

# 'Evidence based practise' in de tbs

## Maatschappelijke aspiraties versus empirische realiteit

*Martien Philipse*

---

### **Evidence based practice in TBS. Societal aspirations versus empirical reality**

The forensic psychiatric treatment measure of TBS has come under critical public and political scrutiny of late. Unfortunately, perceptions of criminality and expectations regarding assessment and treatment of offenders rarely concur with empirical evidence, and sometimes widely diverge from it. This article summarizes some main scientific findings pertaining to the assessment, treatment and discharge phases of TBS. It is argued that significant progress has been made in several areas, such as risk assessment or the formulation of 'what works' principles, while limitations of the present knowledge base are also identified. Furthermore, it is shown that evidence regarding effective treatment interventions remains tenuous, though some positive indications of general effectiveness of forensic mental health care are available. Several problematic concepts, such as diminished responsibility and treatability, are elucidated. Finally, findings are briefly evaluated in the context of the recent report by the Parliamentary Review Committee TBS.

---

### **Inleiding**

'If it bleeds, it leads', zo luidt een vuistregel in de media. Zaken van leven en dood vormen gewild lees- en kijkvoer, waarbij sensatie, schok en verontwaardiging snel de overhand krijgen over een rationeel beeld van de realiteit – al helemaal wanneer er misdaad in het spel is. Mediaberichtgeving oefent intense invloed uit op de maatschappelijke (mis)perceptie van de frequentie waarmee misdrijven voorkomen. Pfeiffer, Windzio en Kleimann (2005) vergeleken Duitse misdaadstatistieken voor diverse delicttypen over de jaren 1993 tot en met 2002 met de toe- of afname van de frequentie van die delicten, zoals retrospectief

Martien Philipse is werkzaam bij de onderzoeksfaculteit van de Pompestichting.  
Correspondentieadres: Martien Philipse, Pompestichting; Postbus 31435; 6503 CK Nijmegen.  
E-mail: m.philipse@pompestichting.nl

waargenomen door het publiek. Het aantal moorden daalde met 41 procent, maar volgens de Duitse mediaconsument was de incidentie juist met 27 procent gestegen. Naarmate het sensatiegehalte van het delict toenam, werd het contrast schriller: terwijl het aantal seksuele moorden feitelijk met 38 procent afnam, meende het mediapubliek dat deze vorm van misdaad in de bestudeerde 10 jaar met 260 procent (!) was toegenomen. Verder stelden de auteurs vast dat er een directe relatie was tussen de mate van misperceptie en het tv-kijkgedrag van de respondent.

Met een bijna masochistische wellust voedt de samenleving haar eigen angst. Daarmee gepaard gaat de roep om tegen alle gevaren beschermd te worden, want de andere, overheersende westerse obsessie is veiligheid (Boutellier, 2002). Een ongebreidelde veiligheidsbehoefte raakt zo gekoppeld aan een buitenproportioneel gevoel van dreigend onheil, met als resultaat een "populistische ecologie van de angst" (Van Swaaningen, 1996), die dan weer vruchtbare grond is voor politici op zoek naar een pakkend verkiezingsthema.

Van deze omstandigheid heeft de maatregel tbs de afgelopen jaren het effect gevoeld. De tbs verpleegt een categorie ernstige delictplegers die sterk tot de publieke verbeelding spreekt: gevaarlijk en geestelijk gestoord. Bovendien moet de samenleving zich verhouden tot het feit dat deze daders vaak weer terugkeren in haar midden, op basis van een van buitenaf weinig doorzichtig besluitvormings- en taxatieproces. Het feit dat er een (behandel)inhoudelijk keuzemoment is, lijkt de primaire bron van de enorme verontwaardiging waartoe iedere recidive leidt; ernstige recidives van ex-gedetineerden gaan immers onopgemerkt voorbij en leiden in tegenstelling tot tbs-recidives niet tot voorpaginaberichten in de krant en vragen in de Tweede Kamer. Juist de tbs vormt een brandpunt van de maatschappelijke 'morele paniek' (Cohen, 1973) – in die mate dat het Nederlandse publiek er na de recidive van Willem S. in juni 2005 in een rechtstreekse tv-uitzending getuige van kon zijn hoe het parlement zich als een soort mega-behandelteam uitvoerig over een individuele tbs-casus boog.

Het was in deze context slechts een kwestie van tijd tot een diepgaand onderzoek naar het functioneren van de maatregel tbs van parlementswegen zou worden ingesteld. In 2006 presenteerde de Parlementaire Commissie Visser haar rapport, waarin gesprekken met een groot aantal deskundigen en de resultaten uit diverse onderzoeksrapporten en werkbezoeken hebben geleid tot zeventien aanbevelingen die van de tbs een effectievere maatregel moeten maken. Achter dit onderzoek en alle kritiek op de maatregel schuilen veronderstellingen over hoe een systeem als tbs er idealiter uit zou moeten zien, en wat er wel en niet mogelijk is in forensisch-psychiatrische behandeling. Het is inmiddels een vanzelfsprekend uitgangspunt dat wetenschappelijke, empirische evidentie maatgevend is.

Dit artikel belicht per tbs-fase enkele centrale thema's, met de vraag wat de wetenschappelijke literatuur op dat terrein te bieden heeft, en wat (nog?) niet. Het gaat in de eerste plaats om de fase van oplegging, waarbij de rechter, mede op basis van adviezen van gedragsdeskundigen, komt tot een terbeschik-

kingstelling. De vraag naar toerekeningsvatbaarheid, de mate waarin de dader verantwoordelijk kan worden gehouden voor zijn handelen, staat centraal; en in het verlengde daarvan de vraag naar het verband tussen stoornis en delict.

De tweede fase is die van de tenuitvoerlegging, de verpleging en behandeling in een tbs-kliniek. In die fase draait alles om de vraag wat een effectief behandel aanbod is voor ter beschikking gestelden, evenals wat de grenzen van behandelbaarheid zijn. De derde fase is die van het ontslag, de beëindiging van de tbs-maatregel. Essentieel is dan de mate waarin men in staat is de kans op toekomstige delicten in te schatten en te garanderen dat het delicttherhalingsrisico laag is. Het draait in die fase, kortom, om risicotaxatie. Nazorg na beëindiging van het verblijf in een kliniek is een belangrijk thema op zich, dat echter in dit bestek buiten beschouwing blijft.

## Oplegging

Dat het traject naar oplegging van de maatregel tbs geen mathematisch nauwkeurige procedure is, werd al decennia geleden geconstateerd door Haffmans (1984). Uit cijfers van Van Kordelaar (2002) werd duidelijk dat er nog steeds grote verschillen bestaan tussen rechtbanken qua frequentie waarmee Pro Justitia (PJ)-onderzoek wordt aangevraagd, qua type onderzoek dat wordt aangevraagd en qua sancties die eraan verbonden worden. Hij ontwikkelde een beslissingsondersteunend instrument dat naar verwacht (en gehoopt) mag worden een belangrijk deel van de variabiliteit bij het aanvragen van PJ-rapportage zal wegnemen (Van Kordelaar, 2002). In het rapportage traject zelf blijven dan nog altijd genoeg problemen over. Op enkele van de opvallendste wordt nader ingegaan.

### *De verminderde toerekeningsvatbaarheid als tussencategorie*

Een fundamenteel probleem aan de basis van het tbs-stelsel is het zogeheten 'tweesporendenken' (Van der Landen, 1992), waarin straf en maatregel naast elkaar kunnen worden opgelegd. Het is een constructie die buiten onze landsgrenzen nagenoeg onbekend is, al zien we die wel in het Duitse strafstelsel. Alle westerse rechtsstelsels zijn vertrouwd met de idee dat men iemand niet straft voor een delict dat in geesteszieke toestand werd gepleegd. Het tbs-systeem veronderstelt echter dat er stoornissen bestaan waardoor men *ten dele* niet verantwoordelijk kan worden gehouden, maar tegelijkertijd ten dele ook wel. Kan men inderdaad *een beetje* in staat zijn de ongeoorloofdheid van zijn handelen in te zien? Wat is dan het verschil tussen dat beetje inzicht en volledig inzicht? Van der Landen (1992) signaleerde al de logische inconsistentie van het tegelijk verantwoordelijk en niet-verantwoordelijk verklaren van de dader, en baseerde daarop een pleidooi voor een monistisch stelsel: men is toerekeningsvatbaar of niet.

In de praktijk vallen de tussencategorieën 'verminderd' en 'sterk verminderd' toerekeningsvatbaar overwegend samen met bepaalde persoonlijkheidsstoornissen (Koenraadt, 1994, geciteerd in De Ruiter & Hildebrand, 2002). Het is maar

zeer de vraag of een persoonlijkheidsstoornis het oordeelsvermogen aantast op de wijze die de wet bedoelt als het om toerekening gaat. Diverse auteurs betwijfelen of persoonlijkheidsstoornissen überhaupt wel als geestesziekte te beschouwen zijn (Kendell, 2002). Afgaande op de definitie die de World Health Organization geeft in de ICD-10, is een persoonlijkheidsstoornis een karakterpatroon dat een extreme of significante afwijking laat zien van het gemiddelde in een bepaalde cultuur.

De 'stoornis' vertegenwoordigt dus de uitersten van normale variatie en is niet het resultaat van een ziekteproces (Kendell, 2002). Als voor de uitersten van de normale karakter*range* geldt dat zij iemand deels vrijpleiten van verantwoordelijkheid voor een misdrijf, is het niet al te vergezocht te stellen dat dit dan voor elke karaktervorm in de *range* zou moeten gelden. Het handelen van ieder van ons wordt immers medebepaald door de relatief onveranderlijke, vaak al in de vroege jeugd geconsolideerde eigenaardigheden van ons karakter. Zo bezien zijn we allemaal, altijd, verminderd toerekeningsvatbaar.

In bredere zin gaat het hier over de kwestie van vrije wil, een vraagstuk waarover hersenonderzoek diverse ontzuisterende bevindingen laat zien. Obhi en Haggard (2004) geven een overzicht van diverse experimenten die de conclusie ondersteunen dat de beleving van een vrije wil vaak een constructie is die volgt op de (initiatie van een) handeling, in plaats van andersom. Enkele in dit verband klassieke studies werden gedaan door Libet (1983, 1985), die liet zien dat hersenactiviteit die een beweging voorbereidt kan voorafgaan aan de wilsbeslissing om te bewegen. Het wetenschappelijke debat over de vrije wil is bij lange na niet uitgewoed, maar bevindingen als deze zouden ook juristen te denken moeten geven.

Men moet zich afvragen of met het begrip 'verminderd toerekeningsvatbaar' een in wezen dichotoom gegeven niet kunstmatig is opgerekt tot een dimensioneel concept. Die vraag is pregnant, omdat aan deze tussencategorie een bijna absurd rechtlijnige vertaling wordt gegeven in de sanctionering, die erop neer komt dat iemand eerst wordt gestraft voor zijn verantwoordelijke deel en vervolgens verpleegd en zo mogelijk behandeld voor het psychisch gestoorde deel. Juridisch is daar misschien iets voor te zeggen, maar psychologisch bezien is zo'n constructie beslist onzinnig en – erger – contraproductief. Men kan nauwelijks verwachten dat enkele jaren gevangenisstraf erg stimulerend werken op de motivatie van de dader om met zijn problematiek aan de slag te gaan, noch dat hij de last van zijn problemen naar believen kan uitstellen tot hij daar in een behandelsetting een geschikte remedie voor vindt. Eerder is de kans reëel dat de problematiek door de detentie verergerd.

### ***Retrospectieve diagnostiek***

Verminderde toerekeningsvatbaarheid is niet alleen een lastig begrip; de vraag is bovendien hoe men haar vaststelt. De Ruiter en Hildebrand (2002) wijzen erop dat de verschillende gradaties van toerekeningsvatbaarheid niet geobjectiveerd zijn en dat er binnen de beroepsgroepen van psychologen en psychiaters vermoedelijk geen algemeen aanvaarde richtlijn voor bestaat. Crombag (2002)

stelt dat 'majeure kritiek' mogelijk is op de manier waarop de toerekeningsvatbaarheidsvraag nu in de praktijk wordt beantwoord.

Daar komt bij dat een uitspraak moet worden gedaan over de toestand van de persoon in het verleden, niet in het hier en nu: gevraagd wordt immers naar de geestestoestand van de verdachte op het moment van delict. Garb (1998) geeft een weinig bemoedigend overzicht van de problemen die zich voordoen bij het stellen van psychiatrische diagnoses, resulterend in zeer wisselvallige betrouwbaarheid. Rassin (2005) merkt op dat het stellen van een betrouwbare diagnose in het hier en nu al een heel probleem blijkt te zijn, laat staan een diagnose over een toestand in het verleden.

Toch bestaat er wel enig empirisch bewijs dat een retrospectieve 'psychologische autopsie' valide resultaten kan opleveren. Kelly en Mann (1996) vergeleken bijvoorbeeld pre- en post-mortem diagnoses bij suïcidanten. Retrospectieve diagnoses op As 1 en As 2 van DSM-III-R stemden redelijk tot goed overeen met eerdere actuele diagnoses (respectievelijk  $\kappa = .85$  en  $.65$ ). In tegenstelling tot de respondenten in het onderzoek van Kelly en Mann heeft de PJ-rapporteur bovendien de mogelijkheid zijn diagnose direct bij de patiënt zelf te stellen. Waarschijnlijk levert dat op As 2 een voordeel op, gezien het stabiele karakter van persoonlijkheidsstoornissen: als ze aanwezig zijn op het moment van delict, zullen ze ook op het moment van *assessment* nog aanwezig zijn. Anderzijds is de PJ-rapporteur dan weer in het nadeel, omdat in het onderzoek van Kelly en Mann de grote mate van overeenstemming tussen pre- en post-mortem diagnose in niet onbelangrijke mate werd bepaald door de toepassing van gestandaardiseerde diagnostische interviews (i.c. de SCID-II en SCID-P); een praktijk die in de diverse vormen van PJ-onderzoek allesbehalve standaard is.

### ***Het verband tussen stoornis en delict***

De PJ-rapporteur wordt op pad gestuurd met de opdracht om, onder andere, aannemelijk te maken dat er een oorzakelijk verband bestaat tussen stoornis en delict. De tbs-wetgeving (art. 37a SR) spreekt weliswaar slechts over gelijktijdigheid van stoornis en delict, maar in de praktijk werd dit al snel als causaliteit geïnterpreteerd; een visie die uiteindelijk bij besluit van de Tweede Kamer (vergaderjaar 1988/89) is geformaliseerd. Helaas is er nauwelijks empirische steun voor deze keuze.

Zoals Monahan et al. (2001) onderstrepen, biedt de wetenschappelijke literatuur maar zeer beperkte evidentie voor het 'ziektemodel' van crimineel gedrag. Weinig geesteszieke daders plegen hun delict als direct gevolg van hun stoornis (Hodge & Renwick, 2002). Dernevik (2004) wijst erop dat de precedenten van psychiatrische en criminele problematiek deels overlappen, en dat de parallele aanwezigheid van beide vormen van problematiek gemakkelijk leidt tot de onterechte veronderstelling van een causaal verband. Silver (2000) wijst daarom op het belang van inzicht in contextuele factoren om schijnverbanden tussen criminaliteit en een persoonskenmerk als geestesziekte tegen te gaan.

Door desalniettemin de stoornis ook in causale zin centraal te stellen in de PJ-rapportage, ontstaat het risico dat de behandeling van de ter beschikking gestelde vanuit het verkeerde startpunt vertrekt. Die dient zich te focussen op 'criminogenic needs': probleemgebieden gerelateerd aan het delictrisico (Andrews & Bonta, 1998; McGuire, 2002). De stoornis zal veel vaker tot de 'non-criminogenic needs' behoren: probleemgebieden die weliswaar zorg en ondersteuning vereisen, maar die bij verbetering niet leiden tot verminderd delictgevaar.

De constatering ligt dan voor de hand dat de stoornis, gezien vanuit de opdracht van de tbs, in wezen helemaal zo interessant niet is. Het is eerder een achtergrondvariabele die iets zegt over de wijze waarop de zorgomgeving moet worden ingericht, evenals over op welke wijze de patiënt benaderd moet worden. De stoornis die iemand verminderd toerekeningsvatbaar maakt, valt – anders dan de uitvoeringspraktijk thans veronderstelt – niet vanzelfsprekend samen met de problemen die iemand delictgevaarlijk maken (Philipse, 2005a). De aanwezigheid van een psychotische stoornis leidt in het algemeen zelfs tot een verminderd, in plaats van een verhoogd, recidiverisico (Quinsey e.a., 1998; Philipse, 2005b).

Als het gaat over determinanten van delictrisico, zijn er wel meer van dergelijke ogenschijnlijk contra-intuïtieve bevindingen. Zo lijkt het erop dat zaken als empathie, schuldbesef of inzicht nauwelijks een rol spelen in het delictherhalingsrisico van zedendelinquenten (Hanson & Bussière, 1998; Hanson & Morton-Bourgon, 2004). Philipse (2005b) vond zelfs aanwijzingen dat klinische indrukken van dergelijke eigenschappen een omgekeerd verband hebben met het terugvalrisico: hoe empathischer of schuldbewuster de clinicus de patiënt inschat, des te groter de kans dat deze recidiveert. Dit contra-intuïtieve verband is mogelijk te verklaren door doelbewust toneelspel van de patiënt die weet dat een empathische uitstraling zijn kans op meer vrijheden vergroot. Een dergelijk type manipulatief gedrag is zeker bij psychopaten niet uitzonderlijk (Gezondheidsraad, 2006).

Relevant voor de tbs is de vraag welke concrete gedragsproblemen, stresserende omstandigheden, verwrongen of irrationele gedachten en onhandige keuzes iemand tot een delict hebben gebracht. Als men in die keten intervineert, heeft men daarmee wel een reële kans om het delictgevaar te reduceren. Interessant is, dat dit voor iedere delinquent gesteld kan worden, stoornis of geen stoornis. In dat licht gezien, zou het voorstelbaar, en misschien ook wenselijk zijn, dat het PJ-onderzoek niet alleen plaatsvindt bij een vooraf geselecteerde groep vermoedelijk gestoorde daders, maar bij iedere pleger van een delict van een bepaalde ernst. Dat onderzoek zou zich dan niet moeten richten op de vraag naar het verband tussen stoornis en delict, maar op de vraag of bij betreffende verdachte *in het hier en nu* probleemgebieden aanwijsbaar zijn waar vanuit empirisch onderzoek aannemelijk is dat zij verband houden met zijn delictrisico en dat die potentieel voor interventie vatbaar zijn.

## Behandeling

### *De effectiviteit van de tbs-maatregel*

Heeft behandeling in een tbs-kliniek zin? Het is een steeds weerkerende vraag die gemakkelijk gesteld is, maar niet zo gemakkelijk te beantwoorden. Tot op heden luidt het enig mogelijke antwoord: we weten het niet (waarbij het – naar telkens weer blijkt – van belang is te onderstrepen dat *niet weten of iets werkt* iets anders is dan *weten dat het niet werkt*). De Ruiters (2000) spreekt er haar verbazing over uit dat we na 80 jaar tbs-praktijk nog steeds niets wijzer zijn over de effectiviteitsvraag. Maar misschien is dat niet helemaal zo vreemd of uitzonderlijk als het op het eerste gezicht lijkt. Alhoewel de meeste Europese landen op nationaal niveau de recidivecijfers binnen hun juridische sanctiestelsel wel in beeld hebben (Wartna & Nijssen, 2006), geeft internationaal vergelijkend onderzoek van De Kogel & Nagtegaal (2006) er nergens blijk van dat andere landen anders dan Nederland wel inzicht hebben in de specifieke effectiviteit van hun forensische behandelingsstelsel.

Een belangrijke belemmering om tot zulk inzicht te komen, is het feit dat voorafgaand aan forensisch psychiatrische behandeling een juridisch, gedragskundig geïnformeerd selectieproces plaatsvindt dat uiteraard niet voor onderzoeksdoeleinden opzij kan worden gezet. Een *random* toewijzing van delictplegers aan een behandel- of gevangenisconditie is daardoor niet mogelijk, net zomin als een werkelijk zuivere toets van het effect van een verblijf in een forensische kliniek.

Dat betekent echter niet dat helemaal niets te zeggen is over de effectiviteit van de tbs als geheel, zelfs al blijft het zicht op de werkzame elementen daarbinnen verborgen in het duister van de 'black box' (Van Marle, 2004). Gevangenispopulaties verschillen namelijk niet per se zo sterk van tbs-populaties als wel eens wordt aangenomen – al is het maar dankzij de door Van Kordelaar (2002) beschreven justitiële tombola die hierboven ter sprake kwam. Verslavingsproblematiek, antisociale persoonlijkheidsstoornissen en co-morbiditeit van As 1 en As 2 stoornissen zijn onder gedetineerden nauwelijks minder alledaags dan onder tbs-gestelden (Bulten & De Vrugt, 2003).

De vergelijking van recidive van ex-tbs gestelden met die van ernstige delictplegers na langdurige detentie kan dus informatief zijn. Wartna et al. (2005) laten zien dat die vergelijking zeer ten voordele van de tbs uitpakt, waar het percentage zeer ernstige recidives (strafdreiging minimaal 8 jaar) gedurende een follow-up van 6 jaar een derde bedraagt van die na een detentiestraf (8 vs. 25%), en het percentage ernstige recidives (strafdreiging minstens 4 jaar) de helft (28 vs. 57%). Maar hoe bemoedigend zo'n resultaat ook is; er kunnen, zoals de auteurs zelf onderstrepen, geen 'harde' conclusies uit worden getrokken over de werkzaamheid van de tbs-maatregel.

Een alternatief is om de ontwikkelingen bij iedere tbs-gestelde gedurende zijn behandeling via regelmatige, gestandaardiseerde metingen te volgen en zo

te kijken wat er verandert; een aanpak die door Greeven (1997) werd gepioneerd in de Utrechtse Van der Hoevenkliniek. Hij constateerde na twee jaar intramurale behandeling een significante afname van persoonlijkheidspathologie; het sterkst bij stoornissen die in de tbs niet zo vaak worden gezien. Het ontbrak Greeven bovendien aan een vergelijkingsgroep, en de geconstateerde veranderingen werden niet gelinkt aan latere recidive, waardoor ook dit onderzoek ons uiteindelijk weinig leert over het effect van de interventies. Niettemin heeft Greeven het veld met zijn onderzoek wel de juiste weg gewezen. Toch wordt het pas de laatste paar jaar binnen klinieken meer gebruik om herhaalde, gestandaardiseerde, diagnostische metingen aan patiënten te verrichten. Een landelijke richtlijn op dit punt, laat staan een dwingend kader, ontbreekt echter; beide zijn dringend gewenst.

### *'What works'*

Productiever dan de vraag of de tbs werkt, is de vraag of werkwijzen binnen tbs-klinieken voldoen aan de beste, empirisch onderbouwde professionele standaarden. Onder het motto 'What works' zijn het laatste decennium de inzichten uit tientallen onderzoeken gebundeld en tekenen de contouren van een effectief forensisch behandelaanbod zich duidelijk af (McGuire, 1996, 2002; Andrews & Bonta, 1998). Die zijn kortweg als volgt samen te vatten.

- Behandeling dient zich te richten op geïdentificeerde risicofactoren, en intensiever te zijn naarmate de problematiek ernstiger is. Te zware interventies voor relatief 'lichte' gevallen werken averechts – zij verhogen het delictgevaar.
- Behandelaanbod is effectiever naarmate het beter geprotocolleerd is, liefst per sessie, met heldere doelstellingen en een duidelijk omschreven methodiek.
- Behandelaanbod is effectiever wanneer er een systeem aanwezig is waarmee regelmatig wordt getoetst of de interventies volgens het afgesproken protocol worden uitgevoerd, en bijgestuurd indien dat niet het geval is: bewaking van de programma-integriteit.
- Behandelaanbod is effectiever naarmate het beter aansluit bij de leerstijl, motivatie, beperkingen en persoon van de patiënt: het zogeheten responsiviteitsprincipe.
- Behandelaanbod dat gestoeld is op cognitief- en gedragstherapeutische principes is over het algemeen succesvoller dan ander aanbod.
- Behandelingsinterventies dienen goed ingebed te zijn in de context waarin zij worden uitgevoerd, zodat de transfer van geleerde ervaringen naar de leefomgeving plaatsvindt.
- Interventies dienen verbonden te zijn met duidelijke behandeldoelen; activiteiten als doel op zich dragen niet bij aan vermindering van het delictgevaar.

Recent bracht het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP) een informele bundel uit met de zorgprogramma's voor persoonlijkheidsstoornissen van de



diverse tbs-klinieken. Daaruit kan de lezer constateren dat de 'What works'-principes inmiddels in alle klinieken een impliciete of expliciete leidraad zijn. Tegelijk wordt duidelijk dat men zich veelal bevindt in de fase van bedenken en uitwerken van behandelaanbod volgens deze richtlijnen. Interventies die al praktisch worden toegepast en voldoen aan de 'What works'-standaarden, lijken vooralsnog schaars. Gedetailleerde beschrijvingen van toegepaste interventies zijn dan ook nog nauwelijks voorhanden (Van Marle, 2004; Nijman, 2005). Voordat klinieken op deze punten het stadium van de mooie plannen en de implementatie voorbij zijn en aanbeland in de fase van geroutineerd werken volgens *best evidence* principes, zullen nog wel enige jaren verstrijken.

### ***Effectieve behandelprogramma's***

Een vraag apart is, hoe de 'What works'-kaders met concrete interventies moeten worden ingevuld. De indruk wordt wel eens gewekt dat bepaalde landen veel verder zijn dan Nederland als het gaat om bewezen, effectieve, forensisch-psychiatrische behandelinterventies, en dat het dus een kwestie van importeren is. Maar de oogst valt nogal tegen zodra men gericht naar die vermeende programma's op zoek gaat. In een recente, internationale *review* van empirisch getoetste behandelinterventies voor verkrachters beschrijven De Ruiter et al. (2005) er niet meer dan vijf. Twee daarvan lieten een significant gunstig behandel-effect zien op recidive; twee andere hadden geen effect; en in één programma recidiveerden de behandelde daders *vaker* dan de niet-behandelde.

In alle gevallen was behandeldeelname vrijwillig, in alle gevallen betrof het een eenmalige evaluatie, soms in een kleine proefgroep, en soms met *drop-outs* als controlegroep. Los van de beperkte oogst als zodanig, spelen hier dus ook nog validiteits- en generaliseerbaarheidsvragen. Uit de studie van De Ruiter en collega's wordt echter wel duidelijk dat gevangenis en klinieken in Angelsaksische landen verder zijn dan de meeste Nederlandse tbs-klinieken in het expliciet plannen en beschrijven van hun aanbod.

Uit een vergelijkbare *review* concludeerden Wood et al. (2000) dat cognitief-gedragstherapeutische behandelingen voor zedendelinquenten effectief te noemen zijn, maar dat de bewijzen daarvoor dun gezaaid zijn. Bij behandelprogramma's voor persoonlijkheidsstoornissen is het beeld al niet anders, zo blijkt uit een *review* die Warren e.a. (2003) verrichtten voor de Britse *Home Office*. Alhoewel de onderzoekers genoeg materiaal aantroffen dat positieve effecten van behandeling op persoonlijkheidspathologie suggereert, constateren zij ook dat aan de meeste studies flinke beperkingen kleven wat betreft methodologie en generaliseerbaarheid, en is hun conclusie: "[R]eliable evidence of long-term effectiveness is extremely limited" (p. 5).

In hoeverre vermindering van persoonlijkheidspathologie zich vervolgens ook vertaalt in een verlaging van het delictrisico, is een volgende vraag – waarop antwoorden nog vrijwel volledig ontbreken. Interessant is de bevinding van Warren en collega's dat de meest consistente effectiviteit gevonden werd bij

behandelingen in een therapeutische gemeenschap, inclusief (tentatieve) aanwijzingen voor verminderde recidive. Deelnemers aan het TG-programma in Grendon Prison gaven aan vooral het bereiken van catharsis en het aanleren van socialisatietechnieken als effectief te ervaren. In zijn algemeenheid kan men vermoeden dat de gedeelde, gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het eigen behandelproces en dat van anderen leidt tot verhoogde betrokkenheid in het programma – een responsiviteitseffect dus.

Ook voor psychopathie ontbreken vooralsnog geschikte behandelaanknopingspunten. Lange tijd gold voor deze stoornis simpelweg het etiket ‘onbehandelbaar’ (D’Silva e.a., 2004). In veelgeciteerd onderzoek van Rice, Harris en Cormier (1992) leek het erop dat psychopaten eerder slechter dan beter werden van een verblijf in diezelfde therapeutische gemeenschap die door Warren en collega’s nou juist zo heilzaam werd bevonden. Inmiddels is het niet meer *bon ton* om deze visie aan te hangen. In een review van behandel-effectstudies bij psychopaten concluderen D’Silva et al. (2004) dat geen van de onderzochte studies aan de methodologische vereisten voldeed om tot onbehandelbaarheid te kunnen concluderen.

Inmiddels wordt op allerlei manieren aan het psychopathieconcept geëuteld, niet in de laatste plaats omdat het door zijn statische definiëring de aansluiting mist bij de klinische werkelijkheid. Cooke (1997) was een van de eersten om Hare’s operationalisatie van het begrip, belichaamd in de *Psychopathy Checklist-revised* (PCL-r, Hare, 1991), kritisch onder de loep te nemen en de cultuurgevoeligheid ervan te laten zien (zie ook Cooke & Michie, 2001; Cooke e.a., 2004). Inmiddels heeft hij het initiatief genomen voor de herdefiniëring van het psychopathiebegrip in dynamische termen. Een instrument daarvoor, de *Comprehensive Assessment of Psychopathic Personality* (CAPP), is momenteel in ontwikkeling. Het zijn interessante bewegingen, die echter onverlet laten dat de behandelaar die aan het werk moet met een psychopaat, vooralsnog met lege handen staat.

### ***Het probleem van de ‘longstay’***

Een apart probleem wordt gevormd door de categorie patiënten bij wie het delictisico ook na langere tijd in de tbs onverminderd hoog blijft. Voor deze groep staat de mogelijkheid van longstay open, waarvan inmiddels gebruik wordt gemaakt met een gretigheid die enigszins zorgwekkend is. Zorgwekkend omdat, zoals uit bovenstaande blijkt, lang niet zeker is dat alle potentieel werkzame behandelmethoden ook daadwerkelijk optimaal zijn beproefd (vgl. De Kogel & Verwers, 2003) – veel van het tbs-behandelaanbod voldoet in de praktijk immers nog niet aan ‘What works’-principes.

Zorgwekkend, ook, bij gebrek aan een inhoudelijke operationalisatie van het begrip (on)behandelbaarheid. Een interessante voorzet voor een definitie werd gegeven door Tervoort (2003), die behandelbaarheid omschrijft als “de mogelijkheid dat de behandeling een bepaalde mate van succes zal opleveren onder

invloed van nader te benoemen factoren of dimensies” (p. 158). Voorbeelden van zulke dimensies zijn diagnostische kenmerken van de patiënt; diens samenwerkingsbereidheid; en de *state of the art* en de deskundigheid van de behandelaar. Zoals uit die voorbeelden al blijkt, is een uitspraak over behandelbaarheid altijd maar voor een beperkte periode geldig.

Consensus over een dergelijke definitie ontbreekt vooralsnog, evenals operationalisatie van de genoemde dimensies. Een longstayplaatsing berust momenteel op een combinatie van formele criteria (verblijfsduur, aantal behandelpogingen) en een subjectieve constatering binnen een behandelteam dat men geen vooruitgang boekt.

In een evaluatief onderzoek naar de longstayafdeling van Rijksinrichting Veldzicht inventariseerden De Kogel & Verwers (2003) de inhoudelijke overwegingen die behandelaars aandroegen als onderbouwing van longstayplaatsingen. Dat waren de volgende: afglijden of ontremming, met name in de richting van druggebruik, bij het wegvallen van structuur; en het niet van de grond komen van behandeling door gebrek aan zelfinzicht, geslotenheid over de kernproblematiek, of ontregeling bij behandeldruk.

Deze criteria worden aangevuld met de eis dat het ‘aannemelijk’ moet zijn dat behandeling niet tot vermindering van het delictgevaar heeft geleid: “de stoornis waaraan betrokkene leed ten tijde van het delict is nog steeds aanwezig” (Commissie ‘Zorg voor voortdurend delictgevaarlijke tbs-gestelden’, 1998; geciteerd in De Kogel & Verwers, 2003, p. 53). Ongelukkigerwijs zien we in dit criterium de onterechte gelijkstelling van stoornis en delict risico weer terug. Bovendien wordt sterk geleund op de kunst van de risicotaxatie, die echter, zoals we hierna zullen zien, belangrijke beperkingen kent.

## Ontslag

Naarmate de behandeling van een ter beschikking gestelde voortschrijdt, wordt hem in de regel toenemende bewegingsvrijheid toegekend, met als ideaal einddoel de volledige reïntegratie in de samenleving. Bij iedere behandelstap die de patiënt verder of vaker buiten het bereik van materiële beveiligingskaders brengt, speelt risicotaxatie een doorslaggevende rol. Men zal immers onderbouwd moeten hardmaken dat de grotere vrijheden geen onverantwoorde risico’s met zich meebrengen voor de buitenwereld.

## Risicotaxatie

Het inschatten van de kans op nieuwe delicten is waarschijnlijk het terrein binnen de tbs dat de afgelopen jaren de snelste en meest ingrijpende ontwikkeling heeft laten zien. In het kielzog van Noord Amerikaanse literatuur (Grove e.a., 2000; Grove & Meehl, 1996; Quinsey e.a., 1998) is de gedachte inmiddels wel gemeengoed dat ongestructureerde klinische taxaties weinig of geen voorspellende waarde hebben; een gegeven dat in recent Nederlands onderzoek ook

voor de tbs werd bevestigd (Philipse, 2005b). Dat de gedachte gemeengoed is impliceert overigens niet dat er in de praktijk ook consequent naar gehandeld wordt. Louter statische, actuariële risicotaxatieinstrumenten zijn in de tbs-context geen aantrekkelijk alternatief voor de klinische blik; de behandelaar zoekt zijn aangrijpingspunten immers in dynamische *criminogenic needs* en kan aan een ongelukkige voorgeschiedenis, hoe sterk voorspellend ook, weinig meer veranderen. Soelaas wordt geboden door de methode van het 'gestructureerd professionele oordeel' (*structured professional judgment*, kortweg SPJ), ook wel bekend als gestructureerd klinische taxatie (Webster e.a., 1997; Douglas e.a., 2003). Deze benadering gaat uit van een lijst vooraf gegeven, zowel statische als dynamische risicofactoren, die volgens een vaste instructie dienen te worden beoordeeld. Vervolgens echter heeft de beoordelaar de vrijheid de risicofactoren naar eigen inzicht te wegen en zelfs risicofactoren toe te voegen indien hij daarvoor goede redenen heeft. Op grond van dit wegingsproces formuleert hij ten slotte een risico-inschatting in termen van 'laag', 'matig' of 'hoog'. Gestructureerd klinische instrumenten kennen dus geen normtabellen of 'cut-off'-scores.

Sinds 2000 zijn verschillende SPJ-instrumenten in het Nederlands vertaald, met name de HCR-20 (genoemd naar zijn drie itemdomeinen, Historisch, Klinisch, en Risicomanagement; Webster e.a., 1997), en de SVR-20 (*Sexual Violence Risk*, Boer e.a., 1995), respectievelijk voor het inschatten van de kans op gewelds- of zedenrecidive. Deze instrumenten vonden snel en breed ingang in de tbs-praktijk en hebben inmiddels een verplichte status verworven bij het aanvragen van verloven. Ook is gaandeweg het nodige onderzoek verschenen over de betrouwbaarheid en predictieve validiteit van deze instrumenten. Binnen Nederland zijn belangrijke bijdragen geleverd door De Vogel (2005) en Hildebrand e.a. (2005).

De belangrijkste conclusie die uit dergelijk onderzoek te trekken valt, is dat gestructureerde risicotaxatiemethoden als de HCR-20 en de SVR-20 significante voorspellende waarde hebben. De omvang van de voorspellingskracht blijkt echter van studie tot studie nogal te verschillen. De HCR-20 doet het soms bijzonder goed (De Vogel, 2005), soms maar magertjes (Hildebrand e.a., 2005) en soms ronduit slecht (Kroner & Mills, 2001). De gemeten prestatie wordt sterk bepaald door de context, het recidivecriterium, de follow-up termijn en de onderzoeksofzet. Dit beeld is in wezen voor alle risicotaxatie-instrumenten vergelijkbaar (Philipse, 2005b).

De Vogel (2005) liet bovendien zien dat ook in een situatie waar de HCR-20 over het geheel een goede prestatie levert, de prestatie per risicocategorie nogal wisselend is. Van de groep patiënten die als laag risico werd geïdentificeerd, viel niemand terug; maar van de groep die als hoog risico werd geïdentificeerd, viel eveneens 38 tot 50 procent niet terug. Hildebrand e.a. (2005) vonden zelfs tot 62 procent 'non-recidive' in de hoog-risicocategorie. Het leidt tot de conclusie dat de instrumenten die thans richtinggevend zijn in het tbs-veld risico's overschatten: ze zijn goed in het identificeren van laag risico individuen, maar veel minder goed in het aanwijzen van de hoog risico gevallen.

Nog veel wisselvalliger en schaarser zijn de empirische gegevens over de vraag wat dynamische risicofactoren uiteindelijk wezenlijk en cumulatief toevoegen aan de voorspelling met statische of historische kenmerken alleen. Hildebrand et al. (2005) vonden dat van alle door hen getoetste voorspellers de overwegend historisch vastgestelde psychopathiefactor 'antisociale levensstijl' het best voorspelde. De Vogel (2005) vond in regressieanalyse aanwijzingen dat de voorspellingskracht van de HCR-20 werd verklaard door slechts drie van zijn 20 items; twee daarvan weliswaar dynamisch, maar met de historische voorspeller 'Jonge leeftijd bij eerste delict' veruit als sterkste. Philipse (2005b) hield na een regressieanalyse over statische en dynamische voorspellers, ontleend aan de tbs-praktijk, een volledig statisch predictiemodel over. Douglas e.a. (2005) vonden daarentegen bemoedigender resultaten: in hun studie bleef het C-(klinische) itemdomein van de HCR-20 als unieke voorspeller over in een model waar het H- en R- domein, maar ook de PCL-r score en de score op de actuariële, statische *Violence Risk Appraisal Guide* (VRAG, Quinsey e.a., 1998) uitvielen.

De nog altijd wankele empirische status van de meest gangbare instrumenten heeft onderzoekers er niet van weerhouden de laatste jaren een groot aantal nieuwe risicotaxatie-instrumenten te ontwikkelen. Speciale doelgroepen, zoals jeugd, zedendelinquenten of plegers van huiselijk geweld, werden van eigen methoden voorzien. Instrumenten gericht op beschermende factoren en op kortetermijntaxaties kwamen beschikbaar. Langzamerhand is het moeilijk door de bomen het bos nog te zien. Het lijkt soms of de ontwikkelaars er meer op uit zijn elkaar met vindingrijke acroniemen naar de kroon te steken dan met wezenlijke, empirisch ondersteunde verbeteringen: in de risicotaxatiesupermarkt vindt men bijvoorbeeld de SONAR (*Sex Offender Need Assessment Rating*, Hanson & Harris, 2001), de B-SAFER (*Brief Spousal Assault Form for the Evaluation of Risk*, Kropp e.a., 2004) en de Armidilo (*Assessment of Risk and Manageability for Individuals with Developmental and Intellectual Limitations who Offend*, Boer, 2006). Voor de klant die in deze supermarkt winkelt, is het vooral van belang te beseffen dat de overgrote meerderheid van de beschikbare instrumenten het onderzoeksstadium niet voorbij is en dat voor de meeste solide empirische steun (vooralsnog?) ontbreekt. In hoeverre deze instrumenten hun beoogde gedifferentieerde doelen waarmaken, moet nog blijken.

Het is maar de vraag of de toenemende versnippering van aanbod en activiteiten in het risicotaxatiedomein de meest wenselijke of productieve weg is. Een langdurige diepte-investering in een beperkt, weloverwogen gekozen aantal instrumenten zou wel eens meer zoden aan de dijk kunnen zetten. In ieder geval lijkt het adagium dat Webster et al. (1997) formuleerden onverkort geldig: het is bij risicotaxatie van belang *dat* men een gestructureerde methode gebruikt; welke methode dat precies is, doet minder ter zake. In de forensisch-psychiatrische praktijk zal de keuze vaak geleid worden door de vraag in hoeverre het gebruikte instrument handvatten biedt voor risicomangement, in het bijzonder in de vorm van behandelinterventies.

## Slotbeschouwing

Wie de rapportage van de Parlementaire Commissie naast de boven geschetste stand van zaken legt, treft enige raakvlakken aan, enige open einden en hier en daar een gemiste kans. Aan het probleem van de gevangenisstraf, voorafgaand aan een tbs, wordt niet meer dan lippendienst bewezen, met de aanbeveling dat moet worden nagegaan in hoeverre een vorm van pre-behandeling in detentie wenselijk en noodzakelijk is. Los van het feit dat dit een retorische vraag is, gaat zij eraan voorbij dat een echte oplossing van dit probleem ingrijpende veranderingen vergt in het systeem zelf, die in scherp contrast staan met de vrijblijvendheid van de aanbeveling.

De belangrijkste gemiste kans hangt hiermee direct samen: de onderzoekscommissie kiest ervoor de fundamenteën van het tbs-systeem ongemoeid te laten, ondanks het feit dat deze deels strijdig zijn met de wetenschappelijke *evidence base* die als uitgangspunt juist zo gehuldigd wordt. De structurele problemen die worden veroorzaakt door het tweesporendenken en de misvattingen over verbanden tussen stoornis en delict blijven zo bestaan.

Gerichte aanbevelingen over de vormgeving en protocollisering van de behandeling zijn in het commissierapport helaas niet te vinden. Daar staat tegenover dat terecht wordt aanbevolen te komen tot een meer gedifferentieerd longstay aanbod. Daarnaast moeten vormen van voorwaardelijke beëindiging, langer forensisch-psychiatrisch toezicht en meer nazorg de instroom in de tbs-longstay indammen. Dat rijtje kan worden aangevuld met de implementatie van effectievere behandelstrategieën en het terugdringen van vals positieve risicotaxaties.

De commissie signaleert dat ook met beschikbare risicotaxatie-instrumenten het voorspellen van toekomstig gedrag moeilijk blijft en beveelt verdere ontwikkeling van het instrumentarium aan. Het wordt essentieel gevonden dat gezocht wordt naar verklaringen waarom de ene tbs'er recidiveert en de andere niet, waarmee de meest in het oog springende leemte in bestaand risicotaxatie-onderzoek correct wordt geïdentificeerd: het ontbreken van theoretische en causale verklaringsmodellen.

Als de aanbevelingen van de commissie daadwerkelijk worden geïmplementeerd, zal de tbs op meerdere vlakken belangrijke vooruitgang boeken. Een feilloos werkend systeem kan en zal het echter nooit worden. Daarom is het niet alleen van belang dat de tbs aan zichzelf werkt, maar ook dat media en politiek hun verantwoordelijkheid nemen om irrationele angsten en mispercepties in de samenleving tegen te gaan in plaats van die te voeden.

## Literatuur

Andrews, D.A., & Bonta, J. (1998). *The psychology of criminal conduct. (2nd edition)*. Cincinnati: Anderson Press.

- Boer, D.P. (2006, augustus). *Assessment of Risk and Manageability for Individuals with Developmental and Intellectual Limitations who Offend (ARMIDILO)*. Paper gepresenteerd op het congres van de International Association for the Treatment of Sexual Offenders, Hamburg, Duitsland.
- Boer, D.P., Hart, S.D., Kropp, P.R. & Webster, C.D. (1995). *Manual for the Sexual Violence Risk-20: Professional guidelines for assessing risk of sexual violence*. Vancouver: Simon Fraser University.
- Boutellier, H. (2002). *De veiligheidsutopie. Hedendaags onbehagen en verlangen rond misdaad en straf*. Den Haag: Boom.
- Bulten, E. & Vrugt, D. de (2003). Gedetineerden gevangen in getallen. In: E. Bulten, J. Nijhuis & J. Verhagen (red.), *Geboeid door het gevangeniswezen. Opstellen over organisatie, personeel en gedetineerden in Nederland*. Den Haag: Ministerie van Justitie.
- Cohen, S. (1973). *Folk devils and moral panics*. London: Paladin.
- Cooke, D.J. (1997). Psychopaths: oversexed, overplayed but not over here? *Criminal Behaviour and Mental Health*, 7, 3-11.
- Cooke, D.J. & Michie, C. (2001). Refining the construct of psychopathy: towards a hierarchical model. *Psychological Assessment*, 13(2), 171-188.
- Cooke, D. J., Michie, C. & Hart, S. D. (2004). Cross-cultural differences in the assessment of psychopathy: Do they reflect variations in the expression or the perception of symptoms? *Psychological Assessment*, 16, 335-339.
- Crombag, H.F.M. (2002). Over opzet en schuld. In: P. van Koppen, D.J. Helsing, H.L.G.J. Merkelbach & H.F.M. Crombag (red.), *Het recht van binnen. Psychologie van het recht*. Deventer: Kluwer.
- Dernevik, M. (2004). *Structured clinical assessment and management of risk of violent recidivism in mentally disordered offenders*. Proefschrift. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Douglas, K.S., Ogloff, J.R.P. & Hart, S.D. (2003). Evaluation of a model of violence risk assessment among forensic psychiatric patients. *Psychiatric Services*, 54(10), 1372-1379.
- Douglas, K.S., Yeomans, M. & Boer, D.P. (2005). Comparative validity analysis of multiple measures of violence risk in a sample of criminal offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 32(5), 479-510.
- D'Silva, K., Duggan, C. & McCarthy, L. (2004). Does treatment really make psychopaths worse? A review of the evidence. *Journal of Personality Disorders*, 18(2), 163-177.
- Garb, H.N. (1998). *Studying the clinician. Judgment research and psychological assessment*. Washington DC: American Psychological Association.
- Gezondheidsraad. (2006). *Preventie en behandeling van de antisociale persoonlijkheidsstoornis*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- Greeven, P. (1997). *De intramurale behandeling van forensische patiënten met een persoonlijkheidsstoornis*. Een empirische studie. Proefschrift. Deventer: Gouda Quint.
- Grove, W.M. & Meehl, P.E. (1996). Comparative efficiency of informal (subjective, impressionistic) and formal (mechanical, algorithmic) prediction procedures: The clinical-statistical controversy. *Psychology, Public Policy and Law*, 2(2), 293-323.
- Grove, W.M., Zald, D.H., Lebow, B.S., Snitz, B.E. & Nelson, C. (2000). Clinical versus mechanical prediction: A meta-analysis. *Psychological Assessment*, 12(1), 19-30.
- Haffmans, C. (1984). *Terbeschikking gesteld: geschiedenis, oplegging en executie van een strafrechtelijke maatregel*. Arnhem: Gouda Quint.
- Hanson, R.K. & Bussière, M.T. (1998). Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66 (2), 348-362.
- Hanson, R.K. & Harris, A.J.R. (2001). A structured approach to evaluating change among sexual offenders. *Sexual Abuse. A Journal of Research and Treatment*, 13(2), 105-122.

- Hanson, R.K. & Morton-Bourgon, K. (2004). *Predictors of sexual recidivism: an updated meta-analysis*. Ottawa: Public Works and Government Services Canada.
- Hare, R.D. (1991). *The Psychopathy Checklist-Revised*. (PCL-R). Toronto: Multi-Health Systems.
- Hildebrand, M., Hesper, B., Spreen, M. & Nijman, H.L.I. (2005). *De waarde van gestructureerde risicotaxatie en van de diagnose psychopathie. Een onderzoek naar de betrouwbaarheid en predictieve validiteit van de HCR-20, HKT-30 en PCL-R*. Utrecht: EFP.
- Hodge, J.E. & Renwick, S.J. (2002). *Motivating mentally disordered offenders*. In: M. McMurrin (Ed.), *Motivating offenders to change. A guide to enhancing engagement in therapy*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Kelly, T.M., & Mann, J.J. (1996). Validity of DSM-III-R diagnosis by psychological autopsy: a comparison with clinician ante-mortem diagnosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94, 337-343.
- Kendell, R.E. (2002). The distinction between personality disorder and mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 180, 110-115.
- Kogel, C. de & Verwers, C. (2003). *De longstay afdeling van Veldzicht. Een evaluatie*. Den Haag: WODC.
- Kogel, C. de & Nagtegaal, M. (2006). *Gewelds- en zedendelinquenten met een psychische stoornis. Wetgeving en praktijk in Engeland, Duitsland, Canada, Zweden en België*. Den Haag: WODC.
- Kordelaar, W. van (2002). *Beslissingsondersteuning onderzoek Geestvermogen (BooG) in het strafrecht voor volwassenen*. Proefschrift. Deventer: Kluwer.
- Kroner, D.G. & Mills, J.F. (2001). The accuracy of five risk appraisal instruments in predicting institutional misconduct and new convictions. *Criminal Justice and Behavior*, 28, 471-489.
- Kropp, P.R., Hart, S.D. & Belfrage, H. (2004). *The Brief Spousal Assault Form for the Evaluation of Risk: B-SAFER*. Vancouver: Proactive Resolutions.
- Landen, D. van der. (1992). *Straf en maatregel*. Proefschrift. Arnhem: Gouda Quint.
- Libet, B. (1983). Time of conscious intention to act in relation to onset of cerebral activity. *Brain*, 106, 23-42.
- Libet, B. (1985). Unconscious cerebral initiative and the role of conscious will in voluntary action. *Behavioral and Brain Sciences*, 8, 529-566.
- Marle, H. van (2004). *Tussen wet en wetmatigheid. De forensische psychiatrie in sociaal perspectief*. Deventer: Kluwer.
- McGuire, J. (1996). *What works: Reducing reoffending*. Chichester: John Wiley & Sons.
- McGuire, J. (2002). *Offender rehabilitation and treatment. Effective programmes and policies to reduce re-offending*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Monahan, J., Steadman, H.J., Silver, E., Appelbaum, P.S., Clark Robbins, P., Mulvey, P.E., Roth, L., Grisso, T. & Banks, S. (2001). *Rethinking risk assessment. The MacArthur study of mental disorder and violence*. Oxford: Oxford University Press.
- Nijman, H.L.I. (2005). *Kunnen we delinquenten niet beter behandelen?* Oratie. Nijmegen: Radboud Universiteit.
- Obhi, S.S. & Haggard, P. (2004). Free will and free won't. *American Scientist*, 92, 358-365.
- Pfeiffer, C., Windzio, M. & Kleimann, M. (2005). Media use and its impacts on crime perception, sentencing attitudes and crime policy. *European Journal of Criminology*, 2, 259-285.
- Philipse, M.W.G. (2005a). Stoornis en delictgevaar. Spraakverwarring in TBS. *De Psycholoog*, 40, 460-461.
- Philipse, M.W.G. (2005b). *Predicting criminal recidivism. Empirical studies and clinical practice in forensic psychiatry*. Proefschrift. Nijmegen: Radboud Universiteit.
- Quinsey, V.L., Harris, G.T., Rice, M.E. & Cormier, C.A. (1998). *Violent offenders. Appraising and managing risk*. Washington DC: American Psychological Association.
- Rassin, E. (2005). Oneigenlijke beïnvloeding, onmogelijke onderzoeksopdrachten, ontkennde verdachten en onscherpe diagnoses. Enkele tbs-gerelateerde problemen. *De Psycholoog*, 40, 378-384.



- Rice, M., Harris, G. & Cormier, C. (1992). An evaluation of a maximum security therapeutic community for psychopaths and other mentally disordered offenders. *Law and Human Behavior*, 16, 399-412.
- Ruiter, C. de (2000). *Voor verbetering vatbaar. Oratie*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Ruiter, C. de & Hildebrand, M. (2002). Over toerekeningsvatbaarheid. In: P. van Koppen, D.J. Hessing, H.L.G.J. Merkelbach, H.F.M. Crombag (red.), *Het recht van binnen. Psychologie van het recht*. Deventer: Kluwer.
- Ruiter, C. de, Veen, V. & Greeven, P.G.J. (2005). *De effectiviteit van psychologische behandeling bij verkrachters. Bevindingen van een meta-analyse*. Utrecht: EFP.
- Silver, E. (2000). Race, neighborhood disadvantage, and violence among persons with mental disorders: the importance of contextual measurement. *Law and Human Behavior*, 24(4), 449-456.
- Swaaning, R. van (1996). Justitie als verzekeringsmaatschappij. 'Actuarial justice' in Nederland. *Justitiële Verkenningen*, 5, 80-97.
- Tervoort, M. (2003). Over behandelbaarheid. In: H. Groen & M. Drost (red.), *Handboek forensische geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: De Tijdstroom.
- 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*. Proefschrift. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, Dutch University Press.
- Warren, F., McGauley, G., Norton, K., Dolan, B., Preedy-Fayers, K., Pickering, A. & Geddes, J.R. (2003). *Review of treatments for severe personality disorder*. Home Office Online Report 30/03. London: Home Office.
- Wartna, B., El Harbachi, S. & Knaap, L.M. van der. (2005). *Buiten behandeling. Een cijfermatig overzicht van de strafrechtelijke recidive van ex-terbeschikkinggestelden*. Den Haag: Boom Uitgevers.
- Wartna, B. & Nijssen, L.T.J. (2006). *National studies on recidivism: an inventory of large-scale recidivism research in 33 European countries*. Den Haag: WODC.
- Webster, C.D., Douglas, K.S., Eaves, D. & Hart, S.D. (1997). *HCR-20. Assessing risk for violence. Version 2*. Burnaby, British Columbia: Simon Fraser University, Mental Health, Law and Policy Institute.
- Wood, R.M., Grossman, L.S., & Fichtner, C.G. (2000). Psychological assessment, treatment, and outcome with sex offenders. *Behavioral Sciences & the Law*, 18(1), 23-41.