

Forensisch psychiatrische patiënten met geweldsdelicten: persoonlijkheidskenmerken en gedrag

R.H.J. HORNSVELD, C.M.J. VAN DAM-BAGGEN, S.M.M. LAMMERS,
H.L.I. NIJMAN, F.W. KRAAIMAAT

ACHTERGROND Op grond van de internationale literatuur is te verwachten dat klinische en poliklinische forensische patiënten hoger scoren op de persoonlijkheidsdomeinen neuroticisme en extraversie, en lager op altruïsme en consciëntieusheid en dat zij tevens een grotere dispositie hebben tot boosheid dan de 'normalen'. Naar verwachting rapporteren poliklinische patiënten meestal minder agressief en meer sociaal competent gedrag dan klinische patiënten.

DOEL Voor de ontwikkeling en evaluatie van de agressiehanteringstherapie zijn groepen klinische en poliklinische forensisch psychiatrische patiënten vergeleken met normgroepen wat betreft de persoonlijkheidskenmerken volgens de 'big five', en ook wat betreft agressief gedrag en sociaal competent gedrag. Daarnaast werden beide groepen met elkaar vergeleken. Onderzocht werd of de persoonlijkheidskenmerken en het probleemgedrag zoals die beschreven zijn in de internationale literatuur ook van toepassing zijn op een vergelijkbare Nederlandse populatie.

METHODE Het onderzoek had betrekking op 110 terbeschikkinggestelden en 69 poliklinische forensisch psychiatrische patiënten, voor wie de agressiehanteringstherapie was geïndiceerd. Bij het onderzoek werd gebruikgemaakt van zelfrapportagevragenlijsten en een checklist (Psychopathy Checklist-Revised) voor het meten van persoonlijkheidskenmerken en verschillende aspecten van agressief en sociaal competent gedrag.

RESULTATEN De totale groep scoorde hoger op neuroticisme en lager op altruïsme dan de normgroepen, maar niet afwijkend op extraversie en consciëntieusheid. Wel bleek de totale groep meer gedisponeerd tot boosheid. De poliklinische patiënten verschilden onder meer in leeftijd van de terbeschikkinggestelden. Zij scoorden, gecontroleerd voor leeftijd, lager op openheid, altruïsme en consciëntieusheid. Tegen de verwachting in rapporteerden ze meer vijandig en agressief gedrag. Er bleek geen verschil in sociaal competent gedrag.

CONCLUSIE Een mogelijke verklaring voor de resultaten zou kunnen zijn dat terbeschikkinggestelden in een gestructureerde en gecontroleerde omgeving verkeren, in tegenstelling tot de poliklinische patiënten bij wie agressief gedrag vaker toegelaten en/of bekrachtigd wordt. Daarnaast zijn terbeschikkinggestelden geneigd tot het geven van sociaal wenselijke antwoorden, omdat ze veronderstellen dat de onderzoeksgegevens negatieve consequenties kunnen hebben voor eventuele verlenging van hun maatregel. Tegen de verwachting in scoorden beide groepen relatief hoog op de dimensie psychopathie. Aangezien de Psychopathy Checklist-Revised een goede voorspeller is voor

recidive, lijken zorgvuldige risicotaxatie en vroegtijdig ingrijpen bij jongere, gewelddadige delinquenten met psychiatrische problematiek aangewezen.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 46(2004)3, 133-143]

TREFWOORDEN agressie, forensische psychiatrie, persoonlijkheid

Forensisch psychiatrische patiënten zijn delinquenten bij wie in veel gevallen door de rechter op grond van onderzoek door een psychiater en/of een psycholoog (rapportage pro Justitia) een verband is geconstateerd tussen 'een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens' en een gepleegd delict. Zonder klinische of ambulante behandeling wordt de kans op herhaling reëel geacht. Belangrijkste doelstelling van de behandeling in of bij een forensisch psychiatrische instelling is daarom het bewerkstelligen van een zodanige gedragsverandering, dat de kans op herhaling tot een aanvaardbaar minimum wordt teruggebracht.

Bij terbeschikkinggestelden gaat het om forensisch psychiatrische patiënten die een delict hebben gepleegd waarvoor een gevangenisstraf van ten minste vier jaar geldt. De behandeling vindt plaats in een gesloten beveiligde instelling en is gericht op een verantwoorde terugkeer naar de samenleving. Ambulante forensisch psychiatrische patiënten zijn delinquenten, die het volgen van een behandeling als bijzondere voorwaarde bij hun straf opgelegd hebben gekregen en bij wie het delicten betreft waarvoor een gevangenisstraf geldt van maximaal drie jaar. Ook kan het gaan om delicten waarbij de onvoorwaardelijke gevangenisstraf van maximaal zes maanden is omgezet in een leerstraf. De behandeling van ambulante patiënten wordt uitgevoerd op een forensisch psychiatrische poli- en dagkliniek.

Hoewel door verschillende instellingen in Nederland een begin is gemaakt met de ontwikkeling van behandelprogramma's voor forensisch psychiatrische patiënten met geweldsdelicten in hun voorgeschiedenis, is empirische kennis over psychologische persoonlijkheidskenmerken en probleemgedrag van de Nederlandse populatie

vooralnog beperkt. Over kenmerken en gedragingen bij min of meer vergelijkbare, niet-Nederlandse populaties zijn echter meerdere publicaties verschenen. Daarin valt overigens het gebrek aan overeenstemming op in het gebruik van termen als 'antisociale persoonlijkheid', 'antisociale persoonlijkheidsstoornis', 'agressief gedrag', 'antisociaal gedrag', 'gewelddadig gedrag' en 'criminaliteit'.

Nietzel e.a. (1999) constateerden op basis van internationale onderzoeken dat 'ernstig antisociaal gedrag' gerelateerd is aan lage scores op de 'big five' persoonlijkheidsdomeinen *agreeableness* en *conscientiousness* (Costa & McCrae 1992), een verband dat al eerder door andere auteurs werd verondersteld (Digman 1994; Widiger e.a. 1994). Eysenck & Gudjonsson (1989) concludeerden op grond van onderzoek dat er een verband is tussen de persoonlijkheidsdimensies *extraversion* en *neuroticism* enerzijds en criminaliteit anderzijds: bij jongere en meer actieve criminelen zou de relatie met extraversie sterker en met neuroticisme minder sterk zijn dan bij oudere, gedetineerde criminelen. De dimensies neuroticisme en extraversie van Eysenck & Gudjonsson komen volgens Digman (1994) overeen met de gelijknamige persoonlijkheidsdomeinen van de 'big five'.

Agressief gedrag houdt naar de mening van Goldstein e.a. (1998) verband met probleemgedrag, zoals een slechte beheersing van emoties, een beperkt repertoire van sociale vaardigheden en antisociale attitudes. Meerdere onderzoekers vonden empirische ondersteuning voor deze veronderstelling. Bij agressieve personen werden meer disfuncties aangetroffen op het terrein van de perceptie (Akhtar & Bradley 1991), attentie (Lochman e.a. 1991), attributie (Dodge e.a. 1990), cognitie (Lochman & Dodge 1994), emotie (Zam-

ble & Quinsey 1997), sociale competentie (Hollin 1990) en moreel besef (Nelson e.a. 1990; Palmer & Hollin 1999) dan bij niet-agressieve personen.

Ten behoeve van de ontwikkeling en evaluatie van een agressiehanteringstherapie voor klinische en poliklinische forensisch psychiatrische patiënten met geweldsdelicten (Hornsveld e.a. 2004) is in een exploratief onderzoek onderzocht in hoeverre deze persoonlijkheidskenmerken en dit probleemgedrag kenmerkend zijn voor een vergelijkbare Nederlandse populatie. Daarbij zijn een groep terbeschikkinggestelden en een groep poliklinische forensisch psychiatrische patiënten vergeleken met normgroepen met behulp van zelfrapportagevragenlijsten. De vragenlijsten hadden betrekking op persoonlijkheidskenmerken en op aspecten van agressief en sociaal competent gedrag. Daarnaast zijn de twee groepen onderling vergeleken om te onderzoeken of er verschillen zijn in persoonlijkheidskenmerken en probleemgedrag tussen klinische en poliklinische forensisch psychiatrische patiënten. Op grond van de literatuur was de verwachting dat: (1) beide groepen samen hoger zouden scoren op de persoonlijkheidsdomeinen neuroticisme en extravertie en lager op de domeinen altruïsme en consciëntieusheid dan de normgroepen; (2) beide groepen samen hoger zouden scoren op de dispositie tot boosheid dan de normale groepen; en (3) de groep poliklinische patiënten minder agressief en meer sociaal competent gedrag zou rapporteren dan de groep terbeschikkinggestelden.

In dit onderzoek wordt de term agressief gedrag in algemene zin gebruikt voor gedrag dat beschadiging van anderen tot gevolg heeft. Goldstein (1999) gebruikte een continuüm, lopend van lichte (schelden), via matige (mishandeling), tot ernstige (doodslag) agressie. Lichte vormen van agressie zijn uitsluitend verbaal van aard; bij matige of ernstige agressie, zoals geweldsdelicten, worden ook fysieke middelen gebruikt (Browne & Howels 1996). Als we spreken van een persoonlijkheidsdomein, dan betreft het één van de psychologische persoonlijkheidskenmerken volgens de 'big five' (Hoekstra e.a. 1996). De term antisociale

persoonlijkheidsstoornis refereert aan een medisch-psychiatrische classificatie op as II van de DSM-IV (American Psychiatric Association 1994). Om als zodanig geclassificeerd te worden, moet een persoon voldoen aan een aantal criteria, waaronder het vertonen van agressief gedrag, het niet nakomen van verplichtingen en herhaald liegen.

METHODE – PATIËNTEN- EN NORMGROEPEN

Patiënten

Het onderzoek werd uitgevoerd bij 110 klinische en 69 poliklinische patiënten (allen mannen), die deelnamen aan de agressiehanteringstherapie, een cognitief-gedragstherapeutische groepsbehandeling voor klinische en poliklinische forensisch psychiatrische patiënten met geweldsdelicten in hun voorgeschiedenis (Hornsveld e.a. 2004). De klinische patiënten waren opgenomen in 5 tbs-klinieken (FPI De Kijvelanden, tbs-kliniek De Singel (thans Flevo Future, locatie Amsterdam), Dr. F.S. Meijers Kliniek (thans Flevo Future, locatie Utrecht), FPI De Rooyse Wissel en DFP van GGZ Drenthe) en veroordeeld voor ernstige geweldsdelicten. Hun leeftijd was gemiddeld 32,5 jaar (standaarddeviatie (SD) = 7,1; bereik 21-51 jaar). De onderzochte groep is niet representatief voor de populatie van terbeschikkinggestelden. De therapie is namelijk geïndiceerd voor patiënten met een antisociale persoonlijkheidsstoornis als hoofddiagnose. Daarnaast kunnen patiënten met zowel een psychotische stoornis op as I als een antisociale persoonlijkheidsstoornis op as II van de DSM-IV (American Psychiatric Association 1994) deelnemen, indien het psychotische toestandbeeld zodanig is dat de persoonlijkheidsstoornis op de voorgrond komt te staan. Patiënten met een nog niet gestabiliseerde, psychotische stoornis en patiënten die niet in een groep kunnen functioneren, worden van deelname aan de therapie uitgesloten. Daarnaast weigeren sommige patiënten voor wie de agressiehanteringstherapie geïndiceerd is die te volgen: ter-

beschikkinggestelden zijn namelijk veroordeeld tot dwangverpleging en niet tot dwangbehandeling.

De poliklinische patiënten in dit onderzoek bezochten een forensisch psychiatrische polikliniek (poli- en dagkliniek Het Dok en de Ambulante Forensische Psychiatrie-jeugd te Assen) in het kader van een door de rechter opgelegde voorwaardelijke straf met bijzondere voorwaarde (het volgen van een behandeling) wegens geweldsdelicten. De leeftijd van de poliklinische patiënten was gemiddeld 23,4 jaar ($SD = 8,3$; bereik 16-47 jaar). De poliklinische agressiehanteringstherapie is geïndiceerd voor patiënten met een gedragsstoornis of antisociale persoonlijkheidsstoornis als hoofddiagnose. De behandelde patiënten lijken representatief voor de populatie van plegers van geweldsdelicten die door de rechter direct of indirect een ambulante behandeling opgelegd hebben gekregen. Slechts in enkele gevallen moesten patiënten van deelname moeten worden uitgesloten op grond van acute psychotische klachten, verslavingsproblematiek en/of het niet kunnen functioneren in een groep.

Zowel bij de klinische als bij de poliklinische patiënten was in bijna alle gevallen de lagere school doorlopen, gevolgd door maximaal enkele jaren lager beroepsonderwijs.

Normgroepen

Persoonlijkheidskenmerken werden vergeleken met die van de normgroep 'mannen ouder dan 17 jaar' uit een brede bevolkingssteekproef (Hoekstra e.a. 1996). Met betrekking tot de dispositie tot boosheid werd vergeleken met een normgroep 'aselect gekozen mannelijke Leidse inwoners van 16 tot 71 jaar' (Van der Ploeg e.a. 1982). Wat betreft de gerapporteerde probleemgedragingen op het gebied van sociale competentie, kon de totale groep vergeleken worden met een normgroep 'normalen' van 16-80 jaar (Van Dam-Baggen & Kraaimaat 2000)

METHODE – MEETINSTRUMENTEN

Voor het onderzoek werd gebruikgemaakt van meetinstrumenten voor persoonlijkheidskenmerken en voor de verschillende componenten van agressief gedrag en van sociaal competent gedrag. Alleen van de meetinstrumenten met betrouwbare en valide subschalen werden subscores berekend, van de overige instrumenten werd alleen de totaalscore gebruikt.

Meetinstrumenten voor persoonlijkheidskenmerken

NEO Five Factor Inventory Deze NEO-FFI (Hoekstra e.a. 1996) is gebruikt voor het meten van persoonlijkheidskenmerken volgens de 'big five': neuroticisme, extraversie, openheid, altruïsme (agreeableness) en consciëntieusheid.

Psychopathy Checklist-Revised Deze PCL-R (Hare 1991; Vertommen e.a. 2002) is een checklist ter bepaling van psychopathie met de volgende twee factoren: 'egoïstisch, ongevoelig en zonder wroeging gebruik maken van anderen' (factor 1) en 'chronisch instabiel en antisociaal gedrag' (factor 2).

Zelf-Analyse Vragenlijst Deze ZAV (Van der Ploeg e.a. 1982) is gebruikt voor het meten van boosheid en woede als dispositie.

Meetinstrumenten voor aspecten van agressief gedrag en sociaal competent gedrag

Bermond-Vorst Alexithymia Vragenlijst De BVAQ (Bermond & Vorst 1996) is gebruikt voor het meten van het omgaan met gevoelens. Een lagere score wordt verondersteld te wijzen op een adequater omgaan met gevoelens dan een hogere score.

Agressie Vragenlijst De AVL (Meesters e.a. 1996) is de Nederlandse versie van de Aggression Questionnaire (AQ; Buss & Perry 1992) en is gebruikt voor het meten van de verschillende vormen van agressief gedrag.

Inventarisatielijst *Omgaan met Anderen* De IOA (Van Dam-Baggen & Kraaimaat 2000) is gebruikt voor het meten van sociale angst (spanning) en sociale vaardigheden (frequentie).

Meetinstrumenten die zich nog in een experimenteel stadium bevinden

Novaco Anger Scale Deze NAS (Novaco 1994) is gebruikt voor het meten van boosheid en woede. Van de Engelstalige versie bleek de interne betrouwbaarheid goed, evenals de concurrente en voorspellende validiteit. Van een Nederlandse versie worden de psychometrische eigenschappen nog onderzocht. In dit onderzoek bleek de interne consistentie (Cronbachs alfa; 0-1; > 0,80 betekent meestal een voldoende goede consistentie) voor deel A 0,95 en voor deel B 0,93.

Attributie Vragenlijst De ATV (Hornsveld e.a. 2002) is een vragenlijst ter bepaling van vijandigheid, waarbij gebruikgemaakt wordt van 17 plaatjes van de Rosenzweig Picture-Frustration Study (RPFS; Hörmann & Moog 1957). De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de lijst was in dit onderzoek 0,77 ($p < 0,01$) en Cronbachs alfa was 0,83.

METHODE - PROCEDURE

De vragenlijsten werden individueel afgenomen voorafgaande aan de agressiehanteringstherapie. Dit gebeurde in sommige instellingen door de therapeuten, in andere door een onderzoeker. De PCL-R werd in de meeste gevallen door de eerste auteur gescoord aan de hand van dossieronderzoek, gecombineerd met gegevens uit het intakegesprek of met indrukken van therapeuten tijdens het uitvoeren van de behandeling. Voor deze werkwijze werd gekozen wegens de nog beperkte deskundigheid op het gebied van de PCL-R in enkele participerende instellingen ten tijde van het onderzoek. De scores werden voldoende betrouwbaar geacht voor exploratief wetenschappelijk onderzoek. In enkele gevallen kon in een later stadium een vergelijking worden ge-

maakt met scores die berekend waren door een andere, onafhankelijke onderzoeker en toen bleken verschillen marginaal.

Patiënten mochten weigeren aan het onderzoek deel te nemen. In de behandelovereenkomst werden ze geïnformeerd over het doel van het onderzoek en over het vertrouwelijk en geanonimiseerd gebruik van hun gegevens.

De opzet van het onderzoek is goedgekeurd door de Toetsingscommissie Patiëntgebonden Wetenschappelijk Onderzoek te Arnhem en door het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum van het Ministerie van Justitie.

RESULTATEN

Wegens het aantal vergelijkingen (40 toetsen) werd bij het toetsen een Bonferroni-correctie uitgevoerd en werd voor de α 0,00125 aangehouden ($\alpha = 0,05:40$). De poliklinische patiënten bleken significant ($t(177) = -7,8$; $p < 0,00125$) jonger (gemiddelde leeftijd 23,4 jaar; $SD = 8,3$) dan de terbeschikkinggestelden (gemiddeld 32,5 jaar; $SD = 7,1$). Van de 69 poliklinische patiënten waren er 39 in de leeftijdscategorie van 16 t/m 21 jaar.

Patiënten vergeleken met normgroepen De gemiddelde scores van de onderzochte patiëntengroepen werden met behulp van *one sample t*-toetsen vergeleken met de gemiddelde scores van de normgroepen.

Wat betreft persoonlijkheidskenmerken werden de scores van de totale groep patiënten op de NEO-FFI vergeleken met die van de normgroep 'mannen ouder dan 17 jaar' uit een brede bevolkingssteekproef (Hoekstra e.a. 1996). Daarbij bleek dat de veronderstelling dat de totale groep vergeleken met de normgroep hoger zou scoren op neuroticisme en lager op altruïsme kon worden ondersteund. De totale groep scoorde vergeleken met de normgroep echter niet hoger op extravertie en niet lager op consciëntieusheid. De totale groep patiënten werd ook vergeleken op de dispositie tot boosheid (ZAV) met de normgroep 'aselect gekozen mannelijke Leidse inwoners van

TABEL 1 Vergelijking van persoonlijkheidskenmerken van forensisch psychiatrische patiënten met die van normgroepen

Meetinstrumenten Subschalen	Normgroepen		Totale groep			Poliklinische patiënten			Klinische patiënten		
	M (SD)	M (SD)	Score bij normgroep	Statistische toetsing	M (SD)	Score bij normgroep	Statistische toetsing	M (SD)	Score bij normgroep	Statistische toetsing	
NEO Five Factor Inventory (NEO FFI)											
Neuroticisme	29,6 (7,8)	33,5 (7,7)	6 ^e deciel	t(163)=6,5*	33,1 (7,8)	6 ^e deciel	t(65)=3,7*	33,8 (7,6)	6 ^e deciel	t(97)=5,5*	
Extraversie	39,8 (6,5)	40,1 (5,4)	5 ^e deciel	t(163)=0,8	39,9 (5,4)	5 ^e deciel	t(65)=0,2	40,3 (5,4)	5 ^e deciel	t(97)=0,9	
Openheid	35,4 (6,6)	35,5 (5,4)	5 ^e deciel	t(162)=0,2	33,7 (4,8)	5 ^e deciel	t(65)=-2,8	36,7 (5,6)	6 ^e deciel	t(96)=2,3	
Altruïsme	42,5 (5,1)	39,3 (5,5)	4 ^e deciel	t(163)=-7,6*	37,7 (5,8)	3 ^e deciel	t(65)=-6,7*	40,3 (5,0)	4 ^e deciel	t(97)=-4,3*	
Consciëntieusheid	45,3 (5,7)	44,5 (5,9)	5 ^e deciel	t(163)=-1,7	42,7 (6,5)	4 ^e deciel	t(65)=-3,3	45,7 (5,2)	5 ^e deciel	t(97)=0,9	
Zelf-Analyse Vragenlijst (ZAV)											
Dispositie	17,3 (5,4)	19,1 (6,4)*	8 ^e deciel	t(140)=3,3*	21,5 (7,4)	8 ^e deciel	t(58)=4,3*	17,3 (4,9)	6 ^e deciel	t(81)=0,1	
Inventarisatielijst Omgaan met Anderen (IOA)											
Spanning	70,5 (17,8)	62,9 (19,2)*	Onder gemiddelde	t(162)=-5,0*	64,4 (20,0)	Gemiddeld	t(66)=-2,5	61,9 (18,7)	Onder gemiddelde	t(95)=4,5*	
Frequentie	111,3 (15,8)	114,8 (21,6)	Gemiddeld	t(162)=2,1	109,8 (23,5)	Gemiddeld	t(65)=-0,51	18,1 (9,6)	Boven gemiddelde	t(96)=3,4*	

One-sample-t-toets
* verschil significant met $p < 0,00125$ (Bonferroni-correctie 0,05/aantal toetsen)
M = gemiddelde
sd = standaarddeviatie

16 tot 71 jaar' (Van der Ploeg e.a. 1982). De veronderstelling dat de totale groep patiënten hoger zou scoren werd ondersteund, al werd aan die hogere totaalscore vooral bijgedragen door de poliklinische patiënten (zie tabel 1).

Wat betreft het gerapporteerde probleemgedrag op het gebied van de sociale competentie, kon de totale groep vergeleken worden met een normgroep 'normalen van 16 tot 80 jaar' (Van Dam-Baggen & Kraaimaat 2000). De IOA-score van de totale groep op sociale angst (subschaal 'spanning', zie tabel 1) was tegen de verwachting in lager dan het gemiddelde van de normgroep. Deze lagere totaalscore was vooral het resultaat van de score bij de groep terbeschikkinggestelden. Eveneens tegen de verwachting in rapporteerde de groep terbeschikkinggestelden op de IOA meer sociale vaardigheden (subschaal 'frequentie', zie tabel 1).

Poliklinische patiënten vergeleken met terbeschikkinggestelden De poliklinische patiënten verschilden significant in leeftijd van de terbeschikkinggestelden (gemiddelde leeftijden respectievelijk 23,4 (SD = 8,3) en 32,5 (SD = 7,1)). Omdat de resultaten op enkele meetinstrumenten significant correleerden met leeftijd, werd bij vergelijking van gemiddelden op de meetinstrumenten tussen beide groepen steeds met behulp van een ANCOVA (analysis of covariance) gecorrigeerd voor leeftijd. Voor de α werd weer 0,00125 aangehouden. De poliklinische patiënten verschilden, ook na correctie op leeftijd, op meerdere maten significant van de terbeschikkinggestelden (zie tabel 2).

Zo scoorden de poliklinische patiënten lager op factor 2 van de PCL-R, lager op de domeinen openheid, altruïsme en consciëntieusheid (NEO-FFI) en hoger op boosheiddispositie (ZAV-D). Tegen de verwachting in bleek er geen significant

TABEL 2 Scores van klinische en poliklinische forensische patiënten op diverse meetinstrumenten betreffende persoonlijkheid, gecorrigeerd voor de leeftijd

Meetinstrumenten	Factoren of subschalen	Poliklinische patiënten M (SD)	Klinische patiënten M (SD)	Statistische toetsing
Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R)	Totaal	18,7 (5,7)	21,1 (7,3)	F (1,151)=2,4
	Factor 1	9,9 (3,0)	8,7 (3,7)	F (1,137)=2,4
	Factor 2	8,4 (3,4)	10,7 (3,6)	F (1,137)=8,5*
NEO Five Factor Inventory (NEO FFI)	Neuroticisme	33,1 (7,8)	33,8 (7,6)	F (1,161)=1,5
	Extraversie	39,9 (5,4)	40,3 (5,4)	F (1,161)=0,2
	Openheid	33,7 (4,8)	36,7 (5,6)	F (1,160)=8,4*
	Altruïsme	37,7 (5,8)	40,3 (5,0)	F (1,161)=6,8*
	Consciëntieusheid	42,7 (6,5)	45,7 (5,2)	F (1,161)=5,8*
Zelf-Analyse Vragenlijst (ZAV)	Dispositie	21,5 (7,4)	17,3 (4,9)	F (1,138)=8,3*
Attributie Vragenlijst (ATV)		50,3 (14,9)	43,4 (13,2)	F (1,135)=5,4*
Alexithymia Vragenlijst (BVAQ)		118,9 (20,5)	105,5 (21,1)	F (1,141)=9,7*
Agressie Vragenlijst (AVL)		92,3 (21,4)	78,1 (15,6)	F (1,160)=12,6*
Novaco Anger Scale (NAS)		149,1 (32,4)	132,3 (24,4)	F (1,153)=8,2*
Inventarisatielijst Omgaan met Anderen (IOA)	Spanning	64,4 (20,0)	61,9 (18,7)	F (1,160)=0,9
	Frequentie	109,8 (23,5)	118,1 (19,6)	F (1,160)=3,5

*p < 0,00125 (Bonferroni-correctie 0,05/aantal toetsen)

verschil tussen de gemiddelde totaalscore op de PCL-R bij de groep terbeschikkinggestelden (gemiddelde (M) = 21,5; SD = 7,3) en die bij de groep poliklinische patiënten (M = 18,7; SD = 5,8). In beide gevallen was die score relatief hoog. Cooke (1998) kwam, na inventarisatie van Europees onderzoek, op een gemiddelde van 16,2 voor gedetineerde misdadigers en forensisch psychiatrische patiënten tezamen. Hildebrand & De Ruiter (2002) vonden met behulp van een Nederlandstalige versie bij een groep van 98 terbeschikkinggestelden een overeenkomstige score (M = 21,3; SD = 8,4), al waren dit niet uitsluitend patiënten met geweldsdelicten in hun voorgeschiedenis.

Ook wat betreft vijandig en agressief gedrag scoorden de poliklinische patiënten tegen de verwachting in op alle maten significant hoger dan de terbeschikkinggestelden (ATV, AVL en NAS). Over het omgaan met gevoelens (BVAQ) werd

door de terbeschikkinggestelden eveneens gunstiger gerapporteerd dan door de poliklinische patiënten. Er bleek geen verschil tussen beide groepen in sociaal competent gedrag. De veronderstelling dat de poliklinische patiënten meer sociaal competent gedrag en minder agressief gedrag zouden rapporteren dan de terbeschikkinggestelden werd dus niet ondersteund.

DISCUSSIE

Nederlandse forensisch psychiatrische patiënten met geweldsdelicten lijken, vergeleken met de gemiddelde Nederlander, afwijkend te scoren op de 'big five' persoonlijkheidsdomeinen neuroticisme (hoger) en altruïsme (lager), maar niet op extraversie en consciëntieusheid. Ze zijn bovendien meer geneigd tot boosheid dan de gemiddelde Nederlander en rapporteren minder


angst in sociale situaties. Deze resultaten komen slechts ten dele overeen met onderzoeksgegevens afkomstig uit de internationale literatuur. Een verklaring voor de verschillen zou kunnen zijn dat het in dit onderzoek om een enigszins andere populatie gaat, namelijk die van forensisch psychiatrische patiënten en niet die van agressieve personen of van delinquenten in het algemeen.

De verschillen in persoonlijkheidskenmerken en in probleemgedrag tussen de terbeschikkinggestelden en de poliklinische patiënten waren op bijna alle maten significant. Tegen de verwachting in scoorde de poliklinische groep lager op de persoonlijkheidsdomeinen openheid, altruïsme en consciëntieusheid, en hoger op vijandig en agressief gedrag en was er geen verschil in sociaal competent gedrag. Mogelijk verkeren poliklinische patiënten, in tegenstelling tot de groep terbeschikkinggestelden, in een omgeving waarin agressief gedrag vaker toegelaten en/of bekrachtigd wordt. Daarnaast zijn er aanwijzingen dat afwijkend gedrag bij terbeschikkinggestelden in het algemeen gedurende het eerste jaar van opname significant afneemt, onder meer door verblijf in een gestructureerde en controlerende omgeving (Nijman e.a. 2002).

De resultaten van dit onderzoek moeten met voorzichtigheid worden gehanteerd, omdat geen aselechte steekproeven werden onderzocht. De onderzochte groep omvatte alleen patiënten voor wie de agressiehanteringstherapie geïndiceerd was en die bereid waren die te volgen. Deze groep is niet representatief voor forensisch psychiatrische patiënten met geweldsdelicten in het algemeen. Daarnaast hebben zelfrapportagevragenlijsten als nadeel dat scores beïnvloed kunnen zijn door de neiging tot het geven van sociaal wenselijke antwoorden (Bech & Mak 1995) en/of door het beperkte inzicht van de respondenten in het eigen sociaal functioneren (Hollin & Palmer 2001). Het geven van sociaal wenselijke antwoorden zal vooral een rol gespeeld hebben bij de terbeschikkinggestelden, omdat ze mogelijk veronderstelden dat de onderzoeksgegevens negatieve consequenties kunnen hebben voor een eventuele verlenging van hun maatregel.

Het onderzoek laat de vraag onbeantwoord welke factoren van invloed zijn op de resultaten, die afwijken van onze verwachtingen. De structuur van een klinische setting draagt bij terbeschikkinggestelden bij tot 'normalisering' van hun gedrag en/of tot onderrapportage van sociaal ongewenst gedrag. De verschillen in agressief en sociaal competent gedrag tussen beide groepen zouden in gelijke omstandigheden wel eens minimaal kunnen zijn. Opmerkelijk in dit verband was dat beide groepen niet verschilden in hun (relatief hoge) gemiddelde totaalscore op de PCL-R. Het significante verschil tussen poliklinische patiënten en terbeschikkinggestelden op factor 2 ('chronisch instabiel en antisociaal gedrag') heeft waarschijnlijk te maken met de jongere leeftijd van de poliklinische patiënten, waardoor er minder gelegenheid was tot het vertonen van chronisch instabiel en antisociaal gedrag.

De PCL-R-totaalscore is een goede voorspeller van toekomstig gewelddadig gedrag (Vertommen e.a. 2002). Meerdere longitudinale onderzoeken hebben aangetoond dat gewelddadige volwassenen vaak in de adolescentie al ernstig agressief gedrag vertoonden (Loeber & Hay 1997). De bevinding dat de jongere poliklinische patiënten in hun score op de PCL-R niet verschilden van de terbeschikkinggestelden impliceert een pleidooi voor een zorgvuldige risicotaxatie en een vroegtijdig ingrijpen bij jonge gewelddadige delinquenten met psychiatrische problematiek.

 Dit onderzoek werd mede mogelijk gemaakt door het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum van het Ministerie van Justitie.

LITERATUUR

- Akhtar, N., & Bradley, E.J. (1991). Social information processing deficits of aggressive children: present findings and implication for social skills training. *Clinical Psychology Review*, 11, 621-644.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4de versie). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Bech, P., & Mak, M. (1995). Measurements of impulsivity and aggression. In E. Hollander & D.J. Stein (Red.), *Impulsivity and aggression*.

- sion (pp. 25-42). Chichester: John Wiley & Sons.
- Bermond, B., & Vorst, H.C.M. (1996). *Alexithymia Vragenlijst*. Amsterdam: Psychologisch Adviesbureau Bermond & Psychometric Services Interope.
- Browne, K., & Howells, K. (1996). Violent offenders. In C.R. Hollin (Red.), *Working with Offenders. Psychological Practice in Offender Rehabilitation* (pp. 188-210). Chichester: John Wiley & Sons.
- Buss, A.H., & Perry, M. (1992). The aggression questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 452-459.
- Cooke, D.J. (1998). Psychopathy across cultures. In D.J. Cooke, A.E. Forth & R.D. Hare (Red.), *Psychopathy: Theory, Research and Implications for Society* (pp. 13-46). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Costa, P.T., Jr., & McCrae, R.R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Dam-Baggen, C.M.J. van, & Kraaimaat, F.W. (2000). *Inventarisatielijst Omgaan met Anderen (IOA). Handleiding* (2de, geheel herziene druk). Lisse: Swets Test Publishers.
- Digman, J.M. (1994). Historical antecedents of the Five-Factor Model. In P.T. Costa, Jr. & T.A. Widiger (Red.), *Personality disorders and the five-factor model of personality* (pp. 13-18). Washington, DC: American Psychological Association.
- Dodge, K.A., Price, J.M., Bachorowski, J.A., e.a. (1990). Hostile attributional biases in severely aggressive adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 385-392.
- Eysenck, H.J., & Gudjonsson, G.H. (1989). *The causes and cures of criminality*. New York: Plenum Press.
- Goldstein, A.P. (1999). *Low-Level Aggression: first steps on the ladder to violence*. Champaign, IL: Research Press.
- Goldstein, A.P., Glick, B., & Gibbs, J.C. (1998). *Aggression Replacement Training: a comprehensive intervention for aggressive youth*. Champaign, IL: Research Press.
- Hare, R.D. (1991). *The Hare Psychopathy Checklist-Revised*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Hildebrand, M., & de Ruiter, C. (2002). De Nederlandstalige versie van Hare's Psychopathy Checklist-Revised: enige psychometrische bevindingen. *Gedragstherapie*, 35, 329-339.
- Hoekstra, H.A., Ormel, J., & de Fruyt, F. (1996). *Handleiding NEO Persoonlijkheidsvragenlijsten*. Lisse: Swets Test Services.
- Hollin, C.R. (1990). Social skills training with delinquents: a look at the evidence and some recommendations for practice. *British Journal of Social Work*, 20, 483-493.
- Hollin, C.R., & Palmer, E.J. (2001). Skills training. In C.R. Hollin (Red.), *Handbook of Offender Assessment and Treatment* (pp. 269-280). Chichester: John Wiley & Sons.
- Hörmann, H., & Moog, W. (1957). *Der Rosenzweig P-F test: Form für Erwachsene*. Göttingen: Verlag für Psychologie Dr. C.J. Hogrefe.
- Hornsveld, R., van Dam-Baggen, R., Leenaars, E., e.a. (2004). *Agressiehanteringstherapie voor forensisch psychiatrische patiënten met geweldsdelicten: ontwikkeling en praktijk*. Tijdschrift voor Psychotherapie, 30, 22-38.
- Hornsveld, R.H.J., Nijman, H.L.I., Lammers, S.M.M., e.a. (2002). *Attributie Vragenlijst*. Rijswijk: in eigen beheer.
- Lochman, J.E., & Dodge, K.A. (1994). Social-cognitive processes of severely violent, moderately aggressive, and nonaggressive boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 366-374.
- Lochman, J.E., White, K.J., & Wayland, K.K. (1991). Cognitive-behavioral assessment and treatment with aggressive children. In P.C. Kendall (Red.), *Child & adolescent therapy: cognitive-behavioral procedures* (pp. 25-66). New York: Guilford Press.
- Loeber, R., & Hay, D. (1997). Key issues in the development of aggression and violence from childhood to early adulthood. *Annual Review of Psychology*, 48, 371-410.
- Meesters, C., Muris, P., Bosma, H., e.a. (1996). Psychometric evaluation of the Dutch version of the Aggression Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 839-843.
- Nelson, J.R., Smith, D.J., & Dodd, J. (1990). The moral reasoning of juvenile delinquents: a meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18, 231-239.
- Nietzel, M.T., Hasemann, D.M., & Lynam, D.R. (1999). Behavioral perspectives on violent behavior. In V.B. Van Hasselt & M. Hersen (Red.), *Handbook of psychological approaches with violent offenders: contemporary strategies and issues* (pp. 39-66). New York: Kluwer Academic/Plenum.
- Nijman, H.L.I., de Kruijk, C., & van Nieuwenhuizen, C. (2002). *Gedragveranderingen tijdens TBS-behandeling*. Tijdschrift voor Psychiatrie, 44, 339-334.
- Novaco, R.W. (1994). Anger as a risk factor for violence among the mentally disordered. In J. Monahan & H.J. Steadman (Red.), *Violence and Mental Disorder* (pp. 21-59). Chicago: The University of Chicago Press.
- Palmer, E.J., & Hollin, C.R. (1999). Social competence and sociomoral reasoning in young offenders. *Applied Cognitive Psychology*, 13, 79-87.
- Ploeg, H.M. van der, Defares, P.B., & Spielberger, C.D. (1982). *Handleiding bij de Zelf-Analyse Vragenlijst, ZAV*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Vertommen, H., Verheul, R., de Ruiter, C., e.a. (2002). *De herziene versie van Hare's Psychopathie Checklist (PCL-R)*. Lisse: Swets Test Publishers.

Widiger, T.A., Trull, T.J., Clarkin, J.F., e.a. (1994). A description of the DSM-III-R and DSM-IV personality disorders with the five-factor model of personality. In P.T. Costa, Jr. & T.A. Widiger (Red.), *Personality disorders and the five-factor model of personality* (pp. 41-56). Washington, DC: American Psychological Association.

Zamble, E., & Quinsey, V.L. (1997). *The Criminal Recidivism Process*. Cambridge: Cambridge University Press.

AUTEURS

R. H. J. HORNSVELD is als onderzoeker verbonden aan de afdeling Medische Psychologie van de Radboud Universiteit Nijmegen en als klinisch psycholoog/onderzoeker aan FPI De Kijvelanden/poli- en dagkliniek Het Dok.

C. M. J. VAN DAM-BAGGEN is als klinisch psycholoog/senioronderzoeker verbonden aan de Programmagroep Klinische Psychologie van de Universiteit van Amsterdam.

S. M. M. LAMMERS is psycholoog en is hoofd van de afdeling

Onderzoek, Zorgontwikkeling & Opleiding van FPI Oldenkotte en is als onderzoeker verbonden aan het Academisch Centrum Sociale Wetenschappen van de Radboud Universiteit Nijmegen

H. L. I. NIJMAN is psycholoog en als senioronderzoeker verbonden aan FPI De Kijvelanden en als visiting professor aan de City University of London.

F. W. KRAAIMAAT is klinisch psycholoog en hoofd van de afdeling Medische Psychologie van de Radboud Universiteit Nijmegen.

Correspondentieadres: drs. R.H.J. Hornsveld, Radboud Universiteit Nijmegen, afdeling Medische Psychologie, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen.

E-mail: r.hornsveld@tiscali.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 23-9-2003.

SUMMARY

Violent forensic patients: personality traits and behavior – R.H.J. Hornsveld, C.M.J. van Dam-Baggen, S.M.M. Lammers, H.L.I. Bijman, F.W. Kraaimaat

BACKGROUND On the basis of the international literature the combined group of inpatients serving a tbs-sentence and forensic outpatients is expected to obtain higher scores on the personality domains of neuroticism and extraversion and lower scores on the domains of altruism and conscientiousness and, when compared to inpatients serving a tbs-sentence, forensic outpatients are supposed to report less aggressive behaviour and more socially competent behaviour. Tbs is an abbreviation of the Dutch term 'terbeschikkingstelling' which means 'detained at placed at the disposal of the government. Tbs-patients are treated at tbs-hospitals, which are institutions specialising in forensic psychiatric care.

AIM Aggression control therapy, which is used to treat forensic psychiatric patients, needs to be further developed and evaluated. For this purpose a group of violent forensic inpatients (tbs-patients) and forensic outpatients was compared to 'normal groups' with regard to personality traits (according to the 'big five') and with regard to aggressive behaviour and socially competent behaviour. The tbs-patients were also compared to the forensic outpatients. The main aim was to find out whether the personality traits and problem behaviours as mentioned in the literature were applicable to a comparable Dutch population.

METHOD The study population consisted of 110 tbs-patients and 69 forensic outpatients all of whom had been had been assigned to aggression control therapy. Subjects were required to complete self-report questionnaires. A checklist (Psychopathy Checklist-Revised) was used to measure personality traits and various aspects of aggressive behaviour and socially competent behaviour.

RESULTS Forensic patients obtained higher scores than normal subjects on the personality do-

mains of neuroticism but lower scores on altruism. The scores for extraversion and conscientiousness were about the same for forensic patients and normal subjects. The completed questionnaires and checklists showed that all the forensic patients showed a greater propensity for becoming angry. Contrary to expectations, outpatients were found to differ from inpatients on several measures (including age). After correction for age, outpatient scores were lower than inpatient scores on the personality domains of openness, altruism and conscientiousness. Outpatients also reported more hostile and aggressive behaviour. The outpatient and inpatient groups did not differ with regard to socially competent behaviour.

CONCLUSIONS It is possible that these results are attributable to the fact that inpatients live in a structured and controlled environment, whereas outpatients live in a much less rigid environment where aggressive behaviour is permitted more often and/or is reinforced. Furthermore, tbs-patients are inclined to give socially desirable answers because they assume that research outcomes might result in a longer sentence or period of detention. Contrary to expectations, both the group of tbs-patients and the group of forensic outpatients obtained fairly high scores on psychopathy in the Psychopathy Checklist-Revised. Since scores on the Psychopathy Checklist-Revised are known to be good predictors of recidivism, it seems advisable to subject younger violent offenders with psychiatric problems to careful risk-assessment and intervention as early as possible.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 46(2004)3, 133-143]

KEY WORDS aggression, forensic psychiatry, personality