

Risico op recidive bij patiënten met een autismespectrumstoornis in de forensische psychiatrie

H.W. van Veldhuizen, J.W. Hummelen, F. Chakhssi

- Achtergrond** Er is nauwelijks inzicht in de voorspellende waarde van risicofactoren en beschermende factoren voor recidive bij forensisch psychiatrische patiënten met een autismespectrumstoornis (ASS).
- Doel** Risicofactoren, beschermende factoren en de voorspellende waarde daarvan voor recidive vergelijken van forensisch psychiatrische patiënten met een ASS met patiënten zonder een ASS.
- Methode** Bij 69 patiënten, van wie 32 patiënten met een ASS, werden de scores op risico- en beschermende factoren vergeleken tussen aanvangs- en eindmeting. Van 23 van de 69 patiënten, van wie 10 patiënten met ASS, werd de recidive onderzocht en de voorspellende waarde van de factoren voor de recidive.
- Resultaten** Zowel de patiënten met ASS als degenen zonder ASS verbeterden significant op de gemeten risicofactoren en beschermende factoren, met uitzondering van de beschermende externe items. Hierop verslechterden de patiënten met ASS significant. De risicoperiode varieerde van 2,5 tot 4 jaar. Van de 10 patiënten met een ASS recidiveerde er 1 versus 7 van de 13 patiënten zonder ASS. De voorspellende waarde van de gebruikte risicotaxatie-instrumenten bij de aanvangsmeting was redelijk en vergelijkbaar met eerder onderzoek in forensische populaties, maar onvoldoende bij de eindmeting. Het gestructureerd klinisch eindoordeel had geen voorspellende waarde bij beide metingen.
- Conclusie** De uitkomsten geven, ondanks het kleine aantal deelnemers, aanleiding tot verder onderzoek naar de risico- en beschermende factoren, bruikbaarheid van risicotaxatie-instrumenten en recidive bij patiënten met een ASS.

Binnen de forensische psychiatrie vormen patiënten met een autismespectrumstoornis (ASS) een doelgroep die specifieke aandacht en zorg behoeft (Verkes e.a. 2016). De prevalentie van mensen met een ASS in forensisch psychiatrische populaties varieert van 2 tot 18% volgens een systematische review (Rutten e.a. 2017) en in de Nederlandse forensische psychiatrie wordt de prevalentie geschat op 10 tot 27% (Verkes e.a. 2016). De variatie in prevalentie lijkt mede afhankelijk te zijn van het gebruikte instrumentarium, leeftijd en definiëring van delictgedrag. Uit systematische reviews blijkt dat mensen met een ASS niet vaker delicten plegen dan mensen zonder ASS (Rutten e.a. 2017), maar dat brandstichting en seksuele delicten vaker vóórkomen bij mensen met een ASS dan bij controlegroepen zonder ASS (Mouridsen 2012). Verder zijn er verschillende casestudies die gewelds- en vermogensdelicten bij mensen met

een ASS beschrijven (Baron-Cohen 1988; Chesterman & Rutter 1993; Chen e.a. 2003; Griffin-Shelley 2010). Voor het inschatten van het risico op een toekomstig delict voor forensisch psychiatrische patiënten wordt in Nederland gebruikgemaakt van instrumenten met risico- en beschermende factoren, waaronder de *Historische, Klinische en Toekomstige - Revisie* (HKT-R, Spreen e.a. 2014) en de *Structured Assessment of Protective Factors for violence risk* (SAPROF; De Vogel e.a. 2012). Daarnaast wordt gebruikgemaakt van gestructureerd klinisch oordeel (beoordeling waarin de clinicus de risico- en beschermende scores integreert met zijn of haar eigen oordeel). Eén van de weinige eerdere onderzoeken met een risicotaxatie-instrument (*Historical Clinical Risk-management-20*; HCR-20) bij delinquenten met een ASS laat zien dat minder dan 50% van de risicofactoren opge-

AUTEURS

Hanneke W. van Veldhuizen, klinisch psycholoog/psychotherapeut, GGNet, Warnsveld.

Ko Hummelen, psychiater en emeritus hoogleraar Forensische psychiatrie, GGNet De Boog, Expertisecentrum voor forensische psychiatrie, Warnsveld.

Farid Chakhssi, senior onderzoeker, GGNet Scelta, Expertisecentrum voor persoonlijkheidsstoornissen.

Correspondentieadres

H.W. van Veldhuizen, GGNet De Boog, Expertisecentrum voor forensische psychiatrie, Postbus 2003, 7230 GC Warnsveld.
E-mail: H.vanveldhuizen@ggnet.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 29-10-2020.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2021;63(4):263-269

nomen in deze instrumenten bruikbaar zijn voor deze doelgroep en gescoord kunnen worden (Murphy 2013). Deze auteur concludeert dat voor een goede risicotaxatie van patiënten met een ASS, er meer kennis nodig is betreffende de specifieke factoren bij deze patiënten die hen kwetsbaar maken voor delictgedrag en welke factoren hierbij beschermend kunnen zijn. Door deze ontbrekende kennis is er twijfel over de bruikbaarheid van conventionele risicotaxatie-instrumenten voor deze doelgroep (Bosch e.a. 2020). Tot op heden zijn er geen bevindingen gepubliceerd over de waarde van de HKT-R en SAPROF voor het voorspellen van recidive bij forensisch psychiatrische patiënten met een ASS in vergelijking tot patiënten zonder ASS.

Uit literatuuronderzoek naar mogelijke risicofactoren voor uiteenlopende delinquente gedragingen bij mensen met een ASS blijkt dat, op basis van vooral retrospectief onderzoek, enkele factoren een rol kunnen spelen: comorbiditeit (waaronder depressie, persoonlijkheidsstoornissen en psychotische stoornis), beperkingen in sociale cognitie (beperkte *theory of mind* en empathie) en emotieregulatieproblemen, beperkte interesses, repetitief en stereotiep gedrag, overprikkeling, moeite met interpreteren van gezichtsexpressie, rigiditeit, op latere leeftijd gestelde diagnose ASS en niet-passende of ontbrekende behandeling en begeleiding (Im 2016; Rutten e.a. 2017). Deze factoren zijn niet of beperkt opgenomen in bestaande risicotaxatie-instrumenten, wat mogelijk de eerdergenoemde resultaten van Murphy (2013) over de bruikbaarheid kan verklaren.

Wij onderzochten de totaalscores, domeinscores op de HKT-R en SAPROF en gestructureerd klinisch oordeel bij forensisch psychiatrische patiënten met een ASS in vergelijking tot patiënten zonder ASS. Daarvoor vergeleken we de scores op deze domeinen aan het begin en aan het einde van de behandeling tussen beide groepen. Verder gingen we de voorspellende waarde na van de scores en gestructureerd klinisch oordeel voor recidive bij de gehele groep van patiënten (met en zonder) ASS.

METHODE

Setting

Het onderzoek vond plaats op een forensisch psychiatrische afdeling (FPA) met 76 bedden. In de kliniek verblijven zowel mannen als vrouwen (≥ 18 jaar). Binnen de kliniek zijn er acht groepen: naast vier opname- en resocialisatiegroepen (voornamelijk met psychotische stoornissen en verslaving) is er een groep voor patiënten met een lichte verstandelijke beperking en een groep voor negen patiënten met een ASS.

De behandeling van patiënten met een ASS vindt plaats op individueel en groepsniveau met specifieke aandacht voor psycho-educatie en cognitieve gedragstherapie gericht op de (sensorische) informatieverwerking, *coping* en *theory of mind*. Gedurende de behandeling worden bij alle patiënten risicotaxaties verricht aan de hand van de HKT-R en SAPROF. Alle medewerkers zijn geschoold in het begeleiden en behandelen van patiënten met delictgedrag en in het uitvoeren van risicotaxatiebeoordelingen.

Participanten

De totale onderzoeksgroep bestond uit 69 patiënten (zie tabel 1). Zij verbleven in de periode 11 december 2009-23 november 2017 op een FPA, met voor eenieder een verschillende behandelduur. Van deze onderzoeksgroep hadden 32 patiënten de diagnose ASS. De diagnose ASS (volgens de DSM-5) werd gesteld in een multidisciplinair overleg door een psychiater en een psycholoog op grond van een onderzoek dat bestond uit een semigestructureerde ontwikkelingsanamnese. In de ASS-groep zaten 2 vrouwen. De overige 37 patiënten, van wie 5 vrouwen, vormden de controlegroep.

We vroegen de recidivegegevens op bij het Justitieel Documentatieregister. Patiënten moesten minimaal 30 maanden met ontslag zijn voordat recidivegegevens werden verstrekt door het Justitieel Documentatieregister.

Hierdoor waren van 46 patiënten de recidivegegevens niet beschikbaar op het moment van opvragen. Dit resulteerde in recidivegegevens voor 10 patiënten met een ASS en 131 patiënten binnen de controlegroep (zie tabel 2). De risicoperiode varieerde van 2,5 tot 4 jaar. Het merendeel van patiënten met een ASS had als indexdelict doodslag (n = 3). Binnen de controlegroep was het meest voorkomende indexdelict een vermogensdelict (meineed, diefstal of vervalsing) (n = 6).

Meetinstrumenten

HKT-R

De HKT-R (Spreen e.a. 2014) is een risicotaxatie-instrument voor de prognose van de mate van risico voor gewelddadige recidive bij mannelijke plegers van geweldsdelicten. Het instrument bestaat uit 33 risicofactoren, onderverdeeld in drie domeinen:

- een domein met 12 *Historische factoren* (hebben betrekking op de levensgeschiedenis tot aan het indexdelict);
- twee domeinen met 14 *Klinische factoren* (betreffen het gedrag van de patiënt in de afgelopen twaalf maanden, waaronder vijandigheid en impulsiviteit) en 7 factoren gericht op de *Toekomst* (wonen en intensiteit van hulpverlening).

Deze 33 items worden gescoord op een 5-puntsschaal (0 t/m 4). Een 0 betekent geen risico en een 4 betekent een hoog risico. De tussenbeoordelaarsbetrouwbaarheid - beoordeeld aan de hand van intraklassecorrelatiecoëfficiënt (ICC) - van het Historische domein is 0,80, van het Klinische domein 0,85, van het Toekomstige domein 0,42 en voor de HKT-R-totaalscore 0,62. In eerder onderzoek bleek de voorspellende validiteit voor recidive van de HKT-R-totaalscore in een forensisch psychiatrische steekproef over een periode van twee jaar acceptabel

Tabel 1. Descriptieve gegevens totale onderzoeksgroep

KENMERKEN	ASS- EN CONTROLEGROEP	ASS-GROEP	CONTROLEGROEP
	N = 69 AANTAL (%)	N = 32 AANTAL (%)	N = 37 AANTAL (%)
Leeftijd (SD) (op peildatum 15-5-2018)	37,89 (SD 10,24)	37,26 (SD 11,25)	38,45 (SD 9,40)
Geslacht			
Man	62 (90)	30 (94)	32 (87)
Vrouw	7 (10)	2 (6)	5 (13)
Afkomst*			
Westers	59 (86)	32 (100)	27 (73)
Niet-westers	10 (14)	0 (0)	10 (27)
Psychiatrische stoornis** (hoofddiagnose)			
Autismespectrumstoornis	32 (46)	32 (100)	0 (0)
Schizofrenie	6 (9)	0 (0)	6 (16)
Psychotische stoornis NAO	5 (7)	0 (0)	5 (14)
Afhankelijkheid middelen	4 (6)	0 (0)	4 (11)
Overige psychiatrische stoornissen	13 (19)	0 (0)	13 (35)
Overige persoonlijkheidsstoornissen	9 (13)	0 (0)	9 (24)
Duur behandeling in maanden (uitersten)	14,76 (SD 9,46)	16,13 (SD 10,96) (1-44)	13,58 (SD 7,90) (1-41)
Maatregelen*			
Bijzondere voorwaarden	31 (45)	18 (56)	13 (35)
Art 15,5	13 (19)	3 (9)	10 (27)
ISD-maatregel	8 (12)	4 (13)	4 (10)
Tbs met vw	6 (9)	5 (16)	1 (3)
Overige maatregelen***	11 (16)	2 (6)	9 (24)

*Significant verschil tussen beide groepen (p < 0,05); **Significantie tussen beide groepen niet onderzocht; ***VI met voorwaarden, artikel 37, artikel 43 en tbs-maatregel.

SD = standaarddeviatie; ASS = autismespectrumstoornis; NAO = niet anderszins omschreven; Art = artikel; ISD = Maatregel Inrichting Stelselmatige Daders; tbs = terbeschikkingstelling; vw = voorwaarden.

Tabel 2. Descriptieve gegevens onderzoeksgroep met recidive

KENMERKEN	ASS- EN CONTROLEGROEP	ASS-GROEP	CONTROLEGROEP
	N = 23 AANTAL (%)	N = 10 AANTAL (%)	N = 13 AANTAL (%)
Leeftijd* (op peildatum 15-5-2018)	37,66 (SD 10,25)	36,33 (SD 11,05)	38,68 (SD 9,93)
Geslacht**			
Man	22 (96)	10 (100)	12 (92)
Vrouw	1 (4)	0 (0)	1 (8)
Afkomst*			
Westers	20 (86)	10 (100)	10 (73)
Niet- westers	3 (14)	0 (0)	3 (27)
Psychiatrische stoornis** (hoofddiagnose)			
Autismespectrumstoornis	10 (43)	10 (100)	0 (0)
Schizofrenie	1 (4)	0 (0)	1 (8)
Psychotische stoornis NAO	2 (9)	0 (0)	2 (15)
Afhankelijkheid middelen	3 (13)	0 (0)	3 (23)
Overige psychiatrische stoornissen	5 (22)	0 (0)	5 (38)
Overige persoonlijkheidsstoornissen	2 (9)	0 (0)	2 (15)
Duur behandeling * (maanden)	10,83 (SD 6,93) (1-29)	11,7 (SD 8,42) (3-29)	10,2 (SD 5,82) (1-18)
Maatregelen*			
Bijzondere voorwaarden	31 (45)	18 (56)	13 (35)
Art 15,5	13 (19)	3 (9)	10 (27)
ISD-maatregel	8 (12)	4 (13)	4 (11)
Tbs met vw	6 (9)	5 (16)	1 (3)
Overige maatregelen***	11 (16)	2 (6)	9 (24)

*Geen significant verschil tussen beide groepen ($p < 0,05$); **Significantie tussen beide groepen niet onderzocht; ***VI met voorwaarden, artikel 37 en artikel 43.

SD = Standaarddeviatie; ASS = autismespectrumstoornis; NAO = niet anderszins omschreven; Art = artikel; ISD = Maatregel Inrichting Stelselmatige Daders; tbs = terbeschikkingstelling; vw = voorwaarden.

met een *area under the curve* (AUC) van 0,78 en over een periode van vijf jaar een AUC van 0,68 (Bogaerts e.a. 2018).

SAPROF

De SAPROF (De Vogel e.a. 2012) is een instrument voor het in kaart brengen van beschermende factoren bij mannen en vrouwen. Het instrument wordt gebruikt in combinatie met een risicotaxatie-instrument. De SAPROF bestaat uit 17 items, verdeeld over drie schalen:

- De *Interne* schaal bevat items zoals hechting, empathie en zelfcontrole;
- de *Motivationale* schaal heeft onder andere betrekking op werk, vrije tijd en medicatie;
- de *Externe* schaal bevat items zoals netwerk, hulpverlening en toezicht.

Scoring gebeurt op een 3-puntsschaal (0 t/m 2) aan de hand van dossieranalyse en op basis van beoordeling van het huidig functioneren. Een 0 betekent dat de beschermende factor afwezig is en een 2 betekent dat

deze aanwezig is. De predictieve validiteit van de totaalscore over een periode van drie jaar had een AUC van 0,74 en de ICC van totaalscore was 0,88 ($p < 0,001$) (De Vries Robbé e.a. 2011).

Het gestructureerd klinisch oordeel

Het gestructureerd klinisch oordeel is een gewogen klinisch eindoordeel waarin de clinicus de scores (HKT-R en SAPROF) integreert met zijn eigen beoordeling, wat gescoord wordt in de categorieën: laag – matig laag – matig – matig hoog – hoog.

Recidive

Onder recidive werd verstaan de eerste veroordeling voor een strafrechtelijk feit na ontslag uit de kliniek.

Procedure

Patiënten werd bij opname meegedeeld dat gegevens geanonimiseerd gebruikt kunnen worden voor wetenschappelijk onderzoek en dat ze aan kunnen geven wan-

neer ze hieraan niet willen participeren. Hiervan waren geen meldingen bekend. Daarnaast was er voorafgaand aan het onderzoek toestemming verkregen van het ministerie van Justitie en Veiligheid.

Om tot een consensuscore te komen scoorden gedurende de behandeling, de behandelcoördinator van de patiënt (psycholoog) en twee begeleiders (verpleegkundigen en agogen) van de afdeling waar de patiënt verbleef, onafhankelijk van elkaar de items van de HKT-R en SAPROF. Vervolgens werd er tijdens een gezamenlijke bespreking, tevens in aanwezigheid van de psychiater (regiebehandelaar), na bespreking van de gescoorde items per item een consensuscore vastgesteld. Vervolgens werd een gezamenlijk gestructureerd klinisch oordeel op basis van de uitkomst vastgesteld. Vlak voor ontslag werd deze procedure herhaald. Het vervolgtraject na ontslag varieerde van begeleid en/of zelfstandig wonen tot een klinische vervolgbehandeling.

Statistische analyse

De statistische analyses voor dit onderzoek voerden we uit in SPSS 25. De descriptieve gegevens van beide groepen vergeleken we met de onafhankelijke t-toets en χ^2 -toets, waarbij een significantieniveau van $p < 0,05$ werd gehanteerd. Bij het uitvoeren van parametrische toetsen werden de voorwaarden daarvoor niet geschonden.

Voor het onderzoeken van veranderingen tussen de begin- en eindmeting (binnensubjectfactor) op de risicotaxatie-instrumenten gebruikten we een variantieanalyse. De uitkomsten hiervan vergeleken we tussen de groep patiënten met een ASS en de controlegroep (tussensubjectfactor).

Voor het onderzoeken van de voorspellende waarde van de HKT-R, SAPROF en gestructureerd klinisch oordeel, gebruikten we een ROC-analyse. Hiervoor werd de maat 'oppervlakte onder de ROC-curve' gebruikt (AUC-waarde). Een AUC-waarde geeft de kans aan dat een individu uit de groep gerecidiveerde patiënten een hogere score heeft op de risicotaxatie-instrumenten en gestructureerd klinisch oordeel dan een individu uit een groep niet gerecidiveerde patiënten (Mossman 2013). Tevens beschrijft Mossman (2013) dat een AUC-waarde van 1 een perfecte voorspelling geeft en een waarde van 0,50 niet beter is dan toeval. Een AUC-waarde van 0,75 is acceptabel (Rice & Harris 2005; Mossman 2013).

RESULTATEN

Veranderingsmeting

Van de totale onderzoeksgroep van 69 patiënten waren degenen met ASS vaker van westerse afkomst en wat betreft type maatregelen waren er ook significante verschillen tussen beide groepen (respectievelijk $\chi^2 = 12,60$; $p < 0,05$ en $\chi^2 = 15,29$; $p < 0,05$) (zie tabel 1).

We maakten een vergelijking tussen beide groepen op de HKT-R en SAPROF. Op een aantal (sub)schalen van

de HKT-R en de SAPROF was er een significante verbetering tussen de begin- en eindmeting (zie tabel 2) voor beide groepen. Het ging hierbij om de Toekomstschaal van de HKT-R ($F(1,52) = 32,49$, $p < 0,01$), de totaalscore van de HKT-R ($F(1,52) = 15,01$, $p < 0,01$), de interne schaal van de SAPROF ($F(1,52) = 5,07$, $p < 0,05$) en de totaalscore van de HKT-R en SAPROF gezamenlijk (totaalscore HKT-R minus totaalscore SAPROF) ($F(1,52) = 14,85$, $p < 0,01$).

Daarentegen was er op de externe schaal van de SAPROF wel een significant interactie-effect ($F(1,52) = 5,18$, $p < 0,05$). Patiënten met een ASS gingen achteruit en patiënten uit de controlegroep vooruit. Op de overige schalen van de HKT-R (Historische schaal en Klinische schaal) en op overige schalen van de SAPROF (Motivationale schaal en totaalscore) werden er geen significante verschillen gevonden. Hetzelfde gold voor het gestructureerd klinisch oordeel; ook hierop vonden we geen significant verschil.

Recidive

Na afronding van de behandeling recidiveerde 1 patiënt uit de groep patiënten met een ASS en recidiveerden 7 patiënten uit de controlegroep. Het was gezien dit kleine aantal recidives niet zinvol een statistische vergelijking te maken tussen patiënten met en zonder ASS op het gebied van recidive, zoals oorspronkelijk de opzet was. De duur tot aan een recidive betrof 7 maanden na ontslag voor de patiënt met een ASS en gemiddeld 16 maanden na ontslag voor de controlegroep.

ROC-analyse

Uit de ROC-analyse (zie tabel 4) van de aanvangsmeting bleek dat voor de gehele onderzoeksgroep van 23 patiënten, de totaalscore van de HKT-R en de totaalscore van de HKT-R en SAPROF gezamenlijk, een acceptabele voorspellende waarde hadden ($AUC = 0,79$). Het gestructureerd klinisch oordeel had een voorspellende waarde niet beter dan toeval ($AUC = 0,51$). Verder bleek uit de ROC-analyse over de eindmeting (zie tabel 5) dat de totaalscore van de HKT-R en de totaalscore van de HKT-R en SAPROF een voorspellende waarde hadden niet beter dan toeval, namelijk een $AUC = 0,58$. Het gestructureerd klinisch oordeel had een lage voorspellende waarde ($AUC = 0,42$).

DISCUSSIE

In deze studie hebben we de veranderingen gedurende een behandeling, op de scores van de HKT-R en SAPROF, vergeleken bij patiënten met en zonder een ASS.

Daarnaast is de voorspellende waarde van deze instrumenten en het gestructureerd klinisch oordeel voor recidive onderzocht. Helaas was het niet mogelijk om voor een representatief aantal patiënten met een ASS de voorspellende waarde van de instrumenten voor recidive te vergelijken met een controlegroep. Hierdoor is het doel van dit onderzoek maar ten dele behaald.

Tabel 3. Uitkomsten begin- en eindmetingen risicotaxatie; ASS-groep (n = 32), controlegroep (n = 37)

SCHALEN	GROEP	BEGINMETING GEMIDDELDE (SD)	EINDMETING GEMIDDELDE (SD)
Totaalscore HKT-R*	ASS	61,13 (17,58)	56,33 (19,50)
	Controle	62,33 (18,38)	58,67 (20,45)
Historische schaal	ASS	20,79 (9,60)	20,04 (10,34)
	Controle	20,90 (9,65)	20,90 (9,65)
Klinische schaal	ASS	21,00 (8,28)	20,08 (9,31)
	Controle	22,27 (10,28)	21,40 (10,77)
Toekomstschaal*	ASS	19,17 (4,39)	15,46 (5,66)
	Controle	19,20 (5,28)	16,37 (5,80)
Totaalscore SAPROF	ASS	17,46 (3,89)	17,83 (3,91)
	Controle	17,33 (3,50)	18,47 (4,66)
Interne schaal*	ASS	3,67 (1,66)	4,33 (1,61)
	Controle	3,83 (1,74)	4,07 (1,57)
Motivatieschaal	ASS	6,75 (2,59)	7,04 (2,90)
	Controle	7,13 (2,19)	7,70 (3,25)
Externe schaal**	ASS	7,04 (0,86)	6,46 (1,41)
	Controle	6,37 (1,79)	6,70 (1,42)
Totaalscore HKT-R & SAPROF*	ASS	43,67 (20,13)	38,50 (22,57)
	Controle	45,00 (19,68)	39,63 (24,09)
Klinisch oordeel	ASS	4,00 (1,22)	3,67 (1,09)
	Controle	3,70 (1,29)	3,67 (1,21)

*Significant verschil (verbetering) bij patiënten met een ASS en controlegroep na behandeling ($p < 0,05$); **Significante verslechtering alleen bij patiënten met een ASS ($p < 0,05$).

SD = standaarddeviatie; ASS = autismespectrumstoornis; HKT-R = Historische, Klinische en Toekomstige – Revisie.

Desondanks komt er een aantal interessante bevindingen naar voren die we in het navolgende verder willen bespreken. Als eerste zien we dat de uitkomsten op de totaalscore op de HKT-R en de totaalscore op de HKT-R & SAPROF voor beide groepen (met en zonder ASS) significant zijn afgenomen gedurende het verblijf in een FPA. Specifiek vanuit huidig onderzoek wordt opgemerkt dat ook forensische patiënten met een ASS een significante verbetering op deze instrumenten laten zien tijdens de behandeling. Dit zou kunnen betekenen dat patiënten zowel met als zonder een ASS profiteren van een behandeling binnen een FPA.

Tabel 4. Voorspelling van recidive bij aanvangsmeting (n = 23)

	AUC
HKT-R-totaalscore	0,79
HKT-R- en SAPROF-totaalscore	0,79
SAPROF-totaalscore	0,47
Klinisch oordeel	0,51

AUC = area under the curve; HKT-R = Historische, Klinische en Toekomstige – Revisie.

Binnen de groep met een ASS (n = 10) zijn 9 patiënten niet gerecidiveerd en binnen de groep patiënten zonder ASS (n = 13) zijn 6 patiënten niet gerecidiveerd binnen 4 jaar. Er is geen onderzoek met recidivecijfers over ASS gepubliceerd waar we deze resultaten mee kunnen vergelijken. Deze recidivegegevens lijken weer te geven dat patiënten met een ASS minder recidiveren na een forensische behandeling ten opzichte van de controlegroep bestaande uit patiënten met verschillende soorten psychiatrische problematiek. Echter, vanwege de kleine onderzoeksgroep moeten deze uitkomsten voorzichtig geïnterpreteerd worden.

De significante acceptabele voorspellende validiteit voor recidive van de aanvangsmeting is vergelijkbaar met eerder onderzoek (Spreeen e.a. 2014; Bogaerts e.a. 2018). Al vraagt dit om enige voorzichtigheid gezien de kleine onderzoeksgroep. De voorspellende validiteit van de eindmeting is laag. Een verklaring kan zijn dat het gedrag vóór opname in de kliniek relevanter is als voorspeller voor toekomstige recidive dan het gedrag in de kliniek. Dit kan mogelijk veroorzaakt worden door een afname van het probleemgedrag gedurende de opname, door het gestructureerde behandelmilieu bij opname. Hierdoor kan er een vertekend beeld ontstaan (Schuringa e.a. 2019). Deze verklaring behoeft verder onderzoek gericht op gedrag vóór opname en gedrag tij-

Tabel 5. Voorspelling van recidive bij eindmeting (n = 23)

	AUC
HKT-R-totaalscore	0,67
HKT-R- en SAPROF-totaalscore	0,58
SAPROF-totaalscore	0,65
Klinisch oordeel	0,42

AUC = area under the curve; HKT-R = Historische, Klinische en Toekomstige – Revisie.

dens opname, en de voorspellende waarde daarvan voor recidive.

Beperkingen en sterke kanten

Een belangrijke beperking van de huidige studie is dat recidivegegevens slechts voor een kleine groep beschikbaar waren. Verder zijn in het huidige onderzoek enkel patiënten uit een FPA meegenomen, waardoor de uitkomsten niet generaliseerbaar zijn naar andere forensische settings zoals een tbs-kliniek, een ambulante setting, of andere populaties zoals adolescenten. Daarnaast is niet op een gestandaardiseerde wijze ASS vastgesteld, maar op basis van een semigestructureerde ontwikkelingsanamnese en het klinisch oordeel van een psycholoog en psychiater. Een andere beperking betreft dat de HKT-R enkel is onderzocht bij mannen, terwijl in dit onderzoek ook vrouwen zijn meegenomen in zowel de onderzoeksgroep als de controlegroep. De laatste beperking is het gebrek aan matching tussen de onderzoeksgroep en de controlegroep. Sterke kanten van het onderzoek zijn dat het één van de eerste studies betreft bij een forensische populatie met een ASS in vergelijking tot een controlegroep zonder ASS. Tevens was de risicotaxatie in consensus met verschillende disciplines uitgevoerd, zoals voorgeschreven in de handleidingen, wat in de praktijk zelden voorkomt (Lammers 2018).

Daarnaast leveren de resultaten interessante aanknopingspunten op voor verder onderzoek, zoals het vervolgen van het huidige onderzoek met een grotere onderzoeksgroep en langere risicoperiode; nader onderzoek naar de relevantie van risicotaxatie-instrumenten bij patiënten met een ASS; en het onderzoeken van de voorspellende waarde van gedrag voor en tijdens de opname voor recidive.

CONCLUSIE

Ondanks de kleine onderzoeksgroep laat dit onderzoek zien dat voor het voorspellen van recidive enkel de aanvangsmeting een voorspellende waarde had, in tegenstelling tot de eindmeting en het gestructureerd klinisch oordeel binnen een FPA. Mogelijk recidiveren patiënten met een ASS minder vaak dan degenen zonder ASS na behandeling binnen een FPA.

 Sylvia Lammers, H el ene Andrea en Bas Kelderman deden suggesties voor dit onderzoek.

LITERATUUR

Baron-Cohen S. An assessment of violence in a young man with Asperger’s syndrome. *J Child Psychol Psychiatry* 1988; 29: 351-60.

Bogaerts S, Spreen M, ter Horst P, Gerlisma, C. Predictive validity of the HKT-R Risk Assessment tool: Two and 5-year violent recidivism in a nationwide sample of Dutch forensic psychiatric patients. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2018; 62: 2259-70.

Bosch R, Chakhssi F, Hummelen K. Inpatient aggression in forensic psychiatric patients with autism spectrum disorder: the role of risk and protective factors. *J Intellect Disabil Offending Behav* 2020; 11: 93-100.

Chen PS, Chen SJ, Yang YK, Yeh TL, Chen CC, Lo HY. Asperger’s disorder: A case report of repeated stealing and the collecting behaviours of an adolescent patient. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 107: 73-6.

Chesterman P, Rutter SC. Case report: Asperger’s syndrome and sexual offending. *J Forens Psychiatry Psychol* 1993; 4: 555-62.

De Vogel V, de Ruiter C, Bouman Y, de Vries Robb  M. Saprof. Guidelines for the assessment of protective factors for violence risk. Utrecht: De Forensische Zorgspecialisten; 2012.

De Vries Robb  M, de Vogel V, E. DS. Protective factors for violence risk in forensic psychiatric patients. A retrospective validation study of the saprof. *Int J Forensic Ment Health* 2011; 10: 178-86.

Griffin-Shelley E. An asperger’s adolescent sex addict, sex offender: A case study. *Sex Addict Compulsivity* 2010; 17: 46-64.

Im DS. Template to perpetrate: An update on violence in autism spectrum disorder. *Harv Rev Psychiatry* 2016; 24: 14-35.

Lammers SMM. Risicotaxatie. In: Hummelen JW, Verkes RJ, van der Wolf MJF, red. *Forensische psychiatrie in de rechtspraak*. Utrecht: De Tijdstroom; 2018. p. 287-307.

Mossman MD. Evaluating risk assessments using receiver operating characteristic analysis: rationale, advantages, insights, and limitations. *Behav Sci Law* 2013; 31: 23-39.

Mouridsen S. Current status of research on autism spectrum disorders and offending. *Res Autism Spectr Disord* 2012; 6: 79-86.

Murphy D. Risk assessment of offenders with an autism spectrum disorder. *J Intellect Disabil Offending Behav* 2013; 4: 33-41.

Rice ME, Harris GT. Comparing effect sizes in follow-up studies: ROC Area, Cohen’s d, and r. *Law Hum Behav* 2005; 29: 615-20.

Rutten A, Vermeiren R, Van Nieuwenhuizen CH. Autism in adult and juvenile delinquents: A literature review. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2017; 11: 1-12.

Schuringa E, Spreen M, Bogaerts S. Inpatient violence in forensic psychiatry: Does change in dynamic risk indicators of the IFTE help predict short term inpatient violence? *Int J Law Psychiatry* 2019; 66: 101448.

Spreen M, Brand E, Ter Horst P, Bogaerts S. Handleiding en methodologische verantwoording: HKT-R. Groningen; 2014.

Van Loon D, Van der Meulen B, Minnaert A. Effectonderzoek in de gedragswetenschappen. Apeldoorn: Garant; 2015.

Verkes R, Hummelen J, Boerema I, Bousardt A. Diagnose en delictgevaar bij volwassenen met een autismespectrumstoornis in de forensische psychiatrie. Utrecht : Expertisecentrum Forensische Psychiatrie; 2016. <https://repository.ubn.ru.nl/handle/2066/158188>.

SUMMARY

Risk of recidivism for forensic psychiatric patients with an autism spectrum disorder

H.W. van Veldhuizen, J.W. Hummelen, F. Chakhssi

- Background** There is limited knowledge of the predictive validity of risk factors and protective factors for recidivism in forensic psychiatric patients with an autism spectrum disorder (ASD).
- Aim** To examine risk factors, protective factors and the predictive value of these factors in relation to recidivism for forensic psychiatric patients with ASD compared to patients without ASD.
- Method** For 69 patients, including 32 patients with ASD, the risk factors and protective factors were measured at the start and end of treatment. Of these 69 patients recidivism was examined for 23 patients, including 10 patients with ASD. Furthermore, the predictive validity of these measurements in relation to recidivism was explored.
- Results** The positive changes on risk and protective factors at the end of treatment did not differ significantly between both groups, except for the external protective factor, on which patients with ASD scored less favourable. We used a follow-up period of 2.5 to 4 years. Only 1 out of 10 ASD-patient showed recidivism compared to 7 out of 13 in the non-ASD-group. The scores on the risk assessment instruments at the start of treatment showed a significant predictive validity for recidivism, the scores at the end of treatment did not. Structured clinical judgment of recidivism showed no significant predictive validity at the start as well as the end of treatment.
- Conclusion** Despite the small sample, the results give rise to further research about risk factors and protective factors for recidivism, and the usability of risk-assessment for forensic patients with ASD.