

# Onderdiagnostiek van autisme in de forensische ggz

## Inleiding

Binnen de forensische geestelijke gezondheidszorg (ggz) worden mensen behandeld met een psychische stoornis waarbij wordt aangenomen dat de persoon een delict heeft gepleegd mede als gevolg van de stoornis. De rechter kan een behandelverplichting opleggen als onderdeel van een (voorwaardelijke) strafmaatregel met tot doel recidive te voorkomen en de maatschappelijke veiligheid te vergroten (Dienst Justitiële Inrichtingen, 2020). Volgens cijfers van de Dienst Justitiële Inrichtingen (2019) zijn verslaving (25,4%), persoonlijkheidsstoornissen (14,6%) en psychotische stoornissen (12,8%) de meest voorkomende stoornissen binnen de forensische ggz.

Over de prevalentie van autismespectrumstoornissen (ASS) binnen de forensische ggz is relatief weinig bekend (Bloem, Nijman, & Bulten, 2011). De beschikbare studies hierover geven wisselende cijfers: de prevalentiecijfers van gedetineerden met ASS in het Verenigd Koninkrijk liepen uiteen van 1% tot 28% (Allen *et al.*, 2007). Andere studies (Cashin & Newman, 2009) impliceren een oververtegenwoordiging van justitiabelen met ASS (10-15%) ten opzichte van de prevalentie in de algemene bevolking (1%) (GGZ Standaarden, 2020).

Er zijn sterke aanwijzingen voor onderdiagnostiek van ASS binnen de forensische ggz (Cashin & Newman, 2009). Egger, Tuinier en Oei (2005) geven als een van de redenen dat psychiatrische stoornissen geclassificeerd worden op basis van gedrag. Het classificeren op basis van (*acting-out*) gedrag (*'stating-the-obvious'*) zou leiden tot een diagnostische bias: probleemgedrag bij forensisch psychiatrisch patiënten wordt eerder aan een persoonlijkheidsstoornis toegerekend dan aan een ontwikkelingsstoornis (Anckarsäter *et al.*, 2006; Fitzgerald & Corvin, 2001; Reid, 2009).

Een verkeerde diagnose of het missen van een diagnose heeft potentieel grote gevolgen voor de behandeling (Martin, Hynes, Hatcher, & Colman, 2016). Daarnaast wordt de persoonlijke benadering van hulpverleners beïnvloed door de diagnose (King, 2014; Sheehan, Nieweglowski, & Corrigan, 2016). Ook het zelfstigma van de patiënt wordt beïnvloed door de diagnose (Rüsch, Corrigan, Todd, & Bodenhausen, 2010). Beide factoren zijn daarmee van invloed op de therapeutische relatie (Aviram, Brodsky, & Stanley, 2006; Kaasenbrood, Hutsebaut, & Kaasenbrood, 2017). Een goede therapeutische relatie is een belangrijke voorwaarde voor een effectieve behandeling (Catty, 2004; Den Besten & Bal, 2015).

Deze gevalsbeschrijving belicht het thema onderdiagnostiek van ASS binnen de forensische ggz en de gevolgen die dit kan hebben voor het dagelijks leven van de betrokkene. Beschreven wordt hoe de verpleegkundige in opleiding tot specialist ggz (vios) met behulp van verpleegkundige diagnostiek bijdraagt aan (het bijstellen van) de psychiatrische diagnostiek en daarmee aan een effectieve behandeling.

## Casusbeschrijving

### Biografie

Martin\* is een alleenstaande 60-jarige man die zelfstandig woont. Hij is opgegroeid in een gezin met zijn moeder, stiefvader, een halfbroertje en halfzusje. In zijn jeugd is Martin veelvuldig mishandeld door zijn stiefvader. Martin is universitair opgeleid. Hij heeft sinds zijn twintigste terugkerende depressieve periodes. In het verleden heeft Martin gewerkt via uitzendbureaus, maar wist banen niet te behouden vanwege psychische klachten of conflicten met leidinggevenden. Martin heeft een aantal vriendschappen. Hij maakt kunst, houdt reptielen en is lid van een wielrenvereniging. Hij heeft schulden en staat onder bewind.

### Aanmeldreden

Martin heeft zich in 2017 verbaal en fysiek agressief geuit tijdens een ruzie met een kapster. Kort daarna pleegde hij onder invloed van alcohol huisvredebreuk bij een buurvrouw, naar eigen zeggen om geluidsoverlast te stoppen. Hij werd voor deze zaken voorwaardelijk veroordeeld met een behandelverplichting als bijzondere voorwaarde. Deze behandeling wordt uitgevoerd door het Forensisch FACT-team. De behandeling was na intake niet op gang gekomen; Martin verscheen

\* Martin is een gefingeerde naam. Hij heeft toestemming gegeven voor gebruik van zijn geanonimiseerde gegevens.

nauwelijks op afspraken en had zich vijandig opgesteld. Het intakeverslag vermeldt een depressieve stoornis, een stoornis in alcoholgebruik en dat er *'mogelijk sprake is van een persoonlijkheidsstoornis'*, zonder verdere toelichting. In januari 2020 is het dossier aan de vios overgedragen.

### **Medische en verpleegkundige diagnostiek**

Vanuit het medisch-psychiatrisch onderzoek is een psychiatrische structuurdiagnose (Hengeveld & Schudel, 2003) opgesteld en zijn DSM-5 classificaties (American Psychiatric Association, 2014) toegekend. Martins functioneren is in kaart gebracht met de gezondheidspatronen van Gordon (2008). Er bleken ernstige disfuncties in het activiteitenpatroon, slaap-rustpatroon, cognitie- en waarnemingspatroon, zelfbelevingspatroon, rollen- en relatieprobleem, stressverwerkingspatroon en waarde- en levensovertuigingenpatroon. De vios heeft de etiologische factoren van de verpleegproblemen geanalyseerd en zorgresultaten geformuleerd en geprioriteerd. Vanwege de forensisch psychiatrische prioritering zijn de verpleegproblemen binnen het stressverwerkingspatroon en het cognitie- en waarnemingspatroon in deze gevalsbeschrijving uitgewerkt. De verpleegproblemen zijn geclassificeerd met de NANDA (Herdman & Kamitsuru, 2017); de etiologie en symptomen zijn beschreven met de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (World Health Organization, 2007).

### **Gepersonaliseerde beschrijvende diagnose**

Psychiatrisch gezien is er sprake van een depressieve stoornis (ernstig, gedeeltelijk in remissie) – (DSM-5 296.33) en een stoornis in alcoholgebruik (matig, in vroege remissie) – (DSM-5 303.90). Martin heeft geen somatische klachten.

Verpleegkundig diagnostisch is er sprake van overbelasting (NANDA 00177) zich uitend in prikkelbaar gedrag (ICF b1304.3), een ernstige stoornis in tijdmanagement (ICF b1642.3), hyperventilatie (ICF b440.3) en somberheid (ICF b1522.3). Dit wordt in stand gehouden door een ernstige stoornis in inzicht in de eigen problematiek (ICF b1644.2), een ernstige stoornis in het reguleren van de stemming (ICF 1521.3) en een ernstige stoornis in cognitieve flexibiliteit (ICF b1643.3).

Daarnaast is er sprake van defensieve coping (NANDA 00071). Dit blijkt uit een ernstige beperking in het omgaan met stress (ICF d2401.3), een ernstige beperking in inzicht (ICF b1644.3) en een ernstige beperking in het reguleren van gedrag in gezelschap (ICF d7202.3). Dit wordt in stand gehouden door een ernstige stoornis in

inschikkelijkheid (ICF b1261.3) en de eerdergenoemde ernstige stoornis in inzicht in de eigen problematiek (ICF b1644.2). Deze kwetsbaarheden leiden tot een ernstig participatieprobleem in het maatschappelijk leven (ICF d910.3) en conflicten in intermenselijke interacties (ICF d720.3).

Ernstig belemmerende externe factoren zijn persoonlijke attitudes van burens (ICF e425.3) en andere dienstverleners (ICF e455.3) vanwege eerdere conflicten.

Aanzienlijk beschermende factoren zijn familie (ICF e310.+3), vrienden (ICF e320.+3), hulpverleners in de gezondheidszorg (ICF e355.+3) (reclassering, ForFACT) en andere dienstverleners (ICF e360.+3) (bewindvoerder, wijkbeheerder). Aanzienlijk ondersteunende factoren zijn Martins hobby's (ICF e350.+3) en interesses (ICF d9201.+3).

Martin omschrijft zichzelf als een intelligente man. Zijn coping is externaliserend met een primitieve afweer: bij conflicten legt hij de schuld buiten zichzelf, diskwalificeert hij anderen en wordt hij verbaal of fysiek agressief. Martin heeft geen hulpvraag.

### Behandeling

Behandeling binnen de forensische ggz heeft tot doel klachten te verminderen en daarmee het recidiverisico te verlagen (Bonta & Andrews, 2007). Voor een herstelgerichte forensisch psychiatrische behandeling wordt het *Risk-Need-Responsivity* (RNR)-model gebruikt (Bonta & Andrews, 2011). Het RNR-model brengt het risico (*Risk*), de zorgbehoefte (*Need*) en de responsiviteit (*Responsivity*) in kaart (Van Horn, Eisenberg, & Uzieblo, 2016). De frequentie van behandelcontacten en behandelduur worden volgens het risicoprincipe afgestemd op het recidiverisico: hoe hoger dit risico, hoe frequenter de contacten en hoe langer de behandeling. Het zorgbehoefteprincipe richt zich op behandeling van criminogene risicofactoren, zoals antisociale attitude, impulsiviteit en slechte copingvaardigheden. Een responsieve behandeling sluit aan op de motivatie, leerstijl en intelligentie van de patiënt: hierbij zijn de therapeutische relatie en behandelomgeving van belang (Bonta & Andrews, 2007). In de ambulante forensische ggz wordt de Forensisch Ambulante Risico Evaluatie (FARE) gebruikt om het recidiverisico inzichtelijk te maken. De FARE drukt aan de hand van statische en dynamische risicofactoren van een patiënt het recidiverisico uit in een percentage (Van Horn *et al.*, 2016). Het recidiverisico van Martin werd door de FARE laag (23%) ingeschat. Vanwege dit lage recidiverisico werd volgens het risicoprincipe een laagfrequent behandelcontact (eens per twee weken) voorgesteld met als doel contactopbouw, het komen tot een gezamenlijke

probleemdefinitie en vervolgens een hulpvraag formuleren als start van de behandeling. Martin ging hiermee akkoord.

### **Beloop en resultaten**

Gedurende behandelcontacten oreerde Martin, waarbij opviel dat er weinig wederkerigheid was, hij moeilijk te onderbreken was en overmatig oogcontact maakte. Martins levensverhaal liet een patroon zien van conflicten en moeizaam verlopende sociale contacten. Hij heeft zeer specifieke interesses en is overgevoelig voor (verkeers)geluiden. Martin bleek deze klachten sinds zijn vroege jeugd te hebben. Deze klachten belemmeren hem aanzienlijk in zijn dagelijks leven. De vios deelde haar vermoeden met Martin dat de klachten en moeilijkheden mogelijk het gevolg konden zijn van een ASS en dat aanvullend onderzoek de moeite waard zou zijn, maar hij zei dit niet te willen. Hij hield vast alleen maar last te hebben van depressies en boosheid.

De vios besteedde vervolgens aandacht aan de betekenis die een diagnose had voor Martin: stigmatisering. De 'voor- en nadelen' van een diagnose werden door de vios uitgelegd: behandeling op maat versus 'doormodderen' en ontkennen. Het minder nadruk te leggen op de classificatie en meer op de klachten (overbelasting en overprikkeling) bleek een belangrijke doorbraak voor de therapeutische relatie: Martin vertelde dat hij eerder in behandeling was geweest bij een ggz-instelling. De vios wist Martin op basis van vertrouwen te verleiden toestemming te geven voor het opvragen van eerdere behandelinformatie. Uit deze behandelinformatie bleek dat er bij Martin eerder gedacht was aan ASS. Dit werd nu met hem besproken, met nadruk op zijn ervaren lijden en erkenning daarvan. Martin gaf in een volgend gesprek aan zijn zelfmanagement te willen verbeteren door beter om te leren gaan met prikkels. Hiervoor werd met Martin geïnventariseerd wat bij hem voor overprikkeling zorgde en ontstond er met deze gesprekken ruimte in de behandeling voor verdere diagnostiek.

De voorgeschiedenis, (sociale) beperkingen en klachten zijn door de vios in kaart gebracht met het DSM-5 interview autismespectrumstoornis (Spek, 2015). De zus van Martin werd met zijn toestemming uitgenodigd voor een telefonische hetero-anamnese. De (vroegkindelijke) traumatische ervaringen werden nagevraagd met de Life Events Checklist (LEC 5) (Boeschoten, Bakker, Jongedijk, & Olf, 2015). De vios heeft een CAPS-5 interview (Boeschoten *et al.*, 2014) gedaan om trauma-gerelateerde klachten te inventariseren. Martin bleek niet te voldoen aan de criteria van een posttraumatische stresstoornis (PTSS). De score op de screeningsvragenlijst van de SCID-5 (American Psychiatric Association, 2017) gaf geen aanleiding voor verdere diagnostiek naar een persoonlijkheidsstoornis. Vanuit de diagnostische

informatie werd geconcludeerd dat de klachten van Martin het beste verklaard konden worden vanuit een ASS.

Dit leidde tot een multidisciplinaire evaluatie en bijstelling van het handelbeleid – met ASS als nieuwe psychiatrische hoofddiagnose. De vios gebruikte bij dit beleid de multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van autismespectrumstoornissen bij volwassenen (Trimbos-instituut, 2013), de zorgstandaard Autisme (GGZ Standaarden, 2020) en de generieke module Zelfmanagement (GGZ Standaarden, 2016).

De gewenste behandelresultaten zijn in overleg met Martin, volgens het principe van gezamenlijke besluitvorming (GGZ Standaarden, 2020), beschreven met de Nursing Outcome Classification (NOC) (Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2017) en de behandelinterventies met de Nursing Interventions Classification (NIC) (Bulechek, Butcher, Dochterman, & Wagner, 2017).

De behandeldoelen werden gericht op het verbeteren van het psychisch welbevinden door verlagen van het stressniveau (1212) en verbeteren van de coping (1302) – met cliënttevredenheid over communicatie (3002) en voorlichting (3012) als uitgangspunten. De behandeldoelen pasten bij het beïnvloeden van de dynamische risicofactoren ‘gebrekkige-impulsbeheersing’ en ‘disfunctionele-oplossingsvaardigheden’ van de FARE (Van Horn *et al.*, 2016); belangrijke parameters voor het recidiverisico bij Martin en specifiek voor zijn klachten en gedrag als gevolg van overprikkeling.

De interventies richtten zich bij cliënttevredenheid op de opbouw van de therapeutische relatie (5000), counseling (5240) en gezamenlijk doelen stellen (4410). Psycho-educatie (5606) was de insteek voor de eerste behandelgesprekken. De vios koos bewust voor voorlichtingsmateriaal passend bij zijn interesses en intelligentieniveau. Waar Martin zich eerder verzette tegen de diagnose ASS herkende hij zich in de voorbeelden in de psycho-educatie. Met counseling werden opvattingen over ASS besproken en uitgedaagd. Martin herkende zich erg in de overprikkeling. Vervolgens kon dit gekoppeld worden aan zijn overbelasting en defensieve coping. Voor het verlagen van het stressniveau zijn emotionele ondersteuning (5270) en waardering (4364) ingezet. Door zijn overbelasting te erkennen en hem hierin te valideren kwam de dialoog op gang. Zijn zelfmanagement en coping zijn beïnvloed met een vaardigheidstraining in energieregulering (0180), gedragsregulering (4350) en stemmingsregulatie (5330). Martin leerde ontspanningsoefeningen aan (6040) en piekeren te beperken (5250).

De transfer van de geleerde vaardigheden naar zijn eigen omgeving bleek lastig. Conflicten met burens liepen, ondanks vorderingen in de behandeling, hoog op – getuige vijf overlastmeldingen in twee weken. Om een snelle doorbraak te forceren en overprikkeling van Martin te verminderen besloot de vios farmacotherapie (2390) toe te voegen. Op basis van de multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van autismespectrumstoornissen bij volwassenen (Kan *et al.*, 2013) en in samenspraak met Martin werd gekozen voor het opbouwen van risperidon. De medicatie had binnen twee weken een positief effect: Martin was aanzienlijk minder prikkelbaar en had geen last van bijwerkingen. Er werd geen overlast meer gemeld door burens. Indicatoren van de uitkomstmaat cliënttevredenheid lieten een aanzienlijke verbetering zien ten aanzien van communicatie (3002) (+3) en voorlichting (3012) (+3). Waar Martin eerst niet op afspraken verscheen en nooit initiatief tot contact nam met hulpverleners, belde hij nu regelmatig: hetzij ter ondersteuning, hetzij om te vragen wanneer zijn volgende afspraak was.

Binnen de uitkomstmaat stressniveau (1212) zijn ook verbeteringen bereikt: prikkelbaarheid (+3) en emotionele uitbarstingen (+4) zijn verminderd in frequentie. Martin had baat bij de voorgeschreven medicatie en voelde zich minder opgejaagd (+3). Hij kon overprikkeling beter voorkomen (bijvoorbeeld: ramen sluiten als hij last had van verkeersgeluiden).

Door Martin te ondersteunen in het toepassen van copingstrategieën en onnodig stresserende situaties te leren vermijden waarbij hij rekening leerde houden met zijn gevoeligheid voor overprikkeling, zijn indicatoren binnen de uitkomstmaat coping (1302) verbeterd: hij ervaart minder negatieve gevoelens (-3) en heeft vaker een gevoel van controle (+3).

Het recidiverisico berekend met de FARE bleek tijdens evaluatie met 23% ongewijzigd.

### Follow-up

Martin komt wekelijks bij de vios voor training in emotieregulatievaardigheden (4640) en evaluatie van de farmacotherapie (2390). De vios draagt Martin voor haar vertrek 'warm' over aan de psychotherapeut van het FACT-team voor verdere behandeling gericht op ziekteinzicht en coping- en emotieregulatievaardigheden.

## Discussie

In deze casus werd de vios behandelaar van een patiënt met een depressieve stoornis waarbij een persoonlijkheidsstoornis werd vermoed vanuit de intake. Het geuite verzet van patiënt tegen behandeling was in een eerdere fase geïnterpreteerd op een wijze die sturend had kunnen zijn voor het beloop van de behandeling ('mogelijk sprake van een persoonlijkheidsstoornis') (Lugnegård, Hallerbäck, & Gillberg, 2012). Aangezien er in eerste instantie geen eerdere behandelinformatie beschikbaar was, werd er uitgebreide psychiatrische en verpleegkundige diagnostiek ingezet. Er zijn verschillende psychiatrische diagnoses overwogen en op classificatieniveau onderzocht binnen het differentiaaldiagnostisch proces. De bevindingen zijn steeds multidisciplinair besproken. Een persoonlijkheidsstoornis en PTSS werden uitgesloten. De diagnostiek resulteerde in ASS als nieuwe hoofd diagnose, waarmee een passende verklaring werd geboden voor de problemen waar patiënt levenslang op meerdere leefgebieden tegenaan liep (Tebartz van Elst, Pick, Biscaldi, Fangmeier, & Riedel, 2013). Door het zorgvuldig opbouwen van de therapeutische relatie veranderde een behandelverplichting in een behandelwens. De vios heeft het vertrouwen van patiënt gekregen door geduldig en validerend te zijn in het contact en door patiënt ruimte te geven om ontevredenheid te delen. Ook werd regelmatig gevraagd hoe hij zelf de therapeutische alliantie beoordeelde (Den Besten & Bal, 2015).

De vios gebruikte vigerende richtlijnen en zorgstandaarden (GGZ Standaarden, 2016; GGZ Standaarden, 2020; Trimbos-instituut, 2013). Deze boden echter weinig aanknopingspunten voor integratie in een forensisch psychiatrische behandeling. Door gebruik van het RNR-model (Bonta & Andrews, 2007) en ondersteunende literatuur (Bartels & Timmer, 2006; Verkes, Hummelen, Boerema, & Bousardt, 2016) is deze integratie betracht. De vios heeft behandel doelen gekoppeld aan dynamische risicofactoren van de FARE, waarbij werd beoogd het recidiverisico integraal met de behandelresultaten te beïnvloeden. Dit heeft de vios niet kunnen ondersteunen met literatuur.

Aandachtspunt is dat de vios binnen het behandelproces meer gebruik had kunnen maken van de RNR-principes en FACT-werkwijze van het team. Bij het toenemen van het recidiverisico heeft de vios geïntervenieerd met het toevoegen van farmacotherapie. Hierbij had ook gekozen kunnen worden voor acute opschaling van de behandelcontacten en outreachende FACT-zorg door het team vanuit het risicoprincipe van het RNR-model.



Behandeling liet geen effect zien op het recidiverisico gemeten met de FARE, ondanks afname van scores bij dynamische risicofactoren. Dit is te verklaren doordat de patiënt tot zijn 58e een blanco justitiële voorgeschiedenis (de statische risicofactoren) had: een vaste parameter voor het ingeschatte recidiverisico (Van-Horn et al., 2016).

Aanbevolen wordt kritisch te zijn op eerder gestelde psychiatrische diagnoses (Fischer, Jonas, Frey, & Schulz-Hardt, 2005). Het is bekend dat zorgprofessionals de neiging hebben oppositioneel gedrag te scharen onder persoonlijkheidsstoornissen, waarbij een diagnostische bias op de loer kan liggen (Martin, Hynes, Hatcher, & Colman, 2016; Mendel *et al.*, 2011) en ASS vaak over het hoofd wordt gezien (Verkes, Hummelen, Boerema, & Bousardt, 2016). Daarnaast is het aan te bevelen dat er bij het opstellen van richtlijnen en zorgstandaarden aandacht is voor patiënten met een forensisch kader, aangezien dit een ander (complex) perspectief op herstel geeft (Van Gestel-Timmermans, Place, Van Vugt, Van Rooijen, & Van Nieuwenhuizen, 2015; Ward & Brown, 2004).

## Conclusie

Deze gevalbeschrijving illustreert onderdiagnostiek van ASS binnen de forensische ggz en de gevolgen die dit kan hebben voor het dagelijks leven én de behandeling. Daarnaast wordt aangetoond hoe verpleegkundige diagnostiek naast psychiatrische diagnostiek kan leiden tot een herziening van eerder gestelde psychiatrische diagnoses. Vigerende richtlijnen en zorgstandaarden bieden weinig aanknopingspunten voor toepassing binnen de forensische ggz, waar het vooral van belang is het recidiverisico te beïnvloeden met behandeling: het RNR-model in combinatie met de FARE bieden hierbij houvast.

## Summary

Prevalence of personality disorders in forensic mental health is high. There are strong indications that an autism spectrum disorder (ASD) diagnosis is regularly missed within the forensic psychiatric population. A possible explanation for this phenomenon is a diagnostic bias of health care professionals. Disruptive behaviour is often labelled as a personality trait, and could therefore be mistaken for a personality disorder symptom. Missing an ASD diagnosis and instead diagnosing a personality disorder potentially has major consequences. A personality disorder diagnosis affects the health care professionals' approach and determines the focus of treatment. This case description describes how nursing diagnostics in addition to the psychiatric evaluation results in a revised diagnosis. Prevailing guidelines and evidence based standards offer few leads on how to treat psychiatric symptoms of forensic psychiatric patients in relation to rehabilitation and reducing the risk of recidivism: the RNR model and FARE provide guidance for health care professionals.

*Keywords:* underdiagnosis, autism spectrum disorder, forensic mental health

## Literatuur

- Allen, D., Evans, C., Hider, A., Hawkins, S., Peckett, H., & Morgan, H. (2007). Offending Behaviour in Adults with Asperger Syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(4), 748–758. <https://doi.org/10.1007/s10803-007-0442-9>
- American Psychiatric Association. (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5®)*. (M. W. Hengeveld, Red.). Den Haag: Boom Lemma.
- American Psychiatric Association. (2017). *SCID-5-P Gestructureerd klinisch interview voor DSM-5 Persoonlijkheidsstoornissen. Nederlandse vertaling van Structured Clinical Interview for DSM-5® Personality Disorders (SCID-5-PD)*, first edition. Amsterdam: Boom.
- Anckarsäter, H., Stahlberg, O., Larson, T., Hakansson, C., Jutblad, S.-B., Niklasson, L., Rastam, M. (2006). The Impact of ADHD and Autism Spectrum Disorders on Temperament, Character, and Personality Development. *American Journal of Psychiatry*, 163(7), 1239–1244. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.7.1239>
- Aviram, R. B., Brodsky, B. S., & Stanley, B. (2006). Borderline Personality Disorder, Stigma, and Treatment Implications. *Harvard Review of Psychiatry*, 14(5), 249–256. <https://doi.org/10.1080/10673220600975121>
- Bartels, A. A. J., & Timmer, J. (2006). Forensische aspecten van diagnose en behandeling van mensen met ASS. *Wetenschappelijk Tijdschrift Autisme*, (1), 26–36.
- Bloem, O., Nijman, H. L. I., & Bulten, B. H. (2011). Psychopathologie onder gedetineerden. In *Handboek Forensische geestelijke gezondheidszorg* (2e geheel herziene druk, pp. 153–162). Utrecht: De Tijdstroom.
- Boeschoten, M. A., Bakker, A., Jongedijk, R. A., & Olff, M. (2015). *Life Events Checklist voor de DSM-5 (LEC 5)*. Oegstgeest, Diemen: Stichting Centrum '45, Arq Psycho-trauma Expert Groep.
- Boeschoten, M. A., Bakker, A., Jongedijk, R. A., Van Minnen, A., Elzinga, B. M., Rademaker, A. R., & Olff, M. (2014). *Clinician-Administered PTSD scale for DSM-5 (CAPS-5)*. Oegstgeest, Diemen: Stichting Centrum '45, Arq Psychotrauma Expert Groep.
- Bonta, J., & Andrews, D. (2011). Viewing Offender Assessment and Rehabilitation through the Lens of the Risk-Need-Responsivity Model. In *Offender Supervision: New Directions in Theory, Research and Practice* (1e editie, pp. 19–40). Londen: Willan.
- Bonta, J., & Andrews, D. A. (2007). *Risk-Need-Responsivity Model for Offender Assessment and Rehabilitation*. Ottawa: Public Safety Canada.
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (Reds.). (2017). *Verpleegkundige Interventies* (4e herziene druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Cashin, A., & Newman, C. (2009). Autism in the Criminal Justice Detention System. *Journal of Forensic Nursing*, 5(2), 70–75. <https://doi.org/10.1111/j.1939-3938.2009.01037.x>
- Catty, J. (2004). 'The Vehicle of Success': Theoretical and Empirical Perspectives on the Therapeutic Alliance in Psychotherapy and Psychiatry. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 77(2), 255–272. <https://doi.org/10.1348/147608304323112528>
- Den Besten, J., & Bal, A. M. (2015). De therapeutische relatie bij cliënten met autismespectrumstoornissen: Een pilot studie. *Wetenschappelijk Tijdschrift Autisme*, (2), 39–46.
- Dienst Justitiële Inrichtingen. (2019 april). *Infographic Forensische Zorg*. Geraadpleegd op 10 september 2020, van [https://www.forensischezorg.nl/files/infographic\\_forensische\\_zorg\\_2019.pdf](https://www.forensischezorg.nl/files/infographic_forensische_zorg_2019.pdf)
- Dienst Justitiële Inrichtingen. (2020, 16 april). *Forensische zorg in de praktijk*. Geraadpleegd op 10 september 2020, van <https://www.forensischezorg.nl/introductie/keten-forensische-zorg/forensische-zorg-in-de-praktijk>
- Egger, J. I. M., Tuinier, S., & Oei, T. I. (2005). Forensische neurowetenschappen en de verklaring van crimineel gedrag: Stand van zaken en aanbevelingen voor de praktijk. *Tijdschrift voor Neuropsychologie*, 0(0), 11–19.

- Fischer, P., Jonas, E., Frey, D., & Schulz-Hardt, S. (2005). Selective Exposure to Information: The Impact of Information Limits. *European Journal of Social Psychology*, 35(4), 469–492. <https://doi.org/10.1002/ejsp.264>
- Fitzgerald, M., & Corvin, A. (2001). Diagnosis and Differential Diagnosis of Asperger Syndrome. *Advances in Psychiatric Treatment*, 7(4), 310–318. <https://doi.org/10.1192/apt.7.4.310>
- GGZ Standaarden. (2016, 13 december). *Generieke module Zelfmanagement*. Geraadpleegd op 10 september 2020, van <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/zelfmanagement/zorg-rondom-zelfmanagement/inleiding>
- GGZ Standaarden. (2020, 3 september). *Zorgstandaard Autisme*. Geraadpleegd op 12 september 2020, van <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/autisme/introductie>
- Gordon, M. (2008). *Handleiding verpleegkundige diagnostiek* (4e gewijzigde druk). Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Hengeveld, M. W., & Schudel, W. J. (2003). *Het psychiatrisch onderzoek* (3e editie). Amsterdam: De Tijdstroom.
- Herdman, H. T., & Kamitsuru, S. (Eds.). (2017). *NANDA International: verpleegkundige diagnoses en classificaties 2015-2017*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Kaasenbrood, A., Hutsebaut, J., & Kaasenbrood, F. (2017). Bejegening van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis: 10 tips. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 161(D718), 1–5.
- King, G. (2014). Staff Attitudes Towards People with Borderline Personality Disorder. *Mental Health Practice*, 17(5), 30–34. <https://doi.org/10.7748/mhp2014.02.17.5.30.e803>
- Lugnegård, T., Hallerbäck, M. U., & Gillberg, C. (2012). Personality Disorders and Autism Spectrum Disorders: What are the Connections? *Comprehensive Psychiatry*, 53(4), 333–340. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.05.014>
- Martin, M. S., Hynes, K., Hatcher, S., & Colman, I. (2016). Diagnostic Error in Correctional Mental Health. *Journal of Correctional Health Care*, 22(2), 109–117. <https://doi.org/10.1177/1078345816634327>
- Mendel, R., Traut-Mattausch, E., Jonas, E., Leucht, S., Kane, J. M., Maino, K., Hamann, J. (2011). Confirmation Bias: Why Psychiatrists Stick to Wrong Preliminary Diagnoses. *Psychological Medicine*, 41(12), 2651–2659. <https://doi.org/10.1017/S0033291711000808>
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., & Swanson, E. (Eds.). (2017). *Verpleegkundige Zorgresultaten* (3e herziene druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Reid, W. H. (2009). Borderline Personality Disorder and Related Traits in Forensic Psychiatry. *Journal of Psychiatric Practice*, 15(3), 216–220. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000351882.75754.0c>
- Rüsch, N., Corrigan, P. W., Todd, A. R., & Bodenhausen, G. V. (2010). Implicit Self-Stigma in People With Mental Illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(2), 150–153. <https://doi.org/10.1097/nmd.0b013e3181cc43b5>
- Sheehan, L., Nieweglowski, K., & Corrigan, P. (2016). The Stigma of Personality Disorders. *Current Psychiatry Reports*, 18(1), 11. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0654-1>
- Tebartz van Elst, L., Pick, M., Biscaldi, M., Fangmeier, T., & Riedel, A. (2013). High-functioning Autism Spectrum Disorder as a Basic Disorder in Adult Psychiatry and Psychotherapy: Psychopathological Presentation, Clinical Relevance and Therapeutic Concepts. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 263(S2), 189–196. <https://doi.org/10.1007/s00406-013-0459-3>
- Trimbos-instituut. (2013). *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van autismespectrumstoornissen bij volwassenen*. Geraadpleegd op 14 juli 2020, van <https://assets-sites.trimbos.nl/docs/6c61acc2-225f-4a59-9da4-9da3a9879e3c.pdf>
- Van Gestel-Timmermans, H., Place, C., Van Vugt, M., Van Rooijen, S., & Van Nieuwenhuizen, C. (2015). *Herstelondersteunende interventies voor forensisch psychiatrische patiënten met psychotische stoornissen: een overzicht van de wetenschappelijke evidentie*. Geraadpleegd op 4 oktober 2020 van <https://www.trimbos.nl/docs/02e2e549-a311-4856-851c-d7adfo2028b9.pdf>

- Van Horn, J. E., Eisenberg, M. J., Bouman, Y. H. A., Van den Hanenberg, F. J. A. C., Van der Put, C. E., & Bogaerts, S. (2016). *Handleiding Forensisch Ambulante Risico Evaluatie - FARE*. Geraadpleegd op 14 juli 2020 van [http://www.fare-ambulant.nl/documents/Handleiding\\_Forensisch\\_Ambulante\\_Risico\\_Evaluatie-FARE.pdf](http://www.fare-ambulant.nl/documents/Handleiding_Forensisch_Ambulante_Risico_Evaluatie-FARE.pdf)
- Van Horn, J., Eisenberg, M., & Uzieblo, K. (2016). Risicotaxatie in de Nederlandse ambulante forensische geestelijke gezondheidszorg. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 58(8), 583–592.
- Verkes, R. J., Hummelen, J. W., Boerema, I., & Bousardt, A. M. C. (2016). *Diagnose en delictgevaar bij volwassenen met een autismespectrumstoornis in de forensische psychiatrie*. Geraadpleegd op 14 juli 2020 van <https://repository.ubn.ru.nl/bitstream/handle/2066/158188/158188.pdf>
- Ward, T., & Brown, M. (2004). The Good Lives Model and Conceptual Issues in Offender Rehabilitation. *Psychology, Crime & Law*, 10(3), 243–257. <https://doi.org/10.1080/10683160410001662744>
- World Health Organization. (2007). *ICF: Nederlandse vertaling van de International Classification of Functioning, Disability and Health* (2e druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

### Samenvatting

Er zijn sterke aanwijzingen voor onderdiagnostiek van autismespectrumstoornissen (Ass) binnen de forensische ggz. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat psychiatrische stoornissen mede geclasificeerd worden op basis van (acting-out) gedrag waarbij een diagnostische bias op de loer ligt: probleemgedrag bij forensisch psychiatrisch patiënten wordt toegerekend aan een persoonlijkheidsstoornis en niet aan bijvoorbeeld een ontwikkelingsstoornis. Dit heeft potentieel gevolgen voor de benadering en behandeling. Deze gevalsbeschrijving beschrijft hoe er door verpleegkundige diagnostiek naast psychiatrische diagnostiek een nieuw inzicht ontstond in de problematiek van de betreffende patiënt en leidde tot een herziene diagnose. Indien het verminderen van het recidiverisico een doel is binnen een psychiatrische behandeling kan er gebruik gemaakt worden van het *Risk Need Responsivity* (RNR)-model in combinatie met de Forensische Ambulante Risico Evaluatie (FARE).

*Trefwoorden:* onderdiagnostiek, autismespectrumstoornis, forensische ggz