

Risicotaxatie

Dick Oppedijk *

Inleiding

Risicotaxatie is het inschatten van de grootte van het risico dat een patiënt in de toekomst (opnieuw) gewelddadig gedrag gaat vertonen van bepaalde aard en omvang. Deze benadering heeft internationaal en ook nationaal de laatste jaren aan betekenis gewonnen. Geleidelijk aan is er een verschuiving opgetreden van de rol van de clinicus bij het inschatten van het recidiverisico naar die van de actuaris/ wetenschappelijk onderzoeker, die op grond van lijsten met relevante factoren een inschatting maakt. De inschatting van de clinicus (psycholoog, psychiater) is immers, zo werd vaak gezegd, nauwelijks beter dan die van een leek of die op grond van het toeval. De actuariële inschatting – risicotaxatie op grond van kansberekening, toegepast op een lijst van relevante factoren – is iets beter dan die van de clinicus. Dit riep de vraag op hoe het zou zijn als we de indruk van de clinicus en die van de actuaris / onderzoeker aan elkaar koppelen? Zo hebben wij de mogelijkheid van een klinisch oordeel, van een actuariel oordeel en van een combinatie van beide in een structureel klinisch oordeel. Deze drie vormen zullen in de loop van dit artikel ter sprake komen. De opbouw is als volgt. Aan de orde zullen komen: ethische aspecten, het huidige strafrechtelijke klimaat, en enkele veel gebruikte meetinstrumenten, nieuwe ontwikkelingen hierbij, het begrip psychopathie, en inhoudelijke aandachtspunten die bij de psychopathie en risicotaxatie een rol spelen.

Ethische en strafrechtelijke overwegingen

In de forensische psychiatrie speelt de beslissing om iemand al dan niet in vrijheid te stellen een centrale rol. Daarbij moeten belangen worden afgewogen. Voor het individu is het weer krijgen van vrijheid een duidelijk belang.

* Dick Oppedijk is geneesheer-directeur van de Rijks TBS-inrichting Veldzicht te Balkbrug.

Voor de maatschappij is het overwegende belang dat recidive voorkomen wordt. In de beoordeling kunnen twee typen fouten worden onderscheiden: ten onrechte in vrijheid stellen of het ten onrechte vrijheid onthouden.

Welke rol spelen de risicotaxatieschalen bij het afwegen van de belangen van het individu en die van de maatschappij, bij het geven van vrijheden? Hoe om te gaan met de dilemma's die inherent zijn aan het toepassen van kennis uit het verleden bij actuele beslissingen? Gaat het hierbij alleen om het al dan niet beperken van iemands vrijheid of ook om het ondersteuning bieden aan de zorg? De vraag is bovendien welke van de twee fouten ernstiger is. Wanneer om een geval van recidive te voorkomen tien mensen ten onrechte langer worden vastgehouden, is het voor discussie vatbaar of dit acceptabel is. Daarbij moet bedacht worden dat 100% veiligheid niet te garanderen is. Het gebruik van risicoschalen kan dan bij het publiek tot de onjuiste veronderstelling leiden dat alles onder controle is. Aangezien het publiek daarbij in eerste instantie denkt aan het onterecht vrijlaten, is het gevaar niet denkbeeldig dat om de effectiviteit van de schalen te ondersteunen een meer restrictief beleid zal worden gevoerd. Het belang van het voorkomen van recidive gaat dan het zwaarst wegen. Het gebruik van risicoschalen kan problematisch zijn omdat het ertoe kan leiden dat hulpverleners de dubbelzinnigheid van de situatie uit het oog verliezen en de beslissing presenteren als objectief en waarde vrij. De afwegingen zijn echter nooit helemaal rationeel te rechtvaardigen.

Hulpverleners benadrukken dat men enerzijds het gevaar moet beoordelen in het licht van vroegere gedragingen van de persoon, anderzijds geven ze ook aan dat men mensen ook een nieuwe kans moet geven. Als men voor één kant van het dilemma kiest, dan moet men op de een of ander wijze laten blijken dan men schuldig is aan het niet kiezen van het alternatief.

In de afgelopen tien jaren is de strafrechterlijke cultuur drastisch gewijzigd. In deze zin liet onder ander Buruma¹ zich uit. De waarden en normen binnen de strafrechtketen zijn verschoven van een dadergericht correctieperspectief naar een veiligheidsgericht controle perspectief. Ook heeft het rehabilitatie-ideaal van de jaren tachtig aan vertrouwen ingeboet. De verandering in het strafrechtelijk denken na 1985 is te schetsen met drie trefwoorden: uniformiteit, efficiëntie en gevolggerichtheid. Daar komt bij dat de verhalen van de slachtoffers een grotere betekenis hebben gekregen. De mensen willen dat het risico om slachtoffer te worden, wordt beperkt.

In het nieuwe risicodenken zijn mensen, verdachten en delinquenten, primair object en onbetrouwbare vertellers over hun eigen leven. De reclassering is dan ook steeds meer gericht op taken waarbij het element van dwang zwaar

¹ Y.Buruma, Sanctionering een autonome beslissing van de rechter? in: *Diversiteit van sanctionering*, (K.Lünnemann e.a. red.), Gouda Quint, 2001.

weegt. In het bijzonder kan gedacht worden aan de taakstraffen, het elektronisch toezicht en ook aan de keuze om alleen nog te willen werken met gemotiveerden.

De rechter kan vergeldingsgericht, dus terugkijkend, werken of risicogericht, dus toekomst voorspellend. Rechters laten zich daarbij in grote mate leiden door de adviezen van deskundigen. Slechts op 2 à 5 % van de ingediende vorderingen van het Openbaar Ministerie tot verlenging TBS beslist de rechter tegen het advies in tot beëindiging. Concluderend kan men stellen: veiligheid weegt zwaarder dan resocialisatie. Juist omdat het belang van de veroordeelde maatschappelijk gezien niet meer voorop staat, moet de rechter meer verantwoordelijkheid nemen.

Veel gebruikte meetinstrumenten

Het inschatten van gevaarlijkheid is een kerncompetentie van de gezondheidszorg medewerker in het algemeen en van de werker in de in de forensische setting in het bijzonder. Het klinisch oordeel is moeilijk, zo bleek al. Enkele onderzoeksresultaten maken dit duidelijk. Zo beweerde Monahan² in 1981 dat een psychiater of psycholoog in een van de drie gevallen een goede voorspelling doet. Sepajek onderzocht recidives. 39 % van de verdachten die als medium tot hoog gevaarlijk werden beoordeeld, recidiveerden. In tegenstelling tot 26 % van de verdachten die als laag gevaarlijk werden beoordeeld. Dat was een significant verschil. Lidz in 1993 deed ook onderzoek. 53 % van de mensen die ingeschat werden als gevaarlijk, toonden dat gedrag ook binnen zes maanden. In tegenstelling tot 36 % van de mensen die niet ingeschat werden als gevaarlijk, maar het toch toonden binnen zes maanden. Clinici zijn meer accuraat naar mannen toe, dan naar vrouwen toe. Naar vrouwen toe komen de clinici niet boven het kansniveau uit. Met betrekking tot het klinische besluitvormingsproces valt het volgende nog op te merken. Hoog correleren met het klinisch oordeel de irritabiliteit en de impulsiviteit. Matig geassocieerd met het klinisch oordeel zijn formele denkstoornissen, stoornissen in de denkinhoud en expansiviteit. Zwak maar nog steeds significant zijn een correlatie met oordeelsstoornis, vreemd gedrag en niet passend affect. Menzies en Webster onderzochten dit klinische beslissingsproces. Belangrijk blijken te zijn: eerder gemeld alcoholgebruik, patronen van boosheid en woede, het onaangenaam zijn en het gespannen zijn. Om tot een grotere betrouwbaarheid te komen werden in het afgelopen decennium verschillende schalen of meetinstrumenten ontwikkeld. In Canada

² J.Monahan e.a., *Rethinking Risk Assessment*, Oxford University Press, 2001.

werd vanaf 1993 de 'violence risk appraisal guide' ontwikkeld (VRAG), welke bestaat uit twaalf variabelen, inclusief de 'psychopathy checklist revised' (PCL-R). Douglas en Webster ontwikkelden in 1999 de HCR-20 (historical clinical risk). Dit is een scoringslijst met twintig onderwerpen: tien historische items, vijf klinische items en vijf op de toekomst gerichte items. De historische items hebben betrekking op het verleden en zijn dan ook niet veranderlijk (zoals eerder toegepast geweld). De klinische onderwerpen betreffen het toestandbeeld of de persoonlijkheidskenmerken, de toekomstgerichte onderwerpen hebben betrekking op de situatie waarin de verdachte zal komen te verkeren (zoals de aanwezigheid van werk, van een gezin, sociaal netwerk). In Nederland ontwierpen we de HKT-30, waarop geen twintig maar dertig onderwerpen voorkomen volgens dezelfde onderverdeling.

Moeten de actuariële methode en de klinische methode elkaar aanvullen bij de risicotaxatie? Er zijn deskundigen zoals Quinsey die, na dit aanvankelijk ook te hebben beweerd, van mening zijn veranderd: de actuariële methoden zijn te goed en het klinisch oordeel is te zwak om het risico te lopen van besmetting van de eerste methode door de tweede. Hanson vindt daarentegen dat het te onvoorzichtig is om het klinisch oordeel automatisch te vervangen door een actuariële risico-inschatting. Ook Hart vindt het onacceptabel om de actuariële methode de klinische te laten vervangen.

Er zijn in ieder geval twee redenen om voorzichtig te zijn met de actuariële instrumenten. De eerste is de 'questionable validity generalization'. En de tweede reden is de 'rare risk or protective factors'. Het eerste punt betreft de generalisatie. De schalen zijn niet in Nederland ontwikkeld maar in Canada en de USA. Hoe zit het met de toepasbaarheid in andere landen? De tweede reden betreft de zeldzaamheid. Als een patiënt zegt dat hij iemand zal gaan doden, zou het raar zijn om deze intentie weg te wuiven op grond van de statistieken. Zo zou je ook kunnen zeggen dat wanen die een patiënt heeft in het algemeen geen risicofactor zijn, maar dat je toch voorzichtig moet wezen. Je zou een parallel kunnen trekken met de weersvoorspellingen. Deze zijn een leidraad maar geen evangelie.

Nieuwe ontwikkelingen

Het is belangrijk dat risicofactoren uit diverse domeinen gecombineerd worden om een maximum aan voorspellende scherpheid te krijgen. Vervolgens is bedacht dat gewerkt kan worden met twee drempels, één voor het identificeren van gevallen met hoge risico's en één voor gevallen met juist lage risico's. Zo'n beslisboom (hoog/laag risico) kan meerdere keren doorlopen worden. Want het is mogelijk om vele modellen te gebruiken waarbij ieder model start met een verschillende risicofactor. Het proces van bijeenbrengen

en heranalyseren van de gevallen wordt dan voortgezet tot er geen groepen meer overblijven. Voor de bewerking wordt er gebruikt gemaakt van software. Hoe ingewikkeld het ook lijkt: klinisch wordt er gewoon een vragenlijst gebruikt.

Dit is de methode van de 'iterative classification tree' (ICT). Deze revolutionaire benadering is in Nederland onderbelicht gebleven. De voorspellende scherpte van de ICT, waarbij maar een beperkt aantal klinisch gangbare risicofactoren wordt gebruikt, is opmerkelijk gelijk aan de voorspellende scherpte wanneer er een complete set van risicofactoren wordt gebruikt.

Psychopathie

Veel gewicht wordt bij de risicotaxatie ook gegeven aan het begrip psychopathie zoals beschreven en onderzocht door Hare: de PCL-R (psychopathy checklist revised, 1991).

Bij de PCL-R bestaan er twee factoren. De ene factor betreft de interpersoonlijke of affectieve kern van de psychopathie, bestaande uit egocentrisme, hardheid en afwezigheid van wroeging, gebruik maken van anderen, oppervlakkigheid, groothedsideeën, onbetrouwbaarheid, afwezigheid van schuldgevoelens, geen empathie hebben en het niet accepteren van verantwoordelijkheid. De andere factor meet de onstabiele en antisociale levensstijl. Deze factor is opgebouwd uit de volgende onderwerpen: impulsiviteit, zwakke gedragscontrole, gebrek aan doelen, onverantwoordelijkheid en antisociaal gedrag gedurende de jeugdijaren en de volwassen jaren. Factor 1 zou je ook kunnen kenmerken als emotionele onthechting met arrogantie, misleiding en een gebrek aan affectieve ervaring. Factor 2 betreft het antisociale gedrag. 8 % van de bevolking scoort hoger dan 18 op de Hare psychopathie checklist. Binnen een forensische groep is dat veel hoger: 24 %. Vooral factor 2 voorspelt sterk.

Oorzakelijke factoren

Met betrekking tot oorzakelijke factoren worden bijvoorbeeld genoemd: temporale ontladingen (vanuit de slaapkwabben van de hersenen), fysieke mishandelingen gedurende de kindertijd, een geneigdheid zich snel te schamen; een te sterke beheersing van impulsen of juist een gebrek aan beheersing van de uiting van impulsen; psychotische symptomen. Gewelddadigheid wordt overigens niet door een enkele factor bepaald, maar door verscheidene factoren. Welke van de in totaal 134 risicofactoren die door Monahan zijn

onderscheiden, zijn betekenisvol? Dit zijn: het mannelijk geslacht, een hoge score op de PCL-R (d.w.z. hoger dan 12), woede en impulsiviteit als affectieve factoren. De historische factoren van belang, zijn de volgende: recent gewelddadig gedrag, de ernst van de daad bij aanhouding en de frequentie van de daad bij aanhouding; de ernst van het ondergane misbruik gedurende de kindertijd en de frequentie van het misbruik gedurende de kindertijd. Belangrijk is ook of vader aan de drugs of aan de alcohol was of met Justitie in aanraking kwam. Nog een belangrijke historische factor is het optreden van bewustzijnsverlies (bijvoorbeeld door een hersenschudding). Contextuele factoren zijn: dakloosheid en ervaren stress, maar ook negatieve personen in het netwerk. Klinische factoren die van belang zijn, zijn: de antisociale persoonlijkheidsstoornis, het misbruik van middelen, de combinatie van een ernstige psychiatrische aandoening en misbruik van middelen, het pure gebruik van drugs of het pure gebruik van alcohol. Een hoge score op de vijandelijkheidschaal is ook niet best en een hoge score op de angst- en depressieschaal is eveneens een risicofactor. Gewelddadige fantasieën zijn ook van belang: de frequentie van de fantasie, het doel van de fantasie en de escalatie qua inhoud en de begeleiding door hallucinaties. Belangrijk is dan ook het navragen van gewelddadige fantasieën, en of de fantasieën in ernst toenemen. Betreffen de gewelddadige fantasieën één persoon of verschillende mensen? Een belangrijk ander item is de aanwezigheid van ‘threat/control override symptoms’. Men kan dan een vraag stellen in de trant van: ‘denkt u dat mensen u bespioneren of dat ze u volgen of dat ze u in het geheim testen, dan wel een experiment met u uithalen, dat iemand u kwaad zou willen doen of zou willen vergiftigen; denkt u dat u onder de macht van iemand staat, zodanig dat uw acties en gedachten niet uw eigen acties en gedachten zijn; heeft u ooit het gevoel gehad dat er vreemde gedachten of gedachten die niet van u waren bij u naar binnen werden gebracht in uw geest? heeft u ooit het idee gehad dat iemand probeerde de gedachten uit uw hoofd te stelen; heeft u ooit het gevoel gehad dat vreemde krachten op u inwerkten alsof u gehypnotiseerd of bestraald werd?’ De bovengenoemde ‘threat/control override symptoms’ en de ‘non-planning subscale’ van de Barratt impulsiveness scale bleken geassocieerd te zijn met naderhand optredende gewelddadigheid. Van belang zijn ook factoren die aanwezig zijn bij opname. Heeft patiënt middelen misbruikt, is patiënt gewelddadig, is patiënt agressief anders dan gewelddadig (dat hij vernielingen doet) of is er sprake van suïcidepoging?

Nederlandse ontwikkelingen

Een belangrijk boek, dat de geschiedenis van het recente onderzoek in de TBS weergeeft is het handboek Forensische Psychiatrische Profielen van

Brand en Van Emmerik, van december 2001 (Ministerie van Justitie 2001). Wim van den Brink zat het Comité Instrumentarium Forensische Psychiatrie (CIFP) voor.

In het begin van de jaren 90 kenden we binnen de TBS de Werkgroep Afstemming Registratiegegevens (WARG). De WARG bestaat uit de basis patiëntgegevens en de verblijfsgegevens. Ze werden verzameld vanaf 1992 en de WARG gegevens werden uiteindelijk ingevoerd in MITS. Uit de verzameling basispatiëntgegevens ontstond de FP40. Dit is een soort sterkte- en zwakteprofiel. De FP40 werd voorheen ook wel genoemd Rapportage Samenvatting Lijsten. Het bevat een samenvatting van de rapportage van elke beroepsgroep. Vanuit de FP40 zouden dan adviezen voor de behandeling moeten komen, zou een schets moeten kunnen worden gegeven van de zorgbehoefte, van de mate van gewenste beveiliging, de gewenste interne differentiatie en ook zou er iets te zeggen moeten zijn over de delictgevaarlijkheid.

Er zijn twee basisideeën bij de FP40. Het eerste basisidee is dat delinquent gedrag het gevolg is van een stoornis op basis van multicausaliteit. Hieraan ligt ten grondslag de sociale controletheorie van Hirschi. Deze sluit aan bij het denken over gehechtheid ofwel attachment (vanuit de ontwikkelingspsychologie), over commitment/ involvement (vanuit de sociale psychologie) en over beliefs (uit de cognitieve psychologie). Het tweede basisidee stelt dat gevonden aanwijzingen vanuit de risicotaxatie ook gelden voor de forensische diagnostiek. De forensische diagnostiek en de risicotaxatie groeien dan naar elkaar toe.

Het doel is te komen tot een multidimensioneel profiel en niet een totaalscore. Het zijn unipolaire schalen: gunstig versus ongunstig, afwezigheid versus aanwezigheid. Verschillende factoren interacteren met elkaar en leiden tot een specifieke gesteldheid met een specifieke betekenis. Er is geen normeringbestand met gegevens van een normale controlegroep. Er wordt daarentegen teruggekoppeld naar de gemiddelde TBS-gestelde. Het oordeel en de inschatting van de beoordelaar is in deze benadering belangrijker dan de opvatting van de beoordeelde. 'Risk assessment' en 'risk management' behoren zo bij elkaar.

Belangrijk is hierbij een onderscheid in vier domeinen, dat ingevoerd werd door Brand. Het eerste domein is dat van het psychiatrische toestandsbeeld, de hulpverleningsgeschiedenis en de eventuele verslaving. Het tweede domein omvat de persoonlijkheid en vaardigheden. Het derde domein omvat de ontwikkeling en de maatschappelijke inbedding. Het vierde domein bevat dan de situatieve factoren tijdens de delictsituatie. Deze indeling in vier domeinen komt overigens sterk overeen met de indeling die Olaf de Haas in 1993 maakte ten behoeve van de Van Mesdagkliniek: vaardigheden, per-

soonlijkheid en psychiatrie, maatschappelijke inbedding en situatieve factoren. Ook andere modellen in de forensische psychiatrie zijn herkenbaar in FP40. Vanuit de draagkracht / draaglast theorie kan er gesproken worden van risicofactoren versus beschermende factoren. Ook kan er gekeken worden naar het gebruikelijke kwetsbaarheid-, stress-, copingmodel. Hoe bij het tekort aan copingmechanismen stress tot psychisch disfunctioneren kan leiden. En ook kan genoemd worden het gangbare terugvalpreventiemodel. En volgens Verhagen van de Pompekliniek heeft delictgevaarlijkheid te maken met Ik-sterkte, empathie, impulscontrole en bepaalde persoonlijkheidsstoornissen (borderline, teatraal, gesloten, vermijding).

Koos Reicher uit de Van Mesdagkliniek beschreef indertijd de modale TBS-er als iemand met: ten eerste intolerantie voor angst, spanning en frustratie, ten tweede het niet kunnen uitstellen van een behoeftebevrediging, ten derde wantrouwend, ten vierde kwetsbaarheid voor kritiek; gevoeligheid voor een gebrek aan aandacht en erkenning; ten vijfde het missen van echte vrienden en liefdesrelaties. Volgens Brand worden de individuele behandelingsmogelijkheden bepaald door de egosterkte (identiteit), het introspectieve vermogen (ziektebesef, ziekte-inzicht), het IQ, de lijdensdruk, het geweten, het vertrouwen (contact/ vertrouwen/ openheid), de motivatie en vaardigheden.

Enkele aandachtspunten bij de bepaling van het recidiverisico

Ik loop enkele factoren puntsgewijs langs, geleid door mijn eigen interesse. Brand geeft bij elk item een uitvoerige wetenschappelijke verantwoording.

- Verslaving is een belangrijke factor en is te meten met de ‘addiction severity index’.
- De persoonlijkheidsstructuur is ook van groot belang. Het gaat vooral om de agressieve stijl, de superego-ontwikkeling, de gewetensstructuur, de kwaliteit van het geweten, het type en de functie van het bewustzijn en om destructief gedrag.

Er is geen simpel model dat het verband aangeeft tussen persoonlijkheid en delict. In de DSM-IV zijn er drie clusters persoonlijkheidsstoornissen. Cluster A bevat de vreemde karakters, cluster B de antisociale karakters en cluster C de angstige karakters. De meeste risicovolle patiënt is degene die een seksueel probleem heeft op de AS I van de DSM en een type A persoonlijkheidsstoornis. Maar ook erg risicovol is iemand die een organische stoornis heeft op de AS I en een niet nader omschreven persoonlijkheidsstoornis. Opvallend is dat iemand die een antisociale persoonlijkheidsstoornis heeft of een borderlinepersoonlijkheidsstoornis zonder

een geschiedenis van geweldpleging niet een hogere kans op recidive heeft.

- Voor wat betreft de seksualiteit wordt gekeken naar de volgende vijf punten: seksuele problemen (ontwikkeling, attitude, gedrag); pedofilie; sadisme (aanranding, verkrachting, sadisme); pervasieve woede; zoekgedrag van de seksuele delinquent.
- De psychopathie. Volgens Brand heeft een psychopaat kenmerken van zowel de antisociale persoonlijkheidsstoornis, de borderlinepersoonlijkheidsstoornis als ook van de narcistische persoonlijkheidsstoornis. Hare vindt dat de psychopathie een aparte groep patiënten betreft. De PCL-R onderscheidt twee factoren. De factor 1 is het agressief narcisme. De factor 2 is de antisociale levensstijl. Blackburn zegt over de psychopaat dat vijandigheid en agressie centrale kenmerken zijn. Hij kijkt dan naar twee dimensies, namelijk dominantie tegenover zich terugtrekken en vijandigheid tegenover aangenaamheid. Volgens Blackburn heeft de psychopaat een gebrek aan warmte en affectie en een gebrek aan gedragscontrole. Millon zegt over de persoonlijkheidstypen in het algemeen dat er drie polaire dimensies zijn, namelijk de dimensies actief-passief, pijn-plezier en zelf-ander.
- De mogelijkheid tot empathie is ook een belangrijke factor. Blackburn stelt dat empathie van doen heeft met het begrijpen van het perspectief van de ander en het beantwoorden van hun gevoelens. Empathie is zo bezien een soort rem tegen impulsen en tegen de neiging tot antisociaal gedrag.
- Andere factoren zijn de opvoeding, maar ook de genetica en het functioneren van broers en zusters. Worden kinderen mishandeld dan hebben ze een grote kans dat ze psychopaat worden. De kans op gewelddadig gedrag komt overeen met het lidmaatschap van de criminele jeugdbende of het tonen van frequent gewelddadig gedrag in de jeugd. Iemand met ADHD of een gedragsstoornis heeft 10 tot 16 keer grotere kans op gewelddadig gedrag. Onderzoek van voorspellers bij twaalf tot veertien jarigen leverde op dat er vijf voorspellers zijn, namelijk een negatieve houding ten aanzien van de school en het huiswerk; niet ernstige vormen van delinquentie; ADHD/impulsiviteit; zwakke sociale banden; antisociale leeftijdsgenoten.
- De delictvoorgeschiedenis moet ook in kaart gebracht worden. Vier variabelen kunnen worden bepaald: een maximale score van de geweldscomponent; de gemiddelde score van de geweldscomponent; het aantal delicten met een geweldscomponent en de som van alle geweldscomponenten. Deze vier variabelen differentieerden niet. Er is ook onderzoek gedaan

naar de delictsituatieve factoren. Gedrag is het resultaat tussen de persoon en de situatie. Interpersoonlijk gedrag levert misschien nog wel meer dan intrapersoonlijk functioneren kritieke situaties op die uiteindelijk leiden tot gewelddadig gedrag. Bij een persoon met een te beperkt repertoire aan probleemoplossende vaardigheden (copingvaardigheden) kan dit uiteindelijk de doorslag geven bij gewelddadig gedrag. Van belang zijn ook het rehabilitatiemodel en het terugvalpreventiemodel van Pithers, 1990. Het terugvalpreventiemodel is oorspronkelijk ontwikkeld voor verslaafden en is later vooral toegepast bij seksuele delinquenten. Het model is gebaseerd op de theorie van het sociale leren van Bandura en Walters. De FP40 bevat bij voorbeeld minischalen om te kijken of er een vast patroon is in de relaties en conflicten en met name of er een vast patroon is in het al dan niet bewust opzoeken van het slachtoffer of van de probleemsituatie, in het middelengebruik, in het beschikbaar hebben van een bepaald middel, in het stoppen met medicatie dan wel of er een vaste oriëntatie is op het criminele milieu. Significants bleek met name de oriëntatie op het criminele milieu.

- Psychotische stoornissen moeten apart vermeld worden. Voelt men zich bedreigd of heeft men de angst om de controle te verliezen? (Threat control override.) Het vreemde is dat deze ‘threat control override’ psychosen bij nieuw onderzoek juist statistisch significant voor lagere risico’s zorgen. Het verband tussen wanen en gewelddadig gedrag is zeer onduidelijk. Volgens Bonta en Law zorgen actieve psychotische symptomen voor een lagere kans op gewelddadig gedrag. Patiënten die psychotisch zijn hebben een hogere kans op ontvluchting, maar een lagere kans op recidive. Overigens is er wel een grotere kans op recidive bij de combinatie van een psychose met een antisociale persoonlijkheidsstoornis. Met betrekking tot schizofrenie en geweld heeft Bexter gemeld dat dit verloopt via intermediaire factor van de impulsiviteit en ook via de disorganisatie, dat wil zeggen langs de weg van expressieve gedachtestoornissen die samenhangen met frontale cortexlaesies. Frontale laesies hebben van doen met impulsiviteit, hyperactiviteit en delinquentie. Swanson en Monahan zeggen dat gewelddadigheid samenhangt met psychotische symptomen maar meer nog met ‘threat and internal control override’ symptomen en nog veel meer met middelennisbruik. Heads en Taylor vinden wel een hogere samenhang tussen psychose en gewelddadig gedrag. Vooral als er gedragstoornissen zijn geweest in de jeugd. Soyka vond dat schizofrenen die problemen hadden met de alcohol ook een verhoogde kans op gewelddadigheid hadden, maar Brand heeft zelf onderzocht en gevonden dat psychotische klachten en delictrecidive niet significant samenhangen.

- De relatie tussen huidweerstand en crimineel gedrag is wel positief. De weerstandsmetingen van de huid zijn het beste uit te bepalen tijdens het uitvoeren van cognitieve taken. Een lagere fysiologisch reactiviteit hangt samen met criminele recidive.
- Behandelingsmotivatie. Er zijn drie stadia: precontemplatie (nog geen lijdensdruk), contemplatie (lijdensdruk, bereid verantwoordelijkheid te nemen, overtuiging van veranderbaarheid), actie (bereidbaarheid tot actie, openheid en vertrouwen). Leuw vond dat TBS-gestelden die niet goed meegewerkt hadden aan hun behandeling het vaakst kwamen tot recidive (ongoorloofde afwezigheid, incidenten, antisociale incidenten, antisociale gedragingen, weigeren medicatie).
- Coping. Dit is het omgaan met problemen of het probleemoplossend gedrag. Een betere definitie is het probleemoplossend gedrag in een probleemsituatie. Het bestaat uit cognitieve en gedragsmatige componenten. Coping heeft ook te maken met het stress/kwetsbaarheidsmodel. Chronisch psychische problemen ontstaan niet zo zeer door de stresserende situaties, maar vooral door de manier waarop men stresserende situaties percipieert (waarneemt) en er mee om kan gaan. Afweer ligt meer aan de psychische kant en coping ligt meer aan de gedragskant. In de lijn hiervan ligt het terugvalpreventieprogramma van Pithers: omgaan met spanningen, het verminderen van nare gevoelens, het hanteren van conflicten, het beheersen van agressie en het behouden van controle. Bij de COPE-schaal worden de 'threat' (vrees, angst, piekeren) en de 'harm' gemeten (boos, teleurgesteld, schuldig voelen). Het omgaan met stress heeft de op een op na hoogste voorspellende waarde op recidive binnen de kliniek. Er zijn drie typen copingstrategieën. Een eerste is de taak- en probleemgerichte strategie, de tweede de emotiegerichte copingstrategie en de derde de ontwijkende, spanningsverlagende copingstrategie. Deze zijn te vergelijken met probleem oplossen, steun zoeken en vermijden.
- Belangrijk zijn ook sociale vaardigheden. Instrumentele steun is niet belangrijk, emotionele steun is wel van belang. Dit geldt met name voor netwerken en evenzeer voor de maatschappelijke inbedding. Destabiliserende factoren zijn: drugs, ontrouw met medicijnen, crimineel milieu, ontbreken van redzaamheid en van sociale vaardigheden.

Tot slot

Risicotaxatie moet haar toegevoegde waarde deels nog bewijzen maar heeft er al wel toe geleid dat er levendig gediscussieerd wordt in Nederland over

het voorspellen van gevaar. Vele van de factoren moeten nog nader worden onderzocht en gevalideerd. En: hoe is het onderlinge gewicht van de factoren. Ook is het nog de vraag of dertig factoren van de Nederlandse HKT-30 beter voorspellen dan de twintig van de HCR-20. Voor Nederland is het van belang dat we wel aansluiting houden bij dat wat internationaal onderzocht wordt. Daarom gebruiken we in Veldzicht naast de HKT-30 ook de internationaal gangbare HCR-20.