

De invloed van individuele kenmerken op de behandelvoortgang tijdens een tbs-behandeling.

Zijn allochtone achtergrond, intelligentie, persoonlijkheidsproblematiek en de totale behandelduur van invloed op de verandering van houding en het gedrag bij een Nederlandse groep tbs-patiënten?

Summary

Do individual characteristics influence the treatment progress of forensic psychiatric patients? This question is examined in a population of 65 Dutch male forensic psychiatric patients in the FPC Oostvaarderskliniek. The individual characteristics are ethnical background, intelligence, personality disorder and the total time of treatment. Treatment progress is divided in two aspects (attitude and behaviour) and is measured with a few questionnaires of the FP40-profiellijsten (Brand, & Emmerik, 2001). There is a progression in attitude by forensic psychiatric patients, but there is no progress in their behaviour. A stepwise regression analysis showed that no individual characteristic influenced treatment progress. This study has a few limitations, such as a small sample size. Future research is necessary.

Het onderzoek is verricht als afsluitend individueel onderdeel van het master programma Klinische en Gezondheidspsychologie aan de Universiteit Utrecht.

Auteur: N.A. van der Steeg, BSc.
Studentnummer: 3174565

Begeleider FPC Oostvaarderskliniek: Ir. T.P.C. Lucker
Begeleider Universiteit Utrecht: Prof. dr. R.J. Kleber

September 2010

Voorwoord

Interesse in de forensische sector is bij mij altijd al aanwezig geweest. Toen ik vanwege mijn klinische stage in het forensisch psychiatrisch centrum de Oostvaarderskliniek kwam werd mijn interesse alleen maar sterker. Voor mij een goede reden om het onderwerp voor mijn master thesis ook in de forensische veld te zoeken. Gelukkig mocht ik bij Tanja Lucker in het Kenniscentrum van de Oostvaarderskliniek mijn onderzoek uitvoeren.

Veel geleerd heb ik van het doen van onderzoek, zoals hoe men vanaf het begin af aan een onderzoek opbouwt, uitvoert en uiteindelijk tot een product komt. Obstakels en moeilijke keuzen vormden voor mij een bron van frustratie en juist blijdschap na de afronding van het onderzoek en het zien van het eindproduct.

Ik wil daarom ook graag Tanja Lucker bedanken voor haar kritische en motiverende begeleiding tijdens de totstandkoming van het onderzoek.

Tevens bedank ik Rolf Kleber voor het op zich nemen van de begeleiding en het geven van feedback vanuit de Universiteit Utrecht.

Inhoudsopgave

Inleiding	p. 4
Methoden	p. 12
Resultaten	p. 19
Discussie	p. 22
Referentielijst	p. 26

Inleiding

Ter beschikking stelling

Sinds 1988 is de maatregel tbs van kracht: terbeschikkingstelling met bevel tot dwangverpleging (Feldbrugge, 2007). Deze maatregel mag door de rechter worden opgelegd aan daders van zware misdrijven, waarvoor minimaal vier jaar gevangenisstraf voor staat. Tbs wordt opgelegd als het misdrijf toe te schrijven is aan een psychische stoornis, waardoor de dader ontoerekeningsvatbaar of verminderd toerekeningsvatbaar is. Tijdens de tbs behandeling wordt gewerkt om op een adequate manier om te gaan met de stoornis, zodat deze geen gevaar meer voor anderen en zichzelf vormt. Het doel is dan ook om de kans op recidive te verminderen. Er wordt een resocialisatietraject opgestart om uiteindelijk op een verantwoorde manier terug te kunnen keren in de maatschappij.

Een tbs-maatregel kan zowel met bevel tot dwangverpleging als met voorwaarden worden opgelegd. De maatregel wordt met voorwaarden opgelegd als dwangverpleging niet noodzakelijk lijkt om recidive te voorkomen. Men dient zich dan te laten begeleiden door de reclassering en zich aan de gestelde voorwaarden te houden. Als de voorwaarden geschonden worden kan de rechter alsnog besluiten de maatregel om te zetten in tbs met dwangverpleging. Men wordt dan opgenomen in een forensisch psychiatrisch centrum (FPC) en dient zich hier te laten behandelen. De opname in een FPC is in eerste instantie voor twee jaar. Na deze twee jaar vindt er een verlengingszitting plaats in de rechtbank. Hier wordt gekeken hoe de behandeling tot dan toe verloopt. Als de rechter het nodig acht kan de tbs-maatregel voor één of twee jaar worden verlengd. Elke keer na een verlenging is er weer een verlengingszitting om de behandeling te evalueren. Als een patiënt geen vorderingen meer maakt, krijgt hij een tweede behandelopgave aangeboden in een andere kliniek. Een richtlijn is dat een tbs-behandeling na zes jaar afgerond dient te zijn. Is het recidive risico dan nog onverminderd hoog, dan krijgt een FPC minder subsidie om een patiënt te behandelen. Genoodzaakt is men dan om het aspect van behandelen meer te verschuiven naar verpleging. Er kan dan gekozen worden om desbetreffende patiënt over te plaatsen naar een longstay afdeling.

De tbs-maatregel met dwangverpleging kent verschillende fases. Iedere fase is een stap verder in het resocialisatietraject. Verloven zijn belangrijke stappen om te kunnen oefenen in de maatschappij. In de tbs wordt gewerkt met vier vormen van verlof: begeleid verlof, onbegeleid verlof, transmuraal verlof en proefverlof (Feldbrugge, 2007). Tijdens de intramurale fase van behandeling vinden de begeleide en onbegeleide verloven plaats. Bij het transmuraal verlof woont de patiënt buiten de kliniek. De kliniek houdt hierbij nog wel intensief toezicht daar zij nog steeds verantwoordelijk zijn voor de patiënt. Tijdens het proefverlof wordt het toezicht en de verantwoordelijkheid van de tbs-kliniek overgedragen aan de reclassering (Feldbrugge, 2007). Het Ministerie van Justitie kan besluiten of verloven worden toegekend aan patiënten. Deze beslissing wordt gemaakt aan de hand van een recent risicotaxatierapport en het advies van de interne verlofcommissie van een tbs-kliniek.

Verlof toekennen aan forensisch psychiatrische patiënten vormt een heikel punt daar een aantal patiënten tijdens hun verlof opnieuw de fout in zijn gegaan. Denk hierbij aan bekende voorbeelden als Wilhelm S. die zich onttrekt aan toezicht tijdens zijn verlof. Tijdens deze onttrekking recidiveert hij met als gevolg een dodelijk slachtoffer. Of Paul R. die in de laatste fase van zijn behandeling zit,

maar toch meerdere schoten lost waarbij vier mensen gewond raken en één vrouw overlijdt. Een laatste opmerkelijk voorval is Salyanand B. Hij ontsnapt aan zijn begeleiding wanneer hij met nog twee tbs'ers naar een Rotterdams winkelcentrum gaat om boodschappen te doen. Tijdens zijn ontsnapping laat hij (zoals omschreven in de media) een verwoestend spoor van gewelddadigheden achter; hij berooft een vrouw en een ander verkracht hij.

Naar aanleiding van een aantal van die schokkende gebeurtenissen is er in 2005 een parlementaire onderzoekscommissie tbs opgestart, de commissie Visser. Zij voert een diepgaand onderzoek uit naar de werking van het tbs-systeem. Het rapport in 2006 stelde dat een tbs-behandeling een waardevolle bijdrage levert, maar wel aangepast diende te worden aan de eisen van deze tijd. Een aantal verbeteringen zijn destijds doorgevoerd. Naast deze conclusies viel ook op dat de gemiddelde behandelduur fors is gestegen. In 1981 zou een behandeling gemiddeld 4,8 jaar duren. In het jaar 1994 is deze gemiddelde behandelduur opgelopen naar 7,5 jaar (Tweede Kamer der Staten-Generaal, 2006), in tegenstelling tot de richtlijn dat een tbs-behandeling slechts zes jaar zou moeten duren. Ook zijn er meer patiënten in de longstay geplaatst. De gestegen behandelduur is tevens onderzocht door Brand en Gemmert (2009) en zij vonden dat er reeds eerder al sprake was van een forse stijging. Zij concludeerden dat de behandelduur in 1990 met een mediaan van acht jaar in 1995 gestegen is tot ongeveer elf jaar. Als mogelijke verklaring geven zij aan dat de tbs-populatie mogelijk veranderd is in samenstelling. Zij opperen dat wanneer nieuwe tbs-patiënten met ernstiger problematiek de tbs binnenkomen de behandeling dan langer zal duren. Nog een andere verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat door publieke en politieke discussies rechters strenger zijn geworden in hun oordeel als het gaat om het verlengen van de tbs-behandeling of het toekennen van verlof. Ze durven hier dan minder risico's te nemen (Brand & Gemmert, 2009).

Behandeldirecteuren van forensische centra en klinieken hebben in augustus een notitie naar buiten hebben gebracht over het toekomstperspectief van de forensische zorg (Verwaaijen & Polak, 2010). Hierin wordt een aantal aanbevelingen gedaan om de tbs-behandeling te optimaliseren. Een van de aanbevelingen is dat de behandeling van tbs-patiënten meer transparant moet worden met richtlijnen om de intramurale behandeling goed te kunnen verantwoorden. Men gaat ervan uit dat een lange intramurale behandeling een effectief resocialisatie traject in de weg staat: het beveiligingsniveau moet altijd zo hoog als nodig, maar ook zo laag als mogelijk worden gehouden. De intramurale fase dient verkort te worden. Zo willen zij onder andere dat een begeleid verlof wordt aangevraagd binnen 12 maanden na opname in een tbs-kliniek.

Zoals men leest is de behandeling van tbs-patiënten een actueel thema en zijn meningen over de invulling en duur van de behandeling verdeeld. Het huidige onderzoek zal zich richten op de eerste twee jaar van de tbs-behandeling en kijkt of er verandering zichtbaar is en of verschillende factoren de voortgang beïnvloeden.

Effectieve behandeling in de tbs

In FPC de Oostvaarderskliniek is een behandelvisie geschreven met de uitgangspunten dat de behandeling doelgericht, doelmatig en doeltreffend moet zijn (Oostvaarderskliniek, 2007) volgens het principe "What Works". Deze bestaat uit drie hoofdprincipes, te weten het risicoprincipe, behoefteprincipe en het responsiviteitsprincipe. Volgens het risicoprincipe dient de intensiteit van behandelen aan te sluiten op de kans op recidive. Bij het behoefteprincipe ligt de nadruk op de criminogene factoren en hoe deze te behandelen zijn. Het responsiviteitsprincipe houdt in dat de behandeling dient aan te sluiten bij de leerstijl, motivatie en vaardigheden van een patiënt om de leervaardigheden van een patiënt zo optimaal mogelijk te benutten (Bonta & Andrews, 2007).

Aan de hand van deze behandelvisie is er momenteel een risicomanagementmodel in ontwikkeling (Lucker, Bruggeman, Kristensen & Hochstenbach, 2010). Het concept van het risicomanagementmodel is gebaseerd op recidiverisico's, onderverdeeld in drie clusters van dynamische risicofactoren: algemene en situationele risicofactoren, belemmerende factoren en beschermende factoren.

Dynamische risicofactoren zijn factoren die kunnen veranderen over tijd en worden geassocieerd met veranderingen in recidive (Bonta & Andrews, 2007). Deze factoren staan dan ook centraal in de behandeling om recidive te verminderen. Een onderscheid kan gemaakt worden in acute en stabiele dynamische factoren (Hanson & Harris, 2000). Stabiele factoren kunnen jarenlang blijven bestaan. Acute factoren zijn factoren die op het moment van het delict aanwezig waren. Zij hoeven niet altijd aanwezig te zijn. Een voorbeeld van een stabiele factor is een antisociale attitude. Druggebruik kan een acute factor zijn daar het gebruik risicovol gedrag kan uitlokken.

De risicofactoren voor recidive zijn voornamelijk afkomstig uit meta-analyses. Bij de meta-analyse van Gendreau, Little en Goggin (1996) werd gekeken naar mogelijke voorspellers voor recidive bij volwassenen. 131 artikelen werden hierbij vergeleken. Dynamische predictoren die naar voren kwamen waren: problematisch netwerk, antisociale persoonlijkheidsstoornis, criminogene cognities en attitudes, interpersoonlijke conflicten en druggebruik. Uit een andere meta-analyse van 58 studies kwam een vijftal dynamische risicofactoren voor gewelddadige recidive naar voren, te weten een antisociale persoonlijkheidsstoornis, educatie, familie problemen, werkproblemen en druggebruik (Bonta, Law & Hanson). Bonta en Andrews (2007) spreken over een zevental criminogene factoren: antisociale persoonlijkheidsstructuur, antisociale attitude, druggebruik, sociale steun voor crimineel gedrag, ineffectieve relaties, slechte werkprestatie en een tekort aan sociale recreatieve activiteiten. McNiel, Eisner en Binder (2003) spreken over een negatieve attributiestijl en een hoge mate van impulsiviteit welke de kans op gewelddadig gedrag vergroot. Douglas en Skeem (2005) spreken eveneens over impulsiviteit als risicofactor. Daarnaast blijken een antisociale attitude, druggebruik, inter-persoonlijke relaties, psychose, negatief affect en de inzet voor een behandeling ook gerelateerd aan recidive.

In Nederland is een instrument ontwikkeld met een tiental vragenlijsten, de Forensische Profiellijsten 40 (FP40, Brand & van Emmerik, 2001). Dit instrument heeft als doel een profiel in kaart te brengen van een patiënt om individuele behandeladviezen uit te kunnen brengen. Daarnaast kunnen de resultaten van de FP40 gebruikt worden voor onderzoeksdoeleinden (hierover

later meer). Brand en Nijman (2007) deden onderzoek naar twee lijsten van de FP40 en hun geschiktheid als behandel-evaluatie instrument. Zij vonden een verband tussen de dynamische factoren sociale vaardigheden, antisociaal gedrag op de afdeling, zelfredzaamheid en crimineel recidive. Ook blijkt 'coöperatief gedrag' en 'negatieve copingstijlen' geassocieerd te zijn met latere terugval in crimineel gedrag. Kortom het is duidelijk dat meerdere factoren gerelateerd zijn aan recidive. Deze factoren zullen dan ook in de behandeling centraal staan, met het doel de kans op recidive te verminderen.

Terugkomend op het risicomanagementmodel gaat het model er vanuit dat de behandeling in vijf verschillende fases zal verlopen. De eerste fase is die van observatie en diagnostiek, waarbij men een beeld gaat vormen van een patiënt om zo een individueel behandelplan op te stellen. Getting on board is de tweede fase waarin het doel centraal staat om de patiënt te motiveren voor behandeling en waarbij tevens de belemmerende factoren zo goed als mogelijk worden gestabiliseerd. Belemmerende factoren kunnen de voortgang in behandeling belemmeren. De derde fase is die van nieuw repertoire. De nadruk ligt hier op de behandeling van de algemene en situationele risicofactoren, bewustwording van welk gedrag tot recidive leidt. Ook leert de patiënt hoe het moet omgaan met zijn belemmerende factoren en worden de aanwezige beschermende factoren versterkt. Fase vier is het oefenen en verankeren van de nieuwe aangeleerde vaardigheden en inzichten. Hierbij krijgt men steeds meer verantwoordelijkheden. De laatste fase is die van ketenoverdracht en afsluiting. De patiënt nadert het einde van zijn tbs-behandeling en verblijft vaak al buiten de kliniek. Centraal staat hier terugvalpreventie en vroegsignaleren; het signaleren van risicovol gedrag en hier preventief op handelen. Als deze fase met succes afgesloten kan worden draagt de kliniek de verantwoordelijkheid van de patiënt over. De tbs-maatregel kan hierbij door de rechter worden opgeheven.

Het huidige onderzoek zal zich voornamelijk richten op de eerste twee jaar van de tbs-behandeling. In die periode is er voornamelijk sprake van de tweede fase waarin patiënten worden gemotiveerd voor de behandeling en de belemmerende factoren zo goed als mogelijk worden gestabiliseerd.

Responsiviteitsprincipe

Voor een succesvolle behandeling is het responsiviteitsprincipe van groot belang. Volgens het concept van het risicomanagementmodel (Lucker, et al., 2010) moet de behandeling aangepast worden aan de (voor de behandeling) belemmerende factoren, zoals het psychiatrisch toestandbeeld. Te denken valt onder andere aan een allochtone achtergrond, zwakbegaafdheid en aanwezige persoonlijkheidsproblematiek. De behandeling dient hierbij in te spelen opdat patiënten met dergelijke problemen op een zo efficiënt mogelijke manier van hun behandeling kunnen profiteren. Hiermee wordt bedoeld dat de mogelijkheid tot leren zo optimaal mogelijk is.

Allochtone achtergrond

Uit prevalentie onderzoeken blijkt dat de samenleving steeds meer multicultureel wordt. Één op de vijf mensen in Nederland hebben een allochtone achtergrond en in sommige grote steden heeft zelfs de helft een allochtone achtergrond (Knipscheer, & Kleber, 2008). Het begrip allochtoon kan als volgt gedefinieerd worden: iemand mag tot allochtoon worden gerekend als tenminste één van diens ouders in het buitenland is geboren (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2004).

Ook de forensische psychiatrische populatie is multicultureel te noemen. Van Emmerik (intern rapport, 2001) deed onderzoek naar allochtonen met een tbs-maatregel. Naar voren kwam dat destijds ruim één derde van allochtone afkomst is. Meer recente cijfers over de allochtone achtergrond bij forensisch psychiatrische patiënten zijn bekend. Deze geven echter geen weergave volgens het begrip allochtoon, maar gaan alleen uit van het geboorteland van desbetreffende patiënten. Uit de peiling van 2009 is op te maken dat 73 procent geboren is in Nederland. Dit beeld is ten opzicht van 2005 ongeveer gelijk gebleven. Een deel is geboren in het buitenland en afkomstig uit landen als Nederlandse Antillen, Suriname, Marokko en Turkije (Dienst Justitiële Inrichtingen, 2010).

In Nederland is er weinig onderzoek gedaan naar de rol van allochtone achtergrond bij de behandeling van tbs-patiënten. Vanuit het oogpunt van het responsiviteitsprincipe stellen Rocher, Van Horn en Eisenberg (2009) dat het van belang is om de behandeling aan te laten sluiten bij de culturele achtergrond van patiënten. Echter wordt er geopperd dat etnische minderheden worden gediscrimineerd als het gaat om psychiatrische zorg (Sashidharan, 2001). Zo krijgen zij na een incident eerder dwangmedicatie toegediend en worden eerder naar een afzonderingsruimte gebracht (Gudjonsson, Rabe-Hesketh, & Szmulker, 2004). Ook komt naar voren dat zij minder tevreden zijn over hun behandeling (Leese, et al., 2006). Kortom geluiden dat etnische minderheden, in negatieve zin, anders worden behandeld.

Intelligentie

Sigurdsson, Gudjonsson en Peersen (2001) deden onderzoek naar cognitieve capaciteiten en persoonlijkheid bij jonge daders van delicten. Resultaten lieten zien dat diegene met lagere cognitieve capaciteiten, een lage scholing en tevens slecht gesocialiseerd en minder volgzzaam zijn een hoge kans hebben om te recidiveren. Intelligentie en een goede educatie worden gezien als beschermende factoren tegen recidive. Kratzer en Hodgins (1999) vonden dat mensen die vroeg in hun leven beginnen met het plegen van delicten en hier ook mee doorgaan, een lagere intelligentie hebben dan andere typen daders. Volgens Redondo, Sanchez-Meca en Garrido (1999) hebben zij een langere en meer intensieve vorm van behandeling nodig.

Persoonlijkheidsproblematiek

Zoals reeds eerder genoemd bij het concept van het risicomanagementmodel wordt persoonlijkheidspathologie meegenomen als belemmerende factor (Lucker, et al., 2010), waarmee rekening gehouden dient te worden tijdens de behandeling. Een persoonlijkheid is opgebouwd uit (persoonlijkheids) trekken. Deze trekken zijn duurzame patronen van waarnemen, omgaan met en denken over de omgeving van de eigen persoon (Eurlings-Bontekoe, Verheul & Schnellen, 2009). Wanneer deze trekken op een pathologische wijze aanwezig zijn, kan men spreken van een persoonlijkheidsstoornis. Om een persoonlijkheidsstoornis vast te stellen moet deze wel voldoen aan de classificatie volgens de Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR, American Psychiatric Association, 2004). Pathologische trekken hebben drie kenmerken. Allereerst wijkt de aanwezige trek af van de norm binnen de populatie waartoe de persoon behoort. Ze zijn vaak niet flexibel en moeilijk te veranderen, waardoor ze kunnen leiden tot sociale en functionele beperkingen. Daarnaast worden pathologische trekken door de persoon in kwestie als egosyntoon ervaren (Eurlings-Bontekoe, et al., 2009). Volgens de DSM-IV-TR classificatie zijn er drie clusters

met persoonlijkheidsstoornissen, te weten cluster A, B, C (American Psychiatric Association, 2004). In het cluster A vallen de stoornissen paranoïde-, schizoïde- en schizotypische persoonlijkheidsstoornis. Een antisociale persoonlijkheidsstoornis evenals een borderline-, theatrale- en narcistische persoonlijkheidsstoornis behoren toe tot cluster B. Cluster C bestaat uit de ontwijkende-, afhankelijke- en obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis. Naast de drie clusters bestaat er ook nog een restcategorie; een persoonlijkheidsstoornis Niet Anderszins Omschreven (NAO). Deze dient voor stoornissen in het persoonlijk functioneren die niet voldoen aan de criteria van één van de specifieke persoonlijkheidsstoornissen (American Psychiatric Association, 2004).

Gewelddelinquenten hebben overwegend een persoonlijkheidsstoornis uit het cluster B met antisociale, borderline, narcistische en theatrale kenmerken. Externalisatie is een veelvoorkomend kenmerk bij cluster B stoornissen; de oorzaak van problemen niet bij zichzelf zoeken, maar bij een ander, de omgeving of de maatschappij. Probleembesef is vaak niet aanwezig en mede hierdoor ontbreekt veelal de motivatie voor behandeling. Hoe ernstiger de problematiek, hoe minder de verbetering tijdens de behandeling. Ernstige psychopathologie vereist dan ook een behandeling die moet aansluiten op de specifieke problematiek van een patiënt (Greeven, in Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, 2008).

Totale behandelduur

Naast bovenstaande factoren is de totale behandelduur ook een mogelijk belemmerende factor in de behandeling. Er zijn patiënten die eerder in een andere tbs-kliniek zijn opgenomen, maar waar de behandeling stagneerde. In een tbs-kliniek bestaat de mogelijkheid om patiënten een tweede behandel poging te geven in een andere tbs-kliniek, wanneer patiënten niet van de huidige behandeling lijken te profiteren of als er te weinig behandelresultaat is geboekt (Vlachos, & De Hoop, 2007). De Jonge, Nijman en Lammers (2009) hebben onderzoek gedaan naar gedragsveranderingen onder tbs-patiënten in Nederland en keken hierbij naar de subgroepen nieuwe patiënten, oude patiënten en overgeplaatste patiënten. Zij vonden geen significant verschil, maar doen in hun discussie wel de aanbeveling om in vervolgonderzoek de groep van overgeplaatste patiënten nader te bestuderen. Dit daar zij, met enige voorzichtigheid, stellen dat deze groep patiënten het slechter lijken te doen qua gedragsverandering. Nijman, de Kruyk en van Nieuwenhuizen (2004) deden onderzoek naar de behandelvoortgang in de Kijvelanden, middels het evaluatie instrument REHAB (Rehabilitation Evaluation Hall And Baker). Vijf meetmomenten vonden plaats. Naar voren kwam dat tijdens de eerste drie meetmomenten er sprake was van een verbetering in gedrag. Tussen meting 1 en meting 3 zaten gemiddeld 434 dagen. Echter vanaf de derde meting vonden er geen significante verbeteringen plaats. Deze uitkomst zou mogelijk de speculaties van De Jonge, et al (2009) over gedragsverandering bij overgeplaatste patiënten, met een langere behandelduur, versterken.

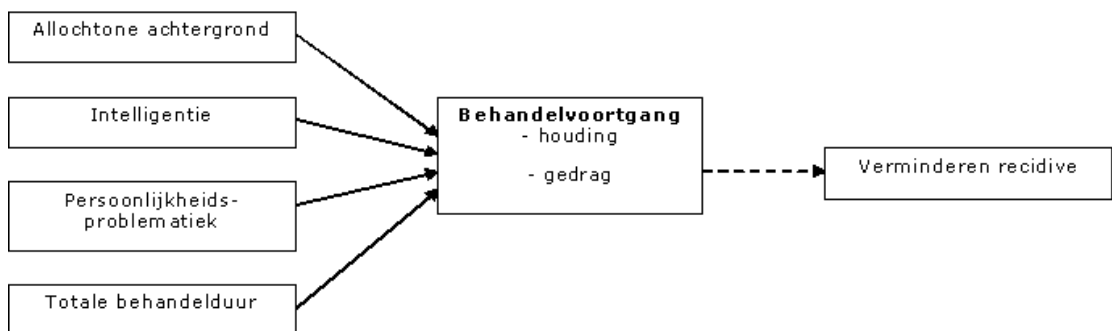
Het responsiviteitsprincipe blijkt een belangrijk onderdeel van een succesvolle behandeling. Echter is er weinig onderzoek gedaan naar bovenstaande individuele kenmerken (allochtone achtergrond, intelligentie, persoonlijkheidsproblematiek, totale behandelduur) in de Nederlandse forensische psychiatrie en hun rol bij de mogelijkheid tot leren van de behandeling. Daarom is het zinvol om

eens dieper in te gaan op de mogelijke rol die zij spelen in de behandelvoortgang van forensisch psychiatrische patiënten.

Onderzoeksvraag

De onderzoeksvraag luidt als volgt: Spelen individuele kenmerken een rol bij de behandelvoortgang van tbs-patiënten in de eerste twee jaar van hun behandeling in de kliniek?

Een conceptueel model is hierbij geschetst (zie figuur 1). Specifiek zal er gekeken worden naar de mogelijke invloed van de volgende individuele kenmerken: allochtone achtergrond, intelligentie, persoonlijkheidsproblematiek en de totale behandelduur op de behandelvoortgang. Vanuit gaand dat men leert doormiddel van de opeenvolging kennis-houding-gedrag, is gekozen om een tweedeling te maken in behandelvoortgang; houding en gedrag. Mogelijk kan dit ook vergeleken worden met de tweede fase van het risicomangementmodel, waar men gemotiveerd wordt voor de behandeling en belemmerende factoren zo goed als mogelijk worden gestabiliseerd, en de derde fase waarin nieuw gedrag wordt aangeleerd. Het uiteindelijke doel van het behandelen in een forensische psychiatrische centrum is de recidive te verminderen. Echter kan het niveau van recidive momenteel niet gemeten worden. Daarom wordt er in het huidige onderzoek vanuit gegaan dat wanneer men een positieve voortgang laat zien in de behandeling, het recidiverisico is verminderd.



Figuur 1. Conceptueel model: Allochtone achtergrond, intelligentie, persoonlijkheidsproblematiek en de totale behandelduur binnen de tbs zijn van invloed op de behandelvoortgang. Behandelvoortgang op zijn beurt heeft als doel de recidive te verminderen.

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden zal er gekeken worden naar de dynamische factoren van de FP40, die in verband staan met crimineel recidive. Onder houding vallen de factoren 'motivatie voor behandeling' (MOTF), 'contact: vertrouwen en openheid' (CVOP), 'ziektebesef en ziekte-inzicht' (INZB) en 'coöperatief gedrag' (COOP). En bij gedrag zal er gekeken worden naar de factoren 'sociale vaardigheden' (SOCV), 'antisociaal gedrag op de afdeling' (ASOC), 'zelfredzaamheid' (REDZ) en een 'negatieve coping' (COPN) (Brand, 2006).

Waarbij de volgende hypothesen getoetst worden:

1. Er is sprake van een positieve verandering in houding en gedrag binnen de eerste twee jaar van behandeling.
2. Patiënten met een lagere intelligentie leren minder snel, waardoor zij minder snel een verandering laten zien in houding en gedrag.
3. Mensen met een allochtone afkomst laten minder snel, dan autochtonen, een verandering zien.
4. Hoe ernstiger de persoonlijkheidsproblematiek, hoe minder de behandelvoortgang zal zijn.
5. De totale behandelduur van patiënten zal geen invloed hebben op de verandering in houding en gedrag.

Methoden

Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie is afkomstig uit een naturalistische setting en bestaat uit 65 mannelijke forensisch psychiatrische patiënten die vanaf 2006 zijn opgenomen in FPC de Oostvaarderskliniek. Van deze patiënten zijn er twee metingen van de FP40 profiellijsten (Brand, & Emmerik, 2001) beschikbaar, een 0- en een 1-meting. De 0-meting is verricht na de introductiefase. Dit is de fase na opname waar de eerste observaties en diagnostiek zijn uitgevoerd en het behandelplan is opgesteld. Tussen de 0-meting en 1-meting zit minder dan twee jaar tijd (alle metingen <23,5 maanden).

Tabel 1. Demografische gegevens; leeftijd in jaren tijdens het eerste meetmoment.

	n	M	Sd
Leeftijd	65	38.06	8.19

De leeftijd in de onderzoekspopulatie is lastig te vergelijken met de totale tbs-populatie. De reden hiervoor is dat in het huidige onderzoek gekeken wordt naar de leeftijd op het moment van de 0-meting. In de totale tbs wordt gekeken naar de gemiddelde leeftijd van patiënten met een tbs-maatregel in een specifiek jaar. Zo is te zien dat tussen 2005 en 2009 de gemiddelde leeftijd iets toegenomen is van 39 jaar naar 41 jaar (Dienst Justitiële Inrichtingen, 2010).

De huidige onderzoekspopulatie bestaat uit mannen. De totale tbs-populatie bestaat voor 94% uit mannen; een forse meerderheid (Dienst Justitiële Inrichtingen, 2010). De 6% vrouwen die in 2009 verblijven in tbs instellingen ontbreken in de onderzoeksgroep.

Als gekeken wordt naar de allochtone achtergrond valt op dat ruim twee derde van de onderzoekspopulatie autochtoon is. Als men deze gegevens probeert te vergelijken met de totale tbs-populatie is te zien dat veel cijfers die reeds bestaan niet voldoen aan de definitie allochtoon, zoals gesteld door het Centraal Bureau voor de Statistiek (2004). Hierdoor kan er een vertekend beeld optreden. Van Emmerik (2001) heeft gekeken naar de (etnische-) culturele achtergrond bij 1100 tbs-patiënten. Gebruik makend van de definitie allochtoon komt naar voren dat de groep autochtonen ook hier het grootst is (65%), gevolgd door Surinamers (11%), Antillianen (5%), Turken (6%) en Marokkanen (3%). Deze cijfers zijn ongeveer vergelijkbaar met die van het huidige onderzoek (zie tabel 2).

Het bleek helaas niet mogelijk om de onderzoekspopulatie verder te vergelijken met overeenkomende doelgroepen daar informatie over de intelligentie, totale behandelduur en ernst van de persoonlijkheidsproblematiek niet te verkrijgen was.

Tabel 2. Demografische gegevens (allochtone achtergrond)

	n	Percentage
Autochtonen	46	70.8
Allochtonen	19	29.2
Antillianen/Surinamers	8	12.3
Turken/Marokkanen	8	12.3
Overig	3	4.6
Totaal	65	100

Design

Het onderzoek heeft een longitudinaal prospectief design. De gegevens zijn (vanaf het jaar 2006) op prospectieve wijze verzameld.

Metingen en procedures

Behandelvoortgang: Meetinstrument (FP40 profiellijsten)

Om de behandelvoortgang te meten wordt er gebruik gemaakt van het meetinstrument FP40 profiellijsten van Brand en Van Emmerik (2001; 2006). De FP40 profiellijsten bestaan uit een tiental vragenlijsten. Deze vragenlijsten worden gekoppeld aan diagnostische rapporten of risicotaxaties. Dit is het moment dat de lijsten worden uitgezet door een onderzoeksassistent onder het personeel van het primaire proces (psychiaters, psychologen en sociotherapeuten). Voor elke beroepsgroep zijn er specifieke vragenlijsten ontwikkeld. Zo kan men een zo volledig mogelijk beeld krijgen van een patiënt en zijn behandelvoortgang. Hierbij dient nog vermeldt te worden dat de FP40 profiellijsten in eerste instantie uit diagnostisch en behandelend oogpunt worden ingevuld en niet direct voor onderzoeksdoeleinden dienen.

Psychiaters en psychologen dienen de vragenlijsten in te vullen aan de hand van het onderzoek dat zij uitgevoerd hebben bij een patiënt (diagnostiek of risicotaxatie). Sociotherapie vullen de vragenlijsten in wanneer desbetreffende onderzoeken zijn gedaan. Zij dienen deze vragenlijsten met minimaal twee sociotherapeuten in te vullen. Naderhand is gekeken hoe zij deze lijsten hebben ingevuld. Naar voren kwam dat zij de lijsten voornamelijk invulden op momenten dat er meerdere sociotherapeuten aanwezig waren, waarvan een persoonlijk begeleider van desbetreffende patiënt. De lijsten werden in consensus ingevuld. Consensus werd bereikt door uitgebreid te discussiëren over een onderwerp of voorbeelden aan te dragen.

Wanneer de vragenlijsten ingevuld zijn, kunnen er met de ingevulde scores schalen geconstrueerd worden. Deze schalen pogen verschillende aspecten te meten. Een aantal gaan over historische aspecten en een aantal gaan over dynamische aspecten.

Als gekeken wordt naar de psychometrische eigenschappen het meetinstrument komt naar voren dat de COTAN in 2007 een beoordeling heeft uitgebracht over de kwaliteiten van de FP40 profiellijsten. Over het geheel genomen is de kwaliteit van het instrument voldoende. Uitgangspunten bij testconstructie en de kwaliteit van de handleiding zijn als 'goed' beoordeeld. De kwaliteit van het testmateriaal, de normen, betrouwbaarheid en begripsvaliditeit hebben de beoordeling 'voldoende' gekregen. Alleen het criteriumvaliditeit is (nog) onvoldoende, omdat de COTAN de onderzoeksresultaten niet overtuigend vindt.

Behandelvoortgang: gegevensverzameling en inclusiecriteria

Er vinden vanaf 2006 tot heden verschillende metingen plaats (N=357). Gekeken werd hoeveel patiënten twee meetmomenten hebben gehad. Dat bleken er 74 te zijn. Om de reden dat de meetmomenten in tijd erg verschillen is er voor gekozen diegene mee te nemen die na binnenkomst in de kliniek, binnen twee jaar, twee FP40-metingen hebben gehad worden meegenomen in het onderzoek (N=65). De lijsten werden ingevuld wanneer een diagnostisch rapport werd opgesteld of een risicotaxatie werd gescoord. Hierdoor verschillen de meetmomenten bij elke patiënt. Om de ontwikkeling in de eerste fase van de behandeling te kunnen meten is er gekozen om het volgende inclusie criterium te hanteren: de tijd tussen de eerste meting (0-meting) en tweede meting (1-meting) moet minimaal tien maanden zijn, maar minder dan 24 maanden (zie tabel 3). Om die reden is er voor gekozen om diegene mee te nemen tot 23,5 maanden tijd tussen de 0-meting en 1-meting.

Tabel 3. Tijd tussen de eerste en tweede meting van de FP40 in maanden.

	n	Minimum	Maximum	M	Sd
Tijd tussen twee metingen	65	9.97	23.40	15.02	3.58

De geconstrueerde schalen die bij het huidige onderzoek gebruikt zullen worden zijn: sociale vaardigheden (SOCV), antisociaal gedrag op de afdeling (ASOC), zelfredzaamheid (REDZ), coöperatief gedrag (COOP) en negatieve coping (COPN) (Brand & Nijman, 2007). Daarnaast zal er ook gekeken worden naar de motivatie voor behandeling (MOTF), contact: vertrouwen en openheid (CVOP) en ziektebesef en ziekteinzicht (INZB) (Brand, 2006).

Het huidige onderzoek heeft een betrouwbaarheidsanalyse uitgevoerd over bovenstaande acht schalen en twee mogelijke gecomprimeerde schalen, ook wel houding en gedrag genoemd. Deze betrouwbaarheidsanalyse is uitgevoerd over alle aanwezige FP40-metingen vanaf 2006 (N=357), zie tabel 4.

Tabel 4. Betrouwbaarheidsanalyse voor de schalen ASOC, COPN, SOCV, REDZ, INZB, MOTF, COOP, CVOP en de gecombineerde schalen houding en gedrag (N=357).

	Cronbach's Alpha	N
Houding	.943	162
Gedrag	.937	31

Naar voren komt dat er bij elke schaal sprake is van een hoge interne consistentie. Om die reden zal het huidige onderzoek verder gaan met de twee gecombineerde schalen 'houding' en 'gedrag' als afhankelijke variabelen. De gecombineerde schaal 'houding' bestaat uit de schalen INZB, COOP, MOTF en CVOP. 'Gedrag' bestaat uit de schalen ASOC, COPN, SOCV en REDZ. Zij meten een deel van de behandelvoortgang tijdens de tbs-behandeling. Sommige patiënten zullen een positieve verandering laten zien, andere een negatieve of juist geen verandering. Om die reden zal er gekeken worden naar de gemiddelde verschilsscore van de eerste meting en de tweede meting op de schalen 'houding' en 'gedrag'.

Zoals eerder gezegd zijn alle schalen geconstrueerd doormiddel van de scores op de vragenlijsten van de FP40. Een schaal is opgebouwd uit de gemiddelde scores van de vragenlijstitems.

Het huidige onderzoek zal gebruik maken van twee gecombineerde schalen, waarbij gekeken zal worden naar de gemiddelde scores van de afzonderlijke schalen. Een inclusie criterium is dat men op minimaal drie van de vier schalen, van een gecombineerde schaal, een score dient te hebben. De scores zijn vergeleken met wanneer er voldaan moest worden aan minimaal vier schalen. Deze bleken niet anders te zijn. Wel anders was dat de onderzoekspopulatie aanzienlijk kleiner werd. Redenen hiervoor waren dat bijvoorbeeld bepaalde situaties niet van toepassing waren op een patiënt, waardoor er geen score kon worden toegekend. Dat had als gevolg dat een schaal niet geconstrueerd kon worden. Daarom is er voor gekozen om het inclusie criterium te handhaven dat er op minimaal drie van de vier schalen van een gecombineerde schaal een score dient te zijn. Dan nog voldoen bij de gecombineerde schaal houding vijf patiënten niet aan dit criterium en bij de gecombineerde schaal gedrag is dit één patiënt. Laatstgenoemde patiënt voldeed zowel bij houding als gedrag niet aan het inclusiecriterium, diegene is dan ook in dit stadium van het onderzoek uit de onderzoekspopulatie gehaald. Een onderzoekspopulatie van 64 tbs-patiënten wordt overgehouden.

Operationalisatie van de onafhankelijke variabelen

Naast deze afhankelijke variabelen wordt er in het onderzoek ook gekeken naar een viertal onafhankelijke variabelen, welke mogelijk een rol spelen in de behandelvoortgang: allochtone achtergrond, intelligentie, persoonlijkheidsproblematiek en de totale behandelduur.

Allochtone achtergrond

Bij allochtone achtergrond wordt er gebruik gemaakt van de definitie allochtoon van het CBS (2004): iemand mag tot allochtoon worden gerekend als tenminste één van diens ouders in het buitenland is geboren. Gegevens over geboorteland van de desbetreffende patiënt en diens ouders

worden opgehaald uit het databestand MITS (Monitor Informatie Terbeschikking Stelling). Wanneer een patiënt geboren is in het buitenland of minimaal één van diens ouders, dan wordt desbetreffende patiënt als allochtoon geclassificeerd.

Intelligentie

Voor het huidige onderzoek zal er gekeken worden de intelligentiescores (IQ-scores) van patiënten uit het laatste diagnostisch rapport aanwezig in de Oostvaarderskliniek. Deze scores zijn afkomstig uit diagnostische rapporten van de afdeling Diagnostiek & Monitoring van de Oostvaarderskliniek. Wanneer er in de Oostvaarderskliniek bij een patiënt geen intelligentietest is afgenomen, dan zal als mogelijk een intelligentiescore mee worden genomen uit eerdere rapporten. Deze eerdere rapporten kunnen opgesteld zijn door Pro Justitia rapporteurs of afkomstig zijn uit een voorgaande kliniek. Wel bestaat het verschil in gebruik van testmateriaal. De meeste patiënten (n=22) zijn destijds getest met de Wechsler Adult Intelligence Scale-III (Wechsler, 2004) anderen zijn getest met de Raven Progressive Matrices (Raven, 1996), en de Groninger Intelligentie Test-2 (Luteijn & Barelds, 2004). Er is gekeken naar de verdeling van deze verschillende IQ-scores. Het maakt geen verschil als er naar één specifieke test-score gekeken werd. Wel maakte dit in het aantal IQ-scores uit. Daarom is er voor gekozen om alle scores bij elkaar te nemen, zonder onderscheid in soort test.

In tabel 5 is te zien dat de gemiddelde intelligentie bij de onderzoekspopulatie ligt op een IQ-score van 95.68.

Tabel 5. Intelligentie scores (IQ-scores) bij de onderzoekspopulatie, gemeten met verschillende intellegentietesten.

	N	M	Sd
Intelligentie	55	95.68	14.46

Persoonlijkheidsproblematiek

Ook de ernst van persoonlijkheidsproblematiek is afkomstig uit diagnostische rapporten. Bij binnenkomst van de patiënt wordt er standaard diagnostiek uitgevoerd om te kijken welke behandeling een patiënt precies nodig heeft. Daarna wordt er standaard elke twee jaar een herhaling van diagnostiek uitgevoerd. Tevens kan een diagnostisch onderzoek op aanvraag van het hoofdbehandeling op een ander tijdstip worden herhaald. De persoonlijkheidsproblematiek die in dit onderzoek meegenomen is, is afkomstig uit het meest recente diagnostische rapport, volgens de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV-TR geclassificeerd (American Psychiatric Association, 2004). Een verdeling zal gemaakt worden in ernst van de persoonlijkheidsproblematiek, aan de hand van de HKT-30 (Werkgroep Risicotaxatie Forensische Psychiatrie, 2003). De HKT-30 (item H09) hanteert de volgende indeling:

Indeling item H09 van de HKT-30:

0. geen persoonlijkheidsproblematiek

1. er zijn trekken van een persoonlijkheidsstoornis aanwezig.

2. er is sprake van een persoonlijkheidsstoornis, maar geen persoonlijkheidsstoornis uit cluster B.

3. er is sprake van één of meer persoonlijkheidsstoornissen, waarvan één uit cluster B.

4. er is sprake van twee of meer persoonlijkheidsstoornissen; cluster B+B of cluster B+A.

Tabel 6. Ernst van de persoonlijkheidsstoornis problematiek aan de hand van de HKT-30.

Scoring in oplopende zin, waarbij 0=geen persoonlijkheidsstoornis, 1=persoonlijkheidsstrekken, 2=een persoonlijkheidsstoornis, geen cluster B, 3=één of meer persoonlijkheidsstoornissen, waarvan één uit cluster B, 4=twee persoonlijkheidsstoornissen, cluster B+B of cluster B+A.

	N	Percentage
0	4	6.3
1	2	3.1
2	23	35.9
3	27	42.2
4	3	4.7
Missing	5	7.8
Totaal	64	100

In tabel 6 is te zien dat de meerderheid van de patiënten (n=27) één of meer persoonlijkheidsstoornissen heeft, waarvan één uit cluster B. 23 van de patiënten hebben een persoonlijkheidsstoornis niet vallende in cluster B. Van vijf patiënten ontbreken exacte diagnostische gegevens om iets over de diagnose te kunnen zeggen. Slechts een vier patiënten hebben geen persoonlijkheidsstoornis.

Totale behandelduur

Tot slot wordt er gekeken naar de totale behandelduur van een patiënt in maanden. De totale behandelduur van patiënten binnen de Oostvaarderskliniek loopt uiteen. Er zijn patiënten die voor het eerst aan een tbs-behandeling beginnen. Anderen zijn al eens eerder behandeld in een tbs-kliniek, maar voldoende vorderingen bleven uit. Om die reden krijgen ze een volgende behandel poging in een andere tbs-kliniek.

Data-analyse

Advies over data-analyse is ingewonnen middels een consult van het departement Methoden en Technieken binnen de faculteit Sociale Wetenschappen van de Universiteit Utrecht.

De data-analyse zal uitgevoerd worden in het computerprogramma SPSS 17.0 (Statistical Package for the Social Science).

Allereerst zal er gekeken worden of er sprake is van een verandering in gedrag en houding. Hiervoor zal eerst gekeken worden of het huidige onderzoek voldoet aan de voorwaarden die

gesteld worden aan een gepaarde t-toets. Voorwaarden zijn dat er voldaan moet worden aan een interval/ratio niveau. Daarnaast moet er sprake zijn van een normale verdeling van de verschillen van houding en gedrag. Om te controleren of er sprake is van een normale verdeling zal er gebruik worden gemaakt van een de Kolmogorov-Smirnov toets.

Na voor deze voorwaarden gecontroleerd te hebben zal er een gepaarde t-toets uitgevoerd worden.

Vervolgens zullen de hypothesen getoetst worden:

1. Er is sprake van een positieve verandering in houding en gedrag binnen de eerste twee jaar van behandeling.
2. Patiënten met een lagere intelligentie leren minder snel, waardoor zij minder snel een verandering laten zien in houding en gedrag.
3. Mensen met een allochtone afkomst laten minder snel, dan autochtonen, een verandering zien.
4. Hoe ernstiger de persoonlijkheidsproblematiek, hoe minder de behandelvoortgang zal zijn.
5. De totale behandelduur van patiënten zal geen invloed hebben op de verandering in houding en gedrag.

Zij zullen worden getoetst aan de hand van een multiple regressie analyse, met een stepwise methode. De analyse zal voor zowel de verschillen houding als de verschillen gedrag worden uitgevoerd en zal er als volgt uitzien:

$$Y = (b_0 + b_1X_1 + b_2X_2 + b_3X_3) + \epsilon$$

Verschillen Houding =

(totale behandelduur + persoonlijkheidsproblematiek + intelligentie + allochtone achtergrond) + \epsilon

Verschillen Gedrag =

(totale behandelduur + persoonlijkheidsproblematiek + intelligentie + allochtone achtergrond) + \epsilon

Resultaten

Alvorens de hypothesen getoetst kunnen worden is gekeken of de verschillen van de schalen houding en gedrag voldeden aan de voorwaarden van een t-toets. Een voorwaarde is dat er sprake moet zijn van een normale verdeling van de verschillen. Dit is getoetst doormiddel van een Kolmogorov-Smirnov test (zie tabel 7).

Tabel 7. Normaliteitstoets, middels een Kolmogorov-Smirnov toets met Lilliefors significance correction.

	N	Statistics	p
Verschilscore Houding	60	.094	.200
Verschilscore Gedrag	64	.083	.200

* Lilliefors significance correction

Naar voren komt dat de verdeling van deze verschillen beide normaal verdeeld zijn ($p=.200$). Daarnaast wordt er ook voldaan aan de voorwaarde dat de scores van interval of ratio niveau moeten zijn.

Vervolgens wordt de eerste hypothese getoetst, te weten: er is sprake van een verandering van houding en gedrag in de eerste twee jaar van behandeling.

Deze hypothese wordt getoetst door middel van een gepaarde T-Toets (zie tabel 8).

Tabel 8. Gepaarde T-Toets.

	N	M	Sd	T	Df	p (1-tailed)
Paar 1 Houding 1	60	.18455	.30098	4.703	59	.000
Houding 0						
Paar 2 Gedrag 1	64	-.00173	.19405	-.071	63	.472
Gedrag 0						

Uit de resultaten blijkt dat er sprake is van een verandering op de schaal houding ($F(1:59)=-4.703$, $p<.05$). Op de schaal gedrag blijkt geen significante verandering te zijn ($F(1:63)=.071$, $p=.472$). Dat betekent dat in de eerste twee jaar van de behandeling patiënten wel een positieve vooruitgang laten zien in houding, maar in gedrag (nog) niet veel veranderen.

De hypothese kan daarom deels worden aangenomen.

Vervolgens worden de andere vier gestelde hypothesen getoetst door middel van een stepwise multiple regressie analyse (voor de partiële correlaties bij de regressie analyse zie tabel 9 en 10):

1. Mensen met een allochtone afkomst laten minder snel, dan autochtonen, een verandering zien in hun behandeling.
2. Patiënten met een lagere intelligentie leren minder snel, waardoor zij minder snel een verandering laten zien in hun behandeling.

3. Hoe forser de persoonlijkheidsproblematiek, hoe minder de behandelvoortgang zal zijn.
4. Patiënten met een langere totale behandelduur zullen een mindere vooruitgang laten zien in hun behandeling.

Tabel 9. Partiële correlatie bij de stepwise multiple regressie analyse voor de gecomprimeerde schaal houding ($Y = (b_0 + b_1X_1 + b_2X_2 + b_3X_3) + \varepsilon$)

	N	R	p (1-tailed)
Allochtone achtergrond	50	-.019	.448
Intelligentie	50	-.189	.094
Totale behandelduur	50	.123	.181
Persoonlijkheidsproblematiek	50	.205	.077

Tabel 10. Partiële correlatie bij de stepwise multiple regressie analyse voor de gecomprimeerde schaal gedrag ($Y = (b_0 + b_1X_1 + b_2X_2 + b_3X_3) + \varepsilon$)

	N	R	p (1-tailed)
Allochtone achtergrond	53	.062	.330
Intelligentie	53	.086	.269
Totale behandelduur	53	-.064	.325
Persoonlijkheidsproblematiek	53	.003	.491

Zoals in tabel 8 en 9 te zien is blijkt er geen significante samenhang te zijn tussen de onafhankelijke variabelen allochtone achtergrond, intelligentie, totale behandelingsduur en persoonlijkheidsproblematiek en de afhankelijke variabelen houding en gedrag. Om die reden worden de onafhankelijke variabelen niet meegenomen in een stepwise multiple regressie analyse. In deze partiële correlaties worden minder patiënten meegenomen dan de totale onderzoekspopulatie (N=64). Daar zijn een aantal redenen voor. Ten eerste bleken een aantal schalen niet volledig ingevuld waardoor desbetreffende patiënt niet meegenomen kon worden in de analyse. Voor de gecomprimeerde schaal 'houding' betekende dit dat één patiënt niet meegenomen kon worden. Voor de gecomprimeerde schaal 'gedrag' waren dit vijf patiënten. Ten tweede waren de intelligentie scores niet volledig. Bij negen patiënten ontbraken deze scores. Om deze redenen werden bij de gecomprimeerde schaal houding 50 patiënten meegenomen in de partiële correlaties en bij de gecomprimeerde schaal gedrag 53 patiënten.

Naar aanleiding van de stepwise regressie analyse kan geconcludeerd worden dat de hypothesen, gesteld over allochtone achtergrond, intelligentie en persoonlijkheidsproblematiek, worden verworpen. De hypothese dat de totale behandelduur geen invloed heeft op de behandelvoortgang wordt aangenomen.

Partiële correlaties bij de gecomprimeerde schaal houding

Als er meer specifiek gekeken wordt naar de partiële correlaties (tabel 9 en 10) is te zien dat, ondanks dat er geen significante resultaten zijn, er wel sprake is van correlaties tussen de gecomprimeerde schaal houding en een aantal individuele kenmerken. Omdat er geen sprake is van significante resultaten moeten deze met voorzichtigheid geïnterpreteerd worden.

Zo bestaat er een negatieve correlatie tussen houding en intelligentie ($r = -.189$, $p = .094$). Dat betekent dat hoe hoger de intelligentie, hoe minder snel men verandert in houding. Opmerkelijk daar de gestelde hypothese er vanuit gaat dat mensen met een lagere intelligentie minder snel zouden leren, waardoor zij minder snel een verandering zouden laten zien in hun behandeling.

Naast deze opmerkelijke negatieve correlaties tussen houding en intelligentie bestaan er ook (positieve) correlaties tussen totale behandelduur en houding ($r = .123$, $p = .181$) en persoonlijkheidsproblematiek en houding ($r = .205$, $p = .077$).

Verdieping op de verandering in houding

Nu blijkt dat patiënten in de eerste twee jaar van behandeling veranderen in houding wordt nieuwsgierigheid gewekt welke schalen van de gecomprimeerde schaal houding het meest veranderen (zie tabel 11).

Tabel 11. Correlaties van de verschilscore houding en de verschilscore van de schalen motivatie (MOTF), contact vertrouwen en openheid (CVOP), ziekte inzicht en besef (INZB) en coöperatief gedrag (COOP).

	Houding	P	N
MOTF	.858**	.000	60
CVOP	.664**	.000	60
INZB	.800**	.000	51
COOP	.379**	.003	60

** $p < .01$ (2-zijdig getoetst)

Uit de tabel komt naar voren dat alle schalen correleren met houding. Zij zijn alle van invloed op de verandering van houding tijdens de tbs-behandeling. Te zien is dat de schalen 'motivatie' en 'ziekte inzicht en besef' het meest correleren. Van causaliteit mag officieel niet gesproken worden daar het gaat om correlaties. Toch wordt met enige voorzichtig gesteld dat als men meer gemotiveerd is en er sprake is van inzicht of besef in het ziektebeeld ziekte er meer vooruitgang wordt geboekt tijdens de behandeling.

Discussie

Actueel thema

Behandeldirecteuren van forensische centra en klinieken willen de behandeling van terbeschikkinggestelde patiënten verkorten (Verwaaijen & Polak, 2010). Zo zou onder andere een begeleid verlof al binnen twaalf maanden na opname moeten worden aangevraagd bij het Ministerie van Justitie. De behandeling van forensisch psychiatrische patiënten is namelijk erg duur en de behandeling moet daarom ook zo kort en efficiënt mogelijk zijn. De psychiatrische stoornissen van deze patiënten zijn niet te genezen, maar wel te behandelen. De comorbiditeit is vaak hoog bij deze patiënten wat de behandeling intensief en tijdrovend maakt. Een vraag die hierbij naar boven komt is de vraag of men er verstandig aan doet om die intramurale fase te willen verkorten. Is het recidiverisico dan al tot een acceptabel niveau gedaald?

Behandelvoortgang

Longitudinaal onderzoek naar de behandelvoortgang van forensisch psychiatrische patiënten ontbreekt om hier een concreet antwoord op te kunnen geven. In een tweetal studies (De Jonge et al., 2009; Nijman et al., 2004) werd de gedragsverandering over een beperkt tijdsbestek onderzocht. De Jonge et al. (2009) concludeerden dat dynamische factoren significant veranderden tijdens de behandeling. Nijman et al. (2004) vonden dat na hun derde meting, na gemiddeld 434 dagen, er nauwelijks nog sprake was van verandering in het algemene gedrag.

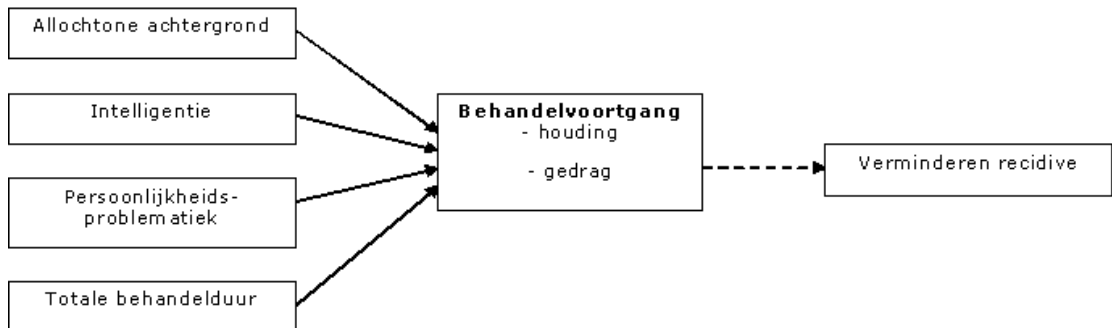
Om meer concreet over gedragsverandering te spreken is er voor het huidige onderzoek gekozen om een onderscheid te maken in houding en gedrag. Zowel houding als gedrag zijn gecompliceerde dynamische schalen. Uit het huidige onderzoek komt naar voren dat in ongeveer de eerste twee jaar van een tbs-behandeling er wel sprake is van een positieve verandering, maar die verandering vindt niet plaats op alle fronten. Tbs-patiënten veranderen wel in houding, maar het gedrag zelf is dan nog niet substantieel veranderd. Deze uitkomst kan de overgang van de tweede naar de derde fase in het risicomangementmodel ondersteunen. In de tweede fase staat het motiveren en stabiliseren van de belemmerende factoren centraal, terwijl in de derde fase nieuw gedrag wordt aangeleerd (Lucker, et al., 2010). Mogelijk verandert het gedrag pas in een later stadium van de behandeling. Terwijl Nijman et al. (2004) vond dat in de eerste fases van behandeling juist de meeste voortgang waarneembaar is. Naarmate de tijd verstrijkt is er steeds minder verandering zichtbaar.

Responsiviteitsprincipe

Naast de vooruitgang van het gedrag staat in het huidige onderzoek tevens het responsiviteitsprincipe centraal. Van meerdere kanten komen er geluiden dat een behandeling moet aansluiten op de individuele patiënt (Eurelings-Bontekoe et al., 2009; Rocher et al., 2009), zodat iedere patiënt zo optimaal mogelijk van een behandeling kan profiteren. Gesteld wordt dan ook dat een tbs-behandeling niet langer dan nodig, maar ook niet korter dan noodzakelijk moet zijn (Lucker, et al., 2010).

Het responsiviteitsprincipe speelt dan ook een belangrijke rol in de behandeling van patiënten (Oostvaarderskliniek, 2007). Daarom zijn er een aantal individuele kenmerken meegenomen in het onderzoek welke mogelijk van invloed zijn in de behandeling; allochtone achtergrond, intelligentie,

persoonlijkheidsproblematiek en de totale behandelduur. In het huidige onderzoek is daarom ook een conceptueel model ontwikkeld om mogelijke invloeden weer te geven (zie figuur 2).



Figuur 2. Conceptueel model: Allochtone achtergrond, intelligentie, persoonlijkheidsproblematiek en de totale behandelduur binnen de tbs zijn van invloed op de behandelvoortgang. Behandelvoortgang op zijn beurt heeft als doel de recidive te verminderen.

Deze individuele kenmerken blijken in de eerste fase van de tbs-behandeling echter geen invloed uit te oefenen op de behandelvoortgang in de eerste paar jaar van de behandeling.

Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat de behandeling reeds aansluit bij de individuele kenmerken. Dat lijkt een wel heel simpele verklaring en het zou wellicht eerder een toevalstreffer zijn als daadwerkelijk blijkt dat de behandeling in de Oostvaarderskliniek in één keer exact past bij desbetreffende patiënt.

Toch zijn er wel (kleine) verbanden te zien tussen een aantal individuele kenmerken en houding. Mogelijk doordat er in houding reeds een verandering is opgetreden en bij gedrag (nog) niet. Zo is onder andere op te merken dat er sprake is van een negatief verband tussen intelligentie en houding. Dit is opvallend daar onderzoeken juist suggereren dat diegene met lagere cognitieve capaciteiten een hoge kans hebben om te recidiveren (Sigurdsson, et al., 2001) en juist een hogere intelligentie en een goede educatie worden gezien als beschermende factor tegen recidive. Wellicht is dit mogelijk daar de intelligentie-scores niet op eenduidige wijze zijn verkregen. De scores zelf zijn alle afkomstig uit diagnostische rapporten van de afdeling Diagnostiek & Monitoring van de Oostvaarderskliniek of uit Pro Justitia rapportages. Een verschil is echter dat niet altijd dezelfde intelligentietest is gebruikt om het niveau van intelligentie te bepalen. Een veel gebruikte en goed beoordeelde intelligentietest is de WAIS-III (Wechsler, 2004), maar deze is in slechts 29 gevallen gebruikt. Mogelijk heeft dit een vertekend beeld gegeven van de daadwerkelijke intelligentiescores.

Naast intelligentie is er ook een verband aanwezig tussen persoonlijkheidsproblematiek en houding. Volgens Greeven (in: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, 2008) is het bij ernstige psychopathologie vereist dat de behandeling dient aan te sluiten bij de problematiek van desbetreffende patiënt.

Tot slot is er een verband te zien tussen de totale behandelduur en houding. Deze is echter zo klein dat hier nauwelijks over gesproken mag worden. Het feit dat de totale behandelduur geen tot nauwelijks invloed heeft op de behandelvoortgang komt dan ook overeen met de resultaten uit eerder onderzoek (De Jonge, Nijman & Lammers, 2009).

Beperkingen van het onderzoek

Naast het feit dat een prospectief onderzoek naar behandelvoortgang van forensisch psychiatrische patiënten vernieuwend is en mogelijk nieuwe inzichten kan geven over de behandeling, zijn er ook een aantal praktische zaken die het huidige onderzoek hebben bemoeilijkt.

Allereerst is het onderzoek uitgevoerd in een naturalistische setting. Aan de ene kant is dit een goed punt daar men zo een puur beeld kan vormen over de daadwerkelijke behandeling. Aan de andere kant echter betekent het dat de gegevensverzameling niet altijd exact gaat zoals men zou willen. Het huidige onderzoek heeft helaas een kleine onderzoekspopulatie (N=64). Sommige patiënten zijn tijdens hun behandeling overgeplaatst naar andere forensische centra. Met als gevolg dat meerdere FP40-metingen van hun ontbreken. Daarnaast wordt er van de medewerkers van de Oostvaarderskliniek veel medewerking gevraagd. Zij zijn diegenen die de vragenlijsten invullen. Om verschillende redenen zou het kunnen dat een aantal vragen niet ingevuld worden. Hierdoor konden sommige schaalscores niet berekend worden, waardoor deze niet meegenomen konden worden in het onderzoek. Een punt van aandacht hierbij is dat de gegevensverzameling gedaan is in het kader van diagnostiek en niet specifiek voor het onderzoek. De vragenlijsten werden dan ook ingevuld ten tijde van een diagnostisch onderzoek of een risicotaxatie. Als deze om wat voor redenen dan ook niet uitgevoerd konden worden, wordt de vragenlijst ook niet ingevuld.

Door de naturalistische setting heeft men ook geen controle over de onafhankelijke factoren waar men naar wil kijken. Zoals de mogelijke beperking bij de reeds eerder beschreven intelligentiescore. Daarnaast is de onderzoekspopulatie wat betreft persoonlijkheidsproblematiek mogelijk te homogeen om te onderzoeken, ook al is er een verdeling gemaakt in ernst van de problematiek gebaseerd op de indeling van de HKT-30 (Werkgroep Risicotaxaties Forensische Psychiatrie, 2003). Als men dieper kijkt naar de problematiek valt op dat het merendeel van de onderzoekspopulatie een persoonlijkheidsstoornis of trekken heeft uit het cluster B. Wanneer er sprake is van een persoonlijkheidsstoornis NAO is het vaak gediagnosticeerd met kenmerken vanuit het cluster B. Ook al is er een verschil in ernst, het blijven dezelfde soort kenmerken.

Implicaties voor vervolg onderzoek

Wanneer gekeken wordt naar implicaties voor verder onderzoek is het van belang om meer onderzoek te doen naar de behandelvoortgang op een longitudinale wijze. Het huidige onderzoek heeft alleen gekeken naar hoe patiënten veranderen in de eerste fase van behandeling. De behandeldirecteuren deden in hun notitie uitspraken over de gehele behandeling. Een longitudinaal onderzoek, over de gehele tbs-behandeling, met meer herhaalde metingen wordt dan ook aanbevolen om een beter en breder beeld te krijgen van de gehele behandeling.

Zoals hierboven reeds opgemerkt wordt is het ook van belang om alle gegevens die men wil onderzoeken op een eenduidige manier verzamelt dienen te worden. Zodat het beeld wat ontstaat zo min mogelijk gekleurd wordt door verschillende meetmethodes en visies van mensen.

Tevens is het van belang om duidelijke richtlijnen te bepalen wanneer een patiënt op een verantwoorde manier kan oefenen in de maatschappij, zodat zoveel mogelijk ernstige incidenten uitblijven.

Conclusie

Terugkomend op de onderzoeksvraag kan er geconcludeerd worden dat in de eerste twee jaren van behandeling individuele kenmerken nauwelijks van invloed zijn op de behandelvoortgang. Er is wel sprake van een behandelvoortgang in houding van patiënten. Een specifieke behandeling die aansluit op de aanwezige problematiek is dan ook van belang (Greeven, in Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, 2008), wat maakt dat een tbs-behandeling zinvol is. Echter is twee jaar tijd nog te kort om uitspraken te doen over de veranderbaarheid van het gedrag. Daarom is het belangrijk om meer longitudinaal prospectief onderzoek te doen naar de behandelvoortgang van forensisch psychiatrische patiënten, voordat men adviezen over het verkorten van de tbs-behandeling in praktijk brengt.

Referentielijst

- American Psychiatric Association. (2007). *Beknopte handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM-IV-TR*. Amsterdam: Harcourt Assessment BV.
- Bonta, J., & Andrews, D.A. (2007). Risk-Need-Responsivity Model for Offender Assessment and Rehabilitation. *Rehabilitation*.
- Bonta, J., Law, M., & Hanson, K. (1998). The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 123, 123-142.
- Brand, E.F.J.M., & Emmerik, van, J.L. (2001). *Handboek Forensisch Psychiatrische Profielen. Handleiding FP40*. Den Haag: Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen, afdeling Informatieanalyse en Documentatie.
- Brand, E.F.J.M., & Emmerik, van, J.L. (2006). *Handleiding Forensische Profiel Lijsten FP40 v2006*. Opmeer drukkerij BV: Den Haag.
- Brand, E.F.J.M. & Gemmert, van, A.A. (2009). *Toenemende verblijfsduur in de tbs. De ontwikkeling van de gemiddelde duur in de laatste 20 jaar*. Den Haag: Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen
- Brand, E.F.J.M., & Nijman, H. (2007). Risicotaxatie en behandelevaaluatie met twee forensische observatielijsten. *Tijdschrift voor de psychiatrie*, 4, 221-232.
- Brand, E.F.J.M., & Van den Hurk, A.A. (2008). *Tien jaargangen PIJ-ers, kenmerken en veranderingen*. Den Haag: Koninklijke De Swart.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2004). *Allochtonen in Nederland*. Voorburg/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Dienst Justitiële Inrichtingen (2010). *TBS in getal 2005-2009*. Den Haag: Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen.
- Douglas, K.S., & Skeem, J.L. (2005). Violence risk assessment: Getting Specific About Being Dynamic. *Psychology, Public Policy, and Law*, 11, 347-383.
- Emmerik, van, J.L. (2001). *Intern rapport: Allochtonen en TBS*. Utrecht/Amsterdam: TBS-kliniek Flevo Future.
- Eurlings-Bontekoe, E.H.M., Verheul, R., & Schnellen, W.M. (2009). *Handboek persoonlijkheidspathologie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Expertisecentrum Forensische Psychiatrie. (2008). *Persoonlijkheidsstoornissen. Landelijk Zorgprogramma voor forensische psychiatrische patiënten met persoonlijkheidsstoornissen*. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.
- Feldbrugge, J. (2007). *Wat iedere Nederlander zou moeten weten over de TBS. Geschiedenis, achtergronden en werkwijze van een uniek systeem*. Nijmegen: Uitgeverij Valkhof Pers
- Gendreau, P., Little, T., & Goggin, C. (1996). Meta-analysis of the predictors of adult offender recidivism: what works. *Criminology*, 34, 575-607.
- Gudjonsson, G.H., Rabe-Hesketh, S., & Szmukler, G. (2004). Management of psychiatric in-patient violence: patient ethnicity and use of medication, restraint and seclusion. *British Journal of Psychiatry*, 184, 258-262.
- Luteijn, F., & Barelds, D.P.F. (2004). *GIT2. Groninger Intelligentie Test-2*. Amsterdam: Pearson.
- Hanson, R.K., & Harris, A.J.R. (2000). Where should we intervene? Dynamic predictors of sexual offense recidivism. *Criminal Justice and Behavior*, 27, 6-36.
- Jonge, de, E., Nijman, H.L.I., & Lammers, S.M.M. (2009). Gedragsveranderingen tijdens tbs

- behandeling: een multicenteronderzoek. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 51, 205-215
- Knipscheer, J., & Kleber, R. (2008). *Psychologie en de multiculturele samenleving*. Den Haag: Boom Onderwijs.
- Kratzer, L., & Hodgins, S. (1999). A typology of offenders: a test of Moffitt's theory among males and females from childhood to age 30. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 9, 57-73.
- Leese, M., Thornicroft, G., Shawn, J., Thomas, S., Mohan, R., Harty, M.A., & Dolan, M. (2006). Ethnic differences in prediction of violence risk with the HCR-20 among psychiatric inpatients. *Psychiatric Services*, 56, 711-716.
- Lucker, T.P.C., Bruggeman, F.M.J., Kristensen, P., & Hochstenbach, J. (2010). Tbs-behandeling: niet langer dan nodig, niet korter dan noodzakelijk. *GZ-psychologie*, 6, 26-35.
- McNiel, D.E., Eisner, J.P., & Binder, R.L. (2003). The relationship between aggressive attributional style and violence by psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 399-403.
- Nijman, H., Kruyk, de, C., & Nieuwenhuizen, van, C.H. (2004). Gedragsveranderingen tijdens de tbs-behandeling. *Tijdschrift voor de psychiatrie*, 44, 339-344.
- Oostvaarderskliniek (2007). *Met zorg behandeld. Behandelvisie*. Almere: FPC de Oostvaarderskliniek.
- Raven, J.C. (1996). *Standard Progressive Matrices sets A, B, C, D & E*. Oxford: Oxford Psychologist Press.
- Redondo, S., Sanchez-Meca, J., & Garrido, V. (1999). The influence of treatment programmes on the recidivism of juvenile and adult offenders: An European meta-analytic review. *Psychology, Crime & Law*, 5, 251-278.
- Rocher, M., Van Horn, J., & Eisenberg, M. (2009). Transcultureel werken: Hoe multicultureel is De Waag? *De Waag 'News Flash', informatie over onderzoek & risicotaxatie*, 1-4.
- Sashidharan, S.P. (2001). Institutional racism in British psychiatry. *Psychiatry Bulletin*, 25, 244-247.
- Sigurdsson, J.F., Gudjonsson, G.H., & Peersen, M. (2001). Differences in the cognitive ability and personality of desisters and re-offenders: a prospective study among young offenders. *Psychology, Crime & Law*, 7, 33-43.
- Tweede Kamer der Staten-Generaal (2006). *Parlementair onderzoek TBS*. 's-Gravenhage: Sdu Uitgevers.
- Verwaaijen, S., & Polak, M. (2010). *Forensische zorg in perspectief. Een inhoudelijke toekomstvisie op forensische zorg*.
- Vlachos, S., & De Hoop, W. (2007). Het behandelverloop van seksueel delinquenten in een tbs kliniek. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 31, 73-79.
- Wechsler, D. (2004). *Wechsler Adult Intelligence Scale-III; Nederlandstalige bewerking, 4^e druk*. Amsterdam: Harcourt Assessment BV.
- Werkgroep Risicotaxatie Forensische Psychiatrie (2003). Handleiding HKT-30, versie 2002. Risicotaxatie in de forensische psychiatrie. Den Haag: Dienst Justitiële Inrichtingen.