

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/26912>

Please be advised that this information was generated on 2017-12-05 and may be subject to change.

Kunnen we delinquenten niet beter behandelen?

INAUGURELE REDE DOOR DR. H.L.I. NIJMAN

KUNNEN WE DELINQUENTEN NIET BETER BEHANDELEN?

Kunnen we delinquenten niet beter behandelen?

3

Rede in verkorte vorm uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar forensische psychologie vanwege de Stichting Koningsheide aan de Faculteit der Sociale Wetenschappen van de Radboud Universiteit Nijmegen, op vrijdag 22 april 2005

Door dr. H.L.I. Nijman

Vormgeving en opmaak: Nies en Partners bno, Nijmegen
Drukwerk: Thieme MediaCenter Nijmegen

Hooggeleerde rector magnificus, geachte dames en heren!

Met het beperken van de vrijheid van delictplegers door middel van detentie wordt niet alleen beoogd om een passende straf te geven, maar ook om de veiligheid in de maatschappij te vergroten. Maar gebeurt dit ook? Voormalig Home Secretary Lord Waddington suggereerde in 1991 dat gevangenisstraf wel eens ‘(..) an expensive way to make bad people worse’ zou kunnen zijn. Hoewel dit citaat door zijn oorspronkelijke context genuanceerd wordt (House of Lords debates, 17 mei 2000), roepen deze woorden de vraag op hoe effectief vrijheidsstraffen zonder verdere behandeling en (na)zorg zijn.

Bij de gedachtegang die in het citaat van Lord Waddington schuilt, dat detentie criminelen onder bepaalde condities gevaarlijker zou kunnen maken, doemt het clichématige beeld op van gevangenen die tijdens hun gevangenisstraf tips uitwisselen over hoe geavanceerde sloten eenvoudig te openen zijn. Het mechanisme waardoor detentie in sommige gevallen juist tot een toename van delicten zou kunnen leiden is in een aantal theorieën uitgewerkt [bijvoorbeeld door Sherman, 1993, zie hierover het recente proefschrift van Van der Laan (2004)]. Sherman gaat ervan uit dat strafrechtelijke sancties eerder tot een toename dan tot een afname van crimineel gedrag leiden in gevallen dat de gestrafte zwakke sociale bindingen met de maatschappij heeft, de (wijze van oplegging van de) straf als onrechtvaardig beschouwt, en de straf – in plaats van schaamte – gevoelens van kwaadheid oproept en als stigmatiserend wordt beschouwd (Sherman, 1993; Van der Laan, 2004). Om de stigmatisering die gepaard kan gaan met het opleggen van bepaalde strafrechtelijke maatregelen te illustreren vraag ik uw aandacht voor het onderstaande bericht.



Dit bericht stond eind 2004 in de krant omdat voertuigen in Nederland voortaan lettercombinaties van drie in plaats van twee letters op de nummerplaten krijgen. Het bericht probeert de lezer gerust te stellen dat er geen voertuigen met de combinatie ‘TBS’ (Ter Beschikking Stelling) uitgerust worden. Letterlijk staat er dat automobilisten niet bang hoeven te zijn ‘(...) voor een nummerbord met daarin de letters ‘NSB’. Ook

ISBN 90-9019447-9

© Dr. H.L.I. Nijman, Nijmegen, 2005

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar worden gemaakt middels druk, fotokopie, microfilm, geluidsband of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de copyrighthouder.

de combinaties 'GVD', 'TBS', 'LYK' en alle mogelijkheden met 'SS' en 'SD' erin zijn uitgesloten'. 'TBC' en 'PKK' zijn wel toegestaan, aldus het bericht.

De afkorting van een maatregel bedoeld voor patiënten die onder invloed van een '(...) gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens'¹ tot een delict kwamen, kan dus niet op een nummerbord. Als dat al niet kan, kunt u zich wel voorstellen dat het ook niet meevalt om behandelde TBS-patiënten doorgeplaatst te krijgen naar een meer reguliere psychiatrische voorziening of om een geschikte arbeidsomgeving voor ze te vinden.

Centraal in deze rede staat de vraag of investeren in goede behandeling van gewelddadige en criminele mensen tijdens perioden van gedwongen verblijf in een gesloten instelling, substantieel kan bijdragen aan de preventie van ernstige incidenten (incidenten die zowel tijdens als na detentie kunnen optreden). De term *behandeling* wordt in deze rede breed opgevat. Onder *behandeling* versta ik in deze rede niet alleen psychologische en psychiatrische interventies om (mogelijk aan delictgedrag gerelateerde) stoornissen en symptomen te verminderen, maar ook komen de (fysieke en psychosociale) condities waaronder delictplegers in gesloten instellingen verblijven aan de orde.

Om te beginnen wil ik stilstaan bij de behandel mogelijkheden in TBS-instellingen omdat in de TBS-sector het meest uitdrukkelijk wordt ingezet op het door behandeling en zorg reduceren van recidivecijfers. Vervolgens wil ik ingaan op de recidivecijfers na ontslag uit TBS-voorzieningen, en deze cijfers (voorzover dat mogelijk is, maar daarover later meer) vergelijken met recidivegegevens van het algemene gevangeniswezen. Daarna wil ik de blik richten op behandel mogelijkheden en -initiatieven in het algemene gevangeniswezen, waarbij tevens de vraag aan de orde komt welke (mogelijk behandelbare) psychische problematiek relatief vaak onder gedetineerden voorkomt. Tot slot zal ook de 'behandeling' van, of omgang met intramuraal plaatsvindende agressie en delictgedrag aan de orde worden gesteld.

BEHANDELING IN TBS-KLINIEKEN

In 1928 werd TBS ingevoerd (in het begin 'TBR' geheten; TerBeschikkingstelling van de Regering). Bij de term TBS-*behandeling* die hiervoor meestal gebruikt wordt, moet echter direct de kanttekening worden geplaatst dat TBS-patiënten, ondanks hun psychiatrische problematiek en het daarmee samenhangende delictgedrag, niet verplicht zijn om behandelingen die aangeboden worden binnen TBS-instellingen ook te accepteren. Het doorgaans opgelegde 'TBS met dwangverpleging' houdt in dat de terbeschikkinggestelde in een TBS-instelling dient te verblijven, maar niet dat behandeling verplicht moet worden gevolgd.

Een strikt onderscheid tussen behandeling enerzijds, en verpleging en begeleiding anderzijds is echter niet gemakkelijk te maken. Behandeling richt zich echter primair op '(...) het doen verdwijnen van symptomen en het opheffen van de pathologie', terwijl

het accent bij verpleging en verzorging ligt op '(...) het tegengaan van het ontstaan van een nieuwe pathologie en van de verergering van een bestaande pathologische toestand' (Vegter, 1999, p. 31). Dit onderscheid tussen op genezing gerichte interventies (behandeling) ten opzichte van op stabilisering van de psychische toestand gerichte interventies (begeleiding), lijkt soms nogal gekunsteld (Vegter, 1999, p.39).

De interne rechtspositie van TBS-gestelden is vastgelegd in de *Beginselenwet verpleging terbeschikkinggestelden* (Bvt; zie Leuw & Mertens, 1999). Leuw & Mertens typeerden de Bvt als volgt: "De interne-rechtspositieregeling van de wet BOPZ en de TBS komen overeen dat gedwongen opname geen gedwongen *behandeling* mogelijk maakt" (p.3). Dit betekent in de praktijk dat het mogelijk is dat een schizofrene man die vanuit waandenkbeelden één van zijn ouders heeft omgebracht (een relatief veelvoorkomend delict onder psychotische TBS-gestelden; zie Nijman, Cima & Merckelbach, 2003), gedurende zijn verblijf in een TBS-instelling niet op anti-psychotische medicatie wordt ingesteld indien hij hier niet mee instemt én er geen sprake is van ernstig gevaar voor de gezondheid van de patiënt zelf of anderen. In geval van ernstig gevaar, bijvoorbeeld door gewelddadige handelingen naar personeel, is (kortdurende) medicamenteuze interventie mogelijk om het gevaar af te wenden indien hiervoor geen andere, minder ingrijpende alternatieven bestaan. Daarmee hoeft het echter niet tot meer structurele (langerdurende) farmacologische behandeling te komen.

Door de structuur die geboden wordt in de kliniek (vast dag-nachtritme, een verbod op alcohol en drugs et cetera) zijn situaties waarbij geen sprake is van ernstig gevaar, maar wel van voortdurende waanideeën en achterdocht bij patiënten mogelijk. Bij het uitgaan van het zelfbeschikkingsrecht van psychotische patiënten, moet niet uit het oog worden verloren dat mensen met schizofrenie *per definitie* (zie American Psychiatric Association, 1994), op de een of andere manier verminderd contact met de realiteit hebben. Ze lijden bijvoorbeeld aan akoestische (bevels)hallucinaties, of zijn ervan overtuigd dat andere mensen hen willen liquideren et cetera. De kern van hun stoornis is dat ze hun irreële denkbeelden, en de verschijnselen die ze waarnemen, zoals hallucinaties, als werkelijk ervaren. In de praktijk is het voor deze patiënten moeilijk om hun eigen belangen te behartigen. Leuw & Mertens (1999) merkten in dit verband het volgende op: 'Voor de TBS-populatie geldt in alle hevigheid het dilemma dat verzet tegen behandeling en ontkenning van de stoornis in veel gevallen inherent is aan de stoornis die moet worden behandeld' (Leuw & Mertens, 1999, p.7).

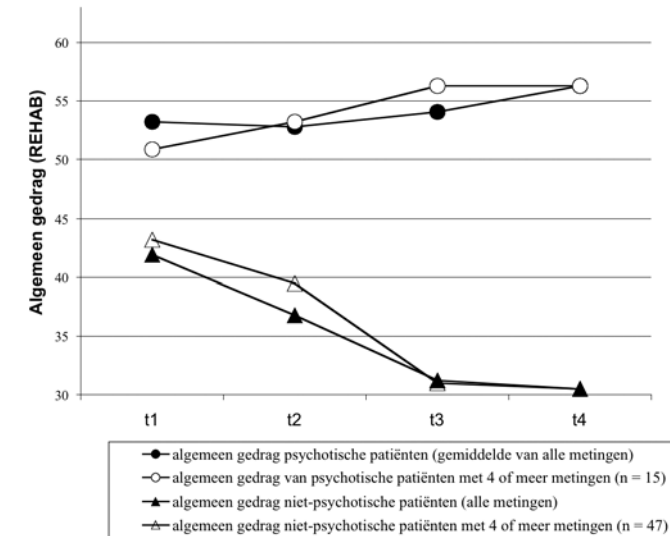
Niet alle psychotische TBS-patiënten ontvangen dus die behandeling die *vanuit behandeloptiek* het meest aangewezen is. Er kan geen twijfel over bestaan dat anti-psychotische medicatie dé behandeling van eerste voorkeur is, in geval van een psychotische stoornis in engere zin, waarmee (doorgaans) het psychiatrische toestandsbeeld én de kwaliteit van leven van de patiënt verbeteren. Longitudinale studies wijzen er verder op dat het langer uitblijven van behandeling met anti-psychotica, in geval van psychotische

symptomen, de prognose voor de patiënt op de langere termijn verslechtert. Bottlender en collega's (2003) relateerden bijvoorbeeld recentelijk bij 58 schizofrene patiënten de duur van het uitblijven van farmacologische behandeling aan de ernst van hun symptomen vijftien jaar later. Zowel de algemene psychopathologie als positieve symptomen waren aanzienlijk ernstiger naarmate farmacologische behandeling langer was uitgebleven. In lijn hiermee bleek het algemene niveau van functioneren lager te zijn van de patiënten die langer onbehandeld waren.

Dergelijke bevindingen wijzen er op dat structurele farmacologische behandeling van psychotische delictplegers niet alleen voor de interne veiligheid, maar ook voor de patiënten zelf, als een vorm van 'beter behandelen' (in psychiatrische zin) opgevat zou kunnen worden. Wellicht zouden we een dergelijke, te voorziene, achteruitgang vaker als argument mogen gebruiken om duidelijk te maken dat er sprake is van gevaar voor de (geestelijke) gezondheid van de patiënt zelf, indien farmacologische behandeling achterwege blijft. Een gevaar dat ook moeilijk op een andere manier af te wenden is dan door adequate medicamenteuze behandeling.

Door het uitblijven van farmacologische behandeling worden de mogelijkheden om door middel van cognitieve gedragstherapie te komen tot meer ziektebesef en -inzicht, in geval van psychose, vaak ook beperkt (zie Hornsveld & Nijman, 2005). Ziektebesef is juist weer essentieel om nut en noodzaak van antipsychotische medicatie aan patiënten te kunnen uitleggen, waardoor ze gemotiveerd kunnen raken voor vrijwillige inname. Leuw & Mertens (2001) raadden dan ook bezinning op de mogelijkheden van drang- en dwangmedicatie aan om: 'een ernstige en langdurige stagnatie van de behandeling te doorbreken' (p. 147). Tervoort (2005) merkte zeer recentelijk over deze problematiek het volgende op: 'TBS-gestelden kunnen jarenlang in een kliniek verblijven zonder dat er een behandelplan wordt uitgevoerd. In juridische zin ligt het primaat van de maatregel bij beveiligen via opsluiting en verzorging. Voor een TBS-kliniek ligt het primaat echter bij behandelen. Dat wringt' (p. 31).

De resultaten van halfjaarlijkse metingen met een goed bekend staande gedragsobservatieschaal, de REHAB² (Baker & Hall, 1988; Nederlandstalige bewerking van Van der Gaag en Wilken, 1994) in FPI de Kijvelanden suggereren inderdaad dat het toestandbeeld van psychotische patiënten *gemiddeld genomen* gedurende de opname niet verbetert (Nijman, de Kruyk & Van Nieuwenhuizen, 2002)³. In verband met de belangrijke beslissingen die in de forensische psychiatrie moeten worden genomen, is het interessant dat REHAB-scores in de algemene psychiatrie gebruikt kunnen worden om de mogelijkheden tot ontslag (of meer zelfstandigheid) voor individuele patiënten te onderzoeken (Van der Gaag & Wilken, 1994; Baker & Hall, 1994). De ontwikkeling van de REHAB-scores van psychotische patiënten gedurende het verblijf in een TBS-instelling is in de onderstaande figuur apart weergegeven⁴. Hoe lager de scores, des te beter de psychosociale conditie van de patiënten.



Verschillen in gedragsveranderingen tussen psychotische en niet-psychotische TBS-gestelden (Lagere scores op de REHAB duiden op een betere psychosociale conditie van patiënten)⁵

Om te schetsen dat het om een substantieel probleem kan gaan: ongeveer een kwart van de TBS-gestelden lijdt aan een ernstige psychotische stoornis (Van Emmerik, 2001; Nijman, de Kruyk & Van Nieuwenhuizen, 2002). Voorzover ik weet zijn landelijke cijfers over hoeveel psychotische TBS-patiënten niet *structureel* met antipsychotische medicatie worden behandeld niet voorhanden. Wat voor de behandeling van psychotische stoornissen geldt, gaat tot op zekere hoogte ook op voor andere psychiatrische problemen, zoals bijvoorbeeld ADHD, en het al dan niet willen innemen van methylfenidaat.

Ook aanbevolen psychotherapie, aangeboden opleidingen en/of arbeid hoeven in principe niet gevolgd te worden. Juist onder persoonlijkheidsgestoorde TBS-gestelden is het opleidingsniveau laag (zie Nijman, Cima & Merckelbach, 2003) waardoor de kans op (betaalde) arbeid na ontslag uit de kliniek beperkt is indien er geen adequate opleiding wordt gevolgd⁶. Er zijn diverse aanwijzingen dat (succesvolle) scholing tijdens detentie geassocieerd is met een lagere kans op recidive na ontslag (zie Stevens, 2000). In de Level of Service Inventory - Revised (LSI-R van Andrews & Bonta, 1995), een instrument waarmee recidivekansen (in ieder geval tot op zekere hoogte) kunnen worden ingeschat (zie Hollin, 2002; Philipse, 2005), komen opleiding en arbeidsmogelijkheden in de risico-evaluatie van gedetineerden dan ook ruim aan bod.

Door een aantal recente ontwikkelingen lijkt echter meer medewerking te ontstaan waar het gaat om deelname aan voorgestelde behandelingen, scholing en arbeid. Het lijkt

erop dat vanuit de toename van de zogenaamde 'long stay'-capaciteit [zie De Kogel, Verwers & Den Hartog (2003) over de geschatte benodigde long stay capaciteit], een substantiële mate van 'drang' uitgaat om therapieën te volgen (dus niet dwang in strikte zin). Een gebrek aan behandelvooruitgang en medewerking kan namelijk leiden tot overplaatsing naar een dergelijke voorziening⁷. Van Marle merkte in 1993 al in algemene zin op dat van de onbepaalde duur van TBS '(..)' een stimulerende invloed uitgaat om tijdens de gedwongen verpleging gebruik te maken van de aangeboden behandeling' (p.25). De vergroting van de long stay-capaciteit lijkt een verdere stimulering met zich mee te brengen, of zorgt er wellicht voor dat medewerkers van TBS-instellingen als het ware 'sterker in hun schoenen staan' wat betreft hun verwachtingen van de inzet van de patiënt. Vegter (1999) merkte in meer algemene zin op dat met name 'onderbrenging van gedetineerden met een persoonlijkheidsstoornis in een sociotherapeutisch klimaat met de automatisch bijbehorende dwang' aangewezen lijkt te zijn '(..)', omdat bekend is dat bij gedetineerden met een persoonlijkheidsstoornis de neiging zich te onttrekken aan de behandeling groot is' (p.40).

Ook wat betreft het animo om deel te nemen aan arbeidsactiviteiten zijn er veranderingen merkbaar. Dit waarschijnlijk mede omdat de financiën van TBS-gestelden meer en meer afhankelijk gesteld worden van eigen inspanningen. Ervan uitgaande dat deelname aan voorgestelde therapieën meer kans op vooruitgang biedt, is er dus een aantal beleidsveranderingen doorgevoerd waardoor TBS-patiënten momenteel beter te behandelen lijken te zijn. Hierbij moet overigens aangetekend worden dat vele TBS-gestelden juist wel voor werk gemotiveerd zijn, maar dat het ook nog wel eens schort aan voldoende mogelijkheden en plaatsen⁸.

Naast de moeilijkheden die ontstaan in de behandeling van TBS-gestelden als zij zich hiertegen verzetten, is van belang dat plaatsing in een TBS-kliniek strikt genomen niet gekoppeld is aan 'behandelbaarheid' (zie bijvoorbeeld Tervoort, 2005) en ook niet direct aan de motivatie van de desbetreffende persoon om behandeling te ondergaan. Om de effectiviteit te verhogen is het bij een substantieel deel van de TBS-gestelden onvermijdelijk dat forse drang kan worden uitgeoefend om voorgestelde behandelingen te volgen en dat bij verblijf in een TBS-behandelkliniek 'behandelbaarheid' een nog sterkere plaats in de afweging krijgt⁹. Met de toename van het aantal long stay plaatsen gebeurt dat ook in toenemende mate (zij het in tweede instantie). Indien er geen vooruitzichten (meer) zijn op verbetering of medewerking kunnen TBS-gestelden naar een wat behandeling betreft minder intensieve (en minder kostbare) long stay voorziening worden overgeplaatst.

EVALUATIE VAN TBS-BEHANDELING

Wat betreft verbetering van de effectiviteit van de TBS-maatregel, dienen de medewerkers van TBS-klinieken (behandelaren en onderzoekers) vooral ook de hand in eigen boezem te steken. Het is pas echt informatief om TBS-behandeling te evalueren in termen van

de recidivecijfers van individuele patiënten, indien nauwgezet gedocumenteerd is welke behandeling(en) ze hebben gevolgd, en dat die behandelingen zich expliciet richten op 'criminogene factoren' (zie Andrews & Bonta, 2003) zoals middelenmisbruik, een gebrekkige woedebeheersing, het hebben van een antisociaal netwerk en beperkte sociale vaardigheden (maar daarover later meer). Aan het nauwgezet documenteren van de precieze aard van gevolgde behandeling schort het nog wel eens. Van Marle (2004) spreekt terecht over TBS als nog te veel een 'black box', '(..)' waarvan we niet weten wat erin gebeurt' (p. 14). Naast grote verschillen tussen TBS-patiënten wat betreft hun compliance met voorgestelde behandelingen, bestaan er ook grote verschillen tussen de soorten behandeling die ze in de verschillende klinieken aangeboden krijgen.

Om effectiviteit van behandeling te evalueren en gericht op onderdelen te kunnen verbeteren (waardoor we *beter kunnen gaan behandelen*), moeten we in detail weten welke behandelingen patiënten hebben gevolgd. Het volstaat hierbij niet om aan te geven dat iemand zes maanden heeft deelgenomen aan een 'groepstherapie voor plegers van geweldsdelicten'. Geprotocolleerd dient te zijn wat de therapie behelsde (bij voorkeur op sessieniveau). Dat het patiënten vrij staat om behandelingen niet te volgen, ontslaat ons niet van de plicht om goed te documenteren wat ze wél aan behandeling hebben gevolgd.

Gelukkig doet zich ook hierin een aantal positieve ontwikkelingen voor. Zo evalueerden De Ruiter & Veen (2004) in opdracht van het Ministerie van Justitie welke geprotocolleerde interventies in forensische instellingen in gebruik zijn en deden op basis van deze evaluaties aanbevelingen voor verdere ontwikkeling én effectonderzoek. Ook een recente publicatie, waarin een groepstherapie voor gewelddadige delinquenten op sessieniveau wordt beschreven (Hornsveld, 2004)¹⁰, onderstreept de positieve trend dat forensische behandelingen beter geprotocolleerd worden.

Tevens is onderzoek naar welke specifieke subpopulaties baat hebben bij dergelijke specifieke behandelinterventies van groot belang. Veen & De Ruiter (2005) wijzen bijvoorbeeld, in geval van behandeling van seksuele delinquentie, op een '(..)' mogelijke risicoverhogende invloed van (groeps)behandeling bij plegers met psychopathische trekken' (p. 89)¹¹. Indelingen naar delicttypen zijn dus mogelijk te grof, indien er bijvoorbeeld geen rekening wordt gehouden met (in dit geval) de mate van psychopathie van de patiënt.

Wat betreft het evalueren van TBS-behandeling als geheel, en de afzonderlijke behandelonderdelen daarbinnen, is het verder van belang dat, meer nog dan nu het geval is, de vooruitgang van patiënten op vaste tijdsintervallen wordt gedocumenteerd aan de hand van betrouwbare, valide en genormeerde meetinstrumenten. Er mag hierbij niet worden volstaan met zelfrapportage van klachten en symptomen door patiënten. Gedragsobservatie- en risicotaxatie-instrumenten (zie De Ruiter, 2000), waarbij gedrag en risicofactoren van de patiënt door anderen (hiervoor getrainde onderzoekers

of hulpverleners) dan de delinquent zelf worden beoordeeld¹², zijn onmisbaar als check en aanvulling op zelfrapportagescores. Delictplegers hebben namelijk een groot belang bij de testuitslagen, zeker wanneer het gaat om TBS. Naar gelang de situatie kunnen forensisch psychiatrische patiënten zich psychisch gezonder (bijvoorbeeld in verband met een gewenste beëindiging van TBS) of juist zeker willen voordoen (bijvoorbeeld in verband met een gewenste verminderde toerekenbaarheid van het delictgedrag). Zo blijken TBS-gestelden wat betreft hun persoonlijkheidskenmerken volgens de Big Five en hun dispositie tot boosheid scores te rapporteren die in absolute zin¹³ niet ver liggen van de scores van gezonde proefpersonen (de scores varieerden tussen het vierde en zesde deciel ten opzichte van normgroepen uit de algemene bevolking; Hornsveld, Van Dam-Baggen, Lammers, Nijman & Kraaimaat, 2004). Poliklinisch behandelde plegers van geweldsdelicten, die zich vaak in een sociale omgeving bevinden waar agressief gedrag wordt getolereerd, en soms zelfs bekrachtigd, rapporteerden gemiddeld wel een redelijk forse dispositie tot boosheid (achtste deciel). Hun scores kunnen echter de uiteindelijke behandelduur ook minder beïnvloeden. De poliklinisch behandelde patiënten scoorden ook significant hoger dan de intramuraal verblijvende TBS-patiënten op andere zelfrapportagematen van agressie en vijandigheid¹⁴. Verder rapporteerden de TBS-patiënten goede sociale vaardigheden in verhouding tot de gemiddelde Nederlander¹⁵.

Ook zelfrapportage van de eigen toestand door niet-gedeteneerde wetsovertreders blijkt soms onbetrouwbaar. Onlangs voerden wij (Oorsouw, Merckelbach, Ravelli, Nijman & Pompen, 2004) een onderzoek uit naar het voorkomen van alcohol black-outs onder een groep van honderd automobilisten die met een te hoog alcoholpromillage achter het stuur zaten. Tijdens psychiatrisch onderzoek dat later plaatsvond ter bepaling of het rijbewijs kon worden teruggegeven, werden alcohol black-outs in algemene zin (life-time prevalentie) door deze overtreeders, die toch aantoonbaar met alcoholproblemen kampten, beduidend minder vaak gerapporteerd dan bij gezonde vrijwilligers gangbaar is. Dit suggereert dat rijders onder invloed de situatie rooskleuriger willen voorstellen om hun rijbewijs terug te krijgen. Wanneer echter daadwerkelijk een ongeluk was veroorzaakt tijdens het rijden onder invloed, dan werd voor deze gebeurtenis juist wel relatief vaak een alcohol black-out gerapporteerd (in 85 procent van de gevallen), waarvan het doel wellicht is om de toerekenbaarheid van het desbetreffende ongeluk als het ware te 'verminderen'. Bij deze laatste suggestie is van belang te weten dat er geen significante relatie werd gevonden tussen gerapporteerde alcohol black-outs en het feitelijke alcoholpromillage in het bloed.

Door plegers van ernstige delicten wordt overigens in het algemeen nogal vaak geheugenverlies voor het delict (of voor belangrijke onderdelen ervan) gerapporteerd (het gaat om ongeveer een kwart van de daders; zie Merckelbach, Van Oorsouw, Van Koppen & Jelacic, 2005). Meer doorgewinterde delictplegers (personen met veel eerdere veroordelingen) bleken relatief vaak last te hebben van geheugenverlies voor hun laatste

delict (zie Cima, Nijman, Merckelbach, Kremer & Hollnack, 2004). Om *goed te kunnen behandelen* werken dergelijke claims van geheugenverlies naar mijn mening zeer belemmerend: met daders die niet bereid (of in staat) zijn de toedracht van hun delicten te beschrijven is het moeilijk praten over de psychologische en fysiologische mechanismen die ertoe hebben geleid. Grote problemen voor behandelaars treden ook op indien de TBS-gestelde iedere vorm van schuld voor het delict blijft ontkennen.

Dergelijke bevindingen onderstrepen dat een sceptische grondhouding ten aanzien van zelfrapportage van symptomen van delictplegers nodig is. Om behandeling van delictplegers met psychiatrische stoornissen beter te kunnen evalueren, met als doel *beter te kunnen behandelen*, dient nog meer dan nu al het geval is, gebruik gemaakt te worden van objectief vastgelegde waarnemingen van het feitelijk vertoonde gedrag (zoals met recidivegedrag ook het geval is), die aansluiten bij de doelstellingen van de behandelingen. Te denken valt hierbij aan het op grotere schaal gebruikmaken van valide registratiemethoden om ook 'kleinere' incidenten (zoals agressie en bedreigingen; zie Nijman, Muris, Merckelbach, Palmstierna, Wistedt, Vos, Van Rixtel & Allertz, 1999) en regelovertredingen binnen de instellingen te registreren. Wat betreft dergelijke regelovertredingen: Philipse (2005) vond onlangs dat niet allerlei complexe, en soms moeilijk te definiëren, psychologische variabelen recidive voorspelden (of juist in omgekeerde richting voorspelden dan verwacht; zie Philipse, 2005), maar dat het aantal maal dat iemand te laat van verlof was teruggekeerd wel significant met recidive samenhang¹⁶. Als er voor evaluatiedoeleinden gebruik wordt gemaakt van zelfrapportage van delinquenten, zou dat, vaker dan nu het geval is, vooral moeten gebeuren aan de hand van, specifiek voor deze doelgroep ontwikkelde schalen (het voert te ver om in dit bestek hier dieper op in te gaan, maar zie Cima, 2003). Bij gebruik van zelfrapportageschalen die hun waarde in de algemene psychiatrie hebben bewezen, zou validiteit en normering bij forensische steekproeven toch hernieuwd onderwerp van studie moeten zijn.

Voorts is het om *de behandeling te kunnen verbeteren* belangrijk dat recidives van behandelde delinquenten structureel worden teruggekoppeld aan instellingen waar zij hun behandeling hebben ontvangen, zodat er een veel directere feedback ontstaat op behandelaars en onderzoekers (momenteel wordt bestudeerd op welke wijze een dergelijke terugkoppeling van recidivegegevens zou kunnen worden gerealiseerd). Tot slot is het, om forensische patiënten *beter te kunnen behandelen*, van belang dat onderzoekers de resultaten van hun studies beter raadpleegbaar maken door ze te publiceren. Een zoektocht naar studies die in Nederlandse TBS-instellingen zijn verricht levert een nogal beperkt aantal treffers in internationale vaktijdschriften op.

Met deze nuancerings van de huidige behandelmogelijkheden en -evaluaties in het TBS-veld in het achterhoofd wil ik ingaan op de resultaten van TBS-behandeling in termen van recidive na ontslag.

RECIDIVE NA TBS-BEHANDELING

Recentelijk verschenen nieuwe cijfers over recidive na TBS-behandeling (Wartna, El Harbachi & Van der Knaap, 2005). Over een langere periode van in totaal 25 jaar (1974 - 1998) wordt, verdeeld over vijf uitstroomcohorten, een daling gezien van het percentage TBS-gestelden dat na opheffing van de TBS-maatregel opnieuw met justitie in aanraking komt. Daar waar 62 procent van de patiënten die 1974 - 1978 en 1979 - 1983 uitstroomden binnen vijf jaar recidiveerden, blijkt dat in het meest recente cohort (uitgestroomd tussen 1994 - 1998) 34 procent¹⁷ te betreffen. Het gaat bij deze recidivecijfers om het opnieuw in aanraking gekomen zijn met justitie. De vergrijpen van de recidivisten kunnen dus variëren van licht tot zwaar. Bij deze positieve trend is het echter belangrijk op te merken dat de mediane behandelduur in het meest recente cohort was toegenomen en het aantal uitgestroomde TBS-gestelden afgenomen¹⁸. Kortom, het is aannemelijk dat personen met een hoog recidiverisico minder frequent zijn uitgestroomd, waardoor de reductie (in ieder geval deels) zou kunnen worden verklaard.

Uit eerder werk van Leuw (1999) kwam verder naar voren dat zwaardere delicten in de eerdere cohorten vrij stabiel door zo'n 20 procent van de voormalige TBS-gestelden werden gepleegd. De recente cijfers van Wartna en collega's (2005) laten echter ook wat betreft ernstige delicten positieve ontwikkelingen zien. Voor de meest zware recidive-categorie (delictgedrag waar een strafdreiging van acht jaar of meer voor geldt), wordt voor het meest recente cohort een terugval gerapporteerd van 9 procent van de ex-TBS-gestelden in vijf jaar, terwijl in de voorafgaande cohorten (1984 - 1988 en 1989 - 1993) deze recidivecijfers op respectievelijk 20 procent en 22 procent lagen.

Voor wat betreft seksuele delictplegers met TBS, blijkt 19 procent (Wartna, El Harbachi & Van der Knaap, 2005) binnen twee jaar na opheffing van de TBS-maatregel opnieuw met justitie in aanraking te zijn gekomen (voor seksuele of niet-seksuele delicten, variërend van lichte tot zware vergrijpen). Vijf jaar na ontslag was dit percentage opgelopen tot 33 procent, waarmee het algemene recidivecijfer voor plegers van seksuele delicten in het meest recente cohort (Wartna, El Harbachi & van der Knaap, 2005), ongeveer gelijk ligt aan dat van daders die voor andere delicten TBS kregen, waarbij de desbetreffende steekproef wel beperkt van omvang was (n = 57). Eerder werden hogere recidivecijfers gevonden in een grotere groep van 94 ex-TBS-patiënten die lang gevolgd konden worden (gemiddeld bijna elf jaar). Het ging om tussen 1975 en 1996 in een TBS-kliniek opgenomen seksuele delinquenten (verkrachters/aanranders) waarvoor een terugval van 34 procent in *speciale* recidive¹⁹ werd waargenomen (Hildebrand, De Ruiter & De Vogel, 2003). Delicten gepleegd tijdens de behandeling werden in dit terugvalpercentage meegerekend (mits er een veroordeling op volgde).

Uit deze studie van Hildebrand, De Ruiter & De Vogel (2003) komt verder naar voren dat er forse verschillen bestaan in recidivekansen tussen te onderscheiden categorieën van seksuele delinquenten. Persoonlijkheidstreken zoals psychopathie, waarvan

verondersteld kan worden dat het in hogere mate onder TBS-gestelden zal voorkomen²⁰, blijken in algemene zin samen te hangen met de kans op recidivegedrag (zie De Ruiter, 2000). Dat bleek ook het geval te zijn in de steekproef van seksuele delictplegers in de desbetreffende studie van Hildebrand, De Ruiter & De Vogel, 2003). In het meest ongunstige geval, namelijk in geval van een hoge score op de Psychopathy Checklist - Revised (PCL-R van Hare, 1991; Nederlandstalige versie van Vertommen, Verheul, De Ruiter & Hildebrand, 2001) én seksuele deviatie, vonden Hildebrand en collega's een recidivekans van 82 procent wat betreft speciale recidive. Alhoewel de groep die aan deze beide kenmerken voldeed (enigszins) 'beperkt' was (het ging om 17 van de 94 onderzochte seksuele delictplegers) toont dit cijfer aan hoe belangrijk het gebruik van instrumenten zoals de PCL-R is om persoonlijkheid en recidiverisico's van delictplegers nader in kaart te brengen (De Ruiter, 2000). In het nieuwe verlofkader is dan ook adequate én recente risicotaxatie een dwingende voorwaarde om verlening van verlof te kunnen overwegen (toetsingskader verlof terbeschikkinggestelden, 2004). Verder lijken vooral daders met een '(...) roofdierachtige delictstijl, meerdere slachtoffers, zeer gewelddadige delicten, een deviante seksuele voorkeur en een gebrekkige impulscontrole' (zie Veen & De Ruiter, 2005, p. 89) een hoge kans op recidive te hebben, ook na cognitief gedragstherapeutische behandeling. Ook de relatie tussen dader en slachtoffer kan veel zeggen over de kans op herhaling. Incestplegers blijken bijvoorbeeld een lagere recidivekans te hebben dan plegers van delicten tegen niet-verwante kinderen (zie Frenken, 2002).

De studie van Hildebrand, De Ruiter & De Vogel (2003) maakt duidelijk dat er patiëntencategorieën bestaan waarvoor het recidiverisico ondanks TBS zeer hoog blijft. Door behandelaars van TBS-klinieken wordt zelfs geschat dat er bij ongeveer 40 procent van de TBS-gestelden sprake zal zijn van een zodanige mate van 'blijvende delictgevaarlijkheid' (zie De Kogel, Verwers & Den Hartogh, 2004) dat blijvend toezicht of insluiting (bijvoorbeeld in een TBS-long stay-voorziening of een forensische GGZ-instelling) nodig is²¹. TBS-gestelden vormen echter een kleine, selecte groep van de totale groep van delictplegers in Nederland²². In verband met een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens krijgen deze patiënten intensieve behandelmogelijkheden aangeboden. Ondanks dat blijkt ongeveer eenderde na ontslag binnen vijf jaar te recidiveren in lichte tot zeer ernstige misdrijven. Maar hoe zit het met terugval in de criminaliteit na detentie uit algemene penitentiaire inrichtingen? Kan meer sobere, en derhalve minder kostbare detentie zonder een uitgebreid behandelaanbod²³ op zich niet al tot een reductie van delictgedrag leiden?

EFFECTEN VAN DETENTIE

Bij hantering van hetzelfde algemene recidivecriterium dat voor TBS werd gebruikt, blijkt 70 procent van de ex-gedeteneerden in een periode van vijf jaar opnieuw met justitie in

aanraking te komen na hun detentie (Wartna, Tollenaar & Essers, 2005). Uit cijfers van Linckens (2003) blijkt verder dat bijna de helft (47 procent) van de uit penitentiaire inrichtingen ontslagen personen binnen dezelfde periode daadwerkelijk opnieuw gedetineerd wordt. Wat betreft zeer ernstige recidive (misdrijven waarvoor een strafdreiging van acht jaar of meer geldt) blijkt 23 procent van de ex-gedetineerden te recidiveren (Wartna, Tollenaar & Essers, 2005).

Met andere woorden, wanneer de meest recente recidivecijfers van ex-TBS-gestelden vergeleken worden met terugvalcijfers na detentie, lijkt een gunstig beeld te ontstaan wat betreft behandel mogelijkheden voor delictgedrag van psychiatrisch gestoorde daders. De kans op recidive onder ex-TBS-gestelden blijkt namelijk twee keer zo laag te liggen als die onder ex-gedetineerden (respectievelijk 34 en 70 procent). Wat betreft zware misdrijven lijken de cijfers naar *verhouding* ook positief: de kans op recidive in zeer ernstig delictgedrag onder ex-TBS-gestelden lijkt over een follow-up periode van vijf jaar ongeveer tweeëneenhalf keer zo laag te liggen dan die van ex-gedetineerden (respectievelijk 9 procent versus 23 procent). Bij deze vergelijkingen dienen echter een groot aantal kanttekeningen te worden geplaatst.

Op de eerste plaats zijn TBS-gestelden en gedetineerden natuurlijk moeilijk vergelijkbaar wat betreft criminele voorgeschiedenissen en psychiatrische achtergronden, maar ook wat betreft toezicht en nazorg na ontslag uit de TBS. Na opheffing van de TBS-maatregel zal een substantieel gedeelte van de voormalige TBS-patiënten onder de een of andere vorm van verhoogd toezicht blijven staan, bijvoorbeeld door overplaatsing naar een reguliere GGZ-voorziening in geval van een psychotische stoornis. Verder is in dit verband, zoals eerder opgemerkt, van belang dat de mediane duur van de TBS-behandeling in het laatste cohort was toegenomen en het aantal uitgestroomde patiënten substantieel afgenomen¹⁸. Dit wijst erop dat personen met een hoog (vermoed) recidiverisico langer opgenomen blijven. In het laatste TBS-cohort, waarvoor de recidivecijfers relatief gunstig waren, bleken bovendien minder veelplegers dan in de eerder uitgestroomde cohorten te zitten (Wartna, El Harbachi & Van der Knaap, 2005).

Ten tweede, wanneer de eerder genoemde cijfers van Linckens (2003) over recidive van het algemene gevangeniswezen naar delicttype worden beschouwd, blijken de hoogste recidivecijfers onder ex-gedetineerden niet gevonden te worden onder plegers van meer typische *TBS-waardige* delicten (bijvoorbeeld verkrachting en levensdelicten), maar juist eerder onder plegers van 'eenvoudige diefstal cq. heling' (51 procent binnen twee jaar) en bij 'diefstal met braak of in vereniging' (46 procent binnen twee jaar; zie Linckens, 2003). Onder zedendelinquenten was de algemene recidive na detentie in penitentiaire instellingen 10 procent na twee jaar (Linckens, 2003)²⁴, terwijl Wartna, El Harbachi & Van der Knaap (2005) 19 procent recidive in twee jaar rapporteerden onder seksuele delictplegers die vrij recentelijk uit TBS werden ontslagen.

Zouden eerder genoemde terugvalpercentages na detentie nog hoger zijn geweest indien de delinquenten geen vrijheidstraffen hadden ondergaan? Met andere woorden, hoe groot is de speciale afschrikkende werking²⁵ van een detentie-ervaring? Door praktische en ethische problemen zijn volledig gerandomiseerde experimenten naar de effecten van bepaalde strafrechtelijke sancties moeilijk uit te voeren, maar in het verleden werden wel meer naturalistische, quasi-experimentele en correlatieve studies gepubliceerd. Een voorbeeld is het onderzoek van van der Werff (1986). In een steekproef van 2375 in 1977 veroordeelden bleek 51 procent binnen zes jaar gerecidiveerd te zijn. In een vergelijkingsgroep van 1250 individuen, die vanwege een beleidssepot niet veroordeeld werden bleek 'slechts' 38 procent in dezelfde periode gerecidiveerd te zijn. Voor deze studie zal echter gelden dat personen waarvan de zaak geseponeerd werd op essentiële punten zullen afwijken van wel veroordeelden (zie Van der Werff, 1986). Hoe dan ook, het hogere percentage terugval in de groep gestraften kan niet als steun voor speciale afschrikking door vrijheidsstraffen worden beschouwd.

In de literatuur is een aantal vergelijkende studies te vinden betreffende recidive onder dronken automobilisten (zie Martin, Annan & Frost, 1993; Mann, Vingilis, Gavin, Adlaf & Anglin, 1991), waarbij gebruik kon worden gemaakt van 'natuurlijke' fluctuaties in ernst van de opgelegde straffen. In deze studies werden sommigen tot gevangenisstraffen veroordeeld, terwijl anderen lichtere straffen kregen. Wat betreft de resultaten komen deze beide studies overeen dat (langere) gevangenisstraffen niet tot een vermindering van recidive leidden (of bij recidivisten juist zelfs eerder tot een toename ervan; zie Mann, Vingilis, Gavin, Adlaf & Anglin, 1991).

Hessing en Van Koppen (2002) concluderen naar aanleiding van dergelijke studies dat: 'straffen nauwelijks recidive [lijkt] te voorkomen' (p. 955). Aan de hand van studies van het Wetenschappelijk Onderzoek en Documentatie Centrum (WODC) komt de Minister van Justitie tot een gelijklopende conclusie: "de recidive na het ondergaan van een sanctie is hoog, en het hoogst na een onvoorwaardelijke vrijheidsstraf. Dat betekent dat de afschrikwekkende werking van de straf beperkt is" (visiebrief modernisering sanctietoepassing, Ministerie van Justitie, 2004, p.2). Op basis hiervan, maar ook in verband met de sterk toegenomen behoefte aan celcapaciteit, wordt gepleit voor meer selectiviteit en differentiatie in de sanctietoepassing, waarbij diverse opties onder de loep worden genomen, zoals elektronisch huisarrest, beperking van grensoverschrijdende mobiliteit, het innemen van auto of rijbewijs, en beperkingen in de besteding van inkomen en vermogen (het ontnemen of opschorten van financiële voordelen).

Wat denken medewerkers van penitentiaire inrichtingen zelf van de effecten van hun werk, waar het gaat om preventie van criminaliteit? Om hier in explorerende zin zicht op te krijgen werd een aantal vragen en stellingen voorgelegd aan medewerkers van twee Nederlandse penitentiaire inrichtingen in het zuiden en noordwesten van het land. Op de algemene vraag: 'Voorkomt detentie volgens u crimineel gedrag?' ant-

woordde 81 procent van de 68 respondenten ontkennend. Wat betreft de motieven voor detentie, werd de stelling dat ‘(..) iemand die een ander iets heeft aangedaan daarvoor moet boeten’ het sterkst door de respondenten onderschreven (alle p 's < 0.05)²⁶. Het grootste *preventieve* effect van detentie op de criminaliteit werd verwacht van wat wordt aangeduid als incapacitatie of onschadelijkmaking (zie Blokland, Bijleveld & Nieuwbeerta, 2003) door detentie (als volgt geformuleerd in de enquête: ‘detentie voorkomt delicten omdat de gedetineerden in ieder geval tijdens de detentieperiode geen delicten meer kunnen plegen’). Ik wil overigens later in deze rede stilstaan bij wat er nog wel aan gewelddadig en delictgedrag tijdens detentie in gesloten inrichtingen voorkomt.

In lijn met eerder genoemde conclusies werd de speciale afschrikwekkende werking van detentie ook door de medewerkers van de penitentiaire inrichtingen als beperkt ingeschat (‘Detentie voorkomt delicten omdat een aantal gedetineerden het na het uitzitten van hun straf wel uit hun hoofd zullen laten om nog eens een strafbaar feit te begaan’; alle p 's < 0.05). In verband met het centrale thema van deze rede, is het relevant dat de stelling dat detentie delicten voorkomt “(..) omdat de detentieperiode (behandel-)mogelijkheden biedt om tot echte gedragsveranderingen bij delictplegers te komen” het op één na minste werd onderschreven. Een aantal respondenten (14 procent) voegde bij dit item suggesties toe dat een *beter* behandeling van psychiatrische problematiek en / of een betere voorbereiding op de periode na detentie (bijvoorbeeld door scholing) criminaliteit, naar hun mening, wel zou kunnen voorkomen. Hoe zit het eigenlijk met de prevalentie van (mogelijk behandelbare) psychiatrische problematiek onder gedetineerden in algemene zin?

PSYCHIATRISCHE EN PSYCHOSOCIALE PROBLEMATIEK ONDER GEDETINEERDEN

Voor de vraag of er tijdens detentie *beter behandeld* kan worden, is het relevant te weten welke psychische problematiek relatief vaak voorkomt onder gedetineerden. Wat betreft de prevalentie van psychiatrische stoornissen onder gedetineerden is, zeker internationaal gezien, nogal wat kennis vergaard (Fazel & Danesh, 2002; Blaauw, Roesch & Kerkhof, 2000). Fazel & Danesh vatten in 2002 de resultaten van 62 studies naar de prevalentie van psychiatrische stoornissen onder gedetineerden als volgt samen: ongeveer 4 procent van de gedetineerden lijdt aan een psychotische stoornis in engere zin, 10 procent aan een vitale depressie, en 65 procent voldoet aan een diagnose van een persoonlijkheidsstoornis, waarbij het meestal om een antisociale persoonlijkheidsstoornis gaat. Wat deze laatste stoornis betreft komen Fazel & Danish tot de conclusie dat gemiddeld genomen 47 procent van gedetineerden (ongeveer de helft dus) een antisociale persoonlijkheid heeft.

De cijfers van Fazel & Danish (2002) wijken niet veel af van Nederlandse bevindingen. Bulten (1998) rapporteerde bijvoorbeeld voor jonge gedetineerden (leeftijd tussen de 18 en 23 jaar) dat 42 procent een antisociale persoonlijkheidsstoornis had, en bijna 1 op de 10 aan een life-time diagnose van een psychotische stoornis voldeed. Daarnaast worden in de regel hoge verslavingsprevalenties gevonden onder criminelen. In de steekproef van Bulten (1998) bleek, ondanks de jonge leeftijd, al zo'n 60 procent met drugproblemen te kampen.

In een zeer jonge steekproef van delictplegers (12- tot 18-jarigen) vonden Vreugenhil, Doreleijers, Vermeiren, Wouters & Van den Brink (2004) dat 90 procent tenminste een psychiatrische stoornis had. Driekwart van de jongeren bleek een ‘Disruptive Behavior Disorder’ [(Oppositieel-opstandige) gedragsstoornissen] te hebben, en bij 55 procent was reeds sprake van verslavingsproblemen. Bij eenderde deel werden verder psychotische symptomen waargenomen (die echter van kortdurende, voorbijgaande aard zouden kunnen zijn geweest).

Naast de hoge prevalenties van persoonlijkheidsstoornissen, psychose en stemmingstoornissen, richten onderzoekers meer en meer de aandacht op de samenhang tussen Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) en crimineel gedrag, waarbij de gevonden prevalenties doorgaans hoog zijn, maar ook nogal uiteenlopen tussen de verschillende studies. In de zojuist aangehaalde studie van Vreugenhil en collega's (2004) werd bij 8 procent van de jonge delictplegers ADHD gediagnosticeerd. In een onderzoek van Retz en collega's (2004) onder 129 jonge delinquenten (gemiddelde leeftijd 19.5 jaar) voldeden er 28 (22 procent) aan de ADHD-criteria. Nog eens 64 van de 129 delinquenten (50 procent) hadden een geschiedenis van aan ADHD gerelateerde symptomatologie die gedeeltelijk in remissie was. In oudere gevangenispopulaties is de prevalentie van ADHD volgens de resultaten van sommige studies nog aanzienlijk te noemen. Curran & Fitzgerald (1999) vonden bijvoorbeeld dat 9 procent van delictplegers die in de twintig of dertig waren (gemiddelde leeftijd: 26 jaar) nog steeds aan de criteria voor ADHD voldeden. In een recent onderzoek in de Penitentiaire Inrichting in Vught onder op reguliere afdelingen gedetineerde volwassenen (gemiddelde leeftijd 30.4 jaar), bleek nog bij 4 procent van de gedetineerden ADHD aanwezig te zijn, terwijl 38 procent in de jeugd aan de ADHD criteria leek te hebben voldaan (Bulten & Nijman, in voorbereiding). Bij deze laatste studie is het belangrijk dat alleen gedetineerden van reguliere (dus niet in zorg gespecialiseerde) afdelingen deelnamen aan het onderzoek; gedetineerden van afdelingen met een specialisatie in psychiatrische zorg of de omgang met beheersmatige problematiek waren van het onderzoek uitgesloten.

In Nederland is de afgelopen decennia in de penitentiaire inrichtingen een behoorlijk vergaande differentiatie (Van der Kolk-Heijne & Wijnheymer, 2003) in afdelingsmilieus ontstaan. Dat is begrijpelijk als je nagaat hoe heterogeen de gedetineerdenpopulatie is (bijvoorbeeld wat betreft eventuele psychiatrische en gedragsproblemen,

leeftijdscategorieën en criminele voorgeschiedenissen). Gedifferentieerde niveau's van (psychiatrische) zorg en beveiliging zijn daarom nodig. Zo bestaan er tegenwoordig bijvoorbeeld Forensische Observatie en Behandelafdelingen (FOBA), Bijzondere Zorg-Afdelingen (BZA's), Individuele BegeleidingsAfdelingen (IBA's), Forensische Schakel Units (FSU's), Landelijke Afzonderingsafdelingen (LAA's) en de Extra Beveiligde Inrichting (de EBI)²⁷.

Naast het relatief veelvuldig voorkomen van bovengenoemde psychiatrische beelden, die zorg behoeven tijdens detentie, wordt er steeds meer onderzoek verricht naar specifieke criminogene factoren die een rol spelen bij het ontstaan (en het in stand houden) van crimineel gedrag (zie: McGuire, 2002; Vogelvang, Van Burik, Van der Knaap & Wartna, 2003). Bij dergelijke criminogene factoren valt te denken aan verslaving, werkeloosheid, het hebben van een crimineel sociaal netwerk, een gebrekkige beheersing van het gedrag et cetera. Verondersteld wordt dat een gerichte aanpak van dergelijke, per individu verschillende, criminogene factoren, succesvol kan zijn in het terugdringen van recidive (McGuire, 2002; Ministerie van Justitie, 2005).

In het kader van het grootschalige project Terugdringen Recidive (Ministerie van Justitie, 2002; 2005) werd de aanwezigheid van twaalf criminogene factoren in een Nederlandse steekproef van 355 mannelijke gedetineerden onderzocht (Vogelvang, Van Burik, Van der Knaap & Wartna, 2003). Problemen werden vooral gevonden in het psychisch welbevinden van de gedetineerden (ongeveer tweederde rapporteerde psychische problemen zoals neerslachtigheid, angstklachten et cetera), het arbeidsverleden (de meerderheid had geen baan; hiermee samenhangend bleek ongeveer de helft na de lagere school geen verdere opleiding te hebben afgerond), het hebben van een delict-gerelateerde kennissenkring (bijna tweederde), druggebruik (bij bijna tweederde was sprake van licht tot ernstig druggebruik) en denk- en gedragsproblemen (meer dan 60 procent; waarbij het gaat om zaken gaat zoals een gebrekkige beheersing van het gedrag, agressiviteit, en moeite hebben met het herkennen van problemen). Verder gaf bijna 60 procent te kennen problemen te hebben met het omgaan met geld.

BEHANDELING VAN GEDETINEERDEN

Hoewel bij sommige, in detentiepopulaties veel voorkomende, psychiatrische problemen sprake is van een soort cirkelredenering²⁸, maakt het voorgaande duidelijk dat er nogal wat (mogelijk behandelbare) psychiatrische en psychosociale problematiek onder gedetineerden voorkomt.

Op verschillende niveaus kan zorg en behandeling tijdens detentie worden geboden. Enerzijds kunnen gedetineerden dus, in geval van psychiatrische en / of beheersmatige problematiek, op een van de eerder genoemde gespecialiseerde afdelingen geplaatst worden. Ook in penitentiaire inrichtingen geldt dat voor geneeskundige behandeling '(..) in beginsel telkens de toestemming van de gedetineerde vereist' (Vegter, 1999, p. 32)

is. Gedetineerden hebben uiteraard, los van de afdeling waar ze verblijven, recht op adequate psychomedische zorg. De organisatie en coördinatie van dergelijke zorg vindt plaats binnen het Psycho Medisch Overleg (PMO) van de inrichtingen, waarin doorgaans de inrichtingspsycholoog, de forensisch psychiater en de inrichtingsarts zitting hebben (Hoogerwerf & Schilder, 2003; Vegter 1999). Het doel van deze zorg en (eventuele) behandeling is onder andere om schadelijke gevolgen van detentie te voorkomen en de problematiek beheersbaar te houden. Daarnaast wordt momenteel het accent sterker gelegd op interventies die specifiek een reductie van recidivegevaar beogen (Ministerie van Justitie, 2005). In lijn met de criminogene factoren die veelvuldig onder gedetineerden worden gevonden, beveelt de werkgroep interventies (Ministerie van Justitie, 2005), in het kader van het project Terugdringen Recidive (TR), naast interventies op cognitieve vaardigheden (bijvoorbeeld de zogenaamde 'COVA-training'), ook specifieke interventies en trainingen aan voor (onder andere) het leren omgaan met geld, wonen, en werken.

Inderdaad wijzen de resultaten van overzichtstudies er consistent op dat positieve effecten op delinquent gedrag bereikt kunnen worden met interventies die een cognitief-gedragstherapeutische aanpak volgen (McGuire, 2002; Beenhakkers, 2001; Ministerie van Justitie, 2005), waarbij het aanpakken van eerdergenoemde specifieke criminogene behoeften / risicofactoren van de desbetreffende delinquenten een belangrijk onderdeel is (in: McGuire, 2002). Het is van groot belang dat dergelijke (psychotherapeutische) interventies door goed getraind personeel worden uitgevoerd, dat zich strikt wenst te houden aan de beoogde werkwijze en doelstellingen van de therapie. Er wordt in dit verband gesproken van het belang van 'programme integrity' (Hollin, 1995). Met andere woorden, een duidelijke protocollering van behandelinterventies en systematische evaluatie van de wijze van uitvoering is cruciaal.

Wat voor verwachtingen kunnen we hebben van geprotocolleerde interventies bij delinquenten? McGuire (2002) en Hollin (2001), autoriteiten op dit gebied, voerden overzichtsstudies uit waarbij het voor het grootste gedeelte ging om Canadese en Noord-Amerikaanse, en in mindere mate Britse studies. Gemiddeld genomen wijzen de studies er op dat behandeling van delinquenten een reductie van recidive van zo'n 10 tot 12 procent kan opleveren (McGuire, 2002; Cooke & Philip, 2001). Veel onderzoek naar de effecten van interventies is echter bij jongere delinquenten uitgevoerd (tussen 14 en 21 jaar; zie McGuire, 2002).

Tien à twaalf procent lijkt bescheiden, hoewel McGuire (2002) hierover echter optimistisch stelt dat, vergeleken met de effecten van sommige medicamenten (bijvoorbeeld medicamenten die de kans op hart en vaatziekten verminderen), '(..) the meta-analytic 'grand mean effect size' for work with offenders is more impressive than it appears' (p. 200). Lösel becijferde dat een reductie van recidive van 10 procent ongeveer gelijk zou staan aan één vrijheidsstraf per gedetineerde minder gedurende hun totale

criminele carrière (in: Cooke & Philip, 2001). Wanneer je de besparing in detentiekosten samenvoegt met de besparingen in de opsporings- en juridische kosten, dan zou waar mogelijk behandelen financieel aantrekkelijk kunnen zijn, waarbij de investeringen dus vooral over de langere termijn worden terugverdiend.

Er is echter ook kritiek mogelijk op de meta-analyses die tot dit optimisme leidden. Van den Hurk & Nelissen (2004) vatten de kritische geluiden uit de literatuur in twaalf punten samen. Om er een paar te noemen: de in de meta-analyses geïncludeerde studies zijn methodologisch van wisselende kwaliteit, de onderzochte interventies zijn niet altijd goed omschreven / geprotocolleerd en, niet onbelangrijk, de resultaten zouden beïnvloed kunnen zijn door publication bias (studies met positieve resultaten zouden een hogere kans kunnen hebben gehad om gepubliceerd te worden). De aandacht richt zich in dergelijke meta-analyses verder vooral op óf de interventies werken, en niet zo zeer op hoe ze werken. Van den Hurk en Nelissen (2004) waarschuwen ervoor dat nog niet goed uitontwikkelde of onvoldoende op effectiviteit onderzochte interventies, niet vanuit overmatig optimisme te snel (op te grote schaal) moeten worden ingevoerd.

Gezien de vaak korte verblijfsduur, en de verschillende tijdstippen van opname, lijken (langdurige) groepstherapieën bovendien om praktische redenen moeilijk realiseerbaar binnen de muren van penitentiaire inrichtingen. Verder is het de vraag hoeveel animo er onder gedetineerden voor hulpverleningsaanbod bestaat. Uit een recente studie (Bulten & Nijman, in voorbereiding) blijkt dat ongeveer de helft van de gedetineerden die op *reguliere* afdelingen verblijven, aangeeft hulp te overwegen voor een psychosociaal probleem (wat nog wat anders is dan daadwerkelijk hulp zoeken), waarbij drugsproblemen en problemen met de eigen agressiviteit relatief vaak genoemd worden. In het onderzoek van Vogelvang en collega's (2003) werd gevonden dat ongeveer de helft van de gedetineerden die harddrugs gebruikten voor detentie aangeeft deze problemen te willen aanpakken. Het lijkt cruciaal dat, waar mogelijk, kan worden aangesloten bij dergelijke (beginnende) hulpvragen, al was het maar door goede voorlichting te geven over waar psychosociale hulp na de detentieperiode te krijgen is voor specifieke problemen. Nog beter is het om '(..) aansluiting op nazorg tijdens detentie al te leggen en noodzakelijk dat resocialisatietrajecten worden voortgezet nadat de grondslag voor justitiële interventie is weggefallen' (visiebrief modernisering sanctiebeleid, 2004, p. 10).

Overigens wordt behoorlijk consistent gerapporteerd dat ambulante behandelprogramma's meer effect sorteren dan intramuraal aangeboden behandelingen (McGuire, 2002; Beenhakkers, 2001). Het lijkt er dus op dat, indien het in verband met de veiligheid toelaatbaar is, het behandelen van delinquenten terwijl zij in de maatschappij verblijven een vorm van *beter behandelen* is (voor wat betreft de langere termijn). Echter, met het oog op de meer directe veiligheid (en ook in verband met ethische dilemma's wat betreft de verhouding tussen delict en straf) is ambulante behandeling niet altijd te rechtvaardigen. In dergelijke gevallen is het van belang dat

een behandeling die tijdens detentie start ook ambulant kan worden voorgezet, zodat de geleerde vaardigheden in de eigen omgeving behouden en verder geoefend kunnen worden. In de woorden van de werkgroep interventies: '(...) gedragsinterventies moeten zowel intramuraal als extramuraal uitgevoerd kunnen worden. Dit maakt het mogelijk om een traject dat binnen een penitentiaire instelling start, buiten detentie voor te zetten' (Ministerie van Justitie, 2005, p.15). Het belang hiervan lijkt onderstreept te worden door de resultaten van het zogenaamde schakelproject dat in P.I. de Geerhorst te Sittard werd uitgevoerd. In dit project (Nelissen, 2003) werd niet alleen tijdens detentie intensief gewerkt aan cognitieve vaardigheden en scholing, maar werd ook de terugkeer en integratie in de samenleving na de detentie, in samenwerking met de Stichting Reclassering Nederland (en andere instanties), intensief begeleid (bijvoorbeeld hulp bieden bij het vinden van een baan en huisvesting, schuldsanering et cetera). De toelatingscriteria tot het schakelproject waren echter uitermate streng. Gedetineerden werden toegelaten indien zij '(...) gedragsmatig en psychisch geschikt zijn, blijk geven van een duidelijke wens en motivatie ten aanzien van arbeidsrelevante vormen van opleiding en werk, een geldige verblijfsstatus hebben, bereid zijn tot een verplicht reclasseringscontact, bij hen geen sprake is van een ernstige verslavingsproblematiek en hun strafrestant niet langer is dan drie jaar of korter duurt dan drie maanden' (Nelissen, 2003, p. 16). Het aardige van dit onderzoek is dat er vergeleken werd met een groep van gedetineerden die ook aan deze criteria voldeden, maar uiteindelijk om verschillende redenen²⁹ toch niet aan het project deelnamen. Noemenswaardig is ook dat deelnemers die gedurende het project afhaakten toch in de berekeningen van de 'experimentele' groep werden meegenomen. Gevonden werd dat 37 procent van de 112 deelnemers recidiveerde (in ongeveer 3 jaar), ten opzichte van 62 procent in een controlegroep. Met name bij degenen die het project afmaakten én maximaal van de gefaseerde begeleiding naar buiten toe hadden kunnen profiteren, werd een laag recidivecijfer gevonden (20 procent).

Bij (psychotherapeutische) interventies gericht op gedragsverandering is het dus '(..)' van belang dat de te behandelen persoon mogelijkheid heeft om te oefenen. Bij langdurig verblijf op cel is dat niet of nauwelijks mogelijk' (Vegter, 1999, p. 41). In de forensisch psychiatrische polikliniek Het Dok, onderdeel van de FPI Kijvelanden, worden ambulante groepstherapieën aan (onder andere) geweldplegers en / of plegers van seksuele delicten gegeven. De deelnemers zijn vaak, als onderdeel van hun straf, verplicht de therapie te volgen. Ondanks dat leert de ervaring dat een behoorlijk aantal van de, vaak nog jonge, daders de behandeling vroegtijdig staakt. Uit de eerder genoemde AgressieHanteringsTherapie (AHT; Hornsveld, 2004) blijkt bijvoorbeeld ongeveer een derde het programma voortijdig te verlaten. Zorgwekkend is dat deze uitvallers gemiddeld genomen hogere PCL-R scores lijken te hebben (Hornsveld, in voorbereiding). Ook bij poliklinisch te behandelen delictplegers dient dus (noodgedwongen) voldoende drang

te worden uitgeoefend, om hen (extern) te motiveren. Het niet volgen of afmaken van een verplicht opgelegde therapie zou zo direct mogelijk consequenties moeten hebben. De werkgroep interventies verwoordt het als volgt: 'Bekend is dat veel deelnemers, vooral extramuraal, in de loop van een gedragsinterventie niet meer komen opdagen. Belangrijk is dan om (extramurale) deelnemers aan gedragsinterventies alsnog snel een vrijheidsstraf op te leggen. Deze 'stok achter de deur' is momenteel niet sterk genoeg.' (Ministerie van Justitie, 2005, p. 20).

Zonder te ver op de diverse interventies in te kunnen gaan³⁰, wil ik in het kader van het centrale thema van deze rede, de aandacht tot slot richten op een mogelijk effectieve, en niet alledaagse, interventie in geval van gewelddadig gedrag. Het betreft de beïnvloeding van antisociaal gedrag door voedingsinterventies. Een interventie die op basis van recente resultaten (Gesch, Hammond, Hampson, Eves & Crowder, 2002), mogelijk ook de interne veiligheid in gesloten instellingen ten goede kan komen. Om de ernst van de veiligheidsproblematiek in gesloten inrichtingen te illustreren, zal ik echter eerst stil staan bij de prevalentie van gewelddadig gedrag tijdens detentie, om daarna nader in te gaan op de opmerkelijke, recente resultaten van interventies via voedingsupplementen.

INCIDENTEN EN DELICTGEDRAG IN INRICHTINGEN

In 2002 werden in de Nederlandse penitentiaire inrichtingen 2044 meldingen gemaakt van geweldplegingen tussen gedetineerden onderling, en 1736 geweldplegingen tegen het personeel (DJI, 2003). Het ging hierbij om incidenten waarop disciplinaire maatregelen volgden³¹. Uit andere bron komt naar voren dat zo'n 40 procent van de Penitentiaire InrichtingsWerkers (PIW-ers) te kennen geeft op jaarbasis minimaal één keer geconfronteerd te worden met zwaardere vormen van geweld (fysieke agressie of serieuze bedreigingen; Middelhoven & Driessen, 2001).

Registraties van incidenten zoals ze gedurende tien maanden (van 1 oktober 2001 tot en met 31 juli 2002) op de Forensische Observatie en Behandelafdelingen (FOBA) van de penitentiaire inrichting Het Veer plaatsvonden, illustreren ook de aard en omvang van agressie zoals die op sommige penitentiaire afdelingen optreedt. Op de FOBA vindt psychiatrische crisisinterventie bij gedetineerden met ernstige psychiatrische stoornissen plaats. Omgerekend werden in totaal per cel per jaar zo'n 3,4 incidenten geregistreerd, waarbij het in bijna 60 procent van de gevallen ook om fysieke agressie ging zoals trappen en/of slaan (Nijman & Geurkink, 2004). De agressiefrequentie was met name hoog op de Very Intensive Care-afdeling van de FOBA, waar de meest ontregelde, acuut psychotische patiënten verblijven (gemiddeld zo'n 9 incidenten per gedetineerde per jaar). Deze prevalentie is nagenoeg identiek aan het aantal incidenten op Very Intensive Care-afdelingen van een TBS-kliniek (Nijman, De With & Hildebrand, 2003). Er is alle reden om aan te nemen dat de agressiecijfers ook fors zullen zijn op

andere detentieafdelingen die gespecialiseerd zijn in de omgang met psychiatrische en/of beheersmatige problemen (bijvoorbeeld LABG, IBA's, FSU's en LAA's).

Ongeveer één op de zeven incidenten die door de PIW-ers van de FOBA werden gemeld, had ook fysieke gevolgen voor slachtoffers. In totaal ging het hierbij in de periode van tien maanden om 25 incidenten waarbij personen fysiek geraakt werden. In 22 van deze 25 gevallen (88 procent) was de agressie tegen medewerkers gericht. In 9 van de 25 gevallen waren de gevolgen zodanig dat het slachtoffer somatische behandeling nodig had. In 6 van deze 9 gevallen moest de somatische behandeling door een arts worden uitgevoerd. Over mogelijk veel later optredende negatieve reacties op agressie (zoals angstklachten, slaapproblemen) worden met het gebruikte agressie-meetinstrument, namelijk een aan de FOBA aangepaste versie van de Staff Observation Aggression Scale-Revised (SOAS-R; Nijman, Muris, Merckelbach, Palmstierna, Wistedt & Allertz, 1999) om praktische redenen geen gegevens verzameld.

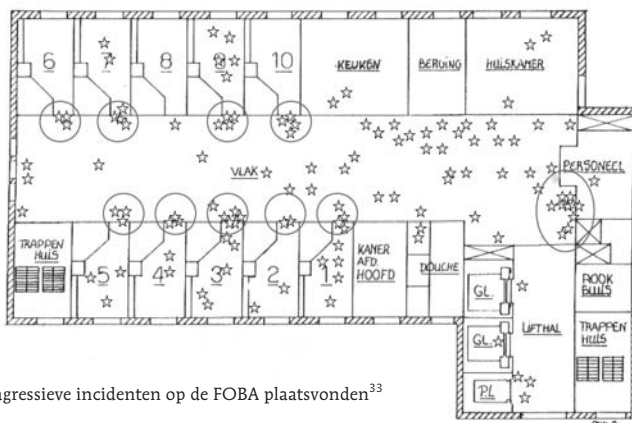
Aangezien PIW-ers in algemene zin vaak met probleemgedrag geconfronteerd worden (zoals dreigementen, fysieke agressie, pogingen tot omkoping en seksueel probleemgedrag tussen gedetineerden³² onderling) bestaat er vanuit de Dienst Justitiële Inrichtingen veel aandacht voor de zorg voor het personeel. In de meeste justitiële instellingen zijn dan ook opvangteams aanwezig die voor de eerste opvang van slachtoffers van agressie of gijzeling kunnen zorgdragen (Uhlenbroek & Van der Lande, 2003). Gemiddeld zijn er justitiebreed zo'n honderd aanvragen voor opvang en nazorg per jaar. Daarnaast kunnen slachtoffers voor verdere behandeling worden doorverwezen worden naar het Instituut Voor Psychotrauma (IVP), wat per jaar ongeveer 25 keer (23 keer in 2002) vanuit de diverse justitiële inrichtingen gebeurt (zie Uhlenbroek & van der Lande, 2003).

Alhoewel het in de FOBA om een selectie van gedetineerden gaat, maken deze gegevens duidelijk dat (de neiging tot) gewelddadig gedrag niet bedwongen is door iemand uit de maatschappij te verwijderen. In plaats van absoluut te stellen dat delictgedrag stopt door gevangenisstraf, is het wellicht juist om te spreken van het overbrengen van het probleemgedrag van de maatschappij naar de afgezonderde wereld van penitentiaire inrichtingen, waar het gedrag doorgaans wel beter controleerbaar is maar niet totaal stopt. Toch onderschreven de 68 medewerkers van penitentiaire inrichtingen in de eerder genoemde exploratieve studie naar de motieven voor vrijheidsstraffen relatief vaak de stelling dat detentie preventief werkt '(..) omdat de gedetineerden in ieder geval tijdens de detentieperiode geen delicten meer kunnen plegen'. Eén van de respondenten die dit item volledig onderschreef, verklaarde desgevraagd een ernstig incident in de eigen inrichting eerder als een 'bedrijfsongeval' op te vatten, terwijl ze gedrag met dezelfde gevolgen in de maatschappij een delict zou noemen.

Het gewelddadige gedrag zet zich - in ieder geval voor een deel - voort binnen de muren van gesloten instellingen. Sterker nog, het insluiten van mensen die geneigd

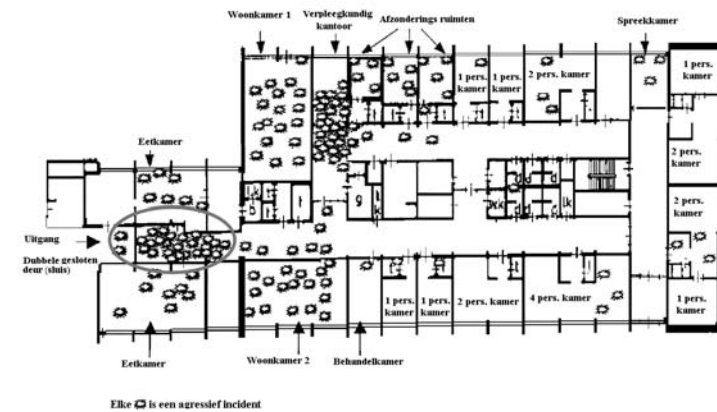
zijn met agressie te reageren op problematische situaties of frustraties, kan op zichzelf aanleiding geven tot gevaarlijk gedrag. Dat dat tot op zekere hoogte het geval lijkt te zijn illustreert een plaatje (zie figuur 2) van de locaties van agressieve incidenten zoals ze op de afdelingen van de FOBA plaatsvonden. De incidenten vonden vaak plaats in deur-openingen, waarbij (bijvoorbeeld) problemen met het verplichte insluiten ontstaan (of juist bij het uitsluiten waarbij de agressie vaak een reactie is op de, in de optiek van de gedetineerde, te lange insluiting). Met andere woorden, bepaalde maatregelen die bedoeld zijn om de veiligheid te verhogen, kunnen soms ook een rol spelen in het ontstaan van gevaarlijke situaties.

Ook op algemene gesloten psychiatrische afdelingen wordt gezien dat maatregelen die bedoeld zijn om gevaar te voorkomen of af te wenden (denk aan restrictieve afdelingsregels, afgesloten deuren, separatie etc.), juist ook agressief gedrag kunnen ontlokken (zie voor een verklaringsmodel van het optreden van agressie op gesloten psychiatrische afdelingen: Nijman, à Campo, Ravelli & Merckelbach, 1999). Figuur 2 geeft een typisch beeld van waar incidenten op een gesloten psychiatrische afdeling ontstaan.



De locaties waarop agressieve incidenten op de FOBA plaatsvonden³³

Daar waar op de FOBA veel agressie bij de celdeuren plaatsvond, lijkt de agressie zich op gesloten psychiatrische afdelingen, waar de kamers niet, of in ieder geval minder vaak, worden afgesloten, zich als het ware 'verplaatst' te hebben naar de laatste sta-in-de-weg naar de vrijheid, namelijk de massieve afdelingsdeur. De paradox dat het insluiten van mensen, om gevaar te voorkomen, tot gevaarlijke situaties kan leiden is vooral herkenbaar in (gelukkig zelden voorkomende) pogingen tot gijzeling van personeel, met als doel uit een gesloten instelling te ontvluchten. In dit verband moet bij het verlengen van verblijfsperiodes, zoals op long stay-voorzieningen in de TBS-sector gebeurt, niet vergeten worden wat het uitzicht op levenslange insluiting met gedetineerden kan doen, en wat



Locaties waarop agressieve incidenten op een gesloten psychiatrische afdeling plaatsvonden³⁴

dat weer voor de veiligheid van de medewerkers kan betekenen³⁵. Het is derhalve van groot belang dat dergelijke voorzieningen een optimale kwaliteit van leven kunnen bieden (veel ruimte, privacy, zinvolle dagbestedingsactiviteiten et cetera) om ervoor te zorgen dat de desbetreffende patiënten met het vooruitzicht van het langdurige verblijf kunnen leven. Voor TBS long stay geldt dat naast beveiliging van de maatschappij tegen delicten, getracht wordt om de '(...) patiënten op een dusdanige wijze te verplegen en te behandelen, dat een zo optimaal mogelijke staat van welzijn en een zo klein mogelijk delictgevaar wordt bereikt' (De Kogel & Verwers, 2003, p.11) Een goede behandeling wat betreft fysieke en psychosociale condities is, met andere woorden, niet alleen om humane redenen te prefereren, maar kan ook de interne veiligheid ten goede komen³⁶. Ter preventie van agressie lijkt sociale of psychologische ruimte (bijvoorbeeld voldoende privacy en rust kunnen vinden wanneer gewenst) belangrijker dan fysieke ruimte (vierkante meters per persoon; zie ook de bijlage bij de visiebrief modernisering sanctietoepassing van het Ministerie van Justitie, 2004; Nijman & Rector, 1999a; 1999b).

In Nederland wordt sinds kort, min of meer door nood gedwongen³⁷, het gebruik van meerpersoonscellen in de praktijk gebracht (zie voor een eerste evaluatie hiervan: Moors, Von Bergh, Bogaerts, van Poppel & Kalmthout, 2004). Aanbevolen wordt (onder andere) om gedeelde cellen vooral te hanteren bij kortere straffen en waar mogelijk te werken met wisselroosters, waardoor de gedetineerden ook tijd alleen kunnen doorbrengen. Belangrijk is dat het gebruik van meerpersoonscellen, ook over langere tijd geëvalueerd blijft worden, onder andere wat betreft een eventuele toename van agressie tussen gedetineerden onderling. Dit dient te geschieden aan de hand van een betrouwbare en gedetailleerde registratie van incidenten. In algemene zin is betrouwbare

registratie en analyse van agressieve voorvallen een vereiste om gerichte preventieve maatregelen te kunnen treffen én de effecten ervan te kunnen beoordelen. De registratie van agressie dient zich daarbij niet te beperken tot het vastleggen van aantallen en aard van incidenten, maar moet ook aandacht hebben voor de typische aanleidingen en omstandigheden waaronder agressie in gesloten inrichtingen ontstaat (Nijman, à Campo, Merckelbach, Allertz & Ravelli, 2001). Gezien de soms ernstige fysieke aard van agressie in gesloten inrichtingen, zou een gedetailleerde registratie van de exacte aard van afzonderlijke fysieke handelingen die tijdens incidenten worden uitgevoerd, voor preventie (van verwondingen) ook van belang kunnen zijn. Een dergelijke registratie kan bijvoorbeeld aan de hand van de Attempted and Actual Assault Scale (Attacks; Bowers, Nijman & Palmstierna, 2005; Bowers, Nijman, Palmstierna & Crowhurst, 2002) plaatsvinden. Voor het trainen van personeel hoe te handelen in geval van fysieke agressie lijkt dergelijk inzicht in (vaak) voorkomende vormen van fysiek agressieve handelingen gewenst. Ter illustratie: een eerste exploratieve studie met de Attacks wees uit dat 'slechts' 6 procent van alle fysiek agressieve incidenten gepaard gingen met het vastpakken / vasthouden van de tegenstander door de agressor (Bowers, Nijman, Palmstierna & Crowhurst, 2002). In de praktijk blijkt echter vaak een groot gedeelte van fysieke weerbaarheids- of agressie-management trainingen besteed te worden aan loskomtechnieken.

Het verbeteren van de registratie van agressieve voorvallen (en andere regelovertradingen), met name waar het de aanleidingen ertoe betreft, is een relatief eenvoudige stap om meer zicht én wellicht ook grip op de agressieproblematiek te krijgen. Een andere, in het oogspringende interventie waarmee incidenten in gesloten inrichtingen mogelijk voorkomen kunnen worden is, blijkens recente onderzoeksresultaten, het verbeteren van de voedingsstatus van gedetineerden.

PREVENTIE VAN INCIDENTEN DOOR VOEDINGSINTERVENTIES?

Diverse studies hebben gewezen op de samenhang tussen tekorten aan bepaalde voedingsstoffen (bijvoorbeeld ω -3 vetzuren die met name door visconsumptie in ons lichaam komen) en psychische problemen. Zo werd wat betreft stemmingsstoornissen gerapporteerd dat het innemen van ω -3 kan leiden tot een verbetering van het toestandsbeeld (Stoll, Severus, Freeman, Rueter, Zboyan, Diamond, Cress & Marangell, 1999; maar zie ook Hakkarainen, Partonen, Haukka, Virtamo, Albanes & Lonnqvist, 2004). Daarnaast werden significante symptoomreducties gerapporteerd bij chronisch schizofrene patiënten wanneer ze ω -3, in combinatie met vitamine E en C, innamen (Arvindakshan, Ghate, Ranjekar, Evans & Mahadik, 2003).

Er worden verder steeds meer aanwijzingen gevonden dat voedingsinterventies ook een significante impact kunnen hebben op agressie. Zo werd recentelijk in een dubbelblind onderzoek onder vrouwen met een borderline persoonlijkheidsstoornis

gevonden dat zowel hun somberheid als hun agressiviteit afnamen onder invloed van inname van ω -3 (Zaranini & Frankenburg, 2003). Resultaten van Adrian Raine wijzen er verder op dat verbetering van de voeding op jonge leeftijd (3 tot 5 jaar) wellicht zou kunnen leiden tot een vermindering van antisociaal en crimineel gedrag op latere leeftijd (namelijk 23- tot 26-jarige leeftijd; Raine, Mellingen, Liu, Venables & Mednick, 2003). Bij deze laatste studie werden echter naast voedingsinterventies ook andere interventies (bijvoorbeeld aanvullende scholing) toegepast.

Een van de sterkste aanwijzingen dat ingrijpen in de voeding agressiviteit onder gedetineerden zou kunnen reduceren vinden we in een studie van Gesch, Hammond, Hampson, Eves & Crowder (2002). Het betreft een placebo-gecontroleerd, dubbelblind onderzoek met voedingssupplementen onder 231 Britse gedetineerden. Het aantal (agressieve) incidenten in de groep die voedingssupplementen kreeg - onder andere ω -3, aangevuld met andere micronutriënten zoals magnesium, vitamine A, B1, B2, B6, B12 en C - bleek met 26 procent gedaald ten opzichte van gedetineerden die placebo's ontvingen. De placebo's waren zo gemaakt dat er geen verschil in smaak en geur waarneembaar was. De gedetineerden bleken achteraf inderdaad niet te kunnen raden of ze de supplementen of placebo's hadden geslikt.



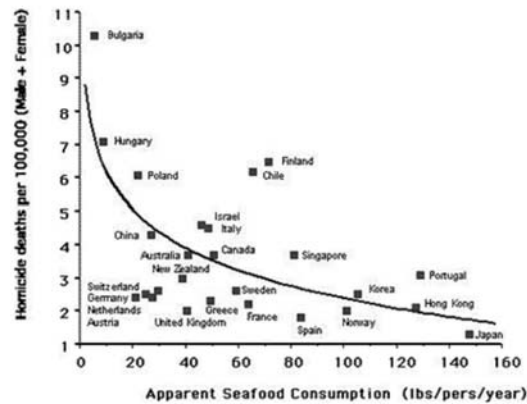
De voedingssupplementen (of placebo's?) die in het onderzoek van Gesch en collega's (2002) werden gebruikt om agressie en antisociaal gedrag te verminderen (met dank aan Bernard Gesch)

Onder invloed van de supplementen vond ook een duidelijke reductie plaats in ernstige incidenten (een reductie van 37 procent, in de placeboconditie vond een reductie van 10 procent plaats). Wanneer je bedenkt dat de voedingsstatus van gedetineerden, gemiddeld genomen, verbeterd zal zijn ten opzichte van de situatie vóór arrestatie (denk bijvoorbeeld aan slecht eten in verband met drugsverslaving), dan zou het effect van voedingssupplementen in 'real life' mogelijk groter kunnen zijn. Op basis van deze

30

resultaten wordt vanuit de Dienst Justitiële Inrichtingen een replicatiestudie geïnitieerd onder jongvolwassen gedetineerden in Nederland³⁸. Aangezien een voedingsinterventie ter reductie van gewelddadig gedrag wellicht op het eerste gezicht niet voor hand ligt, lijkt het goed op te merken dat de diverse zojuist aangehaalde resultaten, zonder uitzondering, in psychiatrische toptijdschriften werden gepubliceerd (*Archives of General Psychiatry, American Journal of Psychiatry, British Journal of Psychiatry en Schizophrenia Research*). Mogelijk dat zorgen voor gezonde en gevarieerde voeding niet alleen een vorm van *goede behandeling van gedetineerden* is³⁹, maar ook een *effectieve behandeling tegen agressiviteit* kan zijn.

De resultaten van één minder solide (want correlatieve), maar zeer in het oog springende studie, wil ik u niet onthouden. De onderstaande grafiek (Hibbeln, 2001) suggereert dat er een verband bestaat tussen de visconsumptie per hoofd van de bevolking en het aantal levensdelicten. Lineair is de correlatie 0.47 en in een logaritmische regressie (zie grafiek) wordt volgens deze studie een correlatie van -0.63 gevonden⁴⁰. Met andere woorden, is maatjesharing een 'life-saver'? (Maar wat is er toch met Finland aan de hand?).



De relatie tussen visconsumptie en levensdelicten in 26 landen (met dank aan: Joe Hibbeln)⁴¹

De eerdergenoemde bevinding van Raine dat verbetering van de voeding op jonge leeftijd later in het leven leek te resulteren in minder probleemgedrag, suggereert dat een link tussen slechte voeding en crimineel gedrag wellicht over langere tijd zou kunnen bestaan. Vanuit preventief oogpunt is deze suggestie natuurlijk van belang. In verband met het terugdringen van recidive onder delinquenten ná ontslag uit een gesloten inrichting,

31

rijst vooral de vraag of suppletie met ω -3 (en eventuele andere essentiële voedingsstoffen) ook effect kan sorteren na detentie (dus ook indien snel weer in het aanvankelijke eetpatroon wordt teruggevallen). Bemoedigend is dat de eerder genoemde symptoomreducties bij schizofrene patiënten (Arvindakshan Ghate, Ranjekar, Evans & Mahadik, 2003) vier maanden na beëindiging van de suppletie nog zichtbaar waren. Mochten voedingssupplementen in replicatieonderzoek effectief blijken in het reduceren van intramuraal plaatsvindende agressie, dan zou het zeer de moeite waard zijn gedetineerden te motiveren deze na invrijheidstelling te blijven gebruiken en te trachten een longitudinale studie naar de invloed hiervan op recidive uit te voeren. Nader onderzoek zal dan verder moeten ontrafelen welke effecten de afzonderlijke supplementen hebben, omdat in diverse studies gebruik werd gemaakt van (nog arbitraire) cocktails van supplementen. Hoe dan ook, alleen al in het kader van het verhogen van de interne veiligheid, is een replicatiestudie van de studie van Gesch en collega's (2002) gerechtvaardigd. Het is namelijk niet zo dat (de neiging tot) gewelddadig en delictgedrag stopt op het moment dat de gedetineerde door de poort van een gesloten inrichting loopt.

TOT SLOT

Samenvattend hoop ik dat ik erin geslaagd ben te schetsen dat investeren in *beter* *behandeling* van delinquenten én gedegen onderzoek naar de effecten ervan, de moeite lonen. Ik wil me vanuit de leerstoel forensische psychologie aan de Radboud Universiteit sterk maken voor de wetenschappelijke evaluatie van uiteenlopende interventies die beogen delictgedrag te reduceren. Ook het verhogen van de interne veiligheid in gesloten instellingen is voor mij een belangrijk onderwerp van studie. Ik hoop dat er zich studenten zullen aandienen die hierin willen participeren en die kiezen voor een stage of onderzoek in een gesloten penitentiare of psychiatrische inrichting. Door praktische en ethische problemen zal onderzoek naar interventies gericht op de reductie van ernstig gewelddadig en crimineel gedrag niet altijd op zuiver gerandomiseerde wijze uitgevoerd kunnen worden. Door echter te streven naar substantiële uitbreiding én standaardisatie van gedragsobservaties en -metingen in gesloten inrichtingen, hoop ik een bijdrage te leveren aan voor preventie belangrijke kennisvermeerdering. Ik verwacht dat gesloten inrichtingen hiervoor open zullen staan.

DANKWOORD

Aangezien mij op het hart is gedrukt het dankwoord kort te houden is het niet mogelijk iedereen die mij door de jaren heen heeft geholpen te noemen. Ik wil het bestuur van de Stichting Koningsheide bedanken voor het instellen van de leerstoel forensische psychologie. De stichting Koningsheide heeft een lange traditie in het stimuleren van voor de (gesloten) psychiatrie belangrijke innovaties en onderzoek. Het college van bestuur en de benoemingscommissie van de Radboud Universiteit dank ik voor het vertrouwen dat in mij is gesteld.

Bestuur en management van FPI de Kijvelanden, waar ik als onderzoeker werkzaam ben, ben ik zeer dankbaar omdat zij het voor mij mogelijk maken fulltime onderzoek te verrichten in en vanuit FPI de Kijvelanden. Speciaal wil ik Machiel Polak bedanken voor zijn actieve rol als aanvoerder van het managementteam in het stimuleren van wetenschappelijk onderzoek in De Kijvelanden en zijn uitdrukkelijke steun tijdens en na de benoemingsprocedure. De overige collega's van De Kijvelanden, en dan met name Herman Hoekzema en de collega's van het bestuursbureau, wil ik bedanken voor hun geduld en begrip gedurende de laatste maanden, waardoor ik me in toenemende mate op deze oratie heb kunnen storten. Mijn naaste collega Ruud Hornsveld wil ik bedanken voor zijn advies, relativerende humor en samenwerking.

Graag wil ik enkele mensen bedanken die mij in het afgelopen jaar hebben gesteund en begeleid bij het inslaan van nieuwe wegen, te weten Cees van der Staak, Hjalmar van Marle en Erik Bulten. Cees, bedankt dat ik altijd voor advies en commentaar bij je terecht kan. Dank je, Hjalmar, voor de samenwerking, en dat je ondanks je drukbezette agenda direct bereid was een voorlopige versie van deze rede van commentaar te voorzien. Dank je Erik, voor de goede samenwerking en je bereidheid je kennis over het gevangeniswezen te delen. Chijs van Nieuwenhuizen, Martin Hildebrand en Jan Ardon wil ik bedanken voor hun commentaar op de concepttekst van deze rede.

Joost à Campo van de Mondriaan Zorggroep te Heerlen wil ik bedanken voor de jarenlange samenwerking. Ook andere mensen die destijds bij Welterhof (nu Mondriaan Zorggroep) werkten en veel voor mij hebben betekend wil ik danken, met name Dick Ravelli, Wiel Allertz, Paul Schefman en Frans Joosten. Mijn huidige collega's van het ACSW en wetenschappers van de Radboud Universiteit Nijmegen wil ik van harte bedanken voor de nieuw ontstane samenwerking.

Verder wil Harald Merckelbach, die mij vanaf mijn meest prille wetenschappelijke probeersels heeft begeleid bedanken. Ik dank de IRP-leden voor de samenwerking, discussies en adviezen, en ook voor het meedenken wat vandaag betreft (dank je, Peter). Ik wil ook een aantal voor mijn werk belangrijke collega's uit het buitenland bedanken, te weten Len Bowers, Tom Palmstierna en Clive Hollin.

Tot slot wil ik mijn familie en de familie van Judy bedanken. Vader en moeder bedankt! Jullie hebben mij geleerd hoe waardevol het is om je bezig te mogen houden met zaken die je belangrijk vindt. Omdat ik het kort moet houden zeg ik tot slot alleen: Judy, Joris en Inge, bedankt voor alles! Ik beloof voortaan minder vaak in het weekend achter de computer, en vaker in de speeltuin, te zitten.

Ik heb gezegd!

REFERENTIES

- Arvindakshan, M., Ghate, M., Ranjekar, P.K., Evans, D.R., Mahadik, S.P. (2003). Supplementation with a combination of omega-3 fatty acids and antioxidants (vitamins E and C) improves the outcome of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 62, 195-204.
- Andrews, D. A. & Bonta, J. (1995). *LSI-R: the Level of Service Inventory -Revised*. Toronto: Multi Health Systems.
- Andrews, D.A., & Bonta, J. (2003). *The psychology of criminal conduct (third edition)*. Cincinnati, OH: Anderson Publishing Co.
- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed)*. Washington, D.C: APA.
- Baker, R.D & Hall, J.N. (1988). REHAB: a new assessment instrument for chronic psychiatric patients. *Schizophrenia Bulletin*, 14, 97-111.
- Baker, R & Hall, J (1994). A review of the applications of the Rehab assessment system. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 22, 211-231.
- Beenhakkers, E., M. Th. (2001). Effectiviteit van sanctie-programma's: op zoek naar interventies die werken. Den Haag: WODC, Ministerie van Justitie.
- Blaauw, E., Roesch, R & Kerkhof, A. (2000). Mental disorder in European Prison Systems. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23, 649 - 663.
- Blokland, A., Bijleveld, C. & Nieuwebeerta, P. (2003). Kosten en baten van de invoering van 'three strikes and you're out' in Nederland - een scenario studie. *Tijdschrift voor Criminologie*, 45, 178 -192.
- Bottlender, R., Sato, T., Jager, M., Wegener, U., Wittmann, J., Strauss, A. & Moller, H.J. (2003). The impact of the duration of untreated psychosis prior to first psychiatric admission on the 15-year outcome in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 62, 37-44.
- Bowers, L., Nijman, H.L.I., Palmstierna, T. & Crowhurst, N. (2002). Issues in the measurement of violent incidents and the introduction of a new scale: the Attacks. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106 (suppl. 142), 106 - 109.
- Bowers, L., Nijman, H.L.I. & Palmstierna, T (2005). The Attempted and Actual Assault Scale (submitted).
- Brand, E.F.J.M. & van Emmerik, J.L. (2001) *Handboek Forensisch Psychiatrische Profielen. Handleiding FP40*. Den Haag: Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen.
- Bulten, B., H. (1998). *Gevangen tussen straf en zorg*. Amsterdam: Vrije Universiteit (academisch proefschrift).
- Bulten, B.H.. & Nijman H. (2005). Subjective need for help in a sample of Dutch prisoners (in voorbereiding).
- Cima, M. (2003). Faking good, bad and ugly: malingering in psychiatric inpatients. Maastricht: Universiteit Maastricht (academisch proefschrift).
- Cima, M., Nijman, H., Merckelbach, H., Kremer, K., & Hollnack (2004). Claims of Crime-related Amnesia in Forensic Patients. *International Journal of Law and Psychiatry*, 27, 215 - 221.
- Curran S. & Fitzgerald, M. (1999). Attention deficit hyperactivity disorder in the prison population. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1664-1665.
- Cooke, D.J. & Philip, L. (2001). To treat or not to treat? An empirical perspective. In: Hollin, C.R. (ed.). *Handbook of offender assessment and treatment*. Chichester: John Wiley & Sons.

- Dienst Justitiële Inrichtingen (2002). *Handleiding HKT-30, versie 2002*. Den Haag: Ministerie van Justitie.
- Dienst Justitiële Inrichtingen (2003). *Terugblik en toekomst. DJI Jaarverslag 2002*. Den Haag: Ministerie van Justitie.
- Dienst Justitiële Inrichtingen (2003). *De Feiten, Factoren en Afwegingen. DJI Jaarbericht 2003*. Den Haag: Ministerie van Justitie.
- D'Silva, K., Duggan, C. & McCarthy, L. (2004). Does treatment really make psychopaths worse? A review of the evidence. *Journal of Personality Disorders*, 18, 163 – 177.
- Eggen, A., Th., J. (2003). Slachtoffers van criminaliteit. In: van der Heide, W. & Eggen, A. Th. J. (eds). *Criminaliteit en rechtshandhaving 2001*. Meppel: Boom Juridische Uitgevers & Centraal Bureau voor de Statistiek & WODC, Ministerie van Justitie.
- Eggen, A., Th., J., Kruissink, M. & van Panhuis, P. (2003). Criminaliteit en opsporing. In: van der Heide, W. & Eggen, A. Th. J. (eds). *Criminaliteit en rechtshandhaving 2001*. Meppel: Boom Juridische Uitgevers & Centraal Bureau voor de Statistiek & WODC, Ministerie van Justitie.
- Emmerik, J., Van (2001). *De terbeschikkingstelling in maat en getal*. Den Haag: Ministerie van Justitie.
- Fazel, S. & Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The Lancet*, 359, 545- 550.
- Frenken, J. (2002). Seksuele misdrijven en seksuele delinquenten In: P.J. van Koppen, D.J. Hessing, H. Merckelbach & H.Crombag (Eds.). *Het recht van binnen. Psychologie van het recht*. Deventer: Kluwer.
- Gaag, van der, M. & Wilken, J (1994). *REHAB. Een maat van psychiatrische invaliditeit*. Lisse: Zwets & Zeitinger.
- Gesch, C.B., Hammond, S.M., Hampson, S.E., Eves, A. & Crowder, M.J. (2002). Influence of supplementary vitamins, minerals and essential fatty acids on the antisocial behaviour of young adult prisoners. *British Journal of Psychiatry*, 181, 22 – 28.
- Goldstein, A.P., Glick, B. & Gibbs, J.C. (1998). *Aggression Replacement Training: a comprehensive intervention for aggressive youth*. Champaign, Ill: Research Press.
- Hakkarainen, R., Partonen, T., Haukka, J., Virtamo, J., Albanes, D. & Lonnqvist, J. (2004). Is low dietary intake of omega-3 fatty acids associated with depression? *American Journal of Psychiatry*, 161, 367 - 369
- Hare, R.D. (1991) *The Hare Psychopathy Checklist-Revised*. Toronto, Ontario: Multi Health Systems
- Hessing, D.J. & Van Koppen, P.J. (2002) Straffen. In: P.J. van Koppen, D.J. Hessing, H. Merckelbach & H.Crombag (Eds.). *Het recht van binnen. Psychologie van het recht*. Deventer: Kluwer.
- Hibbeln, J. R. (2001). Seafood consumption and homicide mortality. In: Hamazaki, T. & Okuyama, H. (eds). *Fatty acids and Lipids - New findings. World Rev Nutr Diet*, 88, 41 - 46. Basel: Karger
- Hildebrand, M., de Ruiter, C. & Nijman, H.L.I. (2004). PCL-R psychopathy predicts disruptive behavior among male offenders in a Dutch forensic psychiatric hospital. *Journal of Interpersonal Violence*, 19, 13-29.
- Hildebrand, de Ruiter & de Vogel (2003). Recidive van verkrachters en aanranders na TBS. De relatie met psychopathie en seksuele deviatie. *De psycholoog*, 114 – 124.
- Hildebrand, M., de Ruiter, C. & van Beek, D. (2001). SVR-20. *Richtlijnen voor het beoordelen van het risico van seksueel gewelddadig gedrag*. Utrecht: Forum educatief, Dr. Henri van der Hoevenstichting.

- Hofstee, E.J. (2002). In: Cleiren, C.P.M. & Nijboer, J.F. (red). *Strafrecht. Tekst en commentaar* (vierde editie). Deventer: Kluwer.
- Hollin, C.R. (ed.) (2001). *Handbook of offender assessment and treatment*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Hollin, C.R. (2002). Risk – needs assessment and allocation to offender programs. In: McGuire, J. (ed). *Offender rehabilitation and treatment. Effective programmes and policies to reduce re-offending*. Chichester: Wiley & Sons.
- Hollin, C.R. (1995). The meaning and implications of programme integrity. In: McGuire (ed). *What works: reducing reoffending*. Chichester: Wiley & Sons.
- Hoogerwerf, R. & Schilder, F. (2003). Recht op zorg. In: Bulten, E., Nijhuis, J. & Verhagen, J. *Geboeid door het gevangeniswezen. Opstellen over organisatie, personeel en gedetineerden in Nederland*. Den Haag: Dienst Justitiële Inrichtingen, Ministerie van Justitie.
- Hornsveld, H. & Nijman, H.L.I. (2005). Evaluation of a cognitive behavioural program for chronically psychotic forensic patients. *The International Journal of Law and Psychiatry*, in druk.
- Hornsveld, R.H.J., Van Dam-Baggen, C.M.J., Lammers, S.M.M., Nijman, H.L.I., & Kraaimaat, F.W. (2004). Forensisch psychiatrische patiënten met geweldsdelicten: Persoonlijkheidskenmerken en gedrag. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46, (3), 133-143.
- Hornsveld (2004). *Held zonder geweld. Behandeling van agressief gedrag*. Amsterdam: Uitgeverij Boom
- Hornsveld (2005). Agressiehanteringstherapie voor forensisch psychiatrische patiënten met geweldsdelicten: eerste resultaten en aanbevelingen voor beleid (in voorbereiding).
- House of Lords debates (2000). *Hansard Volume*, 613, May 17, 2000.
- Hurk, van den, A. & Nelissen, P. Ph. (2004). 'What works': een nieuwe benadering van resocialisatie van delinquenten. *Sancties*, 2004, 280 – 297.
- Koehorst, P. (2003). Van tralie tot personeel. In: Bulten, E., Nijhuis, J. & Verhagen, J. *Geboeid door het gevangeniswezen. Opstellen over organisatie, personeel en gedetineerden in Nederland*. Den Haag: Dienst Justitiële Inrichtingen, Ministerie van Justitie.
- Kogel, de, C.H., Verwers, C. & Den Hartog, V.E. (2005). *Blijvend delictgevaarlijk. Empirische schattingen en conceptuele verheldering*. Meppel: Boom Juridische Uitgevers & WODC, Ministerie van Justitie.
- Kogel, de, C.H. & Verwers, C. *De longstay afdeling van Veldzicht. Een evaluatie*. Meppel: Boom Juridische Uitgevers & WODC, Ministerie van Justitie.
- Kolk- Heijne, D., Van der & Wijnheymer, L. (2003). Selectie- en differentiatie mogelijkheden binnen de gevangenis. In: Bulten, E., Nijhuis, J. & Verhagen, J. *Geboeid door het gevangeniswezen. Opstellen over organisatie, personeel en gedetineerden in Nederland*. Den Haag: Dienst Justitiële Inrichtingen, Ministerie van Justitie.
- Laan, van der, A. M. (2004). *Weerspannigheid en delinquentie*. Een toetsing van Shermans 'defiance'-theorie als een algemene verklaring voor de averrechtse werking van sanctioneren. Nijmegen: Wolf Legal Publishers (academisch proefschrift).
- Leuw (1999). *Recidive na TBS. Patronen, trends en processen en de inschatting van gevaar*. Den Haag: WODC, Ministerie van Justitie.

- Leuw, E. & Mertens, N.M. (2001). *Tussen recht en ruimte. Eerste evaluatie van de TBS-wetgeving van 1997*. Den Haag: WODC, Ministerie van Justitie.
- Linckens (2003). *Detentierecidive. Opnieuw ingesloten in een penitentiaire inrichting na ontslag uit detentie*. Den Haag: Dienst Justitiële Inrichtingen, Ministerie van Justitie.
- Lykken, D.T. (1995). *The antisocial personalities*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Mann, R.E., Vingilis, E.R., Gavin, D., Adlaf, E. & Anglin, L. (1991). Sentence severity and the drinking driver: relationships with traffic safety outcome. *Accident Analysis and Prevention*, 23, 483-491.
- Marle, van, H. (1993). *De hang naar dwang*. Arnhem: Gouda Quint.
- Marle, van, H. (2004). *Tussen wet en wetmatigheid. De forensische psychiatrie in sociaal perspectief*. Deventer: Kluwer.
- Martin, S.E., Annan, S., & frost, B. (1993). The special deterrent effects of a jail sanction on first-time drunk drivers: a-quasi-experimental study. *Accident Analysis and prevention*, 25, 561 -568.
- McGuire, J. (2002). Criminal sanctions versus psychologically based interventions with offenders: a comparative empirical analysis. *Psychology, Crime & Law*, 8, 183 - 208.
- Merckelbach, H.L.G.J., van Oorsouw, K.I.M., van Koppen, P.J. & Jelicic, M. (2005). Weet er niets meer van, edelachtbare: Over daderamnésie. *Delikt & Delinkwent*, 35, 11-30.
- Middelhoven, L.K. & Driessen, F.M.H.M. (2001). *Geweld tegen werknemers in de (semi-) openbare ruimte*. Utrecht: Bureau Driessen.
- Ministerie van Justitie (2002). *Bouwstenen van het programma terugdringen recidive*. Den Haag: Ministerie van Justitie.
- Ministerie van Justitie, werkgroep interventies (2005). *Terugdringen recidive. Gedragsinterventies*. Den Haag: Ministerie van Justitie
- Ministerie van Justitie (2004). *Visiebrief Modernisering Sanctietoepassing*. 7 juni 2004.
- Ministerie van Justitie (2002). *Jeugd Terecht, actieprogramma aanpak jeugdcriminaliteit 2003-2006*. http://www.justitie.nl/Images/20021213_5201211bprocent20Actieprogrammaprocent20aanpakprocent20jeugdcriminaliteit_tcm35-19844.pdf
- Moors, J.A., Von Bergh, M.Y.W., Bogaerts, S., van Poppel, J.W.M.J. & Kalmthout, A.W. (2004). *Kiezen voor delen? Evaluatie van de eerste fase van de invoering van meerpersoonsgebruik*. Meppel: Boom Juridische Uitgevers.
- Nelissen, P. Ph. (2003). *Binnen beginnen en buiten blijven met het schakelproject*. Maastricht: Nelissen Onderzoek & Advies.
- Nijman, H.L.I., à Campo, J.M.L.G., Merckelbach, H.L.G.J., Allertz, W.W.F. & Ravelli, D.P. (2001). Determinanten, meting en preventie van agressie in intramurale psychiatrische instellingen. In: *Jaarboek Psychiatrie en Psychotherapie 2001 - 2002 (zevende editie)*, 347 - 360. Houten: Bohn, Stafleu Van Loghum.
- Nijman, H. & Geurkink, M. (2004). Agressie onder gedetineerden met psychiatrische stoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46, 609 - 618 .
- Nijman, H.L.I., Cima, M. & Merckelbach, H.L.G.J. (2003) Nature and antecedents of psychotic patients' crimes. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 14, 542 - 553
- Nijman, H., de With, H.J. & Hildebrand, M. (2004). Meting van agressie onder TBS-gestelden. *Sancties*, 85 - 92.

- Nijman, H.L.I., de Kruyk, C. & Van Nieuwenhuizen, C. (2002). Gedragsveranderingen tijdens TBS-behandeling. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 44, 339 -334.
- Nijman, H.L.I., Allertz, W.W.F. & à Campo, J.M.L.G. (1995). Agressie van patiënten. Een onderzoek naar agressief gedrag van psychiatrische patiënten op een gesloten opnameafdeling. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 36, 329-342.
- Nijman, H.L.I., Muris, P., Merckelbach, H.L.G.J., Palmstierna, T., Wistedt, B., Vos, A.M., van Rixtel, A. & Allertz, W (1999). The Staff Observation Aggression Scale- Revised (SOAS-R). *Aggressive Behavior*, 25, 197-209..
- Nijman, H.L.I. & Rector G. (1999a). Crowding and aggression on inpatient psychiatric wards. *Psychiatric Services*, 50, 830-831.
- Nijman, H.L.I. & Rector G. (1999b). The crowded ward (reply). *Psychiatric Services*, 50, 1499-1500.
- Nijman, H.L.I., à Campo, J.M.L.G., Ravelli, D.P. & Merckelbach H.L.G.J. (1999). A tentative model of aggression on inpatient psychiatric wards. *Psychiatric Services*, 50, 832-834.
- Oei, T.I. (2005). De terbeschikkingstelling. Van een bijzondere tot een gewone maatregel? *Justitiële verkenningen*, 31, 23 - 36.
- Oorsouw, K., van, Merckelbach, H., Ravelli, D., Nijman, H. & Pompen, I. (2004). Alcohol blackout for criminally relevant behavior. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 32, 364 - 370.
- Philipse, M., de Ruiter, C., Hildebrand, M. & Bouman, Y. (2000). *HCR-20. Beoordelen van het risico van gewelddadig gedrag, versie 2*. Nijmegen, Utrecht: Prof. mr. Pompestichting, Forum educatief, Dr. Henri van der Hoevenstichting
- Philipse, M.W.G. (2005). *Violence risk - in search of starting points for change. An empirical study in forensic inpatient settings*. Nijmegen: Radboud Universiteit (academisch proefschrift), in druk.
- Raine, A.D., Mellingen K., Liu, J., Venalbes, P. & Mednick, A.S. (2003). Effects of Environmental Enrichment at Ages 3-5 Years on schizotypal Personality and Antisocial Behavior at Ages 17 and 23 Years. *American Journal of Psychiatry* 160, 1627-1635
- Retz, W., Retz-Junginger, Henges, G., Schneider, M., Thome, J., Pajonk, F.G., Salahi, Disfan, A., Rees, O., Wender, P.H. & Rösler, M. (2004). Psychometric and psychopathological characterization of young male prison inmates with and without attention deficit/ hyperactivity disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 254, 201 - 208.
- Ruiter, De, C. (2000). Voor verbetering vatbaar. *De Psycholoog*, 423 - 428.
- Ruiter, De, C. & Veen, V. (2004). *Terugdringen van recidive bij drie typen geweldsdelinquenten: werkwake interventies bij relationeel geweld, seksueel geweld en algemeen geweld*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Ruud, T., Martinsen E.W. & Friis, S. (1998). Chronic patients in psychiatric institutions: psychopathology, level of functioning and need for care. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97, 55-61.
- Salekin, R.T. (2002). Psychopathy and therapeutic pessimism. Clinical lore or clinical reality? *Clinical Psychology Review*, 22, 79 - 112.
- Sherman, L.W. (1993). Defiance, deterrence, and irrelevance: a theory of the criminal sanction. *Journal of research in Crime and delinquency*, 30, 445 - 473.
- Stevens, D.J. (2000). Education programming for offenders. *Forum on corrections research*, 12, 29 -30.

- Stoll, A.L., Severus, W.E., Freeman, M.P., Rueter, S., Zboyan, H.A., Diamond, E., Cress, K.K. & Marangell, L.B. (1999) Omega 3 Fatty Acids in Bipolar Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 407-412.
- Struckman-Johnson, C & Struckman-Johnson, D. (2000). Sexual coercion rates in seven Midwestern prison facilities for men. *The Prison Journal*, 4, 379 -390.
- Tervoort, M. (2005). TBS is aan herziening toe. *Psy*, 9, 30 - 31.
- Toetsingskader verlof terbeschikkinggestelden, 27 december, 2004
- Thornburn, K.M. (1999). Injury monitoring in US prison systems. *JAMA*, 281, 430-431.
- Timmerman, I.G., Vastenburg, N.C. & Emmelkamp, P.M. (2001). The Forensic Inpatient Observation Scale (FIOS): development, reliability and validity. *Criminal Behavior & Mental Health*, 11, 144-162.
- Uhlenbroek, S. & van der Lande, S. (2003). Slachtofferhulp. In: Bulten, E., Nijhuis, J. & Verhagen, J. *Geboeid door het gevangeniswezen. Opstellen over organisatie, personeel en gedetineerden in Nederland*. Den Haag: Dienst Justitiële Inrichtingen, Ministerie van Justitie.
- Veen, V. & de Ruiters, C. (2005). De effectiviteit van behandelingen bij seksuele delinquenten. Een overzicht van de internationale literatuur. *Justitiële verkenningen*, 31, 76 - 94.
- Vegter, P. C. (1999). *Behandelen in de gevangenis*. Deventer: Gouda Quint.
- Verhagen, J. (2004). Hoe zit het in Nederland? *Sancties*, 324 - 333.
- Vertommen, H., De Ruiters, C. & Hildebrand, H. (2001). *Hare's Psychopathie Checklist. Handleiding*. Lisse: Swets Test Publishers.
- Vogelvang, B.O., Van Burik, A., Van der Knaap, L.M. & Wartna, B.S.J. (2003). *Prevalentie van criminogene factoren bij mannelijke gedetineerden in Nederland*. Woerden, Den Haag: Adviesbureau van Montfoort, WODC, Ministerie van Justitie.
- Vreugdenhil, C., Doreleijers, T.A.H., Vermeiren, R., Wouters, L.F.J.M. & Van den Brink, W. (2004) Psychiatric disorders in a representative sample of incarcerated boys in the Netherlands. *Journal of the American academy of Child and Adolescent psychiatry*, 43, 97 - 104.
- Wartna, B.S.J., El Harabachi, S. & Van der Knaap, L.M. (2005). *Buiten behandeling. Een cijfermatig overzicht van de strafrechtelijke recidive van ex-terbeschikkinggestelden*. Den Haag: WODC, Ministerie van Justitie.
- Wartna, B.S.J., Tollenaar, N. & Essers, A.A.M. (2005). *Door na de gevangenis. Een cijfermatig overzicht van de strafrechtelijke recidive onder ex-gedetineerden*. Den Haag: WODC, Ministerie van Justitie.
- Werff, Van der, C. (1986). Recidive 1977. *Recidivecijfers van in 1977 wegens misdrijf veroordeelden en niet-vervolgden*. Den Haag: WODC, Ministerie van Justitie.
- Woods, P. & Reed, V. (1998). Measuring risk and related behaviour with the Behavioural Status Index (BSI): some preliminary psychometric studies. *International Journal of Psychiatric Nursing Research* 4, 396-409
- Zaranini, M.C. & Frankenburg, F.R. (2003) Omega-3 Fatty Acid Treatment of Women With Borderline Personality Disorder: A Double-Blind, Placebo-Controlled Pilot Study. *American Journal of Psychiatry* 160, 167-169

NOTEN

- 1 Artikel 37a van het Wetboek van strafrecht; in: Hofstee, 2002.
- 2 De REHAB van Baker en Hall (1988; Nederlandstalige bewerking van Van der Gaag en Wilken, 1994) is een betrouwbare observatieschaal (intra-class correlatie-coëfficiënten > 0.80; zie Ruud, Martinsen & Friis, 1998) waarmee het algemene niveau van functioneren van psychiatrische patiënten globaal in kaart wordt gebracht.
- 3 De REHAB meet het niveau van functioneren echter nogal globaal, waarbij weinig aandacht aan de ontwikkeling van psychotische symptomen en aan een (eventuele) toename van ziekte-inzicht wordt besteed.
- 4 Wanneer de REHAB-scores van alle (psychotische plus niet-psychotische) TBS-gestelden werden beschouwd was er wel sprake van een significante verbetering van het gedrag gedurende de opname, maar de vraag of dergelijke, intramuraal waargenomen, gedragsveranderingen een lagere recidivekans na ontslag weerspiegelen is daarmee niet beantwoord (Nijman, De Kruijk & Van Nieuwenhuizen, 2002).
- 5 Uit: *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 44, 339 -334.
- 6 Voor de totale TBS-populatie geldt dat ongeveer een kwart ten tijde van het delict betaalde arbeid verrichtte (Van Emmerik, 2001).
- 7 In 1999 werd de eerste TBS long stay-afdeling in FPC Veldzicht in gebruik genomen (De Kogel & Verwers, 2003).
- 8 Zoals eerder betoogd: het is niet eenvoudig om voldoende werkgevers te vinden die resocialiserende TBS-gestelden werk aanbieden.
- 9 Maar: er lijkt meer en meer rekening te worden gehouden met behandelbaarheid (zie bijvoorbeeld Oei, 2005).
- 10 De desbetreffende AggressiehanteringsTherapie (AHT) is gebaseerd op de cognitief-gedragstherapeutische principes van de Aggression Replacement Training (ART; Goldstein, Glick & Gibbs, 1998), en richt zich op het verbeteren van de woedebeheersing, bijstelling van sociale vaardigheden en verbetering van moreel besef. ART is in Groot-Brittannië door de home office geaccrediteerd als een effectieve behandeling voor geweld-dadige delinquenten (in: Hornsveld, 2004).
- 11 Sommige overzichtsstudies waarschuwen echter, in verband met het nog beperkte empirisch bewijs, voor therapeutisch pessimisme betreffende de behandelbaarheid van delictplegers met hoge psychopathiescores (Salekin, 2002; D'Silva, Duggan & McCarthy, 2004). Bij delinquenten met hoge psychopathiescores worden echter wel consistent verhoogde recidivekansen gerapporteerd (zie bijvoorbeeld Hildebrand, De Ruiters & de Vogel, 2003).
- 12 Voor het forensische veld zijn voor het beoordelen van intramuraal gedrag in instellingen specifiek de FIOS (Timmerman, Vastenburg & Emmelkamp, 2001), de FP40 (Brand & Van Emmerik, 2001) en de BSI (Woods & Reed, 1998) ontwikkeld, waarbij aangetekend moet worden dat verder onderzoek naar de relatie tussen deze schalen en recidive na ontslag nodig is. Wat betreft risicotaxatie-instrumenten, waarmee ook beoogd wordt behandelvoortgang te evalueren: zie de HCR-20 (Nederlandstalige versie van Philipse, De Ruiters, Hildebrand & Bouman, 2000), de SVR-20 (Nederlandstalige versie van Hildebrand, De Ruiters & Van Beek, 2001) en de LSI-R (Andrews & Bonta, 1995) en de HKT-30 (Dienst Justitiële Inrichtingen, 2002).

13 Merk echter op dat er grote verschillen tussen de scores van de TBS-gestelden bestaan, waardoor het
gemiddelde dicht bij dat van 'normalen' komt te liggen.

14 Naast een bewuste strategie om sociaal wenselijk te antwoorden, zou ook een beperkter zelfinzicht onder de
klinisch behandelde TBS-patiënten een rol kunnen spelen bij de lage hostileiteitscores.

15 Maar: ze rapporteerden ook minder sociale angst dan 'normalen'. Deze bevinding strookt met de opvatting
van bijvoorbeeld Lykken (1995) dat personen met een antisociale persoonlijkheid weinig angst lijken te kennen
en daardoor wellicht ook ongevoeliger voor straf zijn.

16 Uit de resultaten van de meest recente TBS recidivemonitor (Wartna, El Harbachi & Van der Knaap, 2005)
blijkt ook dat de kans op hernieuwd delictgedrag na TBS significant hoger is bij patiënten die op enig
moment tijdens TBS ongeoorloofd afwezig waren.

17 Daarmee is echter niet bekend hoeveel van de overige 66procent ook misdrijven hebben gepleegd waarvoor
ze niet zijn gearresteerd of veroordeeld. Wat betreft de verhoudingen tussen delictgedrag en pakkans: in 2001
werden volgens een slachtofferenquête ongeveer 4,6 miljoen delicten gepleegd, waarvan er 1,6 miljoen bij de
politie werden gemeld (in: Eggen, 2003). Van de meldingen wordt zo'n 75 à 80procent vastgelegd in een onder-
tekend document (in hoofdzaak een proces-verbaal). Ongeveer één op de zeven geregistreerde misdrijven
(in totaal 215.000 in 2001) werden vervolgens opgehelderd, waaronder wordt verstaan dat een verdachte
van het misdrijf bij de politie bekend is (in: Eggen, Kruissink, Van Panhuis & Blom, 2003). Kortom, de kans
op opheldering volgens deze definitie lijkt ongeveer 5procent te bedragen, waarbij het wel aannemelijk is dat
relatief lichte vergrijpen minder vaak bij de politie worden gemeld.

18 In het in 1994 – 1998 uitgestroomde cohort was de mediane TBS-behandelduur 2131 dagen, terwijl dit in
1979 – 1983 1461 dagen bedroeg. Het aantal uitgestroomde TBS-patienten was in dezelfde perioden gedaald
van respectievelijk 417 naar 275 (Wartna, El Harbachi & Van der Knaap, 2005).

19 Speciale recidive wil in dit geval zeggen dat de seksuele delictplegers gerecidiveerd waren in hernieuwd
seksueel delictgedrag.

20 In een studie van Hildebrand, De Ruiter & Nijman (2004) had 22 procent van de TBS-gestelden een score
van 30 of hoger op de Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R van Hare, 1991; Nederlandstalige versie van
Vertommen, Verheul, de Ruiter & Hildebrand, 2001), wat neerkomt op een ernstige mate van psychopathie.
De gemiddelde PCL-R score was 21.5.

21 Maar: het gaat hierbij uitdrukkelijk om schattingen van behandelaars met uiteenlopende achtergronden.

22 TBS-instellingen hebben in totaal zo'n 1300 plaatsen, wat nog geen tiende deel is van het aantal cellen in
het reguliere gevangeniswezen (exclusief justitiële jeugdinstellingen; zie Dienst Justitiële Inrichtingen,
2003).

23 TBS kost per dag gemiddeld zo'n 500 euro per patiënt tegen een gemiddelde van 190 euro per dag in het
algemene gevangeniswezen (Dienst Justitiële Inrichtingen, 2003). Daarnaast overschrijdt het aantal hulp-
verleners in een TBS-kliniek (...) zowel qua financiën als specialistisch gehalte, dat van een algemeen
psychiatrisch ziekenhuis" (Oei, 2005, p. 23).

24 Waarbij nogmaals opgemerkt dat het in deze studie van Linckens (2003) ging om het daadwerkelijk weer
opnieuw gedetineerd zijn in een penitentiaire inrichting binnen de desbetreffende periode, wat een beduidend
zwaarder criterium is dan opnieuw in aanraking met justitie te zijn gekomen.

25 *Speciale* afschrikking (ook wel specifieke afschrikking genoemd) zou ervoor moeten zorgen dat gestraften na
hun vrijlating minder vaak strafbare feiten plegen vanwege het aversieve karakter van de ondergane straf,
terwijl '*generale*' afschrikking verwijst naar het remmende effect van sancties op anderen dan het gestrafte
individu zelf (zie Hessing & Van Koppen, 2002).

26 Aan de respondenten werden zes stellingen voorgelegd betreffende de mogelijke motieven voor / effecten
van detentie, waarbij ze op vijfpuntsschalen konden aangeven in hoeverre ze het met de stellingen eens dan
wel oneens waren.

27 De EBI in Vught wordt wel 'een gevangenis binnen een gevangenis' genoemd, omdat deze inrichting binnen
de muren van de Penitentiaire Inrichting Nieuw-Vosseveld ook nog zijn eigen muren, hekken, camera's en
beveiligingssystemen heeft (Koehorst, 2003). Maximaal verblijven er 24 vluchtgevaarlijke criminelen, die
altijd door meerdere PIW-ers tegelijk worden gezien, niet alleen in verband met een fysieke overmacht die
bij incidenten nodig zou kunnen zijn, maar ook om pogingen tot omkoping te voorkomen.

28 Voor antisociale persoonlijkheidsstoornissen en gedragsstoornissen geldt dat naarmate meer crimineel
gedrag is vertoond, deze diagnoses sneller gesteld kunnen worden (zie American Psychiatric Association, 1994).

29 Toch zullen de groepen niet compleet vergelijkbaar zijn geweest; zie Nelissen (2003).

30 Ook waar het jongeren of jongvolwassen delictplegers worden nieuwe initiatieven ontplooit om delinquentie
en ontsporing vroegtijdig een halt toe te roepen, zie bijvoorbeeld 'Jeugd Terecht, actieprogramma aanpak
jeugdcriminaliteit 2003-2006' van het Ministerie van Justitie, 2002.

31 Alhoewel moeilijk vergelijkbaar met de Nederlandse situatie, blijken in Amerikaanse gevangenissoorten zo'n 500
à 600 verwondingen per 1000 gedetineerden per jaar in de officiële rapportages terecht te komen, waarbij
het in ongeveer een vijfde deel (dus zo'n 100 verwondingen per 1000 gedetineerden per jaar) om opzettelijk
toegebrachte verwondingen gaat (zie Thornburne, 1999).

32 Hoewel hierover met name cijfers uit Amerika voorhanden zijn, mag het risico op intramuraal seksueel
delictgedrag niet uit het oog worden verloren. Struckman-Johnson & Struckman-Johnson (2000) rappor-
teerden bijvoorbeeld dat 21procent van de (uitsluitend mannelijke) gedetineerden te kennen gaf tijdens
detentie minimaal eenmaal seksuele handelingen onder dwang verricht te hebben. Ongeveer 1 op de 14
gedetineerden (7procent) verklaarde te zijn verkracht (tijdens detentie). Er zijn echter redenen om deze
bevindingen voorzichtig te interpreteren: het ging om anonieme zelfrapportage en het responspercentage
was laag (25procent).

33 In de figuur zijn 121 incidenten weergegeven die op de zeven afdelingen van de FOBA plaatsvonden.
Incidenten die buiten de afdelingen plaatsvonden (bijvoorbeeld in de aparte separeerruimten, op weg naar
activiteiten) zijn niet weergegeven; uit: *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2004, 46, 609 - 618.

34 Uit: *Tijdschrift voor Psychiatrie* 1995, 36, 329-342.

35 Uit een eerste evaluatie van de TBS-long stay afdeling te Veldzicht bleek echter '(...) deze vrees vooralsnog
niet bewaarheid te worden' (De Kogel & Verwers, 2003, p.86). Wel bleken een behoorlijk aantal medewerkers
te wijzen op '(...) de risico's die een gebrek aan perspectief op de long stay afdeling met zich meebrengt.
Opgemerkt wordt dat de patiënten niets hebben om naar uit te kijken en dat dit des te meer geldt wanneer
zij (straks) zijn uitgeprocedeerd; ze hebben dan niets meer te verliezen' (p. 87).

- 36 In 2003 werd onder de totale gedetineerdenpopulatie een onderzoek naar de psychosociale condities en het gevoel van veiligheid tijdens detentie uitgevoerd, waardoor ook herhaalde metingen op latere tijdstippen mogelijk zijn. Uit de resultaten blijkt dat Nederlandse gedetineerden zich in het algemeen wel behoorlijk veilig voelen tijdens detentie. Minder tevreden waren de respondenten (onder andere) over de manier waarop ze hun tijd kunnen / moeten doorbrengen (Verhagen, 2004).
- 37 Er wordt becijferd dat het aantal gedetineerden vanaf 1987 met 182 procent is gestegen in Nederland (Ministerie van justitie, 2004).
- 38 Met als projectleider: Ap Zaalberg, senior beleidsmedewerker DJI.
- 39 In de landelijke gedetineerdersurvey 2003 (Verhagen, 2004) werd over het eten tijdens detentie niet erg positief geoordeeld.
- 40 Op deze studie is veel kritiek mogelijk: het gaat om een zeer indirect verband, waarbij allerlei andere variabelen, zoals het aantal vuurwapens per hoofd van de bevolking, sociale omstandigheden, alcohol en druggebruik, een invloed op de prevalentie van levensdelicten zullen hebben. In dit verband is het ook belangrijk om op te merken dat de V.S. als outlier uit de analyse werd gehouden (in verband met een moordcijfer dat bijna 10 keer zo hoog lag als het gemiddelde van de andere landen).
- 41 Uit: Hibbeln, J. R. (2001). Seafood consumption and homicide mortality. In: Hamazaki, T. & Okuyama, H. (eds). *Fatty acids and Lipids - New findings. World Rev Nutr Diet*, 88, 41-46. Basel: Karger.