

# Inhoud

	<b>Voorwoord</b>	<b>II</b>
	<b>DEEL I DE OMVANG EN AARD VAN HET PROBLEEM</b>	<b>19</b>
<b>I</b>	<b>Psychiatrische comorbiditeit van verslaving in relatie tot criminaliteit</b>	<b>21</b>
	<i>Arne Popma, Eric Blaauw, Erwin Bijlsma</i>	
1.1	Inleiding	22
1.2	Psychiatrische (co)morbiditeit	23
1.3	Veelvoorkomende comorbiditeit	25
1.4	Relevantie van comorbiditeit voor de ernst en het beloop van de problematiek	26
1.5	Verslaving, psychiatrische (co)morbiditeit en criminaliteit	27
1.6	Verslaving en psychiatrische morbiditeit in het gevangeniswezen	29
1.7	Psychiatrische comorbiditeit in andere forensische settingen	32
1.8	Verstandelijke beperking in relatie tot verslaving en behandeling	34
1.9	Slotbeschouwing	35
	Literatuur	36
<b>2</b>	<b>Middelengebruik en crimineel gedrag</b>	<b>41</b>
	<i>Maarten W.J. Koeter, Wim van den Brink</i>	
2.1	Recente geschiedenis van het concept verslaving	41
2.2	Verslaving een hersenziekte	45
2.3	Verslaving en criminaliteit	50
2.4	Slotbeschouwing	57
	Literatuur	58

<b>3</b>	<b>Neurobiologische en neurocognitieve mechanismen van crimineel gedrag en verslavingsgedrag</b>	<b>61</b>
	<i>Ingmar H.A. Franken</i>	
3.1	Inleiding	61
3.2	Neurobiologische mechanismen van verslaving	62
3.3	Neurocognitieve mechanismen van verslaving	65
3.4	Neurobiologische mechanismen van crimineel gedrag	67
3.5	Neurocognitieve mechanismen van crimineel gedrag	69
3.6	Een gemeenschappelijke neurobiologische kwetsbaarheid?	71
	Literatuur	72
	<b>DEEL II DIAGNOSTIEK EN BEHANDELINGEN IN VERSCHILLENDE SETTINGEN</b>	<b>75</b>
<b>4</b>	<b>Diagnostiek en indicatiestelling</b>	<b>77</b>
	<i>Eric Blaauw, Peter Greeven, Bram van Luijk</i>	
4.1	Inleiding	77
4.2	Kwaliteit van diagnostiek	79
4.3	Benodigde diagnostiek	83
4.4	Risicotaxatie	86
4.5	Screening en diagnostiek van verslaving	94
4.6	Slotbeschouwing	102
	Literatuur	104
<b>5</b>	<b>Zorg als alternatief voor detentie: de toepassing van drang bij drugverslaafde justitiabelen</b>	<b>109</b>
	<i>Marianne van Ooyen-Houben</i>	
5.1	De doelgroep van drang	109
5.2	Het doel van drang	111
5.3	Wat is justitiële drang?	112
5.4	Drang: tussen dwang en vrijwilligheid	116
5.5	Formele drang en dwang versus subjectieve percepties	118
5.6	Justitiële drang: attitudes vanuit verschillende perspectieven	119
5.7	De werkzaamheid van drang	121
5.8	Praktische implicaties: hoe de instroom en de retentie te bevorderen?	122
5.9	Slotbeschouwing	125
	Literatuur	125

<b>6</b>	<b>Verslaafden en reclassering</b>	<b>129</b>
	<i>Anneke Menger, Jacqueline Bosker, Donnalee Heij</i>	
6.1	Inleiding	129
6.2	De reclassering: doelen, kerntaken en hun achtergrond	131
6.3	De reclassering: instrumentarium bij diagnose & advies	136
6.4	Reclassering in ontwikkeling	140
6.5	Slotbeschouwing	143
	Literatuur	143
<b>7</b>	<b>Forensische behandelingen in de verslavingszorg</b>	<b>147</b>
	<i>Peter G.J. Greeven, Marc W.M. Bosma</i>	
7.1	Inleiding	147
7.2	Uitgangspunten en principes	149
7.3	Effectiviteit van interventies	150
7.4	Interventies	152
7.5	Slotbeschouwing	162
	Literatuur	163
<b>8</b>	<b>Verslavingszorg in de tbs-kliniek</b>	<b>165</b>
	<i>Truus Kersten, Sanne Verwaaijen</i>	
8.1	Inleiding	166
8.2	Visie op en context van verslavingsbehandeling in de tbs-kliniek	167
8.3	Verslavingsbehandeling	169
8.4	Slotbeschouwing	182
	Literatuur	182
<b>9</b>	<b>Verslavingszorg in detentie</b>	<b>185</b>
	<i>Erik Bulten, Arie van den Hurk</i>	
9.1	Omvang en aard verslavingsproblematiek	186
9.2	Zorgbehoeftes van verslaafde gedetineerden	187
9.3	Het zorgbeleid en -aanbod voor verslaafde gedetineerden	188
9.4	Algemene uitgangspunten bij behandeling van verslavingsproblemen	193
9.5	Uitgangspunten van effectieve interventies in detentie	195
9.6	Slotbeschouwing	201
	Literatuur	203

	<b>DEEL III SPECIFIEKE BEHANDELVORMEN</b>	<b>205</b>
<b>10</b>	<b>Motiverende gespreksvoering in de forensische verslavingszorg</b>	<b>207</b>
	<i>Jannet M. de Jonge, Maarten J. M. Merkx, Gerard M. Schippers</i>	
10.1	Inleiding	207
10.2	Definitie, principes en basisvaardigheden	209
10.3	Effectiviteit bij diverse doelgroepen	214
10.4	Training en implementatie in justitiële settings	217
10.5	Slotbeschouwing	219
	Literatuur	219
<b>11</b>	<b>Forensische (F)ACT</b>	<b>223</b>
	<i>Laura Neijmeijer, Caroline Place, Maaike van Vugt, Remmers van Veldhuizen, Jasper van Marle, Hans Kroon</i>	
11.1	Inleiding	223
11.2	ACT, FACT en forensische (F)ACT	225
11.3	Onderzoek naar forensische ACT	227
11.4	Forensische (F)ACT in Nederland	229
11.5	Naar een model voor forensische (F)ACT	234
11.6	Slotbeschouwing	240
	Literatuur	240
<b>12</b>	<b>De community reinforcement approach (CRA)</b>	<b>243</b>
	<i>Boukje A.G. Dijkstra, Laura DeFuentes-Merillas, Eric Blaauw, Hendrik G. Roozen</i>	
12.1	Inleiding	243
12.2	Uitgangspunten CRA	244
12.3	Evidentie	247
12.4	CRA-procedures	248
12.5	Uitvoering van CRA	250
12.6	Contingency management	252
12.7	Slotbeschouwing	254
	Literatuur	256
	<b>DEEL IV DE TOEKOMST VAN DE FORENSISCHE VERSLAVINGSZORG</b>	<b>259</b>
<b>13</b>	<b>Behandeling met medicatie</b>	<b>261</b>
	<i>Hjalmar van Marle, Anton Loonen, Hendrik Roozen</i>	
13.1	Inleiding	261

---

13.2	Psychopathologie	262
13.3	Biologische achtergronden	264
13.4	Cognitieve en emotionele regulatie van motivatie	267
13.5	Medicamenteuze behandeling	271
13.6	Slotbeschouwing	277
	Literatuur	279
<b>14</b>	<b>Schadelijke effecten van een posttraumatische cyclus van geweld: recidive, herhaald slachtofferschap en verslaving</b>	<b>283</b>
	<i>Frans Willem Winkel, Maarten Kunst</i>	
14.1	Inleiding	284
14.2	Huiselijk geweld	285
14.3	Posttraumatische cyclus (PTC)	286
14.4	Posttraumatische stoornissen	288
14.5	Gedragsstoornissen	290
14.6	Wederkerige scenario's	292
14.7	Risicotaxatie	294
14.8	Slotbeschouwing	296
	Literatuur	296
<b>15</b>	<b>De toekomst van de forensische verslavingszorg</b>	<b>301</b>
	<i>Eric Blaauw, Martinus Stollenga, Hendrik Roozen</i>	
15.1	Maatschappelijk en politiek perspectief	302
15.2	Diagnostiek en risicotaxatie	303
15.3	Straf en behandeling	307
15.4	De toekomst van de verslavingsreclassering	311
15.5	Slotbeschouwing	315
	Literatuur	318
	<b>Over de auteurs</b>	<b>321</b>
	<b>Register</b>	<b>329</b>

# Psychiatrische comorbiditeit van verslaving in relatie tot criminaliteit

Arne Popma, Eric Blaauw en Erwin Bijlsma

## Samenvatting

» Verslaving<sup>1</sup>, psychiatrische stoornissen en criminaliteit komen vaak in combinatie met elkaar voor. Veertig tot zestig procent van de verslaafden heeft ooit ook een psychiatrische stoornis gehad. Andersom heeft ongeveer een derde van de mensen met een psychiatrische stoornis op enig moment in het leven een verslaving. Verslaving en comorbide psychiatrische stoornissen beïnvloeden elkaar over en weer in ernst en persistentie en leiden in gezamenlijkheid vaak tot problemen, zoals problemen met de wet. In populaties die zich kenmerken door relatief veel jongere, werkeloze, alleenstaande mannen met een laag opleidingsniveau worden relatief hoge prevalenties gevonden van psychiatrische ziektebeelden en persoonlijkheidsstoornissen. Juist deze populatie wordt veelvuldig aangetroffen in het gevangeniswezen. In het gevangeniswezen heeft ongeveer 30% van de gedetineerden problematisch alcoholgebruik, 30%-40% problematisch druggebruik, 15%-25% een verstandelijke beperking en ten minste de helft een psychiatrische stoornis (waaronder verslaving). In tbs-inrichtingen en justitiële jeugdinrichtingen en onder gedetineerden met de maatregel van plaatsing in een inrichting voor stelselmatige daders (ISD) kampt de meerderheid met een combinatie van psychiatrische problematiek en verslavingsproblematiek. In veel gevallen speelde deze combinatie van problematiek een rol in het delict. Het justitiële systeem kampt dus met zeer veel

1 Hedendaagse definities scharen verslaving onder de psychiatrische stoornissen en benoemen dit als afhankelijkheid (ICD, DSM) of misbruik (DSM) van een middel.

justitiabelen met psychiatrische problematiek, waaronder verslaving.

## 1.1 Inleiding

Volgens de publieke opinie gaan criminaliteit en psychische stoornissen hand in hand. Bij ernstige delicten wordt in de media vaak niet de vraag gesteld óf er sprake is van een psychiatrische stoornis bij de dader, maar hoe gestoord de dader is. Dit geldt zeker voor de daders bij schokkende voorvallen, zoals Karst Tate die op Koninginnedag 2009 met zijn auto inreed op het publiek, Tristan van der Vlis die in een winkelcentrum in Alphen aan den Rijn zeven mensen doodschoot, en Anders Breivik die 69 mensen doodschoot op het Noorse eiland Utøya. Maar ook bij minder ernstige geweldsincidenten wordt vaak gesteld dat iets ‘gestoord’ is of dat de dader ‘slecht of gek’ moet zijn, waarbij de link met een persoonlijkheidsstoornis al snel is gelegd, of onder invloed van alcohol of drugs moet zijn. Bij diefstallen van bijvoorbeeld autoradio’s wordt vaak al snel gedacht aan verslavingsproblematiek en wordt de diefstal gerelateerd aan verwervingscriminaliteit, waarbij de diefstal tot doel heeft om te kunnen voorzien in de verslaving. Dit roept de vraag op hoe vaak bij criminaliteit daadwerkelijk sprake is van verslaving of andere psychiatrische problematiek.

Bij de vraag naar het vóórkomen van psychiatrische problematiek – de prevalentie – speelt ten eerste de tijdsperiode een rol omdat prevalentiecijfers op een gegeven moment (puntprevalentie) doorgaans lager zijn dan bijvoorbeeld prevalenties gedurende een leven (*life-time prevalence*), in verband met de *time at risk*. Ten tweede is de definitie van psychiatrische problematiek van belang omdat verschillende definities verschillende prevalenties opleveren. Ten derde is de onderzoeksgroep van belang, omdat prevalentiecijfers vaak gerelateerd zijn aan een specifieke onderzoeksgroep. Zo worden in forensisch-psychiatrische centra doorgaans alleen patiënten met psychiatrische problematiek geplaatst, terwijl dit natuurlijk niet het geval is in gevangenissen en huizen van bewaring. Ten vierde is de onderzoeksmethodiek van belang, omdat bepaalde stoornissen gemakkelijker zijn vast te stellen dan andere stoornissen en de diagnostiek van specifieke stoornissen een eigen methodiek kan vereisen. Zo kan een angst- of stemmingsstoornis worden vastgesteld door hiernaar navraag te doen bij de betrokkene en kan psychotische problematiek blijken uit observatie terwijl de betrokkene zelf symptomen ontkent. Voor het vaststellen van een persoonlijkheidsstoornis moet echter worden gekeken naar het functioneren op verschillende levensgebieden en voor ontwikkelings-

pathologie moet ook navraag worden gedaan bij de ouders of opvoeders van de betrokkene (heteroanamnese). In bevolkingsonderzoek is persoonlijkheids- of ontwikkelingspathologie daardoor nagenoeg niet betrouwbaar vast te stellen en kan psychotische problematiek worden ondergerapporteerd. Bij verslavingsproblematiek kan onderrapportage plaatsvinden omdat verslaafden symptomen kunnen ontkennen of omdat zij moeilijker bereikbaar zijn of vaker weigeren mee te werken. Bij psychiatrische problematiek kan worden gelet op de prevalentie van enige problematiek en op het gelijktijdig voorkomen van twee of meer stoornissen, ofwel op de comorbiditeit van psychiatrische problematiek. Hierbij kan ernstige psychiatrische problematiek comorbide psychiatrische stoornissen maskeren. Roozen et al. (2009) stellen in dit kader dat de interacties tussen verslaving en psychiatrische stoornissen het diagnosticeren van comorbiditeit vaak bemoeilijken. Het druggebruik en het bijbehorende afwijkende gedrag domineren vaak het klinisch beeld en maskeren de psychiatrische symptomen. Daarnaast kan het misbruik of juist het onttrekken van middelen bepaalde psychiatrische symptomen veroorzaken die even goed bij een andere psychiatrische stoornis zouden kunnen passen. Bovendien kunnen depressies en angsten ook worden beschouwd als intrinsieke symptomen van de intoxicatie-ontwenningscyclus en symptomen die door het druggebruik naar de achtergrond zijn verdrongen, kunnen zich in de loop van ontwenning- en substitutiebehandelingen opnieuw manifesteren.

In het navolgende wordt ingegaan op de prevalentiecijfers van psychiatrische stoornissen, waaronder misbruik en afhankelijkheid van middelen (kortweg verslaving genoemd), en comorbide psychiatrische stoornissen in verschillende forensische settingen. Daarbij wordt zo veel mogelijk gewerkt met puntprevalenties (pathologie op het moment van het onderzoek) of life-time prevalenties (pathologie ooit in het leven), waarbij steeds rekening moet worden gehouden met eerder genoemde overwegingen.

## 1.2 Psychiatrische (co)morbiditeit

In de Nederlandse bevolking krijgt ongeveer één op de vijf mensen ooit in het leven te maken met een stoornis in het gebruik van middelen en krijgt iets minder dan de helft ooit te kampen met een psychiatrische (as-I-)stoornis. Daarbij komt een middelenstoornis (20%) ongeveer even vaak voor als een stemmingsstoornis (20%) en een angststoornis (19%), terwijl 9% kampt met een aandachtstekort- of gedragsstoornis. Dit blijkt uit het grootschalige periodiek epidemiologisch onderzoek



dat wordt verricht door het Trimbos-instituut onder de naam Nemesis (De Graaf, Ten Have & Van Dorsselaer, 2010). Op jaarbasis kampt 5,6% met een stoornis in het gebruik van middelen en kampt 18% met een psychiatrische stoornis. In dit onderzoek is helaas niet gekeken naar het percentage personen met een persoonlijkheidsstoornis, al is uit het onderzoek wel bekend dat 3% kampt met een antisociale persoonlijkheidsstoornis.

Het Nemesis-onderzoek laat net als buitenlandse onderzoeken zien dat psychiatrische problematiek vaak optreedt in combinatie met andere psychiatrische problematiek. Bij bijna de helft (46%) van degenen met een life-time as-I-aandoening werd ook een andere as-I-aandoening vastgesteld. In buitenlands onderzoek werd gevonden dat ten minste de helft van de personen die in een gegeven jaar een psychiatrische stoornis heeft nog minimaal één andere stoornis heeft (Kessler et al., 2005). Amerikaans epidemiologisch onderzoek naar psychiatrische comorbiditeit bij verslavingsproblematiek vond dat van de mensen met een alcoholverslaving zo'n veertig procent een comorbide psychiatrische stoornis had (Regier et al., 1990). Voor mensen met een verslaving aan andere middelen betrof dit gemiddeld zelfs zestig procent. Andersom hadden mensen met een psychiatrische stoornis meer dan twee keer zoveel kans op verslavingsproblematiek als mensen in de algemene bevolking. Bijna een derde van de mensen met een psychiatrische stoornis had op enig moment in het leven een verslaving. Bovendien bleek verslaving aan een middel de kans op verslaving aan een ander middel te vergroten (Regier et al., 1990). Uit een andere grote Amerikaanse epidemiologische studie kwamen vergelijkbare bevindingen naar voren met zelfs nog iets hogere prevalenties (Kessler et al., 1996). Bij psychiatrische stoornissen komen dus regelmatig comorbide psychiatrische stoornissen voor, waaronder verslaving aan middelen.

Prevalentiecijfers van psychiatrische stoornissen zijn geenszins gelijk verdeeld over mannen en vrouwen. Het Nederlandse Nemesis-2 onderzoek laat zien dat onder mannen vaker stoornissen in het gebruik van middelen voorkomen (mannen: 28%, vrouwen: 10%) en eveneens vaker aandachtstekort- of gedragsstoornissen (mannen: 12%, vrouwen: 6,5%) en een antisociale persoonlijkheidsstoornis (mannen: 4,3%, vrouwen: 1,7%). Onder vrouwen komen vaker angststoornissen (vrouwen: 23%, mannen: 16%) en stemmingsstoornissen (vrouwen: 26%, mannen: 14%) voor. Ook zijn de prevalentiecijfers niet gelijk verdeeld over groepen van verschillende leeftijd, opleidingsniveau, etniciteit en woon- en werksituatie. In jongere leeftijdsgroepen komt vaker een middelenstoornis, een aandachtstekort- of gedragsstoornis

en een antisociale persoonlijkheidsstoornis voor, en minder vaak een stemmingsstoornis dan in oudere leeftijdsgroepen. Onder mensen met een lager opleidingsniveau komt vaker een stemmingsstoornis, angststoornis, middenstoornis, aandachtstekort- of gedragsstoornis en een antisociale persoonlijkheidsstoornis voor dan bij mensen met een hoger opleidingsniveau. Onder westerse mensen komt vaker verslaving voor dan onder niet-westerse mensen.

Op basis van het epidemiologisch onderzoek in de Nederlandse bevolking is te verwachten dat middenstoornissen veelvuldig voorkomen in populaties die zich kenmerken door relatief veel jongere, werkeloze, alleenstaande, westerse mannen met een laag opleidingsniveau. Zo is de life-time prevalentie van middenstoornissen over het geheel genomen 19% (28% bij mannen), maar is deze 38% bij alleenstaande mannen, 39% bij mannen van 25-34 jaar en 47% onder werkeloze mannen. Ook de stoornissen die vaak worden geassocieerd met een hogere kans op criminaliteit – de antisociale persoonlijkheidsstoornis en de aandachtstekort- of gedragsstoornis – komen relatief vaak voor onder jongere mannen met een laag opleidingsniveau.

In de algemene bevolking is de life-time prevalentie van een psychiatrische (as-I-)stoornis 43% en (specifiek) die van een stoornis in het gebruik van middelen 19%. Bij psychiatrische stoornissen treden in de helft van de gevallen comorbide psychiatrische stoornissen op, waaronder vaak verslaving aan middelen. Middenstoornissen, de antisociale persoonlijkheidsstoornis en ADHD komen relatief vaak voor onder jongere mannen met een laag opleidingsniveau.

### 1.3 Veelvoorkomende comorbiditeit

Zoals besproken, laat internationaal onderzoek zien dat psychiatrische stoornissen vaak gepaard gaan met misbruik of afhankelijkheid van middelen. Bij een kwart van de mensen in de algemene bevolking met een angststoornis komt verslaving voor, bij mensen met een depressieve stoornis is dit een derde en bij mensen met een bipolaire I-stoornis zelfs zestig procent (Regier et al., 1990). Van alle schizofreniepatiënten heeft bijna vijftig procent ooit in het leven een vorm van verslaving, waarmee zij een 4,6-maal verhoogde kans op verslaving hebben in vergelijking met de algemene bevolking (Regier et al., 1990; Volkow, 2009). Deze prevalentie ligt zelfs nóg hoger bij mensen met een anti-

sociale persoonlijkheidsstoornis: onder hen wordt bij maar liefst 86% een vorm van verslaving gevonden (Regier et al., 1990). Ook bij ADHD en autisme wordt een verhoogd risico gevonden op het ontwikkelen van een verslaving (Wijngaarden-Cremers & Van der Gaag, 2010). Zo is gevonden dat mensen met ADHD een anderhalf (Wilens & Morrison, 2011) tot tweemaal (Biederman et al., 1995) zo grote kans hebben op een stoornis in het gebruik van middelen en dat ADHD een risicofactor is voor een ernstiger beloop en eerdere aanvang van een stoornis in het gebruik van middelen (Wilens & Morrison, 2011). Over de onderliggende mechanismen van de associatie tussen ADHD en verslaving bestaat nog veel discussie. Patiënten met ADHD rapporteren vaak dat ze middelen gebruiken om bijvoorbeeld hun stemming te verbeteren of het inslapen te vergemakkelijken. Toch worden geen verschillen gevonden in het type middelen dat mensen met ADHD en mensen zonder ADHD gebruiken. Van de link tussen ADHD en verslaving is bekend dat gemeenschappelijke genetische risicofactoren en het gebruik van middelen door ouders in kwetsbare perioden zoals de zwangerschap, hierbij een rol spelen (Biederman et al., 2008).

Verschillende psychiatrische ziekten kennen verschillende prevalentiecijfers van comorbide verslaving. Bij een antisociale persoonlijkheidsstoornis komt zeer vaak (86%) verslaving voor en ook bij schizofrenie, bipolaire stoornis en ADHD is verslaving veelvoorkomend.

#### **1.4 Relevantie van comorbiditeit voor de ernst en het beloop van de problematiek**

In de ontstaansgeschiedenis gaat een psychiatrische stoornis vaker vooraf aan een verslaving dan andersom. In Amerika werd in een studie naar comorbiditeit in de algemene bevolking gevonden dat een psychiatrische stoornis in 89% van de gevallen voorafging aan de verslaving, terwijl de verslaving slechts in 9% van de gevallen voorafging aan de psychiatrische stoornis (Kessler et al., 1994). Verslaving is dus doorgaans niet de bron voor psychiatrische pathologie, maar veel vaker voorkomend in het beloop van andere pathologie.

Het comorbide voorkomen van verslavingsproblematiek en psychiatrische stoornissen heeft een sterke invloed op het beloop van de aandoeningen en op zaken die daarmee kunnen samenhangen. Onderzoek

laat zien dat een verslaving ernstiger en hardnekkiger is wanneer er sprake is van psychiatrische comorbiditeit (Najt, Fusar-Poly & Brambilla, 2011). Tevens laat onderzoek zien dat de ernst van een verslaving de ernst en persistentie van een comorbide psychiatrische stoornis vergroot, en vice versa, en dat de ernst van psychiatrische comorbiditeit de kans op terugval in verslavingen vergroot (Pettinati et al., 2010). Verder is er bij de combinatie van verslaving en andere psychiatrische problematiek, in vergelijking met wanneer slechts één van beide problemen aanwezig is, vaker sprake van opnames in een (psychiatrisch) ziekenhuis (Grossman et al., 1995), suïcide (Charles et al., 2003), dakloosheid (McNeil, Binder & Robinson, 2005), somatische ziekten (Rosenberg et al., 2001) en geweld (Swanson et al., 1999; Soyka, 2000). Amerikaans onderzoek liet zien dat gevangenen met psychiatrische problematiek en verslavingsproblematiek een grotere kans hebben om na vrijlating opnieuw te worden gedetineerd dan gevangenen met alleen psychiatrische problematiek (Hartwell, 2004).

Verslaving en comorbide psychiatrische stoornissen beïnvloeden elkaar over en weer in ernst en persistentie en leiden in gezamenlijkheid vaker tot aanverwante problemen, waaronder problemen met de wet.

## 1.5 Verslaving, psychiatrische (co)morbiditeit en criminaliteit

Middelenmisbruik en crimineel gedrag hangen met elkaar samen. Uit een review van 26 onderzoeken in elf landen komt naar voren dat meer dan de helft (62%) van de plegers van een gewelddadig delict, zoals verkrachting, kindermishandeling, huiselijk geweld of moord, alcohol drinken voordat zij hun agressieve daad begaan (Murdoch, Pihl & Ross, 1990). Uit onderzoek in Nederland op grote databases blijkt dat bij 37% van de jongeren met de PIJ-maatregel (Plaatsing in een Inrichting voor Jeugdigen) een vorm van intoxicatie invloed had op het plegen van het delict. Bij volwassen terbeschikkinggestelden kampte maar liefst 65% op het moment van het delict met verslavingsproblematiek (Van Emmerik & Brouwers, 2001), werkte middelengebruik in 38% van de gevallen drempelverlagend op het door hen gepleegde delict en zorgde een intoxicatie in 21% van de gevallen ervoor dat de situatie uit de hand liep en tot een delict leidde (Brand, Lucker & Van der Hurk, 2009). Bij het uit de hand lopen van de situatie werden amfetamine, alcohol en cocaïne het meest genoemd. Ten slotte laat een meta-

analyse van dertig onderzoeken zien dat druggebruikers een drie- tot viermaal zo hoog risico hebben om een delict te begaan dan niet-druggebruikers (Bennet, Holloway & Farrington, 2008). De grootste kans op een delict hebben gebruikers van crack (zesmaal hoger risico dan niet-gebruikers), daarna heroïnegebruikers (driemaal hoger risico) en cocaïnegebruikers (2,5-maal zo hoog risico), maar ook amfetaminegebruikers (1,9-maal zo hoog) en marihuanagebruikers (1,5-maal zo hoog) hebben volgens deze meta-analyse een verhoogd risico.

De aard en achtergrond van de relatie tussen verslaving en criminaliteit is complex en al jaren onderwerp van wetenschappelijk debat. De stelling dat criminele activiteiten – vooral inbraken en overvallen – dienen om dure drugs te kunnen financieren blijkt in veel gevallen onjuist te zijn, omdat lang niet alle druggebruikers criminele activiteiten vertonen en druggebruik niet alleen samenhangt met het aantal gepleegde lichtere vermogensdelicten, maar tevens met het aantal gepleegde ernstige en zeer ernstige delicten (Vogelvang et al., 2003). De heersende gedachte is nu vooral dat middelengebruik niet altijd leidt tot criminaliteit, maar de intensiteit en frequentie van criminele activiteiten versterkt (zie verder hoofdstuk 2 van dit boek).

Ook psychiatrische stoornissen zijn gerelateerd aan geweld en criminaliteit. Zo vond Amerikaans onderzoek dat eerder opgenomen psychiatrische patiënten een drie- tot elfmaal hogere kans hebben op een latere veroordeling (Hodgins, 1995). Het is echter niet juist te stellen dat delicten het directe gevolg zijn van het bestaan van psychiatrische problematiek. Het lijkt eerder zo te zijn dat delicten het gevolg zijn van bepaalde combinaties van symptomen en/of karaktertrekken dan van de stoornissen op zichzelf. Veel onderzoeken wijzen erop dat psychotische stoornissen, zoals schizofrenie, samenhangen met een verhoogd risico op criminaliteit en geweld (zie bijvoorbeeld Fazel et al., 2009). Het risico op geweld is bij schizofrenie vooral groter bij aanwezigheid van floride wanen (Taylor et al., 1998) en is zelfs viermaal zo groot wanneer er sprake is van comorbide verslaving (Fazel et al., 2009). Ook wijzen veel onderzoeken op een relatie tussen persoonlijkheidsstoornissen en criminaliteit, waarbij vooral de antisociale persoonlijkheidsstoornis een sterke relatie met criminaliteit en geweld blijkt te hebben. Dit verband is te begrijpen vanuit het feit dat verslavingsproblematiek veelvuldig voorkomt bij de antisociale persoonlijkheidsstoornis en vanuit de directe kenmerken van de stoornis, zoals gedragsproblematiek in de jeugd, normovertredend gedrag dat heeft geleid tot arrestaties en onverschilligheid over de veiligheid van anderen. Binnen deze groep plegen mensen met ‘gebrek aan berouw’ echter vaker geweld tegen anderen en plegen degenen met berouw vaker

vermogensmisdrijven (Goldstein et al., 2006). Bij ADHD, ten slotte, is een duidelijk verband met criminaliteit aangetoond (zie Pratt et al., 2002), maar lijkt vooral de ernst van de symptomen en de aanwezigheid van gedragsproblematiek – en daarmee opnieuw de relatie met middelengebruik – bepalend voor de relatie (zie Loeber et al., 2008).

Middelenmisbruik en psychiatrische stoornissen enerzijds en crimineel gedrag anderzijds hangen met elkaar samen. De aard en achtergrond van de relatie is echter complex, waarbij vooral combinaties van symptomen en/of karaktertrekken de relatie lijken te bepalen.

## 1.6 Verslaving en psychiatrische morbiditeit in het gevangeniswezen

### *Prevalentie van verslaving*

In forensische populaties is de prevalentie van verslaving beduidend hoger dan in de gewone bevolking. Precieze prevalentiecijfers zijn echter moeilijk te geven omdat internationale studies grote verschillen tonen in deze prevalentiecijfers (zie bijvoorbeeld Blaauw, Roesch & Kerkhof, 2000). De meest uitgebreide meta-analyse van dertien studies onder mannelijke gedetineerden laat een variatie in jaarprevalenties zien tussen 18-30% voor alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid en tussen 10-48% voor drugmisbruik en -afhankelijkheid (Fazel, Bains & Doll, 2006). De grote verschillen worden niet alleen veroorzaakt door verschillende onderzoeksmethodieken en classificatiesystemen, maar ook door verschillen in de gevangenisystemen. In sommige systemen worden alle gedetineerden bij elkaar geplaatst, terwijl andere systemen scheidingen aanleggen tussen jeugdigen en volwassenen of tussen drugverslaafde en psychiatrisch gestoorde gedetineerden. Ook is het bezitten van softdrugs in sommige landen strafbaar gesteld en in andere landen niet, waardoor verschillen in de gevangenispopulaties kunnen optreden.

Nederlands onderzoek in acht huizen van bewaring met behulp van screening en een gestructureerd vervolginterview naar de omvang van verslavingsproblematiek in het gevangeniswezen vond dat bij 60% van de gedetineerden in reguliere detentie sprake was van problematisch middelengebruik of problematisch gokken (Oliemeulen et al., 2009). Daarbij was bij 30% van de gedetineerden sprake van problematisch alcoholgebruik en bij 38% van problematisch druggebruik (waarvan

24% problematisch harddruggebruik)<sup>2</sup>. Deze gegevens komen voor een belangrijk deel overeen met een Nederlands onderzoek dat in acht huizen van bewaring werd uitgevoerd met behulp van de voorloper van de RISC (zie Vogelvang et al., 2003). In dit onderzoek werd gevonden dat van 40% van de gedetineerden kon worden gezegd dat zij ernstige tot zeer ernstige problemen hadden met druggebruik en dat bij 34% het alcoholgebruik een matig tot ernstig probleem vormde. In twee oudere onderzoeken in de penitentiaire inrichtingen Overamstel te Amsterdam (zie Koeter & Luhrman, 1998) en het Penitentiair Complex Scheveningen (zie Schoemaker & Van Zessen, 1997) kampte 44% met afhankelijkheid/misbruik van middelen en voldeed 29% in het afgelopen jaar aan de diagnostische criteria van drugafhankelijkheid. In het meest recente Nederlandse onderzoek, dat werd uitgevoerd onder pas gedetineerde gedetineerden in Vught (zie Bulten, Nijman & Van der Staak, 2009), werd gevonden dat 30% van de gedetineerden in het afgelopen jaar had gekampt met een drugverslaving en 28% met een alcoholverslaving.

### **Prevalentie van andere psychiatrische stoornissen**

Ook psychiatrische stoornissen komen veel voor in het gevangeniswezen. In Amerika worden als gevolg van het stelsel van gezondheidszorg en de hoge detentiegraad zelfs tweemaal zoveel mensen met een ernstige psychiatrische stoornis in gevangenissen gezien als in psychiatrische ziekenhuizen (Torrey, 1995). In Europese onderzoeken naar psychiatrische stoornissen wordt vrij consistent een life-time prevalentie van 71% en een puntprevalentie van 63% gevonden bij (nog) niet veroordeelde gedetineerden (Blaauw, Roesch & Kerkhof, 2000). Bij veroordeelde gedetineerden worden doorgaans gelijke of iets lagere percentages gevonden. Een zeer uitgebreide meta-analyse op 62 onderzoeken liet zien dat ongeveer 4% van alle mannelijke gevangenen voldoet aan de diagnostische criteria voor een psychotische stoornis, 10% aan de criteria van een depressie, 65% aan de criteria van een persoonlijkheidsstoornis en 47% aan de criteria van een antisociale persoonlijkheidsstoornis (Fazel & Danesh, 2002).

Een van de eerste Nederlandse studies naar psychiatrische stoornissen bij veroordeelde gevangenen in het Penitentiair Complex Scheveningen vond een life-time prevalentie van 78% en een huidige prevalentie van 54% (Schoemaker & Van Zessen, 1997). Een andere Nederlandse stu-

2 Van de problematische harddruggebruikers had 19% problemen met het gebruik van cocaïne, 15% met sedativa en 12% met opiaten. Meer dan de helft van de gedetineerden was polydruggebruiker.

die in de gevangenis in Vught vond een life-time prevalentie van 89% en een jaarprevalentie van 80% voor psychiatrische stoornissen (Bulten, 1998). In een recenter onderzoek in Vught werd gevonden dat 82% ooit een psychiatrische stoornis had gehad (inclusief verslaving) en dat bij 57% de psychiatrische stoornis nog aanwezig was (Bulten, Nijman & Van der Staak, 2009).

Uit de Nederlandse onderzoeken komt naar voren dat 32-42% van de mannelijke gedetineerden kampt met een antisociale persoonlijkheidsstoornis. Ook komt in de geschiedenis van mannelijke gedetineerden disproportioneel vaak een angststoornis (27-31%), stemmingsstoornis (16-33%) en ADHD (38%) voor, zo blijkt uit Nederlands onderzoek in het gevangeniswezen (zie Bulten, 1998; Bulten, Nijman & Van der Staak, 2009; Schoemaker & Van Zessen, 1997).

### **Comorbiditeit**

Er zijn slechts weinig onderzoeken verricht naar comorbiditeit onder gedetineerden. Amerikaans onderzoek (Regier et al., 1990) vond bij gevangenen de hoogste prevalenties aan dubbele diagnoses van alle onderzochte residentiële settingen, dus ook hoger dan in psychiatrische ziekenhuizen. Verslaving was hierbij vooral geassocieerd met antisociale persoonlijkheidsstoornis, schizofrenie en bipolaire stoornis. Onderzoek onder Italiaanse gevangenen liet zien dat de helft van de gevangenen met verslavingsproblematiek tevens kampte met andere psychiatrische problematiek, vooral met stemmings- of angststoornissen (Piselli et al., 2009).

Uit onderzoek in het Penitentiair Complex Scheveningen blijkt dat de helft van de verslaafde gedetineerden (20% van het totaal aantal gedetineerden) in het afgelopen jaar tevens had gekampt met een andere psychiatrische stoornis (Schoemaker & Van Zessen, 1997). In de penitentiaire inrichting in Vught was er bij 16% sprake van complexe comorbiditeit (Bulten, 1998) en in de Penitentiaire Inrichting Over-Amstel in Amsterdam werd complexe comorbiditeit bij 30% van de verslaafde gedetineerden (15% van het totaal aantal gedetineerden) aangetroffen (Koeter & Lührman, 1998).

In het Nederlandse gevangeniswezen kampen disproportioneel veel gedetineerden met psychiatrische problematiek, waaronder verslaving. Bij ongeveer 30% van de gedetineerden is sprake van problematisch alcoholgebruik en bij 30-40% van problematisch druggebruik. Tevens heeft ongeveer 80% ooit gekampt met een psychiatrische stoornis en heeft ten minste de helft tijdens de



detentie een psychiatrische stoornis (waaronder verslaving). De schaarse onderzoeken in forensische populaties naar comorbiditeit laten met 15-20% hoge prevalentiecijfers voor comorbiditeit zien.

### 1.7 Psychiatrische comorbiditeit in andere forensische settingen

In verslavingszorginstellingen en ggz-instellingen worden natuurlijk hoge prevalentiecijfers van verslaving en psychiatrische stoornissen gevonden: de justitiabelen worden juist door deze problematiek hier aangemeld of geplaatst. Ook in het gevangeniswezen worden gedetineerden als gevolg van hun problematiek direct of indirect geselecteerd voor bijzondere afdelingen (bijvoorbeeld extra zorgvoorzieningen) of centra (bijvoorbeeld penitentiair psychiatrische centra) en is daardoor veel problematiek op deze afdelingen te vinden. Omdat de aanwezigheid van een ziekelijke stoornis of gebrekkige ontwikkeling van de geestesvermogens een voorwaarde is voor de oplegging van de maatregel van terbeschikkingstelling, laat onderzoek in tbs-inrichtingen vanzelfsprekend zien dat tbs'ers zich kenmerken door de aanwezigheid van psychiatrische problematiek. In ruwweg driekwart van de gevallen vormt persoonlijkheidsproblematiek de primaire diagnose en in ongeveer een kwart van de gevallen is psychotische problematiek de primaire problematiek (zie o.a. Van Emmerik & Brouwers, 2001). Daarnaast is er bij zeker zes of zeven op de tien tbs'ers sprake van comorbiditeit (zie Van Emmerik & Brouwers, 2001; Hildebrand & De Ruiter, 2004). Bovendien is bij veel tbs'ers sprake van verslavingsproblematiek, ook ten tijde van het delict. Zo werd in het forensisch-psychiatrisch centrum Veldzicht (zie Timmerman & Emmelkamp, 2001) bij ruim 75% van de tbs'ers vastgesteld dat zij ooit hadden gekampt met middelenmisbruik (alcohol: 30%) of middelenafhankelijkheid (alcohol: 40%, drugs: 27%). In de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek werd dit bij 48% vastgesteld (Hildebrand & De Ruiter, 2004). In een grote database van tbs'ers werd gevonden dat 65% in het jaar voorafgaand aan de tbs verslaafd was (geweest) aan alcohol of drugs (Van Emmerik & Brouwers, 2001) en dat 46% ten tijde van het delict onder invloed was van middelen (Brand, Lucker & Van der Hurk, 2009). Ook in inrichtingen voor jeugdige delinquenten komt morbiditeit en comorbiditeit van psychiatrische stoornissen veel voor. Een Amerikaans onderzoek onder jeugdige gedetineerden vond bij de helft van

hen ten minste twee psychiatrische stoornissen, waaronder verslavingsproblematiek (Abram et al., 2003). Een internationale overzichtsstudie vond dat 70% van mannelijke adolescenten in jeugdgevangenis ten minste één psychiatrische stoornis had (Colins et al., 2010). Hierbij kwam een gedragsstoornis het meeste voor (46%), gevolgd door verslavingsproblematiek (45%), oppositioneel opstandige stoornis (20%) en ADHD (13%). Ook internaliserende stoornissen zoals angststoornissen (16%), depressie (12,0%) en posttraumatische stressstoornis (9,6%) kwamen vaker voor dan in de algemene populatie. Uit Nederlands onderzoek onder minderjarige gedetineerden blijkt dat middelengebruik onder jeugdige gedetineerden eerder regel is dan uitzondering gegeven het feit dat negen op de tien jeugdigen cannabis heeft gebruikt (Korf, Benschop & Rots, 2005; Vreugdenhil et al., 2004). Bovendien laat Nederlands onderzoek in jeugdetentiecentra zien dat 90% van de gedetineerde jongens een psychiatrische stoornis had voorafgaand aan de start van de detentie, dat 67% voldeed aan de criteria voor twee stoornissen en dat 55% voldeed aan de criteria van een stoornis in middelengebruik in het halfjaar vóór de detentie (Vreugdenhil et al., 2004). Ook onder gedetineerde meisjes komen psychiatrische stoornissen veel voor (vooral gedragsstoornis: 56%) en is afhankelijkheid van drugs (30%) een veelvoorkomend probleem (Hamerlynck et al., 2008).

Ten slotte is er sprake van veel psychiatrische problematiek en verslavingsproblematiek in instellingen voor stelselmatige daders (ISD). Zo werd in een onderzoek op penitentiaire dossiers van 97 ISD'gestelden gevonden dat zij allen kampten met verslavingsproblematiek en dat ten minste de helft tevens kampte met psychiatrische problematiek (Goderie, 2008). Wat betreft verslaving kwam de combinatie van heroïne en cocaïne het meest voor (28%). De onderzoeksgroep kenmerkte zich verder voor meer dan de helft door het niet-opgroeien in een adequate gezinssituatie, onafgemaakte opleidingen, het plegen van zowel vermogens- als geweldsdelicten en een vroege start van het criminele gedrag. Deze bevindingen komen sterk overeen met de bevindingen van een eerdere evaluatie van de ISD-maatregel die gebruikmaakte van RISC-gegevens van 238 ISD-gestelden (zie Biesma et al., 2006). Deze evaluatie liet zien dat 95% van de ISD-gestelden problemen had (gehad) met druggebruik, bij driekwart problemen bestonden omdat druggebruik centraal stond in het leven, bij meer dan de helft enige of ernstige psychische problemen aanwezig waren en bij 17% het huidige alcoholgebruik problematisch was, en bij ruim 70% er problemen aanwezig waren als gevolg van een gebrekkige opleiding. Uit deze onderzoeken is derhalve duidelijk te constateren dat zeer intensieve veelple-

gers zich kenmerken door een verstrekkende mix van psychiatrische problematiek en problematische omstandigheden.

Van mensen in tbs-inrichtingen, justitiële jeugdinrichtingen en ISD-inrichtingen kampt de meerderheid met psychiatrische problematiek en verslavingsproblematiek. Daarbij speelt de combinatie van deze problematiek vaak een rol in het gepleegde delict.

### 1.8 Verstandelijke beperking in relatie tot verslaving en behandeling

De aandacht voor verstandelijke beperkingen bij justitiabelen en psychiatrische patiënten is de laatste jaren sterk toegenomen. Van een verstandelijke beperking wordt doorgaans gesproken bij een IQ onder 70, waarbij een IQ onder 50 als ernstige verstandelijke beperking geldt en een IQ tussen 50 en 70 als lichte verstandelijke beperking. Bij een IQ tussen 70 en 85 wordt van zwakbegaafdheid gesproken. Hierbij dient te worden aangetekend dat de meeste classificatiesystemen pas spreken van een verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid wanneer er ook sprake is van disfunctioneren door de lage intelligentie. Prevalentiecijfers van verstandelijke beperkingen die in bevolkingsonderzoek worden gevonden liggen in Nederland rond de 0,7%, wat ruwweg overeenkomt met cijfers uit andere westerse landen (Van Schrojenstein Lantman-De Valk, 2002). Volgens een grove schatting zouden zo'n 1,3 miljoen Nederlanders een IQ hebben tussen 70 en 85 waarbij tevens sprake is van een beperkte zelfredzaamheid (Ras et al., 2010). Prevalentiecijfers van verstandelijke beperkingen binnen forensische populaties lopen sterk uiteen en zijn onder andere afhankelijk van de gehanteerde definitie en de specifieke onderzochte populatie. Er zijn onderzoeken bij gedetineerden die hoge prevalentiecijfers van 4-10% vinden bij gedetineerden die verdacht werden van moord (Dwyer & Frierson, 2006), terwijl andere onderzoekers bij gedetineerden min of meer dezelfde prevalentiecijfers vinden als in de algemene bevolking (Murphy & Mason, 2007). Hoewel er de laatste jaren meer aandacht is gekomen voor comorbide psychiatrische stoornissen bij verstandelijke beperkingen, zijn er nog steeds veel aanwijzingen dat er sprake is van onderrapportage in deze specifieke groep patiënten. Zo wordt bij de groep van justitiabelen die in detentie verblijven zelden een intelligentietest afgenomen. Ook prevalentiecijfers ten aanzien van psychiatrische stoornissen bij verstandelijke beperkingen lopen sterk uiteen,

afhankelijk van de onderzochte populatie: 10-60% (Mannynsalo et al., 2009). Hoewel exacte getallen over het voorkomen van verslaving bij verstandelijke beperkingen in de algemene populatie ontbreken, werd wel gevonden dat bij verstandelijk beperkte patiënten met een verslaving 25-40% behoort tot de categorie van *triple diagnose*: het aanwezig zijn van verstandelijke beperkingen, verslaving én een comorbide psychiatrische stoornis (Taggart et al., 2006). In forensische populaties van verstandelijk beperkten kunnen de prevalenties oplopen tot 70% verslaving en meer dan 30% triple diagnose (Mannynsalo et al., 2009). Hoewel harde cijfers in Nederland ontbreken, wordt geschat dat bij 15-25% van de justitiabelen sprake is van een verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid, waarbij het percentage oploopt naar 30-39% in de populatie van justitiabele problematische (hard)druggebruikers (Kaal et al., 2009).

In het gevangeniswezen worden relatief veel personen met een verstandelijke beperking gevonden (15-25%). Binnen deze groep gedetineerden is waarschijnlijk sprake van veel comorbiditeit met verslaving en andere psychiatrische stoornissen.

## 1.9 Slotbeschouwing

Het is niet verwonderlijk dat veel gedetineerden kampen met psychiatrische problematiek: zij worden sterk gekenmerkt door factoren die doorgaans samenhangen met hogere prevalentiecijfers van psychiatrische stoornissen (zie *Nemesis-2*). Zeker de helft heeft slechts lager onderwijs gevolgd en meer dan de helft is werkeloos of niet beschikbaar voor de arbeidsmarkt (bijvoorbeeld: Koeter & Luhrman, 1998; Vogelvang et al., 2003). Ook kenmerken veel gedetineerden zich door problemen in het arbeidsverleden en door problemen met huisvesting en financiën. De hoge prevalentiecijfers van psychiatrische stoornissen in het gevangeniswezen worden daardoor meer veroorzaakt door het feit dat gedetineerden hun problemen van buiten meenemen naar de detentiesituatie dan door moeilijke of slechte detentieomstandigheden (zie ook Blaauw, Kerkhof & Vermunt, 1998), al kunnen detentieomstandigheden klachten wel verergeren (zie Appelbaum, Hickey & Packer, 2001). Hetzelfde geldt natuurlijk voor forensisch-psychiatrische centra (en verslavingszorginstellingen en ggz-instellingen) waarbij het bestaan van de pathologie bij de justitiabele de reden vormt voor aanmelding of plaatsing.

Belangrijker is dat de psychiatrische pathologie – of beter gezegd: clusters van symptomen en karaktertrekken – bij veel gedetineerden en, per definitie, bij alle tbs'ers en PIJ-jongeren een belangrijke rol speelt in de totstandkoming van het delict. In tbs-inrichtingen wordt hierbij al decennialang ingezet op behandeling, met het oog op het doorbreken van de relatie tussen (complexe) psychopathologie en delictgedrag. In het gevangeniswezen is dat pas sinds kort het geval, en dan alleen nog maar bij degenen bij wie volgens de reclassering een relatie tussen het delict en problematiek bestaat en bij wie mag en kan worden ingezet op de terugdringing van recidive. Met het oog op de zeer hoge prevalentiecijfers van psychiatrische problematiek en verslavingsproblematiek, al dan niet in combinatie met elkaar, zou wellicht moeten worden overwogen om in het gevangeniswezen bij veel meer gedetineerden te bekijken of een behandeling benodigd is om de relatie tussen de stoornissen en het delictgedrag te doorbreken.

## Literatuur

- Abram, K.M., Teplin, L.A., McClelland, G.M. & Dulcan, M.K. (2003). Comorbid psychiatric disorders in youth in juvenile detention. *Archives of General Psychiatry*, 60, 1097-1108.
- Andersen, H.S. (2004). Mental health in prison populations. A review--with special emphasis on a study of Danish prisoners on remand. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplement*, 5-59.
- Appelbaum, K.L., Hickey, J.M. & Packer, I. (2001). The role of correctional officers in multidisciplinary mental health care in prisons. *Psychiatric Services*, 52, 1343-1347.
- Bennet T., Holloway, K. & Farrington, D. (2008). The statistical association between drug misuse and crime: a meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 13, 107-118.
- Biederman, J., Petty, C.R., Wilens, T.E., Fraire, M.G., Purcell, C.A., Mick, E. et al. (2008). Familial risk analyses of attention deficit hyperactivity disorder and substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 165, 107-115.
- Biederman, J., Wilens, T., Mick, E., Milberger, S., Spencer, T.J. & Faraone, S.V. (1995). Psychoactive substance use disorders in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): effects of ADHD and psychiatric comorbidity. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1652-1658
- Biesma, S., Zwieten, M. van, Snippe, J. & Bieleman, B. (2006). ISD en SOV vergeleken, eerste inventarisatie meerwaarde Inrichting voor Stelselmatige Daders boven eerdere Strafrechtelijke Opvang voor Verslaafden. Groningen-Rotterdam: Intraval bureau voor onderzoek & advies.
- Blaauw, E., Kerkhof, A. & Vermunt, R. (1998). Psychopathology in police custody. *International Journal of Law and Psychiatry*, 21(1), 73-87.
- Blaauw, E., Roesch, R. & Kerkhof, A. (2000). Mental disorders in European prison systems. Arrangements for mentally disordered prisoners in the prison systems of 13 European countries. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23, 649-663.
- Brand, E.F., Lucker, T.P., Hurk, A.A. van der (2009). Addiction and recidivism in forensic psychiatry. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 51(11), 813-820.

- Bulten, B.H. (1998). *Gevangen tussen straf en zorg: Psychische stoornissen bij jeugdige kort-gestrafte gedetineerden*. Detained between punishment and care: Mental disorders among young short-sentenced detainees. Amsterdam: Unpublished doctoral dissertation.
- Bulten, B.H., Nijman H. & Staak van der C. (2009). Psychiatric disorder and personality characteristics of prisoners at regular prison wards. *International Journal of Law and Psychiatry*, 32, 115-119.
- Charles, D.R., Abram, K.M., McClelland, G.M. & Teplin, L.A. (2003). Suicidal ideation and behavior among women in jail. *Journal of Contemporary Criminal Justice*, 19(1), 65-81.
- Colins, O., Vermeiren, R., Vreugdenhil, C., Brink, W. van den, Doreleijers, T. & Broekaert, E. (2010). Psychiatric disorders in detained male adolescents: a systematic literature review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55, 255-263.
- Dwyer, R.G. & Frierson, R.L. (2006). The presence of low IQ and mental retardation among murder defendants referred for pretrial evaluation. *Forensic Science*, 51, 678-682.
- Emmerik, J.L. van & Brouwers, M. (2001). *De terbeschikkingstelling in Maat en Getal. Een beschrijving van de tbs-populatie in de periode 1995-2000*. Den Haag: Dienst Justitiële Inrichtingen.
- Fazel, S., Bains P. & Doll, H. (2006). Systematic review of substance abuse and dependence in prisoners. *Addiction*, 101, 181-191.
- Fazel, S. & Danesh, J. (2002). Serious mental disorders in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet*, 359, 545-550.
- Fazel, S., Langstrom, N., Hjern, A., Grann, M. & Lichtenstein, P. (2009). Schizophrenia, substance abuse, and violent crime. *JAMA*, 301, 2016-2023.
- Goderie, M. (2008). *Problematiek en hulpvragen van stelselmatige daders*. Utrecht: Verwey-Jonkers Instituut.
- Goldstein, R.B., Grant, B.F., Huang, B., Smith, S.M., Stinson, F.S., Dawson, D.A. & Chou, S.P. (2006). Lack of remorse in antisocial personality disorder: sociodemographic correlates, symptomatic presentation, and comorbidity with Axis I and Axis II disorders in the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Comprehensive Psychiatry*, 47(4), 289-297.
- Graaf, R. de, Have, M. ten & Dorsselaer, S. van (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking, NEMESIS-2 Opzet en eerste resultaten*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Grossman, L.S., Haywood, T.W., Cavanaugh, J.L., Davis, J.M. & Lewis, D.A. (1995). State psychiatric hospital patients with past arrests for violent crimes. *Psychiatric Services*, 46(8), 790-795.
- Hamerlynck, S.M., Doreleijers, T.A., Vermeiren, R., Jansen, L.M. & Cohen-Kettenis, P.T. (2008). Aggression and psychopathology in detained adolescent females. *Psychiatry Research*, 159, 77-85.
- Hartwell, S.W. (2004). Comparison of offenders with mental illness only and offenders with dual diagnoses. *Psychiatric Services*, 55, 145-150.
- Hildebrand, M. & Ruiters, C. de (2004). PCL-R psychopathy and its relation to DSM-IV Axis I and Axis II disorders in a sample of male forensic psychiatric patients in the Netherlands. *International Journal of Law and Psychiatry*, 27, 233-248.
- Hodgins S. (1995). Assessing mental disorder in the criminal justice system: feasibility versus clinical accuracy. *International Journal of Law and Psychiatry*, 18, 15-28.
- Kaal, H.L., Ooyen-Houben, M.M.J. van, Ganpat, S. & Wits, E. (2009). *Een complex probleem. Passende zorg voor verslaafde justitiabelen met co-morbide psychiatrische problematiek en een lichte verstandelijke handicap*. Den Haag: WODC, Ministerie van Justitie.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R. & Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders

- in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S. et al. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Kessler, R.C., Nelson, C.B., McGonagle, K.A., Edlund, M.J., Frank, R.G. & Leaf, P.J. (1996). The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: implications for prevention and service utilization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66, 17-31.
- Koeter, M.W.J. & Lührman, C.G. (1998). *Verslavingsproblematiek bij justitiabele drugsverslaafden*. Amsterdam: AIAR.
- Korf, D.J., Benschop, A. & Rots, G. (2005c). Geweld, alcohol en drugs bij jeugdige gedetineerden en school drop-outs. *Tijdschrift voor Criminologie*, 47(3), 239-254.
- Loeber, R., Slot, W., Laan, P.H. van der & Hoeve, M. (Eds.) (2008). *Tomorrow's Criminals: The Development of Child Delinquency and Optimal Interventions*. Aldershot: Ashgate.
- Mannynsalo, L., Putkonen, H., Lindberg, N. & Kotilainen, I. (2009). Forensic psychiatric perspective on criminality associated with intellectual disability: a nationwide register-based study. *Journal of Intellectual Disabilities Research*, 53, 279-288.
- McNeil D., Binder, R. & Robinson, J. (2005). Incarceration associated with homelessness, mental disorder and co-occurring substance abuse. *Psychiatric Services*, 56, 840-846.
- Murdoch, D., Pihl, R.O. & Ross, D. (1990). Alcohol and crimes of violence: Present issues. *International Journal of the Addictions*, 25, 1065-1081.
- Murphy, G. & Mason, J. (2007) People with intellectual disabilities who are at risk of offending. In N. Bouras & G. Holt (Eds.), *Psychiatric and Behavioural Disorders in Intellectual and Developmental Disabilities*, 2nd edn. Cambridge: Cambridge University Press.
- Najt, P., Fusar-Poly, P. & Brambilla, P. (2011). Co-occurring mental and substance abuse disorders: A review on the potential predictors and clinical outcomes. *Psychiatry Research*, 186(2-3), 159-164.
- Oliemeulen, L., Eijnden, R. van den, Ooyen-Houben, M. & Mheen, D. van de (2009). Problematisch middelengebruik onder Nederlandse gedetineerden. *Verslaving*, 5(2), 3-18.
- Pettinati, H.M., Oslin, D.W., Kampman, K.M., Dundon, W.D., Xie, H., Gallis, T.L. et al. (2010). A double-blind, placebo-controlled trial combining sertraline and naltrexone for treating co-occurring depression and alcohol dependence. *American Journal of Psychiatry*, 167, 668-675.
- Piselli, M., Elisei, S., Murgia, N., Quartesan, R. & Abram, K.M. (2009). Co-occurring psychiatric and substance use disorders among male detainees in Italy. *International Journal of Law and Psychiatry*, 32, 101-107.
- Pratt, T.C., Cullen, F.T., Blevins, K.R., Daigle, L. & Unnever, J.D. (2002). The relationship of attention deficit hyperactivity disorder to crime and delinquency: A meta-analysis. *International Journal of Police Science & Management*, 4, 344-360.
- Ras, M., Woittiez, I., Kempen, H. van & Sadiraj, K. (2010). *Steeds meer verstandelijk gehandicapten? Ontwikkelingen in vraag en gebruik van zorg voor verstandelijk gehandicapten 1998-2008*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S., Locke, B.Z., Keith, S.J., Judd, L.L. & Goodwin, F.K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*, 264, 2511-2518.

- Roozen, H.G., Kroon, H., Pree-van der Slik, A. du & Wetering, B.J.M. van de (2009). Ambulante behandeling van chronisch verslaafden. In W. van den Brink & I. Franken (Red.), *Handboek verslaving*. Leusden: De Tijdstroom.
- Rosenberg, S.D., Goodman, L.A., Osher, F.C., Swartz, M.S., Essock, S.M., Butterfield, M.I., Constantine, N.T., Wolford, G.L. & Salyers, M.P. (2001). Prevalence of HIV, hepatitis B, and hepatitis C in people with severe mental illness. *American Journal of Public Health*, 91(1), 31-37.
- Schoemaker, C. & Zessen, G. van (1997). *Psychische stoornissen bij gedetineerden: een verkennend onderzoek in Penitentiair Complex Scheveningen. Mental disorders among detainees: An explorative study in the penitentiary complex Scheveningen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Schrojenstein Lantman-de Valk, H.M.J. van, Heurn-Nijsten, E.W.A. van & Wullink, M. (2002). *Prevalentie-onderzoek mensen met een verstandelijke beperking in Nederland*. Maastricht: Universiteit Maastricht.
- Soyka M. (2000). Substance misuse, psychiatric disorder and violent and disturbed behaviour. *British Journal of Psychiatry*, 176, 345-350.
- Swanson, J.W., Holzer, C.E. 3rd, 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(7), 761-770.
- Taggart, L., McLaughlin, D., Quinn, B. & Milligan, V. (2006). An exploration of substance misuse in people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50, 588-597.
- Taylor, P.J., Leese, M., Williams, D., Butwell, M., Daly, R. & Larkin, E. (1998). Mental disorder and violence. A special (high security) hospital study. *British Journal of Psychiatry*, 172, 218-226.
- Timmerman, I.G.H. & Emmelkamp, P.M.G. (2001). The prevalence and comorbidity of Axis I and Axis II pathology in a group of forensic patients. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 45(2), 198-213.
- Torrey, E.F. (1995). Jails and prisons – America's new mental hospitals. *American Journal of Public Health*, 85, 1611-1613.
- Vogelvang, B., Burik, A. van, Knaap, L.M. van der & Wartna, B.S.J. (2003). *Prevalentie van criminogene factoren bij mannelijke gedetineerden in Nederland*. Woerden/Den Haag: Adviesbureau Van Montfoort/WODC.
- Volkow, N.D. (2009). Substance use disorders in schizophrenia - clinical implications of comorbidity. *Schizophrenia Bulletin*, 35, 469-472.
- Vreugdenhil, C., Doreleijers, T.A., Vermeiren, R., Wouters, L.F. & Brink, B.W. van den (2004). Psychiatric disorders in a representative sample of incarcerated boys in the Netherlands. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43, 97-104.
- Wijngaarden, P.J.M. van & Gaag, R.J. van der (2010). Verslaving als ontwikkelingsstoornis. *Kind en Adolescent*, 31(4), 174-187.
- Wilens, T.E. & Morrison, N.R. (2011). The intersection of attention-deficit/hyperactivity disorder and substance abuse. *Current Opinion in Psychiatry*, 24(4), 280-285.