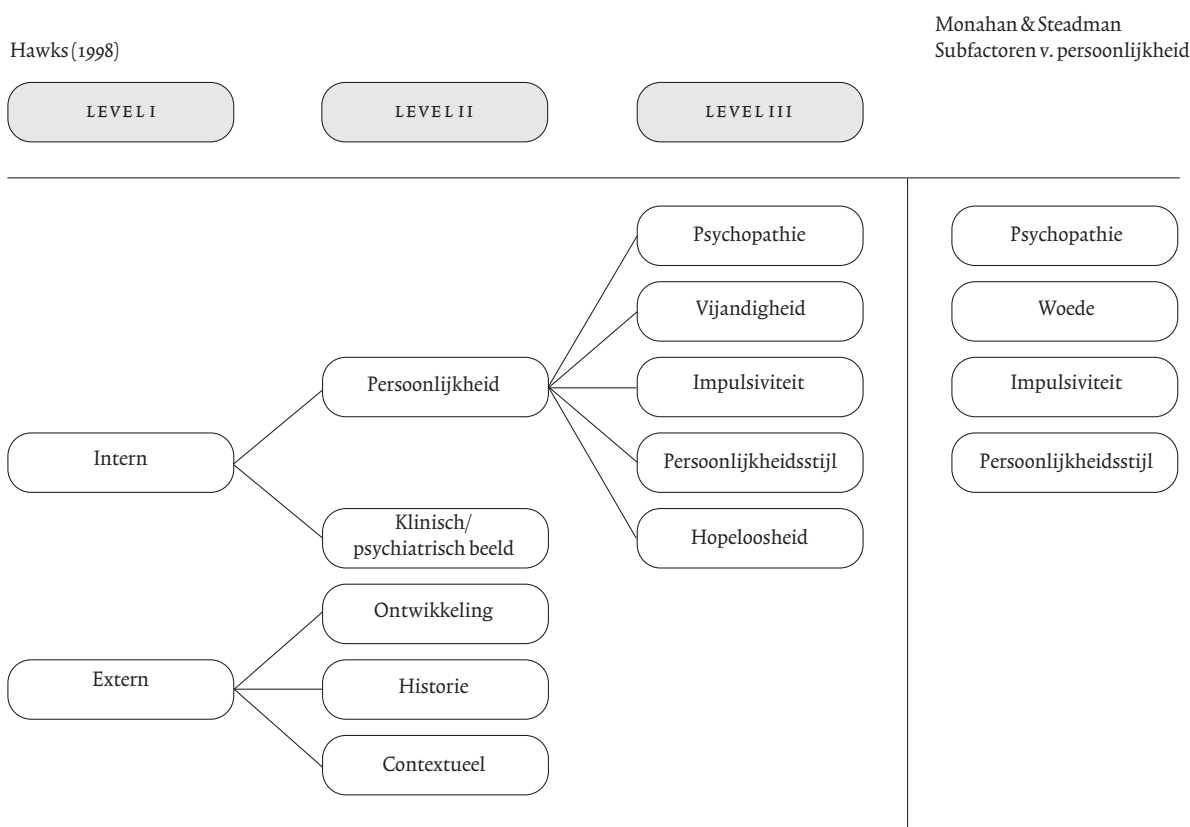
De manier van indelen in informatiedomei-

nen (figuur 1) is niet relevant. Van belang is dat er uit alle informatiedomeinen gegevens worden verzameld. Zo lang niet bekend is hoe sterk factoren uit verschillende domeinen bijdragen aan het ontstaan van delictgedrag, is het niet te veroorloven om keuzes te maken voor specifieke factoren; de gegevensverzameling moet zo volledig mogelijk zijn. Het betrekken van informatie uit alle domeinen sluit volledig aan bij de in de Nederlandse tbs door De Haas (1993) geformuleerde gedachtegang.

Ook bij de onderverdeling op een dieper niveau (level III, figuur 2), zien we overeenstemming tussen de onderzoekers.

Meet naast risicofactoren ook beschermende factoren. Hawks (1998) stelt dat het voor het onderzoeken van delict risico's nodig is om zowel risicofactoren als beschermende factoren te meten. Dit komt overeen met modellen in de algemene

FIGUUR 2 Boomstructuur van persoonsfactoren (bij level III is alleen persoonlijkheid uitgesplitst)



psychiatrie. Hawks stelt ook dat er binnen elk domein risicofactoren en beschermende factoren zijn. Informatie over sterke en zwakke punten van een patiënt is van groot belang bij het opstellen van behandelplannen. Het denken in termen van sterkte en zwakte vinden we terug als *risk factors-protective factors* (Hawks 1998), *stress factors-coping skills* (Anthony & Liberman 1985), 'draaglast-draagkracht' (Fritschy 1994) en 'stoornissen-vaardigheden/steun' (Brand e.a. 1998).

Leg naast statische ook dynamische factoren vast. Het derde criterium betreft statische (onveranderbare) en dynamische (veranderbare) factoren. Door Nedopil (1998) wordt een overzicht gegeven van voorspellende factoren. In zijn overzicht geeft hij een tweedeling in statische en dynamische factoren. Wanneer gekeken wordt naar de opsommingen van statische en dynamische variabelen, vallen twee dingen op. Veel factoren komen twee keer voor, bijvoorbeeld persoonlijkheid ten tijde van het delict (historisch/statisch) en persoonlijkheidsontwikkeling na het delict (dynamisch). Voor enkele variabelen is het onderscheid statisch of dynamisch niet duidelijk te maken. Het maken van dit onderscheid is op zich niet relevant, het is wel relevant te beseffen dat er historische onveranderbare gegevens zijn en kenmerken die door tijd of behandeling in principe kunnen veranderen. Omdat in de tbs behandelinspanningen worden geleverd, is het van belang om te onderzoeken welke kenmerken veranderbaar zijn.

Recentelijk is gesteld dat vooral de klinische items een grote bijdrage leveren voor de voorspelling van agressief gedrag (Dernevik 2000; Hart 2000). Uit een metaonderzoek bleek dat bij een analyse van statische versus dynamische variabelen de dynamische variabelen meer voorspellende waarde hebben met een zogenaamd *common language effect* van 54% (Gendreau e.a. 1996). Ook resultaten uit recent onderzoek onderstrepen het belang van dynamische variabelen voor predictie van gewelddadig gedrag (Belfrage e.a. 2000). Over het relatieve gewicht dat statische dan wel dyna-

mische variabelen zouden hebben, lopen de meningen echter nogal uiteen. Feit is dat een discussie statisch óf dynamisch niet productief is (Webster 2000) en dat de hierboven beschreven richtlijnen pleiten voor gebruik van statische én dynamische variabelen. De voorspellende validiteit van bestaande instrumenten kan misschien verhoogd worden door iets meer gewicht toe te kennen aan dynamische variabelen.

Diagnostiek moet een verklaring geven van het delict
risico De forensische diagnostiek moet een verklaring geven van het delictrisico. Statische factoren kunnen vooral een verklaring geven voor het ontstaan van delictgevaar, dynamische factoren kunnen aanknopingspunten geven voor de behandeling van delictgevaarlijkheid. Het is mogelijk om door middel van praktijkgegevens en de actuariële methode een voorspellingsfunctie te produceren die een bepaalde mate van nauwkeurigheid heeft. Tot nu toe is er vaak gesproken over een *sound barrier* (Webster 2000) van voorspelling die ligt rond correlaties van 0,40, of 16% verklaarde variantie, of scores tussen 0,70 tot 0,74 op de zogenaamde AUC-ROC-score, waarbij 0,50 een voorspelling op kansniveau weergeeft en 1,00 een correcte voorspelling voor 100% van de patiënten. De AUC-ROC-score is een score die de verhouding weergeeft van het aantal correcte voorspellingen van een recidive (*true hits*) tot het aantal vals positieve voorspellingen (*false alarms*). Het mag duidelijk zijn dat de voorspellingsformule én de juistheid ervan (AUC-ROC) pas na een periode van vrijlating berekend wordt. Wanneer er vanuit de forensische diagnostiek ook een of meerdere verklaringsmodellen worden gegeven die getoetst kunnen worden, is het mogelijk om de tot nu toe gebruikte voorspellingsmethoden te verbeteren.

Diagnostiek moet aanknopingspunten geven voor de behandeling Tot slot is het nodig dat forensische diagnostiek en/of risicotaxatie aanknopingspunten geeft/geven voor de behandeling. Dit is niet alleen een morele verplichting voor de

behandelaars in het veld, maar past ook in een visie dat alle diagnostiek behandelingsgerichte diagnostiek hoort te zijn, waarbij aangetekend moet worden dat behandeling ook opgevat kan worden als chronische ondersteuning, verpleging of hospitalisatie. Door aanwijzingen te geven voor behandelingsactiviteiten die gericht zijn op het verminderen van de risico's voor een nieuw delict kan getoetst worden of de variabelen in zowel het verklaringsmodel als in de diagnostische scores correct zijn.

Vijfextra richtlijnen voor risicotaxatie en diagnostiek

Normeringsgegevens Voordat scores op individueel niveau gebruikt kunnen worden, is het nodig dat er voldoende normeringsgegevens zijn, verzameld in een zelfde setting (Commissie Test Aangelegenheden Nederland 1978) en liefst ook in hetzelfde land (Salekin e.a. 1996).

Betrouwbaarheid en validiteit Wanneer test-scores gebruikt worden voor risicotaxatie, moet de voorspellende validiteit bekend zijn en moeten de diverse vormen van testbetrouwbaarheid berekend zijn (Commissie Test Aangelegenheden Nederland 1978).

Modeltoetsing Naast het gebruik van totaal-scores blijft het nodig om modellen te presenteren en te toetsen (testing markers) (Monahan & Steadman 1994) om tot betere diagnostiek, behandeling en predictie te komen.

Testscores en klinische gegevens Naast de scores van een risicotaxatie-instrument moet rekening worden gehouden met klinische gegevens. Soms kan één gegeven allesbepalend zijn (Webster 2000).

Standaardisering, samenwerking Wegens het grote aantal variabelen dat nodig is bij de diagnostiek en risicotaxatie in de tbs zijn grote aantallen nodig, zodat standaardisering van diagnostiek nodig is op nationaal niveau (Gunn 1999).

MEETINSTRUMENTEN DIE IN NEDERLAND GEBRUIKT WORDEN BIJ RISICOTAXATIE

Vier instrumenten die in Nederland gebruikt worden om het risico van delictrecidive te voorspellen, zullen aan de hand van de hierboven genoemde criteria worden beoordeeld: de risicoschaal van de Behavioral Status Index-Dutch version (BSI-D) (Reed e.a. 1997); de Vragenlijst Delictgevaarlijkheid (VD) (Verhagen 1990; Verhagen & Philipse 1992, 1995); de HCR-20 (Historical Clinical Risk management scheme for the assessment of dangerousness and risk) (Webster e.a. 1995; Webster e.a. 1997; Webster 2000; (Nederlandse versie) Philipse e.a. 2000) en de Psychopathy Check List revised (PCL-R) (Hare 1991).

Het laatste instrument is volgens het schema van Hawks een zogenaamd level-III-instrument (zie figuur 2). Psychopathie staat daarin als een onderdeel van persoonlijkheid. Het feit dat psychopathie als één item deel uitmaakt van de twintig items van de HCR-20 suggereert dat het om een beperkter gebied gaat. Het begrip psychopathie is echter, zoals geoperationaliseerd in de PCL-R, breder dan de boomstructuur in figuur 2 suggereert.

Voor forensische diagnostiek zijn er naast een lijst voor psychopathie ook meetinstrumenten voor level-III-factoren, zoals 'hostiliteit' (Lange e.a. 1995), anger (Novaco 1994), belligerence (Blackburn 1987), spousal assault (Kropp & Hart 1997), sexual violence risk (Boer, Wilson, Gauthier e.a. 1997) en impulsivity (Webster 1997), die allemaal geacht worden samen te hangen met het risico van gewelddadig gedrag.

Volgens een inventarisatie van testgebruik in de forensische psychiatrie (Harte e.a. 1999) is er in Nederland nog één ander instrument in gebruik voor diagnostiek van 'delictgevaarlijkheid' dan wel forensische diagnostiek en risicotaxatie, namelijk de in het Meijers Instituut ontwikkelde vragenlijsten die in de nieuwste versie de naam FP40 hebben gekregen. Hierop wordt later ingegaan.

De Behavioral Status Index-Dutch version (BSI-D) De BSI-D (Reed e.a. 1997) is een instrument waarmee gedragingen kunnen worden geregistreerd. Het is ontwikkeld voor gebruik in de algemene psychiatrische zorg. De BSI-D omvat vijf schalen welke elk twintig items bevatten. Het doel van de laatste schaal, de risicoschaal, is om dagelijkse gedragingen op te sporen en te beschrijven die verband houden met, of potentieel voorspellend zijn voor agressief gedrag.

De Vragenlijst Delictgevaarlijkheid (VD) De VD (Verhagen & Philipse 1995) bestaat uit 47 items die gevolgd worden door 2 items waarmee om een directe inschatting wordt gevraagd van de kans dat betrokkene op korte respectievelijk langere termijn een delict zal plegen. De items van de VD gaan over dynamische kenmerken. De ontwikkelaars van deze lijst gebruikten naast hun lijst de vragenlijst Basis Patiënt Gegevens (BPG) van de Werkgroep Afstemming Registratie Gegevens forensisch psychiatrisch circuit (WARG), aangevuld met enkele nieuwe vragen (Werkgroep Afstemming Registratie Gegevens forensisch psychiatrisch circuit 1992). De BPG-lijst, waaraan alle tbs-klinieken hebben meegewerkt, bevat historische gegevens over onder meer justitiële voorgeschiedenis, eerdere hulpverleningscontacten en eerdere opnamen.

De Historical Clinical Risk management scheme for the assessment of dangerousness and risk (HCR-20) De HCR-20 versie 2 is ontwikkeld door Webster e.a. (1997). Een Nederlandse vertaling en bewerking is sinds kort beschikbaar (Philipse e.a. 2000). Webster heeft met een wisselend team van medewerkers diverse risicovoorspellingslijsten ontwikkeld, zoals de Violence Prediction Scheme (VPS) (Webster e.a. 1994) met daarin de Violence Risk Assessment Guide (VRAG) (Harris e.a. 1993) en de Dangerous Behaviour Rating Scheme (DBRS) (Menzies 1997). Het zijn zoals Webster zelf stelt actuarial instruments. De HCR-20 bestaat uit tien historische items, vijf klinische items en vijf risk-management-items.

De Psychopathy Check List Revised (PCL-R) De PCL-R (Hare 1991) bestaat uit twintig items. Hare zelf verdeelt de items van deze 'psychopathielijst' over twee factoren die omschreven worden als agressief narcisme en als chronisch antisociale levensstijl. Ongeveer de helft van de items gaat over vaststaande historische feiten, ongeveer een kwart over stabiele kenmerken als temperament, persoonlijkheidsstijl en geweten, en ongeveer een kwart over probleemgedragingen of persoonlijkheidsstoornissen. Momenteel wordt gewerkt aan een Nederlandse vertaling van de PCL-R.

Na een vergelijking gemaakt door testontwikkelaars zelf (Boer, Wilson, Gauthier e.a. 1997) is geconcludeerd dat er grote overlap is, met identieke en bijna identieke items, tussen de HCR-20, de PCL-R, VPS en de Sexual Violence Risk (SVR-20, Boer, Hart, Kropp e.a. 1997). Deze laatste is voor de voorspelling van seksueel gewelddadig gedrag.

DE MEETINSTRUMENTEN GELEGD NAAST DE RICHTLIJNEN

De instrumenten gelegd naast de richtlijnen betreffende meerdere informatiedomeinen, risico- én beschermende factoren, statische én dynamische factoren De vier genoemde diagnostische instrumenten, BSI-D, VD, HCR-20 en PCL-R, betrekken soms gegevens uit een flink aantal informatiedomeinen, maar dekken geen van alle de zes genoemde informatiedomeinen. Bij de BSI-D en de VD ontbreken de domeinen ontwikkeling en historie, bij de HCR-20 en de PCL-R komen de domeinen vaardigheden, ontwikkeling en situationele context niet of nagenoeg niet aan bod. Door gebruik van een combinatie van meetinstrumenten kan men een dekkend beeld maken voor diagnostiek en onderzoek. De VD wordt, zoals reeds eerder gemeld, standaard afgenomen in combinatie met de BPG.

De instrumenten gelegd naast de richtlijn betreffende de verklaring van het delict risico Een ver-

klaring voor het ontstaan van delicten kan niet zozeer gebaseerd worden op totaalscores van de instrumenten, maar valt bij grootschalig onderzoek deels terug te vinden door delictgegevens te koppelen aan resultaten op itemniveau. De ontwikkelaars van de genoemde instrumenten geven niet echt een verklaringsmodel voor het ontstaan van delictgedrag. Impliciet wordt er soms wel een verklaring gegeven door bijvoorbeeld een link te leggen tussen psychopathie en biologische factoren of tussen itemscores en historische gegevens.

De instrumenten gelegd naast de richtlijn betreffende aanknopingspunten voor de behandeling Aansluiting van evaluatie van behandelingsactiviteiten op diagnostiek is noodzakelijk om de kennis omtrent factoren die verband houden met het delictrisico te vergroten. De HCR, BSI en PCL-R geven in beperkte mate mogelijkheden voor verandering of handvatten voor behandeladviezen. Dit heeft voor een deel te maken met het vorige punt, maar ook met de ontstaansgeschiedenis van de instrumenten. De HCR is vooral actuarieel samengesteld. Op basis van recidive en regressiegewichten is een lijst met items ontstaan. De BSI is oorspronkelijk een classificatie-instrument en de wijze waarop de diverse schalen zijn ontwikkeld, is in wezen prototypisch (uitgaande van omschrijvingen van prototypische patiënten). De PCL-R is ook gebouwd rondom (prototypische) klinische kenmerken van 'de psychopaat'.

De HCR-20 en de PCL-R hebben een beperking om behandelplannen te kunnen maken en evalueren: beide instrumenten bevatten items die gescoord worden met 0, 1 of 2 (van af- tot aanwezigheid van problematiek). Zowel bij het plannen als bij het evalueren van behandeling zijn nauwkeuriger metingen vereist. Bovendien kunnen bij toename van de meetnauwkeurigheid eerder eventueel aanwezige verbanden tussen variabelen ontdekt worden.

De VD lijkt wat meer ruimte te bieden voor modelvorming voor het ontstaan en de behande-

ling van verhoogde risico's voor delictgedrag omdat deze lijst is ontstaan op basis van interviews met behandelaars, waarna de items factoranalytisch zijn samengevoegd tot een aantal verklarende factoren.

De vier hier genoemde instrumenten meten wel dynamische factoren, maar slechts in beperkte mate beschermende factoren zoals sociale en relationele vaardigheden, copingvaardigheden, probleeminzicht en emotionele vaardigheden.

De instrumenten gelegd naast de richtlijn betreffende de beschikbaarheid van normeringsgegevens De afgelopen jaren is hard gewerkt aan het opbouwen of uitbreiden van normeringsbestanden van de instrumenten. De PCL-R is de meest gebruikte lijst. Er zijn gegevens verzameld van zowel 'gewone' gedetineerden als van patiënten in forensische settings. De VD heeft een normeringsbestand van ruim 200 Nederlandse tbs-gestelden. De BSI-D is op kleine schaal gestart met het verzamelen van normgegevens in Nederland. De BSI wordt tot nu toe voornamelijk gebruikt in Groot-Brittannië en Duitsland, de PCL-R en de HCR-20 worden (voornamelijk) gebruikt in Canada, Schotland en Zweden. In verband met de buitenlandse normen is enige voorzichtigheid geboden bij de keuze van grenswaarden en de interpretatie van losse items (Salekin e.a. 1996).

De instrumenten gelegd naast de richtlijn over de validiteit en betrouwbaarheid De PCL-R is in een groot aantal onderzoeken gebruikt. De voorspellende waarde van de PCL-R is meerdere keren berekend en blijkt AUC-ROC-scores te hebben tussen de 0,70 en de 0,74. Deze grens wordt ook bereikt door de HCR-20 en de VRAG (Quinsey e.a. 1998). De diverse vormen van validiteit zullen nog berekend worden voor de BSI-risicoschaal en de VD.

De instrumenten gelegd naast de richtlijn over modeltoetsing Het ontbreekt in het forensische veld aan gevalideerde verklarende modellen.

Verbetering van diagnostiek, predictie en behandeling kan pas gebeuren als de kennis over diverse factoren en modellen toe neemt. Het is aan te bevelen dat bij de instrumenten naast de gegevens op itemniveau ook de gegevens op subitemniveau worden vastgelegd om zo in staat te zijn tot toetsing van verschillende modellen. Daarnaast zou het nuttig zijn om het aantal factoren dat onderzocht wordt uit te breiden.

Op het jubileumcongres van de Nederlandse Vereniging van Kriminologen (NVK) werd gesteld dat het moment was aangebroken om onderzoek interdisciplinair te benaderen. Het biopsychosociale model is geschikter dan gangbare monocausale verklaringen voor (seksueel) afwijkend gedrag (Van Wijk e.a. 1999). Voor accurate voorspelling zijn een groot aantal variabelen vereist.

De instrumenten gelegd naast de richtlijn over het aanvullen van gestandaardiseerde diagnostische gegevens met klinische gegevens Het wordt sterk aanbevolen om naast de scores op de vragenlijsten ook goed te kijken naar extra bevindingen die klinici aandragen (Webster 2000; Dernevik 2000). Zo zijn er soms kenmerken of invloeden aan te wijzen die alle andere invloeden totaal overvleugelen. Men kan daarbij denken aan een uitspraak als: 'wanneer ik vrij kom, schiet ik mijn partner neer'. Dit gegeven wordt bij normaal gebruik van vragenlijsten slechts één keer meegewogen, terwijl ingeschat wordt dat het risico van gewelddadig gedrag voor deze bepaalde patiënt de 100% benadert.

De instrumenten gelegd naast de richtlijn betreffende standaardisering van diagnostiek en onderzoek op nationaal niveau Wanneer een model een groter aantal variabelen bevat, is er ook een evenredig groter aantal personen nodig om verantwoord conclusies te kunnen trekken uit resultaten van analyses. Hiervoor is het wenselijk om de gegevens van alle tbs-gestelden van Nederland te bundelen.

TOEPASSING VAN DE RICHTLIJNEN BIJ DE ONTWIKKELING VAN EEN NIEUW DIAGNOSTISCH INSTRUMENT

Op het moment dat voor landelijk onderzoek van de tbs met standaarddiagnostiek gestart moest worden, was een wetenschappelijke begeleidingscommissie van oordeel dat de gangbare tests voor veel kenmerken niet bruikbaar zijn binnen de tbs-setting. Dit is de reden dat een nieuw diagnostisch instrument is ontwikkeld. In het Meijers Instituut is de werkwijze van diagnostiek zoals die gevolgd werd, overgezet naar vragenlijsten speciaal voor psychiaters, psychologen, maatschappelijk werkers en sociotherapeuten (groepsleiders). Versie 1 is zomer 1996 in gebruik genomen; versie 2 zomer 1998; zomer 2000 is een derde versie, FP40 (Forensische Profiel Lijsten), gereedgekomen. De FP40 bevat 40 schalen (Brand 1996; Brand e.a. 1998; Brand e.a. 1999; Brand & Van Emmerik in druk). De beschreven richtlijnen voor diagnostiek hebben bij de ontwikkeling van de vragenlijsten een rol gespeeld.

De FP40 gelegd naast de richtlijnen betreffende meerdere informatiedomeinen, risico- én beschermende factoren, statische én dynamische factoren De FP40 omvat ruim 500 items en hiermee worden gegevens verzameld uit al de informatiedomeinen van figuur 1. Na scoring van de vragenlijsten worden 40 schaalscores verkregen. De vragenlijsten bevatten ook schalen voor vaardigheden die als beschermende factoren kunnen dienen, zoals sociale vaardigheden en copingvaardigheden. Een deel van de items betreft historische gegevens die bij herhaalde meting niet opnieuw gescoord hoeven te worden.

De FP40 gelegd naast de richtlijnen over de verklaring van het delict risico en aanknopingspunten voor de behandeling In eerdere rapportages is een verklaringsmodel en behandelingsmodel getoond (Brand e.a. 1998). De FP40-schalen meten diverse factoren en in de nieuwe handleiding staan diverse met de FP40 toetsbare modellen. De

schaalscores maken behandelingsevaluatie en modeltoetsing mogelijk.

De FP40 gelegd naast de richtlijnen over de normeringsgegevens, validiteit en betrouwbaarheid, modeltoetsing, aanvullen gestandaardiseerde diagnostische gegevens met klinische gegevens, standaardisering. De FP40 is vanaf zomer 1996 afgenomen bij 630 tbs-gestelden zodat er een groot normbestand ligt, gebaseerd op Nederlandse tbs-gestelden. De betrouwbaarheid van de schaalscores en diverse vormen van validiteit zijn berekend en laten bemoedigende resultaten zien. De voorspellende validiteit zal de komende jaren moeten blijken. Tijdens de ontwikkeling van de FP40 heeft wekelijks een terugkoppeling plaatsgevonden, in de groep of individueel, waarbij werd aangegeven of een berekend profielpunt afweek van een directe klinische inschatting. Op basis van deze terugkoppeling is vooral tussen de eerste versie (1996) en tweede versie (1998) een uitbreiding geweest met extra items. De verschillen tussen berekende schaalscores in het profiel en het klinische oordeel zijn hierdoor kleiner geworden. Bij individuele adviezen blijven inzicht en oordeel van de clinicus doorslaggevend.

De FP40 lijkt nu een vorm bereikt te hebben dat deze verantwoord gebruikt kan worden voor diagnostiek, onderzoek en modeltoetsing. Variabelen uit diverse modellen zijn opgenomen.

Met de scores uit de FP40 kan de lijst die gemaakt is door het Comité Instrumentarium Forensische Psychiatrie (zie de volgende paragraaf) vrijwel geheel ingevuld worden, zodat samenwerking op landelijk niveau mogelijk is.

Belangrijk om te melden is dat de FP40 resulteert in een profiel en niet in één risicoscore. Dit is omdat professionals ervan uitgaan dat specifieke patronen van persoonsprofielen verschillende invloeden kunnen hebben op het risico voor een delict. Ook is het relatieve gewicht van schalen op een totaalscore nog niet bekend. Het verbeteren van risicotaxatie is een doel voor de langere termijn.

Een uitgebreide beschrijving van de ont-

wikkeling van de FP40-vragenlijsten is te lezen in de handleiding van de FP40 (Brand & Van Emmerik, in druk).

NAAR EEN UNIFORM DIAGNOSTISCH INSTRUMENTARIUM IN DE NEDERLANDSE TBS

De laatste richtlijn, standaardisering van diagnostiek en onderzoek op nationaal niveau, is wenselijk, zeker nu voor de tbs de centrale opname en diagnostiek in het Meijers Instituut is komen te vervallen. De afzonderlijke tbs-klinieken moeten (meer) samen gaan werken op het gebied van diagnostiek en onderzoek. Dit kan de komende jaren ook daadwerkelijk gebeuren: een gevolg van een Interdepartementaal Beleids Onderzoek (IBO-2) dat ertoe geleid heeft dat een Comité Instrumentarium Forensische Psychiatrie (2000) een rapport heeft geschreven met adviezen voor forensische diagnostiek in Nederland.

CONCLUSIES

Een aantal risicotaxatie-instrumenten is beoordeeld aan de hand van een lijst met eisen die gesteld worden door verschillende onderzoekers in de forensische psychiatrie. Allemaal leveren ze voor diagnostiek nuttige informatie op. De bruikbaarheid als risicotaxatie-instrument op individueel niveau is echter nog niet toereikend: verklaarde proporties variantie zijn ongeveer 16%; AUC-waarden (rond 0,72) liggen in beperkte mate boven kansniveau (0,50). Dit resulteert in een bescheiden toename van succes bij voorspelling. Bij patiënten met extreme scores, negatief of positief, komen de voorspellingen vaak uit, maar bij de grote groep patiënten met scores in het middengebied gaat de voorspelling niet veel beter dan op kansniveau. Daar het in de forensische psychiatrie om beslissingen gaat met verstrekkingen gevolgen (ingrijpende en kostbare), is het aan te bevelen om te streven naar voldoening van de verschillende richtlijnen, om te werken aan betere

risicotaxatie-instrumenten en lijkt het nuttig om een breed instrumentarium dan wel meerdere instrumenten naast elkaar te gebruiken.

De noodzaak diagnostiek en onderzoek te vergezellen van behandelactiviteiten wordt genoemd door verschillende onderzoekers (Monahan & Steadman 1994; Hawks 1998). Als men te weten wil komen welke mechanismen werkzaam zijn met betrekking tot delict risico's, dan is het nodig de verschillende mechanismen of specifieke persoonsaspecten te manipuleren (behandelen) en opnieuw te meten. Dit type onderzoek is pril. Zolang geen grootschalige onderzoeken zijn afgerond waarin het relatieve belang van de verschillende factoren is bepaald (minitheories genoemd door Monahan & Steadman) moeten alle factoren gemeten worden. Het meten van de complete set van factoren is bovendien nodig omdat voor verschillende typen delinquenten verschillende typen factoren een rol spelen. Wanneer bij het samenstellen van tests rekening wordt gehouden met de beschreven richtlijnen, dan wordt het mogelijk om met diagnostiek en onderzoek een stap voorwaarts te maken, alsook met theorievorming en voorspelling van delictgedrag. Hopelijk zullen de resultaten die de verschillende beschreven meetinstrumenten opleveren samen leiden tot het breken van de sound barrier (Webster 2000).

LITERATUUR

- Anthony, W.A., & Liberman, R.P. (1995). Principles and practice of Psychiatric Rehabilitation. In R.P. Liberman (red.), *Handbook of psychiatric rehabilitation* (pp. 1-29). Boston/London: Allyn and Bacon.
- Belfrage, H., Fransson, G., & Strand, S. (2000). Prediction of violence using the HCR-20: a prospective study in two maximum-security correctional institutions. *Journal of Forensic Psychiatry*, 11, 167-175.
- Blackburn, R. (1987). Two scales for the assessment of personality disorder in antisocial populations. *Personality and Individual Differences*, 8, 81-93.
- Boer, D.P., Hart, S.D., Kropp, P.R., e.a. (1997). Manual for the Sexual Violence Risk-20. Professional guidelines for assessing risk of sexual violence. Vancouver: British Columbia Institute against Family Violence.
- Boer, D.P., Wilson, R.J., Gauthier, C.M., e.a. (1997). The Sexual Violence Risk-20 (SRV-20). In C.D. Webster & M.A. Jackson (red.), *Impulsivity. Theory, Assessment and Treatment* (pp. 332-333). New York/London: Guilford Press.
- Brand, E. (1996). Het invoeren van werken met de M1-lijsten. Presentatie voor de stafleden van het Meijers Instituut. Utrecht: Meijers Instituut.
- Brand, E., Diks, G., van Emmerik, J., e.a. (1998). Diagnostiek en Onderzoek: De ontwikkeling van een gestructureerd diagnostisch instrumentarium voor klinische en researchdoeleinden in het Dr F.S. Meijers Instituut, de advieskliniek voor de verpleging van ter beschikking gestelden. Utrecht: Meijers Instituut.
- Brand, E., Diks, G., & van Emmerik, J. (1999). Handleiding bij de M1 Rapportage Samenvatting Lijsten versie 2.0. Utrecht: Meijers Instituut.
- Brand, E., & van Emmerik, J. (in druk). *Handboek Forensisch Psychiatrische Profielen. Handleiding FP40*. Den Haag: Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Instellingen.
- Buss, A.H., & Durkee, A. (1957). An inventory for assessing different kinds of hostility. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 343-349.
- Comité Instrumentarium Forensische Psychiatrie (CIFP) (2000). Risicotaxatie in de forensische psychiatrie. De ontwikkeling van een instrument. Den Haag: Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Instellingen.
- Commissie Test Aangelegenheden Nederland (COTAN) (1978). Richtlijnen voor ontwikkeling en gebruik van psychologische tests en studietoetsen. Nederlands Instituut van Psychologen. Assen: Van Gorcum.
- Dernevik, M. (2000, april). Implementing risk assessment procedures in the clinical context: some experiences and some pitfalls. Presentatie op het symposium 'Assessing risk for violent behavior' van de Pompe Stichting, Nijmegen.
- Fritschy, O.B.M. (1994). Classificatie in de geriatrie: illustratie van een multi-axiale benadering. In T.A. van Yperen & R. Giel (red.), *Classificatiesystemen voor psychische stoornissen en gedragsstoornissen* (pp. 113-136). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Gendreau, P., Goggin, C., & Littke, T. (1996). Predicting adult offender recidivism: what works. Public works and government services Canada / Solicitor General Canada.
- Gunn, J. (1995). Dangerousness. In J. Gunn & P.J. Taylor (red.), *Forensic Psychiatry. Clinical, Legal and Ethical Issues*. Oxford: Butterworth-Heinemann Ltd.
- Haas, O. de (1993). Verpleging en behandelingsbeleid van de Dr. S. van

- Mesdag Kliniek. Verslag van presentatie en discussie op de kliniekstaf van 22 juni 1993, Groningen.
- Hare, R.D. (1991). *The Revised Psychopathy Checklist*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Harris, G.T., Rice, M.E., & Quinsey, V.L. (1993). Violent recidivism of mentally disordered offenders. The development of a statistical prediction instrument. *Criminal Justice and Behavior*, 20, 315-335.
- Hart, S.D. (2000, april). Violence risk assessment in Canada: a summary of recent research using the HCR-20. Presentation at symposium 'Assessing risk for violent behavior' van de Van de Hoeven Stichting, Nijmegen.
- Harte, J.M., de Ruiter, C., de Vogel, V., e.a. (1999). *Testgebruik in de forensische psychiatrie: een inventarisatie*. Utrecht: Pieter Baan Centrum, Van der Hoeven Kliniek, Meijers Instituut.
- Hawks, R.D. (1998). Practical guidelines for the assessment, management and communication of risk: a theoretical model. *American Journal of Forensic Psychology*, 16, 3-24.
- Kropp, P.R., & Hart, S.D. (1997). The Spousal Assault Risk Assessment Guide (SARA) Coding Form. In C.D. Webster & M.A. Jackson (red.), *Impulsivity, Theory, Assessment and Treatment* (pp. 324-325). New York/London: Guilford Press.
- Lange, A., Hoogendoorn, M., Wiederspahn, A., e.a. (1995). BDHI-Dutch. Buss-Durkee Hostility Inventory. Handleiding, verantwoording en normering van de Nederlandse Buss-Durkee Aggressievragenlijst. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Menzies, R.J. (1997). A sociological perspective on impulsivity: some cautionary comments on the genesis of a clinical construct. In C.D. Webster & M.A. Jackson (red.), *Impulsivity. Theory, Assessment and Treatment* (pp. 42-62). New York/London: Guilford Press.
- Monahan, J., & Steadman, H.J. (red.) (1994). *Violence and Mental Disorders: developments in risk assessment*. Chicago/London: The University of Chicago Press.
- Nedopil, N. (1998, juli). Prediction of Violent Relapse in Personality Disordered Forensic Patients. Paper presented at the XXIIth International Congress on Law and Mental Health of the International Academy of Law and Mental Health (IALMH), Parijs.
- Novaco, R.W. (1994). Anger as a risk factor for violence among the mentally disordered. In J. Monahan & H.J. Steadman (red.), *Violence and Mental Disorder* (pp. 21-59). Chicago/London: University of Chicago Press.
- Philipse, M., de Ruiter, C., Hildebrand, M., e.a. (2000). HCR-20. Beoordelen van het risico van gewelddadig gedrag. (Nederlandse vertaling/Handleiding). Enschede: FEBO druk.
- Quinsey, V.L., Harris, G.T., Rice, M.E., e.a. (1998). *Violent Offenders: appraising and managing risk*. Washington: American Psychological Association.
- Reed, V., Woods, Ph., & van Erven, T. (1997). *Behavioural Status Index Nederlandse versie (BSI-D)*, werkboek voor de assessment van relevante gedragingen door behandelgebonden medewerkers. Eindhoven: ggz Eindhoven.
- Salekin, R.T., Rogers, R., & Sewell, K.W. (1996). A Review and Meta-Analysis of the Psychopathy Checklist and Psychopathy Checklist-Revised: Predictive Validity of Dangerousness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 203-215.
- Verhagen, M.F.M. (1990). *Factoren van gedrag van terbeschikkinggestelden die als voorspellers gebruikt worden bij verlengingsadviezen*. Nijmegen: Pompe Kliniek.
- Verhagen, T., & Philipse, M. (1992). *Recidiveschattingen onderbouwd. Verslag van deel I van het onderzoek delictgevaarlijkheid*. Nijmegen: Pompe kliniek.
- Verhagen, T., & Philipse, M. (1995). Het voorspellen van het risico van delicttherhaling. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 37, 537-552.
- Webster, C.D. (1997). Impulsivity Checklist. 20 items, Appendix. In C.D. Webster & M.A. Jackson (red.), *Impulsivity. Theory, Assessment, and Treatment* (p. 31). New York/London: Guilford Press.
- Webster, C.D. (2000). Structure for understanding: recent advances in risk assessment and risk management. Presentation at symposium 'Assessing risk for violent behavior' van de Pompe Stichting, Nijmegen.
- Webster, C.D., Douglas, K.S., Eaves, D., e.a. (1997). *Assessing risk for violence (version 2)*. Vancouver: Mental Health, Law & Policy Institute, Simon Fraser University.
- Webster, C.D., Douglas, K.S., Eaves, D., e.a. (1997). Assessing risk of violence to others. In C.D. Webster & M.A. Jackson (red.), (1997), *Impulsivity. Theory, Assessment and Treatment* (pp. 251-277). New York/London: Guilford Press.
- Webster, C.D., Eaves, D., Douglas, K.S., e.a. (1995). *The HCR-20 scheme: The Assessment of dangerousness and risk*. Vancouver: Simon Fraser University and Forensic Psychiatric Services Commission of British Columbia.
- Webster, C.D., Harris, G.T., Rice, M.E., e.a. (1997). Benoemen van ontwikkelen van de vps (Violence Prediction Scheme). In C.D. Webster & M.A. Jackson (red.), *Impulsivity. Theory, Assessment, and Treatment* (pp. 251-277). New York/London: Guilford Press.
- Webster, C.D., & Jackson, M.A. (red.) (1997). *Impulsivity. Theory, Assessment and Treatment*. New York/London: Guilford Press.
- Werkgroep Afstemming Registratie Gegevens (WARG) (1992).

Eindrapport WARG, Basis Patiënt Gegevens forensisch psychiatrisch circuit. Meijers Instituut, Van der Hoeven Kliniek, Oldenkotte, Pompe Kliniek, Veldzicht, Van Mesdag Kliniek, Hoeve Boschoord, Ministerie van Justitie, Grote Beek, Licht en Kracht.

Wijk, A.Ph. van, Doreleijers, Th.A.H., & Bullens, R.A.R. (1999). Criminologie: naar een interdisciplinaire benadering van criminaliteit. Een verkenning van jeugdige zedendelinquenten. In G. Bruinsma, H. van den Bunt & G. Rovers (red.), *Congresbundel van congres van de Nederlandse Vereniging van Kriminologen 'Vooruitzichten in de criminologie' (159-177)*, Nederlandse Vereniging van Kriminologen.

AUTEURS

E.F.J.M. BRAND en G.J.M. DIKS zijn beiden psycholoog en waren beiden werkzaam als researchpsycholoog in het Dr. F.S. Meijers Instituut (tegenwoordig Mijerskliniek) te Utrecht, de advieskliniek voor de verpleging van terbeschikkinggestelden.

Correspondentieadres: dr. E. Brand, Hoofdkantoor Dienst Justitiële Inrichtingen, Concernstaf Uitvoerings Beleid, afdeling Informatieanalyse en Documentatie, Postbus 30132, 2500 GC Den Haag.

E-mail: EBRAND@BEST-DEP.MINJUS.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 15-11-2000.

SUMMARY

Guidelines for risk assessment in forensic psychiatric diagnostics: theory and practice – E.F.J.M. Brand, G.J.M. Diks –

BACKGROUND Forensic risk assessment is a hard task that has to be done a great number of times each year.

AIM To recommend which (set of) instruments can be used in forensic assessment.

METHOD First, guidelines for forensic assessment and risk assessment are presented. The guidelines are based on guidelines that are presented in the literature for forensic assessment and risk assessment from 1990. With the given guidelines four diagnostic instruments which are aimed to predict violent behavior are evaluated: the Behavioral Status Index-Dutch version (BSI-D), the Patient Characteristics Questionnaire (PCQ, VD in Dutch), the Historical Clinical Riskmanagement-20 (HCR-20) and the Psychopathy Check List-Revised (PCL-R).

RESULTS The given guidelines in mind, a new set of questionnaires for the forensic field has been developed: the Forensic Profile Lists (FP40).

CONCLUSION The most important guidelines are followed when using a combination of instruments. When all guidelines are used, it can lead to a better understanding of risk and better assessment.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 43 (2001) 10, 693-704]

KEYWORDS diagnosis, forensic psychiatry, test instruments