

Cover Page



Universiteit Leiden



The handle <http://hdl.handle.net/1887/44736> holds various files of this Leiden University dissertation

Author: Spaans, Marleen

Title: Personality pathology in a forensic setting : prevalence, assessment, and prognostic value for treatment

Issue Date: 2016-12-06

Dutch summary

In de meeste landen kan iemand die een misdaad pleegt wegens een stoornis die de wilsvrijheid beïnvloedt, worden beschouwd als niet of minder strafbaar. De dader kan dan helemaal worden vrijgesteld van strafrechtelijke vervolging, strafvermindering zoals een lichtere gevangenisstraf krijgen of verplicht worden behandeld. In Nederland vallen persoonlijkheidsstoornissen hier ook onder en kan de aanwezigheid van zo'n stoornis ten tijde van het delict reden zijn voor verminderde toerekeningsvatbaarheid of behandeling onder dwangverpleging (Barendregt et al., 2008; De Kogel et al., 2006; Nijman et al., 2004). Het Nederlandse systeem van gedwongen behandeling van (persoonlijkheids-)gestoorde daders heeft de afgelopen jaren sterk onder vuur gelegen naar aanleiding van een aantal ernstige incidenten. Het aantal forensisch psychiatrische patiënten in Forensisch Psychiatrische Centra (FPC's) is de afgelopen jaren sterk toegenomen (van 405 patiënten 1990 tot meer dan 2,100 in 2010). Ook heeft het systeem een groot aantal beleidsveranderingen ondergaan, maar hebben deze veranderingen elkaar zo snel opgevolgd dat veel beleid al weer was teruggedraaid voordat het konden worden geëvalueerd (Nagtegaal et al., 2011). Volgens Nijman en collega's (2004), verblijven er nu meer psychiatrisch forensische patiënten met een persoonlijkheidsstoornis dan met psychotische stoornissen in FPC's. Daarom is het essentieel dat persoonlijkheidspathologie – bestaande uit zowel persoonlijkheidsstoornissen als problematische persoonlijkheidskenmerken – grondig en nauwkeurig vastgesteld wordt binnen de forensische gezondheidszorg.

Gestandaardiseerde psychodiagnostiek in het Pieter Baan Centrum

Het Pieter Baan Centrum (PBC) is de psychiatrische observatiekliniek van het Nederlandse Ministerie van Veiligheid en Justitie waar jaarlijks zo'n 220 rapportages worden opgemaakt over verdachten van ernstige misdrijven. Een PBC-rapportage wordt opgesteld door een multidisciplinair team, bestaande uit o.a. een psychiater, psycholoog, een groepsleider op de verblijfsafdeling, een zogenaamde milieuonderzoeker die de levensloop van de verdachte uitzoekt en een jurist en geeft de rechter aan of er ten tijde van het delict een stoornis aanwezig was bij de verdachte, wat de mate van toerekeningsvatbaarheid was en of behandeling wel of niet onder dwangverpleging geïndiceerd is. Het advies van het PBC wordt in 86% van de gevallen overgenomen door de rechter (Boonekamp et al., 2008).

Testpsychologisch onderzoek is een belangrijke bron van informatie tijdens een PBC-onderzoek. In 2007 is het diagnostisch proces van het PBC kritisch bekeken en herzien om te komen tot meer uniformiteit en standaardisatie en een toename van het gebruik van wetenschappelijk onderbouwde en betrouwbare meetinstrumenten (Spaans et al., 2014). Een gunstig bijeffect van deze standaardisatie was de opbouw van een digitaal gegevensbestand van testcores van de forensisch onderzochte verdachten waarmee onderzoek gedaan kon worden naar de geselecteerde meetinstrumenten. Dit was van belang omdat de meeste instrumenten die in de forensische gezondheidszorg beschikbaar en gebruikt zijn niet specifiek voor die populatie zijn ontwikkeld (Wygant & Lareau, 2015). Met het opgebouwde gegevensbestand kon de bruikbaarheid van deze instrumenten binnen de forensische

gezondheidszorg nader bestudeerd worden. De resultaten van dat onderzoek worden weergegeven in dit proefschrift, dat de prevalentie, diagnostiek en prognostische waarde voor de behandeling van persoonlijkheidspathologie binnen de forensische gezondheidszorg onderzoekt.

Prevalentie van persoonlijkheidspathologie in de forensische gezondheidszorg

Persoonlijkheidspathologie is zeer prevalent in gevangenispopulaties: zo'n 65% van de mannen en 42% van de vrouwen in westerse gevangenissen heeft een persoonlijkheidsstoornis (Fazel & Danesh, 2002). Persoonlijkheidsstoornissen uit cluster B van de Diagnostic Statistical Manual (DSM) van de American Psychiatric Association (APA) komen hierbij het meest voor: antisociaal, borderline, teatraal en narcistisch (Fazel & Danesh, 2002; De Ruiter & Greeven, 2000; Hildebrand & De Ruiter, 2004; Timmerman & Emmelkamp, 2001) alsook de bijbehorende persoonlijkheidstrekken zoals een hoge mate van agressie of vijandigheid, slechte impulscontrole, het zoeken van sensatie en gebrek aan empathie (American Psychiatric Association, 2000; Boccaccini et al., 2010; Cunradi et al., 2009; Dolan & Blackburn, 2006; Hare, 2006; Looper & Paris, 2000; Norlander & Eckhardt, 2005; Shechory et al., 2011; Walters, 2007).

De diagnose van persoonlijkheidspathologie is in de forensisch gezondheidszorg complexer dan in de reguliere psychologische praktijk. Ten eerste hebben de meeste verdachten niet zelf om een evaluatie gevraagd en is er doorgaans sprake van zeer weinig vertrouwen tussen de psycholoog en de verdachte (Cima, 2013). Ten tweede hebben verdachten en patiënten in de forensische gezondheidszorg heel wat te winnen of verliezen op basis van de resultaten van hun beoordeling, zoals de duur van hun gevangenisstraf of een behandeling onder dwang. Kwesties als simulatie (het overdrijven van negatieve eigenschappen) of dissimulatie (het bagatelliseren van negatieve eigenschappen) kunnen daarom zeker een rol spelen in de manier waarop een individu zichzelf presenteert (Cima, 2013; Wygant & Lareau, 2015). De aanwezigheid van een (cluster B) persoonlijkheidsstoornis of psychopathische persoonskenmerken kunnen eveneens vertekende resultaten geven (Cima, 2003)

Diagnostiek bij persoonlijkheidspathologie in de forensische gezondheidszorg

Persoonlijkheidspathologie kan op meerdere wijzen worden vastgesteld, zoals door middel van zelfrapportage, beoordelingschalen en (semi-)gestructureerde interviews. Hiervan is zelfrapportage het minst ingewikkeld en tijdrovend voor de forensische gedragsdeskundigen aangezien deze instrumenten snel en eenvoudig af te nemen zijn en de meeste inspanning vereisen van de beoordeelde, niet de beoordelaar.

Toch zijn er twijfels geuit over de validiteit van zelfrapportage binnen de forensische gezondheidszorg i.v.m. mogelijke afwijkende responsstijlen als (dis)simulatie (Milton et al., 2005). Gezien de grote diversiteit van zelfrapportage-instrumenten die beschikbaar zijn voor persoonlijkheidskenmerken – waarvan de meerderheid niet specifiek voor de forensische gezondheidszorg is ontworpen – lijkt er

weinig duidelijkheid en overzicht te bestaan van de huidige kennis over deze kenmerken in het forensische veld. Hoofdstuk Twee presenteert een onderzoek naar de prevalentie van zelfgerapporteerde forensisch relevante persoonlijkheidskenmerken bij gedetineerden wereldwijd. Er werd een systematische review en meta-analyse uitgevoerd van zelf-gerapporteerde woede, agressie, vijandigheid, antisociale trekken, psychopathie en impulsiviteit. De scores van gedetineerden werden vergeleken met die van niet-gedeteneerde norm- of referentiegroepen.

Er werden geen algemene verschillen gevonden in zelfgerapporteerde niveaus van woede, agressie, vijandigheid, of impulsiviteit. Zelfgerapporteerde niveaus van antisociale en psychopathische kenmerken waren in de forensische gezondheidszorg aanzienlijk en significant hoger dan in de referentiegroepen. Dit is in lijn met soortgelijke studies die vonden dat forensische patiënten met antisociale neigingen of psychopathische kenmerken naar waarheid antwoorden op vragen over deze eigenschappen (Cima, Van Bergen, & Kremer, 2008; Edens, 2009; Niesten et al., 2015; Ray et al., 2013). Tegelijkertijd suggereren andere studies dat zelfrapportage een onderschatting van negatieve persoonlijkheidskenmerken oplevert (Blackburn et al., 2004; De Ruiter & Greeven, 2000; Hornsveld et al., 2009; Milton et al., 2005; Spaans et al., 2015; Zimmerman & Coryell, 1990).

Een alternatieve verklaring voor de resultaten is de relatieve oververtegenwoordiging van verschillende versies van de MMPI bij de gevonden studies. De Psychopathic Deviate (Pd) schaal van de MMPI meet niet zozeer psychopathische of antisociale kenmerken maar problemen met de interpersoonlijke relaties, impulscontroleproblemen en vervreemding (Butcher et al., 2015). Een andere verklaring voor de resultaten is de keuze voor drie overkoepelende categorieën van forensisch relevante persoonlijkheidskenmerken op basis van de klinische ervaring van de auteurs en niet van eerder onderzoek of gevalideerde constructen.

Het blijft onduidelijk in welke mate en voor welke persoonlijkheidskenmerken kwesties als (dis) simulatie een rol spelen. Er kan ook sprake zijn van onbedoelde zelfdeceptie (Ray et al., 2013). In ieder geval geven de resultaten van Hoofdstuk Twee aan dat men voorzichtig dient te zijn bij het gebruik van zelfrapportage in het forensische veld, vooral wanneer deze instrumenten niet beschikken over een schaal die afwijkende responsstijlen zoals sociale wenselijkheid meet.

Om verschillende redenen is het belangrijk dat het forensische psychodiagnostische proces efficiënt en kosteneffectief is (Wygant & Lareau, 2015). Binnen de reguliere psychologische praktijk raden Widiger en Samuel (2005) een tweetrapsaanpak aan voor een efficiënte beoordeling van persoonlijkheidspathologie. Eerst wordt een zelfrapportagevragenlijst voorgelegd om te screenen op de mogelijke aanwezigheid van persoonlijkheidsstoornissen, waarna er in geval van indicaties van een stoornis een (semi-)gestructureerd interview afgenomen wordt om de aanwezigheid hiervan te toetsen. Een snelle en efficiënte screeningsvragenlijst kan veel (tijds)voordelen opleveren voor de forensische gezondheidszorg. Tegelijkertijd blijft de belangrijkste eis van zelfrapportage-instrumenten volgens Wygant en Lareau (2015) dat ze nauwkeurig zijn en dienen forensische gedragskundige rapporten duidelijk, objectief en transparant te zijn.

Hoofdstuk Drie bespreekt de geschiktheid van de Dimensional Assessment of Personality Pathology – Short Form (DAPP-SF; Van Kampen et al., 2008) voor deze tweetrapsaanpak in een psychiatrische observatiekliniek waar verdachten van ernstige misdrijven een psychologisch en psychiatrisch onderzoek ondergaan. De DAPP-SF is een zelfrapportage-instrument voor de persoonlijkheid die betrouwbaar en valide is gebleken in de algemene bevolking, bij patiënten die behandeld worden voor persoonlijkheidsstoornissen (Van Kampen et al., 2008) en bij patiënten met stemmings-, angst- en somatoforme stoornissen (De Beurs et al., 2009). Bovendien kan de DAPP-SF patiënten met

persoonlijkheidsstoornissen onderscheiden van de algemene bevolking (De Beurs et al., 2010). Aangezien dit instrument op die manier een succesvolle screener is binnen de algemene populatie, kan het dat wellicht ook zijn binnen de forensische gezondheidszorg.

De verwachting was dat wanneer een of meer (sub)schalen van de DAPP-SF hoge scores vertoonden, er een of meerdere persoonlijkheidsstoornissen zouden worden geïdentificeerd door middel van het Structured Interview for DSM-IV Personality (SIDP-IV). De resultaten toonden echter dat de forensische populatie beduidend lagere persoonlijkheidspathologie rapporteerde dan de algemene populatie op 14 van de 22 persoonlijkheidsschalen van de DAPP-SF. Op basis van dit bodemeffect en andere onopvallende resultaten werd geconcludeerd dat de bruikbaarheid van de DAPP-SF als screener voor persoonlijkheidsstoornissen binnen de context van de forensische gezondheidszorg zeer beperkt is.

Opnieuw rijst de vraag of de mate van zelfgerapporteerde persoonlijkheidspathologie overeenkomt met de werkelijke niveaus of dat de respondenten (dis)simuleerden tijdens het invullen van de vragenlijst om bijvoorbeeld hun kansen op (voor hen) ongewenste juridische gevolgen te verminderen, zoals gedwongen opname in een beveiligd forensisch psychiatrisch centrum (FPC).

Nogmaals terugkomend op het onderwerp van zelfrapportage-instrumenten in het forensische veld is ook de Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2; Hathaway & McKinley, 1989; Nieberding et al., 2003) een interessant instrument. De MMPI-2 is een van de meest gebruikte zelfrapportage-instrumenten in de forensische gezondheidszorg, ook al is het instrument niet gevalideerd voor forensische populaties. Een populaire onderzoekslijn met de MMPI(-2) binnen de forensische gezondheidszorg is het indelen van daders in verschillende profielgroepen op basis van hun scores. Dergelijke classificaties kunnen nuttig zijn voor de behandeling van elk specifieke subtype daders. Eerdere studies vonden tussen de twee (Espelage et al., 2003; Hall et al., 1991) en tien (Megargee et al., 2001) verschillende clusters. Studies waaruit slechts twee aparte clusters blijken leiden tot twijfels over de geschiktheid van de MMPI-2 voor het differentiëren tussen persoonlijkheidsprofielen in het veld van de forensische gezondheidszorg. Daarom werd het clusteranalyse-onderzoek gerepliceerd bij verdachten van ernstige misdrijven die psychiatrische observatie ondergingen. Uit de resultaten, weergegeven in Hoofdstuk Vier, bleken slechts twee clusters van verschillende persoonlijkheidsprofielen: één die een afwezigheid van psychische problemen rapporteerde en één die verhogingen op alle behalve drie schalen rapporteerde.

Geconcludeerd werd dat verschillende profielen niet effectief werden onderscheiden door de MMPI-2. Opnieuw rijzen er twijfels over het gebruik van zelfrapportage in forensische populaties en vooral de bruikbaarheid van de MMPI-2 voor diagnostische doeleinden. De resultaten suggereren dat dat, ondanks de populariteit van het instrument, binnen een forensische context beperkt is tot het screenen van de aan- of afwezigheid van algemene psychopathologie en dat het instrument niet goed in staat is om onderscheid te maken tussen subtypen daarin.

Persoonlijkheidsstoornis en het strafrecht

Wanneer persoonlijkheidspathologie eenmaal is vastgesteld bij verdachten van ernstige misdrijven, is het aan de rechter om een uitspraak te doen over de mate van toerekeningsvatbaarheid en een eventuele straf en/of behandeling. Vanwege verschillende bevindingen over de vraag of persoonlijkheidsstoornissen wel of niet door cognitieve of neurologische tekorten tot stand komen en op die manier de wilsvrijheid beïnvloeden (Ciocchetti, 2003; Fine & Kennett, 2004; Herpertz & Sass,

2000; Mei-Tal, 2002; Palermo, 2007; Sparr, 2009) en de complexe rol die persoonlijkheidsstoornis internationaal gezien al dan niet speelt bij het bepalen van toerekeningsvatbaarheid, bestudeert het onderzoek in Hoofdstuk Vijf de Nederlandse forensische context. Er werden twee studies uitgevoerd naar de vraag of persoonlijkheidsstoornissen en psychopathische trekken bij verdachten van ernstige misdrijven volgens Nederlandse forensische gedragsdeskundigen redenen zijn voor verminderde toerekeningsvatbaarheid en/of behandeling onder dwang. De resultaten toonden een internationaal unieke rol van persoonlijkheidsstoornis in Nederland, namelijk dat het leidt tot verminderde toerekeningsvatbaarheid en een advies voor behandeling onder dwang. De resultaten toonden ook dat van kenmerken die betrekking hadden op impulsiviteit en (on)verantwoordelijkheid wordt gedacht dat ze de wilsvrijheid beïnvloeden. De resultaten van deze studie tonen aan dat Nederlandse forensische deskundigen de aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis of psychopathie zorgvuldig meewegen in hun adviezen over toerekeningsvatbaarheid en eventuele gedwongen opname in een FPC. Dit benadrukt het belang van een grondige en zorgvuldige diagnose van de persoonlijkheidspathologie bij psychologische en psychiatrische beoordelingen van verdachten in strafzaken.

Persoonlijkheidsstoornis en behandeling onder dwangverpleging

In Nederland, wanneer de rechtbank heeft vastgesteld dat een psychische stoornis de wilsvrijheid beïnvloedde en leidde tot een misdaad, kan de toerekeningsvatbaarheid als verminderd beschouwd worden en kan de dader de maatregel van gedwongen opname in een FPC worden opgelegd. Het doel van de behandeling is om de samenleving te beschermen tegen personen met een hoog risico op recidive (De Kogel et al., 2006; Van Gemmert et al., 2013) en om een geleidelijke en veilige terugkeer in de maatschappij van het individu te begeleiden (Koenraadt et al., 2007). Zolang het recidiverisico van de forensisch psychiatrische patiënt niet voldoende is afgenomen om terugkeer in de maatschappij te rechtvaardigen, wordt de behandeling voortgezet waardoor levenslange opname op een long-stay afdeling mogelijk wordt. De mediaan behandelduur nam door de jaren heen geleidelijk toe, van 7,3 jaar voor het instroomcohort van 1990 (Dienst Justitiële Inrichtingen, 2011) tot een piek van 10,6 jaar voor het instroomcohort van 1998 (Dienst Justitiële Inrichtingen, 2015). Een recente studie toonde aan dat de mediaan behandelduur voor patiënten die in 2006 instroomden enigszins is afgenomen tot 8,0 jaar (Dienst Justitiële Inrichtingen, 2015).

Begeleid en onbegeleid verlof zijn cruciale stappen in het behandelingsproces. Deze periodes van geautoriseerde vrijheid om zich buiten de beveiligde zone van de kliniek te bewegen, bereiden de patiënt geleidelijk voor op zijn of haar terugkeer in de maatschappij, door te onderzoeken of de vooruitgang die in de kliniek is geboekt, standhoudt in de minder beschermende buitenomgeving en of de patiënt de toename van vrijheid en verantwoordelijkheid aankan (Nagtegaal et al., 2011; Bernstein et al., 2012).

Het uitbreiden van de kennis over de persoonlijkheidsstoornis als voorspellende factor voor behandelduur kan bijdragen tot een meer doeltreffende forensische behandeling. Hoofdstuk Zes presenteert een prospectief onderzoek naar de voorspellende waarde van persoonlijkheidsstoornis voor behandelduur ten tijde van het eerste verlofverzoek en aan het einde van de behandeling van 536 forensisch psychiatrische patiënten in FPC's in Nederland. De prevalentie van persoonlijkheids-

stoornis bij deze groep was 76,5%. Ook werden de effecten van indexdelict, As I-stoornis, middelen-misbruik en intellectueel functioneren onderzocht voor mogelijk versturende effecten op de relatie tussen persoonlijkheidsstoornis en behandelduur.

De resultaten toonden geen onafhankelijke voorspellende waarde van de persoonlijkheidsstoornis voor de behandelduur wanneer As-I stoornis, middelenmisbruik en intellectueel functioneren ook mee werden genomen in de analyses. Factoren die wel invloed hadden op behandelduur waren een indexdelict van (poging tot) geweld en poging tot moord/doodslag – die in verband stonden met een kortere behandelduur – en een indexdelict van (poging tot) een zedendelict, dat in verband stond met een langere behandelduur. Uit een post-hoc exploratieve analyse van een subgroep van patiënten met alleen een diagnose voor persoonlijkheidsstoornis bleek dat deze groep een kortere behandelduur had dan patiënten met een persoonlijkheidsstoornis en een comorbide As I-stoornis.

Beperkingen

Een beperking van de studies in dit proefschrift is hun generaliseerbaarheid. Alle behalve de eerste studie werden uitgevoerd binnen de Nederlandse forensische en juridische context waarin, zoals weergegeven in Hoofdstuk Vijf, persoonlijkheidsstoornis een internationaal unieke rol speelt. Hierdoor zijn de resultaten van deze studies niet één op één te generaliseren naar andere landen. Ook bestonden enkele studiepogingen alleen uit in de kliniek opgenomen, voldoende Nederlands sprekende, niet-psychotische, mannelijke verdachten van ernstige misdrijven, die instemden met het onderzoek, wat leidt tot de mogelijkheid van selectiebias. De resultaten zijn niet één op één generaliseerbaar naar ambulante patiënten, veroordeelde delinquenten, vrouwen, of zij die verdacht van of veroordeeld zijn voor minder ernstige misdrijven dan de PBC-populatie.

Een beperking van de meta-analyse in Hoofdstuk Twee is dat de formulering van de drie overkoepelende categorieën van forensisch relevante persoonlijkheidskenmerken wellicht ook anders benaderd had kunnen worden, omdat sommige persoonlijkheidskenmerken tot meer dan één domein kunnen behoren. Een andere indeling had mogelijk tot andere resultaten geleid. Een beperking van het onderzoek naar de bruikbaarheid van de DAPP-SF als screener voor persoonlijkheidsstoornissen, gepresenteerd in Hoofdstuk Drie, is dat niet kon worden vastgesteld of het veronderstelde dissimuleren daadwerkelijk bij de onderzoekspopulatie voorkwam. Een alternatieve verklaring voor de bevindingen van Hoofdstuk Drie zou gebrek aan statistische power van de kleine steekproef kunnen zijn. Een verdere beperking is het ontbreken van gegevens over de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van forensische gedragsdeskundigen in het PBC op de SIDP-IV.

Het gebruik van digitale databases in Hoofdstuk Zes introduceerde enkele beperkingen. Het was niet mogelijk om kenmerken van de patiënt ten tijde van de daadwerkelijke behandeling op te nemen in het onderzoek omdat deze gegevens niet digitaal beschikbaar waren. In sommige gevallen waren meer dan tien (behandel)jaren verstreken sinds de diagnose die ten tijde van de psychiatrische beoordeling van de verdachte was gemaakt. Tien jaar geleden was de diagnostiek ten aanzien van persoonlijkheidsstoornissen minder accuraat dan tegenwoordig. Naast de mogelijkheid van menselijke fouten bij het handmatig invoeren van gegevens, is een onderzoek ook afhankelijk van de mate van detail van een digitale database. Zo was het niet mogelijk om eventuele comorbiditeit binnen persoonlijkheidsstoornissen of verschillen in de ernst van de (persoonlijkheids)stoornissen te onderzoeken.

Implicaties van de resultaten voor de klinische praktijk

Forensische deskundigen dienen te allen tijde bedacht te zijn op de mogelijkheid van opzettelijke (dis) simulatie of onopzettelijk zelfbedrog bij zelfrapportage, vooral wanneer er (juridische) stimulansen zijn voor bepaalde uitkomsten. Conclusies van forensische gedragskundige beoordelingen moeten worden gebaseerd op een combinatie van evaluatiemethoden: (semi-)gestructureerde klinische interviews, uitgebreide collaterale informatie, cognitieve taken en hetero-anamnestiche gegevens. Zelfrapportage kan van zekere waarde zijn voor individueel gebruik of voor de opsporing van mogelijke persoonlijkheidspathologie maar dient altijd in combinatie met de op bovengenoemde andere manieren verzamelde informatie te worden gewogen. Gebruik van de DAPP-SF en de MMPI-2 voor specifieke diagnostische doeleinden bij forensisch psychiatrische populaties moet worden vermeden. De DAPP-SF is beperkt bruikbaar als screener voor persoonlijkheidsstoornissen en persoonlijkheidsprofielen worden onvoldoende onderscheiden door de MMPI-2.

Ook zou er over de hele wereld meer standaardisatie van instrumenten en terminologie moeten komen bij de beoordeling van persoonlijkheidspathologie, zodat studieresultaten met betrekking tot persoonlijkheidskenmerken en -stoornissen in de forensische veld gemakkelijker met elkaar kunnen worden vergeleken. Demeest effectieve behandelmethoden voor daders met persoonlijkheidsstoornissen blijken langdurig en intensief en mogelijk zou een combinatie van verschillende therapeutische benaderingen elkaar kunnen versterken. Bovendien moet er een toename komen van de digitale registratie van de patiënt, de behandeling, en de risicokenmerken gedurende de behandeling in de forensische gezondheidszorg en aan het einde daarvan, teneinde zinvol wetenschappelijk onderzoek, een betere (risico)diagnostiek, minder incidenten, minder recidive en een kortere behandelduur mogelijk te maken (Brand et al., 2009).

Een afname van de angst voor tbs zou een toename betekenen in het aantal verdachten van ernstige misdrijven die daarvoor in aanmerking zouden kunnen komen en die zouden meewerken aan het NIFP-onderzoek en daarmee ook een toename in data over persoonlijkheidsproblematiek.

Suggesties voor verder onderzoek

Er is een dringende behoefte aan een testbatterij die speciaal is ontworpen voor de forensische behandeling en voor een beknopt screeningsinstrument voor persoonlijkheidsstoornissen dat met succes individuen die verdere beoordeling vergen kan identificeren. Het is van essentieel belang om meer standaardisatie in terminologie en instrumentarium aan te brengen op het gebied van persoonlijkheids-kenmerken, om forensisch gedragskundige resultaten wereldwijd goed te kunnen vergelijken. Een eerste stap zou zijn om alleen nog maar instrumenten te gebruiken die zijn gevalideerd of speciaal ontworpen zijn voor populaties in de forensische gezondheidszorg. Hiermee valt al een groot aantal instrumenten af. Ook is gedetailleerd onderzoek naar afwijkende antwoordtendensen, zoals sociale wenselijkheid, binnen verschillende juridische contexten geïndiceerd, zoals bij veroordeelde delinquenten of forensisch psychiatrische patiënten in plaats van verdachten, om de mogelijke invloed van (juridische) stimulansen op antwoordtendensen te onderzoeken. Dit zou hopelijk duidelijk maken of het de status van verdachte is die de beperkte bruikbaarheid van de DAPP-SF als screener en het onvermogen van de MMPI-2 om persoonlijkheidsprofielen vast te stellen heeft veroorzaakt, of dat het de setting van de forensische gezondheidszorg in het algemeen is.

Teneinde een meer valide meting van niveaus van forensisch relevante persoonlijkheidskenmerken in forensisch psychiatrische populaties te verkrijgen, dient gebruik te worden gemaakt van alternatieve meetmethoden voor zelfrapportage zoals (semi-)gestructureerde interviews, beoordelingschalen of cognitieve taken. Ook dient onderzocht te worden of verschillende persoonlijkheidskenmerken verschillende soorten afwijkende responsstijlen oproepen. De *evidence-base* voor de beste benadering blijft beperkt. Enkele auteurs beweren dat behandelmethoden voor daders met persoonlijkheidsstoornissen langdurig en intensief dienen te zijn en dat mogelijk verschillende therapeutische benaderingen dienen te worden gecombineerd. Een toename van (details van) digitale registratie van patiënt-, behandel- en risicokenmerken is van belang. Omdat in het verleden veel studies methodologische tekortkomingen hebben getoond (Warren et al., 2003), moeten inspanningen worden gedaan om deze tekortkomingen te vermijden. Hoewel het een grote uitdaging kan zijn binnen de context van de forensische gezondheidszorg, moet toekomstig onderzoek bij voorkeur bestaan uit gerandomiseerde studies met controlegroepen en gedetailleerde informatie geven over de studiepopulatie en selectie criteria, de wijze waarop diagnoses zijn gesteld (die gevalideerd zou moeten zijn voor forensisch psychiatrische populaties), over de behandeling die is toegediend (zodat deze later mogelijk gerepliceerd kan worden) en over de keuze voor de (gestandaardiseerde) uitkomstmaat en statistische analyses. Studies moeten gebruik maken van grote steekproeven en controlegroepen, eventuele uitval van respondenten bespreken en groepen met As I- en As II-problematiek waar mogelijk gescheiden houden. Het verrichten van nader zinvol onderzoek naar behandel-effectiviteit van welke behandeling voor welke patiënt in welk stadium zal hopelijk bijdragen aan betere (risico)diagnoses, minder incidenten, kortere behandelduur en minder recidive.

Conclusie

Samenvattend kan worden gezegd dat, hoewel persoonlijkheidspathologie zeer prevalent is binnen de forensische gezondheidszorg volgens diverse studies, Hoofdstuk Twee, Drie en Vier van dit proefschrift hebben aangetoond dat forensische populaties moeilijk te beoordelen zijn door middel van zelfrapportage-vragenlijsten vanwege de mogelijkheid van misleidende en manipulatieve antwoordtendensen alsook onbewust zelfbedrog. Zelfrapportage kan van zekere waarde zijn voor individueel gebruik en de opsporing van mogelijke persoonlijkheidspathologie, maar voorzichtigheid is geboden bij de interpretatie van de resultaten. Een grondige en nauwkeurige diagnose van persoonlijkheidspathologie is van groot belang in het forensische veld. De gevolgen van een psychiatrische of psychologische beoordeling kunnen een grotere invloed hebben op het leven van de onderzochte dan in de reguliere gezondheidszorg.

Hoofdstuk Vijf en Zes hebben aangetoond dat binnen de context van de Nederlandse forensische gezondheidszorg persoonlijkheidsstoornis verminderde toerekeningsvatbaarheid en behandeling binnen een juridisch kader rechtvaardigt en dat een kleine subgroep van forensisch psychiatrische patiënten met alleen een persoonlijkheidsstoornis een kortere behandelduur hebben dan patiënten met een persoonlijkheidsstoornis en een comorbide As I-stoornis. Deze laatste studie heeft een drietal factoren geïsoleerd die behandelduur kunnen verkorten (een indexdelict van (poging tot) geweld en (poging tot) moord/doodslag) of verlengen (een indexdelict van (poging tot) een zeden-delict) en daarmee een focus kunnen zijn voor beleidsmakers en forensische deskundigen in het behandelproces.

