

Gevaarlijk?

De forensische psychiatrie in het teken van agressie



Afstudeerproject Yvette de Graaf



Gevaarlijk?

De forensische psychiatrie, in het teken van agressie



Voorwoord

De forensische psychiatrie is iets dat mij al jaren intrigeert. Het idee enerzijds van cliënten die delicten plegen en handelen naar principes die zo ver van mij af staan, anderzijds toch enigszins begrip op kunnen brengen voor hun situatie.

De delicten die zij plegen zijn op geen enkele wijze goed te praten, toch vind ik dat zij mede door hun vaak moeilijke verleden en psychische problematiek een tweede kans verdienen. Ik ben absoluut niet in de veronderstelling dat diep van binnen de cliënten allemaal lieverdjes zijn en allemaal geholpen kunnen en willen worden, maar voor degenen die hun tweede kans grijpen, vind ik dat zij hulp verdienen.

Ikzelf heb geen enkele ervaring in de forensische psychiatrie. Vanuit de opleiding Creatieve Therapie aan de Hogeschool Utrecht, wordt in het derde studiejaar stage gelopen, maar toen voor mij het moment daar was, voelde ik mij nog niet klaar voor deze doelgroep en ben stage gaan lopen in de reguliere geestelijke gezondheidszorg, de volwassenpsychiatrie.

Tijdens het vierde studiejaar heb ik in de vrije profilering mijn kans gegrepen toch iets meer te leren over de forensische psychiatrie en heb de minor 'Werken in het gedwongen kader' gevolgd.

Achteraf gezien bood deze minor niet veel aanknopingspunten met CT, desondanks heb ik toch een beeld gekregen wat het inhoudt om in deze sector werkzaam te zijn.

Agressie speelt een belangrijke rol in de forensische psychiatrie, zij het als problematiek, of omdat je als hulpverlener direct met een agressieve cliënt wordt geconfronteerd. Door mijn onwetendheid over agressie en hoe hiermee om te gaan vormde dit voor mij een enorme drempel en wilde ik eerst veel meer weten van dit onderwerp, voor ik me hier goed bij zou kunnen voelen.

Google het woord 'agressie', en je krijgt zo'n 1.040.000 hits, ook in de mediatheek is genoeg informatie met betrekking tot agressie te vinden. Overigens kom je agressie niet alleen tegen in de forensische psychiatrie, ook in de reguliere GGZ bestaat

Yvette de Graaf, I507941
Afstudeerproject
Studiejaar 2008 - 2009

Creatieve Therapie (Beeldend)
Hogeschool Utrecht, te Amersfoort

de kans op agressie, net als in de gehandicaptenzorg, verslavingszorg, bij kinderen of ouderen, overal kun je het tegenkomen. Dat maakt het echter voor mij des te vreemder dat binnen de opleiding CT haast geen aandacht aan dit thema is besteed.

Na een klein onderzoek onder tweede- en derdejaars studenten van de opleiding Creatieve Therapie aan de HU in Amersfoort, bleek dat 96% van de 53 respondenten vindt dat de opleiding niet genoeg aandacht heeft besteed aan (de omgang met) agressie. Daarnaast heeft bijna de helft van de respondenten aangegeven een stage in de forensische psychiatrie te hebben overwogen, maar er is behoefte aan meer informatie.

Nu is er in de boeken eigenlijk genoeg informatie te vinden, maar bij een overdaad aan literatuur is het vinden van een goede ingang niet eenvoudig, alleen al de definitie van agressie roept veel vragen op. Omdat ikzelf de aandacht voor dit thema door de opleiding, voorafgaand aan de stage, als een gemis heb ervaren, wilde ik een overzichtelijk boekje maken met informatie over agressie. Ik heb mij beperkt tot de forensische psychiatrie, in de eerste plaats uit persoonlijke interesse, maar ook omdat agressie binnen deze sector een groot aandachtspunt is.

Met dit boekje hoop ik de drempel voor andere studenten die een stage in de forensische psychiatrie overwegen te verlagen.

Deze scriptie is dan ook bedoeld voor creatieve therapie (beeldend) studenten die geïnteresseerd zijn in de doelgroep en een stage in de forensische psychiatrie overwegen. Het is niet de bedoeling dit als leerboek te beschouwen, maar vooral als achtergrondinformatie.

Wanneer je gaat werken in de forensische psychiatrie, heb je echter aan alleen theorie niet genoeg, vaak zul je wanneer het een goede instelling betreft verder getraind worden in de omgang met agressie door middel van het volgen van een agressie- of weerbaarheidstraining.

De forensische psychiatrie, geen gemakkelijke doelgroep, wel boeiend.

Yvette de Graaf, juni 2009

Inleiding	1	2.6	Nature or nurture; verschillende verklaringsmodellen	35
I Forensische Psychiatrie	12	2.6.1	Psychodynamische benadering	35
Inleiding	12	2.6.2	Behavioristische benadering	36
1.1 Doelgroep	12	Leertheorie		37
1.1.1 Volwassenen (TBS)	13	2.6.3	Frustratie-agressie theorie	37
1.1.2 Jongeren (PIJ)	15	2.6.4	Cognitieve benadering	38
1.2 Problematiek	17	Sociale leertheorie		38
1.2.1 Probleemgebieden	17	Cognitieve neo-associatietheorie		39
1.3 Psychopathologie	19	Cognitieve schema's		39
1.3.1 Aandachts- en gedragsstoornissen	19	2.6.5	Humanistische benadering	40
Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit	19	Abraham Maslow		40
Gedragsstoornis en oppositioneel-opstandige gedragsstoornis	20	Carl Rogers		41
1.3.2 Persoonlijkheidsstoornissen	21	2.6.6	Sociologische benadering	41
Antisociale persoonlijkheidsstoornis	22	2.6.7	Sociaal psychologische benadering	42
Borderline persoonlijkheidsstoornis	23	Attributie-theorie		42
1.3.3 Stoornissen in de impulscontrole	24	Meerdere-mindere model (M-m model)		42
Periodiek explosieve stoornis	24	2.6.8	Biologische benadering	43
1.3.4 Psychotische stoornissen	24	Ethologie (evolutionaire psychologie)		43
1.3.5 Verslavingsproblematiek	25	Territoriumleer		43
1.3.6 Seksuele stoornissen	27	Fysiologische processen		45
Pedofilie	28	2.7	Mannen en vrouwen	46
1.4 Samenvatting	28	2.7.1	Testosteron	46
		2.7.2	Rolpatronen	47
		2.7.3	Uiting	47
		2.8	Samenvatting	48
2 Agressie	3			
Inleiding	30	3 Behandeling van agressie		4
2.1 Definitie van agressie	30	Inleiding		49
2.2 Constructief vs. Destructief	32	3.1 Behandeling van agressie (algemeen)		50
2.3 Externaliseren vs. Internaliseren	32	3.2 Vaktherapie in de forensische psychiatrie		50
2.4 Uiten van agressie	33	3.2.1 Beeldende therapie		52
2.5 Motivatie van agressie	34	3.3 Behandeling van agressie in beeldende therapie		52
2.5.1 Instrumentele agressie	34	3.3.1 Uiting buiten het medium		52
2.5.2 Expressieve agressie	34	3.3.2 Uiting in het medium		53
2.5.3 Willekeurige agressie	35			

3.3.3	Inzetten van het medium	54
	Indicaties	55
	Doelstellingen	55
	Therapeutische werkwijze	55
	Mogelijke werkvormen (activiteiten)	56
3.4	Samenvatting	57
4	Omgaan met agressie	58
	Inleiding	58
4.1	Stadia agressie	58
4.1.1	Aanvalscyclus	58
	Opstartfase	59
	Escalatiefase	60
	Crisisfase	60
	Afbouwfase	60
	Post-crisis depressiefase	61
4.1.2	Wat wel en niet te doen	61
4.2	Veiligheidsbeleid	62
4.3	Nazorg	63
4.4	Samenvatting	64
Slotwoord		6
Literatuurlijst		6
Bijlage I DSM-IV criteria		7
Bijlage 2 Instellingen		8



“Patiënten voelen zich afgewezen en waardeloos, door de maatschappij naar ‘de vuilnisbelt’ verwezen, en ze merken maar al te vaak dat hun behandelaars (zonder dat te erkennen) deze gevoelens van veroordeling, afwijzing en afschuw delen. Als gevolg daarvan nemen agressie, verzet en (zelf)destructief gedrag vaak toe.”
(www.forensischepsychiatrie.nl)

De forensische psychiatrie is geen gemakkelijke doelgroep. De mensen die in het kader van een TBS-maatregel (volwassenen) of PIJ-maatregel (jongeren) zijn opgenomen in een forensisch behandelcentrum, kampen vaak met uiteenlopende psychische en psychiatrische problematiek. Agressie speelt ook een belangrijke rol in de forensische sector; zij het als problematiek, of omdat je als hulpverlener direct met een agressieve cliënt wordt geconfronteerd.

In dit boekje wordt ingegaan op al deze onderwerpen. In hoofdstuk 1 komt de doelgroep aan de orde en worden de verschillen in behandeling tussen jongeren en volwassenen besproken, net als welke stoornissen je veel zal tegenkomen in de forensische psychiatrie.

Hoofdstuk 2 gaat in op de theorie rondom het begrip agressie. Voordat je namelijk met dit thema aan de slag kunt gaan, is achtergrondinformatie benodigd om te begrijpen waar het om gaat. Vandaar dat aandacht besteed zal worden aan de definitie van agressie, diverse aspecten van agressie, achterliggende motieven en verschillende verklaringsmodellen.

In hoofdstuk 3 wordt ingegaan op agressie als te behandelen problematiek, wat vaktherapie te bieden heeft met betrekking tot dit probleemgebied en in het bijzonder de bijdrage van beeldende therapie.

Tot slot wordt in hoofdstuk 4 aandacht besteed aan het proces van agressie; wat er gebeurt wanneer iemand agressief wordt en hoe je er mee om kunt gaan wanneer je direct met agressie wordt geconfronteerd.



1 | Forensische Psychiatrie

Inleiding

De internet-encyclopedie Wikipedia beschrijft de psychiatrie als een medisch specialisme dat zich richt op de diagnostiek en behandeling van psychische ziektebeelden. Het hoofddoel van de psychiatrie is het verlichten van psychisch lijden ten gevolge van psychiatrische aandoeningen en het vergroten van het psychisch welbevinden van de psychiatrisch patiënt en diens omgeving.

“Op het raakvlak van de Geestelijke Gezondheidszorg met Justitie bevindt zich de forensische psychiatrie”, aldus het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP). Maar hoe zit dit in elkaar; hoe kom je in de forensische psychiatrie terecht, wie worden er behandeld, wát wordt behandeld en waarom?

In dit hoofdstuk wordt de doelgroep besproken waarbij extra aandacht wordt besteed aan het verschil tussen (de behandeling van) jongeren en volwassenen. Vervolgens komt de problematiek van deze cliënten aan bod en worden de meest voorkomende stoornissen in de forensische psychiatrie besproken.

1.1 Doelgroep

De forensische psychiatrie kenmerkt zich door een ongewone doelgroep. Deze bestaat uit overwegend mannelijke cliënten (slechts ongeveer 4% van het totaal is vrouw), in de leeftijd variërend van 12 tot 65 jaar; met een problematiek die tot ernstig en strafbaar gedrag leidt (Deneer, 2004). De behandeling vindt plaats in een gedwongen kader; de cliënten hebben van de rechter een vrijheidsbeperkende maatregel opgelegd gekregen, in combinatie met gedwongen verpleging en behandeling. Bij ernstige delicten wordt de behandeling vaak vooraf gegaan door een periode van detentie, bij lichtere vergrijpen is dit vaak gecombineerd met een taakstraf of een boete.

Deneer (2004) beschrijft dat de delicten die cliënten gepleegd hebben variëren van moord, doodslag of poging daartoe, mishandeling, vernieling en geweldpleging, tot zedendelicten, waaronder seksuele kindermishandeling, verkrachting, aanranding, exhibitionisme en dergelijke. Ook dieven, inbrekers, brandstichters, stalkers, fraudeurs en oplichters kunnen in behandeling komen.

Een gemeenschappelijk kenmerk van deze doelgroep is dat het motief voor de behandeling zelden voortkomt uit de vraag van de betrokkenen. Er is eerder sprake van een omgeving die te maken heeft met gedragsproblemen die leiden tot criminaliteit of maatschappelijk/emotionele overlast en dreiging. Behandelovereenkomsten zijn ook moeilijk te sluiten en worden slecht nagekomen. Samenwerken, of de bereidheid tot samenwerken is weinig aanwezig of zit diep verborgen. Daarnaast hebben de cliënten vaak een lange carrière achter de rug wat betreft mislukte opvoedings- en hulpverleningspogingen. Het sociale netwerk is vaak zwak en oefent een negatieve invloed uit. Het gevolg hiervan is een zeer lage mate van zelfwaardering en er komt weinig waardering uit de omgeving. Er is veelal sprake van persoonlijkheidsstoornissen en het gebruik van (soft)drugs en alcohol is zeer frequent. Door de omstandigheden, ervaringen en voorgeschiedenis is een diepgeworteld wantrouwen ontstaan jegens de omgeving, samenleving en in het bijzonder de hulpverlening. (Groen & Drost, 2003).

1.1.1 Volwassenen (TBS)

In het boek 'Recht voor de zorg- en welzijnsprofessional' (2008) is te lezen dat wanneer een dader van een strafbaar feit niets te verwijten valt wegens de gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van zijn geestesvermogen, de rechter hem geen straf kan opleggen. Wat de rechter wel kan doen is een maatregel opleggen; bijvoorbeeld het plaatsen in een forensisch psychiatrische kliniek (FPK) voor ten hoogste een jaar (maar dit kan alleen als de dader gevaarlijk is voor zichzelf of voor anderen of voor de algemene veiligheid van personen of goederen). Een andere mogelijkheid, bij misdrijven waar vier jaar of meer gevangenisstraf op staat, en bij enkele zware overtredingen, is dat de rechter de dader ter beschikking stelt (Tbs). Dit kan alleen als de veiligheid van anderen of de algemene veiligheid van personen of goederen in gevaar zijn. Daarnaast bestaat ook nog de mogelijkheid van Tbs 'met voorwaarden', waarbij de rechter aangeeft wat de terbeschikkinggestelde aan zijn gedrag moet doen. Wanneer de rechter tot de conclusie komt dat de daad wel toerekeningsvatbaar is maar slecht gedeeltelijk, dan is dit 'verminderde toerekeningsvatbaarheid' en kan een combinatie van straf en Tbs worden opgelegd.

Tbs is dus een maatregel voor mensen die een zwaar misdrijf hebben gepleegd, waarvoor zij door een rechter volledig of gedeeltelijk ontoerekeningsvatbaar zijn verklaard. Het misdrijf wordt hen niet (volledig) aangerekend omdat zij lijden aan een persoonlijkheidsstoornis en/of een andere ernstige psychiatrische stoornis. De persoon wist dus niet wat hij (of zij) deed toen hij het misdrijf pleegde. Omdat de stoornis heeft bijgedragen aan het plegen van het delict kan er gevaar voor herhaling bestaan.

Overigens is op de website van 'Tbs en forensische psychiatrie' te lezen dat de de Tbs-maatregel zoals wij die in Nederland kennen uniek is.

De duur van de Tbs is twee jaar. Deze termijn kan eenmaal zonder meer worden verlengd, maar na drie jaar kan er in beroep worden gegaan tegen de beslissing van de rechtbank. De maximale duur van Tbs, inclusief verlenging is in theorie vier jaar: "Deze termijn kan alleen nog worden verlengd als het een geweldsmisdrijf betreft en de veiligheid van anderen of de algemene veiligheid van personen verdere verlenging eist." (Verhage-van Kooten, 2008, p. 518). In de praktijk blijkt dus ook dat de duur van Tbs vele jaren langer is, zo is op de website van het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie te lezen dat de gemiddelde behandelduur 8,4 jaar is.

De belangrijkste reden waarom Tbs wordt opgelegd is het beveiligen van de maatschappij op korte en langere termijn. Om de maatschappij op korte termijn te beveiligen, verblijft de dader in een gesloten Tbs-kliniek. De beveiliging van de maatschappij op langere termijn kan gerealiseerd worden door behandeling van de dader, waarbij de behandeling is gericht op het voorkomen van herhaling van het misdrijf in de toekomst. (Het verminderen -of wegnemen- van de oorzaken van het delict staan in de behandeling centraal.)

Tbs-cliënten krijgen tijdens hun verblijf in de Tbs-kliniek een behandeling die is afgestemd op hun stoornis en hun persoonlijkheid. Samen met het behandelteam worden afspraken gemaakt over het behandelplan waar de cliënt ook zijn mening over mag geven. Wanneer een cliënt zich onttrekt aan bepaalde afspraken kan dit consequenties hebben, zoals het intrekken van verlof. "Het uitgangspunt is dat de patiënt zoveel mogelijk op zijn verantwoordelijkheden wordt aangesproken, met als uiteindelijk doel een succesvolle integratie in de maatschappij." (website Expertisecentrum Forensische Psychiatrie).

Het verlof is overigens een essentieel onderdeel van de behandeling. Na intensieve behandeling volgt de resocialisatiefase waarin uiteindelijk proefverlof wordt verleend. Het therapeutische doel van het verlof is dat de Tbs-cliënt leert om te gaan met zijn toegenomen vrijheid. Daarnaast stelt het verlof de behandelaars in staat het risico op recidive te taxeren. Het is in dan ook deze fase waarin wordt getoetst of de behandeling is geslaagd; en de cliënt dus zijn eigen verantwoordelijkheden kent, voldoende zelfstandigheid heeft verworven en in een voldoende mate betrouwbaar is.

Wanneer ondanks langdurige behandeling een cliënt nog steeds delictgevaarlijk is, zal de cliënt overgeplaatst worden naar de 'long-stay'. Dit is een afdeling waar cliënten verblijven die niet meer behandeld kunnen worden. Op deze afdeling ligt de nadruk op zorg.

1.1.2 Jongeren (PIJ)

Minderjarigen onder de twaalf jaar kunnen niet strafrechtelijk worden vervolgd, dit is pas mogelijk vanaf twaalf jaar. Wanneer een jongere (twaalf tot achttien jaar) een misdrijf heeft gepleegd (een zwaar delict) kan jeugddetentie, een taakstraf of een geldboete worden opgelegd, dit zijn de zogenoemde hoofdstraffen. Daarnaast kan ook nog een maatregel worden opgelegd, zoals 'plaatsing in een inrichting voor jeugdigen' (de PIJ-maatregel). "Deze maatregel kan worden opgelegd bij misdrijven waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten, ingeval de veiligheid van personen of goederen dit eist en de maatregel in het belang is van een zo gunstig mogelijke verdere ontwikkeling van de verdachte." (Verhage-van Kooten, 2008, p. 493). De plaatsing in een inrichting voor jeugdigen kan ook voorwaardelijk worden opgelegd.

De maatregel geldt voor twee jaar en kan telkens met twee jaar verlengd worden, maar niet langer dan totaal vier jaar of totaal zes jaar bij gebrekkige ontwikkeling en/of geestelijke stoornis. Er is geen leeftijdsgrens voor beëindiging van de maatregel.

In de praktijk wordt deze PIJ-maatregel ook wel eens jeugd-tbs genoemd, maar deze maatregelen zijn niet volledig vergelijkbaar: "De PIJ-maatregel kan worden opgelegd wanneer heropvoeding noodzakelijk wordt geacht, ongeacht het delict. Daarentegen is voor TBS de aanwezigheid van een gebrekkige ontwikkeling of psychische stoornis vereist en dient het delict een strafdreiging van tenminste vier jaren te hebben." (website efp). Daarnaast is een PIJ-maatregel eindig, Tbs hoeft dit niet per se te zijn.

In het (strafrechtelijk) kader van een PIJ-maatregel, worden jongeren met een gebrekkige ontwikkeling of een psychische stoornis begeleid, heropgevoed en behandeld. Het doel van deze aanpak is om de jongeren te laten begrijpen wat de maatschappij van hen verwacht en om de jongeren goed voor te bereiden op terugkeer in de samenleving. Het uiteindelijke doel van de PIJ-maatregel is dan ook re-integratie in de samenleving.

De Justitiële Jeugdinrichtingen (JJJ) zijn bestemd voor opvang of behandeling. Er wordt onderscheid gemaakt tussen beveiligde en beperkt beveiligde inrichtingen. In principe verblijft een jongere in het begin in een normaal beveiligde inrichting. Na verloop van tijd kunnen jongeren (wanneer ze er aan toe zijn) overgeplaatst worden naar een beperkt beveiligde inrichting, dit maakt onderdeel uit van het resocialisatieproces. Onder begeleiding kan geleidelijk worden toegewerkt naar een goede terugkeer in de maatschappij. In deze beperkt beveiligde inrichtingen genieten de jongeren ook meer vrijheden. In tegenstelling tot in de normaal beveiligde inrichtingen, gaan niet altijd de deuren op slot zodra de jongeren in hun kamer zijn. Ook kunnen ze zelfs buiten de inrichting zelfstandig naar school of op stage. (website Justitiële Jeugdinrichtingen.)

Naast het onderscheid tussen de beveiligde en beperkt beveiligde justitiële jeugdinrichtingen en de reguliere groepen met jongens en meisjes zijn er in ook nog specialistische afdelingen, waar jongeren verblijven die behoefte hebben aan een specialistische behandeling waarvoor specifieke expertise vereist is. Zo is er de 'Forensische Observatie- en Begeleidingsafdeling' (FOBA) waar jongeren worden geplaatst die in een psychische crisis verkeren en gestabiliseerd moeten worden. Daarnaast een afdeling voor licht verstandelijk gehandicapten waar jongeren geplaatst worden met een laag IQ (tussen 55 en 80). Deze jongeren krijgen een behandeling die speciaal is afgestemd op hun problematiek. Dan is er ook nog de 'Very Intensive Care' afdeling waar jongeren worden geplaatst die als gevolg van een psychiatrische of persoonlijkheidsstoornis extra begeleiding nodig hebben. De 'Zeden' -afdeling is voor jongeren die een ernstige seksuele problematiek hebben. Op de 'Individuele Traject Afdeling' worden jongeren geplaatst die het proces binnen de groep zodanig verstoren dat zij een negatieve invloed hebben op hun groepsgenoten. Op deze afdeling krijgen zij een individuele behandeling aangeboden. Tot slot is er de afdeling 'Forensisch Consortium Adolescenten' (ForCA). Dit is een nieuwe observatieafdeling (sinds mei 2009) voor jongeren die een ernstig

delict hebben gepleegd. Binnen de ForCA werken justitiële jeugdinrichtingen, centra voor kinder- en jeugdpsychiatrie, het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en wetenschap nauw samen om onderzoek, observatie en behandeling van jongeren te verbeteren. (website Justitiële Jeugdinrichtingen.)

1.2 Problematiek

"Forensisch psychiatrische behandeling is gericht op psychopathologie in relatie tot een delict." (Groen & Drost, 2003, p.158). Van een direct verband tussen een bepaalde stoornis en een delict is echter zelden sprake; een delict is niet identiek aan een stoornis, een delict kan voorkomen zonder stoornis, gelijktijdig maar zonder samenhang met een stoornis of kan juist voortkomen uit een stoornis.

Delinquentie op zich is probleemgedrag, maar gaat vaak samen met meerdere andere problemen, zoals psychosociale problematiek en psychische stoornissen. Delinquent gedrag wordt dan ook bepaald door meerdere factoren.

"Bij één op de vier TBS-gestelden is sprake van ernstige psychiatrische stoornissen (psychosen), één op de vier TBS-gestelden is verstandelijk weinig royaal toebedeeld en bij vier op de vijf TBS-gestelden is sprake van een persoonlijkheidsstoornis." (Groen & Drost, 2003, p. 47).

Naast comorbiditeit (het samengaan van meerdere stoornissen), wordt het beeld vaak verder gecompliceerd door veelvuldig misbruik van (dan wel verslaving) aan alcohol, soft- en/of harddrugs.

1.2.1 Probleemgebieden

Een persoon die opgroeit in een instabiele, ongestructureerde en bedreigende opvoedingssituatie, kan een persoonlijkheid ontwikkelen die wordt gekenmerkt door angst, onzekerheid, wantrouwen en een ontregelde emotionele beleving die zich kan uiten in gewelddadige agressie. Daarnaast beschikken dergelijke personen vaak over een laag zelfbeeld en hebben ze niet geleerd hun leven te ordenen en adequaat relaties aan te gaan.

In de forensische psychiatrie, worden de problemen in het gedrag die zich bij cliënten voordoen in verschillende probleemgebieden onderscheiden. Over het algemeen spreekt men van problemen met; impulscontrole, empathie, grenzen, agressie/vijandigheid, sociale en relationele vaardigheden. (Smeijster & Cleven, 2004).

Naast problemen in het gedrag, doen zich ook op andere gebieden problemen voor; de kernproblematiek van cliënten is dan ook uiterst complex. Daarmee is diagnostiek ook niet gemakkelijk. De problematiek van de cliënten wordt gediagnosticeerd op verschillende assen uit de DSM-IV:

- As I dient voor het vastleggen van alle verschillende stoornissen of toestanden, met uitzondering van de persoonlijkheidsstoornissen en zwakzinnigheid. Ook worden op deze As andere aandoeningen genoteerd die een reden voor zorg zouden kunnen zijn.
- As II dient voor het vastleggen van Persoonlijkheidsstoornissen en Zwakzinnigheid. Deze As kan ook worden gebruikt voor het noteren van opvallende, slecht aangepaste persoonlijkheidstrekken en afweermechanismen.
- As III dient voor het vastleggen van actuele somatische aandoeningen, die potentieel relevant zijn voor het begrijpen of behandelen van een psychische stoornis.
- As IV dient voor het vastleggen van psychosociale en omgevingsproblemen die de diagnose, behandeling en prognose van psychische stoornissen kunnen beïnvloeden. Deze problemen zijn onder gebracht in de volgende categorieën; problemen binnen de primaire steungroep, problemen gebonden aan de sociale omgeving, opvoedingsproblemen, werkproblemen, woonproblemen, financiële problemen problemen met de toegankelijkheid van gezondheidsdiensten, problemen met justitie/politie of met de misdaad en overige psychosociale en omgevingsproblemen.
- As V tot slot, dient voor het vastleggen van het oordeel over het algemeen niveau van functioneren. (DSM-IV, 2004).

1.3 Psychopathologie

In het 'Handboek Psychopathologie' (Vandereycken e.a., 2004) worden verschillende categorieën in stoornissen onderscheiden, zoals; cognitieve stoornissen, stemmingsstoornissen, angststoornissen, dissociatieve stoornissen, somatoforme stoornissen, slaap- en waakstoornissen, aanpassingsstoornissen, enz. Hoewel in de forensische setting cliënten last kunnen hebben van deze problematiek, zijn er toch een aantal stoornissen die er uit springen qua voorkomen. Dit zijn de stoornissen die vaak verband houden met het plegen van delicten en agressiviteit.

1.3.1 Aandachts- en gedragsstoornissen

Aandachts- en gedragsstoornissen komen overwegend voor bij kinderen en adolescenten en zijn zogenaamde externaliserende stoornissen. Dit wil zeggen dat vooral andere mensen er last van hebben; de omgeving zal er doorgaans meer hinder aan ondervinden, dan de personen zelf.

Aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit

"Kinderen met ADHD lopen op veel jongere leeftijd kans delinquent te worden (of althans met justitie in aanraking te komen) dan zonder deze stoornis." (Groen & Drost, 2003, p. 23).

Voor mensen met ADHD is het lastig voldoende aandacht te schenken aan de omgeving, het is hierdoor niet goed mogelijk de aandacht bij één ding tegelijk te houden. Concentratie-gebrek en zich gemakkelijk laten afleiden is dan ook kenmerkend voor het 'aandachtstekort' aspect van ADHD.

Hyperactiviteit kan zich uiten door lichamelijk onrust, innerlijke onrust en impulsiviteit. (Bij hyperactiviteit kan er ook sprake zijn van overmatige beweeglijkheid).

Impulsiviteit ontstaat doordat teveel indrukken worden gevolgd door bijbehorend handelen, die dan ook direct moeten plaatsvinden en niet kunnen worden uitgesteld. Bovendien kunnen handelingen die eenmaal op gang zijn gebracht niet meer worden gestopt, deze moeten eerst worden afgemaakt.

Daarnaast is het voor mensen met ADHD lastig onderscheid te maken tussen belangrijke en minder belangrijke zaken, met als gevolg dat veelal de verkeerde prioriteiten worden gesteld.

ADHD ontregelt twee van de drie hersensystemen die de aandacht reguleren: alert en wakker blijven (de hyperactiviteit compenseert het tekort aan energie hiervoor) en de planning van het gedrag (wat de impulsiviteit verklaart). ADHD staat op de tweede plaats van de twaalf kindgebonden factoren die delinquentie het best voorspellen (na gebrek aan schuldgevoel). "Het verband is echter indirect: ADHD wordt pas een risicofactor als het leidt tot verlegen en teruggetrokken gedrag, druggebruik, gedragsproblemen of het genoemde gebrek aan schuldgevoel". (Schrameijer, 2000)

ADHD kent een hoge comorbiditeit. "De groep kinderen met ADHD, bij wie antisociale gedragsproblemen tot in de volwassenheid blijven bestaan, laat meer drugsgebruik zien en een grotere kans op andere psychiatrische comorbiditeit." (Vandereycken e.a., 2004, p.494).

Criminaliteit komt in de adolescentie vrijwel alleen voor bij degenen die vroeger als kind met ADHD een comorbide antisociale gedragsstoornis hadden. Van deze groep, ontwikkelt circa de helft criminaliteit en de criminaliteit zet zich op volwassen leeftijd bij circa de helft van deze subgroep voort. (Vandereycken e.a., 2004)

Gedragsstoornis en Oppositioneel-opstandige gedragsstoornis

Opstandig gedrag, weigeren zich te voegen naar de verzoeken en regels van opvoeders, pesten, vechten, vernielen en liegen kunnen allemaal voorkomen binnen de normale ontwikkeling van 'het kind zijn' naar 'de volwassenheid'. Pas wanneer dit gedrag herhaaldelijk vertoont wordt gedurende een langere tijd en het sociaal (of school-) functioneren er onder leidt, is er sprake van een oppositionele-opstandige gedragsstoornis. De oppositionele gedragsstoornis werkt antisociaal gedrag in de hand en kan na de kindertijd ontaarden in een antisociale persoonlijkheidsstoornis.

"Het pad van openlijk antisociaal gedrag loopt van pesten en tiranniseren via fysiek vechten naar gewelddaden als beroving en verkrachting. Het ontwikkelingspad van heimelijk antisociaal gedrag ten slotte loopt van veelvuldig liegen en winkeldiefstal via vandalisme en brandstichting naar ernstige diefstal zoals het stelen van auto's, inbraak en fraude." (Vandereycken e.a., 2004, p.501). Het gedrag verloopt dus van kwaad tot erger in plaats van dat het plotseling op komt zetten.

Deze aspecten zijn in de ontwikkeling van het kind te herkennen als een ontwikkelingsachterstand in het leren van levenslessen; autoriteitsconflicten weerspiegelen een zwakke band met opvoeders en een vroege neiging naar onafhankelijkheid; openlijk antisociaal gedrag heeft te maken met het onvermogen van het kind sociale problemen op een niet-agressieve manier op te lossen en tot slot is heimelijk antisociaal gedrag een uiting van een tekort aan respect voor het bezit van anderen en een gebrek aan bereidheid en vaardigheden om goederen op een sociaal aanvaardbare manier te verwerven. (Vandereycken e.a., 2004)

1.3.2 Persoonlijkheidsstoornissen

In het forensisch kader komen combinaties van as-I en as-II problematiek veelvuldig voor; bij zes op de tien personen. "Het betreft bij psychotische stoornissen vooral een combinatie met een persoonlijkheidsstoornis (50%) en bij TBS-gestelden met een persoonlijkheidsstoornis een combinatie met een aan middelengebruik gerelateerde stoornis (34%)." (Groen & Drost, 2003, p. 36).

Persoonlijkheidsstoornissen zijn onderverdeeld in drie clusters:

Cluster A is het cluster van de bizarre type en omvat de paranoïde, schizoïde en schizotypische persoonlijkheidsstoornissen. Vandereycken (2004) beschrijft dat het meest centrale kenmerk bij de stoornissen in dit cluster wordt gevormd door cognitief-perceptuele vervormingen in de waarneming, en defecten op het gebied van vertrouwen en hechtingsrelaties.

Cluster B omvat de antisociale, borderline, theatrale en narcistische persoonlijkheidsstoornissen. Centraal in dit cluster staat de instabiliteit in de emotieregulatie, impulscontrole, relatievorming en zelfbeeld. Deze instabiliteit uit zich doorgaans in dramatisch, emotioneel of grillig, onevenwichtig en onvoorspelbaar gedrag.

Cluster C tot slot, omvat de ontwijkende, afhankelijke en obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornissen. Kenmerkend voor deze stoornissen is 'angst', dit kan zich op verschillende manieren manifesteren; vermijding, aanklampend gedrag, controledrang en perfectionisme. (Vandereycken e.a., 2004).

Er bestaat een aanzienlijke comorbiditeit in de persoonlijkheidsstoornissen; vaak gaat het om een gelijktijdig voorkomen van meerdere stoornissen binnen hetzelfde cluster; maar ook stoornissen uit verschillende clusters komen regelmatig samen voor.

In de forensische psychiatrie is cluster B het meest vertegenwoordigd, en dan met name de antisociale persoonlijkheidsstoornis en de borderline persoonlijkheidsstoornis.

Antisociale persoonlijkheidsstoornis

De diagnose antisociale persoonlijkheidsstoornis heeft een lange geschiedenis en is onder verschillende noemers bekend als psychopathie, sociopathische persoonlijkheid, en dissociale persoonlijkheidsstoornis. Mensen met deze diagnose hebben van jongs af aan ernstige gedragsproblemen en tonen weinig respect voor de medemens. Ze hebben vaak plezier in het misleiden van anderen en liegen over hun ware aard. Omdat het hierdoor niet gemakkelijk is de diagnose te stellen, wordt gewerkt met concrete en gedragsmatige kenmerken zoals het plegen van strafbare feiten, het gebruik van valse namen, impulsief gedrag, geweldpleging en het herhaaldelijk nalaten om financiële verplichtingen na te komen. Er wordt overigens gepleit voor het opnemen van meer traditionele kenmerken van psychopathie om de echte 'psychopaten' te kunnen onderscheiden van personen die door hun socio-economische achtergrond of leefstijl aan deze criteria voldoen. Het gaat hierbij om kenmerken als het gebrek aan empathie, gevoelsarmoede, een grandioos gevoel van eigenwaarde, en oppervlakkige charmes en gevoelens.

Veel mensen met een antisociale persoonlijkheid raken door hun afwijkend normbesef en gedrag op het criminele pad en verblijven dan ook regelmatig in de gevangenis. Daartegenover staan de intelligente psychopaten die uit de handen van justitie weten te blijven en zich door bijvoorbeeld hun charmes een weg weten te banen in de maatschappij. Eenmaal beland op hoge posities worden deze antisociale trekken opeens gewaardeerd; dan werken hun grootheidsfantasieën inspirerend op anderen en wordt gevoelsarmoede bestempeld als een vorm van zakelijkheid die noodzakelijk wordt geacht om (als bedrijf) te kunnen overleven. Toch laten zij veelal een spoor van financiële puinhopen en genuïneerde levens achter zich, dat pas wordt opgemerkt wanneer het te laat is.

Psychopaten die wel in handen van justitie zijn gevallen onderscheiden zich van anderen door hun criminele loopbaan die al op jonge leeftijd is begonnen. Daarnaast plegen zij vaker en meer soorten misdrijven en zorgen zelfs in de gevangenis voor meer problemen. Psychopaten zijn vaker agressief en zullen na vrijlating eerder terugvallen in hun oude criminele patroon. (Vandereycken e.a., 2004).

Borderline persoonlijkheidsstoornis

Hoewel minder dan 1% van de bevolking leidt aan een borderline persoonlijkheidsstoornis, zijn in klinische populaties vrouwen met deze stoornis oververtegenwoordigd; ongeveer driekwart van de vrouwen in forensisch psychiatrische klinieken lijdt hieraan. (Trimbos).

De borderline persoonlijkheidsstoornis (bps), ook wel gewoon 'borderline' genoemd, kenmerkt zich door door impulsiviteit en (emotionele) instabiliteit van de stemming, relaties en zelfbeeld.

Iemand met borderline kan zich erg impulsief gedragen en overdenkt daarbij de consequenties van de impulsieve daden niet, of te laat. Deze impulsieve gedragingen kunnen extreme vormen aannemen en zich uiten in criminaliteit en verslaving. Verder zijn mensen met borderline vaak extreem gevoelig voor emotionele stimuli en stressvolle gebeurtenissen, voornamelijk wanneer deze zich voordoen in de interpersoonlijke context. Zij kunnen daar sterk en op een inadequate, impulsieve manier op reageren, bijvoorbeeld uitend in woede-aanvallen. Snelle stemmingswisseling zijn dan ook kenmerkend voor iemand met borderline; de stemming kan gemakkelijk omslaan van somberheid en angst in gespannen opwindend of andersom. Dit extreme uit zich ook in het dichotoom denken, oftewel zwart-wit denken; de wereld wordt door iemand met borderline opgedeeld in uitersten, iets is goed of slecht, mooi of lelijk, alles of niets, er bestaat geen grijs gebied.

Mensen met borderline kennen ook een extreme angst om verlaten te worden en stellen anderen daarom voortdurend op de proef. Ze hebben weinig zelfvertrouwen en een negatief zelfbeeld, uitend in identiteitsproblemen.

Andere kenmerken voor de borderline persoonlijkheidsstoornis zijn (de neiging tot) opzettelijke zelfverwonding (automutilatie), dissociatieve en psychotische verschijnselen.

1.3.3 Stoornissen in de impulscontrole

Kenmerkend voor stoornissen in de impulscontrole is dat er een onvermogen is een impulsieve neiging te weerstaan of de verleiding hebben iets te doen dat schadelijk is voor de eigen persoon of voor anderen. Er is een verhoogd spanningsgevoel voordat de daad begaan wordt en een beleving van lust, voldoening of ontspanning tijdens het plegen van de daad. Het gebeuren wordt zogenoemd egosyntoon beleefd, wat betekend dat de daad overeenstemt met het actuele verlangen van de patiënt. Direct erna kunnen wel gevoelens van spijt of schuld optreden. Voorbeelden van stoornissen in de impulscontrole zijn; pathologisch gokken, trichotillomanie (onweerstaanbare drang om de eigen haren uit te trekken), kleptomanie, pyromanie en de meest voorkomende bij deze doelgroep; de periodieke explosieve stoornis.

Periodiek explosieve stoornis

Mensen met deze aandoening vertonen gedurende bepaalde periodes controleverlies over hun agressieve impulsen die leiden tot ernstige agressieve ontladingen die in geen verhouding staan tot de voorafgaande frustratie. Er wordt gesteld dat de diagnose voor een periodieke explosieve stoornis alleen geschikt is bij individuen die ernstige agressieve daden plegen. Veel mensen met impulsief agressief gedrag plegen minder ernstige delicten. (Vandereycken e.a., 2004).

Een eenmalige episode is niet voldoende om de diagnose te stellen, hiervoor moet worden gekeken naar de geschiedenis van de cliënt. Bij nader onderzoek blijkt er dan vaak sprake te zijn van problematische relaties, verlies van werk, crimineel gedrag, alcoholmisbruik en verwondingen door vechten en ongelukken.

1.3.4 Psychotische stoornissen

Patiënten die lijden aan schizofrenie hebben in vergelijking met de normale bevolking, een significant hogere kans om gewelddadig gedrag te vertonen. (Fluttert e.a., 2002).

“Van oudsher bestaat de neiging om een gestoord realiteitsbesef als centraal kenmerk van psychosen te zien.” (Vandereycken e.a., 2004, p. 127) Onder psychotische symptomen wordt verstaan; wanen, hallucinaties, incoherente en andere stoornissen van de logische gedachtegang, en katatoon of anderszins ernstig ontregeld gedrag.

Schizofrenie is de meest ernstige psychotische stoornis. Er worden verschillende dimensies onderscheiden van psychopathologie bij schizofrenie waarbij men spreekt van positieve en negatieve symptomen. Positieve symptomen zijn verschijnselen die er niet zouden moeten zijn: wanen, hallucinaties, incoherentie, cognitieve desorganisatie (formele denkstoornissen). Negatieve symptomen bestaan uit het ontbreken van gedragingen of belevingen die er normaal wel zijn, bijvoorbeeld affectieve vervlakking, sociaal terugtrek-gedrag, apathie, initiatief-verlies en spraakarmoede.

Wanen zijn het sterkst gerelateerd aan op het optreden van geweld. Een (primaire) waan kan plotseling ontstaan en meteen voor de persoon een alles overheersende overtuigingskracht bezitten. (Vandereycken e.a., 2004). De persoon kan allerlei onrealistische overtuigingen hebben, zoals de gedachte dat een andere persoon vernietigd moet worden. Er bestaat dan ook een positieve correlatie tussen de ernst van de waanbeleving en de ernst van het gepleegde delict. Ook destructieve hallucinaties houden een verhoogd risico in op gewelddadig gedrag. Bij 'bevelshallucinaties' hoort de patiënt stemmen die hem gericht opdracht geven tot het plegen van geweld. (Fluttert e.a., 2002).

Gewelddadig gedrag bij patiënten met schizofrenie kan het best begrepen worden in samenhang met het symptomatische beloop, waarbij in het bijzonder de positieve symptomen, spanning, vijandigheid en achterdocht een belangrijke rol spelen.

De combinatie van drank, andere verslavende middelen en psychotische symptomen houdt een verhoogd risico van gewelddadig gedrag in.

1.3.5 Verslavingsproblematiek

Hoewel er een duidelijk verband bestaat tussen gewelddadige criminaliteit en psychische stoornissen, vormt middelenmisbruik de belangrijkste risicofactor. (De Ruiter & Hildebrand, 2005).

Onder misbruik wordt verstaan; overmatig gebruik dat schadelijke gevolgen heeft of kan hebben. Men spreekt van afhankelijkheid als het de gebruiker moeite kost het gebruik te staken, wat leidt tot onaangepast gebruik, stoornissen en problemen.

Een verslaving kan verschillende functies hebben voor iemand; het kan een vorm zijn van pijncontrole, pijnvermindering, (zelf-) medicatie, spanningsvermindering, het opvullen van een leegte, het terugbrengen van verdrongen gevoelens of deze juist proberen weg te stoppen, het controleren van gevoelens van zelfhaat en schuld, het verminderen van persoonlijke onzekerheid, etc.

Belangrijke kenmerken (of sociale verschijnselen) van mensen met een verslaving is dat zij een laag zelfbeeld hebben en een vertekend beeld van de wereld.

Ze hebben manipulatieve neigingen, zijn gericht op scores, directe behoeftebevrediging en het verkrijgen van kicks. Daarnaast komen zij afspraken slecht na, nemen weinig verantwoordelijkheid voor hun eigen gedrag en leggen vervolgens de verantwoordelijkheid het liefst bij anderen neer. Ze kunnen niet goed anticiperen op een verlies van controle of agressieve impulsen en hebben weinig gevoel voor sociale verhoudingen en fatsoensnormen. Hun gedrag moet veelal wat opleveren en heeft in deze zin een economische functie, daarnaast vragen ze aandacht middels agressie, dwingen iets af middels intimidatie en vertonen ontwijkend en ontkennend gedrag.

De samenhang van alcohol en drugsgebruik en psychopathologie is complex. Verslaving beïnvloedt een psychiatrische stoornis en omgekeerd is dat ook het geval. Mensen met een psychiatrische stoornis en persoonlijkheidsstoornis zijn kwetsbaar voor stoornissen ten gevolge van alcohol- of druggebruik. Eenmaal verslaafd, is de onderliggende problematiek niet meer nodig om de stof te gaan gebruiken waarmee het middelengebruik een stoornis op zichzelf is geworden. Omgekeerd kan juist alcohol- en druggebruik de psychiatrische stoornissen verergeren, hetzij door de toxische effecten van de tot zich genomen stof, hetzij door de met gebruik samenhangende leefstijl, voedingsgewoonte en sociaal gedrag. Het kan echter ook zijn dat gelijktijdig sprake is van een psychiatrische stoornis en het misbruiken van middelen, zonder dat er een oorzakelijke relatie is tussen de twee.

Vandereycken e.a. (2004, p.99) stellen dat men in het algemeen verslaving het best kan opvatten als "een chronische, meerdimensionele stoornis, waarbij naast as-I-symptomen vrijwel steeds sprake is van comorbiditeit in de zin van de persoonlijkheidsstoornis (as II) en psychosociaal disfunctioneren, zoals criminaliteit op as IV van de DSM".

Uit onderzoek is gebleken dat ruim 40% van de Tbs-cliënten verslaafd is. Als ook rekening wordt gehouden met intensief gebruik van alcohol en het regelmatig gebruik van soft- en harddrugs, dan is bij 70% van de Tbs-cliënten sprake van alcohol- en/of drugsproblemen. (artikel Verslaving en psychopathologie).

Delicten worden vaak gepleegd onder invloed van alcohol en drugs. Nu zullen er wel enkele cliënten zijn, bij wie het feit dat ze destijds ergens aan verslaafd waren toevallig niets te maken had met het feit dat ze een delict pleegden, maar in de meeste gevallen zal dat toch een rol hebben gespeeld en zal terugval in verslaving dus de mogelijkheid van hernieuwd gevaar en delictrecidive in zich meedragen.

1.3.6 Seksuele stoornissen

Tot slot komen in de forensische psychiatrie ook seksuele stoornissen voor. In de DSM-IV wordt gesproken van de categorie seksuele stoornissen en gender-identiteitsstoornissen waaronder vallend; seksuele disfuncties, parafilia en gender-identiteitsstoornissen. Voornamelijk van belang voor deze doelgroep (in de forensische psychiatrie) zijn de parafiele stoornissen. "Met de term parafilia wordt uitgedrukt dat er een afwijking (para) is in datgene waartoe de persoon zich aangetrokken (filia) voelt." (Vandereycken e.a., 2004, p. 343). Bij parafilia is sprake van opwinding in reactie op seksuele objecten of situaties die geen deel uitmaken van wat gewoonlijk (normatief) als opwindingsactiviteitenpatronen worden beschouwd.

Voorbeelden van parafilieën zijn exhibitionisme, fetisjisme, frotteurisme, pedofilie, seksueel masochisme, seksueel sadisme, fetisjistisch transvestitisme en voyeurisme. Sommigen van deze parafilia kunnen betrekkelijk onschadelijk zijn zolang met instemming van de partner gehandeld wordt, het levert pas problemen op wanneer de parafiele verbeelding aan de partner wordt opgedrongen.

De ernst van de parafilia wordt op grond van twee variabelen bepaald; allereerst wordt onderscheid gemaakt tussen personen die tot handelen overgaan en zij die dat niet doen; het tweede onderscheid betreft personen die soms of een enkele keer op grond van de drang tot handelen overgaan en personen die dat regelmatig doen. (De mate waarin de persoon schade aan derden en zichzelf toebrengt is overigens ook van belang.)

Parafilia kunnen strafbaar zijn, wanneer sprake is van dwang, exploitatie, manipulatie, vernedering of inperking van de zelfbepaling van een ander. De bekendste strafbare seksuele stoornis is pedofilie.

Pedofilie

Pedofilie is een term die gebruikt wordt voor volwassenen (en bepaalde adolescenten) die zich seksueel voelen aangetrokken tot kinderen die nog niet geslachtsrijp zijn (oftewel kinderen in de pre-pubertijd; 13 jaar of jonger). Daarnaast is het leeftijdsverschil een extra punt van aandacht; de oudere is 16 jaar of ouder, en tenminste vijf jaar ouder dan het kind. Omdat de term pedofilie alleen slaat op het verlangen naar seksueel contact met kinderen en niet op het daadwerkelijk hebben van seks met kinderen, wordt voor de mensen die wel naar hun drang handelen ook wel de term pedoseksueel gebruikt (al wordt in het dagelijks gebruik hiervoor toch vaak de term pedofiel gehanteerd). Pedofiele contacten gaan niet noodzakelijkerwijs gepaard met dwang, hoewel er wel vaak dwang tot geheimhouding is en via ingewikkelde strategieën de seksuele activiteiten worden gerealiseerd.

Ook al is er geen dwang uitgeoefend op het kind om aan deze seksuele activiteiten te participeren, is pedofilie toch strafbaar vanwege het machtsverschil tussen volwassenen en kinderen waardoor voor het kind geen werkelijke keuzevrijheid bestaat.

In de bijlage zijn de DSM-IV criteria opgenomen van de meest voorkomende stoornissen in de forensische psychiatrie

1.4 Samenvatting

De forensische psychiatrie kenmerkt zich door cliënten met een problematiek die tot ernstig en strafbaar gedrag leidt. Door het hebben gepleegd van een delict waarvoor men (gedeeltelijk) ontoerekeningsvatbaar is verklaard, hebben de cliënten van de rechter een maatregel opgelegd gekregen, dat de behandeling een gedwongen kader meegeeft.

Voor volwassenen geldt (bij een misdrijf waar ten minste vier jaar straf op staat) de maatregel 'terbeschikkingstelling'. De belangrijkste reden waarom Tbs wordt opgelegd is het beveiligen van de maatschappij op korte en langere termijn.

Voor jongeren, van twaalf tot (in principe) achttien jaar, geldt de PIJ-maatregel, wat staat voor 'plaatsing in een inrichting voor jeugdigen'. Deze maatregel is in het belang van een zo gunstig mogelijke verdere ontwikkeling van de jongere.

Jongeren met een PIJ-maatregel worden geplaatst in een Justitiële Jeugdinrichting (JJ). Binnen deze instellingen wordt in de eerste plaats onderscheid gemaakt tussen beveiligde en beperkt beveiligde inrichtingen, daarnaast zijn er in ook nog specialistische afdelingen, waar jongeren verblijven die behoefte hebben aan een specialistische behandeling waarvoor specifieke expertise vereist is.

Forensisch psychiatrische behandeling is gericht op psychopathologie in relatie tot een delict. Hoewel delinquentie op zich probleemgedrag is, gaat dit vaak samen met meerdere andere problemen, zoals psychosociale problematiek en psychische stoornissen. De problematiek van de cliënten kennen vaak een hoge comorbiditeit en het beeld wordt veelal verder gecompliceerd door veelvuldig misbruik van (dan wel verslaving) aan alcohol, soft- en/of harddrugs.

De meest voorkomende stoornissen in de forensische setting zijn de aandachts- en gedragsstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en dan met name die van het cluster B; de antisociale persoonlijkheidsstoornis en borderline persoonlijkheidsstoornis. Daarnaast de periodiek explosieve stoornis (een stoornis in de impulscontrole), psychotische stoornissen en tot slot vind je in de forensische psychiatrie mensen met de stoornis pedofilie.



2 | Agressie

Inleiding

Je komt niet zomaar terecht in de forensische psychiatrie. Naast psychische problemen en anderssoortige psychiatrische problematiek, zul je wel wat meer op je kerfstok moeten hebben.

Kenmerkend voor cliënten die in behandeling zijn in de forensische psychiatrie, is dat ze één of meer delicten hebben gepleegd en hoogstwaarschijnlijk niet onbekend zijn met agressie en agressief gedrag.

Als hulpverlener zul je dan ook onvermijdelijk op de één of andere manier te maken krijgen met agressie, zij het doordat agressie de reden is geweest dat iemand in het forensische kader is beland en het dus onderdeel is van de (te behandelen) problematiek, of doordat je direct met agressie wordt geconfronteerd.

Maar wat is agressie precies? Is het bijvoorbeeld hetzelfde als geweld? Is het altijd slecht? Waarom wordt iemand agressief? Om meer inzicht te krijgen in het begrip, zal in dit hoofdstuk aandacht besteed worden aan de achtergrond van agressie. Verschillende aspecten als het uiten van agressie, achterliggende motieven, mogelijke verklaringen en hoe het zit met de verschillen tussen de seksen, zullen belicht worden om duidelijk te krijgen waar we het nu precies over hebben als we praten van agressie.

2.1 Definitie van agressie

'Agressie', een woord dat iedereen kent, waar iedereen een beeld bij heeft, maar wanneer je er over gaat nadenken, blijkt het toch een lastig te definiëren begrip te zijn.

Of we bepaald gedrag als agressief ervaren, wordt mede bepaald door de maatschappelijke beeldvorming rond agressie, de opvattingen die mensen daarover hebben en de inzichten van de wetenschap. Wat de één bestempelt als agressief

gedrag, kan de ander als de normaalste zaak van de wereld beschouwen. Wat iemand onder agressie verstaat is afhankelijk van de persoonlijke beleving, persoonlijke opvattingen, maar ook normen en waarden die gelden binnen de samenleving en de (sub)cultuur waar je toe behoort. Daarnaast is ook de tijdsgeest waarin we leven belangrijk voor wat wij onder agressie verstaan, wat vroeger bijvoorbeeld als een normale opvoedingssituatie werd gezien, kan nu misschien wel als kindermishandeling worden bestempeld. (Delft e.a., 2003, p. 16)

In de loop der tijden zijn onze opvattingen over agressie verandert. En wanneer we rekening willen houden met de objectieve, subjectieve en normatieve aspecten van agressie, maakt dit het definiëren van het begrip erg lastig, zo niet onmogelijk.

De 'Van Dale' definieert agressie op de volgende manier:

agres sie de; v l -s aanval, m.n. vd ene staat op de andere 2 agressiviteit

agres sief bn, bw geneigd om aan te vallen of te vechten; aanvallend

Andere definities:

"Agressie is gedrag waardoor de ander zich aangevallen of bedreigd voelt."
(Delft e.a., 2003, p. 17)

"Agressie is gedrag dat doelbewust schade toebrengt aan een ander persoon."
(Glassman, 1998, p. 186)

"Agressie is gedrag dat bedoeld is om een andere persoon te kwetsen die niet wenst gekwetst te worden." (Brehm e.a., 2004, p. 440)

"We spreken van agressie wanneer iemand andermans grenzen overschrijdt, bewust schade berokkent of met woede probeert iets te bereiken." (Ieren.nl)

"Onder agressie wordt meestal verstaan het gewelddadig handelen met het doel schade toe te brengen." (wikipedia.nl)

2.2 Constructief vs. destructief

Agressie is niet altijd een probleem. Agressie kan een positief drijvende kracht zijn, het is een opbouwende energie die wordt gebruikt om ergens voor te strijden. Zelfverdediging is ook een vorm van positieve agressie; opkomen voor jezelf om er voor te zorgen dat anderen je respecteren en niet je grenzen overschrijden. Delft e.a. (2003) Stellen dat we kwaad en agressief kunnen worden wanneer de dingen niet gaan zoals we graag zouden willen of als mensen dingen doen waar we het niet mee eens zijn. Zonder agressie, zouden we alles over ons heen laten komen en over ons heen laten lopen. In sommige gevallen kan het niet anders, maar wanneer we iets aan de zaken kunnen doen, is dit niet verstandig. In deze zin is agressie dus functioneel, misschien zelfs wel noodzakelijk bij het ontwikkelen van zelfstandigheid en het creëren van eigenwaarde. Constructieve agressie is dan ook vanuit een gezond zelfrespect, een gezonde vasthoudendheid, en een duidelijke begrenzing. Wanneer we opkomen voor onszelf en agressie op een constructieve wijze aanwenden, spreken we ook wel van assertiviteit.

Aan de andere kant van deze lijn bevindt zich negatieve agressie, oftewel destructieve agressie. "Niet de agressie is het probleem, maar de manier waarop we agressie uiten en hoe we erop reageren." (Delft e.a., 2003, p. 29). Wanneer niet goed met agressie wordt omgegaan, dan ontstaan problemen, en kan positieve agressie omslaan in negatieve, vernietigende, destructieve agressie. Voorbeelden zijn schelden, dreigen, spuwen, het vernielen van andermans bezit, gebruiken van geweld, etc.

- In de hiernavolgende paragrafen en hoofdstukken wordt met de term agressie bedoeld op agressie in zijn destructieve vorm. -

2.3 Externaliseren vs. internaliseren

Agressie hoort bij het menselijk gedrag. Hierboven is onderscheid gemaakt in constructieve en destructieve agressie, maar er kan ook onderscheid gemaakt worden in de mate waarin agressie wordt geïnternaliseerd of geëxternaliseerd.

Het internaliseren van agressie houdt in dat de agressie op zichzelf wordt gericht. De gevolgen hiervan kunnen zijn dat iemand zich terugtrekt en/of woede opkropt die er op den duur toch een keer uit moet met alle gevolgen van dien. De geïnternaliseerde agressie kan direct op zichzelf worden gericht in de vorm van zelfbeschadigend gedrag (automutilatie) maar kan zich ook uiten in depressie en andere psychische en somatische klachten.

Geëxternaliseerde agressie is agressie gericht naar de buitenwereld. Hierbij wordt agressie afgereageerd op anderen (mens en dier) of de omgeving. Het belangrijkste kenmerk is dat agressie openlijk wordt getoond. Voorbeelden hiervan zijn het verstoren van de orde, ruzie maken, pesten, uitschelden, vernederen of in ernstige vorm; brandstichten, stelen, vandalisme, het plegen van geweldsmisdrijven, moord en dwingen tot seksueel contact.

2.4 Uiten van agressie

Het uiten van agressie kan op verschillende manieren plaatsvinden. Grofweg zijn er drie manieren te onderscheiden; verbale agressie, psychische agressie en fysieke agressie.

Bij verbale agressie gaat het om het verbaal uitdrukken van gevoelens als woede en frustratie. Schelden, vloeken, beledigen, verwijten en woede-uitbarstingen zijn vormen van verbale agressie.

Bij psychisch agressie gaat het onder meer om psychologische spelletjes spelen, mensen tegen elkaar uitspelen, de sfeer verpesten, de ander een schuldgevoel geven, emotioneel chanteren, uitsluiten, pesten, tegenwerken, lastig vallen, irriteren, intimideren, onder druk zetten en bedreigen met fysiek geweld (die soms met lichamelijke kracht wordt bijgezet). (Taghon e.a., 2008, p. 18)

Fysieke agressie is erop gericht de ander fysiek te beschadigen. Hier wordt iemand niet alleen geïntimideerd, maar ook lichamelijk aangevallen. Spugen, het gooien met voorwerpen (in de ruimte of direct op de persoon), slaan, schoppen, bijten, haren trekken en wapengebruik zijn allemaal vormen van fysieke agressie. Vaak gaat deze

agressie gepaard met woede en het wegvallen van het verstand. Het begrip 'blinde woede' is hier een voorbeeld van.

2.5 Motivatie van agressie

Agressie kan om verschillende redenen worden aangewend. In de praktijk kunnen deze verschillende vormen van agressie tegelijkertijd optreden waardoor de achterliggende reden soms lastig is te herkennen. De vormen kunnen dan ook niet altijd haarscherp van elkaar worden onderscheiden. Daarnaast kunnen in sommige gevallen deze soorten agressie ook als verschillende stadia worden gezien waarbij meestal een verbaal begin is dat kan uitlopen in fysiek geweld. We spreken van instrumentele agressie, expressieve agressie en willekeurige agressie. Een extra onderscheid kan overigens worden gemaakt in het vertonen van proactieve agressie en reactieve agressie. Het vertonen van agressie zonder enige aanleiding wordt proactieve agressie genoemd. Reactieve agressie is agressie die volgt als reactie op een bedreiging.

2.5.1 Instrumentele agressie

Instrumentele agressie is het weloverwogen gebruik van agressie om een doel te bereiken en dus iets gedaan te krijgen. Het is geen reactieve vorm van agressie, maar een bewuste actie. De agressie richt zich vaak op een persoon, maar is meestal niet persoonlijk. De 'agressor' heeft volledige controle over zijn/haar eigen gedrag, speelt vaak de emoties (de emoties zijn niet authentiek, maar worden bewust ingezet in het spel) en voert de druk op als het gedrag niet het beoogde resultaat heeft. Dreigementen zullen meestal niet worden uitgevoerd, maar als de agressor de controle over zijn/haar eigen gedrag verliest kan de situatie toch uit de hand lopen. Een (gewapende) overval is een extreme vorm van instrumentele agressie

2.5.2 Expressieve agressie

Bij expressieve agressie is het primaire doel de eigen gevoelens van spanning of woede te ventileren, zonder de ander direct schade toe te brengen. Er kan uiting gegeven worden aan gevoelens die voortkomen uit eerder opgedane ervaringen,

vandaar dat deze vorm van agressie ook wel frustratieagressie wordt genoemd. Agressie kan hierbij worden ingezet als middel en kan dus een proactieve vorm van agressie zijn, maar kan tevens ook een reactieve vorm van agressie zijn.

2.5.3 Willekeurige agressie

Bij willekeurige agressie wordt gedrag vertoond waarvan niet meer zo duidelijk de samenhang met de oorzaak te zien is. Het proces kan zich in het hoofd van de agressor afspelen en voor de omgeving lijkt de samenhang tussen agressie en de aanleiding te ontbreken. Bij willekeurige agressie kunnen we ook te maken hebben met personen wiens gedrag beïnvloed wordt door een verslaving, een psychose of een andere psychische stoornis. Bij deze vorm van agressie kan echter ook agressie het doel op zich zijn, zinloos geweld is hier een voorbeeld van. Het gedrag is onvoorspelbaar, gewelddadig en vaak volkomen irrationeel.

2.6 Nature or nurture; verschillende verklaringsmodellen

Er bestaan verschillende sociologische, filosofische en psychologische theorieën over de oorzaken van agressie en agressiviteit. De ene theorie spreekt over agressie als gedag dat is aangeleerd en dus voorkomen of afgeleerd kan worden. Terwijl andere theorieën ervan uitgaan dat agressie is aangeboren en daarom onvermijdelijk is.

2.6.1 Psychodynamische benadering

Sigmund Freud, de grondlegger van de psychoanalyse, beschouwt agressie als een aangeboren drift, anders gezegd, hij is er van overtuigd dat mensen worden geboren met een drang tot agressief gedrag. Freud zag de persoonlijkheid als een driedelige structuur; het Id, het ego en het superego. Deze drie elementen beïnvloeden elkaar en bepalen je persoonlijkheid. Het Id is de bron van de driften 'eros' en 'thanatos' en is uit op directe bevrediging. Eros (de Griekse god van de liefde) is de levensdrift en thanatos (de Griekse verpersoonlijking van de Dood) is een destructieve energie, die zowel tot uiting komt in agressie tegenover anderen als in zelfdestructief gedrag. (Glassman, 1998). Uitstel of onderdrukking van deze driften gebeurt door het superego, oftewel het geweten, waar

de waarden en normen en het ik-ideaal (het beeld van wat met het liefst zou willen zijn) zijn opgeslagen. De behoeften van het Id en de eisen van het superego lopen zeer uiteen, en daarin ligt de taak van het ego, die optreedt als bemiddelaar tussen het Id en het superego om de balans te bewaren en er voor te zorgen dat zoveel mogelijk recht gedaan wordt aan beiden, aan de persoon zelf en aan de buitenwereld.

Er zijn twee belangrijke fasen in het leven die door ieder kind worden doorlopen. De eerste fase is de hechtingsfase waarin het kind bij een gunstige ontwikkeling zichzelf en de omgeving leert vertrouwen. Bij verwaarlozing, misbruik of verlating kan dit basisvertrouwen niet worden ontwikkeld en dit verhoogt de kans dat op latere leeftijd agressief wordt gereageerd op nabijheid of intimiteit.

Tijdens de tweede fase, die ook wel de verkenning- en onderzoeksfase wordt genoemd, ervaart het kind dat het er mag zijn zoals het is (ik-ideaal) en wat het is om te beïnvloeden en beïnvloed te worden. "Wanneer die ontwikkeling gekenmerkt wordt door (te) veel bestraffing, (te) weinig bescherming, (te) grote onverschilligheid en desinteresse, vormt het 'ongewenst zijn' en zich 'ongewenst-voelen' de constante doorheen de ervaringen." (Tilburg, 2003, p. 187).

Om toch aandacht te krijgen zullen andere manieren worden aangewend, waaronder agressief gedrag dus ook tot de mogelijkheden behoort.

Bij de kinderen die deze fases niet gunstig hebben doorlopen, is het superego en het ego onvoldoende ontwikkeld. Het Id zal te weinig worden gecorrigeerd, met als gevolg dat de driftimpuls minder beheerst worden. Bijvoorbeeld in het geval van agressie zullen deze personen eerder uitbarsten. Deze agressie wordt dikwijls ook verplaatst van opvoeders naar andere autoriteiten, waaronder hulpverleners. Deze driftimpuls kunnen overigens ook worden afgeweerd. Hierdoor lijken ze niet aanwezig, maar in plaats daarvan wordt de agressie geprojecteerd op de ander; iemand wordt depressief of er ontstaan allerlei psychosomatische aandoeningen wat betekent dat ze de agressie op zichzelf richten of men wordt overbezorgd als een vorm van afweer van agressie.

2.6.2 Behavioristische benadering

De behavioristen gaan er van uit dat agressief gedrag en geweld wordt aangeleerd. Alle omstandigheden van het leven 'leren' ons via bekrachtiging welk gedrag effectief is, welk gedrag succesvol is en welk gedrag maar beter vermeden kan worden.

Leertheorie

De leertheorie is een psychologische theorie over de wijze waarop mensen associaties leggen tussen stimuli. De belangrijkste concepten hierbij zijn de 'klassieke conditionering' en de 'operante conditionering'.

Bij het klassieke conditioneren is leren niets anders dan het één met het ander associëren, wat bijvoorbeeld gebeurt bij een voetbalhooligan die de agressie al in zich voelt opkomen zodra hij een voetbalstadion binnen loopt. In de loop der tijd heeft hij namelijk voetbal herhaaldelijk in verband gebracht met geweld waardoor deze associatie is ontstaan. (Tilburg, 2003, p. 193).

Bij operante conditionering komt er naast directe associatie ook bekrachtiging en ontkrachting kijken. Dit komt er op neer dat ieder gedrag dat beloond wordt, een grotere kans heeft op herhaling van dit desbetreffende gedrag. Daartegenover kan straf er dus voor zorgen dat de kans op herhaling van dit gedrag verkleind wordt. Hierbij moet wel vermeld worden dat straffen en belonen heel subjectief zijn. Wanneer een gevangenisstraf respect afdwingt bij een groep jongeren die in een jeugdbende zitten, is de straf in dit geval een beloning en werkt daarmee niet ontkrachting.

2.6.3 Frustratie-agressie theorie

De frustratie-agressie theorie heeft wortels in zowel de behavioristische als in de psychoanalytische traditie. De frustratie-agressie theorie is ontwikkeld eind jaren dertig aan de Yale-universiteit in Amerika. Deze theorie gaat er van uit dat agressie een reactie is op frustratie. Wanneer een persoon gehinderd wordt in het bereiken van zijn of haar doel, kan dit ontevredenheid, spanning of ergernis veroorzaken. Deze gevoelens worden in dit geval als frustratie aangeduid. "Omstandigheden die tot frustratie leiden, activeren een drijfveer die tot agressief gedrag aanzet. De intensiteit van de agressieve reactie, wordt bepaald door de intensiteit van de frustratie" (Glassman, 1998, p. 292).

Op frustratie kunnen verschillende reacties volgen. Vaak kan agressie worden onderdrukt, maar wanneer de frustraties oplopen en de druk te hoog wordt, kan dit zich uiten in agressief gedrag. De agressie kan dan direct op de bron van de frustratie

worden gericht, maar ook verplaatst worden naar een ander object. Zo kan frustratie worden afgereageerd op voorwerpen, zoals het gooien met borden, smijten met deuren, schoppen van stenen etc. De frustratie kan echter ook aan zichzelf worden toegewezen, uitend in zelfverwijten, schuldgevoelens, automutilatie etc. Daarnaast kan de agressieve reactie, in plaats van op de persoon direct, ook worden gericht naar een externe derde persoon (die veelal ook enige gelijkenis vertoont met de bron van frustratie, bijvoorbeeld in uiterlijk, maar ook de context speelt mee). Een voorbeeld; een cliënt heeft een gesprek met zijn behandelaar, maar dit verloopt niet naar wens. Tijdens dit gesprek heeft hij zich kunnen beheersen, maar daarna reageert hij zijn frustratie af op zijn groepsleider die hij ziet als 'medestander' van de behandelaar. Verplaatsing vind dus plaats uit de vrees voor de bron, of door afwezigheid van de oorspronkelijke frustratiebron.

2.6.4 *Cognitieve benadering*

Net als de behavioristen, zijn de cognitief psychologen van mening dat agressie aangeleerd gedrag is. Het proces dat bekrachtiging het leren kan beïnvloeden vinden zij ook aannemelijk, maar nog te beperkt, er wordt namelijk voorbij gegaan aan de mentale processen die volgens de cognitief theoretici ook een belangrijke rol spelen bij het aanleren van agressief gedrag. (Glassman, 1998).

De cognitieve benadering gaat er van uit dat de mentale processen het gedrag op twee verschillende manieren kunnen beïnvloeden. Enerzijds door het imiteren van gedrag, anderzijds door de aanstekelijkheid van gedachten en waarnemingen.

Sociale leertheorie

De rol die imitatie speelt in het leerproces is het onderwerp van de sociale leertheorie. "Volgens deze theorie is veel van wat wij leren gebaseerd op het observeren van het gedrag van anderen en niet op directe ervaring en bekrachtiging." (Glassman, 1998, p. 294)

Het imiteren van anderen wordt binnen deze theorie ook wel 'modeling' genoemd. Bij modeling is dus sprake van kopiëren van gedrag, men bootst de ander na en leert door observatie. Interessant is overigens dat het effect bij zowel jongens als meisjes sterker is als het volwassen voorbeeld van hetzelfde geslacht is als het kind (Glassman, 1998). In het geval van jongeren telt de peergroep zwaarder dan het voorbeeld van een volwassene. (Tilburg, 2003). Als een jongere bijvoorbeeld veel

waarde hecht aan erkenning door de peergroep, weegt het voorbeeld van een volwassene die prosociaal gedrag vertoont, minder op tegen het slechte voorbeeld dat jongeren elkaar geven.

Cognitieve neo-associatietheorie

Bepaalde agressieve gedragingen kunnen echter niet alleen aan imitatiegedrag worden toegeschreven. Gewelddadig gedrag kan namelijk ook opgeroepen worden door gewelddadige gedachten. Deze gedachten voeden als het ware het gedrag, ze werken aanstekelijk. Iedere gedachte of herinnering kan aanverwante gedachten of herinneringen activeren. De sociale leertheorie gaat er van uit dat alleen via observatie bepaald gedrag kan worden aangeleerd. Deze theorie gaat er echter van uit dat gewelddadige cognities iedere vorm van aanverwant gedrag kunnen uitlokken (Glassman, 1998).

Cognitieve schema's

De cognitieve benadering benadrukt overigens niet alleen de betekenis van sociaal leren, maar vestigt ook de aandacht op cognitieve schema's die een rol kunnen spelen bij agressief gedrag. "We ontwikkelen een aantal schema's die invloed hebben op hoe wij de wereld waarnemen en op ons gedrag." (Glassman, 1998, p. 295). En deze schema's worden weer beïnvloed door onze ervaringen. Een voorbeeld van een dergelijk cognitief schema dat verband houdt met agressief gedrag is wat beschreven wordt als 'de straatcode'. (Glassman, 1998). Deze straatcode bestaat uit een aantal normen die maatgevend zijn voor onderlinge relaties, in dit geval gaat het over met name zwarte jongeren die leven in de binnensteden van de Verenigde Staten, maar dit voorbeeld gaat voor meer landen op. Er wordt vanuit gegaan dat eigenwaarde afhangt van het krijgen van 'respect' van anderen. Wanneer diverse uitingen niet getuigen van respect, moet er iets gebeuren om het zelfrespect te kunnen behouden. Omdat het gevoel van eigenwaarde gevoelig is voor alles wat als een belediging wordt ervaren, heeft deze zogenaamde straatcode tot gevolg dat er een agressieve houding wordt aangenomen en snel gewelddadig wordt gereageerd op iedere vorm van gebrek aan respect. Omdat deze bendes allen deze code aanhouden en deze houding aannemen, kan geweld gemakkelijk escaleren en volledig uit de hand lopen. (Glassman, 1998). Wanneer deze code (en dit cognitieve schema) de enige is die zij kennen, zal er geen alternatief schema kunnen worden aangesproken, één die niet perse ontaard in agressief gedrag.

2.6.5 Humanistische benadering

Roger en Maslow zijn bekende grondleggers van de humanistische benadering en zij verzetten zich tegen het idee dat agressie een aangeboren drift is. De humanistische benadering houdt er een positieve visie op na. Een theorie die er van uitgaat dat agressie is aanboren en daarom onvermijdelijk is, geeft daarmee een pessimistisch visie op de menselijke mogelijkheden.

De humanistische benadering gaat echter wel uit van de sterke, aangeboren behoefte van de mens aan zelfactualisering.

Abraham Maslow

Maslow heeft in zijn behoeftenhiërarchie proberen uiteen te zetten wat de belangrijkste factoren zijn die het gedrag van de mens motiveren.



Wat dit model laat zien is dat bepaalde behoeften op een gegeven moment meer op de voorgrond staan dan anderen. Agressie komt hier niet in voor. Maslow ziet agressie dan ook niet als een aangeboren drift die bevredigd moet worden, maar als een reactie op omstandigheden die het bevredigen van één van de basisbehoeften belemmeren. In deze zin vertoont de theorie van Maslow overeenkomsten met de frustratie-agressie theorie, maar Maslow daarentegen beschouwt agressie als één van de mogelijke reacties op frustratie en niet de enige reactie. "Agressief gedrag kan dus het gevolg zijn van tekort-behoeften." (Glassman, 1998, p. 299).

Carl Rogers

Rogers gaat min of meer ook van dit principe uit, hij omschrijft het alleen iets anders. Volgens Rogers is onze ontwikkeling gebaseerd op de actualiseringstendens. Dit is een positieve kracht in de richting van zelfontplooiing. In zijn theorie is agressief gedrag een mogelijk gevolg van 'incongruentie' dat optreedt als we een conflict ervaren tussen ons zelfgevoel en ons ideale zelf. (Glassman, 1998).

Volgens Rogers kan agressief gedrag ook het gevolg zijn van onze behoefte aan positieve waardering waardoor we bepaalde normen gaan overnemen met betrekking tot agressief gedrag (denk aan de 'straatcode' eerder beschreven) met als gevolg dat iemand zich laat overhalen ditzelfde gedrag te gaan vertonen. Echter is agressie in dit voorbeeld nog steeds een mogelijke reactie en niet een onvermijdelijke reactie. "Agressief gedrag blijft achterwege als de condities voor zelfontplooiing en congruentie aanwezig zijn." (Glassman, 1998, p. 300).

2.6.6 Sociologische benadering

"Agressief gedrag is niet alleen te verklaren als een persoonlijke stijl of een persoonlijke reactie op omstandigheden." (Tilburg, 2003, p. 198). Willen we proberen agressief gedrag en geweld te begrijpen, zullen we verder moeten kijken naar hoe individuen zich voelen in sociale contexten.

Bij Sociologie draait het om de mens in relatie tot de ander. De sociologische verklaring gaat ervan uit dat gemeenschappen, de leefwijzen en leefstijlen bepalen en dat ieder individu zich daaraan moet aanpassen om binnen deze gemeenschap te kunnen functioneren. Binnen een groep heerst competitie, dit lijkt een mildere vorm van agressie, maar ligt wel binnen dezelfde lijn. Daarnaast is er ook een soort opbodmechanisme werkzaam zoals Van Tilburg (2003) dit beschrijft, waarbij agressie 'tegen-agressie' uitlokt en het van kwaad tot erger kan uitlopen, bijvoorbeeld bij het verdedigen van je club (hooligans), of agressie in het verkeer.

Agressief en problematisch gedrag wordt overigens ook vaak beïnvloed door socio-economische omstandigheden, waarbij je moet denken aan een laag inkomen, geen vast werk, hoge schulden, inkomensverlies etc. Dit zorgt voor economische druk en daarmee een gedeprimeerde stemming. In het geval van een gezin kan de gedeprimeerde stemming van ouders betekenen dat er minder koestering en betrokkenheid van de ouders naar de kinderen gaat en dat kan zorgen voor aanpassingsproblemen bij de kinderen.

"De socialisatie van agressie is ook cultuurgebonden." (Brehm, 2004, p. 414).

In de zogenaamde machoculturen waarbij uitdagingen, mishandeling en zelfs meningsverschillen met de vuist of wapens beslecht moeten worden, vindt meer agressie plaats. In deze culturen draait het om eer en sociale status. Wanneer bij de mannen hun mannelijkheid in het geding komt en ze gekrenkt zijn in hun eer; zullen ze agressie gebruiken als middel om de eer te beschermen of te herstellen.

2.6.7 Sociaal psychologische benadering

De sociale psychologie overbrugt de kloof tussen de sociologie en de psychologie. De sociale psychologie doet onderzoek naar hoe gedachten, gevoelens en gedragingen worden beïnvloed door anderen. In het kader van agressie wordt de nadruk dan ook sterk gelegd op agressie als sociaal gedrag "waarbij wederzijdse afhankelijkheid tussen mensen, de wederzijdse opvattingen, normen, interpretaties centraal staan in het ontstaan en optreden van agressief gedrag." (Tilburg, 2003, p. 207)

Attributie-theorie

Een bekende sociaal-psychologische theorie is de 'attributie theorie'. Mensen stellen in de interactie bepaalde normen, voor elkaar; maar ook voor zichzelf, (attribueren). Dit werkt als volgt; (1) Men kent het eigen gedrag een norm toe. (2) Men kent een norm toe aan het gedrag van de ander. (3) Men kent het eigen gedrag een norm toe waarvan men denkt dat de ander ze stelt. (4) Men kent een norm toe aan het gedrag van de ander waarvan men denkt dat de ander ze aan zichzelf toekent.

Problemen zullen ontstaan wanneer de normen en opvattingen die personen elkaar toekennen (aan zichzelf en aan de ander), wezenlijk van elkaar verschillen. Wanneer men het idee krijgt dat het overschrijden van een norm expres wordt gedaan, puur om een onprettige ervaring bij de ander te veroorzaken, dan kan er een conflict ontstaan dat de kans op agressie vergroot. "Schend jij mijn norm, dan schend ik de jouwe." (Tilburg, 2003, p. 207).

Meerdere-mindere model (M-m model)

Ieder individu probeert in de interactie de eigen opvattingen en toegekende eigenschappen voor te stellen als beter dan die van de ander. Zogezegd, probeert ieder zichzelf in de Meerdere-positie met de hoofdletter te plaatsen, en de ander in de mindere-positie met de kleine 'm'.

Mensen in de m-positie proberen er van alles aan te doen uit deze onprettige situatie te komen, en een vorm van agressie is hierbij niet onwaarschijnlijk, zij het tegen zichzelf waarbij de agressie wordt opgekropt, of het komt tot een agressieve reactie in een directe confrontatie, of deze worden afgereageerd op derden.

2.6.8 Biologische benadering

De biologische benadering beschouwt agressie als een aangeboren eigenschap. Er zijn verschillende theorieën ontwikkeld, maar omdat er nog geen specifieke genetische of fysiologische mechanismen zijn ontdekt die agressie verklaren, worden meestal analogieën gemaakt met dierenonderzoeken (Glassman, 1998).

Ethologie (evolutionaire psychologie)

Lorenz was één van de grondleggers van de ethologie. Lorenz liet zich inspireren door Darwins evolutietheorie en net als Darwin was Lorenz ervan overtuigd dat veel menselijke eigenschappen op aangeboren mechanismen berusten. (Glassman, 1998). Vanuit deze theorie gezien heeft agressie een evolutionaire functie, omdat het de sterksten helpt te overleven en agressie is daarmee dus een nuttige eigenschap. Volgens Lorenz vindt het menselijk welzijn zijn oorsprong in pogingen om waardevolle bestaansmiddelen te verwerven. Op de eerste plaats vechten voor het veroveren van een vrouw, (als eerste vereiste voor overleving van de soort), in een later stadium vechten voor het verwerven van voedsel of territorium. (Brehm e.a., 2004).

Lorenz beschouwde agressie ook als een biologische bepaalde drift die van tijd tot tijd bevredigd moet worden. Deze gedachte wordt ook wel het 'reservoirmodel' genoemd en gaat er van uit dat het driftniveau in de loop der tijd oploopt (als een reservoir dat volloopt met water) om vervolgens de agressie in het gedrag tot uiting te brengen met als gevolg dat het driftniveau zakt. (Glassman, 1998).

Het proces van het noodzakelijk ontladen van driftenergie en de mogelijkheid via een vervangende activiteit agressie te uiten, wordt ook wel 'catharsis' genoemd, bekend van psychodynamische benadering van Freud.

Territoriumleer

De territoriumleer is ook een biologisch getinte leer die een verklaring heeft voor agressie. "Elk mens bezit de 'positieve' drang om een eigen territorium te hebben of te

verwerven en zal dit verdedigen als eigen bezit." (Tilburg, 2003, p. 202). Iedereen heeft de behoefte aan een eigen plek, een plek waar men zich kan terugtrekken, schuilen, alleen kan zijn. Dit is letterlijk, maar ook figuurlijk; namelijk het verwerven van een plek ten opzichte van elkaar; bijvoorbeeld in een relatie, denk aan persoonlijke grenzen. In het dierenrijk wordt een territorium verkregen en behouden door te vechten en te dreigen. Zo gaat bij ons het verwerven, beheren en verdedigen van onze eigen plek ook niet zonder inspanningen of strijd. "Een groot aantal diersoorten, waaronder het menselijk ras, vertoont de natuurlijke neiging om een stuk grond dat ze als hun bezit beschouwen tegen indringers te verdedigen. Deze neiging wordt gewoonlijk met de term 'territorialiteit aangeduid.'" (Timan, 1999, p. 4). Ieder mens geeft bewust of onbewust signalen af aan zijn omgeving om aan te duiden waar zijn territoriumgrenzen liggen en dat hij deze zal bewaken en verdedigen wanneer dit nodig is. Signalen als bewegingen, gebaren, mimiek, oogcontact, stem en stemgebruik etc. Maar ook bijvoorbeeld het verwijden en vernauwen van de pupil als teken van stemmingsverandering is een dergelijk signaal. Binnen het eigen territorium voel je je sterk. Op het moment dat het territorium bedreigt wordt of binnengedrongen, zal men agressie kunnen aanwenden om het territorium te verdedigen. Buiten het territorium, waar men zich minder sterk voelt, zal de neiging tot vluchten overheersen. (Wikipedia, territorium)

De vijf afstandscategorieën van het persoonlijke territorium:

- Intieme afstand - dichtbij = lichamelijk contact
lichamelijk contact wordt toegelaten
- Intieme afstand - verder = 15 - 45 cm
contact wordt opgedrongen of er wordt over onderhandeld
- Persoonlijke afstand = 45 - 75 cm
dichtbij, zonder lichamelijk contact, slechts handenschudden
- Sociale afstand = 1.2 - 3.6 m
aangehouden afstand in sociale sfeer
- Publieke afstand = 3.6 m en verder
geen persoonlijk betrokkenheid

(Timan, 1999)

Fysiologische processen

Een andere manier waarop de biologische benadering zich bezighoudt met het verklaren van agressie is het bestuderen van fysiologische processen die van invloed kunnen zijn op ons gedrag. Zo kunnen biologische factoren een rol spelen bij het ontwikkelen van agressief gedrag en het bijsturen van agressief gedrag bemoeilijken. (Delft e.a., 2003) Hieronder worden enkele van de factoren beschreven die agressief gedrag kunnen veroorzaken of beïnvloeden.

Neurochemisch

Een neurotransmitter die een belangrijke rol speelt bij agressie is serotonine. Serotonine werkt als een ver hinderend mechanisme, het remt impulsieve agressieve daden. Een laag serotoninegehalte in het zenuwstelsel gaat dus gepaard met een hoge mate van agressie (Brehm e.a., 2004). Daarnaast is er ook een relatie aangetoond tussen stress en agressie; wanneer mensen gedurende kritische perioden van hun ontwikkeling onder stress staan, kunnen er biochemisch veranderingen in de hersenen ontstaan die de drempel voor agressief gedrag als volwassene doet verlagen (Tilburg, 2003). "Biologisch gezien zijn stressreacties noodreacties die ons voorbereiden op 'vluchten of vechten'". (Glassman, 1998, p. 23)

Hersenletsel

Hersenletsel kan, afhankelijk van de locatie, leiden tot beperkingen. Dit onvermogen kan verder aanleiding geven tot faalangst en depressie, maar ook frustratie en agressie. Een hersenafwijking kan leiden tot leermoeilijkheden of leerstoornissen die op hun beurt in sommige gevallen kunnen leiden tot een vicieuze cirkel van spijbelen, vandalisme en criminaliteit. En van de ongeveer 80.000 kinderen met hyperactief gedrag glijd ongeveer de helft na de pubertijd weg in agressief en anti-sociaal gedrag, dat niet zelden leidt tot criminaliteit (Delft e.a., 2003).

Voeding

Ook voedingsmiddelen en eetgewoonten kunnen invloed hebben op ons gedrag. Zo is het bekend dat sommige kinderen heftig op bepaalde kleurstoffen kunnen reageren. Daarnaast zitten er in veel voedingsmiddelen zeer omstreden additieven waarop kinderen met ADHD sterk reageren.

Intoxicatie door drugs of alcohol

Het drinken van alcohol heeft effect op het cognitief functioneren. Zo ontstaat er een kortzichtigheid op de directe situatie, de verminderde mogelijkheid om informatie op te nemen, een verminderd sociaal probleemoplossend vermogen en verminderde zelfwaardering. Daarnaast werkt alcohol ontremmend. De manieren die we hebben ontwikkeld om ons gedrag onder controle te houden werken minder. Alcohol maakt ook verhoogd prikkelbaar. Kleine irritaties kunnen leiden tot fikse uitbarstingen. Het vermogen tot relativeren en incasseren wordt minder.

Voor drugs geldt dat iedere stof die de gevoelens, het gedrag, de waarneming of het bewustzijn wijzigt, een risico inhoudt op verstoord gedrag. Naast de directe invloed van bepaalde drugs op agressie (amfetamines kunnen bij de gebruiker op lange termijn agressief en gewelddadig gedrag uitlokken), spelen ook de indirecte invloeden van een drugsverslaving mee, want de kans is aanwezig dat de gebruiker om in zijn behoefte te voorzien agressie zal aanwenden om aan de nodige financiële middelen te komen om drugs te kunnen kopen. (Tilburg, 2003).

2.7 Mannen en vrouwen

Wanneer gekeken wordt naar de populatie van (jeugd)gevangenen en de mensen die bij de politie bekend staan als agressief en gewelddadig, valt het meteen op dat jongens en mannen oververtegenwoordigd zijn in deze groep. Hoe dit valt te verklaren hangt o.a. samen met biologische en sociologische factoren.

2.7.1 Testosteron

Het hardnekkige verschil tussen mannen en vrouwen met betrekking tot fysieke agressie en gewelddadig gedrag hangt wellicht samen met het testosterongehalte. Zowel bij mensen als bij dieren, bezitten beide seksen dit hormoon, maar hebben mannen over het algemeen een hoger testosteronniveau dan vrouwen. Het is mogelijk dat testosteron invloed heeft op agressie. Uit onderzoek is echter niet gebleken dat testosteron dé oorzaak is van agressie, zo wijzen Brehm e.a. (2004) er ook op dat agressie een tijdelijke verhoging van het testosteronniveau teweeg kan brengen als het agressieve gedrag vruchten afwerpt.

Ander onderzoek, naar transseksuelen die in het kader van een toekomstige geslachtsverandering vrijwillig hun hormoonspiegel lieten manipuleren, toonde wel aan dat bij degenen die meer testosteron kregen toegediend, de vatbaarheid voor agressie werd verhoogd. Daarentegen ging het verlies van dit hormoon gepaard met een afname in de agressieve geneigdheid. (Brehm e.a., 2004).

2.7.2 Rolpatronen

Een andere verklaring voor het verschil tussen mannen en vrouwen is te vinden in de sociale leertheorie. Deze theorie stelt dat jongens en meisjes met betrekking tot agressie verschillend worden opgevoed. "Ze worden op een andere manier voor agressief gedrag beloond en gestraft en krijgen verschillende modellen voorgeschoteld." (Brehm e.a., 2004, p. 413). Ongeacht of biologische factoren zoals het hormoon testosteron een rol speelt bij agressie, worden de rollen in stand gehouden en bestendigd in de lessen die van de ene generatie op de andere generatie worden doorgegeven. Deze lessen hebben betrekking op de aanvaardbaarheid van diverse vormen en gradaties van agressie. De sociale rolpatronen hebben dan ook een grote invloed op de man-vrouwverschillen in fysieke agressie. "In vrijwel iedere cultuur zijn mannen gewelddadiger dan vrouwen." (Brehm e.a., 2004, p. 405). Agressie blijkt meer aanvaardbaar voor stereotiep mannelijke rollen dan voor stereotiep vrouwelijke rollen. Wanneer in bepaalde situaties deze sociale normen minder toepasselijk zijn, lijken de verschillen te vervagen. Dit is dan ook een mogelijke verklaring voor het feit dat er naast mannen toch ook genoeg meisjes en vrouwen zijn die openlijk agressief gedrag vertonen.

2.7.3 Uiting

In dit openlijk vertonen van agressief en gewelddadig gedrag zit overigens ook nog een belangrijk verschil. Alhoewel fysieke agressie meer aanvaardbaar lijkt te zijn voor jongens dan voor meisjes, wil dit niet zeggen dat meisjes geen agressie kennen. Bij meisjes is er meer sprake van indirecte agressie, stiekeme vijandigheid en is het meer relationeel van aard. Kenmerkend verschil: "Jongens gaan op de vuist, maar het gevecht is tenminste snel voorbij; meisjes zijn verbaal agressiever en gaan er eindeloos mee door." (Brehm e.a. 2004, p. 405). Jongens tonen hun agressie veel openlijker (externaliseren). Meisjes keren echter hun agressie ook meer tegen zichzelf (internaliseren) dat minder kenmerkend is voor jongens.

2.8 Samenvatting

Agressie is niet op een eenduidige manier te verklaren en dat maakt het definiëren van het begrip agressie lastig. Wat de meeste definities van agressie met elkaar gemeen hebben is dat ze spreken over doelbewust gedrag en het toebrengen van enige vorm van schade. Deze definities gaan uit van de negatieve vorm van agressie, de destructieve, vernielende vorm. Ze gaan hier voorbij aan het feit dat agressie ook gezien kan worden als iets positiefs; agressie kan constructief worden ingezet om vooruit te komen in het leven en is in deze zin opbouwend van aard.

Wat agressie betreft kan er ook nog onderscheid gemaakt worden in het externaliseren of internaliseren van agressie. Geëxternaliseerde agressie is agressie gericht op anderen dat openlijk wordt vertoond. Geïnternaliseerde agressie is agressie gericht tegen zichzelf.

Agressie kan op verschillende manieren geuit worden, verbaal, psychisch of fysiek. Er bestaan ook verschillen beweegredenen om agressie aan te wenden. Zo is er de instrumentele motivatie waarbij men agressie doelbewust inzet om iets van een ander gedaan te krijgen. Daarnaast is er expressieve agressie dat vooral dient voor het ventileren van gevoelens en emoties. Tot slot is er willekeurige agressie, waarbij de samenhang tussen oorzaak en agressie niet lijkt te achterhalen en vaak volkomen irrationeel is.

Agressie kan op diverse manieren worden verklaard. De belangrijkste gedachte hierbij is of agressie is aangeboren of wordt aangeleerd. Zo gaan de psychodynamische en biologische benaderingen er van uit dat agressie is aangeboren. Daar tegenover staan de behavioristische, cognitieve en humanistische benadering die er van uit gaan dat agressie wordt aangeleerd en niet een basisbehoefte, -emotie, of -drift is dat bij het menselijk gedrag hoort (en wat agressie onvermijdelijk maakt).

Tot slot zijn er ook nog grote verschillen tussen mannen en vrouwen aan te wijzen in het kader van agressie. Het testosteronniveau en de sociale rolpatronen zijn van invloed op hoe de agressie bij de verschillende seksen geuit worden. Zo zullen mannen agressie eerder externaliseren en gebruik maken van fysieke agressie, terwijl vrouwen meer indirecte vormen van agressie gebruiken, relationeel van aard. Daarnaast is het internaliseren van agressie kenmerkend voor vrouwen.

3 | Behandeling van agressie

Inleiding

Het is nu duidelijk waar we het over hebben als we praten van agressie; de destructieve variant vormt een probleem en dit is zeker het geval in de forensische psychiatrie.

Agressie is een probleemgebied waar in de forensische psychiatrie veel aandacht aan wordt besteed. De verschillende probleemgebieden bij cliënten (besproken in hoofdstuk 1), hangen bovendien vaak met elkaar samen, maar deze samenhang kan per cliënt verschillen en wordt bepaald door de stroomis, vaardigheden en de relatie tot het delict. (Smeijsters & Cleven, 2004). Een voorbeeld van probleemgebieden die vaak samengaan zijn agressie en impulsiviteit. Maar niet elke vorm van agressie is een gevolg van impulsiviteit en niet op iedere impulsieve actie volgt agressie. Vaak schuift de cliënt zijn verantwoordelijkheid af op impulsiviteit terwijl in feite sprake is geweest van een bewust geplande agressieve daad. Dit is dan ook een belangrijke reden voor het scherp onderscheiden van de probleemgebieden opdat de behandeling zich op de diverse aspecten kan focussen.

De doelstelling van behandeling binnen een forensische setting is met name gericht op delictpreventie. "Beïnvloeden van gedrag, vergroten van het inzicht en verbreden van het handelingsrepertoire staan voorop." (Smeijsters & Cleven, 2004, p. 25). Het uitgangspunt van de behandeling is dan ook niet de DSM-classificatie, maar de diverse probleemgebieden, al of niet in bepaalde combinaties.

In dit hoofdstuk wordt aandacht besteed aan het probleemgebied 'agressie'. Eerst wordt ingegaan op de algemene behandeling van agressie binnen de forensische psychiatrie, vervolgens wat vaktherapie te bieden heeft en in het bijzonder creatieve therapie beeldend op het gebied van agressie.

3.1 Behandeling van agressie (algemeen)

In de forensische psychiatrie worden veel cliënten behandeld met geweldsdelicten in hun voorgeschiedenis. Een aanzienlijk aantal van deze mensen kampt met agressieproblematiek; ze interpreteren gedrag van anderen eerder als provocerend, ervaren vaker gevoelens als extreme woede, missen voldoende sociale of probleemoplossende vaardigheden om deze woede adequaat te hanteren en beschikken over andere normen en waarden dan de gemiddelde persoon in de maatschappij.

Er zijn verschillende behandelmogelijkheden met betrekking tot agressie, daarbij valt te denken aan agressiebeheersing en -regulatie behandelingen, maar ook aan sociale vaardigheidstrainingen (SoVa) waarbij nieuw sociaal gedrag wordt aangeleerd met als uiteindelijke doel de handelingsbekwaamheid te vergroten, zodat de jongere niet opnieuw in de problemen raakt.

Om te voorkomen dat cliënten in de toekomst opnieuw de fout in gaan, moeten zij agressie leren te hanteren door de zelfcontrole te verbeteren en de agressie te reduceren of te managen.

Tbs-kliniek De Kijvelanden kent een dergelijk programma dat gericht is op gedragsverandering dat als doel heeft de cliënten te leren beter met conflictsituaties om te gaan door:

- lichamelijk te ontspannen en lichamelijke sensaties van emoties te onderscheiden
- gevoelens van irritatie, boosheid, woede of agressie te hanteren
- adequate sociale of probleemoplossende vaardigheden toe te passen
- beseffen van gangbare normen en waarden en morele dilemma's op te lossen
- lichamelijk te ontspannen via een sportieve activiteit

(De Kijvelanden, 2001)

3.2 Vaktherapie in de forensische psychiatrie

“Vaktherapieën richten zich op het behandelen van cliënten met psychische, psychosociale en psychomotorische klachten, en worden gekenmerkt door het methodisch hanteren van het medium: beeldend, beweging, dans, drama en muziek.”

(Smeijsters & Cleven, 2004, p.19).

Vaktherapieën hebben een sterk ervarings- en handelingsgericht karakter; dit maakt hen uitermate geschikt voor het behandelen van cliënten, waarbij de problemen een duidelijk handelingsgericht component bezitten (die een grensoverschrijding tot gevolg hebben gehad).

Dit handelings- en ervaringsgerichte karakter maakt vaktherapie geschikt voor concrete doelstellingen als spanningsregulatie, impulscontrole, agressieregulatie, empathie ontwikkelen, verbeteren van relationeel functioneren, tegengaan van grensoverschrijding en structurering van het gedrag.

Door te handelen in het medium worden gedragsbeperkingen en gedragsmogelijkheden van cliënten zichtbaar. Zoals al eerder benoemd is het uitgangspunt van de behandeling niet de psychopathologische problematiek (het veranderen van de persoonlijkheid staat niet langer meer voorop), het gaat nu voornamelijk om de combinatie van anders leren denken, voelen en handelen in concrete situaties. Binnen de concrete situaties van de vaktherapie is het de bedoeling dat de cliënten een andere betekenis gaan geven aan hun ervaringen en dit transformeren naar situaties in het dagelijks leven. Doordat in de vaktherapie gewerkt wordt met spelsituaties die afwijken van de dagelijkse realiteit (maar er wel aan verwant zijn) is het mogelijk op een voor de cliënten angstvrije manier handelingen die verband houden met het delict te ervaren, te analyseren en te begrijpen, om vervolgens te kunnen veranderen. De vaktherapie biedt als het ware, als surrogaat voor de werkelijkheid buiten de instelling, de mogelijkheid 'echte' ervaringen op te doen. De cliënten kunnen concreet gedrag uitproberen en trainen, zij kunnen hun sociale competentie vergroten, leren hun agressie en impulsen te beheersen en grensoverschrijding tegen te gaan. De structuur die het medium biedt maakt het voor hen mogelijk nieuwe gedragspatronen te leren.

Vaktherapieën blijken effect te kunnen hebben op angst, spanning, boosheid, vijandigheid, agressie, regelovertreding, recidive, conflicthantering en empathie. Ondanks grote overeenkomsten tussen de vaktherapieën, worden verschillende media ingezet waardoor het aanbod anders is. Zo beschrijven Smeijsters & Cleven (2004) dat muziektherapie door middel van improvisaties de mogelijkheid biedt om het onderscheid tussen het zelf en de ander te exploreren, “Terwijl beeldende therapie gedachten, gevoelens en fantasieën in een concrete vorm weet te vangen en daardoor innerlijke spanningen afstandelijker en veiliger maakt.” (p. 35). Verder beschrijven zij dat door

het bezig zijn met het lichaam in Dans en Bewegingstherapie, de sterke cognitieve controle en de weerstand om zichzelf bloot te geven wordt doorbroken. In drama-therapie staat de persoon zelf als 'materiaal' centraal in een denkbeeldig gecreëerde wereld, waarin het spel en de werkelijkheid, de rol en de persoon, het hier-en-nu en het delict, elkaar ontmoeten.

3.2.1 Beeldende therapie

"De cliënt in een forensische kliniek is door de onderlinge achterdocht voortdurend kwetsbaar. Hierdoor worden afweermechanismen en een 'survivalist mentality' geactiveerd." (Smeijsters & Cleven, 2004, p. 52). Dit maakt een behandeling complex. Beeldende therapie is dan ook met name bij deze doelgroep geïndiceerd omdat zij dergelijke weerstanden omzeilt. Het is mogelijk in de beeldende therapie een situatie te scheppen waarin privacy ontstaat waardoor het mogelijk is voor de cliënt zichzelf uit te drukken. Zelf-expressie in een beeldend product maakt de cliënt minder kwetsbaar; omdat voor anderen expressie in deze vorm acceptabeler is.

Het beeldend werken en het beeldend product stellen de cliënt in de gelegenheid datgene uit te drukken wat voor hen moeilijk is om uit te drukken en waarover zij moeilijk kunnen communiceren. Zij kunnen bijvoorbeeld hun boosheid symbolisch ontladen en sublimeren, terwijl ze daar cognitief en verbaal nog niet toe in staat zijn. Nadat deze gevoelens in het beeldend werken tot uiting zijn gekomen, blijkt het mogelijk hierover met anderen te praten.

3.3 Behandeling van agressie in beeldende therapie

Wanneer we praten over het probleemgebied agressie dan spreken we van destructieve agressie waarbij woede wordt geuit op een ongecontroleerde, destructieve, gewelddadige manier en er verbaal en fysiek wordt uitgevallen naar anderen.

3.3.1 Uiting buiten het medium

Buiten het medium uit agressie zich in een gespannen houding en mimiek. Verkleuring van het gezicht en de nek is zichtbaar net als het verstrakken van de spieren in het ge-

zicht, nek, handen en rest van het lichaam. De cliënt toont zijn ongenoegen en krenking, dit kan heel onderhuids en indirect zijn, maar er kan ook sprake zijn van grof woordgebruik, schelden, vloeken, schreeuwen, met deuren slaan, weglopen etc. Ook kan er uitgehaald worden naar een ander door te schoppen, slaan, stompen etc.

Tijdens de sessie windt de cliënt zich op over ieder voorstel, zal om iets anders blijven vragen en alsmaar geïrriteerder meer uitleg willen. Daarnaast zal hij proberen te manipuleren. Op de inbrengen van anderen reageert de cliënt fel en neemt een kleine-rende houding aan, probeert anderen te vernederen, belachelijk te maken, gaat pesten en geeft negatieve feedback. Op negatieve ervaringen wil de cliënt wraak nemen en maakt beschuldigende opmerkingen vergezeld door stemverheffing en fel oogcontact.

De cliënt kent geen grenzen of accepteert/ respecteert deze niet, gaat dreigen (verbaal en/of fysiek) en intimideren. Voorwerpen en materialen worden hardhandig aangepakt, neergezet, vernield of weggegooid, de opdracht wordt (demonstratief) verstoort en er wordt niet gehouden aan randvoorwaarden, afspraken en regels. Bij mislukking van het eigen werk wordt dit door hem vernield, maar ook kan de cliënt het werk van anderen vernielen. (Smeijsters & Cleven, 2004).

3.3.2 Uiting in het medium

In het medium uit de agressie zich door het inadequaat gebruiken van het beeldend materiaal, gereedschap en ruimte. De cliënt verkwist grenzeloos het materiaal, schiet door in ongerichte doelloze handelingen, zorgt dat het werken lawaai maakt, raffelt alles snel af en probeert iets op een zodanige manier uit dat het per se een bende wordt. Daarnaast lijkt de cliënt overgeleverd te zijn aan de eigen lichaamsfuncties; het materiaal en vooral het gereedschap zijn een verlengde van het eigen lijf, wat tot gevaarlijke situaties kan leiden. Overigens kan de cliënt uit het contact gaan of dringt juist het territorium van de ander binnen en gaat bijvoorbeeld over het werk van anderen heen, beschadigt dit of vernietigt het werk.

De vormgeving kenmerkt zich door lijnvoering met veel druk, scherpe randen, hoeken en kaders en veel kleur- en vormcontrast. Het materiaal- en gereedschapsgebruik is krachtig, maar de cliënt kan de grip verliezen bij het hanteren van het materiaal. Op zich gewone beeldende handelingen worden signalen van oplopende destructieve

agressie doordat ze zonder ritme of pauze zijn en erg veel en heftig. Andere vormgevingselementen die agressie aanduiden zijn het stapelen, smijten, drukken, stampen, slaan, snijden, steken, prikken en omsnoeren met touw, band, ijzerdraad en dergelijke (wurgbewegingen), onderdompelen (verzuipbewegingen), verbranden, vasthouden en onderstoppen (verstikbewegingen), herhalend omcirkelen (insluitbewegingen) en het zetten van punten. Daarnaast kunnen dreigende voorwerpen in het werkstuk ingebracht worden (bijvoorbeeld het tekenen van een wapen), worden agressieve thema's imponerend en shockerend uitgewerkt en wordt gebruik gemaakt van symboliek met agressieve culturele betekenissen (bijvoorbeeld het haken-kruis, doodskoppen, messen, slangen, een doorgestoken hart etc.).

3.3.3 Inzetten van het medium

In beeldend werken kunnen weerbarstige materialen of technieken worden ingezet om agressie op te roepen en om agressie af te laten vloeien. Met weerbarstig wordt bedoeld hardnekkig, stug en niet gemakkelijk te bewerken, bijvoorbeeld harde steensoorten als graniet.

In het beeldend handelen ervaart de cliënt dat hij grip kan krijgen op zijn neiging tot destructief gedrag en in de vormgeving kan de agressie op bewuste en onbewuste wijze wegvloeien. Het agressief uiten in beeldend materiaal heeft een veilig karakter omdat geen sprake is van persoonlijke nabijheid, daardoor kan de cliënt experimenteren met agressie.

Met klei, teken- en schildermateriaal kan op ontspannende en experimentele wijze contact worden gemaakt met het eigen denken, voelen en handelen. Door het delict in beeld te brengen (de situatie, gedachten, gevoelens, stemmingen en handelingen voor, tijdens en na het delict) wordt het delictscenario vorm gegeven. Door de delictketen in beeld te brengen, krijgt de cliënt greep op gedachten, rationalisaties, stemmingen en gevoelens in situaties die aanleiding geven tot het delictgedrag. Doordat risicovolle momenten nu kunnen worden herkend, kan zelfcontrole worden ontwikkeld.

De opdrachten die de beeldend therapeut formuleert en de interventies die hij/zij pleegt zijn erop gericht dat de cliënt in de nabespreking van zijn beeldend product, niet langer meer zal ontkennen, verdraaien en bagatelliseren. Het doel is om de cliënt inzicht laten krijgen in (en het ervaren van) de analogie tussen het delictgedrag en zijn vormgevingshandelingen.

Zo is het mogelijk om delicthandelingen als grijpen, knijpen, strijken, strelen, hakken en slaan om te zetten in vormgevingshandelingen. "De cliënt leert dus aan de hand van vormgevingshandelingen die lijken op delicthandelingen psychische processen uit te drukken, te begrijpen en beheersen." (Smeijsters & Cleven, 2004, p. 147).

Indicaties

Cliënten zijn geïndiceerd voor beeldende therapie wanneer zij snel geïrriteerd raken, agressieve patronen zichtbaar zijn, er sprake is van opgespaarde woede die zich uit in ongecontroleerde destructieve agressie en/of wanneer er sprake is van een beperkt vermogen agressie te reguleren.

Doelstellingen

Doelstellingen met betrekking tot agressieproblematiek;

- verwerven van inzicht in agressieopbouw
- energie leren beheersen
- leren omgaan met agressie, agressie beheersen
- omzetten van destructieve agressie in productieve agressie (assertiviteit)
- risicovolle momenten leren herkennen
- leren reflecteren; greep krijgen op gedachten, rationalisaties, stemmingen en gevoelens in situaties die aanleiding geven tot het delictgedrag
- tijdens risicovolle momenten zelfcontrole ontwikkelen

Therapeutische werkwijze

De therapeut werkt 'focaal inzichtgevend' en 'directief klachtgericht'. Bij een focaal inzichtgevende werkwijze is het doel inzicht verkrijgen en het verwerken van een specifiek probleem, de directief klachtgerichte werkwijze is gericht op klachtenreductie. (Hattem & Hutschemaekers, 2000). Smeijsters (2003) omschrijft deze werkwijzen tezamen als de 're-educatieve' werkwijze die zich richt op op het beïnvloeden en doorwerken van problemen. Hiertoe behoort enerzijds het via gestructureerde en trainingsgerichte activiteiten het veranderen van het probleemgedrag, anderzijds het behandelen van de psychische conflicten die aan het probleemgedrag ten grondslag liggen. Het eigen gedrag en het beleven in het hier en nu en de directe oorzaken hiervan staan bij deze werkwijze centraal; het gaat om datgene wat de cliënt in het hier en nu in de relatie met de creatief therapeut en de medecliënten beleeft.

Mogelijke werkvormen (activiteiten)

- afwisselen tussen opbouwen (een beeldend product maken) en afbreken (kapot slaan, kapot gooien, verbranden, verscheuren, besteken, versnipperen enz.)
 - graduele exposure aan materialen met een bij de cliënt passende weerbaarheid. Te denken valt aan eigenschappen als hardheid, gewicht en formaat van het materiaal
 - steen bewerken
 - fysiek krachtig werken
 - uitbeelden hoe je in de aanloop naar het delict de greep verliest, bijvoorbeeld uitglijden of onverwachte sprongen maken.
 - stopbord of waarschuwingsteken uitbeelden
 - onmacht uitbeelden (geen kant meer op kunnen of niet meer weten waarheen)
 - een trein met de verschillende compartimenten die staan voor de verschillende risicofactoren uitbeelden- draagkracht en draaglast uitbeelden
 - valkuil uitbeelden
- (Smeijsters & Cleven, 2004).

Baeten (2007) beschrijft op een mooie manier een oefening in agressiebeheersing; hij laat zijn cliënten werken met een harde steen. Wanneer de cliënt in deze steensoort gaat beitelen, zal hij zijn energie zodanig moeten verdelen dat hij het de hele sessie volhoudt. Wanneer de cliënt echter grote stukken van de steen af wil slaan, gebruikt hij zijn energie ongericht en verspilt hij deze energie. De cliënt moet leren bij iedere slag een stukje steen te beitelen, want wanneer hij te lang op één plaats slaat met als doel de steen te splijten, bouwt hij in een korte tijd veel energie op wat tot gevolg kan hebben dat de cliënt de strijd met de steen verliest en moet opgeven. Het kan echter ook juist de bedoeling zijn deze energie in een korte tijd op te bouwen omdat de cliënt op zo'n manier zijn kwaadheid kan uiten. "Dan staat niet de gedoseerde energieverdeling en de daarmee samenhangende vormgeving van de steen centraal, maar de emotionele spanning die optreedt door het splijten van de steen." (Baeten, 2007, p. 70)

Bij deze bewerking gaat het dus om opbouwen, ontladen en reguleren van emotionele spanning. Tijdens het slaan kan de cliënt veel associëren en verschillende gebeurtenissen uit het verleden kunnen opgeroepen worden. Het doel van deze activiteit is dat de cliënt leert tijdens het beeldhouwen zijn kwaadheid te kanaliseren.

Dit proces moet door de beeldend therapeut goed begeleidt worden, want de patiënt mag niet de kans krijgen door te schieten in zijn agressie die immers wel opgewerkt wordt.

3.4 Samenvatting

In de forensische psychiatrie kampen veel cliënten met agressieproblematiek. Om te voorkomen dat cliënten in de toekomst opnieuw de fout in gaan, moeten zij agressie leren te hanteren door de zelfcontrole te verbeteren en de agressie te reduceren of te managen.

Aangezien de problematiek van de cliënten vaak een duidelijk handelingsgericht component bezit die grensoverschrijding tot gevolg heeft, zijn vaktherapieën vanwege het ervarings- en handelingsgericht karakter uitermate geschikt voor het werken met agressieproblematiek.

De cliënten kunnen concreet gedrag uitproberen en trainen, zij kunnen hun sociale competentie vergroten, leren hun agressie en impulsen te beheersen en grensoverschrijding tegen te gaan.

Het beeldend werken en het beeldend product stellen de cliënt in de gelegenheid datgene uit te drukken wat voor hen moeilijk is om uit te drukken en waarover zij moeilijk kunnen communiceren. Daarnaast kunnen weerbarstige materialen of technieken worden ingezet om agressie op te roepen en om agressie af te laten vloeien. In het beeldend handelen ervaart de cliënt dat hij grip kan krijgen op zijn neiging tot destructief gedrag

De opdrachten die de beeldend therapeut formuleert en de interventies die hij/zij pleegt zijn erop gericht dat de cliënt in de nabespreking van zijn beeldend product, niet langer meer zal ontkennen, verdraaien en bagatelliseren. Het doel is uiteindelijk om de cliënt inzicht te laten krijgen in de analogie tussen het delictgedrag en zijn vormgevingshandelingen om zo een andere betekenis te gaan geven aan hun ervaringen.

4 | Omgaan met agressie

Inleiding

Waar sprake is van agressieproblematiek, is het niet uit te sluiten dat er agressie incidenten plaats kunnen vinden. Als te behandelen problematiek ga je anders om met het geven agressie dan wanneer je direct met een agressieve aanval van een cliënt wordt geconfronteerd.

De mogelijke verklaringen en motivaties van agressie zijn belangrijk als achtergrondinformatie, maar wanneer je met directe agressie om moet gaan is het voornamelijk belangrijk inzicht te hebben in hoe agressie ontstaat en hoe het zich opbouwt. Wanneer je inzicht hebt in dit proces kun je leren voorkomen dat het daadwerkelijk tot een aanval leidt. Vandaar dat in dit hoofdstuk ingegaan wordt op de verschillende stadia van agressie en in het kort hoe je kunt de-escaleren. Daarnaast wordt in dit hoofdstuk aandacht besteed aan wat er kan gebeuren wanneer de situatie toch is geëscaleerd, wat niet altijd te voorkomen valt.

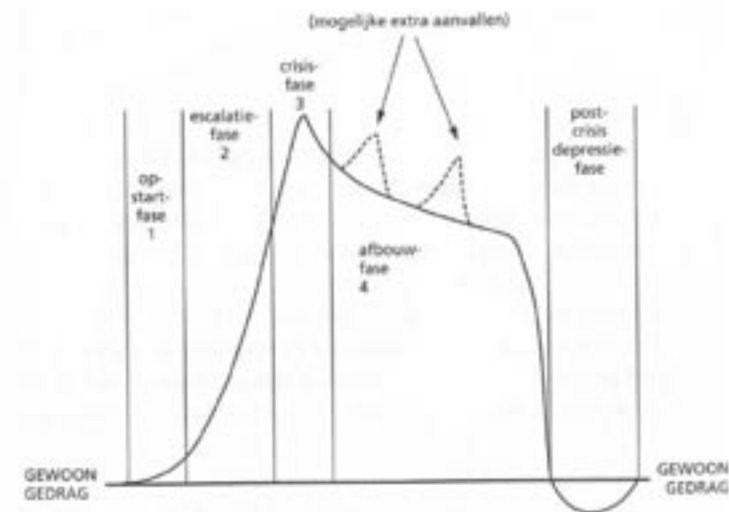
4.1 Stadia agressie

Soms zie je de bui al hangen en voel je dat er bij iemand een agressieve uitbarsting aan zit te komen, een andere keer lijkt deze totaal uit de lucht te komen vallen. In werkelijkheid zijn er echter verschillende fasen of stadia te onderscheiden in het verloop van een agressieve aanval; hoe vanuit normaal gedrag de agressie wordt opgebouwd, het tot escalatie komt, maar ook hoe dit eindigt en iemand weer terugkeert naar zijn of haar normale gedrag. Het lastige is om deze fasen te herkennen om op tijd én op de juiste manier in te kunnen grijpen.

4.1.1 Aanvalscyclus

De verschillende stadia in de aanvalscyclus zijn te herkennen door te letten op non-verbale en verbale veranderingen in het gedrag van iemand.

Opeenvolgend komen de verschillende stadia voor de: 1) opstartfase; 2) escalatiefase; 3) crisisfase; 4) afbouwfase; 5) post-crisis depressiefase. (Breakwell, 2000).



Opstartfase

De aanleiding voor agressie kan direct zijn of indirect. Wanneer er een geladen sfeer hangt of sprake is van onderhuidse onrust, kan iets vrij onschuldig al verbaal of fysiek agressief gedrag oproepen. Bijvoorbeeld een woord dat verkeerd valt of een glas dat wordt omgestoten, dit zijn dingen die een indirecte aanleiding kunnen vormen. Een periode van vermoeidheid, maar ook bijvoorbeeld een periode van vasten of alcohol- en drugsgebruik, kan de conditie vormen waarin de minste of geringste aanleiding, tot irritatie en agressie kan leiden. (Delft e.a., 2003)

Onderhuidse onrust en agressie is te herkennen aan lichaamstaal en gedrag dat ongebruikelijk is. Iemand komt bijvoorbeeld gejaagd over, rusteloos, praat snel en met luide stem, transpireert en trilt mogelijk zelfs met armen of benen. Hoe minder goed je de persoon kent, hoe lastiger het is subtiele veranderingen in lichaamstaal en gedrag op te merken.

Ongeacht of de aanleiding direct of indirect is, zal in de eerste fase meestal met verbale agressie gereageerd worden. Openlijk gaat men de machtsstrijd aan, er wordt overal tegenin gegaan, niet meer geluisterd en voortdurend valt men in de rede. De persoon wind zich meer en meer op, wordt steeds kwader, loopt rood aan en het lichaam is gespannen. Op dit moment komt iemand in de escalatiefase.

Escalatiefase

In dit stadium leidt de conflictsituatie (soms zeer snel) tot ernstig verbaal agressief of fysiek agressief (gewelddadig) gedrag. Het gedrag dat men vertoont gaat steeds meer afwijken van het normale gedrag. Als er in deze fase niet snel wordt ingegrepen, zal het gedrag steeds erger worden en moeilijker bij te sturen. Men wordt woedend, gaat ijsberen, schreeuwen en is minder in staat te horen wat gezegd wordt. Gebalde vuisten, een wit weggetrokken gezicht, gespannen kaken, versnelde ademhaling, transpiratie en verwijde pupillen, zijn allemaal tekenen dat het lichaam met adrenaline wordt opgeladen voor een vlucht óf vecht reactie.

Crisisfase

De situatie is intussen geëscaleerd. De persoon is gevangen geraakt in zijn eigen interpretatie van de situatie en kan de agressie impulsen niet langer meer onder controle houden. De persoon verliest zijn zelfbeheersing, wil de opgebouwde woede afreageren en gaat gooien met voorwerpen, op tafels slaan, meubilair omver werpen, op muren bonken, mensen duwen etc. Iemand in een dergelijk stadium beseft rationeel niet meer wat hij aan het doen is en is er van overtuigd dat er geen enkele andere mogelijkheid meer bestaat dan zich met fysieke agressie te verdedigen. De agressie heeft nu zijn hoogtepunt bereikt.

Afbouwfase

Na de agressieve uitbarsting keert de persoon weer terug naar zijn normale gedrag en lijkt de situatie weer te normaliseren. Hij of zij staat echter nog steeds op scherp, omdat de opgebouwde adrenaline en de toevoer van zuurstofrijk bloed naar de spieren nog tot anderhalf uur na de climax van het conflict kan blijven bestaan. (Delft e.a., 2003) Juist deze fase is kritiek omdat in een ogenblik een nieuwe aanleiding gevonden kan worden om tot fysieke agressie over te gaan. De persoon is in dit stadium erg gevoelig voor een nieuwe aanleiding, want de adrenaline die nodig is om te vechten, is al in het lichaam aanwezig en hoeft niet meer te worden opgebouwd via de eerste fasen;

de agressie escaleert niet meer eerst door verbaal gedrag, maar gaat zonder voortekenen over tot het hoogtepunt van fysiek agressief gedrag of zelfs geweld.

Post-crisis depressiefase

Wanneer het gevaar is geweken, wordt door het lichaam een hormoon afgescheiden dat de effecten van de adrenaline opheft, dit hormoon is de zogenaamde 'nor-adrenaline'. Dit hormoon heeft krachtige nawerkingen als; een gevoel van leegte, desoriëntatie, zich depressief voelen, lichamelijk in de war zijn, last krijgen van oude lichaamskwalen en geen energie meer hebben. In deze fase is iemand lichamelijk, geestelijk en emotioneel uitgeput als gevolg van de fysiologische veranderingen. Het gevolg hiervan is dat deze persoon in huilen kan uitbarsten, spijt kan hebben van zijn gedrag en zich schuldig kan voelen, zich kan schamen, zichzelf verwijten kan maken of zich wanhopig kan voelen. In dit stadium functioneert de persoon tijdelijk onder zijn of haar normale niveau voor terug te keren naar het normale gedrag.

4.1.2 Wat wel en niet te doen

Bij een agressieve confrontatie worden al deze stadia doorlopen. Dit hoeft echter niet te betekenen dat eenmaal 'opgestart', er niets meer aan gedaan kan worden en deze hele cyclus doorlopen moet worden.

Om allerlei redenen kan de persoon worden getriggerd en wordt deze cyclus in gang gezet. In de opstartfase is de persoon onrustig en voelt hij zich gespannen. Als hulpverlener moet je er voor zorgen dat de opwindning afneemt. Daarbij niet bedreigend overkomen is een noodzaak. Dit kan bereikt worden door het tonen van empathie, oprechtheid, geduldigheid en betrokkenheid. Bewijs dat je luistert door samen te vatten, laat zien dat je hem begrijpt door zijn emoties te benoemen, stel ook open vragen om het luisteren en na te denken aan te moedigen en tot slot kun je proberen afleidingsmanoeuvres te bedenken. (Van Gameren, 2008).

Mocht de situatie dan toch dreigen te escaleren, is het belangrijk zo vroeg mogelijk in te grijpen door bijvoorbeeld het geven van advies of een alternatief, daarmee kan de woede in toom worden gehouden. In dit stadium kan de houding van de hulpverlener echter als negatief worden opgevat. Hiermee wordt eigenlijk gezocht naar een manier om de agressie te rechtvaardigen. Op een moment als dit werken kalmerende technieken niet meer. Beter is het nu te gaan denken aan de eigen veiligheid en proberen

het risico te beperken. Dit kan door jezelf terug te trekken uit de situatie, uitleggen wat de gevolgen van de actie zouden kunnen zijn, hulp inroepen van collega's en mogelijk gevaarlijke voorwerpen die als wapen kunnen fungeren uit de weg te halen. Is de situatie ondanks de pogingen het tegen te gaan toch geëscaleerd, dan heeft het geen nut meer om in te grijpen, en zal alles wat je nu nog zegt en doet alleen maar als olie op vuur zijn. In het toppunt van de crisisfase, wanneer de persoon ervan overtuigd is dat zijn aanval onvermijdelijk is, is het alleen nog maar verstandig uit de weg te gaan, alarm te drukken en jezelf in veiligheid te brengen.

In de fase die hierop volgt, de afbouwfase, waarbij alles zicht weer lijkt te normaliseren, moet je als hulpverlener extra op je hoede zijn omdat de persoon nog steeds in hoogste staat van paraatheid verkeert. In iedere interventie of non-verbaal signaal kan een nieuwe aanleiding worden gevonden om weer aan te vallen. Uit onderzoek is gebleken dat juist in deze fase de meeste interventiefouten worden gemaakt en de meeste ongelukken gebeuren (Delft e.a., 2003).

Wanneer de crisis voorbij is en de nor-adrenaline zijn intrede doet, is de persoon weer ontvankelijk voor interventies. Er kan gepraat worden over wat zojuist is gebeurd, gekeken worden naar hoe het zover heeft kunnen komen en hoe een fysieke uitbarsting in de toekomst vermeden zou kunnen worden.

4.2 Veiligheidsbeleid

In de forensische psychiatrie is de kans op agressie aanwezig, en dit moet dan ook een punt van aandacht zijn in de instellingen.

Veiligheid van personeel staat voorop, hiervoor is een (verplicht) veiligheidsbeleid ontwikkeld. In dit beleid staan taakomschrijvingen, zodat ieder personeelslid op elk niveau weet wat zijn of haar verantwoordelijkheid is in gevaarlijke situaties. In de richtlijnen staan ook gedragslijnen geformuleerd die vertellen hoe er op gewelddadige incidenten moet worden gereageerd (door de personen die er direct bij zijn betrokken en hun eerstverantwoordelijken). Het belangrijkste is dat deze richtlijnen ook specificeren in hoeverre agressief gedrag van beroepskrachten toelaatbaar is. (Breakwell, 2000).

Iets anders waar aandacht aan wordt besteed in het veiligheidsbeleid is de fysieke werkomgeving; om de veiligheid beter te kunnen garanderen worden bijvoorbeeld

alarmsystemen gebruikt (zowel op de kamers als het persoonlijk alarm) en videosystemen om toezicht te kunnen houden op afgelegen terreinen of in ruimtes waar men als personeel alleen werkt. Verder moeten de ontvangstruimtes zodanig zijn ingericht dat cliënten niet zomaar toegang hebben tot het personeel, en moet het meubilair zodanig staan opgesteld dat er zo min mogelijk risico aanwezig is in om de val te komen of gewond te raken.

Ook wordt aandacht besteed aan (her)scholing van personeelsleden, dit gebeurt via trainingsprogramma's. Deze trainingen zijn bedoeld om beter om te leren gaan met agressie. Hierbij gaat het om het leren inschatten van risico's, vaardigheden die agressie doen afnemen (inclusief onderhandelings technieken), technieken om iemand lichamelijk in bedwang te krijgen en methoden om angst te hanteren.

Wanneer er een incident plaatsvindt en iemand heeft op het alarm gedrukt, zullen alleen de beveiliging en/of de medewerkers die de training hebben gevolgd ingrijpen. Een cliënt kan uit veiligheidsoverwegingen gesepareerd worden. Wanneer de veiligheid van de cliënt en de omgeving weer voldoende kan worden gegarandeerd, wordt hij/zij uit de separeer gehaald.

4.3 Nazorg

Ondanks alle voorzorgsmaatregelen, een goed veiligheidsbeleid, trainingen en kennis over agressie, kan het toch verkeerd gaan. Theorie in praktijk brengen is wanneer je (plots) geconfronteerd wordt met een fysieke aanval niet gemakkelijk. De stadia die zijn besproken in de aanvalscyclus gelden niet alleen voor degene die agressief wordt, maar gelden ook voor degene die het 'overkomt'. Zelf maakt je lichaam ook adrenaline aan, en om in dit stadium rustig te blijven en rationeel te handelen is moeilijk, hier wordt je dan ook voor getraind.

Maar ook al ben je er voor getraind, en weet je dat het kan gebeuren, toch moeten de gevolgen van een fysieke aanval niet onderschat worden. Ook als hulpverlener ben je in het laatste stadium, wanneer je lichaam het hormoon nor-adrenaline aanmaakt om de effecten van de adrenaline teniet te doen erg gevoelig en zowel fysiek, mentaal als emotioneel uitgeput. Een goede opvang is noodzakelijk om de impact op jou als

persoon en de gevolgen op korte termijn én lange termijn te minimaliseren. Bij voorbaat weet je niet wat een incident met je kan doen, wanneer er niet goed mee omgegaan wordt, kun je zelfs mogelijk last krijgen van post traumatische stress symptomen, daarom is (juiste) nazorg zo belangrijk, dit mag niet onderschat worden.

Een goede nazorg bestaat in eerste instantie uit een acute opvang van leidinggeven-den of een directe collega. Afhankelijk van de situatie kun je hier je verhaal kwijt en er kan uiteraard eerste hulp worden geboden bij een verwonding. Door te praten over wat er is gebeurd en over hoe je je voelde ten tijde van de aanval en nu, wordt nagedacht over de emoties. Dit is belangrijk om verwarring en angst te verdrijven. (Breakwell, 2000).

Ook praktische zaken zoals een aangifte doen, het invullen van het meldingsformulier, vervoer naar huis en verdere ondersteuning kunnen in dit eerste contact aan bod komen.

Aansluitend op de acute opvang kan een opvangteam in actie komen. Dit team probeert de negatieve gevolgen van een agressie-incident te beperken en kan even-tueel zorgen voor een doorverwijzing voor professionele begeleiding. Sommige organi-saties bieden overigens standaard de mogelijkheid voor therapeutische gesprekken.

4.4 Samenvatting

Juist in instellingen waarbij agressie onderdeel van de problematiek is, kunnen agressie incidenten plaatsvinden.

Ook al lijkt het af en toe zo, iemand wordt niet ineens 'zomaar' agressief, hier zijn enkele stadia aan vooraf gegaan. De aanleiding van de agressie heeft een directe of indirecte oorzaak, ongeacht welke, de agressie wordt door 'iets' getriggerd. In de 'opstartfase' beginnen gevoelens van agressie te borrelen. Voornamelijk in dit stadium is het om escalatie te voorkomen, van belang in te grijpen om de verdere opwinding tegen te gaan. Desondanks kan het gebeuren dat de eerste signalen niet goed zijn opgemerkt of de interventies werken niet en de situatie dreigt verder te escaleren. In de escalatiefase kunnen interventies nog enigszins nut hebben, maar is het vooral belangrijk om aandacht te besteden aan het verminderen van de (eigen) risico's. Eenmaal beland in de crisfase waarin de escalatie zijn hoogtepunt heeft bereikt, heeft ingrijpen geen nut meer en dient alleen nog maar te worden gedacht aan de eigen

veiligheid. In de afbouwfase wanneer het gedrag van de agressor weer lijkt te norma-liseren, dient men extra alert te zijn gezien de adrenaline nog niet uit het lichaam is verdwenen en de persoon nog in de hoogste staat van paraatheid verkeerd. Pas in het laatste stadium, de post-crisis depressiefase hebben interventies weer invloed.

Instellingen dienen aandacht te besteden aan het risico op agressie, het veiligheidsbe-leid en overige voorzorgsmaatregelen dienen dan ook primair om de hulpverlener te beschermen. In het beleid staan diverse richtlijnen, verder wordt gelet op een juiste werkomgeving en worden hulpverleners getraind in het verbeteren van de omgang met agressie., allen in het kader van de veiligheid.

Ondanks al deze maatregelen, kan een agressie incident voorkomen. Wanneer je er direct mee wordt geconfronteerd kan dit een serieuze impact hebben en de gevolgen mogen dan ook niet worden onderschat.



Slotwoord

Zoals al eerder gezegd, is de forensische psychiatrie geen gemakkelijke doelgroep. De cliënten hebben van de rechter vanwege het plegen van een delict waarvoor zij (gedeeltelijk) ontoerekeningsvatbaar zijn verklaard een vrijheidsbeperkende maatregel opgelegd gekregen. Deze ontoerekeningsvatbaar-verklaring is wegens een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens.

De doelgroep kenmerkt zich dan ook door cliënten met complexe problematiek; zowel bij jongeren als volwassenen is er sprake van een psychiatrische stoornis, soms meerdere gecombineerd, veelal met verslavingsproblematiek en slechte psychosociale omstandigheden. Naast deze problematiek hebben veel cliënten problemen op het gebied van agressie. De redenen waarom iemand destructieve agressie vertoont is echter verschillend, zo kan de ene cliënt agressie aangrijpen om iets voor elkaar te krijgen terwijl de ander agressief wordt puur om de eigen gevoelens van spanning of woede te ventileren. Er zijn verschillende verklaringsmodellen die agressie verklaren als een drift of een basisbehoefte, daarmee aangeboren en dus niet te vermijden. Anderzijds zijn er de benaderingen die er vanuit gaan dat agressie is aangeleerd waarmee agressie dus valt te voorkomen of af te leren. Van welke verklaring er ook uitgegaan wordt, agressie vormt bij cliënten in de forensische psychiatrie een probleem, niet alleen voor henzelf, maar voornamelijk ook voor de maatschappij, en het is dus belangrijk hier iets aan te doen.

Er zijn verschillende mogelijkheden om aan de gang te gaan met agressieproblematiek, bijvoorbeeld in de vorm van sociale vaardigheidstrainingen, agressiebeheersing en -regulatie behandelingen etc. Vaktherapie wordt hier ook voor ingezet. Vaktherapie is door het handelings- en ervaringsgerichte karakter bijzonder geschikt bij deze groep cliënten, gezien de problematiek vaak een duidelijk handelingsgericht component bezit.

In de vaktherapie kunnen cliënten concreet gedrag uitproberen en trainen, en het inzicht in hun delictgedrag wordt vergoot. Bij cliënten die in detentie vaktherapie hebben gehad blijken, in vergelijking met de totale populatie cliënten, de disciplinaire problemen met 75% te zijn afgenomen en de recidive (over zeven jaar) met 27% te zijn afgenomen. Gewelddadige incidenten nemen af op het moment waarop vaktherapie wordt

ingevoerd. Wat betreft beeldende therapie bleek dat twee jaar na ontslag uit detentie, 69% van de personen die beeldende therapie hadden gekregen niet meer in de problemen zijn gekomen. Bij de groep zonder beeldende therapie was dit slechts 42%. (Smeijsters & Cleven, 2004). Hoewel er voor de forensische psychiatrie geen gegevens beschikbaar zijn, zeggen deze cijfers wel iets over de invloed die vaktherapieën kunnen hebben op de problematiek van cliënten.

Het werken met agressie als te behandelen problematiek heeft echter ook nog een keerzijde. Daar waar sprake is van agressieproblematiek, vallen incidenten niet uit te sluiten en kan het voorkomen dat je als hulpverlener direct met een agressieve cliënt wordt geconfronteerd. De-escalatie is een vaardigheid die je als hulpverlener nodig hebt en degenen die in de forensische psychiatrie werken zullen dan ook worden getraind in de omgang met agressie.

Tot slot, ik heb met dit boekje meer informatie willen geven over agressie (binnen de forensische psychiatrie), dit wil niet zeggen dat agressie het enige is dat aan bod komt in de behandeling. Laat je niet ontmoedigen door de lastige problematiek, dit maakt de doelgroep juist boeiend. Bovendien is het aanwezige risico dat je direct wordt geconfronteerd met agressie, nog geen garantie dat het je gebeurt. Verlies vooral het doel niet uit het oog; in het belang van de cliënt, maar ook in het belang van de samenleving, dat de cliënten goed gesocialiseerd worden en een plekje krijgen in de maatschappij, waar zij hopelijk 'normaal' kunnen functioneren, zonder terug te vallen in de criminaliteit.

Literatuur

Baeten, N. (2007). *Beeldende therapie in de praktijk van de forensische psychiatrie*. Oostvaarderskliniek. Expertisecentrum Forensische Psychiatrie. ISBN: 9789076130057

Bijlemeer, R. (2003). *Ik kropte 't maar op: een aanbod van beeldende therapie voor jongeren die agressie internaliseren*. Praktijkonderzoek ongepubliceerd. Amersfoort: Hogeschool Utrecht.

Boerhout, C. & Weele, K., van der (2007). Psychomotorische therapie en agressieregulatie. Een pilotonderzoek. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, nr. 2, p. 11-18.

Breakwell, G.M. (2000). *Omgaan met agressief gedrag*. Baarn: HB Uitgevers. ISBN: 9055742236

Brehm, S.S. e.a. (2004). *Sociale Psychologie*. Gent: Academia Press. ISBN: 9038202377

Conflicthantering, agressie en de-escalatie. (2008). Studiehandleiding Minor 'Werken in een gedwongen kader'. Utrecht: Hogeschool Utrecht.

Delft, F. van, Rooijendijk, L. & Sjerps, N. (2003). *Agressie in het sociaal pedagogisch werk*. Soest: Uitgeverij H. Nelissen. ISBN: 9024413893

Deneer, B. (Red.) (2004). *Gevaarlijke groepen. Groepsbehandeling in de ambulante forensische psychiatrie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum. ISBN: 9031337943

Dienst justitiële inrichtingen. *Onderwerpen*. <http://www.dji.nl> > Onderwerpen > volwassenen in detentie & jongeren in detentie & patiënten in forensische zorg.

Expertisecentrum Forensische psychiatrie. *Wat is Forensische Psychiatrie?* <http://www.efp.nl> > Forensische psychiatrie > stoornissen & instellingen

Flutterm, F.A.J., Meijel, B.K.G. van & Winter, C.P., de (2002). *Psychosen en extreem gewelddadig gedrag. Een literatuurstudie*. In studiehandleiding 'Psychopathologie: samenvatting artikelen' (2008-2009) Utrecht: Hogeschool Utrecht.

Fonds Psychische Gezondheid. *Alles over psychische problemen*. <http://www.psychischegezondheid.nl> > Psychowijzer > ADHD & Borderline & Schizofrenie

Gameren, I. van (2008). *Overslaan. Hoe maatschappelijk werkers agressie kunnen voorkomen*. Praktijkonderzoek, ongepubliceerd. Christelijke Hogeschool Windesheim.

Glassman, W. E., Geluk, H. (1998). *Stromingen in de psychologie*. Baarn: Uitegeveij Intro. ISBN: 9055741000

Groen, H., Drost, M. (Red.) (2003). *Handboek forensische geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: De Tijdstroom. ISBN: 9058980340

Hattum, M. van & Hutschemaekers, G. (2000). *Vakwerk. Producttypering van vaktherapeuten voor het programma stemmingsstoornissen*. Utrecht: Timbos-instituut

Jacobs, A. (1998). *Ad Gredior en beeldende therapie: een methodische verhandeling over woede en agressie*. *Tijdschrift voor creatieve therapie*, nr. 2, p. 13-16

Justitiële jeugdinrichtingen. *Over jji*. <http://www.ennuij.nl> > over jji > normaal beveiligd en beperkt beveiligd & Specialistische afdelingen.

Keken, H. van (2006). *Voor het onderzoek. Het formuleren van de probleemstelling*. Amsterdam: Boom Onderwijs. ISBN: 9085062187

Kijvelanden, de (2001). *Behandelprogramma agressief gedrag op TBS-kliniek De Kijvelanden i.o. Poortugaal*. De Kijvelanden.

Koster van Groos, G.A.S. (vertaling) (2004). *Beknopte handleiding bij de Diagnostische criteria van de DSM-IV-TR: bureau- editie*. Lisse: Harcourt Assessment BV. ISBN: 9026516967

Kuyper, M. (1997). *Agressie. Praktijkonderzoek, ongepubliceerd*. Amersfoort: Hogeschool Utrecht.

Ministerie van Justitie. *Straf en boete*. <http://www.justitie.nl> > onderwerpen > straf en boete.

Mulder, J. (Red.) (2007). *Bijzondere Behandelingen*. Utrecht: Forum Educatief. ISBN: 9789080965768

Noorlander, E.A. (2006) *Verslavingsbehandeling in de TBS-setting*. In studiehandleiding 'Psychopathologie: samenvatting artikelen' (2008-2009) Utrecht: Hogeschool Utrecht.

Oei, T.I. (2007). *Forensische Psychiatrische Snippers*. Nijmegen: Wolf Legal Publishers. ISBN: 905850171X

Ruiter, C. & Hildebrand, M. (Red.) (2005). *Behandelingsstrategieën bij forensisch psychiatrische patiënten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum. ISBN: 9031345660

Schinij, R. (2007). *Activiteitenmap voor kinderen met agressief gedrag: een onderzoek naar de behoefte naar beeldende interventies, gegeven door andere disciplines van het Marowijne-Flora Project in Suriname. Praktijkonderzoek, ongepubliceerd*. Amersfoort: Hogeschool Utrecht

Schrameijer, F. (2000, 10 februari). *Het is de schuld van een ander*. NRC Handelsblad, NRC webpagina's.

Sluis, Y. van der. (1997). *Vrouwen, agressie & beeldende therapie. Praktijkonderzoek, ongepubliceerd*. Amersfoort: Hogeschool Utrecht

Smeijsters, H. (2003). *Handboek creatieve therapie*. Bussum: Uitgeverij Coutinho. ISBN: 9062833802

Smeijsters, H. & Cleven, G. (2004). *Vaktherapieën in de forensische psychiatrie*. Expertisecentrum Forensische Psychiatrie. ISBN: 9080794449

Smit, P. (2000). *Agressie bij kinderen in creatieve therapie beeldend: Bundeling van ervaringen en opdrachten. Praktijkonderzoek, ongepubliceerd*. Amersfoort: Hogeschool Utrecht

Taghon, G. (2008). *Loop naar de maan: praktijkgids omgaan met verbale agressie in onderwijs en opvoeding*. Apeldoorn, Antwerpen: Garant. ISBN: 9044121804

Tbs en Forensische Psychiatrie. *Wat is TBS*. <http://www.forensischepsychiatrie.nl> > Wat is TBS

Tilburg, E. van. (2003). *Agressie, praktijkboek voor hulpverleners, begeleiders en leerkrachten*. Apeldoorn: Garant Uitgevers nv. ISBN: 9044114301

Timan, I. (1999). *Mijn en dijn, over het menselijk territoriaal gedrag en bescherming van het persoonlijk territorium*. In studiehandleiding 'Conflicthantering, agressie en de-escalatie' (2008-2009) Utrecht: Hogeschool Utrecht.

Uenk, G. (2003). *Non-verbaal... een ander verhaal... Praktijkonderzoek ongepubliceerd*. Amersfoort: Hogeschool Utrecht.

Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L. & Emmelkamp, P.M.G (Red.) (2004). *Handboek Psychopathologie. Deel 1 Basisbegrippen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum. ISBN: 9031331902

Verbrugghe, A., Nys, H. & Vanderberghe, J. (2008). *Wanneer is een psychose gevaarlijk. Tijdschrift voor psychiatrie*, nr. 50, p. 149-157

Verhage-van Kooten, M. (Red.) (2008). *Recht voor de zorg- en welzijnsprofessional. Editie 2008-2009*. Den Haag: Sdu Uitgevers bv. ISBN: 9789012125086

Verslaving en psychopathologie - een algemene inleiding. (2008). In studiehandleiding 'Psychopathologie: samenvatting artikelen' (2008-2009) Utrecht: Hogeschool Utrecht.

Wikipedia (2009). *Psychiatrie*. <http://nl.wikipedia.org> > zoeken > Psychiatrie

Bijlage 1 | DSM-IV criteria

Gedragstoornis

(F 91.8) Gedragstoornis

- A. een zich herhalend en aanhouden gedragspatroon waarbij de grondrechten van anderen of belangrijke bij de leeftijd horende sociale normen of regels worden overtreden zoals blijkt uit de aanwezigheid gedurende de laatste twaalf maanden van drie (of meer) van de volgende criteria, met ten minste de laatste zes maanden één criterium aanwezig:

Agressie gericht op mensen en dieren

- (1) pest, bedreigt of intimideert vaak anderen
- (2) begint vaak vechtpartijen
- (3) heeft een 'wapen' gebruikt dat anderen ernstig lichamelijk letsel kan toebrengen (bijvoorbeeld een knuppel, kei, gebroken fles, mes, vuurwapen)
- (4) heeft mensen mishandeld
- (5) heeft dieren mishandeld
- (6) heeft in een direct contact een slachtoffer bestolen (bijvoorbeeld iemand van achteren neerslaan, tasjesroof, afpersing, gewapende overval)
- (7) heeft iemand tot seksueel contact gedwongen

Vernieling van eigendom

- (8) heeft opzettelijk brand gesticht met de bedoeling ernstige schade te veroorzaken
- (9) heeft opzettelijk eigendommen van anderen vernield (anders dan door brandstichting)

Leugenachtigheid of diefstal

- (10) heeft ingebroken in iemands huis, gebouw of auto
- (11) liegt vaak om goederen of gunsten van anderen te krijgen of om verplichtingen uit de weg te gaan (bijvoorbeeld oplichting)
- (12) heeft zonder direct contact met het slachtoffer voorwerpen van waarde gestolen (bijvoorbeeld winkeldiefstal maar zonder n te breken, valsheid in geschrifte)

Ernstige schendingen van regels

- (13) blijft vaak, ondanks het verbod van de ouders, 's nachts van huis weg, beginnend voor het dertiende jaar
- (14) is ten minste tweemaal van huis weggelopen en 's nachts weggebleven (of eenmaal gedurende een langere periode zonder terug te keren)
- (15) spijbelt vaak, beginnen voor het dertiende jaar

- B. De gedragstoornis veroorzaakt in significante mate beperkingen in het sociale, school of beroepsmatig functioneren.
- C. Indien betrokkene achttien jaar of ouder is en niet wordt voldaan aan de criteria van een antisociale persoonlijkheid.

Codeer type op basis van de beginleeftijd:

312.81 Gedragstoornis, type beginnend in de kindertijd: het begin van ten minste één criterium, karakteristiek voor een gedragstoornis voor het tiende jaar

312.82 Gedragstoornis, type beginnend in de adolescentie: geen enkel criterium, karakteristiek voor een gedragstoornis, ligt voor het tiende jaar

312.83 Gedragstoornis, begin niet gespecificeerd: beginleeftijd is onbekend

Specificeer ernst:

Licht: weinig of niet meer gedragsproblemen dan nodig zijn om e diagnose te stellen en de gedragsproblemen veroorzaken slechts geringe schade aan anderen (bijvoorbeeld liegen, spijbelen, zonder toestemming buiten blijven als het donker is)

Matig: het aantal gedragsproblemen en het effect ervan op anderen licht tussen 'licht' en 'ernstig' (bijvoorbeeld stelen zonder confrontatie met het slachtoffer; vandalisme)

Ernstig: veel meer gedragsproblemen dan nodig zijn om de diagnose te stellen of de gedragsproblemen veroorzaken aanzienlijke schade aan anderen (bijvoorbeeld gedwongen seks, lichamelijke wreedheid, gebruik van een wapen, stelen met direct contact met het slachtoffer; inbraak)

313.81 *Oppositioneel-opstandige gedragsstoornis*

- A. Een patroon met negativistisch, vijandig en openlijk ongehoorzaam gedrag met een duur van ten minste zes maanden waarin vier (of meer) van de volgende aanwezig zijn:
- (1) is vaak driftig
 - (2) maakt vaak ruzie met volwassenen
 - (3) is vaak opstandig of weigert zich te voegen naar verzoeken of regels van volwassenen
 - (4) ergert vaak met opzet anderen
 - (5) geeft anderen vaak de schuld van eigen fouten of wangedrag
 - (6) is vaak prikkelbaar en ergert zich gemakkelijk aan anderen
 - (7) is vaak boos en gepikeerd
 - (8) is vaak hatelijk en wraakzuchtig

N.B.: Overweeg dat pas aan een criterium wordt voldaan als het gedrag vaker voorkomt dan kenmerkend is voor qua leeftijd en ontwikkelingsniveau vergelijkbare personen.

- B. De gedragsstoornis veroorzaakt in significante mate beperkingen in het sociale, school- of beroepsmatig functioneren.
- C. De gedragingen komen niet uitsluitend voor tijdens het beloop van een psychotische of stemmingsstoornis.
- D. Er wordt niet voldaan aan de criteria van een gedragsstoornis en indien betrokkene achttien jaar of ouder is wordt niet voldaan aan de criteria van de antisociale persoonlijkheidsstoornis.

312.9 *Gedragsstoornis Niet Anderszins Omschreven*

Deze categorie dient voor stoornissen die gekenmerkt worden door (antisociale of oppositioneel-opstandige) gedragingen die niet voldoende aan de criteria van een gedragsstoornis of een oppositioneel-opstandige gedragsstoornis. Tot de voorbeelden horen de beelden die niet voldoen aan alle criteria van ofwel een oppositioneel-opstandige gedragsstoornis of een gedragsstoornis, maar waarbij er significante beperkingen zijn.

Persoonlijkheidsstoornissen

Algemene diagnostische criteria voor een persoonlijkheidsstoornis

- A. Een duurzaam patroon van innerlijke ervaringen en gedragingen die duidelijk binnen de cultuur van betrokkene afwijken van de verwachtingen. Dit patroon wordt zichtbaar op twee (of meer) van de volgende terreinen:
- (1) cognities (dat wil zeggen de wijze van waarnemen en interpreteren van zichzelf, anderen en gebeurtenissen)
 - (2) affecten (dat wil zeggen de draagwijdte, intensiteit, labiliteit en de adequaatheid van de emotionele reacties)
 - (3) functioneren in het contact met anderen
 - (4) beheersing en impulsen
- B. Het duurzame patroon is star en uit zich op een breed terrein van persoonlijke en sociale situaties.
- C. Het duurzame patroon veroorzaakt in significante mate lijden of beperkingen in het sociaal en beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen.
- D. Het patroon is stabiel en van lange duur en het begin kan worden teruggevoerd naar ten minste de adolescentie of de vroege volwassenheid.
- E. Het duurzame patroon is niet eerder toe te schrijven aan een uiting of de consequentie van een andere psychische stoornis.
- F. Het duurzame patroon is niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel (bijvoorbeeld drug, geneesmiddel) of een somatische aandoening (bijvoorbeeld schedeltrauma).

301.0 Paranoïde persoonlijkheidsstoornis

- A. Een diepgaand wantrouwen en achterdocht ten opzichte van anderen waardoor hun beweegredenen worden geïnterpreteerd als kwaadwillig, beginnend in de vroege volwassenheid en tot uiting komend in diverse situaties zoals blijkt uit vier (of meer) van de volgende:
- (1) vermoedt, zonder gegronde redenen, dat anderen hem of haar uitbuiten, schade berokkenen of bedriegen
 - (2) wordt geheel gepreoccupeerd door ongerechtvaardigde twijfels aan de trouw of betrouwbaarheid van vrienden en collega's
 - (3) neemt anderen met tegenzin in vertrouwen, op grond van ongerechtvaardigde vrees dat de informatie op een kwaadaardige manier tegen hem/haar gebruikt zal worden
 - (4) zoekt achter onschuldige opmerkingen of gebeurtenissen verborgen vernederingen en bedreigingen
 - (5) is halsstarrig rancuneus, dat wil zeggen vergeeft geen beledigingen, aangedaan onrecht of kleineringen
 - (6) bespeurt kritiek, voor anderen niet duidelijk herkenbaar, op zijn of haar karakter of reputatie en reageert snel met woede of tegenaanval
 - (7) is terugkerend achterdochtig, zonder rechtvaardiging, betreffende de trouw van de echtgenoot of partner
- B. Komt niet uitsluitend voor in het beloop van schizofrenie, ene stemmingsstoornis met psychotische kenmerken of een andere psychotische stoornis en is niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een somatische aandoening.

N.B.: Indien aan de criteria voldaan wordt vóór het begin van een schizofrenie, voeg dan 'pre-morbide,' doet, bijvoorbeeld 'Paranoïde persoonlijkheidsstoornis (pre morbide)'.

301.7 Antisociale persoonlijkheidsstoornis

- A. Een diepgaand patroon van gebrek aan achtung voor en schending van de rechten van anderen vanaf het vijftiende jaar aanwezig, zoals blijkt uit drie (of meer) van de volgende:
- (1) niet in staat zich te conformeren aan de maatschappelijke norm dat men zich aan de wet moet houden, zoals blijkt uit het bij herhaling tot handelingen komen die een reden voor arrestatie kunnen zijn
 - (2) oneerlijkheid, zoals blijkt uit herhaaldelijk liegen, het gebruik van valse namen of anderen bezwendelen ten behoeve van eigen voordeel of plezier
 - (3) impulsiviteit of onvermogen 'vooruit te plannen'
 - (4) prikkelbaarheid en agressiviteit zoals blijkt uit bij herhaling komen tot vechtpartijen of geweldpleging
 - (5) roekeloze onverschilligheid voor de veiligheid van zichzelf of anderen
 - (6) constante onverantwoordelijkheid zoals blijkt uit het herhaaldelijk niet in staat zijn geregeld werk te behouden of financiële verplichtingen na te komen.
 - (7) ontbreken van spijtgevoelens, zoals blijkt uit de ongevoeligheid voor of het rationaliseren van het feit anderen gekwetst, mishandeld of bestolen te hebben.
- B. De leeftijd is tenminste achttien jaar.
- C. Er zijn aanwijzingen voor een gedragsstoornis beginnend voor het vijftiende jaar.
- D. Het antisociale gedrag komt niet uitsluitend voor in het beloop van schizofrenie of manische episodes.

301.83 Borderline persoonlijkheidsstoornis

Een diepgaand patroon van instabiliteit in intermenselijke relaties, zelfbeeld en affecten en van duidelijke impulsiviteit, beginnend in de vroege volwassenheid en tot uiting komen in diverse situaties zoals blijkt uit vijf (of meer) van de volgende:

- (1) krampachtig proberen te voorkomen om feitelijk of vermeend in de steek gelaten te worden. N.B.: reken hier niet het suïcidale of automutilerend gedrag toe, aangegeven in criterium (5)
- (2) een patroon van instabiele en intense intermenselijke relaties gekenmerkt door wisselingen tussen overmatig idealiseren en kleineren.
- (3) identiteitsstoornis: duidelijk en aanhoudend instabiel zelfbeeld of zelfgevoel
- (4) impulsiviteit op ten minste twee gebieden die in potentie betrokkene zelf kunnen schaden (bijvoorbeeld geld kwijten, sex, misbruik van middelen, roekeloos autorijden, vreetbuien) N.B.: reken hier niet het suïcidale of automutilerend gedrag toe, aangegeven in criterium (5)
- (5) recidiverende suïcidale gedragingen, gestes of dreigingen, of automutilatie
- (6) affectabiliteit als gevolg van duidelijke reactiviteit van de stemming (bijvoorbeeld periodes van intense somberheid, prikkelbaarheid of angst, meestal enkele uren durend en slecht zelden langer dan een paar dagen)
- (7) chronisch gevoel van leegte
- (8) inadequate, intense woede of moeite kwaadheid te beheersen (bijvoorbeeld frequente driftbuien, aanhoudende woede of herhaaldelijk vechtpartijen)
- (9) voorbijgaande, aan stress gebonden paranoïde ideeën of ernstige dissociatieve verschijnselen

301.50 Theatrale persoonlijkheidsstoornis

Een diepgaand patroon van buitensporige emotionaliteit en aandacht vragen, beginnend in de vroege volwassenheid en tot uiting komen in diverse situaties zoals blijkt uit vijf (of meer) van de volgende:

- (1) voelt zich niet op zijn/haar gemak in situaties waarin hij/zij niet in het centrum van de belangstelling staat
- (2) de interactie met anderen wordt vaak gekenmerkt door ongepast seksueel verleidelijk of uitdagend gedrag

- (3) toont snel wisselende en oppervlakkige emotionele uitingen
- (4) maakt voortdurend gebruik van het eigen uiterlijk om de aandacht op zichzelf te vestigen
- (5) heeft een manier van spreken die uitermate impressionistisch is en waarbij details ontbreken
- (6) toont zelfdramatiserende, theatrale en overdreven uitingen van emoties
- (7) is suggestibel, dat wil zeggen gemakkelijk beïnvloedbaar door anderen of de omstandigheden
- (8) beschouwt relaties als meer intiem dan deze in werkelijkheid zijn

301.81 Narcistische persoonlijkheidsstoornis

Een diepgaand patroon van grootheidsgedachten (in fantasie of gedrag), behoefte aan bewondering en gebrek aan empathie, beginnend in de vroege volwassenheid en tot uiting komend in diverse situaties zoals blijkt uit vijf (of meer) van de volgende:

- (1) heeft een opgeblazen gevoel van eigen belangrijkheid (bijvoorbeeld overdrijft eigen prestaties en talenten, verwacht als superieur erkend te worden zonder de erbij horende prestaties)
- (2) is gepreoccupeerd met fantasieën over onbeperkte successen, macht, genialiteit, schoonheid of ideale liefde
- (3) gelooft dat hij of zij 'heel speciaal' en uniek is en alleen begrepen kan worden door, of hoort om te gaan met, ander heel speciale mensen in mensen (of instellingen) met een hoge status
- (4) verlangt buitensporige bewondering
- (5) heeft een gevoel bijzondere rechten te hebben, dat wil zeggen onredelijke verwachting van een automatisch meegaan met zijn of haar verwachtingen
- (6) exploiteert anderen, dat wil zeggen maakt misbruik van anderen om zijn of haar eigen doeleinden te bereiken
- (7) heeft gebrek aan empathie: is niet bereid de gevoelens en behoeften van anderen te erkennen of zich ermee te vereenzelvigen
- (8) is vaak afgunstig of meent dat anderen op hem of haar heel afgunstig zijn
- (9) is arrogant of toont hooghartig gedrag of houdingen

Stoornissen in de impulsbeheersing, niet elders geclassificeerd

3.12.34 Periodieke explosieve stoornis

- A. Verschillende afzonderlijke episodes met onvermogen zich te verzetten tegen agressieve impulsen, hetgeen leidt tot ernstige gewelddaden of vernieling van eigendommen.
- B. De mate van agressiviteit die tijdens de episodes naar voren komt staat in geen enkele verhouding tot om het even welke precipiterende psychosociale stressveroorzakende factor ook.
- C. De agressieve episodes zijn niet eerder toe te schrijven aan een andere psychische stoornis (bijvoorbeeld antisociale persoonlijkheidsstoornis, borderline persoonlijkheidsstoornis, een psychotische stoornis, een manische episode, gedragsstoornis of aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit) en is niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel (bijvoorbeeld een drug, geneesmiddel) of een somatische aandoening (bijvoorbeeld schedeltrauma, ziekte van Alzheimer).

Schizofrenie en andere psychotische stoornissen

Schizofrenie

- A. Kenmerkende symptomen: twee (of meer) van de volgende, elk gedurende één maand een belangrijk deel van de tijd aanwezig (of korter bij succesvolle behandeling):
 - (1) wanen
 - (2) hallucinaties
 - (3) onsamenhangende spraak (bijvoorbeeld frequent de draad kwijtraken of incoherentie)
 - (4) ernstig chaotisch of katatoon gedrag
 - (5) negatieve symptomen, dat wil zeggen vervlakking van het affect, gedachten- of spraakarmoede of apathie.

N.B.: Slecht één symptoom uit criterium A wordt vereist indien de wanen bizar zijn of de hallucinaties bestaan uit een stem die voortdurend commentaar levert op het gedrag of de gedachte van betrokkene, of twee of meer stemmen die met elkaar spreken.

- B. Sociaal/Beroepsmatig disfunctioneren: Vanaf het begin van de stoornis ligt het functioneren, voor een belangrijk deel van de tijd, op een of meer terreinen zoals werk, relaties of zelfverzorging duidelijk onder het niveau van het begin van de stoornis werd bereikt (of indien het begin in de kindertijd of adolescentie ligt is het niet gelukt het niveau te bereiken dat op relationeel school of beroepsmatig terrein verwacht kon worden).
- C. Duur: Symptomen van de stoornis zijn gedurende ten minste zes maanden ononderbroken aanwezig. In deze periode van zes maanden moeten er ten minste één maand symptomen zijn die voldoen aan criterium A (dat wil zeggen symptomen uit de actieve fase) en kunnen er perioden voorkomen met symptomen met prodromale of rest-symptomen. Gedurende deze prodromale of rest-periode kunnen de symptomen van de stoornis zich beperken tot negatieve symptomen of tot twee of meer symptomen van criterium A in een lichte vorm (bijvoorbeeld vreemd eovertuigingen, ongewone zintuiglijke ervaringen).
- D. Uitsluiting van schizoaffectieve of stemmingsstoornissen: Een schizoaffectieve stoornis en een stemmingsstoornis met psychotische kenmerken zijn uitgesloten omdat oftewel (1) er geen depressieve episodes, manische of gemengde episodes tegelijk met symptomen van de actieve fase zijn voorgekomen; of (2) indien de episodes met een stemmingsstoornis tijdens de actieve fase zijn voorgekomen met een totale duur die kort was in verhouding tot de duur van de actieve en de rest-periode.
- E. Uitsluiting van het gebruik van middelen/of een somatische aandoening: De stoornis is niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel (bijvoorbeeld drug, geneesmiddel) of een somatische aandoening.
- F. Samenhang met een pervasieve ontwikkelingsstoornis: Indien er een voorgeschiedenis is met een autistisch stoornis of een andere pervasieve ontwikkelingsstoornis wordt de aanvullende diagnose schizofrenie alleen gesteld indien er gedurende ten minste één maand (of korter indien met succes behandeld) opvallende wanen of hallucinaties zijn.

Voor de subtypes, zie DSM-IV.

297. I Waanstoornis.

A. Niet-bizarre wanen (dat wil zeggen betrekking hebbend op situaties die in het echte leven kunnen voorkomen zoals achtervolgd worden, vergiftigd worden, besmet worden, op een afstand bemind worden of bedrogen worden door echtgenoot of geliefde, of een ziekte hebben) met een duur van ten minste één maand.

B. Er is nooit voldaan aan criterium A voor schizofrenie.

N.B. Gevoels- en reukhallucinaties kunnen aanwezig zijn bij de waanstoornis als ze samenhangen met het waantheme.

C. Los van de invloed van de wanen of de vertakkingen ervan is het functioneren niet duidelijk beperkt en is het gedrag niet onmiskenbaar vreemd of bizar.

D. Indien stemmingsepisodes tegelijk met wanen zijn voorgekomen, was de totale duur daarvan kort in verhouding tot de duur van de waanperiodes.

E. De stoornis is niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel (bijvoorbeeld drug, geneesmiddel) of een somatische aandoening.

Voor het specificeren van types, zie DSM-IV.

Stoornissen in het gebruik van een middel

Afhankelijkheid van een middel

Een patroon van onaangepast gebruik van een middel dat significante beperkingen of lijden veroorzaakt zoals blijkt uit drie (of meer) van de volgende die zich op een willekeurig moment in dezelfde periode van twaalf maanden voordoen:

- (1) tolerantie, zoals gedefinieerd door ten minste één van de volgende:
 - (a) een behoefte aan duidelijk toenemende hoeveelheden van het middel om een intoxicatie of de gewenste werking te bereiken
 - (b) een duidelijk verminderd effect bij voortgezet gebruik van dezelfde hoeveelheid van het middel

- (2) onthouding, zoals blijkt uit ten minste één van de volgende:
 - (a) het voor het middel karakteristieke onthoudingssyndroom (verwijs naar A en B van de criteria van een specifiek middel)
 - (b) hetzelfde (of een nauw hiermee verwant) middel wordt gebruikt om onthoudingsverschijnselen te verlichten of te vermijden
- (3) het middel wordt vaak in grotere hoeveelheden of gedurende een langere tijd gebruikt dan het plan was
- (4) er bestaat de aanhoudende wens of er zijn weinig succesvolle pogingen om het gebruik van het middel te verminderen of in de hand te houden
- (5) een groot deel van de tijd gaat op aan activiteiten nodig om aan het middel te komen (bijvoorbeeld verschillende artsen bezoeken of grote afstanden afleggen), het gebruik van het middel (bijvoorbeeld kettingroken), of aan het herstel van de effecten ervan
- (6) belangrijke sociale of beroepsmatige bezigheden of vrijetijdsbesteding worden opgegeven of verminderd vanwege het gebruik van het middel
- (7) het gebruik van het middel wordt gecontinueerd ondanks de wetenschap dat er een hardnekkig of terugkerend lichamelijk of psychisch probleem is dat waarschijnlijk wordt veroorzaakt of verergerd wordt door het middel (bijvoorbeeld actueel cocaïne gebruik ondanks het besef dat een depressie door cocaïne veroorzaakt wordt of doorgaan met het drinken van alcohol ondanks het besef dat een maagzweer verergerde door het alcoholgebruik)

Specificeer indien:

Met fysiologische afhankelijkheid: aanwijzingen voor tolerantie of onthouding (dat wil zeggen ofwel criterium 1 of 2 is aanwezig)

Zonder fysiologische afhankelijkheid: geen aanwijzingen voor tolerantie of onthouding (dat wil zeggen criterium 1 noch 2 is aanwezig)

Specificaties van beloop (voor uitleg, raadpleeg de DSM-IV)

Vroege volledige remissie

Vroege gedeeltelijke remissie

Langdurige volledige remissie

Langdurige gedeeltelijke remissie

Onder behandeling met agonisten

Onder toezicht staan

Misbruik van een middel

- A. Een patroon van het onaangepast gebruik van een middel dat significante beperkingen of lijden veroorzaakt, zoals in een periode van twaalf maanden blijkt uit ten minste een (of meer) van de volgende:
- (1) Herhaaldelijk gebruik van het middel met als gevolg dat het niet meer lukt om in belangrijke mate te voldoen aan verplichtingen op het werk, school of thuis (bijvoorbeeld herhaaldelijk absent of slecht werk afleveren in samenhang met het gebruik van het middel; met het middel samenhangende absentie, schorsing of verwijdering van school; verwaarlozing van kinderen of het huishouden)
 - (2) herhaaldelijk gebruik van het middel in situaties waarin het fysiek gevaarlijk is (bijvoorbeeld autorijden of bedienen van een machine als men onder invloed van het middel is).
 - (3) herhaaldelijk, in samenhang met het middel in aanraking komen met justitie (bijvoorbeeld aanhouding wegens verstoring van de openbare orde in samenhang met het middel).
 - (4) voortdurend gebruik van het middel ondanks aanhoudende of terugkerende problemen op sociaal of intermenselijk terrein veroorzaakt of verergert door de effecten van het middel (bijvoorbeeld ruzie met de echtgenoot over de gevolgen van intoxicatie, vechtpartijen).
- B. De verschijnselen hebben nooit voldaan aan de criteria van afhankelijkheid van een middel uit deze groep middelen.

Seksuele stoornissen, Parafilieën

302.2 Pedofilie

- A. Gedurende een periode van ten minste zes maanden recidiverende intense seksueel opwindende fantasieën, seksuele drang of gedragingen die seksuele handelingen met één of meer kinderen in de prepubertijd (in het algemeen dertien jaar of jonger) met zich meebrengen.
- B. Iemand heeft op basis van deze drang gehandeld, of de seksuele drang of fantasieën veroorzaakten duidelijk lijden of relatieproblemen.

- C. Betrokkene is ten minste zestien jaar oud en ten minste vijf jaar ouder dan het kind of de kinderen uit criterium A.

N.B. Reken hier niet de oudere adolescent toe die een vaste seksuele relatie heeft met een twaalf- of dertienjarige.

Specificeer indien:

Seksueel aangetrokken tot mannen

Seksueel aangetrokken tot vrouwen

Seksueel aangetrokken tot beide seksen

Specificeer indien:

Beperkt tot incest

Specificeer indien:

Exclusieve type (zich alleen aangetrokken voelen tot kinderen)

Niet-exclusieve type

Bijlage 2 | Instellingen

Justitiële Jeugdinrichtingen

De Heuvelrug, Overberg & Zeist | www.jjideheuvelrug.nl

De Hunnerberg, Nijmegen & Overloon | www.dehunnerberg.nl

Den Hey-Acker, Breda & Vught | www.heyacker.nl

Doggershoek, Den Helder | www.doggershoek.nl

Hartelborgt, Spijkenisse & Rotterdam | www.hartelborgt.nl

De Sprengen, Wapenveld & Zutphen | www.desprengen.nl

Den Engh, Den Dolder | www.den-ench.nl

Het Keerpunt, Cadier en Keer | www.hetkeerpunt.nl

Het Poortje, Veenhuizen | www.het-poortje.nl

Jongerenhuis Harreveld, Harreveld | www.harreveld.com

Jongerenopvangcentrum (JOC), Amsterdam | www.spirit.nl

Rentray, Rekken & Lelystad | www.rentray.nl

Teylingereind, Sassenheim | www.teylingereind.nl



Forensisch psychiatrische centra (incl. Tbs met dwang)

AMC De Meren, Amsterdam | www.amcdemeren.nl

Dr. Henri van der Hoevenkliniek, Utrecht | www.hoevenstichting.nl

FPC De Kijvelanden, Portugal | www.kijvelanden.nl

FPC De Oostvaarderskliniek, Almere | www.oostvaarderskliniek.nl

FPC De Rooyse Wissel, Oostrum | www.derooysewissel.nl

FPC Dr. S. van Mesdag, Groningen | www.vanmesdag.nl

FPC Oldenkotte, Rekken | www.oldenkotte.nl

FPC Pompestichting, Nijmegen | www.pompestichting.nl

FPC Veldzicht, Balkbrug | www.fpcveldzicht.nl

Ggz Drenthe, Assen | www.ggzdrenthe.nl

GGzE, Eindhoven | www.ggze.nl

Hoeve Boschoord, Boschoord | www.hoeveboschoord.nl



Forensische psychiatrie afdeling

Altrecht, Den Dolder | www.altrecht.nl

De Gelderse Roos, Wolfheze | www.degelderseroos.nl

GGNet, Warnsveld | www.ggnet.nl

GGz Friesland, Leeuwarden | www.ggzfriesland.nl

GGz Groep Noord en Midden Limburg, Venray | www.ggznm.nl

GGz Noord-Holland Noord Divisie Forensische Psychiatrie, Heiloo | www.ggz-nhn.nl

GGz Westelijk Noord Brabant, Halsteren | www.ggzwnb.nl

Lentis, Zuidlaren | www.lentis.nl

Mondriaan, Heerlen | www.mondriaan.eu

Parnassia Bavo Groep, Den Haag | www.parnassia.nl

Tactus Verslavingszorg, Apeldoorn | www.tactus.nl



Forensische zorg aan gedetineerden

PI Haaglanden, Den Haag | www.pihaaglanden.nl

PI Over Amstel / Locatie Het Veer, Amsterdam | www.dji.nl

PI Overmaze / Locatie Overmaze, Maastricht | www.dji.nl

PI Vught / Locatie Nieuw Vosseveld, Vught | www.pivught.nl

PI Zwolle, Zwolle | www.dji.nl



Overige Instanties

Dienst Justitiële Inrichtingen, Den Haag | www.dji.nl

Pieter Baan Centrum, Utrecht | www.dji.nl



