

HANDBOEK **AMBULANTE** **FORENSISCHE** **PSYCHOLOGIE EN PSYCHIATRIE**



ONDER REDACTIE VAN JAN HENDRIKS,
LARISSA HOOGSTEDER, YVONNE BOUMAN
EN JOAN VAN HORN

Boom

Handboek ambulante forensische psychologie en psychiatrie

HANDBOEK **AMBULANTE FORENSISCHE PSYCHOLOGIE EN PSYCHIATRIE**

Jan Hendriks, Larissa Hoogsteder, Yvonne Bouman
en Joan van Horn (redactie)

© Jan Hendriks, Larissa Hoogsteder, Yvonne Bouman & Joan van Horn, p/a Boom, 2026

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Auteursrecht ten aanzien van tekst- en datamining en machine-learning is nadrukkelijk voorbehouden.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 j° Besluit van 27 november 2002, Stb. 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van artikel 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912. Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bijvoorbeeld een (digitale) leeromgeving of een reader in het onderwijs (op grond van artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting Uit-

geversorganisatie voor Onderwijslicenties (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-uvo.nl).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher. No part of this publication may be reproduced in the context of text and data mining for any other purpose which is not expressly permitted by law without permission of the publisher.

De uitgever heeft ernaar gestreefd de rechten van de illustraties en de artikelen volgens wettelijke bepalingen te regelen. Degenen die desondanks menen zekere rechten te kunnen doen gelden, kunnen zich alsnog tot de uitgever wenden.

De casuïstiek in dit handboek is fictief en mogelijke herkenning berust op louter toeval.

Omslag: Bart van den Tooren
Binnenwerk: Bas Smidt

ISBN 978 90 244 7143 0
NUR 777

www.boom.nl

Inhoud

Inleiding	15
-----------	----

Deel 1 – Theoretisch kader en context van de ambulante forensische ggz

1	Risk-need-responsivity: de standaard voor forensisch behandelen	21
	<i>Frida van der Veeken, Yvonne Bouman, Mara Eisenberg, Juliette Hutten, Kasia Uzieblo & Joan van Horn</i>	
1.1	Algemene inleiding	21
1.2	Start van de behandeling: bepaling van risico en criminogene behoeften	24
1.3	Responsiviteit	27
1.4	Probleemanalyse	28
1.5	Behandelplan	31
1.6	Belang van voortdurende evaluatie	34
1.7	Conclusie en aanbevelingen	35
2	Toepassing van positieve psychologie in de vorm van het Good Lives Model	37
	<i>Lieke Christenhusz & Jan Willem van den Berg</i>	
2.1	Good Lives Model als methodiek	38
2.2	Wetenschappelijk onderzoek naar het Good Lives Model	44
2.3	Verdere overwegingen	45

3	Toepassing Wet forensische zorg en de wetten rondom verplichte ggz <i>Rosella Jonkers</i>	47
3.1	Inleiding	47
3.2	Wet forensische zorg	48
3.3	Wet verplichte ggz en Wet zorg en dwang	50
3.4	Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg	50
3.5	Aanbevelingen en conclusie	58

Deel 2 – Algemene behandelprincipes en -methoden

4	Werkzame elementen: onderdeel van het responsiviteitsprincipe <i>Larissa Hoogsteder & Joan van Horn</i>	63
4.1	Inleiding	63
4.2	Responsiviteitsprincipe	65
4.3	Aanpak behandeling gerelateerd aan werkzame elementen	67
4.4	Conclusie	76
5	Behandelbaarheid van ambulante forensische cliënten <i>Niels Boswinkel & Eveline de Kam</i>	78
5.1	Inleiding	78
5.2	Motivatatie bevorderen	80
5.3	Versterken van behandelbereidheid	82
5.4	Een passend aanbod	83
5.5	Conclusie	86
6	Zonder context geen delict: het belang van systemisch werken <i>Joop Verschuur</i>	90
6.1	Enkele uitgangspunten	90
6.2	The system journey	92
6.3	Veiligheid eerst	101
6.4	Enkele dilemma's	102
6.5	Conclusie	103

7	Forensische scherpste: een kerncompetentie <i>Rosalind van der Lem & Maartje Clercx</i>	105
7.1	Inleiding	105
7.2	Definitie van de term ‘forensische scherpste’	108
7.3	Model van forensische scherpste	109
7.4	Conclusie en aanbevelingen	117
8	Ervaringsgericht behandelen <i>Natasja Verheij & Elise van de Vondervoort</i>	119
8.1	Inleiding	119
8.2	Wat is vaktherapie?	119
8.3	Beeldende therapie	121
8.4	Dramatherapie	126
8.5	Conclusie	129
9	Outreaching forensische zorg: een nieuwe tak van zorg <i>Christa de Groot-Plantinga & Sylco Hoppenbrouwers</i>	130
9.1	Inleiding	130
9.2	Vormen van outreachende zorg	131
9.3	Doelgroep	132
9.4	Kaders	133
9.5	Multidisciplinair team	134
9.6	Werkwijze	135
9.7	Outreaching forensische behandeling	136
9.8	Behandelrelatie	137
9.9	Veiligheid	140
9.10	Conclusie	141
10	Delictanalyse in de ambulante forensische zorg <i>Erik Bulten, Lieke Christenhusz & Kim Jongbloed</i>	143
10.1	Inleiding	143
10.2	Achtergrond van de delicttheorie en de delictanalyse	144
10.3	Delictanalyse als onmisbaar onderdeel van behandeling en risicomanagement	146
10.4	Delictanalyse in relatie tot psychiatrische problematiek	147
10.5	Uitdagingen in de praktijk	149

10.6 Varianten, supplementen en ondersteuning van de delictanalyse	152
10.7 Conclusie	154

Deel 3 – Aandacht voor specifieke groepen

11	Ambulante behandeling van psychopathische cliënten <i>Sylco Hoppenbrouwers & Larissa Hoogsteder</i>	159
11.1	Inleiding	159
11.2	Psychopathie	160
11.3	Prevalentie	160
11.4	Diagnostiek van psychopathie	161
11.5	Behandelmogelijkheden	163
11.6	Belemmerende factoren bij behandeling van psychopathie	166
11.7	Conclusie	169
12	Forensische psychotherapie bij cluster B-persoonlijkheidsstoornissen <i>Madeleine Rijckmans & Frank van der Horst</i>	171
12.1	Inleiding	171
12.2	Risicogestuurde zorg en nadruk op verminderen van recidive	172
12.3	Psychotherapie en het belang van de therapeutische relatie	174
12.4	Persoonlijkheidsstoornissen en gehechtheid	176
12.5	Balanceren tussen recidivevermindering en de therapeutische relatie	179
12.6	Conclusie	182
13	Licht verstandelijke beperking: prevalentie, diagnostiek en behandeling <i>Ragna Plomp & Yvonne Bouman</i>	184
13.1	Inleiding	184
13.2	LVB: meer dan een lager IQ	185
13.3	LVB en risico op delictgedrag of recidive	187
13.4	LVB in behandeling en begeleiding	189

13.5	Goed in beeld, en dan ...	193
13.6	Wees sensitief	195
13.7	Conclusie	196
14	Autismespectrumstoornissen <i>Suzanna Feddes & Robbert Jan Verkes</i>	197
14.1	Inleiding	197
14.2	Kenmerken ASS en delictgedrag	198
14.3	Aandachtspunten bij aanvang van de behandeling	200
14.4	Diagnostiek/screening	202
14.5	Behandeling	204
14.6	Afsluiting van behandeling	210
14.7	Conclusie	212
15	Behandelrichtlijnen voor vrouwen <i>Vivienne de Vogel & Anne-Marie Slotboom</i>	213
15.1	Inleiding	213
15.2	Genderbias	214
15.3	Theorie/achtergrond	215
15.4	Risicotaxatie bij vrouwen	219
15.5	Behandeling van vrouwen	220
15.6	Conclusie	223
16	Behandelen van verslavingsproblematiek <i>Sara Baltus & Otto Has</i>	225
16.1	Inleiding	225
16.2	Diagnostiek en indicatiestelling	228
16.3	Vormgeving van de behandeling	228
16.4	Comorbiditeit	230
16.5	Behandeling	232
16.6	Behandelmethoden	233
16.7	Conclusie	235

Deel 4 – Agressie en vermogensdelicten

17	Behandeling van cliënten met ernstige agressieproblematiek <i>Larissa Hoogsteder & Mara Eisenberg</i>	239
17.1	Inleiding	239
17.2	Randvoorwaarden bij de (start van de) behandeling	241
17.3	Essentiële werkzame elementen	248
17.4	Conclusie	252
18	Cognitief functioneren en agressie <i>Femke Kuipers, Gary de Man, Juliette Hutten & Joan van Horn</i>	253
18.1	Inleiding	253
18.2	Wat zijn cognitieve functies?	254
18.3	Aanmelding en intake	255
18.4	Anamnese en heteroanamnese	257
18.5	Diagnostisch onderzoek	260
18.6	Behandeling en risicomanagement	262
18.7	Conclusie	264
19	Niet-aangeboren hersenletsel <i>Christel Grimbergen, Joan van Horn, Juliette Hutten & Frank Jonker</i>	266
19.1	Inleiding	266
19.2	NAH, psychiatrische comorbiditeit en ziekte-inzicht	269
19.3	Hoe komt NAH in beeld?	273
19.4	Behandeling	276
19.5	Conclusie	277
20	Gewelddadig extremisme en radicalisering <i>Bram Sizoo & Arno van Dam</i>	279
20.1	Inleiding	280
20.2	Veiligheid en risicotaxatie	283
20.3	Psychopathologie en kwetsbaarheid voor radicalisering en extremisme	285
20.4	Conclusie	289

21	Stalking en stalkers	290
	<i>Inge Korfage & Bram Sizoo</i>	
21.1	Inleiding	290
21.2	Stalking en belaging	291
21.3	Prevalentie	292
21.4	Kenmerken en motivatie	293
21.5	Coping en gevolgen voor professionals	294
21.6	Diagnostiek en behandeling	296
21.7	Beschouwing en conclusie	298
22	Behandeling van winkeldieven	300
	<i>Nyomi Cairo & Loes Stockmann</i>	
22.1	Inleiding	300
22.2	Delictanalyse en risicotaxatie	301
22.3	Kleptomanie en andere relevante stoornissen	304
22.4	Behandeling	305
22.5	Beschouwing	307
22.6	Conclusie	309
23	Behandeling van cliënten die vermogensdelicten plegen	311
	<i>Larissa Hoogsteder & Joan van Horn</i>	
23.1	Inleiding	311
23.2	Vermogensdelicten en prevalentie	312
23.3	Typen vermogensdelinquenten	312
23.4	Het antisociale-persoonlijkheidsprofiel	315
23.5	Het problematisch-middelengebruikprofiel	317
23.6	Het disfunctionele-copingprofiel	320
23.7	Beschouwing: de belangrijkste dynamische risicofactoren	320
23.8	Conclusie	321

Deel 5 – Huiselijk geweld

24	Partnergeweld	325
	<i>Hanneke Schepers & Jantine Slotboom</i>	
24.1	Feiten en cijfers	325

24.2	Perspectieven op partnergeweld	326
24.3	Aandachtspunten tijdens de intake en in de assessmentfase	327
24.4	Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling	332
24.5	Risicofactoren en behandeling	333
24.6	Stabiel-dynamische risicofactoren	335
24.7	Afsluiting van de behandeling	338
24.8	Conclusie	338
25	Hechtingsgericht werken bij geweld in gezinnen <i>Simone Dust & Hester Mobach</i>	340
25.1	Inleiding	340
25.2	Ontstaan van verschillende hechtingsstijlen	342
25.3	Relatie tussen onveilige hechting en partnergeweld	344
25.4	Indicatiestelling voor een hechtingsgerichte behandeling	345
25.5	Hechtingsgerichte behandeling	346
25.6	Obstakels in de praktijk	349
25.7	Conclusie	350
26	ADHD bij plegers van partnergeweld <i>Nannet Buitelaar</i>	352
26.1	Inleiding	352
26.2	ADHD-symptomen en de neurobiologische achtergrond van de klachten	354
26.3	Invloed van ADHD-symptomen op de relatie	355
26.4	Herkenning van ADHD	358
26.5	Diagnostiek van ADHD	359
26.6	Behandeling van ADHD en partnergeweld	361
27	Behandeling van kindermishandeling <i>Hester Mobach</i>	364
27.1	Inleiding	364
27.2	Fasering van zorg	365
27.3	Belangrijke elementen van een risicogerichte behandeling	368
27.4	Conclusie	373

Deel 6 – Seksueel grensoverschrijdend gedrag

28	Verschillende typen zedendelinquenten: achtergronden en aanpak	379
	<i>Jan Hendriks</i>	
28.1	Inleiding	379
28.2	Prevalentie	380
28.3	Recidive	381
28.4	Effecten van behandeling	381
28.5	Heterogeniteit	382
28.6	Casuïstiek	383
28.7	Conclusie	389
29	Een netwerkbenadering voor plegers van seksueel grensoverschrijdend gedrag	391
	<i>Jan Willem van den Berg, Floor Biesmans, Rik Spanjers & Judith Yntema</i>	
29.1	Inleiding	391
29.2	Risicotaxatie-instrumenten	393
29.3	NBM-RSR-casusconceptualisatie	395
29.4	Conclusie	400
30	Parafiele seksuele interesses bij seksueel grensoverschrijdend gedrag	401
	<i>Eveline Schippers, Robert Schriek & Marc Verheij</i>	
30.1	Inleiding	401
30.2	Risicotaxatie en diagnostiek	403
30.3	Behandeling	406
30.4	Conclusie	411
31	Sexting en sextortion	413
	<i>Inge Wissink & Larissa Hoogsteder</i>	
31.1	Inleiding	413
31.2	Ongewenste sexting en sextortion	414
31.3	Meer inzicht in de doelgroep	416

31.4	Sextortion	419
31.5	Conclusie	422

Deel 7 – Innovaties

32	Virtual reality	427
	<i>Bas van Wolfelaar & Hanneke Kip</i>	
32.1	Inleiding	427
32.2	Onderzoek naar virtual reality in de ambulante forensische ggz	432
32.3	Mogelijkheden tot implementatie van virtual reality	435
33	Wearables	439
	<i>Hanneke Kip, Tahnee Heirbaut & Maaike Vriend</i>	
33.1	Inleiding	439
33.2	Wat zijn wearables?	441
33.3	De GRIP-app	442
33.4	Onderzoek naar wearables	445
33.5	Onderzoek naar wearables in de behandeling van agressieregulatie	447
33.6	Wearables in de praktijk	449
34	Neurofeedback en meditatie bij impulscontroleproblemen	453
	<i>Anna van der Schoot, Joan van Horn & Julia Wilpert</i>	
34.1	Inleiding	453
34.2	Innovatieve technieken	455
34.3	Neuromeditatie	456
34.4	Conclusies pilotonderzoek	460
	Referenties	463
	Register	523
	Over de auteurs	531

Inleiding

Dit is het eerste Nederlandstalige handboek dat specifiek het *ambulante* forensische werkveld tot onderwerp heeft. Hoewel vrijwel alle forensische handboeken gaan over de klinische forensische zorg, is het volume van zorg in forensische poliklinieken vele malen groter dan in tbs-klinieken of andere vormen van klinische forensische zorg. In deze leemte willen wij voorzien door kennis te bundelen over de diagnostiek en behandeling van verschillende groepen cliënten in de ambulante forensische zorg. In dit vooral praktijkgerichte handboek worden casuïstiek, theorie en de laatste wetenschappelijke inzichten aan elkaar gekoppeld. Het boek is bedoeld voor studenten en professionals die poliklinisch werken met (jong)volwassenen die strafbare feiten hebben gepleegd of bij wie het risico groot is dat zij dit zullen gaan doen. Vaak gaat het om (huiselijk) geweld, vermogensdelicten of seksuele delicten. Veelal is er bij cliënten eerder sprake geweest van strafbaar of grensoverschrijdend gedrag en hebben zij al ervaring opgedaan met de geestelijke gezondheidszorg alvorens zij in behandeling komen bij een forensische polikliniek. Het gaat dus vaak om complexe problematiek.

Ambulante forensische behandeling ontstond begin jaren negentig van de vorige eeuw, toen er een grote kloof zichtbaar werd tussen enerzijds tbs en andere vormen van forensische klinische behandeling, en anderzijds vrijwillige ambulante behandeling. Steeds duidelijker werd dat er een grote groep delinquenten met ernstige psychische problemen was voor wie tbs of een andere forensische klinische behandeling niet geïndiceerd was, bijvoorbeeld omdat hun delicten daar niet ernstig genoeg voor waren. Tegelijkertijd konden zij zich zonder consequenties onttrekken aan een vrijwillige ambulante behandeling. Er ontstond begin jaren negentig de behoefte om tijdig te kunnen ingrijpen en zodoende intensievere en veel duurdere behandelingen te voorkomen. Daarnaast was er een groeiende behoefte aan forensische ambulante nazorg. Tbs-gestelden werden in die periode na beëindiging van hun tbs vrijwel zonder nazorg ontslagen. Deze abrupte overgang bleek voor veel tbs-gestelden te lastig, waardoor zij toch weer vrij snel recideerden.

In 1992 werd de Waag geopend, de eerste forensische polikliniek. Al snel volgden diverse andere poliklinieken, aanvankelijk onder de vlag van een

tbs-kliniek, zoals Kairos, Fivoor, het Dok en Transfore. Later zijn er ook diverse forensische poliklinieken ontstaan onder de vlag van algemene ggz-instellingen. Enkele voorbeelden zijn Ambulante Forensische Psychiatrie Noord-Nederland (AFPN), Forensische Psychiatrie Noord-Holland Noord (GGZ-NHN) en Inforsa. De meeste van deze instellingen hebben meerdere vestigingen.

Het ambulante forensische werkveld is dus nog relatief jong. In het boek *Bijzondere behandelingen* (Mulder, 2007), uitgegeven ter gelegenheid van het vijftienjarig bestaan van de Waag, werd gesteld dat er in de beginfase van het ambulante forensisch werken nog niets was:

Er bestonden geen behandelprogramma's voor zedendelinquenten en agressievelingen. Nu (in 2007) lijkt een ambulante behandeling voor iedere rechtbank bij ieder vonnis een te overwegen alternatief.

Iets verder in Mulders boek werden doelen geformuleerd voor de komende vijftien jaar: het meten en verder verbeteren van de resultaten, het opbouwen van op onderzoek gebaseerde behandelprogramma's en het gebruik van risicotaxatie als een betrouwbaar hulpmiddel. Halverwege de jaren twintig van deze eeuw kan gesteld worden dat het ambulante forensische veld een enorme ontwikkeling heeft doorgemaakt. Er zijn inmiddels veel nieuwe inzichten opgedaan op het gebied van diagnostiek en behandeling, maar ook over het gebruik van nieuwe technologieën.

Behandeling in een ambulante forensische setting verschilt in diverse opzichten van behandeling in een klinische forensische setting. Zo heeft de behandelaar in een ambulante forensische setting veel minder zicht op het dagelijks gedrag van de cliënt, wat als een nadeel gezien kan worden. Daarentegen is een duidelijk voordeel dat de cliënt zijn nieuw geleerde gedrag kan oefenen in real life. Ook kan de cliënt zoveel mogelijk een normaal leven leiden door te werken, en door de steun van partner, familie en vrienden. Ambulante forensische behandeling verschilt ook van behandeling in de reguliere ambulante geestelijke gezondheidszorg (ggz). Cliënten in de reguliere ggz zijn veelal intrinsiek gemotiveerd om iets aan hun problemen te doen, terwijl forensische cliënten vaak matig of niet gemotiveerd zijn om hun gedrag te veranderen. Deze beperkte motivatie wordt beïnvloed door de – omwille van de veiligheid – vanzelfsprekende samenwerking tussen de ambulante forensische behandelaar en andere justitiële ketenpartners. Cliënten zijn vaak bang dat wat zij hun behandelaar in vertrouwen meedelen, direct wordt doorgegeven aan bijvoorbeeld hun reclaseringsambtenaar. Het is dan ook vaak noodzakelijk om aan het begin van de behandeling de motivatie van de cliënt te verhogen.

In dit handboek komen de drie kernonderdelen van de forensische behandeling aan bod:

1. Een *risicotaxatie* is onontbeerlijk om de kans op recidive in te schatten.
2. Ook een *signaleringsplan*, waarin de signalen worden beschreven die kunnen leiden tot recidive, is een vast onderdeel van een (ambulante) forensische behandeling.
3. Tot slot is een *terugvalpreventieplan*, waarin wordt beschreven wat de cliënt en zijn of haar omgeving kunnen doen om recidive te voorkomen, kenmerkend voor een (ambulante) forensische behandeling.

Deze kernonderdelen komen in de diverse hoofdstukken aan de orde. Daarnaast is ervoor gekozen om zoveel mogelijk thema's te behandelen die in de ambulante forensische praktijk belangrijk zijn. Niet alle thema's worden echter even uitputtend behandeld. Gezien de veelheid aan onderwerpen heeft de redactie soms keuzes moeten maken, bijvoorbeeld om aan het thema transcultureel behandelen geen apart hoofdstuk te wijden. Dit betekent niet dat zulke thema's niet belangrijk worden gevonden. Zo heeft een substantieel deel van de doelgroep een migratieachtergrond, waar tijdens de behandeling rekening mee moet worden gehouden.

Dit handboek begint met een beschrijving van het theoretische kader waarbinnen forensische behandelingen plaatsvinden, en met de weergave van de algemenere behandelprincipes. Vervolgens worden specifieke groepen plegers beschreven, bijvoorbeeld vrouwelijke cliënten en cliënten met een licht verstandelijke beperking (LVB). Daarna komen de achtergrond en behandeling van plegers van verschillende typen delicten aan bod: agressie, vermogensdelicten, huiselijk geweld en seksueel grensoverschrijdend gedrag. Tot slot besteden we aandacht aan innovaties in de ambulante forensische zorg, zoals wearables en neurofeedback.

Jan Hendriks, Larissa Hoogsteder, Yvonne Bouman & Joan van Horn
Utrecht, december 2025