

Als straffen en trainen niet helpt Over de aanpak van AD(H)D en autismespectrum- stoornissen (ASS) in relatie tot strafrechtelijke sanc- ties

*M.R.A. Santana**

In mijn exposé wordt getracht een discussie op gang te brengen over de huidige en eventueel toekomstige mogelijkheden om voor mensen met AD(H)D of ASS de kans op recidiveren na het hebben ondergaan van maatregel of straf te verminderen. In dat kader wordt kritisch gekeken naar de behandelmethodes tijdens detentie en de wetgeving daaromtrent.

AD(H)D en ASS, oorzaken en gevolgen

AD(H)D

‘AD(H)D is een complexe ontwikkelingsstoornis van de executieve functies in de prefrontale cortex, die gedurende de gehele levensloop tot beperkingen kan leiden’ (Brown 2005). Deze complexiteit betekent dat beter van een AD(H)D- spectrum kan worden gesproken dat ‘multidimensioneel’ is: de verschijningsvorm kan erg verschillen wat betreft aantal en ernst van de kenmerken.

Centraal bij AD(H)D staat: ‘aandachtstekort’. Dit betekent dat de cliënt te weinig aandacht kan opbrengen voor met name ‘saai’, routineachtige informatie of handelingen. Dit is vooral moeilijk als tegelijkertijd veel interessantere informatie, gebeurtenissen of gedachten aanwezig zijn. De prefrontale ‘filter’ is onvoldoende in staat de aandacht op hetgeen ‘moet’ te richten. Mensen met AD(H)D zijn niet of onvoldoende in staat de ‘interessantere’ informatie, die eigenlijk ‘ruis’ is, ten opzichte van de gewenste informatie of handeling, tegen te houden. Mensen met AD(H)D kunnen zich vaak uitstekend concentreren op informatie die als ‘spannend’ of ‘interessant’ wordt beleefd. Er kan in dat geval zelfs ‘hyperfocus’ optreden d.w.z. dat men helemaal in de spannende informatie kan opgaan en alles wat eromheen gebeurt niet in zich opneemt.

Er zitten dus twee kanten aan AD(H)D: vaak geen goede concentratie op dingen die 'moeten' (zoals lesstof of routinewerk), maar soms wel een uitstekende concentratie op leuke dingen (bijvoorbeeld computerspelletjes). Dit gegeven maakt dat de omgeving zelden begripvol is naar degene met AD(H)D. Men beleeft zo iemand vaak als lui of gemakzuchtig.

Het uitstellen van administratie en huiswerk en het chaotisch functioneren, leidt tot problemen op diverse terreinen (school, werk, relatie en gezin). De omgeving zou meer begrip kunnen opbrengen als er een aantoonbaar defect zou bestaan, zoals bij een verkeersongeval met ernstig schedelletsel, waarbij het slachtoffer zich na het ongeval in veel situaties slechter kan concentreren dan voorheen.

Bij AD(H)D kunnen ook hyperactiviteit en impulsiviteit optreden. Hyperactiviteit betekent een overmatig levendige motoriek: de mens met AD(H)D wordt door de omgeving als 'druk' beleefd. Met name in de kindertijd valt een bewegingsdrang op; hij is nauwelijks in staat stil te zitten; bij volwassenen is een dergelijke bewegingsdrang zelden nog aanwezig. De aandachtsproblematiek blijft vaak even erg. Dit laatste is voor Brown e.a. aanleiding om de aandachtstekortstoornis en de hyperactiviteit als twee mogelijk verschillende stoornissen te beschouwen, die weliswaar vaak met elkaar samen gaan in de kindertijd, maar niet per se onderdeel hoeven te zijn van dezelfde onderliggende afwijking. Druk zijn is overigens niet synoniem met 'lastig zijn'.

Impulsiviteit hoort wel bij het aandachttekort. Het zich impulsief uiten of het impulsief handelen (zoals bij schelden, agressief reageren of het in extremo plegen van impulsieve geweldsdelicten) kan ook gezien worden als gevolg van een verminderd prefrontaal vermogen bepaalde (bijvoorbeeld agressieve) gedachten of intenties adequaat tegen te houden.

Het feit dat mensen met AD(H)D eerder gericht zijn op spannende dan routineuze zaken en minder in staat zijn agressieve gedachte-impulsen te remmen, kan ertoe leiden dat men sneller dan niet-AD(H)D'ers in criminele situaties terechtkomt.

Cijfers betreffende AD(H)D:

Prevalentie: zeven procent bij kinderen, drie en een half procent bij volwassenen. In de praktijk blijkt dus dat de helft van de AD(H)D'ers een (bevredigende?) compensatie vindt voor hun handicap. Bij gediagnosticeerde jongens komt driemaal zoveel AD(H)D als bij meisjes voor, bij gediagnosticeerde mannen tweemaal zoveel als bij vrouwen. Uit diverse onderzoeken komt echter naar voren dat meer hyperactiviteit (dus ADHD) bij jongens wordt gezien, terwijl meisjes vaker ADD (aandachtstekort zonder hyperactiviteit) hebben. Er is aldus een grote kans dat een aandachtsstoornis bij meisjes minder opvalt en dat dus sprake is van relatieve onderdiagnostiek. Waarschijnlijk komt AD(H)D uiteindelijk even vaak voor bij mannen als bij vrouwen. Er zijn in genetische zin geen aanwijzingen voor geslachtsgebonden overerving. Bij gezinnen geldt: als één van beide ouders AD(H)D heeft, is de kans dat één van de kinderen AD(H)D heeft 50 procent. Als één kind in een gezin AD(H)D heeft, is de kans op een broertje of zusje met AD(H)D 30 procent.

Uit onderzoek van Van der Elzen en Doreleijers (2000) komt naar voren dat bij de bewoners van penitentiaire inrichtingen veel (75 tot 90 procent) psychiatrische problematiek voorkomt. Verschillende onderzoekers rapporteren verschillende percentages ADHD onder de gevangenen: 28 tot 45 procent bij jong volwassen mannen, 20 procent bij gedetineerde meisjes (Vreugdenhil). Uit cohortenstudies in Nieuw Zeeland (Moffitt 2002) komt bij 38 procent van de veelplegers ADHD voor. Van groot belang voor het onderzoek, de behandeling en de beeldvorming betreffende AD(H)D, is het grote percentage van comorbide stoornissen (Kooij 2002: 70 procent van mensen met AD(H)D heeft één of meer comorbide stoornis(sen)). Bij mensen met AD(H)D komen bijvoorbeeld vaak depressies (30 procent) en angststoornissen (25 tot 30 procent) voor. De kans op een verslaving (alcohol en/ of drugs) is meer dan 35 procent en de antisociale persoonlijkheidsstoornis komt bij een kwart voor.

Het is mijns inziens vaak niet duidelijk of de cijfers, die in de literatuur bestaan over AD(H)D en criminaliteit, betrekking hebben op AD(H)D alleen, of op de combinatie AD(H)D met stoornissen zoals antisociale persoonlijkheidsstoornis en verslavingen. Mensen met AD(H)D lopen een groter risico op maatschappelijke teloorgang, die tot crimineel gedrag zou kunnen leiden, omdat naast het bovenstaande een grotere kans op werkloos-

heid (door meer fouten maken en impulsief/ agressief reageren) en op financiële problemen (o.a. door impulsieve uitgaven en chaotisch administreren) bestaat.

Oorzaken van AD(H)D

AD(H)D heeft een neurobiologische oorzaak. Er is sprake van onderpresteren van de prefrontale cortex, een informatie- 'filterende' structuur in de hersenen. De filter staat 'ingesteld' op afleidbaarheid. Dit onderpresteren heeft te maken met het niet adequaat functioneren van het dopamine / noradrenaline systeem (receptoren en/ of enzymen) van de filter. Uit tweelingstudies blijkt dat in 80 procent van de gevallen erfelijkheid in het spel is; bij 20 procent bestaat een andere oorzaak van de uiteindelijke disfunctie van de 'filter'. Die andere oorzaak betreft vooral 'omgevingsfactoren' voor of tijdens de geboorte, die van invloed kunnen zijn op de vroege ontwikkeling van het brein. Voorbeelden van 'omgevingsfactoren' zijn: verlaagde schildklierfunctie van moeder, gebruik van nicotine, alcohol of drugs tijdens de zwangerschap, infectieziekten bij moeder tijdens zwangerschap, langdurige uitdrijving tijdens de geboorte met en zonder zuurstoftekort, geforceerde uitdrijving (tangverlossing) en vroeggeboorte.

AD(H)D is niet altijd een handicap

Clënten laten regelmatig horen hun AD(H)D niet altijd als handicap te beleven. Hun afleidbaarheid kan ook voordelen opleveren: men scant de omgeving voortdurend en is, als situaties als spannend of stressvol worden geïnterpreteerd, vaak wél in staat zich te focussen zonder in paniek te raken. Sommige AD(H)D- experts, zoals Hartmann,¹ veronderstellen dat AD(H)D ooit in de evolutie een voordeel is geweest, bijvoorbeeld in een samenleving van rondzwervende jagers-verzamelaars. Met de opkomst van de agrarische samenleving, waarin orde en regelmaat, afspraken en lange termijn- planning nodig werden, veranderde het voordeel van alertheid en gerichtheid op gevaar in een steeds veranderende omgeving, in een nadeel.

1 T. Hartmann: 'ADHD; een complete gids voor kinderen en volwassenen', 2002

Behandeling van AD(H)D

Na uitleg over de gestelde diagnose en de consequenties ervan (psycho-educatie) volgt vaak een combinatie van medicatie en coaching. Succesvolle medicatie dient ertoe de aandachtsproblematiek en de eventuele comorbiditeit te verbeteren. Hoewel Ritalin (methylphenidaat) bij velen bekend is als 'de' behandeling van AD(H)D, is het zeker niet het enige succesvolle middel. Voor geneesmiddelen i.h.a. geldt dat ze niet bij iedereen (hetzelfde) werken. Dit heeft grotendeels te maken met de (genetisch bepaalde) verschillen in de biologie van elke mens. Methylphenidaat leidt bij 70 procent van de behandelde AD(H)D'ers tot verbetering van de kernsymptomen. Dexamfetamine is even succesvol. Het nadeel van deze stimulantia is de relatief korte (vier tot zes uur durende) werkingstijd en de straatwaarde. Het laatste heeft te maken met het feit dat verpulvering en vervolgens snuiven of inspuiten van opgespaarde stimulantia een gelijkaardig 'pep'-effect als methamfetamine (speed) kan hebben.

Methylphenidaat in de vorm van Concerta, Equasim Retard en Medikinet CR werkt langer (ongeveer 10 tot 12 uur) en kan niet als bovenstaand worden gebruikt c.q. verhandeld omdat ze niet te verpulveren zijn. Non-stimulantia zoals Strattera (atomoxetine), als antidepressiva geregistreerde SNRI's (= serotonine/noradrenaline heropname remmers) en tricyclische antidepressiva zoals imipramine en nortriptyline, kunnen net zo succesvol zijn als methylphenidaat en hebben geen straatwaarde omdat het geen amfetaminen zijn. Soms zijn combinaties van de hier genoemde middelen nodig om behandelingsucces te behalen. Het lijkt overbodig op te merken dat instelling op medicatie bij AD(H)D een specialistische (psychiater) zaak is. Als comorbiditeit en problemen met het instellen op stimulantia/ non-stimulantia, complexe medicatie-schema's nodig maken, kan een AD(H)D-expert worden geraadpleegd.

Coaching betekent: de cliënt helpen zijn eigen concrete doelstellingen - die vaak te maken hebben met structuur en planning - te realiseren. AD(H)D-coaching heeft als doel de cliënt, 'door een inspirerende en motiverende houding van de coach, de diagnose zoveel mogelijk te laten accepteren. (...) Het gaat hierbij niet om een diepgravende therapie, maar om een praktische,

concrete en directieve aanpak'.² Coaching én medicatie is de meest succesvolle wijze van behandelen gebleken.

ASS

Autisme Spectrum Stoornissen (ASS) komen veel minder vaak voor dan AD(H)D. In het autismespectrum bestaan cliënten die zo ernstig gehandicapt zijn dat ze niet in staat zijn zelfstandig te leven, maar er zijn ook autisten die pas na uitvoerig onderzoek als zodanig gediagnosticeerd kunnen worden. De autisten die de diagnose PDD-NOS, HFA of stoornis van Asperger krijgen, behoren tot de laatste categorie. De kennis, dat er ook mensen bestaan met relatief lichte vormen van autisme, leidde tot een toename van het aantal diagnoses: in de jaren '70 van de vorige eeuw was de prevalentie 0,03-0,05 procent. Tegenwoordig wordt als prevalentie 0,58 procent genoemd.

Er is zeer weinig systematisch onderzoek gedaan naar het voorkomen van ASS onder delinquenten, zodat cijfers zeer uiteenlopen. Een recent Zweeds onderzoek (Siponmaa 2001) vermeldt 15 procent ASS onder gevangenen die vanwege hun gedrag een forensisch- psychiatrisch onderzoek ondergingen. Waarschijnlijk komt vooral bij zedendelinquenten een hoog percentage ASS voor. In de afgelopen 10 jaar is veel discussie ontstaan rond het kunnen afgrenzen van de termen PDD-NOS, HFA of Asperger. De 'bedenkster' van de term 'stoornis van Asperger', de Engelse onderzoekster Lorna Wing, gaf later zelfs te kennen dat afgrenzen niet mogelijk is en dat spreken in termen van 'Autisme Spectrum Stoornis' veel zuiverder is.

ASS kan worden gezien als een handicap met een poligenetisch (90 procent erfelijkheid) -cerebraal - neurobiologische oorzaak, die leidt tot een verminderde Centrale Coherentie, dat is het vermogen snel samenhang te zien in complexe informatie. Dit uit zich in vooral sociaal- onhandig gedrag (sociale informatie is zeer complex). De term 'Theory of Mind' (TOM) wordt in dit kader gehanteerd: mensen met ASS zijn, door hun gebrekkige Centrale Coherentie, minder dan anderen in staat snel en accuraat in vooral sociale situaties in te schatten wat de ander bedoelt. Hierdoor reageert men niet of

2 Wenning en Santana, *AD(H)D, een volwassen benadering*, 2002, p. 48

niet adequaat. De Vlaming Theo Peeters (auteur van vele boeken over ASS) spreekt van ‘verminderde integratieve intelligentie’.

Voor autisten is sociaal functioneren vaak ‘overleven’, wat uiteindelijk tot veel stress en daarbij passende klachten leidt. Uit de ASS- literatuur komt vrijwel dezelfde comorbiditeit als bij AD(H)D naar voren. Behandeling van ASS betekent feitelijk: verminderen van comorbide problematiek. Verbeteren van de autisme- kern, de verminderde Centrale Coherentie, is tot dusverre niet mogelijk, maar verminderen van angst, spanning, depressie, agressie of verslaving kan er wel toe leiden dat mensen met ASS in alle opzichten beter gaan functioneren. Medicatie die gebruikt wordt, is grotendeels experimenteel, ook omdat de reactie van autisten op verschillende psychofarmaca anders kan verlopen dan bij niet- autisten. Gebruikt worden vooral moderne antidepressiva en antipsychotica (zie ook Horwitz et al. 2004). Omdat er regelmatig overlap van AD(H)D problematiek bij ASS (bij PDD-NOS zelfs 70 procent ADHD) voorkomt, leidend tot een slechte concentratie, kunnen ook stimulantia worden voorgeschreven.

Vanuit mijn praktijkervaring en die van enkele andere experts, kan enkelvoudig gebruik van stimulantia (d.w.z. zonder deze te combineren met de eerder genoemde middelen) tot versterking van autistiform gedrag leiden en is dit daarom niet aan te raden. Coaching en begeleiding van ASS begint (net als bij AD(H)D- coaching) na psycho-educatie betreffende de diagnose, met het in kaart brengen van sterke en zwakke punten. Als basis fungeert ook hier het handicapmodel, waarbij acceptatie centraal staat en met nadruk niet gestreefd wordt naar genezing. Sterke punten kunnen zijn: een beter gedetailleerd waarnemen (grote patroonherkenning), opbouwen van gedetailleerde kennis over een boeiend onderwerp en langdurig een activiteit, waar men belangstelling voor heeft, kunnen volhouden.

Zwakke punten kunnen zijn: onhandig sociaal functioneren, moeite met keuzes maken, problemen met starten en stoppen van werkzaamheden, een laag werktempo. Geprobeerd wordt sterke punten te benutten en zwakke punten door oefening te verbeteren of ze te ontzien.

Ontwikkelingsstoornissen en straf (opinie en discussie)

Als mensen met ontwikkelingsstoornissen, als uitvloeisel van hun handicap, criminele feiten plegen, is het zinvol dat de maatschappij tegen herhaling hiervan wordt beschermd. Opsluiten zonder behandeling betekent een slechts tijdelijke beveiliging. Als de betreffende delinquent zonder behandeling weer naar de samenleving terugkeert, is recidief op korte termijn te voorspellen. Is het voldoende een delinquent met AD(H)D in de gevangenis medicatie te geven, als na de straf geen enkele invloed wordt uitgeoefend dit middel blijvend te gebruiken? Het is zeker zinvol tijdens detentie medicamenteus te behandelen, omdat daardoor tijdens de strafperiode waarschijnlijk minder problemen zullen optreden. Bovendien kan de ervaring (bij de delinquent zelf), dat medicatie een gunstig effect had, ertoe leiden dat ook na detentie medicatie zal worden gebruikt. Als de ex-gedeteneerde echter na zijn straf stopt met medicatie gebruiken, bestaat mijns inziens een net zo grote kans op terugval als voor detentie.

Maar wat betekent opsluiten mét behandeling? In TBS-klinieken wordt veel energie gestoken in gedragsveranderende interventies, waarbij inzicht en motivatie van de veroordeelden wordt gevraagd. Op zichzelf is het zinvol dat de deelnemers hun daden analyseren en met hulp hun handelen trachten te veranderen. Volgens Horwitz et al (2001) is er in de Van Mesdagkliniek 'veel aandacht voor de observatie van het gedrag van de patiënt in combinatie met de diagnostische gegevens, het delictscenario en de delictanalyse'. Dit resulteert in een terugvalpreventieplan en in signaleringsplannen om delictscenering te voorkomen. 'De medicamenteuze behandeling is ... niet anders dan voor patiënten met ASS in het algemeen'.

Ik veronderstel dat voor behandeling van TBS'ers met AD(H)D een net zo grote zorgvuldigheid wordt betracht. Maar is dit alles genoeg om na beëindiging van TBS te veronderstellen dat de kans op recidief klein zal zijn? Zelfs in de TBS-klinieken is gebruik van dwangmedicatie met als doel behandeling van een stoornis eigenlijk niet toegestaan, hoewel het wel gebeurt. Dit heeft te maken met het feit dat TBS'ers niet onder de BOPZ, maar onder de Beginselenwet vallen. Deze wet heeft niet de behandeling van de patiënt, maar de beveiliging als belangrijkste doel.

In een lezing in 2005 pleit Remmers van Veldhuizen, psychiater en directeur Zorgontwikkeling van de GGZ Noord Holland Noord, voor een wet BBPZP: Bijzondere Behandelingen en Zorg in de Psychiatrie. Hierin is ook verplichte

forensische nazorg, gedwongen opname en dwangbehandeling ná TBS geregeld en mogelijk. Hij geeft aan dat TBS en BOPZ niet goed op elkaar aansluiten. Waarom de mogelijkheid van dwangbehandeling tijdens en na TBS met medicatie mijns inziens noodzakelijk zijn, laat zich raden. In het voorgaande werd door mij aangegeven dat AD(H)D en ASS vooral een neurobiologische oorzaak hebben en dat met name neurobiologische interventies (lees: psychofarmaca) een belangrijke plaats dienen in te nemen bij de behandeling ervan.

Indien criminele feiten rechtstreeks voortvloeien uit AD(H)D en ASS en eventuele comorbiditeit, en TBS wordt opgelegd met als doel (tijdelijke) beveiliging van de maatschappij en uiteindelijke terugkeer van de delinquent in de maatschappij met een laag geachte kans op recidive, dan dient de wet te voorzien in middelen en maatregelen om tijdens en na TBS, ook op neurobiologische wijze, behandeling van de (ex-) delinquent te garanderen en de maatschappij te beschermen tegen een grote kans op recidive.

Mijns inziens biedt de huidige wetgeving te weinig mogelijkheden om tijdens en na detentie en TBS werkzame medicatie onder dwang toe te dienen en is verandering van wetgeving in deze noodzakelijk. Als een dergelijke aanpak onderdeel uitmaakt van terugval preventieplannen en niet ad hoc wordt ingezet, wordt op reële wijze gereageerd op en rekening gehouden met het neurobiologische 'karakter' van (recidive)delicten, gepleegd in relatie tot Ontwikkelingsstoornissen. Ik ondersteun de visie van Remmers van Veldhuizen tot een BBPZP, maar maak de kanttekening dat dwangbehandeling met (succesvol gebleken) psychofarmaca, tijdens en na detentie, niet alleen moet worden ingezet ter afwendings van onmiddellijk gevaar (zoals bij de BOPZ), maar ook mogelijk moet zijn in het kader van het voorkomen van recidief- crimineel gedrag.