

ONDERZOEK

Veel psychiatrische stoornissen onder gedetineerden op reguliere afdelingen van penitentiaire inrichtingen*

VEEL GEDETINEERDEN WILLEN ZELF OOK HULP

Erik Bulten en Henk Nijman

- DOEL** Het vaststellen van de prevalentie van psychiatrische stoornissen en de behoefte aan psychosociale hulp onder gedetineerden die op reguliere afdelingen van een penitentiaire inrichting verblijven.
- OPZET** Dwarsdoorsnedeonderzoek.
- METHODE** Van de 309 willekeurig geselecteerde, volwassen mannelijke gedetineerden werden er 191 geïncludeerd in de studie. Bij deze gedetineerden werden diverse vragenlijsten afgenomen (MINI, SCL-90, NEO-PI-R, TAPS, ATSPPHS-abr en de SNHQ) om psychiatrische stoornissen, psychische klachten, persoonlijkheidskenmerken, behandelangst, de houding ten opzichte van hulp en de behoefte daaraan vast te stellen.
- RESULTATEN** Van de gedetineerden had 81,7% ooit een psychiatrische stoornis, verslaving meegerekend (95%-BI: 76,2-87,2). Bij 56,5% was de psychiatrische stoornis nog aanwezig (95%-BI: 49,5-63,7). Slechts 1 van de onderzochte gedetineerden had een psychotische stoornis (0,5%; 95%-BI: 0-1,5). Van de gedetineerden met een as I-stoornis die een subjectieve behoefte aan hulp hadden, kreeg ongeveer de helft geen psychomedische zorg tijdens de detentie. Gedetineerden met een subjectieve hulpvraag waren emotioneel instabieler en hadden meer psychiatrische klachten, een lagere zelfdiscipline en een positievere houding ten aanzien van hulpverlening, maar ook een hogere behandelangst. De resultaten wijzen daarmee op 'approach-avoidance'-conflicten in de afweging om al dan niet hulp te zoeken.
- CONCLUSIE** Net als in internationale studies was de prevalentie van psychiatrische problematiek onder Nederlandse gedetineerden hoog. Psychotische stoornissen lijken adequaat gedetecteerd te worden, maar suicidaliteit en andere stoornissen mogelijk nog onvoldoende. De drempels om hulp te vragen en te krijgen in een gevangenis moeten worden verlaagd.

*De resultaten van dit onderzoek werden gepubliceerd in *International Journal of Law and Psychiatry* (2009;32:115-9) met als titel 'Psychiatric disorders and personality characteristics of prisoners at regular prison wards' en in *International Journal of Forensic Mental Health* [ter perse] met als titel 'Psychological predictors of help needs in male Dutch prisoners'.

Radboud Universiteit, Academisch Centrum Sociale Wetenschappen en Pompestichting, Nijmegen.

Dr. E. Bulten, gezondheidszorgpsycholoog.

Altrecht Geestelijke Gezondheidszorg, Den Dolder.

Prof.dr. H. Nijman, gezondheidswetenschapper (tevens: forensisch psycholoog, Radboud Universiteit, Academisch Centrum Sociale Wetenschappen, Nijmegen).

Contactpersoon: dr. E. Bulten (e.bulten@acsw.ru.nl).

Uiteraard worden gedetineerden ervan verdacht een strafbaar pleit hebben gepleegd. Maar is dat het enig typerende? Internationaal en nationaal onderzoek toont aan dat een ander aspect aandacht verdient, namelijk dat tussen de 80 en 90% van de gedetineerden in westerse detentiecentra in zijn leven ooit één of meer psychiatrische stoornissen heeft gehad, met inbegrip van verslaving en persoonlijkheidsstoornissen.¹ Gedetineerden vormen in psychiatrisch en psychologisch opzicht dus geen 'gezonde' groep.

Vergelijkbare percentages psychische problemen treft men aan onder de 50.000 mensen die jaarlijks in het Nederlandse gevangeniswezen binnenstromen;^{2,3} 93% van hen is man. Wat is de klinische betekenis van deze prevalentiecijfers? Vragen gedetineerden ook om zorg voor hun psychische problemen, en zo ja, krijgen ze die zorg dan ook tijdens hun detentie? Daar hebben ze recht op, op grond van het equivalentieprincipe. Dat houdt in dat zorg in detentie zoveel mogelijk dient te lijken op de zorg daarbuiten. Met die zorg kan overigens ook de samenleving gediend zijn, als zo de kans op recidive wordt verminderd.⁴

UITLEG

'DSM-III-R' staat voor *Diagnostic and statistical manual of mental disorders 3rd edition revised*. De DSM wordt gebruikt bij de diagnostiek van psychische stoornissen. Hierbij worden alle relevant geachte bevindingen geordend aan de hand van 5 'assen'. Op as I worden de psychiatrische stoornissen geclassificeerd op basis van vast omschreven criteria. Op as II worden de persoonlijkheidsstoornissen en zwakzinnigheid vermeld. Op as III worden lichamelijke aandoeningen en op as IV de psychosociale stressfactoren vermeld. Op as V wordt met behulp van een schaal van 0-100 een globaal oordeel gegeven over het niveau van psychisch, maatschappelijk en beroepsmatig functioneren.

Als antwoord op de psychiatrische problematiek onder gedetineerden heeft het Nederlandse gevangeniswezen onder andere een differentiatiestelsel ontwikkeld. Er zijn speciale voorzieningen voor gedetineerden die extra zorg en/of beveiliging behoeven. Ongeveer 10% van de gedetineerden komt in deze voorzieningen terecht. Het gaat dan met name om gedetineerden die opvallen door manifeste psychische aandoeningen, ernstige gedragsproblemen of dreigend vluchtgevaar. De reguliere screening door de medische diensten en de observaties van het afdelingspersoneel zijn de eerste belangrijke stappen in het proces dat leidt tot detectie en vaak ook tot overplaatsing van gedragsgestoorde gedetineerden met psychiatrische problematiek.

Wij onderzochten de prevalentie van psychiatrische problematiek bij gedetineerden die op de reguliere, niet-gespecialiseerde afdelingen achterblijven. Zij maken zo'n 90% van de Nederlandse gevangenispopulatie uit. Daarnaast onderzochten wij in hoeverre de behoefte aan zorg, 'normatief' vastgesteld in het prevalentieonderzoek, overeen leek te komen met de subjectieve zorgbehoefte van de gedetineerden zelf. Met andere woorden: hebben gedetineerden die volgens de DSM-criteria een psychiatrische stoornis hebben zelf behoefte aan hulp? En welke mechanismen zijn van invloed op deze hulpbehoefte en de uiting daarvan?

PATIËNTEN EN METHODEN

DEELNEMERS

Wij voerden een dwarsdoorsnedeonderzoek uit in de Penitentiaire Inrichtingen (PI) in Vught. De totale capaciteit van de PI Vught bedroeg tijdens het onderzoek ongeveer 700 cellen, waarvan ongeveer een kwart bestemd was voor bijzondere groepen gedetineerden. Aanvankelijk omvatte de steekproef 309 'at random' geselecteerde gedetineerden tijdens de eerste fase van hun verblijf op de reguliere afdelingen van het huis van bewaring of de gevangenis. Van de 15 gedetineerden die gemid-

deld per week op deze 'gewone' afdelingen binnenstroomden, werden er gedurende een periode van 10 maanden wekelijks 8 willekeurig geselecteerd. Als 8 of minder gedetineerden instroomden, werden alle nieuwe gedetineerden van die week opgenomen in de steekproef.

Vanwege onoverkomelijke taalproblemen, plotselinge overplaatsing of invrijheidstelling vielen 41 gedetineerden af. Van de overgebleven 268 gedetineerden die benaderd werden voor deelname aan de studie, weigerden er 50 (19%) mee te doen. De overgebleven 218 proefpersonen gaven schriftelijke toestemming voor deelname. De uiteindelijke studie is echter gebaseerd op de informatie van 191 gedetineerden, omdat er nog 27 gedetineerden afvielen die ontslagen werden uit de instelling voordat de vragenlijsten en interviews konden worden afgenomen. Non-responsanalyses lieten echter geen significante verschillen zien met betrekking tot leeftijd en het type delict.

ONDERZOEKSTECHNIKEN EN VRAGENLIJSTEN

Bij de 191 gedetineerden werd het 'Mini international neuropsychiatric interview' (MINI) afgenomen.⁵ Dit instrument gebruikten wij voor de classificatie van 17 belangrijke stoornissen op as I van de DSM-III-R (zie Uitleg) en voor het vaststellen van de antisociale persoonlijkheidsstoornis. Met de 'Symptom checklist-90' (SCL-90) werden psychische klachten bij deelnemers gemeten via zelfbeoordeling.⁶ De 'NEO personality inventory' (NEO-PI-R) is een vertaling en bewerking van de NEO-PI-R die ontwikkeld is in de VS.⁷ Met deze test werden de vijf belangrijkste domeinen van persoonlijkheid bij volwassenen gemeten: neuroticisme, extraversie, openheid, altruïsme en consciëntieusheid.

De 'angst' voor psychologische of psychiatrische behandeling maten wij met de 'Thoughts about therapy survey' (TAPS).^{8,9} Deze lijst is vertaald door de eerste auteur van dit artikel en brengt achtereenvolgens de volgende 4 angsten in beeld: 'image concern' (de angst om jezelf negatief te beoordelen als iemand die behandeling nodig heeft), 'stigma concern' (de angst om door anderen negatief te worden beoordeeld als gevolg van het zoeken van hulp), 'coercion concern' (de angst om bepaalde gevoelens en gedachten te krijgen en hierover te moeten spreken tegen de eigen wil) en 'therapist responsiveness' (angst om door een incompetent behandelbaar onvoldoende begrepen te worden). Naast een score op deze deelgebieden levert de TAPS ook een totaalscore op.

De houding ten aanzien van professionele hulp werd vastgesteld met de 'Attitudes toward seeking professional psychological help scale-abbreviated' (ATSPPHS-abr).¹⁰ Deze lijst bestaat uit 29 items en werd eveneens vertaald door de eerste auteur van dit artikel.

Tot slot werd een zelf ontwikkelde vragenlijst afgenomen, de 'Subjective need for help questionnaire' (SNHQ).¹¹

Hiermee onderzochten wij de door de gedetineerde zelf ervaren behoefte aan hulp op 7 terreinen: emoties, cognities, sociale vaardigheden, agressie/impulsiviteit, verslaving, interpersoonlijke relaties en seksualiteit. Gedetineerden konden daarbij aangeven of er verschillen waren tussen hun feitelijke en hun gewenste functioneren op deze gebieden en, zo ja, of zij een dergelijk verschil als een probleem ervoeren. Voor alle psychosociale problemen die de gedetineerde noemde, werd verder nagevraagd of hij of zij een relatie legde met het verblijf in detentie en behoefte had aan hulp voor de genoemde problemen. De SNHQ werd op twee momenten afgenomen, namelijk als eerste en als laatste test in de testbatterij.

STATISTISCHE ANALYSE

Van de psychiatrische stoornissen werden de prevalenties in percentages en de bijbehorende 95%-betrouwbaarheidsintervallen berekend. Om de factoren te identificeren die van invloed zijn op het hebben van een subjectieve hulpvraag (SNHQ-scores) vergeleken wij de groep gedetineerden die een consistente behoefte aan hulp hadden uitgesproken ($n = 68$) met de gedetineerden die op beide meetmomenten consistent geen enkele hulpvraag hadden geuit ($n = 67$). Deze groepen werden voor een aantal kenmerken vergeleken met behulp van t -toetsen en χ^2 -toetsen. Verschillen waarbij $p < 0,01$ beschouwden wij als statistisch significant.

TABEL 1 Prevalentie van psychiatrische stoornissen bij 191 gedetineerden, vastgesteld met het 'Mini international neuropsychiatric interview' (MINI)

psychiatrische stoornis		prevalentie % (95%-BI)
ADHD (kindertijd)	'lifetime'-diagnose	37,7 (30,8-44,6)
ADHD (volwassen)	huidige diagnose	4,2 (1,3-7,0)
antisociale persoonlijkheidsstoornis	huidige diagnose	36,6 (29,7-43,5)
drugsverslaving	in het afgelopen jaar	29,8 (23,3-36,3)
alcoholverslaving	in het afgelopen jaar	27,7 (21,3-34,1)
suïcidale gedachten	in de afgelopen maand	18,3 (12,8-23,8)
	hoog risico	3,7 (1,0-6,4)
	gemiddeld risico	5,2 (2,0-8,4)
	laag risico	9,4 (5,2-13,6)
angststoornis	huidige diagnose	11,5 (6,9-16,1)
depressie	huidige diagnose	9,4 (5,2-13,6)
psychotische stoornis	huidige diagnose	0,5 (0-1,5)
psychotische stoornis	'lifetime'-diagnose	4,2 (1,3-7,0)
≥ 1 as I-stoornis (exclusief verslaving)	huidige diagnose	22,0 (16,1-28,0)
≥ 1 as I-stoornis (inclusief verslaving)	huidige diagnose	56,5 (49,5-63,7)
≥ 1 as I-stoornis (inclusief verslaving)	'lifetime'-diagnose	81,7 (76,2-87,2)
≥ 1 as I-stoornis (inclusief verslaving en antisociale persoonlijkheidsstoornis)	huidige diagnose	68,1 (62,4-74,8)

RESULTATEN

Ongeveer 4 op de 5 gedetineerden (81,7%; 95%-BI: 76,2-87,2) had ooit eerder een psychiatrische diagnose. Verslaving en antisociale persoonlijkheidsstoornissen zijn hierbij meegerekend (tabel 1). ADHD (37,7%) en de antisociale persoonlijkheidsstoornis (36,6%) kwamen het vaakst voor. Meer dan de helft van de 191 gedetineerden had een actuele stoornis (inclusief verslaving) op as I van de DSM (56,5%; 95%-BI: 49,5-63,7). Bij de gedetineerden die op reguliere afdelingen verbleven – dit zijn afdelingen die niet in zorg gespecialiseerd zijn – vonden wij geen bipolaire stoornissen en slechts 1 van deze gedetineerden (0,5%; 95%-BI: 0-1,5) had een psychotische stoornis.

Zoals eerder opgemerkt, bestond de steekproef uit gedetineerden in preventieve hechtenis en reeds 'veroordeelde' gedetineerden. Bij de groep in preventieve hechtenis was het suïciderisico, ingedeeld in 3 categorieën, groter ($\chi^2 (3) = 12,1; p < 0,01$). De 'gestrafte' gedetineerden vertoonden juist een significant hogere prevalentie van antisociale persoonlijkheidsstoornissen ($\chi^2 (1) = 15,7; p < 0,01$).

Van de gedetineerden met een actuele psychiatrische stoornis op as I van de DSM (inclusief verslaving) had 64,9% één of meer subjectieve hulpvragen, zoals bleek uit

UITLEG

Binnen de muren van een penitentiaire inrichting coördineren inrichtingspsycholoog, forensisch psychiater, arts en verpleegkundige de individuele zorg, die vorm krijgt in het psychomedisch overleg (PMO). Het PMO maakt deel uit van de basiszorg voor alle gedetineerden. Naast kortdurende psychologische interventies gaat het hierbij om medicamenteuze behandeling. Het PMO adviseert tevens het afdelingspersoneel dat verantwoordelijk is voor de dagelijkse begeleiding. Deze begeleiding heeft vaak een steunend en structurerend karakter.

Als de individuele zorg ontoereikend is en de verblijfsituatie van de gedetineerde onvoldoende is afgestemd op zijn of haar problemen, kan men de gedetineerde overplaatsen van een reguliere afdeling naar een afdeling die meer in zorg gespecialiseerd is. Bij ernstige problematiek kan ook een indicatie worden afgegeven voor behandeling buiten de strafinrichting, in een ggz-instelling. Vrijwilligheid is daarbij het uitgangspunt en de overplaatsing moet maatschappelijk aanvaardbaar zijn, denk bijvoorbeeld aan vluchtgevaar.

Als gevolg van het beleid 'Vernieuwing forensische zorg' zullen in de loop van 2009 de kleinere zorgafdelingen, die verspreid over het land liggen, geconcentreerd worden in 5 grote penitentiaire psychiatrische centra.

TABEL 2 Vergelijking van de scores op 4 vragenlijsten (SCL-90, NEO-PI-R, ATSPPHS-abr en TAPS) tussen gedetineerden met een subjectieve hulpbehoefte en gedetineerden die geen enkele behoefte aan hulp hadden

vragenlijst	subjectieve hulpbehoefte		t-toets: t-waarde; p-waarde
	wel behoefte; gemiddelde (SD) (n = 68)	geen behoefte; gemiddelde (SD) (n = 67)	
SCL-90			
psychoneuroticisme	163,9 (57,8)	122,5 (33,2)	5,1; < 0,01
NEO-PI-R			
altruïsme	158,7 (19,2)	161,5 (15,7)	1,0; 0,30
consciëntieusheid	152,2 (19,6)	167,1 (19,7)	4,4; < 0,01
neuroticisme	147,7 (24,9)	121,5 (17,6)	7,0; < 0,01
extraversie	156,0 (18,0)	161,9 (17,4)	1,9; 0,06
openheid	151,1 (18,7)	148,2 (15,4)	1,0; 0,32
ATSPPHS-abr	19,3 (5,3)	13,5 (6,7)	5,6; < 0,01
TAPS			
TAPS-TR	12,3 (6,4)	10,3 (4,7)	2,1; < 0,05
TAPS-IC	14,3 (7,1)	10,2 (3,8)	4,2; < 0,01
TAPS-CC	7,5 (4,1)	6,2 (3,5)	2,0; < 0,05
TAPS-SC	20,9 (10,3)	16,9 (7,4)	2,6; < 0,05
TAPS-totaalscore	55,0 (22,7)	43,5 (15,5)	3,4; < 0,01

SCL = 'Symptom checklist'-90; NEO-PI-R is een persoonlijkheidstest; ATSPPHS-abr = 'Attitudes toward seeking professional psychological help scale-abbreviated'; TAPS = 'Thoughts about therapy survey'; TR, IC, CC en SC zijn onderdelen van de TAPS.

de meting met de SNHQ. Wanneer we ons beperken tot deze gedetineerden, zien we dat de subjectieve hulpvraag bij deze groep in 49,3% van de gevallen ook leidde tot contacten met de intramurale psychologische-psychiatrische hulpverlening.

Tabel 2 laat zien dat gedetineerden met een subjectieve vraag om hulp significant meer psychiatrische-psychologische klachten rapporteerden op de SCL-90. Daarnaast scoorden deze gedetineerden met een uitgesproken behoefte aan psychosociale hulp op de NEO-PI-R significant hoger op 'neuroticisme' en lager op 'consciëntieusheid'. Dit weerspiegelt een hogere emotionele instabiliteit en een lagere zelfdiscipline en competentie. Een positievere houding ten aanzien van hulp (ATSPPHS-abr) blijkt ook kenmerkend voor gedetineerden met subjectieve hulpbehoeften. Opmerkelijk genoeg echter was de angst voor behandeling in deze groep groter dan in de groep die geen behoefte aan hulp had, op alle domeinen van de TAPS.

Gedetineerden kunnen te kennen geven dat ze een psychosociaal probleem hebben zonder dat zij zelf ook om

hulp vragen. De psychosociale problemen van deze gedetineerden komen tot uitdrukking in de significant hogere scores op de SCL-90 en op de schaal voor neuroticisme van de NEO-PI-R (tabel 3). Deze gedetineerden hadden ook significant meer angst voor behandeling, zoals bleek uit de TAPS-score, maar hun attitude ten opzichte van behandeling week niet af van die van gedetineerden zonder psychosociaal probleem.

Tot slot bleken ruim 4 op de 10 gedetineerden (41,9%) al vóór hun detentie ooit contact te hebben gehad met een instelling voor geestelijke gezondheidszorg. Interessant is dat deze gedetineerden gemiddeld ook een positievere attitude ten opzichte van behandeling hadden dan de gedetineerden zonder eerdere hulpcontacten ($p < 0,01$). Verder hing de angst voor behandeling sterk samen met het hebben van psychiatrische-psychologische klachten. De correlatie tussen de TAPS-totaalscore en de score op de 'psychoneuroticisme'-schaal van de SCL-90 was 0,62 ($p < 0,01$). De behandelangst leek toe te nemen naarmate de psychische klachten groter waren.

DISCUSSIE

De prevalentie van psychiatrische stoornissen was hoog in onze onderzoekspopulatie, ondanks de exclusie van gedetineerden die niet op reguliere, maar op specialistische detentieafdelingen verbleven. Daar bevindt zich,

TABEL 3 Verschillen tussen degenen met en zonder psychosociale problemen in de groep gedetineerden die geen behoefte aan hulp hadden

vragenlijst	geen behoefte aan hulp		t-toets: t-waarde; p-waarde
	geen psychosociaal probleem; gemiddelde (SD) (n = 46)	wel psychosociaal probleem; gemiddelde (SD) (n = 21)	
SCL-90			
psychoneuroticisme	110,0 (23,7)	149,9 (35,1)	4,7; < 0,01
NEO-PI-R			
consciëntieusheid	172,5 (19,3)	155,8 (15,7)	3,7; < 0,01
neuroticisme	116,2 (16,2)	132,5 (15,4)	3,9; < 0,01
TAPS			
TAPS-TR	9,1 (4,4)	12,5 (4,6)	2,8; < 0,01
TAPS-IC	9,0 (2,8)	12,7 (4,4)	3,6; < 0,01
TAPS-CC	5,4 (2,5)	7,8 (4,6)	2,3; < 0,05
TAPS-SC	15,0 (5,1)	20,8 (9,6)	2,4; < 0,05
TAPS-totaalscore	38,5 (10,9)	53,8 (18,6)	3,5; < 0,01

SCL = 'Symptom checklist'-90; NEO-PI-R is een persoonlijkheidstest; TAPS = 'Thoughts about therapy survey'; TR, IC, CC en SC zijn onderdelen van de TAPS.

zoals gezegd, ongeveer 10% van de gedetineerdenpopulatie. Als we de diagnose ‘verslaving’ meetellen, had 56,5% een as I-stoornis volgens de resultaten van de MINI. Bipolaire en psychotische stoornissen werden echter niet of nauwelijks aangetroffen in de onderzochte groep.

Dit suggereert dat het huidige ‘screeningssysteem’ gedetineerden met in het oog springende psychiatrische symptomen, zoals waandenkbeelden en ontremd gedrag, in een vroegtijdig stadium weet te detecteren en te verwijzen naar afdelingen met specialistische regimes. Dit screeningssysteem is gebaseerd op observaties van het personeel en de eerste screening van de medische diensten. Problematischer lijkt de detectie van suïcidaliteit, alsmede angst- en stemmingsstoornissen. Zo schatten men het suïciderisico als substantieel in bij 3,7% van de onderzochte gedetineerden.

Ons onderzoek laat verder zien dat een psychiatrische stoornis die is vastgesteld aan de hand van de DSM-criteria, zeker niet hoeft te betekenen dat de betreffende gedetineerde een behoefte aan hulp ervaart. Substantiële verschillen tussen de prevalentie van psychiatrische morbiditeit en de feitelijke zorgconsumptie zijn echter ook in de vrije samenleving niet ongebruikelijk.¹² Het gesloten karakter van de detentie met haar eigen gedragscodes kan echter extra drempels opwerpen,¹³ die maken dat gedetineerden moeite hebben om hulp te vragen.

Angst voor stigmatisering (bijvoorbeeld: ‘mensen die om hulp vragen zijn zwak’) en het verlies van het zelfbeeld spelen in de detentiecultuur een belangrijke rol. Het zoeken van hulp (‘approach’) is niet alleen gerelateerd aan de ernst van psychiatrische klachten en persoonlijkheidskenmerken, maar ook aan de houding ten opzichte van de behandeling. De vermijding van zorg (‘avoidance’) wordt mede bepaald door angst voor behandeling. Deze angst bleek in ons onderzoek groter te zijn naarmate de zelf gerapporteerde ernst van de psychische klachten groter was. Dit wijst op een zogenaamd ‘approach-avoidance’-conflict.¹⁴ Daarbij nemen de motieven om hulp te vermijden recht evenredig toe met het sterker worden van de motieven om hulp te zoeken.

Ons onderzoek kent een aantal methodologische beperkingen. Zo kunnen wij niet uitsluiten dat er selectiebias was door het relatief hoge aantal gedetineerden dat uiteindelijk niet mee kon of wilde doen aan het onderzoek. In de groep van weigeraars zouden specifieke psychiatrische stoornissen namelijk een reden kunnen zijn geweest om deelname te weigeren. Verder was de steekproef niet

- **De prevalentie van psychiatrische problemen is hoog onder gedetineerden in Nederland.**
- **Psychotische stoornissen lijken adequaat gedetecteerd te worden.**
- **Suïcidaliteit en andere, internaliserende stoornissen bij gedetineerden worden mogelijk nog onvoldoende herkend.**
- **Naarmate de motieven om hulp te zoeken sterker worden, lijken de motieven om deze hulp te vermijden recht evenredig toe te nemen.**
- **De drempels om in de gevangenis hulp te vragen en te krijgen moeten worden verlaagd.**

willekeurig getrokken uit alle penitentiaire inrichtingen in Nederland, maar was deze beperkt tot een grote inrichting in het zuiden van het land. De instroom in de penitentiaire inrichting waar het onderzoek plaats had, was echter op formele gronden identiek aan de instroom bij andere instellingen.

De vertaalde vragenlijsten lieten weliswaar een voldoende tot goede interne consistentie zien, maar zijn nog niet gevalideerd voor de Nederlandse situatie; ook dat is een beperking van het onderzoek. Tot slot was de omvang van de steekproef beperkt. Daardoor waren de 95%-betrouwbaarheidsintervallen zo groot dat diverse conclusies met voorzichtigheid moeten worden getrokken.

In het huidige beleid staan de observaties van het bewarend personeel en de screenende rol van de medische diensten, zoals geleverd door bijvoorbeeld de huisartsen, centraal. Daarin hoeft weinig te veranderen voor zover het gaat om gedetineerden met ernstige psychotische symptomen. Voor gedetineerden met andere stoornissen, waaronder ernstige depressieve klachten en angststoornissen, lijkt aanvullend psychiatrisch-psychologisch beleid gewenst. De maatschappelijke en professionele aandacht voor deze thematiek is echter beperkt.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: het onderzoek is mogelijk gemaakt door een financiële bijdrage van het ministerie van Justitie.

Aanvaard op 10 juni 2009

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2009;153:A634

[➤ Meer op www.ntvg.nl/onderzoek](http://www.ntvg.nl/onderzoek)

LITERATUUR

- 1 Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet*. 2002;359:545-50.
- 2 Bulten BH. *Gevangen tussen straf en zorg* [proefschrift]. Amsterdam: Kluwer; 1998.
- 3 Van Panhuis PJ. *De psychotische patiënt in de TBS: van Kwaad tot erger* [proefschrift]. Deventer: Gouda Quint; 1997.
- 4 Baillargeon J, Binswanger IA, Penn JV, Williams BA, Murray OJ. Psychiatric disorders and repeat incarcerations: the revolving prison door. *Am J Psychiatry*. 2009;166:103-9.
- 5 Lecrubier Y, Sheenan D, Weiler E, Amorium P, Bonora I, Sheenan K, et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and according to the CIDI. *European Psychiatry*. 1997;12:224-31.
- 6 Arrindell WA, Ettema JH. *SCL-90: handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator*. Lisse: Swets en Zeitlinger; 1986.
- 7 Costa PT, McCrae RR. *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and the Five Factor Inventory (NEO-FFI): professional manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources; 1992.
- 8 Kushner MG, Sher KJ. Fear of psychological treatment and its relation to mental health service avoidance. *Professional Psychology: Research and Practice*. 1989;20:251-7.
- 9 Kushner MG, Sher KJ. The relation of treatment fearfulness and psychological service utilization: an overview. *Professional Psychology: Research and Practice*. 1991;22:196-203.
- 10 Fischer EH, Farina A. Attitudes toward seeking professional psychological help: a shortened form and considerations for research. *Journal of College Student Development*. 1995;36:368-73.
- 11 Bulten E. *Subjective Need for Help Questionnaire (SNHQ)*. Nijmegen; 2009.
- 12 Vollebergh WA, de Graaf R, ten Have M, Schoemaker CG, Dorsselaer S, Spijker J, et al. *Psychische stoornissen in Nederland. Overzicht van de resultaten van NEMESIS*. Utrecht: Trimbos-instituut; 2003.
- 13 Kupers TA. Toxic masculinity as a barrier to mental health treatment in prison. *Journal of Clinical Psychology*. 2005;61:713-4.
- 14 Elliot AJ, Freidman R. Approach-Avoidance: a central characteristic of personal goals. In: Little BR, Salmela-Aro SD, Phillips K, editors. *Personal Project Pursuit*. New York: Lawrence Erlbaum Associates; 2007. p. 97-118.