
Preventie en behandeling van de antisociale persoonlijkheidsstoornis





Aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Onderwerp : Aanbieding advies Preventie en behandeling van de antisociale
persoonlijkheidsstoornis

Uw kenmerk : GVM/2408440

Ons kenmerk : I-1627/AB/db/736-D

Bijlagen : 1

Datum : 8 mei 2006

Mijnheer de Minister,

Hierbij bied ik u het advies Preventie en behandeling van de antisociale persoonlijkheidsstoornis aan, waarom u in een adviesaanvraag van 30 oktober 2003 heeft verzocht. Het is opgesteld door een commissie van de Gezondheidsraad en beoordeeld door de Beraadsgroep Geneeskunde en de Beraadsgroep Gezondheidsethiek en Gezondheidsrecht. Overeenkomstig de adviesaanvraag heb ik dit advies vandaag ook aangeboden aan de Minister van Justitie.

Psychiatrische stoornissen die tot overlast en schade kunnen leiden, staan al enige tijd in het brandpunt van de belangstelling. In dit advies wordt beschreven welke wetenschappelijk onderbouwde mogelijkheden er zijn om een antisociale persoonlijkheidsstoornis te voorkomen en om zorg te verlenen aan mensen met deze stoornis. Die mogelijkheden zijn zowel van belang voor de psychische gezondheid van de patiënten als voor de veiligheid van de samenleving.

De commissie heeft weinig goed onderzoek gevonden naar de behandeling van de antisociale persoonlijkheidsstoornis. Niettemin zijn er aanwijzingen dat gedragsmatige symptomen als impulsiviteit en agressie kunnen worden verminderd. Ook de behandeling van een bijkomende verslavingsstoornis kan daaraan bijdragen. Deze mogelijkheden worden in de praktijk nog niet ten volle benut. Het advies geeft aan hoe daarin verandering kan worden gebracht. Versterking van de samenwerking tussen geestelijke gezondheidszorg, gevangeniswezen en TBS-klinieken vormt daarvan een belangrijk onderdeel. Een eerste stap in die richting kan worden gezet door gezamenlijk richtlijnen te ontwikkelen

Bezoekadres

Parnassusplein 5

2511 VX Den Haag

Telefoon (070) 340 6618

E-mail: a.bood@gr.nl

Postadres

Postbus 16052

2500 BB Den Haag

Telefax (070) 340 75 23

www.gr.nl



Onderwerp : Aanbieding advies Preventie en behandeling van de
antisociale persoonlijkheidsstoornis

Ons kenmerk : I-1627/AB/db/736-D

Pagina : 2

Datum: : 8 mei 2006

voor diagnostiek en behandeling.

Mede omdat de mogelijkheden tot behandeling vooralsnog beperkt zijn, wijst de commissie op het grote belang van preventie. Vooral het voorkómen en behandelen van gedragsstoornissen bij kinderen en adolescenten kan een effectieve en doelmatige manier zijn om op latere leeftijd een antisociale persoonlijkheidsstoornis te voorkomen. Ook wat betreft preventie zijn er in de praktijk echter nog duidelijk verbeteringen mogelijk. Zo kan de deskundigheid op het gebied van het herkennen van risicosituaties en gedragsstoornissen worden vergroot. En er kan vaker worden gewerkt volgens wetenschappelijk onderbouwde behandelmethoden. Ook voor het voorkómen en behandelen van gedragsstoornissen is het ontwikkelen van richtlijnen van belang.

In het advies wordt een lans gebroken voor meer onderzoek om de effectiviteit van interventies te kunnen onderbouwen. De onderzoekscultuur in de forensische psychiatrie blijkt voor versterking vatbaar, zowel binnen een justitieel kader (gevangeniswezen, TBS-sector) als daarbuiten (jeugdzorg, GGZ). De commissie beveelt aan daarbij ook universiteiten te betrekken.

Ik onderschrijf de aanbevelingen van de commissie.

Hoogachtend,

Prof. dr M de Visser,
Vice-voorzitter

Preventie en behandeling van de antisociale persoonlijkheidsstoornis

aan:

de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
de minister van Justitie

Nr 2006/07, Den Haag, 08 mei 2006

De Gezondheidsraad, ingesteld in 1902, is een adviesorgaan met als taak de regering en het parlement ‘voor te lichten over de stand der wetenschap ten aanzien van vraagstukken op het gebied van de volksgezondheid’ (art. 21 Gezondheidswet).

De Gezondheidsraad ontvangt de meeste adviesvragen van de bewindslieden van Volksgezondheid, Welzijn & Sport; Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening & Milieubeheer; Sociale Zaken & Werkgelegenheid en Landbouw, Natuur & Voedselkwaliteit. De raad kan ook eigener beweging adviezen uitbrengen. Het gaat dan als regel om het signaleren van ontwikkelingen of trends die van belang kunnen zijn voor het overheidsbeleid.

De adviezen van de Gezondheidsraad zijn openbaar en worden in bijna alle gevallen opgesteld door multidisciplinaire commissies van – op persoonlijke titel benoemde – Nederlandse en soms buitenlandse deskundigen.



De Gezondheidsraad is lid van het International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA). INAHTA bevordert de uitwisseling en samenwerking tussen de leden van het netwerk.

U kunt het advies downloaden van www.gr.nl.

Deze publicatie kan als volgt worden aangehaald:
Gezondheidsraad. Preventie en behandeling van de antisociale persoonlijkheidsstoornis. Den Haag: Gezondheidsraad, 2006; publicatie nr 2006/07.

Preferred citation:
Health Council of the Netherlands. Prevention and treatment of the antisocial personality disorder. The Hague: Health Council of the Netherlands, 2006; publication no. 2006/07.

auteursrecht voorbehouden

all rights reserved

ISBN-10: 90-5549-595-6

ISBN-13: 978-90-5549-595-5

Inhoud

Samenvatting 11

Executive summary 17

1 Inleiding 23

1.1 Vraagstelling 23

1.2 Werkwijze 24

1.3 Opzet van het advies 24

1.4 *Evidence based medicine* 25

2 Begripsbepaling, diagnostiek en prevalentie 27

2.1 Begripsbepaling 27

2.2 Diagnostiek 30

2.3 Prevalentie 31

2.4 Conclusie 32

3 Ontstaan en natuurlijk beloop 33

3.1 Ontstaan 33

3.2 Natuurlijk beloop 39

3.3 Conclusie 39

4	Preventie	41
4.1	Baby's, peuters en kinderen in de basisschoolleeftijd	41
4.2	Adolescenten	44
4.3	Doelmatigheid	47
4.4	Conclusie	47

5	Behandeling	49
5.1	Behandeldoelen	49
5.2	Dataverzameling	50
5.3	Werkzaamheid van therapeutische interventies	50
5.4	Werkzaamheid van gevangenisstraf	57
5.5	Conclusie	58

6	Vooruitzichten voor behandeling	61
6.1	Epidemiologische aanwijzingen	61
6.2	Theoretische perspectieven	64
6.3	Conclusie	66

7	Preventie en behandeling in de praktijk	67
7.1	Preventie	67
7.2	Behandeling	83
7.3	Conclusie	91

8	Conclusies en aanbevelingen	93
8.1	Conclusies	93
8.2	Aanbevelingen	96

	Literatuur	103
--	------------	-----

	Bijlagen	121
A	De adviesaanvraag	123
B	De commissie	127
C	Begripsbepalingen	129
D	Preventie-effectstudies	135
E	Behandeleffectstudies	137

Samenvatting

Adviesaanvraag

De antisociale persoonlijkheidsstoornis (ASP) is een psychiatrische stoornis die wordt gekenmerkt door een duurzaam patroon van egocentrisme, impulsiviteit en agressiviteit. Verantwoordelijkheidsgevoel en schuldbesef ontbreken. Mensen met een ASP hebben daardoor vrijwel altijd sociale problemen. Ze veroorzaken veel schade, leed en maatschappelijke overlast. Ook worden ze relatief vaak veroordeeld voor het plegen van een strafbaar feit. In westerse landen heeft een tot twee procent van de algemene bevolking een ASP. In gevangenissen en TBS-klinieken is dat percentage veel hoger. Onder mannen komt de ASP mogelijk acht maal zo vaak voor als onder vrouwen.

Zelf hebben mensen met een ASP vaak niet het idee dat ze aan een stoornis lijden. Daarom zoeken ze er ook zelden hulp voor. En als ze na een veroordeling in een gevangenis of een TBS-kliniek worden opgenomen, zijn ze meestal niet gemotiveerd om aan behandeling mee te werken. Dikwijls hebben ze ook nog een andere psychiatrische stoornis, zoals een ernstige alcohol- of drugsverslaving. Daarvoor laten ze zich soms wel behandelen.

Door de overlast die mensen met een antisociale persoonlijkheidsstoornis veroorzaken en door hun beperkte behandelmotivatie vormen ze een probleem voor de samenleving. Onder hulpverleners bestaat bovendien een gebrek aan kennis over hoe de ASP het best kan worden voorkómen en behandeld. Daarom heeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), mede namens

de minister van Justitie, de Gezondheidsraad verzocht een overzicht te geven van de stand van wetenschap op het gebied van preventie en behandeling. Ook is de raad gevraagd aan te geven welke gevolgen het wetenschappelijk inzicht moet hebben voor de praktijk.

Ontstaan van de ASP

De oorsprong van een antisociale persoonlijkheidsstoornis ligt in de kindertijd en de adolescentie. De stoornis ontstaat na een langjarig proces waarin diverse soorten risicofactoren elkaar versterken.

Dat proces begint altijd met een meer of minder sterke genetische aanleg. In combinatie met omgevingsfactoren, zoals een gebrek aan toezicht door de ouders, mishandeling of het opgroeien in een achterstandsbuurt, leidt die aanleg tot neurobiologische en psychologische risicofactoren. Bij neurobiologische factoren gaat het bijvoorbeeld om een verlaagde prikkelbaarheid van het autonome zenuwstelsel of een beperkte reactie op straf. Een grote behoefte aan spanning en de neiging om gedrag van anderen snel als vijandig te beschouwen zijn voorbeelden van psychologische risicofactoren.

Naarmate er bij kinderen meer van zulke risicofactoren aanwezig zijn, is de kans groter dat ze een gedragsstoornis ontwikkelen. Gedragsproblemen op de peuterleeftijd zijn vaak de eerste waarschuwingssignalen voor een verhoogd risico op een gedragsstoornis. Vooral de antisociale gedragsstoornis vormt een belangrijke voorloper van de antisociale persoonlijkheidsstoornis. Kenmerkend voor de persoonlijkheidsstoornis is dat het antisociale gedrag en het gebrek aan verantwoordelijkheidsbesef en schuldgevoel duurzaam zijn geworden.

Preventie

Omdat de antisociale persoonlijkheidsstoornis veel leed tot gevolg heeft, is het belangrijk deze te voorkomen. Dat kan het best door tijdens de kindertijd en de adolescentie gedragsstoornissen te voorkomen en te behandelen.

Uit oogpunt van effectiviteit en doelmatigheid is het belangrijk om bij een verhoogd risico zo vroeg mogelijk in te grijpen, zo blijkt uit onderzoek. Naarmate daarmee langer wordt gewacht, wordt de kans groter dat er een gedragsstoornis ontstaat of dat die chronisch wordt en escaleert. In dat geval zullen interventies meestal intensiever en langduriger moeten zijn om nog effect te kunnen hebben. Ook wordt de kans dan kleiner dat een ASP kan worden voorkomen. Toch biedt ook preventie in de vorm van behandeling van een gedragsstoornis

tijdens de adolescentie waarschijnlijk nog steeds een beter perspectief dan behandeling van een ASP op volwassen leeftijd.

Van meerdere interventies is wetenschappelijk vastgesteld dat ze kunnen bijdragen aan het terugdringen van gedragsstoornissen. Bij baby's, peuters en kinderen in de basisschoolleeftijd kan dat door ouders pedagogische ondersteuning te bieden, ontwikkelingscondities in het gezin te verbeteren, de cognitieve ontwikkeling van het jonge kind te stimuleren en de ouders gedragstraining te geven. Voor ingrijpen bij adolescenten zijn cognitieve gedragstherapie, functionele gezinstherapie en multisysteemtherapie effectief gebleken.

Van de mogelijkheden voor preventie en behandeling van gedragsstoornissen wordt op dit moment niet optimaal gebruik gemaakt. Dat komt onder meer doordat er in de jeugdhulpverlening niet genoeg deskundigheid bestaat over signalering, diagnostiek en behandeling van gedragsstoornissen. Daardoor worden kinderen met problemen vaak niet geïdentificeerd. Ook worden de behandelingen veelal niet afgestemd op de kenmerken van het kind en van het gezin waarvan het deel uitmaakt. En er worden veel behandelingen toegepast waarvan de effectiviteit niet wetenschappelijk is vastgesteld. Daarnaast is de samenwerking tussen instellingen vaak gebrekkig.

Vergelijkbare problemen doen zich voor in justitiële jeugdinrichtingen, waar een groot deel van de jongeren een gedragsstoornis heeft. Die wordt vaak niet herkend en dus ook niet behandeld.

Behandeling

Er is nog te weinig goed onderzoek gedaan om met zekerheid te kunnen zeggen of de antisociale persoonlijkheidsstoornis op volwassen leeftijd effectief kan worden behandeld. Evenmin kan nu al worden gezegd dat de stoornis niet behandelbaar is. Totdat meer onderzoek is gedaan, kunnen over de behandelbaarheid van de ASP alleen voorlopige conclusies worden getrokken.

De belangrijkste van die voorlopige conclusies is dat er op dit moment geen vooruitzicht bestaat op genezing van de ASP, maar dat het wel mogelijk is bepaalde symptomen van de stoornis te bestrijden. Er zijn aanwijzingen dat met cognitieve gedragstherapie en farmacologische therapie iemands impulsiviteit en agressie kunnen worden verminderd. Verder bestaat er enig wetenschappelijk bewijs voor de mogelijkheid om met psychotherapie, *contingency management* (conditionering door middel van beloning van gewenst gedrag) en farmacologische therapie een alcohol- of drugsverslaving van iemand met een ASP effectief te behandelen. Ook dat kan bijdragen aan het terugdringen van symptomen van de stoornis.

Deze mogelijkheden voor behandeling bieden aanknopingspunten voor risicomanagement: het verkleinen en beheersbaar maken van het risico dat iemand met een ASP voor zijn omgeving vormt. Met alleen (tijdelijke) gevangenisstraf kan dat risico niet blijvend worden gereduceerd.

Voor een specifieke groep, mensen met psychopathie, zijn de vooruitzichten voor het indammen van risico ongunstiger. Psychopathie is een ernstige vorm van de ASP die onder meer wordt gekenmerkt door persoonlijkheidskenmerken als kilheid, gebrek aan empathie, pathologisch liegen en manipulatie. Psychopaten proberen zich vaak aan behandeling te onttrekken of die door agressief gedrag te verstoren. Groepstherapie kan bij hen zelfs averechts werken, omdat deze hen in staat stelt van elkaars ervaringen te leren en manipulatieve vaardigheden aan te scherpen.

Mensen met een ASP komen in de loop van hun leven vaak met zowel de GGZ, als het gevangeniswezen en de TBS-sector in aanraking. In al deze sectoren kan van de mogelijkheden voor risicomanagement beter gebruik worden gemaakt dan nu gebeurt. In de GGZ worden mensen met een ASP op dit moment soms wel voor bijvoorbeeld een verslaving of depressie behandeld, maar vrijwel nooit voor de persoonlijkheidsstoornis. Het gevangeniswezen beschikt niet over voldoende kennis, ervaring en middelen om mensen met een ASP die veroordeeld zijn zelfstandig te behandelen. En de behandeling van TBS-gestelden met een ASP lijdt onder de geïsoleerde positie die de TBS-klinieken innemen ten opzichte van de GGZ. Die draagt bij aan de geringe wetenschappelijke onderbouwing van de werkwijzen in de klinieken en belemmert de gewenste doorstroming van mensen met een ASP naar de GGZ op het moment dat hun delictgevaarlijkheid tot een acceptabel niveau is teruggebracht. Die geïsoleerde positie wordt onder meer veroorzaakt door een gebrek aan animo in de GGZ om patiënten te behandelen die als onhandelbaar en potentieel gevaarlijk worden gezien.

Aanbevelingen

Preventie

Omdat vooral kinderen met een (verhoogd risico op een) gedragsstoornis kans hebben een antisociale persoonlijkheidsstoornis te ontwikkelen, is het wenselijk de preventie van de ASP in te bedden in de preventie en behandeling van gedragsstoornissen tijdens de kindertijd en de adolescentie. Dat vraagt om het tijdig signaleren van risicofactoren, vroege kenmerken van gedragsproblemen en

gedragsstoornissen, om deskundige diagnostiek en om de inzet van interventies waarvan de effectiviteit wetenschappelijk is aangetoond.

Vooraf in de jeugdhulpverlening en de justitiële jeugdzorg is op deze drie gebieden verbetering nodig. Zo moet de deskundigheid op het gebied van het herkennen en bespreekbaar maken van risicofactoren en het diagnosticeren van gedragsstoornissen vergroot worden. Verder dient meer gebruik te worden gemaakt van wetenschappelijk onderbouwde behandelingsmethoden. Ook is het wenselijk de interventies die worden toegepast steeds wetenschappelijk te evalueren, zodat het gebruik van niet-effectieve methoden zoveel mogelijk wordt vermeden. De effectiviteit en de doelmatigheid van behandelingen kunnen bovendien worden vergroot door richtlijnen voor signalering, diagnostiek en behandeling te ontwikkelen.

Ten slotte beveelt de commissie aan dat er meer wettelijke mogelijkheden komen om kinderen met een gedragsstoornis die niet strafrechtelijk zijn veroordeeld, door het uitvoeren van drang tot behandeling te kunnen motiveren.

Behandeling

Van de mogelijkheden voor risicomanagement bij mensen met een antisociale persoonlijkheidsstoornis kan beter gebruik worden gemaakt dan nu gebeurt. Volgens de commissie dient de GGZ het voorkómen dat iemand met een psychiatrische stoornis in crimineel gedrag vervalt, of na een gevangenisstraf of TBS recidiveert, ook tot haar verantwoordelijkheid te rekenen. In dat kader beveelt zij aan de deskundigheid in de GGZ op het gebied van het herkennen en behandelen van de ASP te bevorderen.

In de TBS-sector dient volgens de commissie meer aandacht te worden besteed aan de wetenschappelijke onderbouwing en evaluatie van behandelkeuzen en aan kwaliteitsbewaking. Door het geringe wetenschappelijke gehalte van de werkwijzen in de klinieken wordt nu mogelijk te lang aan niet-effectieve behandelvormen vastgehouden. Ook worden behandelvormen die wellicht wél effectief zijn onvoldoende toegespitst op individuele kenmerken van patiënten.

Omdat de vooruitzichten voor risicomanagement bij mensen met psychopathie ongunstiger zijn, is het belangrijk dat hulpverleners in de TBS-sector psychopathie herkennen. Voor zover mensen met psychopathie TBS opgelegd hebben gekregen, behandeling ook daadwerkelijk niet effectief is gebleken en er sprake blijft van proportionaliteit tussen de ernst van het gepleegde delict en de duur van de maatregel, ligt opname in een *long stay*-afdeling voor de hand.

De commissie acht het voor effectief risicomanagement noodzakelijk dat de GGZ, het gevangeniswezen en de TBS-klinieken beter gaan samenwerken. Dat is niet alleen van belang omdat risicomanagement vaak om continuïteit van (bemoei)zorg vraagt, maar ook omdat de instellingen van elkaar kunnen leren over de wijze waarop mensen met een ASP kunnen worden behandeld. Aan die samenwerking kan om te beginnen vorm worden gegeven door gezamenlijk richtlijnen voor diagnostiek en behandeling te ontwikkelen. Daarbij dienen volgens de commissie ook universiteiten te worden betrokken.

Ten slotte dient te worden bekeken of er meer wettelijke mogelijkheden moeten komen om mensen met een ASP buiten het kader van het strafrecht door het uitoefenen van drang tot behandeling te kunnen motiveren.

Onderzoek

Het ontstaan en de mogelijkheden voor preventie en behandeling van de antisociale persoonlijkheidsstoornis zijn nog met vrij grote onzekerheden omgeven. Zo bestaat er op populatieniveau een redelijk goed beeld van de risicofactoren, maar is er nog niet zo veel bekend over factoren die een beschermende werking kunnen hebben. Daardoor kunnen geen harde uitspraken worden gedaan over de kans dat een individu een ASP ontwikkelt. Dat bemoeilijkt vervolgens gerichte preventie. Ook is er nog weinig bekend over de effectiviteit van preventieve interventies op lange termijn. En door een gebrek aan goed onderzoek kan er evenmin veel met zekerheid worden gezegd over de behandelbaarheid van de antisociale persoonlijkheidsstoornis. Van veel van de behandelingen die op dit moment in de praktijk worden toegepast, is de effectiviteit niet aangetoond.

De commissie beveelt daarom aan meer onderzoek te doen naar het ontstaan van de ASP en naar de langetermijneffecten van preventie. Om effectieve en doelmatige behandelingen te kunnen selecteren, is meer onderzoek nodig naar interventies die zijn afgestemd op de specifieke kenmerken van mensen met een ASP.

Executive summary

Health Council of the Netherlands. Prevention and treatment of the antisocial personality disorder. The Hague: Health Council of the Netherlands. 2006 publication no. 2006/07.

Request for advice

Antisocial personality disorder (APD) is a psychiatric disorder characterised by a long-standing pattern of egocentricity, impulsivity and aggressiveness. Affected individuals lack a sense of responsibility and guilt. People with an APD therefore almost always have social problems, cause much damage and distress, and become a nuisance to society. They are also convicted of offences relatively frequently. Between one and two percent of the general population in Western countries have an APD. In prisons and TBS* clinics, this percentage is much higher. It is thought that APD may be eight times more common among men than among women.

People with an APD are often themselves unaware that they are suffering from a disorder and, consequently, they rarely seek help. And if they receive a prison sentence or are ordered to attend a TBS clinic, they are not usually motivated to cooperate with the treatment. They frequently also have an additional psychiatric disorder, such as a serious alcohol or drug addiction, for which they do sometimes submit to treatment.

People with an antisocial personality disorder pose a problem for society on account of the trouble that they cause and their limited motivation to undergo treatment. Furthermore, there is a lack of knowledge among care providers about

* *Terbeschikkingstelling* (TBS): detention under a compulsory treatment order.

how APD can best be prevented and treated. Consequently, the Minister of Health, Welfare and Sport, acting on behalf of the Minister of Justice as well, has requested the Health Council to review the current level of knowledge with regard to prevention and treatment. The Council has also been asked to indicate what practical implications this body of knowledge should have.

The development of APD

Antisocial personality disorders have their origins in childhood and adolescence. The disorder arises after a process lasting many years and involving a synergistic interaction between various types of risk factors.

This process always begins with some degree of genetic predisposition. When combined with such environmental factors as a lack of parental supervision, abuse or growing up in a deprived area, this predisposition gives rise to neurobiological and psychological risk factors. Examples of neurobiological factors are reduced excitability of the autonomic nervous system or a limited reaction to punishment. Psychological risk factors include a marked need for excitement and a heightened tendency to regard other people's behaviour as hostile.

The greater the number of such risk factors present in children, the more likely they are to develop a behaviour disorder. Behavioural problems among toddlers are often the first warning signals that a child is at increased risk of developing a behaviour disorder. Conduct disorder, in particular, is an important precursor of antisocial personality disorder. The fact that the antisocial behaviour and the lack of a sense of responsibility and guilt have become long-standing is a hallmark of personality disorder.

Prevention

Since antisocial personality disorder results in a great deal of distress, it is important to prevent it from occurring. This is best achieved by preventing and treating behaviour disorders during childhood and adolescence.

From the standpoint of effectiveness and efficiency, research shows that it is important to intervene at the earliest possible stage in circumstances where there is increased risk. The longer the delay, the greater the likelihood that a behaviour disorder will emerge, or that this condition will become chronic and escalate – in which case interventions will usually need to be more intensive and prolonged in order to have an effect. Furthermore, the chances of preventing an APD will then diminish. Nevertheless, even prevention by treating a behaviour disorder during

adolescence probably still offers a better prognosis than treating an APD during adulthood.

Scientific evidence from a number of interventions shows that they can help to reduce behaviour disorders. In infants, toddlers and children of primary-school age, this can be achieved by providing parents with educational support, improving conditions for development within the family, stimulating the young child's cognitive development and providing the parents with behaviour training. For adolescents, cognitive behavioural therapy, functional family therapy and multi-systemic therapy have proved effective.

The various possibilities for the prevention and treatment of behaviour disorders are not being fully exploited at present. This is partly due to a lack of expertise in the detection, diagnosis and treatment of behaviour disorders within the youth care services. Consequently, children with problems are frequently not identified. Furthermore, the treatments are often not tailored to the particular characteristics of the child and those of its family. Moreover, the effectiveness of many of the treatments has not been scientifically established. In addition, cooperation between different institutions is frequently poor.

Similar problems arise in youth custody centres, where a large proportion of the youngsters have a behaviour disorder. These conditions frequently go undetected and are therefore also not treated.

Treatment

There is still insufficient good research to be able to say with any certainty whether antisocial personality disorder can be effectively treated in adulthood. Nor, however, can it be said as yet that the disorder is *not* treatable. Until more research has been done, one can only draw provisional conclusions about the treatability of APD.

The most important of these provisional conclusions is that there is no prospect of a cure for APD at this point in time, but it is possible to combat certain symptoms of the disorder. There are indications that cognitive behaviour therapy and pharmacological therapy can be used to reduce a person's impulsivity and aggression. Furthermore, there is some scientific evidence that alcohol or drug addiction can be effectively treated in a person with an APD by means of psychotherapy, 'contingency management' (conditioning whereby desired behaviour is rewarded) and pharmacological therapy. This can also help to reduce symptoms of the disorder.

These treatment options provide some pointers for risk management (i.e. the reduction and containment of the risk that someone with an APD poses to his

surroundings). It is not possible to reduce this risk permanently by means of temporary imprisonment alone.

For one specific group – people with psychopathy – the prospects for risk containment are less favourable. Psychopathy is a severe form of APD which is characterised in part by personality traits as callousness, lack of empathy, pathological lying and manipulation. Psychopaths frequently either try to withdraw from treatment or to disrupt it through aggressive behaviour. Group therapy may even have the opposite effect from that intended in these individuals, since it enables them to learn from each other's experiences and hone their manipulative skills.

In the course of their lives, people with an APD often come into contact with the mental health services, the prison system and the TBS sector. In all of these areas, better use can be made than at present of the opportunities for risk management. People with an APD may sometimes be treated for an addiction or depression within the current mental health system, but they are hardly ever treated for personality disorder. The prison system does not itself possess sufficient knowledge, experience and resources to treat offenders who have an APD. And the treatment given to people with an APD who are placed under a TBS (compulsory treatment) order suffers from the isolated position that the TBS clinics occupy in relation to the mental health services. This situation is a contributory factor to the low scientific underpinning of the working practices in the clinics and hinders the desired channelling of people with an APD into the mental health system once the threat of reoffending has been reduced to an acceptable level. This isolated position is caused in part by a disinclination on the part of the mental health services to treat patients who are considered to be untreatable and potentially dangerous.

Recommendations

Prevention

Since it is mainly children who have a behaviour disorder (or are at increased risk of developing one) who are likely to develop an antisocial personality disorder, it is desirable that the prevention of APD should be embedded within the prevention and treatment of behaviour disorders during childhood and adolescence. This requires timely detection of risk factors and early characterisation of behavioural problems and disorders, expert diagnosis, and the implementation of scientifically proven interventions.

Within the youth care services and the juvenile justice system, in particular, improvements need to be made in these three areas. First of all, expertise in recognising risk factors and making them a subject for discussion, as well as in diagnosing behavioural disorders needs to be improved. Furthermore, greater use should be made of scientifically proven treatment methods. The interventions that are adopted should preferably always be subjected to scientific evaluation so as to avoid the use of ineffective methods wherever possible. Moreover, the effectiveness and efficiency of treatments can be enhanced by developing guidelines for detection, diagnosis and treatment.

Finally, the Committee recommends that more statutory options should be created in order to motivate children with a behaviour disorder who have not been convicted of an offence by applying pressure to undergo treatment.

Treatment

The opportunities for risk management can be made better use of than at present when dealing with people with an antisocial personality disorder. According to the Committee, the mental health services should also accept responsibility for preventing people with a psychiatric disorder from slipping back into criminal behaviour or reoffending after having served a prison sentence or having been placed under a TBS order. With this in mind, it recommends fostering expertise within the mental health services as far as the recognition and treatment of APD are concerned.

In the TBS sector, the Committee feels that more attention should be focused on the scientific underpinning and evaluation of treatment options and on quality assurance. Due to the low scientific content of the way of working in the clinics, it is possible that ineffective forms of treatment are currently being retained for too long. At the same time, forms of treatment that are, in fact, effective are not being adequately tailored to individual patient characteristics.

Because the prospects for risk management are less favourable in people with psychopathy, it is important that care providers in the TBS sector recognise psychopathy. Admission to a long-stay unit is an obvious option in cases where people with psychopathy have been issued with a TBS order and treatment has indeed proved ineffective, provided the proportionality between the seriousness of the offence committed and the duration of the TBS order is taken into consideration

If risk management is to be effective, the Committee perceives a need for better cooperation between the mental health services, the prison system and the

TBS clinics. This is not only important because risk management frequently requires continuity of care (possibly in the form of assertive outreach), but also because the institutions in question can learn from one another about how people with an APD can be treated. An initial step in establishing this cooperation might be to draw up common guidelines for diagnosis and treatment. The Committee believes that universities should also be involved in this process.

Finally, one should consider whether more statutory options are needed outside of the criminal justice framework in order to motivate people with an APD by applying pressure to undergo treatment.

Research

Considerable uncertainty still surrounds the development of antisocial personality disorder and the possibilities for prevention and treatment. Whereas we have a reasonably clear picture of the risk factors at the population level, little is known as yet about factors that may have a protective effect, for example. Consequently, it is not possible to draw any firm conclusions about the likelihood of an individual developing an APD, thus making targeted prevention more difficult. Nor is much known as yet about the effectiveness of preventive interventions in the long term, and, owing to a lack of good research, little can be said with much certainty about the treatability of antisocial personality disorder. The effectiveness of many of the treatments that are currently being applied in practice remains unproven.

The Committee therefore recommends that more research should be performed into the development of APD and into the long-term effects of prevention. In order to select effective and efficient treatments, more research is needed into interventions that are tailored to the specific characteristics of people with an APD.

Inleiding

1.1 Vraagstelling

De antisociale persoonlijkheidsstoornis (ASP) is een psychiatrische stoornis die wordt gekenmerkt door egocentrisme, impulsiviteit en agressiviteit. Mensen met een ASP overtreden veelvuldig sociale normen en hebben weinig verantwoordelijkheidsbesef en schuldgevoel. Ze hebben vrijwel altijd sociale problemen en veroorzaken veel schade, leed en maatschappelijke overlast. Ook worden ze relatief vaak veroordeeld voor het plegen van een strafbaar feit. De gevangenis- en TBS-populaties bestaan waarschijnlijk voor tenminste enkele tientallen procenten uit mensen met een ASP.

Voor behandelaars vormen mensen met een ASP een probleem. In de regel hebben ze namelijk zelf geen hulpvraag en zijn ze niet gemotiveerd om mee te werken aan een behandeling. Bovendien bestaat er een gebrek aan kennis over hoe een ASP effectief moet worden behandeld. Daarnaast wordt het ziektebeeld in veel gevallen gecompliceerd door comorbiditeit met andere psychiatrische stoornissen, zoals een ernstige verslaving aan alcohol of drugs. Ten slotte zijn de randvoorwaarden voor behandeling meestal niet optimaal. Zo zijn er in de gevangenissen onvoldoende mogelijkheden om mensen met een persoonlijkheidsstoornis te behandelen. En de gebrekkige samenwerking tussen het gevangeniswezen en de GGZ bemoeilijkt de resocialisatie van ex-gevangenen. Dat geldt ook voor TBS-gestelden die in de laatste fase van of direct na hun terbeschikkingstelling

voor een behandeling moeten doorstromen naar een vervolgvoorziening van de GGZ.

Om de oplossing van deze problemen dichterbij te brengen heeft de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), mede namens de Minister van Justitie, de Gezondheidsraad verzocht een overzicht te geven van de stand van wetenschap op het gebied van diagnostiek, preventie en behandeling van de ASP. Ook is de raad gevraagd de praktische implicaties daarvan aan te geven. De adviesaanvraag is te vinden in bijlage A.

De belangrijkste vragen die in dit advies worden beantwoord zijn:

- Van welke vormen van preventie is uit wetenschappelijk onderzoek bekend dat zij kunnen bijdragen aan het voorkómen van de ontwikkeling van een ASP bij kinderen en adolescenten?
- Welke vormen van behandeling zijn volgens wetenschappelijk onderzoek effectief in het genezen of bestrijden van de symptomen van de ASP?
- Op welke manier kunnen vormen van preventie en behandeling waarvan de effectiviteit wetenschappelijk is aangetoond, in de praktijk het beste worden ingezet?

1.2 Werkwijze

Het advies is opgesteld door een speciaal daarvoor ingestelde commissie van de Gezondheidsraad. De samenstelling van de commissie staat in bijlage B. Om de adviesaanvraag te kunnen beantwoorden heeft de commissie de wetenschappelijke literatuur in kaart gebracht en beoordeeld. Zij heeft zeven maal vergaderd. Tussentijds is een conceptversie van hoofdstuk 5, over mogelijkheden tot effectieve behandeling van de ASP, voor commentaar voorgelegd aan het Landelijk Beraad Hoogst Inhoudelijk Verantwoordelijken van de TBS-klinieken. Een conceptversie van hoofdstuk 7 is becommentarieerd door prof. dr JMA Hermans (hoogleraar opvoedkunde, Universiteit van Amsterdam), prof. mr PC Vegter (hoogleraar penitentiair recht, Radboud Universiteit, Nijmegen), prof. mr P Vlaardingerbroek (hoogleraar familie- en jeugdrecht, Universiteit van Tilburg) en dr JA van Vliet (Leger des Heils Jeugdzorg en Reclassering, Utrecht). Binnen de Gezondheidsraad is het advies getoetst door de Beraadsgroep Geneeskunde en de Beraadsgroep Gezondheidsethiek en Gezondheidsrecht.

1.3 Opzet van het advies

In hoofdstuk 2 wordt aangegeven hoe de antisociale persoonlijkheidsstoornis kan worden afgebakend ten opzichte van andere persoonlijkheidsstoornissen, hoe zij

kan worden gediagnosticeerd en hoe vaak ze vóórkomt. In hoofdstuk 3 staat een overzicht van wat bekend is over het ontstaan en het natuurlijke beloop van de ASP. Hiermee is de basis gelegd voor de hoofdstukken over preventie en behandeling. Hoofdstuk 4 is gewijd aan de mogelijkheden die er volgens wetenschappelijke studies zijn om de ASP te voorkomen. Hoofdstuk 5 bevat een overzicht van wat op dit moment bekend is over de effectiviteit van verschillende behandelvormen. In hoofdstuk 6 worden wetenschappelijke ontwikkelingen geschetst die in de toekomst mogelijk in effectieve behandeling kunnen resulteren. In hoofdstuk 7 wordt in kaart gebracht op welke manier in de huidige praktijk het beste gebruik kan worden gemaakt van de inzichten uit de eerdere hoofdstukken. De belangrijkste conclusies en de aanbevelingen staan in hoofdstuk 8.

1.4 Evidence based medicine

De commissie beantwoordt de vraag welke vormen van preventie en behandeling effectief zijn volgens de principes van *evidence based medicine*. Het uitgangspunt daarvan is dat effectiviteit wordt vastgesteld op grond van het sterkste wetenschappelijke bewijs dat beschikbaar is. De resultaten van een effectstudie worden daarbij gewogen aan de hand van de opzet van het onderzoek. Ze tellen zwaarder naarmate een onderzoek wat opzet betreft hoger in de volgende hiërarchische ordening staat:

- 1 experimenteel onderzoek
 - a gerandomiseerd en gecontroleerd onderzoek (rct's)
 - b gecontroleerd, maar niet gerandomiseerd onderzoek
- 2 gecontroleerd observationeel onderzoek
 - a cohortonderzoek
 - b patiëntcontroleonderzoek
- 3 observationeel onderzoek zonder controlegroep (patiëntenseries).

Binnen deze categorieën kan de bewijskracht van studies nog nader worden bepaald aan de hand van de kwaliteit van de randomisering, de mate waarin de interventie- en de controlegroep vergelijkbaar zijn, duidelijkheid over de behandeling waarvan het effect wordt onderzocht en over de wijze waarop met de controlegroep wordt omgegaan, relevantie en specificiteit van de uitkomstmaten, duidelijkheid over de kenmerken van patiënten die de onderzochte behandeling niet hebben afgemaakt en lengte van de *follow up*-periode.

Naarmate er meer hoogwaardige studies beschikbaar zijn die consistente resultaten vertonen, is het bewijs voor (het ontbreken van) de effectiviteit van een interventie sterker. Dat kan worden vastgesteld in een systematische review.

Een systematische review van meerdere hoogwaardige rct's met consistente resultaten geldt als sterkste vorm van bewijs (Off00, Kha01).

Een interventie die in onderzoek werkzaam is gebleken, is niet altijd ook in de klinische praktijk effectief. Vaak beperken verschillen tussen de patiënten, behandelaars en omstandigheden in het onderzoek en in de praktijk de effectiviteit. Die verschillen kunnen bijvoorbeeld betrekking hebben op comorbide stoornissen van de patiënten, het niveau van deskundigheid van de behandelaars en de duur van de betreffende behandeling (Pro98).

In de forensische psychiatrie zijn de mogelijkheden voor het uitvoeren van gerandomiseerd onderzoek soms beperkt. Dat kan bijvoorbeeld het geval zijn omdat het aan de strafrechter is in plaats van aan de onderzoekers om te bepalen in welke setting een patiënt wordt opgenomen, of omdat het in verband met het risico dat een patiënt vormt voor zijn omgeving niet verantwoord is hem in een controlegroep onbehandeld te laten. De commissie meent niettemin dat ook voor het vaststellen van de werkzaamheid van interventies in de forensische psychiatrie rct's het ideaal vormen.

Begripsbepaling, diagnostiek en prevalentie

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe de antisociale persoonlijkheidsstoornis adequaat kan worden gedefinieerd en gediagnosticeerd en wat er bekend is over de prevalentie van de ASP.

2.1 Begripsbepaling

De waarde van medische begrippen hangt af van “whether they provide a useful framework for organizing and explaining the complexity of clinical experience in order to derive inferences about outcome and to guide decisions about treatment” (Ken03). Of dat het geval is, wordt beoordeeld aan de hand van het vereiste van descriptieve validiteit. Aan dat vereiste wordt voldaan als een aandoening in symptomen en onderliggend mechanisme goed kan worden onderscheiden van zowel normale variatie als andere stoornissen.

Sommige definities van psychiatrische aandoeningen vormen onderwerp van debat omdat hun onderscheidend vermogen beperkt zou zijn. Ook over de definitie van de aandoening die in de DSM-IV wordt aangeduid als de antisociale persoonlijkheidsstoornis bestaat discussie. Naast ASP worden in de psychiatrie ook andere begrippen gebruikt, zoals psychopathie en dissociale persoonlijkheidsstoornis (Dol93, Van97, Mor99, RCP99).

Antisociale persoonlijkheidsstoornis

Het begrip antisociale persoonlijkheidsstoornis is in 1980 in de DSM-III geïntroduceerd en door middel van diagnostische criteria gedefinieerd. Die criteria zijn in 1994 in de DSM-IV vernieuwd (zie bijlage C). Omdat de ASP vaak voorkomt in combinatie met andere stoornissen, bestaat over de waarde van die definitie echter geen consensus. De hoge mate van comorbiditeit suggereert dat de ASP niet goed kan worden onderscheiden van die andere stoornissen.

Daarnaast wordt er kritiek geuit op de diagnostische criteria voor de ASP. Die criteria operationaliseren de stoornis in termen van zichtbare gedragingen. Volgens sommige critici blijft daardoor echter de kern van de stoornis – namelijk specifieke persoonlijkheidskenmerken – buiten beeld. Dat zou het moeilijk maken te onderscheiden tussen crimineel gedrag waaraan wel en waaraan geen psychiatrische stoornis ten grondslag ligt (Bur00, Won00, Ken03). En dat kan weer tot psychologisering van criminaliteit leiden. In forensisch-psychiatrische settings kan dat overdiagnosticering van de ASP in de hand werken (Der93, Par98, Mor99).

Psychopathie

Onder invloed van deze kritiek is het begrip psychopathie opnieuw in de belangstelling gekomen. Vroeger werd met deze term vrijwel iedere vorm van abnormale persoonlijkheid aangeduid. Met de ontwikkeling van de *Psychopathy Checklist* (later gereviseerd tot de PCL-R) door Hare is de betekenis van dit begrip echter veel specifiek geworden. Sindsdien wordt het vooral in de forensische psychiatrie gebruikt om de ernstige gevallen van de ASP te identificeren (Sch94, Mor99, Sal02, Hil04).

Hare's PCL-R bestaat uit twintig criteria waarmee kan worden vastgesteld of iemand aan psychopathie lijdt (zie bijlage C). Die criteria zijn geordend op enerzijds een gedragsmatige en anderzijds een gevoelsmatige en interpersoonlijke dimensie. Deze laatste omvat de typerende persoonlijkheidskenmerken van de stoornis die volgens Hare in de DSM onvoldoende aandacht krijgen, zoals kilheid, gebrek aan empathie, pathologisch liegen en manipulatie. De PCL-R is recent door Cooke en Michie verder onderzocht. Zij hebben het aantal criteria teruggebracht tot dertien (Har91, Coo01a, Hil04).

Het psychopathiebegrip van de PCL-R biedt twee voordelen boven de DSM-definitie van de ASP. Onderzoek toont dat de predictieve validiteit ervan binnen forensisch-psychiatrische settings groter is. Zo voorspelt de diagnose psychopa-

thie recidive met gewelddadig gedrag veel beter dan de diagnose ASP. Ook voor de Nederlandse TBS-populatie is de predictieve validiteit van de PCL-R inmiddels vastgesteld (Ste98, Dou99b, Har00, Hil04).

Daarnaast biedt het psychopathiebegrip meer ruimte dan het DSM-begrip ASP voor een graduele afbakening van de stoornis ten opzichte van normale variatie. Voor elk criterium van de PCL-R wordt een score toegekend, waarna de ernst van de stoornis aan de totaalscore kan worden afgelezen. Aan de hand van de afzonderlijke scores op de dimensies kunnen met de PCL-R ook gemakkelijker subpopulaties worden onderscheiden. Daarmee kan recht worden gedaan aan de variëteit die in de klinische praktijk wordt gevonden (Har96, Mor99, Ver99a, Bur00, Ken03, Hil04).

Dissociale persoonlijkheidsstoornis

Naast ASP en psychopathie wordt ten slotte nog het begrip dissociale persoonlijkheidsstoornis uit de ICD-10 van de World Health Organization gebruikt (WHO93). Dit begrip combineert een omvattende definitie van persoonlijkheidsstoornissen die vergelijkbaar is met die van de DSM-IV met diagnostische criteria voor deze stoornis die ook betrekking hebben op persoonlijkheidskenmerken, zoals in de PCL-R (zie bijlage C). Naar de validiteit van de ICD-definitie is echter nog weinig onderzoek gedaan (Mor99, RCP99).

Gebruik van begrippen in dit advies

De commissie vindt het niet nodig om in het kader van dit advies een keuze te maken uit de begrippen ASP, psychopathie en dissociale persoonlijkheidsstoornis. In plaats daarvan worden ASP en psychopathie door de commissie gezien als begrippen die elkaar aanvullen. In beginsel zal hier over ASP worden gesproken, omdat dat begrip het meest omvattend is. De dimensies van psychopathie die in de PCL-R worden onderscheiden, acht de commissie ook van belang voor de ASP. Psychopathie beschouwt de commissie als een ernstige subklasse van de ASP, die vooral wordt gekenmerkt door een sterk afwijkende score op de gevoelsmatige en interpersoonlijke dimensie (kijheid, gebrek aan empathie, pathologisch liegen, manipulatie). Omdat er naar de validiteit van het begrip dissociale persoonlijkheidsstoornis nog weinig onderzoek is gedaan, wordt dat begrip hier niet gebruikt.

2.2 Diagnostiek

Antisociale persoonlijkheidsstoornis

Voor het diagnosticeren van de ASP worden in de praktijk verschillende instrumenten gebruikt: zelfbeoordelingsvragenlijsten, het traditionele klinische interview en semi-gestructureerde interviews.

Zelfbeoordelingsvragenlijsten, zoals de Personality Diagnostic Questionnaire (PDQ), de Assessment van DSM-Persoonlijkheidsstoornissen (ADP) en de Vragenlijst voor Kenmerken van de Persoonlijkheid (VKP), zijn volgens de commissie voor het stellen van een diagnose niet geschikt. Gebruik van deze vragenlijsten binnen de algemene populatie leidt vaak tot overdiagnosticering, omdat veel mensen een beperkt introspectief vermogen hebben. En omdat patiënten binnen forensisch-psychiatrische populaties vaak sociaal wenselijke antwoorden geven, leidt gebruik daar waarschijnlijk tot onderdiagnosticering (Rui00b, Ver00).

Ook het traditionele klinische interview brengt validiteitsproblemen met zich mee. Bekend is dat veel klinici in de praktijk geneigd zijn de diagnostische criteria van de DSM los te laten (Ver00).

De beste methode om persoonlijkheidsstoornissen te diagnosticeren is een semi-gestructureerd interview. Zo'n interview wordt gehouden aan de hand van vragenschema's. Omdat de antwoorden op die vragen moeten worden geïnterpreteerd en in onderlinge samenhang moeten worden beschouwd, is voor een goede diagnose vereist dat het interview door een ervaren clinicus wordt afgenomen. In het Nederlandse taalgebied zijn drie interviewschema's beschikbaar voor DSM-persoonlijkheidsstoornissen. Het gaat om vertalingen van het *Structured Interview for DSM-IV Personality disorders* (SIDP-IV), het *Structured Clinical Interview for DSM-IV* (SCID-II) en de *International Personality Disorder Examination* (IPDE). Omdat de patiënt niet altijd betrouwbare informatie geeft, moet het interview altijd worden aangevuld met gegevens uit het patiëntendossier en de anamnese en met gegevens van informanten (Ver00, Din04, NVP04).

Psychopathie

De diagnose psychopathie kan worden gesteld op basis van de zojuist besproken PCL-R. Ook daarvoor is een gestructureerd interviewschema beschikbaar. Aan de hand van het interview, en van aanvullende gegevens uit het patiëntendossier en de anamnese en gegevens van informanten, wordt aan ieder van de criteria

van de PCL-R een score toegekend, 0 voor ‘niet van toepassing’, 1 voor ‘tot op zekere hoogte van toepassing’ en 2 voor ‘duidelijk van toepassing’. Volgens Hare kan de diagnose psychopathie worden gesteld als de totaalscore 30 of meer bedraagt. In Europa wordt echter meestal een afkapwaarde van 26 gehanteerd (Har91, Hil04).

Leeftijdsvereiste

Volgens de DSM-IV is voor een ASP een leeftijd van tenminste 18 jaar vereist. Er komen evenwel steeds meer aanwijzingen dat binnen de populatie van jongeren met ernstige gedragsproblemen een subgroep kan worden onderscheiden van adolescenten met antisociale karaktertrekken. De commissie is daarom van mening dat de diagnose ASP in een uitzonderlijk geval ook kan worden gesteld bij iemand die jonger is dan 18 jaar. Daarvoor kunnen de *Psychopathy Checklist: Youth Version* of het *Antisocial Process Screening Device* worden gebruikt. Omdat karaktertrekken van adolescenten niet blijvend hoeven te zijn, is hierbij echter de grootst mogelijke voorzichtigheid vereist (Woo97, Tij02, Das04).

2.3 Prevalentie

Volgens epidemiologische studies waarin gebruik is gemaakt van semi-gestructureerde interviews heeft in westerse landen ongeveer een tot twee procent van de algemene bevolking een antisociale persoonlijkheidsstoornis zoals gedefinieerd in de DSM (versie III, III-R of IV). Onder lage inkomensklassen en vroege schoolverlaters is dat percentage hoger. Afhankelijk van de studie blijkt de prevalentie onder mannen tot acht keer zo hoog als onder vrouwen. Na het vijftienvoertigste jaar neemt de prevalentie af. In samenlevingen met een zwakke sociale cohesie komt de ASP vaker voor dan in samenlevingen met een sterke sociale cohesie. Zo is in Japan en Taiwan onder de algemene bevolking een prevalentie gevonden van enkele tienden van procenten. Over het vóórkomen van de ASP onder de algemene bevolking in Nederland zijn geen gegevens beschikbaar (Mor99, RCP99, Ver99a, Tij02, Coi03, Tor05).

In justitiële en forensisch-psychiatrische settings is de prevalentie van de ASP veel hoger dan onder de algemene bevolking. De verschillen tussen de gerapporteerde cijfers zijn hier echter groot, afhankelijk van waarop bij de diagnose de nadruk is gelegd. Waar voornamelijk op gedragsmatige symptomen van de ASP is gelet, variëren de prevalenties van 30 tot 75 procent. Waar naar persoonlijkheidskenmerken is gekeken, ligt de prevalentie tussen 10 en 30 procent. De verschillen tussen de cijfers hangen waarschijnlijk niet alleen samen met het

gebruik van verschillende diagnostische instrumenten, maar ook met de methodologische complicaties van onderzoek in deze populaties. Daarnaast bestaan er vaak belangrijke verschillen tussen de populaties van justitiële en forensisch-psychiatrische settings in verschillende landen. Een gevolg daarvan is dat de uitkomsten van prevalentiestudies binnen zulke settings in verschillende landen zich niet goed laten vergelijken (Sch97, Bul99, Hil99, Mor99, RCP99, Kog00, Emm03, Far03).

Mensen met een ASP hebben vaak ook nog een andere psychiatrische stoornis. Deze comorbiditeit betreft meestal een verslavingsstoornis of een andere persoonlijkheidsstoornis. Precieze cijfers hierover ontbreken echter. De overlap met andere stoornissen komt onder meer doordat de DSM-IV persoonlijkheidsstoornissen definieert aan de hand van deels overlappende criteria.

Naast psychiatrische en andere medische problemen, kennen mensen met een ASP relatief veel sociale problemen, waaronder met name problemen in relaties en op het werk (Dol93, Van97, Mor99, RCP99, Ver99a, Hil04, Sch04).

2.4 Conclusie

Binnen de psychiatrie worden naast het begrip antisociale persoonlijkheidsstoornis ook de begrippen psychopathie en dissociale persoonlijkheidsstoornis gebruikt. In dit advies wordt ASP als omvattend begrip gehanteerd. Psychopathie wordt hier gezien als een ernstige vorm van de ASP.

Zowel ASP in het algemeen als psychopathie in het bijzonder worden idealiter gediagnosticeerd door een ervaren clinicus aan de hand van een semi-gestructureerd interview, aangevuld met informatie uit andere bronnen.

In westerse landen heeft een tot twee procent van de algemene bevolking een ASP. In forensische settings ligt de prevalentie van de ASP waarschijnlijk tussen 30 en 75 procent en die van psychopathie tussen 10 en 30 procent.

Ontstaan en natuurlijk beloop

In dit hoofdstuk wordt uiteengezet wat er bekend is over het ontstaan van de anti-sociale persoonlijkheidsstoornis tijdens de kindertijd en de adolescentie en over de ontwikkeling van een ASP bij volwassenen die daarvoor niet effectief worden behandeld.

3.1 Ontstaan

Persoonlijkheidsstoornissen worden meestal alleen gediagnosticeerd bij volwassenen. De reden daarvan is dat een persoonlijkheidsstoornis een duurzaam patroon van belevingen en gedragingen veronderstelt. De persoonlijkheid van kinderen en adolescenten is vaak nog te veel in ontwikkeling om zo'n patroon met voldoende zekerheid te kunnen vaststellen.

De oorsprong van een persoonlijkheidsstoornis ligt echter wel altijd in de kindertijd en de adolescentie. Dit wordt weerspiegeld in de diagnostische criteria voor de ASP van de DSM-IV. Die spreken over een leeftijd van tenminste 18 jaar, maar vereisen ook “een diepgaand patroon van gebrek aan achting voor en schending van de rechten van anderen vanaf het vijftiende jaar” en “aanwijzingen voor een gedragsstoornis beginnend voor het vijftiende jaar” (APA94).

Het ontstaan van een persoonlijkheidsstoornis kan het best kan worden begrepen vanuit een biopsychosociaal ontwikkelingsperspectief. Dat geldt ook voor de ASP. Aan het ontstaan van een ASP liggen altijd diverse soorten factoren

ten grondslag: genetische, neurobiologische, psychologische en omgevingsfactoren. Bovendien ontstaat de stoornis alleen na een langjarig proces, waarin interacties tussen die verschillende factoren een belangrijke rol spelen (Par98, Ver99a, Loe01, Tij02, Far03, Rai02, Sim04).

Risicofactoren

Er bestaat een redelijk goed beeld van de factoren die op populatieniveau met het ontstaan van een ASP samenhangen. De causale werking van die factoren staat echter niet vast. Uitspraken daarover hebben veelal een hypothetisch karakter. Niettemin is duidelijk dat een ASP nooit op het conto van één oorzaak kan worden geschreven. De stoornis ontstaat alleen onder invloed van een combinatie van genetische, neurobiologische, psychologische en omgevingsfactoren. Omdat deze factoren op zichzelf niet noodzakelijk tot een ASP leiden, worden ze risicofactoren genoemd. Naarmate er meer van die risicofactoren aanwezig zijn, is iemand kwetsbaarder voor het ontwikkelen van een ASP.

De invloed van genetische factoren op het ontstaan van een ASP is aannemelijk geworden in tweeling- en adoptiestudies naar de achtergronden van antisociaal gedrag. Die studies laten zien dat circa veertig tot zestig procent van de verschillen in antisociaal gedrag tussen mensen met genetische factoren samenhangt. Daarbij zijn meerdere genen in het spel (Par98, Hes00, Mat00a, Tij02, Rai03, Sch04).

Wat neurobiologische en psychologische factoren betreft is aangetoond dat de impulsieve agressiviteit, de grote spanningsbehoefte, de beperkte schrikreactie en het gebrek aan angst die kenmerkend zijn voor de ASP, samenhangen met een laag niveau van serotonine, een hoog niveau van noradrenaline en het hormoon DHEAS, een lage cortisolspiegel bij rust, een lage cortisolreactie bij stress en een verlaagde prikkelbaarheid van het autonome zenuwstelsel. Ook is bekend dat agressie samenhangt met afwijkingen in de cognitieve verwerking van sociale processen en met een gebrekkig vermogen om het doen en laten van zichzelf en anderen te begrijpen in termen van gevoelens, gedachten, bedoelingen en verlangens (*mentalisation*). Een voorbeeld daarvan is de neiging om ambigu, neutraal of zelfs positief gedrag van anderen als vijandig te interpreteren, om daarop vervolgens agressief te anticiperen of te reageren. Mensen met psychopathie besteden bovendien minder tijd aan het cognitief verwerken van feedback over hun gedrag, waardoor ze moeite hebben de consequenties daarvan te overzien. Daarnaast reageren ze minder sterk op uitingen van emoties, zoals angst en ver-

driet van anderen, en herinneren ze zich deze minder goed (Har96, Kog00, Mat00a, Rai00, Rui00a, Kaz01, Sal02, Str02, Tij02, Rai02, Wie02).

Verder zijn er drie soorten omgevingsfactoren die van invloed kunnen zijn op het ontstaan van een ASP. Ten eerste houden perinatale factoren als roken en drugsgebruik door de moeder tijdens de zwangerschap en complicaties bij de geboorte, vooral als deze hersenletsels met zich meebrengen, verband met later antisociaal gedrag van het kind. In de tweede plaats is aannemelijk geworden dat kenmerken van het gezin waarin een kind opgroeit de kans op antisociaal gedrag sterk vergroten. Het kan daarbij gaan om psychiatrische stoornissen bij de ouders, langdurige ruzies van de ouders, gebrek aan toezicht en emotionele betrokkenheid, een inconsistente en overmatig bestraffende wijze van opvoeden, mishandeling, en antisociaal gedrag van andere gezinsleden. Ten slotte is ook de sociale omgeving buiten het gezin van belang. De kans op antisociaal gedrag neemt toe naarmate de binding die iemand met de samenleving heeft kleiner is. Zo neigen kinderen met gedragsproblemen vaak tot contact met antisociale *peers* omdat ze worden afgewezen door leeftijdgenootjes die zulke problemen niet hebben. Een zwakke sociale structuur en ongunstige economische omstandigheden hebben een vergelijkbaar effect. Mensen die zich, bijvoorbeeld door een lage sociaal-economische status, gemarginaliseerd voelen, neigen eerder dan anderen tot antisociaal gedrag (Dol93, Par98, Pat98, Mor99, RCP99, Hes00, Loe01, Sal02, Tij02, Far03, Ban04, Knu04, Sch04, Tim04).

Interacties

Een ASP ontstaat niet van de ene op de andere dag, maar pas na verloop van jaren. Hoe dat precies gebeurt staat niet vast. Er bestaat niettemin empirische ondersteuning voor hypothesen over de ontwikkeling van een kind die naar een ASP kan leiden. Volgens die hypothesen is de kans op een ASP vooral groot als risicofactoren een proces op gang brengen dat steeds nieuwe, zelfstandige risicofactoren genereert en zo een zichzelf versterkend karakter krijgt.

Zo'n proces kan beginnen als een kind door genetische aanleg en onder invloed van specifieke omgevingsfactoren tijdens de zwangerschap en in de eerste levensjaren een neurobiologische constitutie ontwikkelt die een verhoogd risico met zich meebrengt. Daarbij moet vooral worden gedacht aan een gebrekkig vermogen van het jonge kind om zijn emoties te reguleren. Bekend is dat stress en intoxicatie tijdens de zwangerschap en complicaties tijdens de geboorte afwijkingen in het zenuwstelsel kunnen veroorzaken die bijdragen aan een moeilijk temperament. Beperkte sensitiviteit en responsiviteit van de ouders kunnen

er daarbij voor zorgen dat het jonge kind niet leert om emoties en agressief gedrag in toom te houden. Ook kan een stressfactor als mishandeling de ontwikkeling van de hersenen schaden op een wijze die de kans op antisociaal gedrag sterk vergroot, vooral in combinatie met bepaalde genetische defecten (Bel99a, Bel99b, Cas02, Fon03, Kee03, Tre04, Pea05).

Neurobiologische afwijkingen en een beperkt vermogen om emoties te reguleren, vormen vervolgens nieuwe risicofactoren voor de escalatie van gedragsproblemen en de ontwikkeling van een gedragsstoornis. Zo kunnen ze bijdragen aan een gebrekkige ontwikkeling van het empathisch vermogen van het kind. De kans op een gedragsstoornis neemt nog verder toe als de ouders van het kind zich bijvoorbeeld niet betrokken tonen en extreem bestraffend op zijn gedragsproblemen reageren, maar ook als het kind antisociale vriendjes krijgt. Onder invloed van zulke factoren wordt ook de kans om op latere leeftijd een ASP te krijgen groter (Ver99a, Loe01, Tij02, Far03, Rai02, Kee03, Sim04).

Interacties tussen risicofactoren spelen in dit proces waarschijnlijk een belangrijke rol. Bepaalde combinaties van risicofactoren blijken namelijk met een duidelijk grotere kans op het vertonen van antisociaal gedrag samen te hangen dan de som van de kansen die ze afzonderlijk met zich meebrengen. Welke mechanismen daarachter precies schuilgaan is echter niet bekend (Rai02).

In onderzoek zijn diverse interacties aangetoond die met het ontstaan van antisociaal gedrag samenhangen. Zo bleek criminaliteit twee maal zo veel voor te komen in een groep waarin zowel genetische als omgevingsfactoren een risico hadden gevormd, vergeleken met groepen waarin alleen de ene of de andere soort risicofactor aanwezig was (Clo82, Clo87). Adolescenten met aangeboren fysieke afwijkingen, die het gevolg konden zijn van zowel genetische als perinatale factoren, vertoonden drie maal zo veel gewelddadig gedrag als ze ook waren opgegroeid in een instabiel gezin (Med88). Roken door de moeder tijdens de zwangerschap bleek samen te hangen met ruim twee maal zo veel gewelddadig gedrag van haar kind op volwassen leeftijd; maar gewelddadig gedrag kwam vijf maal zo veel voor als zich daarnaast complicaties hadden voorgedaan bij de geboorte, twaalf maal zo veel als het kind door één ouder was opgevoed en veertien maal zo veel als de moeder tijdens de geboorte een tiener was (Bre99, Ras99). Vergelijkbare effecten zijn gevonden bij de combinatie van complicaties tijdens de geboorte en respectievelijk opgroeien in een ontwricht gezin (Wer87), een psychiatrische stoornis bij een van de ouders (Bre93), afwijzing door de moeder (Rai94) en een gebrekkige opvoeding (Ars02). Ook de combinatie van verminderde doorbloeding van de rechterhersen helft en lichamelijke mishandeling in de vroege jeugd bleek samen te hangen met een vergrote kans op geweld-

dadig gedrag, vergeleken met de al vergrote kans daarop als een van die factoren aanwezig was (Rai01). Hetzelfde gold voor de combinatie van neurocognitieve gebreken en mishandeling tijdens de vroege jeugd (Lew89).

De verschillende soorten risicofactoren die aan het ontstaan van een ASP kunnen bijdragen, spelen niet steeds een even krachtige rol. Interacties lijken vooral belangrijk te zijn voor het ontstaan van een ASP als er geen factoren aanwezig zijn die afzonderlijk een groot risico vormen. Als iemand bijvoorbeeld onder extreem ongunstige sociale omstandigheden opgroeit, zoals een combinatie van gescheiden ouders, sociaal-economische achterstand en ernstige mishandeling, lijken biologische risicofactoren minder bepalend voor het ontstaan van een ASP (Rai02, Lan04).

Andersom spelen sociale omstandigheden een minder grote rol als er dominante biologische factoren aanwezig zijn. Dat lijkt het geval te zijn bij psychopathie. Onderzoek suggereert dat de kilheid en het beperkte empathische vermogen die typerend zijn voor psychopathie, een relatief sterke biologische achtergrond hebben. Kinderen die antisociaal gedrag vertonen en psychopathische karaktertrekken hebben, groeien bijvoorbeeld minder vaak onder ongunstige sociale omstandigheden op dan antisociale kinderen zonder dergelijke trekken. Vermoed wordt dat aan de psychopathische karaktertrekken affectieve en cognitieve informatieverwerkingsstoornissen ten grondslag liggen. Die worden mogelijk veroorzaakt door een gebrekkige taakverdeling tussen linker- en rechterhersenhelft en disfuncties in de prefrontale cortex. De informatieverwerkingsstoornissen zouden een kind minder gevoelig kunnen maken voor socialisatie. Dat zou kunnen verklaren dat het in die gevallen voor de ontwikkeling van later antisociaal gedrag bijvoorbeeld minder uitmaakt of de ouders wel of niet in staat zijn het kind goed op te voeden. Overigens kunnen ook op latere leeftijd antisociale karaktertrekken ontstaan zonder dat er dominante sociale risicofactoren aanwezig zijn, bijvoorbeeld door traumatisch hersenletsel of door langdurig alcohol- of amfetaminegebruik (Woo97, Mat00a, Rai02, Tij02, Far03, Hil03a, Vid04).

Mogelijke voorlopers van de ASP

Aan een ASP gaan altijd gedragsproblemen tijdens de kindertijd of de adolescentie vooraf. Dergelijke gedragsproblemen kunnen al op jonge leeftijd een uiting zijn van een psychiatrische stoornis, zoals de oppositionele gedragsstoornis, de *attention deficit hyperactivity disorder* (ADHD) of de antisociale gedragsstoornis. Gedragsproblemen die frequenter of ernstiger zijn dan normaal, het meer dan leeftijdsgenootjes zoeken naar nieuwe prikkels, verhoogde impulsiviteit en een

duidelijk lager angstniveau vormen op peuterleeftijd de eerste waarschuwingssignalen voor een verhoogd risico op een van die stoornissen. Omdat die gedragsstoornissen belangrijke risicofactoren vormen voor het ontstaan van een ASP worden ze als mogelijke voorlopers daarvan beschouwd.

De antisociale gedragsstoornis geldt als de sterkste voorspeller van de ASP (zie bijlage C). Toch ontwikkelt waarschijnlijk minder dan de helft van de kinderen met een antisociale gedragsstoornis later een antisociale persoonlijkheidsstoornis. De grootste kans daarop hebben jongens die al op tienjarige leeftijd kenmerken van een antisociale gedragsstoornis vertonen, die een ernstige vorm van een antisociale gedragsstoornis hebben (gekenmerkt door gewelddadige agressiviteit, kilheid en een gebrek aan empathie, of een grote variëteit aan antisociaal gedrag), of bij wie de antisociale gedragsstoornis aanwezig blijft tijdens de adolescentie. Waarschijnlijk krijgt meer dan de helft van hen later een ASP.

Een oppositionele gedragsstoornis vergroot op zichzelf de kans op een ASP niet, maar doet dat wel indirect, door de kans op een antisociale gedragsstoornis te vergroten.

Ook ADHD vergroot waarschijnlijk op zichzelf de kans op een ASP niet. Wel wordt ADHD, maar dan voornamelijk in combinatie met een oppositionele gedragsstoornis, in verband gebracht met een relatief vroege ontwikkeling en de ontwikkeling van relatief ernstige vormen van een antisociale gedragsstoornis. Daarmee wordt eveneens de kans op een ASP indirect vergroot (Loe82, Woo97, Rai98, Mor99, Hof00, Loe00, Hei02, Hil03a, Far03, Sim04, Bon05, Lie05).

Beschermende factoren

Lang niet alle kinderen en adolescenten die aan meerdere risicofactoren blootgesteld zijn geweest, ontwikkelen een gedragsstoornis. En lang niet alle kinderen en adolescenten die een gedragsstoornis hebben, krijgen op volwassen leeftijd een ASP. Dit suggereert dat de invloed van risicofactoren kan worden gecompenseerd door beschermende factoren. Het inzicht in de werking van beschermende factoren is echter niet groot. Van veel factoren is wel bekend dat ze een beschermende werking kunnen hebben, maar ze hebben die lang niet in alle populaties, bij alle leeftijden en onder alle omstandigheden. Ook over de onderliggende mechanismen is weinig bekend.

Factoren waarvan enige beschermende werking bekend is, zijn onder meer: een goed ontwikkeld aanpassingsvermogen (veerkracht); bovengemiddelde intelligentie; een sterke emotionele binding aan de moeder; consistent, gestructureerd en betrokken toezicht in het gezin en op school; een sterke relatie met

vrienden die geen antisociaal gedrag vertonen; de aanwezigheid van duidelijk sociale rolmodellen in de omgeving; een succesvol verlopende opleiding; een gezond gevoel van eigenwaarde; en een stabiele relatie, bijvoorbeeld in een huwelijk.

Overigens heeft van de mensen die tijdens hun jeugd een gedragsstoornis hebben gehad maar die uiteindelijk geen ASP ontwikkelen, tachtig procent op volwassen leeftijd wel andere psychische problemen met een grote ziektelast (Far03, Lös03, Mof03, Sto04, Her05).

3.2 Natuurlijk beloop

Als effectieve interventie achterwege blijft kent de ASP een betrekkelijk duurzaam beloop. Maar er zijn aanwijzingen dat niet-gewelddadig antisociaal gedrag na ongeveer het dertigste levensjaar spontaan kan afnemen. Dit wordt in verband gebracht met een groeiende bewustwording van het verwerpelijke van het eigen antisociale gedrag (*maturing*) en de afname van de levensenergie die nodig is voor de manifestatie van antisociaal gedrag (*burn out*). Voor gewelddadig antisociaal gedrag en voor de gevoelsmatige aspecten van de ASP is zo'n effect niet bekend (Dol93, Van97, Ver98b, Mor99, Sch04).

Het beloop van de ASP gaat in de regel met grote psychische, medische en sociale problemen gepaard. Zo is de ASP gerelateerd aan een laag opleidings- en inkomensniveau, problemen op het werk, gebrekkige relaties met eigen kinderen, diverse vormen van criminaliteit, alcohol- en drugsverslaving, suïcidaliteit en een verhoogde kans op een gewelddadige dood. Mensen met een ASP hebben hierdoor veelal een relatief lage kwaliteit van leven. Daarnaast berokkenen ze hun directe omgeving en de maatschappij vaak grote schade (Dol93, Van97, Par98, Mor99, Sch04)

3.3 Conclusie

Er bestaat op populatieniveau een redelijk goed beeld van de risicofactoren die met het ontstaan van een ASP samenhangen. Een ASP ontstaat na een langjarig proces, waarin interacties tussen genetische, neurobiologische, psychologische en omgevingsfactoren een belangrijke rol spelen. Als zulke interacties resulteren in nieuwe risicofactoren krijgt het ontstaansproces een zichzelf versterkend karakter. Naarmate dit proces langer duurt, bijvoorbeeld omdat beschermende factoren ontbreken en effectieve interventies achterwege blijven, wordt de kans op een ASP steeds groter. Dit zou kunnen verklaren dat vroege interventies meestal effectiever zijn dan interventies op latere leeftijd (Rai02).

Er is nog niet veel bekend over factoren waarvan een beschermende werking kan uitgaan. Ook het onderzoek naar de wijze waarop zowel risicofactoren als beschermende factoren van invloed zijn op het ontstaan van een ASP staat nog in de kinderschoenen. Het is mogelijk hoogerisicogezinnen te identificeren, zoals gezinnen met een alleenstaande tienermoeder en een lage sociaal-economische status. Maar er kunnen nog geen harde uitspraken worden gedaan over de kans op een ASP op individueel niveau. Daarvoor is meer langlopend onderzoek nodig (Sch94, Par98, Rai03, Far03, Sim04).

Preventie

In dit hoofdstuk wordt de stand van wetenschap weergegeven over de mogelijkheden om het ontstaan van een antisociale persoonlijkheidsstoornis te voorkomen. In het vorige hoofdstuk is aangegeven dat de oorsprong van een persoonlijkheidsstoornis in de kindertijd en de adolescentie ligt. Preventie dient dus in die periode plaats te vinden. Interventies die tijdens de kindertijd en de adolescentie risicofactoren reduceren en beschermingsfactoren versterken, kunnen bijdragen aan het voorkómen van een ASP. Waarschijnlijk kan vooral van preventie en behandeling van gedragsstoornissen een preventieve werking op de ASP worden verwacht. In dit hoofdstuk wordt beschreven welke mogelijkheden daarvoor bestaan, allereerst bij jonge kinderen, daarna bij adolescenten. Een overzicht van de effectstudies die in dit hoofdstuk worden genoemd, is te vinden in bijlage D.

4.1 Baby's, peuters en kinderen in de basisschoolleeftijd

In een recente review van 28 studies met een *follow up*-periode van minimaal één jaar wordt geconcludeerd dat interventies bij jonge kinderen een duidelijk positieve impact kunnen hebben op de drie belangrijkste risicofactoren voor jeugdcriminaliteit. Die risicofactoren zijn gebrekkige opvoedingsvaardigheden van de ouders en gedragsproblemen en gebrekkige cognitieve vaardigheden van het kind. De belangrijkste onderzochte interventietypen waren vroege pedagogische

ondersteuning en verbetering van de ontwikkelingscondities in gezinnen, stimulering van de cognitieve ontwikkeling van jonge kinderen en gedragstraining voor ouders.

Deze interventietypen zijn vaak gecombineerd toegepast. Daardoor is het meestal niet goed mogelijk aan te geven welk onderdeel verantwoordelijk is geweest voor het effect (Tre03).

Vroege pedagogische ondersteuning en verbetering van ontwikkelingscondities in gezinnen

Een belangrijk element uit de programma's die effectief zijn gebleken in de preventie van crimineel gedrag, is voorlichting tijdens regelmatige huisbezoeken aan ouders van baby's en peuters over de gezondheid en ontwikkeling van hun kind. Bij hoogrisicogroepen, zoals alleenstaande tienermoeders met een lage sociaal-economische status, is het zinvol om al vóór de geboorte van het kind met de voorlichting te beginnen. Er is onder meer aangetoond dat een gestructureerd programma van beweging en gezonde voeding voor kinderen van drie tot vijf jaar kan bijdragen aan het voorkómen van gedragsstoornissen op 17-jarige leeftijd (Lal88, Old98, Rai03, Tre03).

Ten behoeve van baby's en peuters zijn ook programma's ontwikkeld om de sensitiviteit van de ouders voor hun kinderen te vergroten. Vooral als de moeder een scherper oog krijgt voor de emotionele behoeften van haar kind komt dat de hechting van het kind ten goede. Het is waarschijnlijk dat daarvan een preventieve werking uitgaat op de ontwikkeling van gedragsstoornissen. Kinderen die onveilig zijn gehecht hebben een verhoogd risico op het ontwikkelen van een gedragsstoornis. In een meta-analyse van 12 effectstudies is aangetoond dat kortdurende programma's de sensitiviteit van ouders effectief kunnen vergroten (Gre93, IJz95, Str02).

Stimulering van de cognitieve ontwikkeling van jonge kinderen

Gebrekkige cognitieve vaardigheden zijn een risicofactor voor crimineel gedrag op latere leeftijd. Dit inzicht rechtvaardigt de veronderstelling dat van het stimuleren van de cognitieve ontwikkeling van jonge kinderen een preventieve werking uitgaat. Er zijn verschillende programma's ontwikkeld om de cognitieve ontwikkeling van jonge kinderen een impuls te geven. Diverse studies met meerjarige *follow up*-periodes laten zien dat deze programma's effectief zijn. Een beperkter aantal studies toont dat programma's waarvan cognitieve stimulering

deel uitmaakt ook effectief kunnen zijn in het voorkómen van criminaliteit op latere leeftijd (Tre03).

Gedragstraining voor ouders (*parent management training*)

Gedragstraining voor ouders is een van de meest toegepaste interventies in gezinnen met kinderen die antisociaal gedrag vertonen of het risico lopen dat te gaan doen. De gedachte achter deze interventie is dat antisociaal gedrag van een kind niet alleen een biologische achtergrond heeft, maar ook wordt geleerd en in stand gehouden door operante conditionering, vooral door de ouders. Dat kan bijvoorbeeld gebeuren door een inconsistente en bestraffende wijze van opvoeden. Bekend is dat zo'n wijze van opvoeden een risicofactor vormt voor de ontwikkeling van gedragsproblemen. De gedragstherapie is erop gericht de ouders bewust te maken van hun eigen opvoedingsstijl en ze alternatieve vormen van opvoeding te leren. Consequent reageren op gedragsproblemen en versterken van sociaal wenselijk gedrag staan daarbij centraal.

De effectiviteit van gedragstraining is vooral onderzocht bij ouders met een kind tussen de vier en twaalf jaar. In een meta-analyse van 26 gecontroleerde studies werd geconcludeerd dat gedragstraining van ouders effectief is vergeleken met non-interventie. In de meeste van deze studies werd echter niet onderzocht of het effect na het beëindigen van de behandeling bleef bestaan. In de studies waarin dat wel gebeurde was de *follow up*-periode beperkt tot een of twee jaar. Er kan daarom weinig worden gezegd over de bestendigheid van de effecten (Ser96).

Volgens een latere review van psychosociale interventies voor kinderen met gedragsproblemen waren twee vormen van gedragstraining voor ouders de enige interventies die overtuigend effectief konden worden genoemd. Tien andere vormen van gedragstraining werden als *probably efficacious* gekwalificeerd. Ook in deze review werden beperkte *follow up*-periodes geconstateerd (Bre98).

In een meer recente review van gecontroleerde studies naar het effect van behandeling van gedragsstoornissen bij kinderen is de effectiviteit van gedragstraining voor ouders bevestigd (Far02). In recente rct's bleken de effecten van gedragstraining voor gescheiden moeders na een *follow up*-periode van drie jaar (Deg05) en de effecten van multimodale therapie waarvan gedragstraining voor ouders deel uitmaakte, na 42 maanden behouden te zijn gebleven (Edd03).

Gedragstraining kan ook worden gegeven aan pleegouders die een kind dat antisociaal gedrag vertoont onder hun hoede nemen. In een rct bleek dat na een

follow up-periode van twee jaar tot een duidelijke vermindering van gewelddadig en ander crimineel gedrag te leiden (Edd04).

Farmacotherapie

Zoals in hoofdstuk 3 is aangegeven, kan ADHD bijdragen aan een vroege ontwikkeling van een antisociale gedragsstoornis en aan de ontwikkeling van relatief ernstige vormen daarvan. Voor ADHD is effectieve farmacotherapie met methylfenidaat en atomoxitine beschikbaar. Deze behandelwijze onderdrukt de belangrijkste symptomen van ADHD: hyperactiviteit en impulsiviteit. Niet goed is onderzocht of de prognose voor ADHD hiermee op lange termijn wordt verbeterd. Maar door het onderdrukken van de symptomen kan waarschijnlijk wel worden voorkomen dat ADHD bijdraagt aan het ontstaan van een antisociale gedragsstoornis (GR00, Far02).

4.2 Adolescenten

Oudere kinderen brengen minder tijd door onder toezicht van hun ouders en staan onder grotere invloed van leeftijdgenoten. De effectiviteit van interventies die zijn gericht op de ouders van het kind nemen dan ook af naarmate het kind ouder wordt. Voor antisociale adolescenten is daarom meer te verwachten van op het kind gerichte individuele behandeling, van gezinstherapie en van multimodale therapie. De belangrijkste interventies om antisociaal gedrag en gedragsstoornissen te voorkomen en behandelen, die mogelijk ook bijdragen aan het voorkomen van een ASP, zijn: cognitieve gedragstherapie voor het kind, functionele gezinstherapie, interventies die zijn gericht op de sociale omgeving van het kind buiten het gezin en multisysteemtherapie.

Cognitieve gedragstherapie

Onderzoek laat zien dat antisociaal gedrag, in het bijzonder agressie, samenhangt met afwijkende informatieverwerkingsprocessen. Een voorbeeld daarvan is de neiging om ambigu, neutraal of zelfs positief gedrag van anderen als agressief te interpreteren, om daarop dan ook agressief te anticiperen of te reageren. Zo'n eigenschap is direct van invloed op de sociale vaardigheden die een kind ontwikkelt. Zo kan het toeschrijven van een min of meer vijandige intentie aan mensen in de directe omgeving bijdragen aan onvermogen om positieve reacties bij anderen uit te lokken en de neiging vergroten aan negatieve *peer pressure* toe te geven. Dit kan vervolgens gemakkelijk reële vijandigheid van anderen oproepen,

waarmee de ingebeelde vijandigheid wordt bevestigd. Zo'n zichzelf versterkend proces kan verklaren waarom gedragsgestoorde kinderen een relatief beperkt arsenaal oplossingsgerichte vaardigheden ontwikkelen. Gedragsgestoorde kinderen hebben daarnaast sterker dan andere kinderen het idee dat agressie loont (Kaz01, Str02, Wie02).

Cognitieve gedragstherapie is erop gericht een kind te leren gedrag van anderen adequaat te interpreteren en daarop met sociaal wenselijk gedrag te reageren. In een meta-analyse van 30 effectstudies werd cognitieve gedragstherapie voor gedragsgestoorde kinderen gematigd effectief bevonden. Opnieuw werd echter geconstateerd dat de *follow up*-periodes van de studies over het algemeen beperkt waren en dat dus weinig bekend is over de bestendigheid van de effecten. Hoewel de therapie ook wordt toegepast bij kinderen beneden de tien jaar, lijkt zij het meest effectief te zijn voor adolescenten (Ben00).

Cognitieve gedragstherapie is mogelijk een effectieve interventie bij kinderen met een hoog risico op het ontwikkelen van agressief gedrag. Als een kind al veelvuldig agressief gedrag vertoont of als dit gedrag al ernstige vormen heeft aangenomen, is cognitieve gedragstherapie alléén meestal onvoldoende effectief. Het combineren van de cognitieve gedragstherapie voor het kind met *parent management training* kan dan soms uitkomst bieden (Str02, Wie02).

Functionele gezinstherapie

De veronderstelling achter functionele gezinstherapie is dat gedragsproblemen van een kind een functie vervullen in verstoorde verhoudingen binnen het gezin. Daarom kan mogelijk een remedie voor de gedragsproblemen worden gevonden in het verbeteren van de relaties binnen het gezin. Onderzoek laat zien dat in gezinnen met delinquenten een hoge mate van defensief gedrag en negatieve attributies voorkomt. Functionele gezinstherapie is erop gericht de onderlinge communicatie tussen gezinsleden te verbeteren, wederzijdse ondersteuning te versterken en het vermogen te vergroten om problemen binnen het gezin gezamenlijk op te lossen.

In effectstudies is functionele gezinstherapie effectief gebleken bij onder meer veelplegende delinquente adolescenten, tot in ieder geval tweeënhalf jaar na behandeling (Ale00, Kaz01, Ale02, Bre05).

Interventies gericht op de sociale omgeving buiten het gezin

Kinderen worden niet alleen beïnvloed door hun ouders en overige gezinsleden maar staan, zeker als ze ouder worden, ook onder sterke invloed van de sociale omgeving buiten het gezin. Het besef hiervan heeft geleid tot interventies die zijn gericht op hun *peer groups*, hun school en de buurt waarin ze leven. *Peer groups* waarin veel gedragsproblemen en criminaliteit voorkomen, vormen een belangrijke risicofactor voor de ontwikkeling van antisociaal gedrag. Hetzelfde geldt voor een afwijzende omgeving en een omringende gemeenschap met een zwakke sociale cohesie. De aanwijzingen voor de effectiviteit van interventies die één van deze risicofactoren aanpakken zijn beperkt. Maar van programma's voor scholen is vastgesteld dat ze gedragsproblemen kunnen reduceren. Dat geldt met name als daarmee pesten wordt teruggedrongen (Loe00, Far03, Lie04).

Multisysteemtherapie

Multisysteemtherapie is een vorm van multimodale therapie. Ze kan worden samengevat als een pragmatische, op een individuele situatie toegesneden combinatie van diverse soorten interventies. Multisysteemtherapie is gebaseerd op het inzicht dat aan antisociaal gedrag oorzaken ten grondslag liggen die zowel het gezin als de overige familieleden, de school, *peer groups* en de omringende gemeenschap betreffen en die elkaar bovendien kunnen versterken. Om antisociaal gedrag terug te dringen kan het daarom nodig zijn om in al deze domeinen te interveniëren. De nadruk ligt bij multisysteemtherapie meestal op de gevolgen van verstoorde verhoudingen binnen het gezin voor het functioneren van het kind in de andere domeinen. Er is speciale aandacht voor het toezicht en de structuur die de ouders het kind bieden, maar ook voor de opleiding en omgang met leeftijdgenoten met gedragsproblemen en voor het stimuleren van sociaal wenselijk gedrag (Hen98, Kaz01, Str02).

Multisysteemtherapie is in eerste instantie ontwikkeld voor adolescenten die gewelddadig en ander ernstig crimineel gedrag vertonen of een hoog risico lopen dat te gaan doen. De laatste jaren wordt deze therapievorm ook toegepast bij adolescenten die drugs gebruiken of een psychiatrische stoornis hebben.

Volgens een recente meta-analyse van acht effectstudies is multisysteemtherapie een effectieve aanpak van gewelddadige en chronisch delinquente jongeren, vergeleken met andere vormen van behandeling. De jongeren die met multisysteemtherapie werden behandeld, functioneerden volgens diverse sociale maatstaven beter, vertoonden minder agressie en recidiveerden duidelijk minder

vaak dan de jongeren die in een controlegroep zaten. Deze effecten bleven behouden tijdens de *follow up*-periodes, die varieerden van twaalf weken tot vier jaar (Cur04).

Effectieve multisysteemtherapie stelt hoge eisen aan de therapeuten. De multisysteemtherapie die in de studies uit de genoemde meta-analyse werd onderzocht duurde niet bijzonder lang (15 tot 24 weken), maar was wel relatief intensief (gemiddeld 40 uur per week). Bovendien lijkt kwaliteitsborging van groot belang voor de effectiviteit. De werkzaamheid van multisysteemtherapie gegeven door *graduate student therapists* was duidelijk groter dan wanneer die werd gegeven door *community-based therapists* (Cur04).

In Noorwegen maakt multisysteemtherapie deel uit van een in 1999 landelijk ingevoerd interventieproject. De eerste studie naar de effectiviteit daarvan – tevens de eerste effectstudie buiten de Verenigde Staten – toont, vergeleken met de in de VS uitgevoerde onderzoeken, beperkt positieve resultaten. De auteurs vermoeden dat dat is terug te voeren op de relatief intensieve therapie die aan de controlegroep werd gegeven (Ogd04).

4.3 Doelmatigheid

De kosten van criminaliteit en ander antisociaal gedrag voor slachtoffers, de directe omgeving en de samenleving zijn hoog. Ze bestaan onder meer uit kosten van het strafrechtssysteem (politie, rechterlijke macht, gevangeniswezen), verlies van goederen door diefstal of vernieling, medische zorg voor slachtoffers en immateriële kosten (stedelijke verloedering, psychisch lijden van slachtoffers of nabestaanden). Er bestaan duidelijke aanwijzingen dat op kinderen en adolescenten gerichte programma's om antisociaal gedrag te voorkomen die kosten op doelmatige wijze kunnen terugdringen. In twee recente kosteneffectiviteitsanalyses uit de Verenigde Staten bleken een voorschools educatieprogramma, functionele gezinstherapie en multisysteemtherapie voor iedere geïnvesteerde dollar het veertienvoudige aan kosten te besparen (Wel03, Aos04).

4.4 Conclusie

De oorsprong van de antisociale persoonlijkheidsstoornis ligt in de kindertijd en de adolescentie. Het in die periode voorkómen en behandelen van gedragsstoornissen kan waarschijnlijk bijdragen aan de preventie van een eventuele ASP.

Bij jonge kinderen (baby's, peuters en kinderen in de basisschoolleeftijd) is van meerdere soorten interventies aangetoond dat ze gedragsstoornissen kunnen voorkomen of reduceren. Het gaat dan om vroege pedagogische ondersteuning

en verbetering van de ontwikkelingscondities in gezinnen, stimulering van de cognitieve ontwikkeling van het kind, gedragstraining voor de ouders en, voor de behandeling van ADHD, farmacotherapie.

Adolescenten met een gedragsstoornis lopen het grootste risico om op volwassen leeftijd een ASP te krijgen. In de minder ernstige gevallen kan die gedragsstoornis met cognitieve gedragstherapie worden behandeld. Bij kinderen die al vaak of ernstig agressief gedrag vertonen, is meestal een combinatie van verschillende therapieën nodig. Daarbij moet ook de sociale omgeving van het kind worden betrokken. Van functionele gezinstherapie en multisysteemtherapie is aangetoond dat ze criminaliteit en andere ernstige gedragsproblemen van adolescenten kunnen reduceren en het sociaal functioneren kunnen verbeteren van het kind en van het gezin waarin dit opgroeit.

Kosteneffectiviteitsanalyses laten zien dat met veel van deze interventies de hoge kosten die criminaliteit en ander antisociaal gedrag met zich meebrengen op doelmatige wijze kunnen worden teruggedrongen.

Bij deze stand van wetenschap kunnen kanttekeningen worden geplaatst. De meeste studies betreffen de preventie van antisociaal gedrag en niet die van de ASP. Het bewijs voor de mogelijkheid een ASP te voorkomen is in de regel dus hooguit indirect. Daarnaast is het aantal studies waarop de conclusies zijn gebaseerd betrekkelijk klein. Ook zijn in een aantal studies de *follow up*-periodes beperkt, zodat niet altijd duidelijk is of de gevonden effecten bestendig zijn. En meestal is onduidelijk in hoeverre populatie en omstandigheden van een studie representatief zijn voor de klinische praktijk (Wie02, Far03, Cha04).

Deze kanttekeningen nemen echter niet weg dat er reden is voor optimisme. Er is nu behoefte aan meer specifieke kennis over hoe de (kosten)effectiviteit van interventies kan worden geoptimaliseerd. Die kennis kan alleen worden verkregen door meer gericht onderzoek (Kaz01, NIH05).

Behandeling

Dit hoofdstuk geeft een overzicht van de mogelijkheden om mensen met een antisociale persoonlijkheidsstoornis te behandelen op een volgens wetenschappelijk onderzoek effectieve wijze. Het is beperkt tot interventies voor volwassenen (18 jaar en ouder).

5.1 Behandeldoelen

Spreken over de effectiviteit van behandelingen veronderstelt dat duidelijk is wat de doelen van die behandelingen zijn. In dit advies wordt zowel het verbeteren van de psychische gezondheid van de patiënt als het beschermen van de samenleving als behandelgoal in aanmerking genomen. Die doelen kunnen worden bereikt door genezing en door symptoombestrijding.

Genezing behelst het wegnemen van de persoonlijkheidsstoornis. Dat is een ambitieuze doelstelling, omdat het verandering van iemands persoonlijkheidsstructuur impliceert.

Symptoombestrijding betreft in de eerste plaats reductie van symptomen waaronder de patiënt lijdt. Mensen met een ASP hebben echter meestal niet het idee dat ze een stoornis hebben en daaronder lijden. Daarom ligt de nadruk vaak op het terugdringen van symptomen die hun omgeving en de samenleving raken. Preventie van criminele recidive en reductie van de ernst en de frequentie van

overig antisociaal gedrag zijn daarvan belangrijke onderdelen. Zulke gedragsbe-
envloeding past zowel in een therapeutisch als in een justitieel perspectief.

5.2 Dataverzameling

Om te beoordelen of de ASP kan worden genezen of dat de symptomen van de stoornis kunnen worden teruggedrongen, heeft de commissie naar drie categorieën onderzoek gekeken: onderzoek naar interventies die specifiek op genezing of bestrijding van symptomen van de ASP zijn gericht, naar interventies die zijn gericht op bestrijding van vergelijkbare symptomen van andere psychiatrische stoornissen (zoals impulsiviteit en manipulatie bij de borderline en de theatrale persoonlijkheidsstoornis en gebrek aan empathie en exploitatief gedrag bij de narcistische persoonlijkheidsstoornis), en naar interventies die zijn gericht op comorbiditeit bij de ASP. Die laatste categorie valt uiteen in onderzoek naar de invloed van de behandeling van een comorbide stoornis op werkzaamheid van de behandeling van de ASP en onderzoek naar de invloed van de ASP op de werkzaamheid van de behandeling van een comorbide stoornis. Hoewel dit laatste onderzoek niet de behandeling van de ASP zelf betreft, ziet de commissie in de achtergrond van de adviesaanvraag reden er toch aandacht te besteden. De uitkomsten van dit onderzoek kunnen immers van belang zijn voor het perspectief van mensen met een ASP.

Het onderzoek waarop de commissie zich baseert is geselecteerd uit zeven systematische reviews die geheel of ten dele op een van de drie genoemde categorieën betrekking hebben (Dol93, San98, Lee99, Per99, RCP99, Sal02, Lei03, War03). Bij die selectie zijn twee alternatieve selectiecriteria gebruikt: een ASP-diagnose binnen de onderzoekspopulatie (waarbij is aangegeven welk diagnostisch instrument is gehanteerd) of een uitkomstmaat die als (een aspect van) een ASP-dimensie kan worden beschouwd.

5.3 Werkzaamheid van therapeutische interventies

5.3.1 *Gebrek aan goed onderzoek*

Empirisch onderzoek is vooral interessant als aan de uitkomsten algemene conclusies kunnen worden verbonden. Dat is met name mogelijk als er veel onderzoek is gedaan, een groot deel daarvan aan hoge methodologische eisen voldoet en de resultaten van afzonderlijke studies consistentie vertonen. Hiermee zijn direct drie belangrijke belemmeringen aangegeven voor het doen van gefun-

deerde algemene uitspraken over de mogelijkheid de antisociale persoonlijkheidsstoornis effectief te behandelen.

De eerste belemmering is dat er weinig onderzoek is gedaan naar de werkzaamheid van interventies die op de ASP zijn gericht (Dol93, San98, Per99, RCP99, Won00, Lei03, War03). Dat geldt in het bijzonder voor interventies waarmee genezing wordt beoogd. Onderzoek daarnaar is de commissie in het geheel niet bekend. In mindere mate geldt het ook voor interventies die zijn gericht op bestrijding van symptomen van de ASP. Ook daar is betrekkelijk weinig onderzoek naar gedaan.

De tweede belemmering voor het trekken van algemene conclusies is dat het meeste onderzoek een gebrekkige kwaliteit heeft (Dol93, Rot96, Alp97, War03). In veel publicaties blijft bijvoorbeeld onduidelijk welke diagnostische instrumenten zijn gebruikt bij het in kaart brengen van de onderzoekspopulatie of welke uitkomstmaten zijn gehanteerd. De commissie heeft publicaties waarin sprake was van zulke onduidelijkheden niet gebruikt. Andere tekortkomingen waren het ontbreken van een adequate controlegroep, gebrekkige informatie over de achtergrondkenmerken van de onderzoekspopulatie en de eventuele controlegroep, een gebrekkige beschrijving van de interventie en een korte *follow up*-periode.

Ten slotte vormt de grote heterogeniteit van het onderzoek een drempel voor het doen van algemene uitspraken over behandeling van de ASP (Dol93, Rot96, Alp97, War03). Omdat de onderzochte populaties en behandelingen vaak sterk van elkaar verschillen, kunnen de uitkomsten van het onderzoek meestal niet goed met elkaar worden vergeleken. Er kan dan alleen daarom al geen consistentie tussen resultaten worden gevonden.

De beperkte hoeveelheid onderzoek, de gebrekkige kwaliteit en de grote heterogeniteit van een groot deel van het onderzoek verklaren waarom er nauwelijks meta-analyses zijn uitgevoerd naar de werkzaamheid van interventies voor de ASP. Alleen onderzoek naar het effect van cognitieve gedragstherapie op impulsiviteit en agressie is aan meta-analyses onderworpen.

De commissie beschouwt deze kwantitatieve en kwalitatieve beperkingen van de huidige stand van wetenschap als haar belangrijkste bevinding over de mogelijkheden tot behandeling van de ASP. Iedere andere conclusie over dit onderwerp moet in het licht van deze beperkingen worden gelezen. Totdat meer hoogwaardig onderzoek beschikbaar is, zijn eenduidige uitspraken over de mogelijkheid of over de onmogelijkheid van effectieve behandeling bij de ASP niet gerechtvaardigd (RCP99, Won00, War03, Hil04).

Een overzicht van het onderzoek waarop de commissie zich in deze paragraaf baseert, is te vinden in bijlage E.

5.3.2 *Genezing van de ASP*

De commissie heeft, zoals gezegd, geen onderzoek gevonden naar interventies die erop zijn gericht de ASP te genezen. Voor die mogelijkheid bestaat dus geen wetenschappelijk bewijs.

5.3.3 *Bestrijding van symptomen van de ASP*

De mogelijkheden om de symptomen van de ASP te bestrijden kunnen worden onderverdeeld aan de hand van de twee dimensies van de ASP uit het concept van psychopathie dat door Hare is uitgewerkt in de PCL-R (Har91) en dat recent door Cooke en Michie is aangepast (Coo01a, Hil04). Zoals in hoofdstuk 2 is aangegeven, vindt de commissie dit concept ook van belang voor de ASP. In het concept wordt onderscheid gemaakt tussen enerzijds een gevoelsmatige en interpersoonlijke dimensie en anderzijds een gedragsmatige dimensie. De eerste dimensie manifesteert zich onder meer in kilheid, een gebrek aan empathie, pathologisch liegen en manipulatie. De gedragsmatige dimensie wordt onder andere gekenmerkt door impulsiviteit en onverantwoordelijk gedrag.

Gevoelsmatige en interpersoonlijke dimensie van de ASP

De commissie heeft geen wetenschappelijk bewijs gevonden voor de mogelijkheid om de gevoelsmatige en interpersoonlijke dimensie van de ASP in gunstige zin te beïnvloeden. Die bevinding is onder meer van belang omdat psychopathie, een ernstige vorm van de ASP die wordt gekenmerkt door een sterk afwijkende PCL-R-score op deze dimensie, een belemmering lijkt te vormen voor beïnvloeding van de gedragsmatige dimensie. Meerdere studies in gesloten settings laten zien dat patiënten met sterke psychopathische trekken vaak slecht zijn gemotiveerd om aan een behandeling deel te nemen. Meer dan andere patiënten proberen ze zich aan de behandeling te onttrekken en verstoren ze die door agressief gedrag. Ook maken ze de behandeling vaker niet af. Het is dan ook niet verbaazingwekkend dat positieve behandelresultaten bij mensen met psychopathie in de regel uitblijven (Ogl90, Ric92, Hug97, Hob00, Hil04).

Gedragsmatige dimensie van de ASP

In tegenstelling tot de gevoelsmatige en interpersoonlijke dimensie is de gedragsmatige dimensie van de ASP mogelijk wél voor beïnvloeding vatbaar. Aanwijzingen daarvoor kunnen worden gevonden in onderzoek naar het reduceren van impulsiviteit en agressie. Er bestaat relatief sterk bewijs dat met cognitieve gedragstherapie of farmacologische therapie iemands impulsiviteit en agressie kunnen worden teruggedrongen.

Naar het effect van cognitieve gedragstherapie op impulsiviteit en agressie zijn drie meta-analyses verricht. Beck en Fernandez hebben een meta-analyse uitgevoerd van 50 studies, waarvan 40 met een controlegroep, naar cognitief-gedragstherapeutische interventies voor woedebeheersing (Bec98b). Hieruit bleek dat patiënten die een cognitief-gedragstherapeutisch behandelprogramma hadden gevolgd, sterk verbeterden in vergelijking met de niet-behandelde patiënten. De meta-analyse van DiGiuseppe en Tafrate van 50 gecontroleerde studies bevestigt dit beeld (Dig03). Zij constateerden dat cognitieve gedragstherapie tot een duidelijke reductie van agressie leidde. In de meta-analyse van 23 rct's door Del Vecchio en O'Leary werd een duidelijk effect gevonden van cognitieve therapie, gedragstherapie of een combinatie van beide bij niet-opgenomen patiënten (Del04). De behandelingen bleken vooral effectief in het onderdrukken van woede.

Een belangrijke kanttekening bij deze positieve bevindingen is dat de onderzoekspopulaties uit de onderliggende studies zeer heterogeen waren en dat niet bekend is welk deel daarvan uit mensen met een ASP bestond. Wel bleek in een rct onder mannen die waren veroordeeld voor huiselijk geweld het effect van cognitieve gedragstherapie in groepsvorm op recidive relatief groot te zijn bij mannen met veel antisociale kenmerken (Sau96). Maar de effectiviteit van zulke therapie kan per patiënttype verschillen. Bekend is dat bij patiënten met psychopathie groepstherapie zelfs averechts kan werken, omdat deze hen in staat stelt van elkaars ervaringen te leren en hun manipulatieve vaardigheden verder aan te scherpen. Voor hen vormt dat een contra-indicatie voor een deel van de behandelingen waarop de drie meta-analyses betrekking hebben (Set99, Hor04a, Hor04b, Rui05).

Impulsiviteit en agressie kunnen niet alleen met cognitieve (gedrags)therapie maar ook met farmacologische therapie worden gereduceerd. In rct's is een significant reducerend effect gevonden van lithium op de betrokkenheid bij ernstige gewelddadige incidenten (She76), van chlordiazepoxide en oxazepam op geïrriteerdheid (Lio79), van phenelzine op woede en vijandigheid (Sol93) en van

fluoxetine op impulsiviteit, verbale agressie en agressie tegen objecten (Coc97). In niet-gecontroleerd onderzoek is een significant effect gevonden van fluoxetine op de frequentie van woede-aanvallen (Fav93), en van sertraline (Kav94), natrium-valproaat (Kav98) en olanzapine (Sch99) op impulsieve agressiviteit.

Ook bij dit onderzoek is echter onduidelijk of de bevindingen voor alle mensen met een ASP gelden. Het onderzoek is grotendeels verricht onder patiënten met een niet nader gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis of met een geschiedenis van agressief gedrag. Bovendien heeft de uitkomstmeting vrijwel steeds direct na de behandeling plaatsgevonden. Daardoor is niet bekend of de gevonden effecten ook beklijven.

Een speciale categorie van agressiviteit betreft zelfdoding en andere vormen van zelfbeschadiging (parasuïcidaliteit). Ook deze vorm van agressie lijkt te kunnen worden teruggedrongen, met psychoanalytisch georiënteerde psychotherapie (*mentalisation based treatment*) (Bat99a, Eva99, Bat01), dialectische gedragstherapie (Lin91, Lin93, Bos05) en farmacologische therapie (Mar95, Ben98, Ver98c, Bat99b). Ook hier geldt echter dat het onderzoek in de regel niet is gedaan onder mensen met een ASP of dat de prevalentie van de ASP in de onderzoekspopulatie onduidelijk is. Bovendien zijn de effecten van de psychotherapie, de gedragstherapie en de farmacologische therapie alleen direct na behandeling vastgesteld of bedroeg de *follow up*-periode maximaal zes maanden.

5.3.4 Comorbide stoornissen

Mensen met een ASP hebben vaak ook nog een andere psychiatrische stoornis. Meestal is dat een verslavingsstoornis of een borderline, theatrale of narcistische persoonlijkheidsstoornis (Hil04). Het behandelen van zo'n comorbide stoornis kan een positieve invloed hebben op de werkzaamheid van de behandeling van de ASP (RCP99). Dat kan met name het geval zijn als de comorbide stoornis aan het antisociale gedrag bijdroeg. Dat lijkt met name het geval te zijn bij een ernstige verslaving, omdat die in de regel tot antisociaal gedrag leidt. Uit de praktijk is bekend dat dat gedrag vaak verdwijnt als de verslaving wordt gestopt.

De relatie tussen een behandeling van een comorbide stoornis en de werkzaamheid van de behandeling van de ASP is echter nog nauwelijks onderzocht. Er zijn twee alleen niet-gecontroleerde studies bekend naar de invloed van behandeling van depressiviteit (Fav94, Pes94). In beide bleek dat effectieve farmacologische behandeling van een depressieve stoornis van invloed kan zijn op een persoonlijkheidsstoornis. Maar de veranderingen in diagnoses van cluster B-persoonlijkheidsstoornissen, waaronder die van de ASP, waren niet significant gecorreleerd aan de reductie van depressie.

Meer onderzoek is er gedaan naar de invloed van een ASP op de werkzaamheid van behandeling van een comorbide stoornis. Hoewel dit onderzoek niet behandeling van de ASP zelf betreft, en dus strikt genomen buiten het bestek van het advies valt, kunnen de uitkomsten wel van belang zijn voor het perspectief van mensen met een ASP. Gelet op de achtergrond van de adviesaanvraag besteedt de commissie er daarom toch aandacht aan.

Het grootste deel van dit onderzoek is relatief hoogwaardig onderzoek naar de effectiviteit van behandelingen voor verslaving. Op grond daarvan lijkt te kunnen worden geconcludeerd dat bij ASP-patiënten een comorbide verslavingsstoornis effectief kan worden behandeld. Door verschillen in onderzoekspopulatie, diagnosticering en therapie laten de uitkomsten van de studies zich echter moeilijk vergelijken.

In een rct onder verslaafden met zowel een ASP als een depressieve stoornis bleek psychotherapie het drugsgebruik te reduceren en het psychosociaal functioneren te verbeteren. Bij niet-depressieve verslaafden met een ASP nam alleen het drugsgebruik significant af (Woo85). In twee latere parallele rct's kon echter geen verband worden gevonden tussen antisociale karaktertrekken en effectiviteit van psychotherapie voor alcoholverslaving (Pro97). Een niet-gecontroleerd onderzoek liet zien dat alcoholverslaafden met een ASP bij aanvang van psychotherapie en bij *follow up* na gemiddeld 14 maanden weliswaar meer psychosociale problemen kennen dan verslaafden zonder een ASP, maar dat behandeling niettemin tot een even grote reductie van deze problemen kan leiden (Ver99b). Andere studies tonen evenwel dat patiënten met een persoonlijkheidsstoornis een groter risico lopen op terugval. Dat is met name het geval bij patiënten die een beperkte behandelmotivatie hebben of niet goed in staat zijn om een constructieve behandelrelatie met therapeuten aan te gaan (Ver98a, Ver04).

In een rct naar het effect van cognitieve gedragstherapie op alcoholverslaving bleek deze effectiever bij verslaafden met een ASP dan bij verslaafden zonder een ASP (Lon94). Die bevinding werd in een nieuwe rct echter niet bevestigd (Kal00).

Volgens een andere rct kon de therapeutische gemeenschapsbenadering drugsgebruik terugdringen, zowel bij patiënten met als zonder ASP (Mes99, Mes02).

Contingency management, conditionering door middel van beloning van gewenst gedrag, in de vorm van bijvoorbeeld geld of voorrechten, lijkt drugsgebruik en psychosociale problemen bij drugsverslaafden met een ASP eveneens te kunnen reduceren, maar niet significant meer dan een regulier methadonprogramma (Bro98). Volgens een andere rct kan *contingency management* bij ver-

slaafden met een ASP zelfs effectiever zijn dan bij verslaafden zonder een ASP (Mes03).

Behandeling met nortriptyline leidde bij alcoholverslaafden met een ASP tot een significante reductie van het drankgebruik (Pow95). In een vervolgstudie op deze rct bleek dit effect nagenoeg volledig samen te hangen met de aanwezigheid van een stemmings- en/of angststoornis (Pen96).

Naast dit verslavingsonderzoek is er een niet-gecontroleerd onderzoek bekend naar de invloed van antisociale kenmerken op het effect van psychodynamische psychotherapie voor een borderline persoonlijkheidsstoornis. Er werd een negatief verband gevonden tussen antisociale kenmerken en reductie van borderlinesymptomen (Cla94).

Ten slotte is er nog een ongecontroleerd onderzoek gedaan naar het effect van respectievelijk cognitieve gedragstherapie zonder en met assertiviteitstraining op depressiviteit bij patiënten zonder een persoonlijkheidsstoornis, patiënten met een cluster B- en patiënten met een cluster C-persoonlijkheidsstoornis. Beide behandelingen bleken na een *follow up*-periode van één tot drie jaar bij alle subpopulaties tot significante verbeteringen te hebben geleid. De grootste verbetering werd gevonden bij de patiënten zonder persoonlijkheidsstoornis. Binnen de twee andere groepen zijn de resultaten echter niet uitgesplitst naar type persoonlijkheidsstoornis, waardoor het effect bij een ASP onbekend is (Bal00).

5.3.5 *Risicomanagement*

De mogelijkheden voor behandeling van impulsiviteit en agressie en van een eventuele verslaving bieden volgens de commissie bij mensen met een ASP aanknopingspunten voor risicomanagement. Risicomanagement is niet gericht op het genezen van de persoonlijkheidsstoornis, maar op het verkleinen en beheersbaar maken van het risico dat een patiënt voor zijn omgeving vormt (harm reduction). Dit moet worden onderscheiden van maatschappijbeveiliging door opsluiting, wat soms ook wel met risicomanagement wordt aangeduid.

Bij risicomanagement kan gebruik worden gemaakt van inzichten uit de, grotendeels in Canada ontwikkelde, *'What works'*-benadering van crimineel gedrag. Volgens die op empirisch onderzoek gestoelde benadering moet effectieve beïnvloeding van crimineel gedrag aan vier principes voldoen. Het eerste daarvan is het risicoprincipe. Dat houdt in dat de intensiteit van een behandeling moet worden aangepast aan de omvang van het risico dat de patiënt voor zijn omgeving vormt. Het tweede is het behoefteprincipe. Volgens dat principe moeten bewezen effectieve interventies worden gericht op voor beïnvloeding vatbare ('dynamische') risicofactoren die specifiek zijn voor de patiënt en voor zijn omgeving.

Dat kunnen bijvoorbeeld antisociale cognities, een verslaving of een antisociaal netwerk zijn.

Zowel de omvang van het risico als de specifieke risicofactoren kunnen aan het licht worden gebracht met gestructureerde risicotaxatie-instrumenten zoals de HCR-20, voor het beoordelen van het risico van gewelddadig gedrag, en de SVR-20, voor het beoordelen van het risico van seksueel gewelddadig gedrag. Gebruik van zulke instrumenten levert betrouwbaarder en nauwkeuriger taxaties op dan een ongestructureerde klinische inschatting (Phi00, Hil01, Hil03b, Hil05, Phi05, Vog05).

Het derde principe uit de *'What works'*-benadering is het responsiviteitsprincipe. Dat geeft aan dat een behandeling ook qua vorm moet aansluiten bij kenmerken van de individuele patiënt, zoals diens leerstijl. Ten slotte is het principe van behandelintegriteit van belang. Interventies die aan de eerste drie principes voldoen, zullen alleen effectief zijn als ze worden uitgevoerd zoals ze zijn bedoeld. Dat stelt onder meer eisen aan de deskundigheid van de behandelaars (And96, Gen96, Bon98, Co01b, Hil04, Rui05).

Een voorbeeld van een behandeling die in het kader van risicomanagement kan worden toegepast is *aggression replacement training* (ART). ART is gebaseerd op het idee dat agressief gedrag aangeleerd is door observatie, imitatie, ervaring en herhaling, en ook weer kan worden afgeleerd. Met dat doel worden op de persoon afgestemde vaardigheidstrainingen gegeven. Omdat er empirisch bewijs is dat agressiviteit samenhangt met gebreken op het gebied van sociaal functioneren, woedebeheersing en moreel redeneren, worden de trainingen daarop toegespitst. In Nederland is door Hornsveld een variant op ART ontwikkeld, die in TBS-kliniek De Kijvelanden wordt toegepast. De voorlopige resultaten van onderzoek naar de effectiviteit daarvan zijn gematigd positief. De commissie vindt het belangrijk dat er meer van dergelijke vormen van risicomanagement worden ontwikkeld en wetenschappelijk worden geëvalueerd (Gol04, Hor05a, Hor05b).

Omdat groepstherapie bij mensen met psychopathie averechts kan werken, zijn de vooruitzichten voor risicomanagement bij hen ongunstig (Hil04, Rui05).

5.4 Werkzaamheid van gevangenisstraf

Er zijn geen aanwijzingen dat louter strafrechtelijke, repressieve interventies bij mensen met een antisociale persoonlijkheidsstoornis tot een duurzame gedragsverandering leiden. Gevangenisstraf bijvoorbeeld leidt bij hen niet tot een verandering in risicofactoren als antisociale cognities, een antisociaal netwerk of een antisociaal persoonlijkheidscomplex. Datzelfde geldt voor een vrijheidbene-

mende maatregel als plaatsing in een instelling voor stelselmatige daders (ISD, artikel 38m Wetboek van Strafrecht) als die niet met behandeling gepaard gaat.

Dit laat overigens onverlet dat een gevangenisstraf niet-therapeutische functies kan vervullen, zoals vergelding en bescherming van de samenleving zolang de opsluiting duurt. Behandelingen die tijdens de detentie worden gegeven kunnen misschien wel een blijvende positieve invloed op gedrag hebben. Maar of dat ook bij mensen met een ASP het geval is, is niet vastgesteld (And90, Dol93, And96, Gen96, Bon98, Co01b).

5.5 Conclusie

De commissie heeft vastgesteld dat er nog erg weinig goed onderzoek is gedaan naar de effectiviteit van behandelingen voor mensen met een antisociale persoonlijkheidsstoornis. Ook het Nederlandse onderzoek is zeer beperkt in omvang. Totdat meer hoogwaardig onderzoek beschikbaar is, zijn volgens de commissie eenduidige uitspraken over de mogelijkheid of de onmogelijkheid van effectieve behandeling van de ASP niet gerechtvaardigd.

Het verrichte onderzoek toont geen mogelijkheden om mensen met een ASP te genezen. Wat symptoombestrijding betreft zijn er evenmin aanwijzingen dat de gevoelsmatige en interpersoonlijke dimensie van de ASP kan worden beïnvloed. Voor de gedragsmatige dimensie van de ASP ligt dat waarschijnlijk anders. Onderzoek laat zien dat met cognitieve gedragstherapie en farmacologische therapie iemands impulsiviteit en agressie kunnen worden gereduceerd. Die mogelijkheden lijken ook van belang voor mensen met een ASP. Verder bestaat er enig wetenschappelijk bewijs dat een alcohol- of drugsverslaving van iemand met een ASP effectief kan worden behandeld door middel van psychotherapie, *contingency management* en farmacologische therapie. Ook dat kan bijdragen aan het terugdringen van symptomen van de stoornis.

De commissie meent dat de mogelijkheden voor behandeling van impulsiviteit en agressie en van een eventuele verslaving bij mensen met een ASP aanknopingspunten bieden voor risicomangement. Het doel daarvan is niet het beïnvloeden van de persoonlijkheidsstoornis zelf, maar het verkleinen en beheersbaar maken van het risico dat iemand met deze stoornis voor zijn omgeving vormt. Daarvoor moeten bewezen effectieve interventies worden gericht op risicofactoren die specifiek zijn voor de patiënt en voor zijn omgeving. Ook wat vorm betreft dienen de interventies aan te sluiten op kenmerken van de patiënt. Er zijn geen aanwijzingen dat louter strafrechtelijke interventies, zoals gevangenisstraf, een duurzame bijdrage kunnen leveren aan het verkleinen en beheersbaar maken van het risico.

Bij patiënten met psychopathie zijn de vooruitzichten voor risicomanagement ongunstig. Bij hen kan groepstherapie zelfs averechts werken, als die hen in staat stelt van elkaars ervaringen te leren en manipulatieve vaardigheden aan te scherpen.

Vooruitzichten voor behandeling

In het vorige hoofdstuk is aangegeven dat volgens de huidige stand van wetenschap de mogelijkheden om de antisociale persoonlijkheidsstoornis effectief te behandelen, beperkt zijn. In dit hoofdstuk worden ontwikkelingen geïnventariseerd die mogelijk meer uitzicht bieden op wetenschappelijk bewezen effectieve behandeling. Vanzelfsprekend kan alleen toekomstig onderzoek uitwijzen of die beloftes ook kunnen worden waargemaakt. De wetenschappelijke ontwikkelingen die mogelijk nieuw perspectief kunnen bieden, vallen in twee categorieën uiteen.

6.1 Epidemiologische aanwijzingen

Een eerste categorie wordt gevormd door onderzoek naar behandelingen waarvan op epidemiologische gronden kan worden aangenomen dat ze mogelijk ook werkzaam zijn bij mensen met een ASP. Het gaat om dialectische gedragstherapie en psychoanalytisch georiënteerde psychotherapie en om behandelingen die binnen TBS-klinieken worden gegeven.

Dialectische gedragstherapie en psychoanalytisch georiënteerde psychotherapie

Verschillende studies hebben laten zien dat langdurige dialectische gedragstherapie en psychoanalytisch georiënteerde psychotherapie (*mentalisation based*

treatment) het interpersoonlijk functioneren van mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis kunnen verbeteren. Deze bevinding is volgens de commissie ook van belang voor mensen met een ASP. Van een aantal studies is uit persoonlijke mededelingen van de auteurs bekend dat de onderzochte populaties voor een belangrijk deel uit mensen met een ASP bestonden (Lin93, Bat99a, Bat01). Daarnaast heeft epidemiologisch onderzoek laten zien dat de comorbiditeit tussen de antisociale persoonlijkheidsstoornis en de borderline persoonlijkheidsstoornis hoog is (Ver99a). Bovendien is het aannemelijk dat aan beide persoonlijkheidsstoornissen ten dele dezelfde oorzaken ten grondslag liggen (Par97). Dit alles suggereert dat langdurige dialectische gedragstherapie en psychoanalytisch georiënteerde psychotherapie, eventueel in aangepaste vorm, ook effectief kunnen zijn in het verbeteren van het interpersoonlijk functioneren van mensen met een ASP, althans bij mensen zonder sterke psychopathische trekken.

Behandelingen in TBS-klinieken

De effectiviteit van de behandelingen die binnen de TBS-klinieken worden toegepast, is lange tijd nauwelijks onderzocht. Sinds kort lijkt daarin verandering te komen. In toenemende mate wordt in de forensische psychiatrie het belang van effectiviteitsonderzoek onderkend. De afgelopen jaren is er een begin gemaakt met onderzoek naar behandel-effecten. Omdat de omvang van dat onderzoek beperkt is en de uitkomsten nog op zich laten wachten, worden de behandelingen binnen de TBS-klinieken nog nauwelijks geselecteerd op basis van wetenschappelijk vastgestelde effectiviteit. Hierdoor blijven mogelijk niet-effectieve behandelvormen in zwang en worden behandelvormen die wellicht wel effectief zijn onvoldoende toegespitst op individuele kenmerken van patiënten (Rui00a, CBT01, IGZ03).

Dat de werkzaamheid van behandelingen niet is bewezen, sluit effectiviteit niet uit. Op het eerste gezicht doen recidivepercentages vermoeden dat de sector als geheel wel degelijk effectief is. Niet bekend is hoe hoog de recidive is onder mensen die in een TBS-kliniek zijn behandeld voor een ASP. Maar de recidive van de totale populatie van voormalig TBS-gestelden is relatief beperkt. Waar de ernstige recidive – gedefinieerd als veroordeling voor een misdrijf met een strafdreiging van vier jaar of meer – zes jaar na ontslag onder ex-gedetineerden 57 procent is, is die onder ex-TBS-gestelden 28 procent.

Relatief lage recidivepercentages vormen echter geen sluitend bewijs voor de effectiviteit van de behandelingen die TBS-gestelden krijgen. Zo is onduidelijk of er verband bestaat tussen de behandelingen en het recidivepercentage. Daar-

naast is onbekend hoe vaak de betreffende personen zouden recidiveren als ze niet in een TBS-kliniek zouden zijn behandeld. Het is mogelijk dat ze in dat opzicht slecht vergelijkbaar zijn met mensen die alleen in de gevangenis hebben gezeten. Ten slotte zijn TBS-gestelden die in een *long stay*-afdeling zijn opgenomen niet meer in staat te recidiveren. Hoewel behandeling bij hen niet heeft geleid tot een reductie van het risico dat zij voor de samenleving vormen, hebben zij, omdat zij daarin niet terugkeren, eerder een positief dan een negatief effect op het recidivepercentage (Gre04, Hil04, Mar04b, War05a).

Om duidelijkheid te krijgen over de effectiviteit van behandelingen die in TBS-klinieken worden gegeven, is meer onderzoek nodig. Om inzicht te krijgen in de werkzaamheid voor mensen met een ASP dient in dergelijk onderzoek aandacht te worden besteed aan de heterogeniteit van de patiëntenpopulaties van de TBS-klinieken (Hil04, Mar04b).

Een van de behandelvormen die binnen de Nederlandse TBS-klinieken wordt toegepast en die in onderzoek mogelijk effectief kunnen blijken, is de therapeutische gemeenschapsbenadering (sociotherapie). Buiten Nederland is er relatief veel onderzoek gedaan naar de werkzaamheid van de therapeutische gemeenschapsbenadering. In een meta-analyse van 29 effectstudies onder daders met een psychiatrische stoornis werd enkele jaren geleden geconcludeerd dat er voor werkzaamheid van deze benadering sterk bewijs bestaat. En in een recente systematische review van behandelingen voor delinquenten met een ernstige persoonlijkheidsstoornis werd de therapeutische gemeenschapsbenadering voor die groep als de meest beloftevolle behandelvorm gezien (Lee99, War03).

De commissie meent dat de effectstudies die in het buitenland zijn gedaan aanwijzingen vormen voor werkzaamheid van de therapeutische gemeenschapsbenadering zoals die binnen de Nederlandse TBS-klinieken gestalte krijgt. Omdat de patiëntenpopulaties in de onderzochte gemeenschappen waarschijnlijk mede uit mensen met een ASP bestonden, geldt dat mogelijk ook voor behandeling van mensen met een ASP.

De uitkomsten van de betreffende studies kunnen echter niet onverkort van toepassing worden verklaard op de therapeutische gemeenschapsbenadering zoals die in Nederlandse TBS-klinieken wordt gevolgd. Achter de therapeutische gemeenschapsbenadering gaan vaak verschillende (combinaties van) behandelingen schuil. Waarschijnlijk bestaan er belangrijke verschillen tussen de behandelingen in de onderzochte therapeutische gemeenschappen en die in de Nederlandse TBS-klinieken.

De commissie maakt hier opnieuw een voorbehoud voor ASP-patiënten met psychopathie. Zij acht de kans aanmerkelijk dat de relatief vrije atmosfeer binnen

een therapeutische gemeenschap hen in staat stelt hun antisociale vaardigheden te vergroten, in plaats van dat ze worden ingetoomd. Met name voor deze groep is het daarom van belang nieuwe, specifieke behandelvormen te ontwikkelen (Hob00, Hil04).

6.2 Theoretische perspectieven

Aanknopingspunten voor behandeling van mensen met een ASP kunnen mogelijk ook worden ontleend aan theoretische overwegingen en aan onderzoek in andere populaties. In dat verband kunnen risicomanagement, *contingency management*, farmacotherapie en -genetica, en transcраниële magnetische stimulatie worden genoemd.

Risicomanagement

In het vorige hoofdstuk is aangegeven dat de mogelijkheden voor behandeling van impulsiviteit en agressie en van een eventuele verslaving aanknopingspunten bieden voor risicomanagement. Het doel daarvan is niet het beïnvloeden van de antisociale persoonlijkheidsstoornis zelf, maar het verkleinen en beheersbaar maken van het risico dat iemand met een ASP voor zijn omgeving vormt. Daarvoor is het nodig bewezen effectieve interventies te richten op risicofactoren die specifiek zijn voor de individuele patiënt en zijn omgeving. Bovendien zijn de interventies qua vorm afgestemd op de kenmerken van de individuele patiënt.

Volgens de commissie is op het gebied van ontwikkeling en implementatie van instrumenten voor risicomanagement nog belangrijke vooruitgang mogelijk. Niet alleen kan er, meer dan nu gebeurt, gebruik worden gemaakt van gestructureerde instrumenten voor risicotaxatie die ook empirisch zijn gevalideerd. Ook kunnen er meer op reductie van risico gerichte interventies worden ontwikkeld en gebruikt die zijn afgestemd op de specifieke kenmerken van mensen met een ASP. Het is van belang daarbij ook rekening te houden met de heterogeniteit binnen ASP-populaties.

De commissie acht het aannemelijk dat bij veel van de behandelingen die in onderzoek onder mensen met een ASP niet effectief zijn gebleken, onvoldoende rekening is gehouden met voor de ASP typerende kenmerken als een beperkte behandelmotivatie en onvermogen om een therapeutische relatie aan te gaan. Dat zou bijvoorbeeld de samenhang kunnen verklaren tussen enerzijds sterke psychopathische trekken en anderzijds verstorend gedrag en uitval tijdens de behandeling. De commissie acht het plausibel dat behandelingen met een duidelijke structuur en veel toezicht bij mensen met een ASP tot betere resultaten kunnen

leiden. Goed opgeleide behandelaars met ervaring met deze doelgroep en adequate super- en intervisie zijn daarvoor eveneens belangrijke voorwaarden (Lös98, Dou99a, Set99, Ogl90, Won00, Hil04, Hor04a, Hor04b, Rui05, Bar05).

Contingency management

Effectieve behandeling van mensen met een ASP stuit vaak op een beperkte behandelmotivatie. Dat geldt in het bijzonder voor mensen met psychopathie. Die belemmering kan mogelijk worden aangepakt door eerst de behandelmotivatie zelf tot onderwerp van behandeling te maken. *Contingency management*, conditionering door middel van beloning van gewenst gedrag, in de vorm van bijvoorbeeld geld of voorrechten, kan daarbij volgens de commissie mogelijk een constructieve rol spelen. Dat lijkt vooral het geval als wordt aangeknoopt bij het statusgevoel van mensen met een ASP en gebruik wordt gemaakt van hun egocentrisme en hun calculerende instelling. Dat kan bijvoorbeeld door hen te leren dat ze ook zelf schade ondervinden van een levensstijl die tot strafrechtelijk ingrijpen leidt. Door dat laatste verliezen ze immers status en wordt de controle die ze over hun eigen leven kunnen uitoefenen beperkt (Hem02, Dav04).

Farmacotherapie en -genetica

Het gedrag van mensen met een persoonlijkheidsstoornis kan met diverse geneesmiddelen worden beïnvloed, waaronder atypische antipsychotica, anti-epileptica, SSRI's, omegavetzuren en opiaatantagonisten. De effecten van die middelen zijn echter weinig specifiek. Volgens de commissie is het daarom zinvol onderzoek te doen naar de invloed van farmacologische middelen op symptomen van een persoonlijkheidsstoornis, zoals impulsieve agressie bij de ASP. Wanneer zo'n symptoom kan worden vertaald naar een bepaald gedrag bij proefdieren kan vervolgens een relatie worden gezocht met bepaalde neurotransmittersystemen. In combinatie met aanwijzingen voor een rol van genetische varianten voor bepaalde receptortypen kan dat hypothesen opleveren over de werkzaamheid van medicamenteuze interventies. Die kunnen dan vervolgens bij mensen worden onderzocht.

Een voorbeeld van zo'n benadering heeft betrekking op de 5HT_{1B} serotonine-receptor. Activering daarvan laat bij proefdieren een afname van impulsieve agressie zien. Het verdient aanbeveling ook het effect van activering bij mensen te onderzoeken. De middelen daarvoor, de zogenoemde triptanen, worden bij mensen al gebruikt bij de behandeling van migraine. Het ligt voor de hand ook

onderzoek te doen naar het effect van triptanen op impulsieve agressie bij mensen met een antisociale persoonlijkheidsstoornis (Fav97, Mar04a, Mic02, Mic04).

Transcraniële magnetische stimulatie

Uit neurobiologisch onderzoek is bekend dat een ASP kan samengaan met verminderd functioneren van de prefrontale cortex. Dat verminderd functioneren lijkt een rol te spelen bij de stoornissen in de verwerking van affectieve informatie die worden gevonden bij mensen met psychopathie. Door die stoornissen reageren ze minder sterk op signalen met een emotionele betekenis, zoals gelaatsuitdrukkingen van angst en verdriet bij anderen. Ook hebben ze daardoor een lagere angstrespons, waardoor ze grotere risico's nemen en minder gevoelig zijn voor bestraffing (Dam94, Bec98a, Bla00a, Rai00, Hon01).

Empirisch onderzoek onder gezonde proefpersonen heeft aannemelijk gemaakt dat met transcraniële magnetische stimulatie de impulsgeleiding binnen de hersenen kan worden beïnvloed. Bij transcraniële magnetische stimulatie wordt met een elektrische condensator, die op het hoofd wordt geplaatst, een magnetisch veld gecreëerd. Daarmee kan een specifiek deel van de hersenen worden gestimuleerd. Door zo de impulsgeleiding in de hersenen te versterken, kan vermoedelijk de manier worden beïnvloed waarop de hersenen signalen met een emotionele betekenis verwerken (Sie00, Hon01).

Het neurobiologisch onderzoek naar de ASP en het onderzoek naar het effect van transcraniële magnetische stimulatie bij gezonde proefpersonen suggereren dat deze behandelvorm bij mensen met een ASP mogelijk de gevolgen kan compenseren van het verminderd functioneren van de prefrontale cortex. Dat zou niet betekenen dat de ASP kan worden genezen. Maar misschien kunnen mensen met een ASP wel ontvankelijker en gevoeliger worden gemaakt voor psychotherapie (EFP03).

6.3 Conclusie

Op grond van epidemiologische of theoretische overwegingen is het zinvol onderzoek te doen naar dialectische gedragstherapie, psychoanalytisch georiënteerde psychotherapie, de behandelingen die binnen de TBS-klinieken worden toegepast, risicomangement, *contingency management*, farmacotherapie en -genetica en transcraniële magnetische stimulatie. Zulk onderzoek kan mogelijk de werkzaamheid van bestaande behandelingen aantonen of aanknopingspunten opleveren voor de ontwikkeling van effectieve nieuwe behandelingsmethoden.

Preventie en behandeling in de praktijk

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe de interventies voor preventie en behandeling van de antisociale persoonlijkheidsstoornis die in de voorgaande hoofdstukken zijn beschreven, het best in de praktijk kunnen worden gebracht.

7.1 Preventie

7.1.1 *Uitgangspunten*

De ASP is een ernstige stoornis, die met grote psychische, medische en sociale problemen gepaard gaat en veel maatschappelijke overlast en schade tot gevolg heeft. Het is daarom belangrijk het ontstaan van een ASP te voorkomen. Het belang daarvan wordt nog vergroot doordat de mogelijkheden om een ASP op latere leeftijd effectief te behandelen beperkt zijn.

De ontwikkeling van een ASP begint altijd, op basis van een meer of minder sterke genetische aanleg, in de kindertijd en de adolescentie. Daarom kunnen interventies die tijdens die periode risicofactoren reduceren en beschermende factoren versterken mogelijk bijdragen aan het voorkómen van een ASP. Bij dergelijke interventies kan voor een brede en voor een selectieve benadering worden gekozen.

Brede preventie, gericht op alle kinderen, verdient de voorkeur bij stoornissen die vaak optreden of bij stoornissen die juist zeldzaam zijn, maar waarbij het

niet goed mogelijk is groepen of individuen met een verhoogd risico te identificeren. Bij de ASP is geen van beide aan de orde. Ook zonder preventie ontwikkelen de meeste kinderen immers geen ASP. Verder bestaat er een redelijk goed beeld van de risicofactoren en van mogelijke voorlopers van de stoornis.

Dat maakt selectieve preventie mogelijk. Een voordeel van selectieve bovenbrede preventie is de grotere doelmatigheid omdat de interventies gericht kunnen worden uitgevoerd. Daarnaast kunnen ze beter op specifieke personen en situaties worden afgestemd. Dat komt de effectiviteit ten goede.

De mate van selectiviteit die kan worden bereikt is echter wel begrensd, omdat de risicofactoren voor de ASP niet specifiek zijn voor deze stoornis. Vooral kinderen met een (verhoogd risico op een) gedragsstoornis hebben een vergrote kans op het ontwikkelen van een ASP. Van de mensen die tijdens hun jeugd een gedragsstoornis hebben gehad, krijgt uiteindelijk slechts een klein deel een ASP. Tachtig procent heeft op volwassen leeftijd echter wel andere ernstige psychische problemen (Mof03, Her05). Het ligt daarom voor de hand om de preventie van de ASP in te bedden in de preventie en behandeling van gedragsstoornissen bij kinderen en adolescenten, om zowel de ontwikkeling van de ASP als die van andere stoornissen te voorkomen.

Uit oogpunt van effectiviteit en doelmatigheid is het van belang om bij een (verhoogd risico op een) gedragsstoornis zo vroeg mogelijk te interveniëren. Naarmate daarmee langer wordt gewacht, wordt de kans groter dat er een gedragsstoornis ontstaat die chronisch wordt en mogelijk escaleert. Als dat gebeurt, zullen interventies meestal intensiever en langduriger moeten zijn om nog effect te kunnen sorteren. Ook wordt de kans dan kleiner dat een ASP kan worden voorkomen. Toch biedt ook preventie van de ASP in de vorm van behandeling van een gedragsstoornis tijdens de adolescentie waarschijnlijk nog steeds een beter perspectief dan behandeling op volwassen leeftijd (Hof00, Loe01, Hei02, Far03, Bon05, Her05).

7.1.2 *Interventies bij risicofactoren en gedragsstoornissen*

Selectieve preventie van de ASP kan drie vormen aannemen (GR00, Boo04, Her05):

- preventieve interventie bij kinderen in hoogrisicogroepen,
 - preventieve interventie bij kinderen met vroege gedragskenmerken die erop kunnen wijzen dat zich een gedragsstoornis ontwikkelt, en
 - (vroeg) therapeutische interventie bij kinderen en adolescenten met een gedragsstoornis.
-

Om effectief te kunnen interveniëren is allereerst vereist dat hulpverleners kinderen met problemen in beeld krijgen, door risicofactoren, vroege kenmerken van gedragsproblemen of gedragsstoornissen te signaleren. Vervolgens zal een goede diagnose moeten worden gesteld. Op basis daarvan dient ten slotte zoveel mogelijk te worden ingegrepen met interventies waarvan de effectiviteit wetenschappelijk is aangetoond (Her05).

Signalering

Hulpverleners kunnen pas interveniëren als ze weten welke kinderen een verhoogd risico lopen, al vroege kenmerken van gedragsproblemen vertonen of aan een gedragsstoornis lijden.

Om te bepalen welke kinderen zich in een hoogrisicogroep bevinden, kunnen geografische en demografische criteria worden gehanteerd. Voorbeelden zijn: wonen in een achterstandswijk, lage sociaal-economische status van de ouders, en opgroeien bij een alleenstaande tienermoeder, bij verslaafde of criminele ouders of bij ouders met een ernstige psychiatrische stoornis. Verder kan het aantal contacten van een gezin met hulpverleners en met politie en justitie – een indicator voor de ernst van de psychosociale problemen die het gezin heeft – als criterium worden gebruikt.

De aanwezigheid van een enkele risicofactor, zoals een lage sociaal-economische status van de ouders, is onvoldoende om een kind tot een hoogrisicogroep te rekenen. Afzonderlijke risicofactoren hebben namelijk maar een beperkte voorspellende waarde. Pas bij een cumulatie van risicofactoren is er een duidelijk vergrote kans op een stoornis (Gar96, Dek99, App05). Dat neemt natuurlijk niet weg dat bij de mogelijke aanwezigheid van een enkele ernstige risicofactor, zoals mishandeling of seksueel misbruik, direct actie dient te worden ondernomen.

Bij jonge kinderen kan, behalve op risicofactoren, ook gelet worden op frequente, gevarieerde en ernstige gedragsproblemen. Die vormen de eerste waarschuwingssignalen dat zich mogelijk een gedragsstoornis ontwikkelt. Daarbij gaat het vooral om agressie, het meer dan leeftijdsgenootjes zoeken naar nieuwe prikkels, een hoge mate van impulsiviteit en een laag angstniveau. De voorspellende waarde van afzonderlijke gedragsproblemen is op lange termijn echter beperkt. Lang niet ieder kind met een of enkele van deze problemen ontwikkelt een gedragsstoornis (Hei02, Hil03a, Far03, Sim04, Bon05, Lie05).

Bij wat oudere kinderen en adolescenten vormt crimineel gedrag een aanwijzing dat er mogelijk sprake is van een gedragsstoornis.

Om kinderen met een verhoogd risico, vroege kenmerken van gedragsproblemen of een gedragsstoornis te identificeren, kunnen twee werkwijzen worden gevolgd: ad hoc signalering en systematische screening. Voor het ad hoc oppikken van signalen zijn de ouders van het (toekomstige) kind de eerst aangewezenen. Als zij beseffen dat hun opvoedingsvaardigheden tekortschieten of dat er iets schort aan de ontwikkeling van hun kind, is het belangrijk dat ze hulp inschakelen.

Door onkunde, onvermogen of onwil ondernemen ouders echter niet altijd actie. Daarom hebben ook beroepskrachten en hulpverleners een signaleringstaak. Om die goed te kunnen vervullen is het van belang dat ze voldoende sensitief en deskundig zijn om signalen te herkennen, over de juiste vaardigheden beschikken om deze bespreekbaar te maken en te weten naar welke andere professionals ze zo nodig moeten doorverwijzen. Geschikte momenten voor signalering doen zich voor op consultatiebureaus, bij verloskundigen, huisartsen en wijkverpleegkundigen, in peuterspeelzalen en kinderdagverblijven, op school, en bij de politie en HALT-bureaus. Ook hulpverleners in tweedelijnsvoorzieningen hebben een signaleringsfunctie (Her05).

Een andere mogelijkheid is systematische screening. Daarmee zouden actief risicofactoren, vroege kenmerken van gedragsproblemen en gedragsstoornissen aan het licht kunnen worden gebracht. Systematische screening kan de vorm aannemen van *case finding* en bevolkingsonderzoek. Bij *case finding* wordt de screening aangeboden op het moment dat het kind of gezin om enige reden in contact komt met een beroepskracht of hulpverlener. Bij bevolkingsonderzoek worden ouders en kinderen speciaal voor de screening uitgenodigd.

Bij screening wordt gebruik gemaakt van één of meer gestandaardiseerde instrumenten. In het buitenland zijn voor screening op de mogelijke aanwezigheid van risicofactoren, vroege kenmerken van gedragsproblemen en gedragsstoornissen instrumenten ontwikkeld. Om tijdens de zwangerschap de kans op toekomstige mishandeling of verwaarlozing in kaart te brengen, worden de *Dunedin Family Services Indicator* (FSI) (Mui89) en de *Family Stress Checklist* (FSC) (Mur85) gebruikt. Het gedurende kindertijd en jeugd signaleren van mishandeling, verwaarlozing en seksueel misbruik gebeurt met de *Parent-Child Conflict Tactics Scale* (CTSPC) (Str98). Gedragsproblemen bij kinderen van één tot drie jaar worden gescreend met behulp van de *Infant-Toddler Social & Emotional Assessment Revised* (ITSEA) (Car03), en bij kinderen vanaf drie jaar aan de hand van de *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) (Wid03). Voor screening op gedragsstoornissen is de *Child Behavior Checklist* (CBCL) ontwikkeld (Ach91).

Voor al deze instrumenten geldt dat onderzoek nodig is om te kunnen vaststellen wat de voorspellende waarde is in Nederlandse populaties (Mat00b, Her05). Zulk onderzoek is alleen verricht voor een versie van de CBLC die door de jongere zelf moet worden ingevuld, de *Youth Self-Report* (YSR). In een populatie van gedetineerde adolescenten bleek die onvoldoende sensitief (Vre06). Onderzoek naar de validiteit van de SDQ wordt op dit moment op verschillende plaatsen in Nederland uitgevoerd (Her05). De commissie acht het van belang dat ook onderzoek wordt gedaan naar de bruikbaarheid van de andere instrumenten.

Voor een zinvol gebruik van de screeningsinstrumenten is klinische deskundigheid een noodzakelijke voorwaarde. Als die ontbreekt, kan de screening gemakkelijk tot ‘foutpositieven’ leiden: kinderen van wie het gedrag of de ontwikkeling ten onrechte als problematisch wordt aangemerkt. Dat hangt onder andere samen met de prevalentie van ernstige gedragsproblemen en gedragsstoornissen, die onder jongens beperkt is tot zo’n zes procent en onder meisjes tot zo’n drie procent (Ber04). Omdat de benodigde deskundigheid in de praktijk schaars is, verdient het aanbeveling (gevalideerde) screeningsinstrumenten selectief in te zetten. Dat kan bijvoorbeeld naar aanleiding van verontrustende signalen op consultatiebureaus en in de huisartsenzorg. Dan is wel meer aandacht voor deskundigheidsbevordering nodig. Om te kunnen bepalen in hoeverre deze vorm van signalering effectief en doelmatig is, is bovendien onderzoek vereist.

Diagnostiek

Signalen die kunnen wijzen op de aanwezigheid van risicofactoren, vroege kenmerken van gedragsproblemen of een gedragsstoornis zijn zelden eenduidig. Om een indicatie voor een interventie te kunnen stellen die goed is afgestemd op de kenmerken van het kind en de situatie waarin het verkeert, is daarom een nauwkeurige diagnose vereist. Dat geldt zoals gezegd ook bij het gebruik van een gestandaardiseerd screeningsinstrument (Her05).

Adequate diagnostiek is met name van belang als signalering risicofactoren of vroege kenmerken van gedragsproblemen aan het licht brengt. De aanwezigheid van die factoren en kenmerken laat immers nog een vrij grote onzekerheid over de kans op een gedragsstoornis bestaan. Die onzekerheid is vooral groot op het moment dat een interventie het meest effectief en doelmatig kan zijn: als het kind jong is. Daarom zal het voor een goede diagnose vaak nodig zijn om de ontwikkeling van een kind gedurende een aantal jaren te volgen. Op die manier kan duidelijk worden of de gesignaleerde risicofactoren een proces op gang brengen dat de kans loopt te escaleren en tot een stoornis kan leiden. In dat geval kan als-

nog relatief vroeg worden geïntervenieerd. Bij het in de tijd volgen van kinderen kunnen bijvoorbeeld consultatiebureaus en schoolartsen worden betrokken, onder meer in het kader van het periodiek gezondheidsonderzoek (PGO) (Her05, Bai06).

Om een goed beeld te krijgen van een kind is het wenselijk zoveel mogelijk informatiebronnen te raadplegen. Naast de ouders zijn dat de beroepskrachten en eventuele andere hulpverleners die bij de zorg voor het kind betrokken zijn. Adequate diagnostiek vraagt dan ook, naast deskundigheid, om informatie-uitwisseling en samenwerking tussen beroepskrachten en hulpverleners, zeker als de ontwikkeling van een kind langere tijd moet worden gevolgd. Het elektronisch kinddossier dat binnenkort wordt ingevoerd kan daarbij goede diensten bewijzen. Daarbij dienen wel de bestaande privacyregels in acht te worden genomen (Dor04).

Goede voorbeelden van samenwerking op het gebied van diagnostiek zijn de Ouder- en Kindcentra in Amsterdam. Dat zijn laagdrempelige, op wijkniveau georganiseerde centra waar ouders, beroepskrachten en hulpverleners verontrustende signalen kunnen bespreken en waar hulpverleners uit verschillende disciplines bijeenkomen om diagnoses te stellen en interventies te selecteren. Een ander voorbeeld is het netwerkonderzoek dat in het kader van het Amsterdamse project 'Vangnet Jeugd' wordt uitgevoerd bij overlastgevend gezinnen die na een melding van overlast met de politie in aanraking komen (Boo04).

Interventie

De interventie die op grond van een diagnose wordt geselecteerd, dient er één te zijn waarvan de effectiviteit wetenschappelijk is aangetoond. In hoofdstuk 4 is beschreven dat er meerdere interventies zijn om gedragsstoornissen te voorkómen en te behandelen waarvoor dat geldt. Omdat de effectiviteit mede afhangt van een consequente implementatie, is daarnaast continue begeleiding en wetenschappelijke evaluatie wenselijk.

Een voorbeeld van een benadering die aan deze criteria voldoet, is te vinden in Noorwegen. In 1999 is daar op landelijke schaal begonnen met de behandeling van gedragsproblemen van jonge kinderen door gedragstraining voor hun ouders. Gedragsproblemen van adolescenten worden aangepakt met multisysteemtherapie. In Amerikaans onderzoek is de effectiviteit van beide behandelmethoden al aangetoond. Omdat ook bekend is dat die effectiviteit vermindert als behandelers niet voldoende deskundig zijn, wordt in Noorwegen veel aandacht besteed aan opleiding, intervisie en supervisie. Daarnaast worden er geregeld weten-

schappelijke effectstudies uitgevoerd, onder meer om te onderzoeken of de behandelingen adequaat zijn geïmplementeerd. Een onafhankelijk centrum van de Universiteit van Oslo coördineert de wetenschappelijke begeleiding en de evaluatie van het project, dat wordt gefinancierd door het Ministerie voor Kinderen en Gezinszaken (Cur04, Ogd04).

In Nederland worden vergelijkbare projecten uitgevoerd, maar op veel kleinere schaal. Zo is in 2003 functionele gezinstherapie geïntroduceerd door het academisch centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie de Bascule in Amsterdam. In 2004 is gestart met onderzoek naar de effectiviteit hiervan (Bre05). Na een voorstel van het NIZW wordt sinds 2004 multisysteemtherapie aangeboden door het centrum voor ambulante forensische psychiatrie De Waag in Utrecht en Amsterdam en door het psychotherapeutisch centrum De Viersprong in Halsteren (Ber03, Bre05). Vanaf 2006 zal onder meer bij de Bascule en bij Jeugdzorg Drenthe gedragstraining worden aangeboden aan ouders van kinderen met gedragsproblemen. Die zal wetenschappelijk worden begeleid en geëvalueerd door de Universiteit Maastricht, TNO en PI Research (Öry05). En in 2006 wordt door Leger des Heils Jeugdzorg & Reclassering en Jeugdzorg Gelderland gestart met gedragstraining voor pleegouders die delinquente jongeren onder hun hoede nemen. Naar de mening van de commissie verdienen deze projecten uitbreiding en navolging.

7.1.3 *Rol van de jeugdzorg*

De jeugdzorg (jeugdhulpverlening, jeugd-GGZ en justitiële jeugdzorg) speelt een belangrijke rol bij het voorkómen van de antisociale persoonlijkheidsstoornis. De preventie en de behandeling van gedragstoornissen bij kinderen en adolescenten zijn immers toevertrouwd aan de jeugdzorg en de jeugdgezondheidszorg. De jeugdhulpverlening en de justitiële jeugdzorg vervullen die rol op dit moment echter niet goed (Alg02, IGZ05, Ope04, Her05, Bra06).

Jeugdhulpverlening

Hoewel wordt gewerkt aan verbetering van de jeugdhulpverlening (TK06c, Wit06), onderschrijft de commissie het oordeel uit eerdere rapporten dat de kwaliteit van signalering, diagnostiek en interventie op dit moment nog gebrekkig is (Alg02, Ope04, Her05, Bra06).

In de jeugdhulpverlening wordt onvoldoende gesignaleerd welke kinderen een verhoogd risico lopen op een gedragsstoornis. Dat is in de eerste plaats het gevolg van een gebrek aan screeningsinstrumenten en aan deskundigheid op het

gebied van het herkennen van risicofactoren. Daarnaast weten hulpverleners vaak niet hoe zorgwekkende opvoedingssituaties met ouders moeten worden besproken en hoe ze in contact kunnen blijven met ouders die hen wantrouwen en mijden. Verder blijft door de versnippering van de jeugdhulpverlening de uitwisseling van informatie over kinderen vaak beperkt. Dat bemoeilijkt vooral het gedurende langere tijd volgen van kinderen met een verhoogd risico.

Ook de diagnostiek en de behandeling van gedragsstoornissen laten te wensen over, vooral door een gebrek aan deskundigheid. Daardoor worden behandelingen vaak niet afgestemd op de kenmerken van het kind en van het gezin waarvan het deel uitmaakt. Ook worden er veel behandelingen toegepast waarvan de effectiviteit niet wetenschappelijk is vastgesteld. Een bijkomend probleem is ten slotte dat de coördinatie tussen hulpverleners vaak onvoldoende is.

De commissie acht het voor verbetering van de kwaliteit van de zorg noodzakelijk dat er wordt geïnvesteerd in de ontwikkeling van screeningsinstrumenten. Dat is echter niet voldoende. Minstens zo belangrijk is dat hulpverleners in de jeugdhulpverlening beter worden opgeleid om risicofactoren te herkennen en bespreekbaar te maken en om psychiatrische stoornissen adequaat te signaleren en te diagnosticeren. Verder moet bij voorkeur gekozen worden voor interventies waarvan de effectiviteit wetenschappelijk is bewezen. Die dienen bovendien consequent te worden geïmplementeerd en wetenschappelijk op effectiviteit te worden geëvalueerd. Ontwikkeling van richtlijnen voor signalering, diagnostiek en behandeling zal een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan verhoging van de kwaliteit van de zorg.

Justitiële jeugdzorg

Een belangrijke groep met een verhoogd risico op een ASP wordt gevormd door criminele adolescenten in justitiële jeugdinrichtingen. Een groot deel van hen, vermoedelijk 70 procent, heeft een psychiatrische stoornis. Vaak is dat een gedragsstoornis (Lod03, Vre03).

Adequate behandeling van psychiatrische stoornissen blijft in justitiële jeugdinrichtingen veelal achterwege. In de jeugdstrafrechtspleging wordt door een gebrek aan deskundigheid de psychiatrische achtergrond van criminele jongeren vaak niet herkend. Voor zover dat wel gebeurt, worden er lang niet altijd correcte diagnoses gesteld. Daardoor worden, net als in de jeugdhulpverlening, behandelingen onvoldoende toegespitst op individuele kenmerken van de jongeren. Daarnaast worden ook hier voornamelijk behandelingen toegepast waarvan

de effectiviteit niet wetenschappelijk is aangetoond (Dor95, Alg02, Dui03, Lod03, Vre03, Dor04, IGZ05, Dui05).

De gebrekkige behandeling van psychiatrische stoornissen draagt waarschijnlijk bij aan de hoge recidive van jongeren die in een justitiële jeugdinrichting opgenomen zijn geweest. Na ontslag pleegt meer dan 60 procent van de jongeren binnen vier jaar een nieuw ernstig geweldsdelict (War05b, Gee05). Sterk gestructureerde alternatieven voor justitiële jeugdinrichtingen, zoals de Glen Mills-scholen, kunnen dat probleem niet oplossen. Glen Mills-scholen zijn uitdrukkelijk niet bedoeld voor jongeren met een psychiatrische stoornis. Bovendien is een gunstig effect van Glen Mills-scholen op recidive niet wetenschappelijk aangetoond (Nat04, Baa05).

Volgens de commissie moet een reactie op jeugdcriminaliteit die wordt veroorzaakt of samengaat met een psychiatrische stoornis bij voorkeur zijn gericht op het verkleinen van risico's in de toekomst en minder worden bepaald door (de ernst van) het gepleegde delict, zoals nu gebruikelijk is. Wel dient daarbij de proportionaliteit tussen de ernst van het gepleegde delict en de duur van de sanctie in het oog te worden gehouden. Dat betekent dat de sanctie niet langer mag duren dan gelet op het delict gerechtvaardigd is.

Het risico kan worden teruggedrongen door stoornissen beter te signaleren, bijvoorbeeld tijdens de screening die de Raad voor de Kinderbescherming uitvoert en tijdens de rapportage Pro Justitia (Bai06, Dui06). Vervolgens dienen tijdens een verblijf in een justitiële jeugdinrichting behandelingen te worden geselecteerd die bewezen effectief zijn. Van belang is dat die behandelingen consequent worden geïmplementeerd en zoveel mogelijk wetenschappelijk worden geëvalueerd. Ten slotte geldt ook hier dat richtlijnen voor signalering, diagnostiek en behandeling de kwaliteit van de zorg kunnen verhogen.

Na ontslag uit een justitiële jeugdinrichting dienen jongeren die dat nodig hebben een vervolghandeling binnen de jeugd-GGZ te kunnen krijgen. Door weerstand in de jeugd-GGZ tegen jongeren met een strafrechtelijk verleden blijft die nu vaak achterwege. Dat vergroot de kans op terugval en recidive. Om in deze situatie verandering te brengen, is het van belang de samenwerking tussen de justitiële jeugdzorg en de jeugd-GGZ te verbeteren. In enkele regio's in Nederland zijn er al samenwerkingsprojecten tussen beide sectoren gestart, maar die initiatieven zijn nog schaars (Dui03, Dui04, Dor04, IGZ05, Ope04).

Een deel van de jongeren in justitiële jeugdinrichtingen met een stoornis is maar in beperkte mate gevaarlijk. Volgens de commissie kunnen zij beter ambulantly worden behandeld, bijvoorbeeld in een jeugdforensisch-psychiatrische polikliniek of dagkliniek. De kans is namelijk groot dat zij door het intensieve

contact met antisociale leeftijdgenoten in een justitiële jeugdinstelling méér in plaats van minder antisociaal worden (Dis96, Dis99, Pou01). Om dit realiseren zijn meer behandelplaatsen in de jeugdhulpverlening en de jeugd-ggz nodig (Dor04, Dor05).

7.1.4 *Normatieve aspecten*

Bij de preventie van de antisociale persoonlijkheidsstoornis dienen zich twee normatieve vragen aan. De eerste betreft de aanvaardbaarheid van screening op (risicofactoren voor) een gedragsstoornis, de tweede de mogelijkheden voor het uitoefenen van drang als de ouders of het kind niet voor hulpverlening openstaan.

Aanvaardbaarheid van screening

Screening is onderzoek naar de aanwezigheid van risicofactoren voor een bepaalde ziekte of aandoening of van de ziekte of aandoening zelf, voordat die zich heeft gemanifesteerd. Het doel daarvan is om met preventieve interventie of vroege therapie het ontstaan van gezondheidsklachten te voorkómen. Dat is vooral van belang bij ernstige ziekten die in een vroeg stadium effectiever kunnen worden behandeld. Vroeg ingrijpen kan dan tot belangrijke gezondheidswinst leiden.

Screening kan echter ook nadelen hebben. Zo kunnen aan het licht gebrachte geringe afwijkingen disproportioneel veel onrust veroorzaken. Als mensen zich daarna uit angst laten behandelen, kan dat vervolgens onnodige medische risico's met zich meebrengen. Daarom is zorgvuldigheid geboden, vooral omdat het bij screening om onderzoek gaat dat ongevraagd wordt aangeboden. Het vindt niet plaats omdat iemand met klachten naar een arts is gestapt, maar een arts biedt het aan omdat hij meent dat er een goede kans op een bepaalde stoornis bestaat. Voor het onderzoek moet natuurlijk wel toestemming worden gegeven.

Ten behoeve van een zorgvuldige besluitvorming vereist de Wet op het Bevolkingsonderzoek voor enkele soorten screening een vergunning van de Minister van Volksgezondheid (artikel 2 WBO). Dat geldt bijvoorbeeld voor screening op ernstige ziekten en afwijkingen waarvoor geen preventie of behandeling mogelijk is. De kennis dat iemand een verhoogd risico op zo'n ziekte of afwijking heeft of dat die al in latente vorm aanwezig is, is namelijk in de regel belastend. Voor screening op (risicofactoren voor) een gedragsstoornis is waarschijnlijk geen vergunning vereist, omdat voor die stoornis preventie of behandeling mogelijk is. Maar ook als een vergunning niet nodig is, kunnen de nadelen van screening zwaarder wegen dan de voordelen. Screening is dan niet aanvaardbaar.

Om te bepalen of screening op (risicofactoren voor) een gedragsstoornis aanvaardbaar is, kan gebruik worden gemaakt van de criteria die Wilson en Jungner in 1968 voor de WHO hebben geformuleerd en van de varianten die daarop later zijn ontwikkeld (Wil68, GR94, Hal95, GR01, Lee02, Far03, GR04).

Volgens die criteria is vereist dat de gebruikte instrumenten een grote sensitiviteit en specificiteit hebben. In dit geval is echter onbekend of dat wel gewaarborgd is bij Nederlandse vertalingen van de instrumenten die in het buitenland zijn ontwikkeld. Zoals gezegd is daar is nog onvoldoende onderzoek naar gedaan. Het is niet onwaarschijnlijk dat door een lage sensitiviteit en specificiteit van de screeningsinstrumenten en de betrekkelijk lage prevalentie van ernstige gedragsproblemen en gedragsstoornissen, het voorspellend vermogen gering is. Dat zou er dan toe kunnen leiden dat het gedrag van veel kinderen ten onrechte als problematisch wordt aangemerkt ('foutpositieven') en het gedrag van andere kinderen ten onrechte als niet problematisch ('foutnegatieven').

Screening met ondeugdelijke instrumenten kan veel onrust genereren bij de onderzochte populatie en tot stigmatisering leiden. De boodschap dat een kind een verhoogd risico heeft op een gedragsstoornis, en daarmee onder andere ook op een persoonlijkheidsstoornis, kan bijzonder belastend zijn, zowel voor het kind als voor zijn directe omgeving. Dat weegt met name zwaar als die boodschap onjuist is (zoals bij 'foutpositieven'). Tekortkomingen in het voorspellend vermogen van screeningsinstrumenten wegen minder zwaar naarmate kinderen die een stoornis ontwikkelen meer baat hebben bij preventieve interventie of vroege therapie.

Om te kunnen bepalen hoeveel baat kinderen daar bij kunnen hebben, is inzicht nodig in de ontwikkeling en het natuurlijk beloop van gedragsstoornissen. In hoofdstuk 3 is aangegeven dat lang niet ieder kind met gedragsproblemen een gedragsstoornis krijgt. Dat heeft onder meer te maken met de invloed van beschermende factoren. Over die factoren is echter nog niet zo veel bekend. Als gevolg daarvan is het vaak niet goed mogelijk te voorspellen of een kind een gedragsstoornis ontwikkelt als ingrijpen achterwege blijft. En dat bemoeilijkt weer het inschatten van het belang dat kinderen bij preventieve interventie of vroege therapie kunnen hebben. Het staat immers niet vast bij welke kinderen met een verhoogd risico ingrijpen nodig is om een gedragsstoornis te voorkomen.

Naast een voldoende valide screeningsinstrument is voor aanvaardbare screening vereist dat er voldoende faciliteiten zijn om aan het licht gebrachte gedragsproblemen en -stoornissen effectief te kunnen behandelen. Op dit moment is dat niet het geval. Hierboven is al gewezen op de gebrekkige kwaliteit van de jeugd-

hulpverlening. Een screeningsprogramma van enige omvang zal alleen aanvaardbaar kunnen zijn als die kwaliteit duidelijk wordt verhoogd. Het vroegtijdig verkrijgen van informatie over de aanwezigheid van (risicofactoren voor) een gedragsstoornis levert immers alleen voordeel op als er vervolgens effectief kan worden ingegrepen.

Deze overwegingen maken duidelijk dat het inschatten en wegen van de voor- en nadelen van screening op (risicofactoren voor) gedragsstoornissen complex en met onzekerheden omgeven is. Die onzekerheden kunnen alleen worden weggenomen door onderzoek naar de effectiviteit en doelmatigheid van signaleringsmethoden. De commissie beveelt zulk onderzoek aan. Pas daarna is het mogelijk een zorgvuldig oordeel te vellen over de aanvaardbaarheid van screening.

Drang

Een tweede normatieve kwestie die bij de preventie van de ASP aan de orde is, betreft het gebruik van drang. Ouders van kinderen met een (verhoogd risico op een) gedragsstoornis zijn niet altijd gemotiveerd aan behandeling deel te nemen en hetzelfde geldt voor de betreffende kinderen. Dat roept de vraag op welke mogelijkheden er zijn om door het uitoefenen van drang toch tot behandeling te komen.

Bij het uitoefenen van drang wordt geprobeerd iemand tot behandeling te motiveren door aan weigering een sanctie te verbinden. Zulke drang tot behandeling moet worden onderscheiden van dwangbehandeling, waarbij iemand geen keus wordt gelaten en tegen diens wil wordt behandeld (GR02). Bij sommige psychiatrische stoornissen, zoals een psychose, kan het onder dwang toedienen van medicijnen zijn geïndiceerd. Bij gedrags- en persoonlijkheidsstoornissen is dwangbehandeling echter niet zinvol, omdat de benodigde psychotherapie een constructieve therapeutische relatie tussen behandelaar en patiënt vereist en, net als langdurige farmacotherapie, zonder motivatie geen perspectief heeft (Ka197).

Voordat tot het uitoefenen van drang wordt besloten, dient de noodzaak daarvan vast te staan. Ouders die gebrekkige opvoedingsvaardigheden of een kind met gedragsproblemen hebben, leggen hun problemen lang niet altijd zelf aan hulpverleners voor. Vaak zijn ze zich onvoldoende bewust van de problemen, soms zijn ze verlegen met de situatie of weten ze niet waar ze voor hulp terecht kunnen. Meestal kan een terughoudende opstelling van ouders door 'bemoeizorg' worden overwonnen. Dat betekent dat ze actief worden benaderd en met nadruk worden geïnformeerd over mogelijkheden voor hulpverlening. Goede

coördinatie met andere hulpverleners die al bij een gezin betrokken zijn, kan aan acceptatie van de hulpverlening bijdragen. Het grootste deel van de ouders blijft uiteindelijk hulp waar ze aanvankelijk niet om hebben gevraagd toch te accepteren (Boo04, Her05).

Een minderheid van de ouders blijft echter hulp weigeren, ook als op de hulpverlening niets valt aan te merken. Voor dat geval biedt het Burgerlijk Wetboek (BW) mogelijkheden om drang uit te oefenen. Het belangrijkste aanknopingspunt daarvoor is de wettelijke verzorgings- en opvoedingsplicht van ouders (artikel 1:247 BW). Als zij daaraan niet voldoen en het kind zodanig opgroeit dat zijn fysieke of psychische gezondheid ernstig wordt bedreigd, en bovendien andere maatregelen hebben gefaald of zullen falen, kan de rechter het kind onder toezicht stellen van een Bureau Jeugdzorg (artikel 1:254 BW). Onder meer de Raad voor de Kinderbescherming en het Openbaar Ministerie kunnen de rechter daarom vragen.

Bij een ondertoezichtstelling wordt het gezag van de ouders beperkt en krijgt een Bureau Jeugdzorg de opdracht hen de nodige hulp te geven. Die opdracht wordt uitgevoerd door gezinsvoogden, die bevoegd zijn om schriftelijke aanwijzingen voor de opvoeding aan de ouders te geven (artikelen 1:257 en 258 BW). Zulke aanwijzingen kunnen bijvoorbeeld het volgen van een opvoedingscursus, het toelaten van gespecialiseerde thuiszorg of plaatsing van het kind in een centrum voor dagbehandeling betreffen. Als de ouders de aanwijzingen in de wind slaan, kunnen zij door de rechter van het gezag over hun kind worden ontheven (artikel 1:268 BW). Bij grove verwaarlozing van de opvoeding of verzorging van hun kind kan deze hen zelfs uit het ouderlijk gezag ontzetten (artikel 1:269 BW). Als de hulp die in het kader van een ondertoezichtstelling wordt gegeven onvoldoende verbetering brengt, kan het Bureau Jeugdzorg, de Raad voor de Kinderbescherming of het Openbaar Ministerie de rechter om een uithuisplaatsing van het kind vragen. Het kind komt dan in een pleeggezin of in een instelling (artikel 1:261 BW).

In de praktijk blijkt de ondertoezichtstelling lang niet altijd effectief in het verbeteren van de opvoedingssituatie voor een kind. Dat is dan vooral te wijten aan het achterwege blijven van concrete doelstellingen, een gebrekkige afstemming tussen gezinsvoogden en andere hulpverleners en de zware werkdruk van gezinsvoogden (Slo02, Dui03, Slo04). Daarnaast wordt de mogelijkheid om de ouders schriftelijke aanwijzingen voor de opvoeding te geven zelden gebruikt. In ongeveer 45 procent van de gevallen is het dan ook ondanks de hulp voor de ontwikkeling van het kind toch noodzakelijk om het uit huis te plaatsen (Sav00). Door een tekort aan capaciteit kan dat vaak echter niet op tijd gebeuren.

Met name als de oorzaak van gedragsproblemen of een gedragsstoornis in eigenschappen van het kind ligt en niet zozeer in tekortschietende opvoedingsvaardigheden van de ouders, is het belangrijk dat ook het kind hulp accepteert. Dat is bij deze kinderen lang niet altijd het geval. Vooral wat oudere kinderen kunnen een ronduit afwijzende houding tegenover hulpverleners aannemen.

Als een kind met ernstige gedragsproblemen niet aan behandeling wil deelnemen, kan het na een ondertoezichtstelling, waar ook de ouders om kunnen vragen, in een gesloten instelling worden geplaatst als dat voor de behandeling noodzakelijk is. Ook aan deze gesloten opvangmogelijkheden bestaat een tekort. Veel kinderen die wegens ernstige gedragsproblemen in een gesloten instelling worden geplaatst, komen daardoor in een justitiële jeugdinrichting. Daar zijn onvoldoende passende behandelingen beschikbaar. Bovendien is er een grote kans dat het verblijf samen met strafrechtelijk veroordeelde kinderen in één inrichting hun ontwikkeling schaadt (Dis96, Dis99, Sav00, Pou01, Bre04).

Een kind met een psychiatrische stoornis dat jonger is dan twaalf jaar kan tegen diens wil in een psychiatrisch ziekenhuis worden opgenomen als de ouders daarmee instemmen. Dat brengt het ouderlijk gezag met zich mee (artikel 1: 245 BW). Op grond van de Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ) kan dat ook, en eventueel zelfs zonder instemming van de ouders, bij een kind van twaalf jaar of ouder. Dat moet dan wel noodzakelijk zijn om gevaar af te wenden dat uit die stoornis voortvloeit voor zichzelf, voor anderen of voor de algemene veiligheid (artikel 2 BOPZ). Bovendien moet de ernst van het gevaar opwegen tegen het gewicht van de vrijheidsbeperking (Dij06).

Op grond van dezelfde wet kan het Openbaar Ministerie voor kinderen van twaalf jaar en ouder met een psychiatrische stoornis een voorwaardelijke machtiging tot gedwongen opname aanvragen. De rechter kan die verlenen als uit de stoornis gevaar voortvloeit dat kan worden afgewend wanneer het kind zich aan de voorwaarden houdt. Daarbij gaat het in de regel om meewerken aan behandeling. Doet het kind dat niet, dan kan het alsnog gedwongen worden opgenomen (artikelen 14a en 14d BOPZ).

Voor zowel de gedwongen opname als de voorwaardelijke machtiging vereist de BOPZ een stoornis die “betrokkene gevaar doet veroorzaken” (artikelen 2 lid 2 en 14a lid 2 BOPZ). Volgens de wetsgeschiedenis moet daaronder worden verstaan dat het gevaar direct en in overwegende mate het gevolg van de stoornis is, op zo’n wijze dat de patiënt een willoos werktuig is van zijn aandoening. Of dat het geval is kan niet per stoornis worden beoordeeld, maar moet steeds per persoon en per situatie worden vastgesteld. Bij gedragsstoornissen wordt het aannemen van een causaal verband tussen stoornis en gevaar meestal problematisch

geacht, bijvoorbeeld omdat pedagogische onmacht van de ouders een dominante oorzaak van het gevaar is (Dij06). Om die reden wordt de BOPZ dan ook niet zo vaak gebruikt bij kinderen met een gedragsstoornis (Dui04).

Naast deze civielrechtelijke maatregelen kunnen er op grond van het Wetboek van Strafrecht (Sr) straffen en maatregelen worden opgelegd aan kinderen tussen de twaalf en achttien jaar die een strafbaar feit hebben begaan. Ook die bieden mogelijkheden voor het uitoefenen van drang tot behandeling. Van dwang is ook hier geen sprake. De behandeling is vrijwillig, maar de alternatieven worden onaantrekkelijk gemaakt.

Al voordat de strafvervolgning is begonnen, kan het Openbaar Ministerie als voorwaarde voor sepot van een kind dat een delict heeft gepleegd deelname aan een leeractiviteit (bijvoorbeeld een HALT-project) of hulpverlening van het Bureau Jeugdzorg eisen (artikelen 77e-f Sr). Als het tot vervolging en veroordeling komt, kan de rechter een straf opleggen die bestaat uit jeugddetentie, een boete of een taakstraf. De belangrijkste maatregel die na veroordeling, en eventueel in combinatie met een straf, kan worden opgelegd is plaatsing in een justitiële jeugdinrichting (artikel 77h Sr). Dat kan echter alleen als het kind een ernstig misdrijf heeft gepleegd en de plaatsing noodzakelijk is om de veiligheid van anderen te waarborgen en bovendien in het belang is van een zo gunstig mogelijke ontwikkeling van het kind (artikel 77s Sr).

De genoemde straffen en maatregelen kunnen ook voorwaardelijk worden opgelegd. Daarbij kan bijvoorbeeld als voorwaarde worden gesteld dat het kind zich ambuland of in een instelling laat behandelen of laat begeleiden door de jeugdreclassering. De rechter kan in dat kader een Bureau Jeugdzorg opdragen het kind in behandeling te nemen (artikel 77x-z Sr).

Terwijl in het strafrecht voor volwassenen vergelding een belangrijke rol speelt, heeft het jeugdstrafrecht primair een pedagogische functie. Het is echter twijfelachtig of het die kan waarmaken en daarmee ook of het kan bijdragen aan de preventie en behandeling van gedragsstoornissen. Terwijl uit pedagogisch oogpunt juist een snelle en eenduidige reactie op strafbaar gedrag wenselijk is, is de justitiële afhandeling vaak traag. Daarnaast wordt er veelal onvoldoende controle uitgeoefend op het naleven van gestelde voorwaarden. Verder is, zoals hierboven al is aangegeven, de kwaliteit van de zorg in justitiële jeugdinrichtingen vaak gebrekkig. En omdat de justitiële jeugdinrichtingen enerzijds en de jeugdhulpverlening en de jeugd-GGZ anderzijds niet goed samenwerken, sluiten voorwaardelijke straffen en maatregelen niet goed op de onvoorwaardelijke aan.

Om hierin verbetering te brengen, stimuleert het kabinet samenwerking tussen justitiële jeugdinrichtingen en de jeugd-GGZ. Daarnaast bereidt het kabinet

een wetsvoorstel Gedragsbeïnvloeding Jeugdigen voor. Dat wetsvoorstel introduceert de mogelijkheid om bij een veroordeling een maatregel van intramurale of ambulante behandeling, of een combinatie van beide, op te leggen. Deze maatregel wordt vooral van belang geacht voor veelplegende kinderen met gedragsproblemen voor wie een voorwaardelijke sanctie te licht en plaatsing in een justitiële jeugdinrichting te zwaar wordt bevonden. Vervangende jeugd detentie dient als stok achter de deur voor het geval het kind onvoldoende meewerkt (TK06b).

Het gebrek aan civielrechtelijke mogelijkheden voor het uitoefenen van drang tot behandeling vormt voor de jeugdzorg een belangrijk probleem (Wer04). Vaak moet eerst worden gewacht tot een kind een delict pleegt, zodat van strafrechtelijke mogelijkheden gebruik kan worden gemaakt. Het jeugdstrafrecht vormt, gelet op de gebrekkige kwaliteit van de justitiële jeugdzorg, op dit moment echter geen goed kader voor de behandeling van gedragsstoornissen.

De commissie meent daarom dat er meer mogelijkheden moeten komen om kinderen met een gedragsstoornis die niet strafrechtelijk zijn veroordeeld tot behandeling te kunnen motiveren. Daarnaast is er in de praktijk behoefte aan mogelijkheden om deelname aan hulpverlening af te dwingen van strafrechtelijk veroordeelde kinderen nadat hun straf of maatregel is beëindigd. Veroordeelde kinderen krijgen nu vaak geen vervolgbehandeling. Dat is niet alleen het gevolg van weerstand in de jeugdzorg tegen kinderen met een strafrechtelijk verleden, maar ook van onwil van de kinderen (Dui03, Wer04).

De commissie bepleit de mogelijkheden te vergroten om bij kinderen met ernstige gedragsproblemen drang tot behandeling uit te oefenen. Het kabinet heeft al voorstellen in die richting aangekondigd. Zo wordt voor onder toezicht gestelde kinderen met ernstige gedragsproblemen nieuw gesloten zorgaanbod in de jeugdhulpverlening gecreëerd, zodat die niet meer zijn aangewezen op justitiële jeugdinrichtingen. Ook is een wetsvoorstel Gesloten Opvang Jeugdzorg in voorbereiding. Dat regelt niet alleen opname en behandeling in een gesloten instelling in het kader van de Wet op de Jeugdzorg, het creëert ook de mogelijkheid die opname te laten volgen door jeugdzorg in een open setting, met terugplaatsing naar de gesloten instelling als dat toch weer nodig mocht zijn. In een later stadium wil het kabinet bekijken of deze nieuwe regeling kan worden samengevoegd met de bestaande regeling voor kinderen met een psychiatrische stoornis in de BOPZ (TK05).

De commissie acht het, mede gelet op de kritiek die daarop uit juridische hoek is gekomen (Bru06), nog te vroeg om te kunnen beoordelen of het wetsvoorstel Gesloten Opvang Jeugdzorg steun verdient.

7.2 Behandeling

In hoofdstuk 5 is beschreven dat een antisociale persoonlijkheidsstoornis op dit moment niet kan worden genezen. Wel zijn er aanwijzingen dat het gedrag kan worden beïnvloed. Onderzoek laat zien dat met cognitieve gedragstherapie en farmacologische therapie iemands impulsiviteit en agressie kunnen worden gereduceerd. Daarnaast bestaat er enig wetenschappelijk bewijs dat een alcohol- of drugsverslaving bij iemand met een ASP effectief kan worden behandeld met psychotherapie, *contingency management* en farmacologische therapie. Ook dat kan bijdragen aan het terugdringen van symptomen van de stoornis. Bij mensen met psychopathie, de ernstige vorm van de ASP, is het behandelingsperspectief ongunstiger.

De mogelijkheden voor behandeling van impulsiviteit en agressie en van een eventuele verslaving bieden volgens de commissie aanknopingspunten voor risicomangement. Het doel daarvan is het risico dat een patiënt vormt voor zijn omgeving te verkleinen en beheersbaar te maken. Hier wordt aangegeven hoe in de praktijk gebruik kan worden gemaakt van de mogelijkheden die daarvoor bestaan. Overigens wordt maatschappijbeveiliging door opsluiting soms ook wel met risicomangement aangeduid, maar hier wordt het begrip alleen gebruikt in de betekenis van gedragsbeïnvloeding door middel van interventies.

7.2.1 *Risicomangement in de GGZ, het gevangeniswezen en de TBS-sector*

Behandeling van de antisociale persoonlijkheidsstoornis is op dit moment voornamelijk beperkt tot TBS-gestelden met een ASP. Maar lang niet alle mensen met een ASP krijgen TBS opgelegd. Veel van hen zijn nog nooit voor een strafbaar feit veroordeeld, anderen krijgen bij een veroordeling alleen een straf opgelegd. Er bevinden zich daardoor meer mensen met een ASP buiten dan in de TBS-sector. Daarom vereist risicomangement ook betrokkenheid van de GGZ en het gevangeniswezen.

Preventief risicomangement in de GGZ

Idealiter worden mensen met een ASP in een zo vroeg mogelijk stadium van hun stoornis behandeld, zodat zoveel mogelijk wordt voorkomen dat ze overlast ver-

oorzaken en strafbare feiten plegen. Op dat gebied is een rol weggelegd voor de GGZ. In de praktijk worden mensen met een ASP soms wel voor een verslaving of voor depressiviteit behandeld, maar vrijwel nooit voor de persoonlijkheidsstoornis.

In de eerste plaats spelen cultuurverschillen daarbij een rol. Terwijl in het justitiële circuit maatschappijbeveiliging prioriteit heeft, prevaleert in de GGZ een therapeutisch perspectief. Daarin staat zorgverlening aan de patiënt voorop. Dat betekent dat behandelingen in het belang van de patiënt worden uitgevoerd en in principe alleen als hij daar om vraagt. Zelfs als er drang wordt uitgeoefend of dwang wordt toegepast, vindt dat tenminste mede in het belang van de patiënt plaats en in de veronderstelling dat die zich daar bewust van is of dat in de loop van de behandeling wordt. Zo'n therapeutisch perspectief staat op gespannen voet met risicomangement. Dat vindt immers primair in het belang van de samenleving plaats, net als beveiliging door opsluiting, en bij mensen met een ASP zeker niet op verzoek van de patiënt. ASP-patiënten vragen namelijk vrijwel nooit hulp voor de persoonlijkheidsstoornis en al helemaal niet met het oog op het belang van anderen.

Een tweede oorzaak voor de onderbehandeling van de ASP in de GGZ is dat er in de sector een gebrek is aan specifieke kennis en ervaring. In GGZ-instellingen zijn in de regel geen zorgprogramma's aanwezig voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis. Bij behandeling van bijvoorbeeld een verslaving wordt de ASP vaak niet herkend (Kam05). Maar ook als dat wel gebeurt, weet men meestal niet hoe moet worden omgegaan met het agressieve gedrag en de beperkte behandelmotivatie van mensen met een ASP. Daarbij speelt een rol dat in de GGZ de mogelijkheden om in het kader van behandeling drang uit te oefenen beperkt zijn. Het in behandeling nemen wordt daarom vaak weinig zinvol geacht. Bovendien vrezen hulpverleners dat mensen met een ASP voor beheersproblemen zorgen die de behandeling van andere patiënten verstoren (Dan03, IGZ03, Vli06).

Het gevolg hiervan is dat de bijdrage die de GGZ levert aan het reduceren van het risico dat mensen met een ASP voor hun omgeving vormen, beperkt is. In de praktijk betekent dat dat behandeling van hun persoonlijkheidsstoornis pas aan de orde komt nadat ze voor een strafbaar feit zijn veroordeeld. Dan blijkt vaak dat ze wel veel verschillende contacten met GGZ-instellingen hebben gehad, maar dat die veelal kort waren en vruchteloos zijn gebleven (Pan03, Vli06).

In deze situatie kan alleen verandering komen als de GGZ ook risicomangement tot haar verantwoordelijkheid gaat rekenen. Tegelijkertijd moet aandacht

worden besteed aan deskundigheidsbevordering op het gebied van het herkennen en behandelen van de stoornis en de omgang met deze patiënten. Zo kan volgens de commissie meer gebruik worden gemaakt van de bestaande, wetenschappelijk onderbouwde mogelijkheden voor risicotaxatie en risicomangement. Ten slotte dient ook te worden bekeken welke nieuwe wettelijke mogelijkheden om drang uit te oefenen nodig zijn voor behandeling van mensen met een ASP. Daarop gaat de commissie in § 7.2.2 in.

Risicomangement tijdens en na gevangenisstraf

Veel mensen met een ASP plegen een of meer strafbare feiten en worden dan tot een gevangenisstraf veroordeeld, al dan niet in combinatie met TBS. Ook bij hen geldt dat voor effectief risicomangement behandeling nodig is. Gedrag waaraan een psychiatrische stoornis ten grondslag ligt, verandert niet door gevangenisstraf *sec.* Die dringt op termijn het risico dat iemand met zo'n stoornis voor de samenleving vormt dus niet terug.

Behandelingen die tijdens het verblijf in de gevangenis worden gegeven kunnen dat mogelijk wel. Het gevangeniswezen beschikt echter niet over voldoende kennis, ervaring en middelen om zelfstandig behandelingen voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis te ontwikkelen en uit te voeren. Voor effectief risicomangement zal behandelen tijdens de gevangenisstraf bovendien zelden afdoende zijn, omdat de noodzakelijke behandeling meestal langer duurt dan de straf. Wel kan tijdens het verblijf in de gevangenis een begin worden gemaakt met de behandeling. Dat kan in de gevangenis zelf, in een TBS-kliniek (na overplaatsing op basis van artikel 13 Sr) of in een psychiatrisch ziekenhuis (op grond van artikel 15 Penitentiaire Beginselenwet (PBW)). Maar voor effectief risicomangement is het in de regel nodig de behandeling na het beëindigen van de gevangenisstraf te continueren (Veg99).

Het is om deze redenen wenselijk de TBS-klinieken en de GGZ al tijdens de detentie bij de behandeling te betrekken. In TBS-klinieken is veel meer kennis over en ervaring met deze groep aanwezig dan in het gevangeniswezen. Betrokkenheid van de GGZ is van belang voor zover de behandeling na de straf dient te worden voortgezet. Zo'n samenwerking past goed in het programma 'Terugdringen recidive' van het Ministerie van Justitie en de reclassering, dat tot doel heeft voor gevangenen gedragsinterventies te ontwikkelen die aan internationaal erkende kwaliteitscriteria voldoen (MvJ05).

Behandeling in de GGZ kan ook plaatsvinden in het kader van een Penitentiair Programma (artikel 4 PBW) of een voorwaardelijke gevangenisstraf (artikel

14a Sr) en – na de verwachte invoering daarvan – bij een voorwaardelijke invrijheidstelling. De dreiging van (hervatting van) uitvoering van de gevangenisstraf kan bij mensen met een ASP een belangrijke prikkel vormen om aan behandeling deel te nemen.

Om dezelfde redenen dat de GGZ nauwelijks mensen met een ASP behandelt voordat ze strafbare feiten plegen, gebeurt dat ook onvoldoende nadat ze dat hebben gedaan en daarvoor zijn veroordeeld. Behandeling in de GGZ tijdens een voorwaardelijke gevangenisstraf of een voorwaardelijke invrijheidstelling, of na een gevangenisstraf vereist dat de GGZ haar huiver overwint om (ex-)delinquenten in behandeling te nemen (MvJ04, RMO05).

Risicomanagement tijdens en na TBS

Risicomanagement met behulp van interventies past uitstekend in het belangrijkste doel van TBS-klinieken: een bijdrage leveren aan maatschappijbeveiliging. De wijze waarop daaraan wordt vormgegeven, is echter nog voor verbetering vatbaar. Dat geldt ook voor de behandeling van TBS-gestelden met een ASP.

De tekortkomingen in het risicomanagement tijdens en na TBS zijn in belangrijke mate te herleiden tot de geïsoleerde positie van de TBS-sector ten opzichte van de GGZ. Die heeft twee ongunstige gevolgen. In de eerste plaats draagt de afzondering bij aan de geringe wetenschappelijk onderbouwing van de werkwijzen in de TBS-klinieken. Zo worden de behandelingen nog te veel geselecteerd op basis van ervaringskennis in plaats van op wetenschappelijk vastgestelde effectiviteit. Daarnaast is er nog te weinig aandacht voor het belang van consequente implementatie en wetenschappelijke evaluatie van behandelingen. Als gevolg hiervan wordt mogelijk te lang aan niet-effectieve behandelvormen vastgehouden en worden behandelvormen die wellicht wél effectief zijn onvoldoende toegespitst op individuele kenmerken van patiënten (Rui00a, CBT01, IGZ03).

Een tweede gevolg van de geïsoleerde positie van de TBS-klinieken is een gebrekkige doorstroming van mensen met een ASP naar de GGZ op het moment dat hun delictgevaarlijkheid tot een maatschappelijk acceptabel niveau is teruggebracht. In die gevallen is voor effectief risicomanagement een geleidelijke terugkeer naar de samenleving cruciaal. Daarvoor bestaan nu echter veel te weinig mogelijkheden. Omdat TBS-gestelden binnen de GGZ als onhandelbaar en potentieel gevaarlijk worden beschouwd, bestaat er weinig animo om ze te behandelen. Dezelfde houding wordt vaak na afloop van de TBS aangenomen,

zodat ook de nazorg aan ex-TBS-gestelden beperkt blijft. In veel gevallen is zulke nazorg noodzakelijk om recidive te voorkómen (CBT01, Mar03, Vli06).

Om verbetering te kunnen brengen in de geïsoleerde positie van de TBS-klinieken en de gevolgen daarvan voor de behandeling van mensen met een ASP, is een betere en meer structurele samenwerking met de GGZ nodig. Daarnaast dient de GGZ zich meer open te stellen voor behandeling van (ex-)TBS-gestelden.

Bij mensen met psychopathie zijn de bestaande behandelingsmogelijkheden meestal niet effectief. Voor zover zij TBS opgelegd hebben gekregen, behandeling ook daadwerkelijk niet effectief is gebleken, en er sprake blijft van proportionaliteit tussen de ernst van het gepleegde delict en de duur van de maatregel, ligt opname in een *long stay*-afdeling voor de hand

Noodzaak van samenwerking

Effectief risicomanagement vraagt om twee redenen om samenwerking tussen de GGZ, het gevangeniswezen en de TBS-klinieken.

In de eerste plaats komen mensen met een ASP in de loop van hun leven vaak met meerdere van deze sectoren in aanraking. Aanleiding voor het eerste contact met de GGZ is bijvoorbeeld een verslavingsstoornis. Door een gebrekkige behandelingsmotivatie of agressief gedrag blijft dat contact vaak vluchtig en oppervlakkig. Daardoor is de behandeling weinig effectief en wordt het risico voor de samenleving nauwelijks gereduceerd. Naar aanleiding van een veroordeling voor een of meer strafbare feiten volgt dan in een later stadium vaak een gevangenisstraf en/of een TBS-maatregel. Om herhaling van deze cyclus te voorkomen, dienen de drie sectoren een continuüm van (bemoei)zorg te bieden. Dat vraagt om een ketenbenadering, waarin mensen met een ASP naar de op dat moment meest geschikte instelling kunnen doorstromen, de verantwoordelijkheid voor risicomanagement wordt gedeeld, kennis over de patiënten wordt overgedragen en behandelingen op elkaar aansluiten. Zo'n ketenbenadering vereist samenwerking. Daarbij kan ook de reclassering worden betrokken.

Een tweede reden voor samenwerking is dat de GGZ, het gevangeniswezen en de TBS-klinieken veel van elkaar kunnen leren over de wijze waarop mensen met een ASP kunnen worden behandeld. Zo kan de GGZ haar voordeel doen met de ervaringskennis die in het gevangeniswezen en de TBS-sector bestaat op het gebied van het omgaan met agressie. En binnen de GGZ is relatief veel kennis aanwezig over wetenschappelijke onderbouwing van behandelkeuzen en over kwaliteitsborging door middel van supervisie, intervisie en protocollering. Door

samenwerking, waarbij ook universiteiten dienen te worden betrokken, kan deze kennis worden gedeeld en verder worden ontwikkeld.

In de praktijk verloopt de samenwerking tussen enerzijds de GGZ en anderzijds het gevangeniswezen en de TBS-klinieken door verschillen in cultuur, behandeltraditie, juridische regime, aansturing en financiering echter moeizaam. In het afgelopen decennium is hierop al herhaaldelijk gewezen. Ook zijn de gevolgen daarvan, zoals het beperkte behandelaanbod in gevangenis voor veroordeelde psychiatrische patiënten en de gebrekkige doorstroming van TBS-gestelden naar de GGZ, al vaak belicht. In reactie daarop zijn wel beleidsinitiatieven genomen, bijvoorbeeld op het gebied van forensisch-psychiatrische circuitvorming, maar die hebben nog onvoldoende verbetering gebracht (Tui89, IBO95, IBO98, Bla00b, Oei00, Rui00a, Bra01, CBT01, Gro03, IGZ03, Mar03, IGZ04, EK05, RMO05, Vli06). Recent is door een interdepartementale werkgroep (commissie Houtman) voorgesteld de financiering voor psychiatrische zorg in gevangenis en TBS-klinieken bij het Ministerie van Justitie onder te brengen, dat de zorg vervolgens kan inkopen bij de GGZ (Int05). Dit voorstel draagt mogelijk bij aan stroomlijning van de psychiatrische zorg die in het kader van detentie of TBS wordt gegeven, maar biedt geen oplossing voor het gebrek aan zorg na afloop daarvan (RMO05).

De commissie meent dat alleen door samenwerking tussen de GGZ, de TBS-klinieken, het gevangeniswezen en universiteiten specifieke deskundigheid over behandeling van mensen met een ASP kan worden gebundeld en verder kan worden ontwikkeld. Aan die samenwerking kan om te beginnen vorm worden gegeven door gezamenlijk richtlijnen voor diagnostiek en behandeling te ontwikkelen. De commissie acht zulke richtlijnen noodzakelijk om de effectiviteit en de doelmatigheid van behandelingen te vergroten. De ontwikkeling van richtlijnen biedt niet alleen de mogelijkheid om bestaande kennis te expliciteren en lacunes in kennis bloot te leggen, maar ook om eventuele juridische, praktische en organisatorische belemmeringen bij concrete implementatie nader in kaart te brengen. Ten slotte is in het vorige hoofdstuk aangegeven dat op het gebied van ontwikkeling en implementatie van instrumenten voor risicotaxatie en -management nog belangrijke vooruitgang mogelijk is. Ook op dat gebied is samenwerking gewenst.

7.2.2 *Drang*

In de regel hebben mensen met een ASP voor hun persoonlijkheidsstoornis zelf geen hulpvraag en zijn ze niet gemotiveerd om aan een behandeling mee te werken. Vaak moet deelname worden afgedwongen met sancties bij weigering.

Uitoefenen van drang kan vooral van belang zijn voor het slagen van behandelingen die specifiek zijn gericht op een gebrek aan behandelmotivatie, zoals *contingency management*, of op een comorbide verslavingsstoornis die die motivatie ondermijnt. Maar bij mensen met een ASP is vaak ook in het vervolg van de behandeling drang nodig om storend gedrag en uitval te voorkomen. Het is echter de vraag of er voldoende wettelijke mogelijkheden bestaan voor het uitoefenen van drang tot behandeling op mensen met een ASP. Het uitoefenen van drang tot behandeling moet worden onderscheiden van dwangbehandeling. Zoals al is aangegeven, is dwangbehandeling bij een persoonlijkheidsstoornis niet zinvol, omdat de benodigde psychotherapie een constructieve therapeutische relatie tussen behandelaar en patiënt vereist en, net als langdurige farmacotherapie, zonder motivatie vruchteloos is.

De wettelijke mogelijkheden voor drang tot behandeling zijn het grootst na een strafrechtelijke veroordeling. In de eerste plaats kan dan drang worden uitgeoefend door een voorwaardelijke gevangenisstraf op te leggen, eventueel in combinatie met een onvoorwaardelijke straf. De tenuitvoerlegging van (het voorwaardelijke deel van) de gevangenisstraf blijft in dat geval achterwege als de veroordeelde gedurende de proeftijd aan bepaalde voorwaarden voldoet, zoals deelname aan ambulante behandeling of aan behandeling na opname in een psychiatrische instelling, of het innemen van medicijnen. Omdat een proeftijd hooguit drie jaar mag zijn, duurt behandeling in het kader van een voorwaardelijke straf ook maximaal drie jaar (artikelen 14a-c Sr). Na de verwachte invoering van de voorwaardelijke invrijheidstelling kan ook in dat kader behandeling plaatsvinden. In dat geval zijn naar verwachting de proeftijd en daarmee de maximale duur van de behandeling gelijk aan een derde van de opgelegde gevangenisstraf (TK06a).

Ten tweede biedt de TBS-maatregel mogelijkheden om na een veroordeling drang tot behandeling uit te oefenen. TBS kan, eventueel in combinatie met een straf, worden opgelegd als de veroordeelde onder invloed van een psychiatrische stoornis een ernstig misdrijf heeft gepleegd en de maatregel nodig is om de veiligheid van anderen of de algemene veiligheid te waarborgen. De combinatie van TBS en gevangenisstraf komt steeds vaker voor.

Bij TBS met dwangverpleging (artikel 37a Sr) gaat alleen al van het enkele verblijf in de inrichting een drang tot deelname aan behandeling uit. Een TBS-kliniek heeft immers een therapeutisch klimaat waaraan de TBS-gestelde zich niet kan onttrekken en dat hij, op straffe van dwangmaatregelen, niet mag verstoren. Daarnaast weet de TBS-gestelde dat de dwangverpleging pas wordt opgeheven als behandeling het risico dat hij recidiveert voldoende heeft gereduceerd. In

het laatste stadium van de TBS is drang tot behandeling buiten de TBS-kliniek mogelijk door aan beëindiging van de dwangverpleging, voor een termijn van maximaal drie jaar, voorwaarden te verbinden (artikelen 38g en 38j Sr). Op behandeling buiten de TBS-kliniek kan ook worden aangedrongen door TBS met voorwaarden op te leggen (artikel 38 Sr). In tegenstelling tot een TBS met dwangverpleging is de duur van een TBS met voorwaarden beperkt, tot maximaal vier jaar (artikel 38d Sr).

Ten slotte bestaat sinds 2004 de mogelijkheid om bij veroordeling van een veelpleger – iemand met een recidiverisico die in de afgelopen vijf jaar tenminste drie maal eerder voor een misdrijf is veroordeeld – de maatregel tot plaatsing in een inrichting voor stelselmatige daders (ISD) op te leggen. Tijdens de tenuitvoerlegging van deze maatregel wordt behandeling aangeboden van een verslaving of van “andere problematiek” (artikel 38m Sr). De veroordeelde kan dat aanbod weigeren, maar wordt dan in een sober regime opgenomen, waarin hij minder vrijheden en privileges heeft. De maximale duur van plaatsing in een ISD is twee jaar (artikel 38n Sr). De maatregel kan ook voorwaardelijk worden opgelegd, met een proeftijd van ten hoogste drie jaar (artikel 38p Sr).

Of al deze strafrechtelijke mogelijkheden voor het uitoefenen van drang tot behandeling voldoende zijn om het risico dat iemand met een ASP voor zijn omgeving vormt te reduceren, kan volgens de commissie pas duidelijk blijken als er voldoende effectieve behandelingen beschikbaar zijn. In de praktijk van dit moment ontbreekt het daaraan. Er is immers een groot gebrek aan behandelaanbod in gevangenissen, TBS-klinieken en ISD's, dus voor mensen die een onvoorwaardelijke gevangenisstraf of maatregel hebben gekregen, en daarbuiten, voor behandeling in het kader van een voorwaardelijke straf of maatregel of een voorwaardelijke beëindiging daarvan. Daarnaast is van veel behandelingen die in gevangenissen, TBS-klinieken en ISD's worden gegeven de effectiviteit niet wetenschappelijk vastgesteld.

Het is weinig realistisch om te verwachten dat symptomen van een persoonlijkheidsstoornis binnen enkele jaren blijvend kunnen worden gereduceerd. Wat dat betreft zijn de maximale termijnen voor behandeling in het kader van een voorwaardelijke straf of maatregel voor de meeste mensen met een ASP waarschijnlijk te kort. Dat betekent dat na afloop van die termijnen van andere mogelijkheden tot het uitoefenen van drang gebruik moet worden gemaakt of moet worden vertrouwd op vrijwillige deelname aan behandeling, wil het risico voor de omgeving voldoende worden teruggedrongen.

De mogelijkheden om buiten een strafrechtelijk kader drang tot behandeling uit te oefenen, zijn echter beperkt. Net als een kind van twaalf jaar of ouder kan

ook een volwassene met een psychiatrische stoornis op grond van de Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ) tegen zijn wil worden opgenomen als dat noodzakelijk is om gevaar voor zichzelf, voor anderen of voor de algemene veiligheid dat uit die stoornis voortvloeit, af te wenden (artikel 2 BOPZ). Ook is in dat geval een voorwaardelijke machtiging tot gedwongen opname mogelijk (artikelen 14a en 14d BOPZ). Maar zoals hierboven al is aangegeven, wordt de reikwijdte van de BOPZ beperkt door het feit dat er een causaal verband moet bestaan tussen de psychiatrische stoornis en het af te wenden gevaar. Bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis wordt dat causaal verband meestal alleen in uitzonderlijke situaties aangenomen, bijvoorbeeld bij samenloop met een ernstige verslaving of een traumatische ervaring (Dij06).*

De beperkte mogelijkheden voor het uitoefenen van drang tot behandeling als geen strafbaar feit is gepleegd of nadat een straf of maatregel definitief is beëindigd, stellen de GGZ voor problemen (GR02). Hierboven is al aangegeven dat door een gebrek aan mogelijkheden om drang uit te oefenen mensen met een ASP zich niet alleen gemakkelijk aan behandeling kunnen onttrekken, maar dat zij bovendien voor beheersproblemen kunnen zorgen die de behandeling van andere patiënten verstoren. Dat vormt een belangrijke verklaring voor de aarzeling in de GGZ om mensen met een ASP in behandeling te nemen.

De commissie bepleit dat nader wordt onderzocht in hoeverre het ten behoeve van effectief risicomanagement wenselijk is de niet-strafrechtelijke mogelijkheden te vergroten om bij mensen met een ASP drang tot behandeling uit te oefenen. Zulke mogelijkheden kunnen onder meer van belang zijn voor TBS-gestelden die nu in aanmerking komen voor opname in een *long stay*-afdeling, maar die buiten een TBS-kliniek slechts in geringe mate delictgevaarlijk zijn, tenminste zolang hen langdurig structuur en zorg kan worden opgedrongen.

7.3 Conclusie

Preventie van de antisociale persoonlijkheidsstoornis, door in te grijpen bij (een verhoogd risico op) gedragsstoornissen tijdens de kindertijd en de jeugd, is waarschijnlijk effectiever en doelmatiger dan behandeling op volwassen leeftijd. Dat

* Zie ook de brief van 16 februari 2001 van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) aan de Minister van VWS. Die had op 15 maart 2000 per brief (kenmerk GVM/GGZ/2053661) aan de NVvP een reactie gevraagd op de suggestie om, door middel van een voorwaardelijke machtiging tot gedwongen opname, deelname aan ambulante behandeling af te dwingen van mensen met een antisociale of andere psychiatrische stoornis die, na beëindiging van een gevangenisstraf wegens een ernstig delict, opnieuw een gevaar voor de maatschappij vormen. Volgens de NVvP wordt het gevaar dat mensen met een persoonlijkheidsstoornis kunnen vormen vaak niet in overwegende mate door die stoornis veroorzaakt.

vraagt om het tijdig signaleren van risicofactoren, vroege kenmerken van gedragsproblemen en gedragsstoornissen, om deskundige diagnostiek en om de inzet van interventies waarvan de effectiviteit wetenschappelijk is aangetoond. Vooral in de jeugdhulpverlening en de justitiële jeugdzorg is op deze drie gebieden verbetering nodig. Verder is er behoefte aan meer wettelijke mogelijkheden om kinderen met ernstige gedragsproblemen door middel van drang tot deelname aan behandeling te kunnen motiveren.

De mogelijkheden voor behandeling van impulsiviteit en agressie en van een eventuele verslaving bieden volgens de commissie bruikbare aanknopingspunten voor risicomangement. Het doel daarvan is het risico dat iemand met een ASP vormt voor zijn omgeving te verkleinen en beheersbaar te maken. De mogelijkheden daarvoor worden op dit moment onvoldoende benut. Om daar verandering in te brengen is het nodig dat de GGZ, de TBS-klinieken en het gevangeniswezen beter gaan samenwerken. Dat kan onder meer door, samen met universiteiten, in richtlijnen specifieke kennis over behandeling te bundelen. Ten slotte dient bekeken te worden of er meer wettelijke mogelijkheden moeten komen voor het uitoefenen van drang tot behandeling bij mensen met een ASP.

Conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden op basis van de voorgaande hoofdstukken conclusies getrokken en aanbevelingen gedaan op het gebied van preventie en behandeling.

8.1 Conclusies

8.1.1 Preventie

Preventie is effectief en doelmatig

Omdat de antisociale persoonlijkheidsstoornis een ernstige stoornis is die veel schade, leed en maatschappelijke overlast tot gevolg heeft en omdat de mogelijkheden voor effectieve behandeling op dit moment beperkt zijn, is het van belang de stoornis zoveel mogelijk te voorkomen.

Vooraf kinderen met een (verhoogd risico op een) gedragsstoornis hebben een vergrote kans op het ontwikkelen van een ASP. Uit oogpunt van effectiviteit en doelmatigheid is het belangrijk om bij een verhoogd risico zo vroeg mogelijk in te grijpen. Naarmate daarmee langer wordt gewacht, wordt de kans groter dat er een gedragsstoornis ontstaat die chronisch is en mogelijk escaleert. Als dat gebeurt, zullen interventies meestal intensiever en langduriger moeten zijn om nog effect te kunnen sorteren. Ook wordt de kans dan kleiner dat een ASP kan worden voorkomen. Toch biedt ook preventie in de vorm van behandeling van

een gedragsstoornis tijdens de adolescentie waarschijnlijk nog steeds een beter perspectief dan behandeling van een ASP op volwassen leeftijd.

Van meerdere interventies is wetenschappelijk vastgesteld dat ze aan preventie en behandeling van gedragsstoornissen kunnen bijdragen. Bij baby's, peuters en kinderen in de basisschoolleeftijd kan dat door ouders vroege pedagogische ondersteuning te bieden, ontwikkelingscondities in het gezin te verbeteren, de cognitieve ontwikkeling van het jonge kind te stimuleren en gedragstraining aan de ouders te geven. Voor ingrijpen bij adolescenten zijn cognitieve gedragstherapie, functionele gezinstherapie en multisysteemtherapie effectief gebleken.

Mogelijkheden voor preventie worden momenteel niet optimaal benut

Van de mogelijkheden voor preventie en behandeling van gedragsstoornissen wordt op dit moment niet optimaal gebruik gemaakt. Dat komt onder meer doordat er in de jeugdhulpverlening niet genoeg deskundigheid bestaat over signalering, diagnostiek en behandeling van gedragsstoornissen. Daardoor worden kinderen met problemen vaak niet geïdentificeerd. Ook worden de behandelingen veelal niet afgestemd op de kenmerken van het kind en van het gezin waarvan het deel uitmaakt. En er worden veel behandelingen toegepast waarvan de effectiviteit niet wetenschappelijk is vastgesteld. Daarnaast is de samenwerking tussen instellingen vaak gebrekkig.

Vergelijkbare problemen doen zich voor in justitiële jeugdinrichtingen, waar een groot deel van de jongeren een gedragsstoornis heeft. Die wordt vaak niet herkend en dus ook niet behandeld.

8.1.2 *Behandeling*

Over de mogelijkheid van genezing valt nog niets te zeggen

Er is op dit moment te weinig goed onderzoek beschikbaar om eenduidige conclusies te kunnen trekken over de mogelijkheid of de onmogelijkheid om mensen met een antisociale persoonlijkheidsstoornis effectief te behandelen. Er is namelijk weinig onderzoek gedaan naar de werkzaamheid van interventies die specifiek op de ASP zijn gericht. Bovendien is de kwaliteit van het meeste onderzoek gebrekkig. En ten slotte kunnen door heterogeniteit van de onderzochte populaties en behandelingen de uitkomsten van het onderzoek meestal niet goed met elkaar worden vergeleken.

Door deze kwantitatieve en kwalitatieve beperkingen van de stand van wetenschap kunnen geen uitspraken worden gedaan over de mogelijkheid of

onmogelijkheid van genezing. De beperkte hoeveelheid onderzoek die wel aan voldoende hoge eisen voldoet toont op dit moment geen mogelijkheden. Wat symptoombestrijding betreft zijn er evenmin aanwijzingen dat de gevoelsmatige en interpersoonlijke symptomen van de ASP (kilheid, gebrek aan empathie, pathologisch liegen, manipulatie) kunnen worden beïnvloed.

Beïnvloeden van gedrag lijkt wel mogelijk

Voor de gedragsmatige symptomen van de ASP ligt dat waarschijnlijk anders. Onderzoek laat zien dat met cognitieve gedragstherapie en farmacologische therapie iemands impulsiviteit en agressie kunnen worden gereduceerd. Die mogelijkheden lijken ook van belang voor mensen met een ASP. Verder bestaat er enig wetenschappelijk bewijs dat een alcohol- of drugsverslaving van iemand met een ASP effectief kan worden behandeld door middel van psychotherapie, *contingency management* en farmacologische therapie. Ook dat kan bijdragen aan het terugdringen van symptomen van de stoornis.

Symptoombestrijding biedt mogelijkheid voor verkleinen van gevaar

De mogelijkheden voor het terugdringen van impulsiviteit en agressie en voor het behandelen van een alcohol- of drugsverslaving vormen aanknopingspunten voor risicomangement: het verkleinen en beheersbaar maken van het risico dat een patiënt voor zijn omgeving vormt. Daarvoor moeten bewezen effectieve interventies worden gericht op risicofactoren die specifiek zijn voor de patiënt en voor zijn omgeving. Met alleen (tijdelijke) gevangenisstraf kan het risico niet blijvend worden gereduceerd.

Bij mensen met psychopathie, een ernstige vorm van de ASP die onder meer wordt gekenmerkt door persoonlijkheidskenmerken als kilheid, gebrek aan empathie, pathologisch liegen en manipulatie, zijn de vooruitzichten voor risicomangement ongunstiger. Niet alleen proberen zij zich relatief vaak aan een behandeling te onttrekken of die door agressie te verstoren. Ook kan groepstherapie bij hen averechts werken, namelijk als die hen in staat stelt van elkaars ervaringen te leren en manipulatieve vaardigheden aan te scherpen.

Bestaande praktijk van risicomangement is voor verbetering vatbaar

Mensen met een ASP komen in de loop van hun leven vaak met zowel de GGZ, als het gevangeniswezen en de TBS-sector in aanraking. In al deze sectoren kan

van de mogelijkheden voor risicomanagement beter gebruik worden gemaakt dan nu gebeurt. Mensen met een ASP worden in de GGZ soms wel voor een verslaving of voor depressiviteit behandeld, maar vrijwel nooit voor de persoonlijkheidsstoornis. Het gevangeniswezen beschikt niet over voldoende kennis, ervaring en middelen om mensen met een ASP die veroordeeld zijn zelfstandig te behandelen. En de behandeling van TBS-gestelden met een ASP lijdt onder de geïsoleerde positie die de TBS-klinieken innemen ten opzichte van de GGZ. Die draagt bij aan het geringe wetenschappelijke gehalte van de werkwijzen in de klinieken en belemmert de gewenste doorstroming van mensen met een ASP naar de GGZ op het moment dat hun delictgevaarlijkheid tot een acceptabel niveau is teruggebracht. Die geïsoleerde positie wordt onder meer veroorzaakt door een gebrek aan animo in de GGZ om patiënten te behandelen die als onhandelbaar en potentieel gevaarlijk worden gezien.

8.2 Aanbevelingen

8.2.1 Preventie

Preventie inbedden

Omdat vooral kinderen met een (verhoogd risico op een) gedragsstoornis een vergrote kans hebben op het ontwikkelen van een ASP, beveelt de commissie aan de preventie van de ASP in te bedden in de preventie en behandeling van gedragsstoornissen tijdens de kindertijd en de adolescentie.

Signalering en diagnostiek verbeteren

Uit oogpunt van effectiviteit en doelmatigheid is het belangrijk om bij een verhoogd risico op een ASP zo vroeg mogelijk te interveniëren. Dat vraagt om het tijdig signaleren van risicofactoren, vroege kenmerken van gedragsproblemen en gedragsstoornissen, en om deskundige diagnostiek. Vooral in de jeugdhulpverlening en de justitiële jeugdzorg dient de deskundigheid op het gebied van het herkennen en bespreekbaar maken van risicofactoren en het diagnosticeren van gedragsstoornissen te worden vergroot.

Voor een goede diagnose zal het vaak nodig zijn de ontwikkeling van een kind gedurende een aantal jaren te volgen. Daarbij kunnen bijvoorbeeld consultatiebureaus en schoolartsen worden betrokken, onder meer in het kader van het periodiek gezondheidsonderzoek.

Wetenschappelijk onderbouwde interventies gebruiken

Voor effectieve en doelmatige preventie dient zoveel mogelijk gebruik te worden gemaakt van interventies waarvan de effectiviteit wetenschappelijk is aangetoond. Dat gebeurt in de jeugdhulpverlening en de justitiële jeugdzorg nog onvoldoende. Daarnaast is het wenselijk dat de interventies die worden toegepast steeds wetenschappelijk worden geëvalueerd, zodat het gebruik van niet-effectieve methoden zoveel mogelijk wordt vermeden. Ook daar ontbreekt het in de praktijk aan.

In augustus 2005 heeft de Minister van Justitie de Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie geïnstalleerd. Die heeft tot taak op aanvraag van instellingen de kwaliteit van interventies te beoordelen die worden aangeboden als voorwaarde of onderdeel van een strafrechtelijke sanctie of maatregel. Dat kunnen interventies voor zowel minderjarigen als meerderjarigen zijn. Een van de toetsingscriteria betreft de aanwezigheid van wetenschappelijk bewijs voor effectiviteit. Het ministerie van VWS streeft er naar in 2007 een vergelijkbare commissie voor niet-justitiële jeugdinterventies te installeren.

De commissie acht zulke toetsingen een stap in de goede richting. Zij heeft echter een voorkeur voor herhaalde visitaties boven eenmalige erkenning, zodat rekening kan worden gehouden met nieuwe wetenschappelijke inzichten.

Richtlijnen ontwikkelen

De effectiviteit en de doelmatigheid van interventies kunnen worden vergroot door richtlijnen te ontwikkelen voor signalering, diagnostiek en behandeling. Dat biedt de gelegenheid om bestaande kennis te expliciteren en eventuele praktische en organisatorische belemmeringen bij concrete implementatie nader te identificeren.

Mogelijkheden voor drang vergroten

Het gebrek aan civielrechtelijke mogelijkheden voor het uitoefenen van drang tot behandeling vormt voor de jeugdzorg een belangrijk probleem. Vaak moet eerst worden gewacht tot een kind een delict pleegt, zodat van strafrechtelijke mogelijkheden gebruik kan worden gemaakt. Het jeugdstrafrecht vormt, gelet op de gebrekkige kwaliteit van de justitiële jeugdzorg, op dit moment echter geen goed kader voor de behandeling van gedragsstoornissen. Daarom beveelt de commissie aan dat er meer wettelijke mogelijkheden komen om kinderen met een

gedragsstoornis die niet strafrechtelijk zijn veroordeeld door het uitoefenen van drang tot behandeling te kunnen motiveren.

8.2.2 *Behandeling*

Meer betrokkenheid van de GGZ bij risicomanagement

Van de mogelijkheden voor risicomanagement kan beter gebruik worden gemaakt dan nu gebeurt. Volgens de commissie dient de GGZ het voorkómen dat iemand met een psychiatrische stoornis in crimineel gedrag vervalt ook tot haar verantwoordelijkheid te rekenen. De commissie beveelt in dat kader aan in de GGZ de deskundigheid te bevorderen op het gebied van het herkennen en behandelen van de ASP en van de omgang met deze patiënten. Er kan bijvoorbeeld meer gebruik worden gemaakt van wetenschappelijk onderbouwde mogelijkheden voor risicotaxatie en risicomanagement.

De GGZ dient ook meer betrokken te raken bij de behandeling van mensen met een ASP die, al dan niet voorwaardelijk, tot een gevangenisstraf zijn veroordeeld of die, na de verwachte invoering van de mogelijkheid daarvoor, voorwaardelijk in vrijheid worden gesteld. Hetzelfde geldt voor de behandeling van mensen met een ASP die uit een TBS-kliniek kunnen doorstromen naar de GGZ en voor de nazorg aan ex-TBS-gestelden. Daarvoor bestaan nu veel te weinig mogelijkheden. Voor effectief risicomanagement zal het vaak nodig zijn de behandeling na het beëindigen van een gevangenisstraf of een TBS te continueren.

Meer aandacht voor wetenschappelijke onderbouwing in de TBS-sector

De commissie beveelt aan in de TBS-sector meer aandacht te besteden aan wetenschappelijke onderbouwing en evaluatie van behandelkeuzen en aan kwaliteitsbewaking. Dat geldt ook voor de behandeling van mensen met een ASP. Door het geringe wetenschappelijke gehalte van de werkwijzen in de klinieken wordt mogelijk te lang aan niet-effectieve behandelvormen vastgehouden en worden behandelvormen die wellicht wél effectief zijn onvoldoende toegespitst op individuele kenmerken van patiënten.

Omdat de vooruitzichten voor risicomanagement bij mensen met psychopathie ongunstig zijn, is het van belang dat hulpverleners in de TBS-sector psychopathie herkennen. Voor zover mensen met psychopathie TBS opgelegd hebben gekregen, behandeling ook daadwerkelijk niet effectief is gebleken, en er sprake

blijft van proportionaliteit tussen de ernst van het gepleegde delict en de duur van de maatregel, ligt opname in een *long stay*-afdeling voor de hand.

Meer samenwerking tussen GGZ, gevangeniswezen en TBS-klinieken

De commissie acht het voor effectief risicomanagement noodzakelijk dat de GGZ, het gevangeniswezen en de TBS-klinieken beter gaan samenwerken. Dat is niet alleen van belang omdat risicomanagement vaak om continuïteit van (bemoei)zorg vraagt, maar ook omdat de instellingen van elkaar kunnen leren over de wijze waarop mensen met een ASP kunnen worden behandeld.

Richtlijnen ontwikkelen

Aan die samenwerking kan om te beginnen vorm worden gegeven door gezamenlijk richtlijnen voor diagnostiek en behandeling te ontwikkelen. Daarbij dienen volgens de commissie ook universiteiten te worden betrokken. Ook hier geldt dat het ontwikkelen van richtlijnen de gelegenheid biedt om bestaande kennis te expliciteren en eventuele praktische en organisatorische belemmeringen bij concrete implementatie nader te identificeren.

Mogelijkheden voor drang bekijken

Ten slotte beveelt de commissie aan te bekijken of er meer wettelijke mogelijkheden moeten komen om mensen met een ASP buiten het kader van het strafrecht door het uitoefenen van drang tot behandeling te kunnen motiveren. Daaraan lijkt in de GGZ behoefte te bestaan.

8.2.3 Onderzoek

Het ontstaan en de mogelijkheden voor preventie en behandeling van de antisociale persoonlijkheidsstoornis zijn nog met vrij grote onzekerheden omgeven. Om daarin verandering te brengen is onderzoek nodig.

Risicofactoren en beschermende factoren onderzoeken

Op populatieniveau bestaat er een redelijk goed beeld van de risicofactoren voor het ontstaan van een ASP. Maar er is nog niet veel bekend over de factoren die een beschermende werking kunnen hebben. Daarnaast staat het onderzoek naar de interacties tussen risicofactoren en beschermende factoren nog in de kinder-

schoenen. Hierdoor kunnen geen harde uitspraken worden gedaan over de kans dat een individu een ASP ontwikkelt. Dat bemoeilijkt de gewenste selectieve preventie. De commissie beveelt daarom aan dat onder kinderen en adolescenten meer langlopend onderzoek wordt verricht naar risicofactoren en beschermende factoren voor de ASP.

Interventies combineren met langdurig effectonderzoek

Van meerdere interventies is wetenschappelijk vastgesteld dat ze kunnen bijdragen aan het voorkómen en behandelen van gedragsstoornissen tijdens de kindertijd en de adolescentie. Daardoor kunnen die interventies waarschijnlijk ook een preventieve werking op de ASP hebben. Er bestaat echter onvoldoende zekerheid of zo'n effect op langere termijn daadwerkelijk zal optreden. De commissie pleit daarom voor het uitvoeren van langlopend onderzoek naar de effectiviteit en doelmatigheid van deze interventies bij jongeren. Belangrijke subsidiërende instanties in Nederland zoals ZONMw stellen vaak een termijn van drie jaar als maximum looptijd van onderzoeksprojecten. Deze termijn is onvoldoende om zinvol onderzoek te kunnen doen naar preventie van de ASP.

Kansrijke behandelmethoden nader onderzoeken

Het wetenschappelijk bewijs voor de mogelijkheden voor behandeling van mensen met een ASP is op dit moment beperkt tot aanwijzingen dat iemands impulsiviteit en agressie kunnen worden teruggedrongen en een eventuele verslaving kan worden behandeld. De commissie beveelt aan meer onderzoek te doen naar interventies die zijn afgestemd op de specifieke kenmerken van mensen met een ASP, zoals een beperkte behandelmotivatie en onvermogen om een therapeutische relatie aan te gaan. Daarbij moet ook rekening worden gehouden met de heterogeniteit binnen ASP-populaties.

Op grond van epidemiologische en theoretische overwegingen acht de commissie het specifiek zinvol onderzoek te doen naar de effectiviteit van dialectische gedragstherapie, psychoanalytisch georiënteerde psychotherapie, de behandelingen die binnen de TBS-klinieken worden toegepast, interventies voor risicomangement, *contingency management*, farmacotherapie en -genetica en transcraniële magnetische stimulatie. Zulk onderzoek kan mogelijk de werkzaamheid van bestaande behandelingen aantonen of aanknopingspunten opleveren voor de ontwikkeling van effectieve nieuwe behandelingsmethoden.

De commissie acht vooral onafhankelijk uitgevoerde rct's met kosten-effectiviteitsstudies van belang, omdat juist die in dit onderzoeksveld schaars zijn. Ook andere gecontroleerde studies kunnen echter een bijdrage leveren aan het inzicht in de werkzaamheid van interventies.

Literatuur

-
- Ach91 Achenbach TM. Manual for the Child Behavior Checklist. Burlington: University of Vermont, 1991.
- Ale00 Alexander JF, Pugh C & Parsons B et al. Functional family therapy. In: Elliot DS (ed.). Blueprints for violence prevention. Golden: Venture Publishing, 2000: 117-140.
- Ale02 Alexander JF & Sexton TL. Functional family therapy: a model for treating high-risk, acting out youth. In: Below J (ed.). Comprehensive handbook of psychotherapy. New York: Wiley, 2002: 111-132.
- Alg02 Algemene Rekenkamer. Preventie en bestrijding jeugdcriminaliteit. Den Haag: SDU, 2002.
- Alp97 Alpert JE & Spillmann MK. Psychotherapeutic approaches to aggressive and violent patients. The psychiatric clinics of North America 1997; 20: 453-472.
- And90 Andrews DA, Zinger I & Hoge RD e.a. Does correctional treatment work? A clinical relevant and psychologically informed meta-analysis. Criminology 1990; 28: 369-404.
- And96 Andrews DA. Criminal recidivism is predictable and can be influenced: an update. Forum on corrections research 1996; 8: 42-44.
- Aos04 Aos S, Lieb R & Mayfield J e.a. Benefits and costs of prevention and early intervention programs for youth. Olympia: Washington State Institute for Public Policy, 2004 (www.wsipp.wa.gov/rptfiles/04-07-3901.pdf).
- APA94 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
- App05 Appleyard K, Egeland B & Dulmen M e.a. When more is not better: the role of cumulative risk in child behavior outcomes. Journal of child psychology and psychiatry 2005; 46: 235-245.
- Ars02 Arseneault L, Tremblay RE & Boulerice B e.a. Obstetrical complications and violent delinquency: testing two developmental pathways. Child development 2002; 73: 496-508.
-

- Baa05 Baas NJ. Wegen naar het rechte pad. Den Haag: WODC, 2005.
- Bai06 Bailey S, Doreleijers T & Tarbuck P. Recent developments in mental health screening and assessment in juvenile justice systems. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America* 2006; 15: 391-406.
- Bal00 Ball J, Kearney B & Wilhelm K e.a. Cognitive behaviour therapy and assertion training groups for patients with depression and comorbid personality disorders. *Behavioural and cognitive psychotherapy* 2000; 28: 71-85.
- Ban04 Bank L & Burraston B. Sibling conflict and ineffective parenting as predictors of adolescent boys' antisocial behavior and peer difficulties: additive and interactional effects. *Journal of research on adolescence* 2004; 14: 99-125.
- Bar05 Bartak A, Soeteman DI & Busschbach JJ van e.a. Noodzakelijkheid, werkzaamheid en doelmatigheid van psychotherapie voor persoonlijkheidsstoornissen: empirische evidentie. *Tijdschrift voor psychiatrie* 2005; 47: 309-318.
- Bat99a Bateman AW & Fonagy P. The effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *American journal of psychiatry* 1999; 156: 1563-1569.
- Bat99b Battaglia J & Wolff TK. Structured diagnostic assessment and depot fluphenazine treatment of multiple suicide attempters in the emergency department. *International clinical psychopharmacology* 1999; 14: 361-372.
- Bat00 Bateman AW & Fonagy P. Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorder. *British journal of psychiatry* 2000; 177: 138-143.
- Bat01 Bateman AW & Fonagy P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: a 18 month follow-up. *American journal of psychiatry* 2001; 158: 36-42.
- Bec98a Bechara A, Damasio AR & Damasio H e.a. Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex. *Cognition* 1994; 50: 7-15.
- Bec98b Beck R & Fernandez E. Cognitive behavioral therapy in the treatment of anger: a meta-analysis. *Cognitive therapy and research* 1998; 22: 63-75.
- Bel99a Bellis MD de, Baum AW & Birmaher B e.a. Developmental traumatology part I: Biological stress systems. *Biological psychiatry* 1999; 45: 1259-1270.
- Bel99b Bellis MD de, Keshavan MS & Clark DB e.a. Developmental traumatology part II: Brain development. *Biological psychiatry* 1999; 45: 1271-1284.
- Ben98 Benedetti F & Sforzini L. Low-dose clozapine in acute and continuation treatment of severe borderline personality disorder. *Journal of clinical psychiatry* 1998; 59: 103-107.
- Ben00 Bennett DS & Gibbons TA. Efficacy of child cognitive-behavioral interventions for antisocial behavior: a meta-analysis. *Child and family behavior therapy* 2000; 22: 1-15.
- Ber03 Berger M & Boendermaker L. Multisysteembehandeling in Nederland. Voorstel voor de introductie van MST. Utrecht: NIZW, 2003.
-

- Ber04 Berg M van den, Ruiters C de & Schoemaker C. Brancherapport GGZ-MZ 2000-2004. Utrecht: Trimbos-instituut, 2004.
- Bla00a Blair RJR & Cipolotti L. Impaired social response reversal: a case of 'acquired sociopathy'. *Brain* 2000; 123:1122-1141.
- Bla00b Blankstein JH. Tbs in de jaren negentig, en hoe verder? In: Psychiatrisch Juridisch Gezelschap. Een spiegel van (straf)recht en psychiatrie. Deventer: Gouda Quint, 2000: 227-241.
- Bon98 Bonta J, Hanson RK & Law M. The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: a meta-analysis. *Psychological bulletin* 1998; 123: 123-142.
- Bon05 Bongers, IL. Pathways to deviance: developmental trajectories of externalizing problems in Dutch youth. Academisch proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam, 2005.
- Boo04 Booij YS, Buster MCA & Baller AK e.a. Preventie jeugdcriminaliteit. Evaluatie van de pilot. Amsterdam: GG&GD Amsterdam, 2004.
- Bos05 Bosch LMC van den. Dialectische gedragstherapie bij Nederlandse vrouwen met een borderline persoonlijkheidsstoornis, met en zonder verslavingsproblemen. *Tijdschrift voor psychiatrie* 2005; 47: 127-137.
- Bra01 Brand EJP. Het persoonlijkheidsonderzoek in het strafrecht. Deventer: Gouda Quint, 2001.
- Bra06 Braak J van den & Konijn C. (On)mogelijkheden van casemanagement voor multiprobleemgezinnen. *Nederlands tijdschrift voor jeugdzorg* 2006; 10: 18-27.
- Bre93 Brennan PA, Mednick BR & Mednick SA. Parental psychopathology, congenial factors, and violence. In: Hodgins S (ed.). *Mental disorder and crime*. Thousand Oaks: Sage, 1993: 244-261.
- Bre98 Brestan EV & Eyberg SM. Effective psychosocial treatments of conduct-disordered children and adolescents: 29 years, 82 studies, and 5,272 kids. *Journal of clinical child psychology* 1998; 27: 180-189.
- Bre99 Brennan PA, Grekin ER & Mednick SA. Maternal smoking during pregnancy and adult male criminal outcomes. *Archives of general psychiatry* 1999; 56: 215-219.
- Bre04 Breukelen-van Aarnhem ACM. Psychiatrie en jeugdrecht, enkele aspecten. In: Raes BCM & Bakker FAM (red.). *De psychiatrie in het Nederlands recht*. Deventer: Kluwer, 2004: 165-183.
- Bre05 Breuk RE, Dam A van & Disse CM e.a. Functionele gezinstherapie in de behandeling van jeugdige forensisch-psychiatrische patiënten. In: Ruiters C de & Hildebrand M. *Behandelingsstrategieën bij forensisch-psychiatrische patiënten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2005: 34-49.
- Bro98 Brooner RK, Kidorf M & King L van e.a. Preliminary evidence of good treatment response in antisocial drug abusers. *Drug and alcohol dependence* 1998; 49: 249-260.
- Bru06 Bruning M & Liefwaard T. Concept-wetsvoorstel Gesloten Opvang Jeugdzorg moet worden heroverwogen. *Nederlands juristenblad* 2006; 81: 84-85.
- Bul99 Bulten BH, Tilburg W van & Limbeek J van. Psychopathologie bij gedetineerden. *Tijdschrift voor psychiatrie* 1999; 41: 575-585.
- Bur00 Burke H & Hart SD. Personality disordered offenders: conceptualization, assessment and diagnosis of personality disorder. In: Hodgins S (ed.). *Violence, crime and mentally disordered offenders*. Chichester: John Wiley & Sons, 2000: 63-85.
-

- Car03 Carter AS, Briggs-Gowan MJ & Jones SM e.a. The Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (ITSEA): factor structure, reliability, and validity. *Journal of abnormal child psychology* 2003; 31: 495-514.
- Cas02 Caspi A, McClay J & Moffitt TE e.a. Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science* 2002; 297: 851-854.
- CBT01 Commissie Beleidsvisie Tbs. Veilig en wel. Een beleidsvisie op de tbs. Den Haag, 2001.
- Cha04 Chan LS, Kipke MD & Schneir A e.a. Summary evidence report/technology assessment no. 107 (Preventing violence and related health-risking social behaviors in adolescents). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2004.
- Cla94 Clarkin JF, Hull J & Yeomans F e.a. Antisocial traits as modifiers of treatment response in borderline inpatients. *Journal of psychotherapy practice and research* 1994; 3: 307-312.
- Clo82 Cloninger CR, Sigvardsson S & Bohman M e.a. Predisposition to petty criminality in Swedish adoptees: II. Cross-fostering analysis of gene-environmental interactions. *Archives of general psychiatry* 1982; 39: 1242-1247.
- Clo87 Cloninger CR & Gottesman II. Genetic and environmental factors in antisocial behavior disorders. In: Mednick SA, Moffitt TE & Stack SA (eds.). *The causes of crime: new biological approaches*. Cambridge: Cambridge University Press, 1987: 92-109.
- Coc97 Coccaro F & Kavoussi RJ. Fluoxetine and impulsive aggressive behavior in personality-disordered subjects. *Archives of general psychiatry* 1997; 54: 1081-1088.
- Coi03 Coid JW. Formulating strategies for the primary prevention of adult antisocial behaviour: 'high risk' or 'population' strategies? In: Farrington DP & Coid JW (eds.). *Early prevention of adult antisocial behaviour*. Cambridge: Cambridge University Press, 2003: 32-78.
- Coo01a Cooke DJ & Michie C. Refining the construct of psychopathy: towards a hierarchical model. *Psychological assessment* 2001; 13: 171-188.
- Coo01b Cooke DJ & Philip L. To treat or not to treat? An empirical perspective. In: Hollin CR (ed.). *Handbook of offender assessment and treatment*. Chichester: UK Wiley, 2001: 17-34.
- Cur04 Curtis NM, Ronan KR & Borduin CM. Multisystemic treatment: a meta-analysis of outcome studies. *Journal of family psychology* 2004; 18: 411-419.
- Dam94 Damasio A. *Descartes error: emotion, reason and the human brain*. New York: Putnam, 1994.
- Dan03 Daniëls D. Behandeling in detentie in beweging. In: Groen H & Drost M (red.). *Handboek forensische geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: De Tijdstroom, 2003: 261-268.
- Das04 Das J, Ruiter C de & Heteren M van e.a. Psychopathie bij kinderen en jeugdigen: stand van zaken en diagnostische instrumenten. *Tijdschrift voor orthopedagogiek, kinderpsychiatrie en klinische kinderpsychologie* 2004; 29: 30-44.
- Dav04 Davey GCL & Trijsburg RW. Conditioneringsprocessen. In: Trijsburg RW, Colijn S & Collumbien E e.a (red.). *Handboek integratieve psychotherapie*. Utrecht: De Tijdstroom, 2004: 1-37.
- Deg05 DeGarmo DS & Forgatch MS. Early development of delinquency within divorced families: evaluating a randomized preventive intervention trial. *Developmental science* 2005; 8: 229-239.

- Dek99 Dekovic M. Risk and protective factors in the development of problem behavior during adolescence. *Journal of youth and adolescence* 1999; 28: 667-684.
- Del04 Del Vecchio T & O'Leary KD. Effectiveness of anger treatments for specific anger problems: a meta-analytic review. *Clinical psychology* 2004; 24: 15-34.
- Der93 Derksen JJJ. Handboek persoonlijkheidsstoornissen. Diagnostiek en behandeling van de DSM-IV en ICD-10 persoonlijkheidsstoornissen. Utrecht: De Tijdstroom, 1993.
- Dig03 DiGiuseppe R & Tafrate RC. Anger treatment for adults: a meta-analytic review. *Clinical psychology, science and practice* 2003; 10: 70-84.
- Dij06 Dijkers W & Widdershoven TP (red.). De Wet BOPZ. Artikelsgewijs commentaar. Aanvulling 29 maart 2006. Den Haag: SDU Uitgevers, 2006.
- Din04 Dingemans PMAJ & Sno HN. Meetinstrumenten bij persoonlijkheidsstoornissen. *Tijdschrift voor psychiatrie* 2004; 46: 705-709.
- Dis96 Dishion TJ, Spracklen KM & Andrews DW e.a. Deviancy training in male adolescent friendships. *Behavior therapy* 1996; 27: 373-390.
- Dis99 Dishion TJ, McCord J & Poulin F. When interventions harm. Peer groups and problem behavior. *American psychologist* 1999; 54: 755-764.
- Dol93 Dolan B & Coid J. Psychopathic and antisocial personality disorders. Treatment and research issues. London: Gaskell, 1993.
- Dor95 Doreleijers ThAH. Diagnostiek tussen jeugdstrafrecht en hulpverlening. Arnhem: Gouda Quint, 1995.
- Dor04 Doreleijers ThAH. & Vermeiren R. Psychiatrie en jeugdrecht, kinder- en jeugdpsychiatrische aspecten. In: Raes BCM & Bakker FAM (red.). De psychiatrie in het Nederlands recht. Deventer: Kluwer, 2004: 185-207.
- Dor05 Doreleijers ThAH. Van justitialisering tot onderzoek naar de effectiviteit van probleemgestuurde jeugdzorg. *Tijdschrift voor criminologie* 2005; 47: 62-74.
- Dou99a Douglas KS, Cox DN & Webster CD. Violence risk assessment: science and practice. *Legal and criminological psychology* 1999; 4: 149-184.
- Dou99b Douglas KS, Ogloff JR & Nicholls TL e.a. Assessing risk for violence among psychiatric patients: the HCR-20 violence risk assessment scheme and the Psychopathy Checklist: Screening Version. *Journal of consulting and clinical psychology* 1999; 67: 917-930.
- Dui03 Duits N. Forensische kinder- en jeugdpsychiatrie. In: Groen H & Drost M (red.). Handboek forensische geestelijke gezondheidszorg. Utrecht: De Tijdstroom, 2003: 97-109.
- Dui04 Duits N & Gunning WB. Diagnostiek, consultatie en zorg in civielrechtelijk kader. In: Duits N, Bartels AJC & Gunning WB (red.). Jeugdpsychiatrie en recht. Assen: Van Gorcum, 2004: 277-290.
- Dui05 Duits N, Casteren M van & Brink W van den e.a. Risicotaxatie van geweldsrecidive bij jeugdigen. *Tijdschrift voor psychiatrie* 2005; 47: 511-518.
- Dui06 Duits N. Kwaliteit onderzoek pro Justitia van jongeren. Amsterdam: Academisch proefschrift Universiteit van Amsterdam, 2006.
-

- Edd03 Eddy JM, Reid JB & Stoolmiller M e.a. Outcomes during middle school for an elementary school-based preventive intervention for conduct problems: follow-up results from a randomized trial. *Behavior therapy* 2003; 34: 535-552.
- Edd04 Eddy JM, Bridges Whaley R & Chamberlain P. The prevention of violent behavior by chronic and serious male juvenile offenders: a 2-year follow-up of a randomized clinical trial. *Journal of emotional and behavioral disorders* 2004; 12: 2-8.
- EFP03 Eperitsecentrum Forensische Psychiatrie. Transcraniële magnetische stimulatie. Verslag naar aanleiding van de EFP-discussie op 28 oktober 2003. Utrecht: EFP, 2003.
- EK05 Eerste Kamer der Staten-Generaal. Brief van de Minister van Justitie d.d. 25 augustus 2005. Eerste Kamer, vergaderjaar 2005-2006, 28979, F. Den Haag: SDU Uitgeverij, 2005.
- Emm03 Emmerik JL van. TBS-gestelden: een gemêleerd gezelschap. In: Groen H & Drost M (red.). *Handboek forensische geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: De Tijdstroom, 2003: 33-50.
- Eva99 Evans K, Tyrer P & Catalan J e.a. Manual-assisted cognitive-behaviour therapy (MACT): a randomized controlled trial of a brief intervention with bibliotherapy in the treatment of recurrent deliberate self-harm. *Psychological medicine* 1999; 29: 19-25.
- Far02 Farmer EMZ, Compton SN & Burns BJ. Review of the evidence base for treatment of childhood psychopathology: externalizing disorders. *Journal of consulting and clinical psychology* 2002; 70: 1267-1302.
- Far03 Farrington DP & Coid JW (eds.). *Early prevention of adult antisocial behaviour*. Cambridge: Cambridge University Press, 2003.
- Fav93 Fava M, Rosenbaum JF & Pava JA e.a. Anger attacks in unipolar depression, part 1: clinical correlates and response to fluoxetine treatment. *American journal of psychiatry* 1993; 150: 1158-1163.
- Fav94 Fava M, Bouffides E & Pava JA e.a. Personality disorder comorbidity with major depression and response to fluoxetine treatment. *Psychotherapy & psychosomatics* 1994; 62: 160-167.
- Fav97 Fava M. Psychopharmacologic treatment of pathologic aggression. *Psychiatric clinics of North America* 1997; 20: 427-451.
- Fon03 Fonagy P. Towards a developmental understanding of violence. *British journal of psychiatry* 2003; 183: 190-192.
- Gar96 Garbarino J & Kostelny K. The effects of political violence on Palestinian children's behavior problems: a risk accumulation model. *Child development* 1996; 67: 33-45.
- Gee05 Geest V van der, Bijleveld C & Wijkman M. *Delinquentie na behandeling. Een verkennend onderzoek naar geregistreerde justitiecontacten, persoonlijke en omgevingskenmerken van jongeren uit een behandelinrichting*. Leiden: NSCR, 2005.
- Gen96 Gendreau PP, Little T & Goggin C. A meta-analysis of the predictors of adult offenders: what works! *Criminology* 1996; 34: 575-607.
- Gol04 Goldstein AP, Nensen R & Daleflod B e.a (eds). *New perspectives on aggression replacement training: practice, research an application*. Chichester: John Wiley & Sons, 2004.
- GR94 Gezondheidsraad. *Genetische screening*. Den Haag: Gezondheidsraad, 1994; publicatie nr 1994/22.
-

- GR00 Gezondheidsraad. Diagnostiek en behandeling van ADHD. Den Haag: Gezondheidsraad, 2000; publicatie nr 2000/24.
- GR01 Gezondheidsraad. Prenatale screening: Downsyndroom, neuralebuisdefecten, routine-echoscopie. Den Haag: Gezondheidsraad, 2001; publicatie nr 2001/11.
- GR02 Gezondheidsraad. Behandeling van drugverslaafde gedetineerden. Den Haag: Gezondheidsraad, 2002; publicatie nr 2002/08.
- GR04 Gezondheidsraad. Prenatale screening (2); Downsyndroom, neuralebuisdefecten. Den Haag: Gezondheidsraad, 2004; publicatie nr 2004/06.
- Gre93 Greenberg MT, Speltz ML & Deklyn M. The role of attachment in the early development of disruptive behavior problems. *Development and psychopathology* 1993; 5: 191-213.
- Gre04 Greeven PGJ & Ruiters C de. Personality disorders in a Dutch forensic psychiatric sample: changes with treatment. *Criminal behaviour and mental health* 2004; 14: 280-290.
- Gro03 Groen H & Drost M (red.). *Handboek forensische geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: De Tijdstroom, 2003.
- Hal95 Hall DMB & Michel JM. Screening in infancy. *Archives of disease in childhood* 1995; 72: 93-96.
- Har91 Hare RD. *The Hare psychopathy checklist-revised*. Toronto: Multi-health systems, 1991.
- Har94 Harpur TJ & Hare RD. Assessment of psychopathy as a function of age. *Journal of abnormal psychology* 1994; 103: 604-609.
- Har96 Hare RD. Psychopathy. A clinical construct whose time has come. *Criminal justice and behavior* 1996; 23: 25-54.
- Har00 Hare RD, Clark D & Grann M e.a. Psychopathy and the predictive validity of the PCL-R: an international perspective. *Behavioral sciences and the law* 2000; 18: 623-645.
- Hei02 Heijmans Visser J. Long-term outcome of psychopathology in childhood and adolescence. A clinical epidemiological study. *Academisch proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam*, 2002.
- Hem02 Hemphill JF & Hart SD. Motivating the unmotivated: psychopathy, treatment, and change. In: McMurran M (ed.). *Motivating offenders to change*. Chichester, UK: Wiley, 2002: 193-219.
- Hen98 Henggeler SW, Schoenwald SK & Borduin CM e.a. *Multisystemic treatment of antisocial behavior in children and adolescents*. New York: The Guilford Press, 1998.
- Her05 Hermans J, Öry F & Schrijvers G. *Helpen bij opgroei en opvoeden: eerder, sneller en beter. Een advies over vroegtijdige signalering en interventies bij opvoed- en opgroei problemen*. Utrecht: Julius Centrum, 2005 (www.integratedcare.nl/downloads/rapportinventgroepdefb.pdf).
- Hes00 Hessing DJ. Genetische determinanten van antisociaal gedrag. *Justitiële verkenningen* 2000; 26: 19-36.
- Hil99 Hildebrand M & Ruiters C de. Diagnostiek en classificatie bij forensisch-psychiatrische patiënten. In: Ruiters C de & Hildebrand M (red.). *Behandelingsstrategieën bij forensisch-psychiatrische patiënten*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1999: 1-8.
- Hil01 Hildebrand M, Ruiters C de & Beek D van. *SVR-20: Richtlijnen voor het beoordelen van het risico van seksueel gewelddadig gedrag*. Utrecht: Forum Educatief, 2001.
-

- Hil03a Hill J. Early identification of individuals at risk for antisocial personality disorder. *British journal of psychiatry* 2003; 182: S11-S14.
- Hil03b Hilterman ELB & Gresnigt JAM. Het onderbuikgevoel en risicotaxatie in de forensische psychiatrie. In: Groen H & Drost M (red.). *Handboek forensische geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: De Tijdstroom, 2003: 319-331.
- Hil04 Hildebrand M. *Psychopathy in the treatment of forensic psychiatric patients. Assessment, prevalence, predictive validity, and clinical implications*. Amsterdam: Dutch University Press, 2004.
- Hil05 Hildebrand M & Ruiters C de. Over criminele behoeften en het belang van gestructureerde risicotaxatie. In: Ruiters C de & Hildebrand M (red.). *Behandelingsstrategieën bij forensisch-psychiatrische patiënten*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2005: 3-22.
- Hob00 Hobson J, Shine J & Roberts R. How do psychopaths behave in a prison therapeutic community? *Psychology, crime, and law* 2000; 6: 139-154.
- Hof00 Hofstra MB. *Psychopathology from childhood into adulthood: follow-up of an epidemiological sample*. Academisch proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam, 2000.
- Hon01 Honk J van & Schutter DJLG. Repetitive transcranial magnetic stimulation at the frontopolar cortex reduces skin conductance but not heart rate: reduce gray matter excitability in orbitofrontal regions. *Archives of general psychiatry* 2001; 58: 973-974.
- Hor04a Hornsveld R., Dam-Baggen CMJ van & Lammers SMM e.a. Forensisch psychiatrische patiënten met geweldsdelicten: persoonlijkheidskenmerken en gedrag. *Tijdschrift voor psychiatrie* 2004; 46: 133-143.
- Hor04b Hornsveld, Dam-Baggen CMJ van & Leenaars CMJ e.a. Agressiehanteringstherapie voor forensisch-psychiatrische patiënten met geweldsdelicten: ontwikkeling en praktijk. *Tijdschrift voor psychotherapie* 2004; 30: 22-37.
- Hor05a Hornsveld R (red.). *Held zonder geweld. Behandeling van agressief gedrag*. Amsterdam: Boom, 2005.
- Hor05b Hornsveld R, Nijman H & Ruiters C de. Special issue: Working with aggression and violence. *Psychology, crime & law* 2005; 11: 343-497.
- Hug97 Hughes G, Hogue T & Hollin C e.a. First-stage evaluation of a treatment programme for personality disordered offenders. *The journal of forensic psychiatry* 1997; 8: 515-527.
- IBO95 Doelmatig handelen. Interdepartementaal beleidsonderzoek financieringssysteem van forensisch psychiatrische hulpverlening. Den Haag, 1995.
- IBO98 Over stromen. Interdepartementaal beleidsonderzoek in-, door- en uitstroom bij de tbs. Den Haag, 1998.
- IGZ03 Inspectie voor de Gezondheidszorg. *TBS-klinieken in beweging*. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2003.
- IGZ04 Inspectie voor de Gezondheidszorg. *Klinische forensische psychiatrie, brugfunctie of zelfstandig circuit?* Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2004.
- IGZ05 Inspectie voor de Gezondheidszorg. *Jongeren in justitiële jeugdinrichtingen: met betere zorg nog veel te winnen*. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2005.
-

- IJz95 IJzendoorn MH van, Juffer F & Duyvesteyn MGC. Breaking the intergenerational cycle of insecure attachment: a review of the effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant security. *Journal of child psychology and psychiatry* 1995; 36: 225-248.
- Int05 Interdepartementale werkgroep Besturing en financiering van zorg in justitieel kader. Den Haag: Ministerie van Justitie, 2005.
- Kal97 Kaltiala-Heino R, Laipalla P & Salokangas RKR. Impact of coercion on treatment outcome. *International journal of law and psychiatry* 1997; 20: 311-312.
- Kal00 Kalman D, Longabaugh R & Clifford PR e.a. Matching alcoholics to treatment. Failure to replicate finding of an earlier study. *Journal of substance abuse treatment* 2000; 19: 183-187.
- Kam05 Kamen K. Searching the person behind the addiction. Nijmegen: Academisch proefschrift Katholieke Universiteit Nijmegen, 2005.
- Kav94 Kavoussi RJ, Liu J & Coccaro EF. An open trial of sertraline in personality disordered patients with impulsive aggression. *Journal of clinical psychiatry* 1994; 44: 137-141.
- Kav98 Kavoussi RJ & Coccaro EF. Divalproex sodium for impulsive aggressive behavior in patients with personality disorder. *Journal of clinical psychiatry* 1998; 59: 676-680.
- Kaz01 Kazdin AE. Treatment of conduct disorders. In: Hill J & Maughan B. *Conduct disorders in childhood and adolescence*. Cambridge: Cambridge University Press, 2001: 408-448.
- Kee03 Keenan K & Shaw DS. Starting at the beginning. Exploring the etiology of antisocial behavior in the first years of life. In: Lahey BB, Moffitt TE & Caspi A (eds.). *Causes of conduct disorder and juvenile delinquency*. New York: The Guilford Press, 2003: 153-181.
- Ken03 Kendell R & Jablensky A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *American journal of psychiatry* 160 (2003) 1: 4-12.
- Kha01 Khan KS, Riet G ter & Glanville J e.a (eds.). *Undertaking systematic reviews of research on effectiveness*. CRD report number 4 (2nd edition). York: NHS Centre for reviews and dissemination, 2001.
- Kog00 Kogel CH de. Een biopsychologische benadering van psychopathie. *Perspectieven voor het tbs-veld. Justitiële verkenningen* 2000; 26: 91-109.
- Knu04 Knutson JF, DeGarmo DS & Reid JB. Social disadvantage and neglectful parenting as precursors to the development of antisocial and aggressive child behavior: testing a theoretical model. *Aggressive behavior* 2004; 30: 187-205.
- Lal88 Lally JR, Mangione PL & Honig AS. The Syracuse University Family Development Research Program: Long-range impact of an early intervention with low-income children and their families. In: Powell DR (ed.). *Advances in applied developmental psychology*. Norwood, NJ: Ablex Publishing 1988: 79-104.
- Lan04 Lankveld J van. Geen criminelen zonder genen. *Maandblad geestelijke volksgezondheid* 2004; 60: 435-438.
- Lee99 Lees J, Manning N & Rawlings B. Therapeutic community effectiveness: a systematic international review of therapeutic community treatment for people with personality disorders and mentally

- disordered offenders. CRD report number 17. York: NHS Centre for reviews and dissemination, 1999.
- Lee02 Leenen HJJ. Handboek gezondheidsrecht. Deel II: Gezondheidszorg en recht. Bewerkt door JKM Gevers. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2002.
- Lei03 Leichsenring F & Leibing E. The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: a meta-analysis. *American journal of psychiatry* 2003; 160: 1223-1232.
- Lew89 Lewis DO, Lovely R & Yeager C e.a. Toward a theory of the genesis of violence: a follow-up study of delinquents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1989; 28: 431-436.
- Lie04 Lier PAC van, Muthén BO & Sar RM van der e.a. Preventing disruptive behavior in elementary schoolchildren: impact of a universal classroom-based intervention. *Journal of consulting and clinical psychology* 2004; 72: 467-478.
- Lie05 Lier PA & Crijnen AA. Trajectories of peer-nominated aggression: risk status, predictors and outcomes. *Journal of abnormal child psychology* 2005; 33: 99-112.
- Lin04 Linden AP van der. Het civiele jeugdrecht. In: Duits N, Bartels AJC & Gunning WB (red.). *Jeugdpsychiatrie en recht*. Assen: Van Gorcum, 2004: 215-249.
- Lin91 Linehan M, Armstrong HE & Suarez A e.a. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of general psychiatry* 1991; 48: 1060-1064.
- Lin93 Linehan M & Heard H. Naturalistic follow-up of a behavioural treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of general psychiatry* 1993; 50: 971-977.
- Lio79 Lion JR. Benzodiazepines in the treatment of aggressive patients. *The journal of clinical psychiatry* 1979; 40: 70-71.
- Lod03 Lodewijks HPB. De behandeling van jeugd in een justitiële behandelinstelling. In: Groen H & Drost M (red.). *Handboek forensische geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: De Tijdstroom, 2003: 229-336.
- Loe82 Loeber R. The stability of antisocial and delinquent child behavior: a review. *Child development* 1982; 53: 1431-1446.
- Loe00 Loeber R & Farrington DP. Young children who commit crime: epidemiology, developmental origins, risk factors, early interventions, and policy implications. *Development and psychopathology* 2000; 12: 737-762.
- Loe01 Loeber R & Farrington DP (eds). *Child delinquents. Development, intervention, and service needs*. Thousand Oaks: Sage, 2001.
- Lon94 Longabaugh R, Rubin A & Malloy P e.a. Drinking outcomes of alcohol abusers diagnosed as antisocial personality disorder. *Alcoholism: clinical and experimental research* 1994; 18: 778-785.
- Lös98 Lösel F. Treatment and management of psychopaths. In: Cooke DJ, Forth AE & Hare RD (eds.). *Psychopathy: theory, research, and implications for society*. Dordrecht: Kluwer, 1998: 303-354.
- Lös03 Lösel F & Bender D. Protective factors and resilience. In: Farrington DP & Coid JW (eds.). *Early prevention of adult antisocial behaviour*. Cambridge: Cambridge University Press, 2003: 130-204.
-

- Low01 Low G & Jones D. The treatment of deliberate self-harm in borderline personality disorder using dialectical behaviour therapy: a pilot study in a high security hospital. *Behavioural and cognitive psychotherapy* 2001; 29: 85-92.
- Mar95 Markowitz P & Wagner S. Venlafaxine in the treatment of borderline personality disorder. *Psychopharmacology bulletin* 1995; 3: 773-77.
- Mar03 Marle HJC van. De TBS in perspectief. In: Groen H & Drost M (red.). *Handboek forensische geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: De Tijdstroom, 2003: 247-260.
- Mar04a Markovitz PJ. Recent trends in the pharmacotherapy of personality disorders. *Journal of personality disorders* 2004; 18: 90-101.
- Mar04b Marle H van. *Tussen wet en wetmatigheid. De forensische psychiatrie in sociaal perspectief*. Deventer: Kluwer, 2004.
- Mat00a Matsier D & Doreleijers ThAH. Antisociaal en agressief gedrag. Een literatuuroverzicht van neurobiologisch onderzoek. *Justitiële verkenningen* 2000; 26: 51-64.
- Mat00b Matthys W. Oppositioneel-opstandige en anti-sociale gedragsstoornissen. In: Verhulst FC & Verheij F (red.). *Kinder- en jeugdpsychiatrie. Onderzoek en diagnostiek*. Assen: Van Gorcum, 2000: 380-392.
- Med88 Mednick SA & Kandel ES. Congenital determinants of violence. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law* 1988; 16: 101-109.
- Mes99 Messina NP, Wish ED & Nemes S. Therapeutic community treatment for substance abusers with antisocial personality disorder. *Journal of substance abuse treatment* 1999; 17: 121-128.
- Mes02 Messina NP, Wish ED & Hoffman JA e.a. Antisocial personality disorder and TC treatment outcomes. *American journal of drug and alcohol abuse* 2002; 28: 197-212.
- Mes03 Messina N, Farabee D & Rawson R. Treatment responsivity of cocaine-dependent patients with antisocial personality disorder to cognitive-behavioral and contingency management interventions. *Journal of consulting and clinical psychology* 2003; 71: 320-329.
- Mic02 Miczek KA, Fish EW & Bold JF de e.a. Social and neural determinants of aggressive behavior: pharmacotherapeutic targets at serotonin, dopamine and Y-aminobutyric acid systems. *Psychopharmacology* 2002; 163: 434-458.
- Mic04 Miczek KA, Faccidomo S & Almeida RM de e.a. Escalated aggressive behavior: new pharmacotherapeutic approaches and opportunities. *Annals of the New York Academy of Sciences* 2004; 1036: 336-355.
- Mof03 Moffitt TE. Life-course-persistent and adolescence-limited antisocial behavior: a 10-year research review and research agenda. In: Lahey BB, Moffitt TE & Caspi A (eds.). *Causes of conduct disorder and juvenile delinquency*. New York: Guilford, 2003: 49-75.
- Mor99 Moran P. *Antisocial personality disorder. An epidemiological perspective*. London: Gaskell, 1999.
- Mui89 Muir RC, Monaghan SM & Gilmore RJ e.a. Predicting child abuse and neglect in New Zealand. *Australian and New Zealand journal of psychiatry* 1989; 23: 255-260.
- Mur85 Murphy S, Orkow B & Nicola RM. Prenatal prediction of child abuse and neglect: a prospective study. *Child abuse & neglect* 1985; 9: 225-235.
-

- MvJ04 Ministerie van Justitie. Verbeterplan aansluiting nazorg. Den Haag: Ministerie van Justitie, 2004.
- MvJ05 Ministerie van Justitie. Programma Terugdringen Recidive. Gedragsinterventies. Den Haag: Ministerie van Justitie, 2005.
- Nat04 National Mental Health Association. Mental health treatment for youth in the juvenile justice system. Alexandria: NMHA, 2004 (www.nmha.org/children/JJCompendiumofBestPractices.pdf).
- NIH05 National Institutes of Health. State-of-the-science conference statement. Preventing violence and related health-risking social behaviors in adolescents. 2005. (www.nih.gov)
- NVP01 Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR. Lisse: Swets & Zeitlinger, 2001.
- NVP04 Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Richtlijn psychiatrisch onderzoek bij volwassenen. Amsterdam: Boom, 2004.
- Oei00 Oei TI & Groenhuijsen MS (red.). Forensische psychiatrie anno 2000. Deventer: Gouda Quint, 2000.
- Off00 Offringa M, Assendelft WJJ & Scholten RJPM (red.). Inleiding in evidence-based medicine. Klinisch handelen gebaseerd op bewijsmateriaal. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2000.
- Ogd04 Ogden T & Halliday-Boykins CA. Multisystemic treatment of antisocial adolescents in Norway: replication of clinical outcomes outside of the US. *Child and adolescent mental health* 2004; 9: 77-83.
- Ogl90 Ogloff JRP, Wong S & Greenwood A. Treating criminal psychopaths in a therapeutic community program. *Behavioral sciences and the law* 1990; 8: 181-190.
- Old98 Olds DL, Henderson CR & Cole R e.a. Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior. *Journal of the American Medical Association* 1998; 280: 1238-1244.
- Ope04 Operatie Jong. Sterk en resultaatgericht voor de jeugd. Den Haag: Operatie Jong, 2004.
- Öry05 Öry FG & Rüter C de. Parent management training Oregon model (PMTO) in the Netherlands. Implementation and research 2005-2008.
- Pan03 Panhuis PJA van. Voorgeschiedenis in de GGZ van forensisch psychiatrische patiënten. In: Groen H & Drost M (red.). *Handboek forensische geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: De Tijdstroom, 2003: 29-32.
- Par97 Paris J. Antisocial and borderline personality disorders: two separate diagnosis or two aspects of the same psychopathology? *Comprehensive psychiatry* 1997; 38: 237-242.
- Par98 Paris J. A biopsychosocial model of psychopathy. In: Millon T, Simonsen E & Birket-Smith M e.a (eds.). *Psychopathy. Antisocial, criminal and violent behavior*. New York: The Guilford Press, 1998: 277-287.
- Pat98 Patterson GR, Forgatch MS & Yoerger KL e.a. Variables that initiate and maintain an early-onset trajectory for juvenile offending. *Development and psychopathology* 1998; 10: 531-547.
- Pea05 Pears K & Fisher PA. Developmental, cognitive, and neuropsychological functioning in preschool-aged foster children: associations with prior maltreatment and placement history. *Developmental and behavioral pediatrics* 2005; 26: 112-122.
-

- Pen96 Penick EC, Powell BJ & Campbell J e.a. Pharmacological treatment for antisocial personality disorder alcoholics: a preliminary study. *Alcoholism: clinical and experimental research* 1996; 20: 477-484.
- Per99 Perry JC, Banon E & Ianni F. Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. *American journal of psychiatry* 1999; 156: 1312-1321.
- Pes94 Peselow ED, Sanfilipo MP & Fieve RR e.a. Personality traits during depression and after clinical recovery. *British journal of psychiatry* 1994; 164: 349-354.
- Phi00 Philipse MWG, Ruiter C de & Hildebrand M e.a. HCR-20. Beoordelen van het risico van gewelddadig gedrag. Versie 2. Nijmegen: Prof. WPJ Pompestichting, 2000.
- Phi05 Philipse MWG. Predicting criminal recidivism: empirical studies and clinical practice in forensic psychiatry. Nijmegen: Academisch proefschrift Radboud Universiteit, 2005.
- Pou01 Poulin F, Dishion TJ & Burraston B. 3-Year iatrogenic effects associated with aggregating high-risk adolescents in cognitive-behavioral preventive interventions. *Applied developmental science* 2001; 4: 214-224.
- Pow95 Powell BJ, Campbell JL & Landon JF e.a. A double-blind, placebo-controlled study of nortriptyline and bromocriptine in male alcoholics subtyped by comorbid psychiatric disorders. *Alcoholism: clinical and experimental research* 1995; 19: 462-468.
- Pro97 Project Match Research Group. Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: project MATCH posttreatment drinking outcomes. *Journal of studies on alcohol* 1997; 58: 7-29.
- Pro98 Pronk MH, Bonsel GJ & Brorens MJA e.a. Waardebepaling van geneesmiddelen: werkzaamheid, toepasbaarheid, doeltreffendheid en doelmatigheid. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde* 1998; 142: 697-701.
- Rai94 Raine A, Brennan P & Mednick SA. Birth complications combined with early maternal rejection at age 1 year predispose to violent crime at age 18 years. *Archives of general psychiatry* 1994; 51: 984-988.
- Rai98 Raine A, Reynolds C & Venables PH e.a. Fearlessness, stimulation-seeking, and large body size at age 3 years as early predispositions to childhood aggressions at age 11 years. *Archives of general psychiatry* 1998; 55: 745-751.
- Rai00 Raine A, Lenz T & Bihle S e.a. Reduced prefrontal gray matter volume and reduced autonomic activity in antisocial personality disorder. *Archives of general psychiatry* 2000; 57: 119-127.
- Rai01 Raine A, Park S & Lenz T e.a. Reduced right hemisphere activation in severely abused violent offenders during a working memory task: an fMRI study. *Aggressive behavior* 2001; 27: 111-129.
- Rai02 Raine A. Biosocial studies of antisocial and violent behavior in children and adults: a review. *Journal of abnormal child psychology* 2002; 30: 311-326.
- Rai03 Raine A, Mellingen K & Liu J e.a. Effects of environmental enrichment at ages 3-5 years on schizotypal personality and antisocial behavior at ages 17 and 23 years. *American journal of psychiatry* 2003; 160: 1627-1635.

- Ras99 Rasanen P, Hakko H & Isohanni M e.a. Maternal smoking during pregnancy and risk of criminal behavior among adult male offspring in the northern Finland 1996 birth cohort. *American journal of psychiatry* 1999; 156: 857-862.
- RCP99 Royal College of Psychiatrists' working group on the definition and treatment of severe personality disorder. *Offenders with personality disorder. Council report CR71*. London: Gaskell, 1999.
- Ric92 Rice ME, Harris GT & Cormier CA. An evaluation of a maximum security therapeutic community for psychopaths and other mentally disordered offenders. *Law and human behavior* 1992; 16: 399-412.
- RMO05 Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling. *Tussen zorgen en begrenzen. Over de aanpak van delictplegers met psychi(atri)sche problemen*. Den Haag: RMO, 2005.
- Rot96 Roth A & Fonagy P. *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York: The Guilford Press, 1996.
- Rui00a Ruiter C de. *Voor verbetering vatbaar*. Amsterdam: Vossiuspers, 2000.
- Rui00b Ruiter C de & Greeven PGJ. Personality disorders in a Dutch forensic psychiatric sample: convergence of interview and self-report measures. *Journal of personality disorders* 2000; 14: 162-170.
- Rui05 Ruiter C de & Veen V. *Terugdringen van recidive bij drie typen geweldsdelinquenten. Werkzame interventies bij relationeel geweld, seksueel geweld en algemeen geweld*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2005.
- Sal02 Salekin RT. Psychopathy and therapeutic pessimism. *Clinical lore or clinical reality? Clinical psychology review* 2002; 22: 79-112.
- San98 Sanislow CA & McGlashan T. Treatment outcome of personality disorder. *Canadian journal of psychiatry* 1998; 43: 237-250.
- Sau96 Saunders DG. Feminist-cognitive-behavioral and process-psychodynamic treatments for men who batter: interaction of abuser traits and treatment models. *Violence and victims* 1996; 11: 393-414.
- Sav00 Savornin Lohman J de, Bruning MR & Goderie MJH e.a. *Met recht onder toezicht gesteld. Evaluatie herziene OTS-wetgeving*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut, 2000.
- Sch94 Schadé A & Koerselman GF. De diagnose 'psychopathie'; ten onrechte in onbruik? *Tijdschrift voor psychiatrie* 1994; 36: 265-277.
- Sch97 Schoemaker C & Zessen G van. *Psychische stoornissen bij gedetineerden*. Utrecht: Trimbos-instituut, 1997.
- Sch99 Schulz SC, Kelly L & Berry SA e.a. Olanzapine safety and efficacy in patients with borderline personality disorder and comorbid dysthymia. *Biological psychiatry* 1999; 46: 1429-1435.
- Sch04 Schoemaker C & Ruiter C de. *Nationale monitor geestelijke gezondheid. Jaarboek 2004*. Utrecht: Trimbos-instituut, 2004.
- Ser96 Serketich WJ & Dumas JE. The effectiveness of behavioral parent training to modify antisocial behavior in children: a meta-analysis. *Behavior therapy* 1996; 27: 171-186.
- Set99 Seto M & Barbaree H. Psychopathy, treatment behavior, and sex offender recidivism. *Journal of interpersonal violence* 1999; 14: 1235-1248.
-

- She76 Sheard MH, Marini JL & Bridges CI e.a. The effect of lithium on impulsive aggressive behavior in man. *American journal of psychiatry* 1976; 133: 1409-1413.
- Sie00 Siebner HR & Peller M. Lasting cortical activation after repetitive TMS of the motor cortex: a glucose metabolic study. *Neurology* 2000; 54: 956-963.
- Sim04 Simonoff E. Predictors of antisocial personality. Continuities from childhood to adult life. *British journal of psychiatry* 2004; 184: 118-127.
- Slo02 Slot NW, Theunissen A & Esmeijer FJ e.a. 909 zorgen. Een onderzoek naar de doelmatigheid van de ondertoezichtstelling. Amsterdam: Vrij Universiteit Amsterdam, 2002.
- Slo04 Slot NW, Tooren A van & Bijl B. Bescherming in ontwikkeling. De evaluatie van de methodische vernieuwing in het kader van het 'Deltaplan kwaliteitsverbetering gezinsvoogdij'. Duivendrecht: PI Research, 2004.
- Sol93 Soloff PH, Cornelius J & George A e.a. Efficacy of phenelzine and haloperidol in borderline personality disorder. *Archives of general psychiatry* 1993; 50: 377-385.
- Ste98 Steadman HJ, Mulvey EP & Monahan J e.a. Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighbourhoods. *Archives of general psychiatry* 1998; 55: 393-401.
- Sto04 Stouthamer-Loeber M, Wei E & Loeber R e.a. Desistance from persistent serious delinquency in the transition to adulthood. *Development and psychopathology* 2004; 16: 897-918.
- Str98 Straus MA, Hamby SL & Finkelhor D e.a. Identification of child maltreatment with the parent-child conflict tactics scales: development and psychometric data for a national sample of American parents. *Child abuse and neglect* 1998; 22: 249-270.
- Str02 Strand PS. Treating antisocial behavior: a context for substance abuse prevention. *Clinical psychology review* 2002; 22: 707-728.
- Tij02 Tijen van NM & Verheul R. The origins of psychopathy. In: Blaauw E & Sheridan L (eds.). *Psychopaths. Current international perspectives*. Utrecht: Elsevier, 2002: 39-59.
- Tim04 Timmerman GH. *Violent behaviour. Aetiology and treatment issues*. Amsterdam: Academisch proefschrift Universiteit van Amsterdam, 2004.
- TK05 Tweede Kamer der Staten-Generaal. Brief van de Minister van Justitie en van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 18 april 2005. Tweede Kamer, vergaderjaar 2004-2005, 28741, nr 12. Den Haag: SDU Uitgeverij, 2005.
- TK06a Tweede Kamer der Staten-Generaal. Naar een veiliger samenleving. Verslag algemeen overleg gehouden op 8 december 2005. Tweede Kamer, vergaderjaar 2005-2006, 28684, nr 67. Den Haag: SDU Uitgeverij, 2006.
- TK06b Tweede Kamer der Staten-Generaal. Voorstel van wet tot wijziging van het Wetboek van Strafrecht, het Wetboek van Strafvordering en de Wet op de Jeugdzorg met het oog op verruiming van de mogelijkheden tot gedragsbeïnvloeding van jeugdigen (gedragsbeïnvloeding jeugdigen). Tweede Kamer, vergaderjaar 2005-2006, 30332, nr 2. Den Haag: SDU Uitgeverij, 2006.
-

- TK06c Tweede Kamer der Staten-Generaal. Nota gezinsbeleid Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Tweede Kamer, vergaderjaar 2005-2006, 30512, nr 2. Den Haag: SDU Uitgeverij, 2006.
- Tor05 Torgersen S. Epidemiology. In: Oldham JM, Skodol AE & Bender DS (eds.). Textbook of personality disorders. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2005: 129-141.
- Tre03 Tremblay R & Japel C. Prevention during pregnancy, infancy, and the preschool years. In: Farrington DP & Coid JW (eds.). Early prevention of adult antisocial behaviour. Cambridge: Cambridge University Press, 2003: 205-242.
- Tre04 Tremblay RE, Nagin DS & Séguin JR e.a. Physical aggression during early childhood: trajectories and predictors. *Pediatrics* 2004; 114: e43-e50.
- Tui89 Tuinier S. De psychiater en de wilde man. Een veldstudie over de relatie psychiatrisch syndroom en criminaliteit. Amsterdam: Academisch proefschrift Vrij Universiteit, 1989.
- Van97 Vandereycken W & Deth R van. Psychiatrie. Van diagnose tot behandeling. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1997.
- Veg99 Vegter PC. Behandelen in de gevangenis. Deventer: Gouda Quint, 1999.
- Ver98a Verheul R, Brink W van den & Hartgers C. Personality disorders predict relapse in alcoholic patients. *Addictive behavior* 1998; 23: 869-882.
- Ver98b Verheul, Brink W van den & Koeter MWJ. Temporal stability of diagnostic criteria for antisocial personality disorder in male alcohol dependent patients. *Journal of personality disorders* 1998; 12: 316-331.
- Ver98c Verkes RJ, Mast RC van der & Hengeveld MW e.a. Reduction by paroxetine of suicidal behavior in patients with repeated suicide attempts but not major depression. *American journal of psychiatry* 1998; 155: 543-547.
- Ver99a Verheul R & Brink W van den. Persoonlijkheidsstoornissen. In: Jong A de, Brink W van den & Ormel J e.a (eds.). Handboek psychiatrische epidemiologie. Utrecht: Elsevier, 1999: 347-378.
- Ver99b Verheul R, Brink W van den & Koeter MWJ e.a. Antisocial alcoholic patients show as much improvement at 14-month follow-up as non-antisocial alcoholic patients. *The American journal on addictions* 1999; 8: 24-33.
- Ver00 Verheul R, Brink W van den & Spinhoven PH e.a. Richtlijnen voor klinische diagnostiek van DSM-IV-persoonlijkheidsstoornissen. *Tijdschrift voor psychiatrie* 2000; 42: 409-422.
- Ver04 Verheul R, Bosch LMC van den & Ball SA. Substance abuse. In: Oldham JM, Skodol AE & Bender DE (eds.). Textbook of personality disorders. Washington, DC: American psychiatric press, 2004: 463-476.
- Vid04 Viding E. Annotation: understanding the development of psychopathy. *Journal of child psychology and psychiatry* 2004; 45: 1329-1337.
- Vli06 Vliet JA van. De TBS in zijn maatschappelijke context. De relatie tussen forensische psychiatrie en algemene geestelijke gezondheidszorg. Tilburg: Academisch proefschrift Universiteit van Tilburg, 2006.
-

- Vog05 Vogel V de. Structured risk assessment of (sexual) violence in forensic clinical practice. Amsterdam: Dutch University Press, 2005.
- Vre03 Vreugdenhil J. Psychiatric disorders among incarcerated male adolescents in the Netherlands. Amsterdam: Academisch proefschrift Vrij Universiteit, 2003.
- Vre06 Vreugdenhil J., Brink W van den & Ferdinand R e.a. The ability of YSR scales to predict DSM/ DISC-C psychiatric disorders among incarcerated male adolescents. *European child and adolescent psychiatry* 2006; 15: 88-96.
- War03 Warren F, McGauley G & Norton K e.a. Review of treatments for severe personality disorder. Home Office Online Report 30/03 (www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs2/rdsolr3003.pdf).
- War05a Wartna BSJ, Harbachi S el & Knaap LM van der. Buiten behandeling. Een cijfermatig overzicht van de strafrechtelijke recidive van ex-terbeschikkinggestelden. Den Haag: WODC, 2005.
- War05b Wartna BSJ, Harbachi S el & Laan AM van der. Jong vast. Een cijfermatig overzicht van de strafrechtelijke recidive van ex-pupillen van justitiële jeugdinstellingen. Den Haag: WODC, 2005.
- Wel03 Welsh BC. Economic costs and benefits of primary prevention of delinquency and later offending: a review of the research. In: Farrington DP & Coid JW (eds.). *Early prevention of adult antisocial behaviour*. Cambridge: Cambridge University Press, 2003: 318-355.
- Wer87 Werner EE. Vulnerability and resiliency in children at risk for delinquency: a longitudinal study from birth to young adulthood. In: Burchard JD & Bruchard SN (eds.). *Primary prevention of psychopathology*. Newbury Park: Sage, 1987: 16-43.
- Wer04 Werkgroep optimalisering zorgaanbod voor jeugdigen met ernstige gedragsproblemen. Eindrapportage. Den Haag, 2004.
- WHO93 World Health Organization. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders*. Geneva: World Health Organization, 1993.
- Wid03 Widenfelt BM, Goedhart AW & Treffers PDA. Dutch version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *European child & adolescent psychiatry* 2003; 12: 281-289.
- Wie02 Wiel N van de, Matthys W & Cohen-Kettenis PC e.a. Effective treatments of school-aged conduct disordered children: recommendations for changing clinical and research practices. *European child & adolescent psychiatry* 2002; 11: 79-84.
- Wil68 Wilson JMG & Jungner G. *Principles and practice of screening for disease*. Geneva: World Health Organization, 1968.
- Wit06 Witboek Jeugdzorg. Den Haag: Interprovinciaal overleg, 2006.
- Won00 Wong S. Psychopathic offenders. In: Hodgins S (ed.). *Violence, crime and mentally disordered offenders. Concepts and methods for effective treatment and prevention*. Chichester: John Wiley & Sons, 2000: 87-112.
- Woo85 Woody GE, McLellan AT & Luborsky L e.a. Sociopathy and psychotherapy outcome. *Archives of general psychotherapy* 1985; 42: 1081-1086.
- Woo97 Wootton JM, Frick PJ & Shelton KK e.a. Ineffective parenting and childhood conduct problems: the moderating role of callous-unemotional traits. *Journal of consulting and clinical psychology* 1997; 65: 301-308.
-

-
- A De adviesaanvraag
 - B De commissie
 - C Begripsbepalingen
 - D Preventie-effectstudies
 - E Behandeleffectstudies

Bijlagen

De adviesaanvraag

Op 30 oktober 2003 heeft de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) mede namens de Minister van Justitie het volgende verzoek om advies gedaan aan de voorzitter van de Gezondheidsraad (briefkenmerk GVM/2408440):

De antisociale persoonlijkheidsstoornis is een psychiatrische aandoening die nogal eens tot crimineel gedrag of andere vormen van maatschappelijke overlast leidt. Deze stoornis vormt ook voor de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en de forensische psychiatrie een probleem, omdat een duidelijk perspectief voor behandeling meestal ontbreekt. Daaraan ligt ten grondslag dat mensen met een antisociale persoonlijkheidsstoornis in de regel geen hulpvraag hebben, dat er een gebrek is aan kennis over effectieve behandelingsmethoden en dat het ziektebeeld vaak wordt gecompliceerd door co-morbiditeit met andere psychiatrische stoornissen, zoals een (ernstige) verslaving.

Voor zover er wel perspectieven voor behandeling zijn, zijn de omstandigheden daarvoor veelal niet optimaal. Een substantieel deel van de mensen met een antisociale persoonlijkheidsstoornis bevindt zich in tbs-klinieken en gevangenissen. Het ontbreken van gunstige randvoorwaarden voor behandeling van deze groep heeft onder meer te maken met de verhouding tussen de forensische psychiatrie en de algemene GGZ. Mede door verschillen in behandelvisie is de samenwerking tussen beide sectoren nog steeds beperkt. In twee interdepartementale beleidsonderzoeken (1995, 1998) en in de rapportage van de Commissie Beleidvisie tbs (2001) is geconstateerd dat tbs-gestelden niet goed doorstromen naar algemene GGZ-voorzieningen. Dat geldt ook, en misschien wel met name, wat tbs-gestelden met een antisociale persoonlijkheidsstoornis betreft. Binnen de algemene GGZ bestaat relatief wei-

nig ervaring met deze groep en leeft het idee dat ze veel beheersproblemen kan veroorzaken. Deze situatie bemoeilijkt de geleidelijke resocialisatie van tbs-gestelden met een antisociale persoonlijkheidsstoornis.

De behandeling van delinquenten met een antisociale persoonlijkheidsstoornis die geen tbs opgelegd hebben gekregen, stuit op vergelijkbare problemen. De omvang van deze groep bedraagt naar schatting enkele tientallen procenten van de gedetineerdenpopulatie. Op dit moment zijn er nauwelijks tot geen mogelijkheden om persoonlijkheidsstoornissen tijdens de detentie te behandelen. Zo'n behandeling zal overigens ook zelden afdoende kunnen zijn, omdat de noodzakelijke behandelduur van de antisociale persoonlijkheidsstoornis in de regel de duur van de detentie overstijgt. Daarom is er, onder meer uit oogpunt van preventie van recidive, ook behoefte aan passende zorg voor mensen met een antisociale persoonlijkheidsstoornis die hun gevangenisstraf hebben uitgezeten. Dit heeft mijn ambtsvoorganger er in maart 2000 toe gebracht de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) te vragen haar visie te geven op de wenselijkheid en uitvoerbaarheid van ambulante dwangbehandeling van deze groep binnen het kader van de wet Bopz. Volgens de NVvP kleven daaraan grote psychiatrische, medisch-ethische en juridische bezwaren. Daarom geeft zij er de voorkeur aan de bestaande mogelijkheden om GGZ-hulp in te zetten binnen een strafrechtelijke kader beter te benutten en voor ex-gedetineerden die zich niet aan gestelde voorwaarden houden of recidiveren eventueel een speciale intramurale voorziening te creëren.

Uit de problemen waarop behandeling van delinquenten met een antisociale persoonlijkheidsstoornis stuit, blijkt niet alleen het belang van optimalisering van de samenwerking tussen forensische psychiatrie en algemene GGZ, maar ook van primaire preventie van delinquentie. Waar mogelijk moet allereerst worden geprobeerd te voorkomen dat mensen met een antisociale persoonlijkheidsstoornis tot het plegen van strafbare feiten overgaan. Ook op dat punt kan een rol voor de algemene GGZ zijn weggelegd.

De forensische psychiatrie is een beleidsterrein waarvoor de departementen van Justitie en VWS gezamenlijk verantwoordelijkheid dragen. De afgelopen jaren zijn er door beide departementen een aantal beleidsinitiatieven genomen ter bevordering van de kwaliteit en doelmatigheid van de forensische zorg en ter verbetering van de samenwerking tussen justitiële en GGZ-instellingen. Nu bestaat er behoefte aan een duidelijker beeld van de mogelijkheden tot *evidence based* behandeling van mensen met een antisociale persoonlijkheidsstoornis en van de invloed van de setting van de behandeling op de effectiviteit ervan. Een dergelijk beeld is bevorderlijk voor uiteenlopende, maar samenhangende, doelstellingen als verbetering van de psychische gezondheid van de betreffende personen, preventie van delinquentie, reductie van recidive, doorstroming vanuit tbs-klinieken en een doelmatige inzet van middelen.

Mede namens mijn collega van Justitie verzoek ik u een overzicht te geven van de stand van wetenschap met betrekking tot de behandeling van mensen met een antisociale persoonlijkheidsstoornis en daarbij kennis te nemen van de binnen de tbs-klinieken aanwezige ervaringskennis. Ik vraag u in het bijzonder aandacht te besteden aan de mogelijkheden om

- de antisociale persoonlijkheidsstoornis adequaat te diagnosticeren;
- de ontwikkeling van een antisociale persoonlijkheidsstoornis te voorkomen;
- mensen met een antisociale persoonlijkheidsstoornis effectief te behandelen; en
- op andere (bijvoorbeeld louter justitiële) wijze mogelijke recidive te voorkomen.

Tevens verzoek ik u zo mogelijk een uitspraak te doen over organisatorische en juridische omstandigheden die van invloed kunnen zijn op de effectiviteit van de betreffende (be)handelwijzen en daarbij relevante ethische aspecten te betrekken.

Hoogachtend,
De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
H Hoogervorst

De commissie

-
- prof. dr WA van Gool, *voorzitter*
hoogleraar neurologie; Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
 - dr R Berghmans
universitair docent; Instituut voor Gezondheidsethiek, Universiteit Maastricht
 - drs GHA van Brussel,
sociaal geneeskundige; hoofd Cluster Maatschappelijke geestelijke gezondheidszorg, GGD Amsterdam
 - drs FH Clabbers, *adviseur*
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag
 - prof. dr ThAH Doreleijers
hoogleraar kinder- en jeugdpsychiatrie; VU Medisch Centrum/de Bascule, Amsterdam
 - prof. dr GF Koerselman
hoogleraar psychiatrie; Universitair Medisch Centrum, Utrecht
 - dr J Meyer
directeur Expertisecentrum Forensische Psychiatrie; Utrecht
 - prof. dr mr LM Moerings
hoogleraar penologie; Universiteit Leiden
-

- mr drs DW Oppedijk
geneesheer-directeur Forensisch-psychiatrisch centrum Veldzicht; Balkbrug
(tot 1-10-2005)
- mr dr P Osinga, *adviseur*
Ministerie van Justitie, Den Haag
- prof. dr C de Ruiter
hoogleraar forensische psychologie; Universiteit Maastricht
- prof. dr JA Swinkels
hoogleraar richtlijnontwikkeling in de geestelijke gezondheidszorg;
Universiteit van Amsterdam
- prof. dr RW Trijsburg
hoogleraar psychotherapie; Erasmus Universiteit, Rotterdam
- prof. dr R Verheul
hoogleraar persoonlijkheidsstoornissen; Universiteit van Amsterdam
- mr A Bood, *secretaris*
Gezondheidsraad, Den Haag

Secretariële ondersteuning: R Aksel Gauri & DAP van Bladel.
Opmaak: M Javanmardi.

De Gezondheidsraad en belangen

Leden van Gezondheidsraadcommissies worden benoemd op persoonlijke titel, wegens hun bijzondere expertise inzake de te behandelen adviesvraag. Zij kunnen echter, dikwijls juist vanwege die expertise, ook belangen hebben. Dat behoeft op zich geen bezwaar te zijn voor het lidmaatschap van een Gezondheidsraadcommissie. Openheid over mogelijke belangenconflicten is echter belangrijk, zowel naar de voorzitter en de overige leden van de commissie, als naar de voorzitter van de Gezondheidsraad. Bij de uitnodiging om tot de commissie toe te treden wordt daarom aan commissieleden gevraagd door middel van het invullen van een formulier inzicht te geven in de functies die zij bekleeden, en andere materiële en niet-materiële belangen die relevant kunnen zijn voor het werk van de commissie. Het is aan de voorzitter van de raad te oordelen of gemelde belangen reden zijn iemand niet te benoemen. Soms zal een adviseur het dan mogelijk maken van de expertise van de betrokken deskundige gebruik te maken. Tijdens de installatievergadering vindt een bespreking plaats van de verklaringen die zijn verstrekt, opdat alle commissieleden van elkaars eventuele belangen op de hoogte zijn.

Begripsbepalingen

Antisociale persoonlijkheidsstoornis (DSM-IV)

De *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) is een classificatiesysteem van psychiatrische stoornissen, opgesteld door de American Psychiatric Association. De meest recente versie is de DSM-IV uit 1994. De DSM wordt wereldwijd veel gebruikt bij klinische diagnostiek en onderzoek. De DSM-IV classificeert psychiatrische stoornissen aan de hand van sets van criteria in onderscheidenlijke categorieën.

Volgens de DSM-IV is een persoonlijkheidsstoornis een duurzaam patroon van duidelijk afwijkende innerlijke ervaringen en gedragingen dat star is en zich op een breed terrein van persoonlijke en sociale situaties uit; in significante mate lijden of beperkingen in het functioneren veroorzaakt; stabiel en van lange duur is en waarvan het begin in de adolescentie of de vroege volwassenheid ligt; niet toe te schrijven is aan een andere psychische stoornis; en niet het gevolg is van een middel of een somatische aandoening.

De DSM-IV onderscheidt drie clusters van persoonlijkheidsstoornissen. Cluster A wordt gevormd door de paranoïde, de schizoïde en de schizotypische persoonlijkheidsstoornis. Cluster B bestaat uit de theatrale, de narcistische, de antisociale en de borderlinepersoonlijkheidsstoornis. En tot cluster C behoren de

ontwikkende, de afhankelijke en de obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis.

De antisociale persoonlijkheidsstoornis wordt in de DSM-IV gespecificeerd aan de hand van vier zichtbare kenmerken (APA94, NVP01):

- A Een diepgaand patroon van gebrek aan achting voor en schending van de rechten van anderen vanaf het vijftiende jaar aanwezig, zoals blijkt uit drie (of meer) van de volgende:
 - 1 niet in staat zich te conformeren aan de maatschappelijke norm dat men zich aan de wet moet houden, zoals blijkt uit het bij herhaling tot handelingen komen die een reden voor arrestatie kunnen zijn
 - 2 oneerlijkheid, zoals blijkt uit herhaaldelijk liegen, het gebruik van valse namen of anderen bezwendelen ten behoeve van eigen voordeel of plezier
 - 3 impulsiviteit of onvermogen om vooruit te plannen
 - 4 prikkelbaarheid en agressiviteit zoals blijkt uit bij herhaling komen tot vechtpartijen of geweldpleging
 - 5 roekeloze onverschilligheid voor de veiligheid van zichzelf of anderen
 - 6 constante onverantwoordelijkheid zoals blijkt uit het herhaaldelijk niet in staat zijn geregeld werk te behouden of financiële verplichtingen na te komen
 - 7 ontbreken van spijtgevoelens, zoals blijkt uit de ongevoeligheid voor of het rationaliseren van het feit anderen gekwetst, mishandeld of bestolen te hebben.
- B De leeftijd is tenminste achttien jaar.
- C Er zijn aanwijzingen voor een gedragsstoornis beginnend voor het vijftiende jaar.
- D Het antisociale gedrag komt niet uitsluitend voor in het beloop van schizofrenie of manische episodes.

Psychopathie (PCL-R)

De PCL-R van Hare meet psychopathie aan de hand van twintig criteria. Op drie na zijn deze ondergebracht in twee dimensies. De gevoelsmatige en interpersoonlijke dimensie van de stoornis omvat kilheid, gebrek aan empathie, pathologisch liegen en manipulatie (I). De gedragsmatige dimensie omvat antisociaal gedrag en impulsiviteit (II). De criteria binnen deze tweede dimensie vertonen overeenkomsten met de diagnostische criteria van de DSM-IV voor de ASP (Har91, Hil99, Hil04).

Criteria (dimensie):

- 1 Gladde prater/oppervlakkige charme (I)
- 2 Sterk opgeblazen gevoel van eigenwaarde (I)
- 3 Prikkelhongerig/neiging tot verveling (II)
- 4 Pathologisch liegen (I)
- 5 List en bedrog/manipulerend gedrag (I)
- 6 Gebrek aan berouw of schuldgevoel (I)
- 7 Ontbreken van emotionele diepgang (I)
- 8 Kil/gebrek aan empathie (I)
- 9 Parasitaire leefstijl (II)
- 10 Gebrekkige beheersing van het gedrag (II)
- 11 Promiscue seksueel gedrag (-)
- 12 Gedragsproblemen op jonge leeftijd (II)
- 13 Ontbreken van realistische doelen op de lange termijn (II)
- 14 Impulsiviteit (II)
- 15 Onverantwoordelijk gedrag (II)
- 16 Geen verantwoordelijkheid nemen voor het eigen gedrag (II)
- 17 Veel kortstondige partnerrelaties (-)
- 18 Jeugdcriminaliteit (II)
- 19 Schending van voorwaarden bij voorwaardelijke veroordeling en/of achterwege blijven van vervoegde of voorwaardelijke invrijheidstelling (-)
- 20 Veelsoortige criminaliteit (II).

Dissociale persoonlijkheidsstoornis (ICD-10)

Volgens de ziektenclassificatie van de WHO, de ICD-10, is een dissociale persoonlijkheidsstoornis een stoornis die aan de algemene criteria van een persoonlijkheidsstoornis voldoet (vergelijkbaar met die van de DSM-IV) en waarbij daarnaast tenminste drie van de volgende kenmerken aanwezig zijn (WHO93):

- 1 callous unconcern for the feelings of others
 - 2 gross and persistent attitude of irresponsibility and disregard for social norms, rules, and obligations
 - 3 incapacity to maintain enduring relationships, though with no difficulty in establishing them
 - 4 very low tolerance to frustration and a low threshold for discharge of aggression, including violence
 - 5 incapacity to experience guilt, or to profit from adverse experience, particularly punishment
-

- 6 marked prones to blame others, or to offer plausible rationalizations for the behaviour that has brought the individual into conflict with society.

Antisociale gedragsstoornis (DSM-IV)

Aan een ASP gaan altijd gedragsproblemen tijdens de kindertijd of de adolescentie vooraf. Zulke gedragsproblemen kunnen al op jonge leeftijd een uiting zijn van een psychiatrische gedragsstoornis. Gedragsstoornissen vormen belangrijke risicofactoren voor het ontstaan van een antisociale persoonlijkheidsstoornis. Daarom worden ze als mogelijke voorlopers van een ASP beschouwd.

De belangrijkste gedragsstoornissen die de DSM-IV onderscheidt zijn de oppositionele gedragsstoornis, de *attention deficit hyperactivity disorder* (ADHD) en de antisociale gedragsstoornis.

De antisociale gedragsstoornis geldt als de sterkste voorspeller van de ASP. De antisociale gedragsstoornis wordt in de DSM-IV gespecificeerd aan de hand van drie kenmerken (APA94, NVP01):

- A Een herhaald en aanhoudend patroon van gedrag waarbij de rechten van anderen of belangrijke, op die leeftijd geldende sociale normen en waarden worden geschonden. Dit blijkt uit drie of meer van de volgende criteria in een periode van 12 maanden, waarbij tenminste één criterium zich de afgelopen zes maanden heeft voorgedaan:

Agressie tegen mensen of dieren

- 1 vaak pesten, bedreigen of intimideren van anderen
- 2 vaak beginnen van vechtpartijen
- 3 een wapen hebben gebruikt dat ernstige fysieke schade kan toebrengen (bijvoorbeeld een knuppel, steen, gebroken fles, mes, pistool)
- 4 fysiek wreed tegen mensen zijn geweest
- 5 fysiek wreed tegen dieren zijn geweest
- 6 mensen in een confrontatie hebben beroofd (bijvoorbeeld straatroof, tasje-diefstal, afpersing, gewapende overval)

7 iemand tot seksuele activiteit hebben gedwongen

Vernieling van eigendom

8 opzettelijk brand hebben gesticht met het doel ernstige schade te veroorzaken

9 opzettelijk bezittingen van anderen hebben vernield (anders dan door brandstichting)

Bedrog of diefstal

10 ingebroken hebben in woning, gebouw of auto van een ander

11 vaak liegen om goederen of diensten te verkrijgen of om verplichtingen te ontlopen (doelbewust misleiden)

12 waardevolle voorwerpen hebben gestolen anders dan in een confrontatie (bijvoorbeeld winkeldiefstal zonder braak, vervalsing)

Ernstige overtreding van regels

13 's avonds later thuiskomen dan door de ouders is toegestaan (beginnend vóór het dertiende jaar)

14 tenminste twee maal 's nachts te zijn weggelopen uit het huis van ouders of pleegouders (of eenmaal langdurig)

15 vaak spijbelen (beginnend vóór het dertiende jaar)

B De gedragsstoornis leidt duidelijk tot verminderd functioneren in de sociale omgang, op school of op het werk.

C Als de persoon 18 jaar of ouder is, is niet voldaan aan de criteria voor de anti-sociale persoonlijkheidsstoornis.

Preventie-effectstudies

Tabel 1 Onderzoek (primaire studies en meta-analyses) naar de effectiviteit van preventie en behandeling van gedragsproblemen en –stoornissen.

Auteur	Opzet	Populatie	Interventie	Follow up	Uitval	Uitkomst
<i>Baby's, peuters en kinderen in de basisschoolleeftijd</i>						
Lal88	rct	216 vrouwen met een lage sociaal-economische status, waarvan 85% alleenstaand, met hun kind	vroege pedagogische ondersteuning van en gedragstraining voor de ouder(s) en dagelijkse zorg in een <i>day-care centre</i> voor het kind, gedurende de eerste 5 levensjaren van het kind	10 jaar	24%	6% van de kinderen uit de interventiegroep en 22% van de kinderen uit de controlegroep heeft bij <i>follow up</i> tenminste een voorwaardelijke veroordeling gekregen
Old98	rct	400 zwangere vrouwen, waarvan 85% met een lage leeftijd, alleenstaand en/of een lage sociaal-economische status	vroege pedagogische ondersteuning van en gedragstraining voor de ouder(s) tijdens huisbezoeken, van 2 maanden vóór tot uiterlijk 22 maanden na de geboorte van het kind	15 jaar	nb	significant positief effect op opvoedingsvaardigheden van de moeder, op gezinsomstandigheden, en op het sociaal functioneren van het kind
Rai03	rct	438 kinderen van 3 jaar	een gestructureerd programma van voeding, educatie en beweging vs <i>usual community conditions</i> , gedurende 2 jaar	18 jaar	nb	op 17-jarige leeftijd minder gevallen van antisociale gedragsstoornis en op 23-jarige leeftijd minder veroordelingen in de interventiegroep

Auteur	Opzet	Populatie	Interventie	Follow up	Uitval	Uitkomst
IJz95	meta-analyse van 12 studies	nb	kortdurende programma's gericht op vergroting van de sensitiviteit van ouders voor de behoeften van hun kind	nb	nb	gemiddelde effectgrootte 0.50
Ser96	meta-analyse van 26 studies	ouders van kinderen met een geschiedenis van antisociaal gedrag en een leeftijd tussen 4 en 12 jaar	gedragstraining voor de ouders	uiterlijk 1 jaar	nb	gemiddelde effectgrootte 0.86
Deg05	rct	238 gescheiden moeders met een zoon in de leeftijd van 6 tot 10 jaar	gedragstraining voor de moeder, gedurende 6 maanden	3 jaar	nb	significante reductie van <i>delinquency</i> en <i>deviant peer affiliation</i>
Edd03	rct	361 kinderen (gem. lftd 11 jaar) en hun ouders	kortdurende multimodale interventie, waaronder gedragstraining voor de ouders	42 maanden	Nb	significant minder arrestaties en alcoholgebruik
Edd04	rct	pleegouders van 79 jongens (gem. lftd 15 jaar) met een geschiedenis van antisociaal gedrag	gedragstraining	2 jaar	nb	significante afname van gewelddadig en ander crimineel gedrag van het pleegkind
<i>Adolescenten</i>						
Ben00	meta-analyse van 30 studies	kinderen met een geschiedenis van antisociaal gedrag	cognitieve gedragstherapie	nb	nb	gemiddelde effectgrootte 0.66
Lie04	rct	744 schoolkinderen, gem. lftd 7 jaar	<i>classroom based, behavior management program</i> , gericht op het bevorderen van prosociaal gedrag, gedurende 2 jaar	-	nb	significante reductie van gedragsproblemen
Cur04	meta-analyse van 8 studies	antisociale jongeren, gem. lftd 15 jaar	multisysteemtherapie, gedurende 15-24 weken	12 weken tot 4 jaar	nb	gemiddelde effectgrootte 0.55
Ogd04	rct	100 antisociale jongeren, gem. lftd 15 jaar	multisysteemtherapie, gedurende 6 maanden	-	4/100	significant grotere reductie van internaliserend gedrag; significante vergroting van sociale vaardigheden en van gezinscohesie; marginaal significant grotere reductie van externaliserend gedrag

Behandeleffectstudies*Tabel 2* Onderzoek (primaire studies en meta-analyses) naar de effectiviteit van behandeling van symptomen van de ASP.

Auteur	Opzet	Populatie	Interventie	Follow up	Uitval	Uitkomst
<i>Beïnvloeding van de gevoelsmatige en interpersoonlijke dimensie</i>						
Ogl90	niet-gecontr. observat.	80 mannelijke delinquenten waarvan 21 met een PCL > 26, 47 met een PCL = 17-26 en 12 met een PCL < 17; gem. lfd 27 jaar	therapeutische gemeenschap	-	nb	significant negatief verband tussen enerzijds PCL-score en anderzijds aantal dagen in behandeling, behandelmotivatie en behandel-effect
Ric92	cohort	322 mannelijke delinquenten; 46 uit de behandelgroep met een PCL-score > 24; gem. <i>age at offense</i> 23 jaar	(niet-represent.) therapeutische gemeenschap vs reguliere gevangenis, gedurende tenminste twee jaar	10 jaar	nb	relatief veel gewelddadig recidivisme voor behandelde psychopaten, relatief weinig voor behandelde niet-psychopaten
Hug97	niet-gecontr. observat.	9 delinquenten; PCL-R-score = 11-27; gem. lfd 41 jaar	groepstherapie, aangevuld met div. individuele therapie, gedurende 18 maanden	-	nb	significante negatieve correlatie tussen verandering en score op gevoelsmatige en interpersoonlijke PCL-R-dimensie

Auteur	Opzet	Populatie	Interventie	Follow up	Uitval	Uitkomst
Hil04	niet-gecontr. observat.	87 forensisch-psychiatrische patiënten, waarvan 41 met een ASP en 27 met een PCL-R-score > 25; gem. lftd 30 jaar	therapeutische gemeenschap	nb	nb	negatief verband tussen hoge PCL-R-score en deelname aan werken educatie-activiteiten
<i>Beïnvloeding van de gedragsmatige dimensie</i>						
Bec98b	meta-analyse van 50 studies		cognitieve gedragstherapie	nb	nb	gemiddelde effectgrootte woedebeheersing 0.70
Dig03	meta-analyse van 57 studies		cognitieve gedragstherapie	nb	nb	gemiddelde effectgrootte reductie agressie 1.16
Del04	meta-analyse van 23 studies		cognitieve gedragstherapie	nb	nb	gemiddelde effectgrootte woedereductie 1.07
Sau96	rct	218 mannen die zijn veroordeeld voor huiselijk geweld, waarvan 49 met een antisociale persoonlijkheid (MCMI); gem. lftd 32 jaar	gestructureerde feministisch-cognitieve gedragstherapie vs minder gestructureerde proces-georiënteerde psychodynamische therapie, gedurende 20 weken	gemiddeld 26 maanden	72/218	mannen met veel antisociale kenmerken vertoonden lagere recidive na cognitieve gedragstherapie
She76	rct	66 delinquenten met een geschiedenis van chronisch impulsief agressief gedrag; lftd 16-24 jaar	lithium vs placebo, gedurende maximaal 3 maanden	1 maand	nb	significant verband tussen behandeling en betrokkenheid bij ernstige gewelddadige incidenten
Lio79	rct	65 patiënten met een geschiedenis van impulsiviteit en agressiviteit; gem. lftd 28 jaar	chlordiazepoxide vs oxazepam vs placebo, gedurende 4 weken	-	20/65	significante reductie <i>irritability</i> in oxazepamgroep
Sol93	rct	108 borderlinepatiënten; gem. lftd 27 jaar	phenelzine vs haroperidol vs placebo, gedurende 5 weken	-	32/108	geen significant effect op impulsief gedrag, wel van phenelzine op <i>anger</i> en <i>hostility</i>
Coc97	rct	40 patiënten met een persoonlijkheidsstoornis (DSM-III-R) en een hoge OAS-M-score; gem. lftd 38 jaar	fluoxetine vs placebo, gedurende 12 weken	-	nb	significante reductie van impulsieve verbale agressie en impulsieve agressie tegen objecten
Fav93	niet-gecontr. observat.	127 depressieve patiënten, waarvan 18 met een comorbide ASP; gem. lftd 28 jaar	fluoxetine, gedurende 8 weken	-	42/127	significante reductie aantal woede-aanvalen

Auteur	Opzet	Populatie	Interventie	Follow up	Uitval	Uitkomst
Kav94	niet-gecontr. observat.	11 patiënten met een persoonlijkheidsstoornis (DSM-III-R); lfd 20-53 jaar	sertraline, gedurende 8 weken	-	4/11	significante reductie van impulsieve agressiviteit (OAS-M)
Kav98	niet-gecontr. observat.	10 patiënten met een persoonlijkheidsstoornis (DSM-IV), bij wie fluoxetine geen effect had op impulsieve agressiviteit; lfd 25-54 jaar	natrium-valproaat, gedurende 8 weken	-	2/10	significante reductie van impulsieve agressiviteit (BIS en BDHI)
Sch99	niet-gecontr. observat.	11 borderlinepatiënten	olanzapine, gedurende 8 weken	-	2/11	significante reductie van impulsiviteit en agressiviteit
Bat99a	rct	44 patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis en een geschiedenis van (para)suïcidaliteit; gem. lfd behandelgroep 30 jaar, controlegroep 33 jaar	dagklinische, psychoanalytisch georiënteerde psychotherapie versus psychiatrische standaardbehandeling, gedurende 18 maanden	-	6/44	vanaf 6 maanden significante verbeteringen o.h.g.b. (para)suïcidaliteit, depressies en interpersoonlijk functioneren
Eva99	rct	34 patiënten met een recente geschiedenis van zelfbeschadiging en cluster B-persoonlijkheidsproblemen (ICD-10)	<i>manual assisted cognitive gedragstherapie vs treatment as usual</i> , 2-6 sessies	6 maanden	2/34	niet significante reductie van zelfbeschadiging; significante reductie van depressie
Bat01 (vervolgstudie op Bat99a)				18 maanden	nb	groei van de verschillen tussen behandel- en controlegroep
Lin91	rct	44 vrouwen met een borderline persoonlijkheidsstoornis	dialectische gedragstherapie vs <i>treatment as usual</i> , gedurende 12 maanden	-	nb	significant minder parasuïcidaal gedrag dan in de controlegroep
Lin93 (vervolgstudie op Lin91)				12 maanden	nb	na 6 maanden wel, maar na 12 maanden niet minder parasuïcidaal gedrag dan in de controlegroep
Bos05	Rct	58 vrouwen met een borderline persoonlijkheidsstoornis	Dialectische gedragstherapie vs standaardbehandeling, gedurende 1 jaar	6 maanden	resp. 23% en 63%	significant grotere afname van parasuïcidaal gedrag en alcoholafhankelijkheid

Auteur	Opzet	Populatie	Interventie	Follow up	Uitval	Uitkomst
Mar95	niet-gecontr. observat.	45 personen met een borderline persoonlijkheidsstoornis, waarvan 40 met een comorbide depressieve stoornis	venlafaxine, gedurende 12 weken	-	nb	significante reductie van zelfbeschadiging
Ben98	niet-gecontr. observat.	12 borderlinepatiënten met psychotisch gedrag; gem. lftd 30 jaar	clozapine, gedurende 16 weken	-	0/12	significante reductie aantal zelfmoordpogingen
Ver98c	rct	91 personen met minimaal 2 zelfmoordpogingen, waarvan 74 met een cluster B-persoonlijkheidsstoornis (PDQ-R); gem. lftd behandelgroep 34 jaar, controlegroep 37 jaar	paroxetine vs placebo, gedurende 1 jaar	-	72/91	significante reductie aantal zelfmoorden
Bat99b	rct	58 personen met meerdere zelfmoordpogingen, waarvan 85% met een borderline persoonlijkheidsstoornis; gem. lftd 30 jaar	fluphenazine, <i>low dose</i> vs <i>ultra low dose</i> , gedurende 6 maanden	-	60%	significante reductie van zelfbeschadigend gedrag in beide groepen; verschillen tussen beide groepen niet significant

Tabel 3 Onderzoek (primaire studies en meta-analyses) naar de effectiviteit van behandeling van comorbiditeit.

Auteur	Opzet	Populatie	Interventie	Follow up	Uitval	Uitkomst
<i>Invloed van behandeling van comorbiditeit op behandeling van de ASP</i>						
Fav94	niet-gecontr. observat.	83 patiënten, waaronder 63 vrouwen, met een depressieve stoornis en een comorbide persoonlijkheidsstoornis (56 cluster B, waarvan 9 ASP); gem. lftd 39 jaar	fluoxetine, gedurende 8 weken	-	nb	met name bij patiënten met een cluster B-persoonlijkheidsstoornis een significante reductie van depressie; 7 van de 9 ASP-patiënten voldeden niet meer aan die diagnose (PDQ-R)
Pes94	niet-gecontr. observat.	68 patiënten met een depressieve stoornis (HRSD), waaronder 40 vrouwen en waarvan 43 met een comorbide persoonlijkheidsstoornis (waarvan 11 cluster B) (SIDP); gem. lftd 40 jaar	desipramine, gedurende 26-36 dagen	-	nb	39 patiënten hadden geen depressieve stoornis meer; significante afname van aantal cluster A- en cluster C-, maar niet van cluster B-persoonlijkheidsstoornissen
<i>Invloed van de aanwezigheid van de ASP op de behandeling van comorbiditeit</i>						
Woo85	rct	101 verslaafden, waarvan 17 met zowel een comorbide ASP (SADS-L en SADS-C) als een comorbide depressieve stoornis en 13 met alleen een comorbide ASP	psychotherapie, gedurende 24 weken	4 weken	nb	bij depressieve verslaafden met een ASP bijna net zulke significante verbeteringen als bij verslaafden zonder een ASP; bij niet-depressieve verslaafden met een ASP alleen significante afname drugsgebruik
Pro97	2 rct's	rct 1: 952 alcoholverslaafden; gem. lftd 39 jaar rct 2: 774 alcoholverslaafden; gem. lftd 42 jaar	<i>cognitive behavioral coping skills therapy vs motivation enhancement therapy vs twelve-step facilitation therapy</i> - in een <i>outpatient setting</i> (rct 1) of als <i>inpatient treatment</i> met nazorg (rct 2) - gedurende 12 weken	1 jaar	nb	alle behandelingen leidden tot een significante afname van drankgebruik; direct na behandeling wel, maar later geen correlatie met mate van sociopathie
Ver99b	niet-gecontr. observat.	309 alcoholverslaafden, waarvan 95 met een ASP	<i>inpatient en/of outpatient</i> psychotherapie, gedurende resp. gemiddeld 3 en 5 maanden	14 maanden	nb	even grote verbeteringen bij verslaafden met als bij verslaafden zonder een ASP
Ver98a	niet-gecontr. observat.	187 alcoholverslaafden, waarvan 72 met een cluster B-persoonlijkheidsstoornis; gem. lftd 41 jaar	<i>inpatient treatment of outpatient counselling/psychoeducation</i>	1 tot 2 jaar	nb	bij patiënten met een slechte behandelmotivatie en/of therapeutische relatie een relatief grote terugval bij <i>follow up</i>

Auteur	Opzet	Populatie	Interventie	Follow up	Uitval	Uitkomst
Lon94	rct	149 verslaafden, waarvan 31 met een ASP (DIS)	individueel gerichte cognitieve gedragstherapie vs <i>relationship enhancement treatment</i> , gedurende 5 maanden, gevolgd door 2 boostersessies	6 maanden	nb	verslaafden met een ASP gebruikten na de cognitieve gedragstherapie significant minder alcohol, vergeleken met de <i>ret</i> en met verslaafden zonder een ASP
Kal00	rct	149 verslaafden, waarvan 42 met een hoge mate van sociopathie (SSCPI); gem. lftd sociopaten 42 jaar, overigen 34 jaar	individueel gerichte vs relatiegerichte cognitieve gedragstherapie		nb	geen significante verschillen samenhangend met de therapie of met de diagnose
Mes99	rct	338 verslaafden, waarvan 49% met een ASP (MCMI-II)	therapeutische gemeenschap gevolgd door <i>outpatient care</i> , 10 resp. 2 maanden vs 6 maanden	19 maanden	58%	in beide behandelgroepen significante reductie drugsgebruik; geen significante invloed van een ASP
Mes02	bevestiging van Mes99 na vervanging van MCMI-II door SCID-II					
Bro98	rct	40 verslaafden; gem. lftd 38 jaar	gestructureerde <i>contingency management intervention</i> en methadon vs alleen methadon, gedurende 13 weken	-	13/40	in beide groepen significante maar vergelijkbare reductie van drugsgebruik en psychosociale problemen (ASI)
Mes03	rct	120 verslaafden, waarvan 44% met een ASP; gem. lftd 43 jaar	cognitieve gedragstherapie vs <i>contingency management</i> vs regulier methadonprogramma, gedurende 16 weken	1 jaar	17%	bij verslaafden met een ASP in beide behandelgroepen significant minder cocaïnegebruik; in de <i>cm</i> -groep significant minder cocaïnegebruik vergeleken met verslaafden zonder een ASP
Pow95	rct	65 alcoholverslaafden met een ASP	nortriptyline vs bromocriptine, gedurende 6 maanden	-	36/65	significante afname impulsief drankgebruik na nortriptyline; niet significante afname voor angst en depressie (BAI en SCL-90)
Pen96	(vervolganalyse van Pow95)					positieve effect nortriptyline beperkt tot verslaafden die naast een comorbide ASP ook een comorbide stemmings- en/of angststoornis hebben

Auteur	Opzet	Populatie	Interventie	Follow up	Uitval	Uitkomst
Cla94	niet-gecontr. observat.	35 vrouwen met een borderline persoonlijkheidsstoornis; gem. lftd 27 jaar	psychodynamische psychotherapie, groepstherapie en gestructureerde therapeutische activiteiten, gedurende tenminste 25 weken	-	nb	significant negatief verband tussen antisociale kenmerken en reductie van borderline symptomen (PAI en SCL-90-R).
Bal00	cohort	61 patiënten met depressiviteit, waarvan 7 zonder, 14 met een cluster B- en 40 met een cluster C-persoonlijkheidsstoornis	cognitieve gedragstherapie met vs zonder assertiviteits-training, gedurende 5 weken	1 tot 3 jaar	nb	significante reductie van depressiviteit in alle subgroepen (BDI, ATQ, HS); grootste verbetering bij patiënten zonder een persoonlijkheidsstoornis

