

Evaluatie van een cognitief-gedragstherapeutisch programma voor chronisch psychotische terbeschikkinggestelden

Ruud H.J. Hornsveld¹, Henk L.I. Nijman² en Marieke M. Kavelaars³

Samenvatting

Dit onderzoek evalueert het resultaat van een cognitief-gedragstherapeutisch programma bij vier groepen chronisch psychotische terbeschikkinggestelden. Het programma omvatte psychoeducatie, rouwverwerking, stressmanagement, functie- en vaardigheidstraining, leren omgaan met psychotische symptomen en sociaalvaardigheidstraining. De zestien patiënten die het programma afmaakten, werden vergeleken met een controlegroep van zestien psychotische patiënten die het programma (nog) niet gevolgd hadden. De deelnemers aan het programma scoorden significant beter op de subschalen Sociale vaardigheden en Negatief coping gedrag van een observatieschaal. Daarnaast werd een positieve trend op de subschaal Positief coping gedrag gevonden. Echter, op de REHAB werd tussen de groep deelnemers en de controlegroep geen significant verschil geconstateerd. Op instrumenten voor psychopathologische symptomen (PANSS) en sociale vaardigheden (SIG) werden evenmin verbeteringen geconstateerd, met uitzondering van een marginale afname van negatieve symptomen op de PANSS. De resultaten illustreren de problemen en beperkingen die zich voordoen bij de behandeling van terbeschikkinggestelden met chronisch psychotische problematiek, die vaak ook lijden aan cluster B persoonlijkheidsstoornissen.

Inleiding

Dit artikel beschrijft de eerste kwantitatieve resultaten van een cognitief-gedragstherapeutisch programma voor terbeschikkinggestelden met chronisch psychotische problematiek en is een vervolg op een eerdere publicatie (Hornsveld & Kavelaars, 2000), waarin het programma bij de eerste vijf patiënten in beschrijvende zin werd geëvalueerd.

Na bespreking van de relatie tussen psychotische stoornissen en geweld in het algemeen en die bij terbeschikkinggestelden in het bijzonder, wordt ingegaan op de voorwaarden waaraan effectieve behandelprogramma's moeten voldoen. Vervolgens worden programma, methode en resultaten beschreven. In de discussie worden onder meer aanbevelingen gedaan voor een behandelbeleid ten behoeve van deze doelgroep.

¹ FPI De Kijvelanden, Postbus 900, 3160 AC Rhoon. E-mail: ruuhor@kijvelanden.nl

² FPI De Kijvelanden, Rhoon; City University of London, Department of Mental Health and Learning Disability.

³ Hoofd Behandeling FPI De Kijvelanden.

Psychotische stoornissen en gewelddadig gedrag

De vraag of er een verband is tussen psychotische stoornissen en gewelddadig gedrag wordt in de literatuur verschillend beantwoord. Meerdere auteurs kwamen tot de conclusie dat patiënten met psychotische stoornissen relatief vaker ernstige geweldsdelicten plegen dan 'normalen' (Swanson, Holzer, Ganju & Jono, 1990; Taylor, 1993; Monahan, 1997; Hodgins, Coté & Toupin, 1998). Zo zou volgens Taylor & Gunn (1999) in West-Europa 10 % van alle levensdelicten door psychotische patiënten worden gepleegd, een groep die minder dan 1 % van de algemene populatie uitmaakt. Junginger (1990, 1995, 1996) meende dat het specifieke psychotische symptomen als paranoïde wanen en bevelshallucinaties zijn die leiden tot een verhoogd risico.

Andere onderzoekers kwamen echter tot afwijkende conclusies. Quinsey, Harris, Rice & Cormier (1998) bijvoorbeeld, vonden dat schizofrene delinquenten minder recidiveerden dan niet-schizofrene delinquenten, waarschijnlijk omdat de eerste groep na ontslag langer onder toezicht bleef dan de tweede. Bij de MacArthur-studie naar het recidiverisico bij patiënten met psychiatrische stoornissen in engere zin (Monahan, Steadman, Appelbaum, Robbins, Mulvey, Roth, Grisso & Banks, 2001) bleken schizofrene patiënten, vergeleken met andere diagnostische categorieën, te behoren tot de groep met een laag risico. Taylor, Garety, Buchanan, Reed, Wessely, Ray, Dunn & Grubin (1994) en McNeil (1994) concludeerden eerder al dat er mogelijk een correlatieve maar geen causaal verband is tussen wanen en hallucinaties enerzijds en gewelddadig gedrag anderzijds.

Blackburn (1993, 1996) merkte op dat onderzoek naar een mogelijk verband tussen psychiatrische stoornissen en criminaliteit te kampen heeft met conceptuele en methodologische problemen. Beide begrippen kunnen namelijk niet onafhankelijk van elkaar worden gedefinieerd: zo beschouwt de psychiatrie in toenemende mate antisociaal gedrag als criterium voor een psychiatrische stoornis. Daarnaast moet er onderscheid gemaakt worden tussen 'werkelijke' en 'behandelde' prevalentie: niet alle psychiatrische gestoorden worden behandeld en niet alle misdadigers veroordeeld. Blackburn kwam tot de conclusie dat er geen sterk verband is tussen welke psychiatrische stoornis dan ook en de neiging tot het gebruik van geweld. Onder de schizofrene patiënten zou het volgens hem alleen de groep met wanen zijn die een verhoogd risico heeft.

Een andere verklaring voor het niet eenduidige verband tussen psychotische stoornissen en gewelddadig gedrag is dat het bij psychotische patiënten niet om een homogene groep gaat. Zo maakten Hodgins et al. (1998) en Hodgins (2001) een onderscheid tussen 'early-starters', gekenmerkt door een relatief stabiel antisociaal gedrag gedurende de hele levensloop, en 'late-starters' die geen gewelddadig gedrag vertonen voordat de eerste symp-

tomen van een psychotische stoornis zich voordoen. Van belang lijkt ook het onderscheid dat gemaakt kan worden op basis van het toestandsbeeld. Patiënten met acute psychosen vertonen relatief vaker gewelddadig gedrag, terwijl het bij chronisch schizofrene patiënten eerder om een verlaagd geweldsrisico gaat (Nijman, Cuperus & Polak, 2001).

Bij terbeschikkinggestelden met chronisch psychotische problematiek is op grond van onderzoek door een psychiater en door een psycholoog een verband geconstateerd tussen de psychotische stoornis en gewelddadig gedrag. Zonder behandeling van de stoornis wordt de kans op herhaling reëel geacht. Reductie van de primaire symptomen is daarom in een forensisch psychiatrische instelling de belangrijkste behandeldoelstelling.

Programma's voor delinquenten met psychiatrische stoornissen in engere zin

Op dit moment zijn er weinig op empirisch onderzoek gebaseerde richtlijnen voor het ontwikkelen van effectieve programma's ten behoeve van delinquenten met psychiatrische stoornissen in engere zin (Webster, Hucker & Grossman, 1993; Hodgins, 2001), onder andere vanwege het feit dat het hier een zeer heterogene groep betreft (Harris & Rice, 1997). Volgens Müller-Isberner & Hodgins (2000) zijn er drie terreinen van onderzoek die een empirische basis kunnen leveren voor de ontwikkeling van zulke programma's:

- (a) behandelprogramma's voor patiënten met psychiatrische stoornissen in engere zin;
- (b) rehabilitatieprogramma's voor niet-psychiatrisch gestoorde misdadigers gericht op vermindering van recidiverisico;
- (c) gespecialiseerde ambulante forensisch psychiatrische behandelprogramma's.

Mede op grond van hun klinische ervaring formuleerden Harris & Rice (1997) en Hodgins (2001) de kenmerken van naar hun mening ideale behandelprogramma's. Naar hun mening zou bij de (risk)assessment het accent moeten liggen op de inventarisatie van criminogene factoren. De medicamenteuze en cognitief-gedragstherapeutische behandeling van de psychiatrische stoornis zouden voorop moeten staan en systematisch moeten worden geëvalueerd. De behandeling dient zich niet alleen te richten op het aanleren van de benodigde vaardigheden op het terrein van symptoomhantering, middelenmisbruik, sociale competentie, arbeid en vrijetijdsbesteding, maar ook op het veranderen van antisociale attitudes. 'Outreaching casemanagement', waarbij wordt samengewerkt met sociale en maatschappelijke dienstverlening, hoort onderdeel zijn van de programma's. Tevens is het volgens deze auteurs van belang dat deelnemers aan een programma bij dreigende terugval snel opgenomen kunnen worden voor crisisinterventie. Tot slot adviseren zij deelname aan de programma's verplicht te stellen.

Behandelprogramma 'Psychotische problematiek'

Alle patiënten in de instelling volgden het 'basisprogramma', dat op indicatie onderdelen omvat als farmacotherapie, psychotherapie, non-verbale therapie, onderwijs, arbeid, sport en maatschappelijk werk. Het behandelprogramma 'Psychotische problematiek' omvatte tijdens het onderzoek de volgende onderdelen (Hornsveld & Kavelaars, 2000):

(1) *Voorlichting over het behandelprogramma.* In maximaal drie intakegesprekken van een uur wordt de patiënt (en zijn familie) geïnformeerd over en gemotiveerd tot deelname aan het programma.

(2) *Voorlichting over schizofrenie.* Dit gebeurt in de vorm van een cursus van 10 bijeenkomsten van 1½ uur. Doelstellingen zijn het geven van informatie over de ziekte schizofrenie, het bevorderen van acceptatie, het geven van uitleg over medicatie en het initiëren van een werkrelatie met de patiënt.

(3) *Toekomstperspectief (rouwverwerking).* Bij deze module gaat het om een groepstherapie met tien bijeenkomsten van 1½ uur: vijf bijeenkomsten aan het begin en vijf aan het eind van het programma. Doelstelling is de patiënt te leren zijn toekomstperspectief te accepteren in relatie tot de ziekte schizofrenie.

(4) *Stressmanagement.* Tijdens acht groepsbijeenkomsten van 1½ uur leren deelnemers zich te ontspannen en plezier te hebben in beweging.

(5) *Functie- en vaardigheidstraining.* In zes bijeenkomsten van 1½ uur wordt aandacht besteed aan veranderde cognitieve functies zoals concentratievermogen, herkenning van emoties.

(6) *Omgaan met psychotische symptomen (Lieberman-module) en aanleren van copingstrategieën.* Het betreft hier Lieberman's trainingsmodule 3: Omgaan met psychotische symptomen. De module is ingekort tot 15 bijeenkomsten van elk 1½ uur en heeft tot doel de patiënten te leren, middels het herkennen van waarschuwingssignalen, hoe een terugval te voorkomen of te beperken. Daarnaast worden probleemoplossende vaardigheden geoefend.

(7) *Sociaalvaardigheidstraining.* De training omvat 15 groepsbijeenkomsten van 1½ uur en twee follow-up bijeenkomsten. De patiënten leren in de training basale en eenvoudige sociale vaardigheden.

(8) *Huishoudelijke vaardigheidstraining.* Deze training betreft een individuele cursus, waarvan de duur verschilt per bewoner. Doel is het verbeteren van de kennis over het huishouden en uitbreiden van huishoudelijke vaardigheden.

(9) *Training zelfverzorging.* Ook bij deze training gaat het om een individuele cursus zonder een bepaalde duur. Doel is het verbeteren van kennis over presentatie en voedingsgewoonten, alsmede uitbreiden van zelfverzorgende vaardigheden.

De modules (8) en (9) worden op de afdeling uitgevoerd en zijn bij de evaluatie buiten beschouwing gelaten. Na het doorlopen van programma worden voor de deelnemers maandelijkse terugkomdagen georganiseerd. Deze terugkomdagen hebben het karakter van boostersessies met als doel consolidatie van geleerde vaardigheden.

Bij het samenstellen van het behandelprogramma moest een afweging gemaakt worden tussen datgene wat volgens Harris & Rice (1997) en Hodgins (2001) wenselijk is en wat praktisch haalbaar was. Vanwege de beperkte beschikbaarheid van behandelaars en trainers werd het aantal bijeenkomsten van de Liberman-module en van de modules ontleend aan Slooff, Appelo, Berkenbosch & Louwerens (1994) ingekort.

Inhoudelijk werd ervoor gekozen het accent te leggen op symptoomhantering en vergroting van de sociale competentie. Arbeid en vrijetijdsbesteding konden immers aan de orde komen in het basisprogramma. Outreachend casemanagement hoefde niet in het programma te worden opgenomen, gezien de beoogde uiteindelijke overplaatsing van de patiënten naar een verblijfsafdeling in een algemeen psychiatrisch ziekenhuis. Om te onderzoeken of het programma in deze vorm bijdroeg tot een verbeterde symptoomhantering en vergroting van de sociale competentie werd besloten de resultaten te evalueren. Dit gebeurde door patiënten die aan het behandelprogramma deelnamen te vergelijken met patiënten die alleen het basisprogramma volgden.

Methode

Setting

De Kijvelanden is een forensisch psychiatrische instelling met plaats voor 113 (mannelijke) terbeschikkinggestelden. Doelstelling van de instelling is het recidiverisico tot een verantwoord minimum te beperken, zodat de TBS-maatregel opgeheven kan worden. De kliniek beschikt over twee afdelingen voor zeer-intensieve-zorg (elk met 7 plaatsen) ten behoeve van patiënten met psychotische problematiek, één extra-beveiligde afdeling voor vluchtgevaarlijke patiënten (11 plaatsen), vijf normaal-beveiligde afdelingen (5 x 11 plaatsen) en een resocialisatie-afdeling voor patiënten met (op korte termijn) onbegeleid verlof (12 plaatsen).

Doorstroming naar reguliere GGZ-voorzieningen wordt voor een deel gerealiseerd door het financieren van 11 plaatsen/bedden bij instellingen voor beschermd wonen, afdelingen voor verblijfspsychiatrie en dergelijke. Daarnaast beschikt de instelling over enkele woningen in Rotterdam, waar patiënten individueel en onder begeleiding grotendeels zelfstandig wonen en leven.

Patiënten

Het behandelprogramma Psychotische problematiek wordt elk jaar aangeboden aan een groep van maximaal acht patiënten. Belangrijkste indicatiecriterium voor het programma is dat de patiënt lijdt aan een chronisch psychotische stoornis, al dan niet in het kader van schizofrenie. Het toestandbeeld van de patiënt moet echter zodanig zijn gestabiliseerd, dat hij in een groep kan functioneren. Bij psychotische terbeschikkinggestelden is meestal ook sprake van een comorbide cluster B persoonlijkheidsstoornis.

De data hebben betrekking op vier groepen (mannelijke) patiënten, die in de periode van 1998 tot en met 2001 het behandelprogramma gevolgd hebben. In totaal begonnen 25 patiënten aan het programma; 16 (64 %) slaagden erin het programma volledig te doorlopen. Het stoppen met het programma gebeurde doorgaans op initiatief van de patiënt omdat deze het programma te belastend vond (dreigende decompensatie) of omdat de patiënt meende dat het programma niet in zijn behoeften voorzag.

De oorspronkelijke steekproef bestond uit 41 mannelijke terbeschikkinggestelden met chronische psychotische problematiek: 16 patiënten die het programma afmaakten, 9 die voortijdig opgaven en 16 op opnameduur gematchte psychotische controle patiënten, die (nog) niet aan het desbetreffende behandelprogramma hadden deelgenomen. Zoals in tabel 1 te zien is, verschilden de 16 patiënten die het programma afmaakten en de 16 controle patiënten niet van elkaar wat betreft opnameduur aan het begin van het programma. Ook wat betreft intelligentie, aantal eerdere veroordelingen en aantal comorbide persoonlijkheidsstoornissen werden geen verschillen tussen beide groepen gevonden. Beide groepen bleken wel significant te verschillen in leeftijd en er bestond een trend dat de controle patiënten vaker voor een levensdelict waren veroordeeld (zie tabel 1).

Tabel 1. Experimentele groep vergeleken met controle groep aan het begin van het programma.

Variabelen	'Experimentele groep' (n=16)		'Controle groep' (n=16)		Toetsingsgrootheid
	M	(S.D.)	M	(S.D.)	
Opnameduur bij start programma ¹	1.7 jaar	(1.0)	1.4 jaar	(0.9)	t(30)=0.7, p=n.s.
Intelligentie (I.Q.)	99	(11.1)	93	14.7	t(27)=1.3, p=n.s.
Aantal eerdere veroordelingen	5.7	(5.7)	4.4	(5.3)	t(30)=0.6, p=n.s.
Aantal comorbide persoonlijkheidsstoornissen	10 (63 %)		7 (44 %)		$\chi^2(1)=1.1$, p=n.s.
Leeftijd	33	(5.2)	39	(9.4)	t(30)=2.3, p<0.05
Aantal veroordeeld voor (pogingen tot) doodslag of moord	5 (31 %)		10 (63 %)		$\chi^2(1)=3.1$, p=0.08

¹ Bij de controlepatiënten gaat het bij deze variabele om de opnameduur bij de start van de controlemetingen.

Design

In een forensisch psychiatrische kliniek is effectonderzoek, waarbij patiënten at random aan een experimentele- en controleconditie worden toegewezen, om meerdere redenen moeilijk van de grond te krijgen. Zo is het aantal psychotische patiënten relatief klein (ongeveer 25 %) en hun verblijfsduur lang (gemiddeld meer dan vijf jaar). Daardoor kunnen data van grote aantallen patiënten niet met elkaar worden vergeleken. Bovendien worden inhoud en vorm van de behandelprogramma's aan nieuwe ontwikkelingen aangepast.

Het hier beschreven onderzoek is dus exploratief van aard. Echter, in FPI De Kijvelanden worden om de zes maanden bij alle patiënten door de afdelingsstaf twee observatieschalen ingevuld, namelijk de REHAB (Van der Gaag & Wilken, 1994) en de MI-Observatieschaal (Brand, Diks, Van Emmerik & Raes, 1998). Door deze werkwijze konden de resultaten van behandelde patiënten worden vergeleken met die van een even groot aantal niet-behandelde 'controle' patiënten (2 x 2 toetsing). Deze controle patiënten werden geselecteerd op basis van diagnose (psychotische stoornis) en opnameduur. Opnameduur werd bij de matching betrokken omdat uit eerder onderzoek (Nijman, De Kruyk & Van Nieuwenhuizen, 2002) was gebleken dat het gedrag van de totale groep van de in De Kijvelanden geplaatste terbeschikkinggestelden in de eerste anderhalf jaar na opname significant verbeterde, ongeacht aan welke behandelprogramma's zij deelnamen. Met andere woorden, controle patiënten werden zodanig gekozen dat het tijdvak tussen opnamedatum en eerste meting in beide groepen zoveel als mogelijk overeenkwam (zie tabel 1). Bij alle analyses werd een alfa van 0.05 als maat voor significantie gehanteerd. Als trends worden gerapporteerd p-waarden de 0.1.

Meetinstrumenten

De volgende meetinstrumenten werden gebruikt voor de evaluatie van het programma:

REHAB (Baker & Hall, 1988; Van der Gaag & Wilken, 1994). De REHAB is een betrouwbare observatieschaal, waarmee het algemene niveau van functioneren van chronisch psychiatrische patiënten kan worden gemeten. Van der Gaag & Wilken (1994) vertaalden en bewerkten dit instrument voor de Nederlandse situatie. De hoofdschaal meet algemeen gedrag (ALG; 16 items) zoals waargenomen door de afdelingstaf. Voorbeelden van een item uit de REHAB is: 'Hoe goed waren de tafelmanieren van de patiënt?' De items worden gescoord op een tienpuntsschaal van (1 = 'Slechte tafelmanieren'; 5 = 'Een beetje rommelig'; 10 = 'At zonder te knoeien'.

MI-Observatieschaal (Brand e.a., 1998). Deze schaal is ontwikkeld door het Dr. F.S. Meijers Instituut ter bepaling van een aantal gedragingen op de afdeling en heeft de volgende subschalen: Coöperatief gedrag (COOP; 9 items), Sociale vaardigheden (SOCV; 9 items), Redzaamheid (REDZ; 12 items), Antisociaal gedrag (ASOC; 8 items), Positieve co-

ping vaardigheden (COPP; 7 items) en Negatieve coping manieren (COPN; 7 items over verbale en fysieke agressie). De items worden, per subschaal verschillend, gescoord op een driepunts-, vierpunts- of vijfpuntsschaal. Bijvoorbeeld: 'Heeft belangstelling voor anderen' (COOP), 'Zoekt conflicten' (ASOC) en 'Vertoont verbale agressie na teleurstelling' (COPN). De observatieschaal is tegenwoordig onderdeel van de FP40 (Brand & Van Emmerik, 2001).

Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS; Kay, Fiszbein, & Opler, 1967). De PANSS is een veelgebruikt semi-gestructureerd klinisch psychiatrisch interview voor symptoomevaluatie bij patiënten met schizofrenie, waarmee zowel positieve (POS; 7 items) en negatieve symptomen (NEG; 7 items), als het algemene niveau van psychopathologie (ALG; 16 items), kunnen worden geëvalueerd. De items worden gescoord op een zevenpunts-schaal, waarvan elke score omschreven is. Bijvoorbeeld Wanen: 1 = afwezig: 'niet van toepassing', 5 = matig ernstig: 'aanwezigheid van een groot aantal goed gevormde waanvoorstellingen waaraan hardnekkig wordt vastgehouden', 7 = extreem: 'een stabiele set van waanvoorstellingen die het leven van de patiënt domineren en die vaak leidt tot onaangepaste en onverantwoordelijke daden'.

Schaal voor Interpersoonlijk Gedrag (SIG; Arrindell, De Groot & Walburg, 1984). Deze vragenlijst (50 items) meet (op een vijfpuntsschaal) spanning (SPAN) en (eveneens op een vijfpuntsschaal) frequentie van responsen (FREQ) in sociale interacties. Er zijn vier schalen: Uiten van negatieve gevoelens, kritiek geven en weigeren (NEG; 15 items); Uiten van onzekerheid en ontoereikendheid: aandacht en hulp vragen (ONZ; 14 items); Jezelf kenbaar maken: contact leggen en mening geven (KEN; 9 items); Uiten van positieve gevoelens: complimenten en waardering geven/ontvangen (POS; 8 items). De SIG werd gebruikt voor de evaluatie van de module Sociaalvaardigheidstraining.

Resultaten

Gedragsverandering

De resultaten van de zestien deelnemers aan het programma op de verschillende meetinstrumenten zijn weergegeven in tabel 2. Waar mogelijk worden de scores op voor-, na en follow-upmeting vergeleken met die van de controle patiënten.

Van de patiënten die het programma afmaakten bleken de REHAB-scores (Algemeen functioneren) nauwelijks veranderd te zijn en lieten de scores van de 16 controle patiënten een vrijwel identieke ontwikkeling zien. Op de MI-Observatieschaal (Brand e.a., 1998) werden wel veranderingen waargenomen. Tijdens de nameting lieten behandelde patiënten op dit specifieke forensisch psychiatrische instrument een aantal verbeteringen zien. Meer specifiek scoorden de behandelde patiënten beter op Sociale vaardigheden en lieten zij een

afname van Negatief copinggedrag zien. Daarnaast werd als trend gevonden dat Positief copinggedrag toegenomen was ten opzichte van de controlegroep.

Bij latere groepen werd met behulp van de PANSS de psychotische symptomatologie voor en na het programma bepaald. Gemiddeld daalden de PANSS-totaalscores van de voor- naar de nameting niet significant, maar het aantal geïncludeerde patiënten was beperkt (n = 8). Wel werd op de subschaal Negatieve symptomen een trend naar verbetering waargenomen (p = 0.08, eenzijdig). De spanning tijdens sociale interacties, zoals gemeten met de SIG, nam niet significant af. Ook de frequentie van het vertoonde sociale gedrag bleef gelijk.

Bij het onderzoek werd gebruik gemaakt van verschillende soorten meetinstrumenten: twee observatieschalen (REHAB en MI-Observatieschaal), een gestructureerd interview (PANSS) en een zelfrapportage vragenlijst (SIG). De gemiddelde scores op de REHAB waren iets beter (4^e deciel) dan die van de normgroep 'patiënten t/m 60 jaar, korter dan 10 jaar ziek' (Van der Gaag & Wilken, 1994). Op alle drie de subschalen van de PANSS werd, vergeleken met een groep schizofrene patiënten, gemiddeld laag gescoord (Kay, Fiszbein & Opler, 1967).

Tabel 2. Resultaten van de experimentele groep vergeleken met de controle groep.

Meetinstrument	'Experimentele groep'			'Controle groep'			Toetsingsgrootheid
	M (S.D.) (n) ³			M (S.D.) (n) ³			
	Voor	Na	Vershil	Voor	Na	Vershil	
REHAB ¹	51.5 (19.2) n=13	49.8 (25.9) n=13	- 1.7	49.4 (20.8) n=16	47.3 (21.6) n = 16	- 2.1	F(1, 27)<1.0, p=n.s.
MI-schaal (COOP) ²	1.41 (0.33) n=12	1.43 (0.36) n=12	+ 0.03	1.16 (0.44) n=16	1.06 (0.42) n=16	-0.1	F(1, 26)<1.0, p=n.s.
MI-schaal (SOCV) ²	1.44 (0.35) n=12	1.77 (0.26) n=12	+ 0.33	1.50 (0.41) n=16	1.44 (0.37) n=16	-0.06	F(1, 26)=10.5, p< 0.05
MI-schaal (ASOC) ²	1.69 (0.27) n = 12	1.60 (0.21) n = 12	+ 0.09	1.74 (0.34) n = 16	1.78 (0.20) n = 16	+ 0.04	F(1, 26)<1.0, p=n.s.
MI-schaal (REDZ) ²	1.61 (0.28) n=12	1.60 (0.34) n=12	- 0.01	1.61 (0.32) n = 16	1.56 (0.31) n=16	- 0.04	F(1, 26) < 1.0, p=n.s.
MI-schaal (COPP) ²	0.90 (0.31)	1.12 (0.34)	+ 0.22	0.75 (0.37)	0.75 (0.36)	0.00	F(1, 20)=3.0, p=0.098

MI-schaal (COPN) ²	n=11 1.53 (0.36)	n=11 1.81 (0.20)	+ 0.28	n=11 1.78 (0.17)	n=11 1.61 (0.32)	- 0.17	F(1, 20)=7.2, p< 0.05
PANSS (TOT) ¹	n=11 50.4 (4.5)	n=11 48.0 (9.3)	- 2.4	n=11 --	n=11 --	--	t (7)<1.0, p=n.s
PANSS (POS) ¹	n=8 9.9 (1.9)	n=8 10.1 (2.5)	+ 0.02	n=8 --	n=8 --	--	t (7)<1.0, p=n.s
PANSS (NEG) ¹	n=8 13.6 (2.5)	n=8 11.5 (4.2)	- 2.1	n=8 --	n=8 --	--	t (7)=1.8 p=0.06, eenzijdig
PANSS (ALG) ¹	n=8 26.9 (3.9)	n=8 26.4 (5.2) n=8	-0.04	n=8 --	n=8 --	--	t (7)<1.0, p=n.s
SIG (SPAN) ¹	n=8 99.2 (22.1)	n=8 95.3 (26.6)	- 3.9	n=8 --	n=8 --	--	t (8)<1.0, p=n.s
SIG (FREQ) ²	n=9 159.4 (21.9)	n=9 158.1 (15.0)	-1.3	n=9 --	n=9 --	--	t (8)<1.0, p=n.s
	n=9	n=9					

¹ Lagere scores duiden op een verbetering van de toestand van de patiënt; ² hogere scores duiden op een verbetering van de toestand van de patiënt; ³ Merk op dat het aantal vrijheidsgraden per toets varieert in verband met ontbrekende waarden.

De gemiddelde scores op de SIG kwamen zowel wat betreft spanning als frequentie overeen met die van normalen (Arrindell, De Groot & Walburg, 1984). De scores op deze twee laatste instrumenten waren opmerkelijk, omdat het repertoire aan sociale vaardigheden van de patiënten duidelijk beperkt was en het niet-verplichte gebruik van antipsychotica er nog al eens toe leidde dat door de afdelingsstaf psychotische belevingen werden geconstateerd. Het lijkt er dus op dat patiënten zowel bij de PANSS als de SIG sociaal wenselijke antwoorden geven, een verschijnsel dat zich bij de observatieschalen niet voordoet.

De houding van de psychotische patiënten ten opzichte van het behandelprogramma was over het algemeen ambivalent. Aan de ene kant zag men het volgen van het behandelprogramma als een verplichting in het kader van de TBS-maatregel, aan de andere kant leken de patiënten (meestal laag in de hiërarchie) er een zekere status aan te ontlenen. Desondanks verliep de uitvoering van het behandelprogramma vaak moeizaam: patiënten kwamen onregelmatig, soms vanwege dreigende decompensatie of het voorwenden daarvan. Veel patiënten waren weinig gemotiveerd, al verbeterde de motivatie bij enkele van hen in de loop van het programma. Evaluaties aan het eind van een module leken vaak tot sociaal wenselijke uitspraken te leiden, vooral bij de vaardigheidstrainingen. In de psycho-

educatieve modules leken de deelnemers meer oprechte interesse te tonen.

De indruk bestond dat patiënten met een ernstiger bijkomende cluster B persoonlijkheidsstoornis (early-starters) tijdens de bijeenkomsten vaker en meer onaangepast gedrag vertoonden dan de patiënten zonder, of met een minder ernstige cluster B persoonlijkheidsstoornis (late-starters). De eersten meenden vaak dat ze van het programma weinig konden leren, kwamen soms met onmogelijke voorstellen en volgden de verschillende modules vaak zonder veel inzet.

Discussie

De hoofd- en subschaalscores van de patiënten die het programma afmaakten, ontwikkelden zich doorgaans in de juiste richting, doch er werden slechts enkele (marginale) significante verbeteringen waargenomen. Vergeleken met de controle groep werden significante verbeteringen gevonden in sociale vaardigheden en negatief copinggedrag, alsmede trends in de gehoopte richting wat betreft positief copinggedrag en negatieve psychotische symptomen. Echter, omdat het in dit onderzoek om een kleine groep patiënten gaat, dienen deze resultaten met grote voorzichtigheid te worden gehanteerd. Het trekken van meer definitieve conclusies is pas mogelijk bij grotere groepen patiënten, maar hiervoor zou hetzelfde programma (in combinatie met een overeenkomstig basisprogramma) in meerdere forensisch psychiatrische instellingen moeten worden toegepast en geëvalueerd. Immers, zoals al eerder is opgemerkt, is het percentage chronisch psychotische patiënten in dergelijke instellingen beperkt en de verblijfsduur lang.

In algemene zin lijken echter zowel het hoge drop-out percentage (36 %) en de beperkte vooruitgang van de patiënten die het programma afmaakten, de problemen bij het behandelen van psychotische terbeschikkinggestelden te onderstrepen (Nijman, De Kruyk & Van Nieuwenhuizen, 2002). Mede vanwege co-morbide cluster B persoonlijkheidsstoornissen gaat het relatief vaak om patiënten met een beperkt ziektebesef die psychofarmaca weigeren, medicijnen onregelmatig innemen of bij wie medicatie onvoldoende leidt tot reductie van de symptomatologie. Structurele medicamenteuze dwangbehandeling is in de praktijk moeilijk te realiseren: de patiënten zijn veroordeeld zijn tot TBS met dwang *verpleging*, en niet tot dwang *behandeling*. In hun recente evaluatie van de TBS-wetgeving pleitten Leuw & Mertens (2001) dan ook voor bezinning op de mogelijkheden van drang- en dwangmedicatie om 'een ernstige en langdurige stagnatie van de behandeling te doorbreken' (p. 147).

Inmiddels is het in dit onderzoek beschreven behandelprogramma aangepast. Zo zijn de Liberman-module Verslaving en de agressiehanteringstherapie (Hornsveld, in druk) toegevoegd. Op deze manier kan ook aan criminogene factoren als verslavingsgedrag en anti-

sociale attitudes aandacht worden gegeven (Harris & Rice, 1997; Hodgins, 2001). Teneinde 'treatment integrity' (Cooke & Philip, 2001) te bevorderen wordt voor elke module het bestaande draaiboek verder uitgewerkt. Op termijn wordt er op grond van klinische ervaringen aan gedacht een verschillend behandelbeleid voor early- en late-starters te ontwikkelen. Bij de late-starters, waarbij het gewelddadige gedrag meer een gevolg lijkt van de psychotische ontwikkeling, zou het accent moeten liggen op de (medicamenteuze) behandeling van de psychose, waarna de patiënt een rehabilitatieprogramma volgt, om tenslotte te worden overgeplaatst naar de algemene chronische psychiatrie. Bij de early-starters zou, na behandeling van de psychose, de aandacht vooral gericht moeten zijn op de behandeling van het antisociale gedrag. Worden bij de behandeling van dit gedrag voldoende vorderingen gemaakt, dan kan de patiënt na het volgen van een rehabilitatieprogramma alsnog doorstromen naar de algemene psychiatrie. Echter, voor een deel van deze patiënten zal vermoedelijk het verblijf op een 'long stay'-afdeling van een TBS-kliniek het enige perspectief zijn.

Summary

Evaluation of a cognitive-behavioral treatment program for chronic psychotic forensic patients

This study evaluates treatment progress of four groups of chronic psychotic patients, residing in forensic psychiatric hospital De Kijvelanden. The psychotic patients were offered a cognitive-behavioral treatment program with psycho-education, mourning assimilation, stress management, functional training dealing with psychotic symptoms (Lieberman-module) and social skills training. Compared with a control group of 16 psychotic patients who did not enter the treatment (yet), the 16 patients completing the treatment program scored significantly better on the subscales Social skills and Negative coping behavior of one of the two observation scales. In comparison with controls no significant improvements were found on either the other observation instrument (REHAB), or instruments for general psychopathological symptoms (PANSS) and social skills (SIG), except for a small positive effect on the negative symptom scale of the PANSS. The results illustrate the difficulties and limitations in the treatment of chronic psychotic offenders, who often suffer from cluster B personality disorders.

Key words: program evaluation, forensic psychiatry, schizophrenia, behavioral treatment program.

Literatuur

- Arrindell, W.A., Groot, P.M. de, & Walburg, J.A. (1984). *Handleiding Schaal voor Interpersoonlijk Gedrag, SIG, deel I*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Baker, R.D., & Hall, J.N. (1988). REHAB: a new assessment instrument for chronic psychiatric patients. *Schizophrenia Bulletin*, 14, 97-111.
- Blackburn, R. (1993). *The psychology of criminal conduct*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Blackburn, R. (1996). Mentally disordered offenders. In C.R. Hollin (Ed.), *Working with Offenders. Psychological Practice in Offender Rehabilitation* (pp. 119-149). Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- Brand, E.F.J.M., Diks, G.J.M., Emmerik, J.L. van, & Raes, B.C.M. (1998). *Diagnostiek en onderzoek*. Utrecht: Dr. F.S. Meijers Instituut.
- Brand, E.F.J.M., & Emmerik, J.L. van (2001). *Handboek Forensisch Psychiatrische Profielen*. Den Haag: Ministerie van Justitie.
- Cooke, D.J., & Philip, L. (2001). To treat or not to treat? An empirical perspective. In C.R. Hollin (Ed.), *Handbook of Offender Assessment and Treatment* (pp. 17- 34). Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- Gaag, M. van der, & Wilken, J.P. (1994). *Handleiding REHAB: Een maat van psychiatrische invaliditeit*. Lisse: Swets Test Services.
- Harris, G.T., & Rice, M.E. (1997). Mentally disordered offenders: What research says about effective service. In C.D. Webster & M.A. Jackson (Eds.), *Impulsivity: Theory, Assessment, and Treatment* (pp. 361-393). New York: The Guilford Press.
- Hodgins, S. (2001). Offenders with major mental disorders. In C.R. Hollin (Ed.), *Handbook of Offender Assessment and Treatment* (pp.433-451). Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- Hodgins, S., Côté, G., & Toupin, J. (1998). Major mental disorders and crime: an etiological hypothesis. In D.J. Cooke et al. (Eds.), *Psychopathy: Theory, Research and Implications for Society* (pp. 231-256). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Hornsveld, R.H.J. (2002). Aggression control therapy for adult forensic psychiatric patients. In A.P. Goldstein, R. Nensen, M. Kalt, & B. Dalefolod. *New Perspectives on Aggression Replacement Training*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd (in press).

- Hornsveld, R.H.J., & Kavelaars, M.M. (2000). Enkele eerste bevindingen met een behandelprogramma voor terbeschikkinggestelden met chronisch psychotische problematiek. *Gedragstherapie*, 33, (1), 29-42.
- Junginger, J. (1990). Predicting compliance with command hallucinations. *American Journal of Psychiatry*, 147, 245-247.
- Junginger, J. (1995). Command hallucinations and the prediction of dangerousness. *Psychiatric Services*, 46, 911-914.
- Junginger, J. (1996). Psychosis and violence: the case for a content analysis of psychotic experience. *Schizophrenic Bulletin*, 22, 91-103.
- Kay, S.R., Fiszbein, A., & Opler, L.A. (1967). The positive and negative syndrome rating scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-276.
- Leuw, E. & Mertens, N.M. (2001). *Tussen recht en ruimte. Eerste evaluatie van de TBS-wetgeving van 1997*. Den Haag: Ministerie van Justitie.
- McNiel, D.E. (1994). Hallucinations and violence. In J. Monahan & H.J. Steadman (Eds.), *Violence and Mental Disorder* (pp. 183-201). Chicago: The University of Chicago Press.
- Monahan (1997). Major mental disorders and violence to others. In D.M. Stoff, J. Breiling, & J.D. Maser (Eds.), *Handbook of Antisocial Behavior* (pp. 22-35). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Monahan, J., Steadman, H., Appelbaum, P., Robbins, P., Mulvey, E., Roth, L., Grisso, T., & Banks, S. (2001). *Rethinking risk assessment: The MacArthur study of mental disorder and violence*. New York: Oxford University Press.
- Müller-Isberner, R. & Hodgins, S. (2000). Evidence-based treatment for mentally disordered offenders. In S. Hodgins & R. Müller-Isberner (Eds.), *Violence, Crime and Mentally Disordered Offenders: Concepts and Methods for Effective Treatment and Prevention* (pp.7-38). Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- Nijman, H.L.I., Kruyk, C. de, & Nieuwenhuizen, C. van (2002). Gedragsveranderingen tijdens TBS-behandeling. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 44, 339-334.
- Nijman, H.L.I., Cuperus, H.W., & Polak, M. (2001). Reactie op 'Geweld en psychotische ziekte'. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 43, 277-279.
- Quinsey, V.L., Harris, G.T., Rice, M.E. & Cormier, C.A. (1998). *Violent Offenders: Appraising and managing risk*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Slooff, C.J., Appelo, M.T., Berkenbosch, I.M., & Louwerens, J.W. (1994). *Trainingsmodulen voor revalidatie en rehabilitatie van mensen met schizofrenie*. Assen/Groningen: Schizophrenia Rehabilitation Research.
- Swanson, J.W., Holzer, C.E., Ganju, V.K., & Jono, R.T. (1990). Violence and psychiatric disorder in the community: Evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 761-770.
- Taylor, P.J. (1993). Schizophrenia and crime: Distinctive patterns in association. In: S. Hodgins (Ed.), *Mental Disorder and Crime* (pp. 63-84). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Taylor, P.J., Garety, P., Buchanan, A., Reed, A., Wessely, S., Ray, K., Dunn, G., & Grubin, D. (1994). Delusion and violence. In J. Monahan & H.J. Steadman (Eds.), *Violence and Mental Disorder* (pp. 161-182). Chicago: The University of Chicago Press.
- Taylor, P.J., & Gunn, J. (1999). Homicides by people with mental illness: myth and reality. *British Journal of Psychiatry*, 174, 9-14.
- Webster, C.D., Hucker, S.J. & Grossman, M.G. (1993). Clinical programs for mentally ill offenders. In K. Howells & C.R. Hollin (Eds.), *Clinical Approaches to the Mentally Disordered Offender* (pp. 87-109). Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.