



Sinds het verschijnen van de eerste uitgave van de 'Best Practice ambulantly forensisch psychologisch onderzoek bij volwassenen' in 2007, hebben de ontwikkelingen in dit vakgebied en in de strafrechtspleging bepaald niet stilgestaan. De verwachte invoering van de Wet Forensische Zorg, ontwikkelingen in de risicotaxatie en inwerkingtreding van de Wet deskundigen in strafzaken hebben geleid tot nieuwe formats voor de pro Justitiarapportage en aanpassing van de vraagstellingen voor het psychologisch onderzoek. Door de portefeuillehouder Rapportage van het NIFP is enkele jaren geleden een werkgroep samengesteld, die de opdracht kreeg om de vigerende Best Practice aan te passen naar de huidige state of the art van forensisch psychologisch onderzoek. De directie van het NIFP heeft daarbij verzocht om in de nieuwe uitgave te werken aan een NIFP-richtlijn, ter vervanging van de Best Practice.

In onderhavige NIFP-richtlijn is de huidige state of the art van forensisch psychologisch onderzoek opgenomen. Het betreft alle domeinen binnen het strafrechtelijk ambulantly forensisch psychologisch rapporteren, dus inclusief maatregel- en jeugd rapportages. Deze NIFP-richtlijn is in grote lijnen ook van toepassing op het klinisch forensisch psychologisch onderzoek, maar kan niet worden gezien als expliciete richtlijn voor deze onderzoekscontext.

De NIFP-richtlijn is geen statisch document. Nieuwe ontwikkelingen, inzichten en discussies zullen aanleiding vormen voor een volgende uitgave.

Onderhavige NIFP-richtlijn richt zich op het forensisch psychologisch onderzoek. Voor het forensisch psychiatrisch onderzoek geldt de Richtlijn psychiatrisch onderzoek en rapportage in strafzaken van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) uit 2012.

Inhoud

Inleiding	5
1 Context van het gedragsdeskundig PJ-onderzoek	7
1.1 De domeinen gezondheidszorg en strafrecht	7
1.2 Nederlands Register Gerechtelijk Deskundigen (NRGD)	8
1.3 Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP)	8
1.4 Adolescentenstrafrecht	9
2 Opzet van het PJ-onderzoek	10
2.1 Opzet van het psychologisch rapport	11
2.2 Rol van het Forensisch Milieuonderzoek (FMO)	11
2.3 Benoeming van een tweede deskundige	12
2.4 Reikwijdte van het psychologisch rapport	12
3 Forensisch psychologisch onderzoek	13
3.1 De onderzoeksopzet	13
3.2 Relevante informatie uit gerechtelijke stukken	13
3.3 Medewerking aan het onderzoek	14
3.4 Biografische anamnese	15
3.4.1 <i>Autobiografische gegevens</i>	15
3.4.2 <i>Gezondheids- en verslavingsanamnese</i>	16
3.5 Informatie van derden	16
3.6 Houding ten opzichte van het ten laste gelegde	17
3.7 De (deels) ontkenkende verdachte	18
3.8 Klinisch-psychologisch onderzoek, verzameling en analyse van gegevens	19
3.9 Het testpsychologisch onderzoek	20
3.9.1 <i>Testpsychologisch onderzoek in PJ-rapportage</i>	20
3.9.2 <i>Testattitude en symptoomvaliditeit</i>	22
3.9.3 <i>Intelligentie</i>	23
3.9.4 <i>Neuropsychologische functies en afwijkingen</i>	25
3.9.5 <i>Klinische stoornissen</i>	28

3.9.6	Persoonlijkheid	28
3.9.7	Gezinsfunctioneren bij jeugdigen	31
3.9.8	Seksualiteit	31
3.9.9	Agressie	32
3.9.10	Autismespectrumstoornis	32
3.9.11	ADHD	32
3.9.12	Intellectuelebeperkingen	33
3.9.13	Traumatisering	33
3.9.14	Verslaving	34
3.9.15	Psychopathie	34
3.10	Differentiaal-diagnostische overwegingen	35
3.11	Forensisch psychologische beschouwing	36
3.11.1	Advies over het toerekenen	37
3.11.2	Risicoanalyse en prognose	38
3.11.3	Interventieadvies en condities bij volwassenen	44
3.11.4	Interventieadvies en condities bij jeugdigen	49
3.12	Beantwoording van de vragen	50
3.13	Afronding van onderzoek en rapportage	50
4	Verantwoording en implementatie	52
	Literatuurlijst	54
	Bijlage 1	
	Lijst met afkortingen van begrippen	59
	Bijlage 2	
	Lijst met afkortingen van voor gebruik geadviseerde meetinstrumenten	60
	Bijlage 3	
	Informatie risicotaxatie-instrumenten	63

Inleiding

Deze hernieuwde en geheel herziene NIFP-richtlijn dient ter ondersteuning van het forensisch psychologisch onderzoek van de pro Justitia rapporteur. Ook heeft de richtlijn als doel uniformiteit en standaardisatie in het forensisch psychologisch onderzoek te vergroten en het onderzoek transparanter te maken.

De publicatie berust op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek. Voorafgaand aan de publicatie is veel gediscussieerd over de manier waarop wetenschappelijke bevindingen in de praktijk vorm kunnen krijgen. In deze NIFP-richtlijn passeren vele onderwerpen de revue. Niet alle onderdelen moeten in het pro Justitiarapport worden opgenomen.

De richtlijn geeft handreikingen aan de deskundige over mogelijke factoren die van invloed zijn op de delictpleging. Het is aan de deskundige om een keuze te maken uit deze factoren en die in het rapport te beschrijven.

Het PJ-onderzoek richt zich op de persoon van de verdachte. De standaardvraagstelling versmalt dit tot de vraag of bij de verdachte sprake is van een gebrekkige ontwikkeling en/of ziekelijke stoornis van de geestvermogens. Er wordt onderzoek gedaan naar de persoonlijkheid van de verdachte en naar de vraag of sprake is van een psychische stoornis, dan wel een ontwikkelingsachterstand of ernstige gedragsproblemen bij jeugdigen. De theoretische onderbouwing van het concept psychische stoornis, ontwikkelingsachterstand of gedragsproblemen is binnen de psychopathologie vrij nauwkeurig omschreven. Toch is er discussie over wanneer van een stoornis gesproken kan worden. Dat is nog sterker het geval als het gaat om het concept persoonlijkheid. Wel bestaat binnen de verschillende theoretische kaders overeenstemming over de ontwikkeling van de persoonlijkheid.

Vanuit het perspectief van de psychosociale ontwikkeling heeft het vormen van een persoonlijke, sociale, maatschappelijke en seksuele identiteit een centrale rol. Deze identiteit wordt gevormd door een complex samenspel van biologische, psychologische en sociale factoren en is in de levensloop aan veranderingen onderhevig. Met het ouder worden, wordt de identiteit van het individu meer vastomlijnd en als het ware minder flexibel. Vanuit psychosociaal perspectief is dit een normale ontwikkeling. De stabiliteit van het individu neemt toe en hij is daarmee in staat tot het dragen van verantwoordelijkheid.

De ontwikkeling van het individu kan in levensfasen worden onderscheiden, beginnend bij de geboorte. In elke ontwikkelingsfase worden aan het individu specifieke eisen gesteld. Deze worden ontwikkelingsstaken genoemd. Ze vergen een voortdurende integratie van nieuwe ervaringen en taken. De overgang naar een volgende fase in de ontwikkeling

betekent voor het individu een extra inspanning. Nieuwe ontwikkelingstaken en -eisen dienen zich aan. De mate waarin het individu in staat is de overgang naar een nieuwe levensfase adequaat te hanteren, geeft aan wat de algemene integratieve vermogens van het individu zijn. De mate waarin iemand in staat is om de ontwikkelingstaken te integreren en zich aan te passen aan de nieuwe omstandigheden, geeft weer hoe (sterk of zwak) de persoonlijkheidsstructuur van het individu is.

De zogenoemde Big Five persoonlijkheidsdimensies kunnen bij het onderzoek naar de persoon van de verdachte een hulpmiddel zijn. Binnen de dimensies van de Big Five krijgen forensisch relevante aspecten van de persoonlijkheid een duidelijke plaats in het onderzoek, zoals identiteit, integratief vermogen, temperament, impulscontrole en gewetensfuncties.

De wijze waarop het onderzoek naar de persoon van de verdachte plaatsvindt, ligt vooraf niet vast. Iedere gedragsdeskundige heeft zijn eigen manier van onderzoeken. Ook is het diagnostisch proces cyclisch. Hierover meer in het volgende hoofdstuk. Nieuwe informatie kan tot andere inzichten leiden. Dit kan informatie van de verdachte zelf zijn, informatie van referenten of informatie van de opdrachtgever. In de nu volgende hoofdstukken wordt de opbouw van het PJ-onderzoek beschreven, waarbij eerst de context van het gedragskundig onderzoek aan de orde komt, de opzet van het psychologisch onderzoek, de diagnostische- en forensische beschouwingen en de beantwoording van de vraagstelling.

1 Context van het gedragsdeskundig PJ-onderzoek

Dit hoofdstuk gaat in op de verschillende domeinen van de gezondheidszorg en het strafrecht. Er wordt ingegaan op de noodzaak tot bewustwording van de onderlinge verschillen in de onderzoekscontext. Ook de verantwoordelijkheden van het NRGD en het NIFP komen aan de orde. Beide richten zich op de bevordering van de kwaliteit van de PJ-rapportage en vormen in die zin een belangrijke context van het PJ-onderzoek. Tot slot wordt kort aandacht besteed aan het adolescentenstrafrecht dat op 1 april 2014 van kracht is geworden.

1.1 De domeinen gezondheidszorg en strafrecht

Binnen het strafrecht gelden andere doelstellingen dan in het domein van de gezondheidszorg. Dit zijn beïnvloeding (strafdoel) en vergelding (strafgrond), conform de wettelijke normen. Centraal staat wat gepast is en houdbaar is gebleken (jurisprudentie). Het strafrecht is een normatieve wetenschap. Juridische normen leggen de grenzen vast waarbinnen normatieve beslissingen worden genomen.

Binnen het domein van de gezondheidszorg gelden voorschriften voor passend handelen. Dit is vastgelegd in de WGBO (Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst). Hier gelden descriptieve uitgangspunten, namelijk het beschrijven en verklaren van menselijk gedrag. Dit is in de grond niet normatief. Op basis van de resultaten van wetenschappelijk onderzoek kunnen normatieve opvattingen ontstaan (bijvoorbeeld dat een bepaald opvoedingsmodel als richtinggevend wordt beschouwd). Als geheel blijft de gedragskunde een descriptieve wetenschap.

Verschillen tussen de paradigma's van de domeinen kunnen een bron van misverstanden zijn. De rapporteur die een PJ-rapportage uitbrengt, is zich van deze verschillen mogelijk niet bewust. Dat geldt ook voor de opdrachtgever OvJ of RC. Een bekend voorbeeld is het advies over het toerekenen. De gedragsdeskundige geeft een kwalitatief oordeel over de mate van wilsvrijheid van de verdachte (de mate waarin een feit toegerekend kan worden). De opdrachtgever vat dit niet zelden op als een kwantitatieve, empirische zekerheid: een vaststaand en te meten gegeven. Ook de onafhankelijkheid van de gedragsdeskundige kan tot misverstanden leiden. Binnen de GGZ is het multidisciplinaire overleg een belangrijk element in de diagnostische cyclus. Het is een essentieel hulpmiddel om het menselijk gedrag te beschrijven en te verklaren. Binnen het juridisch domein wordt de onafhankelijkheid van de deskundige veel meer als absolute, prescriptieve eis opgevat. De deskundige moet zich een oordeel vormen, onafhankelijk van mensen en partijen. Onderlinge

kennisuitwisseling is belangrijk om begrip te doen ontstaan. Bijvoorbeeld voor het feit dat de gedragsdeskundige alle informatie (uit het multidisciplinaire overleg, intervisie of feedback) weegt en zelfstandig tot een diagnostisch oordeel komt over een verdachte. Deze NIFP-richtlijn levert aan deze kennisuitwisseling hopelijk een bijdrage.

1.2 Nederlands Register Gerechtelijk Deskundigen (NRGD)

Het NRGD waarborgt en bevordert de constante kwaliteit van deskundigen in het strafrecht. De wet stelt eisen aan kwaliteit, betrouwbaarheid en bekwaamheid van deskundigen binnen het strafrecht. Alle gedragsdeskundigen (psychiaters, psychologen en orthopedagogen) moeten zich inschrijven in het NRGD. De Wet deskundige in strafzaken versterkt ook de positie van de verdediging. Verdachten kunnen bijvoorbeeld vragen om een (aanvullend) gedragskundig onderzoek of tegenonderzoek. De rechtspositie van de verdachte is dus sterker in de wet verankerd. De rechter kan niet eigenstandig vaststellen of bij de verdachte sprake is van een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens. Daarvoor heeft hij een gedragsdeskundige nodig, die hem adviseert. De deskundige geeft ook advies over het toerekenen van het delict, het recidivegevaar en het risicomanagement (het advies over behandeling). Dit zijn competenties waar de opleiding van psychologen niet in voorziet en die door scholing en werkervaring ontwikkeld moeten worden. Pas dan kan de gedragsdeskundige zich inschrijven in het deskundigenregister. De eisen aan competenties en kwaliteit liggen hoog.

1.3 Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP)

Het NIFP bemiddelt tussen opdrachtgever (de Ov) of RC) en opdrachtnemer (de psycholoog, orthopedagoog of psychiater). Er wordt geadviseerd of een onderzoek naar de persoon van de verdachte geïndiceerd is, en zo ja, welke vorm van onderzoek. Het kan gaan om een enkelvoudig psychologisch of psychiatrisch onderzoek, een dubbel- of tripelonderzoek of klinisch onderzoek. Het NIFP draagt een NRGD-geregistreerde gedragsdeskundige voor (de zogenoemde matching) als de rechtbank dit advies overneemt. De gedragsdeskundige krijgt een vooraf overeengekomen periode om zijn onderzoek en rapport af te ronden. Het concept van het rapport wordt voorgelegd aan een collega-psycholoog. Indien nodig kijkt ook een jurist van het NIFP mee. Beide geven intercollegiale feedback op het rapport. Ondanks de feedback blijft de rapporteur te allen tijde zelf verantwoordelijk voor de inhoud van het rapport.

Het NIFP bewaakt en bevordert de kwaliteit van de PJ-rapportages en de bruikbaarheid daarvan voor de afnemer. Het voorziet daarom ook in inhoudelijke gedragskundige en juridische ondersteuning, intervisie en onderwijs. Het NIFP bemiddelt niet alleen ambulante onderzoeken naar freelance werkende gedragsdeskundigen, maar verricht ook zelf klinisch onderzoek in het Pieter Baan Centrum.

1.4 Adolescentenstrafrecht

Het adolescentenstrafrecht (ASR) is in werking getreden op 1 april 2014. Hoewel de naamgeving dit wel suggereert, gaat het niet om een nieuwe tussenvorm van strafrecht (tussen jeugdigen en volwassenen). Het adolescentenstrafrecht is een pakket aan maatregelen om de criminaliteit onder jongeren van 16 tot en met 22 jaar terug te dringen. Het belangrijkste onderdeel is de mogelijkheid tot flexibele toepassing van het jeugd- en volwassenstrafrecht voor verdachten in de leeftijd van 16 tot en met 22 jaar. Deze mogelijkheid bestond al, maar is met de nieuwe wetgeving nadrukkelijker in beeld gekomen. Ook is de leeftijdsgrens voor toepassing van het jeugdstrafrecht verhoogd van 21 naar 23 jaar. Rapporteurs kunnen bij volwassenen (of beter: adolescenten) tussen de 18 en 23 jaar adviseren het jeugdstrafrecht toe te passen. Het NIFP heeft als hulpmiddel een ASR-wegingslijst ontwikkeld. De lijst brengt indicaties en contra-indicaties voor toepassing van het jeugdstrafrecht in beeld en weegt deze. De wegingslijst, inclusief instructies, is te vinden op het rapporteursnet (extranet) voor rapporteurs van het NIFP. De wegingslijst is niet geschikt voor de afweging of het volwassenenstrafrecht geadviseerd wordt bij een 16-/17-jarige. Bij alle leeftijden geldt de leeftijd ten tijde van het plegen van het ten laste gelegde. Met het adolescentenstrafrecht is nog een aantal andere wijzigingen doorgevoerd in het sanctiestelsel. Bijvoorbeeld de mogelijkheid om een aflopende PIJ-maatregel om te zetten naar een tbs-maatregel, als ingeschat wordt dat de kans op toekomstig geweld bij de veroordeelde nog hoog is. Hiervoor is wel een advies van twee onafhankelijke gedragsdeskundigen noodzakelijk.

2 Opzet van het PJ-onderzoek

Op welke manier het onderzoek naar de persoon van de verdachte plaatsvindt, ligt vooraf niet vast. Toch is er een structuur in het onderzoek. Dit begint bij de acceptatie van het onderzoek. Dan is de vraag aan de orde of de psycholoog het onderzoek onafhankelijk kan uitvoeren. Tussen de verdachte en onderzoeker mag geen behandelrelatie hebben bestaan. Er mag geen sprake zijn van een familiale of andere relatie die de onderzoeksrelatie kan beïnvloeden. Ten tweede moet de rapporteur voldoende kundig zijn om het onderzoek te verrichten. Het proces van matching wordt door het NIFP zo zorgvuldig mogelijk uitgevoerd. U moet als rapporteur ook zelf nagaan of u de te verwachten problematiek en de ten laste gelegde feiten kunt onderzoeken.

Een volgend structureel element in het onderzoek is de kennismaking met de verdachte. U introduceert uzelf, vertelt aan de verdachte dat u werkt conform de gedragscode van het NRGD (zie Bijlage 4) en vertelt wat het onderzoek inhoudt. Het advies is om minimaal twee onderzoekscontacten te hebben. Kiest u voor minder onderzoekscontacten, noem de redenen hiervoor dan in het rapport. In het kader van het onderzoek naar de verlenging van de maatregel terbeschikkingstelling is een tuchtrechtelijke uitspraak gedaan dat ten minste twee onderzoeksgesprekken noodzakelijk zijn¹.

U vertelt aan de verdachte welke vragen door de opdrachtgever zijn gesteld. U geeft aan dat alles wat de verdachte in de onderzoeksgesprekken vertelt, in het onderzoeksverslag kan worden opgenomen. U geeft een toelichting op de werkwijze, zoals de mogelijkheid om referenten te benaderen. Referenten spreken kan in principe zonder toestemming van de verdachte, waarbij wel een zorgvuldige afweging gemaakt dient te worden door de rapporteur of het spreken van de referent zal kunnen bijdragen aan het onderzoeksresultaat. Uitzondering is het inwinnen van informatie bij behandelaars. Dan is een schriftelijke toestemmingsverklaring van betrokkene nodig, omdat behandelaars gebonden zijn aan de WGBO. Bij jeugdigen onder de 16 jaar moeten ouders/verzorgers ook toestemming geven. U wijst de verdachte op zijn recht op inzage en correctie van het verslag en op het feit dat bij het PJ-onderzoek het blokkeringsrecht niet geldt².

Binnen het PJ-onderzoek worden zo veel mogelijk bronnen geraadpleegd, voor zover noodzakelijk voor onderzoek en advies en binnen de grenzen van het redelijke.

Het psychologisch onderzoek berust doorgaans op vijf bronnen: het strafdossier, de inhoud

¹ Uitspraak van het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, 2003/144, zie Staatscourant 4 mei 2005, nr. 86.

² Het NIFP heeft voorlichtingsfolders ontwikkeld ten behoeve van onderzochten. Deze zijn te downloaden van de site van het NIFP.

van de gesprekken met de verdachte, de interactionele aspecten van het gesprek (zoals overdrachtskenmerken en tegenoverdracht), de resultaten van het testpsychologisch onderzoek en informatie van derden. Bij dit laatste gaat het om gesprekken met naasten, zoals familie, vrienden of partner en informatie van (eerdere) behandelaars (denk ook aan de huisarts en andere medici, en bij jeugdigen ook aan de school). Deze wijze van onderzoeken levert doorgaans een groot aantal onderzoeksresultaten op. Hierbij zijn de eventuele inconsistenties interessant, maar soms ook moeilijk te duiden.

Er is dus geen nauwgezette richtlijn voor de volgorde van onderzoeksactiviteiten. Zoals met veel onderwerpen in deze NIFP-richtlijn, gaat het er telkens om dat u zich bewust bent van uw keuzes, zodat u zich daarvoor kunt verantwoorden. De lengte van het rapport moet binnen het redelijke blijven, zonder dat aan kwaliteit wordt ingeboet. Streef naar een maximale lengte van ongeveer twintig - vijftientwintig pagina's. Let er op dat u de rapportage en aanverwante stukken vijftien jaar moet bewaren, conform de wettelijke bewaringstermijn (WGBO). Onder 'onderzoeksopzet' vermeldt u ook expliciet dat u de onderzochte gewezen heeft op zijn rechten (inzagerecht, (beperkt) correctierecht en ontbreken van blokkeringsrecht).

2.1 Opzet van het psychologisch rapport

Het NIFP heeft formats voor de rapportages opgesteld. Deze formats worden voortdurend doorontwikkeld op basis van (wetenschappelijke) inzichten in het forensisch vakgebied. De formats bieden houvast om onderzoeksgegevens te genereren die tot goed onderbouwde conclusies en adviezen leiden. Dit geldt ook voor de vraagstelling. Deze heeft in haar opbouw een bruikbare, pragmatische logica. De NIFP-richtlijn psychologisch onderzoek, de structuur van het format en de vraagstelling sluiten in hun opbouw op elkaar aan.

2.2 Rol van het Forensisch Milieuonderzoek (FMO)

Soms is ook een forensisch milieuonderzoek nodig. De forensisch milieurapporteur doet onderzoek naar de levensloop en familiegeschiedenis van de verdachte. Deze onderzoeker spreekt de betrokkene en de in aanmerking komende referenten. Hierbij wordt aandacht besteed aan constitutionele factoren, de sociale context, religieuze en culturele achtergronden en de omstandigheden waaronder iemand is opgegroeid. Deze onderwerpen worden ook door de gedragsdeskundige uitgevraagd. Soms vraagt de complexiteit van de casus echter uitbreider onderzoek naar het milieu van de verdachte.

De indicatie voor een FMO in aanvulling op een gedragskundig onderzoek vindt in principe tegelijkertijd plaats, dus in de fase van de indicatiestelling door het NIFP. Soms komt tijdens het onderzoek door de rapporteur de noodzaak voor een FMO aan het licht. Dan kan de rapporteur via het NIFP een beargumenteerd schriftelijk verzoek indienen bij de opdrachtgever voor een FMO.

2.3 Benoeming van een tweede deskundige

U kunt tijdens uw onderzoek concluderen dat de inzet van een tweede deskundige noodzakelijk is. Vaak gaat het om een psychiater, als de psycholoog een maatregel overweegt. U kunt de inzet van een tweede deskundige ook nodig vinden omdat diagnostische vragen buiten uw competenties liggen, die wel belangrijk (kunnen) zijn bij de advisering. Het kan bijvoorbeeld gaan om een psychiater, een neuropsycholoog, een neuroloog of een gedragsneuroloog. Neem in een dergelijk geval contact op met een medewerker van het NIFP om de noodzaak van een tweede deskundige te bespreken. Vervolgens moet u een gemotiveerd schriftelijk verzoek aan de opdrachtgever richten.

2.4 Reikwijdte van het psychologisch rapport

Het onderzoek naar de persoon van de verdachte resulteert in een PJ-rapportage, met bevindingen, conclusies en adviezen. De rechtbank is vrij om dit rapport terzijde te leggen, delen daarvan te gebruiken of juist de conclusies en adviezen geheel over te nemen. Die vrijheid en verantwoordelijkheid is aan de rechtbank. In de meeste gevallen neemt de rechtbank de conclusies en het advies over. Het advies kan voor de verdachte verstrekking gevolgen hebben. De rechtbank kan bijvoorbeeld het advies volgen om de verdachte de maatregel terbeschikkingstelling met verpleging van overheidswege op te leggen. Bij een aantal tbs-gestelden neemt de gevaarlijkheid niet af en is resocialisatie niet mogelijk, wat uiteindelijk kan leiden tot een longstay-plaatsing. De impact van het rapport kan voor het verdere leven van de verdachte enorm zijn. Een hoge kwaliteit van onderzoek en rapportage is noodzakelijk, waarbij men oog moet blijven houden voor de bruikbaarheid van de rapportage door de afnemer. Daarnaast maakt het rapport deel uit van het strafrechtelijke persoonsdossier.

3 Forensisch psychologisch onderzoek

3.1 De onderzoeksopzet

In de onderzoeksopzet legt u verantwoording af over de onderzoeksinspanningen, waarbij u de volgende vragen beantwoordt: op welke data is betrokkene onderzocht, waar heeft het onderzoek plaatsgevonden, hoelang duurden de gesprekken en is er testpsychologisch onderzoek uitgevoerd?

Soms heeft een derde (bijvoorbeeld een testassistent) onderzoek verricht of heeft het onderzoek onder supervisie plaatsgevonden. U vermeldt dan in de onderzoeksopzet wat de exacte rolverdeling was.

Vermeld vervolgens bij welke referenten informatie is ingewonnen en of overleg is gevoerd, bijvoorbeeld met de mederapporteur, reclassering en NIFP. Verder geeft u aan of aanvullend onderzoek heeft plaatsgevonden, zoals neuropsychologisch onderzoek, somatisch onderzoek en dergelijke. Vermeld ook of met betrokkene zijn rechten op correctie en inzage zijn besproken en het ontbreken van blokkeringsrecht. Zie voor de onderzoeksopzet ook hoofdstuk 2 van deze richtlijn.

3.2 Relevante informatie uit gerechtelijke stukken

De titel van deze paragraaf is duidelijk, maar de praktijk blijkt minder eenvoudig. Wat is relevant in het dossier? De crux is om in zo weinig mogelijk woorden te beschrijven wat er is of zou zijn gebeurd: het ten laste gelegde, wat de aangever tegen de politie heeft gezegd, wat getuigen hebben gezien en wat de verdachte zelf heeft verklaard. Stel uzelf de vraag: kan iemand die niets van de strafzaak weet toch begrijpen wat er heeft plaatsgevonden volgens de aangever, de getuigen en de verdachte zelf? Zolang alle betrokkenen min of meer hetzelfde verklaren, is dit betrekkelijk eenvoudig. Moeilijker wordt het als aangever, getuigen en de verdachte verschillende versies van het ten laste gelegde vertellen. U hoeft niet hele stukken uit het politiedossier over te schrijven. Probeer juist in uw eigen woorden te vertellen hoe u de gebeurtenissen hebt begrepen en houdt daarbij in gedachte dat de ten laste gelegde feiten ten tijde van het Pro Justitia onderzoek (meestal) nog niet bewezen zijn. Van de opdrachtgever ontvangt u informatie over het ten laste gelegde van de politie, een kopie van de justitiële voorgeschiedenis (het uittreksel Justitiële Documentatie), eventueel eerder uitgebrachte PJ-rapportages en reclasseringsrapporten en in het geval van jeugdigen de rapportage van de Raad voor de Kinderbescherming. Ook deze informatie moet u hier kort beschrijven. Hebt u het vermoeden dat u belangrijke informatie mist? Vraag het NIFP dan contact op te nemen met de opdrachtgever.

U kunt zich afvragen of het beschrijven van de gerechtelijke stukken niet overbodig is. De opdrachtgever beschikt hier tenslotte al over. Toch zijn er vier essentiële redenen om de beschikbare informatie te beschrijven.

Ten eerste geeft u de opdrachtgever inzicht in hoe u de stukken hebt bestudeerd en wat u er belangrijk in vindt.

Ten tweede vormt de beschrijving (van de mogelijk verschillende versies) van de gebeurtenissen de basis voor het gesprek met de verdachte over de ten laste gelegde feiten. In de paragraaf ‘Houding ten opzichte van het ten laste gelegde’ kunt u terugverwijzen naar de samenvatting van de gerechtelijke stukken. Bij de forensische beschouwing wordt een eventuele doorwerking van de stoornis in het ten laste gelegde aannemelijk gemaakt.

Dan moet duidelijk zijn wat de gedragingen van de verdachte zijn geweest, of in elk geval wat deze daar zelf over heeft verteld.

Ten derde moet het rapport ook zonder dossierstukken gelezen kunnen worden.

Het rapport wordt, zoals eerder vermeld, door de opdrachtgever 10 jaar bewaard in het persoonsdossier, conform de Wet justitiële en strafvorderlijke gegevens (dit is een andere termijn dan die van 15 jaar uit de WGBO die geldt voor de rapporteur). Het kan in een eventuele volgende strafzaak als informatiebron worden gebruikt. Een andere rapporteur die het rapport jaren later leest, moet kunnen begrijpen wat er zich destijds heeft afgespeeld. Deze collega beschikt immers niet over de strafstukken die de rapporteur nu heeft. Als de rechtbank de verdachte naar aanleiding van het rapport een maatregel terbeschikkingstelling met verpleging van overheidswege oplegt, dan wordt het rapport nog veel langer bewaard en gebruikt. De rapporteur heeft dan geoordeeld dat het gevaar op herhaling van deze strafbare feiten hoog is. Binnen de tbs-behandeling wordt steeds teruggegrepen op wat daarover in het oplegingsrapport is beschreven.

Tot slot stelt de gedragscode van het NRGD dat de deskundige zich toetsbaar moet opstellen en *collegial review* moet organiseren. Het NIFP en de rapporteurs hechten ook veel waarde aan intercollegiale feedback. De feedbacker heeft geen strafstukken tot zijn beschikking. Hij moet zich geheel verlaten op de beschrijving van de rapporteur.

3.3 Medewerking aan het onderzoek

In deze paragraaf beschrijft u of, en in welke mate de verdachte aan het psychologisch onderzoek heeft meegewerkt. De opdrachtgever moet inzicht krijgen in de redenen waarom een verdachte (deels) zijn medewerking weigert. Het kan namelijk voorkomen dat een verdachte vanuit een psychische stoornis weigert. Dan is de opdrachtgever geholpen met eventuele aanbevelingen van de deskundige voor een andere variant van onderzoek.

Soms weigert betrokkene vanuit zijn procespositie mee te werken aan een deskundigenonderzoek. Zoals een verdachte zich mag beroepen op zijn zwijgrecht, is hij niet verplicht om mee te werken aan het onderzoek en kan hij weigeren. De deskundige schrijft op wat in

het (soms zeer korte) onderzoekscontact en in het licht van de beschikbare gerechtelijke stukken gezegd kan worden over de (gedeeltelijke) weigering.

Rapporteren over een weigerende en/of ontkenkende verdachte betreft complexe vraagstukken, waarover het NIFP beleid heeft ontwikkeld (zie het rapporteursnet van het NIFP). Soms is het nuttig te vermelden dat betrokkene op bijzondere wijze met u in gesprek is, bijvoorbeeld als het contact beperkt blijft tot een vraag-antwoordritueel, als betrokkene verward is of als deze zich verliest in details; dit komt uitgebreid terug in het 'klinisch psychologisch onderzoek'.

3.4 Biografische anamnese

De levensloop is een belangrijk onderdeel van de diagnostiek. De biografische anamnese verschaft bijvoorbeeld inzicht in de mogelijke ontwikkelingsinterferenties, de opvoedingsomstandigheden, traumatische ervaringen, de mogelijkheden tot relatievorming en het milieu waarin betrokkene is opgegroeid. Deze paragraaf in het rapport wordt onderverdeeld in informatie van betrokkene zelf en informatie van derden.

3.4.1 Autobiografische gegevens

In het gesprek over de levensgeschiedenis kunnen interviewtechnieken worden toegepast die specifieke diagnostische waarde hebben. Welke onderzoeksmethoden en -technieken worden toegepast vormt geen onderdeel van deze NIFP-richtlijn, wel dat de gebruikte onderzoeksmethoden en -technieken zo veel mogelijk *state of the art* moeten zijn.

Bij de beschrijving van de biografie beperkt u zich tot de feitelijke gegevens die betrokkene vertelt. Interpretatie van of commentaar op de biografische gegevens horen niet in deze paragraaf thuis, maar kunnen aan de orde komen in het klinisch psychologisch onderzoek. Neem bij het schrijven van het rapport wel voldoende distantie van wat de verdachte vertelt, door te schrijven 'aldus betrokkene', 'naar zijn zeggen', enzovoorts.

Het rapport moet goed leesbaar zijn. Dit geldt voor de wijze waarop het geschreven is.

Ook de indeling van het rapport draagt bij aan een betere leesbaarheid. De beschrijving van de biografische gegevens vergt vaak meerdere pagina's. Maak daarom subparagrafen of aparte alinea's van de verschillende aspecten van de biografische gegevens. Dit maakt het vinden van informatie in de tekst ook makkelijker. De volgende onderwerpen kunnen aan bod komen:

- a. Gezins- en familieachtergronden (gezinsklimaat, opvoedingsstijl ouders, scheiding, relatie tussen de ouders, broers en zussen, verblijf in internaten of pleeggezinnen, religie).
- b. Vroege ontwikkelingsanamnese (gewenstheid en planning geboorte betrokkene, pre-natale ontwikkeling, geboorte, functieontwikkeling, trauma's).
- c. Relationale anamnese (vriendschappen, partners, kinderen, abortussen, prostitutie, alsook de beleving van relaties en vriendschappen).

- d. Psychoseksuele anamnese (onontbeerlijk bij seksuele problemen, zedendelinquentie, seksueel deviant gedrag of hyperseksualiteit).
- e. Maatschappelijke anamnese (school, werk, arbeidsongeschiktheid, pesten of gepest zijn, contacten met vriendjes en leerkrachten, spijbelen, emotionele problemen en gedragsproblemen).
- f. Actuele sociale situatie (school, woonsituatie, schuldenproblematiek, ziektekostenverzekering, inkomsten uit werk of uitkering).
- g. Hobby en vrijetijd (ontspanningsmogelijkheden, (in)activiteit).
- h. Justitiële voorgeschiedenis (bespreking van eerdere veroordelingen, niet slechts de feitelijke veroordelingen, want die zijn al beschreven bij de relevante informatie uit de stukken).
- i. Zelfbeschrijving en beschrijving belangrijke anderen (heeft betrokkene een gedifferentieerd en genuanceerd beeld van zichzelf en anderen? Kan hij anderen beschrijven als mensen met eigen gevoelens en gedachten en kan hij zich daarin inleven).

3.4.2 Gezondheids- en verslavingsanamnese

Deze paragraaf betreft het actuele en vroegere somatisch functioneren van betrokkene, inclusief ziekenhuisopnames, aandoeningen, behandelingen, gebreken en handicaps. Ook het gebruik van medicatie moet worden vermeld. Is het medicatiegebruik in de strafzaak belangrijk? Maak hier dan een subparagraaf van.

Een tweede onderwerp is de verslavingsanamnese. De verslavingsanamnese is van groot belang als het vermoeden bestaat dat het ten laste gelegde onder invloed van verslavende middelen is gepleegd of er anderszins mee verband houdt. Denk daarbij aan soorten middelen, duur en intensiteit (zoals dosis) van het gebruik en behandelingen. Volsta niet met de vermelding dat betrokkene bijvoorbeeld harddrugs gebruikt, maar vermeld expliciet welke soorten harddrugs. Denk naast drugs en alcohol ook aan gokgedrag, internetgedrag, game-gedrag, het nuttigen van grote hoeveelheden Energy drank of andere verslavingsvormen. Ook belangrijk om te vermelden hoe oud de onderzochte was toen hij begon met gebruiken: de invloed van alcohol en drugs op een puberbrein zijn niet te onderschatten.

Tot slot beschrijft u de relevante aspecten van de geestelijke gezondheid van betrokkene. Wat zijn de actuele klachten en problemen van betrokkene? Is hij eerder in behandeling geweest? Zo ja, waarvoor en wat was het behandelresultaat? Hoe kijkt betrokkene aan tegen de eigen (geestelijke) gezondheid? Denk ook aan het uitvragen van een eventuele familiale belasting voor psychiatrische aandoeningen.

3.5 Informatie van derden

Bij het benaderen van referenten is het van belang hen te informeren over het vrijwillig karakter van hun medewerking. Vertel hen ook dat de informatie die zij geven opgenomen wordt in de rapportage.

Voor het benaderen van referenten is in juridische zin geen toestemming nodig van betrokkene. U bent vrij om mensen uit het milieu of systeem van betrokkene te benaderen (ouders, school, vrienden). Toch is de aanbeveling om aan betrokkene toestemming te vragen om referenten te benaderen. Als het belang van informatie van derden goed voor het voetlicht wordt gebracht, geven verdachten in de meeste gevallen toestemming. Ook zonder toestemming kunt u referenten benaderen, maar u mag de referenten niet informeren over eventuele bevindingen uit uw onderzoek en de tenlastelegging. Het al dan niet benaderen van referenten is afhankelijk van de reactie van betrokkene en van het onderzoeksbelang. Stel in het kader van de transparantie betrokkene hier wel van op de hoogte. In geval van jeugdigen is het belangrijk ouders/verzorgers te spreken in het licht van de ontwikkelings-anamnese, opvoedingsomstandigheden en eventuele opvoedingsproblemen.

In het geval dat betrokkene geen toestemming geeft en u toch voornemens bent om zonder toestemming referenten te raadplegen, is (extra) zorgvuldigheid vereist. Raadpleeg bij twijfel of vragen het NIFP en vermeld de overwegingen duidelijk in het rapport. Zorg bij het inwinnen van informatie bij een (eerdere) behandelaar of (huis)arts voor een toestemmings-verklaring van betrokkene - en bij jeugdigen onder de 16 jaar ook van diens ouders/verzorgers. Bedenk in alle gevallen dat het verslag van de informatie van derden van invloed kan zijn op de relatie tussen deze derden en betrokkene. Deze relaties kunnen door het referenten-onderzoek beschadigd raken. Schrijf de informatie daarom zorgvuldig op. Laat relevante informatie echter niet weg omwille van het behoud van een goede relatie. Vertel referenten voorafgaand aan het gesprek dat u als onderzoeker geen vertrouwenspersoon bent en alle informatie van de referent in het rapport opgenomen kan worden.

Bij huiselijk geweld moet u terughoudend zijn om een slachtoffer als referent te gebruiken. Dit kan alleen als u dit als een essentieel onderdeel van het onderzoek ziet. Het slachtoffer is immers partij in de strafzaak en heeft mogelijk belangen. Tegelijkertijd kan er sprake zijn van waardevolle informatie voor de diagnostiek en/of interactionele aspecten tussen het slachtoffer en betrokkene. Neem bij vragen of twijfel contact op met het NIFP en verantwoord de keuzes in het rapport.

Uit zorgvuldigheidsoverwegingen verdient het aanbeveling om referenten een concept van het gespreksverslag toe te zenden en hen te vragen om dit te corrigeren op onjuistheden. Dit kunt u dan vermelden in het rapport.

3.6 Houding ten opzichte van het ten laste gelegde

Het ten laste gelegde vormt de aanleiding voor het onderzoek. Zonder een (voorlopige) tenlastelegging kan het onderzoek niet starten. Betrokkene wordt verdacht van het plegen van een of meer strafbare feiten. Meer hierover is al verteld in de paragraaf 'Relevante informatie uit de gerechtelijke stukken'. In deze paragraaf gaat het om het verhaal dat betrokkene vertelt. Wat is de aanloop tot het ten laste gelegde, hoe is het ten laste gelegde tot stand gekomen, wat waren de omstandigheden en wat gebeurde er na? Het doel van dit

onderdeel is niet de waarheidsvinding in juridische zin, maar het verzamelen en beschrijven van de elementen die van belang zijn voor de 'Forensisch psychologische beschouwing' (zie verderop). Het gaat om de doorwerking van de eventuele psychopathologie van betrokkene in zijn gedrag en de omstandigheden waaronder het ten laste gelegde plaatsvond. Als onderzoeker heeft u hier een kritische houding en neemt u geen genoegen met een globaal verhaal van betrokkene. Vraag bijvoorbeeld wat de innerlijke drijfveer van betrokkene is om een wapen bij zich te dragen en hoe hij daaraan komt. Vraag waarom hij potentieel gevaarlijke situaties opzoekt in plaats van uit de weg gaat. Bespreek met betrokkene discrepanties in zijn eigen verhaal, maar ook discrepanties ten aanzien van de verklaringen van het slachtoffer en de getuigen. Vraag wat de verdachte denkt over deze verklaringen. Het kan moeilijk zijn, maar vraag door, ook als het gruwelijke feiten zijn. Zo ontstaat een genuanceerde delictanalyse, die als basis dient voor de risicoanalyse en eventueel te adviseren behandeling. De volgende vragen kunnen als hulpmiddel dienen:

- a. Wat vertelt betrokkene over de feitelijke gebeurtenissen, en op welke wijze vertelt hij erover?
- b. Welke redenen geeft hij voor het ten laste gelegde? Kan betrokkene ook de eventuele emotionele redenen benoemen?
- c. Wat vertelt betrokkene over zijn voelen, handelen en denken ten tijde van het ten laste gelegde? Kan hij onderscheid maken tussen het moment van het plegen van het ten laste gelegde en de constructie die hij achteraf beschrijft? Wat vertelt betrokkene in geval van een groepsfeit over zijn rol en aandeel in het ten laste gelegde en over de dynamiek met de medeverdachten?
- d. Hoe verklaart betrokkene de afwijkingen in zijn verhaal ten opzichte van zijn eerdere relaas bij de politie, dat van het slachtoffer en eventuele getuigen?
- e. Wat kan betrokkene zeggen over de wederrechtelijkheid van zijn gedrag en vooral de ernst ervan? Is betrokkene in staat tot empathie met het slachtoffer? Vertoont hij uitingen van schaamte, schuld en verantwoordelijkheid en maken deze uitingen een doorleefde indruk?
- f. Hoe is de opvatting van betrokkene over de kans op recidive van (soortgelijke) feiten?

3.7 De (deels) ontkennende verdachte

Tot slot nog bijzondere aandacht voor de ontkennende of deels ontkennende verdachte. Zoals beschreven, is hierover beleid ontwikkeld door het NIFP, te vinden op het rapporteursnet van het NIFP. De ontkennende verdachte kan u voor bijna net zulke grote problemen stellen als de bekende verdachte. Het (deels) ontkennen kan voortkomen uit een proceshouding. Maar een bekende verdachte kan ook de gebeurtenissen veel gunstiger voorstellen dan deze in werkelijkheid zijn. Hij kan er belang bij hebben om een andere voorstelling van zaken te geven, zonder dat de rapporteur hier zicht op krijgt. Vandaar de eerdere aanbeveling: neem afstand door te schrijven 'aldus betrokkene', 'naar zijn zeggen', enzovoorts.

3.8 Klinisch-psychologisch onderzoek, verzameling en analyse van gegevens

Het gesprekscontact: gespreksindrukken en onderzoeksverloop

Van belang bij dit onderdeel van het onderzoek is het opbouwen van een goede onderzoeksrelatie, gebaseerd op empathie van de onderzoeker met betrokkene, maar met een zekere mate van terughoudendheid. Soms proberen betrokkenen een zo gunstig mogelijk beeld van zichzelf te presenteren, in de hoop voordeel te behalen met het onderzoek. Door alle gevoelens en emoties die betrokkene oproept met de nodige betrokkenheid én distantie te overdenken, kunt u zich een duidelijker beeld vormen van de innerlijke wereld van betrokkene. Dat vereist wel een voortdurende afwisseling van *inleven en afstand nemen*. U moet kunnen onderscheiden welke gevoelens van uzelf zijn en welke van betrokkene en welke door hem bij u worden opgeroepen. De onderzoeker als persoon vormt dus een belangrijk onderzoeksinstrument. Het gaat bij dit onderdeel minder om de inhoudelijke informatie maar meer over vragen naar de non-verbale elementen van het gedrag van betrokkene. Daarbij valt te denken aan aspecten zoals mimiek, toonzetting, oogcontact, manier van spreken en van contactname, maar ook aspecten die de relatie met de onderzoeker betreffen.

De kwaliteit van de onderzoeksrelatie kan heel verschillend zijn, afhankelijk van de eventuele stoornis waar betrokkene aan lijdt. Inherent aan verschillende stoornissen lopen de kerngedachten over zichzelf, de ander en de wereld uiteen (Sprey, 2002)³. Deze kerngedachten hebben zich in het leven van betrokkene ontwikkeld op basis van de ervaringen met belangrijke anderen. Op grond van die ervaringen zijn gedragspatronen ontwikkeld. Misschien waren die patronen in de oorspronkelijke situatie adequaat en belonend, maar in een latere levensfase niet meer en zelfs destructief voor betrokkene en/of zijn omgeving. Door de scheefgroei in de ontwikkeling van betrokkene kan hij echter dat vroege gedragspatroon niet loslaten. Hij zit gevangen in vastgeroeste gedragspatronen. Betrokkene beschikt niet of slechts in geringe mate over gedragsalternatieven. Dat kan leiden tot stereotype en niet zelden heel inadequate relatiepatronen (Gilbert & Leahy, 2007). Daarin komt de (vaak ernstige) stoornis, zoals een persoonlijkheidsstoornis, autismespectrumstoornis en ook psychoses naar voren.

In de relatie met de onderzoeker kunnen dergelijke stereotype reacties zich eveneens voordoen, waarbij de onderzoeker als het ware moet 'meeresoneren' met betrokkene. Dit is van belang in verband met de diagnostiek. De gevoelens en reacties van de onderzoeker kunnen richtinggevend zijn voor de gevoelens en dus de eventuele stoornis van betrokkene. U moet zich wel bewust zijn van die gevoelens. Dan kunt u waken voor valkuilen in de onderzoeksrelatie (Hengeveld & Schudel, 2011).

³ Sprey (2002) geeft een uitvoerige uiteenzetting over de verschillende soorten reacties die er bij een onderzoeker of therapeut kunnen worden opgeroepen. Daarbij worden de verschillende persoonlijkheidsstoornissen gekoppeld aan steeds verschillende reacties van onderzoeker of therapeut.

Betrokkenes verhaal, in zijn woorden, kan hier dienen als illustratiemateriaal, in de vorm van citaten ter onderbouwing van uw indrukken. In een functieanalyse worden hypothesen gezocht over factoren die probleemgedrag uitlokken en in stand houden.

De vragen om te komen tot een functieanalyse van het (probleem)gedrag van betrokkene, kunnen als volgt geformuleerd worden:

- a. Wat zijn de eerste indrukken van betrokkene met betrekking tot zijn non-verbale gedrag?
 - b. Hoe vertelt betrokkene zijn verhaal? Dus: wat zijn de non-verbale observaties?
 - c. Wil betrokkene meewerken of belijdt hij bijvoorbeeld zijn medewerking alleen met de mond, maar wordt zijn houding verder gekenmerkt door een vorm van passief verzet?
 - d. Welke functies hebben zijn gedrag en woorden?
 - e. Probeert hij iets bij u te bewerkstelligen en zo ja, hoe ziet dat eruit en hoe gebeurt dat?
 - f. Welke boodschappen geeft hij zo aan de onderzoeker?
 - g. Wat hoopt hij dat u vooral niet merkt, wat 'moet' u wel merken en waaruit valt dit op te maken?
 - h. Wat roept betrokkene op bij u? Welke 'rapportkenmerken' worden onderscheiden?
 - i. Hoe verloopt het contact en wat is hieruit af te leiden over de problematiek van betrokkene?
- Alle hiervoor beschreven indrukken en daaruit voortvloeiende hypothesen onderzoekt u en toetst u nader aan informatie uit de andere bronnen: de psychologische tests, het strafdossier, eventuele eerdere (psychologische en psychiatrische) onderzoeken en hetero anamnestiche gegevens.

Besteed tot slot bij dit onderdeel aandacht aan een functionele screening. Dit betreft de oriëntatie in tijd, plaats en persoon, het bewustzijn, de concentratie, het geheugen, de waarneming, het denken, de stemming en het affect, voor zover dit niet al eerder is verwerkt in de beschrijving van het contactverloop.

3.9 Het testpsychologisch onderzoek

3.9.1 Testpsychologisch onderzoek in PJ-rapportage

Het testpsychologisch onderzoek bij PJ-rapportages dient een vijftal doelen:

1. Het objectiveren van persoonskenmerken ter beantwoording van de vraag naar de persoon van de verdachte.
2. Het mede onderbouwen van pathologie ter beantwoording van de vraag naar het bestaan van een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis.
3. Het aanvullen en toetsen van klinische indrukken en collaterale informatie en zicht krijgen op onderliggende dynamiek.
4. Het in kaart brengen van discrepanties tussen wat betrokkene vertelt en wat met testpsychologisch onderzoek objectiveerbaar is.
5. Het bijdragen aan de onderbouwing van de andere forensisch relevante vragen, zoals het verband tussen persoon en ten laste gelegde en de zorg- en risicoprognose.

Overwegingen instrumentarium

De keuze voor meetinstrumenten is aan u. U stelt per onderzoek een batterij samen die zo veel mogelijk verschillende soorten instrumenten bevat (zelfrapportagevragenlijsten, taken of [semi]gestructureerde interviews). Bij jeugdigen kunt u ouders/verzorgers vragen vragenlijsten in te vullen, als daar aanleiding voor is. Daarnaast kunnen er projectieve tests worden afgenomen. Door meerdere soorten instrumenten naast elkaar te gebruiken, verhoogt u de betrouwbaarheid van de uitkomsten. Ook kunnen inconsistenties eerder worden opgemerkt. Bij de forensische populatie moet men waakzaam zijn voor een sociaal wenselijke antwoordneiging op zelfrapportagevragenlijsten. Sommige vragenlijsten geven informatie over de antwoordtendens, inconsistenties en sociale wenselijkheid. Of zij geven het aanzetten van klachten in validiteitsschalen weer. Bij het invullen van zelfrapportagevragenlijsten is het uitgangspunt dat toezicht wordt gehouden. U hoeft geen toezicht te houden als u inschat dat de kwaliteit van de gegevens niet wordt aangetast. U moet hierin een eigen, onderbouwde afweging maken en deze inzichtelijk maken in het rapport.

Het NIP heeft informatie over dit onderwerp in haar richtlijnen opgenomen⁴.

Het inzetten van een (semi)gestructureerd interview geeft de mogelijkheid om collaterale informatie en de klinische blik te gebruiken bij de scoring. Hierdoor wordt de betrouwbaarheid van het resultaat verhoogd.

Bij de bespreking van de testresultaten in het rapport is het niet de bedoeling dat er een opsomming wordt gemaakt van de hoge en lage scores op de (subschalen van de) instrumenten. Dit is voor de opdrachtgever niet informatief. Het is uw expertise om de bevindingen uit het testonderzoek te verbinden aan gegevens uit andere bronnen. Bijvoorbeeld het eigen onderzoek op basis van gesprekken en dossierinformatie. Eventuele inconsistenties tussen testonderzoek en gespreks- en dossierinformatie kunt u vermelden en proberen te verklaren.

Psychometrische eigenschappen

Van de meest gangbare en in het forensisch psychologisch onderzoek gebruikte psychologische meetinstrumenten zijn de psychometrische eigenschappen bekend. Deze eigenschappen worden gepubliceerd in de COTAN en/of in wetenschappelijke artikelen.

Bij voorkeur worden in het forensisch psychologische onderzoek natuurlijk tests gebruikt die voldoen aan de kwaliteitscriteria van de COTAN. Maar niet alle tests voldoen aan de door de COTAN gehanteerde criteria.

⁴ Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP), Algemene Standaard Testgebruik p. 7: Er is voortdurend toezicht en/of begeleiding bij de afname van de psychodiagnostische instrumenten. Een uitzondering op deze vereiste geldt voor vragenlijsten, voor zover zelfstandige invulling de kwaliteit van de gegevens en van de beroepsrelatie niet aantast. Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 2009, 2007/300 heeft evenwel in een uitspraak geoordeeld dat er in de forensische praktijk geen uitzonderingen zijn op het uitgangspunt dat er voortdurend toezicht of begeleiding is bij de afname van een test.

Vaak worden de normen als verouderd beschreven en daardoor als onvoldoende beoordeeld. Voor een deel ligt de oorzaak hiervoor in ontbrekend wetenschappelijk onderzoek.

Nederlands als klein taalgebied speelt hier een grote rol in. Het belang van dit onderzoek wordt te weinig onderkend, waardoor normen gemakkelijk verouderen.

Daarnaast is ook sprake van een verschil tussen het klinisch gebruik van instrumenten en de bevindingen van de COTAN. Het komt voor dat een instrument op bepaalde onderdelen als onvoldoende wordt beoordeeld door de COTAN. Daarmee is echter niet gezegd dat het instrument helemaal niet gebruikt kan worden. Maximale betrouwbaarheid en maximale validiteit van het hele instrumentarium is een onhaalbaar doel. Wel is van belang dat u op de hoogte bent van de reikwijdte van een instrument. U moet de keuze en het gebruik van het instrumentarium verantwoorden. U beschrijft kort waarvoor een bepaald instrument wordt ingezet (intelligentie, executieve functies, coping, kenmerken van de persoonlijkheid). In het forensische veld is het een belangrijk gegeven dat de onderzochte zich zo gunstig mogelijk wil presenteren en daarom veel sociaal wenselijk geachte antwoorden geeft of juist probleemgebieden uitvergroot. Zijn doel is de uitspraak door de rechter positief te beïnvloeden. Voor dit aspect wordt dan ook speciale alertheid gevraagd. De keuze van de vragenlijsten moet daar zo veel mogelijk op afgestemd worden. Een aantal zelfrapportagevragenlijsten heeft een speciale schaal om sociale wenselijkheid te detecteren. Ook zijn sommige tests of de daarop gebaseerde interpretatiemethode veel minder doorzichtig in hun vraagstelling dan een aantal andere instrumenten.

Achteraan de Richtlijn is in een bijlage een lijst opgenomen met de tests die bruikbaar zijn voor het forensisch psychologisch onderzoek.

3.9.2 *Testattitude en symptoomvaliditeit*

Om betekenis te kunnen geven aan testresultaten op welk gebied dan ook, is het belangrijk om de testattitude van betrokkene te objectiveren. Er zijn helaas nog geen screeningsinstrumenten op de Nederlandse markt die specifiek dissimulatie in kaart brengen. Hier is wel behoefte aan, omdat de doelgroep eerder geneigd is tot 'faking good' in verband met angst voor bijvoorbeeld een tbs- of PIJ-maatregel.

Meetinstrumenten

Voor het in kaart brengen van de testattitude, kan bijvoorbeeld de AKTG⁵, TOMM Test of de Green Word Memory Test worden ingezet. Een afwijkende score op een dergelijke test kan op simulatie wijzen. U moet dan altijd eerst een cognitief probleem uitsluiten. De SIMS is een vragenlijst die zich richt op simulatie van neurologische stoornissen, depressie, psychose, geheugenstoornis en cognitieve disfuncties. De MENT is bedoeld om het

⁵ Voor de betekenis van afkortingen van meetinstrumenten, zie Bijlage 2.

simuleren van PTSS te onderzoeken. De validiteitsschalen van de MMPI-2 geven informatie over de testattitude van betrokkene.

3.9.3 Intelligentie

Een betrouwbare schatting van de intelligentie is een belangrijk onderdeel van een testpsychologisch onderzoek, aangezien intelligentie tot de basale bagage van betrokkene behoort. Maak een onderscheid tussen de score op de intelligentietest en het intellectueel functioneren van betrokkene. Het laatste kunt u opmaken uit de samenhang van de gespreksindrukken, het opleidingsniveau, het sociaal-maatschappelijk functioneren en de mate van zelfredzaamheid. Discrepanties tussen score en functioneren in intellectueel opzicht zijn vaak toe te schrijven aan achterliggende problematiek. Daarnaast is de meting van de (verbale) capaciteiten mede bepalend voor de mogelijke inzet van (persoonlijkheden) vragelijsten en interviews.

Bij het ontbreken van gegevens die recent én betrouwbaar zijn, wordt een onderzoek gedaan naar het niveau van intellectueel functioneren. Wijkt u hier van af, onderbouw dit dan in het rapport. Voor een juiste interpretatie van de resultaten moet u de testomstandigheden in brede zin meewegen. Houd rekening met storende omgevingsfactoren: was er bijvoorbeeld veel lawaai in de testruimte waardoor betrokkene afgeleid werd? U doet uitspraken over de motivatie, inzet, taakspanne, begrip van instructies, emotionele factoren en concentratievermogen van betrokkene. Uiteraard beschrijft u ook lees- en/of schrijfproblemen, visuele, auditieve, fijnmotorische problemen en relevante informatie over medicatiegebruik en de gevolgen hiervan op de testresultaten. Ook kunnen factoren vanuit de stoornis of het toestandsbeeld van betrokkene meespelen die van invloed zijn op de testafname. Dit is eveneens vermeldenswaardig.

De scores van alle subtaken van een intelligentietest hoeven niet expliciet genoemd te worden in een rapport. Geef wel weer wat de eventuele sterke en zwakke kanten zijn binnen het intelligentieprofiel. De statistisch significante verschillen ten opzichte van het totaal-gemiddelde of het gemiddelde van een subschaal wijzen op positieve of negatieve uitschieters binnen de eigen capaciteiten. Vermeld niet enkel het getal waarmee het IQ of de indexscore wordt aangeduid, maar leg uit wat het betekent in combinatie met andere bevindingen, zoals eerder in deze paragraaf genoemd.

Meetinstrumenten voor intelligentie

De WAIS-IV is de meest *up to date* intelligentietest voor volwassenen. Er worden vier indexscores afgeleid uit een testafname: Verbaal Begrip, Perceptueel redeneren, Werkgeheugen en Verwerkingssnelheid. Daarnaast wordt het totaal-IQ berekend. De kernbatterij bestaat uit tien subtests en er zijn vijf optionele taken.

Voor jeugdigen tot en met 16 jaar wordt doorgaans de WISC-III gebruikt, hoewel de WAIS-IV ook afgenomen kan worden vanaf 16 jaar. De scores van de WISC-III worden onderverdeeld

in een verbaal IQ, perfoormaal IQ en een totaal-IQ en tevens in drie factorscores (verbaal begrip, perceptuele organisatie en verwerkingsnelheid).

Bij de GIT-2 kan gebruik gemaakt worden van een verkorte vorm van zes subtaken, in die zaken waarin het aannemelijk is dat het niveau van functioneren – zoals geschat op basis van opleidingstraject, opleidingsniveau en klinische indruk – geen bijzondere rol speelt in de beantwoording van de vragen. Leg bij significante verschillen tussen schalen van een intelligentietest uit wat de klinische betekenis is en of het van invloed is op de betrouwbaarheid van de IQ-score.

De SCIL betreft een test om snel te screenen op een mogelijk licht verstandelijke beperking (LVB). Indien er sprake is van LVB is nader diagnostisch onderzoek nodig.

Intelligentietesten bij anderstaligen

Bij anderstaligen wordt de SON-R 6-40 aanbevolen. Dit is een non-verbale intelligentietest die algemene intelligentie in kaart brengt. De vier subtaken zijn zowel verbaal als non-verbaal af te nemen. Er zijn normen beschikbaar voor 6- tot 40-jarigen.

Ook is de MCT-M beschikbaar. Deze multiculturele capaciteitentest op middelbaar niveau maakt gebruik van een taaltoets om te bepalen of het taalbegrip voldoende is om de instructies van de test te begrijpen. Voor de forensische setting is deze test minder geschikt. De resultaten van de test zijn bedoeld als voorspeller voor het opleidingsniveau dat betrokkene aankan en minder als schatter voor algemene intelligentie.

Een uitspraak doen over een IQ op basis van alleen de Raven is niet *state of the art* in verband met de verouderde normering.

Intellectuele beperkingen

De volledige WAIS-IV, WISC-III of de SON-R 6-40 zijn aanbevolen instrumenten wanneer er een vermoeden is van een intellectuele beperking of eerder een intellectuele beperking is vastgesteld. De WAIS-IV maakt het mogelijk een analyse te maken van de sterke en zwakke punten binnen de capaciteiten. Ook kan achterhaald worden waar een opvallend lage of juist hoge indexscore vandaan komt, of wanneer een subtaak de indexscore sterk beïnvloedt. Overeenkomstig wat vermeld is in DSM-5 wordt de vaststelling van een licht verstandelijke beperking niet alleen gebaseerd op de IQ-score. DSM-5 ziet de afname van een intelligentietest in dit verband als een eerste stap. Daarnaast worden de adaptieve functies van betrokkene op het conceptuele, sociale en praktische domein toegelicht.

Zwakbegaafdheid en verdergaande intellectuele tekorten kunnen mede van invloed zijn op (de vermindering van) de mate van toerekenen, ook al hoeft dat niet automatisch het geval te zijn. De classificatie van een intellectuele beperking hangt af van de gehanteerde bron. DSM-5, GIT-2, WAIS-IV en WISC-III kennen verschillende indelingen van zwakbegaafdheid en een licht verstandelijke beperking. Aanbevolen wordt om bij de criteria van DSM-5 aan te sluiten, aangezien daarmee sprake is van internationale vergelijkbaarheid. Bij de

classificatie van intellectuele beperkingen wordt nog altijd onderscheid gemaakt tussen een verstandelijke ontwikkelingsstoornis en zwakbegaafdheid (V-code). In beide gevallen is een zorgvuldige beoordeling nodig van de verstandelijke en adaptieve functies (mate van zelfredzaamheid) en de afwijking hierin. De verstandelijke functies betreffen de scores op de intelligentietest. De adaptieve functies zijn, zoals beschreven, onderverdeeld in drie domeinen: het conceptuele, het sociale en het praktische domein. Bij de beschrijving van de ernst van de verstandelijke beperking kan aan de hand van de domeinen het niveau van functioneren worden bepaald. Bij het conceptuele domein gaat het bijvoorbeeld om het abstract kunnen denken, de executieve functies en het functionele gebruik van schoolse vaardigheden. In het sociale domein wordt gekeken naar de sociale interacties, het vermogen om sociale signalen waar te nemen en emotieregulatie. Bij het praktische domein gaat het onder meer om persoonlijke verzorging, zelfstandig een huishouding kunnen voeren en vrijetijdsbesteding. Door de intelligentiescores te combineren met deze drie domeinen, ontstaat een breed beeld van (deficiënties) in het dagelijkse functioneren van de betrokkene.

3.9.4 *Neuropsychologische functies en afwijkingen*

Indicatie neuropsychologisch onderzoek

U kunt een indicatie stellen voor een aanvullend neuropsychologisch onderzoek (NPO) als er aanwijzingen zijn voor (specifieke) disfuncties die uitgesloten of vastgesteld moeten worden. Doe dit alleen als u vermoedt dat de eventuele disfuncties forensische relevantie hebben. U kunt besluiten dat een NPO niet noodzakelijk is voor de beantwoording van de vragen, maar dat het een meerwaarde heeft om het onderzoek op een later moment te laten plaatsvinden, bijvoorbeeld tijdens een geadviseerde (forensische) behandeling. Aanwijzingen voor een NPO kunnen voortkomen uit het testpsychologisch onderzoek, klinische indrukken, informatie uit de voorgeschiedenis, uit het dossier of informatie verkregen van referenten. Aanwijzingen zijn sterk genoeg als er sprake is van langdurig disfunctioneren, niet als het gaat om incidenten. Het scoreprofiel op de WAIS-IV of WISC-V kan aanwijzingen geven voor cognitieve disfuncties die een nader neuropsychologisch onderzoek vereisen, maar dit hoeft niet altijd zo te zijn. Discrepanties in het profiel van de WAIS-IV en significant lagere resultaten op de indexen verwerkingssnelheid en werkgeheugen zijn signalen om uitgebreider onderzoek te overwegen.

Neuropsychologische screening

U kunt naast het intelligentieonderzoek een neuropsychologische screening (verkennend onderzoek) uitvoeren om te bepalen of specialistisch neuropsychologisch onderzoek nodig is. Ook kan een dergelijke screening helpen bij het formuleren van hypothesen voor neuropsychologisch onderzoek. De AKTG kan afgenomen worden als screening voor

onderpresteren, dus om te onderzoeken of een valide NPO wel mogelijk is. Bij twijfel over de meerwaarde of mogelijkheden tot NPO kunt u een (klinisch) neuropsycholoog (hierna neuropsycholoog genoemd) consulteren.

Bij cognitief testonderzoek is het belangrijk aandacht te hebben voor onderpresteren dan wel *malingering*. Meer informatie in Hoofdstuk 3.9.2 'Testattitude'.

Inschakelen (klinisch) neuropsycholoog

Als diverse bronnen wijzen op de noodzaak tot een diepergaand NPO, vraagt u in overleg met het NIFP toestemming aan de opdrachtgever. U overlegt met het NIFP over het inschakelen van een klinisch neuropsycholoog dan wel een GZ-psycholoog met neuropsychologische expertise. Na het ontvangen van toestemming wordt een neuropsycholoog ingeschakeld en benoemd. Mocht een neuropsychologisch onderzoek al op voorhand zijn aangevraagd door de opdrachtgever, dan kan een psycholoog ingeschakeld worden die ook gekwalificeerd is als neuropsycholoog. Hij/zij voert dan zowel het totale pro Justitiaonderzoek uit als het aanvullende neuropsychologische onderzoek. In dat geval zal het NIFP zorgdragen voor een dubbele benoeming.

Het is de taak van de neuropsycholoog om naar eigen inzicht onderzoek te doen met als doel de vraagstelling van de rapporteur te beantwoorden. Hij rapporteert dan ook aan de pro Justitiarapporteur. De neuropsycholoog laat zich niet uit over een eventueel verband tussen een mogelijk gevonden cerebrale disfunctie en het ten laste gelegde. Die afweging wordt door de pro Justitiarapporteur gemaakt. Uiteraard is het aan de neuropsycholoog om zich te houden aan de voor zijn beroepsgroep geldende (wetenschappelijke) inzichten en *best practices*.

De aanvraag voor een NPO bestaat uit:

- a. Algemene persoonsgegevens (o.a. nationaliteit, moedertaal indien niet Nederlands).
- b. Opleidings- en werkgeschiedenis (o.a. doublures, hoogst afgeronde opleiding).
- c. Middelengebruik en medicatie (heden en verleden).
- d. Aanwijzingen voor niet-aangeboren hersenletsel (ongevallen, vechtpartijen, fysieke sporten).
- e. Aanvullende collaterale informatie (over zwangerschap, geboorte, vroege ontwikkeling, psychische/lichamelijke klachten, karakterveranderingen).
- f. Recente en eventuele oude resultaten van cognitief testonderzoek.
- g. Eventuele resultaten van beeldvormend onderzoek.
- h. Hypotheses/vraagstelling.

Hypotheses/Vraagstelling

Een volledige aanvraag zorgt ervoor dat de neuropsycholoog een beeld krijgt van de te onderzoeken persoon en zijn achtergrond. De aanleiding voor het NPO en de vragen aan de neuropsycholoog moeten zo helder en scherp mogelijk gesteld worden om een duidelijk antwoord te krijgen. Voorbeelden van vraagstellingen zijn:

- a. Is er sprake van cognitief verval?
- b. Is er bij de impulscontrole eventueel sprake van stoornissen met als basis een cerebrale disfunctie?
- c. Worden er problemen gevonden in de executieve functies (die bijvoorbeeld passen bij een frontaal syndroom)?
- d. Is er sprake van een (korte- of lange termijn)geheugenstoornis?
- e. Worden er neuropsychologische afwijkingen gevonden die verband houden met de alcohol- en/of drugsverslaving van betrokkene?
- f. Wat is de (mate van) mentale flexibiliteit van betrokkene?
- g. Worden er problemen met de *theory of mind* gevonden?
- h. Is er sprake van achterstanden in de taalvaardigheden?

Na de specifieke vraag of vragen volgt de standaardvraag: als er neuropsychologische afwijkingen worden gevonden, wat betekent dit voor het dagelijks leven van betrokkene? Bij voorkeur worden (een of) meerdere hypothesen opgesteld met een toelichting. Bijvoorbeeld: er is sprake van een autismespectrumstoornis in verband met afwijkingen in vroege (taal)ontwikkeling, geen vrienden, specifieke fascinaties, gebrek aan fantasie en inlevingsvermogen en stroef contact.

De neuropsycholoog beantwoordt de vraagstelling van de pro Justitiarapporteur. Het is aan u om de forensische vertaalslag te maken van de conclusie van de neuropsycholoog naar het pro Justitiarapport. U onderzoekt of en in welke mate een neuropsychologische afwijking kan hebben bijgedragen aan het gedrag ten tijde van het plegen van het ten laste gelegde. U legt ook uit wat de effecten van de gevonden resultaten zijn op het dagelijks leven van betrokkene indien dit forensisch relevant is. Hoe duidelijker de conclusie van de neuropsycholoog, des te meer werkbaar dit is voor de pro Justitiarapporteur.

Rapportage

De neuropsycholoog schrijft een neuropsychologische rapportage. Deze rapportage wordt beschikbaar gesteld als bijlage van het pro Justitiarapport. U integreert de conclusies van het NPO in uw rapport in een apart kopje, bijvoorbeeld achter het intelligentieonderzoek.

Aanvullend medisch specialistisch onderzoek

In overleg met het NIFP kan besloten worden dat neurologisch (beeldvormend) onderzoek zinvol is als aanvulling op het neuropsychologisch onderzoek. Datzelfde kan bijvoorbeeld ook gelden voor klinisch genetisch onderzoek. Genetisch onderzoek wordt ingezet als er een vermoeden is van bijvoorbeeld het syndroom van Klinefelter, syndroom van Prader-Willi of het Fragiele-X-syndroom. Het NIFP overlegt vervolgens met de opdrachtgever over de noodzaak. Een benoeming door de opdrachtgever is nodig om de genoemde onderzoeken uit te (laten) voeren.

3.9.5 *Klinische stoornissen*

Er zijn verschillende soorten instrumenten die kunnen bijdragen aan een gestructureerde wijze van onderzoek naar klinische stoornissen. Met behulp van vragenlijsten kunnen desgewenst de klachten in kaart gebracht worden. In een klachtenlijst wordt relatief eenvoudig taalgebruik toegepast, waardoor deze instrumenten ook geschikt kunnen zijn voor minderbegaafden. Daarnaast geven (semi)gestructureerde interviews een beeld van eventuele problemen op het gebied van verslaving, autisme, psychotische- en depressieve stoornissen.

Meetinstrumenten

Om klinische stoornissen in kaart te brengen met behulp van zelfrapportagevragenlijsten kunt u een klachtenlijst als de SCL-90-R of de BSI gebruiken. Deze laatste is een verkorte versie van de SCL-90-R die geschikt bevonden is voor mensen met een IQ van 70 of hoger. De SCL-90-R en BSI zijn gevoelig voor sociaalwenselijke antwoorden. De MMPI-2(-RF) en MMPI-A (voor adolescenten) geven ook informatie over klinische stoornissen.

De MINI Plus is een gestructureerd interview dat u als screeningsinstrument kunt gebruiken. In korte tijd brengt u de problematiek in beeld, waarna u besluit of u aanvullende instrumenten inzet. De SCID-I of de Mini-SCAN en (semi)gestructureerde interviews leiden tot een DSM-IV-classificatie en nemen in relevantie af nu de DSM-5 in gebruik is genomen.

3.9.6 *Persoonlijkheid*

Een categorale benadering van diagnostiek is belangrijk om een stoornis vast te kunnen stellen en daarmee de eerste vraag van de opdrachtgever te kunnen beantwoorden. Daarnaast is het noodzakelijk om een dimensioneel beeld te krijgen van de ernst van de pathologie. Testpsychologische instrumenten lenen zich hier bij uitstek voor maar ook een weging van het sociaal-maatschappelijk functioneren en de mate van zelfredzaamheid. Als u zich beperkt tot alleen de beschrijving van schalen, dan hebben testresultaten vermoedelijk weinig toegevoegde waarde. Wat betreft de vragenlijsten betekent dit dat u de verschillende schalen van één vragenlijst en de verschillende vragenlijsten onderling met elkaar moet combineren en in die samenhang interpreteren. Zo komen veelzeggende inconsistenties, conflicten en defecten aan het licht. Een zinvolle samenhang tussen de verschillende kenmerken van de persoon geeft de kleur van de persoonlijkheid optimaal weer.

Meetinstrumenten

Bij zelfrapportage in de forensische doelgroep moet u waakzaam zijn in verband met sociaalwenselijke antwoorden. Een aantal zelfrapportagevragenlijsten heeft een speciale schaal om sociale wenselijkheid te detecteren. De meest bekende is waarschijnlijk de MMPI-2 of MMPI-A met meerdere validiteitsschalen. Ook de EPPS en DAPP-BQ hebben een schaal die indicaties van sociale wenselijkheid of een inconsistent antwoordpatroon aangeeft.

De BDHI-D is niet valide door fouten bij de vertaling. Verder is het instrument alleen in een groep van studenten gevalideerd en niet bij andere populaties, waardoor de test ook onbetrouwbaar is.

Een methode om psychodynamisch meer zicht te krijgen op de eventuele psychopathologie is de zogeheten *dynamische theoriegestuurde profielinterpretatie*. Uitgangspunt voor deze methode vormen de NKPV en de MMPI-2 of de MMPI-2-RF. Bij de interpretatie volgens de theoriegestuurde profielinterpretatie is het belangrijk dat u goed op de hoogte bent van de hieraan ten grondslag liggende theorie.

Daarnaast worden de TCI, NPV-2-R/NPV-J-2 en de EPPS gebruikt. Net als de MMPI-2 heeft de EPPS het voordeel dat deze ondoorzichtig is in zijn meetpretentie voor betrokkene. Bij jeugdigen kunt u de gedragsvragenlijst YSR afnemen, die gedragingen clusterd volgens de DSM-IV. Er is van deze vragenlijst een ouder- en leerkrachtversie (CBCL en TRF). Voor de YSR is nog geen aanpassing bekend volgens de DSM-5.

Het 'Semigestructureerde Interview voor Persoonlijheidsfunctioneren DSM-5' (STiP-5.1) is een nieuw instrument om de ernst van persoonlijkheidsproblematiek in kaart te brengen aan de hand van een 'Alternatief Model voor Persoonlijkeitsstoornissen' binnen de DSM-5. Een belangrijk onderdeel van dat alternatieve model is een Schaal voor Niveau van Persoonlijheidsfunctioneren. Die schaal maakt het mogelijk om een inschatting te maken van de ernst van de aanwezige persoonlijkheidsproblematiek op basis van twaalf aspecten. Bijvoorbeeld: de capaciteit van mensen om uiteenlopende emoties te ervaren en reguleren of de capaciteit om intieme relaties aan te gaan. De STiP-5 biedt een interviewleidraad, waarmee deze twaalf aspecten van persoonlijkheidsfunctioneren systematisch uitgevraagd en gescoord worden. De STiP 5.1 en de handleiding zijn (gratis) te downloaden van de website van het kenniscentrum persoonlijkheidsstoornissen.

Tenslotte is er de Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP). De SWAP is een instrument voor persoonlijkheidsdiagnostiek. Het instrument wordt ingevuld door een ervaren clinicus. De SWAP systematiseert en toetst het klinisch oordeel van de rapporteur over de persoonlijkheidspathologie van de betrokkene. Het instrument bestaat uit tweehonderd beschrijvingen van de persoonlijkheid, die de rapporteur sorteert in acht categorieën van zeer beschrijvend voor de betrokkene tot helemaal niet beschrijvend. De tweehonderd beschrijvingen van de SWAP geven de rapporteur een omvangrijke, diepgaande psychologische beschrijving van de betrokkene in een systematische vorm. De SWAP genereert 37 diagnostische schalen, georganiseerd in drie scoreprofielen. In 2012 werd de Nederlandse vertaling van het instrument uitgebracht. Naar de psychometrische eigenschappen van de Nederlandse vertaling van de SWAP wordt momenteel (2017) studie verricht. Het NIFP voert ook wetenschappelijk onderzoek uit naar de SWAP. De invulling van de SWAP vergt ongeveer

45 minuten. De rapporteur ontvangt daarna de verwerkte scores, weergegeven als T-scores. U kunt over het instrument beschikken na een training van drie uur.

Naast dimensionele instrumenten zijn er classificerende instrumenten. Voorbeelden zijn de vragenlijsten VKP, SCID-II en SIDP-IV. Een relatieve beperking in de afname van deze tests is het feit dat ze gericht zijn op de DSM-IV. Voor DSM-5 zijn nieuwe versies in ontwikkeling. De SCID-II is een semigestructureerd interview. Met name in een klinische onderzoekssetting wordt hier gebruik van gemaakt. Bij afname van een dergelijk interview binnen de forensische doelgroep wordt het gebruik van de SIDP-IV aangeraden, omdat de vragen minder doorzichtig zijn gesteld dan bij de SCID-II. Weeg voor een betrouwbaar resultaat niet alleen de gegeven antwoorden, maar ook de collaterale informatie en klinische indruk. Voor de objectivering van forensisch relevante persoonskenmerken kunt u gebruikmaken van algemene persoonlijkheidsvragenlijsten, ook wanneer in classificerende zin niet wordt voldaan aan voldoende criteria voor stoornis(sen) volgens de DSM-5. Voor een algemeen beeld van de persoonlijkheid zijn er vragenlijsten als de NEO-PI-3 en de verkorte variant NEO-FFI-3, gestoeld op de Big Five theorie. Een kanttekening bij deze twee (maar ook bij andere) vragenlijsten is dat deze gevoelig zijn voor een sociaalwenselijke beantwoording. Geadviseerd wordt om afname van vragenlijsten niet te beperken tot één of twee maar ze te gebruiken in combinatie met meerdere vragenlijsten, waarin schalen ten aanzien van sociale wenselijkheid zijn verdisconteerd.

Projectieve meetinstrumenten, semi gestructureerde instrumenten en performance based assessment

In aanvulling op gestructureerd materiaal kunnen projectieve testen, semi gestructureerde instrumenten en performance based assesment worden afgenomen. Projectieve tests zijn weinig doorzichtig. Daarom zijn ze nauwelijks of niet gevoelig voor sociaalwenselijke antwoorden. U kunt ze eveneens afnemen bij verdachten met beperkte intellectuele vermogens. Ook kan een inhoudelijke analyse tot abstracties op hoger niveau leiden. Beschrijf in de rapportage de betekenis van de resultaten van het gebruikte projectieve materiaal. Een opsomming van bijvoorbeeld de zinnen van de ZAT of een verteld verhaal bij de TAT en de Projective Storytelling Card van Caruso is niet afdoende. Het nadeel van sommige projectieve tests is de beperkte mogelijkheden tot gestructureerde scoring en interpretatie en het ontbreken van normgroepen. Bestaat er een gestructureerd scorings-systeem, maak hier dan zo veel mogelijk gebruik van. Voor de TAT heeft onder meer Westen een zekere systematiek in de interpretaties ingevoerd. Neem de HTP en andere tekentesten bij voorkeur niet als enig projectief materiaal af, maar bij voorkeur in de context van ander testmateriaal. Bij de interpretatie van de HTP wordt het handboek van Wenck aanbevolen.

Wat betreft de Rorschach, wordt tegenwoordig het Rorschach Performance Assessment System (R-PAS) gebruikt, een evidence-focused, internationaal georiënteerd systeem. Wie geschoold en ervaren is, kan hier veel aanvullende informatie uit halen.

De ZALC en ZAT zijn semigestructureerde instrumenten. De ZALC is een zinnenaanvullijst van Curium om de (ego)ontwikkelingsstadia in kaart te brengen van personen tussen de 8 en 25 jaar. Deze zinnenaanvullijst is genormeerd en beter onderzocht dan de ZAT.

3.9.7 Gezinsfunctioneren bij jeugdigen

Bij onderzoek van jeugdigen is het van belang ook de ouders te spreken en zicht te krijgen op het gezinsfunctioneren. Dit zowel vanwege criminogene factoren in het gezin als het inschatten van recidiverisico en interventiemogelijkheden. Veel erkende gedragsinterventies bij jeugdigen zijn gericht op het gezinssysteem. Instrumenten die hierbij kunnen worden ingezet zijn de GKS-II of de GVL.

3.9.8 Seksualiteit

Er zijn maar weinig instrumenten verkrijgbaar die gebruikt kunnen worden bij onderzoek naar seksualiteit. In dit verband is de Massachusetts Treatment Center: Rapist Typology (MTC:R3) van belang. U kunt deze vragenlijst op basis van het dossier scores. Zo wordt vastgesteld tot welk type verkrachter betrokkene gerekend kan worden.⁶

U kunt de Zinnenaanvultest Seksualiteit checklist gebruiken om te zien wat er op het gebied van seksualiteit leeft bij betrokkene. Ook kunt u de test gebruiken om mogelijke afweer ten aanzien van het onderwerp seksualiteit in beeld te brengen. Bumby heeft twee vragenlijsten die op itemniveau meerwaarde kunnen hebben: de Bumby Molest Scale en de Bumby Rape Scale. De MSI is een zelfbeoordelingvragenlijst die psychoseksuele kenmerken van plegers van seksueel misbruik in kaart brengt en bevat een validiteitschaal. De WSFQ is bedoeld om seksuele fantasieën te inventariseren.

Speciaal voor mensen met een verstandelijke beperking is de SKAVE. Dit is een vragenlijst waarmee kennis van, ervaringen met en attitude ten opzichte van seksualiteit onderzocht wordt. Er zijn geen instrumenten om hyperseksualiteit te kunnen vaststellen. Hyperseksualiteit betreft niet of moeilijk controleerbaar seksueel gedrag dat een (klinisch significante) verslechtering veroorzaakt in het functioneren van een persoon. Hyperseksualiteit verwijst meestal naar niet-parafiel seksueel gedrag, maar een combinatie van parafiel en niet-parafiel seksueel gedrag kan zeker voorkomen. Verschillende neurobiologische modellen bieden een gedeeltelijke verklaring voor hyperseksualiteit. Voorbeelden zijn de compulsieve-, impulsieve- en verslavingsmodellen. Elk van deze modellen heeft als basiscomponent de affectieve disregulatie, gedragsverslaving en cognitieve discontrole.

⁶ Knight & Prentky, 1990.

3.9.9 Agressie

Instrumenten voor de forensische doelgroep die zich specifiek op agressie richten zijn de NAS en de ADS. De BDHI-D is al eerder genoemd. Daar zijn, zoals gezegd, de nodige kanttekeningen bij te maken. De AVL is vertaald naar het Nederlands en onderzocht binnen een delinquentengroep, met positieve resultaten. De STAXI-2 is een zelfrapportagevragenlijst waarmee de ervaring, expressie en controle van boosheid in kaart wordt gebracht. De MMPI-2, NKPV en de EPPS geven meer informatie over de impulsregulatie van betrokkene in het algemeen. Voordeel is dat de agressie(regulatie) ook in samenhang gebracht kan worden met andere kenmerken, wat bij de tests die uitsluitend op agressie gericht zijn niet mogelijk is.

3.9.10 Autismespectrumstoornis

Bij een vermoeden van een autismespectrumstoornis (ASS) is een heteroanamnese belangrijk. U kunt het 'Semigestructureerd interview ter beoordeling of er sprake is van ASS' van Annelies Spek (Autisme Expertisecentrum) bij de betrokkene afnemen. Er is een zelfrapportage-screeningslijst van Baron-Cohen die in omloop is onder verschillende namen: AQ, PDD-SQ of Vragenlijst naar persoonlijkheid en gedrag. De SRS-A is een zelfrapportagevragenlijst gericht op de verschillende dimensies van interpersoonlijk gedrag, communicatie en repetitief en/of stereotiep gedrag, kenmerkend voor autismespectrumstoornissen. Ouders van jeugdigen kunnen de SRS als screeningslijst voor autismespectrumstoornissen of de SEV invullen. Voor leerkrachten is er de Vragenlijst voor Inventarisatie van Sociaal gedrag van Kinderen (VISK). Besteed bij testpsychologisch onderzoek naar ASS aandacht aan de *theory of mind*. Een test op dit gebied is de Faux-pas test. In deze test moet onderzochte bepalen of er in verhaaltjes sprake is van een sociale misser, door wie en waarom en wat dit voor de ander betekent. Ook kan middels neuropsychologisch testen een aantal taken afgenomen worden zoals een emotieherkenningstaak (bijvoorbeeld Eckmann Faces, die de herkenning van emoties in kaart kan brengen) en taken die horen bij de centrale coherentie theorie (zoals de Complexe figuur van Rey, Blokpatronen van de WAIS-IV) en executieve functies (zoals de BADS dierenruimteplaatje en de WCST). De BRIEF-A is een vragenlijst om executieve functies op gedragsniveau in kaart te brengen. Er is een zelfrapportagevragenlijst en een versie voor respondenten. De SIT behoort tot de centrale coherentie taken, net als de Cookie Theft Platen. Projectief materiaal zoals de TAT kunt u inzetten om detailwaarneming en gebruik van fantasie te observeren. De TAT geeft ook informatie over de aan- of afwezigheid van sociale wederkerigheid. De zogenoemde rouwplaat van de Caruso heeft als doel om zicht te krijgen op het sociaal inzicht van betrokkene.

3.9.11 ADHD

De DIVA wordt gebruikt om kenmerken van ADHD in kaart te brengen. Het interview richt zich op zowel de kindertijd als de volwassen ervaringen. De Zelfrapportagevragenlijst ADHD vraagt de criteria over de kindertijd en het laatste half jaar van de volwassenheid uit. Net als bij ASS

is een heteroanamnese van groot belang. De AVL voor ADHD en de SEV zijn vragenlijsten voor ouders en leerkrachten. Aanwijzingen voor ADHD zijn te vinden in neuropsychologisch onderzoek naar aandacht en concentratie, planning en organisatie en werkgeheugen. Ook is neuropsychologisch onderzoek van belang om in kaart te brengen waar de tekorten en sterke punten liggen.

3.9.12 *Intellectuele beperkingen*

Wees bij mensen met beperkte (verbale) capaciteit kritisch op de geschiktheid van zelfrapportagevragenlijsten. Het risico op een minder valide resultaat is hoog. In voorgaande paragrafen zijn al vragenlijsten genoemd, zoals de BSI, NKPV, NPV-2-R en projectief materiaal. Daarnaast kunt u de CISS (bij minderjarigen de CERQ), de opvolger van de UCL, en de IOA worden afnemen.

Neem zelfrapportagevragenlijsten altijd af zoals beschreven in de handleiding van het instrument. Wijk u af, bijvoorbeeld door vragen voor te lezen, beargumenteer dit dan in het rapport. In de Algemene Standaard Testgebruik van het NIP staat dat afwijken van de voorgeschreven testafnameprocedure bij voorkeur gelegitimeerd wordt door literatuurgegevens. Wees voorzichtig bij de interpretatie: houd een slag om de arm en geef een beschrijving van tendensen. Het gaat bij het beantwoorden van zelfrapportagevragenlijsten niet alleen om leesvaardigheid en woordenschat, maar ook om (zelf)reflectie. Mensen met beperkte (verbale) capaciteiten komen soms in de problemen als u hen vraagt zich te verplaatsen in een bepaalde situatie of in de ander, of als u een bepaalde tijdsperiode aanduidt (Landelijk Kenniscentrum LVG, 2012).

De SEO-R brengt de sociaal-emotionele ontwikkeling in kaart. Het is een experimentele lijst zonder validering. Verder kan de schaal voor het sociaal-emotioneel ontwikkelingsniveau (ESSEON-R) door informanten als ouders, leerkrachten of gedragsdeskundigen worden ingevuld. De sociale redzaamheidsschaal voor verstandelijk gehandicapten van hoger niveau (SRZ-P) onderzoekt de mate van sociale redzaamheid. De schaal moet ingevuld worden door personen die zicht hebben op het dagelijks functioneren van de betrokkene. De twee laatstgenoemde instrumenten hebben echter matige beoordelingen gekregen van de COTAN. Zoals eerder beschreven, is er speciaal voor mensen met een verstandelijke beperking de Seksuele Kennis Attitude Vaardigheden en Ervaringsvragenlijst (SKAVE), waarmee kennis van, ervaringen met en attitude ten opzichte van seksualiteit wordt onderzocht.

3.9.13 *Traumatisering*

De ZIL is een screenende zelfrapportagevragenlijst die aanwijzingen kan geven voor het bestaan van een posttraumatische stressstoornis (PTSS). Voor uitgebreider onderzoek is er het classificerende instrument KIP. De DES is een zelfinvullijst kunt u gebruiken als screeningsinstrument voor dissociatie. Een langere zelfinvullijst en eveneens een screener

op dit gebied, is de DIS-Q. Deze vragenlijst bestaat uit vier subschalen. Geen screener, maar een diagnostisch instrument is de SCID-D. Het is een semigestructureerd interview, waarmee naast classificatie van dissociatieve stoornissen ook de aanwezigheid en de ernst van vijf kernsymptomen van PTSS kan worden vastgesteld.

3.9.14 *Verslaving*

Beoordelingsinstrumenten waarmee u (de ernst van) verslaving in kaart kunt brengen zijn de MATE-crimi en EuropASI. De MMPI-2 heeft een subschaal die een uitspraak doet over verslavingsgevoeligheid en een subschaal die een indicatie geeft over het toegeven aan verslaving.

3.9.15 *Psychopathie*

De PCL-R/PCL-YV is de standaard om de mate van psychopathie te bepalen. De PCL-R/PCL-YV meet psychopathie volgens het concept van Hare. Er worden twee factoren onderscheiden, namelijk het egoïstisch, ongevoelig en zonder wroeging gebruik maken van anderen en chronisch instabiel en antisociaal gedrag. Cook kiest voor een verdeling in drie factoren: het bestaan van een arrogante en leugenachtige gedragsstijl, gebrekkige affectieve beleving en een impulsieve en onverantwoordelijke gedragsstijl. De PCL-R/PCL-YV bestaat uit een interview. Voor de scoring moet u dossierinformatie meenemen. De volgorde van de vragen van het interview hoeft u niet strikt te volgen. U moet getraind en bevoegdheid zijn voor scoring en interpretatie van dit instrument.

Bij de eventuele vaststelling van psychopathie is van belang dat het begrip bij sommige psychische stoornissen enigszins problematisch kan zijn. Verschillende items kunnen een kenmerk van de stoornis op zich zijn of een gevolg daarvan. Dat geldt vooral als er sprake is van een licht verstandelijke beperking, ASS-problematiek en een psychotische stoornis. Dan is het goed om bij een eventueel hoge PCL-R/PCL-YV-score een relativerende opmerking in het rapport op te nemen in verband met die stoornis.

Een alternatieve operationalisatie is de CAPP (Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality). Dit is een checklist ontwikkeld door Cook e.a. De checklist is vooral bedoeld om veranderingen in de aspecten van psychopathie te meten. De CAPP bestaat uit zes brede domeinen (zelfdomein, emotioneel domein, dominantiedomein, hechtingsdomein, gedragsdomein en cognitief domein). De CAPP wordt momenteel wetenschappelijk onderzocht en wordt nog niet gebruikt als diagnostisch (risicotaxatie) instrument in de klinische praktijk.

Een andere conceptualisatie is het triarchische model van Patrick e.a. Dit model omvat drie fenotypische constructen: ontremming, onverschrokkenheid en laaghartigheid, waarbij neurobiologische correlaten worden voorondersteld (TriPM: Nederlandse vertaling van Dongen e.a., Erasmus universiteit).

3.10 Differentiaal-diagnostische overwegingen

In dit hoofdstuk wordt de verzamelde informatie uit de in de voorgaande hoofdstukken beschreven bronnen (voorzorginformatie, anamnese, collaterale informatie, verkregen klinische indrukken en de testresultaten) geïntegreerd tot een diagnostisch beeld van het psychisch functioneren van de onderzochte. Dit onderdeel bestaat uit een beschrijvende diagnose en de daaruit volgende DSM-classificatie. Als het van toepassing is, kunt u de beperktheid van het onderzoek aangeven. Denk hierbij aan procespositie, beperkte onderzoekscontacten, beperkte periode, detentie, situationele stresssituatie door de tenlastelegging, et cetera.

U baseert de beschrijvende diagnose op alle in het rapport geraadpleegde en onderzochte bronnen. Het is niet de bedoeling om een samenvatting van de voorgaande hoofdstukken te maken. Wel is het verhelderend om geconstateerde problematiek te onderbouwen met gegevens uit (liefst meerdere) bronnen. U kunt daarbij ingaan op oorzaken, etiologie, beloop en prognose. Geef ook inzicht in de wisselwerking, wederzijdse beïnvloeding en overgang tussen problematiek met verschillende signatuur (psychiatrisch, persoonlijkheid, intellectueel en cognitief).

U mag de diagnose en classificatie niet onderbouwen met wat betrokkene ten laste is gelegd, ook niet als betrokkene het ten laste gelegde bekend heeft. Het gaat eerst om het vaststellen van een stoornis, dan pas om het vaststellen van het verband tussen stoornis en het ten laste gelegde. Een stoornis mag dus niet uit het ten laste gelegde worden afgeleid. Wanneer betrokkene onschuldig blijkt, dient de diagnostiek overeind te blijven. Soms lijkt dit extra ingewikkeld, bijvoorbeeld bij een pedofiele stoornis terwijl betrokkene niet eerder veroordeeld is voor een dergelijk delict. Bespreek de diagnose pedofiele stoornis in een dergelijk geval ook losstaand van de tenlastelegging met betrokkene. De onderbouwing van de diagnose komt dan tot stand op grond van zijn seksuele fantasieën, gedachten en gevoelens. De diagnose pedofiele stoornis blijft zo overeind, ook als betrokkene vrijgesproken wordt.

Op grond van de beschrijvende diagnostiek moet indien mogelijk zicht worden verkregen op de volgende domeinen: a) het intellectueel functioneren, b) het systeem en de sociale context waarin betrokkene leeft/functioneert, c) de objectief en subjectief waarneembare symptomen, syndromen en persoonlijkheidsstoornissen volgens de DSM-5 en d) de hechtingsstijlen. U geeft aan welke beperkingen uit de diagnostische overwegingen voortvloeien en welke handicaps deze opleveren. Hier ligt de kern van de forensisch psychologische diagnostiek. Het beschrijven van gestoorde psychische functies is forensisch relevanter dan gedetailleerde diagnostiek/classificatie op basis van DSM5 (Beukers, 2017). Geef indien relevant of van toepassing inzicht in de impulsbeheersing, agressieregulatie, het geweten, de frustratietolerantie, de culturele aspecten en differentiaal-diagnostische overwegingen. De classificatie van de DSM-5 kunt u in een voetnoot in het rapport weergeven.

3.11 Forensisch psychologische beschouwing

In dit hoofdstuk gaat het er vooral om dat duidelijk omschreven wordt of er een samenhang bestaat tussen de eventueel aangetroffen problematiek of pathologie (zoals verwoord in paragraaf 3.10) en het ten laste gelegde. Voor de diagnose kunt u nadrukkelijk niet volstaan met alleen een DSM-5-classificatie.

Bij de (deels) ontkennende verdachte kunt u op basis van de tenlastelegging een werkhypothese formuleren. Dit illustreert nogmaals het belang van het samenvatten van de gerechtelijke stukken. Op basis van de werkhypothese kunt u een reconstructie maken van de gedragskundig relevante factoren rond het ten laste gelegde.

Verband diagnose en ten laste gelegde

U begint met het beschrijven van de eventuele grenzen aan de onderzoekbaarheid van betrokkene, in hoeverre er sprake is geweest van een weigerende en/of ontkennende procespositie en welke invloed dit heeft op de conclusies.

Omschrijf vervolgens of er een relatie bestaat tussen de eerder vastgestelde stoornis en het ten laste gelegde en hoe dat verband er uit ziet. Welke aspecten of symptomen voortkomend uit de stoornis hebben op welke wijze en in welke mate invloed gehad op het handelen van betrokkene ten tijde van het ten laste gelegde? Het uitgangspunt in het strafrecht is volledige verantwoordelijkheid voor het handelen, waarbij sprake is van keuzevrijheid van het individu bij diens handelen en gedragingen. Dit onderdeel van het pro Justitia onderzoek gaat over het vaststellen of er sprake is van een eventuele inperking van die keuzevrijheid op grond van (bepaalde aspecten van) een stoornis. Enkel aangeven dat de stoornis van invloed is geweest, is onvoldoende en ontoereikend. U beschrijft hoe bij deze persoon de aard en de ernst van de symptomen of kenmerken van de stoornis een zodanige rol hebben gespeeld, dat daardoor de keuzevrijheid is ingeperkt. Hierbij moet de stoornis niet los van de context worden beschouwd. Het is juist de bedoeling dat u aandacht besteedt aan de wisselwerking tussen een stoornis en de situatie van het ten laste gelegde. In bepaalde situaties is een stoornis of sommige componenten daarvan meer van invloed dan in andere situaties. Als voorbeeld een relatiedelict: de stoornis kan zodanig zijn dat betrokkene in andere situaties goed functioneert, maar in een relatie wordt aangesproken op zijn zwakke punt. Bijvoorbeeld als betrokkene geneigd is tot het aangaan van symbiotische relaties. De interactie tussen de stoornis en deze omstandigheden kan dan leiden tot een inperking van de keuzemogelijkheden, dus een doorwerking van de stoornis op het ten laste gelegde, terwijl dat bij een inbraak niet het geval hoeft te zijn.

U geeft ook aan in hoeverre het binnen het vermogen van betrokkene ligt om het ten laste gelegde na te laten of anders te handelen dan hij deed, dus een andere keuze te maken. Verder kan het voorkomen dat symptomen van een stoornis niet van invloed zijn geweest op de gedragskeuzemogelijkheden van betrokkene bij het plegen van het ten laste gelegde. Bijvoorbeeld iemand met een waanstoornis die fraude pleegt om een uitkering te krijgen.

Geef ook aan of en welke beschermende factoren bij betrokkene aanwezig zijn en hoe deze van invloed zijn geweest ten tijde van het ten laste gelegde.

Betreft het meerdere strafbare feiten? U geeft dan per strafbaar feit aan hoe en op welke manier de verschillende aspecten van de eventueel gevonden stoornis hebben doorgewerkt ten tijde van de afzonderlijke feiten. De doorwerking kan per feit verschillen. Als bij al die feiten hetzelfde appèl op de stoornis gedaan wordt, dan kunt u dat vermelden. Op grond daarvan kunt u die feiten dan samennemen en als één feit behandelen in het advies over het toerekenen.

Baseer de onderbouwing van het verband tussen diagnose en ten laste gelegde alleen op gegevens die in de eerdere rapportonderdelen vermeld zijn en vermeld hier geen nieuwe informatie. Het verband moet inzichtelijk, logisch en navolgbaar voortvloeien uit de voorgaande verslaglegging.

3.11.1 *Advies over het toerekenen*

De rechter vraagt de gedragsdeskundige informatie over de *doorwerking* van de eventueel geconstateerde gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens op het gedrag ten tijde van de tenlastelegging, en een advies over de stafrechtelijke relevantie van die doorwerking. Het gaat over de invloed van de stoornis op het handelen ten tijde van het plegen van het ten laste gelegde. U adviseert gedragskundig vanuit de beschrijving van *de relatie tussen stoornis en ten laste gelegde*, zoals die is gegeven in de forensisch psychologische beschouwing, of en zo ja in welke mate de stoornis heeft doorgewerkt. Het is aan de rechter om daar vervolgens de consequentie uit te trekken voor het al dan niet, of in een verminderde mate, toerekenen van het ten laste gelegde. Dit wordt onder meer tot uitdrukking gebracht in het vonnis. Artikel 39 WvSr stelt 'niet strafbaar is hij die een feit begaat dat hem wegens de gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis der geestvermogens niet valt toe te rekenen'. Bij niet toerekenen komt dit tot uitdrukking in ontslag van rechtsvervolging en dus het achterwege blijven van straf en bij verminderd toerekenen kan dit tot uitdrukking komen in een lagere straf. Daarnaast is er de mogelijkheid tot het opleggen van strafrechtelijke maatregelen, gericht op het verminderen van de kans op herhaling van een feit als ten laste gelegd.

De standaardvraagstelling vraagt in vragen 4b en 4c naar de conclusie met betrekking tot het *advies* over de mate van het toerekenen. Deze conclusie baseert u op de wijze waarop en de mate waarin de stoornis betrokkene's gedragskeuzes beïnvloedde ten tijde van het ten laste gelegde. Het gaat hier nadrukkelijk om een *advies*. Het is aan de rechter om hierover te *oordelen*. Er bestaan geen meetinstrumenten die de exacte mate van toerekenen aangeven. Over het advies van de mate van toerekenen bestaat al enige tijd discussie.

De nieuwe standaardvraagstelling die is ingegaan op 1 september 2016 maakt een onderscheid in drie oriëntatiepunten (toerekenen, in een verminderde mate toerekenen, niet toerekenen). Binnen de *range* 'in een verminderde mate toerekenen' moet gedragskundig nader worden

geëxpliciteerd in hoeverre de sturingsmogelijkheden en keuzevrijheid van betrokkene op basis van de stoornis werden ingeperkt ten tijde van het plegen van het ten laste gelegde. U geeft vanuit het onderzoek goed onderbouwd aan welke relatie er is tussen de verschillende aspecten van de gevonden stoornis en de strafbare feiten. Centraal staan de vragen op welke wijze en in welke mate die aspecten hebben doorgewerkt bij het plegen van die feiten. Hoe sterker het verband tussen de stoornis en het ten laste gelegde, des te meer wordt daar in de strafrechtelijke beoordeling rekening mee gehouden. Bij een objectief gezien ernstige stoornis, maar een zwak verband tussen die stoornis en het plegen van een strafbaar feit, kan bijvoorbeeld tot dezelfde mate van strafrechtelijke toerekening worden geadviseerd als bij een relatief milde stoornis maar een sterk verband. Er zijn dus geen vaste relaties tussen typen stoornissen en een advies over de verschillende maten van toerekenen. U moet vooral de *mate* van doorwerking, de wijze waarop deze doorwerking plaatsvindt en de *inperking van de keuzevrijheid vanuit de stoornis* uitwerken. Dit dwingt de gedragsdeskundige om een weging te maken van de ernst van de stoornis en de mate van doorwerking daarvan ten tijde van het ten laste gelegde middelen gebruik verdient een aparte toelichting. Als het feit niet zou hebben plaatsgevonden als betrokkene bepaalde middelen, bijvoorbeeld alcohol, niet had gebruikt, dan wordt het ten laste gelegde in principe toegerekend aan betrokkene. Hij heeft zich met opzet in een potentieel gevaarlijke situatie begeven door alcohol te gebruiken, wetende dat het beoordelingsvermogen en de impulscontrole daardoor aangetast kunnen worden. Hierop kan echter ook weer een uitzondering gemaakt worden, als u het middelengebruik ziet als ernstige verslavingsziekte en/of deel uitmakend van een comorbide gediagnosticeerde stoornis. Beschrijf dan welke functie het middelengebruik heeft voor betrokkene en hoe die functie te plaatsen is binnen de stoornis als geheel.

NB: Het is niet aan de gedragsdeskundige om zich uit te laten over juridische begrippen als noodweer, noodweereces, psychische overmacht en culpa in causa. De rechtbank oordeelt of hier mogelijk sprake van is geweest gezien de omstandigheden. Wel levert de gedragsdeskundige bouwstenen aan, zeker waar het gaat om culpa in causa; de gedragsdeskundige schrijft immers over de verslaving en in hoeverre betrokkene de keuze heeft om al dan niet af te zien van middelengebruik.

3.11.2 *Risicoanalyse en prognose*

Inleiding

De inschatting van het recidiverisico en de communicatie daarvan naar de beslissers in het recht en de ketenpartners wordt zo veel als mogelijk gebaseerd op wetenschappelijke onderbouwing. Het NRGD eist ook dat bij een pro Justitiaonderzoek een gestructureerde professionele risicoanalyse plaatsvindt. Is dat om bepaalde redenen niet mogelijk, dan moet dit expliciet worden beschreven in de rapportage.

Binnen de NIFP-richtlijn voor de psychologische rapportage vormt gestructureerde professionele risicoanalyse dan ook een onontbeerlijk bestanddeel. Uiteraard staat dit onderzoek niet op zichzelf, maar hangt het onlosmakelijk samen met de andere onderdelen van de rapportage.

Bij alle modaliteiten van onderzoek wordt in ieder geval een geïndividualiseerde risicoanalyse gemaakt op basis van een inschatting van de kans op recidive. Dit doet u bij voorkeur via klinisch gestructureerde risicotaxatie aan de hand van daarvoor ontwikkelde risicotaxatie-instrumenten. De risicoanalyse en -prognose zijn resultanten van de integratie van het klinisch oordeel en klinisch gestructureerde risicotaxatie.

Op basis van literatuuronderzoek en empirische bevindingen zijn in het buitenland diverse instrumenten ontwikkeld om de risicoanalyse een sterkere wetenschappelijke onderbouwing te geven. Enkele van deze instrumenten zijn ook in het Nederlands vertaald en deels bij de Nederlandse populatie onderzocht (Spreeen, Willems & Bogaerts, in review). De in Nederland meest gebruikte instrumenten voor een algemene risicotaxatie zijn de HKT-R en de HCR-20^{V3}. Vanaf 2019 zal de FARE (Forensisch Ambulante Risico Evaluatie) binnen de ambulante forensisch psychiatrische zorg worden ingezet als gezamenlijk risicotaxatie en -evaluatie instrument. Dit vooral ten behoeve van de Routine Outcome Monitoring. Doordat dit instrument specifiek voor de ambulante forensische zorg is ontwikkeld, zal het instrument net als de RISC (Recidive Inschattingen Schalen) van de Reclassering weinig bruikbaar zijn voor rapporteurs. Aangezien risicotaxatie instrumenten bedoeld zijn voor het beoordelen van het risico van interpersoonlijk geweld⁸, is het nodig duidelijk te omschrijven wat er verstaan wordt onder 'geweld'. Geweld vindt plaats als een persoon een handeling uitvoert (of niets doet), met enige mate van intentie, die lichamelijke of ernstige psychische schade veroorzaakt of had kunnen veroorzaken bij een andere persoon of personen (De Vogel et al., 2013).⁹ Bij een risicoanalyse gaat het in de eerste plaats om in de persoon gelegen factoren die het risico van toekomstig geweld verhogen en om een specifiek strafbaar feit. Dit wordt tot uitdrukking gebracht in het verband tussen de stoornis en het ten laste gelegde. Ongeacht of er sprake is van een verband, kan er toch sprake zijn van een risico van toekomstig geweld in zijn algemeenheid. De kans op toekomstig geweld wordt zelfs sterker onderbouwd door andere factoren dan alleen de psychische stoornis. Dit geldt eveneens voor (gewelddadige) zedendelicten, waarbij een stoornis afwezig kan zijn dan wel niet risicorelevant is. Juist deze factoren zijn opgenomen in de risicotaxatie-instrumenten. Dat betekent dat risicotaxatie-

⁷ Voor een overzicht van de geschiedenis en ontwikkeling van de verschillende vormen van risicoanalyse zij verwezen naar De Vogel, De Vries Robbé, Bouman, Chakhssi & De Ruiters (2013).

⁸ Dat wil niet zeggen dat de HCR-20^{V3} schade aan goederen niet zou kunnen voorspellen, maar daarvoor is het instrument in oorsprong niet ontworpen (De Vogel et al., 2013).

⁹ Voor een uiteenzetting over het onderscheid en de overeenkomsten tussen lichamelijke en psychische schade zie De Vogel et al. 2013, p. 70 e.v..

instrumenten een (statistische) inschatting geven van toekomstig geweld op groepsniveau, niet noodzakelijk stoornisgerelateerd.

De volgende vragen zijn van belang bij het maken van een inschatting van de kans op recidive:

- a. Welke elementen van de *stoornis* van deze persoon leiden tot een verhoogd risico van toekomstig geweld?
- b. Welke *andere factoren*, los van de *stoornis*, die het risico van toekomstig geweld verhogen kunnen door risicotaxatie-instrumenten in beeld gebracht worden?
- c. Als er sprake is van een *stoornis* wordt de vraag gesteld: Welke situationele en relationele factoren kunnen de *stoornis* zodanig beïnvloeden dat zij daardoor bijdragen aan een verhoogd recidiverisico? Samengevat: hoe is de *interactie* tussen a. en b. en hoe moet die interactie gewogen worden in verband met de kans op recidive?

Een combinatie van factoren op deze drie terreinen vormt de uiteindelijke risicoanalyse die is aan te merken als het gestructureerd professioneel oordeel (Structured Professional Judgment). Daarbij worden zowel de resultaten van de risicotaxatie-instrumenten als het klinische, geïndividualiseerde oordeel van de onderzoeker in aanmerking genomen (De Vogel et al., 2013). Behalve de risicoverhogende aspecten van het individu en zijn sociale omgeving, zijn er ook factoren (bij de persoon) die een beschermende functie tegen het risico van geweld vormen. De meeste instrumenten houden nauwelijks rekening met beschermende factoren die het recidiverisico kunnen reduceren. Daarom is een instrument ontwikkeld dat de beschermende factoren in beeld brengt. Dit betreft de SAPROF. Deze wordt in aanvulling op de algemene risicotaxatie-instrumenten gebruikt.

Aan de hand van de risicofactoren kunnen er strategieën worden ontwikkeld om het recidiverisico te beperken, het zogenoemde risicomangement.

Gestructureerd professioneel oordeel en risicomangement

Een belangrijk voordeel van het gestructureerde professionele oordeel is de integratie van zowel de klinische, geïndividualiseerde inschatting van het recidiverisico als statische en dynamische risicofactoren en het feit dat de resultaten kunnen worden gebruikt voor risicomangement. Daarnaast wordt de beoordelaar door het gebruik van risicotaxatie-instrumenten gedwongen alle informatie in de dossiers te bestuderen. Vervolgens moeten alle relevante factoren (zoals opgenomen in het instrument) beoordeeld en gewogen worden op relevantie en ernst. De instrumenten leiden tot gemeenschappelijke taal en meer eenheid tussen beoordelaars. Uit onderzoek (De Vogel, 2005) blijkt dat risicoanalyses die zijn gebaseerd op het gestructureerde professionele oordeel, beter gewelddadige recidive voorspellen dan risicoanalyses die anders zijn uitgevoerd¹⁰.

¹⁰ Een gedetailleerde beschrijving van de verschillende methoden van risicoanalyse is te vinden in Douglas en Reeves (2010) en Harte en Breukink (2010).

Daarbij is van belang dat studies over risicotaxatie-instrumenten steeds grote groepen betreffen en dus een resultaat opleveren gebaseerd op statistische gegevens. Dat impliceert dat de afname van een dergelijk instrument bij een bepaalde persoon steeds een resultaat oplevert waarbij sprake is van een grote of kleine kans op geweld in de toekomst. In het sec afnemen van een risicotaxatie-instrument schuilt ook het gevaar dat de suggestie gewekt wordt van een wetenschappelijke basis voor de daarop gebaseerde uitspraken. Dit terwijl op grond van alleen de afname van een dergelijk instrument niet duidelijk is in welke groep *dit* individu valt. De resultaten van het gestructureerde risicotaxatie-instrument moeten steeds ‘vertaald’ worden naar de situatie rond *dit* individu, in *die* specifieke situatie, op *dat* moment. Daar komt de extra kennis van de onderzoeker over dit individu in beeld. Het risico bestaat dat het gebruik van de instrumenten bij rapportage voor de rechtbank leidt tot pseudo-objectiviteit en dat de rechtbank de scores verkeerd interpreteert. Wanneer daar de geindividualiseerde inschatting aan toegevoegd wordt, de factoren ingeschat worden op hun relevante bijdrage aan de kans op geweld en ook in aanmerking genomen wordt of het gaat om een cruciale factor, dan ontstaat er meer evenwicht in het oordeel op de kans op recidive. Kortom de combinatie van alle bronnen levert de meest betrouwbare informatie op voor een inschatting van de kans op gewelddadig gedrag van dit individu in de toekomst.

Risicoanalyse en pro Justitiarapportage

In Forensisch Psychiatrische Centra (FPC's) wordt vaak gewerkt met de zogenaamde consensusmethode (De Vogel 2005; Staatscourant, 2007). Deze methode houdt in dat er in een multidisciplinair team een risicoanalyse wordt opgesteld. Daarbij vindt een gedegen afweging plaats vanuit de verschillende disciplines. Het streven is zo tot consensus te komen over de aard van de risicofactoren, het recidiverisico en het daarop gebaseerde risicomangement bij een individuele patiënt¹¹.

De consensusmethode kan niet zo maar ingezet worden in de praktijk van pro Justitiarapportage. Bij een ambulante forensisch onderzoek worden verdachte personen onderzocht en in de tbs-kliniek verblijven veroordeelde patiënten. Anders dan in een behandelkliniek wordt de risicoanalyse hier verricht door een of twee onderzoekers, waardoor er op zijn hoogst beperkt sprake is van een multidisciplinair team. In geval van een multidisciplinair onderzoek bij pro Justitiarapportage kan er tot op zekere hoogte sprake zijn van de consensusmethode. Het advies is om binnen het overleg met de mederapporteur ook de risicoprognose te bespreken. In geval van monodisciplinair onderzoek kan de consensusmethode niet worden benut. Het advies is dan ook risicotaxatieinstrumenten te hanteren en hier de (eventuele) beperkingen bij aan te geven.

¹¹ Voor meer informatie over deze methode zij verwezen naar Andrews, Bonta & Wormith (2010), Andrews (2012) en De Vogel et al. (2013).

Bij een pro Justitiaonderzoek door twee rapporteurs kan er dus wel overleg gepleegd worden, maar dan zijn er nog andere factoren die in grote mate verschillen van de situatie in een kliniek. Dergelijke onderzoeken zijn in zekere zin momentopnames. Continue observatie zoals die wel aanwezig is in een kliniek ontbreekt. Zoals benoemd, gaat het bovendien om verdachten. Ze zijn dus (nog) niet veroordeeld en bij hen heeft nog geen enkele vorm van behandeling plaatsgevonden. Een aantal klinische en vaak ook op de toekomst gerichte items is daarom nauwelijks of niet te scoren. Toch wordt ook bij deze pro Justitiarapportages onder meer de vraag gesteld naar de kans op recidive.

De instrumenten zijn gericht op het inschatten van de kans op een gewelddadig feit in de toekomst. Bij verwervingscriminaliteit zonder (psychisch) geweldaspect is een dergelijk uitvoerige risicoanalyse niet aangewezen.

Het risicoanalyseonderzoek is overigens niet dwingend afhankelijk van een eventuele vermindering in de mate van toerekenen (wel stoornis, geen verband met het ten laste gelegde) of de afwezigheid van een stoornis. Dit past bij de zich al langer aandienende ontwikkeling van stoornisdenken naar risicodenken in de maatschappij, maar ook de wetenschappelijke ontwikkelingen. Zo is het gewicht van een stoornis binnen grote empirische studies over delicten en recidives doorgaans klein (Beukers, 2017) en blijkt het gewicht van andere risicofactoren doorgaans groter. Zeker binnen de forensisch psychiatrische behandelsettings zijn in het verlengde hiervan de 'what works principes' dominant, waarbinnen het risk-need-responsivity ('RNR') model centraal staat. Risico's (risk) in de zin van criminogene factoren vormen hier het uitgangspunt. Uit grote empirische studies komen vier centrale risicofactoren naar voren (de 'Big Four' van Andrews & Bonta): Antisociale cognities, antisociaal netwerk, antisociaal gedrag en antisociaal persoonlijkheidscomplex. Vanuit het risicoprincipe volgt dat hoe hoger het risico is, des te intensiever de behandeling. Bij laag risico is behandeling in principe niet geïndiceerd. Vanuit het needprincipe (criminogene behoeften) volgt dat de behandeling gericht dient te zijn op de dynamische (en hiermee beïnvloedbare) risicofactoren. Vanuit het responsiviteitsprincipe (responsiviteit cq beïnvloedingsmogelijkheden) volgt dat bij de behandeling dient te worden rekening gehouden met de specifieke eigenschappen van de delinquent en dat behandeling/interventie dient te worden aangeboden zoals het (wetenschappelijk) bedoeld is.

De standaardvraagstelling vertrekt evenwel vanuit de stoornis cq gestoorde psychische functies bij de onderzochte. In het verlengde hiervan dienen gedragsdeskundigen binnen hun expertise te blijven, dat wil zeggen het opsporen van relevante psychopathologie, het beschrijven van de doorwerking hiervan in het tenlastegelegde uitmondend in een gedragskundig advies met betrekking tot het toerekenen, het opstellen van een primair op psychopathologie gebaseerde risicoprognose en het geven van een interventieadvies om het recidiverisico terug te dringen. Het aanleveren van statistische informatie over geweldsrisico's is niet per se in strijd hiermee, maar kent hierdoor wel grenzen binnen het gedragsdeskundige onderzoek pro Justitia. Zo valt het aanleveren van basale criminogene informa-

tie (bijvoorbeeld dat mannen meer kans hebben op het plegen van geweld in het algemeen dan vrouwen en dat jongvolwassenen meer kans hebben dan ouderen) wellicht buiten de verantwoordelijkheid van de psycholoog. De rapporteur kan weliswaar (statistisch) historische risico-indicatoren noemen, maar dient hierbij dan wel te vermelden dat het hier statistische informatie op groepsniveau betreft en dat deze risico's niet (persé) stoornisgerelateerd zijn, noch noodzakelijk voor de thans onderzochte hoeven te gelden.

Weigerende en/of ontkennende verdachten en risicoanalyse

Andere complicerende factoren doen zich voor bij weigerende en/of ontkennende verdachten. Soms kunt u bij een ontkennende verdachte wel onderzoeken of er sprake is van een stoornis die mogelijk heeft doorgewerkt bij het plegen van een gewelddadig feit. U schat dan in of er een kans op hernieuwd geweld in de toekomst is, waarbij die stoornis opnieuw een dergelijke rol kan spelen. Bij weigerende verdachten kunt u op zijn hoogst een inschatting maken van een stoornis en de eventuele doorwerking ervan op het ten laste gelegde op basis van een dossierstudie. Dat betekent dat een inschatting van het recidivegevaar op grond daarvan hoogstens hypothetisch te formuleren is. Veelal vindt de gedragsdeskundige een dergelijke inschatting te speculatief. Hij beperkt zich dan tot een samenvatting van het dossier zonder daaraan verdergaande conclusies te verbinden (zie ook de NIFP-brochure: Weigeren, ontkennen en 'verlies van geheugen'). Een inschatting van het risico van toekomstig geweld aan de hand van risicotaxatie-instrumenten is misschien wel te maken op basis van alleen een dossierstudie (denk hierbij aan historische indicatoren van de HCR-20^{v3}, de HKT-30 en de Static-99R). Ook hier dient u dan wel te vermelden dat het hier statistische informatie op groepsniveau betreft en dat deze risico's niet (persé) stoornisgerelateerd zijn, noch noodzakelijk voor de thans onderzochte hoeven te gelden. Bij verdachten die het ten laste gelegde ontkennen, maar wel meewerken aan het onderzoek, kan het onderzoek naar de geestvermogens doorgaans wel worden verricht. Het ten laste gelegde is niet bespreekbaar, wat het beoordelen van de eventuele doorwerking van aspecten van die stoornis bij het ten laste gelegde bemoeilijkt. Een risicoprognostisch uitspraak is dan afhankelijk van het verloop van het onderzoek, beschikbare collaterale informatie en eventuele eerdere (vergelijkbare) delicten.

Meetinstrumenten voor risicoanalyse

Ook bij de keuze voor gestructureerde risicotaxatie-instrumenten is het niet de bedoeling om het gebruik van specifieke instrumenten voor te schrijven.

Er zijn algemene risicotaxatie-instrumenten en instrumenten die meer toegespitst zijn op een bepaald probleemgebied of op een bepaalde stoornis. De algemene risicotaxatie-instrumenten (HCR-20^{v3} en de HKT-R) zijn zowel van toepassing op mannen als vrouwen, ook al zijn ze voornamelijk ontwikkeld en onderzocht binnen een mannelijke populatie.

Van belang voor een goede risicoanalyse zijn de beschermende factoren, zoals geformuleerd

bij de SAPROF. Dit instrument kunt u afnemen in combinatie met algemene risicotaxatie-instrumenten. Bovendien levert de SAPROF aanknopingspunten op voor interventies ter verlaging van het recidiverisico.

Er zijn aanvullende instrumenten die specifiek ingaan op factoren voor vrouwen (zoals de FAM). Uit de literatuur is gebleken dat een risicoanalyse van geweld bij vrouwen wezenlijk verschilt van die bij mannen. De FAM kan niet zelfstandig, maar alleen in combinatie met de HCR-20^{v3} of de HKT-R gebruikt worden (De Vogel, De Vries Robbé, Van Kalmthout & Place, 2011). Speciaal gericht op zedendelicten zijn de STATIC-99-R, STABLE-2007 en ACUTE-2007. Deze SSA-methodiek vervangt de SVR-20. Ze hebben in gezamenlijk gebruik als voordeel dat er een statistisch risico kan worden geïndiceerd (STATIC-99-R) én relevante dynamische (te behandelen) risicofactoren geëxpliciteerd (STABLE-2007). Dit kan eventueel ook voor de korte termijn, bijvoorbeeld bij het inschatten van risico's bij verlof (ACUTE-2007). Voor relationele delicten en huiselijk geweld komen de SARA, B-SAFER en SAM in beeld. Voor stalking is eveneens een speciaal instrument ontwikkeld, de Stalking Risk Profile (SRP). Het doel van de SRP is klinici te helpen bij het beoordelen van stalkers door op een gestructureerde manier een inschatting te maken van het soort risico en de gradatie van het potentiële risico in een specifieke casus. Met de SRP maakt u naast het risico op geweld ook een gestructureerde inschatting van het risico op volharding van stalking, terugval in stalking en psychosociale schade. Het instrument houdt rekening met de specifieke risicofactoren die van belang zijn bij stalking van publieke personen. Uit onderzoek blijkt dat het risico per type stalker sterk kan variëren, mede afhankelijk van de motivatie die ten grondslag ligt aan de stalking. De SRP gaat uit van de door Mullen en zijn collega's ontwikkelde motivationele typologie van stalkers. Dit classificatiesysteem kent vijf typen stalkers, ingedeeld op basis van hun primaire en voortdurende motivatie voor de stalking, de context waarin de stalking zich voordoet, de relatie tussen stalker en slachtoffer en de psychiatrische diagnose van de stalker. Met de SRP komt de gebruiker uiteindelijk door middel van het gestructureerd professioneel oordeel tot een weging van het risico (laag, matig of hoog) per risicodomein (risico van geweld, volharding en terugval; Mullen e.a., 2014). Bij een verdachte met een verstandelijke beperking kunt u de DROS gebruiken, hoewel ook de HCR-20^{v3} en de HKT-R daarvoor bruikbaar zijn. De DROS brengt de dynamische (en dus veranderbare) factoren die samenhangen met een verstandelijke beperking goed in kaart en de HCR en de HKT doen dat niet. Voor verslaafden is ook een speciaal instrument ontwikkeld, genaamd RIVJU. Uit onderzoek is gebleken dat de HCR-20^{v3} voor etnische minderheden de kans op toekomstig geweld even goed inschat als bij de autochtone populatie (Fuji, Tokioka, Lichten & Hishinuma, 2005; Snowden, Gray & Taylor, 2010). Bijlage 3 besteedt kort aandacht aan deze specifieke risicotaxatie-instrumenten. De SAVRY is een algemeen risicotaxatie-instrument om gewelddadig gedrag bij jongeren in te schatten. De SAVRY wordt gebruikt voor taxaties bij zowel mannelijke als vrouwelijke adolescenten. De J-SOAP is een risicotaxatie-instrument meer specifiek gericht op jeugdige

zedendelinquenten tussen 12 en 18 jaar. De SAPROF-YV brengt beschermende factoren gestructureerd in beeld. Dit instrument levert evenals de versie voor volwassenen aanknopingspunten voor interventies en in het verlengde daarvan recidivevermindering.

Samenvatting risicoanalyse

Risicoanalyse komt tot stand door te onderzoeken welke elementen uit de ontwikkeling en eventuele scheefgroei van het individu tot een stoornis hebben geleid en doorwerkten in het plegen van het ten laste gelegde. Vervolgens brengen risicotaxatie-instrumenten (deels) andere factoren in beeld die daarbij een rol gespeeld hebben. Ook worden situationele en relationele factoren hierbij betrokken.

Het afnemen van risicotaxatie-instrumenten gecombineerd met het klinische, geïndividualiseerde oordeel bepalen de ernst van het risico. Met het klinische oordeel kent u gewicht toe aan de verschillende cruciale factoren/gestoorde psychische functies die bij deze onderzochte spelen. Zo maakt u een afweging van de relevantie en ernst van de risicovolle én beschermende factoren. Op basis hiervan kan een risicoprognose worden opgesteld. Hierbij kan de te verwachten afwikkeling van het delictscenario (en de kans hierop) worden geschetst waarbinnen volgtijdelijk de risicofactoren en de interactie met stoornisaspecten/functiebeperkingen worden beschreven. Bijvoorbeeld: 'mocht betrokkene zonder steun en toezicht in vrijheid komen te verblijven dan zal hij sociaal-maatschappelijk zich niet kunnen handhaven, zeker als de steun van zus wegvalt die gaat emigreren. Hij zal dan snel ontheemd raken, verloederen, op straat belanden, meer drugs gebruiken, medicatie laten staan, met toenemende psychoticerig tot gevolg. Achterdocht en vijandigheid nemen dan toe, waardoor de kans groot is dat conflicten opnieuw gewelddadig zullen escaleren.'

Bij een risicoanalyse is het van groot belang om niet alleen de kans op nieuwe delicten te benoemen, maar ook te beschrijven om welk type delicten het gaat (recidivering in engere zin, zwaarte van de delicten, risico op escalatie in ernst van de delicten). Vooralsnog wordt het risico weergegeven in de categorieën laagmatig hoog. Het debat is echter gaande om de risicocommunicatie naar de rechter in deze weinig bevredigende categorieën aan te passen. Bij een risicoanalyse is al met al belangrijk dat u door gestandaardiseerde methodes, gecombineerd met het klinisch, geïndividualiseerde oordeel, het hoogst mogelijke niveau van betrouwbaarheid bereikt. U kunt de beschrijvingen van de gebruikte instrumenten opnemen in een bijlage bij het rapport.

3.11.3 Interventieadvies en condities bij volwassenen

In de vorige paragrafen is beschreven wat het eventuele verband is tussen de gediagnosticeerde stoornis en het ten laste gelegde, waarna de risicoprognose is opgesteld. Op basis van deze bevindingen maakt u een inschatting van de beïnvloedingsmogelijkheden van betrokkene.

Deze inschatting maakt u op grond van de intellectuele capaciteiten van betrokkene, zijn vermogen tot zelfreflectie, zijn impulscontrole mogelijkheden, zijn sociale vaardigheden, etc. Belangrijk is inzicht te geven in de mate van probleembesef van betrokkene, of er sprake is van lijdensdruk en hoe groot zijn motivatie is om tot verandering te komen. Betrokkene zal wellicht ten tijde van het onderzoek sterk gemotiveerd zijn om te veranderen, maar het is de vraag of de sociale en maatschappelijke omstandigheden zodanig gunstig zijn, dat zijn motivatie ook na zijn eventuele detentie in stand blijft. Denk bijvoorbeeld aan middelenafhankelijkheid, die niet zo gemakkelijk te behandelen is.

In de laatste paragraaf van de forensisch psychologische beschouwing geeft u eventueel een behandeladvies en adviseert u binnen welk juridisch kader deze behandeling zou kunnen plaatsvinden.

De behandeling moet gericht zijn op terugdringen van het recidiverisico, met in feite eenzelfde uitgangspunt als bij de Stepped Care benadering in de geestelijke gezondheidszorg. Dit houdt in dat als eerste de minst intensieve en invasieve behandeling wordt aangewend. Als dit niet tot significante verbetering leidt, gaat men verder met de volgende, intensievere behandeling.

Bij de advisering van een behandeling binnen een juridisch kader geldt eenzelfde benadering, maar de complexiteit binnen het forensisch onderzoek is groter. Het gaat niet alleen om de ernst van de stoornis, maar ook om de ernst van het ten laste gelegde en het maken van een inschatting van het recidivegevaar, de noodzakelijk en gewenste (behandel- en zorg)interventies en het benodigde beveiligingsniveau. Dit zijn bij uitstek de forensische elementen in het psychologisch Pro Justitia-onderzoek.

Het relatief minst ingrijpende en bij (ambulante) pro Justitia-onderzoek meest geadviseerde juridische kader zijn de 'bijzondere voorwaarden' bij een (deels) voorwaardelijke straf, waar ook o.a. zorg- en behandelinterventies deel van kunnen uitmaken.

Vaak vindt deze behandeling in een ambulante kader plaats, maar het kan ook een klinische behandeling betreffen. Een klinische opname is een intensieve behandeling. Ook de rechtbank weet dit. De strafwetgeving beschouwt een klinische opname als een vrijheidsbenemende maatregel.

Waar de reclassering ook een ambulante behandeling kan adviseren, geldt voor de klinische behandeling dat alleen een gedragsdeskundige dit kan. Bij de bijzondere voorwaarde moet u inschatten of er sprake is van een voldoende motivatie en of de kans op herhaling niet (te) acuut en ernstig is. Een 'tbs met voorwaarden' wordt geadviseerd bij een ernstiger geweldsdelict dat een advies in tbs-kader rechtvaardigt, maar waarbij ingeschat wordt dat de kans op recidive met enige begeleiding, ambulant of klinisch, redelijk onder controle te houden is omdat betrokkene gemotiveerd is voor een behandeling, in staat is om zich aan voorwaarden te houden en een zeker probleembesef heeft.

Als er een sterk verband is tussen stoornis en ten laste gelegde, er sprake is van een ernstig geweldsfeit, de kans op recidive als groot wordt ingeschat, er sprake is van gevaar, en de motivatie van betrokkene voor behandeling gering of afwezig is, dan kunt u een 'tbs met bevel tot verpleging van overheidswege' adviseren. Let op dat u een tbs maatregel advies goed onderbouwt en vervolgens weergeeft of een tbs met voorwaarden passend is dan wel een tbs met dwangverpleging.

Meer informatie over de juridische behandelkaders is beschikbaar via een uitgave over het Gedragskundig advies in strafzaken van het NIFP 'Het juridisch perspectief'.

Ambulante behandeling

Zoals al gezegd is het meest voorkomende advies bij het (ambulante) pro Justitia-onderzoek de ambulante forensische behandeling, op te leggen als bijzondere voorwaarde bij een (deels) voorwaardelijke straf. In dit geval moet u overleggen met de reclassering, aangezien de reclasseringsmedewerker de indicatiestelling daarvoor afgeeft, alsook de beschermde woonvorm (verblijfszorg). De reclassering houdt ook toezicht op naleving van deze bijzondere voorwaarde. U deelt uw overwegingen over de haalbaarheid en uitvoerbaarheid van het advies met de reclassering. Mochten de visies tussen u en de reclasseringsmedewerker niet overeenkomen, beschrijf dit verschil in opvatting dan in de pro Justitia-rapportage.

Klinische behandeling

Een advies om iemand een klinische behandeling te laten ondergaan is ingrijpender dan een ambulante behandeling.

U moet in uw interventieadvies mogelijke aanknopingspunten geven voor de interventie, en wat daarvan te verwachten valt met betrekking tot het voorkomen van herhaling van het ten laste gelegde. U moet dan redeneren vanuit de stoornis(sen) van de onderzochte, de aangetroffen verbanden en de risicoprognose.

Daarnaast is belangrijk dat u benoemt en beargumenteert op welke wijze de gedragsdeskundige aanknopingspunten vorm kunnen krijgen in de interventies in termen van:

- a. Welke mate van behandeling/zorg/verblijf -> *Dominante zorgvraag en zorgbehoefte?* (*Begeleiding, training, behandeling*).
- b. De vorm van noodzakelijke behandeling/zorg/verblijf (Ambulante behandeling, begeleid- of beschermd wonen of klinische behandeling).
- c. De categorale zorg, vooral zorg die bestemd is voor een bepaalde patiëntengroep of specifieke problematiek of stoornis (bijvoorbeeld verslaving, een verstandelijke beperking, zedenproblematiek, autisme, etc.).
- d. Bijzondere aandachtspunten binnen de behandeling/zorg/verblijf.
- e. De mate van beheersniveau (toezicht, controle, structuur, geslotenheid, materieel of immaterieel).

Een bijzondere rol bij de klinische behandeling is weggelegd voor de coördinator indicatiestelling forensische zorg. De indicatiestelling forensische zorg is ondergebracht bij het NIFP en de coördinatoren voeren de onafhankelijke indicatiestelling uit voor onder andere klinisch forensische zorg (en ook beschermd wonen (verblijfszorg) vanuit een intramuraal setting). De indicatiestelling wordt getoetst en (mee) ondertekend door de IFZ-psychiater. De afdeling IFZ spreekt zich binnen de indicatiestelling uit over de mate van verblijfsintensiteit en het beveiligingsniveau.

Op basis van deze indicatiestelling is de afdeling DIZ (Divisie Individuele Zaken) van het Hoofdkantoor DJI verantwoordelijk voor de daadwerkelijke plaatsing van de betrokkene.

De indicatiestelling gebeurt altijd op grond van een gedragsdeskundig oordeel, zoals van de pro Justitia-rapporteur. Benoem daarom met betrekking tot de interventies zo specifiek mogelijk gedragskundige aanknopingspunten en beargumenteer welke vorm van klinische behandeling en welke zorg en beveiliging iemand nodig heeft.

Andere aanbevelingen aan de rapporteur staan beschreven in de schrijfwijzer(s) van de ambulante rapportages zoals:

- a. Benoem bij voorkeur geen termen zoals FPA, FPK, Long-care en dergelijke, omdat dit verwarring kan scheppen en omdat het aan de coördinator indicatiestelling forensische zorg van het NIFP is om een beveiligingsniveau en een verblijfsintensiteit vast te stellen in haar indicatiestelling. De rechter wordt door de reclasering over de indicatiestelling van de coördinator IFZ van het NIFP geïnformeerd en over het type kliniek waaraan wordt gedacht.
- b. Noem in het advies van het rapport géén specifieke naam van een zorginstelling of kliniek. Bij het al op voorhand noemen van een kliniek worden verwachtingen gewekt bij de onderzochten die mogelijk niet kunnen worden gerealiseerd. Ook is het vonnis mogelijk niet uitvoerbaar als de rechtbank de naam van zorginstellingen (klinieken) of anderszins als bijzondere voorwaarden opneemt in een vonnis.
- c. Het wordt afgeraden om als rapporteur vooraf contact te leggen met zorginstellingen of klinieken.
- d. De coördinator indicatiestelling forensische zorg stelt het beveiligingsniveau en de verblijfsintensiteit vast en de indicatiestelling is leidend voor de toeleiding en plaatsing van een verdachte.

De afdeling IFZ stelt het beveiligingsniveau en de verblijfsintensiteit vast, omdat:

- er bij de verblijfaanbieders met verschillende niveaus gewerkt wordt en de afdeling IFZ daar zicht op heeft. Niet iedere FPA of FPK biedt hetzelfde niveau van beveiliging en/of verblijfsintensiteit.
- het huidige toestandbeeld van de onderzochte veranderd kan zijn t.o.v. de periode waarin hij/zij werd onderzocht, waardoor er ook een ander beveiligings- danwel verblijfniveau geïndiceerd is.

Naast de beïnvloedingsmogelijkheden (responsiviteit), geredeneerd vanuit de betrokkene, is ook belangrijk dat u een prognose geeft over de verwachte duur van de interventie indien dat mogelijk is. De achtergrond is, zoals al benoemd, dat een klinische behandeling in een strafkader een vrijheidsbenemende maatregel is. Deze moet in verhouding staan tot de strafmaat (proportionaliteit).

Neem bij vragen met betrekking tot de verschillende combinaties die mogelijk zijn voor wat betreft het niveau van beveiliging en het niveau van de zorg- of verblijfsintensiteit contact op met de afdeling IFZ van het NIFP. U kunt overleggen met de coördinator als u denkt aan het adviseren van klinische zorg. Op die manier kan de coördinator meedenken over de haalbaarheid van een klinisch advies (en de eventuele formulering hiervan) aan de rechtbank. Dat geldt ook voor andere vormen van behandeling, begeleiding en verblijf.

3.11.4 Interventieadvies en condities bij jeugdigen

Hoewel ook bij jeugdigen vaak de ‘Stepped Care’ benadering wordt gehanteerd, wordt de laatste jaren vaker gesproken over ‘Matched Care’. Hiermee wordt bedoeld dat er goed gekeken moet worden naar wat nodig is om recidive te voorkomen en een gunstige ontwikkeling te bevorderen. Als van een steviger aanpak betere resultaten worden verwacht kan dit betekenen dat dit wordt geadviseerd in plaats van een lichtere aanpak met risico van mislukken. Het meest geadviseerde juridisch kader is ook bij de jeugd de ambulante forensische behandeling, als bijzondere voorwaarde bij een (deels) voorwaardelijke straf. De behandeling kan bestaan uit een individuele training of behandeling, maar ook uit een interventie die gericht is op het gezinssysteem. In dat geval is natuurlijk wel van belang dat de ouders gemotiveerd zijn om hieraan mee te werken.

De gedragsbeïnvloedende maatregel (GBM) biedt de mogelijkheid om een combinatie van verschillende interventies op te leggen. Dit zijn bij voorkeur erkende gedragsinterventies. Als u een gedragsbeïnvloedende maatregel overweegt dan is het belangrijk om in een vroeg stadium contact op te nemen met de gedragsdeskundige van de Raad voor de Kinderbescherming. Deze moet namelijk de opdracht geven tot een zogenoemd ‘haalbaarheidsonderzoek’, uitgevoerd door de jeugdreclassering.

Een klinische behandeling (bijvoorbeeld in een verslavingskliniek) kan deel uitmaken van een gedragsbeïnvloedende maatregel. Plaatsing in een gesloten setting behoort echter niet tot de mogelijkheden.

Het meest ingrijpende advies bij jeugdigen is de PIJ-maatregel (Plaatsing in een Inrichting voor Jeugdigen). De PIJ-maatregel wordt alleen opgelegd aan jongeren, bij wie een ziekelijke stoornis of gebrekkige ontwikkeling van de geestvermogens is vastgesteld. Voor een PIJ-maatregel is altijd het advies van twee gedragsdeskundigen nodig, waarvan er één psychiater is. Ook een voorwaardelijke PIJ-maatregel is mogelijk. Een ingezette GBM of PIJ-maatregel kan na het 18de levensjaar gecontinueerd worden.

Het NIFP/IFZ heeft geen rol in de indicatiestelling voor klinische forensische zorg voor jeugd. Neem tijdig contact op met de jeugdreclassering om te overleggen over de haalbaarheid van het advies. Omdat de Raad voor de Kinderbescherming ook een adviserende taak heeft naar de rechter is het van belang hen eveneens te informeren over het voorgenomen advies.

De gemeente is financieel verantwoordelijk voor alle benodigde hulp in het kader van strafrechtelijke beslissingen, genoemd onder de bijzondere voorwaarden in het kader van voorwaardelijke straffen en de maatregelen voorwaardelijke PIJ en de GBM. Hierbij is de eis dat deze hulp is opgenomen in een beschikking of uitspraak van een rechter of het openbaar ministerie. Het is dus van groot belang dat u deze jeugdhulp exact omschrijft. De rechter laat zich hierbij informeren door de Raad voor de Kinderbescherming en de pro Justitia-rapporteur. Van u wordt daarom bij de advisering verwacht dat u in het advies specifiek benoemt welke behandeling nodig is, voor welke periode en waar die geboden wordt.

3.12 Beantwoording van de vragen

Bij dit essentiële onderdeel van de rapportage is het van belang om kernachtig de vragen van de rechtbank te beantwoorden. Benoem die elementen uit de analyse die voor de beantwoording van de vraag belangrijk zijn en vermijd zo veel mogelijk een letterlijk ‘knippen en plakken’ van de forensisch psychologische analyse. Het wordt afgeraden om bij de vragen slechts te verwijzen naar de forensisch psychologische analyse, en aangeraden om juist beknopt de vragen te beantwoorden, als een soort samenvatting van de forensische analyse.

3.13 Afronding van onderzoek en rapportage

De afronding van het onderzoek en rapportage heeft betrekking op het overleg met de (jeugd)reclassering (en bij jeugd: de Raad voor de Kinderbescherming), de mederapporteur (indien van toepassing) en de bespreking van het rapport met betrokkene.

Overleg met de (jeugd)reclassering

De (jeugd)reclassering kan optreden als referent bij het onderzoek, zeker als in het verleden sprake is geweest van toezicht. Deze informatie dient opgenomen te worden bij ‘informatie van derden.’ De (jeugd)reclassering kan echter daarnaast ook optreden als (mede-) uitvoerder van adviezen voor (ambulante) behandeling. Bespreek daarom de wenselijkheid en haalbaarheid van een behandeladvies met de (jeugd)reclassering. De (jeugd)reclassering moet na het vonnis toezien op de uitvoering van het advies.

Overleg met de mederapporteur

Bij een multidisciplinair onderzoek overlegt u in de afrondende fase (en vaak ook al eerder, bijvoorbeeld over de diagnostiek) met de mederapporteur. U doet beiden onafhankelijk onderzoek en bij de afronding bespreekt u of de conclusies en het advies overeenkomen. Als er verschillen van inzicht bestaan, dan beschrijft u dit beiden aan het einde van het rapport. Meestal gaat het om nuanceverschillen, die geen invloed hebben op het advies in welke mate het delict betrokkene kan worden toegerekend, de inschatting van het recidivegevaar en het behandeladvies. Het kan voorkomen dat een belangrijk verschil van inzicht bestaat. Beschrijf dan wat het verschil in visie is, zodat de rechtbank daar inzicht in krijgt en een eigen afweging kan maken. Dit kan betekenen dat de rechtbank beslist u beiden op te roepen om ter terechtzitting uw visies toe te lichten.

Bespreking van het rapport met betrokkene

Aan het einde van het onderzoek wordt het rapport met betrokkene besproken, in principe in een laatste gesprekscontact. Conform de wet- en regelgeving heeft betrokkene het recht om correcties aan te brengen in het conceptrapport voor verzending naar de opdrachtgever. Daartoe is inzage in het conceptrapport noodzakelijk. Het correctierecht houdt in dat betrokkene feitelijke onjuistheden in de auto-anamnestiche gegevens mag laten corrigeren. Het correctierecht betreft uiteraard niet uw oordeel of het advies. Betrokkene moet in de gelegenheid gesteld worden om zijn bezwaren op schrift te stellen en eventueel gelijktijdig met de rapportage naar de opdrachtgever te sturen. Als geen mogelijkheid tot het aangeven van correcties kan worden geboden of als betrokkene daarvan afziet, geef de reden hiervoor dan in het rapport aan. Betrokkene heeft tevens recht op inzage conform de Wgbo. Er is geen recht op blokkering bij strafrechtelijke rapportages. De wijze waarop het inzage- en correctierecht wordt geboden is afhankelijk van de omstandigheden. U mag bijvoorbeeld het rapport per post aan betrokkene opsturen. Het is dan van belang om een watermerk in het geanonimiseerde rapport op te nemen met de tekst 'concept'. U kunt het rapport ook geanonimiseerd per e-mail opsturen. Het advies is dit eveneens met het watermerk met het woord 'concept' te doen, in dit geval in een Pdf-bestand. Dit voorkomt eventueel misbruik van gegevens. In het laatste gesprekscontact kan betrokkene zijn reactie op het rapport geven die u dan weer in uw rapport verwerkt. De betrokkene mag eventueel telefonisch zijn reactie geven.

4 Verantwoording en implementatie

In opdracht van de portefeuillehouder Rapportage heeft een werkgroep gefunctioneerd onder voorzitterschap van Ingrid van Woudenberg, psycholoog NIFP Midden-Nederland, om deze richtlijn tot stand te brengen. Verder namen deel aan deze werkgroep Barend van Giessen (rapporteur pro Justitia), Clemens Salet (Pieter Baan Centrum) en Arjan de Groot (Pieter Baan Centrum).

Verder hebben diverse personen een bijdrage geleverd aan de totstandkoming van deze richtlijn. Ramonde de Kooter, medewerker van de Dienst Ondersteuning Psychodiagnostiek (DOP) van het Pieter Baan Centrum, en Marleen Spaans, wetenschappelijk onderzoeker bij NIFP Bureau Wetenschap & Opleidingen hebben geschreven over het testpsychologisch onderzoek.

Thijs van de Kant (psycholoog NIFP Midden-Nederland) heeft een bijdrage geleverd aan de bijdrage over het neuropsychologisch onderzoek.

Ans Schouten (kinder- en jeugdpsycholoog bij NIFP Midden-Nederland) heeft diverse versies meegelezen in het bijzonder op de bijdragen over jeugd.

Met betrekking tot de juridische kanten in het geheel heeft ook Corrie van Esch haar kritische blik over de juridische aspecten van het document laten schijnen.

Voor de advisering over een klinische behandeling is Roland Batta, coördinator bij Individuele Forensische Zorg (IFZ), geconsulteerd.

Tekstcorrecties zijn aangebracht door Jacqueline Cramer (Pieter Baan Centrum).

Voor enkele specialistische thema's is de hulp van deskundigen uit het forensische veld ingeroepen. Dat geldt in het bijzonder voor de risicotaxatie en gestandaardiseerde instrumenten. In de eerste plaats gaat onze dank voor haar uitvoerige en diepgaande bijdrage op dit vlak uit naar Vivienne de Vogel, hoofd wetenschappelijk onderzoek bij de Forensische Zorgspecialisten in Utrecht. Daarnaast hebben ook Peter Greeven, Joke Harte en Maarten Peeters ieder vanuit hun eigen invalshoek een bijdrage geleverd aan de risicoanalyse.

De werkgroep heeft een eerder concept van de NIFP-richtlijn voorgelegd aan de werkgroep forensische psychologie van het NIP en aan het NVO. Vanuit het NIP zijn er zinvolle opmerkingen gemaakt op een eerdere versie van deze richtlijn waarvoor wij de leden van de werkgroep van het NIP willen danken. Deze opmerkingen zijn zo veel mogelijk verwerkt in de voorliggende NIFP-richtlijn. Helaas hebben wij geen reactie ontvangen van het NVO.

De NIFP-richtlijn is tevens voorgelegd aan het NRGD met de vraag of er discrepanties te constateren zijn tussen de richtlijn en het beoordelingskader FPPO van het NRGD. In een reactie laat het NRGD weten dat dat niet het geval is.

Na eerste publicatie van deze richtlijn op het rapporteursnet zijn nog waardevolle suggesties ontvangen van de VVR en diverse rapporteurs. Veel van deze suggesties zijn verwerkt in onderhavige versie.

Literatuurlijst

Andrews, D.A. (2012). The risk-need-responsivity (RNR) model of correctional assessment and treatment. In: J.A. Dvoskin, J.L. Skeem, R. W. Novaco, & K.S. Douglas (Eds.) *Using social science to reduce violent offending* (p. 127-156). New York, NY: Oxford University Press.

Andrews, D.A., Bonta, J., & Wormith, S.J. (2010) The level of service assessment of adults and older adolescents. In: R.K. Otto & K.S. Douglas (Eds.), *Handbook of violence risk assessment* (p. 199-225). New York: Routledge.

Beek, D. van, Doncker, D. de, & Ruiter, C. de (2001). *Static-99. Hanson & Thornton, Nederlandse geautoriseerde vertaling*. Utrecht: Forum Educatief, Dr. Henri van der Hoevenstichting.

Berg, J.W. van den & Vogel, V. de (2011). Risicotaxatie bij forensisch psychiatrische patiënten met een licht verstandelijke handicap: Hoe bruikbaar zijn risicotaxatie instrumenten? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 53, 83-93.

Beukers, M.M. *Over de grenzen van de stoornis* (2017). Proefschrift. Erasmus Universiteit Rotterdam.

Blansjaar, B.A., Beukers, M.M. & Kordelaar, W.F. van (2008). *Stoornis en Delict. Handboek psychiatrische en psychologische rapportage in strafzaken*. Utrecht: De Tijdstroom.

Braithwaite, E., Charette, Y. Crocker, A., & Reyes, A. (2010). The predictive validity of clinical ratings of the Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START). *International Journal of Forensic Mental Health*, 9, 271-281.

Canton, W.J., Veer, T.S. van der, Panhuis, P.J.A. van, Verheul, R., & Brink, W. van den (2004a). De voorspellende waarde van risicotaxatie in de pro Justitia rapportage. Onderzoek naar de HKT-R en de klinische inschatting. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46(8), 525-536.

Canton, W.J., Veer, T.S. van der, Panhuis, P.J.A. van, Verheul, R., & Brink, W. van den (2004b). De betrouwbaarheid van risicotaxatie in de pro Justitia rapportage. Een onderzoek met behulp van de HKT-R. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46(8), 537-542.

Douglas, K.S. & Reeves, K.A. (2010). Historical Clinical Risk Management-20 (HCR-20) Violence risk assessment scheme: Rationale, application, and empirical overview. In R.K. Otto & K.S. Douglas (Eds.), *Handbook of violence risk assessment. International perspectives on forensic mental health* (pp. 147-185). New York: Routledge.

DSM-5 (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen*. DSM-5, Amsterdam: Boom 2014 (derde druk maart 2015).

Esch, C. van, (2012). *Gedragdeskundigen in strafzaken*. Deventer: Van Gorcum.

Eurelings-Bontekoe, H.M., & Snellen, W.M. (2003). *Dynamische persoonlijkheidsdiagnostiek*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Eurelings-Bontekoe, E.H.M., & Snellen, W.M. (2010). *Dynamische persoonlijkheidsdiagnostiek* (3^e druk). Lisse, Pearson.

Fuji, D.E.M., Tokioka, A.B., Lichton, A.I., & Hishinuma, E. (2005) Ethnic differences in prediction of violence risk with the HCR-20 among psychiatric inpatients. *Psychiatric Services*, 56(6), 711-716.

Gilbert, P. & Leahy, R. L. (2007). *The Therapeutic Relationship in the Cognitive Behavioral Psychotherapies*. New York: Routledge.

Gray, N.S., Fitzgerald, S., Taylor, J., MacCulloch, M.J., & Snowden, R.J. (2007). Predicting future reconviction in offenders with intellectual disabilities: The predictive efficacy of VRAG, PCL:SV and the HCR-20. *Psychological Assessment*, 19, 474-479.

Hanson, R.K., Harris, A.J.R., Scott, T.L., & Helmus, L. (2007). *Assessing risk of sexual offenders on community supervision: The Dynamic supervision project (User Report, Corrections Research)*. Ottawa: Public Safety Canada.

Hanson, R.K. & Thornton, D. (1999). *Sattic-99: Improving actuarial risk assessment for ex offenders. (User report 99-02)*. Ottawa: Department of the Solicitor General of Canada.

Harte, J. & Breukink, M. (2010). Objectiviteit of schijnzekerheid? Kwaliteit, mogelijkheden en beperkingen van instrumenten voor risicotaxatie. *Tijdschrift voor Criminologie*, 52(1), 52-72.

Hengeveld, M.W. & Schudel, W.J (2011). *Het psychiatrisch onderzoek (derde geheel herziene druk)*. Utrecht: de Tijdstroom.

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-R en PCL-R*. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP).

Knight, R.A., & Prentky, R.A. (1990). Classifying sexual offenders: The development and corroboration of taxonomic models. In: W.L. Marshall, D.R. Laws, & H.E. Barbaree (Ed.). *Handbook of sexual assaults: Issues, theories and treatment of the offender* (pp. 52). New York: Plenum Press.

Kordelaar, W.F. van (2012), 'Het psychologisch onderzoek pro Justitia'. In: Raes, B.C.M. & Bakker, F.A.M., *De psychiatrie in het Nederlandse recht*. Deventer: Kluwer.

Kropp, P.R., Hart, S.D., Webster, C.D., & Eaves, D. (1999). *Manual for the Spousal Assault Risk Assessment Guide (Version 3)*. Vancouver: British Columbia Institute against Family Violence.

Lammers, S., Nijman, H., Haan, H. de, Soe-Agnie, S., & Bakkum, G. (2012). *De RIVJU: Een conceptinstrument voor de Risicotaxatie van Verslaafde Justitiabelen*. Nijmegen: Radboud Universiteit Academisch Centrum Sociale Wetenschappen.

Mann, R.E., Hanson, R.K., & Thornton, D. (2010). Assessing risk for sexual recidivism: some proposals on the nature of psychologically meaningful risk factors. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*, 22, 191-217.

MacKenzie, McEwn, Pathé, James Ogloff, Mullen (Nederlandse vertaling en bewerking: Brandt, Voerman en Bullens), *Stalking Risk Profile, Richtlijnen voor Risicotaxatie en Management van Stalkers*, De Forensische Zorgspecialisten Utrecht 2014.

Niehoff, H. (2010). *Behandelaanbod Trajectum Hoeve Boschoord voor cliënten met agressieproblematiek*. Hanzeborg en Hoeve Boschoord: Trajectum.

NIFP (2007). *Best Practice ambulante forensisch psychologisch onderzoek en rapportage in het strafrecht voor volwassenen*. Utrecht: NIFP.

Richtlijn voor rapporteren PJ psychiatrie (2012).

Snowden, R.J., Gray, N.S., & Taylor, J. (2010) Risk assessment for future violence in individuals from an ethnic minority group. *International Journal of Forensic mental Health*, 9, 110-117.

Sprey, A. (2002). *Praktijkboek persoonlijkheidsstoornissen: Diagnostiek, cognitieve gedragstherapie en therapeutische relatie*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Staatscourant (2007). Circulaire Toetsingskader verlof terbeschikkinggestelden. *Staatscourant*, 29 juni 2007, 123.

Viljoen, S., Nicholls, T., Greaves, C., Ruiter, C. de, & Brink, J. (2011). Resilience and successful community reintegration among female forensic psychiatric patients: a preliminary investigation. *Behavioral Sciences and the Law*, 29, 752-770.

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*. Amsterdam: Dutch University Press. Geraadpleegd op <http://dare.uva.nl/document/13725>.

Vogel, V. de, Ruiter, C. de, Bouman, Y., & Vries Robbé, M. de (2012). *Handleiding bij de SAPROF. Structured Assessment of PROtective Factors for Violence Risk. 2^e Editie*. Utrecht: Forum Educatief.

Vogel, V. de., Vries Robbé, M. de, Bouman, Y., Chakhssi, F., & Ruiter, C. de (2013). *HCR-20^{V3}: Risicotaxatie van geweld Historical Clinical Risk Management-20 Versie 3*. Delft: Eburon Academic Publishers.

Vogel, V. de, Vries Robbé, M. de, Kalmthout, W. van, & Place, C. (2011). *Female Additional Manual (FAM). Aanvullende richtlijnen bij de HCR-20 voor het inschatten van gewelddadig gedrag bij vrouwen*. Utrecht: Van der Hoeven Stichting.

Vries Robbé, M. de & Vogel, V. de (2011). Assessing protective factors in clinical practice: The SAPROF. *Paper presented at the 11th Conference of the International Association of Forensic Mental Health Services, Barcelona, Spain*.

Wilson, C., Desmarais, S.L., Nicholls, T.L., & Brink, J. (2010). The role of client strengths in assessments of violence risk using the Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START). *International Journal of Forensic Mental Health*, 9, 282-293.

J Psychopathol Behav Assess. 2017; 39(1): 58–66. Published online 2016 Aug 15. doi: 10.1007/s10862-016-9567-5 PMID: PMC5323504, Further Evidence for Reliability and Validity of the Triarchic Psychopathy Measure in a Forensic Sample and a Community Sample.

Josanne D. M. van Dongen, corresponding authors: Laura E. Drislane, Henk Nijman, Sabrina E. Soe-Agnie and Hjalmar J.C. van Marle.

Lezing IAFMHS Maastricht 2015: New Conceptualizations in Psychopathy: The Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality (CAPP) and the Triarchic Psychopathy Model (TriPM).

Josanne Van Dongen, Alana Cook, Simone Viljoen, & Stephen Hart, Construct validity of the TriPM and CAPP: Relations to conceptual relevant constructs in a community and forensic sample, Josanne (Sanne) van Dongen, PhD, Alana Cook, Steve Hart, Stefan Bogaerts & Hjalmar van Marle.

Bijlage 1

Lijst met afkortingen van begrippen

ADHD	Aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis
ASS	Autismespectrumstoornis
COTAN	Commissie Testaangelegenheden Nederland
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
FMO	Forensisch Milieuonderzoeker
FPC	Forensisch Psychiatrisch Centrum
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GGzE	Geestelijke Gezondheidszorg Eindhoven
GZ	Gezondheidszorg
IFZ	Indicatiestelling Forensische Zorg
JD-Online	Justitiële Documentatie-Online
NIFP	Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie
NIP	Nederlands Instituut van Psychologen
NRGD	Nederlands Register Gerechtig Deskundigen
OCEAN	Openness to experience and intelligence; Conscientiousness; Extraversion/ Introversion; Agreeableness; Neuroticism and emotional stability
OvJ	Officier van Justitie
PIJ	Plaatsing in een Inrichting voor Jeugdigen
PIQ	Perfomaal IQ
PJ	Pro Justitia
PTSS	Posttraumatische stressstoornis
RC	Rechter-commissaris
RIBW	Regionale Instelling voor Beschermd Wonen
tbs	Terbeschikkingstelling
VIQ	Verbaal IQ
WGBO	Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst
WvSr	Wetboek van Strafrecht

Bijlage 2

Lijst met afkortingen van voor gebruik geadviseerde meetinstrumenten

ADS	<i>Anger Disorder Scale</i>	Agressie
AKTG	<i>Amsterdamse Korte Termijn Geheugen test</i>	Onderpresteren
AQ	<i>Autism Spectrum Quotient</i>	ASS
AUDIT	<i>Alcohol Use Disorder Identification Test</i>	Risicotaxatie alcohol
AVL	<i>Agressie Vragenlijst</i>	Agressie
AVL	<i>voor ADHD ADHD Vragenlijst</i>	ADHD Vragenlijst
BADS	<i>Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrom</i>	Executieve functies
BSI	<i>Brief Symptom Inventory</i>	Klachten
CAPP	<i>(Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality)</i>	Psychopathie
Caruso		
CBCL	<i>Child Behavior Checklist</i>	Persoonlijkheid
CISS	<i>Coping Inventory for Stressful Situations</i>	Coping
DAPP-BQ	<i>Dimensional Assessment of Personality Pathology-Basic Questionnaire</i>	Persoonlijkheid
DES	<i>Dissociative Experience Scale</i>	Dissociatie
DIS-Q	<i>Dissociation Questionnaire</i>	Dissociatie
DIVA	<i>Diagnostisch Interview Voor ADHD bij volwassenen</i>	ADHD
DROS	<i>Dynamic Risk Outcome Scale (verstandelijk beperkten)</i>	Risicotaxatie
EPPS	<i>Edward Personal Preference Schedule</i>	Persoonlijkheid
ESSEON-R	<i>Schaal voor het Sociaal Emotioneel Ontwikkelingsniveau</i>	Sociaal Emotionele Ontwikkeling
FAM	<i>Female Additional Manual aanvulling op HCR-20¹³</i>	Risicotaxatie vrouwen
GIT-2	<i>Groninger Intelligentie Test-2</i>	Intelligentie
GKS-II	<i>Gezinsklimaschaal-II</i>	Gezinsfunctioneren
GVL	<i>GezinsVragenLijst</i>	Gezinsfunctioneren
HCR-20^{v3}	<i>Historical / Clinical / Risk Management-20 (versie 3)</i>	Risicotaxatie
HKT-R	<i>Historische Klinische en Toekomstige indicatoren voor gewelddadige recidive</i>	Risicotaxatie
HTP	<i>House Tree Person</i>	Persoonlijkheid
IOA	<i>Inventarisatie Omgaan met Anderen</i>	Sociale angst
KIP	<i>Klinisch Interview PTSS</i>	PTSS
MATE-S	<i>Metten van Addictie voor Triage en Evaluatie voor justitiabelen</i>	Verslaving

MCT-M	<i>Multiculturele Capaciteiten Test -Middelbaar niveau</i>	Intelligentie
MENT	<i>Morel Emotional Numbing Test</i>	Simulatie PTSS
MINI Plus	<i>MINI Internationaal Neuropsychiatrisch Interview-Plus</i>	Psychiatrische stoornissen
Mini-SCAN	<i>Mini-Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry</i>	Psychiatrische stoornissen
MMPI-A	<i>Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescent</i>	Persoonlijkheid
MMPI-2	<i>Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2</i>	Persoonlijkheid
MMSE-2	<i>Mini-Mental State Examination-2</i>	Mentaal functioneren
MPTBS	<i>Multiculturele Persoonlijkheids Test Big Six</i>	Persoonlijkheid
MSI	<i>Multiphasic Sex Inventory</i>	Seksualiteit
MTC:R3	<i>Massachusetts Treatment Center: Rapist Typology</i>	Seksualiteit
NAS	<i>Novaco Anger Scale</i>	Agressie
NEO-FFI	<i>NEO Five Factor Inventory</i>	Persoonlijkheid
NEO-PI-R	<i>NEO Personality Inventory-Revised</i>	Persoonlijkheid
NPV-2-R	<i>Nederlandse Persoonlijkheids Vragenlijst-2 (herziening)</i>	Persoonlijkheid
NPV-J-2	<i>Junior Nederlandse Persoonlijkheids Vragenlijst (herziening)</i>	Persoonlijkheid
NKPV	<i>Nederlandse Klinische PersoonlijkheidsVragenlijst (NKPV Nederlandse Verkorte MMPI)</i>	Persoonlijkheid
PCL-R	<i>Psychopathy Checklist-Revised</i>	Psychopathie
PCL-R-YV	<i>Psychopathy Checklist-Revised Youtgh Version</i>	Psychopathie
PDD-SQ	<i>Pervasive Developmental Disorder-Structured Questionnaire</i>	ASS
SAM	<i>Stalking assessment and Management</i>	Risicotaxatie stalking
SAPROF	<i>Structured Assessment of PROtective Factors for violence risk</i>	Risicotaxatie bescherming
SARA	<i>Spousal Assault Risk Assessment (B-Safer) verkorte versie SARA</i>	Risicotaxatie relaties
SCID-D	<i>Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders</i>	Dissociatie
SCID-I	<i>Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders</i>	Psychiatrische stoornissen
SCID-II		
Interview: SCID-II	<i>Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders</i>	Persoonlijkheid
Vragenlijst: SCID-II	<i>Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders Personality Questionnaire</i>	Persoonlijkheid
SCL-90-R	<i>Symptom Checklist-90-R</i>	Klachten

SEO-R	<i>Schaal voor Emotionele Ontwikkeling bij mensen met een verstandelijke Sociaal Emotionele beperking - Revised</i>	Ontwikkeling
SEV	<i>Sociaal Emotionele Vragenlijst</i>	ASS
SIDP-IV	<i>Structured Interview for DSM-IV Personality</i>	Persoonlijkheid
SIMS	<i>Structured Inventory of Malingered Symptomatology</i>	Simulatie
SIT	<i>Sociale Interpretatie Test</i>	Sociaal inzicht
SON-R 6-40	<i>Snijders-Oomen Niet-verbale Intelligentietest 6-40</i>	Intelligentie
SKAVE	<i>Sekuele Kennis Attitude Vaardigheden en Ervaringsvragen lijst</i>	Seksualiteit
SRP	<i>Stalking Risk Profile</i>	Risicotaxatie
SRS	<i>Social Responsiveness Scale</i>	Screening ASS
SRS-A	<i>Social Responsiveness Scale-Adult</i>	Screening ASS
SRZ-P	<i>Sociale Redzaamheidsschaal voor verstandelijk gehandicapten van hoger niveau</i>	Sociale Redzaamheid
STATIC-99 / STABLE / ACUTE	<i>Statische, dynamische en acute factoren</i>	Risicotaxatie zeden
START	<i>Short-Term Assessment of Risk and Treatability</i>	Risicotaxatie
SVT	<i>Symptom Validity Test</i>	Simulatie
SWAP	<i>Shedler-Westen Assessment Procedure</i>	Persoonlijkheid
TAT	<i>Thematic Apperception Test</i>	Persoonlijkheid
TCI	<i>Temperament and Character Inventory</i>	Persoonlijkheid
TOMM	<i>Test of Memory Malingering</i>	Simulatie
TRF	<i>Teacher's Report Form</i>	Persoonlijkheid
UCL	<i>Utrechtse Coping Lijst</i>	Coping
VISK	<i>Vragenlijst voor Inventarisatie van Sociaal gedrag van Kinderen</i>	ASS
WAIS-IV	<i>Wechsler Adult Intelligence Scale-IV</i>	Intelligentie
WCST	<i>Wisconsin Card Sorting Test</i>	Schakelvaardigheid
WISC-III	<i>Wechsler Intelligence Scale for Children-III</i>	Intelligentie
WSFQ	<i>Wilson Sex Fantasy Questionnaire</i>	Seksualiteit
ZALC	<i>ZinnenAanvullijst Curium</i>	Persoonlijkheid
ZAT	<i>Zin Aanvul Test</i>	Persoonlijkheid

Bijlage 3

Informatie risicotaxatie-instrumenten

HCR-20^{V3}

Het eerste instrument ontwikkeld volgens de gestructureerde klinische methode is de HCR-20^{V3} (*Historical/Clinical/Risk Management-20*). De HCR-20^{V3} bestaat uit twintig items verdeeld over drie subschalen: de historische, klinische en risicohanteringsschaal, die respectievelijk verwijzen naar verleden, heden en toekomst. Het is een inmiddels wijdverbreid instrument dat in diverse landen wordt gebruikt voor de klinische praktijk en voor researchdoeleinden. In Nederland is in 2001 een vertaalde en aangepaste versie tot stand gekomen. Internationale onderzoeksresultaten vanuit meer dan honderd studies geven aan dat de betrouwbaarheid en de validiteit bij de HCR-20^{V3} goed zijn. Nederlands onderzoek (De Vogel, 2005; Hildebrand, Hesper, Spreen, & Nijman, 2005) wijst uit dat de HCR-20^{V3} het risico van geweld significant beter voorspelt dan de ongestructureerde klinische inschatting. De nieuwste versie van de HCR-20, de HCR-20^{V3} schat in hoe hoog het risico van toekomstig geweld is en welke interventie en mate van beveiliging nodig is voor de patiënt. Dit wordt beschreven aan de hand van het Risk Need Resposivity Model. Daarbij geldt onder meer: hoe hoger het risico, hoe intensiever de behandeling en beveiliging moeten zijn (Andrews, 2012). De HCR-20^{V3} vat het item over eerder geweld breed op. Eerder geweld kan daarbij als item meetellen, waarbij het *eerdere geweld niet noodzakelijk tot een veroordeling geleid hoeft te hebben*. Opvallend is dat het item 'psychopathie' verdwenen is in HCR-20^{V3}, maar nog wel terugkeert bij persoonlijkheidsstoornissen. Verder biedt de nieuwe versie concretere richtlijnen voor de codering, zijn enkele factoren samengevoegd of vervangen en meerdere items uitgesplitst in subfactoren. Ook kan voor elke factor aangegeven worden hoe relevant het is voor het onderhavige risico. Het eindoordeel is in drieën opgedeeld: het risico van geweld, ernstig fysiek geweld en acuut geweld.

HKT-R

De HKT-R is de gereviseerde opvolger van de HKT-30. Het is een gestructureerd professioneel risicotaxatie-instrument ter ondersteuning van het klinisch gewogen eindoordeel over het risico van gewelddadige recidive van forensisch psychiatrische patiënten. Dit instrument bestaat uit 33 indicatoren en is opgebouwd uit drie clusters: het historische (12 indicatoren), klinische (14 indicatoren) en toekomstcluster (7 indicatoren). Alle indicatoren worden beoordeeld op een 5-puntsschaal. Uit Nederlands onderzoek blijkt dat de voorspellende waarde van de HKT-R vergelijkbaar is met die van de HCR-20 (Canton, Van der Veer, Van Panhuis, Verheul & Van den Brink, 2004a; Canton et al., 2004b). Evenals bij de HCR-20^{V3} is het item psychopathie verdwenen.

SAPROF

De *Structured Assessment of PROtective Factors for violence risk* (SAPROF) is een instrument voor de inschatting van beschermende factoren. Het kan alleen in samenhang met een algemeen risicoanalyse-instrument gebruikt worden, bijvoorbeeld de HCR-20^{V3} of de HKT-R. Uit twee retrospectieve onderzoeken is gebleken dat de dynamische SAPROF-factoren veranderbaar zijn tijdens de behandeling en dat de SAPROF een goede voorspellende waarde had. Dat wil zeggen dat uitbreiding van beschermende factoren gedurende de behandeling constructief bijdroeg aan een verminderde kans op recidive van een (seksueel) gewelddadig ten laste gelegde na behandeling. De voorspellende waarde nam nog toe als de SAPROF werd gecombineerd met de HCR-20^{V3} (De Vogel, De Ruiter, Bouman & De Vries Robbé, 2012; De Vries Robbé & De Vogel, 2011). Het instrument is in tien talen vertaald en er lopen wereldwijd verschillende studies naar de bijdrage van de SAPROF aan het adequaat inschatten van het risico van geweld in de toekomst.

START

De *Short-Term Assessment of Risk and Treatability* (START) is een instrument voor de kortetermijnbeoordeling (maximaal drie maanden) van risico's en behandelbaarheid, volledig gebaseerd op dynamische factoren. Hier wordt behalve naar gewelddadig gedrag naar anderen, ook gekeken naar zelfbeschadigend gedrag, ongeoorloofde afwezigheid, middelenmisbruik en victimisatie. Zowel internationaal als Nederlands onderzoek toont aan dat het instrument significant voorspellende waarde heeft voor geweld naar anderen op de korte termijn en voor een succesvolle reïntegratie (Braithwaite et al., 2010; Viljoen, Nicholls, Greaves, De Ruiter & Brink, 2011; Wilson, Desmarais, Nicholls & Brink, 2010). De START is vooral geschikt voor gebruik binnen een kliniek, maar kan eventueel ook in de ambulante setting gebruikt worden.

Risicotaxatie-instrument bij vrouwen

FAM

Als aanvulling op de HCR-20^{V3} is de Female Additional Manual (FAM) ontwikkeld. In vergelijking met de HCR-20^{V3} is de scoring op drie punten anders. Zo is de mogelijkheid toegevoegd om items te markeren die voor dit individu het belangrijkste zijn. Deze cruciale items kunnen tevens dienen als aandachtspunten dan wel doelstellingen voor de behandeling. Ook kan naast het risico van geweld naar anderen, ook een inschatting gemaakt worden van het risico van zelfdestructief gedrag, victimisatie en niet-gewelddadig crimineel gedrag. Hoewel voor deze laatste aanvullende risicocategorieën vooralsnog nauwelijks empirische evidentie bestaat dat de FAM voorspellende waarde heeft, lijkt deze toevoeging voor klinisch gebruik waardevol. Ten slotte wordt het eindoordeel uitgedrukt aan de hand van een vijfpuntschaal, evenals bij de HCR-20^{V3}.

Risicotaxatie-instrumenten bij zedendelinquenten

Hoewel er overlap is in risicofactoren met niet-seksueel gewelddadige delinquenten toont onderzoek aan dat specifieke factoren, zoals seksuele deviantie en eenzaamheid, van belang kunnen zijn bij het voorspellen van seksueel gewelddadig gedrag (Mann, Hanson & Thornton, 2010). Binnen de groep zedendelinquenten zijn er mogelijk echter ook weer verschillende factoren en dynamieken aanwijsbaar in verband met het voorspellen van seksueel gewelddadig gedrag. Zo zouden de factoren die voor pedoseksuelen gelden anders kunnen liggen dan voor verkrachters. Er zijn interessante wetenschappelijk ontwikkelingen gaande die mogelijk uitmonden in meer en andere instrumenten dan er momenteel zijn. In een grootschalig en langdurend onderzoek in Canada worden in dit verband zowel statische (STATIC-2007), stabiel dynamische (STABLE-2007) als acuut dynamische (ACUTE-2007) risicofactoren gecombineerd. De onderzoekresultaten zijn veelbelovend (Hanson, Harris, Scott & Helmus, 2007). In Nederland is deze methodiek recentelijk op de markt gekomen en wetenschappelijk onderzoek is in meerdere instellingen gestart.

SVR-20

Dit instrument is ontworpen voor het taxeren van het risico van seksueel gewelddadig gedrag bij volwassen zedendelinquenten. De SVR-20 is samengesteld uit twintig items verdeeld over drie domeinen: psychosociale aanpassing, seksuele delicten en toekomstplannen. De coderings- en scoringsprocedure is vergelijkbaar met die van de HCR-20^{v3}. Uit onderzoek komt naar voren dat de SVR-20 een van de weinige instrumenten is die, naast voorspelling van 'gewoon' gewelddadig gedrag, ook significante voorspellingen kan opleveren over seksueel gewelddadig gedrag. Nederlands onderzoek (De Vogel, 2005) wijst uit dat de betrouwbaarheid en de predictieve validiteit voor recidive na behandeling goed zijn. Tegelijkertijd blijkt dat de SVR-20 voor de klinische praktijk, waar herhaalde metingen van belang zijn, niet bijzonder waardevol is omdat het instrument relatief weinig dynamische factoren bevat. Daarnaast is de wetenschappelijke onderbouwing voor sommige items niet sterk (De Vogel et al., 2012). De verwachting is dat de SVR-20 minder gebruikt wordt in de toekomst.

STATIC-99 /STABLE/ACUTE

Bij de STATIC-99 worden slechts statische factoren gescoord. Uitgangspunt daarbij is dat die een krachtigere voorspeller zijn dan de meeste dynamische risicofactoren. Met de STATIC-99 wordt een soort baseline van het risico verkregen (Hanson & Thornton, 1999). De STATIC-99 wordt veelal in combinatie met de STABLE-2007 (stabiele dynamische factoren) en/of ACU-TE-2007 (acuut dynamische factoren) gebruikt (Van Beek, De Donker & De Ruiters, 2001).

Risicotaxatie-instrumenten bij interpersoonlijk en huiselijk geweld

SARA en B-Safer

Deze instrumenten zijn toegespitst op het ontdekken van risicofactoren met betrekking tot geweld tussen intieme partners. De SARA (*Spousal Assault Risk Assessment*) heeft een hoge interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en een goede predictieve validiteit (Kropp, Hart, Webster & Eaves, 1999). De SARA onderscheidt tussen daders met en zonder een geschiedenis van relationeel geweld en tussen degenen die wel of niet recidiveren. In het buitenland is dit instrument al gevalideerd (Kropp et al., 1999). In Nederland loopt er nog een onderzoek. De B-Safer (*Brief Spousal Assault Form for the Evaluation of Risk*) is een verkorte vorm van de SARA. De B-SAFER is een gestructureerde richtlijn voor het inschatten van het risico bij relationeel geweld. De B-SAFER bevat tien risicofactoren, onderverdeeld in twee delen.

Deel I bevat vijf risicofactoren gerelateerd aan de dader: zijn verleden van relationeel geweld (ernstig lichamelijk/seksueel geweld, gewelddadige dreigementen of gedachten, escalatie, schending van voorwaarden of toezicht, negatieve opvattingen over huiselijk geweld).

Deel II bevat vijf risicofactoren gerelateerd aan het psychologisch en sociaal functioneren van de dader (andere ernstige delicten, relatieproblemen, problemen met betrekking tot werk en/of financiën, middelenmisbruik, psychische stoornis). Deze risicofactoren worden separaat gescoord voor het afgelopen jaar en voor het verleden (langer dan een jaar geleden). De scoring van de B-SAFER mondt uit in een eindoordeel voor het onmiddellijk risico (binnen twee maanden), het langetermijnrisico (langer dan twee maanden) en het risico op extreem ernstig of dodelijk geweld. Deze oordelen worden gescoord als laag, matig of hoog.

Risicotaxatie-instrument bij stalking

SAM

De SAM (*Stalking Assessment and Management*) is een risicoanalyse-instrument gericht op stalking of belaging. Uit buitenlands onderzoek blijkt dat de validiteit van de SAM sterk is. Hoe hoger de score op de SAM, des te groter de kans op recidiverend stalkinggedrag. Hetzelfde gold voor 'victim vulnerability'. De slachtoffers met een hoge score voorfactoren in verband met 'victim vulnerability' liepen meer kans opnieuw slachtoffer te worden.

SRP

Het doel van de Stalking Risk Profile (SRP) is klinici te helpen bij het beoordelen van stalkers door op een gestructureerde manier een inschatting te maken van het soort risico en de gradatie van het potentiële risico in een specifieke casus. De SRP maakt naast het risico op geweld ook een gestructureerde inschatting van het risico op volharding van stalking, terugval in stalking en psychosociale schade. Het instrument houdt rekening met de specifieke risicofactoren die van belang zijn bij stalking van publieke personen. Met behulp van de SRP komt de gebruiker

uiteindelijk door middel van het gestructureerd professioneel oordeel tot een weging van het risico (laag, matig of hoog) per risicodomein (risico op geweld, volharding, terugval).

Risicotaxatie-instrument bij (licht) verstandelijk beperkten

DROS

De Dynamic Risk Outcome Scale (DROS) is ontwikkeld in een instelling specifiek voor forensische patiënten met een licht verstandelijke beperking. In een literatuuroverzicht werd overigens geconcludeerd dat instrumenten als de HCR-20^{V3} ook valide zijn voor licht verstandelijk beperkten (Van den Berg & De Vogel, 2011; Gray, Fitzgerald, Taylor, MacCulloch & Snowden, 2007; Niehoff, 2010). Waarschijnlijk kan de HCR-20^{V3} dan ook even goed gebruikt worden voor deze groep met eventueel enkele aanvullende factoren, zoals het verkeerd interpreteren van sociale signalen, en problemen met betrekking tot het herkennen van emoties (Niehoff, 2010).

Risicoanalyse bij verslaafden

Verslavingsproblematiek is vaak een belangrijke factor in het recidiverisico. Daarom wordt hier een aparte paragraaf aan gewijd. In een rapport uit april 2012 door Lammers, Nijman, De Haan, Soe-Agnie en Bakkum wordt verslag gedaan van een onderzoek, gebaseerd op literatuurstudie en analyse van een bestaande dataset van recidive van al dan niet verslaafde ex-tbs'ers. Wat betreft de recidive van seksueel en niet-seksueel geweld bestaat een kleine maar significante relatie met het gebruik van middelen. Als risicofactoren worden genoemd: ernst van de verslaving, verslavingsproblemen bij de ouders, beginleeftijd van gebruik, poly-druggebruik, drugs dealen en drugs blijven gebruiken op oudere leeftijd. Ook combinaties van (cluster-B-) persoonlijkheidsstoornissen, psychoticisme, impulsief en vijandig gedrag of de aanwezigheid van een posttraumatische stressstoornis enerzijds met middelengebruik en verslaving anderzijds brengen een hoog risico met zich mee. Daarnaast gelden ook de algemene risicofactoren voor recidive voor deze groep. Het onderzoek onder ex-tbs'ers laat significante verschillen zien tussen wel en niet verslaafde patiënten. Bij verslaafden zijn vooral de dynamische factoren gedrag en houding tijdens de behandeling en de verwachte psychosociale situatie na behandeling van belang, naast de historische factoren die een terugval in criminaliteit en geweld voorspellen. Bij niet verslaafde ex-tbs'ers zijn het voornamelijk de historische factoren die het risico op toekomstig geweld bepalen. Er zijn verschillende screeners in omloop voor alcoholafhankelijkheid en -misbruik. De twee screeners met de beste psychometrische eigenschappen zijn, de AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) en de Five-Shot vragenlijst. Beide screeners zijn ook praktisch in het gebruik, omdat ze slechts een kleine tijdsinvestering vragen. Naast deze twee screeners bestaat de MATE-S (*Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie - Screeningsversie*). Problematisch bij alle screeners kan zijn dat bij de beantwoording van vragen over recent alcoholgebruik een vertekend beeld kan ontstaan, indien die periode een detentie bevat.

Dit is een uitgave van:

NIFP/DJI

Postbus 13369 | 3507 LJ Utrecht

T 088 071 01 40

E www.nifp.nl

Augustus 2018 | 114755

www.nifp.nl