

Psychotische patiënten in de TBS: achtergronden, delictgedrag en behandeling

Henk Nijman, Hjalmar van Marle & Marieke Kavelaars

Psychotic patients in TBS: backgrounds, crime behaviour, and treatment

About a quarter of the TBS-patients suffer from major psychotic disorders, such as schizophrenia. This paper addresses the specific backgrounds and characteristics of these psychotic forensic patients and the treatment and care they receive in forensic hospitals. To this end, their life histories (e.g., ethnic background, childhood living conditions, and educational level) and criminal histories (e.g., age at first conviction, number of convictions, and nature of the offences) were compared to those of the other (mainly personality disordered) forensic patients from two forensic hospitals. Childhood living conditions of the psychotic offenders appeared to have been relatively 'normal', compared to those of the other offenders. This is to say that 85% of the 111 included psychotic patients grew up in their original biological environment, compared to 60% of the non-psychotic offenders. The average educational level of the psychotic forensic patients also turned out to be higher, compared to the control group. Relatively often (77%), psychotic offenders had received some form of psychiatric care in the past before they committed the offence that led to the current forensic psychiatric incarceration. Most psychotic forensic patients (66%) were hospitalized in one of the two forensic hospitals under study for violent crimes, such as aggravated assault or manslaughter, whereas sexual offences were relatively rare (8%) among the psychotic offenders. In this paper, the specific treatment and care that psychotic forensic patients need are also addressed. Main components of their treatment are the use of anti-psychotic medication, intensive psychoeducation about their psychiatric disorder, improvement of skills, and gaining more insight in warning signs that may signal a worsening of the psychiatric conditions of the patients.

Henk Nijman is bijzonder hoogleraar forensische psychologie aan de Radboud Universiteit te Nijmegen en wetenschappelijk onderzoeker in FPI De Kijvelanden te Portugal.

Hjalmar van Marle is hoogleraar forensische psychiatrie aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam.

Marieke Kavelaars is sectormanager bij FPI De Kijvelanden te Poortugaal.

Correspondentieadres: Henk Nijman, FPI De Kijvelanden; Kijvelandsekade 1; 3172 AB Poortugaal. E-mail: hennij@kijvelanden.nl.

Inleiding

Daders die onder invloed van een “gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens”¹ een ernstig delict begaan, kunnen door de rechter de maatregel Terbeschikkingstelling (tbs) met dwangverpleging opgelegd krijgen. Met andere woorden, alleen daders voor wie psychiatrische problemen of verstandelijke beperkingen (mede) bepalend zijn voor het begaan van een delict, kunnen in aanmerking komen voor opname in een tbs-kliniek. Het achterliggende idee is dat personen die onder invloed van een dergelijke ‘gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis’ een ernstig delict plegen deze daad minder kan worden toegerekend.

Bij de term tbs-behandeling die doorgaans gebruikt wordt, moet echter de kanttekening worden geplaatst dat tbs-patiënten, ondanks hun psychiatrische problematiek en het daarmee samenhangende ernstige delictgedrag, niet verplicht zijn om behandelingen die aangeboden worden binnen tbs-instellingen ook te accepteren. De doorgaans opgelegde tbs met dwangverpleging houdt in dat de terbeschikkinggestelde in een tbs-instelling dient te verblijven, maar niet dat het volgen van behandeling kan worden afgedwongen.

Het rapport van de Tijdelijke Commissie Onderzoek TBS (2006) adviseert echter te streven naar een verruiming van de behandelmogelijkheden van tbs-gestelden – ook als de patiënt zich hier tegen verzet. In dit themanummer is een uitgebreide bijdrage opgenomen van Van Kuyvenhoven & Van Marle over deze aanbevelingen van de Tijdelijke Commissie TBS. Uit het recent opgestelde ‘Plan van aanpak’ (Ministerie van Justitie, 2006) blijkt dat een wijziging van de Beginselenwet Verpleging Terbeschikkinggestelden (BVT) – de wet die de rechtspositie van tbs-patiënten in de instellingen regelt – in lijn met deze aanbevelingen van de Tijdelijke Commissie TBS op korte termijn voorzien wordt (voorjaar 2007).

Voorals daders die delicten plegen onder invloed van psychotische stoornissen, zoals schizofrenie, worden relatief vaak als volledig ontoerekeningsvatbaar beoordeeld. Schizofrenie is een ernstige, langdurige vorm van psychose, waarbij doorgaans sprake is van ernstige stoornissen in het denken (waandenkbeelden) en/of in de waarneming (het horen van stemmen, visuele hallucinaties enzovoorts). Taylor & Gunn (1999) rapporteerden dat ongeveer tien procent van alle levensdelicten in Europa gepleegd worden door mensen die aan psychotische stoornissen lijden.

Naast ontoerekeningsvatbare personen kunnen ook plegers van delicten die verminderd toerekeningsvatbaar worden geacht, tbs opgelegd krijgen. In tbs-instellingen verblijven dan ook zowel patiënten met ernstige psychiatrische stoornissen in engere zin (zoals schizofrenie) als daders waarbij de psychiatrische problematiek vooral in de persoonlijkheid zit (persoonlijkheidsstoornissen). Van de totale tbs-populatie lijdt ongeveer 26 procent aan een psychotische stoornis, terwijl bijna driekwart van de tbs-gestelden aan de criteria voor een of meerdere persoonlijkheidsstoornissen voldoet (Van Emmerik, 1999, 2001).

In dit artikel willen we laten zien op welke wijze psychotische, forensisch-psychiatrische patiënten afwijken van de overige, niet-psychotische tbs-patiënten, zowel wat betreft hun voorgeschiedenissen en hun delictgedrag als de behandeling en zorg die zij in de kliniek behoeven. In het onderhavige artikel gaan wij eveneens op de aard en achtergrond van deze verschillen in.

Demografische en criminele achtergronden van psychotische forensische patiënten

Uit de dossiers van patiënten van een instelling voor forensische zorg in Nederland² en een forensische psychiatrische kliniek in Duitsland³ werd een twintigtal demografische, psychiatrische en criminele achtergrondvariabelen verzameld. Data over de psychiatrische achtergronden, hulpverleningsgeschiedenis en psychiatrische diagnose(n) werden ontleend aan de 'Pro-Justitia rapportages' (in Duitsland 'Gutachten' genaamd). Deze rapporten worden voor de rechtbank opgesteld door forensische deskundigen (onder wie altijd een psychiater), met als doel over eventueel aanwezige psychiatrische problematiek en de relatie tussen deze problematiek en het delictgedrag te adviseren. In deze rapportages worden ook het aantal en de aard van eerdere veroordelingen op een rij gezet.⁴

De gegevens werden vervolgens gecodeerd en ingevoerd in SPSS. Omdat in deze exploratieve studie naar de achtergronden en kenmerken van psychotische, forensische patiënten een relatief groot aantal variabelen getoetst werd (20), werd een Bonferonni correctie op het significantie niveau toegepast. Het significantieniveau kwam daarmee op 0.0025 te liggen. De verschillen werden tweezijdig getoetst.

Het betrof in totaal de gegevens van 308 forensisch-psychiatrische patiënten, van wie er 128 (42%) in Nederland en 180 (58%) in Duitsland in een gesloten forensische kliniek met een hoog beveiligingsniveau waren opgenomen (Nijman, Cima & Merkelbach, 2003). Van deze 308 forensisch psychiatrische patiënten waren er 111 gediagnosticeerd met een psychotische stoornis. Meestal betrof de diagnose in deze groep schizofrenie (53%), maar ook Niet Anderszins Omschreven psychotische stoornissen (in de vierde editie van de Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, de DSM-IV, aangeduid als "psychotische stoornis NAO") werden relatief vaak (27%) als diagnose in de rapportage aangetroffen.

De criminele en psychiatrische achtergronden van deze 111 psychotische, forensisch-psychiatrische patiënten werden vervolgens vergeleken met die van de 197 overige forensisch-psychiatrische patiënten in het bestand die geen psychotische stoornis als diagnose hadden. In deze controlegroep van patiënten zonder psychotische stoornis waren persoonlijkheidsstoornissen de meest voorkomende diagnostische categorie (87%), en dan vooral persoonlijkheidsstoornissen uit het cluster B (met name de antisociale persoonlijkheidsstoornis, de narcistische persoonlijkheidsstoornis en de borderline persoonlijkheidsstoornis, of combinaties van deze persoonlijkheidsstoornissen; in totaal 70 procent van de controlegroep). De meest in het oog springende verschillen tussen de psychotische en de niet-psychotische forensische patiënten worden gepresenteerd.

Opvoeding

Er werd een aantal significante aanwijzingen gevonden dat de kindertijd en adolescentiefase van de psychotische delictplegers relatief 'normaal' was verlopen ten opzichte van de overige (doorgaans persoonlijkheidsgestoorde) delictplegers. Zo was 85 procent van de 111 psychotische patiënten in de jeugd in hun oorspronkelijke, biologische omgeving opgegroeid, terwijl dit in de controlegroep van niet-psychotische delictplegers 60 procent was. Met andere woorden: in de groep met overwegend persoonlijkheidsgestoorde delictplegers, was 40 procent al op jonge leeftijd in tehuizen, pleeg- of adoptiegezinnen ondergebracht.

Ook het scholingsniveau van de psychotische patiënten bleek, gemiddeld genomen, hoger te zijn dan in de controlegroep. Van de 111 psychotische patiënten was 77 procent erin geslaagd de middelbare school met succes af te ronden, terwijl dit bij de overwegend persoonlijkheidsgestoorde groep van delictplegers bij 56 procent het geval was. Dit verschil in scholing was significant, ondanks het ontbreken van een verschil in de gemiddelde IQ-totaalscores van beide groepen.

Psychiatrische en criminele voorgeschiedenissen

De psychotische delictplegers bleken voor hun tbs relatief vaak in contact te zijn geweest met de reguliere, psychiatrische hulpverlening. Meer specifiek bleken bijna acht op de tien psychotische patiënten (77%) eerder met psychiatrische zorg in aanraking te zijn geweest, terwijl dit in de controlegroep voor 43 procent gold. Van Emmerik (2001) vond voor de uitsluitend Nederlandse, psychotische tbs-patiënten een percentage van 84% dat al eerder contacten met de reguliere hulpverlening heeft gehad.

Daar waar de psychotische patiënten dus relatief vaker een psychiatrische voorgeschiedenis hadden, hadden de overwegend persoonlijkheidsgestoorde controlepatiënten juist vaker een criminele voorgeschiedenis. Dit wil zeggen: bij de psychotische patiënten was de huidige tbs-oplegging significant vaker hun eerste veroordeling, leidend tot vrijheidsbeneming (37%). Het percentage zogeheten 'first-offenders' in de controlegroep lag beduidend lager (16%), ondanks dat er geen verschil tussen beide groepen was wat betreft hun leeftijd bij opname in een van de onderzochte, forensisch psychiatrische klinieken.

Indexdelicten

Wat betreft het specifieke delictgedrag waarvoor de patiënten veroordeeld waren (ook wel het 'indexdelict' genoemd), kwam naar voren dat de psychotische patiënten significant vaker ernstige geweldsdelicten hadden gepleegd, terwijl de niet-psychotische patiënten juist relatief vaak in verband met seksuele delicten waren opgenomen. Meer specifiek waren in totaal 73 van de 111 psychotische patiënten (66%) voor ernstige fysieke mishandeling of levensdelicten zo-

als (pogingen tot) doodslag opgenomen. In de contrastgroep met overwegend persoonlijkheidsgestoorde delictplegers lag dit percentage op 37 procent. Van de delictplegers in deze contrastgroep bleek 39 procent voor seksuele delicten te zijn opgenomen, terwijl dit in de groep van psychotische forensische patiënten 8 procent was.

Wat betreft de 'slachtofferkeuze', bleek dat psychotische patiënten vaak slachtoffers maakten onder personen met wie zij een (nauwe) band hadden (zoals eerstegraads familieleden), terwijl de niet-psychotische, forensische patiënten relatief vaak slachtoffers maakten onder voor hen totaal onbekende personen. Deze bevinding wordt in de literatuur bevestigd (Nestor & Haycock, 1997; Johnston & Taylor, 2003; Pera & Dailliet, 2005).

Delicten met fatale gevolgen

Ongeveer een kwart van de indexdelicten (26%) gepleegd door de 308 onderzochte forensische patiënten, had letale consequenties. Dit percentage bleek voor beide groepen niet significant te verschillen. Opmerkelijk is wel dat de psychotische patiënten die dergelijke zeer ernstige delicten pleegden ($n = 33$) op een aantal variabelen in de voorgeschiedenis significant 'gunstiger' leken te scoren dan de overige psychotische patiënten wier delicten geen fatale afloop kenden ($n = 78$). Zo bleken de 33 psychotische patiënten die letale delicten hadden gepleegd relatief weinig eerdere veroordelingen te hebben gehad, en kwamen zij op latere leeftijd tot hun eerste (en vaak dus ook direct uiterst ernstige) delict. Meer specifiek bleken 22 van de 33 psychotische patiënten (67%) die een persoon om het leven hadden gebracht nooit eerder veroordeeld te zijn, en gemiddeld genomen werd het eerste (doorgaans dus uiterst ernstige) delict op 30-jarige leeftijd gepleegd.

Ter vergelijking: van de 78 psychotische, forensische patiënten die geen dodelijke slachtoffers hadden gemaakt, was 24 procent 'first-offender'; zij waren gemiddeld genomen 23,5 jaar oud toen zij voor het eerst werden veroordeeld. Bovendien bleken de 33 psychotische patiënten die een delict met dodelijke afloop hadden gepleegd relatief zelden verslaafd te zijn ten tijde van het letale delict (27%), terwijl 63% van de overige 78 psychotische patiënten verslaafd was ten tijde van hun (niet-letale) indexdelict. Verder bleken de 33 letale delicten gepleegd door de psychotische, forensische patiënten zonder uitzondering gericht te zijn tegen slachtoffers die zij voor het delict reeds kenden. Met andere woorden, geen enkele psychotische patiënt in deze steekproef had een voor hem totaal onbekend persoon omgebracht.

Intramurale behandeling van psychotische tbs-patiënten

Tot op heden is de praktijk van tbs met dwangverpleging zo geweest dat, ook in geval van een ernstige, psychotische stoornis, zoals schizofrenie, de patiënt niet structureel tegen zijn wil met antipsychotische psychofarmaca behandeld kon

worden, indien er geen sprake is van gevaar voor de gezondheid of de veiligheid van de verpleegde zelf of van anderen. In geval van gevaar, bijvoorbeeld door gewelddadige handelingen naar personeel, is (kortdurende) medicamenteuze interventie mogelijk om het gevaar af te wenden, mits er geen andere, minder ingrijpende alternatieven voor bestaan. Daarmee hoeft het dus niet tot een structurele (langer durende), farmacologische behandeling te komen (Nijman, Van Nieuwenhuizen & De Kruyk, 2004). Wanneer gevaar echter telkens opnieuw optreedt, wordt de medicatie soms wel gecontinueerd, omdat steeds opnieuw beginnen elke keer weer hernieuwd gevaar oplevert en de therapeutische relatie met de patiënt negatief beïnvloedt.

Door de structuur die geboden wordt in de kliniek (vast dag-nachtritme, activiteiten, een verbod op alcohol en drugs etc.), kunnen zich situaties voordoen waarbij geen sprake is van gevaar in de instelling, terwijl de patiënt wel geplaagd wordt door psychotische symptomen, zoals waanideeën, achterdocht en angst. Omdat er geen gevaar aanwezig is, heeft de patiënt het recht om farmacologische behandeling te weigeren, wat vanuit zijn gebrekkig 'ziekteinzicht' niet zelden gebeurt.

Uitgaande van het zelfbeschikkingsrecht van psychotische patiënten, moet niet uit het oog worden verloren dat mensen met schizofrenie *per definitie* (American Psychiatric Association, 1994) op de een of andere manier sterk verminderd contact met de realiteit hebben. De kern van hun stoornis is namelijk dat zij de irreële denkbeelden en verschijnselen die ze waarnemen, zoals hallucinaties, als werkelijk ervaren. In de praktijk is het voor deze patiënten moeilijk om hun eigen belangen te behartigen.

Leuw & Mertens (1999) merkten in dit verband het volgende op: "Voor de tbs-populatie geldt in alle hevigheid het dilemma dat verzet tegen behandeling en ontkenning van de stoornis in veel gevallen inherent is aan de stoornis die moet worden behandeld" (Leuw & Mertens, 1999, p. 7). De patiënt is in feite voor het kiezen van behandeling als wilsonbekwaam te beschouwen vanwege zijn psychotische stoornis (Van Marle, 2006).

Niet alle psychotische tbs-patiënten ontvangen momenteel dus de behandeling die *vanuit behandeloptiek* het meest aangewezen is, maar, zoals al eerder opgemerkt is, bestaat het voornemen op korte termijn de mogelijkheden tot medicamenteuze behandeling te vergroten (Ministerie van Justitie, 2006). Er kan namelijk moeilijk twijfel over bestaan dat antipsychotische medicatie dé behandeling van eerste voorkeur is in geval van een psychotische stoornis, waarmee (doorgaans) het psychiatrische toestandsbeeld en de kwaliteit van leven van de patiënt verbeteren.

Verder zijn er diverse aanwijzingen dat bij langer uitblijven van behandeling met antipsychotische medicatie in geval van psychotische symptomen, de prognose voor de patiënt op de langere termijn verslechtert. Bottlender et. al. (2003) relateerden bij 58 schizophrene patiënten de duur van het uitblijven van farmacologische behandeling aan de ernst van hun symptomen vijftien jaar later. Zowel de algemene psychopathologie als positieve symptomen (wanen en hallucina-

ties) waren aanzienlijk ernstiger naarmate farmacologische behandeling langer was uitgebleven. In lijn hiermee bleek het algemene niveau van functioneren lager te zijn van de patiënten die langer onbehandeld waren geweest.

Een dergelijke, te voorziene achteruitgang in het toestandsbeeld van de patiënt, zou ook vaker als argument ingezet moeten worden om duidelijk te maken dat er sprake is van gevaar voor de (geestelijke) gezondheid van de patiënt zelf indien farmacologische behandeling achterwege blijft. Omdat het hier een ziektebeeld betreft dat niet op een andere manier af te wenden is dan door adequate, medicamenteuze behandeling, gingen er al lange tijd stemmen op om antipsychotische medicatie op indicatie weer mogelijk te maken ook al wil de patiënt dat niet.

Door het uitblijven van farmacologische behandeling worden de mogelijkheden om door middel van psychotherapeutische interventies te komen tot meer realiteitszin, ziektebesef en -inzicht, in geval van psychose, vaak ook beperkt (Hornsveld & Nijman, 2005). Ziektebesef is juist essentieel om nut en noodzaak van antipsychotische medicatie aan patiënten te kunnen uitleggen, waardoor zij gemotiveerd kunnen raken voor vrijwillige inname.

Zorgprogramma voor psychotische tbs-patiënten

In de psychotherapeutische behandeling die aan psychotische patiënten in FPI De Kijvelanden wordt aangeboden, ligt het accent sterk op vergroten van het ziektebesef en ziekte-inzicht (Hornsveld & Nijman, 2005; Van Nieuwenhuizen e.a., 2005). Patiënten kunnen deelnemen aan het zorgprogramma voor forensisch-psychiatrische patiënten met psychotische problematiek als zij in relatief goede psychiatrische conditie verkeren (behoorlijk goed in contact met de realiteit staan). Het gebruik van antipsychotische medicatie is daarbij een belangrijke voorwaarde, zoals vastgelegd in het zorgprogramma voor psychotische, forensisch psychiatrische patiënten (Van Nieuwenhuizen e.a., 2005). Bij de persoonlijkheidsgestoorde daders ligt het behandelaccent doorgaans minder op farmacologische behandeling, tenzij het om libidoremmende medicatie gaat in geval van zedendelicten.

In totaal neemt de kern van het intramurale zorgprogramma voor tbs-patiënten met psychotische problematiek in De Kijvelanden ongeveer een jaar in beslag. Het zorgprogramma start met psycho-educatie sessies, waarin in de vorm van een cursus uitleg wordt gegeven over schizofrenie, psychoses, stress, nut en werking van medicatie en dergelijke (Van Nieuwenhuizen e.a., 2005). Naast de psycho-educatie volgen de patiënten ook een module die handelt over het toekomstperspectief van de patiënten. Het doel van deze sessies is patiënten in relatie tot hun chronische psychiatrische stoornis haalbare doelen voor de toekomst te laten formuleren, waarbij acceptatie van wat niet haalbaar is een belangrijk onderdeel vormt.

In de intramurale fase van de behandeling van patiënten met psychotische problematiek wordt in De Kijvelanden gebruik gemaakt van verschillende Li-

berman modules. De Liberman modules beogen patiënten met ernstige psychiatrische stoornissen op een laagdrempelige manier vaardigheden te laten verwerven. De Liberman module 'Omgaan met psychose' (Liberman, 2000) heeft tot doel patiënten signalen te leren herkennen die een naderende psychose kunnen aankondigen. Hiervoor wordt onder andere gewerkt met het bijhouden van dagboeken.

Getracht wordt de patiënten ook onderscheid te leren maken tussen meer blijvende symptomen en specifieke waarschuwingssignalen die een nadere verslechtering van de symptomen kunnen aankondigen (Van Nieuwenhuizen e.a., 2005). Er wordt ook uitgebreid stil gestaan bij het verband tussen het toenemen van bepaalde symptomen (waarschuwingssignalen) aan de ene kant en agressief gedrag aan de andere kant. Verder wordt getracht de sociale vaardigheden van de patiënten te verbeteren door middel van sociale vaardigheidstrainingen. Hiermee wordt meer zelfstandigheid en een verhoging van de kwaliteit van leven nagestreefd.

Ondanks dat zullen psychotische tbs-patiënten doorgaans na hun verblijf in een tbs-instelling naar andere psychiatrische instellingen of beschermde woonvormen worden overgeplaatst, omdat een intensieve begeleiding, zorg en structuur nodig blijven. Wat dat betreft zullen niet-psychotische forensische patiënten uiteindelijk vaker een meer zelfstandig leven kunnen opbouwen dan psychotische patiënten.

Het recidivepercentage onder psychotische forensische patiënten, van wie de tbs is opgeheven, lijkt echter lager te liggen dan onder ex-tbs-patiënten die geen psychotische stoornis hebben (Hildebrand e.a., 2005). In de recente, landelijke recidivestudie van Hildebrand e.a. (2005) met een gemiddelde 'follow-up' van 7,2 jaar na beëindiging van de tbs-maatregel, bleek 19 procent van de psychotische ex- tbs-patiënten versus 32 procent van de niet psychotische ex- tbs-patiënten in gewelddadige delicten (inclusief brandstichting en seksuele delicten) te zijn gerecidiveerd. Dit heeft waarschijnlijk te maken met de intensievere nazorg die de psychotische patiënten na de tbs ontvangen.

Tot slot

Uit het voorafgaande moge duidelijk zijn dat de achtergronden en criminele voorgeschiedenissen van psychotische tbs-patiënten afwijken van de niet-psychotische tbs-patiënten. Ook hun behandeling onderscheidt zich van de behandeling van daders met persoonlijkheidsstoornissen in die zin, dat het accent veel meer op het gebruik en belang van antipsychotische psychofarmaca ligt. Verder is er ook wat betreft de dagelijkse gang van zaken op de afdelingen voor psychotische patiënten een speciaal zorg- en leefklimaat nodig. De afdelingen waar patiënten met psychotische problematiek verblijven, dienen veel structuur te bieden aan de patiënten waar het gaat om het inbouwen van voldoende rustmomenten, het vermijden van overprikkeling en het hanteren van een vast dagritme. Wat betreft hun vervolgbehandeling en resocialisatie,

zullen deze patiënten doorgaans – wanneer er geen risico van ernstige geweldadigheid bestaat – naar een meer reguliere psychiatrische voorziening of beschermde woonvorm gaan.

De groep psychotische tbs-patiënten heeft dus een specifieke behandelaanpak nodig die er om vraagt dat zij op aparte, gespecialiseerde afdelingen dan wel in gespecialiseerde instellingen verblijven. De aanbevelingen van de Tijdelijke Commissie Onderzoek TBS (2006) waarin gepleit wordt voor meer specialisatie tussen tbs-klinieken wat betreft de te onderscheiden patiëntengroepen, sluiten daarbij aan. Als de mogelijkheden tot het geven van medicatie worden verruimd, zoals nu voorgenomen is (Ministerie van Justitie, 2006), en een betere aansluiting met de GGz verwezenlijkt wordt, kunnen substantiële verbeteringen worden geboekt in het aanbieden van de specifieke zorg die psychotische tbs-patiënten behoeven.

Noten

- 1 Artikel 37a van het Wetboek van strafrecht.
- 2 Forensisch Psychiatrische Instelling De Kijvelanden te Poortugaal.
- 3 Onderdeel van de Rheinische Kliniken te Düren, Duitsland.
- 4 Deze paragraaf is gebaseerd op een eerdere studie van Nijman, Cima en Merckelbach (2003). Voor meer informatie over de gehanteerde methode en aard van de variabelen wordt naar deze studie verwezen.

Literatuur

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th edition). Washington, DC: APA.
- Bottlender, R., Sato, T., Jager, M., Wegener, U., Wittmann, J., Strauss, A. & Moller, H.J. (2003). The impact of the duration of untreated psychosis prior to first psychiatric admission on the 15-year outcome in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 62, 37-44.
- Emmerik, J.L. van (1999). De last van het getal: een overzicht in cijfers van de maatregel TBS. *Justitiële verkenningen*, 25, 9-31.
- Emmerik, J.L. van (2001). *De Terbeschikkingstelling in Maat en Getal*. Den Haag: Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Instellingen.
- Hildebrand, M., Hesper, B., Spreen, M. & Nijman, H.L.I. (2005). *De waarde van gestructureerde risicotaxatie en van de diagnose psychopathie: Een onderzoek naar de betrouwbaarheid en predictieve validiteit van de HCR-20, HKT-30 en PCL-R*. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.
- Hornsveld, H. & Nijman, H.L.I. (2005). Evaluation of a cognitive behavioural program for chronically psychotic forensic patients. *The International Journal of Law and Psychiatry*, 28, 246-254.
- Johnston, I. & Taylor, P.J. (2003). Mental disorder and serious violence: the victims. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 819 – 824.
- Leuw, E. & Mertens, N.M. (2001). *Tussen recht en ruimte. Eerste evaluatie van de TBS-wetgeving van 1997*. Den Haag: WODC.
- Lieberman, R.P. (2000). *Trainingsmodule Omgaan met psychotische symptomen. Vaardigheidstraining voor een zelfstandig leven*. Los Angeles: UCLA Department of Psychiatry.

- Ministerie van Justitie (2006). *Plan van aanpak terbeschikkingstelling en forensische zorg in strafrechtelijk kader, 10 oktober 2006*. Den Haag: Ministerie van Justitie.
- Marle, H.J.C. van (2006). Dwang en bemoeizorg in de psychiatrie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 150, 286-288.
- Nestor, P.G. & Haycock, J. (1997). Not guilty by reason of insanity of murder: clinical and neurophysiological characteristics. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 25, 161 – 171.
- Nieuwenhuizen, C. van, Kavelaars, M., Hoppema, B. & Polak, M. (2006). *Behandeling van forensisch psychiatrische patiënten met psychotische problematiek; ontwikkeling, implementatie en evaluatie van een zorgprogramma*. Portugal: De Kijvelanden, interne publicatie.
- Nijman, H.L.I., Cima, M. & Merckelbach, H.L.G.J. (2003). Nature and antecedents of psychotic patients' crimes. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 14, 542-553.
- Nijman, H.L.I., Nieuwenhuizen, C. van & Kruyk, C. de (2004). Behavioral changes during forensic psychiatric (TBS) treatment in the Netherlands. *International Journal of Law and Psychiatry*, 27, 79-85.
- Pera, S.B. & Dailliet, A. (2005). Homicide par les maladies mentaux: Analyse clinique et criminologique. *Encephale*, 31, 539 – 549.
- Taylor, P.J. and Gunn, J. (1999). Homicides by people with mental illness: myth and reality. *British Journal of Psychiatry*, 174, 9-14.
- Tijdelijke Commissie Onderzoek TBS (2006). *TBS, vandaag over gisteren en morgen. Parlementair onderzoek TBS*. Den Haag: SDU uitgevers.