

Wegwijzer Klinische Forensische Zorg

Bij Persoonlijkheidsstoornissen

*Gericht op forensisch psychiatrische patiënten met
persoonlijkheidsstoornissen: Diagnostiek, risicotaxatie,
behandeling en resocialisatie*

Inhoud

1. Inleiding	3
1.1 Prevalentie.....	3
1.2 Comorbiditeit	3
1.3 Persoonlijkheidsstoornissen en geweld	3
2. Diagnostiek.....	4
2.1 Algemene diagnostiek	4
2.2 Specifieke diagnostiek	4
3. Risicotaxatie	5
3.1 Risicofactoren.....	5
4. Behandeling.....	5
4.1 Schema Focused Therapy.....	6
4.2 Vaardigheidstraining	6
4.3 Behandelevaluatie.....	7
5. Resocialisatie	7
6. Organisatie van zorg.....	7
7. Relevante verwijzingen	8

1. Inleiding

Deze Wegwijzer klinische forensische zorg is gericht op wat uniek is voor forensisch psychiatrische patiënten met persoonlijkheidsstoornissen. Diagnostiek, risicotaxatie, behandeling en resocialisatie van forensisch psychiatrische patiënten worden beschreven. Het beschrijft procedures, inschattingen en interventies waarvoor enige empirische steun bestaat of die door onderzoek worden ondersteund (evidence-based), dan wel interventies die deskundigen optimaal achten en die het veld frequent toepast (best practice).

De inhoud is gebaseerd op het [Zorgprogramma Persoonlijkheidsstoornissen](#) van het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP).

1.1 Prevalentie

Persoonlijkheidsstoornissen komen veel voor binnen de forensische zorg. In 2020 was bij ongeveer 18% van de forensisch psychiatrische patiënten sprake van een persoonlijkheidsstoornis, waarbij de prevalentie hoger is in de ambulante dan in de klinische setting. Binnen de tbs-setting heeft ruim 70% van de patiënten een persoonlijkheidsstoornis. De antisociale, borderline- en narcistische persoonlijkheidsstoornis komen het meeste voor. In de DSM-5 is geen plek voor een afzonderlijke diagnose psychopathie en wordt psychopathie vooral geassocieerd met een antisociale persoonlijkheidsstoornis. Met een hoge prevalentie binnen de forensische populatie is psychopathie waarschijnlijk wel de belangrijkste variabele als het gaat om de relatie tussen persoonlijkheidsstoornissen en criminaliteit.

1.2 Comorbiditeit

Comorbiditeit komt veel voor bij forensisch psychiatrische patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Patiënten hebben vaak meerdere persoonlijkheidsstoornissen en ook comorbiditeit met klinische stoornissen is frequent aanwezig:

- Een **psychotische stoornis** komt voor bij 17% van de forensisch psychiatrische patiënten met een persoonlijkheidsstoornis .
- **Verslavingsproblematiek** komt als comorbide stoornis veel voor. Bij patiënten in de psychiatrie en verslavingszorg komen persoonlijkheidsstoornissen vijf keer vaker voor dan gemiddeld.
- **Zedendelinquenten** met een persoonlijkheidsstoornis maken naar schatting 20 procent van de gehele tbs-populatie uit.

Bij comorbiditeit wordt op grond van de individuele problematiek bepaald welke stoornis prioriteit krijgt in de behandeling. Enerzijds gaat het hierbij om stoornissen die de patiënt het meest hinderen in zijn klinische functioneren, anderzijds om stoornissen die het sterkst samenhangen met het recidiverisico.

1.3 Persoonlijkheidsstoornissen en geweld

Binnen de forensische zorg zijn geweld en de vermindering van geweld centrale thema's. De persoonlijkheidsstoornissen van geweldsdelinquenten vallen vooral binnen cluster B, zoals de antisociale, narcistische en borderline-persoonlijkheidsstoornis. Patiënten met een persoonlijkheidsstoornis die een gewelddadig delict hebben gepleegd, kenmerken zich veelal door

een achtergrond van affectieve en pedagogische verwaarlozing, gedragsstoornissen vanaf de vroege jeugd, een geschiedenis van middelenmisbruik en – vaak in ernst toenemend – antisociaal en crimineel gedrag.

2. Diagnostiek

2.1 Algemene diagnostiek

Bij de doelgroep wordt algemene en specifieke diagnostiek toegepast. Algemene diagnostiek is de diagnostiek die alle forensisch psychiatrische patiënten ondergaan, zoals dossieronderzoek, medisch somatisch onderzoek, psychiatrisch onderzoek etc.

In de forensische zorg neemt het opstellen van een delictanalyse een belangrijke plaats in binnen de diagnostiek. De delictanalyse is de feitelijke beschrijving van de gebeurtenissen die hebben geleid tot het delict en heeft als doel meer inzicht te krijgen in deze gebeurtenissen zodat meer richting gegeven kan worden aan de behandeling. Hierbij spelen onder andere de context waarin het delict heeft plaatsgevonden, persoonlijkheid, psychisch welbevinden en eventueel middelengebruik van de patiënt een rol.

Het vaststellen van persoonlijkheidsproblematiek binnen een juridische context is complexer dan in de reguliere praktijk. De meeste verdachten hebben niet zelf om een evaluatie gevraagd en hebben weinig vertrouwen in de deskundige. Het is dus belangrijk dat diagnostici adequate training krijgen. Bij persoonlijkheidsstoornissen is het van belang gebruik te maken van collaterale informatie. Zo kan gebruik worden gemaakt van dossierinformatie, fysiologische maten en gedragsobservatie. Dit geldt in versterkte mate voor patiënten met psychopathie. Een uitgebreide beschrijving van de algemene diagnostiek is te vinden in het [Basis Zorgprogramma](#) van het EFP en in de [Wegwijzer Klinische Forensische zorg](#).

2.2 Specifieke diagnostiek

Categoriale diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen houdt in dat de persoonlijkheidspathologie wordt beschreven in termen van de afzonderlijke persoonlijkheidsstoornissen. Hiertoe kan gebruik worden gemaakt van een klinisch oordeel, semigestructureerde interviews en zelfrapportagelijsten. Uit onderzoek komt naar voren dat diagnostiek die zich uitsluitend baseert op een klinisch oordeel niet valide en betrouwbaar genoeg is. Idealiter is er sprake van een combinatie van de drie methoden.

Semigestructureerde diagnostische interviews hebben een hogere betrouwbaarheid dan het klinisch oordeel. De PCL-R is een semigestructureerd interview dat in eerste instantie is bedoeld om psychopathie te meten. Hoewel de bepaling van de mate van psychopathie eigenlijk geen vorm van risicotaxatie is, toont onderzoek aan dat de correlatie tussen de PCL-R-score met later gewelddadig gedrag substantieel is. Een hoge PCL-R-score geldt als risicofactor en is als zodanig opgenomen in de historische items van een aantal risicotaxatie-instrumenten.

Zelfrapportagelijsten zijn meer bedoeld voor screening van de mogelijke aanwezigheid van persoonlijkheidsstoornissen dan voor definitieve diagnoses. Het grote probleem in een forensisch psychiatrische setting vergeleken met de reguliere psychiatrie is dat patiënten scores op deze lijsten gemakkelijk kunnen manipuleren. Patiënten kunnen zo forensisch relevante pathologie maskeren en

zich een forensisch gesproken meer 'gunstige' pathologie aanmeten. Deze zelfrapportage instrumenten zijn dus van beperkte waarde voor screening in een forensisch psychiatrische setting.

Een uitgebreide beschrijving van de semigestructureerde interviews en zelfrapportagelijsten is te vinden in het [Zorgprogramma Persoonlijkheidsstoornissen](#) van het EFP.

3. Risicotaxatie

Risicotaxatie is de inventarisatie van risico- en beschermende factoren. De procedures voor risicotaxatie bij patiënten met persoonlijkheidsstoornissen wijken in beginsel niet af van die voor de andere forensische doelgroepen. Risicotaxatie wordt uitgevoerd met de HCR-20^{V3} of HKT-R voor de klinische settingen en met de FARE voor ambulante behandeling. De FAM kan in beide settingen gebruikt worden als aanvullend risicotaxatie-instrument bij vrouwen. De SAPROF en de START kunnen gebruikt worden om beschermende factoren te meten in zowel klinische als ambulante settingen. Voor het volledige overzicht van relevante risicotaxatie-instrumenten wordt aangeraden de meest recente versie van [de gids Forensische Prestatie-indicatoren](#) te raadplegen.¹

3.1 Risicofactoren

Antisocialiteit is één van de belangrijkste risicofactoren voor recidive. Daarnaast zijn middelenmisbruik, onvoldoende opleiding en geen werk, geen emotionele binding met familie en gezin en geen niet-criminele vrijetijdsbesteding belangrijke risicofactoren.

Bij de persoonlijkheidsstoornissen van cluster B, vooral als er sprake is van een hoge mate van psychopathie, moet men meer bedacht zijn op bedrog en leugens. Daarom verdienen de hieronder genoemde twee punten extra aandacht.

- Schijnaanpassing is een belangrijk probleem, vooral bij patiënten met een hoge psychopathiescore. De voornaamste methodiek om schijnaanpassingen te onderkennen, is gedegen intercollegiale toetsing van behandelplannen en risicotaxaties.
- Patiënten met een hoge psychopathiescore kunnen ook andere problematiek voorwenden, zoals een psychotische stoornis, om de persoonlijkheidspathologie te maskeren. Dit is vooral een kwestie van een gedegen diagnose waarin rekening wordt gehouden met deze mogelijkheid.

4. Behandeling

Het primaire doel van behandeling binnen de forensische zorg is recidive voorkomen door de dynamische risicofactoren tot een aanvaardbaar niveau terug te brengen en de beschermende factoren te versterken. Dynamische risicofactoren zijn factoren die doorgaans wel te beïnvloeden zijn door behandeling, dit in tegenstelling tot statische risicofactoren. Een aantal voorbeelden van

¹ Meer informatie over de genoemde instrumenten is ook te vinden in de Instrumentendatabank van het EFP via <http://www.efp.nl/projecten/kennisdatabanken>.

dynamische risicofactoren zijn antisociaal of crimineel gedrag, persoonlijke kenmerken zoals impulsiviteit, rusteloosheid, agressie of een gering vermogen tot zelfregulatie.

De behandeling van forensisch psychiatrische patiënten met een persoonlijkheidsstoornis is een complexe opgave. Het is een langdurig proces, waarbij het onduidelijk is of de behandeling een diepgaande en permanente verandering van de persoonlijkheid bewerkstelligt. Daarom is het belangrijk dat de behandeling optimaal is afgestemd op de patiënt, goed gestructureerd, consequent en volledig is, en meetbare doelen en subdoelen kent. Verder wordt gestreefd naar betrokkenheid en inzet van de patiënten, ook al is dat vaak moeilijk en soms zelfs onmogelijk.

Hoewel behandeling in principe streeft naar re-integratie van de patiënt in de maatschappij met een zo minimaal mogelijk begeleidings- en beveiligingsniveau, komt het in de praktijk toch vaak neer op de realisatie van een geschikte vorm van zorg en begeleiding met een zo laag mogelijk beveiligings- en zorgniveau.

Speciaal bij de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen is het belangrijk dat goede super- en intervisie plaatsvindt, zowel in het gehele team als disciplinegewijs.

De gangbare behandelmogelijkheden hebben een grote overlap met de reguliere GGZ en omvatten:

- Psychotherapie (bijv. CGT, DGT, SFT, MBT en EMDR)
- Farmacotherapie (bijv. stemmingsstabilisatoren, antidepressiva, antipsychotica)
- Vaardigheidstrainingen (bijv. VERS, SIT, AR op maat)
- Vaktherapie (bijv. dramatherapie, beeldende therapie en PMT).

Een uitgebreide beschrijving van de bovenstaande behandelvormen is te vinden in het [Zorgprogramma Persoonlijkheidsstoornissen](#) van het EFP. Hieronder worden twee interventies toegelicht die specifiek voor de forensische populatie zijn aangepast.

4.1 Schema Focused Therapy

Schema Focused Therapy (SFT) lijkt een veelbelovende therapievorm voor forensisch psychiatrische patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Het succespercentage is hoog, er is weinig uitval en de kosten zijn lager dan die van veel andere behandelingen. SFT vindt daardoor ook steeds meer toepassing in forensische instellingen over de hele wereld, zoals in de Verenigde Staten, Canada, het Verenigd Koninkrijk en Nederland. Binnen het Programma Kwaliteit Forensische Zorg (KFZ) is een SFT interventie ontwikkeld, die specifiek voor het forensische veld is aangepast.

4.2 Vaardigheidstraining

Een gebrek aan de benodigde vaardigheden om tot een acceptabel sociaal en maatschappelijk functioneren te komen kan de psychosociale problematiek die veelal samengaat met persoonlijkheidsstoornissen versterken of in stand houden. Specifiek voor patiënten met persoonlijkheidsstoornissen gaat het hier vooral om trainingen in emotieregulatie, alsook in impulsbeheersing en agressiehantering.

De Agressie Regulatie op Maat (ARopMaat) voor volwassenen is bedoeld voor mannen en vrouwen met (ernstige) agressieproblematiek en een matig of hoog recidiverisico. Er bestaat een ARopMaat versie voor zowel de klinische als ambulante setting. De focus van de interventie ligt op agressieregulatie, cognitieve herstructurering en het corrigeren van tekorten en vervormingen in de

sociale informatieverwerking, het aanleren van probleemoplossende vaardigheden, relaxatievaardigheden, het verbeteren van de executieve functies, waaronder vooral het verbeteren van de zelfregulatie in het algemeen.

4.3 Behandelevaluatie

Omdat behandeling zo complex is en de integratie van vele gegevens vraagt, is behandelevaluatie een vereiste. Om behandelvoortgang te meten en inzichtelijk te maken kunnen uitkomsten van risicotaxaties gebruikt worden bij het vormgeven en bijstellen van de behandeling en begeleiding. Daarnaast kan periodiek de ernst van de problematiek worden geëvalueerd. Afspraken omtrent relevante meetinstrumenten die hiervoor gebruikt worden, zijn geoperationaliseerd in [de gids Forensische Prestatie-indicatoren](#) en worden jaarlijks geüpdatet bij nieuwe ontwikkelingen.

Met betrekking tot de instrumenten die gebruikt worden, geldt voor forensische patiënten met een persoonlijkheidsstoornis een uitzonderingspositie. Dit komt omdat veel instrumenten naar de mening van de deskundigen voor deze doelgroep niet geschikt zijn om tot een goed beeld te komen van de behandelvoortgang. Binnen het programma KFZ is onderzocht welk instrumentarium ingezet kan worden voor het meten van de behandelvoortgang binnen deze doelgroep. Voorlopig lijkt de StIP-5.1² veelbelovend te zijn, maar dit instrument is nog niet opgenomen in de Prestatie-Indicatoren gids.

In de praktijk gebruiken behandelaren naast de verplichte instrumenten ook nog andere instrumenten voor behandelevaluatie (zeker diagnose specifiek).

5. Resocialisatie

Er is tot nu toe weinig bekend over de resocialisatie specifiek van forensische patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Een algemene beschrijving van de resocialisatie van (klinische) forensisch psychiatrische patiënten is te vinden in het [Basis Zorgprogramma](#). Bij forensische patiënten met persoonlijkheidsstoornissen is het van belang veel aandacht te besteden aan het responsiviteitsprincipe om hen in behandeling te houden, omdat deze patiënten vaak de neiging hebben zich aan de zorg te onttrekken. Technieken als motivational interviewing kunnen hierbij een belangrijke rol spelen.

6. Organisatie van zorg

De verschillende aspecten van de organisatie van zorg binnen de forensische psychiatrie zijn beschreven in het [Basis Zorgprogramma](#). Daarbij is aandacht voor de toeleiding en positionering van de zorg in de juridische context. Daarnaast worden de samenwerking tussen de forensische zorg en reclassering besproken en wordt ingegaan op de doorstroom (continuïteit en stroom in de behandeling) en continuïteit van zorg (verbetering van de overgang naar de reguliere ggz).

² Meer informatie over dit instrument is te vinden in de Instrumentendatabank van het EFP via <http://www.efp.nl/projecten/kennisdatabanken>.

7. Relevante verwijzingen

Via onderstaande webpagina's kunt u aanvullende informatie vinden over:

- [De zorgprogramma's van het EFP](#)
- [De instrumentendatabank van het EFP](#)
- [Programma Kwaliteit Forensische Zorg \(KFZ\)](#)
- [Prestatie-indicatoren forensische psychiatrie](#)