

Gestructureerde risicotaxatie en Schemagerichte therapie in de forensische psychiatrie

Een aanzet tot integratie

Gwan Kwee, Greta Schaafsma en Martin Hildebrand

- Inschatting van het risico van toekomstig gewelddadig gedrag is een belangrijk onderdeel van de forensisch-psychiatrische behandelpraktijk, die de reductie van het recidiverisico als primair doel heeft. Door een gestructureerde risicotaxatie krijgen behandelaars meer inzicht in de risicofactoren van de patiënt en kunnen zij op basis daarvan behandelingsstrategieën opstellen om het recidiverisico te verkleinen (*risk management*). In de praktijk blijken risicotaxatie en behandeling vaak nog twee min of meer gescheiden entiteiten te zijn. In dit artikel wordt aan de hand van een relatief nieuw risicotaxatie-instrument, de *Short-term assessment of risk and treatability* (START), en een integratieve behandelvorm voor persoonlijkheidsstoornissen, *Schema-focused therapy* (SFT), een aanzet gegeven tot een methodische integratie van behandeling en risicotaxatie in de forensische zorg. Met een uitgebreide casusbeschrijving wordt inzichtelijk gemaakt hoe risicotaxatie en behandeling elkaars voorwaarden zijn en hoe zij geïntegreerd kunnen worden.
-

DRS. GWAN KWEE, gz-psycholoog/psychotherapeut/systeemtherapeut, is werkzaam als behandelcoördinator in Centrum voor klinische psychotherapie Zuidlaren.

DRS. GRETA SCHAAFSMA, gz-psycholoog i.o., is werkzaam bij Ambulante forensische psychiatrie Assen.

DR. MR. MARTIN HILDEBRAND is zelfstandig forensisch-psychologisch onderzoeker/consultant. De auteurs danken GGZ Drenthe en Lentis Groningen voor hun ondersteuning bij het schrijven van dit artikel.

Correspondentieadres: kweegwan@hotmail.com

Inleiding

Delinquenten met een psychische stoornis kunnen in het Nederlandse strafrechtstelsel in principe rekenen op forensisch-psychiatrische behandeling. Deze behandeling kan ambulante of klinische zijn en is in haar algemeenheid gericht op verandering van de psychische, psychosociale en/of psychiatrische problematiek, met als uiteindelijk doel het delictrisico te verkleinen en, in geval van een klinische behandeling, resocialisatie en overgang naar ambulante forensische zorg mogelijk te maken.

De afgelopen jaren nam in Nederland de maatschappelijke en politieke druk op de forensische psychiatrie toe om de effecten van therapeutische inspanningen transparanter te maken en wetenschappelijk aan te tonen. Beschrijving en standaardisering van diagnostische meetinstrumenten en behandelmethoden worden in toenemende mate gezien als een voorwaarde voor effectonderzoek en *evidence-based* behandeling. Het gemeenschappelijke doel van de meeste interventies, zowel in een klinische als een ambulante forensische context, is het recidiverisico van patiënten te verkleinen. Dit doel is duidelijk anders dan dat van interventies in een *algemene* klinische en ambulante context, waar de afname van psychische klachten, vergroting van het welbevinden en de kwaliteit van leven centraal staan (De Ruiter & Hildebrand, 2005). De indicaties dienen voornamelijk gesteld te worden op basis van een gestructureerde klinische risicotaxatie: de inschatting van de kans dat een patiënt in de toekomst opnieuw (seksueel) gewelddadig delictgedrag zal vertonen. Risicotaxatie is daarmee een belangrijk onderdeel van de forensisch-psychiatrische praktijk.

In de afgelopen jaren zijn diverse gestructureerde risicotaxatie-instrumenten ontwikkeld voor de inschatting van toekomstig gewelddadig delinquent gedrag¹. Bij deze benadering wordt de risicotaxatie door een deskundige uitgevoerd met behulp van een *checklist* met vastgestelde, empirisch onderbouwde risicofactoren, zowel statische (historische) risicofactoren, die niet ten goede veranderbaar zijn (zoals demografische kenmerken, criminele voorgeschiedenis) als klinisch relevante (dynamische) risicofactoren, die in principe wél veranderbaar zijn, bijvoorbeeld onder invloed van een interventie. Dynamische factoren kunnen worden onderverdeeld in acute en stabiele dynamische factoren. Acute dynamische factoren, zoals stemming en stress, zijn factoren die van invloed zijn op de timing van het delict, maar die geen voorspellende waarde hebben voor de recidive op langere termijn (Hanson & Harris, 2000); zij dienen vooral als waarschuwingssignaal voor acuut delictgevaar. Relatief stabiele dynamische risicofactoren, zoals zelfinzicht en *coping*vaardigheden, vormen de uiteindelijke behandeldoelen (De Ruiter &

¹ Zoals de Historical, Clinical, Risk Management-20 (HCR-20; Webster, Douglas, Eaves & Hart, 1997; Nederlandse bewerking: Philipse, De Ruiter, Hildebrand & Bouman, 2000) en de Historisch Klinisch Toekomst-30 (HKT-30; Werkgroep risicotaxatie forensische psychiatrie, 2002) voor het voorspellen van gewelddadig gedrag en de Sexual Violence Risk-20 (SVR-20; Boer, Hart, Kropp & Webster, 1997; Nederlandse versie: Hildebrand, De Ruiter & Van Beek, 2001) voor het inschatten van seksuele recidive.

Veen, 2004). Kenmerkend voor de gestructureerde klinische risicotaxatie is dat de deskundige de afzonderlijke risicofactoren na de beoordeling niet bij elkaar optelt om tot een conclusie over het risico te komen, maar zijn kennis en ervaring gebruikt om de items te interpreteren, te integreren, te combineren en te wegen. De beoordelaar kan ook extra risicofactoren toevoegen als daar goede redenen voor zijn. Op grond van deze weging formuleert hij ten slotte een inschatting in termen van een 'laag', 'matig' of 'hoog' risico. Een snel groeiend aantal publicaties in Noord-Amerika, Australië en Europa wijst op een goede betrouwbaarheid en validiteit in vergelijking met minder gestandaardiseerde risicotaxatiemethoden (voor Nederlandse onderzoeksresultaten, zie onder meer Hildebrand, Hesper, Spreen & Nijman, 2005; De Vogel, 2005). Inmiddels wordt de gestructureerde risicotaxatiemethode dan ook standaard gebruikt in de forensisch-psychiatrische centra (FPC's) in Nederland. Gestructureerde risicotaxatie-instrumenten geven een significant nauwkeuriger voorspelling van het recidiverisico dan het ongestructureerde klinische oordeel (De Vogel, 2005).

De gestructureerde risicotaxatie-instrumenten die thans worden gebruikt in de forensische praktijk kennen ook hun beperkingen. Een eerste beperking is dat zij vooral gericht zijn op de middellange- en langetermijnrisico's, en niet op de voorspelling op de korte termijn. Ambulante en klinische zorg zijn gebaat bij zowel lange- als kortetermijnrisicotaxatie. Lange termijn omdat zowel statische als dynamische langetermijnvoorspellers in de ketenzorg continu gecheckt moeten worden; korte termijn omdat de steeds wisselende stimuluscondities hun acute invloed uitoefenen op het gedrag en de gemoedstoestand in de alledaagse werkelijkheid. In het dagelijkse risicomangement moeten behandelaars voortdurend kortetermijninschattingen en keuzes maken over fluctuerende stimuluscondities, bijvoorbeeld voor het toekennen van weekendverlof of voor aanpassingen in het behandelprogramma.

Een tweede beperking is dat er in de gestructureerde risicotaxatie-instrumenten geen aandacht wordt besteed aan de potentieel beschermende functie van sterke eigenschappen van een individu die het risico op nieuw gewelddadig gedrag reduceren. Een derde beperking ten slotte is dat de bestaande instrumenten te weinig gericht zijn op dynamische en klinische risicofactoren (Nicholls, Brink, Desmarais, Webster & Martin, 2006; Webster, Nicholls, Martin, Desmarais & Brink, 2006).

Mede vanwege deze nadelen van de bestaande risicotaxatie-instrumenten hebben Canadese onderzoekers en klinici recentelijk de *Short-term assessment of risk and treatability* (START: Webster, Martin, Brink, Nicholls & Middleton, 2004; voor een overzicht van de ontwikkeling van de START, zie Webster en anderen, 2006) ontwikkeld. De START is vooral bedoeld voor de voorspelling van kortetermijnrisico's, variërend van een paar dagen tot hooguit drie maanden. In tegenstelling tot andere risicotaxatie-instrumenten beperkt de START zich niet tot de kans op gewelddadig gedrag tegen anderen, maar richt hij zich ook op de beoordeling van andere risicogebieden die relevant zijn in de dagelijkse (forensisch-)psychiatrische praktijk: zelfbeschadigend gedrag, suïcidegevaar; ongeoorloofde afwezigheid, middelenmisbruik, zelf-

verwaarlozing en victimisatie (handleiding START: Webster en anderen, 2004; Nederlandse handleiding: 't Lam, Lancel & Hildebrand, 2009) Door de *checklist* krijgt de deskundige meer inzicht in de risicofactoren van de patiënt en kan deze op basis daarvan *behandelingsstrategieën* opstellen om het recidiverisico te verkleinen; dit wordt *risk management* genoemd.

Een behandelvorm waarvoor enige wetenschappelijke evidentie bestaat en die in toenemende mate in zowel de klinische als de ambulante forensische zorg wordt gebruikt, is de door Young en collega's (Young, 1990, 1999; Young, Klosko & Weishaar, 2005) ontwikkelde Schemagerichte therapie of *Schema-focused therapy* (SFT). SFT is een integrale behandelvorm voor ernstige persoonlijkheidsstoornissen. Uit recent onderzoek (Giessen-Bloo, 2006) komt naar voren dat SFT een van de meest hoopgevende behandelmethoden is bij *borderline* pathologie. Persoonlijkheidsstoornissen, onder andere de *borderline* persoonlijkheidsstoornis, komen veel voor bij forensisch-psychiatrische patiënten (Hildebrand & De Ruiter, 2004), zodat SFT mogelijk ook bij deze populatie positieve effecten heeft.

In de forensische psychiatrie is de afgelopen jaren een serieus begin gemaakt met het streven naar *evidence-based practice*. Zo is er nu, in vergelijking met tien jaar geleden, veel meer bekend over de waarde van gestructureerde risicotaxatie voor de voorspelling van (seksueel) gewelddadig delictgedrag en worden er in de FPC's nieuwe *evidence-based* behandelmethoden, zoals SFT, geïmplementeerd en geëvalueerd. Maar in de praktijk zijn risicotaxatie en behandeling vaak twee min of meer gescheiden entiteiten.

Doel van dit artikel is een aanzet te geven tot een methodische integratie van behandeling en risicotaxatie in de forensische zorg. SFT en dynamische kortetermijnrisicotaxatie met de START lenen zich volgens ons goed om deze integratie te illustreren. Wij beogen zodoende een bijdrage te leveren aan het dichten van de kloof tussen risicotaxatie en behandeling en willen inzichtelijk maken hoe ze elkaars voorwaarden zijn en geïntegreerd kunnen worden. Dit om het uiteindelijke doel, het voorkomen van toekomstig (seksueel) gewelddadig gedrag, te bereiken. Eerst wordt een beschrijving van de START en SFT gegeven, waarna met een casus uit de ambulante forensische praktijk de verbinding van de START met de concepten van SFT zal worden geïllustreerd.

De Short-term assessment of risk and treatability (START)

De START (Webster en anderen, 2004; Nederlandse handleiding: 't Lam, Lancel & Hildebrand, 2009) bestaat uit 20 dynamische items. De beoordelaar dient voor elk item, aan de hand van omschreven scoringscriteria, in te schatten in hoeverre het een sterkte of een risico betreft voor de betreffende patiënt. Daarnaast kunnen in de beoordeling twee (of meer) zogenaamde casusspecifieke items worden opgenomen, die op dezelfde manier dienen te worden gescoord. Zowel de risico's als de 'sterktes' worden gescoord op een

driepuntsschaal (0 = geen risico of sterkte, 1 = matig risico of matige sterkte, 2 = groot risico, grote sterkte). In de tabellen 3 en 5 staan de items van de START vermeld.

Nadat de beoordelaar alle items heeft gescoord, geeft hij aan welke items (drie risico-items, genaamd *essentiële* items en drie ‘sterktes’, genaamd *sleutel-items*) het zwaarst meewegen in de uiteindelijke risicobeoordeling(en). Ook statische factoren moeten worden meegenomen in de overwegingen. Op basis van de ingevulde START wordt uiteindelijk een inschatting gemaakt van de kans op (1) gewelddadig gedrag gericht tegen anderen, (2) zelfbeschadigend gedrag, (3) suïcide, (4) ongeoorloofde afwezigheid, (5) zelfverwaarlozing, (6) middelenmisbruik, (7) victimisatie en eventuele casusspecifieke risico’s. Recent onderzoek laat goede eerste resultaten zien voor de betrouwbaarheid en de construct- en concurrente validiteit van de (Engelse versie van de) START (Nicholls en anderen, 2006). Uiteraard moet er nog meer onderzoek worden gedaan, onder andere naar de generaliseerbaarheid van de START.

Schemagerichte therapie

Schemagerichte therapie of *Schema-focused therapy* (SFT) is een door Young en collega’s (Young, 1990, 1999; Young en anderen, 2005) ontwikkelde integratieve behandelvorm. Zij is bedoeld voor patiënten met moeilijk behandelbare psychische stoornissen, in het bijzonder persoonlijkheidsstoornissen (Giessen-Bloo, 2006; Young en anderen 2005). Omdat een groot deel van de forensische patiëntenpopulatie een of meerdere persoonlijkheidsstoornissen heeft (Hildebrand & De Ruiters, 2004) is SFT wellicht een effectieve behandelvorm voor deze doelgroep (Bernstein, Arntz & De Vos, 2007; Giesen-Bloo, 2006). Inmiddels is SFT geïntroduceerd in de forensische praktijk. Bernstein en anderen (2007) hebben een zogenaamde ‘forensische aanpassing’ van SFT ontwikkeld die momenteel wordt gebruikt en onderzocht in Nederlandse FPC’s. De benadering richt zich op persoonlijkheidsstoornissen die het meest voorkomen in forensische instellingen en die het meest worden geassocieerd met het risico van recidive: antisociale, *borderline*-, narcistische en paranoïde persoonlijkheidsstoornis. Momenteel voeren zij een multicenter gerandomiseerd en gecontroleerd onderzoek uit bij patiënten met cluster-B-persoonlijkheidsstoornissen in zeven verschillende FPC’s. Doel ervan is een antwoord te krijgen op de vraag of SFT persoonlijkheidsverandering en lagere recidive kan bewerkstelligen bij forensische patiënten.

We benadrukken, in navolging van Bernstein en anderen (2007), dat een succesvolle implementatie van SFT in de praktijk van de forensische ketenzorg een voldoende veilige, ondersteunende, niet-straffende instellingscultuur vereist. Zonder een dergelijke cultuur kunnen de basale emotionele behoeften onvoldoende bereikt, erkend en therapeutisch bewerkt worden. Tijdige onderkenning en beheersing van parallelprocessen en een veilig klimaat voor patiënten en medewerkers in de forensische instellingen is noodzakelijk om aan het basisprincipe van *limited reparenting* – het bieden van corrigerende

emotionele ervaringen in de therapeutische relatie (Young en anderen, 2005) – te kunnen voldoen en het risico van victimisatie te kunnen beheersen.

Schema's

Beck (1967) omschrijft een schema als een cognitieve structuur om stimuli te screenen, coderen en te evalueren die op het menselijk lichaam inwerken. Om de behandeling van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis mogelijk te maken ontwikkelde Young (1990), voortbouwend op het cognitieve model van Beck, Rush, Shaw en Emery (1979), meerdere nieuwe constructen, zoals schemadomeinen, vroege onaangepaste schema's, schemabevestiging, schemavermijding en schemacompensatie, onvoorwaardelijke en voorwaardelijke schema's en tot slot de (schema)modi. Vroege onaangepaste schema's zijn schema's die in de kindertijd zijn ontwikkeld, die inmiddels stabiel zijn geworden, die in belangrijke mate disfunctioneel kunnen zijn en die bij een persoon veel emotionele schade en sociale problemen teweeg kunnen brengen, maar die ook deels beschermend kunnen werken. Er worden vijf schemadomeinen onderscheiden, die in totaal 18 vroege onaangepaste schema's bevatten (zie verder bijvoorbeeld Thunnissen & Muste, 2002):

- 1 onverbondenheid en afwijzing;
- 2 verzwakte autonomie en verminderd functioneren;
- 3 verzwakte grenzen;
- 4 gerichtheid op anderen;
- 5 overmatige waakzaamheid en inhibitie (geremdheid).

In tabel 1 staat vermeld welke schema's bij welk schemadomein behoren en wordt een korte omschrijving gegeven van de achttien schema's.

Een individu kan op verschillende manieren met (inadequate) schema's omgaan: zich eraan overgeven (schemabevestiging), de schema's vermijden of (over)compenseren. Bij het vroege onaangepaste schema 'Wantrouwen en misbruik' (zie tabel 1) zou bevestiging bijvoorbeeld kunnen inhouden: het kiezen van bedriegende of misbruikende partner(s) en de relatie(s) met deze partner(s) in stand houden. Vermijding kan inhouden: vermijden van ervaren kwetsbaarheid, niemand vertrouwen en er geheimen op nahouden. Overcompensatie zou kunnen zijn: zelf anderen bedriegen of misbruiken.

Modi

Young onderscheidt vier zogenaamde modicategorieën (ook wel 'zijnswijzen' genoemd, zie Hauwaert & Pieters, 2001), waarvan er drie disfunctioneel (kindmodi, de disfunctionele *coping* modi en de onaangepaste oudermodi) en twee functioneel zijn: de gezonde-volwassene- en de blij-kindmodus. Bernstein en anderen (2007) hebben aan deze modicategorieën een belangrijke vijfde categorie toegevoegd: de overcompensatiemodi. Genoemde modicategorieën worden verder onderverdeeld naar verschillende modi. (Schema)modi zijn de uitgesproken, sterk wisselende en specifieke gevoelstoestanden en *coping* reacties die betrekking hebben op dat wat de patiënt ervaart in interactie met anderen (Van Genderen & Arntz, 2005); de patiënt bekijkt de

Tabel 1 De schema's van de schemagerichte therapie van Young (naar Young en anderen, 2005)

Domein	Schema	Omschrijving
<i>Onverbondenheid en afwijzing</i>	Verlating en instabiliteit	Verwachting iedereen te verliezen met wie een emotionele band bestaat.
	Wantrouwen en misbruik	Verwachting door anderen met opzet pijn gedaan, misbruikt, bedrogen te worden.
	Emotioneel tekort	Verwachting dat anderen onvoldoende tegemoet zullen komen aan verlangens naar emotionele steun.
	Tekortschieten en schaamte	Overtuiging inwendig beschadigd te zijn; anderen zullen zich dat, als zij dichtbij komen, realiseren en zich terugtrekken uit de relatie.
<i>Verzwakte autonomie en verminderd functioneren</i>	Sociale isolatie en vreemding	Overtuiging geïsoleerd te zijn van de rest van de wereld, anders te zijn.
	Afhankelijkheid en incompetentie	Overtuiging niet in staat te zijn op bewaamte en onafhankelijke wijze dagelijkse verantwoordelijkheden te dragen.
	Kwetsbaarheid voor ziekte en gevaar	Overdreven angst dat er op elk moment een ramp kan gebeuren.
<i>Verzwakte grenzen</i>	Kluwenbeleving en onderontwikkeld zelf	Te sterke emotionele betrokkenheid bij een of meer belangrijke anderen ten koste van individuatie of sociale ontwikkeling.
	Mislukken	Overtuiging minder goed te zijn dan leeftijdgenoten in dagelijks functioneren.
	Veeleisendheid en grootsheid	Overtuiging superieur te zijn aan anderen, aanspraak te kunnen maken op speciale rechten, niet gebonden te zijn aan algemeen geldende regels.
<i>Gerichtheid op anderen</i>	Onvoldoende zelfcontrole en zelfdiscipline	Niet in staat frustratie te verdragen bij het nastreven van doelen; onvermogen om op een aangepaste manier uiting te geven aan impulsen en gevoelens.
	Onderwerping	Zich gedwongen voelen veelvuldig controle aan anderen af te staan. Zwichten om woede, vergelding of verlating te voorkomen.
	Zelfopoffering	Opoffering van eigen behoeften om anderen te helpen, omdat men zich anders schuldig voelt.
<i>Overmatige waakzaamheid en inhibitie</i>	Goedkeuring en erkenning zoeken	Overmatige nadruk op het verwerven van goedkeuring of op aanpassing ten koste van het ontwikkelen van een veilig en waarachtig zelfgevoel.
	Negativisme en pessimisme	Overmatige gerichtheid op de negatieve dingen van het leven.
	Emotionele inhibitie	Extreme geremdheid in handelen, gevoelens of communicatie om afkeuring, schaamte of controleverlies te voorkomen.
	Strenge normen en overkritisch zijn	Overtuiging dat aan hoge geïnternaliseerde normen voor gedrag en functioneren moet worden voldaan om afkeuring te voorkomen.
	Bestraffendheid	Overtuiging dat mensen streng gestraft moeten worden voor hun fouten.

werkelijkheid als het ware alternerend door verschillende emotionele brillen. Omdat de START vooral is ontwikkeld om kortetermijnrisico's te voorspellen, zullen wij voor het merendeel modi (*states*) expliciteren en komen de schema's (*traits*) in mindere mate aan de orde. Uiteindelijk worden achttien verschillende modi onderscheiden (zie tabel 2).

Tabel 2 De modi van de schemagerichte therapie van Young (naar Bernstein en anderen, 2007; Young en anderen, 2005)

Categorie	Modi	Omschrijving
<i>Kindmodi</i>	Kwetsbare kind (verlaten, misbruikte of vernederde kind)	Ervaart disfoor of ongerust affect, vooral angst, bedroefdheid, hulpeloosheid.
	Boze kind	Ventileert woede rechtstreeks als reactie op ervaren onvervulde basisbehoeften.
	Impulsieve/ongedisciplineerde kind	Geeft impulsief toe aan onmiddellijk verlangen naar plezier zonder met anderen rekening te houden.
<i>Disfunctionele copingmodi</i>	Eenzame kind	Voelt zich alleen en verlaten, alsof niemand hem kan begrijpen, geruststellen, troosten, of contact met hem kan maken.
	Afstandelijke beschermer	Gebruikt als <i>copingstijl</i> emotionele terugtrekking, onverbondenheid, isolement en gedragsmatige vermindering.
	Onthechte zelfsusser / zelfstimulator	Gebruikt verslavende, compulsieve of zelfstimulerende gedragingen om zichzelf te kalmeren, te sussen en te distantiëren van pijnlijke gevoelens.
	Gedweëde gehoorzame Boze beschermer	Gebruikt als <i>copingstijl</i> inschikkelijkheid en afstandelijkheid. Gebruikt 'muur van woede' om zichzelf te beschermen tegen anderen die als dreigend worden ervaren.
<i>Onaangepaste oudermodi</i>	Beklagende beschermer	Klaagt, jengelt en eist op een ontevreden en 'slachtofferachtige' manier, die echte gevoelens en behoeftes verbergt.
	Bestraffende/kritische ouder	Beperkt, bekritiseert of straft zichzelf of anderen.
<i>Overcompensatiemodi</i>	Veeleisende ouder	Heeft hoge verwachtingen van anderen, dicht hun grote verantwoordelijkheden toe; zet zichzelf en anderen onder druk.
	Zelfverheerlijkingsmodus	Voelt zich superieur, speciaal, machtig; kijkt neer op anderen.
<i>Gezonde modi</i>	Treiteren en aanvalmodus	Gebruikt bedreiging, intimidatie, agressie, dwang om te krijgen wat hij wil; sadistisch genoeg in het aanvallen van anderen.
	Bedrog en manipulatieve modus	Bedriegt, liegt, manipuleert om doel te bereiken: anderen tot slachtoffer maken ofwel straf ontlopen.
	Roofdiermodus	Op een kille, meedogenloze, berekende wijze bedreiging, rivalen, obstakels, vijanden elimineren.
	Overcontrolerende modus (paranoïde en obsessief-compulsieve types)	Probeert zichzelf te beschermen tegen vermeende of echte bedreiging door aandacht, gedachten, gedragingen extreem te controleren.
<i>Gezonde modi</i>	Gezonde volwassene	Gezonde, volwassen deel van het zelf dat een 'leidende' functie vervult ten opzichte van de andere modi; helpt emotionele basisbehoeften van het kind te vervullen.
	Blijke kind, Speelse-kindmodus	Voelt zich geliefd, verbonden, tevreden, voldaan.

Casus

Jay is een 24-jarige man die tot een jaar gevangenisstraf veroordeeld is wegens straatroof en bedreiging in vereniging; samen met een aantal anderen heeft hij onder dreiging met geweld een treinreizigster haar mp3-speler afhandig gemaakt. Nadat hij zijn gevangenisstraf heeft uitgezeten, volgt nog twee jaar TBS met voorwaarden. Jay krijgt verplicht reclasserings-toezicht, met als voorwaarden onder andere plaatsing in een justitieel sociaal pension en verplichte ambulante behandeling. Vanaf zijn 16^e is Jay regelmatig met justitie in aanraking gekomen voor onder andere diefstallen, dealen en wapenbezit, waarvoor hij ook veroordeeld werd.

Jay wordt geboren op de Antillen als tweede kind in een gezin met drie kinderen van verschillende vaders. Zijn moeder is bij zijn geboorte 17 en zijn vader 19 jaar oud. Vader verlaat moeder al tijdens de zwangerschap en heeft geen aandeel in de opvoeding. Wanneer Jay 1 jaar is, vertrekt zijn moeder naar Nederland. Jay blijft achter bij een tante op de Antillen. Op 4-jarige leeftijd gaat ook hij naar Nederland, waar hij bij zijn moeder gaat wonen. Hij volgt bijzonder basisonderwijs en wordt op school gepest met zijn gezinssituatie, huidskleur en gestotter. Hij verdedigt zichzelf door van zich af te slaan, waarvoor hij tweemaal wordt geschorst. Moeder is verslaafd geraakt aan harddrugs en Jay wordt dagelijks door haar en haar nieuwe vriend verwaarloosd en fysiek mishandeld. Hij vlucht vaak de straat op of verblijft bij een buurvrouw. Op zijn 12^e wordt Jay na ingrijpen van de Kinderbescherming zeven maanden in een kindertehuis geplaatst waarna een van de zussen van moeder de voogdij op zich neemt. Jay zit dan inmiddels op het voortgezet beroepsonderwijs (VBO) waar hij veel ruzies heeft met leraren; ook treitert Jay regelmatig medeleerlingen. Hij behaalt echter wel zijn diploma A-niveau in de richting detailhandel.

Op zijn 16e wordt hij door zijn tante het huis uitgezet wegens cannabisgebruik en gedragsproblemen. Jay verblijft vervolgens bij vrienden en in verschillende crisiscentra. Hij blowt en drinkt steeds meer, hangt veel op straat, heeft veel kortstondige en wisselende seksuele contacten en komt vanaf dat moment regelmatig in aanraking met justitie. Jay voelt zich nergens meer veilig en zijn sociale netwerk bestaat alleen nog uit kennissen uit het criminele circuit. Hij verhardt emotioneel steeds meer, vertrouwt niemand meer en dealt in harddrugs. Wanneer hij wordt aangehouden op verdenking van straatroof en bedreiging in vereniging komt hij voor langere tijd vast te zitten. Na een jaar in verschillende penitentiaire inrichtingen te hebben gezeten wordt hij in een justitieel sociaal pension geplaatst en komt hij onder verplicht toezicht van de reclassering in de ambulante forensische psychiatrie terecht. De vraag van de reclassering aan de ambulante forensische hulpverlening betreft de ondersteuning en begeleiding van de resocialisatie van Jay.

Ambulante forensisch-psychiatrische behandeling

Op de forensische polikliniek waar Jay terecht komt, worden forensisch-psychiatrische patiënten behandeld door een multidisciplinair behandelteam. Het behandel aanbod bestaat uit verscheidene poliklinische en deeltijdgroepen, verschillende vormen van individuele therapie en thuiszorg, al naar gelang de door patiënt en/of verwijzer geformuleerde hulpvraag. Na aanmelding is er een uitgebreide *intake* procedure bestaande uit drie gesprekken met behandelaren van verschillende disciplines. Vervolgens wordt in multidisciplinair overleg een besluit genomen over het te volgen behandeltraject. In een vervolgesprek met de patiënt wordt dit behandeladvies doorgesproken; bij overeenstemming kan het traject van start gaan.

Intake, psychologisch onderzoek en behandeladvies

Om zijn groepsgeschiktheid te onderzoeken en een duidelijker beeld te krijgen van zijn intelligentie, persoonlijkheid en *coping* gedrag wordt ook een kort psychologisch onderzoek uitgevoerd, bestaande uit de Groninger intelligentietest-2 (GIT-2; Luteijn & Barelds, 2004), de Nederlandse persoonlijkheidsvragenlijst (NPV; Luteijn, Starren & Van Dijk, 2000), de Utrechtse *coping* lijst (UCL; Scheurs, Van de Willige, Brosschot, Tellegen & Graus, 1993) en de *Symptom checklist-90* (SCL-90; Arrindell & Ettema, 2003). Uit het psychologisch onderzoek komen geen contra-indicaties voor deelname aan een groep naar voren. De psychiater, een van de intakers, stelt de volgende DSM-IV-diagnose:

As I: 312.30 Stoornis in de impulscontrole NAO; 304.30 Cannabisafhankelijkheid (gedeeltelijk in remissie); 305.00 Misbruik van alcohol (volledig in remissie); 307.0 Stotteren; V62.4 Acculturatieprobleem.

As II: 301.9 Persoonlijkheidsstoornis NAO met antisociale, narcistische en ontwijkende trekken.

As III: Geen diagnose.

As IV: Problemen met politie/justitie, problemen binnen de primaire steungroep, problemen gebonden aan de sociale omgeving, financiële problemen.

As V: GAF-score bij *intake*: 51-60.

De verwachting op basis van de *intake* gesprekken en het psychologisch onderzoek is dat Jay baat zou kunnen hebben bij een zogenaamde schemagerichte deeltijdgroep voor patiënten met verslavings- en agressieregulatieproblematiek, wegens de verwaarlozing, mishandeling en trauma's opgelopen in zijn jeugd en ontwikkeling, zijn antisociale en agressieve gedrag en zijn langdurige drugsverslaving en alcoholmisbruik. Idealiter zou voorafgaand aan de indicatiestelling de Schemavragenlijst (*Schema questionnaire*: Young & Brown, 1994; Nederlandstalige bewerking: Sterk & Rijkeboer, 1997) moeten worden afgenomen om consequent vraaggericht in plaats van aanbodgestuurd te werken, maar op dat moment was dit nog geen routine in de ambulante forensische polikliniek. Verwacht wordt dat Jay in de groep zal kunnen leren herkennen dat het verstoorde en beschadigende opvoedingsklimaat waarin hij is opgegroeid, heeft geleid tot de ontwikkeling van

schema's en overlevingsstrategieën (*coping*) in de vorm van agressie, wantrouwen en middelenmisbruik en dat hij in de groep kan oefenen met nieuw en constructief (*coping*)gedrag. Jay gaat akkoord met dit behandeladvies. Voordat hij gaat deelnemen aan de schemagerichte deeltijdgroep heeft hij een kortdurend individueel schemagericht voortraject bij een van de psychotherapeuten die ook betrokken is bij de groepsbehandeling. Ook wanneer Jay instroomt in de groep zal hij tweewekelijks een individueel gesprek houden met deze therapeut. Hij gebruikt inmiddels anderhalf jaar geen alcohol of cannabis meer en woont op dat moment ongeveer zes weken in een justitieel sociaal pension.

Afname van de START

Om inzicht te krijgen in Jays recidiverisico maakt de behandelend psychotherapeut, voorafgaand aan de behandeling, op basis van de START een inschatting van de kans op gewelddadig gedrag tegen anderen, zelfbeschadigend gedrag en suïcide; ongeoorloofde afwezigheid, zelfverwaarlozing, middelenmisbruik en victimisatie. Zie voor deze START-codering tabel 3.

De behandelend psychotherapeut stelt bij Jay de volgende risicofactoren vast (zie tabel 3): relaties, emotionele toestand, impulscontrole, sociale steun en negatieve opvattingen. Essentiële items – items die het zwaarst meewegen in het recidiverisico – zijn item 2 (relaties), 7 (emotionele toestand) en 13 (negatieve opvattingen). Te zien is dat deze START-items aan de risicokant maximaal zijn (score 2) en aan de sterktekant minimaal (score 0). De essentiële items vormen samen met het casusspecifieke item (seksueel gedrag) de factoren waarop de interventies in de individuele en groepsschematherapie in eerste instantie voornamelijk gericht zullen zijn. Voor de risico-inschatting is het verder van belang dat Jay zichzelf goed verzorgt (item 5), druk op zoek is naar werk (3) en inmiddels al anderhalf jaar geen drugs en alcohol meer gebruikt (8). Item 3 (werk en opleiding), 5 (zelfverzorging) en 8 (middeengebruik) worden daarom sleutelitems (de drie belangrijkste 'sterktes') genoemd; ook deze factoren zullen in de behandeling worden meegenomen en waar mogelijk versterkt.

Over de specifieke risicobeoordelingen concludeert de beoordelaar dat het risico voor anderen en de kans op terugval in middelenmisbruik als 'matig' kan worden ingeschat. Jay houdt in het contact met anderen veel afstand en is erg wantrouwend; zijn negatieve opvattingen zijn sterk. Op momenten van spanning, bijvoorbeeld tijdens een ruzie met medebewoners of met een van zijn vriendinnen bestaat de kans op agressief gedrag. Terugval in middelenmisbruik, wat in het verleden altijd zijn voornaamste overlevingsstrategie was, ligt eveneens op de loer wanneer er spanningen zijn. Dit risico wordt echter niet als 'hoog' ingeschat, omdat Jay in een relatief beschermde en controlerende woonomgeving verblijft. De beoordelaar schat de kans op suïcide en zelfverwaarlozing als 'laag' in: Jay heeft in het verleden geen suïcidelingen gedaan en heeft geen last van stemmingsproblemen; hij zorgt dat hij goed eet en slaapt, zijn persoonlijke hygiëne is goed en hij zoekt steun bij zijn persoonlijke begeleider op het justitieel sociaal pension wan-

Tabel 3 De START (Webster en anderen, 2004) aan het begin van Jays behandeling

Sterkte			ITEMS	Risico		
2	1	0		0	1	2
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Sociale vaardigheden	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Relaties	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Werk en opleiding	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	4. Vrijtijdsbesteding	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Zelfverzorging	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	6. Psychische stoornis	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	7. Emotionele toestand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Middelengebruik	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Impulscontrole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	10. Externe invloeden	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Sociale steun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Materiële middelen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	13. Negatieve opvattingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	14. Medicatietrouw	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	15. Overeenstemming over regels en gestelde voorwaarden	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	16. Gedrag	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	17. Zelfinzicht	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	18. Plannen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	19. Copingvaardigheden	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	20. Behandelbaarheid	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	21. Casusspecifiek item: seksueel gedrag	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. Casusspecifiek item	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Specifieke risicobeoordelingen</i>						
Risico voor anderen	Laag <input type="checkbox"/>	Matig <input checked="" type="checkbox"/>	Hoog <input type="checkbox"/>			
Zelfbeschadiging	Laag <input type="checkbox"/>	Matig <input checked="" type="checkbox"/>	Hoog <input type="checkbox"/>			
Suïcide	Laag <input checked="" type="checkbox"/>	Matig <input type="checkbox"/>	Hoog <input type="checkbox"/>			
Ongeoorloofde afwezigheid	Laag <input type="checkbox"/>	Matig <input checked="" type="checkbox"/>	Hoog <input type="checkbox"/>			
Middelenmisbruik	Laag <input type="checkbox"/>	Matig <input checked="" type="checkbox"/>	Hoog <input type="checkbox"/>			
Zelfverwaarlozing	Laag <input checked="" type="checkbox"/>	Matig <input type="checkbox"/>	Hoog <input type="checkbox"/>			
Victimisatie	Laag <input type="checkbox"/>	Matig <input checked="" type="checkbox"/>	Hoog <input type="checkbox"/>			
Casusspecifieke risico's	Laag <input type="checkbox"/>	Matig <input type="checkbox"/>	Hoog <input type="checkbox"/>			

neer hij niet goed in zijn vel zit. De kansen op zelfbeschadiging, ongeoorloofde afwezigheid en victimisatie worden beoordeeld als 'matig'. Jay heeft de neiging te vervallen in zelfbeschadigend gedrag als het minder goed met hem gaat. Bij tegenslagen en teleurstellingen wordt hij erg passief of overcompenseert hij met destructieve effecten tot gevolg. Zo sport hij bijvoorbeeld, wanneer hij net op het sociaal pension zit en zich daar nog niet thuis voelt, zo'n 30 uur per week. Hij is daarin niet te stoppen en krijgt allerlei lichamelijke klachten.

Omdat behandeling vanuit reclassering verplicht is, moet hij in de behandelgroep aanwezig zijn. Het risico van ongeoorloofde afwezigheid ligt vanwege zijn negatieve opvattingen en gebrek aan vertrouwen, ook in behandelaren en hulpverlening, wel op de loer en wordt daarom ingeschat als 'matig'. Door zijn afstandelijke en geïrriteerde houding tegenover anderen, zijn stotteren en huidskleur loopt hij zowel in de behandelgroep als op zijn woonplek het risico om buiten de groep te vallen en in de zondebokpositie

te belanden; het risico van victimisatie wordt daarom ook ingeschat als 'matig'. Te verwachten risico's passen goed binnen de genoemde categorieën zodat er geen casusspecifiek risico is ingevuld.

Jays schema's en modi

Ter voorbereiding op zijn deelname aan de schematherapiegroep wordt in gesprek en met behulp van de Schemavragenlijst (Sterk & Rijkeboer, 1997) vastgesteld wat voor Jay de meest op de voorgrond staande oude onaangepaste schema's zijn. De Schemavragenlijst bestaat uit 205 uitspraken. De patiënt geeft op een zespuntsschaal (1 = helemaal niet op mij van toepassing; 6 = helemaal op mij van toepassing) aan in hoeverre de betreffende uitspraak van toepassing is. Voorbeelden van zulke uitspraken: 'De meeste tijd heb ik niemand gehad die mij verzorgde, koesterde, dingen met mij deelde of zich echt bekommerde om alles wat mij overkwam' en 'Ik maak me er altijd een hoop zorgen over of ik het de ander naar de zin maak, zodat ze mij niet zullen afwijzen'. De drie schema's waarop Jay het hoogste scoort zijn: (1) verlaten en instabiliteit, (2) wantrouwen en misbruik en (3) tekortschieten/schaamte.

Uit de *intake*gesprekken en de gesprekken tijdens het voortraject, de observaties en incidentenanalyse blijkt van alle modi de 'afstandelijke beschermer', een van de disfunctionele *coping*modi, het meest continu waarneembaar. Er is moeilijk echt contact met Jay te maken: hij praat vooral over anderen en laat weinig los over zichzelf. Hij rationaliseert veel en heeft niet of nauwelijks contact met zijn eigen gevoel. Ook de boze, beklagende en gedweë gehoorzame vormen van disfunctionele *coping*modi komen bij Jay voor, zij het in mindere mate, en dat geldt ook voor de 'onthechte zelfsusser/zelfstimulator' die troost zoekt in middelen en veel oppervlakkige seksuele contacten.

Van de kindmodi blijkt 'het kwetsbare (verlaten en misbruikte) kind' bij Jay vaak de onderliggende modus te zijn. Het impulsieve/ongedisciplineerde en boze kind zijn bij Jay regelmatig duidelijk in het gedrag waarneembaar, vooral wanneer de schema's 'verlaten en instabiliteit' en 'wantrouwen en misbruik' worden geactiveerd. Het lijkt alsof hij zich dan niet meer afvraagt óf hij in de steek gelaten en voorgelogen wordt, maar wánnere dit voor de zoveelste keer zal gaan gebeuren. Zo verwachtte hij bijvoorbeeld, tijdens de *intake*periode, zeker op verlof te mogen naar de in de anamnese genoemde helpende en voor hem zeer belangrijke vroegere buurvrouw. Toen dit om praktische redenen niet doorging, ervoer hij dit als een scherpe persoonlijke afwijzing.

De volgende overcompensatiemodi zorgen bij Jay vooral in delictsituaties en als reactie op schema-activatie voor grensoverschrijdend, problematisch gedrag: zelfverheerlijkingsmodus, paranoïde overcontrolerende modus, treiteren en aanvalmodus, bedrog en manipulatieve modus. Wanneer Jay zich verlaten of misbruikt voelt, komt er veel woede boven die in een aantal situaties in het heden en verleden heeft geleid tot agressie naar anderen, onder andere in de delicten.

De relatie tussen de items van de START en SFT

Om richting te kunnen geven aan de behandeling van Jay worden de ‘essentiële’ items van de START, te weten relaties, emotionele toestand en negatieve opvattingen, gekoppeld aan de voor Jay kenmerkende schema’s en modi. Op deze manier wordt de START als het ware het ‘kompas’ van de behandeling, gericht op het primaire doel: het voorkomen van recidive (zie tabel 4).

Tabel 4 De bij Jay essentiële items van de START gekoppeld aan SFT-schema’s en -modi

START-item ²	Achterliggende schema’s	Modi	Behandeldoel
<i>Item 2 (Relaties)</i>	verlating en instabiliteit wantrouwen en misbruik tekortschieten / schaamte	Afstandelijke en boze beschermer Zelfverheerlijgingsmodus, Ont- hechte zelfsusser/zelfstimulator, paranoïde overcontrolerende modus, Treiteren en aanvalmodus, Bedrog en manipulatieve modus Impulsieve/ongedisciplineerde kind Kwetsbare (verlaten en misbruikte) kind	Opbouwen van een werk- relatie met behandelaren en groepsleden
<i>Item 7 (Emotionele toestand)</i>	verlating en instabiliteit wantrouwen en misbruik tekortschieten/ schaamte	Afstandelijke en boze beschermer Zelfverheerlijgingsmodus, Ont- hechte zelfsusser/zelfstimulator, paranoïde overcontrolerende modus, Treiteren en aanvalmodus, Bedrog en manipulatieve modus Impulsieve/ongedisciplineerde kind Kwetsbare (verlaten en misbruikte) kind	Opbouwen van een werk- relatie met behandelaren en groepsleden Versterken van de Gezon- de volwassene en het blij- e kind
<i>Item 13 (Negatieve opvattingen)</i>	verlating en instabiliteit wantrouwen en misbruik tekortschieten/ schaamte	Afstandelijke en boze beschermer Zelfverheerlijgingsmodus, Ont- hechte zelfsusser/zelfstimulator, paranoïde overcontrolerende modus, Treiteren en aanvalmodus, Bedrog en manipulatieve modus Impulsieve/ongedisciplineerde kind Kwetsbare (verlaten en misbruikte) kind	Opbouwen van een werk- relatie met behandelaren en groepsleden Versterken van de Gezon- de volwassene en het blij- e kind Psycho-educatie over ontstaan en gevolgen van negatief wereld- en mensbeeld

² Voor een toelichting bij de items, zie de handleiding van de START (‘t Lam en anderen, 2009; Webster en anderen, 2004).

Wat betreft relaties (item 2 van de START) valt bij Jay op dat de schema's verlaten en instabiliteit en wantrouwen en misbruik in relatie met anderen continu worden geactiveerd en heftige emotionele reacties (modi) oproepen. Jay is tegenover anderen altijd op zijn hoede. Hij ziet overal bedrog en oneerlijkheid. Dit roept angst en onzekerheid op waarop hij reageert met irritatie en agressie naar anderen wanneer deze gevoelens onhanteerbaar worden. Hij bedenkt bijvoorbeeld 'testjes' om de betrouwbaarheid van behandelaren op de proef te stellen.

In zijn emotionele toestand (item 7 van de START) is het karakteristiek voor Jay dat activering van het schema tekortschieten/schaamte leidt tot vermijding en overcompensatie. Dit resulteert in prikkelbaar en boos gedrag, in reactie op zorg of poging tot het maken van contact, of in het terugtrekken uit het contact met anderen. Verder heeft Jay negatieve opvattingen (item 13 van de START). Doordat hij is opgegroeid in een criminele, onveilige gewelddadige omgeving (schema's verlaten en instabiliteit, wantrouwen en misbruik) heeft Jay zich een harde en egoïstische buitenkant aangemeten om te kunnen overleven. In gedrag vertaalt zich dit in een verongelijkte, geagiteerde houding. Jay is ook zonder aanval bezig zich te verdedigen.

Interventies en behandelverloop

De focus in Jays behandeling ligt in de eerste periode vooral op de kwaliteit van het contact met groepsleden en behandelaren. De modi afstandelijke en boze beschermer werken als inadequate overlevingsstrategieën die hij moet leren los te laten. Met verschillende therapeutische technieken (o.a. *reparenting*, empathische confrontatie, begrenzing, psycho-educatie, rollenspelen, imaginerende interventies, de tweestoelentechniek wordt geprobeerd Jay meer in contact te laten komen met zichzelf en daardoor ook met anderen. Ook wordt gewerkt aan de versterking van zijn gezonde-volwassene- (zie tabel 2) en blij-kindmodus door de *sleutelitems* van de START (werk, zelfverzorging, middelengebruik) verder te ontwikkelen.

Om het verloop van de behandeling te kunnen evalueren en zicht te krijgen op kortetermijnveranderingen en -recidivegevaar vullen de behandelaren van Jay iedere drie maanden de START in. Zo nodig wordt de focus van de behandeling bijgesteld. Ter illustratie van het behandelverloop zijn in tabel 5 de scores te zien van de START na een jaar behandeling.

Jay scoort in de loop van het jaar wisselend op item 2 (relaties). Nu en dan lijkt hij zijn bescherming wat te kunnen laten zakken (zo scoort hij op dit item na drie en zes maanden een 1 aan de risicokant van de START). Er ontstaan dan meer mogelijkheden om met hem te spreken over zijn kwetsbaarheid en vijandigheid naar anderen. Maar na het vertrek van een voor hem vertrouwde therapeut en de komst van een nieuw, enigszins dominant groepslid zijn de afstandelijke en boze beschermer opnieuw overheersend aanwezig met score 2 tot gevolg na 9 en 12 maanden. De genoemde modi blijven een belangrijk onderdeel van Jays behandeling. Met name in relaties met vrouwen komt zijn moeite met hechting naar voren. Hij heeft veel losse seksuele contacten, maar beleeft geen intimiteit in zijn relaties.

Tabel 5 De START (Webster en anderen, 2004) na een jaar behandeling van Jay

Sterkte			ITEMS	Risico		
2	1	0		0	1	2
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. Sociale vaardigheden	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	2. Relaties	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Werk en opleiding	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	4. Vrijtijdsbesteding	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Zelfverzorging	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	6. Psychische stoornis	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	7. Emotionele toestand	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	8. Middelengebruik	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	9. Impulscontrole	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	10. Externe invloeden	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	11. Sociale steun	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Materiële middelen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	13. Attitudes	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	14. Medicatietrouw	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	15. Overeenstemming over regels en gestelde voorwaarden	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	16. Gedrag	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	17. Zelfinzicht	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. Plannen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. Copingvaardigheden	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	20. Behandelbaarheid	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	21. Casusspecifiek item: seksueel gedrag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. Casusspecifiek item:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Specifieke risicobeoordelingen</i>						
Risico voor anderen	Laag <input type="checkbox"/>	Matig <input checked="" type="checkbox"/>	Hoog <input type="checkbox"/>			
Zelfbeschadiging	Laag <input checked="" type="checkbox"/>	Matig <input type="checkbox"/>	Hoog <input type="checkbox"/>			
Suicide	Laag <input checked="" type="checkbox"/>	Matig <input type="checkbox"/>	Hoog <input type="checkbox"/>			
Ongeoorloofde afwezigheid	Laag <input checked="" type="checkbox"/>	Matig <input type="checkbox"/>	Hoog <input type="checkbox"/>			
Middelenmisbruik	Laag <input type="checkbox"/>	Matig <input checked="" type="checkbox"/>	Hoog <input type="checkbox"/>			
Zelfverwaarlozing	Laag <input checked="" type="checkbox"/>	Matig <input type="checkbox"/>	Hoog <input type="checkbox"/>			
Victimisatie	Laag <input type="checkbox"/>	Matig <input checked="" type="checkbox"/>	Hoog <input type="checkbox"/>			
Casusspecifieke risico's	Laag <input type="checkbox"/>	Matig <input type="checkbox"/>	Hoog <input type="checkbox"/>			

Op item 7 (Emotionele toestand) van de START krijgt Jay na zowel drie, zes als negen maanden een score 1 aan de risicokant. In de behandeling en op zijn tijdelijke woonplek in het justitieel sociaal pension wordt aandacht besteed aan de vaardigheden die Jay potentieel wel heeft. Hij krijgt na twee maanden werk. Van zijn collega's, huisgenoten, groepsgenoten en behandelaren ontvangt hij complimenten over zijn functioneren en hij merkt in de groep ook dat hij anderen tot steun kan zijn. Dit maakt dat zijn schema tekortschieten/schaamte langzaam minder rigide wordt. Ook ervaart hij enigszins positief verbonden te kunnen zijn met anderen. Daarbij komt dat hij na verloop van tijd merkt dat hij minder gaat stotteren, wat een positieve invloed heeft op zijn zelfvertrouwen. Het evenwicht blijft wankel: bij een kleine teleurstelling of kritiek van groepsleden, huisgenoten of collega's is zijn reactie nog altijd heftig. Hij krijgt van de behandelaren daarom ook na 12 maanden een score 1 aan de risicokant. Hij durft zich echter nu en dan wat kwetsbaarder op te stellen en lijkt meer vrede te hebben met zijn beperkingen.

Zijn negatieve opvattingen (item 13) zijn na verloop van een jaar iets genuanceerder geworden. Hij houdt nog steeds vast aan zijn negatieve mens- en wereldbeeld, maar kan hierover meer dan voorheen wel *feedback* ontvangen. Hij is opener over wat hem bezighoudt en krijgt meer zelfvertrouwen door zijn werk, woonomgeving en positie in de schemagerichte groep. Ook dit blijft echter een wankel evenwicht: een kleine teleurstelling of schending van zijn vertrouwen maakt dat hij direct terugschiet in zijn verdedigende houding en negatieve opvattingen. Op dergelijke momenten is hij moeilijk aanspreekbaar, waardoor hij in de groep gemakkelijk in de ‘zondebokpositie’ belandt en zijn schema’s ‘Verlating en instabiliteit’, ‘Wantrouwen en misbruik’ en ‘Tekortschieten/schaamte’ opnieuw worden bestendigd. Dit alles maakt dat hij na een jaar voor dit item een score 1 krijgt aan de risicokant.

Item 21, het casusspecifieke item ‘Seksueel gedrag’, is als maximaal risico (score 2) en als minimale sterkte (score 0) gescoord. Jays ontwikkelingsgeschiedenis heeft geresulteerd in een zeer eenzijdige en onveilige hechting aan vrouwen.

Wat de specifieke risicobeoordelingen betreft, zijn de inschattingen van het risico voor anderen, suïcide, middelenmisbruik, zelfverwaarlozing en victimisatie onveranderd. Binnen de structuur van begeleid wonen en behandeling gaat het redelijk goed. Buiten deze structuur is dat echter nog niet gebleken. Het risico van zelfbeschadiging en ongeoorloofde afwezigheid werd in het begin van de behandeling ingeschat als ‘matig’. Na een jaar behandeling is Jays interne motivatie voor behandeling zodanig gegroeid dat het risico van ongeoorloofde afwezigheid als ‘laag’ wordt ingeschat. Jay heeft een vertrouwensband op kunnen bouwen met een aantal behandelaren en groepsgenoten en is in de loop van de tijd aan hen gehecht geraakt. Werkrelaties zijn en blijven een essentieel behandeldoel, zowel binnen als buiten de polikliniek (zie tabel 4). In deze contacten leert hij ook zijn eigen waarde voor de ander meer waarderen en laat hij zich wijzen op en begeleiden bij de manier waarop hij met zichzelf omgaat op momenten van tegenslag en teleurstelling. Het risico van zelfbeschadiging verschuift daarom na een jaar behandeling van ‘matig’ naar ‘laag’.

Op het eerste gezicht kan de verbetering – vastgesteld met behulp van de START – bij Jay in een jaar tijd als tamelijk gering worden gezien. Naar onze ervaring is het bij forensische patiënten met complexe comorbide problematiek en ernstig onaangepaste schema’s in het domein ‘onverbondenheid en afwijzing’ echter geen uitzondering dat duidelijke en structurele veranderingen langer dan 12 maanden op zich laten wachten.

Tot slot

Dit artikel schetst de wijze waarop de kloof tussen gestructureerde risicotaxatie en behandeling van forensische patiënten gedicht kan worden. Aan de hand van een casusbespreking hebben wij getracht inzichtelijk(er) te maken hoe deze twee aspecten geïntegreerd kunnen worden om het uiteindelijke doel, het voorkomen van toekomstig (seksueel) gewelddadig gedrag,

te bereiken. Gepoogd is om aan de hand van de dynamische risicofactoren van de START op een zo consistent en direct mogelijke wijze een verbinding te leggen met schemagerichte therapie (SFT) van frequent voorkomende persoonlijkheidsstoornissen in de forensische praktijk.

In de beschreven casus fungeert de START van meet af aan als 'richtsnoer' voor een schemagerichte behandeling die zo consequent mogelijk de behandeldoelen baseert op de risico's en 'sterktes' die met de START gemeten worden. Als de START zonder verbinding aan een behandelmethodiek als SFT wordt gebruikt, levert dat slechts een inventarisatie van de risico's en 'sterktes' op een descriptief niveau op, zonder koppeling aan concrete behandelinterventies. Omgekeerd is SFT zonder directe verbinding met gestructureerde dynamische risicotaxatie minder expliciet toegespitst op de belangrijkste acute recidiverisico's. De meerwaarde van de integratie van START en SFT is dat deze een gericht en methodischer aanpak biedt om het hoofddoel, vermindering van recidiverisico, na te streven.

Een andere meerwaarde van de integratie van START en SFT is de mogelijkheid om gericht en methodischer de gezonde en beschermende kanten van cliënten tot behandeldoel te maken. De 'sterktes' in de START kunnen naar onze mening beschouwd worden als uitwerkingen van de in de SFT tamelijk onuitgewerkte modi 'gezonde volwassene' en 'blijde kind'. Op dezelfde manier als we in de casus de risico-items van de START aan schema's, modi en SFT- interventies gekoppeld hebben, zouden ook de 'sterktes' van de START gekoppeld kunnen worden aan de modi 'gezonde volwassene' en 'blijde kind'. Daaruit vloeien interventies voort gericht op het versterken van gezonde kanten van de cliënt. Deze interventies kunnen tevens de basis zijn voor resocialisatie. In de casus is dit aspect slechts zijdelings genoemd, maar het verdient nadere uitwerking in de toekomst.

De voorgestelde integratie van START en SFT is voor patiënten wellicht hoopgevender en minder intrusief dan risicotaxatie alleen, omdat koppeling met SFT-behandelinterventies het opstellen en het werken aan doelen van de behandeling, en daarmee het verkleinen van het delict risico, tot een continue en begrijpelijke inspanning maakt van patiënt en behandelaar.

Een beperking van het door ons voorgestelde integratieve werken met START en SFT zou kunnen zijn dat beide methodieken relatief nieuw zijn en nog weinig wetenschappelijk getoetst in de forensische praktijk. Het vraagt een forse en constante investering van alle medewerkers van een organisatie om voldoende expertise met beide methodieken op te doen in de forensische psychiatrie. Naast geleidelijke implementatie is verdere wetenschappelijke toetsing van groot belang om de voorgestelde integratie in de praktijk in een empirische cyclus onder te brengen.

Literatuur

- Arrindell, W.A., & Ettema, J.H.M. (2003). *SCL-90: Herziene handleiding bij een multidimensionale psychopathologie-indicator*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

- Beck, A.T. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Bernstein, D.P., Arntz, A., & Vos, M.E. de (2007). Schemagerichte therapie in forensische settings: theoretisch model en richtlijnen voor best clinical practice. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 33, 120-139.
- Boer, D.P., Hart, S.D., Kropp, P.R., & Webster, C.D. (1997). *Manual for the Sexual Violence Risk-20: Professional guidelines for assessing risk of sexual violence*. Vancouver, BC: Institute against Family Violence.
- Genderen, H. van, & Arntz, A. (2005). *Schemagerichte cognitieve therapie bij borderline persoonlijkheidsstoornis*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- Giesen-Bloo, J. (2006). *Crossing borders: Theory, assessment and treatment in borderline personality disorder*. Academisch proefschrift Universiteit Maastricht. Maastricht: Universitaire Pers Maastricht.
- Hanson, R.K., & Harris, A.J.R. (2000). Where should we intervene? Dynamic predictors of sexual offense recidivism. *Criminal Justice and Behavior*, 27, 6-35.
- Hauwaert, A., & Pieters, G. (2001). Cognitieve gedragstherapie bij persoonlijkheidsstoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 43, 31-40.
- Hildebrand, M., Hesper, B.L., Spreen, M., & Nijman, H.L.I. (2005). *De waarde van gestructureerde risicotaxatie en van de diagnose psychopathie: een onderzoek naar de betrouwbaarheid en predictieve validiteit van de HCR-20, HKT-30 en PCL-R*. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.
- Hildebrand, M., & Ruiters, C. de (2004). PCL-R psychopathy and its relation to DSM-IV Axis I and Axis II disorders in a sample of male forensic psychiatric patients in the Netherlands. *International Journal of Law and Psychiatry*, 27, 233-248.
- Hildebrand, M., Ruiters, C. de, & Beek, D. van (2001). *SVR-20. Richtlijnen voor het beoordelen van het risico van seksueel gewelddadig gedrag*. Utrecht: Forum Educatief.
- Lam, K. 't, Lancel, M., & Hildebrand, M. (2009). *START. Richtlijnen voor het beoordelen van korte termijn risico's en behandelmogelijkheden*. Assen: GGZ Drenthe.
- Luteijn, F., & Barelids, D.P.H. (2004). *Herziening van de GIT. Handleiding bij de GIT-2*. Amsterdam: Harcourt.
- Luteijn, F., Starren, J., & Dijk, H. van (2000). *Tweede herziene NPV handleiding*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Nicholls, T.L., Brink, J., Desmarais, S.L., Webster, C.D., & Martin, M. (2006). The Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START): A prospective validation study in a forensic psychiatric sample. *Assessment*, 13, 313-327.
- Philipse, M., Ruiters, C. de, Hildebrand, M., & Bouman, Y. (2000). *HCR-20. Beoordelen van het risico van gewelddadig gedrag. Versie 2*. Nijmegen/Utrecht: Prof. mr. W.P.J. Pompestichting/ Dr. Henri van der Hoeven Stichting.
- Ruiters, C. de, & Hildebrand, M. (2005). Van risicotaxatie naar risicohantering. In C. de Ruiters & M. Hildebrand (red.), *Behandelingsstrategieën bij forensisch psychiatrische patiënten* (2^e herziene druk, pp. 23-33). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Ruiters, C. de, & Veen, V. (2004). *Terugdringen van recidive bij drie typen geweldsdelinquenten: werkzame interventies bij relationeel geweld, seksueel geweld en algemeen geweld*. Utrecht: Trimbos-instituut.

- Scheurs, P.J.G., Willige, G. van de, Brosschot, J.F., Tellegen, B., & Graus, G.M.H. (1993). *De Utrechtse Coping Lijst. Herziened handleiding*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Sterk, F., & Rijkeboer, M. (1997). *Schema-Vragenlijst*. Utrecht: Ambulatorium Universiteit Utrecht.
- Thunnissen, M.M., & Muste, E.H. (2002). Schematherapie in de klinisch-psychotherapeutische behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 28, 385-401.
- Vogel, V. de (2005). *Structured risk assessment of (sexual) violence in forensic clinical practice: The HCR-20 and SVR-20 in Dutch forensic psychiatric patients*. Academisch proefschrift Universiteit van Amsterdam. Amsterdam: Dutch University Press.
- Webster, C.D., Douglas, K.S., Eaves, D., & Hart, S.D. (1997). *HCR-20: Assessing the risk of violence (version 2)*. Burnaby, BC: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.
- Webster, C.D., Nicholls, T.L., Martin, M.L., Desmarais, S., & Brink, J. (2006). Short-term Assessment of Risk and treatability (START): The case for a new structured professional judgement scheme. *Behavioral Sciences and the Law*, 24, 747-766.
- Webster, C.D., Martin, M.L., Brink, J., Nicholls, T.L., & Middleton, C. (2004). *Manual for the Short Term Assessment of Risk and Treatability (START), Version 1.0 (Consultation ed.)*. Ontario: St. Joseph's Healthcare Hamilton - Port Coquitlam, British Columbia: Forensic Psychiatric Services Commission.
- Werkgroep risicotaxatie forensische psychiatrie (2002). *Handleiding HKT-30 versie 2. Risicotaxatie in de forensische psychiatrie*. Den Haag: Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen.
- Young, J.E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders*. Sarasota, FL: Professional Resources Press.
- Young, J.E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resources Press.
- Young, J.E., & Brown, G.B. (1994). Young Schema Questionnaire. In Young, J.E. (Ed.), *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (pp. 63-76). Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.
- Young, J.E., Klosko, J.S., & Weishaar, E.W. (2005). *Schemagerichte therapie: handboek voor therapeuten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.