

# Recidive bij volwassen mannelijke geweldplegers met een psychische aandoening

Masterprogramma:  
Klinische en Gezondheidspsychologie 2009

S. van Kuik (0413143)  
G.M. van Kinderen (3054810)

Begeleiding vanuit de Universiteit Utrecht:  
Dr. E.R. Bossema

Begeleiding vanuit De Waag:  
Dr. J.E. van Horn



De WAAG - *Centrum voor ambulante  
forensische psychiatrie*



<b>Inhoudsopgave</b>	<b>Pag.</b>
Abstract	4
Samenvatting	5
Inleiding	6
<i>Criminele voorgeschiedenis van recidivisten</i>	7
<i>Psychische aandoeningen en geweldpleging</i>	7
<i>Psychische aandoeningen in verband met recidive</i>	7
<i>Risicotaxatie-instrument ‘ de WaagSchaal’</i>	8
<i>Dit onderzoek</i>	9
Methode	10
<i>Instelling</i>	10
<i>Onderzoeksgroep</i>	10
<i>Instrument</i>	11
<i>Data-analyse</i>	12
<i>Statistische analyse</i>	15
Resultaten	16
Discussie	21
<i>Sterke en zwakke punten van dit onderzoek</i>	24
<i>Conclusie</i>	25
Referentielijst	27
Bijlage 1: Codeerblad WaagSchaal-Volwassenen	30
Bijlage 2: Afspraken HKS en JDS gegevens	36
Bijlage 3: Voorwaarden voor de ANOVA en MANOVA bij vraagstelling 2	39
Bijlage 4: Voorwaarden voor de ANOVA bij vraagstelling 3	41

## Abstract

Criminality is a societal problem of all times. Getting insight in and predicting the factors influencing criminality and recidivism of criminality might contribute in the reduction of these problems. The purpose of this study was to examine if a psychological disorder is a risk factor for recidivism with violence. A group of 173 adult male violence offenders were divided into three subgroups: 40 males without an Axis I or Axis II disorder, 81 males with an Axis I or Axis II disorder and 52 males with an Axis I and Axis II disorder. These subgroups were compared on their criminal history, recidivism risk as evaluated with the risk assessment instrument WaagSchaal-Volwassenen, actual recidivism and rate of recidivism. The results show that of Axis I disorders mainly substance-related disorders are present among male violence offenders, and less frequently also impulse-control disorders not otherwise specified and intermittent explosive disorders. Axis II disorders and traits are less frequent in this group; those in cluster B and cluster C are most often present. The clinical judgement concerning the criminal history is more negative for the group with an Axis I and Axis II disorder than for the group with an Axis I or Axis II disorder ( $p = .008$ ) and the group without an Axis I or Axis II disorder ( $p = .005$ ). This clinical judgement is also more negative for the group with an Axis I or Axis II disorder than for the group without an Axis I or Axis II disorder ( $p < .001$ ). This is mainly due to the items 'Young age at first expression of antisocial behaviour' and 'Not officially registered offences/misbehaviour'. Also the recidivism risk of general offences was estimated higher for the group with an Axis I and Axis II disorder than for the group with an Axis I or Axis II disorder ( $p = .005$ ). The recidivism risk of general offences as well as violence offences was estimated higher for the group with an Axis I and/or Axis II disorder than for the group without an Axis I or Axis II disorder ( $p$ 's  $\leq .038$ ). The recidivism risk of domestic violence offences was estimated higher for the group with an Axis I and Axis II disorder than for the group without an Axis I and Axis II disorder ( $p = .003$ ). Although the two groups with an Axis I and/or Axis II disorder appear to repeat the offence at a faster rate and more frequently than the group without an Axis I or Axis II disorder, the actual recidivism rates are not significantly different between the three groups, except for recidivism with a general offence based on documents of the police: the groups with an Axis I and/or Axis II disorder turned out to repeat the offence more often than the group without an Axis I or Axis II disorder (both  $p$ 's = .01). The conclusion of this study is that a psychological disorder is a risk factor for recidivism by adult male violence offenders. These results indicate that in the treatment of these people more attention might be paid to the psychological disorder, which may finally lead to a reduction of recidivism.

Keywords: psychological disorder, Axis I disorder, Axis II disorder, recidivism, violence offenders

## Samenvatting

Criminaliteit is een maatschappelijk probleem dat van alle tijden is. Het inzicht krijgen in en het kunnen voorspellen van de factoren die meespelen bij criminaliteit en bij recidive van criminaliteit kan helpen in het verminderen ervan. Het doel van dit onderzoek was om te onderzoeken of het hebben van een psychische aandoening een risicofactor is voor recidive met geweldpleging. Een groep van 173 volwassen mannelijke geweldplegers werd onderverdeeld in drie subgroepen: 40 mannen zonder een As I of As II stoornis, 81 mannen met een As I of As II stoornis en 52 mannen met een As I en As II stoornis. Deze subgroepen werden vergeleken op criminele voorgeschiedenis, recidiverisico zoals beoordeeld met het risicotaxatie-instrument de WaagSchaal-Volwassenen, werkelijke recidive en recidivesnelheid. Uit de resultaten bleek dat van de As I stoornissen voornamelijk aan een middel gebonden stoornissen en in mindere mate ook stoornissen in de impulsbeheersing niet anderszins omschreven en periodieke explosieve stoornissen voorkomen bij deze groep geweldplegers. As II persoonlijkheidsstoornissen komen relatief weinig voor in deze groep; die in cluster B en cluster C zijn het meest voorkomend. Het klinische oordeel betreffende de criminele voorgeschiedenis is negatiever voor de groep met een As I en As II stoornis dan voor de groep met een As I of As II stoornis ( $p = .008$ ) en de groep zonder een As I of As II stoornis ( $p = .005$ ). Dit klinische oordeel blijkt tevens negatiever voor de groep met een As I of As II stoornis dan voor de groep zonder een As I of As II stoornis ( $p < .001$ ). Dit komt voornamelijk door de items 'Jonge leeftijd bij eerste uiting van antisociaal gedrag' en 'Niet officieel geregistreerde delicten/wangedragingen'. Tevens werd het recidiverisico van algemene delicten voor de groep met een As I en As II stoornis hoger ingeschat dan voor de groep met een As I of As II stoornis ( $p = .005$ ). Ook werd het recidiverisico van zowel algemene delicten als geweldsdelicten hoger ingeschat voor de groep met een As I en/of As II stoornis dan voor de groep zonder een As I of As II stoornis ( $p$ 's  $\leq .038$ ). Het recidiverisico van huiselijk geweldsdelicten werd hoger ingeschat voor de groep met een As I en As II stoornis dan voor de groep zonder een As I en As II stoornis. Hoewel de twee groepen met een As I en/of As II stoornis sneller en procentueel meer lijken te recidiveren dan de groep zonder een As I of As II stoornis, verschillen de werkelijke recidivecijfers niet significant tussen de drie groepen, behalve wat betreft recidive met een algemeen delict op basis van de politiegegevens: de groepen met een As I en/of As II stoornis bleken veel vaker te recidiveren dan de groep zonder een As I of As II stoornis (beide  $p$ 's = .01). Geconcludeerd wordt dat het hebben van een psychische aandoening een risicofactor is voor recidive met een algemeen delict bij volwassen mannelijke geweldplegers in deze studie. Deze resultaten geven aan dat in de behandeling van deze mensen wellicht meer nadruk kan komen te liggen op behandeling van de psychische aandoening om zo tot een daling van recidive te komen.

Zoektermen: psychische aandoening, As I stoornis, As II stoornis, recidive, geweldplegers

## Inleiding

“Omme de tuchtelinghe recht te mogen doen ende de ondeucht voor  
toekomende te mogen verhinderen, dient wel bedacht,  
wat oorsaecken hem daer toe hebben gebracht.”

Dr. Sebastiaan Egbertszoon, arts en hoogleraar, oprichter eerste Amsterdamse Tuchtuis, juli 1589  
(Egbertszoon in Vogelvang, Van Burik, Van der Knaap & Wartna, 2003)

Criminaliteit is een maatschappelijk probleem dat van alle tijden is. In 2008 gaf één op de vier Nederlanders aan in de voorgaande twaalf maanden slachtoffer te zijn geweest van criminaliteit (onder andere geweldsdelicten, vermogensdelicten en vandalisme). Tevens voelde een kwart van de bevolking zich eind 2008 wel eens onveilig in het algemeen en ruim één op de zes inwoners voelden zich wel eens onveilig in de eigen buurt (Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), 2009).

Criminelen worden gelukkig ook vaak opgespoord en vastgezet. In 2007 zaten er 77.548 gedetineerden voor kortere of langere tijd in een justitiële inrichting vast (Dienst Justitiële Inrichtingen, 2007), met name voor geweldsdelicten. In 2005 verbleef zo'n 40% van veroordeelde mannen in de gevangenis voor geweldsdelicten (CBS, 2006a). Een aanzienlijk deel van de delicten wordt gepleegd door mensen die terugvallen in delictgedrag (recidivisten). Uit gegevens van het CBS blijkt dat 45% van de volwassen daders uit 1997 binnen acht jaar opnieuw met justitie in contact was gekomen. Voor recidive met ernstige delicten (misdrijven met een wettelijke strafdreiging van vier jaar of meer) en minder ernstige delicten (misdrijven met een lagere strafdreiging waarvoor voorlopige hechtenis kan worden opgelegd) was dit 26%. Voor zeer ernstige recidive (misdrijven met een wettelijke strafdreiging van acht jaar of meer) was dit 7% (CBS, 2006b). Overigens moet hierbij vermeld worden dat deze cijfers waarschijnlijk hoger zijn bij jeugddelinquenten omdat de kans op recidive groter is als men jonger is (CBS, 2006b).

In tegenstelling tot hierboven genoemd onderzoek van het CBS (2006b) is er uit onderzoek van Wartna, Tollenaar en Essers (2005) een nog hoger percentage van recidive gevonden bij criminelen. Minister Hirsch Ballin en staatssecretaris Albayrak van Justitie meldden in 2008 dat dit hoge percentage onaanvaardbaar is en nog in hun kabinetsperiode moet dalen met tenminste 10%. Om dit te bereiken zal de nadruk worden gelegd op nazorg. Criminele levenspatronen zullen doorbroken moeten worden door een persoonsgerichte aanpak van recidivisten om zo gedragsverandering teweeg te brengen. In plaats van korte onvoorwaardelijke gevangenisstraffen zal een proeftijd van een voorwaardelijke gevangenisstraf hiervoor gelegenheid moeten bieden (Ministerie van Justitie, 2008).

### *Criminele voorgeschiedenis van recidivisten*

Recidiverende criminelen hebben meestal een lange voorgeschiedenis van gepleegde delicten. Wanneer een persoon een langere criminele voorgeschiedenis heeft, is er een grotere kans op recidive (Nieuwbeerta & Blokland, 2006; Canton, 2004). Daarnaast hebben geweldplegers met een psychische aandoening een ernstigere criminele voorgeschiedenis dan geweldplegers zonder een psychische aandoening (Vogelvang et al., 2003). Ook een leeftijd lager dan 26 jaar en het niet beschikken over een woning blijken voorspellend voor ernstige recidive (Canton, 2004). Het hebben van een jonge leeftijd bij het plegen van het eerste strafbare feit is bovendien een voorspeller van recidive is (Xiaoja, Donnellan & Wenk, 2003; Eisenberg & Roks, 2007).

### *Psychische aandoeningen en geweldpleging*

Veel criminelen blijken een psychische aandoening (As I en/of As II stoornissen) te hebben. Uit onderzoek dat de samenhang tussen psychische aandoeningen en onder andere gewelddadig gedrag bij (seksuele) geweldplegers onderzocht, blijkt dat bij 96% van de onderzochte geweldplegers tenminste één As I stoornis aanwezig is, voornamelijk een gedragsstoornis, ADHD, een psychotische stoornis, een stemmingsstoornis of middelengebruik/misbruik (Soderstrom, Sjodin, Carlstedt & Frosmann, 2003).

Behalve diverse As I stoornissen zijn As II stoornissen (persoonlijkheidsstoornissen) veel voorkomende aandoeningen in de forensisch psychiatrische populatie, vooral cluster B (de antisociale, borderline, theatrale en narcistische persoonlijkheidsstoornis). Soderstrom et al. (2003) vonden in hun onderzoek dat 67% tenminste één persoonlijkheidsstoornis heeft, waarvan 54% in cluster B. In de studie van Huchzermeier, Bruß, Godt en Aldenhoff (2005) heeft maar liefst 58% tenminste één persoonlijkheidsstoornis, waarvan 40% in cluster B, waarbij een antisociale persoonlijkheidsstoornis de meest voorkomende is. Ook Hiscoke, Langström, Ottosson en Grann (2003) melden dat voornamelijk cluster B persoonlijkheidsstoornissen veel voorkomen. Black et al. (2007) constateren dat van de gevangenen 30% een borderline persoonlijkheidsstoornis heeft. Een borderline persoonlijkheidsstoornis is tevens sterk geassocieerd met gewelddadig gedrag (Hiscoke et al., 2003). Dat narcisme gerelateerd is aan agressie in de forensisch psychiatrische populatie blijkt uit onderzoek van Reidy, Zeichner, Foster en Martinez (2008). Zij vonden dat met name 'het gevoel ergens recht op te hebben' en 'uitbuiting' kenmerken van narcisme zijn die agressie voorspellen.

### *Psychische aandoeningen in verband met recidive*

Uit het voorafgaande wordt duidelijk dat psychische aandoeningen veel voorkomen onder criminelen. Vogelvang et al. (2003) stellen dat het hebben van een psychische aandoening tevens een risicofactor is voor recidive. Zo blijken er enkele As I stoornissen samen te hangen met recidive, waaronder een gedragsstoornis (Soderstrom et al., 2003). Uit de studie van Vermeiren, Schwab-Stone, Ruchkin, De Chippele en Deboutte (2002) komt verder naar voren dat een zeer hoog percentage, namelijk 91%, van

de recidivisten tenminste één As I stoornis, voornamelijk een gedragsstoornis, heeft ten opzichte van 55% van de niet-recidivisten.

Hiscoke et al. (2003) onderzochten de samenhang tussen persoonlijkheidsstoornissen (As II) en recidive. Uit deze studie komt naar voren dat een antisociale persoonlijkheidsstoornis de algemene recidivekans 4.8 keer verhoogt en het risico op geweldsrecidive 3.7 keer. Tevens zorgen schizoïde persoonlijkheidstrekken voor een 2.5 keer hogere kans op geweldsrecidive. Het risico op algemene recidive is hierbij echter slechts 0.8. Ook een theatrale persoonlijkheidsstoornis verhoogt de kans op algemene recidive met 2.1 keer en op geweldsrecidive met 2.7 keer (Hiscoke et al., 2003).

#### *Risicotaxatie-instrument 'de WaagSchaal'*

Het is van belang om te kunnen inschatten of een geweldpleger die in behandeling is geweest zal recidiveren. Risicotaxatie is een manier om de problematiek, waaronder psychische aandoeningen, van een cliënt in kaart te brengen en om zo een inschatting te kunnen maken van het recidiverisico.

De ingeschatte recidivekans door een clinicus op een niet gestructureerde wijze is niet betrouwbaar gebleken (Canton, Van der Veer, Van Panhuis, Verheul & Van den Brink, 2004). Daarom zijn er risicotaxatie-instrumenten ontwikkeld bestaande uit risicofactoren waarvan uit onderzoek is gebleken dat ze met recidive samenhangen. Deze instrumenten hebben sinds hun eerste versies ruim baan gewonnen door de betrouwbare inschatting die het kan maken met betrekking tot het voorspellen van recidiverend gewelddadig gedrag (Oppedijk, 2003).

Om risicotaxatie-instrumenten in Nederland bruikbaar te maken, zijn enkele Amerikaanse risicotaxatie-instrumenten in het Nederlands vertaald. Dit wil echter niet zeggen dat het instrument ook valide is in een Nederlandse forensisch psychiatrische populatie (Van Horn, Bos & Wilpert, 2007). En hoewel er voor de intramurale forensisch psychiatrische zorg in Nederland enkele buitenlandse risicotaxatie-instrumenten in gebruik zijn genomen, is er weinig aandacht besteed aan het valideren van deze instrumenten voor de ambulante zorg. Deze blijken namelijk onvoldoende aan te sluiten bij de situatie waarin cliënten in de maatschappij leven (Van Horn, Scholing & Mulder, 2005).

Het gebrek aan een valide en betrouwbaar risicotaxatie-instrument voor de ambulante forensische zorg heeft recentelijk geleid tot het ontwikkelen van de WaagSchaal-Volwassenen (Van Horn, Wilpert, Scholing & Mulder, 2008). Dit risicotaxatie-instrument is ontwikkeld in De Waag, centrum voor ambulante forensische psychiatrie en onderdeel van de Van der Hoeven Stichting te Utrecht. Het instrument bevat (delen van) bestaande risicotaxatie-instrumenten en is aangevuld met, voor ambulante cliënten, relevante risicofactoren. Statische (door interventie onveranderbare) en dynamische (door interventie veranderbare) risicofactoren komen terug in de WaagSchaal in verschillende domeinen. Zo wordt er aandacht besteedt aan delictgeschiedenis, opleiding/werk, financiën, woonomgeving, gezin/partner, sociaal netwerk, vrije tijd, middelenmisbruik, emotionele/persoonlijke kenmerken en houding.



### *Dit onderzoek*

In dit onderzoek is nagegaan of het hebben van een psychische aandoening een risicofactor is voor recidive met geweldpleging door volwassen mannen. Hierbij is gekeken naar de psychische aandoeningen die aanwezig zijn bij de forensisch psychiatrische populatie, waarbij onderscheid gemaakt is tussen As I en As II stoornissen (en trekken) volgens de DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000). Verder is rekening gehouden met de voorgeschiedenis van de onderzoeksgroep en het ingeschatte recidiverisico zoals beoordeeld met de WaagSchaal. De volgende vier vraagstellingen zullen worden behandeld:

#### *Welke psychische aandoeningen komen voor bij volwassen mannelijke geweldplegers?*

Verwacht wordt dat er As I stoornissen worden gevonden, voornamelijk gedragsstoornissen, ADHD, psychotische stoornissen, stemmingsstoornissen en middelengebruik/misbruik (Soderstrom et al., 2003). Verder is te verwachten dat er ook As II stoornissen aanwezig zijn, voornamelijk in cluster B, dus de antisociale, borderline, theatrale en narcistische persoonlijkheidsstoornissen (Hiscoke et al., 2003; Soderstrom et al., 2003; Huchzermeier et al., 2005; Black et al., 2007; Reidy et al., 2008).

#### *Is er tussen volwassen mannelijke geweldplegers met versus zonder psychische aandoening volgens de DSM-IV-TR een verschil in criminele voorgeschiedenis zoals beoordeeld met de WaagSchaal?*

Verwacht wordt dat geweldplegers met een psychische aandoening een ernstigere criminele voorgeschiedenis hebben dan geweldplegers zonder een psychische aandoening (Vogelvang et al., 2003).

#### *Is er tussen volwassen mannelijke geweldplegers met versus zonder psychische aandoening volgens de DSM-IV-TR een verschil in het recidiverisico zoals beoordeeld met de WaagSchaal?*

Verwacht wordt dat geweldplegers met een psychische aandoening een hogere recidiverisicoscore op de WaagSchaal hebben dan geweldplegers zonder een psychische aandoening. Wanneer uit de WaagSchaal naar voren komt dat een persoon een As I of As II stoornis heeft die ten grondslag ligt aan het plegen van een delict, zal er namelijk onbevredigend gescoord worden op het betreffende domein (Van Horn et al., 2008).

#### *Is er tussen volwassen mannelijke geweldplegers met versus zonder psychische aandoening volgens de DSM-IV-TR een verschil in werkelijke recidive en de snelheid van recidiveren?*

Verwacht wordt dat de groep geweldplegers met een psychische aandoening vaker recidiveert dan de groep zonder psychische aandoening. In eerdere onderzoeken blijken namelijk zowel As I stoornissen, met name gedragsstoornissen (Vermeiren et al., 2002; Soderstrom et al., 2003), als As II stoornissen, zoals de antisociale, schizoïde en theatrale persoonlijkheidsstoornis (Hiscoke et al., 2003), geassocieerd te zijn met (gewelddadige) recidive.

## Methode

Dit onderzoek is uitgevoerd bij De Waag, centrum voor ambulante forensische psychiatrie, onderdeel van de Van der Hoeven Stichting te Utrecht. Het onderzoek maakt deel uit van een grootschalig onderzoek naar de psychometrische kwaliteiten van de WaagSchaal-Volwassenen (Van Horn et al., 2008).

### *Instelling*

De Waag biedt verschillende soorten poliklinische behandelingen voor onder andere geweldplegers die veroordeeld zijn of in ieder geval delictwaardig wangedrag hebben vertoond, zowel individueel als in groepsverband. Behandeling bij De Waag is mogelijk voor zowel mannen als vrouwen en voor zowel volwassenen als kinderen vanaf twaalf jaar. Behandeling is voornamelijk gericht op het voorkomen dan wel verminderen van recidive. Het behandelingsaanbod is gericht op mensen die door hun grensoverschrijdend gedrag met politie of justitie in aanraking zijn gekomen. Gedacht kan hierbij worden aan een verplichte behandeling, opgelegd binnen een justitieel kader. Maar behandeling wordt ook aangeboden in een vrijwillig kader, ook als er geen aanraking met politie of justitie is geweest.

### *Onderzoeksgroep*

De onderzoeksgroep bestaat uit 174 volwassen mannelijke geweldplegers die tussen 2000 en 2002 aangemeld werden voor behandeling bij De Waag. Het betrof mannen die veroordeeld waren of in ieder geval delictwaardig wangedrag hadden vertoond. Van deze 174 geweldplegers is één geweldpleger buiten de analyse gelaten aangezien enkel extreme scores aanwezig waren op de risicotaxatie. De gemiddelde leeftijd van de overgebleven 173 mannen bij aanmelding was 33.3 jaar ( $SD = 10.3$ ). Op basis van dossiergegevens is retrospectief een risicotaxatie uitgevoerd. Van de risicotaxaties zijn er 14 door de twee auteurs van dit verslag uitgevoerd en 160 door andere masterstudenten. In Tabel 1 staat een beschrijving van de onderzoeksgroep.

Tabel 1

*Sociaaldemografische kenmerken, criminele achtergrond en behandelingsgerelateerde kenmerken van de onderzoeksgroep van volwassen mannelijke geweldplegers (N = 173).*

Sociaaldemografische kenmerken	N	%
<i>Psychische aandoening</i>		
Geen As I of As II stoornis	40	23.1
As I of As II stoornis	81	46.8
As I en As II stoornis	52	30.1
<i>Etniciteit</i>		
Autochtoon	129	74.6
Allochtoon	42	24.3
Onbekend	2	1.2

Tabel 1 (vervolg)

Sociaaldemografische kenmerken	N	%
<i>Hoogst afgeronde opleiding</i>		
Basisonderwijs	61	35.3
Voortgezet onderwijs	73	42.2
Vervolgopleiding	13	7.5
Anders	1	0.6
Onbekend	25	14.5
<i>Criminele achtergrond</i>		
<i>Delictvoorgeschiedenis*</i>		
Huiselijk geweldsdelict	50	28.9
Algemeen geweldsdelict	60	34.7
Algemeen delict	114	65.9
<i>Indexdelict*</i>		
Huiselijk geweldsdelict	120	69.4
Algemeen geweldsdelict	58	33.5
Algemeen delict	166	96.0
Geen delict	7	4.0
<i>Behandelingsgerelateerde factoren</i>		
<i>Verwijzer</i>		
Reclassering	84	48.6
GGZ	27	15.6
Politie	32	18.5
Huisarts	6	3.5
Maatschappelijk werk	6	3.5
Overig	5	2.9
Vrijwillige aanmelding	12	6.9
Onbekend	1	0.6
<i>Behandelingskader</i>		
Verplicht	67	38.7
In afwachting van zitting	23	13.3
Vrijwillig	83	48
<i>Type behandeling</i>		
Individueel	91	52.6
Agressiegroep	9	5.2
Partner-relatietherapie	17	9.8
Individueel en agressiegroep	14	8.1
Individueel en partner-relatietherapie	10	5.8
Training veilig huis (training voor huiselijk geweldplegers)	6	3.5
Groepstherapie relationeel geweld	5	2.9
Anders	21	12.1
<i>Reden beëindiging behandeling</i>		
Eenzijdig cliënt	49	28.3
Eenzijdig hulpverlener	18	10.4
Wederzijdse beëindiging	94	54.3
Doorverwezen/elders opgenomen	6	3.5
Beëindiging juridische maatregel	2	1.2
Anders	4	2.3

\* Percentages tellen niet op tot 100% omdat één geweldpleger meerdere (index)delicten kan hebben gepleegd.

### *Instrument*

De risicotaxaties werden uitgevoerd met behulp van de WaagSchaal-Volwassenen (Van Horn et al., 2008; Bijlage 1 voor codeerblad). De WaagSchaal-Volwassenen is een risicotaxatie-instrument

waarmee het recidiverisico wordt ingeschat bij volwassen delinquenten. De WaagSchaal-Volwassenen is opgebouwd uit een aantal in de Nederlandse forensische setting gevalideerde instrumenten welke het meest gebruikt worden in Nederland, waaronder de Historical Clinical Risk management-20 (HCR-20; Webster, Douglas, Eaves & Heart, 1997; Nederlandse vertaling en bewerking van Philipse, De Ruiter, Hildebrand & Bouman, 2000) en de Sexual Violence Risk-20 (SVR-20; Boer, Hart, Kropp & Webster, 1995; Nederlandse vertaling en bewerking van Hildebrand, De Ruiter & Van Beek, 2001).

Naast deze instrumenten is de WaagSchaal daar waar relevant aangevuld met risicofactoren uit enkele andere risicotaxatie-instrumenten, waaronder de The Level of Service Inventory – Revised (LSR-r; Andrews & Bonta, 2000; Nederlandse vertaling en bewerking van Lammers & Philipse, 2003), de Static-99 (Phenix, Hanson & Thornton, 1999; Nederlandse vertaling en bewerking van Van Beek, De Doncker & De Ruiter, 2001) en de Sex Offender Need Assessment Rating (SONAR; Hanson & Harris, 2001). Om het risicotaxatieproces vollediger te maken, zijn tot slot de beschermende factoren uit de Structured Assessment of PROtective Factors for violence risk (SAPROF; De Vogel, De Ruiter, Bouwman, & De Vries Robbé, 2007) opgenomen in de WaagSchaal.

De WaagSchaal bestaat uit 105 items verdeeld over 13 domeinen: 1. Eerdere en huidige delicten (9 items), 2. Opleiding/Werk (11 items), 3. Financiën (3 items), 4. Woonomgeving (3 items), 5. Gezin/Partner (6 items), 6. Sociaal netwerk (5 items), 7. Vrije tijd (3 items), 8. Middelen (9 items), 9. Emotioneel/Persoonlijk (12 items), 10. Houding (3 items), 11. Risicomanagement (9 items), 12. Seksuele problematiek (15 items) en 13. Protectieve factoren (17 items).

De items worden op verschillende wijze gescoord. De meeste items worden gescoord op een 3-puntsschaal waarbij ‘0’ de laagste score en ‘2’ de hoogste is. Een gedeelte van de items kan worden beantwoord met ‘Ja’ of ‘Nee’. Bij gebrek aan informatie is er de mogelijkheid een ‘?’ te scoren.

Alle domeinen sluiten af met een ‘algemeen klinisch oordeel’. Dit oordeel is een inschatting van het algemeen functioneren van de cliënt op het desbetreffende domein en wordt gevormd op basis van de scores op het domein en de klinische blik van de beoordelaar. Het oordeel wordt gegeven op een 6-puntsschaal van ‘0’ tot ‘5’. Bij een score van ‘0’, ‘1’ en ‘2’ wordt het domein niet als probleem gezien en bij een score van ‘3’, ‘4’ en ‘5’ wordt het domein wel als probleem gezien.

Aan het eind van de risicotaxatie wordt een overzicht gemaakt van de probleemgebieden en risicofactoren. Er wordt geschat of de domeinen die als probleemgebied gescoord zijn, samenhangen met het delictgedrag. Hangt dit samen met het delictgedrag, dan wordt het domein gezien als een risico voor recidive. Tot slot wordt per delicttype een klinisch oordeel gegeven van het recidiverisico. Dit gebeurt op een 5-puntsschaal met als antwoordmogelijkheden ‘laag’, ‘matig-laag’, ‘matig’, ‘matig-hoog’ en ‘hoog’.

#### *Data-analyse*

Voor de beantwoording van de onderzoeksvragen is gebruik gemaakt van delen van de domeinen 8 (‘Middelen’), 9 (‘Emotioneel/Persoonlijk’) en 12 (‘Seksuele problematiek’) van de WaagSchaal-

Volwassenen om respectievelijk de aan een middel gebonden stoornissen, de overige As I en As II stoornissen en de seksuele stoornissen te achterhalen. De diagnose die is genoteerd betreft een diagnose die is gesteld door de behandelaar.

Voor de beantwoording van de eerste vraagstelling is er een categorisering gemaakt van psychische aandoeningen aan de hand van aanwezige stoornissen in de onderzoeksgroep en de DSM-IV-TR. De zes gevormde categorieën voor As I stoornissen zijn: ‘Angststoornis’, ‘Stemmingsstoornis’, ‘Stoornis in de impulsbeheersing Niet Anderszins Omschreven (NAO)’, ‘Periodieke explosieve stoornis’, ‘Aan een middel gebonden stoornis’ en ‘Overig’. In Tabel 2 is beschreven welke stoornissen volgens de DSM-IV-TR tot de categorieën ‘Angststoornis’, ‘Stemmingsstoornis’ en ‘Overig’ behoren; de categorieën ‘Stoornis in de impulsbeheersing NAO’ en ‘Periodieke explosieve stoornis’ bevat enkel mensen met deze diagnose en de categorie ‘Aan een middel gebonden stoornis’ omvat alle aan een middel gebonden stoornissen. De As II stoornissen zijn onderverdeeld in persoonlijkheidsstoornissen en persoonlijkheidstrekken. Tabel 3 geeft de indeling van persoonlijkheidsstoornissen naar de drie hoofdclusters weer (‘Cluster A’, ‘Cluster B’ en ‘Cluster C’). Voor persoonlijkheidstrekken is dezelfde indeling aangehouden met als enige toevoeging de categorie ‘Overig’, bestaande uit onrijpe trekken.

Tabel 2  
*Indeling van As I stoornissen.*

Angststoornis	Stemmingsstoornis	Overig
Angststoornis door cocaïne	Bipolaire I stoornis eenmalige episode niet gespecificeerd	Aanpassingsstoornissen met depressieve stemming
Angststoornis NAO	Depressieve stoornis eenmalige episode gedeeltelijk in remissie	Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit NAO
Paniekstoornis zonder agorafobie	Dysthyme stoornis	Aandachtsstoornis met hyperactiviteit gecombineerd type
Posttraumatische stressstoornis	Depressieve stoornis eenmalige episode niet gespecificeerd	Lichamelijke mishandeling van een volwassene
		Aanpassingsstoornissen niet gespecificeerd
		Pathologisch gokken

NAO = niet anderszins omschreven.

Tabel 3  
*Indeling van As II stoornissen.*

Cluster A	Cluster B	Cluster C
Paranoïde persoonlijkheidsstoornis	Antisociale persoonlijkheidsstoornis	Ontwijkende persoonlijkheidsstoornis
Schizoïde persoonlijkheidsstoornis	Borderline persoonlijkheidsstoornis	Afhankelijke persoonlijkheidsstoornis
Schizotypische persoonlijkheidsstoornis	Theatrale persoonlijkheidsstoornis	Obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis
	Narcistische persoonlijkheidsstoornis	Persoonlijkheidsstoornis NAO

NAO = niet anderszins omschreven.

Voor de beantwoording van de overige vraagstellingen is de variabele ‘psychische aandoening’ verdeeld in ‘geen As I of As II stoornis’, ‘een As I of As II stoornis’ en ‘een As I en As II stoornis’. Deze categorisering van psychische aandoeningen is gedaan omdat de indeling in afzonderlijke psychische aandoeningen te kleine groepen opleverde.

Om de criminele voorgeschiedenis voor de tweede vraagstelling na te gaan is gebruik gemaakt van domein 1 (‘Eerdere en huidige delicten’) van de WaagSchaal-Volwassenen. Het invullen van de WaagSchaal-Volwassenen berust op dossierinformatie van de cliënt zelf. Gedacht kan hierbij worden aan psychiatrische rapporten, behandelrapporten en politieverlagen.

De selectie van de steekproef is gebaseerd op het indexdelict, het delict waar behandeling voor wordt geïndiceerd. In de WaagSchaal-Volwassenen wordt voor het indexdelict en elk type delict in de voorgeschiedenis samen het recidiverisico ingeschat. Om het algemene recidiverisico voor de derde vraagstelling te berekenen is de hoogste recidive inschatting meegenomen.

Om de werkelijke recidive voor de vierde vraagstelling na te gaan is gebruik gemaakt van informatie afkomstig van het Herkenningsdienstsysteem (HKS) en van het Justitiële Documentatiesysteem (JDS). Het HKS is een landelijk dekkend systeem dat sinds 1996 door de politie gebruikt wordt om aangiften van misdrijven tegen geïdentificeerde verdachten van 12 jaar en ouder te registreren. Per pleegdatum kunnen meerdere wetsartikelen vermeld staan omdat er op één pleegdatum meerdere delicten kunnen zijn gepleegd, er meerdere wetsartikelen binnen één delict kunnen zijn overtreden of omdat de politie de verdenking zo breed mogelijk heeft gehouden. De periode waarover informatie over recidive is verkregen betreft de tijd tussen het einde van de behandeling bij De Waag en de peildatum (de datum waarop de justitiële gegevens zijn verkregen, namelijk 2 maart 2009). Deze zogehete follow-up periode was minimaal 34 maanden en maximaal 104 maanden, met een gemiddelde van 79.3 maanden ( $SD = 13.3$ ). Het JDS wordt beheerd door de Centrale Justitiële Documentatiedienst (CJD) en geeft voor alle (rechts)personen die in Nederland met justitie in aanraking zijn gekomen een overzicht van de strafzaken waarin zij als verdachte centraal stonden. Van elke strafzaak is opgenomen wanneer en bij welk parket de zaak werd aangemeld, om welke delicten het ging en hoe en door welke instantie de zaak werd afgedaan. In dit onderzoek werden uit het JDS alleen de afgedane zaken meegenomen die tot een veroordeling hebben geleid. Delicten die werden samengevoegd in één vonnis werden als aparte delicten geteld.

Uit het HKS en JDS werden eerst maximaal tien delicten in de voorgeschiedenis genoteerd voorafgaand aan het indexdelict vanaf het eerst gepleegde delict. Van de recidivedelicten werden maximaal tien delicten genoteerd vanaf de datum waarop de behandeling bij De Waag werd beëindigd. Voor het achterhalen van de werkelijke recidive is vervolgens enkel uitgegaan van de eerste genoteerde overtreding van een wetsartikel na behandeling aangezien er bij het HKS en het JDS geen duidelijkheid is over de opbouw van de gegevens. Dreigingen, pogingen tot en septs zijn tevens meegenomen in de analyse. Onder recidive wordt dan verstaan: elk wetsartikel dat overtreden is zoals

blijkt uit een aangifte of een veroordeling, inclusief dreiging tot en poging tot het overtreden van een wetsartikel en geseponeerde overtredingen. Verdere afspraken met betrekking tot het verwerken van de HKS en JDS gegevens staan in Bijlage 2.

Voor de derde en vierde vraagstelling zijn drie delicttypen onderscheiden, namelijk ‘Huiselijk geweldsdelict’, ‘Algemeen geweldsdelict’ en ‘Algemeen delict’. Huiselijk geweldsdelicten omvatten enkel delicten die te maken hebben met huiselijk geweldsdelicten. Algemene geweldsdelicten omvatten alle geweldsdelicten behalve degene die te maken hebben met huiselijk geweldsdelicten. Algemene delicten omvatten alle gepleegde delicten.

### *Statistische analyse*

Dataverwerking en –analyses werden verricht met het programma Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versie 17.0 voor Windows. Voor elk domein van de WaagSchaal-Volwassenen is allereerst de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid vastgesteld. Dit is gedaan door de Intraklasse Correlatie Coëfficiënten (ICC) te berekenen voor zowel de gemiddelde domeinscore als het algemeen klinisch oordeel per risicodomein en voor de inschatting van het recidiverisico per type recidivedelict. De gemiddelde domeinscore betreft de som van de itemscores gedeeld door het aantal gescoorde items (oftewel het totaal aantal items minus het aantal niet gescoorde items). De ICC’s zijn berekend voor het ‘two-way mixed model’ met een ‘absolute overeenstemming’ en er is gekeken naar de ‘single measure ICC’ omdat in de toekomst de risicotaxatie door één beoordelaar uitgevoerd zal worden. Voor de interpretaties van de ICC’s zijn de richtlijnen van Landis en Koch (1977) aangehouden. Zij hanteren de volgende criteria: bij een ICC kleiner dan .40 is er sprake van een ‘slechte’ overeenstemming, bij een ICC tussen de .40 en .60 van een ‘matige’ overeenstemming, bij een ICC tussen de .60 en .75 van een ‘goede’ overeenstemming en bij een ICC groter dan .75 van een ‘uitstekende’ overeenstemming. Voor het domein ‘seksuele problematiek’ is de ICC niet berekend omdat slechts 6 cliënten in de huidige onderzoeksgroep een zedendelict hadden gepleegd.

Het verschil in criminele voorgeschiedenis tussen volwassen mannelijke geweldplegers met versus zonder psychische aandoening is nagegaan met een univariate variantie-analyse (ANOVA) met als groepsvariabele ‘psychische aandoening’ (geen As I of As II stoornis, een As I of As II stoornis of een As I en As II stoornis) en het algemeen klinische oordeel van het risicodomein ‘Eerdere en huidige delicten’ als afhankelijke variabele. Hierbij is niet gecorrigeerd voor leeftijd ten tijde van aanmelding omdat de drie groepen hierin niet significant van elkaar verschilden ( $F(2, 170) = 1.47, p = .23$ ). Om de verschillen tussen de drie groepen op de items van het domein ‘Eerdere en huidige delicten’ te bekijken, is gebruik gemaakt van een multivariate variantie-analyse (MANOVA). Indien sprake was van een significant groepsverschil, zijn post-hoc tests (Tukey HSD tests) uitgevoerd om na te gaan welke van de drie groepen significant van elkaar verschilden. Voordat een ANOVA en MANOVA werden uitgevoerd, is eerst onderzocht of aan alle voorwaarden (Pallant, 2008) voldaan werd om deze

analyses uit te mogen voeren (Bijlage 3). Hieruit bleek dat niets de uitvoer van een ANOVA en MANOVA in de weg stond.

Om na te gaan of er een verschil is in het recidiverisico tussen volwassen mannelijke geweldplegers met versus zonder psychische aandoening zijn drie ANOVA's uitgevoerd, met als groepsvariabele 'psychische aandoening' (geen As I of As II stoornis, een As I of As II stoornis of een As I en As II stoornis) en het recidiverisico voor het plegen van een huiselijk geweldsdelict, een algemeen geweldsdelict en een algemeen delict als afhankelijke variabelen. Indien sprake was van een significant groepsverschil, zijn post-hoc tests (Tukey HSD tests) uitgevoerd om na te gaan welke van de drie groepen significant van elkaar verschilden. Voordat er ANOVA's werden uitgevoerd, is er eerst onderzocht of aan alle voorwaarden (Pallant, 2008) voldaan werd om deze analyses uit te mogen voeren (Bijlage 4). Opnieuw bleek dat niets de uitvoer van de ANOVA's in de weg stond.

Om te onderzoeken of er een verschil is in werkelijke recidive en de snelheid van recidiveren tussen volwassen mannelijke geweldplegers met versus zonder psychische aandoening zijn zes Kaplan-Meier survivalanalyses uitgevoerd. Indien sprake was van een significant groepsverschil zijn de survivalanalyses met telkens twee groepen herhaald om na te gaan welke van de drie groepen significant van elkaar verschilden. Er zijn per delicttype aparte Kaplan-Meier survivalanalyses uitgevoerd voor de gegevens van zowel het HKS (politie) als het JDS (justitie). Uit de resultaten blijkt echter dat geen van de geweldplegers met een huiselijk geweldsdelict recidiveren; de twee survivalanalyses met dit type delict zijn derhalve achterwege gelaten.

Het significantieniveau is voor alle analyses vastgesteld op  $p < .05$ , behalve voor de MANOVA. In de MANOVA zijn acht onafhankelijke variabelen tegelijk opgenomen, waardoor de kans bestaat dat alleen door toeval al een significant groepsverschil voor één van de variabelen wordt gevonden. Derhalve is een kanskapitalisatie uitgevoerd en is voor de MANOVA een aangepast Bonferroni significantieniveau berekend van  $p < .006$ . Tevens bleek voor twee van deze acht onafhankelijke variabelen dat de varianties niet gelijk waren voor de drie groepen. Derhalve is voor deze twee variabelen een nog kleiner Bonferroni significantieniveau berekend, namelijk  $p < .001$ .

## **Resultaten**

Voor elk domein van de WaagSchaal-Volwassenen is de mate van overeenstemming tussen beoordelaars bepaald aan de hand van ICC's voor de gemiddelde domeinscores en het algemeen klinisch oordeel per risicodomein (Tabel 4). De overeenstemming voor de gemiddelde domeinscores was goed tot uitstekend voor acht van de twaalf domeinen. Voor de overige vier domeinen, 'Sociaal netwerk', 'Middelen', 'Emotioneel/persoonlijk' en 'Houding' werd een matige overeenstemming gevonden. De overeenstemming voor de algemeen klinische oordelen was goed tot uitstekend, met uitzondering van het domein 'Eerdere en huidige delicten', waarvoor de overeenstemming matig was. Dit laatste is opvallend aangezien de overeenstemming wat betreft de gemiddelde itemscore bij dit



domein wel uitstekend was. De overeenstemming wat betreft de inschatting van het recidiverisico voor elk genoteerd recidivedelict is goed tot uitstekend (Tabel 5).

Tabel 4

*Interbeoordelaarsbetrouwbaarheden ('single measure ICC's') voor de gemiddelde domeinscores en het algemeen klinisch oordeel per risicodomein.*

	Gemiddelde domeinscore		Algemeen klinisch oordeel	
	ICC	95% CI	ICC	95% CI
Eerdere en huidige delicten	.91	.81 - .96	.48	.09 - .74
Opleiding/Werk	.79	.56 - .90	.84	.65 - .93
Financiën	.68	.38 - .85	.79	.57 - .91
Woonomgeving	.75	.49 - .89	.69	.40 - .86
Gezin/Partner	.71	.43 - .87	.61	.28 - .81
Sociaal netwerk	.47	.06 - .74	.76	.41 - .92
Vrije tijd	.89	.69 - .97	.92	.77 - .98
Middelen	.40	.00 - .70	.85	.67 - .93
Emotioneel/persoonlijk	.57	.22 - .80	.76	.51 - .89
Houding	.52	.13 - .77	.75	.49 - .89
Risicomanagement	.66	.35 - .84	.71	.43 - .87
Protectieve factoren	.72	.45 - .87		

ICC = Intraklasse Correlatie Coëfficiënt, 95% CI = 95% betrouwbaarheidsinterval.

Tabel 5

*Interbeoordelaarsbetrouwbaarheden ('single measure ICC's') voor de inschatting van het recidiverisico per type recidivedelict.*

	ICC	95% CI
Huiselijk geweld	.70	.38 - .87
Geweld	.64	.15 - .88
Vermogen	.94	.51 - 1.00
Overig	.92	-.22 - 1.00

ICC = Intraklasse Correlatie Coëfficiënt, 95% CI = 95% betrouwbaarheidsinterval.

In Tabel 6 zijn de frequenties en percentages weergegeven van de psychische aandoeningen die voorkomen in de onderzoeksgroep. Van de As I stoornissen komen voornamelijk aan een middel gebonden stoornissen voor (45.1%). Tevens zijn periodieke explosieve stoornissen (19.7%) en stoornissen in de impulsbeheersing NAO (12.1%) veel voorkomend. As II stoornissen komen in de onderzoeksgroep relatief weinig voor, maar de stoornissen die zijn gediagnosticeerd bevinden zich in cluster B (11.0%) en cluster C (8.7%). Dit geldt ook voor de persoonlijkheidstrekken.

Vervolgens is gekeken naar verschillen in het algemeen klinisch oordeel over de criminele voorgeschiedenis zoals beoordeeld op het domein 'Eerdere en huidige delicten' tussen de groep volwassen mannelijke geweldplegers zonder een As I of As II stoornis, met een As I of As II stoornis en met een As I en As II stoornis. De gemiddelde klinische oordelen zijn respectievelijk 3.5 ( $SD = 0.7$ ), 3.9 ( $SD = 0.9$ ) en 4.4 ( $SD = 0.7$ ) en significant verschillend ( $F(2, 170) = 15.13, p < .001$ ). Post-hoc tests gaven aan dat geweldplegers met een As I en/of As II stoornis een significant negatiever algemeen klinisch oordeel betreffende de criminele voorgeschiedenis hebben dan geweldplegers zonder een As I of As II stoornis ( $p = .005$  respectievelijk  $p < .001$ ). Geweldplegers met een As I en

As II stoornis hadden bovendien een significant negatiever algemeen klinisch oordeel dan geweldplegers met een As I of As II stoornis ( $p = .008$ ).

Tabel 6

*Frequenties en percentages van psychische aandoeningen bij volwassen mannelijke geweldplegers (N = 173).*

	N	%
<i>As I stoornissen*</i>		
Angststoornissen	9	5.2
Stemmingsstoornissen	5	2.9
Stoornissen in de impulsbeheersing NAO	21	12.1
Periodieke explosieve stoornissen	34	19.7
Aan een middel gebonden stoornissen	78	45.1
Overige stoornissen	19	11.0
<i>As II stoornissen*</i>		
Cluster A persoonlijkheidsstoornis	0	0.0
Cluster B persoonlijkheidsstoornis	19	11.0
Cluster C persoonlijkheidsstoornis	15	8.7
<i>As II trekken*</i>		
Cluster A persoonlijkheidstrekken	1	0.6
Cluster B persoonlijkheidstrekken	24	13.9
Cluster C persoonlijkheidstrekken	5	2.9
Overige persoonlijkheidstrekken	1	0.6

\* Percentages tellen niet op tot 100% omdat één geweldpleger meerdere stoornissen of trekken kan hebben.

In Tabel 7 staan de gemiddelde scores op de afzonderlijke items van het domein ‘Eerdere en huidige delicten’ voor de drie groepen weergegeven. Over alle items van dit domein verschilden de drie groepen significant van elkaar ( $F(16, 250) = 3.13, p < .001$ ). Er zijn significante groepsverschillen gevonden voor de items ‘Niet officieel geregistreerde delicten/wangedragingen’ en ‘Jonge leeftijd bij eerste uiting van antisociaal gedrag’. Post-hoc tests lieten zien dat voor het item ‘Niet officieel geregistreerde delicten/wangedragingen’ de geweldplegers met een As I en As II stoornis meer delicten hebben gepleegd dan beide andere groepen (beide  $p$ 's  $< .001$ ). De geweldplegers met een As I of As II stoornis en de geweldplegers zonder een As I of As II stoornis verschilden niet significant van elkaar ( $p = .56$ ). Voor het item ‘Jonge leeftijd bij eerste uiting van antisociaal gedrag’ bleken geweldplegers met een As I en As II stoornis een jongere leeftijd bij de eerste uiting van antisociaal gedrag te hebben dan de geweldplegers zonder een As I of As II stoornis ( $p = .003$ ). De geweldplegers met een As I of As II stoornis verschilden niet significant van de geweldplegers met een As I en As II stoornis en ook niet van de geweldplegers zonder een As I en As II stoornis ( $p = .085$  respectievelijk  $p = .21$ ). Bij de items ‘Escalatie in frequentie en/of ernst’ en ‘Schending voorwaarden’ wordt de voorwaarde van gelijkheid van varianties tussen de drie groepen geschonden, waardoor een aangepast Bonferroni significantieniveau is berekend van  $p < .001$ . Dit maakt dat de groepsverschillen voor deze twee items niet significant zijn.

Tabel 8 geeft per subgroep de gemiddelden weer van het recidiverisico waarbij onderscheid is gemaakt tussen drie delicttypen (huiselijk geweldsdelicten, algemene geweldsdelicten en algemene

delicten). De drie groepen verschilden significant van elkaar in het geschatte recidiverisico voor elk van de drie delicttypen. De post-hoc tests lieten zien dat bij geweldplegers met een As I en As II stoornis het recidiverisico significant hoger werd ingeschat dan bij geweldplegers zonder een As I of As II stoornis. Dit gold voor de inschatting van het recidiverisico met huiselijk geweldsdelicten ( $p = .003$ ), algemene geweldsdelicten ( $p = .002$ ) en algemene delicten ( $p < .001$ ). De geweldplegers met een As I of As II stoornis hadden een significant hoger recidiverisico dan de geweldplegers zonder een As I of As II stoornis voor wat betreft algemene geweldsdelicten ( $p = .038$ ) en algemene delicten ( $p = .008$ ). De geweldplegers met een As I en As II stoornis hadden daarnaast een significant hoger recidiverisico dan de geweldplegers met een As I of As II stoornis voor wat betreft algemene delicten ( $p = .005$ ).

Tabel 7

*Gemiddelde scores (M) en standaarddeviaties (SD) per subgroep op de items van het domein 'Eerdere en huidige delicten'.*

	Geen As I of As II		As I of As II		As I en As II		<i>F</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Veroordelingen <sup>a</sup>	2.0	2.2	3.1	3.0	4.2	3.4	4.75	.01
Officiële aangifte(n)/registraties <sup>a</sup>	1.8	2.1	3.2	2.7	3.2	3.2	2.99	.05
Niet officieel geregistreerde delicten/wangedragingen <sup>a</sup>	1.6	0.9	1.8	0.9	2.5	0.9	11.03	< .001
Gebruik van wapens en/of serieuze doodsbedreigingen <sup>b</sup>	0.6	0.9	0.6	0.9	0.9	1.0	1.03	.36
Escalatie in frequentie en/of ernst <sup>b</sup>	0.1	0.4	0.4	0.7	0.6	0.7	5.47	.005
Jonge leeftijd bij eerste uiting van antisociaal gedrag <sup>b</sup>	0.9	0.6	1.1	0.8	1.5	0.8	5.69	.004
Ooit gevangen gezeten na veroordeling <sup>c</sup>	0.3	0.5	0.4	0.5	0.5	0.5	0.64	.53
Schending van voorwaarden <sup>b</sup>	0.0	0.0	0.3	0.7	0.6	0.9	7.37	.001

<sup>a</sup> De score betreft het aantal. <sup>b</sup> Het bereik van de scores loopt van 0 tot 2. <sup>c</sup> Het bereik van de scores loopt van 0 tot 1.

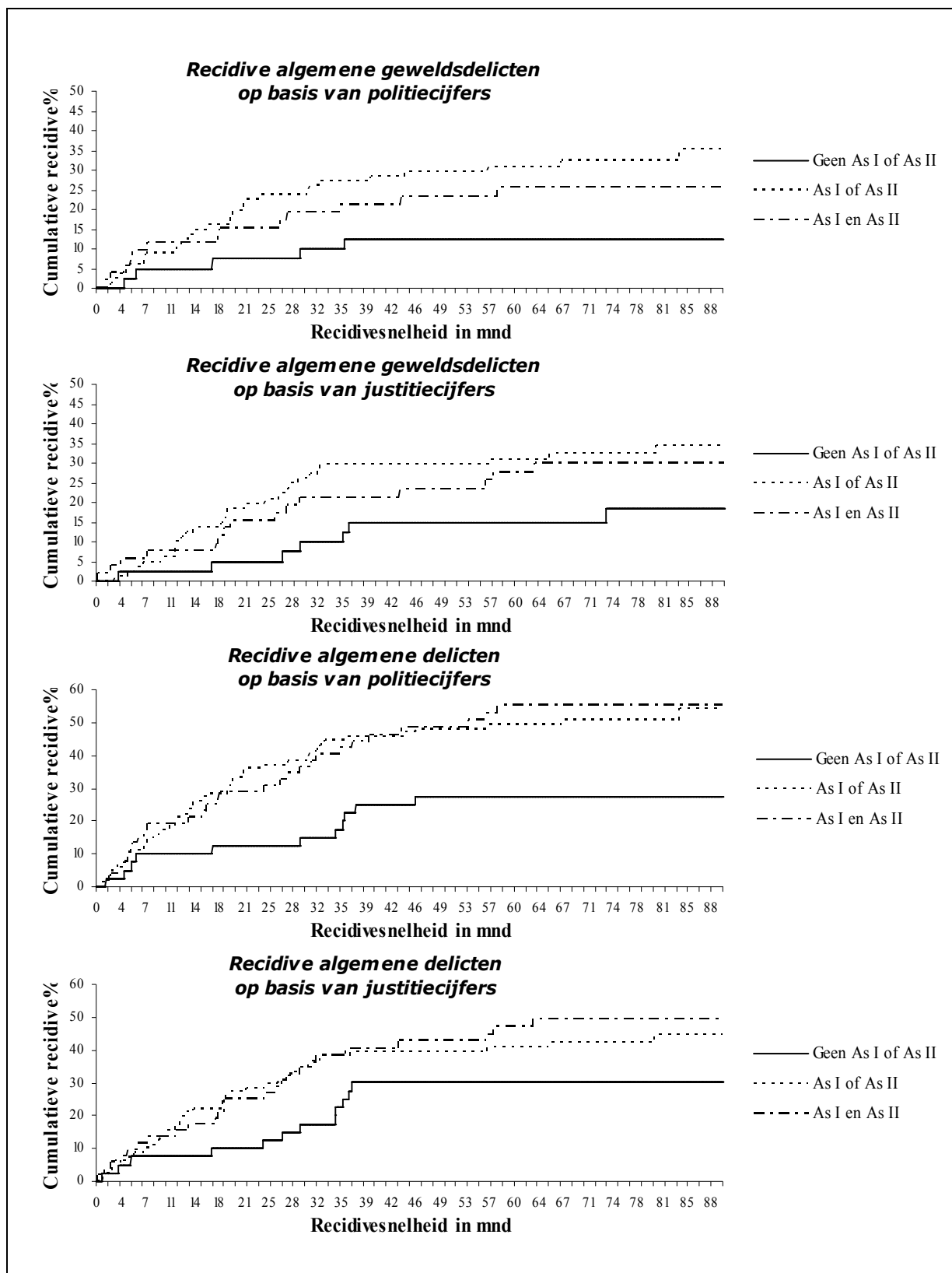
Tabel 8

*Gemiddelde scores (M) en standaarddeviaties (SD) voor het recidiverisico per subgroep per delicttype (N = 173).*

	Geen As I of As II		As I of As II		As I en As II		<i>F</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Huiselijk geweldsdelict	1.2	1.3	1.6	1.3	2.2	1.5	5.64	.005
Algemeen geweldsdelict	1.3	1.3	2.4	1.4	2.8	1.4	6.17	.003
Algemeen delict	1.3	1.3	2.1	1.4	2.9	1.3	14.88	< .001

*Noot.* Het bereik van de scores loopt van 0 tot 5.

In Figuur 1 is voor de drie groepen de snelheid van recidiveren uiteengezet, met op de y-as het cumulatieve recidivepercentage en op de x-as de recidivesnelheid (in maanden) weergegeven. Opvallend is dat de meeste geweldplegers binnen een periode van 36 maanden recidiveerden na afsluiting van de behandeling. Dit gold voor alle delicttypen op basis van de HKS als de JDS gegevens. De groepen met een As I en/of As II stoornis lijken sneller te recidiveren dan de groep zonder een As I of As II stoornis. Daarnaast lijken de geweldplegers zonder een As I of As II stoornis



Figuur 1. Recidivepercentages op basis van de gegevens van het HKS (politie) en de JDS (justitie) per delicttype.

het minst vaak te recidiveren en leken de geweldplegers met een As I of As II stoornis het frequentst te recidiveren in algemene geweldsdelicten en de geweldplegers met een As I en As II stoornis het frequentst in algemene delicten.

In Tabel 9 staan voor de drie subgroepen de frequenties en percentages weergegeven van recidive met algemene geweldsdelicten en algemene delicten. Onderscheid is gemaakt tussen politie en justitiegegevens. Van de totale steekproef recidiveerde ongeveer 27% met een algemeen geweldsdelict en ongeveer 44% met een algemeen delict. Met name in de groepen met een As I en/of As II stoornis was de recidive erg hoog. De verschillen tussen de groepen in werkelijke recidive waren echter niet significant, behalve voor algemene recidive gemeten met politiecijfers ( $p = .03$ ). Post-hoc tests lieten zien dat voor recidive met een algemeen delict op basis van het HKS de geweldplegers met een As I en/of As II stoornis veel vaker zijn gerecidiveerd (54% respectievelijk 52%) dan de geweldplegers zonder een As I of As II stoornis (28%) (beide  $p$ 's = .01). Beide groepen met een psychische aandoening verschilden niet significant van elkaar ( $p = .87$ ).

Tabel 9

*Frequenties en percentages van werkelijke recidive per subgroep op basis van de HKS en JDS gegevens per delicttype.*

	Geen As I of As II ( <i>N</i> = 40)			As I of As II ( <i>N</i> = 81)			As I en As II ( <i>N</i> = 52)			Totale groep ( <i>N</i> = 173)			Log Rank	<i>p</i>
	<i>N</i>	%	S %	<i>N</i>	%	S %	<i>N</i>	%	S %	<i>N</i>	%	S %		
<b>HKS</b>														
Algemeen geweldsdelict	5	12.5	12.5	27	33.3	35.0	13	25.0	25.5	45	25.9	5.57	.06	
Algemeen delict	11	27.5	27.5	42	51.9	54.0	28	53.8	55.2	81	46.6	7.39	.03	
<b>JDS</b>														
Algemeen geweldsdelict	7	17.5	18.4	27	33.3	34.3	15	28.8	29.9	49	28.2	3.41	.18	
Algemeen delict	13	32.5	33.3	35	43.2	44.4	25	48.1	49.3	73	42.0	2.66	.27	

% = recidivepercentage, zoals geregistreerd door het HKS en JDS. S % = het recidivepercentage zoals berekend met survival analyse, waarbij rekening gehouden is met recidivesnelheid.

## Discussie

De centrale onderzoeksvraag was om te onderzoeken of in een groep van volwassen mannelijke geweldplegers het hebben van een psychische aandoening een risicofactor is voor recidive met een huiselijk geweldsdelict, een algemeen geweldsdelict of een algemeen delict. Aan de hand van een viertal vraagstellingen werd geprobeerd om antwoord te geven op deze centrale vraag.

Allereerst werd onderzocht welke As I en As II stoornissen in de onderzoeksgroep voorkwamen. De voorspelling dat gedragsstoornissen, ADHD, psychotische en stemmingsstoornissen het meest zouden worden aangetroffen in de onderzochte groep geweldplegers werd niet ondersteund. Van de As I stoornissen bleken namelijk de aan middelen gebonden stoornissen het vaakst voor te komen. Daarnaast werden ook vaak een periodieke explosieve stoornis of een stoornis in de impulsbeheersing NAO gevonden. Deze bevindingen sluiten niet aan bij de resultaten uit eerdere

studies. Zo vonden Soderstrom et al. (2003) voornamelijk gedragstoornissen, ADHD, psychotische stoornissen, stemmingsstoornissen en middelgebruik/misbruik in de forensisch psychiatrische populatie. Het gebrek aan psychotische en stemmingsstoornissen in de onderzochte groep komt mogelijk door de onderzoeksgroep. Het percentage mannen met een stoornis in de impulsbeheersing is relatief hoog in de onderzochte groep geweldplegers. Dit komt wellicht doordat mannen met een gebrekkige impulsbeheersing sneller de fout in gaan, eerder tegen de lamp lopen en minder berekenend te werk gaan, waardoor ze eerder in poliklinieken terecht komen. Het slecht kunnen beheersen van impulsen komt vaak voor bij geweldplegers (Buglas & Bowden in Tervoort, 2009). Het is mogelijk dat daardoor het percentage mannen met een stoornis in de impulsbeheersing relatief hoog is in de onderzochte groep geweldplegers. Wat betreft de As II persoonlijkheidsstoornissen komen in dit onderzoek met name stoornissen in cluster B en C voor. Hiscoke et al. (2003), Huchzermeier et al. (2005) en Soderstrom et al. (2003) vonden in een forensische populatie eveneens voornamelijk stoornissen in cluster B. In het huidige onderzoek is de frequentie hiervan echter laag ten opzichte van de eerder genoemde onderzoeken. Dit is opvallend wanneer bedacht wordt dat het hier geen doorsnee forensische populatie betreft, maar geweldplegers die in behandeling zijn geweest bij De Waag. Dergelijke stoornissen komen wellicht met name in een tbs-populatie voor en minder in een poliklinische populatie.

In overeenstemming met hetgeen dat werd verwacht, bleken geweldplegers met een As I en/of As II stoornis in hun criminele voorgeschiedenis meer delicten te hebben gepleegd dan geweldplegers zonder een stoornis. Dit is te zien aan de significante verschillen op het algemeen klinisch oordeel op het domein 'Eerdere en huidige delicten' en de verschillen in het aantal 'Niet officieel geregistreerde delicten of wangedragingen'. Dit komt overeen met onderzoek van Vogelvang et al. (2003) waarin gesteld is dat geweldplegers met een psychische aandoening vaker een ernstiger criminele voorgeschiedenis hebben dan geweldplegers zonder psychische aandoening. Uit de resultaten blijkt echter dat dit niet zozeer komt door verschillen in het aantal 'Veroordelingen' of het aantal 'Officiële aangifte(n)/registraties'. Wanneer alle items tezamen worden genomen blijken er tevens geen significante verschillen tussen de groepen te bestaan. Mogelijk is het ontbreken van een significant groepsverschil te herleiden tot het slecht tot niet leesbaar zijn van of het ontbreken van documentatie die door de onderzoekers voor de risicotaxatie is gebruikt. De risicotaxatie zou hierdoor niet juist of onvolledig kunnen zijn, waardoor een verschil niet is opgemerkt. Ook is het mogelijk dat er wel verschillen worden gevonden in eerdere veroordelingen en officiële aangiften of registraties wanneer gekeken wordt naar de gegevens van politie (HKS) of justitie (JDS). Een andere verklaring is dat er voor sommige items slechts twee of drie antwoordmogelijkheden zijn en dat hierdoor een verschil minder snel gevonden wordt. Verder zou het kunnen zijn dat geweldplegers met een As I en/of As II stoornis wel meer delicten plegen, maar dat officiële aangiften uitblijven. Het overgrote merendeel van de geweldplegers heeft vaak huiselijk geweldsdelicten gepleegd en hiervan worden door de huiselijke sfeer waarin het zich afspeelt wellicht minder snel aangiften gedaan.

De verwachting dat het ingeschatte recidiverisico voor volwassen mannelijke geweldplegers zonder en met een As I en/of As II stoornis significant van elkaar verschilt is in dit onderzoek uitgekomen. Dit geldt voor zowel huiselijk geweldsdelicten, algemene geweldsdelicten en algemene delicten. Bij huiselijk geweldsdelicten is het risico op recidive door een geweldpleger met een As I en As II stoornis significant hoger dan door een geweldpleger zonder een As I of As II stoornis. Een eventuele verklaring hiervoor, dat in overeenstemming met dit onderzoek is, is dat stoornissen in de impulsbeheersing vaak voorkomen bij geweldplegers. Mogelijk is het zo dat deze stoornissen in de huiselijke sfeer vaker aanleiding geven tot spanning en gebruik van geweld. Ook de aan middel gebonden stoornissen kunnen in de huiselijke sfeer grensverlagend werken en eerder aanzetten tot uitingen van geweld tijdens woede. Daarnaast hebben geweldplegers bij zowel algemene geweldsdelicten als algemene delicten met een As I en/of As II stoornis een significant hoger ingeschat recidiverisico dan geweldplegers zonder een As I of As II stoornis. Tevens kunnen ook hier stoornissen in de impulsbeheersing en aan middel gebonden stoornissen een rol spelen voor de verklaring van dit resultaat. Dergelijke stoornissen zorgen voor een grotere kans op het gebruik van geweld.

Ten slotte is voor de werkelijke recidive de verwachting dat geweldplegers met een psychische aandoening vaker recidiveren dan de groep zonder een psychische aandoening niet uitgekomen. De gevonden percentages van werkelijke recidive verschilden niet significant tussen geweldplegers zonder en met een As I en/of As II stoornis, behalve voor recidive van een algemeen delict op basis van gegevens van het HKS (van de politie). Een verklaring voor dit significante verschil zou kunnen zijn dat geweldplegers met een As I en/of As II stoornis allerlei soorten delicten plegen ten opzichte van geweldplegers zonder As I of As II stoornis en er daarom enkel een verschil in algemene recidive gevonden wordt. Dat dit verschil enkel op basis van de HKS gegevens gevonden is, zou verklaard kunnen worden doordat het HKS alle aangiften van misdrijven bevat, waaronder ook alle kleine misdrijven (nu vallend onder algemeen delict). Het JDS registreert alleen strafzaken waarin de verdachte centraal staat, dus naar alle waarschijnlijkheid de zwaardere misdrijven omdat de kleinere misdrijven vaak niet tot een strafzaak leiden en daarom buiten de categorie algemeen delict terecht komen. Op basis van het HKS blijken geweldplegers met een As I en/of As II stoornis wel vaker gerecidiveerd te zijn met een algemeen delict (53%) dan geweldplegers zonder een As I of As II stoornis (28%), waarbij de meeste plegers binnen 3 jaar recidiveren. Vermeiren et al. (2002), Soderstrom et al. (2003) en Hiscoke et al. (2003) vonden eveneens dat psychische aandoeningen zoals gedragsstoornissen, antisociale, schizoïde en theatrale persoonlijkheidsstoornissen waren gerelateerd aan algemene (gewelds)recidive. Wellicht is het niet significante verschil voor de werkelijke recidive aan de hand van zowel de HKS als de JDS gegevens verder te verklaren doordat in dit onderzoek alle soorten stoornissen bij elkaar zijn gekomen en over de individuele stoornissen niets te zeggen is. Sommige stoornissen zouden er wellicht voor kunnen zorgen dat men minder snel recidiveert, terwijl in dit onderzoek alle stoornissen op dezelfde hoop zijn gekomen.

### *Sterke en zwakke punten van dit onderzoek*

Recidiverende criminelen hebben meestal een lange voorgeschiedenis van gepleegde delicten. Onder criminelen blijken daarnaast regelmatig psychische aandoeningen voor te komen. Toch is er maar relatief weinig onderzoek verricht naar de relatie tussen psychische aandoeningen en geweldpleging en naar de relatie tussen psychische aandoeningen en recidive met geweldpleging. Het huidige onderzoek wil aan deze behoefte verder tegemoetkomen. Daarbij is het tevens van belang om te kunnen inschatten of een geweldpleger die in behandeling is geweest zal recidiveren. Risicotaxatie is een manier om de problematiek, waaronder psychische aandoeningen, van een cliënt in kaart te brengen en om zo een inschatting te kunnen maken van het recidiverisico. In het huidige onderzoek is voor de risicotaxatie gebruik gemaakt van de WaagSchaal-Volwassenen (Van Horn et al., 2008). Een vereiste voor een dergelijk instrument is een hoge interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. In dit onderzoek is deze voor zowel de inschatting van het recidiverisico per recidivedelict als voor het algemeen klinisch oordeel per risicodomein over het algemeen goed tot uitstekend gebleken. Dit komt ten goede aan de betrouwbaarheid van de in dit onderzoek beschreven relaties.

Het onderzoek kent echter ook enkele beperkingen. Zo is dit onderzoek gebaseerd op een samenstelling van verschillende dossiers van cliënten. Bij het doornemen van deze dossiers werden er regelmatig handgeschreven stukken gevonden die slecht tot niet leesbaar waren. Dit kwam onder andere voor bij de aantekeningen die tijdens behandelingsgesprekken gemaakt werden, eindoordeelen en DSM diagnoses. Wellicht dat hierdoor belangrijke informatie voor het betrouwbaar invullen van de risicotaxaties ontbrak. Ook kwamen in de documentatie steekwoorden van behandelaars voor die door een buitenstaander niet begrepen konden worden. Tevens bestonden de dossiers vaak uit verschillende verslagen afkomstig van diverse bronnen en met soms tegenstrijdige bevindingen. Als gevolg daarvan is door de onderzoekers naar eigen inzicht bepaald welke informatie van belang werd geacht voor de risicotaxatie. Verder bestond er een grote diversiteit aan hoeveelheid documentatie per cliënt. Dit zal bij de ene cliënt tot een vollediger risicotaxatie geleid hebben dan bij de andere cliënt. Wellicht dat de risicotaxaties juist of vollediger ingevuld zouden zijn als dit was gedaan door de behandelaar van de cliënt in plaats van door de onderzoekers die niet met de cliënt in contact zijn geweest. Ook zou het kunnen zijn dat verschillende beoordelaars sommige punten op de risicotaxatie anders geïnterpreteerd hebben.

De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid was in dit onderzoek over het algemeen goed tot uitstekend, maar dat gold niet voor het algemeen klinisch oordeel bij het risicodomein 'Eerdere en huidige delicten'. De overeenstemming tussen de onderzoekers was hierbij matig. In dit domein wordt over het algemeen gevraagd naar feitelijke informatie, zoals het aantal aangiften, veroordelingen en de leeftijd waarop het eerste delict werd gepleegd. Een klein deel van dit domein kan door de beoordelaar zelf worden ingeschat, waardoor de matige overeenstemming tussen de onderzoekers een opvallend resultaat is. Daarnaast is de overeenstemming wat betreft de gemiddelde itemscores bij ditzelfde domein wel uitstekend te noemen. Mogelijk is dit resultaat terug te voeren op de hiervoor genoemde



onduidelijkheden in de documentatie. Het is overigens eveneens niet onbelangrijk om te vermelden dat de inschatting van de DSM-IV-TR diagnoses niet altijd gebaseerd zijn op psychologische onderzoeken. De gestelde diagnoses zijn dan hoogstwaarschijnlijk een inschatting van de behandelaar geweest. Als gevolg hiervan kunnen de gestelde diagnoses dan niet als volledig valide beschouwd worden.

De grootte van de onderzoeksgroep is nog een aandachtspunt bij dit onderzoek. Er was een categorisering van psychische aandoeningen nodig omdat de indeling in afzonderlijke psychische aandoeningen te kleine groepen opleverde. Dit heeft ertoe geleid dat de eerste vraagstelling niet is beantwoord voor afzonderlijke As I en As II stoornissen en dat in de verdere analyses de indeling ‘Geen As I of As II’, ‘As I of As II’ en ‘As I en As II’ is aangehouden.

Een andere opvallende tekortkoming is dat recidive van algemene geweldsdelicten op basis van de HKS gegevens lager is dan op basis van de JDS gegevens, terwijl voor recidive van algemene delicten het tegengestelde waar is. Opvallend aangezien dit resultaat niet mogelijk zou moeten zijn. Zoals al eerder geschreven bestaan de HKS gegevens uit alle aangiften van misdrijven tegen verdachten en de JDS gegevens uit alle strafzaken waarin de verdachte centraal stond. Het aantal strafzaken zou het aantal aangiften logischerwijs niet kunnen overstijgen. Dit verschil is alleen te verklaren door een fout in de aanlevering van de gegevens vanuit politie ofwel justitie.

### *Conclusie*

Samenvattend kan worden geconcludeerd dat het hebben van een psychische aandoening een risicofactor is voor recidive met een algemeen delict door volwassen mannelijke geweldplegers aan de hand van gegevens van de onderzoeksgroep. In dit onderzoek recidiveerden geweldplegers met een As I en/of As II stoornis procentueel meer en ook sneller dan geweldplegers zonder een As I of As II stoornis. De onderzochte volwassen mannelijke geweldplegers met een psychische aandoening hadden daarnaast meer delicten gepleegd in het verleden en werden ook hoger ingeschat op recidiverisico. Aangezien de volwassen mannelijke geweldplegers met een psychische aandoening procentueel meer en sneller recidiveerden dan volwassen mannelijke geweldplegers zonder een psychische aandoening lijkt het terecht dat er vanuit wordt gegaan dat het hebben van een psychische aandoening ten grondslag ligt aan het plegen van een delict en dat dit wordt meegenomen in een risicotaxatie, zoals gebeurt met de WaagSchaal (Van Horn et al., 2008). Deze resultaten kunnen echter niet direct gegeneraliseerd worden naar de gehele cliëntenpopulatie in de ambulante forensische psychiatrie. In dit onderzoek is enkel naar volwassen mannelijke geweldplegers gekeken. Ook de stoornissen die aanwezig waren bij deze onderzoeksgroep zouden specifiek voor deze groep kunnen zijn. Dit onderzoek is daarom een toevoeging aan het weinige onderzoek dat tot nu toe verricht is naar de relatie tussen psychische aandoeningen en geweldpleging en naar de relatie tussen psychische aandoeningen en recidive met geweldpleging. Er zal eerst meer onderzoek plaats moeten vinden voordat de resultaten uit eerdere onderzoeken en dit onderzoek gegeneraliseerd kunnen worden naar

de gehele cliëntenpopulatie in de ambulante forensische psychiatrie. Echter zouden de resultaten van dit onderzoek al wel hun uitwerking kunnen hebben in de behandeling van geweldplegers met een As I en/of As II stoornis. Meer nadruk zal er wellicht moeten liggen op de psychische aandoening bij de recidivist. Dit zou terug kunnen komen in het voorstel van minister Hirsch Ballin en staatssecretaris Albayrak over de nazorg en de persoonsgerichte aanpak van recidivisten. Dit zou zijn uitwerking kunnen hebben op de resultaten na behandeling en gevangenisstraf en voor een daling van recidive kunnen zorgen.

## Referentielijst

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4<sup>th</sup> ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andrews, D.A., & Bonta, J.L. (2000). *The Level of Service Inventory – Revised User’s Manual*. Toronto: Multi-Health Systems Inc. (MHS).
- Beek, D.J. van, Doncker, D. de, & Ruiter, C. de (2001). *Static-99. Inschatten van het risico van seksueel gewelddadige recidive bij volwassen seksuele delinquenten*. Utrecht: Forum Educatief, Dr. Henri van der Hoeven Kliniek.
- Black, D.W., Gunter, T., Allen, J., Blum, N., Arndt, S., Wenman, G., & Sielini, B. (2007). Borderline personality disorder in male and female offenders newly committed to prison. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 400-405.
- Boer, D.P., Hart, S.D., Kropp, P.R., & Webster, C.D. (1997). *Manual for the Sexual Violence Risk-20. Professional guidelines for assessing risk of sexual violence*. Vancouver, British Columbia: Institute against Family Violence.
- Canton, W.J., Veer, T.S. van der, Panhuis, P.J.A. van, Verheul, R., & Brink, W. van den (2004). De betrouwbaarheid van risicotaxatie in de pro Justitia rapportage: Een onderzoek met behulp van de HKT-30. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46, 537-542.
- Canton, W.J. (2004). *Gerapporteerd... en dan? Een onderzoek naar risicotaxatie, behandeling en recidieven bij personen over wie pro justitia is gerapporteerd*. Amsterdam: Faculteit der Geneeskunde (AMC-UvA).
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2006a). Gevonden op 6-03-2009 op [http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/veiligheid-recht/publicaties/artikelen/archief/2006/2006-1964\\_wm.htm](http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/veiligheid-recht/publicaties/artikelen/archief/2006/2006-1964_wm.htm)
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2006b). Gevonden op 6-03-2009 op [http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/5A5D5BEF-8B49-4D2086B225B25766920E/0/2006criminaliteitenrechtshandhaving\\_pub.pdf](http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/5A5D5BEF-8B49-4D2086B225B25766920E/0/2006criminaliteitenrechtshandhaving_pub.pdf)
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2009). Gevonden op 15-05-2009 <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/veiligheid-recht/publicaties/artikelen/archief/2009/2009-024-pb.htm>
- Dienst Justitiële Inrichtingen (2007). *DJI Jaarbericht 2007: Veilig werken aan verandering*. Ministerie van Justitie. Gevonden op 6-03-2009 op [http://www.dji.nl/actueel/dji\\_jaarbericht\\_veilig\\_werken\\_aan\\_verandering.aspx?cp=93&cs=26181](http://www.dji.nl/actueel/dji_jaarbericht_veilig_werken_aan_verandering.aspx?cp=93&cs=26181)
- Eisenberg, M. & Roks, W. (2007). *De verschillen tussen generalisten en specialisten met indexdelictgeweld: Een onderzoek naar demografische gegevens, behandelinggerelateerde kenmerken en scores op de Waagschaal-Jeugd*. Utrecht: ongepubliceerde masterthesis Universiteit Utrecht.
- Hanson, K.R., & Harris, A.J.R. (2001). A structured approach to evaluating change among sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 13, 105-122.

- Hildebrand, M., Ruiter, C. de, & Beek, D. van (2001). *Handleiding van de Nederlandse Sexual Violence Risk-20: Professionele richtlijnen ter beoordeling van risico op seksueel gewelddadig gedrag*. Utrecht: Forum Educatief, Dr. Henri van der Hoeven Kliniek.
- Hiscoke, U.L., Langström, N., Ottosson, H., & Grann, M. (2003). Self-reported personality traits and disorder (DSM-IV) and risk of criminal recidivism: A prospective study. *Journal of Personality Disorders, 17*, 293-305.
- Horn, J.E. van, Bos, M., & Wilpert, J. (2007). *De WaagSchaal: Onze visie op risicotaxatie. De Waag 'News flash', april 2007*. Utrecht: Van der Hoeven Stichting.
- Horn, J.E. van, Scholing, A., & Mulder, J. (2005). Risicotaxatie bij volwassen zeden- en geweldplegers in een ambulante setting. *Diagnostiek-wijzer, 8*, 42-43.
- Horn, J.E. van, Wilpert, J., Scholing, A., & Mulder, J. (2008). *WaagSchaal-Volwassenen*. Utrecht: Van der Hoeven Stichting.
- Huchzermeier, C., Bruß, E., Godt, N., & Aldenhoff, J. (2005). Kiel psychotherapy project for violent offenders towards empirically based forensic psychotherapy: Disturbance profiles and risk of recidivism among incarcerated offenders in a German prison. *Journal of Clinical Forensic Medicine, 13*, 72-79.
- Lammers, S. & Philipse, M. (2003). *Nederlandse bewerking van de Level of Service Inventory-revised (LSI-r)*. Conceptvertaling, versie mei 2003.
- Landis, J.R. & Koch, G.G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics, 33*, 159-174.
- Ministerie van Justitie (2008). Gevonden op 25-03-2009 op <http://www.justitie.nl/actueel/persberichten/archief-2008/80830bewindslieden-justitie-leggen-nadruk-op-nazorg-bij-recidive-vermindering.aspx?cp=34&cs=579>
- Nieuwbeerta, P. & Blokland, A. (2006). Voorspellen van criminele carrières is moeilijk: Zeker waar het de verre toekomst betreft. *Tijdschrift voor Criminologie, 4*, 361-377.
- Oppedijk, D. (2003). Risicotaxatie. *Ontmoetingen: Voordrachtenreeks van het Lutje Psychiatrisch-Juridisch Gezelschap, 9*, 17-28.
- Pallant, J. (2008). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis*. Maidenhead: McGraw Hill/Open University Press.
- Phenix, A., Hanson, K.R., & Thornton, D. (1999). *Static-99: Improving actuarial risk assessments for sex offenders*. (User Report 99-2). Ottawa: Department of the Solicitor General of Canada.
- Philipse, M., Ruiter, C. de, Hildebrand, M., & Bouman, Y. (2000). *HCR-20: Beoordelen van het risico van gewelddadig gedrag, versie 1*. Nijmegen/Utrecht: Pompestichting/Van der Hoeven Stichting.
- Reidy, D.E., Zeichner, A., Foster, J.D., & Martinez, M.A. (2008). Effects of narcissistic entitlement and exploitativeness on human physical aggression. *Personality and Individual Differences, 44*, 865-875.

- Soderstrom, H., Sjodin, A., Carlstedt, A., & Frosman, A. (2003). Adult psychopathic personality with childhood-onset hyperactivity and conduct disorder: A central problem constellation in forensic psychiatry. *Psychiatry Research, 121*, 271-280.
- Tervoort, M. (2009). *Forensische psychiatrie: Tussen dwang en vrijblijvendheid*. Assen: Van Gorcum.
- Vermeiren, R., Schwab-Stone, M., Ruchkin, V., De Chippele, A., & Deboutte, D. (2002). Predicting recidivism in delinquent adolescents from psychological a psychiatric assessment. *Comprehensive Psychiatry, 43*, 142-149.
- Vogel, V. de, Ruiter, R. de, Bouwman, Y., & Vries Robbé, M. de (2007). *Structured Assessment of PROtective Factors for Violence Risk*, versie 1. Utrecht: Van der Hoeven Stichting.
- Vogelvang, B., Burik, A. van, Knaap, L.M van der, & Wartna, B.S.J. (2003). *Prevalentie van criminogene factoren bij mannelijke gedetineerden in Nederland*. Woerden/Den Haag: Adviesbureau Van Montfoort/WODC.
- Wartna, B.S.J., Tollenaar, N. & Essers, A.A.M. (2005). *Door na de gevangenis: Een cijfermatig overzicht van de strafrechtelijke recidive van ex-gedetineerden*. Den Haag: WODC.
- Webster, C.D., Douglas, K.S., Eaves, D., & Hart, S.D. (1997). *HCR-20. Assesment Risk for Violence*, version 2. Burnaby, BC: Simon Fraser University, Mental health, Law and Policy Institute.
- Xiaojia, G., Donnellan, B., & Wenk, E. (2003). Differences in personality and patterns of recidivism between early starters and other serious male offenders. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 31*, 68-77.

## Bijlage 1: Codeerblad WaagSchaal-Volwassenen

**Naam cliënt** : .....

**Cliëntnummer** : .....

**Vestiging**  U  DH  A  FL  H  LD  RM

**Geboortedatum** : .....

**Beoordelaar** : .....

**RT-datum** : .....

**Kader**  vrijwillig  in afwachting van zitting  verplicht

**Detentie** :  nee  ja

**Meting**  voormeting  tussentijdse meting  nameting

<b>Aanmeldings- klacht/delict</b>	<input type="checkbox"/> <b>Zeden</b>	<input type="checkbox"/> hands-on	<input type="checkbox"/> hands-off		
	<input type="checkbox"/> <b>Geweld</b>	<input type="checkbox"/> verbaal	<input type="checkbox"/> vandalisme	<input type="checkbox"/> fysiek bekende	<input type="checkbox"/> fysiek onbekende
		<input type="checkbox"/> huiselijk geweld	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> <b>Vermogen</b>	<input type="checkbox"/> diefstal	<input type="checkbox"/> heling	<input type="checkbox"/> inbraak	<input type="checkbox"/> drugshandel
		<input type="checkbox"/> oplichting	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> <b>Geweld + vermogen</b>	<input type="checkbox"/> straatroof	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> <b>Overig</b>	<input type="checkbox"/> brandstichting	<input type="checkbox"/> stalking	<input type="checkbox"/> spijbelen	<input type="checkbox"/>

**Omschrijving  
Aanmeldings-  
klacht** (aard, frequentie en slachtoffer)

**Dossier**  pro justitia rapp.  ggz  verslag afsluiting behandeling De Waag  
 reclasseringsrapp.  pv  therapieverslagen  
 intakeverslag  vroeg hulp rapp.  overig, nl.....

### 1. Eerdere en huidige delicten

a. Veroordelingen	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	aantal: _____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> zeden <input type="checkbox"/> geweld <input type="checkbox"/> huiselijk geweld <input type="checkbox"/> vermogen <input type="checkbox"/> geweld + vermogen <input type="checkbox"/> overig, nl.....				
b. Officiële aangifte(n)/registraties ( <i>zonder veroordeling</i> )	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	aantal: _____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> zeden <input type="checkbox"/> geweld <input type="checkbox"/> huiselijk geweld <input type="checkbox"/> vermogen <input type="checkbox"/> geweld + vermogen <input type="checkbox"/> overig, nl.....				
c. Niet officieel geregistreerde delicten/wangedragingen	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> zeden <input type="checkbox"/> geweld <input type="checkbox"/> huiselijk geweld <input type="checkbox"/> vermogen <input type="checkbox"/> geweld + vermogen <input type="checkbox"/> overig, nl.....				
d. Gebruik van wapens en/of serieuze doodsbedreigingen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> zeden <input type="checkbox"/> geweld <input type="checkbox"/> huiselijk geweld <input type="checkbox"/> vermogen <input type="checkbox"/> geweld + vermogen <input type="checkbox"/> overig, nl.....				
e. Escalatie in frequentie en/of ernst	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> zeden <input type="checkbox"/> geweld <input type="checkbox"/> huiselijk geweld <input type="checkbox"/> vermogen <input type="checkbox"/> geweld + vermogen <input type="checkbox"/> overig, nl.....				
f. Jonge leeftijd bij eerste uiting van antisociaal gedrag	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> zeden <input type="checkbox"/> geweld <input type="checkbox"/> huiselijk geweld <input type="checkbox"/> vermogen <input type="checkbox"/> geweld + vermogen <input type="checkbox"/> overig, nl.....				
g. Ooit gevangen gezeten na veroordeling	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/>
h. Schending van voorwaarden	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>
	Bevredigend		Onbevredigend	
<b>i. Algemeen klinisch oordeel 'Eerdere en huidige delicten'</b>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5		

**Toelichting:**

**2. Opleiding/Werk** ?

**I. Opleiding**

Historisch

- a. Afgeronde opleiding voortgezet onderwijs  ja  nee
- b. Ooit geschorst of van school gestuurd  nee  ja

Huidig (afgelopen jaar)  nvt

- c. Geringe schoolprestaties  0  1  2
- d. Weinig interesse in/binding met school  0  1  2
- e. Gedragsproblemen op school  0  1  2

**II. Werk**

Historisch  nvt

- f. Problemen met betrekking tot het arbeidsverleden  0  1  2

Huidig (afgelopen jaar)

- g. Op dit moment werkloos\*  nee  ja (-> 2k)
- h. Prestatie  0  1  2
- i. Omgang met collegae  0  1  2
- j. Omgang met leidinggevende  nvt  0  1  2

Bevredigend  0  1  2  3  4  5

Onbevredigend

**k. Algemeen klinisch oordeel 'Opleiding/Werk'**

<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

**Toelichting:**

**3. Financiën** ?

- a. Ontvangt uitkering  nee  ja
- b. Schulden  nee  ja

Bevredigend  0  1  2  3  4  5

Onbevredigend

**c. Algemeen klinisch oordeel 'Financiën'**

<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

**Toelichting:**

**4. Woonomgeving** ?

- a. Woonsituatie  0  1  2
- b. Criminaliteit woonomgeving  0  1  2

Bevredigend  0  1  2  3  4  5

Onbevredigend

**c. Algemeen klinisch oordeel 'Woonomgeving'**

<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

**Toelichting:**

---

\* Indien met pensioen: scoor 'nee'

**5. Gezin/Partner** ?

- a. Instabiliteit van relaties  0  1  2
- b. Relatie met ouders/verzorgers  0  1  2
- c. Relatie met andere (schoon)familieleden  0  1  2
- d. Relatie met (stief)kinderen  nvt  0  1  2
- e. Contacten met politie/justitie naaste familie/gezin  nee  ja

Bevredigend  0  1  2  3  4  5

Onbevredigend

**f. Algemeen klinisch oordeel 'Gezin/Partner'****Toelichting:****6. Sociaal netwerk** ?

- a. Sociaal geïsoleerd  nee  ja
- b. Vrienden/kennissen met crimineel verleden  nee  ja
- c. Vrienden/kennissen zonder crimineel verleden  ja  nee
- d. Geringe beschikbaarheid van persoonlijke steun  0  1  2

Bevredigend  0  1  2  3  4  5

Onbevredigend

**e. Algemeen klinisch oordeel 'Sociaal netwerk'****Toelichting:****7. Vrije tijd** ?

- a. Individuele vrijetijdsbesteding  0  1  2
- b. Contextuele vrijetijdsbesteding  0  1  2

Bevredigend  0  1  2  3  4  5

Onbevredigend

**c. Algemeen klinisch oordeel 'Vrije tijd'****Toelichting:****8. Middelen** ?

- a. Drankmisbruik/-afhankelijkheid in het verleden  nee  ja
- b. Drugsmisbruik/-afhankelijkheid in het verleden  nee  ja
- c. Drankmisbruik/-afhankelijkheid afgelopen jaar  nee  ja
- d. Drugsmisbruik/-afhankelijkheid afgelopen jaar  nee  ja
- drug(s): \_\_\_\_\_
- e. Relatie met criminaliteit/wangedrag  nee  ja
- f. Interpers. problemen met naasten door middelengebruik  nee  ja
- g. Problemen op school/werk door middelengebruik  nee  ja
- h. (Aanwijzingen voor) Medische problemen door middelengebruik  nee  ja

Bevredigend  0  1  2  3  4  5

Onbevredigend

**i. Algemeen klinisch oordeel 'Middelen'****Toelichting:**



**9. Emotioneel/Persoonlijk** ?Historisch

- a. Slachtoffer van kindermishandeling  0  1  2
- b. Als kind gepest op school  nee  ja
- c. Suïcidale/homicidale gedachten  0  1  2

Huidig

- d. Gebrek aan zelfinzicht  0  1  2
- e. Impulsiviteit  0  1  2
- f. Hoog niveau van ervaren stress  0  1  2
- g. Copingvaardigheden  0  1  2
- h. Problemen met hanteren van boosheid  0  1  2

DSM IV

- i. Psychische stoornissen/-problematiek (As I)  
Classificatie(s):  nee  ja

- j. Persoonlijkheidsstoornissen/-trekken (As II)  
Classificatie(s):  nee  ja

- k. (Aanwijzingen voor) Cognitieve/intellectuele beperkingen  nee  ja
- l. Medicatietrouw  nvt  ja (vul soort in)  nee
- A-psych.  A-depr.  ADHD  Slaap  Kalmering  Libido  Anders namelijk:

Bevredigend  0  1  2  3  4  5 Onbevredigend

- m. Algemeen klinisch oordeel 'Emotioneel/Persoonlijk'  0  1  2  3  4  5

Toelichting:

**10. Houding** ?

- a. Goedkeuring/vergoelijking van delicten  0  1  2
- b. Extreme minimalisering/ontkenning van delicten  0  1  2
- c. Begrip voor vonnis (*indexdelict*)  nvt  ja  nee

Bevredigend  0  1  2  3  4  5 Onbevredigend

- d. Algemeen klinisch oordeel 'Houding'  0  1  2  3  4  5

Toelichting:

**11. Risicomanagement** ?

- a. Hulpverlening in het verleden  nvt  0  1  2
- b. Blootstelling aan destabiliserende invloeden  0  1  2
- c. Ontbreken van realistische toekomstplannen  0  1  2
- d. Negatieve houding t.o.v. interventies  0  1  2
- e. Reageert niet op behandeling  0  1  2
- f. Werkt niet mee aan behandel mogelijkheden  0  1  2

(vervolg domein 11 volgende bladzijde)

**11. Risicomanagement (vervolg)** nvt *Alleen invullen als het een herhaalde meting betreft (ga door naar 11j)* ?

- |                              |                              |                            |                             |                          |
|------------------------------|------------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| g. Aanwezigheid behandeling  | <input type="checkbox"/> 0   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2  | <input type="checkbox"/> |
| h. Inzet tijdens behandeling | <input type="checkbox"/> 0   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2  | <input type="checkbox"/> |
| i. Behandeling afgebroken    | <input type="checkbox"/> nee |                            | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> |

Bevredigend Onbevredigend

- |  |                            |                            |                            |                            |                            |                            |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <b>j. Algemeen klinisch oordeel 'Risicomanagement'</b> | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|

**Toelichting:****12. Seksuele problematiek** nvt *Alleen invullen als er sprake is van delictgedrag type zeden bij domein 1* ?

- |   |                               |                                     |                                |                          |
|---|-------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| a. Hands-on                                 | <input type="checkbox"/> nee  |                                     | <input type="checkbox"/> ja    | <input type="checkbox"/> |
| b. Hands-off                                | <input type="checkbox"/> nee  |                                     | <input type="checkbox"/> ja    | <input type="checkbox"/> |
| c. Seksuele deviatie<br>DSM-classificaties: | <input type="checkbox"/> 0    | <input type="checkbox"/> 1          | <input type="checkbox"/> 2     | <input type="checkbox"/> |
| d. Hoge dichtheid van seksuele delicten     | <input type="checkbox"/> 0    | <input type="checkbox"/> 1          | <input type="checkbox"/> 2     | <input type="checkbox"/> |
| e. Mate van planning van seksuele delicten  | <input type="checkbox"/> imp. | <input type="checkbox"/> enige mate | <input type="checkbox"/> gepl. | <input type="checkbox"/> |
| f. Meerdere typen seksuele delicten         | <input type="checkbox"/> 0    | <input type="checkbox"/> 1          | <input type="checkbox"/> 2     | <input type="checkbox"/> |
| g. Seks als copingstrategie                 | <input type="checkbox"/> 0    | <input type="checkbox"/> 1          | <input type="checkbox"/> 2     | <input type="checkbox"/> |
| h. Seksuele preoccupatie                    | <input type="checkbox"/> 0    | <input type="checkbox"/> 1          | <input type="checkbox"/> 2     | <input type="checkbox"/> |

Informatie slachtoffer(s)

- |                        |                              |                                |                             |                          |
|------------------------|------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| i. Niet-verwant        | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> beide | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> |
| j. Onbekend            | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> beide | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> |
| k. Mannelijk           | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> beide | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> |
| l. Minderjarig         | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> beide | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> |
| m. Lichamelijk letsel  | <input type="checkbox"/> 0   | <input type="checkbox"/> 1     | <input type="checkbox"/> 2  | <input type="checkbox"/> |
| n. Aantal slachtoffers | <input type="checkbox"/> 0   | <input type="checkbox"/> 1     | <input type="checkbox"/> 2  | <input type="checkbox"/> |

Bevredigend Onbevredigend

- |   |                            |                            |                            |                            |                            |                            |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <b>o. Algemeen klinisch oordeel 'Seksuele problematiek'</b> | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|

**Toelichting:****Aanvullende risicofactoren**

- Gokverslaving
- Computerverslaving
- Culturele aspecten
- Religie
- Overig, nl.....

**Toelichting:**

### KLINISCH EINDOORDEEL 'RISICODOMEINEN'

Vink hieronder de domeinen aan die bij het alg. klinisch oordeel een '3', '4' of '5' score hebben.

Als een domein in de linkerkolom is aangevinkt, schat dan in of het samenhangt met delictgedrag.

Domein	Probleem	Risico
1. Eerdere en huidige delicten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Opleiding/Werk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Financiën	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Woonomgeving	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Gezin/Partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sociaal netwerk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Vrije tijd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Middelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Emotioneel/Persoonlijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Houding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Risicomanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Seksuele problematiek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aanvullende factoren:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Toelichting:

### Protectieve factoren (SAPROF)

Als een score '1' of '2' is aangevinkt, schat dan in of de protectieve factor een 'key' factor is in de bescherming voor delictgedrag

		0	1	2	Key (protectief)
1. Intelligentie	<input type="checkbox"/> test <input type="checkbox"/> inschatting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hechte band in de kindertijd		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Empathisch vermogen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Coping		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Zelfcontrole		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Werk		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Vrijtijdsbesteding		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Financieel beheer		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Motivatie voor behandeling		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Houding tegenover autoriteit		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Levensdoelen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Medicatie	<input type="checkbox"/> nvt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Netwerk		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Intieme relatie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Hulpverlening		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Woonsituatie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Intensief toezicht		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aanvullende factoren:.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Geen/weinig	Redelijk	Veel	
<b>Algemeen klinisch oordeel 'Protectieve factoren'</b>		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	

#### Toelichting:

### INSCHATTING RECIDIVERISICO (WEGING VAN RISICODOMEINEN EN PROTECTIEVE FACTOREN)

RECIDIVEDELICT	Laag	Laag-Matig	Matig	Matig-Hoog	Hoog
Zeden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geweld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huiselijk geweld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geweld + Vermogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overig, nl.: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ***Bijlage 2: Afspraken HKS en JDS gegevens***

### *Afspraken HKS gegevens*

- Twee respondenten hadden een negatieve leeftijd na de SPSS berekening. Deze twee leeftijden zijn zelf uitgerekend en in de variabele goed gezet (respectievelijk 1865.01 en 3228.01).
- Het laatst gepleegde delict voor de start van de behandeling wordt gebruikt als indexdelict. Het indexdelict mag echter niet langer dan 3 jaar geleden gepleegd zijn; het zou anders niet logisch zijn als dit delict de behandelreden moet zijn. De grens van 3 jaar of minder zou nog kunnen als bijvoorbeeld de strafzaak twee jaar heeft geduurd of dat iemand eerst een tijd vast gezeten heeft om vervolgens behandeling te krijgen.
- Wanneer artikel 45.X tot 54.X voor een delict staat dan geldt dit artikelnummer voor alle delicten die erachter staan. Staat het echter achter het delict dan geldt het alleen voor dat ene delict.
- Wanneer artikel 45.X tot 54.X alleen in een kolom staat, maar er zijn dezelfde dag wel andere delicten gepleegd, geldt hetzelfde als bovenstaand. Staat het artikel achter het delict dan geldt het alleen voor dat ene delict.
- Staan er twee 45.X tot 54.X achter twee of meerdere delicten dan geldt de eerste voor het één na laatste delict en de tweede voor het laatste delict.
- Voor SEPOT alles wat ervoor en erachter staat als geseponeerd noteren.
- Wanneer een persoon meer dan 10 delicten per dag heeft gepleegd, wordt er gekeken of een bepaald delict op die dag vaker voorkomt. Als dit zo is, wordt een aantal van deze delicten verwijderd om plaats te maken voor ander soort delict.

Bij aanmaak van de nieuwe syntax zijn niet meegenomen en verwijderd:

- 36e (is een boetebetaling aan staat)
- 343s02 (onbekend)
- s57 (aan sepotzaak alleen is niets af te lezen)
- s71 (aan sepotzaak alleen is niets af te lezen)
- titel08 (niet duidelijk wat betekenis is)

### *Afspraken JDS gegevens*

- Alleen afgedane rechtbankzaken zijn meegenomen. Hierbij zijn meegenomen:
  - sepotgronden (ook geen wettig bewijs!)
  - schuldigverklaring zonder oplegging van straf of maatregel
  - valsheid in geschrifte

- OM niet ontvankelijk
- Delicten waarbij de volgende notities stonden, zijn niet meegenomen:
  - ad info ingevoegd
  - ter terechtzitting gevoegd bij...
  - vrijspraak
  - wegen/verkeerswet
  - sepotgrond: gev. niet compas zaak/dubbel geregistreerd
  - overgedragen zaak
  - ontslag van rechtsvervolging
  - toeslagenwet
  - werkloosheidswet
  - dagvaarding nietig
  - 36e
- Staat er een 45.X tot 54.X bij een pleegdatum, dan voor elk delict noteren.
- Feit 1 primair en feit 1 subsidiair worden apart genoteerd.
- Het laatst gepleegde delict voor de start van de behandeling wordt gebruikt als indexdelict. Het indexdelict mag echter niet langer dan 3 jaar geleden gepleegd zijn.
- Als er geen indexdelict, delict in de voorgeschiedenis, tijdens de behandeling of na behandeling gepleegd is, dan wordt de code 0 aangehouden (0 = geen).
- Bij pleegperiodes wordt er van de eerste datum uitgegaan. Als notitie wordt wel de volledige pleegperiode genoteerd.
- Als er geen pleegdatum genoteerd is, wordt de datum van beslissing genoteerd.
- Als er meerdere feiten in 1 vonnis gepleegd zijn op verschillende pleegdata, dan worden de feiten apart opgeschreven. Bijvoorbeeld. Als er een feit X, Y en Z is → feit X, vonnis: zie feit Z; feit Y, vonnis: zie feit Z; feit Z, vonnis: zie feit X, Y, Z.
- Als er in een indexdelict een aantal feiten geseponeerd is, wordt alleen het feit waarvoor veroordeeld is genoteerd. De feiten die geseponeerd zijn, worden vervolgens als notitie opgeschreven.
- Als er bij een beslissing meerder sepotgronden zijn, wordt alleen de eerste genoteerd. De eerste sepotgrond is namelijk de zwaarst wegende.
- Als er bij een beslissing zowel een sepotgrond als een schriftelijke waarschuwing staat, wordt de schriftelijke waarschuwing genoteerd.
- Mondelinge waarschuwing kan als schriftelijke waarschuwing genoteerd worden, maar als er een sepotgrond bij staat, dan als sepotgrond noteren.

- Als er na “Beslissing t.a.v. Feit x, y, z” nog een keer “Beslissing” staat, wordt dit los van elkaar genoteerd als 2 verschillende beslissingen.
- Als er bij een beslissing “toewijzing van de civiele vordering” staat, wordt deze niet genoteerd
- Delicten waarbij de Bijstandswet, het Vuurwerkbesluit of Militair Strafrecht overtreden werd, werden als notitie genoteerd.

### ***Bijlage 3: Voorwaarden voor de ANOVA en MANOVA bij vraagstelling 2***

#### *Voorwaarden ANOVA*

1. Een afhankelijke variabele van tenminste interval meetniveau. Het algemeen klinische oordeel van het risicodomein 'Eerdere en huidige delicten' is van tenminste interval meetniveau en daarom is aan deze voorwaarde voldaan.
2. Een willekeurige selectie van de steekproef. Dit onderzoek is uitgevoerd met de gegevens van volwassen mannelijke geweldplegers die tussen 2000 en 2002 zijn aangemeld voor behandeling bij De Waag, centrum voor ambulante forensische psychiatrie. De resultaten kunnen derhalve niet worden gegeneraliseerd naar de gehele populatie volwassen mannelijke geweldplegers, maar dit staat de uitvoer van een ANOVA niet in de weg.
3. Onafhankelijkheid van observaties. De risicotaxaties zijn van verschillende personen en onafhankelijk van elkaar. Derhalve is aan deze voorwaarde voldaan.
4. Normaalverdeeldheid van de afhankelijke variabele. Met de Kolmogorov-Smirnov test is gekeken of het algemeen klinisch oordeel van het risicodomein 'Eerdere en huidige delicten' normaal verdeeld is. Dit bleek niet zo te zijn (Kolmogorov-Smirnov  $Z = 3.05$ ,  $p < .001$ ). De steekproef is echter dermate groot ( $df > 20$ ) dat dit de uitvoer van een ANOVA niet in de weg staat.
5. Homogeniteit van varianties oftewel gelijke varianties van de variabele tussen de groepen, hetgeen is getoetst met Levene's Test of Equality of Error Variances. Dit bleek het geval te zijn (Levene Statistic (2, 170) = .63,  $p = .53$ ) en daarom is aan deze voorwaarde voldaan.

#### *Voorwaarden MANOVA*

1. Een steekproef van voldoende omvang. Er dienen meer personen dan het aantal afhankelijke variabelen (8) aanwezig te zijn en minimaal 30 personen in elke cel. Er is voldaan aan deze voorwaarde.
2. Normaalverdeeldheid van de afhankelijke variabelen, hetgeen is nagegaan met de Kolmogorov-Smirnov test. Dit bleek niet zo te zijn (Kolmogorov-Smirnov  $Z = 2.51 - 6.20$ ,  $p's < .001$ ). De steekproef is echter dermate groot ( $df > 20$ ) dat dit de uitvoer van een MANOVA niet in de weg staat.
3. Geen uitbijters, hetgeen is getoetst met de Mahalanobis afstand. Deze afstand (31.63) overschreed de kritieke waarde (26.13), hetgeen met name veroorzaakt werd door één van de vier personen die de kritieke waarde overschreden. Deze persoon had enkel extreme scores op bijna alle domeinen en is verwijderd. De andere drie personen hadden reële scores op zowel de items van het domein 'Eerdere en huidige delicten' als op de algemeen klinische oordelen van alle domeinen en zijn daarom in de steekproef gelaten.
4. Homogeniteit van covarianties, hetgeen is getoetst met Box's M. De significantie is groter dan 0.001 ( $p = .55$ ) en daarom is aan deze voorwaarde voldaan.

5. Homogeniteit van varianties, hetgeen is getoetst met Levene's Test of Equality of Error Variances. Dit bleek bij twee van de acht items niet het geval te zijn (Levene Statistic (2, 132) = 15.91,  $p < .001$  en Levene Statistic (2, 132) = 37.20,  $p < .001$ ). Derhalve is voor deze twee items een aangepast Bonferroni significantieniveau berekend van  $p < .001$ .



#### ***Bijlage 4: Voorwaarden voor de ANOVA bij vraagstelling 3***

##### *Voorwaarden ANOVA*

1. Een afhankelijke variabele van tenminste interval meetniveau. Het ingeschatte recidiverisico is van tenminste interval meetniveau en daarom is aan deze voorwaarde voldaan.
2. Een willekeurige selectie van de steekproef. Dit onderzoek is uitgevoerd met de gegevens van volwassen mannelijke geweldplegers die tussen 2000 en 2002 zijn aangemeld voor behandeling bij De Waag, centrum voor ambulante forensische psychiatrie. De resultaten kunnen derhalve niet worden generaliseerd naar de gehele populatie volwassen mannelijke geweldplegers, maar dit staat de uitvoer van een ANOVA niet in de weg.
3. Onafhankelijkheid van observaties. De risicotaxaties zijn van verschillende personen en onafhankelijk van elkaar. Derhalve is aan deze voorwaarde voldaan.
4. Normaalverdeeldheid van de afhankelijke variabele. Met de Kolmogorov-Smirnov test is gekeken of het ingeschatte recidiverisico normaal verdeeld is. Dit bleek niet zo te zijn ( $p's \leq .001$ ). De steekproef is echter dermate groot ( $df > 20$ ) dat dit de uitvoer van een ANOVA niet in de weg staat.
5. Homogeniteit van varianties oftewel gelijke varianties van de variabele tussen de groepen, hetgeen is getoetst met Levene's Test of Equality of Error Variances. Dit bleek het geval te zijn alle ANOVA's (huiselijk geweldsdelict; Levene Statistic (2, 125) = 2.97,  $p = .06$ , geweldsdelict, ongeacht soort; Levene Statistic (2, 96) = .35,  $p = .71$  en delict, ongeacht soort; Levene Statistic (2, 170) = .23,  $p = .79$ ) en daarom is aan deze voorwaarde voldaan.