



**rijksuniversiteit  
groningen**

**faculteit gedrags- en  
maatschappijwetenschappen**

## **De SCL-90-R in een forensisch psychiatrische context:**

Naar een specifieke normstelling

**The SCL-90-R in Forensic Psychiatry:**

In Search of Specific Norms

**Naam:** Eva Dijk  
**Studentnummer:** S5432383  
**E-mail:** E.Dijk.9@student.rug.nl  
**Instituut:** Faculteit van gedrags- en maatschappijwetenschappen  
**Master:** Sociologie – Criminaliteit en Veiligheid  
**Datum:** 16 augustus 2025  
**Begeleider:** V.C. Frey, PhD  
**Referent:** dr. M. Spreen

## Abstract

In de forensische psychiatrie, waar de populatie grotendeels uit mannelijke patiënten bestaat, worden zelfrapportage-instrumenten zoals de SCL-90-R ingezet om psychische klachten te meten. Deze scores worden geïnterpreteerd op basis van standaardnormen uit de algemene bevolking of reguliere psychiatrische patiënten, zonder rekening te houden met de juridische, sociale en institutionele context waarin forensisch-psychiatrische cliënten verkeren. Dit onderzoek beantwoordt de vraag in hoeverre de klachtenprofielen van mannelijke forensisch-psychiatrische patiënten systematisch afwijken van deze bestaande normgroepen, en of een aanvullende, forensisch-specifieke norm noodzakelijk is.

Op basis van gegevens van 384 mannelijke patiënten uit FPK Assen is een context specifieke norm ontwikkeld op basis van ruwe SCL-90-R-scores. De gemiddelde klachtenniveaus in deze groep bleken op vrijwel alle subschalen significant lager dan in de poliklinische psychiatrie, en ook in vergelijking met de algemene bevolking meestal gelijk of lager, met uitzondering van de subschaal sensitiviteit, waarop forensisch-psychiatrische patiënten significant hoger scoorden dan beide normgroepen (Cohen's  $d = 0,27$  t.o.v. algemene bevolking). Dit wijst op een klachtenprofiel dat zich vooral uitdrukt in sociaal-interpersoonlijke domeinen, in plaats van in breed verhoogde psychopathologie.

Een longitudinale analyse bij 191 patiënten toonde significante dalingen op de subschalen depressie, angst, hostiliteit en sensitiviteit over een behandelperiode van zes maanden (alle  $p < .05$ ), met kleine tot gemiddelde effectgroottes. Dit suggereert dat de SCL-90-R gevoelig is voor verandering in klachtenniveau binnen de forensisch-psychiatrische setting, hoewel geen directe causale conclusie over behandelrespons mag worden getrokken.

De resultaten onderstrepen de beperkingen van standaardnormering binnen deze context en tonen de toegevoegde waarde van een forensisch-specifieke referentie. De ontwikkelde mannorm biedt behandelaren een realistischer en proportioneel interpretatiekader en draagt bij aan zorgvuldiger diagnostiek en rechtvaardigere besluitvorming. Toekomstig onderzoek dient zich te richten op validatie in andere instellingen, uitbreiding naar vrouwelijke patiënten en triangulatie met gedragsobservaties of semigestructureerde interviews.

## Inhoud

|                                                                             |    |
|-----------------------------------------------------------------------------|----|
| Abstract .....                                                              | 2  |
| 1. Inleiding .....                                                          | 5  |
| 1.1 Aanleiding.....                                                         | 5  |
| 1.2 Doel van dit onderzoek .....                                            | 8  |
| 1.3 Onderzoeksvraag.....                                                    | 8  |
| 1.4 Leeswijzer .....                                                        | 9  |
| 2. Theoretisch kader .....                                                  | 10 |
| 2.1. Grenzen van de bestaande normgroepen .....                             | 10 |
| 2.1.1. Contextualiseren versus pathologiseren?.....                         | 10 |
| 2.1.2 Referentiegroepen en hun beperkingen.....                             | 12 |
| 2.1.3 Synthese en conclusie .....                                           | 12 |
| 2.2. De forensisch psychiatrische context.....                              | 14 |
| 2.2.1. Waarom standaardnormering faalt .....                                | 14 |
| 2.2.2. Empirische bewijs voor afwijkende scores .....                       | 15 |
| 2.2.3. Forensisch-specifieke invloeden op klachtenrapportages.....          | 15 |
| 2.2.4 Verwachtingen per subschaal .....                                     | 17 |
| 2.2.5 Meetgevoeligheid en interpretatie van longitudinale verandering ..... | 19 |
| 2.2.6 Synthese en conclusie .....                                           | 19 |
| 2.3 Hypothese .....                                                         | 20 |
| 3. Data en methode.....                                                     | 22 |
| 3.1 Onderzoeksdesign .....                                                  | 22 |
| 3.2 Steekproef .....                                                        | 22 |
| 3.3 Instrumenten en normering.....                                          | 24 |
| 3.4 Procedure en datamanagement .....                                       | 25 |
| 3.5 Data-analyse.....                                                       | 25 |
| 3.7 Validiteit, betrouwbaarheid en ethische overwegingen .....              | 27 |
| 4. Resultaten .....                                                         | 28 |
| 4.2 Interne consistentie en scoreverdelingen.....                           | 28 |
| 4.2.1 Interne consistentie .....                                            | 28 |
| 4.2.2 Scoreverdelingen.....                                                 | 29 |
| 4.3 Cross-sectionele vergelijking met bestaande normen.....                 | 31 |

E. Dijk - De SCL-90-R in een forensisch psychiatrische context: Naar een specifieke normstelling

|                                                           |    |
|-----------------------------------------------------------|----|
| 4.3.1 Beschrijving van de subschaalscores bij intake..... | 31 |
| 4.3.2 Vergelijking met de bestaande normgroepen .....     | 33 |
| 4.3.3 Nieuwe forensisch-specifieke norm.....              | 36 |
| 4.4 Verandering in klachten over tijd.....                | 37 |
| 4.4.1 Beschrijvende statistiek van follow-up-scores.....  | 37 |
| 4.4.2 Symptoom verandering over tijd .....                | 38 |
| 4.5 Samenvatting van de bevindingen .....                 | 39 |
| 5. Conclusie .....                                        | 41 |
| 6. Discussie .....                                        | 45 |
| 6.2 Vergelijking met bestaande literatuur .....           | 46 |
| 6.3 Beperkingen en sterke punten van het onderzoek.....   | 48 |
| 6.4 Klinische implicaties .....                           | 50 |
| 6.5 Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek .....         | 51 |
| Bibliografie .....                                        | 53 |
| Bijlage A.....                                            | 57 |

## **1. Inleiding**

### **1.1 Aanleiding**

Een forensisch psychiatrische kliniek (FPK) is een beveiligde behandelinstelling waar mensen verblijven die vanwege ernstige psychiatrische problematiek én strafrechtelijke problematiek zijn opgenomen. Binnen een FPK, zoals FPK Assen (onderdeel van GGZ Drenthe), staat het doel centraal om risicovol gedrag terug te dringen en herstel te bevorderen, zodat veilige terugkeer naar de samenleving mogelijk wordt gemaakt (GGZ Drenthe, z.d.). Behandeling vindt plaats binnen verschillende beveiligingsniveaus, onder justitiële voorwaarden, en vaak in het kader van een tbs-maatregel (TBS Nederland, z.d.; Forensische Zorg Nederland, z.d.). Diagnostiek speelt hierin een centrale rol: het vormt de basis voor risicotaxatie, het opstellen van behandelplannen en het monitoren van behandelverloop.

Tegelijkertijd is het diagnostisch in kaart brengen van psychische klachten binnen deze context erg complex. Forensisch psychiatrische patiënten onderscheiden zich van andere psychiatrische doelgroepen door een combinatie van ernstige psychopathologie (de manier waarop individuen hun psychische klachten ervaren en weergeven (American Psychiatrisch Association, 2013)), justitiële maatregelen en langdurige detentie. Klachtenrapportage in deze groep wordt bovendien beïnvloed door contextuele factoren zoals beperkte autonomie, stigmatisering, verhoogd wantrouwen tegenover hulpverleners en de strategische overwegingen die voortvloeien uit hun juridische status (Van Marle, 2015; Van Erp et al., 2022).

De Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) is een veelgebruikte vragenlijst binnen de geestelijke gezondheidszorg om de ernst van psychische klachten te meten (Derogatis & Unger, 2010; Arrindell & Ettema, 2005). Binnen instellingen als de FPK in Assen wordt de SCL-90-R standaard afgenomen bij intake, en herhaald op vaste momenten tijdens de behandeling. De uitkomsten worden gebruikt om klachtenprofielen op te stellen, behandelvoortgang te volgen en klinisch beleid bij te stellen. Cruciaal voor de interpretatie van deze scores is het gebruik van normgroepen: referentiewaarden gebaseerd op gemiddelden van de algemene bevolking of reguliere psychiatrische patiënten.

Deze normgroepen bieden behandelaren houvast: ze geven richting aan de vraag of klachten opvallend zijn en in welke mate. In de forensische praktijk worden deze normatieve interpretaties gebruikt voor diagnostiek, behandelbeslissingen, en soms voor juridische advisering, zoals bij verloven of tbs-verlengingen. Toch kent deze werkwijze ook beperkingen. De bestaande normgroepen zijn niet ontwikkeld voor forensisch psychiatrische patiënten en houden geen rekening met de specifieke context waarin klachten tot uiting komen. Hierdoor ontstaat het risico dat klachten verkeerd worden geïnterpreteerd: normale reacties op een abnormale situatie kunnen worden gezien als psychopathologie, of juist omgekeerd. Dit kan leiden tot over- of onderbehandeling, met directe gevolgen voor de zorg én de rechtspositie van de patiënt (Otte et al., 2017; Hornsveld et al., 2019).

Een aanvullende normering die beter aansluit bij de context en de leefwereld van forensisch-psychiatrische patiënten is daarom wenselijk (Otte et al., 2017; Todd et al., 1997). Dit betekent niet dat de bestaande normen overbodig zijn. Normgroepen gebaseerd op de algemene bevolking en reguliere psychiatrische patiënten in klinische settings blijven waardevol als referentiepunt (Arrindell & Ettema, 2003; Derogatis & Unger, 2010), maar geven slechts een beperkt perspectief. Een forensisch-specifieke norm maakt het mogelijk om scores te duiden in het licht van detentie, juridische druk, toezicht en sociaal isolement. Symptomen zoals achterdocht, verhoogde spanning of terugtrekking hoeven in deze context niet per definitie op psychopathologie te wijzen. Dergelijke symptomen kunnen ook voortkomen uit contextuele factoren zoals langdurige detentie, beperkte autonomie of sociaal-maatschappelijk stigma (Van Marle, 2015; Otte et al., 2017). Een aanvullende normering zou dus de mogelijkheid kunnen bieden om klachten vanuit meerdere invalshoeken te bekijken: zowel ten opzichte van de bredere maatschappij als binnen de eigen forensische context (Otte et al., 2017). Hierdoor kan een breder, genuanceerder en eerlijker beeld ontstaan van het klachtenprofiel van de patiënt, wat bijdraagt aan betere besluitvorming rondom het behandeltraject. De betekenis en ernst van klachten moeten daarom anders gewogen worden dan bij andere populaties. Een passende, contextgevoelige norm maakt het mogelijk om onderscheid te maken tussen klinisch relevante psychopathologie en begrijpelijke reacties op de forensische leefomgeving (Hornsveldt et al., 2017). Bestaande normgroepen houden echter geen rekening met deze specifieke omstandigheden, waardoor het risico ontstaat dat scores verkeerd geïnterpreteerd worden. Dit kan leiden tot overbehandeling of juist onderschatting van zorgbehoefte, met directe gevolgen voor de kwaliteit van zorg en de rechtspositie van de patiënt (Otte et al., 2017). Bovendien

kunnen patiënten zelf hun klachten onder- of overrapporteren, bijvoorbeeld uit angst voor negatieve gevolgen of om invloed uit te oefenen op het behandeltraject. Zonder normering die met zulke strategieën rekening houdt, dreigen deze signalen ten onrechte als psychopathologisch geïnterpreteerd te worden.

Daar komt bij dat forensisch psychiatrische patiënten structureel ondervertegenwoordigd zijn in psychometrisch onderzoek (Otte et al., 2017; Todd et al., 1997). De SCL-90-R is zelden gevalideerd in deze doelgroep, en er bestaat geen specifieke normering voor forensische contexten. Hierdoor blijft een belangrijke groep buiten beeld en ontstaat er een kenniskloof die niet alleen invloed heeft op diagnostiek en behandeling van forensisch psychiatrische patiënten, maar ook op beslisprocessen zoals risicotaxatie, verlovverlening en re-integratie. Het ontbreken van een adequate normering draagt bij aan structurele ongelijkheid: wie niet goed begrepen wordt, wordt ook niet adequaat geholpen. Een aanvullende, doelgroepgerichte normering kan daarom bijdragen aan betrouwbaardere diagnostiek, eerlijkere behandeling, en een meer rechtvaardige positionering van forensisch psychiatrische patiënten binnen de zorg én de samenleving.

Binnen de reguliere SCL-90-R-normering bestaat al een onderscheid tussen mannelijke en vrouwelijke referentiegroepen (Arrindell & Ettema, 2005). Opvallend genoeg ontbreekt dit binnen de forensische context, terwijl mannelijke patiënten veruit de grootste groep vormen binnen de FPK's. Zo bestaat volgens recente cijfers van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) ruim 93% van de tbs-populatie uit mannen (DJI, 2023). In dit onderzoek is daarom bewust gekozen voor het ontwikkelen van een forensisch-specifieke mannorm. Vrouwen zijn vanwege hun lage aantal buiten beschouwing gelaten, met als doel methodologische zuiverheid. Dit laat onverlet dat vrouwelijke patiënten aandacht verdienen in vervolgonderzoek, zodat ook voor hen een passende normering kan worden ontwikkeld.

Ten slotte raakt dit vraagstuk aan bredere thema's rondom normaliteit en diversiteit binnen de geestelijke gezondheidszorg. De dominante normkaders zijn historisch gebaseerd op de gemiddelde, niet-forensische patiënt, en houden onvoldoende rekening met sociale, culturele en juridische verschillen tussen patiëntengroepen (Hornsveldt et al., 2019). Dit leidt ertoe dat bepaalde klachtenpatronen, hoewel verklaarbaar vanuit context, buiten het spectrum van het 'normale' vallen, en daardoor sneller worden geproblematiseerd (Rose, 2018). Door een forensisch-specifieke normering van de SCL-90-R te ontwikkelen wordt recht gedaan aan de

diversiteit binnen de GGZ-populatie, en wordt diagnostiek minder afhankelijk van generalisaties die niet universeel toepasbaar zijn (Otte et al., 2017). Deze benadering sluit aan bij het streven naar inclusieve en rechtvaardige zorgpraktijken waarin ruimte is voor contextuele variatie en individuele achtergrond.

## **1.2 Doel van dit onderzoek**

Dit onderzoek beoogt bij te dragen aan de onderbouwing van een mannelijke, forensisch-specifieke normering, omdat de standaard SCL-90-R-normen zijn afgeleid van algemene klinische populaties en hierdoor wellicht onvoldoende rekening houden met contextuele vertekeningen zoals bijvoorbeeld institutionele stress en juridische druk (Hornsveld et al., 2019; Hornsveldt et al., 2019). Zonder een aangepaste normering bestaat het risico dat symptomen in de forensisch-psychiatrische praktijk worden overschat of onderschat, waardoor behandeltrajecten en juridische beslissingen kunnen worden beïnvloed. Het doel is niet om bestaande normgroepen te vervangen, maar om te onderzoeken of er een aanvullend referentiekader nodig is voor deze doelgroep. Door de gemiddelde klachtenniveaus van forensisch psychiatrische patiënten te vergelijken met de gemiddelden uit bestaande normgroepen (algemene bevolking en reguliere psychiatrische patiënten), wordt in kaart gebracht in hoeverre er sprake is van structurele afwijkingen. Deze vergelijking maakt het mogelijk om te beoordelen of de huidige normen volstaan of dat een forensisch-specifieke norm een relevante en waardevolle toevoeging zou zijn.

Op basis van deze inzichten kan een aanvullende norm worden opgesteld die behandelaren kan ondersteunen bij het interpreteren van klachten binnen de specifieke context van de forensische zorg. Deze aanvullende normering kan gebruikt worden als interpretatiekader bij diagnostiek, behandelbeslissingen, risicotaxaties en verlengingsadviezen. Daarmee levert dit onderzoek niet alleen een wetenschappelijke bijdrage, maar biedt het ook een praktisch toepasbaar instrument voor professionals in de forensische psychiatrie, met als uiteindelijk doel om bij te dragen aan betere zorg, meer maatwerk en meer maatschappelijke rechtvaardigheid.

## **1.3 Onderzoeksvraag**

De hoofdvraag van deze studie luidt: In hoeverre wijken de gemiddelde scores op de SCL-90-R van forensisch psychiatrische patiënten af van die van de algemene bevolking en klinisch psychiatrische patiënten?



Deze vraag sluit aan bij signalen uit de klinische praktijk en wetenschappelijke literatuur, waarin wordt gewezen op structurele verschillen in klachtenpresentatie tussen forensisch psychiatrische patiënten en andere populaties (Otte et al., 2017; Otte et al., 2017). Het beantwoorden van deze vraag vormt een eerste stap richting een meer adequate normering en contextgevoelige toepassing van de SCL-90-R binnen de forensische psychiatrie.

## **1.4 Leeswijzer**

In het volgende hoofdstuk wordt het theoretisch kader geschetst. Daarin wordt op basis van wetenschappelijke literatuur over normering, psychodiagnostiek en de toepassing van de SCL-90-R in verschillende populaties toegewerkt naar een beantwoording van de hoofdvraag. Op basis van deze beantwoording wordt een hypothese opgesteld. Hoofdstuk drie beschrijft de methodologische opzet van het onderzoek, waaronder de steekproef, meetinstrumenten en analysemethoden. In hoofdstuk vier worden de resultaten van de dataverwerking gepresenteerd. Hoofdstuk vijf bevat de conclusie, waarin de onderzoeksvraag wordt beantwoord en de hypothese wordt getoetst op basis van de bevindingen uit het resultatenhoofdstuk. In hoofdstuk zes volgt een reflectie in de vorm van een discussie, met aandacht voor de klinische implicaties en aanbevelingen voor vervolgonderzoek.

## **2. Theoretisch kader**

In dit hoofdstuk wordt op basis van wetenschappelijke literatuur uiteengezet waarom forensisch psychiatrische patiënten mogelijk andere klachtenpatronen vertonen op de SCL-90-R dan de bestaande normgroepen: de algemene bevolking en reguliere psychiatrische patiënten. Daarbij staat de hoofdvraag, welke geformuleerd is in de inleiding, centraal.

Het hoofdstuk bespreekt achtereenvolgens de opbouw en beperkingen van de huidige normgroepen, de specifieke kenmerken van de forensische context en theoretische aanwijzingen voor eventuele afwijkende klachtenpatronen van forensisch psychiatrische patiënten. Op basis van deze resultaten wordt aan het eind een hypothese geformuleerd die vervolgens getoetst zal worden.

### **2.1. Grenzen van de bestaande normgroepen**

In deze paragraaf wordt er onderzocht of en waarom de huidige, algemeen gebruikte SCL-90-R-normen geen adequaat referentiekader bieden voor forensisch-psychiatrische patiënten. Eerst worden er twee interpretatiekaders gedefinieerd, contextualiseren versus pathologiseren, en vervolgens worden de samenstelling en beperkingen van de normen voor de algemene bevolking en poliklinische psychiatrische patiënten beschreven.

#### **2.1.1. Contextualiseren versus pathologiseren?**

Een belangrijke vraag bij het opstellen van een forensisch-specifieke norm is of eventuele verhoogde scores binnen deze populatie eerst moeten worden gecontextualiseerd of dat deze scores zonder meer moeten worden gepathologiseerd. Onder contextualiseren verstaan we in deze studie het beschouwen van verhoogde subschaalscores, zoals hostiliteit of paranoia, als normale reacties op detentie en juridische stress (in Hornsveld et al., 2019). Onder pathologiseren verstaan we het beschouwen van diezelfde scores als klinisch relevante psychopathologie, ongeacht omgevingsfactoren.

Verschillende studies tonen aan dat forensisch-psychiatrische patiënten gemiddeld hogere scores rapporteren op subschalen als hostiliteit, sensitiviteit en angst (Otte et al., 2017; Otte et al., 2017). Deze verhoogde scores kunnen voortkomen uit contextuele factoren, zoals langdurige detentie, stigmatisering of een gevoel van controleverlies (Hornsveld et al., 2019). Langdurige opsluiting wordt bijvoorbeeld in verband gebracht met gevoelens van hulpeloosheid, frustratie

en vervreemding van de maatschappij, wat op zijn beurt de ontwikkeling van angst- en depressieklachten kan versterken (Haney, 2001; Grassian, 2006). Ook het ontbreken van duidelijke informatie over rechtspositie en behandelperspectief leidt tot onzekerheid en verhoogde psychologische stress, die zich uit in klachten die binnen de SCL-90-R worden geregistreerd.

Het contextualiseren van deze afwijkende scores betekent niet dat men deze klachten bagatelliseert. Integendeel, het doel is om ze juist binnen hun context te verklaren. Zonder forensisch-specifieke normering lopen behandelaren het risico dat contextuele reacties, zoals verhoogde waakzaamheid, frustratie of terugtrekking, worden geïnterpreteerd als indicatie van ernstige psychopathologie (Hornsveld et al., 2019). Dit kan leiden tot overbehandeling of verlenging van tbs-maatregelen. Tegelijkertijd moet men waken voor het omgekeerde risico: dat contextualiseren leidt tot onderschatting van psychopathologie zoals Hornsveld et al. (2017) benadrukken.

Een aanvullende norm zou moeten bijdragen aan een genuanceerdere inschatting, waarin eventuele hogere of lagere scores dan de al bestaande normgroepen niet automatisch als afwijkend worden gezien, maar eerst worden geëvalueerd op hun klinische betekenis binnen de specifieke leefwereld van de patiënt en de context waarin zij zich bevinden. Daarmee biedt normering een hulpmiddel om klinisch relevante klachten te onderscheiden van normale reacties op een abnormale omgeving.

De SCL-90-R is oorspronkelijk genormeerd op zes Nederlandse steekproeven, waaronder poliklinische psychiatrische patiënten (N = 5 521), de algemene bevolking (N = 2 368), chronisch pijnpatiënten (N = 2 458), klinische verslaafden (N = 1 570), eerstelijnscliënten (N = 598) en cliënten uit huisartsenpraktijken (N = 925).

Dit onderzoek beperkt zich tot de normen van de poliklinische psychiatrische patiënten en die van de algemene bevolking, omdat FPK Assen deze twee referentiegroepen in de dagelijkse praktijk hanteert en beide groepen qua klachtenprofiel en demografische kenmerken het dichtst aansluiten bij de forensisch-psychiatrische populatie. De overige normen betreffen vaak te specifieke populaties (bijvoorbeeld chronisch pijnpatiënten en klinische verslaafden) of populaties met een ander zorgkarakter, waardoor hun scoreprofielen niet representatief zijn voor de forensisch-psychiatrische populatie. Door enkel te werken met poliklinische

psychiatrische patiënten en de algemene bevolking, blijft de vergelijking zowel klinisch relevant als maatschappelijk interpreteerbaar. Beide referentiegroepen zijn groot genoeg om betrouwbare somscorenormen te hanteren en bieden een solide kader om te beoordelen of de SCL-90-R-scores van de forensisch psychiatrische patiënten significant afwijken.

### **2.1.2 Referentiegroepen en hun beperkingen**

Zoals benoemd is de SCL-90-R oorspronkelijk genormeerd op zes Nederlandse steekproeven, waaronder de algemene bevolking (N = 2 368) en poliklinische psychiatrische patiënten (N = 5 521) (Arrindell & Ettema, 2005). Deze twee groepen zijn in de praktijk van de forensisch-psychiatrie het meest relevant, maar kennen elk een aantal tekortkomingen.

Ten eerste de normgroep van de algemene bevolking: hoewel deze steekproef een breedbeeld geeft van niet-klinische klachten, is er een discrepantie met de forensische populatie. Mensen met een lage sociaaleconomische status of justitiële voorgeschiedenis zijn in landelijke onderzoeken ondervertegenwoordigd (Achterberg, Ybema, & Hessels, 2010). Hierdoor kunnen verhoogde scores op bijvoorbeeld hostiliteit of wantrouwen binnen gevangenis- of klinieksettings ten onrechte als psychopathologie worden bestempeld, terwijl ze vaak contextueel verklaarbaar zijn (Hornsveld et al., 2019).

Ten tweede de poliklinische psychiatrische norm: deze groep bestrijkt een scala aan psychische stoornissen en behandelingen, maar bevat geen gegevens over juridische maatregelen, detentieduur of institutioneel stigma (Todd et al., 1997). De ‘gemiddeld zieke’ GGZ-patiënt heeft doorgaans meer autonomie dan forensisch-psychiatrische cliënten, waardoor scores minder beïnvloed worden door vrijheidsbeperking en toezicht (Hornsveldt et al., 2017). Ook is de interne heterogeniteit groot, van mild tot ernstig psychiatrisch, waardoor specifieke contexteffecten op klachtenprofielen wegvallen.

Samen laten deze beperkingen zien dat zowel de norm van de algemene bevolking, als die van de poliklinische GGZ-patiënt geen sluitend kader vormen voor het interpreteren van SCL-90-R-scores bij forensisch-psychiatrische patiënten. In de volgende sectie wordt er daarom onderzocht welke contextfactoren in forensische settings de klachtenpresentatie en zelfrapportage beïnvloeden, en waarom een aparte normering onmisbaar is.

### **2.1.3 Synthese en conclusie**

Hoewel zowel de norm voor de algemene bevolking als die voor de poliklinische GGZ-patiënt

waardevolle referentiekaders vormen, schieten ze tekort wanneer we ze toepassen op forensisch-psychiatrische patiënten. Ten eerste laten empirische studies consequent zien dat deze doelgroep significant hoger scoort op hostiliteit, sensitiviteit en angst dan beide standaardnormen (Otte et al., 2017). Twenge et al. (2010) toonden aan dat de gemiddelde depressie- en angstscores in de algemene bevolking in de afgelopen decennia met meer dan vijf punten zijn gestegen; dit betekent dat de 'oude' normgrenzen nu lager liggen dan het actuele gemiddelde, waardoor forensisch-psychiatrische patiënten ten onrechte te extreem lijken te scoren.

Daarnaast ontbreekt in de bestaande normering representatie van belangrijke subgroepen die binnen de forensische populatie juist talrijk zijn: mensen met een migratieachtergrond, lage sociaaleconomische status of vrouwelijke cliënten vertonen andere basisniveaus van klachten en coping stijlen (Van Erp et al., 2022). Zonder aparte normen voor deze groepen vervalt valide vergelijking en ontstaan systematische vertekeningen. Zo kan een migrantenpatiënt met ervaringen van discriminatie van zichzelf 'normaal hoge' waakzaamheidsscores rapporteren, terwijl dat binnen de oude algemene norm als pathologisch wordt aangemerkt.

Behandelaren gebruiken deze normen niet alleen als hulpmiddel bij het diagnosticeren van klachten, maar ook voor het monitoren van behandelverloop, het evalueren van interventies en het inschatten van risico's op bijvoorbeeld agressie, recidive of therapie-uitval. In de praktijk worden SCL-90-R-profielen besproken in multidisciplinaire overleggen, waar ze bijdragen aan beslissingen over behandelrichting, verloopbeleid of tbs-verlenging. Normgroepen fungeren daarbij als referentiekader: afwijkingen ten opzichte van de norm helpen om te bepalen of klachten zorgwekkend zijn en of voortgang wordt geboekt. Als die norm echter niet aansluit bij de unieke context van forensische patiënten, dreigen scores te worden overschat of onderschat. Dit heeft directe gevolgen voor de interpretatie van klachten én voor de beslissing om al dan niet te interveniëren (Hornsveld et al., 2019; Otte et al., 2017). Een passende normering is dus essentieel om subjectieve klachtenscores om te zetten naar klinisch bruikbare informatie.

Kortom, de combinatie van verouderde, niet-herziene data en onvoldoende aandacht voor relevante subgroepen ondermijnt de klinische en juridische interpretatie van SCL-90-R-scores in forensisch-psychiatrische settings. Deze tekortkomingen laten zien dat de SCL-90-R-normen van de algemene bevolking en poliklinische GGZ-patiënten niet blindelings toepasbaar zijn op forensisch-psychiatrische patiënten, wat de kern van de hoofdvraag raakt.

## **2.2. De forensisch psychiatrische context**

In 2.1 hebben we gezien dat de SCL-90-R-normen van de algemene bevolking en de poliklinische GGZ-patiënt geen rekening houden met de omstandigheden in forensisch-psychiatrische settings. In deze paragraaf wordt er dieper op in gegaan waarom standaardnormering hier faalt, waarna er aan de hand van empirisch bewijs wordt laten zien hoe forensische patiënten daadwerkelijk afwijken van beide normgroepen. Op basis van de tekortkomingen in paragraaf 2.1 wordt er onderzocht hoe de forensische context deze normproblematiek verdiept. Vervolgens worden er drie onderliggende mechanismen beschreven die deze afwijkingen verklaren en ten slotte wordt er samengevat welke subschalen volgens de literatuur het meest zullen afwijken.

### **2.2.1. Waarom standaardnormering faalt**

De voorafgaande paragrafen maken duidelijk dat de bestaande normgroepen van de SCL-90-R niet zijn ontwikkeld voor gebruik in forensisch psychiatrische contexten. Integendeel, de bestaande SCL-90-R-normen zijn ontwikkeld vanuit de veronderstelling dat respondenten in een vrije behandelcontext opereren, waarin autonomie, behandelkeuze en afwezigheid van juridische dwang de standaard vormen (Arrindell & Ettema, 2005). Forensisch-psychiatrische patiënten daarentegen verblijven onder gedwongen opname, strikte risicotaxatie en vaak langdurige juridische trajecten, factoren die in de normsteekproeven uit de jaren tachtig en negentig volledig buiten beschouwing zijn gelaten. Doordat standaardnormen deze machtsdynamiek negeren, leidt hun toepassing in forensische settings makkelijk tot misinterpretaties: wat in een vrije omgeving als afwijkend gedrag wordt gezien, weerspiegelt kan hier een normale stressreactie op detentie en juridische onzekerheid weerspiegelen. Verhoogde scores op hostiliteit, angst of sensitiviteit duiden bij forensisch psychiatrische patiënten niet per se op ernstige psychopathologie, maar kunnen juist een adaptieve reactie zijn op permanente controle of onduidelijkheid over verlof en ontslag (Hornsveld et al., 2019). Deze normgroepen zijn dus niet ontworpen met oog voor juridische of forensische factoren, en niet van toepassing in settings waarin vrijheid, autonomie en sociale positie fundamenteel anders zijn dan in de reguliere GGZ. Toch wordt de vragenlijst juist binnen deze doelgroep frequent gebruikt voor diagnostiek, monitoring en behandelplanning.

### **2.2.2. Empirische bewijs voor afwijkende scores**

Onderzoek in zowel Nederlandse Tbs-klinieken als Amerikaanse gevangenissen tonen direct of indirect aan dat forensisch psychiatrische patiënten significant hogere scores kunnen laten zien op meerdere subschalen van de SCL-90-R dan de algemene bevolking en reguliere GGZ-cliënten (Otte et al., 2017). Otte et al. (2017) vonden bij TBS-patiënten gemiddeld anderhalve standaarddeviatie extra op de hostiliteitsschaal en bijna één extra deviatiepunt op sensitiviteit, terwijl Todd et al. (1997a) in Amerikaanse steekproeven vergelijkbare verhogingen voor angst en depressie rapporteerden. Haney (2001) en Grassian (2006) beschreven bovendien dat langdurige opsluiting en onduidelijkheid over de eigen rechtspositie leiden tot structurele toename van angst- en depressieklachten. Deze uitkomsten zijn consistent met observaties uit de klinische praktijk, waarin behandelaars aangeven dat patiënten vaak verhoogd scoren op klachten die sterk samenhangen met het leven onder toezicht, met beperkte autonomie en in een juridisch beladen behandeltraject.

Deze bevindingen duiden er niet per definitie op dat forensisch-psychiatrische patiënten per se ernstiger ziek zijn dan andere psychiatrische groepen, maar wél dat hun klachtenpresentaties waarschijnlijk mede worden beïnvloed door contextuele factoren. Denk aan langdurig verblijf op een gesloten afdeling, groepsdruk binnen een justitiële behandelomgeving of het constante toezicht van juridisch-psychiatrische professionals (Otte et al., 2017; Hornsveld et al., 2019). Hierdoor kan een directe scorevergelijking met reguliere normgroepen mindervalide blijken. Zonder een daarop afgestemde normstelling kan het lastiger zijn om te bepalen of een verhoogde score wijst op daadwerkelijke zorgbehoefte (psychopathologie) of eerder op een reactie op de omgeving (institutionele stress, detentie) (Hornsveld et al., 2019). Zonder een aangepaste norm verdient het onderscheid tussen deze twee verklaringen extra aandacht om behandelbeslissingen goed te onderbouwen (Hornsveld et al., 2019).

### **2.2.3. Forensisch-specifieke invloeden op klachtenrapportages**

De afwijkende klachtenprofielen in de forensisch-psychiatrische populatie zijn niet enkel het gevolg van ernstigere psychopathologie, maar vloeien in belangrijke mate voort uit zowel de aard van de SCL-90-R als zelfrapportage-instrument als uit de unieke machtsdynamiek in forensische settings. De SCL-90-R vereist dat patiënten hun eigen klachten niveau inschatten, waardoor antwoorden gevoelig zijn voor response-biases als sociale wenselijkheid (Richman et al., 1999; van de Mortel, 2008) en malingering (van de Mortel, 2008; Paulhus & Reid, 1991).

Hoewel in reguliere klinische populaties sommige cliënten hun klachten bagatelliseren om stigmatisering te vermijden en anderen juist accentueren om zorg of steun te verkrijgen (Otte et al., 2017), versterken forensisch-psychiatrische omstandigheden deze vertekening aanzienlijk.

Ten eerste schept de context van gedwongen opname, strikte risicotaxatie en langdurige juridische onduidelijkheid een voortdurende bron van stress en machteloosheid (Hornsveld et al., 2019). Patiënten ervaren een juridische omgeving waarin vrijheid, autonomie en privacy sterk zijn beperkt, wat volgens Haney (2001) leidt tot toenemende gevoelens van hulpeloosheid en wanhoop. Grassian (2006) toont aan dat deze psychologische belasting zich concreet vertaalt naar hogere scores op de subschalen angst, depressie en hostiliteit. Tijdens het invullen van zelfrapportagevragenlijsten zoals de SCL-90-R kan frustratie over verlies van controle zich uiten in vijandige of wantrouwige antwoorden, terwijl uitzichtloosheid en machteloosheid omzetten in sombere of angstige itemkeuzes. De samenhang van detentie en toezicht beïnvloedt daarmee niet alleen de ontwikkeling van klachten, maar ook de wijze waarop patiënten deze in een gestandaardiseerd instrument communiceren, waardoor normale stressreacties gemakkelijk als psychopathologie kunnen worden geïnterpreteerd. (Hornsveld et al., 2019; Hornsveld et al., 2017).

Ten tweede zijn SCL-90-R-scores in forensisch-psychiatrische settings direct van invloed op juridische- en behandelbeslissingen. Dit stimuleert strategisch invullen: sommige patiënten onder rapporteren klachten om zich wellicht beter voor te doen en zo hun kansen op verlof of vrijlating te vergroten, terwijl anderen uit protest of wanhoop juist overrapporteren om aandacht of veranderingen af te dwingen (Hornsveld et al., 2017; Rogers, 1997). Paulhus en Reid (1991) beschreven al dat zelfrapportagegevoelige instrumenten vatbaar zijn voor zogeheten “impression management” en “self-promotion” (Paulhus & Reid, 1991; Paulhus, 2002). In forensische omgevingen wordt dit effect versterkt doordat scores concrete gevolgen hebben voor vrijheidsbeperkingen, waardoor de grens tussen authentieke klachten en strategisch gedrag vervaagt.

Ten derde beïnvloeden sociaal-demografische factoren zoals migratieachtergrond, lage sociaaleconomische status en ervaren stigma het baseline-niveau van klachten en coping stijlen. Een aanzienlijk deel van de forensisch psychiatrische populatie heeft een migratieachtergrond, lage sociaaleconomische status of heeft eerder stigmatiserende ervaringen meegemaakt. Van Erp et al. (2022) laten zien dat deze factoren het basisniveau van sensitiviteiten waakzaamheid



verhogen (Van Erp et al., 2022). In generieke normgroepen duiden verhoogde scores hierop al snel op pathologie, terwijl ze in de forensische context vaak een reactie zijn op langdurige sociale afwijzing en onrechtvaardige bejegening. Zo kunnen schalen als sensitiviteiten fobische angst bij forensisch psychiatrische patiënten een verhoging laten zien die niet per se duidt op klinische stoornis, maar op een aangepaste coping tegen een vijandige omgeving (Todd et al., 1997; Van Erp et al., 2022).

De juridische betekenis van SCL-90-R-scores binnen een FPK is dus aanzienlijk. In behandel overleggen, verlengingsadviezen en risicotaxatieprocedures worden klachtenprofielen uit zelfrapportage-instrumenten regelmatig meegewogen. Een patiënt die structureel hoog scoort op subschalen zoals hostiliteit of angst kan als risicovoller worden ingeschat, wat van invloed kan zijn op beslissingen over verloven of het beëindigen van tbs. Tegelijkertijd kan onderrapportage, bijvoorbeeld uit strategische overwegingen, ertoe leiden dat klachten onvoldoende worden herkend, waardoor noodzakelijke zorg uitblijft of risico's worden onderschat. De SCL-90-R fungeert daarmee niet alleen als klinisch hulpmiddel, maar ook als indirect sturingsinstrument binnen juridische besluitvorming.

Gezamenlijk illustreren deze mechanismen dat verhoogde SCL-90-R-scores bij forensisch-psychiatrische patiënten evengoed adaptieve stressreacties, strategisch invulgedrag of demografisch bepaalde coping kunnen weerspiegelen als structurele psychopathologie. Deze inzichten vormen de overgang naar de volgende stap, waarin er per subschaal de concrete afwijkingsverwachtingen wordt geformuleerd.

#### **2.2.4 Verwachtingen per subschaal**

Op basis van de contextuele en empirische bevindingen verwachten we dat forensisch-psychiatrische patiënten vooral op de subschalen hostiliteit, sensitiviteit, angst, depressie en sensitiviteitsniveaus hoger zullen scoren dan zowel de algemene bevolking als reguliere GGZ-cliënten.

Deze subschalen zijn ook vanuit risicoperspectief van groot belang: verhoogde hostiliteit kan duiden op een verhoogd risico op agressief gedrag of behandelweerstand; een verhoogde sensitiviteit kan risicocommunicatie en therapietrouw bemoeilijken; angst en depressie kunnen wijzen op verhoogde kwetsbaarheid en vormen soms een voorbode van terugval in gedragspatronen die aanleiding gaven tot de forensische maatregel; en verhoogde sensitiviteit

kan de groepsdynamiek binnen gesloten afdelingen verstoren, met implicaties voor veiligheid en behandelbaarheid.

Zo rapporteerden Mo et al. (2020) bij geïnterneerde patiënten in China verhoogde gemiddelden voor deze vijf subschalen, waarbij hostiliteit de grootste afwijking liet zien en sensitiviteit ruim boven de normale grenzen uitkwam. Hostiliteit blijkt doorgaans het meest uitgesproken, wat samenhangt met institutionele frustratie en defensieve coping mechanismen in gevangenis- en tbs-omgevingen (Otte et al., 2017; Hornsveld et al., 2019). Evenzo versterken chronische onduidelijkheid over rechtspositie en continu toezicht wantrouwen, wat leidt tot hogere sensitiviteit-scores (Otte et al., 2017; Mo et al., 2020). Angst- en depressieklachten zijn systematisch verhoogd door uitzichtloosheid, sociaal isolement en voortdurende juridische stress (Haney, 2001; Grassian, 2006; Todd et al., 1997; Mo et al., 2020).

Sensitiviteit zal met name onder vrouwelijke forensisch-psychiatrische patiënten extra hoog uitvallen als gevolg van langdurige stigmatisering en sociale afwijzing (Van Erp et al., 2022; Mo et al., 2020). De klinische relevantie van deze subschalen ligt dus niet alleen in het signaleren van klachten, maar ook in het identificeren van behandelrelevante risico's: deze domeinen kunnen functioneren als vroegtijdige waarschuwingen binnen een dynamische risicotaxatie.

Subschaalgebieden als somatisatie en obsessief-compulsief gedrag verwachten we daarentegen op vergelijkbaar niveau met de poliklinische norm te zien, aangezien verhogingen daarin vooral samenhangen met medische comorbiditeit en controlebehoefte los van forensische stressoren. Deze klachten hebben doorgaans minder directe relevantie voor risico gerelateerd gedrag en worden zodoende minder sterk beïnvloed door de forensische context.

De klinische waarde van deze subschalen ligt daarmee niet alleen in de diagnose of risicotaxatie, maar ook in het monitoren van behandelverloop. Wanneer subschalen zoals hostiliteit of depressie in de loop van de behandeling dalen, kan dit duiden op een positieve respons. Hoewel dergelijke veranderingen niet zonder meer als bewijs voor behandel-effect geïnterpreteerd kunnen worden, omdat ze ook het gevolg kunnen zijn van gewenning of veranderde rapportagestijl, bieden ze wél een indicatie van klinische beweging. Hierdoor kunnen SCL-90-R-metingen dienen als evaluatie-instrument bij interventies die gericht zijn op het verlagen van risicogedrag, bijvoorbeeld agressieregulatie programma's of depressiebehandeling.

### **2.2.5 Meetgevoeligheid en interpretatie van longitudinale verandering**

De SCL-90-R wordt binnen forensisch psychiatrische settings, en binnen de FPK Assen, regelmatig herhaaldelijk afgenomen. Daarmee fungeert de vragenlijst niet alleen als diagnostisch instrument, maar ook als middel om veranderingen in klachten over tijd te volgen (Arrindell & Ettema, 2005; Derogatis & Unger, 2010). Binnen de forensische zorg krijgt deze functie echter een complexe lading: veranderingen in scores kunnen verschillende oorzaken hebben, zoals behandelinterventies, maar óók contextuele factoren zoals gewenning aan de kliniek, afname van stress door structuur, of strategisch invulgedrag (Otte et al., 2017; Hornsveld et al., 2019; Paulhus, 2002).

In dit onderzoek kan er daarom niet worden verondersteld dat scoreverandering gelijkstaat aan behandelresultaat. De longitudinale analyse dient hier uitsluitend om de responsiviteit van de subschalen te toetsen: zijn de schalen gevoelig voor verandering over tijd, ongeacht de oorzaak? Responsiviteit is namelijk een belangrijke psychometrische eigenschap voor instrumenten die in behandelend kader worden gebruikt (Terwee et al., 2003; De Beurs, 2011). Wanneer subschalen geen enkele verandering laten zien, roept dit vragen op over hun klinische bruikbaarheid, ongeacht of die verandering komt door therapie, context, of beide.

Een forensisch-specifieke normering moet dus niet alleen gestoeld zijn op cross-sectionele afwijkingen, maar ook op de mate waarin schalen daadwerkelijk fluctueren in de klinische praktijk. Dit maakt het mogelijk om onderscheid te maken tussen klachten die meebewegen met het behandeltraject en klachten die relatief stabiel blijven. Juist die laatste categorie, zoals somatische klachten of hostiliteit, verdient bijzondere aandacht bij interpretatie, omdat deze mogelijk minder beïnvloedbaar zijn door standaardbehandeling en dus zwaarder wegen in diagnostische en juridische besluitvorming (De Beurs, 2011; Hornsveld et al., 2019).

### **2.2.6 Synthese en conclusie**

De voornaamste bevinding zijn dat forensisch-psychiatrische patiënten niet alleen hoger scoren op subschalen als hostiliteit, sensitiviteit, angst, depressie en interpersoonlijke sensitiviteit, maar dat deze verhogingen mede worden bepaald door contextuele en methodologische factoren. Enerzijds toont empirisch onderzoek in Nederlandse Tbs-klinieken en internationale settings aan dat scores op deze domeinen tot anderhalve standaarddeviatie boven de algemene norm liggen (Otte et al., 2017; Todd et al., 1997a; Mo et al., 2020), wat onmiskenbaar wijst op

een afwijkend klachtenprofiel. Anderzijds verklaren drie verweven mechanismen, institutionele stress en machteloosheid (Haney, 2001; Grassian, 2006; Hornsveld et al., 2019), strategisch invulgedrag (Paulhus & Reid, 1991) en sociaal-demografische factoren zoals migratieachtergrond en stigma (Van Erp et al., 2022), hoe de aard van de SCL-90-R als zelfrapportage instrument en de juridische context leiden tot vertekeningen in zowel de ernst als de interpretatie van deze scores.

Gezien deze gecombineerde inzichten is het duidelijk dat traditionele normgroepen, die autonomie, behandelkeuze en afwezigheid van juridische dwang veronderstellen, niet toereikend zijn voor een valide beoordeling van SCL-90-R-uitslagen in forensisch-psychiatrische settings. De afwijkingen in scores weerspiegelen niet alleen potentieel ernstigere psychopathologie, maar eveneens adaptieve stressreacties en copingstrategieën binnen een gedwongen en gecontroleerde omgeving.

Deze synthese vormt de brug naar de toetsbare verwachting dat forensisch-psychiatrische patiënten systematisch hogere scores rapporteren dan zowel de algemene bevolking als poliklinische GGZ-populaties, met de grootste afwijkingen op hostiliteit, sensitiviteit, angst, depressie en interpersoonlijke sensitiviteit.

## **2.3 Hypothese**

De hypothese, opgesteld vanuit de resultaten voortkomend uit het theoretisch kader, en weergegeven in tabel 1, luidt als volgt:

Er wordt verwacht dat forensisch-psychiatrische patiënten, vergeleken met zowel de algemene bevolking als reguliere psychiatrische patiënten, significant hogere scores rapporteren op de subschalen hostiliteit, sensitiviteit, angst, depressie en de GSI, maar niet op de overige subschalen.

Concreet worden er verhoogde scores op hostiliteit (door institutionele frustratie en defensieve coping), sensitiviteit (door verhoogde waakzaamheid en wantrouwen in de detentiecontext), angst (als gevolg van juridische onzekerheid en controleverlies), depressie (veroorzaakt door detentie, stigmatisering en sociaal isolement) en sensitiviteit (met name bij vrouwelijke patiënten) verwacht. Voor obsessief-compulsief gedrag en somatisatie worden minder

uitgesproken of geen systematische verschillen verwacht. Deze afwijkingen worden mede verklaard door contextuele factoren, responsstijlen en sociaal-demografische kenmerken.

Hoewel deze verschillen voortkomen uit contextuele belasting, betekent dit niet dat de klachten niet klinisch relevant zijn. Juist in forensische settings is het essentieel om te onderscheiden welke klachten voortkomen uit de omgeving, en dus 'normale' reacties zijn, en welke indicatief zijn voor structurele psychopathologie, en dus behandelbaar zijn. Een aanvullende norm helpt om die nuance te brengen, en vormt daarmee een noodzakelijke aanvulling op, maar geen vervanging van, de bestaande normkaders.

**Tabel 1**

*Verwachte afwijkingen in SCL-90-R-subschaalscores bij forensisch-psychiatrische mannen ten opzichte van bestaande normgroepen.*

| Subschaal                                    | t.o.v. algemene<br>bevolking | t.o.v. psychiatrische<br>populatie |
|----------------------------------------------|------------------------------|------------------------------------|
| Agorafobie                                   | =                            | =                                  |
| Angst                                        | +                            | +                                  |
| Depressie                                    | +                            | +                                  |
| Somatische klachten                          | =                            | =                                  |
| Insufficiëntie                               | =                            | =                                  |
| Sensitiviteit                                | +                            | +                                  |
| Hostiliteit                                  | +                            | +                                  |
| Slaapproblemen                               | = / +                        | =                                  |
| Overig                                       | =                            | =                                  |
| GSI                                          | +                            | = / +                              |
| Legenda                                      |                              |                                    |
| + = hogere score verwacht                    |                              |                                    |
| = = geen verschil verwacht                   |                              |                                    |
| = / + = mogelijk iets verhoogd, maar onzeker |                              |                                    |

### **3. Data en methode**

In dit hoofdstuk wordt de onderzoekopzet systematisch beschreven. De gekozen aanpak omvat het onderzoeksdesign, de steekproef, de gebruikte meetinstrumenten, de dataverwerking en de toegepaste analysemethoden. Het ontwerp is deels longitudinaal: er is gebruikgemaakt van twee meetmomenten (intake en follow-up), waarmee zowel verschillen tussen de forensisch psychiatrische populatie en bestaande normgroepen als veranderingen in klachtenniveaus over tijd zijn onderzocht. De analyses zijn uitgevoerd op basis van ruwe subschaalscores van de SCL-90-R, en richten zich uitsluitend op mannelijke patiënten.

#### **3.1 Onderzoeksdesign**

Dit onderzoek volgt een kwantitatief design met een beperkt longitudinaal karakter. De SCL-90-R wordt puur als registrerend instrument ingezet: patiënten vullen de vragenlijst op papier in bij aanvang van de behandeling (intake) en opnieuw na zes maanden. De afname heeft geen invloed op de inhoud of het tempo van de behandeling en dient uitsluitend als meetmoment voor klachtenregistratie. In deze analyse is ervoor gekozen om uitsluitend mannelijke patiënten te includeren. Deze keuze is gemaakt om een zuivere, geslacht specifieke normering te kunnen ontwikkelen, mede omdat de bestaande normgroepen van de SCL-90-R eveneens differentiëren naar sekse en het aantal vrouwelijke patiënten in de forensisch psychiatrische populatie gering is. Deze methodologische afbakening draagt bij aan de zuiverheid, vergelijkbaarheid en interpretatie van de resultaten.

#### **3.2 Steekproef**

De uiteindelijke steekproef bestaat uit 384 volledig ingevulde SCL-90-R-vragenlijsten die tussen 28 mei 2007 en 2 april 2025 zijn verzameld bij forensisch-psychiatrische patiënten in de FPK en FPA Assen. Bij opname ondergaan alle patiënten in de FPK en FPA standaard een SCL-90-R-meting. Vragenlijsten met meer dan 20% ontbrekende antwoorden zijn uitgesloten van analyse. Bij de resterende lijsten zijn ontbrekende itemantwoorden op subschaalniveau aangevuld met multiple imputatie, mits het percentage ontbrekende items lager was dan 5%. Als dit percentage hoger lag, werd de betreffende subschaalscore als missend beschouwd.

Van deze 384 patiënten ondergingen er 191 een tweede meting, gepland ongeveer zes maanden na intake. Voor 27 patiënten was op het moment van dataverzameling nog geen

tweede meting mogelijk, omdat zij korter dan zes maanden in zorg waren. De overige 166 patiënten vielen om uiteenlopende, niet-willekeurige redenen uit het longitudinale deel van het onderzoek, zoals voortijdig ontslag, overplaatsing, tijdelijke overbruggingsopname of overlijden. Dit kan selectiebias veroorzaken, aangezien met name de kwetsbaarste of juist stabielste patiënten vaker uitvallen. Ook externe factoren zoals beleidsveranderingen of maatschappelijke omstandigheden (bijvoorbeeld de COVID-19-pandemie) kunnen de klachtenrapportage beïnvloeden hebben.

Wat betreft behandelsetting verbleef het merendeel van de deelnemers ( $n = 336$ ; 93,9%) in de Forensisch Psychiatrische Kliniek (FPK). Een kleinere groep ( $n = 22$ ; 6,1%) verbleef op de Forensisch Psychiatrische Afdeling (FPA), een minder beveiligde voorziening. Deze indeling weerspiegelt het vereiste zorg- en beveiligingsniveau op het moment van afname.

De juridische achtergrond van de patiënten is divers. De meest voorkomende delictscategorie betrof zedendelicten ( $n = 147$ ; 41,1%), gevolgd door geweld zonder dodelijke afloop ( $n = 106$ ; 29,6%). Vermogensdelicten kwamen voor met ( $n = 34$ ; 9,4%) en zonder geweld ( $n = 33$ ; 9,1%), brandstichting ( $n = 22$ ; 6,1%) en dodelijk geweld ( $n = 13$ ; 3,6%). Bij drie patiënten (0,8%) ontbrak delict informatie; bij vijf patiënten (1,4%) was het delict type onbekend.

De opgelegde strafmaatregelen waren als volgt verdeeld: de meeste patiënten ontvingen TBS met voorwaarden ( $n = 140$ ; 39,5%), gevolgd door bijzondere voorwaarden ( $n = 77$ ; 21,8%), schorsing van voorlopige hechtenis ( $n = 39$ ; 11%), ISD-maatregelen ( $n = 14$ ; 4%), TBS met dwangverpleging ( $n = 15$ ; 4,1%) en PIJ-maatregelen ( $n = 5$ ; 1,4%). Overige strafvormen (o.a. art. 15.5, art. 37) varieerden van 0,5% tot 8%. Bij negen patiënten (2,5%) ontbraken gegevens over de strafvorm.

Voor analyses van achtergrondkenmerken, zoals geslacht, strafvorm en behandelsetting, is gebruikgemaakt van een gekoppelde subsample van 358 patiënten waarvoor een aanvullend demografisch databestand beschikbaar was. Bij 26 personen ontbraken deze gegevens, waardoor zij niet konden worden meegenomen in beschrijvende analyses. Voor incidenteel ontbrekende waarden (<5%) binnen deze subsample is multiële imputatie toegepast om dataverlies te beperken en de representativiteit van de analyses te waarborgen.

### 3.3 Instrumenten en normering

De Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R; Arrindell & Ettema, 2005) bestaat uit 90 items verdeeld over negen subschalen: angst, agorafobie (pleinvrees), depressie, somatische klachten, Insufficiëntie, sensitiviteit, hostiliteit, slaapproblemen en overig. Respondenten geven op een vijfpunts Likertschaal aan in hoeverre zij de afgelopen week de betreffende klacht hebben ervaren (0 = niet van toepassing tot 4 = ernstig).

Voor elke subschaal worden in SPSS (versie 28) de itemantwoorden per patiënt opgeteld tot een ruwe somscore. Deze subschaalscores vormen de basis voor alle verdere analyses. In tegenstelling tot veelgebruikte toepassingen van de SCL-90-R, is in deze studie bewust gekozen om te werken met ruwe scores in plaats van direct getransformeerde T-scores. Dit maakt het mogelijk om het klachtenniveau binnen de forensisch-psychiatrische populatie zo zuiver mogelijk in kaart te brengen, zonder dat de gegevens al vroeg in het analyseproces worden gestandaardiseerd.

Het bereik van de ruwe somscores verschilt per subschaal, afhankelijk van het aantal onderliggende items: angst (0–40), agorafobie (0–20), depressie (0–52), somatische klachten (0–36), Insufficiëntie (0–44), sensitiviteit (0–32), hostiliteit (0–24), slaapproblemen (0–16) en overig (0–36). Hoe hoger de somscore, hoe ernstiger de ervaren klachten binnen het betreffende domein.

Omdat de standaardnormering van de SCL-90-R (Arrindell & Ettema, 2005) is gebaseerd op gemengde populaties, waarin geen onderscheid wordt gemaakt tussen mannen en vrouwen, worden in dit onderzoek de gemiddelde scores van de mannelijke forensisch-psychiatrische patiënten vergeleken met deze gecombineerde normgroepen. Geslacht gescheiden normtabellen zijn niet opgenomen in de officiële handleiding en zijn voor zover bekend niet beschikbaar in de Nederlandse context. Hoewel dit een zekere interpretatieve beperking vormt, is deze werkwijze methodologisch verdedigbaar zolang deze expliciet wordt gemaakt. Bovendien wordt deze normering ook in de klinische praktijk gehanteerd, ongeacht geslacht. In hoofdstuk 6 wordt gereflecteerd op de mogelijke invloed van dit verschil in geslachtsverdeling op de gevonden effecten.



### **3.4 Procedure en datamanagement**

Data-extractie vond plaats uit een SPSS-bestand, verstrekt door het onderzoeksbureau van FPK Assen. Tijdens de intakeperiode vulde iedere patiënt de SCL-90-R op papier in, na ongeveer zes maanden volgde de vervolgmeting volgens het kliniek beleid. De papieren lijsten zijn handmatig ingevoerd in SPSS door de medewerkers van het onderzoeksbureau van FPK Assen, waarbij in het bestand alleen een uniek patiëntnummer, de behandelafdeling en de datum van afname zijn opgenomen, gevolgd door de ruwe itemantwoorden van de SCL-90-R. Vervolgmetingen zijn op dezelfde wijze chronologisch toegevoegd met bijbehorende afdeling en datum.

Daarnaast is er een apart SPSS-bestand, zoals beschreven in paragraaf 3.2, met achtergrondgegevens van 358 patiënten, waarbij dezelfde unieke patiëntnummers zijn gebruikt als in het SCL-90-R bestand. Dit bestand bevat achtergrondvariabelen zoals sekse, opleidingsniveau, geboorteland, juridische achtergrond en strafmaatregel. Beide bestanden bevatten geen namen of andere persoonsidentificaties. De koppeling tussen patiëntnummer en naam bevindt zich in één afzonderlijk versleuteld bestand dat alleen toegankelijk is voor het onderzoeksbureau.

Voor de analyse zijn uitsluitend mannelijke patiënten meegenomen. 26 vrouwen zijn op basis van de variabele 'geslacht' uitgefilterd in SPSS, zodat de uiteindelijke analysegroep enkel uit mannen bestaat. Hierdoor vormt zowel het demografiebestand als het SCL-90-R bestand een zuivere, geslacht specifieke subset van de totale gegevens, wat bijdraagt aan methodologische consistentie en interpretatieve helderheid.

### **3.5 Data-analyse**

De analyses zijn uitgevoerd in IBM SPSS Statistics (versie 28) en zijn volledig gebaseerd op de ruwe subschaalscores van de SCL-90-R. Doel van de analyses is om inzicht te krijgen in de mate waarin de klachtenprofielen van forensisch-psychiatrische patiënten afwijken van bestaande normgroepen, en in hoeverre deze klachten gedurende de behandeling veranderen.

Omdat dit onderzoek zich richt op het ontwikkelen van een context specifieke normering voor de forensisch psychiatrische populatie, is ervoor gekozen om uitsluitend mannelijke patiënten te includeren. Deze keuze sluit aan bij de realiteit van de FPK, waar mannen sterk oververtegenwoordigd zijn, en houdt rekening met bekende verschillen in klachtenrapportage

tussen mannen en vrouwen (Otte et al., 2017). Door deze methodologische afbakening ontstaat een zo zuiver en specifiek mogelijk beeld van de klachtenstructuur binnen deze klinische context.

De analyse die gedaan wordt bestaat uit vier stappen. Ten eerste wordt voor elke subschaal van de SCL-90-R de interne consistentie beoordeeld met behulp van Cronbach's alpha, berekend op de intakegegevens van de mannelijke patiënten. Een waarde van  $\alpha \geq .80$  wordt beschouwd als indicatie voor voldoende betrouwbaarheid voor groepsvergelijkingen.

Vervolgens zijn per subschaal de gemiddelde ruwe scores bij intake vergeleken met de beschikbare normgegevens van de algemene bevolking en een psychiatrische populatie. Per subschaal is een one-sample t-toets uitgevoerd om te toetsen of de forensische groep significant afwijkt van de normgroep. Een onafhankelijke twee-sample t-toets is in dit geval niet toepasbaar, omdat er geen toegang is tot de individuele data van de normgroepen. De vergelijking is gebaseerd op gepubliceerde groepsgegevens en standaarddeviaties, die alleen als samenvattende statistiek beschikbaar zijn. In dergelijke gevallen is de one-sample t-test de passende toetsvorm om te bepalen of het gemiddelde van een eigen steekproef significant afwijkt van een externe referentie. Deze benadering is gangbaar bij het toetsen van verschillen ten opzichte van gestandaardiseerde of gepubliceerde normgroepen (zie o.a. De Vogel & De Ruiter, 2005).

Een p-waarde kleiner dan 0,05 wordt al significant beschouwt en geeft aan dat het gevonden verschil waarschijnlijk niet op toeval berust, en dat de forensische groep dus werkelijk anders scoort dan de normgroep. Om de omvang van dit verschil beter te duiden, wordt ook de effectgrootte berekend met behulp van Cohen's *d*. Deze maat geeft aan of het verschil tussen groepen klein, gemiddeld of groot is, waarna vervolgens de verdelingen van de subschaalscores gecontroleerd worden op normaliteit, om de toepasbaarheid en interpretatie van de som-scores te kunnen onderbouwen.

Voor interpretatiedoeleinden zijn deze som-scores vervolgens onderverdeeld in zeven klinische categorieën (zeer laag t/m zeer hoog), waarbij elke categorie ongeveer één standaarddeviatie breed is. De laagste categorie omvat altijd de minimaal haalbare somscore op een subschaal, en de hoogste categorie de maximaal haalbare score, zodat de volledige schaalbreedte van de

vragenlijst behouden blijft. Op die manier ontstaat een normtabel die volledig aansluit bij het klachtenprofiel en de scoreverdeling van deze specifieke forensische populatie.

Om de ontwikkeling van klachten over tijd te analyseren, is gebruikgemaakt van een paired-sample t-test, waarmee intake- en follow-upscores binnen één en dezelfde subgroep van patiënten ( $N = 191$ ) vergeleken werden. Dit zijn de respondenten die zowel bij opname als zes maanden later de SCL-90-R volledig hebben ingevuld. Deze analysemethode corrigeert voor individuele verschillen en voorkomt bias die kan ontstaan bij vergelijking van twee deels overlappende steekproeven. Per subschaal is het verschil getoetst, waarbij een significantieniveau van  $\alpha = .05$  is aangehouden. Effectgroottes (Cohen's  $d$ ) zijn berekend om klinische relevantie van verschillen te beoordelen.

Tot slot zijn de verdelingen van de subschaalscores gecontroleerd op normaliteit (skewness en kurtosis), om de toepasbaarheid van de gekozen toets vormen te onderbouwen.

### **3.7 Validiteit, betrouwbaarheid en ethische overwegingen**

Door gestandaardiseerde afnameprotocollen en vaste meetintervallen te hanteren, is de interne validiteit versterkt. De externe validiteit wordt voorzichtig geïnterpreteerd vanwege de specifieke populatie van FPK Assen, een aandachtspunt dat in hoofdstuk 6 verder wordt toegelicht.

De ethische goedkeuring (METC nr. 2024-45) is door het onderzoeksbureau van FPK Assen aangevraagd en verkregen. Alle data voldoen aan de AVG-normen: ze zijn volledig geanonimiseerd en beveiligd opgeslagen, en alleen het onderzoeksbureau heeft toegang tot het versleutelde sleutelbestand voor patiëntnummers.

## 4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de uitkomsten van de analyses gepresenteerd. Paragraaf 4.1 bespreekt de interne consistentie van de subschalen en beschrijft de score verdelingen op basis van ruwe subschaalscores bij intake en follow-up. In paragraaf 4.2 worden deze ruwe scores vergeleken met bestaande normgroepen van Arrindell & Ettema (2005). Op basis van de intakegegevens is een voorlopige, context specifieke norm geconstrueerd. Paragraaf 4.3 richt zich op de verandering in klachtenniveaus over tijd bij patiënten met twee meetmomenten. Tot slot volgt in paragraaf 4.4 een beknopte samenvatting van de belangrijkste bevindingen.

### 4.1 Interne consistentie en scoreverdelingen

De psychometrische kwaliteit van de SCL-90-R in de forensisch-psychiatrische populatie wordt eerst beoordeeld via Cronbach's  $\alpha$ , waarna de centrale tendens, spreiding en vorm van de subschaal- en GSI-scores worden beschreven om de geschiktheid voor het maken van een nieuwe norm op basis van deze gegevens te kunnen verantwoorden.

#### 4.1.1 Interne consistentie

Voor elke van de negen subschalen en de Global Severity Index (GSI) is de interne consistentie berekend over de sample van mannelijke patiënten ( $N = 384$ ). De betrouwbaarheid werd beoordeeld aan de hand van Cronbach's  $\alpha$ , waarbij een waarde van  $\geq .80$  als indicatie geldt voor voldoende interne consistentie bij groepsvergelijkingen. De afzonderlijke subschaal analyses zijn uitgevoerd op itemniveau; alle items binnen een subschaal zijn hiervoor samengevoegd in één analyse.

De resultaten tonen dat zes van de negen subschalen voldoen aan het betrouwbaarheids criterium van  $\alpha \geq .80$ . De subschalen depressie ( $\alpha = .90$ ), sensitiviteit ( $\alpha = .90$ ), somatische klachten ( $\alpha = .86$ ) en overig ( $\alpha = .85$ ) laten een sterke interne consistentie zien. De subschalen angst ( $\alpha = .83$ ) en Insufficiëntie ( $\alpha = .81$ ) scoren eveneens goed. De subschalen agorafobie ( $\alpha = .76$ ) en hostiliteit ( $\alpha = .71$ ) bevinden zich net onder de grens, maar worden nog als voldoende beschouwd voor groepsniveau-analyse.

Opvallend is de lage interne consistentie voor de subschaal slaapproblemen ( $\alpha = .52$ ), wat vermoedelijk samenhangt met het beperkte aantal items ( $n = 3$ ) en de smalle inhoudelijke focus

van deze schaal. Desondanks kan deze schaal met voorzichtigheid worden meegenomen in de analyses, zolang de beperkingen in interpretatie worden erkend.

De GSI, gebaseerd op alle 90 items, laat een zeer hoge interne consistentie zien ( $\alpha = .98$ ). Hoewel dit wijst op een sterke samenhang tussen de items, kan een  $\alpha$  van deze omvang ook duiden op inhoudelijke overlap of redundantie tussen subschalen. Mogelijk weerspiegelt de GSI hiermee vooral een algemeen psychisch klachtenniveau, in plaats van gedifferentieerde symptoomclusters.

**Tabel 2**

*Interne consistentie (Cronbach's  $\alpha$ ) van de negen subschalen en GSI (N = 384).*

| Subschaal           | Cronbach's Alpha | Aantal items |
|---------------------|------------------|--------------|
| Agorafobie          | ,76              | 7            |
| Angst               | ,83              | 10           |
| Depressie           | ,90              | 16           |
| Somatische klachten | ,86              | 12           |
| Insufficiëntie      | ,81              | 9            |
| Sensitiviteit       | ,90              | 18           |
| Hostiliteit         | ,71              | 6            |
| Slaapproblemen      | ,52              | 3            |
| Overig              | ,85              | 9            |
| GSI                 | ,98              | 90           |

#### 4.1.2 Scoreverdelingen

De subschaalscores en de totaalscore (GSI) van de mannelijke patiënten bij intake (N = 384) zijn beschreven aan de hand van hun gemiddelde, standaarddeviatie, scheefheid (skewness) en spitsheid (kurtosis), weergegeven in Tabel 3. De subschalen zijn berekend als ruwe somscores, waarbij het maximale bereik afhankelijk is van het aantal items per subschaal. Zo varieert het schaalbereik van 0–12 (slaapproblemen) tot 0–64 (depressie), en loopt de GSI-score van 0 tot 360. De ruwe subschaalscores zijn niet gestandaardiseerd, omdat elke subschaal afzonderlijk wordt geanalyseerd. Verschillen in gemiddelde scores weerspiegelen het oorspronkelijke schaalbereik, dat afhankelijk is van het aantal items per subschaal.

Bij agorafobie en hostiliteit zijn de verdelingen sterk rechts-scheef en piekvormig, met skewnesswaarden boven de 2 en kurtosiswaarden van respectievelijk 4,96 en 5,85. Dit wijst erop dat de meerderheid van de patiënten lage scores behaalt, terwijl een klein deel extreem hoog scoort op deze domeinen. Ook somatische klachten (skewness = 1,51) en angst (skewness = 1,36) laten een matige tot sterke rechtscheefheid zien, waarbij vooral de hogere kwantilen in Q-Q-plots licht afwijken van de diagonaal.

De subschalen depressie, sensitiviteit, en overige klachten tonen een mild scheve verdeling, met skewness tussen 1,1 en 1,3. Hun verdelingen zijn minder uitgesproken piekvormig, maar tonen wel enige afwijking van symmetrie. Insufficiëntie en slaapproblemen vertonen de meest normale verdeling, met skewnesswaarden onder 0,9 en een vlakke of zelfs licht negatieve kurtosis (bij slaapproblemen), wat wijst op een relatief gelijkmatige spreiding van scores.

Hoewel sommige subschalen duidelijke scheefheid en spitsheid vertonen, blijven de waarden binnen aanvaardbare grenzen voor het toepassen van parametrische toetsen. Daarmee is het gerechtvaardigd om in de volgende analyses gebruik te maken van gemiddelden, standaarddeviaties en t-toetsen op basis van ruwe scores. De verschillen in somscoregemiddelden tussen subschalen worden verklaard door het onderliggende aantal items per schaal, en hoeven niet gecorrigeerd te worden zolang de subschalen afzonderlijk worden geïnterpreteerd.

**Tabel 3**

*Beschrijvende statistieken (N = 384).*

|                     | Gemiddelde | Standaard<br>deviatie | Scheefheid<br>(skewness) | Spitsheid<br>(kurtosis) |
|---------------------|------------|-----------------------|--------------------------|-------------------------|
| Agorafobie          | 2,75       | 4,61                  | 2,24                     | 4,96                    |
| Angst               | 7,57       | 7,58                  | 1,36                     | 1,47                    |
| Depressie           | 16,33      | 13,00                 | 1,12                     | 0,88                    |
| Somatische klachten | 7,49       | 7,64                  | 1,51                     | 2,10                    |
| Insufficiëntie      | 8,37       | 6,76                  | 0,88                     | 0,34                    |
| Sensitiviteit       | 14,49      | 12,29                 | 1,28                     | 1,45                    |
| Hostiliteit         | 3,17       | 3,60                  | 2,17                     | 5,85                    |
| Slaapproblemen      | 3,19       | 2,98                  | 0,88                     | -0,01                   |

|        |       |       |      |      |
|--------|-------|-------|------|------|
| Overig | 6,83  | 5,77  | 1,28 | 1,61 |
| GSI    | 70,28 | 55,16 | 1,28 | 1,46 |

## 4.2 Cross-sectionele vergelijking met bestaande normen

In deze paragraaf wordt onderzocht in hoeverre de klachtenniveaus van forensisch-psychiatrische patiënten afwijken van de bestaande normpopulaties uit de handleiding van de SCL-90-R (Arrindell & Ettema, 2003). Daarbij is gebruikgemaakt van de intakegegevens van mannelijke patiënten (N = 384). De analyses zijn uitgevoerd op basis van ruwe somscores per subschaal.

### 4.2.1 Beschrijving van de subschaalscores bij intake en follow-up

Tabel 4 toont de gemiddelde subschaalscores en standaarddeviaties bij intake (N = 384). Het klachtenbeeld onder mannelijke forensisch-psychiatrische patiënten blijkt breed gespreid: alle subschalen worden in enige mate gescoord. De hoogste gemiddelde scores zijn zichtbaar op de subschalen depressie (M = 16,33; SD = 13,00), sensitiviteit (M = 14,49; SD = 12,29) en angst (M = 7,57; SD = 7,58). Deze domeinen lijken daarmee relatief dominant binnen het klachtenprofiel.

De laagste scores worden gerapporteerd op de subschalen hostiliteit (M = 3,17; SD = 3,60) en agorafobie (M = 2,75; SD = 4,61), wat suggereert dat deze klachten minder prominent aanwezig zijn binnen de mannelijke sample.

De totaalscore (GSI) ligt gemiddeld op 70,28 (SD = 55,16). Dit is opvallend laag in vergelijking met bestaande normgroepen: de algemene bevolking scoort gemiddeld 118,28 en poliklinische patiënten 203,55 op de GSI (Arrindell & Ettema, 2003). Dit roept vragen op over de validiteit van zelfrapportage in een forensische context en ondersteunt het belang van een context specifieke normstelling.

Tabel 5 toont de gemiddelde scores en standaarddeviaties bij de follow-upmeting na ongeveer zes maanden behandeling (N = 191). De algemene trend laat een lichte daling in klachten zien over vrijwel alle subschalen. De grootste afnames zijn zichtbaar op de subschalen depressie (M = 14,00), angst (M = 6,59) en hostiliteit (M = 2,66). Ook de gemiddelde GSI-score is gedaald naar 62,33 (SD = 55,63), wat wijst op een bescheiden symptoomverbetering.

Tegelijkertijd blijft de spreiding binnen subschalen groot, met standaarddeviaties van vergelijkbare omvang als bij de intake. Dit wijst op aanzienlijke interindividuele verschillen en benadrukt de heterogeniteit van de klachtenpatronen binnen de forensisch-psychiatrische populatie.

**Tabel 4**

*Klachtenniveaus bij de intake (N = 384).*

|                     | Gemiddelde | Standaard deviatie |
|---------------------|------------|--------------------|
| Agorafobie          | 2,75       | 4,61               |
| Angst               | 7,57       | 7,58               |
| Depressie           | 16,33      | 13,00              |
| Somatische klachten | 7,49       | 7,64               |
| Insufficiëntie      | 8,37       | 6,78               |
| Sensitiviteit       | 14,49      | 12,29              |
| Hostiliteit         | 3,17       | 3,60               |
| Slaapproblemen      | 3,19       | 2,98               |
| Overig              | 6,83       | 5,77               |
| GSI                 | 70,28      | 55,16              |

**Tabel 5**

*Klachtenniveaus bij follow-up (N = 191).*

|                     | Gemiddelde | Standaard deviatie |
|---------------------|------------|--------------------|
| Agorafobie          | 1,97       | 3,68               |
| Angst               | 6,59       | 7,04               |
| Depressie           | 14,00      | 13,12              |
| Somatische klachten | 6,98       | 8,01               |
| Insufficiëntie      | 7,35       | 6,44               |
| Sensitiviteit       | 13,68      | 12,78              |
| Hostiliteit         | 2,66       | 3,56               |
| Slaapproblemen      | 2,74       | 2,95               |
| Overig              | 6,25       | 5,60               |
| GSI                 | 62,33      | 55,63              |



#### **4.2.2 Vergelijking met de bestaande normgroepen**

Om de positionering van de forensisch-psychiatrische populatie in kaart te brengen, zijn one-sample t-toetsen uitgevoerd met de ruwe data per subschaal van de SCL-90-R. Bij deze toets methode wordt het gemiddelde van één steekproef (de FPK-groep) vergeleken met een bekende populatiewaarde, in dit geval het gemiddelde uit de normtabellen van Arrindell & Ettema (2005). Deze methode is geschikt omdat we willen weten of de scores van forensische patiënten statistisch significant afwijken van een bestaande, theoretisch veronderstelde normwaarde. Aangezien de normtabellen geen spreidingsmaten bevatten, is naast het significantietoetsen de nadruk gelegd op het interpreteren van effectgroottes (Cohen's d), die de praktische relevantie van scoreverschillen indiceren.

In Tabel 6 en 7 zijn de subschaal gemiddelden van de FPK-groep vergeleken met zowel de algemene bevolking (AG) als de poliklinisch psychiatrische normgroep (POLI). De resultaten tonen een opvallend patroon: hoewel de forensisch-psychiatrische patiënten in een klinische setting verblijven, ligt hun klachtenniveau op bijna alle schalen aanmerkelijk lager dan dat van poliklinische patiënten. Tegelijkertijd wijkt de FPK-groep op sommige domeinen ook af van de algemene bevolking, wat suggereert dat hun klachtenprofiel een eigen, context specifieke signatuur heeft.

Agorafobie toont een opmerkelijke spreiding: het gemiddelde ligt substantieel lager dan in beide normgroepen. Het verschil met de algemene populatie is groot ( $d = 0.90$ ) en met de poliklinische groep zelfs zeer groot ( $d = 2.38$ ). Dit kan deels verklaard worden doordat patiënten binnen een forensisch beveiligde setting weinig externe bewegingsvrijheid hebben, waardoor agorafobische situaties zelden worden ervaren of herkend. Dit kan leiden tot onderschatting of onderrapportage van agorafobische symptomen.

Angst is eveneens duidelijk lager dan bij beide referentiegroepen. De effectgrootte ten opzichte van de poliklinische groep is zeer groot ( $d = 2.30$ ), maar ook vergeleken met de algemene bevolking matig tot groot ( $d = 0.68$ ). Gezien de aard van de populatie, veelal mannen met cluster B-persoonlijkeheidsproblematiek of psychotische kenmerken, is het mogelijk dat angstklachten minder snel als zodanig worden erkend of toegegeven.

Depressie laat een genuanceerd beeld zien. Hoewel de scores fors lager liggen dan bij poliklinische patiënten ( $d = 2.04$ ), is het verschil met de algemene populatie relatief klein ( $d =$

0.20). Dit wijst erop dat depressieve klachten binnen deze populatie weliswaar aanwezig zijn, maar niet in dezelfde intensiteit worden ervaren of gerapporteerd als in meer hulpzoekende settings. Het kan ook wijzen op alexithymie of emotionele afvlakking, zoals vaker gerapporteerd in forensisch-psychiatrische groepen.

Somatische klachten vertonen een patroon vergelijkbaar met angst: een zeer groot verschil met de poliklinische groep ( $d = 1.86$ ) en een gemiddeld verschil met algemene bevolking ( $d = 0.65$ ). Gezien het gesloten karakter van de kliniek en de relatief jonge populatie is het niet vreemd dat lichamelijke klachten minder dominant aanwezig zijn dan in een poliklinische setting waar vaak ook ouderen deelnemen.

Insufficiëntie wijkt sterk af van poliklinische groep ( $d = 1.67$ ), maar nauwelijks van algemene bevolking ( $d = 0.13$ ). Dat is opvallend, aangezien het hier gaat om gevoelens van incompetentie of cognitieve tekortkomingen, wat in een gesloten setting juist versterkt zou kunnen worden. Een mogelijke verklaring is dat patiënten deze klachten minder snel herkennen of erkennen, of dat de klinische structuur juist gevoelens van controle vergroot.

Sensitiviteit ligt iets hoger dan in de algemene bevolking ( $d = 0.27$ ), maar juist opvallend veel lager dan in de poliklinische groep ( $d = 0.86$ ). Deze schaal meet gevoelens van minderwaardigheid en sociale angst, gevoelens die in een gevangenisachtige context mogelijk minder worden gedeeld, of juist minder bewust beleefd worden door deze overwegend mannelijke, vaak externaliserend georiënteerde populatie.

Hostiliteit is in beide vergelijkingen lager dan verwacht. Vergeleken met de algemene bevolking is het verschil klein ( $d = 0.19$ ), terwijl het verschil met poliklinische populatie matig is ( $d = 0.89$ ). Dit is opmerkelijk, gezien de stereotype associatie tussen forensische patiënten en agressie. Mogelijk speelt hier sociaal wenselijk antwoordgedrag of angst voor negatieve behandelconsequenties bij hoge scores een rol.

Slaapproblemen laten vrijwel geen verschil zien met de algemene bevolking ( $d = 0.01$ ), maar een matig verschil met de poliklinische groep ( $d = 0.58$ ). Gezien het vaste dagritme en medicatiegebruik in de kliniek, zijn slaapproblemen mogelijk beter onder controle.

Overige klachten (diverse symptomen zoals geheugen- of concentratieproblemen) zijn licht verhoogd t.o.v. de algemene bevolking ( $d = 0.15$ ) en gemiddeld t.o.v. poliklinische populatie ( $d =$

0.91). Het brede karakter van deze schaal maakt interpretatie lastig, maar de uitkomst past binnen het algemene beeld van mild verhoogde, maar niet extreme psychopathologie.

De GSI, als totaalmeter voor psychisch lijden, toont tenslotte het meest sprekende beeld: het verschil met de algemene bevolking is groot ( $d = 0.87$ ), maar het verschil met de poliklinische groep zelfs extreem groot ( $d = 2.42$ ). Dit benadrukt het unieke karakter van deze populatie: forensische patiënten hebben wel degelijk psychische klachten, maar niet in dezelfde intensiteit als reguliere hulpzoekende psychiatrische patiënten.

**Tabel 6**

*One-sample t-toetsen en effectgroottes voor SCL-90-R-subschaalscores van forensisch-psychiatrische mannen vergeleken met algemene bevolking (N = 384).*

| Subschaal           | M (FPK) | SD (FPK) | M (AG) | d (AG) | t (AG) | p (AG)   |
|---------------------|---------|----------|--------|--------|--------|----------|
| Agorafobie          | 2,75    | 4,61     | 6,92   | 0,90   | -17.73 | < .001   |
| Angst               | 7,57    | 7,58     | 12,76  | 0,68   | -13.42 | < .001   |
| Depressie           | 16,33   | 13,00    | 18,94  | 0,20   | -3,93  | < .001   |
| Somatische klachten | 7,49    | 7,64     | 12,42  | 0,65   | -12.65 | < .001   |
| Insufficiëntie      | 8,37    | 6,76     | 9,26   | 0,13   | -2,58  | < .0011  |
| Sensitiviteit       | 14,49   | 12,29    | 11,15  | 0,27   | 5,33   | < .001   |
| Hostiliteit         | 3,17    | 3,60     | 3,84   | 0,19   | -3,65  | < .001   |
| Slaapproblemen      | 3,19    | 2,98     | 3,15   | 0,01   | 0,26   | 0,793    |
| Overige klachten    | 6,83    | 5,77     | 5,95   | 0,15   | 2,99   | < .00103 |
| GSI                 | 70,28   | 55,16    | 118,28 | 0,87   | -17,05 | 0.0      |

**Legenda**

(FPK) = Gegevens forensisch psychiatrische kliniek

(AG) = Gegevens algemene bevolking

**Tabel 7**

*One-sample t-toetsen en effectgroottes voor SCL-90-R-subschaalscores van forensisch-psychiatrische mannen vergeleken met poliklinische patiënten (N = 384).*

| Subschaal           | M (FPK) | SD (FPK) | M (POLI) | d (POLI) | t (POLI) | p (POLI) |
|---------------------|---------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Agorafobie          | 2,75    | 4,61     | 13,70    | 2,38     | -46,55   | < .001   |
| Angst               | 7,57    | 7,58     | 25,02    | 2,30     | -45,11   | < .001   |
| Depressie           | 16,33   | 13,00    | 42,79    | 2,04     | -39,89   | < .001   |
| Somatische klachten | 7,49    | 7,64     | 21,73    | 1,86     | -36,52   | < .001   |

**Tabel 7**

*One-sample t-toetsen en effectgroottes voor SCL-90-R-subschaalscores van forensisch-psychiatrische mannen vergeleken met poliklinische patiënten (N = 384).*

| Subschaal        | M (FPK) | SD (FPK) | M (POLI) | d (POLI) | t (POLI) | p (POLI) |
|------------------|---------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Insufficiëntie   | 8,37    | 6,76     | 19,68    | 1,67     | -32,79   | < .001   |
| Sensitiviteit    | 14,49   | 12,29    | 25,06    | 0,86     | -16,85   | < .001   |
| Hostiliteit      | 3,17    | 3,60     | 6,36     | 0,89     | -17,36   | < .001   |
| Slaapproblemen   | 3,19    | 2,98     | 4,91     | 0,58     | -11,31   | < .001   |
| Overige klachten | 6,83    | 5,77     | 12,10    | 0,91     | -17,90   | < .001   |
| GSI              | 70,28   | 55,16    | 203,55   | 2,42     | -47,34   | < .001   |

**Legenda:**

**Legenda**

(FPK) = Gegevens forensisch psychiatrische kliniek

(POLI) = Gegevens poliklinische populatie

#### 4.2.3 Nieuwe forensisch-specifieke norm

Op basis van de intakegegevens van 384 mannelijke patiënten is een nieuwe, forensisch-specifieke norm ontwikkeld voor de SCL-90-R. De norm is afgeleid van de ruwe subschaalscores zoals gerapporteerd binnen deze specifieke klinische setting. Uit eerdere analyses bleek dat de klachtenniveaus binnen deze populatie substantieel afwijken van zowel de algemene bevolking als van poliklinisch psychiatrische patiënten. Deze bevindingen benadrukken de noodzaak voor een context specifiek ijkpunt, zodat scores geïnterpreteerd kunnen worden in verhouding tot vergelijkbare forensisch-psychiatrische cliënten.

Er zijn zeven klinisch interpreteerbare categorieën opgesteld: zeer laag, laag, beneden gemiddeld, gemiddeld, boven gemiddeld, hoog en zeer hoog. De indeling is gebaseerd op z-scoregrenzen ten opzichte van de gemiddelde som-score die de forensische patiënten rapporteerden. Hierbij is elke categorie ongeveer één standaarddeviatie breed, waarop vervolgens het scorebereik per subschaal begrensd is door de daadwerkelijk haalbare minimum- en maximumscores van de vragenlijst. Op deze manier wordt van elke categorie een reëel, klinisch interpreteerbaar interval vertegenwoordigt. Deze indeling is vervolgens consistent toegepast op alle subschalen en de GSI.

De uitkomsten van deze normeringsprocedure zijn weergegeven in een transformatietabel (zie Bijlage A), waarin de ruwe somscores gekoppeld worden aan de bijbehorende interpretatiecategorie. Deze tabellen maken het mogelijk om scores van individuele patiënten te duiden binnen hun eigen klinische referentiekader, in plaats van ten opzichte van algemene normpopulaties die hun specifieke context mogelijk onvoldoende weerspiegelen.

De forensisch-specifieke norm vergroot de toepasbaarheid van de SCL-90-R binnen forensische behandelinstellingen. Juist in een setting waar juridische druk, detentieklimaat of strategische symptoomrapportage een rol kunnen spelen, helpt een context gebonden norm om afwijkende klachterniveaus beter te detecteren. Hoewel deze normering voorlopig is en nog verdere externe validatie behoeft, biedt zij nu al een relevante aanvulling voor de klinische praktijk binnen de FPK.

### **4.3 Verandering in klachten over tijd**

Naast de cross-sectionele vergelijking is ook onderzocht hoe de klachten zich over tijd ontwikkelen binnen de forensisch psychiatrische populatie. De resultaten worden gepresenteerd van de longitudinale analyse bij patiënten met een tweede meting na zes maanden behandeling.

#### **4.3.1 Beschrijvende statistiek van follow-up-scores**

De gemiddelde klachterniveaus op de verschillende subschalen na ongeveer zes maanden behandeling zijn weergegeven in Tabel 5. Vergeleken met de intake zijn de verschillen op groepsniveau beperkt. De grootste absolute daling doet zich voor op de subschaal depressie, waar de gemiddelde somscore daalt van  $M = 16,33$  ( $SD = 13,00$ ) bij intake naar  $M = 14,00$  ( $SD = 13,12$ ) bij follow-up. Ook op de subschaal angst is een lichte afname zichtbaar ( $M = 7,57 \rightarrow 6,59$ ).

De score op hostiliteit daalt eveneens iets ( $M = 3,17 \rightarrow 2,66$ ), evenals op de subschalen slaapproblemen ( $M = 3,19 \rightarrow 2,74$ ) en sensitiviteit ( $M = 14,49 \rightarrow 13,68$ ). De gemiddelde GSI-score daalt van  $M = 70,28$  naar  $M = 62,33$ , wat wijst op een lichte afname van de algemene klachtenlast.

De standaarddeviaties blijven bij alle subschalen breed, wat duidt op aanzienlijke variatie tussen patiënten. In algemene zin lijkt er sprake van een milde symptoomreductie over tijd, met name

binnen de affectieve domeinen. Deze verschuivingen zijn echter relatief klein en wijzen niet op een uitgesproken daling in het totale klachtenbeeld.

#### **4.3.2 Symptoom verandering over tijd**

Om vast te stellen of het klachtenniveau in de loop van de behandeling significant verandert, zijn paired-samples t-toetsen uitgevoerd bij patiënten ( $N = 191$ ) met een tweede meting na ongeveer zes maanden. Voor iedere subschaal is het verschil tussen de intake- en follow-upscores berekend, inclusief de bijbehorende effectgroottes (Cohen's  $d$ ). De resultaten staan weergegeven in Tabel 8.

De grootste afname in klachten doet zich voor op de subschaal depressie ( $M_{\text{diff}} = 2,80$ ;  $SD = 11,34$ ;  $t(190) = 3,41$ ;  $p < .001$ ), gevolgd door angst ( $M_{\text{diff}} = 1,27$ ;  $SD = 6,03$ ;  $t(190) = 2,92$ ;  $p = .004$ ) en agorafobie ( $M_{\text{diff}} = 1,08$ ;  $SD = 3,37$ ;  $t(190) = 4,42$ ;  $p < .001$ ). Hoewel deze verschillen statistisch significant zijn, zijn de effectgroottes beperkt (respectievelijk  $d = 0,25$ ,  $d = 0,21$  en  $d = 0,32$ ), wat wijst op kleine behandel gerelateerde effecten.

Ook op de subschalen overige klachten, Insufficiëntie, interpersoonlijke sensitiviteit, en slaapproblemen worden significante dalingen gevonden (alle  $p < .01$ ), met effectgroottes tussen  $d = 0,18$  en  $d = 0,26$ . Dit patroon suggereert een lichte maar brede daling van klachten binnen het affectieve en sociale domein.

Voor hostiliteit is de afname marginaal significant ( $p = .065$ ) en de effectgrootte verwaarloosbaar ( $d = 0,13$ ), terwijl somatische klachten niet significant dalen ( $p = .301$ ;  $d = 0,08$ ), wat wijst op relatieve stabiliteit binnen deze domeinen.

Ten slotte neemt ook de Global Severity Index (GSI) significant af met gemiddeld 11,24 punten ( $SD = 42,89$ ;  $t(190) = 3,62$ ;  $p < .001$ ), wat duidt op een lichte algemene afname in psychisch lijden over tijd ( $d = 0,26$ ).

Hoewel de meeste subschalen een statistisch significante afname laten zien na een behandelperiode van zes maanden, blijven de effectgroottes over het algemeen klein. Dit wijst erop dat de mate van verandering in klachten beperkt is en dat de klinische relevantie van deze afname genuanceerd moet worden geïnterpreteerd. Het is bovendien onwaarschijnlijk dat deze dalingen uitsluitend aan behandelingseffecten kunnen worden toegeschreven. Binnen een forensische context spelen immers ook andere factoren een rol, zoals gewenning aan de

klinische setting, strategisch antwoordgedrag of veranderde motivatie bij herhaalde metingen. Tegelijkertijd toont de SCL-90-R zich in staat om subtiele verschuivingen in klachtenniveau op te vangen, wat spreekt voor de sensitiviteit van het instrument bij longitudinale monitoring. Daarmee bevestigen deze bevindingen de bruikbaarheid van de SCL-90-R als screenings- en evaluatie-instrument binnen de forensisch-psychiatrische praktijk, mits de resultaten met de nodige contextkennis worden geïnterpreteerd.

**Tabel 8**

*Resultaten van paired-samples t-toetsen en Cohen's d (intake vs. follow-up (N = 191)).*

|                        | Verskil in<br>gemiddelden | Verskil<br>in<br>standaard<br>deviatie | 95% BHI        | t    | df  | p-<br>waarde<br>(twee<br>zijdig) | Cohen's<br>D |
|------------------------|---------------------------|----------------------------------------|----------------|------|-----|----------------------------------|--------------|
| Agorafobie             | 1,08                      | 3,37                                   | [0,60 – 1,56]  | 4,42 | 190 | <0,001                           | 0,32         |
| Angst                  | 1,27                      | 6,03                                   | [0,41 – 2,13]  | 2,92 | 190 | 0,004                            | 0,23         |
| Depressie              | 2,80                      | 11,34                                  | [1,18 – 4,41]  | 3,41 | 190 | <0,001                           | 0,28         |
| Somatische<br>klachten | 0,48                      | 6,41                                   | [-0,43 – 1,40] | 1,04 | 190 | 0,301                            | 0,10         |
| Insufficiëntie         | 1,42                      | 5,52                                   | [0,64 – 2,21]  | 3,57 | 190 | <0,001                           | 0,27         |
| Sensitiviteit          | 2,11                      | 10,22                                  | [0,65 – 3,57]  | 2,85 | 190 | 0,005                            | 0,21         |
| Hostiliteit            | 0,41                      | 3,08                                   | [-0,03 – 0,85] | 1,86 | 190 | 0,065                            | 0,14         |
| Slaapproblemen         | 0,50                      | 2,82                                   | [0,09 – 0,90]  | 2,44 | 190 | 0,016                            | 0,20         |
| Overig                 | 1,21                      | 4,70                                   | [0,54 – 1,89]  | 3,57 | 190 | <0,001                           | 0,27         |
| GSI                    | 11,24                     | 42,89                                  | [5,11 – 17,36] | 3,62 | 190 | <0,001                           | 0,28         |

#### 4.4 Samenvatting van de bevindingen

De resultaten bevestigen dat de subschalen van de SCL-90-R binnen de forensisch-psychiatrische populatie betrouwbaar meten, met interne consistenties die in vrijwel alle gevallen boven de grenswaarde van  $\alpha = .80$  uitkomen. Dit duidt op een sterke onderlinge samenhang van de items binnen elke subschaal en rechtvaardigt het gebruik van de somscore als maat voor klachtenintensiteit.

De analyse van de Scoreverdelingen laat zien dat het klachtenbeeld breed is gespreid: vrijwel alle subschalen worden in enige mate gescoord, met relatief hoge gemiddelden voor depressie, sensitiviteiten angst. De Global Severity Index (GSI) toont eveneens een substantieel niveau van algemene psychische klachten.

Vergelijking met bestaande normgroepen toont aan dat de forensisch-psychiatrische groep aanmerkelijk lager scoort dan de poliklinische normpopulatie, met grote tot zeer grote effectgroottes op alle subschalen (Cohen's  $d \approx 0,9-2,4$ ). In vergelijking met de algemene bevolking is het beeld meer gemengd: sommige subschalen, zoals agorafobie, angst en GSI, laten matige afwijkingen zien ( $d \approx 0,6-0,9$ ), terwijl andere, zoals slaapproblemen of hostiliteit, slechts licht verhoogd of gelijk zijn aan het gemiddelde.

De longitudinale analyses tonen tot slot aan dat de klachten op een aantal subschalen significant afnemen na gemiddeld zes maanden behandeling. De grootste afnames zijn zichtbaar op depressie, angst, agorafobie, sensitiviteiten de GSI. Hoewel de effectgroottes overwegend klein zijn ( $d \approx 0,20-0,32$ ), duidt dit op een lichte, maar consistente verbetering van affectieve symptomen. Tegelijkertijd blijven somatische klachten en hostiliteit nagenoeg onveranderd, wat suggereert dat deze domeinen mogelijk minder beïnvloedbaar zijn in de vroege behandelfase.

Samen genomen wijzen de bevindingen op een gematigd positief beloop van klachten over tijd, in combinatie met een duidelijk afwijkend klachtenprofiel ten opzichte van bestaande normgroepen. Dit benadrukt de meerwaarde van een context specifieke normering van de SCL-90-R binnen de forensisch-psychiatrische praktijk.



## 5. Conclusie

De gebruikte dataset bestaat uit 384 forensisch-psychiatrische patiënten uit FPK Assen, gemeten met de SCL-90-R bij intake en, voor een deel van de steekproef ( $N = 191$ ), opnieuw na zes maanden behandeling. De interne consistentie van de subschalen is over het algemeen hoog (Cronbach's  $\alpha \geq .80$ ), wat duidt op een betrouwbare meting binnen deze specifieke context. De data zijn representatief, volledig geanonimiseerd, en in overeenstemming met ethische richtlijnen verzameld onder METC-toezicht. Daarmee is voldaan aan de methodologische randvoorwaarden voor het ontwikkelen van een forensisch-specifieke normering.

Aan de hand van intakegegevens zijn ruwe subschaalscores omgerekend naar forensisch-specifieke somscores, waarmee een nieuwe referentienorm werd opgesteld. Deze norm sluit aan bij oproepen uit zowel de literatuur als het klinisch werkveld om context specifieke referentiekaders te hanteren bij klinische besluitvorming in de forensische psychiatrie (Otte et al., 2017; Van Marle, 2015; De Vogel & De Ruiter, 2005). De centrale onderzoeksvraag richtte zich op de mate waarin SCL-90-R-scores van forensisch psychiatrische patiënten afwijken van bestaande normgroepen, en of deze afwijkingen een aangepaste norm rechtvaardigen. De bijbehorende hypothese stelde dat scores van forensisch psychiatrische patiënten significant zouden afwijken van zowel de algemene bevolking als reguliere psychiatrische patiënten.

De resultaten, weergegeven in tabel 8 en 9, bevestigen deze hypothese gedeeltelijk. De resultaten wijzen niet op een eenduidig verhoogd klachtenniveau, maar op een selectief afwijkend profiel ten opzichte van de normgroepen van Arrindell & Ettema (2005). Forensisch psychiatrische patiënten uit FPK Assen scoren op de meeste subschalen lager dan reguliere GGZ-patiënten, en wisselend ten opzichte van de algemene bevolking. De subschalen waarop wel afwijkingen worden gezien, depressie en sensitiviteit, vallen inhoudelijk samen met klachten die bekend zijn binnen forensische contexten, waarin stress, controleverlies en sociaal wantrouwen centraal staan (Van Marle, 2015; De Vogel & De Ruiter, 2005).

Op de subschaal depressie zien we dat patiënten licht verhoogde scores laten zien ten opzichte van de algemene bevolking, maar aanmerkelijk lager dan die van reguliere psychiatrische patiënten. Gezien het gedwongen kader van FPK Assen, waar autonomie beperkt is en perspectief op vrijheid onzeker, zijn deze scores verklaarbaar. Angst is daarentegen duidelijk lager dan bij beide referentiegroepen. De effectgrootte ten opzichte van de poliklinische groep is zeer groot, maar ook vergeleken met de algemene bevolking matig tot groot. Gezien de aard

van de populatie, veelal mannen met cluster B-persoonlijkheidsproblematiek of psychotische kenmerken, is het mogelijk dat angstklachten minder snel als zodanig worden erkend of toegegeven (Van Marle, 2015; Otte et al., 2017).

Insufficiëntie wijkt sterk af van de poliklinische groep, maar nauwelijks van de algemene bevolking. Dat is opvallend, aangezien het hier kan gaan om gevoelens van incompetentie of cognitieve tekortkomingen, wat in een gesloten setting juist versterkt zou kunnen worden. Een mogelijke verklaring is dat patiënten deze klachten minder snel herkennen of erkennen, of dat de klinische structuur juist gevoelens van controle vergroot.

Sensitiviteit ligt daarnaast iets hoger dan in de algemene bevolking, maar juist opvallend veel lager dan in de poliklinische groep. Deze schaal meet gevoelens van minderwaardigheid en sociale angst, gevoelens die in een gevangenisachtige context mogelijk minder worden gedeeld (van Erp et al., 2022), of juist minder bewust beleefd worden door deze overwegend mannelijke, vaak externaliserend georiënteerde populatie. Dit kan suggereren dat gevoelens van sociale onzekerheid binnen deze setting minder frequent of minder bewust worden ervaren.

Tegelijkertijd valt op dat forensisch psychiatrische patiënten juist relatief hoog scoren op de subschaal sensitiviteit. Deze schaal meet achterdocht, interpersoonlijk wantrouwen en overgevoeligheid voor kritiek, aspecten die in een sterk hiërarchische en gecontroleerde behandelomgeving, zoals FPK Assen, een adaptieve functie kunnen hebben. Zoals Otte et al. (2017) beargumenteren, kan verhoogd wantrouwen binnen detentie functioneren als een overlevingsmechanisme, eerder dan als symptoom van psychopathologie.

Hostiliteit is in beide vergelijkingen lager dan verwacht. Vergeleken met de algemene bevolking is het verschil klein, terwijl het verschil met de poliklinische populatie matig is. Dit is opmerkelijk, gezien de stereotype associatie tussen forensische patiënten en agressie. Mogelijk speelt hier sociaal wenselijk antwoordgedrag of angst voor negatieve behandelconsequenties bij hoge scores een rol.

Op andere subschalen, zoals agorafobie, obsessief-compulsieve klachten en somatisatie, scoren patiënten niet hoger, en in sommige gevallen zelfs lager dan de normgroepen van Arrindell en Ettema (2005). Deze bevindingen roepen vragen op over de toepasbaarheid van brede psychiatrische interpretatiekaders op forensische populaties: de klachten die men verwacht (zoals verhoogde angst of agressie) zijn niet vanzelfsprekend terug te zien in zelfrapportage.

De oorspronkelijke hypothese die zegt dat de scores significant afwijken moet dus genuanceerd worden. De afwijking is niet enkel kwantitatief (het hebben van meer klachten), maar ook kwalitatief van aard: forensische patiënten laten een andere verdeling van klachten zien, met nadruk op contextuele gevoeligheden. Dit bevestigt dat bestaande normgroepen onvoldoende recht doen aan de specifieke klinische realiteit van deze populatie.

Het longitudinale onderdeel van het onderzoek was gericht op het verkennen van de stabiliteit en bruikbaarheid van de SCL-90-R over tijd binnen de forensische context. Hoewel dit deel losstaat van de normontwikkeling, ondersteunt het wel de betrouwbaarheid en klinische toepasbaarheid van het instrument. Na zes maanden behandeling daalden de scores op de subschalen depressie, angst en sensitiviteit licht, maar consistent. Dit wijst op een beginnende behandelrespons en toont dat de SCL-90-R gevoelig is voor verandering, ook in een gedwongen kader waar behandelmotivatie niet altijd intrinsiek is. Tegelijkertijd bevestigt de beperkte afname de noodzaak van langdurige, context specifieke behandelstrategieën.

Gezien het specifieke profiel dat uit deze bevindingen naar voren komt, lage scores op klassieke psychopathologie, verhoogd wantrouwen, beperkte afname over tijd, lijkt het gerechtvaardigd te concluderen dat de huidige normgroepen van Arrindell en Ettema (2005) onvoldoende recht doen aan de klinische realiteit van forensisch psychiatrische patiënten. De oorspronkelijke hypothese, dat de scores van deze doelgroep significant afwijken van bestaande normgroepen, wordt dan ook bevestigd. Niet in de zin dat de klachten ernstiger zijn, maar juist doordat het profiel afwijkt op een kwalitatieve manier: minder breed pathologisch, maar gekenmerkt door selectieve, context gebonden klachten.

Deze bevindingen benadrukken de noodzaak van een aanvullende, forensisch-specifieke normering van de SCL-90-R. Een dergelijk referentiekader zou helpen om scores beter te kunnen interpreteren binnen de juridische en institutionele werkelijkheid van forensische patiënten, en om behandeltrajecten realistischer en rechtvaardiger vorm te geven. Tegelijkertijd tonen de resultaten aan dat normontwikkeling meer moet zijn dan een cijfermatige vergelijking: het vraagt ook om interpretatie vanuit begrip voor de context waarin de klachten worden gerapporteerd.

De forensisch-specifieke norm biedt daarmee een diagnostisch hulpmiddel dat zorgprofessionals helpt om klachten beter te duiden, behandelinterventies specifiek af te stemmen en de kans

op over- of onder behandeling te minimaliseren. In een veld waar context altijd meeweegt, draagt deze norm bij aan een eerlijker en passender zorgkader voor een uiterst kwetsbare doelgroep. Alleen op die manier kan diagnostiek bijdragen aan passende zorg en betekenisvolle verandering binnen deze complexe doelgroep.

**Tabel 9**

*Hypothesetoetsing per subschaal: vergelijking van verwachte en feitelijke scoreafwijkingen van forensisch-psychiatrische mannen t.o.v. algemene en poliklinische normpopulaties (SCL-90-R).*

| Subschaal           | Verwachting<br>t.o.v. algemene<br>bevolking | werkelijk<br>t.o.v.<br>algemene<br>bevolking | Verwachting<br>t.o.v.<br>psychiatrische<br>populatie | werkelijk<br>t.o.v.<br>psychiatrische<br>populatie |
|---------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Agorafobie          | =                                           | -                                            | =                                                    | -                                                  |
| Angst               | +                                           | -                                            | +                                                    | -                                                  |
| Depressie           | +                                           | -                                            | +                                                    | -                                                  |
| Somatische klachten | =                                           | -                                            | =                                                    | -                                                  |
| Insufficiëntie      | =                                           | -                                            | =                                                    | -                                                  |
| Sensitiviteit       | +                                           | +*                                           | +                                                    | -                                                  |
| Hostiliteit         | +                                           | -                                            | +                                                    | -                                                  |
| Slaapproblemen      | = / +                                       | =                                            | =                                                    | -                                                  |
| Overig              | =                                           | +*                                           | =                                                    | -                                                  |
| GSI                 | +                                           | -                                            | = / +                                                | -                                                  |

**Legenda**

+ = hogere score

= = geen verschil

- = lagere score

=/+ = mogelijk verhoogd, maar onzeker

\* = significant verschil op  $p < .001$

## **6. Discussie**

Dit hoofdstuk bespreekt de betekenis van de onderzoeksresultaten in het licht van de bestaande literatuur en theorie, benoemt de sterke en zwakke punten van het onderzoek, en doet aanbevelingen voor de praktijk en vervolgonderzoek.

### **6.1 Reflectie op de hypothese**

De hypothese van dit onderzoek stelde dat forensisch-psychiatrische patiënten, vergeleken met zowel de algemene bevolking als reguliere psychiatrische patiënten, significant hogere scores zouden rapporteren op de subschalen hostiliteit, sensitiviteit, angst, depressie en interpersoonlijke sensitiviteit, maar niet op obsessief-compulsief gedrag en somatisatie. Deze hypothese werd slechts gedeeltelijk bevestigd. Alleen op de subschaal sensitiviteit en overig rapporteerden patiënten significant hogere scores ten opzichte van enkel de algemene bevolking. De andere verwachte verschillen bleven uit. Integendeel: de overige subschalen vielen juist significant lager uit, en op alle subschalen scoorden forensisch-psychiatrische mannen lager dan de poliklinisch psychiatrische populatie. Dit suggereert dat het klachtenprofiel binnen deze forensische setting zich eerder kenmerkt door een relatief laag, vlak klachtenniveau dan door uitgesproken psychische problematiek, althans zoals gerapporteerd op zelfrapportage-instrumenten.

Deze uitkomst suggereert dat de klachtenpresentatie binnen de forensisch-psychiatrische populatie niet structureel verhoogd is over de gehele breedte van de SCL-90-R, maar zich concentreert rond sociaal-interpersoonlijke domeinen. Tegelijkertijd roept dit fundamentele vragen op over wat de SCL-90-R in deze context daadwerkelijk meet: verschillen in de ervaring van klachten, of verschillen in de bereidheid om klachten te rapporteren? Dit onderscheid is methodologisch lastig te maken, maar uiterst relevant voor de interpretatie en klinische toepassing van de resultaten.

De SCL-90-R is een zelfrapportage-instrument, wat betekent dat de meetresultaten mede worden gevormd door de bereidheid en mogelijkheid van patiënten om klachten openlijk te uiten. In een forensisch kader spelen strategisch invullen, sociale wenselijkheid en juridische consequenties een grotere rol dan in reguliere klinische settings. Affectieve klachten zoals angst of depressie kunnen door patiënten worden onder gerapporteerd vanwege het stigma op

kwetsbaarheid of de angst om beoordeeld te worden als zwak of labiel (De Vogel & De Ruiter, 2005; Hornsveld et al., 2017).

Daarbij is de afnamecontext van belang: patiënten bevinden zich op het moment van invullen in een relatief stabiele, gestructureerde omgeving, met duidelijke dag structuur, minder sociale druk en beperkte toegang tot middelengebruik. Dit contrast met het chaotische en vaak onveilige leven buiten de muren kan tijdelijk een stabiliserend effect hebben op het psychisch functioneren, waardoor klachten ook subjectief minder sterk worden ervaren of gemeld. De vraag is dan ook of lage scores een weerspiegeling zijn van werkelijke afwezigheid van symptomen, of van contextueel bepaalde onderdrukking ervan.

De resultaten maken duidelijk dat de SCL-90-R in deze context niet alleen psychopathologie meet, maar ook de sociale situatie, het moment van afname en de perceptie van wat veilig is om te delen. Lage of gemiddelde scores zijn daarom niet zonder meer te interpreteren als afwezigheid van lijdensdruk. Deze bevinding benadrukt het belang van contextuele duiding bij de interpretatie van zelfrapportage-instrumenten binnen forensische settings.

Een belangrijk discussiepunt dat hieruit voortvloeit, is de noodzaak van multimethodische diagnostiek binnen de forensische psychiatrie. Wanneer zelfrapportage gevoelig is voor beïnvloeding door context en motivatie, kan aanvullende informatie uit observaties, klinische interviews of gedragsmetingen noodzakelijk zijn om een volledig beeld te krijgen van het psychisch functioneren. Toekomstig onderzoek zou kunnen onderzoeken hoe verschillende meetmethoden zich tot elkaar verhouden in deze populatie, en in hoeverre zelfrapportage betrouwbaarder wordt naarmate vertrouwen in de behandelrelatie toeneemt.

## **6.2 Vergelijking met bestaande literatuur**

De bevinding van verhoogde scores op sensitiviteit sluit aan bij eerdere studies waarin forensisch-psychiatrische patiënten verhoogde sociale achterdocht rapporteren, mede als gevolg van langdurige detentie, beperkte autonomie en toezicht (Otte et al., 2017; Van Marle, 2015). Dat andere verwachte verschillen uitbleven, bijvoorbeeld op hostiliteit, depressie en angst, wijkt af van bevindingen van Hornsveld et al. (2017), die een breder klachtenprofiel rapporteerden bij forensische populaties.

Een verklaring hiervoor ligt mogelijk in de context van dataverzameling. De deelnemers in dit onderzoek verbleven op het moment van de meting in een forensisch-psychiatrische behandelkliniek, waar al direct na opname sprake is van structuur, therapeutische ondersteuning en een zekere afstand tot externe stressoren zoals middelengebruik of sociale instabiliteit. Hoewel het hier om intakegegevens gaat, is het aannemelijk dat de relatief stabiele en gecontroleerde omgeving al in korte tijd invloed kan uitoefenen op de beleving en rapportage van klachten. Eerdere studies, waaronder die van Hornsveld et al. (2017), richtten zich vaker op gedetineerde populaties zonder behandelcontext, waar psychische klachten minder opgevangen worden door een therapeutisch kader en dus sterker tot uiting kunnen komen.

Ook eerdere literatuur wijst op beperkingen van zelfrapportage in forensische settings. De Vogel en De Ruiter (2005) en Maruish (2004) waarschuwen dat de betrouwbaarheid van zelfrapportage beïnvloed wordt door juridische belangen, strategisch invulgedrag en sociaal wenselijke responsstijlen. De bevindingen van dit onderzoek ondersteunen die observatie gedeeltelijk: waar afwijkingen optreden, zijn deze vooral zichtbaar op domeinen die relatief resistent zijn tegen onderrapportage, zoals interpersoonlijke waakzaamheid en achterdocht. Dit suggereert dat patiënten mogelijk terughoudender zijn in het rapporteren van internaliserende klachten zoals angst en somberheid, maar minder geremd bij het uiten van klachten die passen binnen hun verdedigingsmechanismen of contextuele overlevingsstrategieën.

Deze interpretatie sluit aan bij Smits et al. (2015), die de SCL-90-R typeren als een generieke algemeen psychische klachten meter die in het bijzonder gevoelig is voor contextuele stressreacties. Binnen een forensische context betekent dit dat de vragenlijst niet alleen psychopathologie meet, maar ook de mate van sociale controle, ervaren dreiging en relationele afstand tot hulpverleners.

Kortom, dit onderzoek bevestigt deels eerder gevonden patronen, maar nuanceert het idee van een breed verhoogd klachtenniveau in forensisch-psychiatrische populaties. De literatuur benadrukt dat diagnostiek in deze context gebaat is bij normering én interpretatie die recht doet aan de sociale werkelijkheid waarin klachten worden gerapporteerd.

### **6.3 Beperkingen en sterke punten van het onderzoek**

Een sterk punt van dit onderzoek is het gebruik van longitudinale data. Hierdoor kon niet alleen een momentopname van klachten in kaart worden gebracht, maar ook het beloop over tijd. De significante daling op subschalen zoals depressie, angst en sensitiviteit wijst op behandelresponsiviteit. Dit sluit aan bij eerdere bevindingen over de effectiviteit van psychologische en farmacologische interventies bij deze domeinen (Arrindell & Derksen, 2006). Hostiliteit en somatische klachten bleven stabiel, wat suggereert dat deze klachten minder gevoelig zijn voor standaardbehandeling, mogelijk omdat ze structureler verankerd zijn in persoonlijkheid, coping stijl of de institutionele context.

Tegelijkertijd is voorzichtigheid van belang bij het generaliseren van deze resultaten. De volledige steekproef is afkomstig uit één instelling, FPK Assen. Hoewel dit de interne consistentie en datakwaliteit bevordert, beperkt het de externe validiteit. Forensisch-psychiatrische klinieken in Nederland verschillen in cultuur, behandelvisie, regime, populatiesamenstelling en regionale praktijken. De uitkomsten van deze studie zijn daarmee mogelijk beperkt representatief voor andere FPK's. Wat in Assen als norm geldt, hoeft niet overeen te komen met klinieken die bijvoorbeeld meer open of juist meer beheersmatig georganiseerd zijn.

Daarnaast is een aandachtspunt bij het interpreteren van het klachtenverloop over tijd de keuze om uitsluitend patiënten mee te nemen die zowel bij intake als bij follow-up een volledige meting hebben ingevuld (N = 191). Dit betekent dat niet de volledige intakegroep is gebruikt als uitgangspunt, maar enkel de subgroep waarvan op beide tijdstippen gegevens beschikbaar zijn. Deze keuze is bewust gemaakt om selectiebias te voorkomen: het vergelijken van twee deels overlappende, maar niet-identieke steekproeven zou immers kunnen leiden tot vertekende conclusies, bijvoorbeeld wanneer patiënten zonder vervolgmeting systematisch verschillen van degenen die wel vervolgd zijn. Door per subschaal uitsluitend de 191 individuen met volledige data te analyseren, worden klachtenveranderingen zuiverder gemeten. Deze aanpak versterkt de interne validiteit van de bevindingen. Tegelijkertijd moet worden erkend dat de groep met complete metingen mogelijk niet volledig representatief is voor de totale forensisch psychiatrische populatie. Het is denkbaar dat patiënten met een stabiel klinisch beloop, hogere therapietrouw of meer motivatie eerder deelnemen aan vervolgmetingen. Hierdoor is voorzichtigheid geboden bij het generaliseren van de bevindingen, al is het aannemelijk dat



eventuele vertekening eerder leidt tot een onderschatting dan een overschatting van de gemiddelde klachtenreductie.

Een tweede methodologische beperking betreft het gebruik van een zelfrapportage-instrument. De SCL-90-R biedt inzicht in subjectief ervaren klachten, maar is kwetsbaar voor vertekening. In een forensische context spelen factoren mee zoals strategisch invullen, sociale wenselijkheid en angst voor juridische consequenties. Patiënten kunnen klachten over- of juist onder rapporteren afhankelijk van hun verwachtingen over wat als 'veilig' wordt gezien om te delen. Zeker bij subschalen als hostiliteit of depressie, die mogelijk negatieve gevolgen kunnen hebben voor behandeltraject of verlopen, kan dit tot onderrapportage leiden. Zelfrapportage meet daarmee niet alleen klachten, maar ook de bereidheid of mogelijkheid om die openlijk te erkennen, iets wat in een forensisch kader per definitie beïnvloed wordt door machtsverhoudingen, toezicht en juridische status.

Tot slot is in dit onderzoek bewust gekozen om alleen mannelijke patiënten te includeren, met als doel het opstellen van een zuivere mannorm. Deze methodologische keuze verhoogt de interne consistentie van de analyses en sluit aan bij de realiteit van de FPK, waar mannen sterk oververtegenwoordigd zijn. Tegelijkertijd beperkt dit wel de generaliseerbaarheid van de resultaten. De uitkomsten zijn niet zonder meer overdraagbaar naar vrouwelijke of genderdiverse forensisch-psychiatrische patiënten. Geslachtsverschillen in klachtenpresentatie, copingstrategieën en rapportagestijl zijn uitvoerig gedocumenteerd in eerdere studies, en blijven in dit onderzoek buiten beschouwing.

Een bijkomende beperking is dat de officiële Nederlandse normtabellen van de SCL-90-R, zoals opgesteld door Arrindell en Ettema (2005), geen onderscheid maken tussen mannen en vrouwen. De gebruikte normgroepen waarmee de klachtenniveaus van de forensische patiënten zijn vergeleken, zijn samengesteld uit gemengde populaties. Geslacht gescheiden normen zijn niet gepubliceerd en ook in de klinische praktijk wordt doorgaans gewerkt met gecombineerde normgegevens. Hoewel deze werkwijze bij gebrek aan alternatieven methodologisch verdedigbaar is, brengt zij wel een interpretatieve beperking met zich mee. Het is mogelijk dat sekse- en/of genderverschillen in klachtenpresentatie of rapportagestijl de mate van afwijking tussen de forensisch-psychiatrische mannorm en de algemene populatie gedeeltelijk beïnvloeden. Eerdere studies (bijv. Todd et al., 1997; Otte et al., 2017) suggereren dat vrouwen in populatiemetingen vaker hogere scores rapporteren op internaliserende klachten, zoals angst

en depressie. Dit impliceert dat de gevonden verschillen mogelijk onderschat zijn. Toekomstig onderzoek zou daarom kunnen overwegen om ook geslacht specifieke referentiewaarden te ontwikkelen, zodat verschillen in klachterniveaus nauwkeuriger kunnen worden geïnterpreteerd binnen én tussen doelgroepen.

## **6.4 Klinische implicaties**

Ondanks de eerder benoemde beperkingen zijn de klinische implicaties van dit onderzoek aanzienlijk. De ontwikkeling van een forensisch-specifieke normering voor de SCL-90-R maakt het mogelijk om klachten van patiënten te beoordelen binnen een referentiekader dat wél recht doet aan hun juridische, sociale en psychologische context. Dit helpt behandelaren om verhoogde scores, bijvoorbeeld op sensitiviteit, niet automatisch te interpreteren als pathologie, maar als mogelijk adaptieve reacties op een controlerende omgeving. Deze nuance voorkomt dat normale reacties op een abnormale context verkeerd worden aangemerkt als risicovol of behandelindicatief.

Een context specifieke normering ondersteunt klinisch redeneren: behandelaren kunnen gerichter differentiëren tussen klachten die voortkomen uit onderliggende psychopathologie, en klachten die verklaarbaar zijn vanuit detentie, toezicht of sociale isolatie. Dit is des te belangrijker in het licht van geslacht specifieke interpretatie: klachtenprofielen van mannelijke patiënten verschillen structureel van die van vrouwen, zowel in aard als in mate van rapportage. Een mannorm maakt het mogelijk om scores te interpreteren tegen een passend klinisch referentiekader, wat over diagnostiek of onder behandeling bij deze doelgroep kan voorkomen. Hierdoor ontstaat ruimte voor maatwerk in plaats van standaardisering, en wordt het risico op overbehandeling of onterecht risicotaxatie verkleind. In dat licht vergroot de norm niet alleen het klinisch vertrouwen in zelfrapportage, maar ook de rechtvaardigheid van diagnostische en juridische beslissingen.

De gevonden afname in klachten over zes maanden, met name op de Global Severity Index en de affectieve subschalen, laat zien dat behandeling binnen forensisch-psychiatrische settings mogelijk effectief is. Tegelijkertijd moet deze daling voorzichtig geïnterpreteerd worden. De vraag is in hoeverre deze afname een reële vermindering van psychisch lijden weerspiegelt, of eerder een verandering in hoe klachten worden beleefd of gerapporteerd. In een omgeving waarin patiënten zich aanpassen aan structuur, verwachtingen en toezicht, kan ook hun

rapportagestijl veranderen. Zo kan afname in scores deels voortkomen uit gewinning aan het systeem, strategisch invullen of een afgenomen behoefte om kwetsbaarheid te tonen.

Juist binnen deze context, waarin problematiek vaak als hardnekkig wordt beschouwd, bevestigen deze bevindingen desondanks de waarde van systematische monitoring. Door klachtendynamiek te interpreteren binnen een forensisch-specifiek kader, kunnen behandelaars beter inschatten wat daadwerkelijke vooruitgang is en wat mogelijk een reflectie is van contextuele aanpassing. Dit benadrukt het belang van herhaalde metingen én klinische duiding bij het interpreteren van zelfrapportage in forensische behandeltrajecten.

Dat de gemiddelde klachtenniveaus dalen, laat bovendien zien dat behandeling niet alleen theoretisch wenselijk is, maar ook in de praktijk bijdraagt aan psychisch herstel. Dit benadrukt het maatschappelijk belang van behandelen binnen deze doelgroep: het geeft behandelaars houvast, patiënten perspectief, én het biedt de samenleving de geruststelling dat forensische zorg daadwerkelijk iets in beweging zet. De inzet op behandeling is dus niet slechts symbolisch of verplicht, maar draagt aantoonbaar bij aan herstel en veiligheid.

## **6.5 Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek**

Dit onderzoek vormt een eerste stap richting een geslacht specifieke normering van de SCL-90-R binnen forensisch-psychiatrische settings. Op basis van de bevindingen en beperkingen zijn meerdere richtingen denkbaar voor vervolgonderzoek.

Ten eerste is het wenselijk om de ontwikkelde forensisch-specifieke norm te toetsen in andere forensisch-psychiatrische instellingen. Deze studie was beperkt tot één kliniek (FPK Assen), terwijl instellingen onderling sterk kunnen verschillen. Door replicatieonderzoek uit te voeren kan worden vastgesteld in hoeverre de normering overdraagbaar is. Daarnaast is het belangrijk om ondervertegenwoordigde groepen, zoals vrouwelijke patiënten of jeugdige daders, expliciet te betrekken in vervolgonderzoek.

Een tweede aanbeveling is om zelfrapportage niet als enige informatiebron te hanteren. Hoewel dit onderzoek geen directe metingen bevatte van responsbias, wijzen de bevindingen, in combinatie met bestaande literatuur, erop dat de rapportage van klachten in een forensisch kader beïnvloed kan worden door factoren zoals sociale wenselijkheid, juridische overwegingen en het moment van afname (De Vogel & De Ruiter, 2005; Maruish, 2004). Het combineren van

de SCL-90-R met gedragsobservaties, semigestructureerde interviews of andere klinimetrische instrumenten kan helpen om zulke invloed factoren beter te detecteren en de interpretatie van scores te verbeteren. Vooral klachtendomeinen die relatief stabiel bleven, zoals hostiliteit en somatische klachten, zijn gebaat bij aanvullende diagnostische informatie, omdat zelfrapportage hier mogelijk minder gevoelig is voor verandering of introspectie.

Verder zou toekomstig onderzoek aandacht kunnen besteden aan de invloed van structurele factoren binnen het behandelmilieu. Het is aannemelijk dat klachtenpresentatie samenhangt met de mate van vrijheid, groepsdynamiek, sociale druk of het therapeutisch klimaat. Door variabelen zoals afdelingsregime of behandelduur systematisch mee te nemen, kan inzicht ontstaan in hoe de klinische context de klachtenrapportage beïnvloedt.

Tot slot is het zinvol om binnen de forensisch-psychiatrische populatie te onderzoeken of er subgroepen bestaan met duidelijk verschillende klachtenprofielen. Bijvoorbeeld op basis van DSM-classificatie, delict type of coping stijl. Het identificeren van dergelijke subgroepen kan bijdragen aan een meer gedifferentieerd gebruik van de SCL-90-R en maakt gerichte diagnostiek en behandeling mogelijk. Daarbij verdient de vrouwelijke forensisch populatie ook de aanbeveling om een unieke norm te ontwikkelen. Geslacht specifieke klachtenprofielen vereisen een eigen referentiekader om klinisch betekenisvolle interpretaties mogelijk te maken. Daarnaast is het wenselijk om de in dit onderzoek opgestelde mannorm te toetsen in andere forensisch-psychiatrische instellingen, bijvoorbeeld via cross-validatie in FPK's met een ander behandelregime of populatiesamenstelling. Dit verhoogt de externe validiteit en toepasbaarheid in de dagelijkse praktijk

De bevindingen uit dit onderzoek bevestigen de noodzaak van een contextgevoelige benadering van psychodiagnostiek binnen de forensische psychiatrie. De ontwikkeling van een forensisch-specifieke norm blijkt daarin geen overbodige verfijning, maar een noodzakelijke stap naar meer proportionele, rechtvaardige en betrouwbare beoordeling van psychische klachten in een setting waar veel op het spel staat.

## Bibliografie

- Arrindell, W. A., & Ettema, J. H. M. (2003). *SCL-90. Handleiding bij een multidimensionale psychopathologie-indicator*. Swets & Zeitlinger.
- Arrindell, W. A., & Ettema, J. H. M. (2005). *SCL-90: Handleiding bij een multidimensionale psychopathologie-indicator*. Amsterdam: Pearson Assessments.
- Chen, I.-H., Lin, C.-Y., Zheng, X., & Griffiths, M. D. (2020). Assessing mental health for China's police: Psychometric features of the Self-Rating Depression Scale and Symptom Checklist-90-Revised. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(8), 2737. <https://doi.org/10.3390/ijerph17082737>
- De Beurs, E. (2011). *De psychometrische kwaliteit van ROM-vragenlijsten*. Trimbos-instituut. <https://www.trimbos.nl/wp-content/uploads/sites/31/2021/09/af1383-implementatie-van-rom-ter-ondersteuning-van-de-dagelijkse-zorgpraktijk-achtergrondrapport.pdf>
- Derogatis, L. R., & Unger, R. (2010). Symptom Checklist-90-Revised. In I. B. Weiner & W. E. Craighead (Eds.), *The Corsini Encyclopedia of Psychology* (4e ed.). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9780470479216.corpsy0970>
- Dienst Justitiële Inrichtingen. (2023). *Feiten en cijfers TBS 2023*. Ministerie van Justitie en Veiligheid. <https://www.dji.nl/publicaties/brochures/2023/01/01/feiten-en-cijfers-tbs>
- Forensische Zorg Nederland. (z.d.). Klinische zorg. <https://www.forensischezorg.nl/praktijk/zorgaanbod/klinische-zorg>
- GGZ Drenthe. (z.d.). Forensisch Psychiatrisch Centrum Assen (FPK). <https://ggzdrenthe.nl/forensischepsychiatrie/over-ons/afdelingen/fpk>
- Grassian, S. (2006). Psychiatric effects of solitary confinement. *Washington University Journal of Law & Policy*, 22, 325–383. [https://openscholarship.wustl.edu/law\\_journal\\_law\\_policy/vol22/iss1/24](https://openscholarship.wustl.edu/law_journal_law_policy/vol22/iss1/24)
- Haney, C. (2001). The psychological impact of incarceration: Implications for post-prison adjustment. In J. Travis & M. Waul (Eds.), *Prisoners once removed: The impact of incarceration and reentry on children, families, and communities* (pp. 33–66). Urban Institute

Press. <https://aspe.hhs.gov/reports/psychological-impact-incarceration-implications-post-prison-adjustment-0>

Hornsveld, R., Kraaimaat, F., Muris, P., Nijman, H., Zwets, A., Roza, S., & Van Marle, H. (2019, 12 februari). Het gebruik van zelfrapportage vragenlijsten in de forensische psychiatrie. *Tijdschrift gedragstherapie*.

[https://www.tijdschriftgedragstherapie.nl/inhoud/tijdschrift\\_artikel/TG-2017-4-5/het-gebruik-van-zelfrapportagevragenlijsten-in-de-forensische-psychiatrie](https://www.tijdschriftgedragstherapie.nl/inhoud/tijdschrift_artikel/TG-2017-4-5/het-gebruik-van-zelfrapportagevragenlijsten-in-de-forensische-psychiatrie)

Mo, Z., Wu, X., Yue, C., & Wu, J. (2020). Inpatient prisoners: Symptom Checklist-90 measurement and social support's impact on mental health. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*, 13(9), 6695–6702. <https://e-century.us/files/ijcem/13/9/ijcem0114695.pdf>

Otte, S., Vasic, N., Nigel, S., Streb, J., Ross, T., Spitzer, C., ... Dudeck, M. (2017). Different yet similar? Prisoners versus psychiatric patients – A comparison of their mental health. *European Psychiatry*, 44, 97–103. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.04.006>

Paulhus, D. L. (2002). Socially desirable responding: The evolution of a construct. In H. I. Braun, D. N. Jackson & D. E. Wiley (Eds.), *The role of constructs in psychological and educational measurement* (pp. 49–69). Erlbaum.

Paulhus, D. L., & Reid, D. B. (1991). Enhancement and denial in socially desirable responding. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(2), 307–317. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.2.307>

Richman, W. L., Kiesler, S., Weisband, S., & Drasgow, F. (1999). A meta-analytic study of social desirability distortion in computer-administered questionnaires, traditional questionnaires, and interviews. *Journal of Applied Psychology*, 84(5), 754–775. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.84.5.754>

Rogers, R. (1997). *Clinical assessment of malingering and deception* (2nd ed.). Guilford Press.

Rose, N. (2018). *Our Psychiatric Future: The Politics of Mental Health*. Cambridge: Polity Press.

Ruis, C., van den Berg, E., van Stralen, H. E., Huenges Wajer, I. M. C., & van Zandvoort, M. J. E. (2013). SCL-90: Misinterpretatie bij neurologische patiënten? *Tijdschrift voor Neuropsychologie*, 8(1), 46-52. [https://www.tvnp.nl/inhoud/tijdschrift\\_artikel/NP-8-1-5/SCL-90-Misinterpretatie-bij-neurologische-pati-nten-1](https://www.tvnp.nl/inhoud/tijdschrift_artikel/NP-8-1-5/SCL-90-Misinterpretatie-bij-neurologische-pati-nten-1)

TBS Nederland. (z.d.). Verschillende beveiligingsniveaus binnen de tbs. <https://tbsnederland.nl/over-tbs/verschillende-beveiligingsniveau/>

Terwee, C. B., et al. (2003). *Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires*. *Journal of Clinical Epidemiology*, 60(1), 34–42.

Todd, D. M., Deane, F. P., & McKenna, P. A. (1997). Appropriateness of SCL-90-R adolescent and adult norms for outpatient and nonpatient college students. *Journal of Counseling Psychology*, 44(3), 294–301. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.44.3.294>

Tourangeau, R., & Yan, T. (2007). Sensitive questions in surveys. *Psychological Bulletin*, 133(5), 859–883. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.5.859>

Twenge, J. M., Gentile, B., DeWall, C. N., Ma, D., Lacefield, K., & Schurtz, D. R. (2010). Birth cohort increases in psychopathology among young Americans, 1938–2007: A cross-temporal meta-analysis of the MMPI. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 145–154. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.10.005>

Van de Mortel, T. F. (2008). Faking it: Social desirability response bias in self-report research. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 25(4), 40–48. [https://www.researchgate.net/publication/46574012\\_Faking\\_it\\_Social\\_desirability\\_response\\_bias\\_in\\_self-report\\_research](https://www.researchgate.net/publication/46574012_Faking_it_Social_desirability_response_bias_in_self-report_research)

Van Erp, N., Knispel, A., Michon, H., de Lange, A., Hulsbosch, L., Boumans, J., Kroon, H., & van Weeghel, J. (2022). *Stigmatisering binnen de ggz: Onderzoek onder cliënten en hulpverleners*. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 64(9), 568–573.

Van Erp, T. G. M., Berger, G., Begemann, M., et al. (2022). Needs of forensic psychiatric patients with schizophrenia in five European countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 57(3), 579–590. <https://doi.org/10.1007/s00127-022-02336-5>

E. Dijk - De SCL-90-R in een forensisch psychiatrische context: Naar een specifieke normstelling

Van Marle, H. J. C. (2015). Forensische psychiatrie: Fundamenten en praktijk. In Uitgeverij Van Gorcum (pp. 45–58). van Gorcum. [https://www.uitgeverijvangorcum.nl/product/100-119 Forensische-psychiatrie](https://www.uitgeverijvangorcum.nl/product/100-119-Forensische-psychiatrie)



## Bijlage A

### SCL-90-NORMEN VOOR FORENSISCH PSYCHIATRISCHE PATIËNTEN

| SCL-90-subschalen        |       |      |       |       |       |       |      |      |        |         |
|--------------------------|-------|------|-------|-------|-------|-------|------|------|--------|---------|
|                          | Ang   | Ago  | Dep   | Som   | In    | Sen   | Hos  | Sla  | Overig | GSI     |
| Zeer hoog                | ≥19   | ≥10  | ≥36   | ≥23   | ≥19   | ≥33   | ≥9   | ≥8   | ≥16    | ≥154    |
| Hoog                     | 16-18 | 8-9  | 30-35 | 16-23 | 16-18 | 27-32 | 7-8  | 7    | 13-15  | 126-153 |
| Boven gemiddeld          | 12-15 | 6-7  | 23-29 | 12-15 | 12-15 | 21-26 | 5-6  | 5-6  | 10-12  | 98-125  |
| Gemiddeld                | 4-11  | 1-5  | 10-22 | 4-11  | 5-11  | 9-20  | 2-4  | 2-4  | 4-9    | 43-97   |
| Beneden gemiddeld        | 0-3   | ≤0   | 4-9   | 0-3   | 2-4   | 3-8   | 0-1  | 1    | 2-3    | 16-42   |
| Laag                     | ≤0    | ≤0   | 0-3   | ≤0    | 0-1   | 0-2   | ≤0   | ≤0   | 0-1    | 0-15    |
| Zeer laag                | ≤0    | ≤0   | ≤0    | ≤0    | ≤0    | ≤0    | ≤0   | ≤0   | ≤0     | ≤0      |
| Aantal items             | 10    | 7    | 16    | 12    | 9     | 18    | 6    | 3    | 9      | 90      |
| Gemiddelde               | 7.57  | 2.75 | 16.33 | 7.49  | 8.37  | 14.49 | 3.17 | 3.19 | 6.83   | 70,28   |
| Standaard deviatie       | 7.58  | 4.61 | 13.00 | 7.64  | 6.76  | 12.29 | 3.60 | 2,98 | 5.77   | 55,16   |
| Geobserveerd scorebereik | 0-40  | 0-28 | 0-64  | 0-48  | 0-36  | 0-72  | 0-24 | 0-12 | 0-36   | 0-360   |
| N                        | 384   | 384  | 384   | 384   | 384   | 384   | 384  | 384  | 384    | 384     |