

Verplicht behandeld, maar toch geen behandeling nodig: een empirische studie naar de predictieve validiteit van de Mind-schaal

Leo Paesen, Geert Vervaeke, Rob Stroobants, Hans Vertommen

SAMENVATTING

De bereidheid tot inzet van forensische patiënten blijft een belangrijk aandachtspunt, voor onderzoekers en voor behandelaars. We ontwikkelden de Mind-schaal¹ om een klinisch patroon te meten dat een bedreiging vormt voor hun bereidheid tot inzet. In de inleiding van deze bijdrage beschrijven we de therapeutische aanvangssituatie, de theoretische kaders, de resultaten van de testconstructie alsook de gelijktijdige en discriminante validiteit van de Mind-schaal. We rapporteren verder over een empirische studie die het verband onderzocht tussen de Mind-score van vijftig ambulante forensische patiënten en hun gedrag tijdens een psychologische behandeling, zoals beoordeeld door therapeuten. De resultaten suggereren dat forensische patiënten met een hogere Mind-score zich minder inzetten tijdens hun behandeling. In de discussie doen we suggesties voor een therapeutische aanpak die de inzet van deze forensische patiënten kan verhogen.

Inleiding

De forensische psychiatrie voert behandelingen uit om de recidive van crimineel gedrag te voorkomen. Een recente meta-analyse toont aan dat de houding van plegers tegenover de behandeling een significante voorspeller is van vroegtijdig afhaken (drop-out) tijdens de behandeling én van de recidive van plegers (Olver, Stockdale, & Wormith, 2011). De forensische kliniek kan bij aanvang echter weinig eisen stellen aan die houding. Een problematische bereidheid tot inzet is er veeleer regel dan uitzondering, en het beïnvloeden ervan is een belangrijk onderdeel van vrijwel elke forensische behandeling.

De ontwikkeling van theoretisch gefundeerde en empirisch onderbouwde modellen van de bereidheid tot inzet, en de constructie van betrouwbare en valide meetinstrumenten van die bereidheid, zijn belangrijke onderdelen van het forensisch wetenschappelijk onderzoek (McMurran & Ward, 2010). Het in de verslavingszorg ontwikkelde fasemodel (Transtheoretisch Model [TTM]; Prochaska & DiClemente, 1984) schoot tekort om de motivatie van ple-

gers te verklaren en te voorspellen (Drieschner, 2005; McMurran, 2009). Daaropvolgende, meer specifiek op plegers afgestemde modellen introduceerden, naast de persoonsgebonden motivatie, ook programmeerbare kenmerken. Het ‘responsiviteitsprincipe’ van het ‘Risk-Need-Responsivity’-model (RNR; Andrews & Bonta, 2003) beklemtoont dat therapeutische interventies afgestemd moeten worden op de mogelijkheden, de beperkingen en de motivatie van de pleger, om die gunstig te beïnvloeden. Andrews, Bonta, en Wormith (2011) constateerden echter dat de specifieke responsiviteitsfactoren (waaronder de therapeutische relatie) nog weinig (onderzoeks)aandacht kregen. Ward, Day, Howells, en Birgden (2004) introduceerden het begrip ‘readiness’, het centrale concept van het ‘Multifactor Offender Readiness Model’ (MORM), dat de persoonsgebonden en programmeerbare factoren die de bereidheid tot inzet van plegers beïnvloeden, integreert. ‘Readiness’ is een Engels homoniem dat de persoonsgebonden factoren (die we als ‘bereidheid’ vertaalden) en de programmeerbare factoren (die we als ‘gereedheid’ vertaalden) met dezelfde term aanduidt. Het model onderscheidt persoonsgebonden factoren: cognitieve (opvattingen, cognitieve strategieën), affectieve (emoties), motivationele (doelen en wensen), gedragsmatige (vaardigheden en competenties) en identiteitsgebonden (kernwaarden en overtuigingen van een persoon) factoren. De programmeerbare MORM-factoren sluiten aan bij de responsiviteitsfactoren van het RNR-model: vrijwillige of verplichte behandeling, een individueel of groepsaanbod, klinisch of ambulant, kwalificaties van de therapeut, aard van de therapeutische relatie. De integratie van beide groepen factoren in eenzelfde model bevordert wetenschappelijk onderzoek dat de ‘gereedheid’ van behandelingen kan helpen afstemmen op specifieke persoonsgebonden factoren, om de bereidheid tot inzet van plegers te beïnvloeden (McMurran & Ward, 2010).

Een groep ambulante forensische patiënten confronteerde ons tijdens hun psychologische behandeling met een patroon dat hun bereidheid tot inzet nadrukkelijk in negatieve zin leek te beïnvloeden. Ze lieten er zelf ook geen misverstand over bestaan: ze vertelden ronduit dat ze de verplichte behandeling niet nodig vonden. Die patiënten trokken aanvankelijk onze aandacht door een zeker psychologisch inzicht (Paesen, 2005). Gaandeweg hun behandeling bleek dat inzicht eerder misleidend. Het had geen diepgang en bleek in feite niet veel meer dan een intellectualiserend *praten over*, veraf van de emotionele ervaring. Dezelfde afstand van de emotionele ervaring bleek ook uit het gemak waarmee ze over pijnlijke gebeurtenissen heen stapten en uit hun gebrek aan emotionele empathie. Die patiënten bleken ook niet geïnteresseerd te zijn in de emotionele betekenissen die we als therapeut aan hun intellectualiserende houding wilden toevoegen. Dat kon erop wijzen dat ze hun functioneren niet wilden veranderen, maar die houding paste in elk geval in hun bredere, zelfverzekerde autonomie. Ze waren oprecht overtuigd dat ze geen hulp nodig hadden en vertelden dat ook zonder omwegen. Gezien de justitiële bemoeienis waarin ze door hun delictgedrag waren terechtgekomen, leek het sterke geloof in hun zelfeffectiviteit duidelijk overdreven. Ze toonden zich te zelfzeker dat ze hun problemen zelf konden oplossen en het leek erop dat ze daar vooral zichzelf van wilden overtuigen. Die therapeutische ervaringen suggereerden een patroon waarvan de drie aspecten (een ontkoppelde emotionele ervaring en daarmee gepaard gaande intellectualiserende betekenisgeving, een sterk ontwikkelde autonomie en een sterk geloof in zelfeffectiviteit) elk op hun manier bijdroegen aan zelfoverschatting en misleiding van de therapeut.

Belangrijke onderdelen van dit klinische patroon konden we in de literatuur terugvinden bij Cleckley (1988) en Winnicott (1949). Cleckleys 'basishypothese' over psychopathie expliciteert de emotionele ont koppeling, de misleidende normale presentatie en de blufferige zelfeffectiviteit van de beschreven patiënten (Cleckley, 1988). Cleckley conceptualiseert psychopathie als een paradox: een misleidende normale presentatie verbergt een diepgaand emotioneel defect. De psychopaat heeft geen contact met de emotionele ervaring, integreert emoties niet in de rest van zijn functioneren en leert daardoor niet van zijn ervaringen. De psychopaat heeft enkel theoretische kennis van emoties, terwijl hij wel dezelfde woorden gebruikt om over emoties te praten, en dat misleidt. Wanneer psychopaten hun theoretische kennis in de praktijk van alledag toepassen, brengen ze er maar weinig van terecht, wat hun regelbrekende gedrag kan verklaren. Cleckleys basishypothese bood ons echter geen aanknopingspunten om de grote autonomie die de beschreven patiënten in de therapeutische situatie kenmerkt, theoretisch in te bedden.

Winnicotts (1949) 'Theory of Mind'² beschrijft wel alle facetten van het patroon in hun onderlinge samenhang en plaatst die in een ontwikkelingspsychologisch perspectief. Als reactie op ongunstige opvoedingsomstandigheden koppelt de persoon de emotionele ervaring los van de rest van het psychologisch functioneren, waardoor de dreiging die ervan uitgaat, niet langer ervaren wordt. Dat resulteert in een hypertrofie van intellectualiserend functioneren, onder de regie van een structuur die Winnicott 'Mind' noemt. Winnicott stelt dat die patiënten in hun hoofd leven. Tezelfdertijd wordt de zorg voor zichzelf weggehaald bij de tekortschietende verzorger en toevertrouwd aan de overontwikkelde intellectualiserende instantie, Mind. De afhankelijkheid van de verzorger maakt plaats voor een sterke afhankelijkheidsrelatie met Mind, wat die ontwikkelingspsychopathologie een narcistische kwaliteit geeft. Winnicott wijst er ook op dat het klinische beeld van die patiënten de omgeving gemakkelijk misleidt, waardoor anderen hen als normaal overschatten (Winnicott, 1960). Corrigan en Gordon (1995), die Winnicotts theorie klinisch en theoretisch verder uitwerkten, constateren eveneens dat die patiënten moeilijk te behandelen zijn. De therapeut bevindt zich in de paradoxale positie waarbij hij hulp geeft aan iemand die claimt geen hulp nodig te hebben (Corrigan & Gordon, 1995, p. 17).

Hoewel Winnicotts (1949) 'Theory of Mind' ontwikkeld werd vanuit therapeutische ervaringen met vrijwillige cliënten, maakte die theorie het klinische patroon waarmee de forensische patiënten ons tijdens hun behandeling confronteerden, het best begrijpelijk. Zijn theorie fungeerde als leidraad bij de ontwikkeling van een zelfrapportage-instrument om dat patroon te meten, dat we daarom de Mind-schaal noemden. Therapeutische ervaringen suggereerden dat die patiënten de aspecten van dat patroon kunnen herkennen, op voorwaarde dat goede formuleringen worden gekozen. De itemformulering werd geïnspireerd door Winnicotts theorie en door onze therapeutische ervaringen (Paesen, Vervaeke, Claes, Stroobants, & Vertommen, 2013). We verwachtten het klinische patroon zichtbaar te kunnen maken met drie groepen items: items die de *emotionele ont koppeling* verwoorden (zoals: (+) 'Als ik wil, kan ik mijn angsten en zorgen gemakkelijk uit mijn hoofd zetten'; (-) 'Als ik emotioneel erg geraakt word, houdt me dat langer bezig dan ik zou willen'). Een tweede groep items verwoordt de *sterk ontwikkelde autonomie* (zoals: (+) 'Ook zonder hulp van buiten heb ik mijn leven goed in de hand'; (+) 'Omdat ik mezelf het best ken, kan ik ook het best

voor mezelf zorgen') en een derde groep items formuleert het nadrukkelijke geloof in de zelf-effectiviteit (zoals: (+) 'Ik zie altijd wel een uitweg uit moeilijke situaties'; (+) 'Tot hiertoe zijn weinig problemen in mijn leven onoplosbaar gebleken').

De 46 kandidaat-items, die gescoord worden op een vijfpuntenschaal (1 = helemaal mee oneens, 5 = helemaal mee eens), werden voorgelegd aan 286 klinische deelnemers (waarvan de helft uit het forensische veld). De 'scree plot' van eigenwaarden van een principale-componentenanalyse (PCA) met varimaxrotatie wees in de richting van een eenfactoroplossing, die het meest spaarzaam, met optimaal respect voor de inhoud, de empirische data beschreef (Paesen et al., 2013). We weerhielden enkel de items met een lading > 0,40 op die factor, wat resulteerde in een groep van 22 items, die de Mind-schaal vormen. De drie groepen items waren evenredig vertegenwoordigd: 7 items werden geformuleerd voor emotionele ont koppeling, 7 items voor sterk ontwikkelde autonomie en 8 items voor het nadrukkelijke geloof in de zelfeffectiviteit.

De betrouwbaarheid van de Mind-schaal was uitstekend: Cronbachs alpha ($n = 286$) was 0,90 en de test-hertestbetrouwbaarheid ($n = 20$, met een interval van 3 weken) was 0,96. Afgezien van een gendereffect (mannen scoorden significant hoger dan vrouwen) waren er geen significante verbanden tussen de Mind-score en andere demografische kenmerken (leeftijd en opleidingsniveau). De gelijktijdige validiteit van de Mind-schaal werd ondersteund door significante verbanden met de 'Psychopathic Personality Inventory' (PPI; Lilienfeld & Andrews, 1996) en de 'Nederlandse Narcisme Schaal' (NNS; Etema & Zondag, 2002). Er was een significant matig³ tot sterk positief verband met de PPI-subschalen (Onbevreesdheid, Ongevoeligheid en Ongevoeligheid voor stress), die een beheerste en afstandelijke omgang met emoties meten (Paesen et al., 2013). Een significant sterk negatief verband met NNS-Centripetaal Narcisme en een significant sterk positief verband met NNS-Centrifugaal Narcisme gaven aan dat patiënten met een hogere Mind-score hun zelfomschrijving meer autonoom bepalen. We constateerden verder een significant matig positief verband tussen de Mind-schaal en de PPI-totaalscore, de combinatie van een significant sterk positief verband met PPI-Onbevreesde dominantie (de eerste hogere-orde-PPI-factor die geassocieerd wordt met 'sociale en psychologische aanpassingsvaardigheden' [Patrick, Fowles, & Krueger, 2009]) en een significant matig negatief verband met PPI-Egocentrische impulsiviteit (de tweede hogere-orde-PPI-factor). De discriminante validiteit werd verder ondersteund door het ontbreken van significante verbanden tussen de Mind-schaal en Hares 'Psychopathy Checklist Revised'-totaalscore en beide PCL-R-factorscores (PCL-R; Hare, 2003). Er bleek evenmin een significant verband te zijn tussen het Mind-patroon en de DSM-IV-categorieën van de forensische patiënten ($n = 143$), ook niet met de voor forensische psychiatrie typische antisociale persoonlijkheidsstoornis.

Gewone psychiatrische patiënten (met angst- en stemmingsstoornissen enerzijds en patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis [BPS] anderzijds) hadden een significant lagere Mind-score dan forensische patiënten. De vaststelling dat er geen significant verschil was tussen de Mind-score van eerstelijnspsychotherapiepatiënten (die dicht bij gezonde volwassenen staan) en forensische patiënten was problematisch voor de discriminante validiteit van een instrument dat een patroon wil meten dat kenmerkend is voor moeilijk behandelbare

(forensische) patiënten (Paesen et al., 2013). Een bijkomende studie onderzocht de discriminante validiteit van de Mind-schaal in relatie tot gezonde volwassenen (Paesen, 2014). We vergeleken de Mind-frequentiedistributies van 135 mannelijke forensische patiënten en 285 gezonde volwassen mannen. Een subgroep forensische patiënten had een, in vergelijking met de gezonde volwassenen, opvallend lage Mind-score. ‘Mind-score 56’ differentieerde die forensische patiënten met een lage Mind-score. Vertrekkend van die Mind-score, splitsten we de forensische patiënten op in een ‘Forensische Hoog Mind-groep’ (FHMg) – een meerderheid van ruim 70% – en een ‘Forensische Laag Mind-groep’ (FLMg). De gemiddelde Mind-score van de FHMg en van de gezonde volwassenen verschilde niet significant. De gemiddelde Mind-score van die beide groepen was significant hoger dan die van de FLMg. Vervolgens vergeleken we de FHMg en de gezonde volwassenen op de (subschalen van de) PPI, de NNS en de ‘Onwaarschijnlijke Deugden’-schaal, een meting van ‘impression management’ (die als validiteitschaal deel uitmaakt van de PPI). De FHMg en de gezonde volwassenen verschilden evenmin significant op de subschalen van de PPI en de NNS. Hoewel doorgaans wordt aangenomen dat forensische patiënten zich tijdens het invullen van zelfrapportages doelbewust beter presenteren, verschilden ook de ‘impression management’-scores van beide groepen niet. Patiënten uit de FHMg menen dus wat ze zeggen. Toch pleegden die patiënten een delict en werd er, voorafgaand aan het opleggen van de juridische maatregel die verplichte behandeling inhoudt, een stoornis volgens de DSM-IV-classificatie vastgesteld. Het is dus niet aannemelijk dat zij normaal zijn. De ruime overeenkomst tussen de zelfrapportages van de FHMg en de gezonde volwassenen kan echter moeilijk worden afgedaan als een probleem van de discriminante validiteit van drie zelfrapportage-instrumenten. De resultaten van de studie suggereren een (verder te onderzoeken) klinisch kenmerk van een ruime meerderheid van de Nederlandse forensische patiënten, dat enerzijds hun ‘normale’ posities kan verklaren en anderzijds hun gebrek aan bereidheid tot inzet begrijpelijker kan maken.

De empirische studie waarover we in dit artikel rapporteren, onderzocht de relatie tussen de Mind-score van vijftig ambulante forensische patiënten en hun gedrag tijdens een psychologische behandeling, beoordeeld door therapeuten. Verwacht werd dat forensische patiënten met een hogere Mind-score zich tijdens de behandeling minder zouden inzetten.

Methode

Deelnemers

Aan de studie namen vijftig ambulante forensische patiënten en veertien therapeuten deel. Alle patiënten werden in het kader van een strafrechtelijke maatregel verplicht behandeld in de forensische polikliniek ‘de Omslag’ van Forensisch Psychiatrisch Centrum ‘de Woenselse Poort’ (GGzEindhoven), merendeels in het kader van bijzondere voorwaarden van een voorwaardelijke gevangenisstraf (artikel 14a Wetboek van strafrecht). De studie hanteerde de volgende uitsluitingscriteria: psychotische stoornis, een IQ < 85 en hersenorganische pathologie. Van de deelnemers was 42% in behandeling wegens een seksueel delict en de anderen wegens een agressiegerelateerd delict. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers bedroeg 39,34 jaar (SD = 12,45). Tien procent van de deelnemers waren vrouwen. Van de deelnemers

beëindigde 8% zijn schoolcarrière na de lagere school, 76% volgde middelbaar onderwijs, 14% volgde een bacheloropleiding en één deelnemer behaalde een universitair diploma. De gemiddelde behandelduur op het ogenblik van de studie was 7,88 maanden (SD = 5,06). De (klinisch vastgestelde) DSM-IV-classificaties⁴ werden gedomineerd door persoonlijkheidsstoornissen (72%), vooral Cluster B (30%) en PS NAO (32%). Op de eerste DSM-as overschreed enkel de prevalentie van Middelengebruik/afhankelijkheid en Parafilie de drempel van 10%.

De veertien therapeuten (zeven mannen en zeven vrouwen), allen gedragskundigen (gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, systeemtherapeut), hadden een wekelijks individueel behandelcontact. Hun gemiddelde leeftijd was 46,35 jaar (SD = 9,83) en het gemiddeld aantal jaren ervaring bedroeg 17,5 (SD = 9,29), waarvan gemiddeld 13,35 (SD = 9,08) jaren in een forensische setting. Elke therapeut scoorde gemiddeld 3,57 patiënten (SD = 1,74).

Instrumenten

De Mind-schaal

Vanuit therapeutisch en theoretisch oogpunt verwachtten we dat het Mind-patroon uit drie onderscheiden facetten zou bestaan: een ontkoppelde emotionele ervaring en daarmee gepaard gaande intellectualiserende betekenisgeving, een sterk ontwikkelde autonomie en een sterk geloof in zelfeffectiviteit (zie ook: Inleiding). Echter, de drie groepen items die we daarvoor formuleerden, waren ongedifferentieerd in de eerste factor van de PCA opgenomen. Omdat we met deze studie ook informatie wilden verzamelen over de bijdrage van de afzonderlijke Mind-facetten aan de bereidheid tot inzet van forensische patiënten, toetsten we vooraf, met confirmatorische factoranalyses (CFA), drie modellen. We voerden de CFA's uit met Lisrel 8.80 (Jöreskog & Sörbom, 2006) op de data van de 286 patiënten die participeerden in de constructie van de Mind-schaal. Een eerste model nam één algemene factor aan, waartoe alle 22 items behoren. Het tweede model, een 'tweede orde'-model, nam aan dat elk item van de Mind-schaal tegelijk toebehoort aan één algemene factor én aan de onderliggende subfactor waarvoor het item geformuleerd werd: Emotionele ont koppeling (n = 7), Zelfverzekerde autonomie (n = 7) en Besliste zelfeffectiviteit (n = 8). Een derde model nam aan dat er enkel drie subfactoren waren, zonder algemene factor. Een CFA geeft de overeenkomst tussen een a priori model en de data weer in 'goodness-of-fit'-indices. Voor de interpretatie van die indices baseerden we ons op Hu en Bentler (1999). De 'fit statistics' van de drie modellen, die varieerden van acceptabel tot goed, lieten toe om de Mind-subschalen in deze studie te gebruiken. De 'fit statistics' van het 'tweede orde'-model waren: chi-kwadraat/df = 536,91/206 = 2,60, CFI = 0,95, NNFI = 0,94, SRMR = 0,067 en RMSEA = 0,079 (CI 90%: 0,071; 0,087). De paarsgewijze correlaties tussen de drie Mind-subschalen waren identiek: $r = 0,62$ ($p < 0,001$).

De Therapist Questionnaire

De 'Therapist Questionnaire' (TQ) is een beoordelingsschaal waarmee therapeuten het gedrag van patiënten beoordelen tijdens een psychologische behandeling. De 24 items van de TQ, verdeeld in vier subschalen (scores: minimum 6 – maximum 30), beschrijven concreet

in-therapie-gedrag dat een eenduidige beoordeling toelaat, zonder voorafgaande training. De TQ werd ontwikkeld in het kader van een studie van weerstand tegen behandeling en is gebaseerd op de resultaten van een PCA. We kozen voor de TQ als criteriummeting omdat de subschaal ‘Samenwerkingsrelatie’ een oordeel geeft over de bereidheid tot inzet tijdens een psychologische behandeling. Daarnaast beschrijven de items van de TQ-subschaal ‘Afstand Vergroten’ gedrag dat overeenkomt met het ‘actieve gebrek aan inzet’ dat de beschreven forensische patiënten kenmerkte. De therapeut scoort de items op een vijf-puntenschaal variërend van: doet zich ‘Nooit tot bijna nooit’ voor (1) tot doet zich ‘Altijd of bijna altijd’ voor (5) tijdens therapeutische contacten. De vier subschalen zijn:

- 1) Afstand Vergroten. De zes items beschrijven gedrag dat aangeeft dat de patiënt de afstand tussen therapeut en patiënt actief vergroot. Bijvoorbeeld: ‘Cl. reageert op uw tussenkomsten door er telkens zijn/haar mening tegenover te zetten’ of ‘Cl. gaat openlijk de strijd aan over uw verbale tussenkomsten’.
- 2) Afstand Verkleinen. De zes items beschrijven gedrag dat wijst op passieve vormen van verzet, zoals inspanningen om te bewerken dat de therapeut de patiënt aardig vindt. Het gedrag dat de items van die schaal beschrijven, sluit aan bij interpersoonlijke afhankelijkheid. Bijvoorbeeld: ‘Cl. lijkt uw interventies niet te horen (bijvoorbeeld: gaat gewoon door met praten, verandert van onderwerp, ...)’ of ‘Cl. probeert om u als therapeut te behagen (bijvoorbeeld door alleen positieve veranderingen ter sprake te brengen)’.
- 3) Samenwerkingsrelatie. De zes items verwoorden een positieve therapeutische relatie en een oriëntatie op de taken van de therapie. De schaal weerspiegelt de behandelmotivatie van de cliënt en zijn bereidheid om nieuw gedrag uit te proberen. Bijvoorbeeld: ‘Cl. doet duidelijke pogingen om met uw interventies positieve veranderingen te bereiken’ of ‘Cl. gedraagt zich naar uw raadgevingen of voorschriften (bijvoorbeeld: huiswerk)’.
- 4) Gedragmatig Afhaken. De zes items verwoorden concreet gedrag dat aangeeft dat de patiënt metterdaad afhaakt. Bijvoorbeeld: ‘Cl. komt te laat voor de afspraak’ of ‘Cl. zegt de afspraak af’ of ‘Cl. probeert de tijden van afspraken te veranderen’.

De vertaling van de Engelstalige TQ naar het Nederlands gebeurde door de eerste auteur, in samenwerking met een senior psychotherapeut met uitgebreide forensische ervaring en een professionele copywriter met een major Engels. Vervolgens werden de items terugvertaald naar het Engels. Via consensus werd een definitieve versie van de TQ vastgesteld.

Procedure

De gegevens werden verzameld met de goedkeuring van de Wetenschapscommissie van GGZ Eindhoven. De patiënten ontvingen een informatiebrief over het doel en de werkwijze van het onderzoek en gaven schriftelijk ‘informed consent’. De deelname aan het onderzoek was anoniem en vrijwillig. De deelnemers ontvingen geen beloning voor hun deelname. Zij verschaften biografische gegevens over geslacht, opleidingsniveau en burgerlijke staat. De patiënten scoorden de 22 items van de Mind-schaal.

De therapeuten, die geen weet hadden van de Mind-score van de patiënten, scoorden de TQ en gaven informatie over de duur van de behandeling op het ogenblik van de studie.

Statistische analyse

Het verband tussen de Mind-schaal (en de Mind-subschalen) en de TQ-schalen werd berekend met Pearson-correlatiecoëfficiënten. De specifieke bijdrage van de drie Mind-subschalen aan het therapeutenoordeel over de TQ-Samenwerkingsrelatie werd berekend met een multivariate regressieanalyse.

Resultaten

Descriptieve kenmerken van de instrumenten

De Mind-schaal

De gemiddelde Mind-score bedroeg 72,55 (SD = 13,28; minimum 40 – maximum 100). De interne consistentie (Cronbachs alpha) van de Mind-schaal was 0,88. De gemiddelden (en standaarddeviaties) van de drie Mind-subschalen waren: Emotionele ont koppeling (M = 21,46; SD = 5,58), Zelfverzekerde autonomie (M = 21,04; SD = 4,71) en Besliste zelfeffectiviteit (M = 30,06; SD = 5,53). De interne consistentie (Cronbachs alpha) van de subschalen bedroeg: Emotionele ont koppeling (0,76), Zelfverzekerde autonomie (0,74) en Besliste zelfeffectiviteit (0,84). De betrouwbaarheidscoëfficiënten (> 0,70) waren toereikend om de subschalen in het verdere onderzoek te gebruiken (Kline, 2005).

De Therapist Questionnaire

Omdat alle deelnemende patiënten individueel behandeld werden, was het niet mogelijk de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de TQ-schalen te berekenen. De interne consistentie (Cronbachs alpha) van de vier TQ-schalen bedroeg: 0,80 voor Afstand Vergroten (M = 12,42; SD = 4,37), 0,61 voor Afstand Verkleinen (M = 13,73; SD = 3,57) en 0,87 voor Samenwerkingsrelatie (M = 17,16; SD = 4,63); de interne consistentie van Gedragmatig Afhaken (M = 11,48; SD = 2,64) was extreem laag: 0,29. Twee van de zes items hadden een negatieve item-testcorrelatie. Gezien de lage interne consistentie interpreteerden we de resultaten van die subschaal niet. De voorwaardelijke gevangenisstraf, als bijzondere voorwaarde van de verplichte behandeling, beperkte de keuzevrijheid van ‘Gedragmatig Afhaken’ en kan dit resultaat mogelijk verklaren.

Verbanden tussen de Mind-schaal (en Mind-subschalen) en de TQ-subschalen

De Pearson-correlaties tussen Mind-Totaal (en de Mind-subschalen) en de drie TQ-schalen zijn weergegeven in tabel 1. Er was een significant matig negatief verband tussen Mind-Totaal en TQ-Samenwerkingsrelatie en een significant beperkt positief verband met TQ-Afstand Vergroten. Een eenzijdige Steiger-z-test gaf aan dat het verband tussen Mind-Totaal en TQ-Samenwerkingsrelatie significant, $p = 0,035$, groter was dan tussen Mind-Totaal en TQ-Afstand Vergroten.

[Tabel 1] Pearson-correlaties tussen Mind-Totaal (en de Mind-subschalen) en drie TQ-schalen.

	Afstand Vergroten	Afstand Verkleinen	Samenwerkingsrelatie
Mind-Totaal	0,28 (p = 0,05)	0,07 (n.s.)	-0,49 (p < 0,001)
Emotionele ontkoppeling	0,32 (p = 0,02)	0,15 (n.s.)	-0,43 (p < 0,001)
Zelfverzekerde autonomie	0,24 (p = 0,09)	0,00 (n.s.)	-0,52 (p < 0,001)
Besliste zelfeffectiviteit	0,13 (n.s.)	0,02 (n.s.)	-0,29 (p = 0,04)

De bijdrage van de Mind-subschalen aan de verklaring van de variantie in het therapeutenoordeel van TQ-Afstand Vergroten en TQ-Samenwerkingsrelatie

Een regressiemodel met de drie Mind-subschalen als predictoren en het therapeutenoordeel over 'Afstand Vergroten' als afhankelijke variabele was niet significant: $F(3,49) = 2,28$, $p = 0,09$. Een regressiemodel met het therapeutenoordeel over 'Samenwerkingsrelatie' als afhankelijke variabele en de Mind-subschalen als predictoren was significant: $F(3,49) = 7,19$, $p < 0,001$ en voorspelde 28% van de variantie. De bijdrage van de afzonderlijke Mind-subschalen was: Emotionele ontkoppeling, $b^* = -0,24$, $t = -1,83$, $p = 0,07$, Zelfverzekerde autonomie, $b^* = -0,42$, $t = -2,93$, $p = 0,005$ en Besliste zelfeffectiviteit, $b^* = 0,09$, $t = 0,70$, $p = 0,48$. De parameterschattingen en de overige statistieken van het regressiemodel zijn weergegeven in tabel 2.

[Tabel 2] Resultaten van de regressieanalyse met TQ-Samenwerkingsrelatie als afhankelijke variabele en de drie Mind-subschalen als predictoren.

Variabele	Parameter schatting	Standaardfout	t-waarde	Significantie-niveau	Percentage ⁵ verklaarde variantie
Intercept	28,42	3,30	8,60	$p < 0,001$	
Emotionele ontkoppeling	-0,24	0,13	-1,83	$p = 0,073$	5%
Zelfverzekerde autonomie	-0,42	0,14	-2,93	$p = 0,005$	13%
Besliste zelf-effectiviteit	0,09	0,13	0,70	$p = 0,486$	0%

Discussie en conclusie

De bereidheid tot inzet van plegers blijft een belangrijk aandachtspunt voor forensische behandelaars en onderzoekers, zeker nadat recent onderzoek aangaf dat de houding tegenover de behandeling een significante predictor is van de recidive (Olver et al., 2011). Therapeutische ervaringen met een groep ambulante forensische patiënten suggereerden een klinisch patroon dat een bedreiging vormt voor hun bereidheid tot inzet. We ontwikkelden de Mind-schaal om dat klinische patroon te meten (Paesen et al., 2013). De resultaten van deze studie

tonen een negatieve samenhang aan tussen de Mind-score van ambulante forensische patiënten en TQ-Samenwerkingsrelatie, het therapeutenoordeel over hun bereidheid tot inzet tijdens een psychologische behandeling.

De keuze voor de TQ als criteriummeting werd mede ingegeven door de iteminhoud van TQ-Afstand Vergroten, dat gedrag omschrijft dat goed past bij de actieve vorm van ‘niet gemotiveerd’ zijn waarmee Mind-patiënten ons in de therapeutische situatie confronteren. Overtuigd van hun eigen visie, brengen ze die zelfverzekerd in stelling, ook als ze daarmee recht tegen de mening van de therapeut ingaan. De beperkte positieve samenhang tussen Mind en TQ-Afstand Vergroten beantwoordt in dat opzicht niet geheel aan de verwachtingen.

De studie levert ook kennis op over de bijdrage van de afzonderlijke Mind-facetten aan het therapeutenoordeel over (het gebrek aan) inzet van forensische patiënten. De Mind-subschalen Zelfverzekerde autonomie en (in mindere mate) Emotionele ontkoppeling verklaren afzonderlijk een betekenisvol deel van de variantie van dat gebrek aan bereidheid tot inzet.

De integratie van persoons- en programmegebonden factoren in één MORM-model stimuleert onderzoek naar kennis die de ‘gereedheid’ van behandelprogramma’s kan afstemmen op specifieke bereidheidsfactoren (McMurran & Ward, 2010). Er is een matige samenhang tussen het Mind-patroon en de bereidheid tot inzet van forensische patiënten. De factoren die de Mind-schaal meet, sluiten aan bij cognitieve (opvattingen over de noodzaak van hulp én over de zelfeffectiviteit) en affectieve (grote afstand van de emotionele ervaring) persoonsgebonden MORM-factoren. De Mind-schaal lijkt echter vooral op een brede identiteitsgebonden factor te laden, die zichtbaar werd in de brede overeenkomst tussen de zelfrapportages van forensische patiënten en gezonde volwassenen. We denken daarom dat bijkomend onderzoek met de Mind-schaal duidelijk zal maken dat die bredere identiteitsgebonden factor verband houdt met ‘zelfmisleiding’, de onbewuste neiging om fouten en tekortkomingen bij zichzelf te ontkennen, wat resulteert in een te positief zelfbeeld, waarin de persoon oprecht gelooft (Paulhus, 1998).

Die bevindingen moeten in verder onderzoek bevestigd worden, maar ze doen ons nu al suggesties (tevens hypotheses voor verder onderzoek) aan de hand om de psychologische behandeling van die patiënten responsiever of meer ‘gereed’ te maken, en zo hun ‘bereidheid’ te verhogen. De vaardigheden van die patiënten om emoties te ervaren en erop te reflecteren schieten tekort: ze leven vooral in hun hoofd. Dat uitgesproken intellectualiserend functioneren maakt een psychotherapeutische behandeling die focust op de mentalisatie van de emotionele ervaring allerminst vanzelfsprekend (Paesen, 2005). Het gesprek over emotionele ervaringen blijft altijd wat abstract en daardoor vlak. Kool en Aalders (2014) beschrijven, aan de hand van de schemamodi, vergelijkbare problemen tijdens de behandeling van een forensische patiënt (met primaire persoonlijkheidsproblematiek) waarin het herstel van contact met de emotionele ervaring een belangrijk behandeldoel was. Omdat het zo moeilijk blijkt om bij die patiënten een doorleefde emotionele ervaring tot stand te brengen, is de vaststelling dat ‘Emotionele ontkoppeling’ maar beperkt bijdraagt aan hun gebrek aan inzet in zekere zin goed nieuws. Therapeutische ervaringen suggereren dat ‘Zelfverzekerde autonomie’, dat hun (gebrek aan) inzet sterker beïnvloedde, wel gemakkelijker te veranderen is.

De zelfverzekerde autonomie, die de therapeutische ervaringen met die patiënten domineert, verschilt van de traditionele forensische invulling van de interpersoonlijke oriëntatie, die, sterk beïnvloed door Hares psychopathieconcept, antisociale kenmerken zoals oneerlijkheid, liegen en manipulatie beklemtoont. De resultaten op het gebied van constructvaliditeit bevestigen dat het autonomiefacet onderdeel is van het Mind-patroon, en deze studie maakt bovendien duidelijk dat ‘Zelfverzekerde autonomie’ een belangrijke predictor is van hun gebrek aan inzet, wat mogelijkheden biedt om hun behandeling responsiever te maken. Hoewel die patiënten in hun hoofd leven, valt op dat ze wel verbanden kunnen leggen tussen autonomie-ervaringen en daarvoor kenmerkend gedrag, dat zichtbaar wordt tijdens de behandelsessies én in situaties uit hun dagelijkse leven die tijdens de sessies ter sprake komen. Over hun uitgesproken autonomie is wel een authentiek en levendig gesprek mogelijk: over hun overtuiging dat de behandeling niet nodig is, over hun gewoonte problemen op eigen houtje op te lossen, over de oorzaken van zoveel ‘eigenwijsheid’, over de rol die hun sterk ontwikkelde autonomie speelde bij het tot stand komen van het delict, en over hun moeite om dingen van anderen (waaronder de therapeut) aan te nemen. Tijdens dat gesprek nemen ze regelmatig geen blad voor de mond: zo zijn ze meestal niet geneigd om een voor de therapeut welgevallig verhaal te vertellen. Ervaringen die verband houden met autonomie, vormen dan ook een vruchtbaar inhoudelijk aanknopingspunt. Anders dan bij de emotionele ervaringen, herkent de patiënt ervaringen en gedrag die naar autonomie verwijzen en dat komt de betrokkenheid en de inzet bij de behandeling ten goede. Maar naast de inhoudelijke gespreksthema’s die hun autonomiegevoeligheid aanreikt, maakt de invloed van ‘Zelfverzekerde autonomie’ op het gebrek aan inzet vooral duidelijk dat de therapeutische attitude rekening moet houden met de autonomiegevoeligheid van die patiënten, om op die manier hun behandeling responsiever te maken.

Onze studie is niet vrij van beperkingen. De beperkte omvang van de steekproef en het feit dat het enkel om ambulante patiënten gaat, kunnen de generaliseerbaarheid van de resultaten mogelijk in twijfel trekken. Echter, een vergelijking van leeftijd, geslacht, delicttype en diagnostische kenmerken (Drieschner, 2005, p. 41) met de grootste ons bekende steekproef van Nederlandse ambulante forensische patiënten – Drieschners multicenterstudie (n = 754) – geeft vertrouwen dat onze steekproef representatief is voor de ‘Nederlandse ambulante forensische patiënten’.

De gekozen criteriummaat, de TQ, vormt een tweede beperking. De TQ werd niet eerder in Nederlandstalig onderzoek gebruikt. De betrouwbaarheid (interne consistentie) van de subschalen waarop de conclusies van deze studie gebaseerd zijn, was goed, maar diverse aspecten van de validiteit van het vertaalde instrument werden nog niet eerder gedocumenteerd. De samenhang tussen de Mind-scores en het therapeutenoordeel over ‘Samenwerkingsrelatie’ was echter voldoende groot, zodat een relatie tussen Mind en de bereidheid tot inzet overtuigend vaststaat. De keuze voor de TQ als criteriummeting was gebaseerd op de inhoud van de subschaal ‘Afstand Vergroten’. Terugkijkend, was het – gezien de beperkte samenhang tussen Mind en deze subschaal – veiliger en economischer geweest om voor de beter gevalideerde ‘Werkalliantievragenlijst’ (WAV; Vervaeke & Vertommen, 2006) als criteriummaat te kiezen.

Dankwoord

We zijn de patiënten en therapeuten van polikliniek ‘de Omslag’ (de Woenselse Poort) van de GGzEindhoven erkentelijk voor hun medewerking. We danken Ton Kuijpers (psychotherapeut) en Paul Van Damme (neerlandicus) voor hun bijdrage aan de vertaling van de TQ.

Noten

1. Een exemplaar van de Mind-schaal kan opgevraagd worden bij de eerste auteur.
2. Het gelijknamige concept, Theory of Mind (ToM), werd later, zonder verwijzing naar Winnicott en met een andere betekenisinhoud, gebruikt door Leslie (1987) om vaardigheden aan te duiden die toelaten het (cognitieve) perspectief van een ander in te nemen. Leslies ToM (en de performantietaakken om die vaardigheden te meten) werden later geïntroduceerd in het autismeonderzoek (Baron-Cohen, 2001), waar het concept zijn bekendheid kreeg.
3. We hanteren Cohens (1988) richtlijnen voor het aanduiden van de sterkte van de verbanden: een beperkt (0,1-0,3), een matig (0,3-0,5) en een sterk (groter dan 0,5) verband.
4. Omdat de data voor deze studie in 2010 werden verzameld, worden de DSM-IV-categorieën gebruikt.
5. Verklaarde variantie door afzonderlijke predictoren, gecorrigeerd voor samenhang met andere predictoren (semipartiële correlatie type II).

Literatuur

- Andrews, D.A., & Bonta, J. (2003). *The psychology of criminal conduct* (3rd ed.). Cincinnati, OH: Anderson.
- Andrews, D.A., Bonta, J., & Wormith, J.S. (2011). The Risk-Need-Responsivity (RNR) Model: Does adding the Good Lives Model contribute to effective crime prevention? *Criminal Justice and Behaviour*, 38, 735-755.
- Baron-Cohen, S. (2001). Theory of Mind and autism: A review. *Special Issue of the International Journal of Mental Retardation*, 23, 169-184.
- Cleckley, H. (1988). *The mask of sanity. An attempt to clarify some issues about the so-called psychopathic personality* (7th ed.). St Louis, MO: Mosby.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences* (2nd ed.). Hillsdale NJ: Erlbaum.
- Corrigan, E.G., & Gordon, P.E. (1995). *The Mind object: Precocity and pathology of self-sufficiency*. London, UK: Karnac Books.
- Drieschner, K.H. (2005). *Measuring treatment motivation and treatment in forensic psychiatric outpatient treatment: Development of two instruments* (Doctoral Dissertation). Radboud Universiteit, Nijmegen.
- Ettema, J.H.M., & Zondag, H.J. (2002). De Nederlandse Narcisme Schaal (NNS). *De Psycholoog*, 37, 250-255.
- Hare, R.D. (2003). *Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R)* (2nd ed.). Toronto, Canada: Multi-Health Systems.
- Hu, L., & Bentler, P.M. (1999). Cutoff criteria for fit indices in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1-55.

- Jöreskog, K., & Sörbom, D. (2006). *Lisrel 8.80* [Computer program]. Lincolnwood, IL: Scientific Software International.
- Kline, R.B. (2005). *Principles and practice of structural equation modelling* (3rd ed.). New York, NY: The Guilford Press.
- Kool, M., & Aalders, H. (2014). Behandeling van persoonlijkheidsstoornissen in een forensische setting. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 40, 360-375.
- Leslie, A.M. (1987). Pretense and representation: The origins of 'Theory of Mind'. *Psychological Review*, 94, 412-426.
- Lilienfeld, S.O., & Andrews, B.P. (1996). Development and preliminary validation of a self-report measure of psychopathic personality traits in noncriminal populations. *Journal of Personality Assessment*, 66, 488-524.
- McMurrin, M. (2009). Motivational interviewing with offenders: A systematic review. *Legal and Criminological Psychology*, 14, 83-100.
- McMurrin, M., & Ward, T. (2010). Treatment readiness, treatment engagement and behaviour change. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 20, 75-85.
- Olver, M.E., Stockdale, K.C., & Wormith, J.S. (2011). A meta-analysis of predictors of offender treatment attrition and its relationship to recidivism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 6-21.
- Paesen, L. (2005). Denken op grote hoogte: een verkenning van het mentalisatieproces van patiënten in een forensische polikliniek. In M. Kinet & R. Vermote (Red.), *Mentalisatie* (pp. 91-110). Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- Paesen, L. (2014). *Het 'niet willen' behandeld worden van forensische patiënten: een uiting van zelfmisleiding of van 'traumatic progression'?* Doctoraatsthesis, KU Leuven.
- Paesen, L., Vervaeke, G., Claes, L., Stroobants, R., & Vertommen, H. (2013). Hard to treat forensic patients: The development and initial validation of the Mind-scale. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 24, 740-755. doi: 10.1080/14789949.2013.852234
- Patrick, C.J., Fowles, D.C., & Krueger, R.F. (2009). Triarchic conceptualisation of psychopathy: Developmental origins of disinhibition, boldness and meanness. *Development and Psychopathology*, 21, 913-938.
- Paulhus, D.L. (1998). *Paulhus Deception Scales: Manual of the Balanced Inventory of Desirable Responding (BIDR-7)*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.
- Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy*. Homewood, IL: Dow-Jones-Irwin.
- Vervaeke, G.A.C., & Vertommen, H. (1996). De Werkalliantievragenlijst (WAV). *Gedragstherapie*, 2, 139-144.
- Ward, T., Day, A., Howells, K., & Birgden, A. (2004). The Multifactor Offender Readiness Model. *Aggression and Violent Behaviour*, 9, 645-673.
- Winnicott, D.W. (1949). Mind and its relation to the Psyche-Soma. In D.W. Winnicott, *Through paediatrics to psychoanalysis* (pp. 243-254). London: The Hogarth Press.
- Winnicott, D.W. (1960). Ego distortion in terms of the true and false self. In D.W. Winnicott, *The maturational processes and the facilitating environment* (pp. 140-152). London, UK: The Hogarth Press.

Summary

Treatment readiness and treatment engagement are recurrent issues in forensic research and practice. Forensic patients confronted us with a recurrent clinical pattern that seemed to curb

their treatment readiness. The Introduction describes the therapeutic experiences that engendered the development of the Mind-scale, a questionnaire that measures the clinical pattern, characterised by three facets: an emotional disconnection, a self-asserted autonomy and a decided self-efficacy. We further portray its theoretical framework and the results of earlier studies of the construct validity, the concurrent and discriminant validity of the Mind-scale. The paper reports a new study of the predictive validity of the Mind-scale wherein we investigated the relation between the Mind-score of 50 forensic outpatients and their in-session behavior, as judged by their therapists. The results indicated a medium negative correlation between forensic patients' Mind-score and their engagement in psychological treatment.

Personalia

Leo Paesen is klinisch psycholoog/psychotherapeut in Forensisch Psychiatrisch Centrum de Woenselse Poort (GGzEindhoven) en onderzoeksmedewerker aan het Leuvens Instituut voor Criminologie (LINC) van de KU Leuven.

E-mail: lj.paesen@dewoenselsepoort.nl

Geert Vervaeke is hoogleraar rechtspsychologie aan het Leuvens Instituut voor Criminologie (LINC) van de KU Leuven.

Rob Stroobants was statistisch onderzoeksmedewerker aan de faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen van de KU Leuven.

Hans Vertommen is emeritus hoogleraar klinische psychologie aan de Onderzoekseenheid Klinische Psychologie van de KU Leuven.