

GGZet

Wetenschappelijk

2011 • Jaargang 15 • nummer 1

Artikel

Verwonde mannelijkheid

Transformatie van agressie bij in hun jeugd misbruikte mannen

Marijke Baljon

**Het verhaal van de cliënt in een vraaggerichte intake
Hoe het toepassen van kwaliteitscriteria tijdens de intake
bijdraagt aan het uitvoeren van vraaggerichte zorg**

Susan Konst

**De relatie tussen behandelduur en effecten van
antipsychotica: Een cross-sectionele studie**

Anne Miedema, Rikus Kneqtering, Harald Schneider en Slynke Castelein

**Persoonlijkheidsstoornissen en psychotische stoornissen en
het risico op agressieve incidenten in de FPK Assen**

Evelien S. Stoppel

Synco van Mesdag: 'Wat is een psychopaath?'

Swanny Kremer

Loyaliteit in de jeugdhulpverlening

Klasien van der Deen

Colofon

Redactie

Stynke Castelein
Jos de Keijser
Rikus Knegtering
Marike Lancel
Frits Milders (hoofdredacteur)
Marinus Spreen
Lex Wunderink

Secretariaat

Anneke Krijgsheld
Postbus 128
9470 AC Zuidlaren
tel. 050 - 4097417
amg.krijgsheld@lentis.nl

Lay-out: Arjan Koster/Klaas van Slooten
Productie: Océ Business Services | Locatie Lentis, Zuidlaren

Richtlijnen voor het inzenden van kopij staan
achterin het tijdschrift.

Oplage: 850 exemplaren

ISSN 1389-1715

Inhoudsopgave

Redactioneel 3

Artikel

Verwonde mannelijkheid 5

Transformatie van agressie bij in hun jeugd misbruikte mannen

Marijke Baljon

Het verhaal van de cliënt in een vraaggerichte intake 19

Hoe het toepassen van kwaliteitscriteria tijdens de intake bijdraagt aan het uitvoeren van vraaggerichte zorg

Susan Konst

De relatie tussen behandelduur en effecten van antipsychotica: Een cross-sectionele studie 28

Anne Miedema, Rikus Knegtering, Harald Schneider en Stynke Castelein

Persoonlijkheidsstoornissen en psychotische stoornissen en het risico op agressieve incidenten in de FPK Assen 38

Evelien S. Stoppel

Synco van Mesdag: 'Wat is een psychopaath?' 52

Swanny Kremer

Loyaliteit in de jeugdhulpverlening 60

Klasien van der Deen

Redactioneel

Begrippenverwaarlozing

Frits Milders

In de psychiatrische wetenschappelijke literatuur wordt vrijwel nooit aandacht besteed aan de conceptuele status van de psychiatrische begrippen met behulp waarvan onderzoek gedaan wordt. Men gaat er stilzwijgend van uit dat de betekenis van termen zoals denken, voelen, waarnemen, willen, helder is. De laatste tijd wordt gelukkig wel erkend dat psychiatrische begrippen complex van aard zijn. Twee recente voorbeelden hiervan zijn publicaties in het Tijdschrift voor Psychiatrie. Zo benadrukken Ruissen, Meynen en Widdershoven (2011) dat voor het begrip wils(on)bekwaamheid een cognitieve benadering van het besluitvormingsproces niet toereikend is maar dat ook een emotionele invalshoek en een waardeperspectief noodzakelijk zijn om recht te doen aan dit begrip. Bovendien is een normatieve dimensie in het geding. Een ander voorbeeld is het onderzoek van Pijnenborg en Aleman (2010) van het begrip (ontbrekend) ziektebesef. Van deze zeer complexe term worden door hen verschillende aspecten geoperationaliseerd en onderzocht: 1) de mogelijkheid van een individu om het perspectief van een andere persoon in te nemen (theory of mind), waardoor dat individu in staat is van een afstand naar zichzelf te kijken, 2) geestelijke flexibiliteit en 3) stigmagevoeligheid. Deze drie factoren hebben volgens hen via zelfreflectie invloed op ziekte-inzicht. Op basis van dit model proberen ze een therapie te ontwikkelen die is gericht op het verbeteren van ziekte-inzicht bij patiënten die lijden aan schizofrenie.

Als het gaat om een degelijke analyse van de conceptuele aard van psychiatrische begrippen verwijs ik graag naar het recente boek van de filosoof Hacker (een pleitbezorger van Wittgenstein). Hacker (2007) stelt dat termen zoals persoon, intellect, wil, denken, voelen, waarnemen etc. geen theoretische concepten zijn maar a-theoretische termen die noodzakelijk zijn om onze subjectieve ervaring vorm te geven. Deze termen zijn geen functies van de geest en ook niet van de hersenen. Zij hebben louter betrekking op een persoon (de mens als geheel) in een talige context. Wat deze begrippen betekenen kunnen we alleen achterhalen door hun plaats te onderzoeken in de alledaagse waardenbeladen taal (evaluatief taalgebruik). Het zijn dus geen psychologische begrippen maar polyvalente en polyinterpretabele existentiële noties. Zodra deze begrippen worden opgenomen in een psychologische, psychiatrische of neurowetenschappelijke theorie worden ze losgemaakt uit hun natuurlijke verwevenheid met een persoon en de dagelijkse taal (ten onrechte "folk psychology" genoemd) en krijgen ze een contextloze, concrete, waardenvrije (pseudo)wetenschappelijke status. Als in wetenschappelijk onderzoek geen rekening wordt gehouden met de achtergrond van deze termen ontstaan volgens Hacker gemakkelijk zinloos taalgebruik en onwetenschappelijke uitspraken.

Het aardige van genoemde artikelen is dat serieuze zaak wordt gemaakt met betekenisonderzoek van psychiatrische begrippen. De wijze van aanpak van Ruissen et al spreekt mij iets meer aan dan die van Pijnenborg en Aleman omdat de laatste auteurs te snel op zoek gaan naar hersencorrelaten van (afwezig) ziektebesef. Naar mijn opvatting moet eerst het te onderzoeken begrip helder zijn voordat er sprake kan zijn van hersenonderzoek. Immers begripsverheldering en goede operationalisering van begrippen hoort ten grondslag te liggen aan neurowetenschap. Onderzoek van hersenstructuren kan ons geen antwoord geven op conceptuele onduidelijkheid.

Literatuur

- Hacker, P.M.S. (2007). *Human Nature: The Categorical Framework*, Oxford: Wiley-Blackwell / Malden.
- Pijnenborg, G.H.M. en A. Aleman (2010). Essay ziekte-inzicht bij mensen met schizofrenie: theoretische inzichten en voorstel voor behandeling. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 52, 12, 825-837.
- Ruissen, A.M., G. Meynen en G.A.M. Widdershoven (2011). Perspectieven op wilsbekwaamheid in de psychiatrie: cognitieve functies, emoties en waarden. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 52 (geaccepteerd voor publicatie).

Artikel

Verwonde mannelijkheid

Transformatie van agressie bij in hun jeugd misbruikte mannen¹

Marijke Baljon

Samenvatting

Er is relatief weinig bekend over de behandeling van in hun jeugd misbruikte mannen. Deze bijdrage is gebaseerd op de schaarse literatuur en eigen klinische ervaringen met de doelgroep. Inspiratie voor behandeling wordt daarnaast gevonden in de literatuur over de seksespecifieke hulpverlening aan misbruikte vrouwen en die over posttraumatische groei. Dit laatste brengt ons bij existentiële aspecten van therapie gericht op herstel na trauma. Er is een spanningsveld tussen traditionele mannelijkheidsbeelden en slachtofferschap. Beeldende werkvormen vertegenwoordigen in zichzelf wijzen van verbouwen en verbinden die haaks staan op traditionele mannelijkheidsbeelden en op de gevolgen van seksueel misbruik. We laten aan de hand van casuïstiek zien hoe beeldende werkvormen binnen een dagbehandelingsprogramma kunnen bijdragen aan posttraumatische transformatie van agressie en aan een herdefinitie van mannelijkheid.

Inleiding

Intuïtief voelen veel behandelaars wel aan dat het anders is om tegenover een groep getraumatiseerde mannen te staan dan tegenover een groep getraumatiseerde vrouwen. Wie dat verschil probeert te benoemen, loopt voortdurend het risico te vervallen in het type man/vrouw-stereotypen waar we de afgelopen decennia terecht afstand van hebben genomen. Dat maakt het verschil echter nog niet irrelevant.

Recent wetenschappelijk onderzoek wijst op talloze neurologische en hormonale verschillen tussen mannen en vrouwen. Bovendien hebben ook onwenselijke sociaal-culturele percepties in de praktijk reële effecten.

In de literatuur komt naar voren dat een ingrijpend gevolg van trauma is dat er veranderingen optreden in het zingevingsysteem. Daarbij gaat het vooral om het verlies van vertrouwen en gevoelens van hopeloosheid en wanhoop (Herman 1992). De 'emotion focused therapy' (EFT) voor complex trauma

¹ De Engelstalige versie is geaccepteerd voor publicatie in het internationale tijdschrift PCEP (Person-Centered & Experiential Psychotherapies)

besteedt daarom expliciet aandacht aan 'meaning creation' als taak in de therapie (Paivo & Pascual-Leone 2010; Elliott, Watson, Goldman & Greenberg 2003). Uit onderzoek naar posttraumatische groei blijkt dat een 'changed philosophy of life' daar vaak deel van uitmaakt. Het herdefiniëren van de gender-identiteit is voor overlevenden van seksueel misbruik een belangrijk aspect van deze herwaardering van waarden.

Trauma roept per definitie angst en agressie op. In hun jeugd misbruikte mannen zijn door de aard van het trauma geraakt in hun mannelijkheid. Hun persoonlijke verwarring hierover wordt versterkt door de maatschappelijke context. Slachtofferschap staat haaks op het gangbare beeld van mannen en mannelijkheid (Ganzevoort 2006). Daardoor kan de getroffen primaire adaptieve boosheid gaan verwarren met destructieve agressie. De angst en verwarring die daaruit voortkomen, kunnen zo sterk zijn dat deze cliënten niet in staat zijn empathie en acceptatie van hun therapeuten binnen te laten komen. Vaktherapieën en steun van lotgenoten in een groep kunnen cliënten helpen om hun angst te reduceren, empathie en respect van therapeuten en medecliënten te ervaren en hun mannelijke kracht te hervinden. Op basis hiervan komt er ruimte om destructieve agressie te transformeren naar primaire adaptieve boosheid en nieuwe zingeving te ontwikkelen.

Dit artikel bestaat uit twee delen. Het deel over behandeling wordt vooraf gegaan door een deel over de theorie, waarop de behandeling is gebaseerd.

Theorie

Dit deel begint met een beschouwing over verschillen tussen mannen en vrouwen. Vervolgens wordt besproken wat er bekend is over misbruik bij jongens en de gevolgen daarvan in de volwassenheid. Ten slotte wordt het belang besproken van verandering in waarden met betrekking tot mannelijkheid om de vicieuze cirkel van geweld te kunnen doorbreken.

Mannen zijn anders

Biologische verschillen tussen mannen en vrouwen zijn wat betreft de seksualiteit evident. Daarnaast wijst recent wetenschappelijk onderzoek op talloze neurologische en hormonale verschillen. Brizendine (2010) vat een grote hoeveelheid publicaties op dit gebied samen. Ofschoon ze overgeneraliseert, baseert ze zich op degelijke wetenschappelijke publicaties. Daaruit blijkt onder meer dat het spiegelneuronensysteem, hetgeen een belangrijke rol speelt bij empathie, in de vrouwelijke hersenen groter en actiever is dan in de mannelijke. De amygdala, het alarmsysteem voor dreigingen, angst en gevaar, is bij mannen groter dan bij vrouwen. Hamann (2005) vond seksespecifieke verschillen in de respons van de amygdala tijdens met emoties samenhangende activiteiten, zoals de vorming van emotioneel geheugen en seksuele gedragingen.

De psychologische literatuur over mannen en mannelijkheid maakt vooral gewag van traditionele mannelijkheidsbeelden. Kenmerkend voor cultureel gesanctioneerde mannelijkheid zijn agressie, afwijzing van vrouwelijkheid, stoïcisme, preoccupatie met seks, kostwinnerschap en beschermer zijn van gezin en huis (O'Neil, 1990; Rasheed & Rasheed 1999). Het is natuurlijk de vraag in hoeverre dit na de seksuele revolutie in de tweede helft van de vorige eeuw nog geldt. In dit verband is een recent groot onderzoek naar sekse, persoonlijkheid en cultuur (Schmitt, Realo, Voracek & Allik 2008) relevant. Dit onderzoek maakt deel uit van een groot project dat de beschikking heeft over steekproeven uit drie landen in Noord-Amerika, vijf in Zuid-Amerika, acht in West-Europa, tien in Oost-Europa, zes in Zuid-Europa, vier in het Midden-Oosten, zeven in Afrika, drie in Oceanië, vijf in Zuid(oost)-Azië en vier in Oost-Azië. Deelnemers vulden een persoonlijkheidsvragenlijst in met betrekking tot de Big Five: Neuroticisme, Extraversie, Openstaan voor ervaringen, Vriendelijkheid en Consciëntieus zijn. Daarbij bleek dat vrouwen gemiddeld extravarter, vriendelijker, nauwkeuriger en vooral emotioneel instabieler scoorden dan mannen. Het patroon verschilde enigszins per land. De sekseverschillen bleken groter in landen waar mensen langer gezond leefden en gemiddeld een hogere opleiding en een hogere levensstandaard hadden. In het algemeen waren de sekseverschillen in westerse, individualistische culturen significant groter dan in niet-westerse, collectivistische culturen. Het gaat hierbij om statistisch significante verschillen. Dat betekent dat er in elke cultuur zowel mannen als vrouwen voorkomen met een profiel, dat dominant is bij de andere sekse.

Schmitt en anderen (2008) veronderstellen dat aangeboren sekseverschillen in rijke, egalitaire landen meer ruimte hebben om zich te manifesteren dan in landen waarin er meer beperkingen zijn. Dat geldt niet alleen voor karakterverschillen; in rijke landen is het sekseverschil in lengte en bloeddruk bijvoorbeeld ook groter dan in arme landen. Het verwarrende is dat naarmate er meer ruimte is voor persoonlijke keuzes met betrekking tot gender er meer seksueel dimorfisme optreedt.

Genderidentiteit is te beschouwen als een sociale constructie, die gevormd wordt in de wisselwerking tussen biologie en sociale context. Proctor (2008) en Gillon (2008) zien vanuit dit perspectief de socialisatie ten aanzien van gender als beperkend voor zowel mannen als vrouwen.

Misbruik onder mannen komt veel voor

Nadat men lang dacht dat seksueel misbruik van jongens en mannen nauwelijks voorkwam, gaat men tegenwoordig uit van schattingen rond de 10%, afhankelijk van de definitie van seksueel misbruik en van de wijze van vragen. In een grote studie onder 17.337 volwassenen in San Diego rapporteerde 25% van de vrouwen en 16% van de mannen een vorm van seksueel misbruik voor het 18e levensjaar. Van de mannelijke slachtoffers meldde 24,7% dat er daarbij penetratie plaats had gevonden tegen 16% van de vrouwelijke

slachtoffers (Dube e.a. 2005). In een andere grootschalige studie onder 16.000 Amerikanen zei 18% van de vrouwen en 3% van de mannen ooit in hun leven seksueel misbruik ondervonden te hebben (Pimlott-Kubiak & Cortina 2003). Er zijn aanwijzingen dat bij homoseksuele mannen seksueel misbruik even vaak voorkomt als bij vrouwen. Balsam, Rothblum & Beauchaine (2005) vonden bij 30% van deze groep ervaringen van seksueel misbruik in hun jeugd en/of volwassenheid.

Seksespecifieke gevolgen

Het optreden van problematische effecten en disfunctionele copingstrategieën hangt niet alleen af van de ernst of aard van het seksueel misbruik, maar ook van sociale steun tijdens en na het misbruik, attributiestijl en coping en de mogelijk mede door culturele en religieuze factoren beïnvloede veerkracht (Gold, Milan, Mayall & Johnson 1994; Holman and Cohen Silver 1996; Doxley, Jensen & Jensen 1997).

Onderzoek naar de gevolgen van seksueel misbruik bij jongens besteedt vaak specifiek aandacht aan mogelijk daderschap. Daaruit blijkt dat het merendeel van de misbruikte mannen geen dader wordt. Salter en anderen (2003) vonden in een longitudinale studie onder 224 voormalige mannelijke slachtoffers, die inmiddels 18 jaar of ouder waren, dat daarvan 26 seksueel misbruik hadden gepleegd. Lambie, Seymour, Lee & Adam (2002) onderzochten verschillen tussen een groep misbruikte mannen die behandeld werden omdat ze zelf dader waren van misbruik van een kind en een groep die behandeld werd voor de gevolgen van seksueel misbruik maar geen dader waren. Er waren tussen beide groepen geen significante verschillen met betrekking tot de aard en de ernst van het misbruik, dat ze als kind hadden meegemaakt. De dadergroep gaf meer blijk van fantasieën en masturbatie naar aanleiding van het misbruik, had vaker plezier beleefd aan het misbruik, had in hun kindertijd minder steun vanuit de omgeving ervaren en in de adolescentie minder contact met leeftijdgenoten. Caspi, McClay, Moffitt et al (2002) deden onderzoek bij een grote steekproef van jongens van hun geboorte tot hun volwassenheid. Ze onderzochten onder andere waarom sommige mishandelde jongens antisociaal gedrag ontwikkelden en andere niet. Daarbij bleek dat mishandelde jongens met een bepaald genotype een kleinere kans hadden om antisociale problemen te ontwikkelen. Deze bevinding kan deels verklaren waarom niet alle slachtoffers van mishandeling tot daders opgroeien en verschaft bovendien epidemiologische evidentie dat het genotype de gevoeligheid van kinderen voor bedreigingen uit de omgeving kan beïnvloeden. In dit verband moeten we ons realiseren dat er ook vrouwelijke daders zijn. In een recente Nederlandse studie gaf 42% van de mannelijke slachtoffers aan dat er sprake was van een vrouwelijke dader (Bakker, de Graaf, de Haas et al 2009).

In de praktijk van de hulpverlening zien we vaak misbruikte mannen die

agressiegeremd zijn. Ze wijzen agressie af, omdat ze dat associëren met daderschap. Een eenmalige agressieve doorbraak, waar zowel de man zelf als zijn omgeving erg van schrikt, kan dan de aanleiding zijn om hulp te zoeken. Feministische wetenschappers hebben laten zien dat seksueel misbruik van vrouwen en kinderen de uiterste consequentie is van een patriarchaal systeem (Nicolai 1997; Ganzevoort 2006). De consequentie voor jongens die misbruikt worden, is dan echter dat ze buiten dat systeem vallen. Anders gezegd: voor meisjes onderstreept het misbruik dat ze vrouw zijn en dus object, voor jongens onderstreept het dat ze object zijn en dus geen man. Dat draagt er aan bij dat vrouwelijke slachtoffers oververtegenwoordigd zijn in de psychiatrische hulpverlening en mannelijke slachtoffers in de gevangenis. We moeten daarbij niet vergeten dat de meesten hun leven voortzetten zonder in een van beide instellingen terecht te komen. Het verschil is niet zwart-wit.

Posttraumatische groei, betekenisgeving en gender

Slachtoffers van seksueel misbruik ondervinden niet alleen negatieve gevolgen. Al eeuwen lang bestaat de notie dat het menselijk lijden kan leiden tot transformatie en groei. Vooral filosofische en religieuze stromen hebben dit thema uitgewerkt. Na de Tweede Wereldoorlog kwam er ook vanuit de psychiatrie en de psychologie belangstelling voor. Belangrijke pioniers in het denken over groei die het gevolg kan zijn van de confrontatie met ernstige gebeurtenissen zijn Frankl (1963), Maslow (1954) en Yalom (1980). In de afgelopen jaren is de aandacht gegroeid voor de manier waarop mensen met traumatische ervaringen omgaan en hoe ze daar soms meer positieve dan negatieve gevolgen aan overhouden. Dit wordt in de literatuur aangeduid als posttraumatische groei (Calhoun & Tedeschi 2006). Voor Janoff-Bulman (1993, 2006) gaat het bij posttraumatische groei om het veranderen van schema's. Dit is nodig omdat fundamentele assumpties die een rol spelen bij de betekenisgeving in het levensverhaal, bij traumatisering geproblematiseerd raken (Herman 1992). De eerste assumptie is de betekenisvolheid van de wereld, het geloof dat dingen niet zomaar gebeuren maar te verstaan zijn in een kader van oorzaak en gevolg, zodat we houvast hebben in ons zijn in de wereld. De tweede assumptie is de goedwillendheid van de ander, het geloof dat de mensen om ons heen er niet moedwillig op uit zijn ons te beschadigen, zodat we met een basaal vertrouwen de ander tegemoet kunnen treden. De derde assumptie is de waarde van de eigen persoon, het geloof dat ik er als persoon toe doe en niet zomaar uitwisselbaar of negeerbaar ben. De ondermijning van deze aannames vraagt om een existentiële herwaardering, het ontwikkelen van betekenis in het licht van zinloos geweld. Een ontwikkelingsmodel voor autonomie na trauma is beschreven door Baljon, Hardon & Kramers (2004). Daarin is autonomie geen statisch begrip, maar een procesmatig aspect van het bestaan. Autonomie impliceert keuzes. In verschillende situaties kan iemand een andere mate van autonomie realiseren. De beleving van autonomie kan stagneren of retarderen door schokkende ervaringen als

chronische ziekte of trauma. Dit impliceert dat groei mogelijk is van minder naar meer autonomie. Posttraumatische groei is een proces, dat mede gedragen wordt door waarden. Het vraagt in de eerste plaats het onder ogen zien van de invloed van misbruik en geweld op de persoonlijke ontwikkeling. Vervolgens is er aandacht nodig voor de woede die hieruit voortkomt. Deze kan zich in een constructieve of een destructieve richting ontwikkelen. Als de persoon zijn leven onder ogen ziet, kan hij in plaats van strijden tegen gaan vechten voor. Als boosheid blijft overheersen, kan de persoon verhard en zich als dader gaan gedragen, met alle gevoelens die daar bij horen: haat, wraak en de drang alles te vernietigen wat kwetsbaar is. We spreken dan van een 'destructief slachtoffer'. Een wezenlijke stap in het herstelproces is dus de bewuste keuze om te vechten voor een betere kwaliteit van leven, het doorbreken van de vicieuze cirkel van geweld. Dit vraagt een anders om leren gaan met emoties: deze beleven en delen met anderen. Op basis hiervan is het mogelijk om relaties te ontwikkelen, die gekenmerkt worden door intimiteit in plaats van door overheersing. Het gaat hierbij niet alleen om coping met een bedreigende situatie. Het is ook transformatie van die ervaring in een meer vruchtbare vorm.

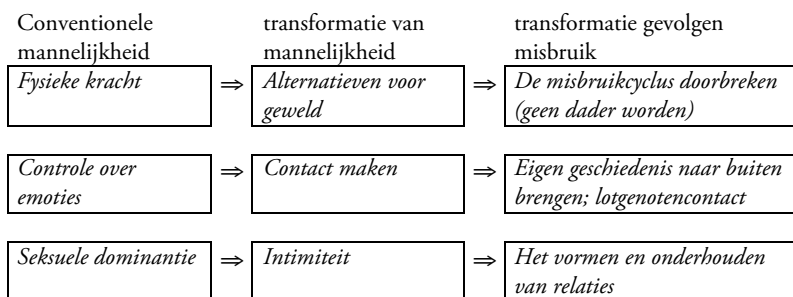
Vanaf de 80-er jaren word er systematisch onderzoek gedaan naar posttraumatische groei. Er zijn daartoe vragenlijsten ontwikkeld, waarvan de Posttraumatic Growth Inventory (Tedeschi & Calhoun 1996) voor Nederland is vertaald en gevalideerd voor kankerpatiënten (Jaarsma, Pool, Sanderman & Ranchor 2006). Factoranalyse wijst op vijf domeinen. Allereerst kunnen mensen ontdekken dat ze veel sterker zijn dan ze ooit gedacht hadden, waardoor hun zelfvertrouwen toeneemt. In de tweede plaats kunnen ze nieuwe mogelijkheden gaan zien in het leven, andere activiteiten ontwikkelen dan voorheen. Ten derde kan het leiden tot verhoogde empathie als mensen in staat zijn hun eigen verwondt zijn te relateren aan verwondingen die ze bij anderen zien. Dat kan tot versterkte verbondenheid leiden. In de vierde plaats kan het leiden tot een nieuwe waardering voor het leven zelf in alle kwetsbaarheid die daar bij hoort. Soms wordt zelfs die kwetsbaarheid positief gewaardeerd. Ten slotte blijken spirituele veranderingen vaak deel uit te maken van posttraumatische groei.

In de meeste onderzoeken rapporteren vrouwen meer posttraumatische groei dan mannen. Ook correleert posttraumatische groei met emotionele expressie (Tedeschi & Calhoun 1995; Jaarsma e.a. 2006). Interessant is dat uit genoemde onderzoeken blijkt dat posttraumatische groei positief correleert met intrusies, een belangrijk kenmerk van PTSS. Posttraumatische groei hangt niet samen met angst en depressie. Dat betekent dat mensen kunnen lijden aan posttraumatische klachten, terwijl ze tegelijkertijd posttraumatische groei ervaren. Onderzoek naar de gevolgen van vroegkinderlijk trauma met dergelijke vragenlijsten is helaas nog gering en beperkt zich tot vrouwen (Linley & Joseph 2004).

Kia-Keating, Grossman, Sorsoli & Epstein (2005) hebben een aanvang gemaakt met het vullen van deze leemte. Ze concluderen uit literatuuronder-

zoek dat seksueel misbruik bij jongens hun identiteitsontwikkeling als man ernstig bemoeilijkt. Zij voerden diepte-interviews uit bij 16 mannen, die als kind misbruikt waren, maar tegelijkertijd goed functioneerden op ten minste een gebied, bijvoorbeeld werk of relatie. Ze waren over het algemeen opgegroeid in gewelddadige, gedesorganiseerde gezinnen. Naast ernstig seksueel misbruik was er bij 14 van de 16 sprake geweest van fysieke mishandeling. Deze mannen hadden in de loop van de tijd een manier gevonden om een andere omgang te vinden met de verwachtingen ten aanzien van mannen. Kia-Keating en anderen onderscheiden daarbij de aspecten fysieke kracht, controle over emoties en seksuele dominantie (figuur 1).

Figuur 1. Transformatie van mannelijkheid faciliteert transformatie van seksueel misbruik in de kindertijd (Kia-Keating e.a. 2005, p. 176).



Hieruit blijkt dat het maken van verbinding met anderen en het kiezen voor constructieve waarden bijdraagt aan herstel. Wat betreft gender tendert dit naar androgyne oplossingen.

Behandeling

Dit deel beschrijft de behandelprincipes, zoals die ontwikkeld zijn voor de dagbehandeling van vroeg getraumatiseerde mannen en vrouwen. Vervolgens worden de aspecten die specifiek zijn voor de behandeling van misbruikte mannen besproken. Dit wordt toegelicht aan de hand van een casus.

Beeldende expressie en verhalen als brug

In het proces van betekenisverlening kunnen verhalen en beeldend werken een belangrijke rol spelen. Zowel verhalen als creatieve therapie hebben een metaforisch karakter, ze spelen zich af in een tussenruimte. Ze maken het mogelijk om het onzegbare tot uitdrukking te brengen. Fantaseren biedt mogelijkheden om een ondragelijke situatie te verdragen. Tijdens het tekenen of schilderen worden beelden gemaakt en gevoelens uitgedrukt. Het onzichtbare krijgt vorm en kleur. Het beeld drukt uit en beschermt tegelijkertijd door

haar alsof karakter. Belevingen die als kind ervaren zijn, kunnen vanuit het perspectief van het kind naar buiten gebracht worden. Dat zien we vaak ook in de vormtaal terug. Het gaat hier niet om artistieke prestaties, maar om therapeutische werkstukken.

Zowel Rappaport (2010) als Baljon, Kramers en Hardon (2006) integreren beeldende therapie met gesprekstherapie bij de behandeling van trauma. Ze gebruiken beeldende materialen om belastende ervaringen op afstand te zetten. Ook kan een veilige plaats en een container voor onverdraaglijke emoties uitgebeeld worden. Zij laten de cliënt daarbij steeds terug gaan naar de eigen beleving om te checken of het klopt. Deze werkvormen dragen bij aan het reguleren van heftige emoties, doordat ze de cliënt helpen om vanaf een afstandje naar de belastende ervaringen te kijken.

Maatwerk voor mannen met trauma's

Een behandelprogramma voor mannen die in hun jeugd seksueel getraumatiseerd zijn, dient in te spelen op de hierboven beschreven dynamiek. Binnen GGZ Drenthe te Assen is vanaf 2005 ervaring opgedaan met een deeltijdbehandeling voor deze doelgroep. Het heeft zijn vorm gevonden in een programma van twee dagen per week, gedurende maximaal een jaar, gevolgd door maximaal een jaar ambulante nazorg. Het is ontwikkeld vanuit De Balans, een deeltijdprogramma voor vroeg getraumatiseerde vrouwen.

Uitgangspunten zijn daarbij ontleend aan theorieën over dissociatie, hechting, autonomieontwikkeling en seksespecifieke hulpverlening (Hardon & Baljon 2003; Baljon, Hardon & Kramers 2004). Wat betreft het laatste kwamen we uiteraard andere uitdagingen tegen dan bij een vergelijkbaar programma voor vrouwen. Bij vrouwen is het voor anderen zorgen een veel voorkomende overlevingsstrategie. In hun behandeling staat autonomiebevordering centraal. Bij mannen zijn veel voorkomende overlevingsstrategieën: rationaliseren, controleren, het vermijden van intimiteit en emoties.

Daarnaast versterkt schaamte hun isolement. In hun behandeling gaat het om de beweging van isolement naar verbondenheid, maar zonder dat ze daarmee hun autonomie opgeven. Veel vrouwen voelen zich thuis bij praten over zichzelf, veel mannen geven de voorkeur aan iets samen doen. Met vrouwen hadden we goede ervaringen opgedaan met een combinatie van psychomotorische therapie (PMT) en creatieve therapie beeldend (CT) naast verbale therapieën (Baljon, Kramers & Verveld 1998). Voor zover we weten, wordt bij specifieke mannenprogramma's als non-verbale therapie gewoonlijk voor een bewegingstherapie gekozen (Van der Linden c.s. 2002; Scheffers & Schreuder 2000; Baljon & Maliepaard 1999). We kozen ervoor om zowel CT als PMT in te zetten. Daarbij bleek dat CT door de mannen als een relatief conflictvrij gebied ervaren wordt. PMT roept veel angst en schaamte op. Het doet een appel op de mannenbeelden, die ten gevolge van trauma's problematisch zijn: lichamelijk zichtbaar zijn - niet alleen in de zaal, maar ook in de kleedkamer - en het rivaliseren bij sportieve activiteiten. Uiteraard geeft

dat tegelijkertijd de mogelijkheid om corrigerende ervaringen op te doen. In de CT is er de gelegenheid om enerzijds individueel te werken en anderzijds daarover te delen met anderen. Dat geeft mogelijkheden om de eigen mannelijke identiteit vorm te geven.

Nog explicieter dan bij de vrouwen gebruiken we in het mannenprogramma non-verbale therapie als een inleiding op het stilstaan bij de eigen beleving. We lichten dit toe aan de hand van de wekelijkse themabespreking, die verzorgd wordt door een koppel bestaande uit een creatief therapeut en een psychotherapeut. Het thema veiligheid wordt bijvoorbeeld ingeleid door het uitbeelden van een veilige plek, het thema macht – onmacht door de opdracht om een symbool van kracht te maken uit boetseerlei. Bij het bespreken van de werkstukken en hoe er gewerkt is, worden de mannen geholpen om hun belevingen te verwoorden. Daarop aansluitend entameert de psychotherapeut een groeps gesprek over het thema, waarop de in het theoretische deel besproken dynamiek wordt verhelderd aan de hand van de beleving van de mannen zelf. Daardoor kan het inzicht groeien dat het mogelijk is om mannelijke kracht te ontwikkelen zonder in destructieve agressie te vervallen. Daarbij blijkt het mannen aan te spreken om de vraag naar zingeving te vertalen naar: waar ligt je passie.

Een symbool voor kracht: Jaap

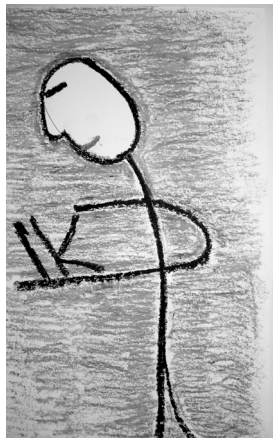
Aan de hand van de behandeling van Jaap laten we zien hoe de verbeelding en het beeldend werken kunnen helpen bij de transformatie van zijn destructieve agressie naar constructieve kracht.

Jaap is rond de 50 als hij aangemeld wordt voor het deeltijdprogramma voor in hun jeugd getraumatiseerde mannen. In termen van DSM IV is er sprake van een dissociatieve stoornis n.a.o. en een eetstoornis n.a.o. Hij is op alle levensgebieden vastgelopen. In zijn jeugd is hij langdurig en ernstig seksueel misbruikt. Hij heeft in zijn puberteit en adolescentie veel woede afgereageerd in destructief gedrag, waardoor hij regelmatig in aanraking kwam met justitie. Hij heeft dit gedrag 20 jaar geleden afgezworen, maar blijft worstelen met zijn destructieve neigingen.

Jaap is zeer gemotiveerd om aan verandering te werken, maar heeft het zwaar met de deeltijdbehandeling. Bij de creatief beeldende therapie komt hij moeilijk tot vormgeving en als hij iets maakt, moet het direct weer kapot. We spiegelen hem dat we zien dat er een gevecht in hem gaande is tussen zijn destructieve kant en de kant die een positieve weg in wil slaan. Hij voelt zich hierdoor gezien en begrepen. Er is een sessie, waarin hij voor een leeg vel papier met zichzelf heeft zitten worstelen. Hij wil dit vel bewaren, omdat dit hem goed heeft gedaan. Hij zet zijn naam en de datum erop. We zien hem gestaag vorderingen maken: hij kan steeds iets meer delen over wat hem bezig houdt. Er is een gebied dat hem radeloos maakt en ons ook zorgen baart: het eten. Hij is broodmager en regelmatig een paar dagen ziek. Hij kan zich-

zelf er toe brengen om een paar keer per week te koken, maar vaak moet hij het onaangeroerd weggoeien, omdat hij zichzelf er niet toe kan brengen om het op te eten. Dit is begrijpelijk tegen de achtergrond van oraal misbruik. In een regulatief gesprek met mij als behandelcoördinator vraagt ik aan Jaap of hij zich een gefantaseerde steunfiguur kan voorstellen, bijvoorbeeld een personage uit een boek of een film. Batman bijvoorbeeld. Jaap begrijpt het idee en komt met het voorstel van een ridder. Als kind las hij graag kinderboeken over de riddertijd. Ik laat hem zich dan voorstellen dat er een ridder is die hem steunt in zijn strijd tegen zijn destructieve kant. Jaap voelt zich hier goed bij. Een paar dagen later vertelt hij in de groep dat hij erg blij is dat hij deze ridder ontmoet heeft: deze geeft hem kracht. In de beeldende therapie kan hij zijn werkstukken inmiddels laten bestaan. Hij boetseert een figuurtje dat staat voor zijn ik. Het is een symbool waar hij kracht aan ontleent. Het komt steeds terug in zijn werkstukken en ontwikkelt zich verder. Na een jaar deeltijdbehandeling krijgt het ook kleur (afbeelding 1). In de evaluevaluatie vertelt hij dat hij een tijdje steun had aan de ridder, maar dat die op den duur niet meer voldeed. Dit ik-symbool is daarvoor in de plaats gekomen. Erg belangrijk is dat hij bij deze evaluevaluatie constateert dat hij zijn werkstukken kan laten bestaan, ze niet meer kapot hoeft te maken. Hij heeft briefjes met reacties van zijn medegroepsleden en de therapeuten op zijn werk bewaard. In de therapiegroep heeft hij geleerd dat hij zijn isolement kan doorbreken. In het dagelijks leven maakt hij langzaam aan meer echt contact met de mensen om hem heen. Ook voor het eten heeft hij een eigen oplossing gevonden. Het ideaal van drie normale maaltijden per dag heeft hij losgelaten: Over de dag verspreid eet hij kleine porties voedsel, waarvan hij uitgevonden heeft, dat hij die kan verdragen. Hij heeft vrijwilligerswerk gevonden in een buurtcentrum, waar hij met een clubje vrouwen aan handarbeid doet. Hij maakt daarbij gebruik van beeldende werkvormen, waar hij in de deeltijd ervaring mee heeft opgedaan. Dit geeft hem het besef dat hij een zinvol bestaan kan leiden.

Afbeelding 1. Symbool van kracht



Dit voorbeeld laat zien hoe bij de transformatie van mannelijkheidsbeelden betekenisgeving en beeldend werken een rol kunnen spelen. Bij Jaap zien we dat verhalen vanaf zijn jeugd een rol spelen bij zijn strijd tegen de ervaring van machteloosheid. Jaap trok zich op aan ridderfiguren, die strijden tegen onrecht. In zijn volwassen leven heeft hij een bewuste keuze gemaakt voor positieve waarden om voor te leven. Dat lukt pas echt als hij de innerlijke demonen, die hij vanuit het misbruik in zich meedraagt, onder ogen kan zien. Wij ondersteunden hem bij zijn strijd door te verwoorden en te valideren wat hij door lichaamssignalen, werkstukken en woorden kenbaar maakte. Dit leidde tot meer zelfacceptatie en posttraumatische groei.

Conclusie

In het leven van mannen die seksueel getraumatiseerd zijn, spelen thema's als macht, kracht en isolement een grote rol. Dat heeft alles te maken met genderboodschappen. Moderne visies op gender vergroten enerzijds de verwarring, maar geven ook ruimte om nieuwe bronnen aan te boren voor kracht, verbinding met anderen en groei.

Met name het spanningsveld tussen mannelijkheidsbeelden en slachtofferchap is groot en kan verlamdend werken. In de behandeling is het wezenlijk om de destructieve woede, die uit trauma voortkomt te valideren. De confrontatie met de bijbehorende opvattingen over mannelijkheid is essentieel in een behandeling, die gericht is op de transformatie van destructieve agressie en het vinden van nieuwe zingeving. Beeldende therapie kan helpen om innerlijke belevingen tot uitdrukking te brengen. Tegelijkertijd helpt de vormgeving om de heftige emoties, die bij het trauma horen, te containen. De therapeutisch relatie met hulpverleners en medecliënten in een groep creëert een veilige plaats voor de herwaardering van primaire adaptieve boosheid en nieuwe manieren om zich met anderen te verbinden.

Literatuur

- Bakker, F., H. de Graaf, S. de Haas, H. Kedde, H. Kruijer & C. Wijsen, (2009). *Seksuele gezondheid in Nederland*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep.
- Baljon, M.C.L., B. Hardon & M.Kramers (2004). Aan 'horen, zien en zwijgen' voorbij. Traumaverwerking in een dagbehandelingsprogramma. *Tijdschrift psychotherapie*, 30, 414-430.
- Baljon M.C.L., M. Kramers & S.N. Verveld (1998). Waar woorden tekort schieten. Psychomotorische en creatieve groepstherapie voor seksueel getraumatiseerde vrouwen. *MGV*, 53, 1212-1221.
- Baljon M.C.L. & G.A. Maliepaard (1999). Van competitie naar communicatie. Het leren omgaan met gevoelens binnen een psychomotorische groepsbehandeling voor mannen. *Bewegen en hulpverlening*, 16, 28-42.
- Balsam, K.F., E.D. Rothblum, & T.P. Beauchaine (2005). Victimization over the life span. A comparison of lesbian, gay, bisexual, and heterosexual siblings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 477-487.

- Brezendine, L. (2010). *The male brain*. New York: Broadway Books.
- Calhoun, L.G. & R.G. Tedeschi (Eds.) (2006). *Handbook of posttraumatic growth. Research and practice*. Mahwah: Lawrence Erlbaum.
- Caspi, A., J. McClay, T.E. Moffitt, J. Mill, J. Martin, I.W. Craig, A. Taylor & R. Poulton (2002). Role of Genotype in the Cycle of Violence in Maltreated Children. *Science*, 297, 851-854.
- Doxley, C., L. Jensen & J. Jensen (1997). The influence of religion on victims of childhood sexual abuse. *The International Journal for psychology of Religion*, 7, 179-186.
- Dube, S.R., R.F. Anda, C.L. Whitfield, D.W. Brown, V.J. Felitti, M. Dong & W.H. Giles, (2005). Long-term Consequences of Childhood Sexual Abuse by Gender of Victim. *American Journal of Preventive Medicine*, 28, 430-438.
- Elliott, R., J. Watson, R. Goldman, & L. Greenberg (2003). *Learning Emotion-Focused Therapy: The Process-Experiential Approach to Change*. Washington: APA Books.
- Finkelhor, D., G.T. Hotaling, I. A. Lewis, & C. Smith, (1989). Sexual abuse and its relationship to later sexual satisfaction, marital status, religion and attitudes. *Journal of Interpersonal Violence*, 4, 379-399.
- Frankl, V.E. (1963). *Man's search for meaning*. New York: Pocket Books.
- Ganzevoort, R.R. (2006), 'Masculinity and post-traumatic spirituality', Paper for the international workshop on sexual abuse, Montréal.
- Gillon, E. (2008). Men, masculinity and person-centered therapy. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 7, 120-134.
- Gold, S.R., L.D. Milan, A. Mayall & A.E. Johnson (1994). A cross-validation study of the trauma symptom checklist. The role of mediating variables. *Journal of Interpersonal Violence*, 9, 12-26.
- Hamann, S. (2005). Sex differences in the responses of the human amygdala. *Neuroscientist* 11, 288-93.
- Hardon, B. & M.C.L. Baljon, (2003). Traumatische hechting als focus in therapie. *Tijdschrift voor cliëntgerichte psychotherapie*, 41,182-194.
- Herman, J.L. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- Holman, E. A. & R. Cohen Silver, (1996). Is it the abuse or the aftermath? A stress and coping approach to understanding responses to incest. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 15, 318-339.
- Jaarsma, T.A., G. Pool, R. Sanderman & A.V. Ranchor (2006). Psychometric properties of the Dutch version of the posttraumatic growth inventory among cancer patients. *Psycho-Oncology*, 15, 911-920.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions. Towards a new psychology of trauma*, New York, Free Press.
- Janoff-Bulman, R. (2006). Schema-Change Perspectives on Posttraumatic growth. In: Calhoun, G.C. en R.G. Tedeschi, (eds) *Handbook Posttraumatic Growth*. New York/London: Psychology Press, 81-99.
- Kia-Keating, M., Grossman, F.K., Sorsoli, L. & M. Epstein, (2005). Containing and Resting Masculinity: Narratives of Renegotiation Among Resilient Male Survivors of Childhood Sexual Abuse. *Psychology of Men and Masculinity*. 6, 169-185.

- Lambie, I., F. Seymour, A. Lee, & P. Adam, (2002). Resiliency in the Victim-Offender Cycle in Male Sexual Abuse. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 14, 31-48.
- Lew, M. (1988). *Victims no longer. Men recovering from incest and other sexual abuse*. New York: Nevraumont.
- Linden, P. van der (red.) (2002). *Het erkende lichaam. Over lichaamsgerichte therapie voor jongens en mannen die seksueel misbruikt zijn*. Utrecht: Transact.
- Linley, P.A. & S. Joseph (2004). Positive Change Following Trauma and Adversity: A Review. *Journal of Traumatic Stress*, 17,1, 11-21.
- Maslow, A.H. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper.
- McAdams, D.P. (1988). Power, Intimacy and the Life Story. *Personological Inquiries into Identity*. New York: The Guilford Press.
- Mendel, M.P. (1995). *The male survivor. The impact of sexual abuse*, Thousand Oaks: Sage.
- Nicolai, N.J. (1997). *Vrouwenhulpverlening en psychiatrie* (5e herziene druk). Amsterdam: Babylon-De Geus.
- O'Neil, J.M.(1990). Assessing men's gender role conflict. In: D. Moore & F. Leafgren (eds.) *Problem solving strategies and interventions for men in conflict*. Alexandria, VA: American Counseling Association, 23-38.
- Paivo, S.C. & A. Pascual-Leone (2010). *Emotion-focused therapy for complex trauma: an integrative approach*. Washington DC: American Psychological Association.
- Pimlott-Kubiak, S. & L.M. Cortina, (2003). Gender, Victimization, and Outcomes: reconceptualizing Risk. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 528-539.
- Proctor, G. (2008). Gender dynamics in person-centered therapy: Does gender matter? *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 7, 82-94.
- Rappaport, L. (2010). Focusing-oriented art therapy; working with trauma. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 9, 128-142.
- Rasheed, J.M. & M.N. Rasheed (1999). Social work practice with African American men: *The invisible presence*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Romano, E. & R.V. De Luca (2001). Male sexual abuse: A review of effects, abuse characteristics, and links with later psychological functioning. *Aggression and Violant Behavior*, 6, 55-78.
- Salter, D., D. McMillan, M. Richards, T. Talbot, J. Hodges, A. Bentovin, R. Haslings, J. Stevenson, & D. Skuse (2003). Development of sexually abusive behaviour in sexually victimised males: a longitudinal study. *The Lancet*, 361, 471-476.
- Scheffers, W.J. & B.J.N. Schreuder (2000). Seksespecifieke hulpverlening bij seksueel geweld: de focale mannengroep. *Bewegen en hulpverlening*, 17, 178-195.
- Schmitt, D.P., A. Realo, M. Voracek, & J. Allik, (2008). Why can't man be more like a woman? Sex differences in Big Five personality traits across 555 cultures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 94, 168-182.

- Tedeschi, R. & L. Calhoun, (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455-472.
- Yalom, I.D. (1980). *Existential Psychotherapy*. New York: Basic Books.

Artikel

Het verhaal van de cliënt in een vraaggerichte intake

Hoe het toepassen van kwaliteitscriteria tijdens de intake bijdraagt aan het uitvoeren van vraaggerichte zorg

Susan Konst

Met het veelgebruikte begrip ‘vraaggerichte zorg’ geven hulpverleners, instellingen en beleidsmakers aan in te willen spelen op de wensen en de behoeften van de cliënt. In de praktijk van alledag blijkt dat uitvoering geven hieraan niet zo eenvoudig is. Vraaggerichte zorg is in de mode. Iedereen heeft het erover, maar bijna niemand weet wat het is. Het begrip staat voor kwalitatief hoge en inter-persoonlijke zorg (Schoot, 2006). Het is de tegenpool van aanbodgerichte zorg, die staat voor de zakelijke dimensie van zorg waarin waarden als doelmatigheid, effectiviteit en beheersbaarheid richtinggevend zijn (Manschot & Van Dartel, 2007). In *Dokter is ziek. Als patiënt zie je hoe zorg beter kan* (2010) stelt Ten Haafth dat het in de zorg wemelt van de mooie plannen om zorg vraaggericht te laten verlopen. Volgens haar gaat er veel goed, maar valt het in de praktijk niet mee om mooie woorden werkelijkheid te laten worden. In de psychiatrie is er weinig onderzoek naar gedaan. Het meest bekend is de studie van het Trimbos-instituut *De vraag ontleed. Criteria voor een vraaggerichte geestelijke gezondheidszorg* (Van Diest, Van Wijngaarden & Wennink, 2002). Deze studie vormde in 2009 het uitgangspunt voor een kleinschalig, explorerend onderzoek dat binnen de ambulante ouderenpsychiatrie bij GGZ Friesland werd uitgevoerd. Centraal daarin stond de vraag hoe hulpverleners kunnen weten of de zorg die zij verlenen tijdens een intakeprocedure vraaggericht verloopt. Dit artikel is opgebouwd rond de resultaten van dat onderzoek. Voorbeelden uit de alledaagse zorgpraktijk zijn gekoppeld aan literatuur om vraaggerichte zorg in het primaire proces inzichtelijk te maken. Na een korte uitleg over de methode van onderzoek en de narratieve benadering van de analyse, volgt een introductie van genoemde kwaliteitscriteria. Een uitgebreide beschrijving van het gedrag van diverse hulpverleners maakt duidelijk wat wel en wat niet onder vraaggerichte zorg is te verstaan. Na de discussie volgt een conclusie met aanbevelingen.

Innovatief onderzoek

Het onderzoek bij GGZ Friesland was etnografisch van karakter. Naast het uitvoeren van een literatuurstudie bestond het uit het opnemen en letterlijk

uitschrijven van zeven intakegesprekken. Die teksten leverden inzicht op in het gedrag van diverse hulpverleners (SPV, psychiater, psycholoog) tijdens de uitoefening van hun beroep in een alledaagse situatie. Deze innovatieve werkwijze maakt het mogelijk te vertellen hoe het er op de werkvloer aan toegaat, welke opvattingen daar heersen en welke artefacten men gebruikt. Etnografie leent zich goed om een cultureel vraagstuk te onderzoeken en inzicht te krijgen in waarden en attitudes binnen een cultuur ('t Hart, Boeije & Hox, 2007). Daarbij moet worden opgemerkt dat etnografie geen vaststaande betekenis kent, maar dat die betekenis op praktisch niveau ontstaat in datgene wat de onderzoeker doet, de data die deze verzamelt en de analyses die deze gebruikt om verzamelde data te hanteren (Hammersley & Atkinson, 2007).

Narratieve benadering

Uitgangspunt bij de analyse van de zeven intakegesprekken waren verhalen zoals ze uit de intakegesprekken naar voren kwamen. De teksten die uit de mond van cliënten en professionals waren opgetekend, werden narratief benaderd. Daarbij was speciale aandacht voor wat de verhalen gemeenschappelijk hadden, maar er is ook gekeken naar wat hen van elkaar onderscheidde. Het bleek mogelijk verschillen en overeenkomsten te ontdekken op het niveau van de narratieve structuur. Daartoe werd uitgegaan van een inductieve benadering. Er werd gebruik gemaakt van *The coding frame for editorials* (Alasuurtari, 1995). Uitgaande van dit model zijn in kaart gebracht:

1. De doelen die betrokkenen met het intakegesprek hadden.
2. Hulpmiddelen die hulpverleners gebruikten om vraaggericht te werken.
3. Welke obstakels en tegenkrachten er waren.
4. Wat de reden was van de obstakels en manieren om ze op te lossen.

Kwaliteitscriteria

Het onderzoek van Van Diest e.a. (2002) heeft criteria opgeleverd waarmee het mogelijk is de mate van vraaggerichtheid in een organisatie te beoordelen. Zij zijn in drieën verdeeld. Onder 'Organisatie' staan tien maatregelen die managers moeten nemen om hulpverleners en cliënten te faciliteren. Onder 'Leiderschap' staan vijf kenmerken van de vraaggerichte manager. Deze twee categorieën zijn niet aan de orde bij een intake. Onder 'Processen' echter staan criteria van het primaire proces beschreven. Het gaat daarbij om de volgende zes punten.

Gelijkwaardigheid: De hulpverlener gaat een gelijkwaardige en respectvolle relatie aan met de cliënt, waarbij hij de cliënt de ruimte geeft om zijn ervaringskennis in te brengen.

Voorlichting op maat: De hulpverlener zorgt ervoor dat de cliënt in alle sta-

dia van het primaire proces beschikt over objectieve informatie over ervaren klachten van de cliënt, het zorgaanbod van de instelling, de inhoud van de zorg en andere zorgmogelijkheden binnen en buiten de instelling.

Integrale probleemverkenning: De hulpverlener exploreert de vraag vanuit het referentiekader van de cliënt, waarbij wordt aangesloten bij de sociaal-culturele context van de cliënt, cognitieve vaardigheden, mogelijkheden, verwachtingen en behoeften.

Behandelovereenkomst: De hulpverlener handelt naar de behandelingsovereenkomst die samen met de cliënt is opgesteld en waarin alle afspraken zijn vastgelegd. De behandelingsovereenkomst kan op elk moment worden aangepast, mits beide partijen daarmee akkoord gaan.

Individueel zorgaanbod: De hulpverlener zorgt ervoor dat de gerealiseerde hulp aansluit bij de vraag van de cliënt. Indien de cliënt van mening is dat de geboden zorg niet (meer) passend is, is de hulpverlener verantwoordelijk voor de realisering van andere zorg binnen of buiten de instelling. Cliënten hebben vrije keuze in behandelaar en behandellocatie.

Wilsbeschikking: De mogelijkheid tot het aangaan van een zelfbeschikingscontract of crisiskaart en het vastleggen van een wilsverklaring is een vast onderdeel van het primaire proces (Van Diest e.a., 2002).

Als hulpmiddel zouden deze zes criteria een belangrijke rol kunnen spelen op het niveau van de individuele hulpverlening. In het onderzoek bij GGZ Friesland werd ervan uitgegaan dat de mate waarin hulpverleners deze criteria hanteren, bepaalt of hun zorg als vraaggericht beschouwd kan worden. Vandaar dat deze criteria in de analyse van de ruwe onderzoeksdata zijn gebruikt als coderingscategorieën. Zo werd beoordeeld of bepaalde tekstfragmenten uit de intakegesprekken bij een van deze criteria konden worden ingedeeld of juist niet (Van Diest e.a., 2002). Het bleek dat behandelaars tijdens de intakegesprekken die zij met cliënten voerden mondigesmaat gebruik maakten van deze hulpmiddelen.

Het gedrag van diverse hulpverleners

De deelnemers aan het onderzoek waren op de hoogte van het feit dat de opgenomen en uitgeschreven intakegesprekken de tekstuele basis zouden vormen voor het doen van uitspraken over de mate van vraaggerichtheid in het primaire proces van zorgverlening. Om die reden mag ervan uitgegaan worden dat het hun bedoeling was zo vraaggericht mogelijk te werken.

U roept wij draaien

Uit de literatuur komt naar voren dat aandacht voor het verhaal van de cliënt een belangrijke voorwaarde is om de zorg vraaggericht te laten verlopen (Van Diest e.a., 2002; Van Ewijk, 2008). Twee van de onderzochte hulpverleners gaven aan dat de zorg die zij verleenden vraaggericht was omdat zij cliënten tijdens het intakegesprek de ruimte gaven hun verhaal te vertellen.

Een van hen was een 54-jarige SPV. Zij voerde een intakegesprek met een 66-jarige cliënt die zij thuis bezocht. Het gesprek duurde ruim een uur. Zij liet de man alle tijd en ruimte om zijn verhaal te doen, zei veelvuldig 'ja, ja' en onderbrak hem nauwelijks. Ze toonde warmte, echtheid en empathie, waarmee zij belangrijke vaardigheden van een psychiatrisch geschoolde verpleegkundige demonstreerde (De Lange, 2004). Het doel van de hulpverlener was het helder krijgen van de hulpvraag. Ze stelde de cliënt daartoe 23 maal een vraag. Ze luisterde goed en formuleerde de hulpvraag vanuit zijn begrip op wat er gaande was:

HV: Ja, ja dat wil ik wel geloven. Maar wat u zegt over van euh hé? Van wat u met mij zou willen hé? Dat u zegt, nou hé, ik wil me gewoon af en toe uiten

CL: Ja

HV: H'n? Dingen die me bezig houden

Haar professionele mening over wat de cliënt haar vertelde bleef achterwege. Op dit punt waren hulpverlener en cliënt als gesprekspartners niet gelijkwaardig. Het doel van de cliënt was een gesprekscontact voor als hij de behoefte had om zich op moeilijke momenten goed te kunnen uiten. Ten tijde van het gesprek zat hij financieel aan de grond, kreeg hij in toenemende mate te maken met lichamelijke achteruitgang, voelde hij zich niet gelukkig en gaf hij aan zich terug te trekken uit sociale contacten. In zijn verhaal waren zijn werk als vrachtwagenchauffeur, zijn moeite met relaties en zijn terugkerende momenten van agressie belangrijk. Tijdens de exploratie van de klachten had de SPV ruime aandacht voor deze belevingswereld van de cliënt. Daarna stelde de behandelaar een behandeling voor die zij zelf kon bieden. Ze keek niet naar mogelijke alternatieven zoals een vorm van maatschappelijk werk. Het behandelplan kreeg vooral vorm vanuit het perspectief van de cliënt en diens behoefte om zich te kunnen uiten. Hierdoor leek er sprake van een interpretatie van vraaggerichte zorg als 'U vraagt, wij draaien'. Diverse auteurs geven aan dat dit een onjuiste interpretatie van vraaggerichte zorg is (Van Diest e.a. 2002; Schoot, 2006; Verkooijen, 2006).

Verhaal reduceren tot psychiatrische stoornis

Vraaggerichtheid wordt vooral ervaren op het niveau van het primaire proces, in de relatie tussen hulpverlener en cliënt. Bij vraaggerichte zorg vormt het verhaal van de cliënt het uitgangspunt voor het leveren van zorg. De mate van vraaggerichtheid komt tot uiting in de wijze waarop van daaruit de hulpvraag wordt geëxploreerd (Van Diest e.a. 2002).

Wat in alle intakegesprekken opviel, was dat hulpverleners zich lieten leiden door informatie die zij in de medische status of de brief van de huisarts aantroffen. Van Diest e.a. (2002) wijzen erop dat hulpverleners de neiging hebben om het verhaal van de cliënt te reduceren tot hun psychiatrische stoornis.

Hiervan was sprake in het gesprek tussen een 59-jarige gezondheidszorgpsy-

choloog en een 79-jarige cliënt. De hulpverlener begon eigenlijk direct met de behandeling, zonder naar het verhaal van de cliënt te vragen. Hij trof in de medische status veel informatie aan die hij kon gebruiken om een behandeling te starten. Voor hem was het niet meer nodig om bij de cliënt te informeren naar diens verhaal. Er was geen sprake van een echt intakegesprek. De hulpverlener nam al bekende gegevens tot uitgangspunt van zijn behandeling. Hij kwam echter wel tegemoet aan de intentie die de cliënt leek te hebben met zijn hulpvraag en die naar het schijnt beschreven kan worden als ‘gerustgesteld worden’. Cliënt miste zijn vrouw die anderhalf jaar daarvoor was overleden. Hij had de draad van het leven weer opgepikt, maar was bang dat zijn geheugen hem in de steek ging laten. Daarvan waren op het Dagobservatie centrum van een algemeen ziekenhuis echter geen aanwijzingen gevonden. Cliënt formuleerde zelf geen duidelijke hulpvraag, maar werd daartoe door de psycholoog ook niet uitgenodigd. Er was sprake van aanbodgerichte zorg omdat de hulpverlener niet het verhaal van de cliënt maar diens medische diagnose tot uitgangspunt nam van zijn handelen en snel een behandeling opstartte die hij zelf kon bieden.

Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst

In de definitie van vraaggerichte zorg door gezondheidszorgwetenschapper Kraan (2001), staat de relatie tussen hulpverlener en cliënt in het primaire proces centraal. In die relatie biedt de hulpverlener de cliënt alle ruimte om zelf keuzes te maken. Er is sprake van overleg waarin ‘alle belangrijke gezondheidsgerelateerde waarden worden besproken in een vertrouwelijke discussie.’ Kraan baseert zich daarbij op de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) uit 1995.

Het is deze wet waar de 50-jarige psychiater van GGZ Friesland aan refereerde toen hem gevraagd werd waar hij bij vraaggerichte zorg aan dacht. Hij meende na afloop van het intakegesprek dat hij niet vraaggericht had gewerkt. Als belangrijkste reden daarvoor noemde hij dat hij vooral ‘rijtjes’ in zijn hoofd had afgewerkt. De cliënt was een 66-jarige kunstenaar die in zijn eentje naar het poliklinisch spreekuur kwam. Het gesprek duurde 45 minuten. Het doel van de hulpverlener was het stellen van een medische diagnose. Daartoe startte hij 13 maal een vragenreeks om de somatische voorgeschiedenis in kaart te brengen en 19 maal om het psychiatrisch toestandsbeeld helder te krijgen. Hij liet zich daarbij leiden door informatie die hij in de medische status aantrof, waarmee hij de cliënt confronteerde. De hulpvraag van cliënt werd bepaald door het voor de tweede keer in zijn leven doormaken van een CVA. Aan dit CVA had hij lichamelijk niets overgehouden, maar het zorgde er voor dat hij emotioneel werd; hij kon soms zo maar in huilen uitbarsten, iets wat hem voordien vreemd was. Deze emotionele verandering bracht hem in de problemen. De afname van zijn geestelijke gezondheid maakte diepe indruk op hem die hij verwoorde als: ‘Ik ben toch meer omgevallen dan ik dacht.’ En ‘Dat was heel lastig, voor thuis, voor mezelf’. Deze psychische verandering maakte cliënt depressief. Als remedie daarop ging hij meer drinken. Ten tijde van het intakegesprek ging het echter alweer wat be-

ter met hem. Toch liet hij de afspraak met de psychiater doorgaan, omdat zijn familie, vrienden en de huisarts dat raadzaam vonden. Zijn doel was hen gerust te stellen, maar hij vroeg ook medicatie om van zijn onrust af komen. Een echte hulpvraag had hij niet, maar die was wel te destilleren uit wat hij zei: begeleiding bij de emotionele veranderingen in zijn leven. De hulpverlener duidde de klachten als levensfaseproblematiek. Hij ging de dialoog aan met de cliënt op basis waarvan ze in het gesprek tot overeenstemming kwamen over wat er aan de hand was. Zo gaf de hulpverlener aan cliënt niet depressief te vinden en geen noodzaak te zien voor het starten van medicatie. Cliënt begreep dit en was het er mee eens. De hulpverlener benoemde dat hij problemen in de relatie als mogelijke oorzaak van de problemen zag. Cliënt ontkende dit, maar stemde wel in met een vervolgesprek waarbij hij zijn vrouw mee zou nemen. De hulpverlener luisterde naar het verhaal van de cliënt, stelde er vragen over en wisselde met hem van gedachten. Hij gaf uitleg over wat er volgens hem met cliënt aan de hand was en wat er aan te doen was. Om die reden was dit intakegesprek vraaggericht te noemen.

Verpleegkundige dialoog

Wat in alle intakegesprekken opviel was, dat de hulpverleners goed konden praten. Ze traden empathisch en begripvol op en gebruikten veelvuldig zinnenetjes als 'ja, ja' en 'hm, hm'. Schoot (2006) wijst erop dat erkenning van de waarden van de cliënt door de professional belangrijk is bij vraaggerichte zorg. Zij ziet de dialoog als het optimale interactiepatroon voor de erkenning van de cliënt.

De dialoog was inderdaad duidelijk aanwezig bij het intakegesprek tussen een 44-jarige SPV en een 65-jarige cliënte. De vrouw had eerder contacten bij GGZ Volwassenen Enkelvoudige Zorg. Haar doel was hulp bij het verwerken van het overlijden van haar man een jaar daarvoor. Ze kon hier niet goed mee omgaan, had angst voor alles, waarbij het alleen zijn en het niet meer kunnen hebben van ruggespraak haar zwaar vielen. Ze sliep slecht en had last van maag en darmen. Ze vertelde onzeker te zijn en bevestiging van anderen nodig te hebben. Ze had altijd erg op haar man geleund, die zoveel voor haar deed dat ze haar zelfstandigheid verloorde. Haar hulpvraag bestond uit de behoefte aan een klankbord en de wens om haar angst kwijt te raken. Het doel van deze hulpverlener was om de verpleegkundige diagnostiek helder te krijgen. Hij stelde 10 maal een vraag over de wijze waarop de problematiek het leven van cliënte beïnvloedde en ging dit op diverse levensgebieden na: sociale contacten, primaire levensbehoeften als eten en slapen, daginvulling en de manier waarop mevrouw in het leven stond. Remedies die mevrouw al geprobeerd had, zoals eerdere gesprekken bij de hulpverlening, kwamen terloops ter sprake. De opmerking van cliënte dat ze zich een poosje redelijk had gevoeld, werd door de hulpverlener geëxploreerd. Hij stelde 22 maal op verschillende manieren een vraag om de hulpvraag te verhelderen. Cliënte gaf blijk van kennis van de eigen problematiek, wat 4 maal door de hulpverlener werd nagegaan zoals in:

HV: Ja. Vindt u uzelf depressief?

CL: Wat moet ik daar nou van zeggen? Nou, ik ben op het moment niet de vrolijkste persoon, dat... dat moge duidelijk zijn.

HV: Ja.

CL: Maar eh.. ik denk ook dat ik op dit moment erger in de dip zit dan voorheen mede komt dat de feestdagen naderen, de sterfdag van mijn man, de crematiedag van mijn man....

De communicatie was open en resulteerde in een gemeenschappelijk begrip van wat er gaande was. Het gesprek blonk uit in het gezamenlijk vaststellen van de verpleegkundige diagnose, waarbij de hulpverlener duidelijk gericht was op het in kaart brengen van de gevolgen van ziekte voor het dagelijks leven. Wat betreft de dialoog en het erkennen van de waarden van de cliënt was dit gesprek vraaggericht. Baart en Grijpdonck (2008) noemen de potentie tot het aansluiten bij de leefwereld van de cliënt een van de waardevolste eigenschappen van een SPV. Kraan (2001) wijst erop dat het voor vraaggerichte zorg belangrijk is dat de hulpverlener de taal van de cliënt spreekt en goed luistert, met het doel om de hulpvraag van cliënt te verstaan. Beide aspecten waren in dit gesprek aanwezig.

Discussie

De resultaten van het onderzoek bij GGZ Friesland tonen aan dat een intake in de geestelijke gezondheidszorg niet automatisch vraaggericht verloopt. Een eenduidig begrippenkader als de hier besproken kwaliteitscriteria zou hét fundament kunnen zijn waarop hulpverleners, instellingen en beleidsmakers zich baseren als zij daadwerkelijk vorm en inhoud willen geven aan vraaggerichte zorg.

Er is weinig literatuur over vraaggerichte zorg in de psychiatrie, maar de literatuur die er is kent een belangrijke rol toe aan het verhaal van de cliënt (Van Diest e.a, 2002; Van Ewijk, 2008). Daarin kan een aanzet gevonden worden tot de stelling dat verpleegkundigen bij uitstek geschikt zijn om ervoor te zorgen dat er in een GGZ-instelling een goed vraaggericht klimaat ontstaat (Van Ewijk, 2008). Vanuit de verpleegkunde wijzen Frederiksson en Eriksson (2001) naar het verhaal van de cliënt als een manier om de zin van het lijden te exploreren, te begrijpen en er betekenis aan te geven. Door te luisteren naar het verhaal zet de verpleegkundige een stap in de wereld van de cliënt. Daarmee wordt zij medeacteur in het drama van het lijden. De verpleegkundige hoeft geen heldenrol te krijgen. Veel eerder is er sprake van het zich verenigen met de cliënt als bondgenoot in diens worsteling met het ziek zijn. Om zorg vraaggericht te laten verlopen, is het noodzakelijk de dialoog met de cliënt aan te gaan (Schoot, 2006). De kwaliteit van die dialoog laat nogal eens te wensen over. In de filosofie van Gadamer kan de medische informatie die hulpverleners voorafgaand aan het intakegesprek hebben, gezien worden als 'voorbegrip' wat uit kan pakken als vooroordeel. De oriëntatie op dat

vooordeel staat het waarlijk *Verstehen* van de cliënt in de weg. Om goed te kunnen luisteren, moeten hulpverleners de taal van de cliënt spreken, met als doel de hulpvraag vanuit diens perspectief te verstaan. In de filosofie van Gadamer zou men zeggen dat er geen sprake was van horizonversmelting. Horizonversmelting komt tot stand als twee of meer mensen met elkaar in gesprek gaan waarbij de luisteraar de strekking van andermans redenering probeert te volgen en te confronteren met de eigen mening (Kuipers, 2008). De hulpverleners in het onderzoek bleken hun vragen niet zozeer te stellen om het perspectief van de cliënt helder te krijgen. Hun horizon werd vooral bepaald door de wens om de medische diagnose helder te krijgen en daar een hulpaanbod op los te laten welke de instelling waar zij werkten of zijzelf zelf konden bieden.

Conclusie

Vraaggerichte zorg is een begrip dat zich met behulp van etnografisch onderzoek laat verhelderen. Het begrip staat niet voor 'u roept, wij draaien', maar vraagt van hulpverleners vooral dat zij het verhaal van de cliënt tot uitgangspunt nemen bij het verlenen van zorg. De resultaten van het onderzoek laten zien dat een zekere vooringenomenheid en voorkennis een werkelijke dialoog met de cliënt in de weg kunnen staan. Veel hulpverleners neigen ertoe dingen voor cliënten in te vullen in plaats van deze uit te vragen. Ze luisteren niet goed en verzuimen na te gaan of ze de cliënt wel goed hebben begrepen. Wanneer er geen echte dialoog op gang komt, die als kenmerk heeft dat zender en ontvanger proberen elkaars redenering te volgen, is de conclusie gerechtvaardigd dat de zorg niet vraaggericht verloopt. Hulpverleners die meer vraaggericht willen werken kunnen gebruik maken van de kwaliteitscriteria die het Trimbos-instituut heeft ontwikkeld.

Om de mate van vraaggerichte zorg te verbeteren, zijn interventies nodig die expliciet een koppeling leggen tussen het verhaal en de hulpvraag van de cliënt en de voorkennis van de hulpverlener. Dit zou bijvoorbeeld gedaan kunnen worden door de criteria voor vraaggerichte zorg op te nemen in het intakeformulier. Hulpverleners moeten de sociale kaart in hun regio goed kennen en bereid zijn buiten hun gebruikelijke denkkaders te treden. Als zij de dialoog aangaan, actief luisteren, de redenering van de cliënt volgen en de cliënt openlijk confronteren met hun eigen visie op wat de cliënt vertelt, daarbij werkelijke interesse aan de dag leggen voor diens reactie daarop en hem of haar goede uitleg geven over de diagnose en de diverse mogelijkheden voor behandeling (compleet met doelstelling, tijdpad, locatie en hulpverlener) kan de intake veel meer vraaggericht worden en zou de zorg in het primaire proces wellicht eveneens verbeteren. Scholing kan daarbij helpen. Ook van het management en de organisatie als geheel vraagt dit aanpassingen (Konst, 2010). Het is aan te bevelen wegen te zoeken die de aanbodgerichte zorg van vandaag (waarin waarden als doelmatigheid, effectiviteit en beheers-

baarheid belangrijk zijn) meer in overeenstemming te brengen met de principes van vraaggerichte zorg, waarin waarden als aandacht voor het verhaal, openheid en samenwerking domineren.

Literaturopgave

- Alasuutari, P., (1995). *Researching Culture. Qualitative Method and Cultural Studies*. London: SAGA Publications.
- Baart, A. & M. Grypdonck (2008). *Verpleegkunde en presentie. Een zoektocht naar de betekenis van presentie voor verpleegkundige zorg*. Den Haag: Uitgeverij LEMMA.
- Diest, H. van, B. van Wijngaarden & Wennink (2002). *De vraag ontleed. Criteria voor een vraaggerichte geestelijke gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Ewijk, W.M. van (2008). Organisatie van de geestelijke gezondheidszorg. In: Clijsen, M. (red.), W. Garenfeld & G. Kuipers. *Leerboek Psychiatrie voor verpleegkundigen*. Maarsen: Elsevier.
- Frederiksson, L. & K. Eriksson (2001). The patient's narrative of suffering: a path to health? An interpretative synthesis on narrative understanding. In: Nordic College of Caring Sciences, 15, 3-11.
- Haaft, ten, G. (2010). *Dokter is ziek. Als patiënt zie je hoe zorg beter kan*. Amsterdam/Antwerpen: Uitgeverij Contact.
- Hart, H. 't, H. Boeije & J. Hox (red.) (2007). *Onderzoeksmethoden*. Amsterdam: Boom.
- Hammersley, M. & P. Atkinson (2007). *Ethnography. Principles in practice. Third edition*. London and New York: Routledge.
- Konst, S.J.M. (2010). Tussen vraag en aanbod. In: *Sociale psychiatrie*, 30, 33-38.
- Kraan, W.G.M. van der (2001). *Vraaggericht en vraaggestuurd: een literatuurstudie naar vraaggerichtheid en vraagsturing in de gezondheidszorg*. Den Haag: ZonMw.
- Kuipers, H.J. (2007). Diltey en Gadamer: Twee opvattingen over het interpreteren van levensverhalen. In: Bohlmeijer, E., Mies, L. & Westerhof, G. *De betekenis van levensverhalen. Theoretische beschouwingen en toepassingen in onderzoek en praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Lange, J. de (2004). *Omggaan met dementie. Het effect van geïntegreerde belevingsgerichte zorg op adaptatie en coping van mensen met dementie in verpleeghuizen; een kwalitatief onderzoek binnen een gerandomiseerd experiment*. Utrecht: Trimbo's-instituut.
- Manschot, H. & H. van Dartel (red.) (2007). *In gesprek over goede zorg. Overlegmethoden voor ethiek in de praktijk*. Amsterdam: Boom.
- Schoot, T. (2006). *Client centered care. Balacing between perspectives of clients and nurses in home care*. Maastricht: Universitaire pers.
- Verkooijen, L. (2006). *Ondersteuning eigen regievoering en Vraaggestuurde zorg*. Jutrijp: Verkooijen&Beima. [Proefschrift]

Artikel

De relatie tussen behandelduur en effecten van antipsychotica: Een cross-sectionele studie

Anne Miedema, Rikus Knegeting, Harald Schneider en Stynke Castelein

Samenvatting

Doel

Vanuit de klinische praktijk werd verondersteld dat langdurige antipsychoticagebruikers minder gewenste effecten rapporteren en minder tevreden zijn dan kortdurende antipsychoticagebruikers. Ongewenste effecten zouden daarentegen niet worden beïnvloed door de behandelduur. Dit onderzoek heeft tot doel inzicht te krijgen in de relatie tussen behandelduur en patiëntgerapporteerde effecten van antipsychoticagebruik.

Methode

Gewenste en ongewenste effecten van antipsychoticagebruik zijn eenmalig gemeten met 'Subjects Reactie op Antipsychoticagebruik' (SRA). Behandelduur werd opgesplitst in kortdurend (< drie maand) en langdurig (drie maand of langer).

Resultaten

Langdurig antipsychoticagebruikers scoorden significant hoger op gewenste effecten in vergelijking met kortdurende gebruikers ($p=0.03$). Ook scoorden zij significant hoger op de drie concluderende stellingen van de SRA gericht op tevredenheid ($p=0.00$), ervaren afhankelijkheid ($p=0.04$) en het ervaren van voordelen ($p=0.00$). Behandelduur bleek niet van invloed op patiëntgerapporteerde ongewenste effecten.

Van de totale onderzoeksgroep was 84% tevreden over hun antipsychoticagebruik. Ongewenste effecten die het vaakst werden gerapporteerd, waren: gewichtstoename (63%) en sedatie-gerelateerde aspecten (52-62%). Gewenste effecten die het meest voorkomen, waren: stabiliteit (76%), minder psychotisch (76%), rustig gevoel (72%), verminderde verwardheid (70%) en rustigere gedachten (69%).

Discussie

De veronderstelling dat gewenste effecten vanuit gewenning aan en normaal gaan vinden van, niet meer aan het medicament worden toegeschreven, kan worden weerlegd. Behandelduur heeft namelijk geen negatief effect op het rapporteren van gewenste effecten rond herstel en tevredenheid over antipsychoticagebruik. Ongewenste effecten worden onveranderd gerapporteerd en niet beïnvloed door behandelduur.

Patiënten zijn over het algemeen zeer tevreden over hun antipsychoticagebruik, ondanks de nadelige bijwerkingen. Blijkbaar is de ervaren last van de psychotische klachten zo hoog dat men de bijwerkingen accepteert. De meest gewenste en ongewenste effecten van antipsychoticagebruik dienen netjes genoemd te worden in de voorlichting aan patiënten, zodat men kan anticiperen op de gevolgen.

Inleiding

Anno 2011 wordt de medicamenteuze behandeling van psychotische stoornissen in nauw overleg met de patiënt bepaald, teneinde medicatietrouw te bevorderen. In de literatuur is echter weinig bekend wat voor gewenste en ongewenste effecten patiënten zelf ervaren bij antipsychoticagebruik. Om deze reden is de 'Subjects Reactie op Antipsychoticagebruik' vragenlijst (SRA) ontwikkeld welke de gewenste en ongewenste ervaringen meet van patiënten met antipsychoticagebruik (Wolters e.a., 2009).

De SRA wordt in deze studie gebruikt om te onderzoeken of er een relatie is tussen behandelduur en effecten van antipsychoticagebruik. Vanuit de klinische praktijk werd namelijk vermoed dat langdurige gebruikers van antipsychotica minder gewenste effecten rapporteren en minder tevreden zijn dan kortdurende gebruikers. Rapportage van ongewenste effecten zou niet verminderen door behandelduur. De veronderstelling is dat gewenste effecten vanuit gewenning aan en normaal gaan vinden van die gewenste effecten, mogelijk niet meer aan het medicament worden toegeschreven met als mogelijk gevolg medicatie-ontrouw. Dit onderzoek is om deze reden direct klinisch relevant voor alle behandelaren.

Het belang van de perceptie en de subjectieve ervaring van de patiënt wordt weliswaar erkend in de psychiatrische zorg, maar vaak niet systematisch in beeld gebracht. In de 'Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie' (Trimbos, 2005) wordt dit ondersteund: "De subjectieve ervaring van de symptomen van schizofrenie enerzijds en de effecten van antipsychotische medicatie anderzijds, zijn belangrijke bepalende factoren voor de uiteindelijke therapietrouw en voor het beloop van de ziekte. Hoewel er al tenminste vijftientig jaar geleden is gepleit voor het belang van de evaluatie van de subjectieve beleving van de behandeling met antipsychotica, is dit in de praktijk van alledag nog maar mondjesmaat doorgedrongen."

Uit onderzoek blijkt dat de belangrijkste redenen voor het voortzetten van het antipsychoticagebruik zijn: de visie van de patiënt op antipsychotica, het afnemen van positieve symptomen en een verbetering op functioneren (Ascher-Svanum e.a., 2010; Kikkert e.a., 2010; Lieberman e.a., 2005). Dit onderstreept nogmaals het belang van het systematisch in kaart brengen van de ervaren behandel-effecten van antipsychotica.

Dit onderzoek heeft tot doel inzicht te krijgen in de effecten die patiënten ervaren en tevens de relatie met behandelduur nader te onderzoeken.

Methode

Opzet

In de cross-sectionele multi-center studie 'Quality of Life in Schizophrenia in Relation to Patients Response to Antipsychotics' van Wolters e.a. (2009) is data verzameld ter validatie van de SRA-vragenlijst.

In dat onderzoek zijn vier zelfinvulvragenlijsten vergeleken die allemaal effecten van behandeling met antipsychotica evalueerden. Er werden in totaal 320 patiënten geïnccludeerd (zie tabel 1 voor patiëntkarakteristieken) die allen eenmalig de lijsten invulden.

In deze secundaire data-analyse op de studie van Wolters (2009) worden enkel de gegevens van de SRA nader geanalyseerd.

In- en exclusiecriteria

Patiënten met een diagnose schizofrenie, psychose of schizo-affectieve stoornis die minstens zes weken antipsychotica gebruikten, werden geïnccludeerd. Patiënten dienden in staat te zijn het doel van de studie te begrijpen en schriftelijke toestemming te geven.

Het gebruik van lithium of een ander antidepressivum naast antipsychotica was een exclusie criterium, aangezien de effecten hiervan teveel lijken op die van antipsychotica. Het gebruik van minimale co-medicatie evenals benzodiazepinegebruik werd toegestaan (Wolters e.a., 2009).

Meetinstrument

De SRA meet de effecten die patiënten zelf toeschrijven aan het gebruik van een antipsychoticum. De items in deze gevalideerde zelfinvullijst zijn samengesteld op basis van interviews met patiënten (n=77) leidend tot in totaal 50 ongewenste en 24 gewenste effecten (Wolters, e.a., 2003, 2006).

Er wordt op een 3-puntschaal gescoord: nee (1); ja, in enige mate (2) en ja, in sterke mate (3).

De SRA heeft een totaalscore op zowel gewenste (24-72) als op ongewenste effecten (49-147), waarbij een hogere score staat voor meer gewenste dan wel ongewenste effecten.

Ongewenste effecten worden opgedeeld in de volgende acht subschalen: gewichtstoename, seksuele anhedonie, sedatie, affectieve vervlakking, extrapiramidale symptomen, toegenomen slaap, verminderde sociabiliteit en een subschaal diverse items.

De gewenste effecten bestaan niet uit subschalen, omdat exploratieve factor analyse liet zien dat deze items niet op meerdere factoren laadden.

De lijst eindigt met drie losse items die zich allemaal richten op de mate van tevredenheid ('ik ben tevreden over de antipsychotica', 'voor mijn functione-

ren voel ik mij afhankelijk van de antipsychotica' en 'de voordelen wegen op tegen de nadelen van antipsychotica').

Het invullen van de SRA duurt ongeveer 15 à 20 minuten.

Naast de SRA werden de volgende socio-demografische variabelen meegenomen: geslacht, leeftijd, samenlevingsvorm, schoolopleiding, diagnose volgens de arts, medicatie en dosering, duur antipsychoticagebruik hele leven en duur gebruik huidig antipsychoticum, toedieningswijze en medicatietrouw.

Analyse

Een totaalscore werd berekend op basis van alle gewenste (24 items) en ongewenste items (50 items). De totaalscore werd beschouwd als een continue variabele. Verschillen tussen kortdurend en langdurig gebruik op de SRA-subschalen en totalen werden getoetst met de t-toets (Independent samples T-test).

Verschillen op de drie tevredenheidsitems (losse items, ordinaal) werden getoetst met de Mann-Whitney toets. Eén seksespecifieke vraag gericht op de menstruatiecyclus werd buiten het onderzoek gelaten, aangezien dit de onderzoeksgroep zou reduceren tot alleen vrouwen.

Er werd geanalyseerd in het softwareprogramma SPSS (versie 14).

Resultaten

Patiëntkarakteristieken

In tabel 1 staan de patiëntkarakteristieken van de deelnemers, waarvan het merendeel man is, gemiddeld 35 jaar oud en grotendeels medicatietrouw.

Tabel 1: Patiëntkarakteristieken SRA onderzoek (N= 320)

Algemene gegevens	Uitkomsten in aantallen
Gemiddelde leeftijd (SD)	35 (12)
Mannen / Vrouwen (aantallen)	234 / 86
	Percentage in %
Samenlevingsvorm	
Gehuwd/ samenwonend	13
Alleen/ gescheiden	57
Overige	30
Opleiding	
Lagere school	20
Middelbare beroepsopleiding	65
Hoger beroeps of universitair	13
Anders	2
Diagnose volgens uw arts	
Schizofrenie	53
Schizo-affectief	3
Bipolaire stoornis met psychose	1
Psychotische stoornis: Overig	43
Klassiek / Atypisch antipsychoticum	26 / 74
Toedieningswijze	
Oraal / Depot / Oraal & depot	82 / 16 / 2
Benzodiazepines	23
Middel tegen bijwerkingen	15
2 verschillende antipsychotica	5
Antipsychoticagebruik hele leven	
Langer dan 2 jaar	61
Antipsychotica huidige middel	
Langer dan 2 jaar	41
Kortdurig gebruik / Langdurig gebruik	
0-3 mnd / 3 mnd.-2 jr	25 / 75
Medicatierouw	
Meestal	94
Enkele keren per week niet	1
Enkele keren per maand niet	5

Meest frequent gerapporteerde ongewenste en gewenste effecten

Om een goed inzicht te krijgen welke effecten de hele patiëntengroep als gewenst en ongewenst rapporteert, zijn de vijf meest voorkomende effecten op beide gebieden in beeld gebracht. Meer dan 50% van de deelnemers ervaart geestelijke en lichamelijke vermoeidheid, sufheid, slaperigheid en gewichtstoename. De nadelige effecten richten zich duidelijk met name op vermoeidheid (4 van de 5 items). ‘Stabieler’ en ‘minder psychotisch’ worden het vaakst aangegeven als gewenste effecten (zie tabel 2).

Tabel 2: Vijf meest frequent patiëntgerapporteerde (on-)gewenste effecten bij antipsychoticagebruik (N=320)

Meest frequent gerapporteerde ongewenste effecten	Percentage (%)
1. Gewichtstoename	63
2. Meer slaap nodig	62
3. Lichamelijke vermoeidheid	58
4. Suffheid	58
5. Geestelijke vermoeidheid	52
Meest frequent gerapporteerde gewenste effecten	
1. Stabieler **	76
2. Minder psychotisch	76
3. Rustiger gevoel	72
4. Afname verwardheid	70
5. Rustigere gedachten	69

** p=0.01, verschil kort- en langdurend gebruik

Van alle bovenstaande effecten geldt dat er op itemniveau geen significant verschil was in rapportage tussen korte en lange behandelduur, uitgezonderd op het item 'ben ik stabieler' scoorden de langdurige gebruikers beter (80%) ten opzichte van de kortdurende gebruikers (67%) (p=0.01).

Relatie behandelduur en (on)gewenste effecten

Patiënten die drie maanden of langer werden behandeld met antipsychotica rapporteerden significant meer gewenste effecten in vergelijking met patiënten die drie maand of korter antipsychotica gebruikten (zie tabel 3).

Wat betreft ongewenste effecten waren er geen significante verschillen tussen beide groepen.

Tabel 3: Scores kortdurend en langdurig gebruik: SRA totaal en subschalen en concluderende stellingen (N =320)

Totaal en subschalen	Score range (min - max)	Kortdurig gebruik N=80		Langdurig gebruik N=240		P-waarde (T-toets)
		gem. (SD)	gem. (SD)	gem. (SD)	gem. (SD)	
Gewenste effecten rond herstel (24 items)	24 - 72	39,5 (10,5)	42,5 (11,21)	0,03*		
Ongewenste effecten (49 items)	49 - 147	72,3 (14,1)	72,6 (14,9)	n.s.		
Gewichtstoename (4)	4 - 12	7,1 (2,6)	7,0 (2,6)	n.s.		
Seksuele anhedonie (3)	3 - 9	5,7 (1,8)	5,5 (1,8)	n.s.		
Sedatie (6)	6 - 18	9,9 (2,8)	9,9 (3,0)	n.s.		
Affectieve vervlakking (3)	3 - 9	4,5 (1,6)	4,7 (1,7)	n.s.		
Extrapiramidale symptomen (5)	5 - 15	6,9 (1,9)	7,1 (2,2)	n.s.		
Toegenomen slaap/sufheid (3)	3 - 9	5,3 (2,0)	5,3 (1,9)	n.s.		
Verminderde sociabiliteit (6)	6 - 18	7,2 (2,3)	7,1 (2,3)	n.s.		
Divers ongewenst (19)	19 - 75	26,2 (4,9)	26,2 (4,6)			
Concluderende stellingen		Gemiddelde rangscore	Gemiddelde rangscore	P-waarde (Mann-Whitney toets)		
Tevredenheid met antipsychotica	1 - 3	127,8	166,4	0,00*		
Afhankelijkheid van antipsychotica	1 - 3	138,8	162,0	0,04*		
Voordelen wegen op tegen nadelen	1 - 3	132,1	164,3	0,00*		

* p= < 0,05 SD=standaarddeviatie

Behandelduur in relatie tot concluderende stellingen van de SRA

Kortdurende antipsychoticagebruikers scoren significant lager op tevredenheid, zien minder voordelen dan nadelen en zijn minder afhankelijk van de medicatie dan langdurige antipsychoticagebruikers (zie tabel 3).

Van de kortdurende antipsychoticagebruikers was 80% tevreden over de medicatie tegenover 88% van de langdurige antipsychoticagebruikers.

Van de langdurige antipsychoticagebruikers vond 47% in sterke mate dat de voordelen opwegen tegen de nadelen tegenover 25% van de kortdurende antipsychoticagebruikers.

Van de totale onderzoeksgroep was 84% tevreden en vond 82% dat de voordelen opwegen tegen de nadelen.

Discussie

Patiënten die langer dan 3 maanden antipsychotica gebruiken, rapporteren significant meer gewenste effecten direct gerelateerd aan herstel van de ziekte. Ook zijn zij tevredener over het antipsychoticum dan kortdurende gebruikers.

Behandelduur lijkt geen verband te houden met de ongewenste effecten die patiënten toeschrijven aan het antipsychoticum. Indien men in het begin ongewenste effecten ervaart, dan worden deze in vergelijkbare mate gerapporteerd na drie maanden gebruik.

De veronderstelling dat men bij langer gebruik de gewenste effecten minder toeschrijft aan het antipsychoticum, wordt dus niet door deze studie ondersteund.

De ervaren effecten door patiënten die nog nooit eerder in beeld zijn gebracht, geven aan dat de antipsychotica een goed effect hebben op de ervaren psychotische klachten, maar tevens dat deze gepaard gaan met gewichtstoename en vermoeidheidsklachten. Blijkbaar is de ervaren last van de psychose zo hoog dat patiënten deze nadelige effecten bereid zijn te aanvaarden. Het merendeel is zeer tevreden over het antipsychoticum.

Deze uitkomsten komen overeen met onderzoek van Cahn e.a. (2008) naar de preventie en de behandeling van somatische complicaties bij antipsychoticagebruik (onder andere toename in gewicht, lichamenlijk en geestelijk vermoeid raken, meer slaap nodig hebben en sufheid).

De meest frequent gerapporteerde ongewenste effecten werken negatief uit op de acceptatie van het antipsychoticum en op de therapietrouw. Lieberman e.a. (2005) benadrukken dat zij specifieke aandacht verdienen in de medicatiebegeleiding van de voorschrijver. In het onderzoek van Ascher-Svanum (2010) bleken gewicht, sedatie en slapeloosheid de meest voorkomende bijwerkingen te zijn die patiënten verleiden tot het stoppen met medicatiegebruik. Deze studie toont eveneens aan dat professionals zich moeten realiseren dat patiënten met name gewichtstoename en vermoeidheid als zeer

ongewenst ervaren. Bij de voorlichting dient men dit netjes te melden bij patiënten, zodat men kan anticiperen op de nadelige gevolgen.

Kikkert e.a. (2010) benadrukken dit tevens in hun studie, waarin men stelt dat de verwachtingen van patiënten met betrekking tot het welzijn bepalend zijn in het beslisproces van medicatietrouw.

Beperkingen van dit onderzoek zijn gerelateerd aan de cross-sectionele opzet, waardoor uitspraken over het beloop niet mogelijk zijn. Tevens lijkt het opleidingsniveau relatief hoog in de steekproef. Mogelijk kan een hoger opleidingsniveau tot gevolg hebben dat de effecten van antipsychoticagebruik evenwichtiger worden geïnterpreteerd.

Een andere beperking van de studie betreft de selectie van patiënten. Het waren relatief stabiele patiënten die bereid waren behandeld te worden met antipsychotica en die bereid waren aan de studie deel te nemen. Dit kan hebben geleid tot een onderschatting van ongewenste dan wel overschatting van gewenste effecten van de behandeling. De grootte van de onderzoeksgroep (N=320) en de spreiding over acht behandelcentra zijn sterke punten van dit onderzoek.

Klinische implicaties

Gewichtstoename, sufheid, lichamelijke en geestelijke vermoeidheid zijn de ongewenste effecten in de behandeling bij antipsychotica en verdienen meer focus in de behandeling. Vooral gewichtstoename welke gerelateerd is aan het metabool syndroom, verdient gerichte aandacht van de voorschrijver. Bij een hoge score op de ervaren ongewenste effecten, dient de behandelaar een medicatieswitch te overwegen.

Het afnemen (verbeteren) van positieve symptomen, gevolgd door de perceptie van ervaren verbetering in het functioneren door de patiënt, blijken de belangrijkste redenen voor het voortzetten van het antipsychoticagebruik. Dit verdient tevens de aandacht van de behandelaar, immers indien de patiënt naar zijn ervaring te weinig opknapt, kan hij eveneens stoppen met de medicatie met als gevolg een nieuwe psychotische episode.

Zorgvuldig verzamelde informatie, psycho-educatie en overleg met patiënt en familie bij het voorschrijven van antipsychotische medicatie zijn de belangrijkste aspecten om de compliance te verhogen. De SRA is hierbij een klinisch toepasbaar hulpmiddel voor elke behandelaar.

Referenties

Ascher-Svanum, H., A.W. Nyhuis, V. Stauffer, B.J. Kinon, D.E. Faries, G.A. Phillips en K. Schuh (2010). Reasons for discontinuation and continuation of antipsychotics in the treatment of schizophrenia from patient and clinician perspectives. *Current Medical Research & Opinion*, 26 (10), 2403-2410.

- Cahn, W., D. Ramlal, R. Bruggeman, L. de Haan, F.E. Scheepers, M.M. van Soest en C.J. Slooff (2008). Preventie en behandeling van somatische complicaties bij antipsychoticagebruik. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 50 (9), 579-591.
- Kikkert, M.J. (2010). Medication adherence in patients with schizophrenia: a means to an end. *UVA Dissertations online 2010* : <http://dare.uva.nl/en/record/330811>.
- Lieberman, J. A., T.S. Stroup, J.P. McEvoy, M.S. Swartz, R.A. Rosenheck, D.A. Perkins en J.K. Hsiao (2005). Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *The New England Journal of Medicine*, 353 (12), 1209–1223.
- Trimbos (2005). *Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie 2005*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Wolters, H.A., R. Knegering, D. Wiersma en R.J. van den Bosch (2006). Evaluation of the subjects' response to antipsychotics questionnaire. *International Clinical Psychopharmacology*, 21 (1), 63–69.
- Wolters, H.A., H. Knegering, R.J. van den Bosch en D. Wiersma (2009). Effects and side effects of antipsychotic treatment in schizophrenia: pros and cons of available self rating scales. *Elsevier schizophrenia research*, 112, 114-118.
- Wolters, H.A., H. Knegering, D. Wiersma en R.J. van den Bosch (2003). The spectrum of subjective effects of antipsychotic medication. *Acta Neuropsychiatrica*, 15, 274–279.

Artikel

Persoonlijkheidsstoornissen en psychotische stoornissen en het risico op agressieve incidenten in de FPK Assen

Evelien S. Stoppel

Op veel klinische behandelafdelingen van psychiatrische instellingen komt agressief gedrag voor. Emoties kunnen dusdanig hoog oplopen dat een patiënt agressief gedrag gaat vertonen en hiermee een gevaar vormt voor zichzelf en/of voor anderen. Door sommige onderzoekers wordt gesteld dat het aantal agressieve incidenten in instellingen voor de geestelijke gezondheidszorg door de jaren heen is toegenomen (Peerdeman, 2006; Shah, Fineberg & James, 1991). Het is in het belang van zowel de patiënten als de medewerkers om op een adequate manier met deze agressie binnen de kliniek om te gaan, maar daarvoor is het wel nodig om te weten welke factoren hieraan bijdragen. Hierover is nog weinig bekend.

We weten uit onderzoek al wel dat verschillende psychiatrische stoornissen gepaard kunnen gaan met agressie. Deze agressie kan er in de buitenwereld toe leiden dat een patiënt overgaat tot het plegen van een delict.

Criminaliteitscijfers liggen dan ook hoger in de psychiatrische populatie dan in de normale bevolking (Swanson, Holzer, Ganju & Jono, 1990). Bij de ene psychiatrische stoornis is de kans op agressie hoger dan bij de andere psychiatrische stoornis. Zo kwamen in 1990 de eerste aanwijzingen voor een link tussen schizofrenie en crimineel gedrag (Linqvist & Allebeck, 1990). En later is er steeds meer bewijs gevonden voor een relatie tussen een psychotische stoornis en geweld. Zo is bijvoorbeeld de kans dat iemand met schizofrenie een moord pleegt 10 keer hoger dan in de normale bevolking (Eronen, Tiihonen & Hakola, 1996). Psychotische mensen gebruiken vaker geweld dan mensen zonder psychische problemen, maar volgens Goethals (2008) gebruiken ze minder vaak geweld dan patiënten met een persoonlijkheidsstoornis of verslavingsproblematiek.

Recente onderzoeken wijzen inderdaad uit dat er een hoge prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen bestaat binnen de criminele populatie (Davison, Leese & Taylor, 2001). Uit onderzoek van Grann, Danesh en Fazel (2008), waarin de associatie tussen psychiatrische stoornis en gewelddadige recidive bij volwassenen werd onderzocht, bleek dat een verhoogd risico op gewelddadige recidive samenhangt met middelenmisbruik en de aanwezigheid van persoonlijkheidsstoornissen. Vergelijkbaar bewijs voor een hogere mate van agressie bij persoonlijkheidsstoornissen werd gevonden door Logan en

Blackburn (2009). Bij vrouwen opgenomen in een beveiligde setting voor mensen met psychiatrische stoornissen in Groot-Brittannië werd gekeken welke stoornis gerelateerd was aan gewelddadige recidive. Vrouwen met een psychotische stoornis bleken niet gewelddadiger te zijn dan vrouwen met een andere stoornis, maar vrouwen met een persoonlijkheidsstoornis waren dat wel. Persoonlijkheidspathologie bleek geassocieerd met een significante mate van gewelddadig gedrag na ontslag uit de kliniek.

Comorbiditeit van een psychotische en persoonlijkheidsstoornis kan ook van invloed zijn op gewelddadig gedrag. Moran et al. (2003) toonden aan dat psychotische patiënten met een comorbide persoonlijkheidsstoornis over een periode van twee jaar 1.7 keer sneller overgaan op gewelddadig gedrag dan patiënten met een eenvoudige psychotische stoornis. En uit een ander retrospectief onderzoek onder 90 patiënten met een psychotische stoornis die een moord hadden gepleegd bleek dat 51% tevens een comorbide persoonlijkheidsstoornis had, waarvan 47% een antisociale persoonlijkheidsstoornis (Putkonen, Kotilainen, Joyal & Tiitonen, 2004). Een comorbide persoonlijkheidsstoornis lijkt het risico op gewelddadig gedrag dus nog eens te vergroten. Hodgins en Coté (1993) lieten bijvoorbeeld zien dat patiënten met schizofrenie en een comorbide antisociale persoonlijkheidsstoornis in totaal meer veroordelingen op hun naam hadden staan dan de patiënten met enkel schizofrenie. Daarnaast bleken zij ook de groep te zijn met de meeste gewelddadige delicten.

Patiënten met psychiatrische problematiek die een delict hebben gepleegd komen vaak terecht in de forensische psychiatrie. Op dergelijke behandelafdelingen komen veel agressieve incidenten voor. Huidig onderzoek bekijkt of bovengenoemde psychiatrische stoornissen verband houden met agressieve incidenten binnen de kliniek. Uit onderzoek van Daffern, Ferguson, Ogloff, Thomson en Howells (2007) blijkt namelijk dat agressie binnen de kliniek niet gerelateerd is aan agressie voor en na opname. Agressie voor en na opname zijn wel aan elkaar gerelateerd. Factoren die bijdragen aan agressief gedrag binnen de kliniek zijn nog grotendeels onduidelijk. Om tot een adequate aanpak van deze incidenten te komen is het van belang meer te weten over factoren die hierin een rol spelen. Daarnaast kan verduidelijking over de voorspellers van agressie bijdragen aan een betere risicotaxatie.

Risicotaxatie wordt in de forensische psychiatrie steeds meer toegepast om bijvoorbeeld in te schatten of iemand met verloop zou kunnen of om te bepalen welke stappen er gezet kunnen worden in een behandeling. Risicotaxaties zijn bedoeld om op basis van bepaalde factoren gewelddadig gedrag te voorspellen. Dit zijn factoren waarvan empirisch is aangetoond dat zij samenhangen met gewelddadig gedrag. Het is een hulpmiddel voor de behandelaar, omdat slechts het klinisch risico-oordeel van de behandelaar niet betrouwbaar blijkt en dus te subjectief is om beslissingen op te baseren. Uit onderzoek van Mossman (1994) en Grove & Meehl (1996) bleek dat taxaties op basis van statistische methoden even goed en vaak ook beter werken dan klinische inschattingen.

We weten dat agressieve incidenten in psychiatrische klinieken het gevolg

zijn van een interactie of samenspel van verschillende variabelen. Zoals eerder genoemd willen we weten om welke variabelen dit gaat om een zo goed mogelijke risicotaxatie te maken. Eén voorspeller van agressieve incidenten is psychopathologie (Oster, Bernbaum & Patten, 2001). Het huidige onderzoek bestudeert welke patiëntengroep hoger wordt ingeschat op het risico agressieve incidenten te veroorzaken binnen de kliniek. Hierbij wordt gekeken naar het verschil tussen persoonlijkheidsstoornissen, psychotici en een comorbiditeit van deze stoornissen. Vervolgens wordt dit vergeleken met de daadwerkelijke agressieve incidenten die hebben plaatsgevonden om te kunnen bepalen of de risico-inschatting juist is geweest. Het risicotaxatie-instrument dat wordt gebruikt is de HKT_2010_EX. Dit is een vernieuwde versie van de HKT-30 uit 2002, een Nederlands instrument waarmee op basis van 30 items, onderverdeeld in historische, klinische en toekomstig situatieve indicatoren, een gestructureerde klinische beoordeling gemaakt kan worden voor het risico op agressief gedrag. De HKT_2010_EX is bedoeld voor research en voor het ontwikkelen van de toekomstige versie van de HKT, die in 2012 uit zal komen.

De volgende onderzoeksvragen werden geformuleerd:

Welke patiëntengroep wordt hoger ingeschat op het risico van agressief gedrag: patiënten met een persoonlijkheidsstoornis, psychotische stoornis of met comorbiditeit van beide?

Op welke indicatoren van de HKT_2010_EX verschillen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis, psychotische stoornis of patiënten met comorbiditeit van beide? Verschillen zij op historische, klinische of toekomstig situatieve indicatoren?

Welke patiëntengroep bleek ook daadwerkelijk agressieve incidenten veroorzaakt te hebben in de kliniek: patiënten met een persoonlijkheidsstoornis, psychotische stoornis of met comorbiditeit van beide?

Op basis van de literatuur is de verwachting voor de eerste vraagstelling dat patiënten met een persoonlijkheidsstoornis en patiënten met comorbiditeit van een persoonlijkheidsstoornis en een psychotische stoornis hoger worden ingeschat op het risico van agressief gedrag binnen de kliniek. De patiënten met een psychotische stoornis worden waarschijnlijk lager ingeschat.

De hypothese voor de tweede onderzoeksvraag is dat er verschillen worden gevonden op de klinische indicatoren van de HKT_2010_EX. Uit onderzoek van Strand, Belfrage, Fransson en Levander (1999) naar de predictieve validiteit van historische en klinische items van de HCR-20 bleek dat klinische items een goede voorspeller zijn van agressief gedrag en dat historische items agressief gedrag niet goed voorspellen. Daarnaast wordt door de Werkgroep risicotaxatie forensische psychiatrie (2003) benoemd dat historische factoren het klinisch oordeel kunnen verankeren, maar dat de klinische factoren gebruikt kunnen worden om het risico in het hier en nu te voorspellen. De verwachting is daarom dat verschillen tussen de patiëntengroepen niet gevonden zullen worden op de historische items, maar wel op de klinische items. De laatste hypothese voor de derde onderzoeksvraag is op basis van de literatuur, die ook bij de hypothese voor de eerste onderzoeksvraag is

vermeld, dat de patiënten met een persoonlijkheidsstoornis en patiënten met de comorbide stoornissen ook daadwerkelijk meer agressieve incidenten in de kliniek veroorzaken.

Methode

Onderzoeksgroep

Het onderzoek betrof 83 dossiers van patiënten die in de periode van 2004 t/m begin 2007 in de Forensisch Psychiatrische Kliniek (FPK) van GGZ Drenthe te Assen opgenomen waren. In de FPK worden patiënten behandeld die strafbare feiten hebben gepleegd of dreigen te plegen als gevolg van psychiatrische stoornissen. Patiënten met een seksueel indexdelict waren uitgesloten voor dit onderzoek, vanwege het wezenlijke verschil in type agressie, waarvoor dan ook een specifiek risicotaxatie-instrument is ontwikkeld, Sexual Violence Risk-20 (SVR-20). Om voldoende informatie te hebben voor het maken van een risicotaxatie moesten patiënten minstens zes maanden opgenomen zijn geweest in de FPK.

Demografische gegevens

Van de 83 dossiers die zijn bestudeerd waren 72 dossiers van mannelijke patiënten (86.7%) en 11 dossiers van vrouwelijke patiënten (13.3%). De leeftijd van de patiënten loopt van 19 tot 57 jaar met een gemiddelde van 31.4 jaar (SD=8.4). Dit is de leeftijd van de patiënt ten tijde van opname. De grootste groep patiënten had de Nederlandse nationaliteit, 90.4%. Daarna volgt de Marokkaanse nationaliteit met 3.6% en de overige nationaliteiten hadden alle een percentage van 1.2. Volgens de classificatie van de DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, American Psychiatric Association, 2000) hadden 55 van de 83 patiënten een as I stoornis (66.3%). Hierin zijn de patiënten met een middelengebruik niet inbegrepen. 71 patiënten hadden een middelengerelateerde stoornis (85.5%) en bij 63.9% betrof dit meerdere middelen. 68 patiënten hadden een as II stoornis (81.9%).

De onderzoeksgroep bestond uit 11 patiënten met een psychotische stoornis (13.3%), 49 patiënten met een persoonlijkheidsstoornis (59%), 18 patiënten met comorbiditeit van een psychotische en persoonlijkheidsstoornis (21.7%) en 5 patiënten met een andere stoornis (6%). Een andere stoornis kan bijvoorbeeld een stoornis in het autistisch spectrum of ADHD betekenen. Ook de indexdelicten zijn in kaart gebracht. Het indexdelict is het delict dat centraal staat bij de veroordeling van de patiënt. De meeste patiënten van de onderzoeksgroep hadden een gewelddadig, niet seksueel, indexdelict, van de 83 patiënten waren dit er 66 (79.5%). 14 patiënten (16.9%) hadden een niet gewelddadig indexdelict en van 5 patiënten (6%) ontbrak het indexdelict. Dit kan het geval zijn wanneer een patiënt bijvoorbeeld tijdens een psychose een gevaar vormt voor zichzelf of een ander en daarom wordt opgenomen met een Rechterlijke Machtiging.

Procedure

Huidig onderzoek maakte deel uit van een groter onderzoek waarin ook de betrouwbaarheid en de predictieve validiteit van de HKT_2010_EX en de Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START) werden gemeten. Elf onderzoekers (researchmedewerkers FPK en afstudeeronderzoekers) zijn allen vooraf aan het onderzoek getraind in het gebruik van de HKT_2010_EX en de START. De onderzoekers bestudeerden vervolgens de dossiers van de patiënten en vulden daarna de risicotaxatie-instrumenten, de HKT_2010_EX en de START, in. Elk dossier werd door twee personen onafhankelijk van elkaar gelezen en gescoord (om ook de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te meten). Vervolgens bespraken de twee beoordelaars de uitkomsten en bepaalden samen de consensusscore. De samenstelling van de koppels wisselde voortdurend, zodat de koppels geen eigen werkwijze konden creëren in het werken met de risicotaxatie-instrumenten.

Voor de risico-inschatting werd gekeken naar het gestructureerd klinisch eindoordeel voor het risico op agressief gedrag wanneer de patiënt in de kliniek blijft. De HKT-30 is bedoeld om agressieve recidive (dus buiten de kliniek) op de lange termijn te voorspellen. In dit onderzoek werd de HKT_2010_EX gebruikt om agressie op de korte termijn in de kliniek te voorspellen. De onderzoekers lazen de informatie van een dossier tot aan een bepaalde behandelplanbespreking. Middels de HKT_2010_EX werd vervolgens voorspeld of de patiënt in de daarop volgende periode een agressief incident zou gaan veroorzaken in de kliniek of niet. De daarop volgende periode is een periode van drie of vier maanden, afhankelijk van wanneer de volgende behandelplanbespreking is gepland. Er werd niet gekeken naar het aantal incidenten, maar alleen of een patiënt een agressief incident heeft veroorzaakt of niet. De onderzoekers scoorden de dossiers blind. Dit houdt in dat zij niet wisten welke patiënt een incident zou veroorzaken en welke niet. Voor elke patiënt die een incident heeft veroorzaakt gold dat hij of zij was gematcht aan een controlepatiënt, een patiënt die geen incident heeft veroorzaakt en die gedurende hetzelfde aantal maanden of jaren opgenomen was in de FPK.

Materiaal

Het betrof een retrospectief onderzoek aan de hand van de medische dossiers van de patiënten waarbij de dossiers zijn geanonimiseerd en de ontslagdatum onzichtbaar is gemaakt. De dossiers bevatten informatie over het verloop van de behandeling, zoals behandelplannen en rapportages van sociotherapeuten. Maar daarnaast bevatte het dossier ook processen-verbaal, informatie uit de voorgeschiedenis en in sommige gevallen Pro Justitia rapportages.

Een revisie van de HKT-30 uit 2002, namelijk de HKT_2010_EX, werd gebruikt als risicotaxatie-instrument. De HKT-30 is een Nederlands instrument waarmee op basis van 30 items (historische, klinische en toekomstige situatieve indicatoren) een gestructureerde klinische beoordeling voor agressieve recidive gegeven kan worden. De historische items bekijken of er sprake is geweest van een verleden dat als belastend of ongunstig kan worden beschouwd en bevatten factoren zoals gedragsproblemen voor het 12e levens-

jaar, agressie in de voorgeschiedenis, hulpverleningsgeschiedenis en arbeidsverleden (Werkgroep risicotaxatie forensische psychiatrie, 2003). De klinische items betreffen gedragingen die de patiënt de afgelopen 12 maanden heeft laten zien en bekijken in welke mate een patiënt persoonskenmerken vertoont die als risico kunnen worden beschouwd. Hierbij valt te denken aan manipulatief gedrag, antisociaal gedrag, psychotische symptomen, verslaving en impulsiviteit. Daarnaast werden nog toekomstig situatieve indicatoren gescoord, zoals wonen, vrije tijd, delictpreventie, werk en financiën. Het gaat hierbij om de mate waarin afspraken zijn gemaakt en de verwachting dat de patiënt zich aan die afspraken zal houden. Wanneer er geen afspraken zijn gemaakt en/of de verwachting is dat de patiënt zich niet aan gemaakte afspraken kan houden zorgt dat voor een risicofactor. Elk item werd gescoord op een vijfpuntsschaal van '0' tot '4'. Waarbij '0' staat voor geen problemen op dit gebied en '4' voor zeer problematisch ofwel een hoog risico. Al deze scores tezamen geven een totaalscore op de HKT, maar daarnaast moest door de onderzoeker een gestructureerd klinisch oordeel gegeven worden voor het risico op agressief gedrag wanneer de patiënt in de kliniek blijft. Dit klinisch oordeel kan zijn: laag, laag-matig, matig, matig-hoog of hoog. Agressieve incidenten zijn vanaf 2004 systematisch geregistreerd van alle patiënten in de kliniek. Als een agressief incident zich voordoet vult een sociotherapeut een speciaal incidentenformulier in en dit wordt ondertekend door de behandelcoördinator. Het formulier wordt toegevoegd aan het dossier van de patiënt, wordt gearchiveerd bij de incidentenregistratie en wordt toegevoegd aan een SPSS-bestand waarin incidenten worden bijgehouden. Onder een agressief incident werd in deze context ernstig agressief gedrag verstaan. Voor het onderzoek werd bijgehouden of een patiënt een agressief incident heeft veroorzaakt of niet. Het gaat hierbij niet om het aantal incidenten.

Analyse

De resultaten van de eerste onderzoeksvraag werden geanalyseerd middels een non-parametrische toets, Kruskal-Wallis, waarbij de psychische stoornis de onafhankelijke variabele was en de afhankelijke variabele het gestructureerd klinisch eindoordeel op de HKT_2010_EX. Er werd gekozen voor een non-parametrische toets, omdat er sprake is van een categorische onafhankelijke variabele en een afhankelijke variabele met een ordinaal meetniveau. De tweede onderzoeksvraag werd geanalyseerd middels een variantieanalyse. Hierbij golden de totaalscore op de HKT_2010_EX en de score op de historische, klinische en toekomstig situatieve indicatoren als de afhankelijke variabelen en de psychische stoornis als de onafhankelijke variabele. De derde en laatste onderzoeksvraag werd beantwoord middels een logistische regressie waarbij het agressieve incident de afhankelijke variabele is en de psychische stoornis de onafhankelijke variabele. Er werd gekozen voor een logistische regressie, omdat de afhankelijke variabele binair (of dichotoom) is, hij kan alleen de waarden '0' en '1' aannemen.

Resultaten

De eerste onderzoeksvraag ging over het verschil tussen de drie stoornissen in risico-inschatting op agressief gedrag in de kliniek middels de HKT_2010_EX. Allereerst zijn alle risico-inschattingen per stoornis in een kruistabel gezet (zie tabel 1).

Tabel 1: risico-inschatting op agressief gedrag in de kliniek per stoornis

Stoornis	Risico-inschatting				
	Laag	Laag/matig	Matig	Matig/hoog	Hoog
Psychotische stoornis	5 45.5%	3 27.3%	2 18.2%	1 9.1%	0 0%
Persoonlijkheidsstoornis	27 55.1%	9 18.4%	6 12.2%	6 12.2%	1 2.0%
Comorbiditeit	6 33.3%	3 16.7%	7 38.9%	1 5.6%	1 5.6%

De patiënten met een psychotische stoornis werden van alle risico-inschattingen het meest op een laag risico ingeschat (45.5%). Ook de patiënten met een persoonlijkheidsstoornis werden het vaakst laag ingeschat op het risico van agressief gedrag (55.1%). Bij beide patiëntengroepen zie je een aflopend patroon. De meeste patiënten krijgen een laag risico-oordeel en het aantal patiënten wordt steeds minder naarmate het risico-oordeel hoger wordt. Dit patroon ziet er anders uit voor patiënten met comorbiditeit van een psychotische en persoonlijkheidsstoornis. Deze patiëntengroep kreeg het vaakst een matig risico-oordeel op agressief gedrag (38.9%). Daarnaast is het opvallend dat 6 patiënten met een persoonlijkheidsstoornis een matig/hoog oordeel kregen, tegenover één patiënt met een psychotische stoornis en één patiënt met comorbiditeit.

Om te kijken of de patiënten met de verschillende stoornissen significant verschillend scoorden op het risico-oordeel van agressief gedrag is een Kruskal-Wallis toets uitgevoerd. Er is gekozen voor een non-parametrische toets, omdat niet aan de assumptie van normaliteit is voldaan (Shapiro-Wilk (83)=0.80, $p < .001$). Uit de resultaten van de Kruskal-Wallis toets bleek dat patiënten met een psychotische stoornis, met een persoonlijkheidsstoornis en patiënten met een comorbiditeit van een psychotische en persoonlijkheidsstoornis niet significant verschilden op de risico-inschatting van agressief gedrag in de kliniek ($X^2(2) = 2.45$, $p = ns$).

De tweede onderzoeksvraag luidde: Op welke indicatoren van de HKT_2010_EX verschillen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis, psychotische stoornis of patiënten met comorbiditeit van beide?

Patiëntengroepen zouden kunnen verschillen op de historische items, de klinische items, de toekomst items en ook op de totaalscore van de gehele HKT_2010_EX. Cronbach's alpha is gebruikt als maat voor de interne consistentie van de items. Hieruit blijkt dat de klinische items een zeer goede betrouwbaarheid of interne consistentie hebben ($\alpha = 0.83$). De historische items

en de toekomstig situatieve items zijn redelijk tot goed te noemen, respectievelijk $\alpha=0.69$ en $\alpha=0.73$. De gehele HKT_2010_EX heeft ook een zeer goede interne consistentie ($\alpha=0.84$).

Om te bekijken of patiëntengroepen verschillen op de items en totaalscore is gekeken naar de gemiddelde score per patiëntengroep en is gekozen voor een Univariate variantie-analyse (Anova) om te bekijken of deze gemiddelden significant verschillen. In deze steekproef is voldaan aan de assumptie van homogeniteit van varianties. Ook lijken de scores normaal verdeeld.

Allereerst wordt er gekeken naar de totaalscore op de historische items. In tabel 2 staan alle gemiddelde scores en standaarddeviaties van de patiëntengroepen op de HKT_2010_EX.

Tabel 2: Gemiddelde scores per stoornis op de HKT_2010_EX

Stoornis	N	H-items		K-items		T-items		Totaal HKT	
		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Psychotici	11	26.9	5.7	33.4	9.7	18.4	4.1	78.6	13.8
Persoonlijkheidsstoornis	49	24.7	6.4	25.6	9.0	15.4	5.0	65.7	15.1
Comorbide	18	24.8	5.9	29.7	10.6	17.2	4.9	71.7	18.3

Patiënten met een persoonlijkheidsstoornis en met een comorbide stoornis scoorden gemiddeld ongeveer gelijk op de totaalscore van de historische items, respectievelijk $m=24.7$ ($SD=6.4$) en $m=24.8$ ($SD=5.9$). Patiënten met een psychotische stoornis scoorden hoger, namelijk $m=26.9$ ($SD=5.7$). Middels een Anova is gekeken of de gemiddelden van de patiëntengroepen significant van elkaar verschillen. De gemiddelden op de totaalscore van de historische items bleken niet significant van elkaar te verschillen, $F(2, 75)=0.58$, $p=ns$. In tabel 3 staat een overzicht van de gegevens uit de variantieanalyse.

Tabel 3: Toets voor het verschil in gemiddelden per patiëntengroep op de indicatoren en totaalscore van de HKT_2010_EX

	F	Df	P-waarde
Totaalscore H-items	0.58	2, 75	ns
Totaalscore K-items	3.58	2, 75	<.05
Totaalscore T-items	2.12	2, 75	ns
Totaalscore HKT	3.40	2, 75	<.05

Op de totaalscore van de klinische items zien we verschillen in gemiddelden tussen de verschillende patiëntengroepen. Patiënten met een psychotische stoornis scoorden wederom het hoogst, $m=33.4$ ($SD=9.7$). Patiënten met een comorbide stoornis volgen met $m=29.7$ ($SD=10.6$) en de laagste gemiddelde score hadden de patiënten met een persoonlijkheidsstoornis met $m=25.6$ ($SD=9.0$). Een Anova geeft aan dat deze verschillen significant zijn: $F(2, 75)=3.58$, $p<.05$.

Op de totaalscore van de toekomstitems hadden patiënten met een psychotische stoornis wederom de hoogste gemiddelde score, $m=18.4$ ($SD=4.1$). Daarna volgt de groep met een comorbide stoornis, $m=17.2$ ($SD=4.9$) en de laagste gemiddelde score had de groep met persoonlijkheidsstoornissen, $m=15.4$ ($SD=5.0$). Deze gemiddelden verschillen echter niet significant van elkaar, $F(2, 75)=2.12$, $p=ns$.

Als laatste is nog gekeken naar de totaalscore op de gehele HKT_2010_EX. Patiënten met een psychotische stoornis hadden de hoogste gemiddelde score van $m=78.6$ ($SD=13.8$). Patiënten met comorbiditeit volgden met $m=71.7$ ($SD=18.3$) en de laagste gemiddelde score was van de patiënten met de persoonlijkheidsstoornis met $m=65.7$ ($SD=15.1$). Deze gemiddelden verschillen significant van elkaar: $F(2, 75)=3.40$, $p<.05$.

De derde onderzoeksvraag betrof het verschil tussen de drie stoornissen en het daadwerkelijk veroorzaken van een agressief incident in de kliniek. In totaal hebben 29 patiënten in de tussenliggende periode van drie of vier maanden na de behandelplanbespreking (dus na het scoren van de HKT_2010_EX) en voor de volgende behandelplanbespreking een agressief incident veroorzaakt, dit is 37.2% van alle patiënten. 49 patiënten hebben geen incident veroorzaakt (62.8%). De incidenten zijn per stoornisgroep in kaart gebracht in een kruistabel, tabel 4.

Tabel 4: aantal patiënten per stoornis dat een agressief incident heeft veroorzaakt

Stoornis	Agressief incident	
	Geen incident	Agressief incident
Psychotische stoornis	8 72.7%	3 27.3%
Persoonlijkheidsstoornis	31 63.3%	18 36.7%
Comorbiditeit	10 55.6%	8 44.4%
Totaal	49 62.8%	29 37.2%

De agressieve incidenten werden het meest veroorzaakt door patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Uit de tabel blijkt ook dat patiënten met een psychotische stoornis het minst vaak een incident veroorzaakten, slechts 27.3% van de psychotici veroorzaakte een incident. Bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis ligt dit hoger, 36.7% van deze groep veroorzaakte een incident. In de patiëntengroep met comorbiditeit ligt het percentage voor het veroorzaken van een agressief incident het hoogst, 44.4% van de patiënten met comorbiditeit veroorzaakte een incident.

Er werd een logistische regressieanalyse uitgevoerd om te onderzoeken welke patiëntengroep het veroorzaken van een agressief incident het beste kan voorspellen. De resultaten staan gepresenteerd in tabel 5.

Tabel 5: Toets voor het voorspellen van agressieve incidenten op basis van groepen stoornissen

	B	S.E.	Wald	Df	P	Exp(B)	95% BHI	
							Ondergrens	Bovengrens
Constante	-0.62	0.23	7.29	1	<.05	0.54	0.30	0.93
Comorbide	-1.04	0.45	5.20	1	<.05	0.36	0.15	0.87
Persoonlijkheid			2.93	1	ns			
Psychotisch			1.07	1	ns			

Wanneer er geen variabelen aan het model worden toegevoegd, maar slechts een constante, dan voorspelt het model 34.9% van de agressieve incidenten correct. Wanneer de onafhankelijke variabele stoornis wordt toegevoegd aan het model vindt er een toename plaats van het aantal correcte voorspellingen van agressieve incidenten, er wordt dan 62.7% correct voorspeld.

Comorbiditeit van een psychotische stoornis en persoonlijkheidsstoornis voorspelt van alle drie stoornisgroepen het beste een agressief incident. Comorbiditeit zorgt voor een significante toevoeging aan het model, Wald(1)=5.20, $p < .05$. De oddsratio voor comorbiditeit is 0.36 waarbij het 95% betrouwbaarheidsinterval loopt van 0.15 tot 0.87. De oddsratio geeft de verhouding weer van de kans op een agressief incident en de kans op het niet optreden van een agressief incident. De oddsratio voor comorbiditeit is kleiner dan 1 en dit geeft aan dat de kans op een agressief incident kleiner is bij patiënten die geen comorbiditeit van een psychotische en persoonlijkheidsstoornis hebben dan bij patiënten die wel deze comorbiditeit hebben. De kans op een agressief incident is daarmee 2.8 (1/0.36) keer zo groot voor patiënten met een comorbide stoornis van een psychotische en persoonlijkheidsstoornis dan voor patiënten met een niet-comorbide stoornis. De groep patiënten met een persoonlijkheidsstoornis voegt niet significant meer toe aan het model voor het verklaren van agressieve incidenten (Wald(1)=2.93, $p = ns$). Dit effect is net niet significant. De groep patiënten met een psychotische stoornis voegt het minst toe aan het model voor het verklaren van agressieve incidenten (Wald(1)=1.07, $p = ns$) en is niet significant.

Discussie

Uit dit onderzoek kunnen we concluderen dat patiënten met psychotische stoornissen, persoonlijkheidsstoornis of een comorbiditeit van deze stoornissen niet significant verschillend worden ingeschat op het risico van agressief gedrag in de kliniek, maar dat er wel verschil zit in de agressieve incidenten die daadwerkelijk worden veroorzaakt. De patiënten met comorbiditeit van een persoonlijkheidsstoornis en de psychotische stoornis veroorzaken het vaakst een agressief incident in de kliniek. Patiënten met een psychotische stoornis veroorzaken het minst vaak een agressief incident. Ondanks dat patiënten niet verschillend worden ingeschat op het risico-oordeel hebben zij wel verschillende totaalscores op de HKT_2010_EX. Opvallend is dat patiënten met een psychotische stoornis de hoogste score behalen op de klini-

sche items en daarmee ook de hoogste totaalscore op de HKT_2010_EX hebben. Scores op de HKT_2010_EX komen dus niet overeen met het gestructureerd klinisch eindoordeel en niet met het veroorzaken van een agressief incident in de kliniek. Deze resultaten pleiten voor het gebruik van een gestructureerde klinische taxatie op toekomstig agressief gedrag.

Het is dus opvallend om te zien dat patiënten niet significant verschillend worden ingeschat op het risico van agressief gedrag, maar dat zij wel verschillende totaalscores hebben en ook verschillen in het wel of niet veroorzaken van een agressief incident. Dit laat zien dat de HKT niet een simpele optelsom is van verschillende items, maar dat het gestructureerd klinisch eindoordeel (terecht) af kan wijken van de totaalscores. Er is dus ondanks alle items op de HKT_2010_EX een factor die ervoor zorgt dat een patiënt niet een hoog klinisch eindoordeel hoeft te krijgen als hij ook een hoge totaalscore heeft. De vraag is dus welke factoren een rol spelen bij het oordelen volgens de gestructureerde klinische blik van de behandelaar of onderzoeker. Wat voegt de klinische blik toe aan het risicotaxatie-instrument? Hierin zouden verschillende zaken een rol kunnen spelen.

Ten eerste heeft de behandelaar na het invullen van het instrument een beeld gekregen van de patiënt. De behandelaar kan nu een wegging gaan maken van de verschillende factoren en bepalen in hoeverre de patiënt een gevaar gaat vormen voor anderen. Bij de ene patiënt zal een item zwaarder wegen dan bij de andere patiënt. De onderzoeker of behandelaar probeert hier een goede afweging in te maken. Deze afweging kan het eindoordeel beïnvloeden. Uit onderzoek van De Vogel en De Ruiters (2003), waarin is gekeken naar de verschillen tussen onderzoekers en behandelaren in het inschatten van het risico van gewelddadig gedrag middels de HCR-20, bleek dat hoofdbehandelaren een ander risico-oordeel gaven dan onderzoekers. Als de behandelaar het gevoel had te worden gemanipuleerd door de patiënt dan gaf hij een hoger oordeel en wanneer positieve gevoelens een rol speelden (willen helpen of blijdschap) dan resulteerde dit in een lager oordeel.

Ten tweede zou de kennis van de behandelaar over psychopathologie een rol kunnen spelen bij het geven van een risico-oordeel. Patiënten met comorbiditeit kregen relatief lage scores op de HKT_2010_EX, maar verschilden niet van de andere patiënten in het klinisch eindoordeel. Uit de literatuur (bijv. Goethals, 2008) is gebleken dat comorbiditeit van een psychotische en persoonlijkheidsstoornis het risico op gewelddadig gedrag vergroot vergeleken met enkel een psychotische stoornis. Mogelijk speelt deze kennis mee in het achterhoofd van de behandelaar bij het beoordelen van het risico op agressief gedrag.

Ten derde speelt risicomangement mogelijk een rol bij het geven van een klinisch eindoordeel. Een patiënt met een psychotische stoornis heeft bijvoorbeeld een hoge risicoscore gekregen op het klinische item 'copingvaardigheden'. Dit hoeft echter niet rechtstreeks te resulteren in een hoog risico-oordeel, omdat er op de behandelafdeling voor psychotische patiënten een laag Expressed Emotion (EE)-klimaat geldt. Expressed Emotions zijn uitingen van gevoelens die voortkomen uit frustratie, teleurstelling of schuldge-

voel. Een laag EE-klimaat houdt in dat er een klimaat wordt gecreëerd dat weinig stress oplevert en waarin rekening wordt gehouden met overstimulatie (Dingemans, Lenior & Linszen, 1996). Achteruitgang kondigt zich daarnaast bij een patiënt met een psychotische stoornis eerder aan dan bij een patiënt met een persoonlijkheidsstoornis. Bij psychotische patiënten zijn er symptomen zichtbaar dat de patiënt achteruit gaat, zoals slaapproblemen en terugtrekken uit het contact. Bij patiënten met persoonlijkheidsproblematiek kan gedrag impulsiever en onverwacht optreden. Het zou dus een goede inschatting kunnen zijn van de behandelaar om een psychotische patiënt ondanks een hoge totaalscore op klinische items een laag risico-oordeel te geven, omdat er sprake is van risicomangement.

Voor vervolgonderzoek is het zinvol om het gestructureerd klinisch oordeel van de behandelaar te bestuderen om duidelijkheid te krijgen in de factoren die meespelen in het geven van een laag of hoog klinisch oordeel.

Daarnaast zou het een aanbeveling zijn voor het samenstellen van een nieuwe versie van de HKT-30 om nog eens goed te kijken naar de invloed van comorbiditeit van een psychotische en persoonlijkheidsstoornis op agressief gedrag. Agressief gedrag in de kliniek komt voort uit een interactie van verschillende variabelen. Patiëntvariabelen zoals psychopathologie vallen hier ook onder (Oster, Bernbaum & Patten, 2001). De HKT-30 is in eerste instantie niet bedoeld voor het voorspellen van agressief gedrag in de kliniek, maar zou hiervoor wel gebruikt kunnen worden. De variabele psychopathologie zit momenteel verwerkt in verschillende historische en klinische items van de HKT, zoals manipulatief gedrag, antisociaal gedrag en psychotische symptomen. Omdat we nu weten dat comorbiditeit van een psychotische en persoonlijkheidsstoornis een risicofactor kan zijn zou dit als apart item opgenomen kunnen worden in de nieuwe versie van de HKT-30.

Daarnaast zou het goed zijn om uit te zoeken welke patiënten met een comorbide stoornis van een persoonlijkheidsstoornis en psychotische stoornis verantwoordelijk zijn voor agressieve incidenten. Vanuit de bestaande literatuur op dit onderwerp bestaat de verwachting dat het hier gaat om de cluster B persoonlijkheidsstoornissen. Uit onderzoek van Hodgins, Lapalme en Toupin (1999) bleek dat het risico op criminaliteit bij patiënten met schizofrenie groter was als er ook sprake was van een antisociale persoonlijkheidsstoornis of van een verslaving. Een optie in dergelijk onderzoek zou dan kunnen zijn om niet alleen te kijken naar het wel of niet veroorzaken van een agressief incident, maar naar het aantal agressieve incidenten van een patiënt in een bepaalde periode.

Het onderzoek heeft een aantal tekortkomingen op de manier waarop het is uitgevoerd. Allereerst was het beter geweest om een grotere steekproef te nemen, zodat de groepen stoornissen ook groter van formaat zouden zijn. Mogelijk was er dan wel een significant verschil gevonden in het risico-oordeel op agressief gedrag. Een andere tekortkoming heeft te maken met de onderzoeksopzet. Huidig onderzoek was een onderdeel van een groter opgezet onderzoek naar de START en de HKT_2010_EX. Als eerst de START is ingevuld en daarna de HKT_2010_EX dan kan dit het invullen van de

HKT_2010_EX hebben beïnvloed. Als dergelijk onderzoek nogmaals wordt uitgevoerd is het beter om dit te scheiden, waarbij de onderzoeker na het lezen van een dossier slechts één risicotaxatie-instrument invult. Op deze manier is het niet mogelijk dat het maken van een risicotaxatie met het ene instrument, het maken van de risicotaxatie met het andere instrument beïnvloedt.

Referenties

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Davison, S., Leese, M., & Taylor, P.J. (2001). Examination of the screening properties of the Personality Diagnostic Questionnaire 4+ (PDQ-4+) in a prison population. *Journal of Personality Disorders*, 15(2), 180-194.
- Daffern, M., Ferguson, M., Ogloff, J., Thomson, L., & Howells, K. (2007). Appropriate treatment targets or products of a demanding environment? The relationship between aggression in a forensic psychiatric hospital with aggressive behavior preceding admission and violent recidivism. *Psychology, Crime & Law*, 13(5), 431-441.
- Dingemans, P.M., Lenior, M.E., & Linszen, D.H. (1996). Psychopathologie van patiënten met schizofrenie en 'Expressed Emotion' van de ouders. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 38, 9-17.
- Eronen, M., Tiihonen, J., & Hakola, P. (1996). Schizophrenia and homicidal behavior. *Schizophrenia Bulletin*, 22(1), 83-89.
- Goethals, K. (2008). *Diagnostic comorbidity and circumstantial risks in psychotic offenders: An exploratory study* (Doctoral dissertation, Radboud universiteit Nijmegen, Nederland).
- Grann, M., Danesh, J., & Fazel, S. (2008). The association between psychiatric diagnosis and violent re-offending in adult offenders in the community. *BMC Psychiatry*, 25(8), 92.
- Grove, W.M., & Meehl, P.E. (1996). Comparative efficiency of informal (subjective, impressionistic) and formal (mechanical, algorithmic) prediction procedures: The clinical-statistical controversy. *Psychology, Public Policy and Law*, 2(2), 293-323.
- Hildebrand, M., Hesper, B.L., Spreen, M., & Nijman, H.L.I. (2005). *De waarde van gestructureerde risicotaxatie en van de diagnose psychopathie. Een onderzoek naar de betrouwbaarheid en predictieve validiteit van de HCR-20, HKT-30 en PCL-R*. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.
- Hodgins, S., & Côté, G. (1993). The criminality of mentally disordered offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 20(2), 115-129.
- Hodgins, S., Lapalme, M., & Toupin, J. (1999). Criminal activities and substance use of patients with major affective disorders and schizophrenia: A 2-year follow-up. *Journal of affective disorders*, 55(2-3), 187-202.

- Linqvist, P., & Allebeck, P. (1990). Schizophrenia and crime: a longitudinal follow-up of 644 schizophrenics in Stockholm. *British Journal of Psychiatry*, 157, 345-350.
- Logan, C., Blackburn, R. (2009). Mental disorder in violent women in secure settings: Potential relevance to risk for future violence. *International Journal of Law and Psychiatry*, 32, 31-38.
- Moran, P., Walsh, E., Tyrer, P., Burns, T., Creed, F., & Fahy, T. (2003). Impact of comorbid personality disorder on violence in psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 182, 129-134.
- Mossman, D. (1994). Assessing predictions of violence: Being accurate about accuracy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 783-792.
- Oster, A., Bernbaum, S., & Patten, S. (2001). Determinants of violence in the psychiatric emergency service. *Canadian Medical Association Journal*, 164, 32-33.
- Peerdeman P. (2006) *Project Veilige zorg*. Opgezocht 13-03-2010. http://www.agressieindezorg.nl/view.cfm?page_id=2950.
- Putkonen, A., Kotilainen, I., Joyal, C.C., & Tiihonen, J. (2004). Comorbid personality disorders and substance use disorders of mentally ill homicide offenders: A structured clinical study on dual and triple diagnoses. *Schizophrenia Bulletin*, 30(1), 59-72.
- Rasmussen, K., & Levander, S. (1996). Symptoms and personality characteristics of patients in a maximum security psychiatric unit. *International Journal of Law and Psychiatry*, 19(1), 27-37.
- Shah, A.K., Fineberg, N.A., & James, D.V. (1991). Violence among psychiatric inpatients. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 84, 305-309.
- Strand, S., Belfrage, H., Fransson, G., & Levander, S. (1999). Clinical and risk management factors in risk prediction of mentally disordered offenders—more important than historical data? A retrospective study of 40 mentally disordered offenders assessed with the HCR-20 violence risk assessment scheme. *Legal and Criminological Psychology*, 4(1), 67-76.
- Swanson, J.W., Holzer, C.E. III, Ganju, V., & Jono, R.T. (1990). Violence and psychiatric disorder in the community: Evidence from the Epidemiological Catchment Area Surveys. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 761-770.
- Vogel, V., de, & Ruiter, C., de (2003). Verschillen tussen onderzoekers en behandelaars in het inschatten van risico van gewelddadig gedrag. *Directieve therapie*, 23(1), 22-31.
- Webster, C.D., Douglas, K.S., Eaves, D., & Hart, S.D. (1997). HCR-20. *Assessing risk for violence, version 2*. Burnaby, BC: Simon Fraser University, Mental Health, Law and Policy Institute.
- Werkgroep Risicotaxatie Forensische Psychiatrie (2003). *Handleiding HKT-30 versie 2002, risicotaxatie in de forensische psychiatrie*. Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen.

Synco van Mesdag: 'Wat is een psychopaath?'

Swanny Kremer

'Men moet de psychopaath begrijpen, zich indenken in zijn geestesleven. Veel tact, toewijding en liefde zijn daarvoor noodig en veel geduld, want het zal herhaaldelijk mislukken bij deze onevenwichtigen. Men moet dan niet treuren en zeggen, het gaat niet, niet mismoedig wezen, daar ligt weer een nieuw gevoel, er kan nog heel wat worden gewonnen.'¹



Wie wat bewaart die heeft wat. Via mijn moeder kwam ik aan papieren van mijn Grootvader die aanwezig is geweest bij een lezing van Synco van Mesdag (1869-1941). Het jaartal op deze vergeelde papieren lezing ontbreekt. Het betreft een lezing die Dr. S. van Mesdag hield op de vergadering die uit werd gegaan van de Vereeniging Het Hoogeland op 25 november in de Harmonie, te Groningen. Het kader waarin de lezing wordt gegeven is het reclassenen, het laten uitstromen in de maatschappij, van 'psychopathen', waartoe Van Mesdag uitleg geeft over de persoonskenmerken van een 'psychopaath'.

Gedurende het lezen van deze gele papieren vroeg ik mij af in hoeverre deze lezing waarin Van Mesdag beschrijft wat een psychopaat is nog actueel is. Nieuwsgierig geworden ben ik er een 'beetje ingedoken'. Daarom heb ik de beschrijving van een psychopaat van Synco van Mesdag, die toch in ieder geval moet stammen van voor 1941, vergeleken met de Psychopathie Checklist-Revised (PCL-R) die wij anno nu gebruiken om in kaart te brengen in hoeverre er sprake is van psychopathische kenmerken bij onze patiëntenpopulatie. Deze bevindingen wil ik graag delen, maar eerst zal ik kort iets over Synco van Mesdag zeggen.

Vanaf 1905 werkte hij als geneesheer bij de strafgevangenis in Groningen - deze gevangenis zal later FPC Dr. S. van Mesdagkliniek worden. Van Mesdag raakte geïnteresseerd in gedetineerden die een psychiatrische stoornis hadden. Hij vond dat je dergelijke gedetineerden ook anders moest behandelen. Enkel opsluiten zou onvoldoende effect hebben. Deze doelgroep van gedetineerden met psychiatrische problematiek had behandeling nodig. Om dit te realiseren schoolde hij zelf zijn personeel op het gebied van psychiatrische stoornissen, en hij onderwees het personeel in mogelijke bejegeningen. Van Mesdag was misschien wel de eerste arts die behandeling van gedetineerden

¹ Citaat van Dr. Synco van Mesdag uit de lezing die ik in dit stuk zal bespreken.

met psychiatrische problematiek koppelde aan de deskundigheidbevordering van medewerkers. Daarbij komt dat ik lees dat Van Mesdag (mogelijk) de eerste was die zogenaamde psychopaten als ‘mens’ wilde behandelen. Medemenselijkheid was het streven, hij trok zich het lot van deze groep gedetineerden aan. Daarbij verloor hij de realiteit, de risico’s, niet uit het oog.

‘Maar men moet hem ondanks alles kritisch bekijken. Als men hem niet door en door kent is het onmogelijk hem de noodige aanpassing aan de maatschappij te verleenen, is het onmogelijk om hem een klein beetje meer vertrouwen te geven of in ieder geval meer tot een werkelijkheidsmensch te maken en uit zijn fantasieën terug te brengen tot de wereld der werkelijkheid.’

In de lezing die ik in mijn handen kreeg behandelde Van Mesdag het thema psychopathie. Hij geeft een beschrijving van wat de persoonskenmerken van een psychopaat zijn. Deze beschrijving zal ik gaan vergelijken met de PCL-R². De Hare-PCL-R is een psychologisch meetinstrument waarmee de diagnose psychopathische persoonlijkheid (kortweg psychopathie) gesteld kan worden. De Hare-PCL-R bestaat uit 20 kenmerken die bij een persoon in meerdere of mindere mate aanwezig kunnen zijn. De items van de PCL-R van Hare gingen uit van het psychopathieconcept van Checkley. Let op, het beroemde boek ‘Mask of sanity’ van Checkley waarin de persoonlijkheidskenmerken van een psychopaat worden beschreven kwam in 1941 uit. Op dit werk van Checkley is de huidige PCL-R van Hare gebaseerd. Het is niet aannemelijk dat Van Mesdag op het moment van de lezing waaraan ik refereer op de hoogte was van dit werk, 1941 is het sterfjaar van Van Mesdag. De bewuste lezing heeft hoogstwaarschijnlijk eerder dan in 1941 plaatsgevonden. De items van de PCL-R zijn op hun beurt weer onderdeel van de twee subschalen: agressief narcisme en impulsieve/antisociale levensstijl. Alle items worden beoordeeld op een driepuntsschaal: 0= nee, 1= misschien/in een aantal opzichten, 2= ja.

Per item van de PCL-R zal ik kijken of er in de lezing van Van Mesdag ook iets over gezegd wordt. Verwacht geen wetenschappelijke verhandeling! Het gaat puur om een grove vergelijking gebaseerd op één enkele lezing van Van Mesdag.

Ik zal gebruik maken van het scoringsformulier dat gebruikt wordt bij de PCL-R om per item inzichtelijk te maken in hoeverre Van Mesdag, voorafgaand aan Checkley, en dus voorafgaand aan een van de bronnen van de PCL-R, een actuele beschrijving van een psychopaat geeft. Ik zal daarbij ook gebruik maken van dezelfde driepuntsschaal, waarbij geldt: 0= nee, geen beschrijving gevonden, 1= misschien/in een aantal opzichten een beschrijving gevonden, en 2= ja, een overtuigende beschrijving van het item gevonden. Na consensus per item met mijn collega Erwin Schuringa kwam ik tot de volgende waardering:

2 Uitgaande van het psychopathieconcept van Checkley (1941) ontwikkelde de Canadees Robert Hare ten behoeve van de meting ervan de Psychopathy Checklist (PCL; Hare, 1980) en later de herziene versie de Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R; Hare, 1991).

Score Opmerkingen van Synco van Mesdag

1	Gladde prater/op- pervlakkige charme	0	- De psychopaath kan ook in positie- ve zin afwijken.
2	Sterk opgeblazen ge- voel van eigenwaar- de	2	- De onbegrepen wereldhervormer die overal fouten ziet die hij wil ver- beteren, die de hele wereld wil her- vormen. Het verstand kan toereikend zijn voor een gewone werkkring, maar zij willen altijd meer en hooger, hooger dan zij zelf kunnen waarma- ken. - ... personen die zelf sterk tot hun recht willen komen en zich op den voorground stellen, die hun eigen per- soonlijkheid opdringen en een ander willen overheerschen.
3	Prikkelhongerig/nei- ging tot verveling	2	- Personen met sterke afwijkingen in temperament en karakter. - Zij hebben gebrek aan doorzettings- vermogen, omdat zij onmiddellijk door iets anders worden geïmponeerd en daarvoor warmlopen. Het zijn mensen waarop geen staat te maken is. Hiertoe horen de bohemiens in de artistieke wereld, verder een hele mas- sa geestelijk wankelende verlopen sujetten. - Men vindt ze onder vagebonden. - De globetrotters die hun hele leven verdoen met overal naartoe trekken. Spelers, alcoholisten, morfinisten. - In de puberteit komt de lust tot avontuur naar boven. - Gedreven door hun driftenleven, door de lagere geestelijke functies door sexueele driften, driften naar ge- not, genot van eten en drinken.

4	Pathologisch liegen	2	<ul style="list-style-type: none"> - Een dikwijls al te geweldige fantasie. Die fantasie geeft aanleiding tot allerlei vormen van leugenachtigheid. Voortdurend liegen ook zonder voordeel voor de psychopaath, zichzelf ook beliegen. - Verder heeft men de fantasten, dat zijn menschen die in de omgang met anderen altijd door leugens vertellen.
5	List en bedrog/manipulerend gedrag	2	<ul style="list-style-type: none"> - We hebben onder deze menschen erge fantasten, leugenaars, zwendelaars. - Zij hebben dikwijls te doen met menschen die niet dadelijk begrijpen welk vleesch zij in de kuip hebben en die beginnen met ze te vertrouwen. - Kan een ander zeer lange tijd oplichten.
6	Gebrek aan berouw of schuldgevoel	2	<ul style="list-style-type: none"> - Kan een ander zeer lange tijd oplichten. - Zij weten dat een handeling verkeerd is, maar de innerlijke dwang openbaart zich, zij kunnen dwanghandelingen doen die onmaatschappelijk zijn.
7	Ontbreken van emotionele diepgang	1-2	<ul style="list-style-type: none"> - Wat het verstand betreft buitengewoon begaafd, maar die eenvoudig geen vatbaarheid hebben voor ethische en esthetische woorden die weinig gevoel hebben om het schoone, het goede en edele dat om hen heen is waar te nemen. Zij leven in zuiver verstandelijke dingen. - Zij reageeren vlug en zijn dan vrolijk en opgewekt en daartegenover staan perioden waarin zij ontstemd zijn en langzaam en traag.
8	Kil/gebrek aan empathie	1	<ul style="list-style-type: none"> - Zij bestelen hun vader of patroon.
9	Parasitaire levensstijl	1	<ul style="list-style-type: none"> - Kan stelen van vader of patroon. - Men vindt ze onder vagebonden.

10	Gebrekkige beheersing van het gedrag	2	<p>- Verder vinden wij bij deze menschen een groote labiliteit, een sterk wankelen van het gevoelsleven. Het gevoelsleven is tot overmatigheid geneigd.</p> <p>- Verder de mensch met waaghalzerij.</p> <p>- De psychopaath kan op een kleine prikkel reacties vertoonen, die volstrekt in hevigheid of in daar of in beider opzicht volmaakt onevenredig zijn, aan de oorzaak.</p> <p>Een veel te hevige gevoelsreactie.</p> <p>- De verschijnselen van psychopathie kunnen op een gegeven oogenblik tijdelijk zoo sterk worden, dat men bepaald met een toestand van krankzinnigheid te maken krijgt.</p> <p>Ineens de kluts kwijtraken als iets hem angst inboezemt.</p>
11	Promiscue seksueel gedrag	0-1	<p>- Men vindt ze onder prostituees.</p>
12	Gedragsproblemen op jonge leeftijd	2	<p>- Zij passen zich buitengewoon slecht aan in de maatschappelijke toestanden.</p> <p>Wanneer wij informeerden over de jeugd van een psychopaath, zullen wij dikwijls hooren, dat er niet een bepaald type van psychopathie ontstond, maar dat men te maken had met kinderen, die in het algemeen moeilijk opvoedbaar zijn, die allerlei verkeerde dingen doen, die plagen, stelen, gappen, die nooit gehoorzaam zijn, kortom die aan iedere opvoedkundige methode ontsnappen.</p>

13	Ontbreken van realistische doelen op lange termijn	2	<p>- Er is altijd een onevenredigheid tussen het willen van die mensen en de doelstelling, capaciteit om daaraan te kunnen voldoen. Dat is ook disharmonie, onevenwichtigheid.</p> <p>- Zij kunnen in het maatschappelijk bestaan zich niet goed aanpassen. Hij hoort in de gemeenschap maar vindt zijn plaats er niet.</p>
14	Impulsiviteit	2	<p>- De onderlinge harmonie is verstoord. Allerlei tegenstrijdigheden in het karakter. Is in geestelijk opzicht verhoogd kwetsbaar. Heeft geestelijk een geringer weerstandsvermogen. Echte 'kruidjeroermijniets'</p> <p>- Deze personen zijn vaak impressief, loopen gauw warm ze gaan impulsief tot handelen over, zijn ongedurig en onberekenbaar.</p> <p>- Labiel gemoedsleven, afwijkingen in de stemming. Zonder aanleiding zijn zij prikkelbaar.</p> <p>- Er zijn psychopathen bij wie er epileptische stemming optreedt, het prikkelbare, dat plotselinge uitbarsten op geringe prikkels en zo meer.</p>
15	Onverantwoordelijk gedrag	0-1	<p>- Er bestaat bij deze mensen een onvermogen om moed te houden hetzij in het goede, hetzij in het slechte, want een psychopaath is niet slechts een slecht mensch. Hij kan ook goede eigenschappen hebben. Hij is dan evengoed onevenwichtig in het goede als een misdadige psychopaath dat is in het verkeerde. Het is de neiging tot excessen of aan de goede of aan de verkeerde kant.</p> <p>- Wat de aard der reacties betreft is die bij sommige mensen als een explosie.</p>

16	Geen verantwoordelijkheid nemen voor eigen gedrag	0	
17	Veel kortstondige partnerrelaties	0-1	<p>- Verder vinden wij bij deze mensen een groote labiliteit, een sterk wankelen van het gevoelsleven. Het gevoelsleven is tot overmatigheid geneigd.</p> <p>- Zij passen zich buitengewoon slecht aan in de maatschappelijke toestanden.</p>
18	Jeugdcriminaliteit	2	- De criminaliteit ontplooit zich dus in nauwe samenhang met zijn aanleg, vandaar een vroeg optredende blijvende en dus ook sterke gevaarlijke neiging tot misdaad.
19	Schending van voorwaarden	1	- Gebrek aan sociale aanpassing.
20	Veelsoortige criminaliteit	1	<p>- Soms komen zij tot grootere misdaden.</p> <p>Een duidelijk grootere crimineele betekenis vindt men bij die typen met ongelukkige algemeene affectsaanleg. Wanneer wij nu even letten op de verschillende soorten misdrijven, dan hebben wij de kleinere eigendoms-misdrijven, die worden begaan door normale mensen, maar bij deze misdadigers vindt men vele vormen van zwakzinnigheid.</p>

Totaal Score**25-29**

Op factor 1, agressief narcisme scoort Synco van Mesdag in deze beschrijving 62,5% op een volledige opsomming van persoonlijkheidskenmerken van psychopathie en op antisociale levensstijl zelfs 77,8% (waarbij alle scores 0-1 gewaardeerd zijn als een 0, de 1-2 ook naar beneden werd afgerond). Oké, laten we eerlijk zijn. Ik baseer het invullen van deze PCL-R op één enkele lezing van Synco van Mesdag. Dat is wel een heel beperkte bron. Ik zal dat eens nader belichten. Wanneer ik meer bronnen had gehad, dan had ik wellicht bepaalde items uit de PCL-R beter kunnen onderbouwen. De score was er vast niet lager door geworden. Daarom durf ik de voorzichtige uitspraak te doen dat Synco van Mesdag voor zijn tijd, met een score van 25 tot 29, nog zeer actueel is op het gebied van kennis omtrent psychopathie.

Positief gelabeld kun je stellen dat Van Mesdag in zijn leven zeer vooraanstaand was, en dat zijn beschrijving gegeven in de betreffende lezing nog steeds vooraanstaand is op het gebied van kennis over kenmerken van psychopathie. Zou je negatief gesteld kunnen beweren dat we sinds Van Mesdag dan niet veel op zijn geschoten met betrekking tot het in kaart brengen van persoonskenmerken van psychopaten? Daar laat ik mij niet over uit.

Waar ik mij nog wel over uit wil laten is het volgende: Van Mesdag had een zeer aanwezig ethisch denkraam in mijn beleving. Zowel naar het personeel als naar de patiëntenpopulatie toe. Door zijn personeel te scholen gaf hij hen daadwerkelijk de handvaten om met de doelgroep aan het werk te gaan. Dat mes snijdt aan twee kanten, zowel personeel als patiënten zouden hier in principe bij gebaat moeten zijn. En zo komen wij uit bij zijn medemenselijkheid die hoog in het vaandel stond bij Van Mesdag. Zullen we dat, in de huidige tijd van marktdenken, nog eens op ons in laten werken?

En verder, ook in verband met de actualiteit: met betrekking tot de uitstroom van deze populatie zijn er nog steeds hier en daar hindernissen te nemen. In dat kader vond ik het heel mooi om te lezen hoe Synco van Mesdag zijn lezing afsluit, vol goede moed:

‘Het is natuurlijk niet prettig om van elkaar te gaan met de geachte dat deze zaak op het oogenblik betrekkelijk nog in een beginfase is, maar het is toch ook weer prettig om het te beleven dat er een nieuwe phase voor deze moeilijke groep zal intreden en men meer kan werken en beter in vervulling brengen. Ieder moet er aan denken dat hij het in zijn macht heeft iets te doen. Hoe grooter de overtuiging wordt dat het nog niet goed is en het beter kan en langs welke lijnen de verbetering verkregen kan worden, hoe meer kans er is tot een betere toekomst te geraken. Ik hoop dat wij als wij van elkander gaan het doen in vertrouwen, dat wij als wij doorwerken, wij voor de menschen de betere goederen zullen veroveren. Ik heb gezegd’.

Artikel

Loyaliteit in de jeugdhulpverlening

Klasien van der Deen

Inleiding

In de jeugdhulpverlening wordt steeds meer gewerkt met gezinssystemen (Delsing, 2004). Ouders¹ zijn en blijven belangrijk voor kinderen ook als deze (tijdelijk) uit huis geplaatst zijn. De huidige behandel- en begeleidingsprogramma's voor jeugdigen met gedragsproblematiek en delinquentie zijn voor een belangrijk deel systemisch gericht en vaak een combinatie van cognitieve gedragstherapie en systeemdenken. Bartels (2009) beschrijft een aantal van deze combinaties zoals Functional Family therapy (FFt), Multisystems therapy (MSt), Triple P (positive parenting program) en MDFt (multidimensional family therapy voor verslaafde jongeren).

In dit artikel gaan we in op het concept loyaliteit zoals gedefinieerd door Boszormenyi-Nagy. Het begrip loyaliteit is in de beroepspraktijk bruikbaar en goed verenigbaar met sociale-netwerkanalyse en biedt mogelijkheden voor empirische onderbouwing. De ideeën van Boszormenyi-Nagy hebben veel invloed op de hulpverlening (Kanis, 2004). Nijnatten (1999) beschrijft dat in de gezinsvoogdij de theorie van Boszormenyi-Nagy het uitgangspunt voor het beroepsmatig handelen vormt. Het belang van ouders voor de hulpverlening wordt door Boszormenyi-Nagy en anderen² verklaard uit de loyaliteit die kinderen naar hun ouders hebben. Onder loyaliteit verstaan Boszormenyi-Nagy en Krassner (1998)

...een preferentiële betrokkenheid op een relatie, die is gebaseerd op een verschuldigd zijn dat op zijn beurt weer is ontstaan uit verworven verdienste. Ouders krijgen kinderen en worden verplicht te zorgen voor overleving en verzorging van hun kinderen. Ouders verdienen ook de betrokkenheid van hun kinderen als dank voor de unieke, niet terug te betalen bijdrage van vader en moeder. (Boszormenyi-Nagy & Krassner 1998, p.30).

Deze loyaliteit tussen generaties bestaat niet omdat het

...een plicht is of een gevoel van loyaliteit of gebaseerd op de psychologie van hechting of aantrekkingskracht. Zij komt niet voort uit op door macht geïnspireerde afhankelijkheid of onderwerping van de zwakkere (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1998, p.30).

De oorsprong van loyaliteit is de biologische band tussen ouders en kinderen. Loyaliteit bestaat op grond van "de onherroepelijkheid van familiebanden" (Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1998, p.30). Deze loyaliteit wordt de

1 In dit artikel wordt met ouders steeds biologische ouders bedoeld. Daar waar het gaat om pleeg- en/of adoptieouders wordt dit expliciet vermeld.

2 Zie Boszormenyi-Nagy en Ulrich, 1981; Boszormenyi-Nagy en Spark 1984; Boszormenyi-Nagy en Krasner 1998.

“zijnsloyaliteit” genoemd (Boszormenyi-Nagy & Ulrich, 1981; Boszormenyi-Nagy & Spark, 1984; Boszormenyi-Nagy & Krasner, 1998). Of een kind nu wel of niet bij de biologische ouders opgroeit, is daarbij volgens hen niet van belang. Ouders schenken het leven aan hun kind en daardoor heeft het kind een loyaliteitsband en verplichting tot die loyaliteit. Een natuurlijk recht dat volgens Dillen (2004) niet als normatief, in de zin van behorend te, dient te worden begrepen, maar door Boszormenyi-Nagy bedoeld wordt als iets dat in elk kind aanwezig “is” (Dillen, 2004, p.64).

Biologische ouders hebben aan de ene kant de plicht om voor hun kind te zorgen. Aan de andere kant verdienen ouders daarmee de loyaliteit van hun kind; loyaliteit van het kind aan de ouders is een recht van ouders en een plicht van kinderen. Daarbij geldt dat er een balans moet zijn tussen dit geven en nemen (ontvangen) tussen ouders en kinderen (Dillen, 2004). Deze balans zal tussen ouders en kleine kinderen anders liggen dan tussen ouders en hun volwassen kinderen. Disbalans in dit geven en ontvangen kan ontstaan indien ouders te veel of te weinig geven. Een dergelijke disbalans kan de gezonde ontwikkeling van het kind verstoren.

In de omschrijving van loyaliteit door Boszormenyi-Nagy en Krasner (1998) lijkt de biologische bepaaldheid essentieel. Daarmee is tegelijkertijd deze loyaliteit onontkoombaar³. Het niet loyaal zijn, bestaat volgens hen niet.

Deltour (2005) geeft in dit verband aan: je kunt van iedereen scheiden maar nooit van je ouders. Je hebt nooit ex-ouders.

Vandaar dan ook dat de relatie tussen ouders en kinderen in de hulpverlening van essentieel belang wordt geacht. Bruin-Beneder (2001) vindt deze loyaliteit essentieel in het werken met kinderen en jeugdigen, ongeacht de stroming van waaruit gewerkt wordt.

Er zijn ouders die hun kinderen vaak en diep teleurstellen. Toch verdragen sommige van deze kinderen geen kritiek op hun disfunctionerende ouders en willen zij het contact met hun ouders behouden. In dit artikel wordt deze soms ‘knellende’ rol van loyaliteit van kinderen naar hun ouders en de visie van hulpverleners op deze loyaliteit beschreven. Hiervoor is een beperkte studie uitgevoerd onder 12 jeugdhulpverleners. De opzet van dit artikel is als volgt. In de volgende paragraaf wordt verder ingegaan op het begrip loyaliteit. Daarna wordt de onderzoeksopzet beschreven, waarna de resultaten worden gepresenteerd. Ten slotte eindigt dit artikel met een beschouwing over de resultaten.

Loyaliteit nader bekeken

Afhankelijk van de verstoring van de relatie tussen ouder en kind benoemen Boszormenyi-Nagy en Krasner (1998) verschillende soorten loyaliteit: des-

3 Naast “zijnsloyaliteit” erkennen Boszormenyi-Nagy & Krasner (1998) de verworven loyaliteit die kan ontstaan met niet biologische ouders.

tructieve loyaliteit (bijvoorbeeld als kinderen mishandeld zijn), gespleten loyaliteit (bijvoorbeeld als kinderen tussen ouders moeten kiezen) en onzichtbare loyaliteit (bijvoorbeeld als een kind woont bij pleegouders en van deze niet loyaal mag zijn met de biologische ouders). Als kinderen, in de relatie met hun ouders, te veel geven is er sprake van parentificatie. Het kind neemt zo gezegd een deel van de ouderlijke verantwoordelijkheid over. Earley en Cushway (2002) constateren dat er een negatief verband bestaat tussen het welzijn van kinderen en hun geparentificeerde rol. Bij parentificatie wordt onderscheid gemaakt tussen de meer praktische ondersteuning van het kind naar de ouder en de emotionele omdraaiing van rollen, waarbij het kind de ouder emotioneel moet ondersteunen. Earley en Cushway (2002) zien juist dit laatste als een last voor het kind.

Vanuit de eigen jeugd krijgt elke volwassene legaten mee van de eigen (groot) ouders. Deze legaten zijn opdrachten die vaak onbewust verstrekt worden. Ouders geven deze opdrachten door aan hun eigen kinderen. Een legaat is niet automatisch een opdracht om (ineffectief) gedrag van de eigen ouders te herhalen. Echter door een negatief legaat kunnen mensen destructief recht opbouwen dat op de volgende generatie verhaald wordt (Dillen, 2004). Het loyaliteitsconcept van Boszormenyi-Nagy biedt zowel een verklaringsmodel van de relatie tussen generaties ouders en kinderen als een model voor beroepsmatig handelen (Heyndrickx, Barbier, Driesen, Ongevalle, Vansevenant, 2005; Nabuurs, 2007).

Hekken (1990) constateert op grond van haar onderzoek bij ouders en kinderen naar hun mening over het concept van Boszormenyi-Nagy dat er voorzichtig geconcludeerd kan worden dat loyaliteit bestaat. Over het ontstaan van deze loyaliteit is volgens Leibig & Green (1999) nog weinig onderzoek gedaan. IJzendoorn (1994) brengt het begrip loyaliteit met hechting in verband en verklaart het voegen van kinderen naar hun ouders als een “genetisch verankerde neiging tot zoeken van nabijheid als grond van de gehechtheidrelatie van een individu” (p.18). IJzendoorn (2008) geeft verder aan dat er een culturele component is in de wijze van gehechtheid. Hoogsteder & Vriese (2004) constateren dat in de hulpverlening de begrippen hechting en loyaliteit veelvuldig door elkaar worden gebruikt.

Vanuit het perspectief van loyaliteit door de generaties heen en het uitvoeren van legaten wordt negatief gedrag van de ouders naar hun eigen kinderen in een begrijpelijk kader geplaatst en begripvol tegemoet getreden. Opvallend is dat daarmee ook een deel van de verantwoordelijkheid bijvoorbeeld rond kindermishandeling anders verwoord wordt, ouders verhalen op de volgende generatie wat hen zelf is overkomen. En daarmee wordt deels het gedrag van de ouders ontschuldigd⁴ (Eerenbeemt & Heusden, 2003).

4 Ontschuldigen wordt door Boszormenyi-Nagy & Krassner (1998) beschouwd als het als volwassene begrip krijgen voor de ouder die tijdens de jeugd tekort schoot door mishandeling, verwaarlozing, etc.

Singer & Wegelin (1991) plaatsten kritische kanttekeningen bij loyaliteit als natuurlijk gegeven in de biologische ouder-kindrelatie. Het al dan niet bestaan van loyaliteit is, volgens hun opvatting, afhankelijk van de cultuur waarin het kind opgroeit en niet een algemene levenswaarde die elk kind automatisch bezit. Daarnaast vinden zij dat Boszormenyi-Nagy te weinig aandacht besteedt aan de eigen autonome keuze om al dan niet loyaal te zijn. De definiëring en het belang van loyaliteit binnen de gezinsrelatie verdient volgens Wegelin (Singer & Wegelin, 1991) aanpassing. In de situatie waarin het kind slachtoffer is van de ouder, is het belangrijk dat het kind, los van de cultuur rond loyaliteit, de vrijheid krijgt zelf te bepalen welke waarde deze loyaliteit heeft. Los van “de familiale loyaliteit” (Singer & Wegelin, 1991, p.37) die door de maatschappij als juist wordt voorgehouden. Lampo (2004) waarschuwt om in de hulpverlening te veel rekening te houden met de ouder-kindrelatie. Een negatieve relatie tussen ouder en kind kan ineffectief werken op de ontwikkeling van het kind.

Onderzoeksopzet

Er is een pilotstudie uitgevoerd onder 12 hulpverleners van de Jeugdhulp Friesland⁵. Deze hulpverleners werkten op twee locaties en hadden verschillende taken en beroepsachtergronden: twee orthopedagogen, een creatief theaterpeut en negen begeleidende medewerkers van ouders, kinderen en pleegouders.

Met de twaalf respondenten werd een semigestructureerd interview afgenomen waarin een aantal onderwerpen met betrekking tot loyaliteitsaspecten besproken werd. Als voorbereiding op het interview dienden de 12 respondenten praktijkvoorbeelden van tenminste drie kinderen mee te nemen zodat zij gedurende het interview hun visie konden staven met voorbeelden uit de beroepspraktijk. In totaal werden praktijkvoorbeelden van 47 gezinnen (waaronder gezinnen met meerdere kinderen) meegenomen. Redenen voor aanmelding van deze kinderen bij de Jeugdhulpverlening waren verwaarlozing, mishandeling, seksueel geweld, drugsverslaving ouders, psychiatrische problematiek van de ouders, overleden ouders en probleemgedrag van het kind zelf. De leefsituatie van de kinderen varieerde. Er waren zowel gezinnen met kinderen van dezelfde vader en/of moeder, maar ook gezinnen waarvan de kinderen van verschillende ouders waren. Een deel van de 73 kinderen zat in een pleeggezin (12) of in een instelling (20).

Alle kinderen kregen ambulante en/of residentiële hulpverlening. De volgende algemene vragen waren richtinggevend voor het interview:

- Hoe definiëren hulpverleners loyaliteit?
- Hoe wordt loyaliteit zichtbaar voor hun in de dagelijkse praktijk?
- Hoe wordt in de behandeling omgegaan met loyaliteit?

⁵ Dit onderzoek vormt onderdeel van een onderzoek naar de rol van loyaliteit van kinderen naar hun ouders uitgevoerd aan de Stenden Hogeschool

De respondenten werden rechtstreeks gevraagd naar hun definitie van het begrip loyaliteit. Daarnaast werd hen een aantal stellingen voorgelegd die verband hielden met de definitie van loyaliteit. Deze stellingen waren:

1. Kinderen kunnen niet niet-loyaal zijn aan hun ouders.
2. Ouders die betrokken zijn bij hun kinderen hebben loyalere kinderen.
3. Onveilig gehechte kinderen zijn loyaler naar hun ouders.

Wat betreft de zichtbaarheid van loyaliteit in het dagelijks handelen is gebruikt gemaakt van de praktijkvoorbeelden van de hulpverleners om de loyaliteit concreet te maken.

Het issue beroepsmatig handelen rond loyaliteit werd zowel rechtstreeks gevraagd (Wat zie je van de loyaliteit terug in de behandeling/hoe tonen de kinderen dat?) en via drie stellingen:

1. De behandeling van kinderen die loyaal zijn aan hun ouders is minder effectief.
2. Je moet kinderen leren minder in plaats van meer loyaal te zijn aan hun ouders.
3. Omgaan met loyaliteit is een wezenlijk onderdeel van de behandeling.

Een gemiddeld interview duurde ongeveer anderhalf uur en elk interview werd letterlijk uitgetypt en aan de respondenten toegezonden met het verzoek aan te vullen waar volgens hen extra informatie op zijn plaats was. Zes van de twaalf respondenten zonden het verslag met extra informatie retour. Daarna zijn alle uitgewerkte interviews toegezonden aan twee van de twaalf respondenten met het verzoek de interviews te lezen en aan te geven wat volgens hen de essentie was van de interviews. Dit is vervolgens mondeling met hen besproken. Hiervan werd letterlijk verslag gemaakt en ter verifiëring aan hen voorgelegd. Al deze schriftelijke informatie is vervolgens kwalitatief geclusterd en geanalyseerd. Wanneer twee of meer personen dezelfde mening waren toegedaan werd dit als belangrijk genoeg gevonden om te noteren. Daarnaast is ook de vrijheid genomen om citaten te gebruiken ter ondersteuning van het betoog.

Resultaten

Definiëring loyaliteit

Het begrip loyaliteit werd door de respondenten voornamelijk vanuit het kindperspectief gedefinieerd. De kern van loyaliteit werd door negen respondenten beschreven als de biologische onverbreekelijke band tussen het kind en zijn of haar biologische ouders. Daarnaast voegden vijf van de negen hulpverleners eraan toe dat deze band onvoorwaardelijk is en bestaat ongeacht het gedrag van ouders. Loyaliteit werd gezien als noodzakelijk aanwezige factor in het bestaan van een kind. Enkele karakteristieke uitspraken van de respondenten waren *“het is de basis, ondanks alles wat heeft plaats gevonden”* en *“het is ook de redding en de kracht van het kind, omdat het anders helemaal alleen zou*

zijn.” Deze verbondenheid kreeg in de definiëring soms een metafysische toon: *“die is er gewoon, die verbondenheid die alles overstijgt, dat zijn mijn ouders, daar kom ik vandaan”*. Een enkele keer werd door de respondenten aan de hand van de door hen ingebrachte casuïstiek geconstateerd dat ze minder of geen loyaliteit bij het kind zagen.

Deze niet loyale houding van het kind verbaasde de hulpverleners. Ook omdat zij geloofden dat loyaliteit van het kind naar de ouder een natuurlijk gegeven is op grond van de biologische band tussen ouder en kind.

Tegelijkertijd werd het niet loyaal zijn gezien als een “lastige situatie”.

De reacties op de 3 stellingen onderschreven niet helemaal het beeld van de onvoorwaardelijkheid van de band tussen kind en ouders zoals deze in eerste instantie in de definitie werd benoemd (tabel 1).

Tabel 1 Stellingen ter ondersteuning definitie van loyaliteit

stellingen	ja	nee	weet niet
1. Kinderen kunnen niet niet-loyaal zijn aan hun ouders	7	2	1
2. Ouders die betrokken zijn op hun kinderen hebben loyalere kinderen	1	9	-
3. Onveilig gehechte kinderen zijn loyaler aan hun ouders	3	5	3

Op stelling 1 gaven twee respondenten aan dat het mogelijk was dat kinderen niet loyaal aan hun ouders waren. Dit terwijl in de definiëring door negen respondenten werd aangegeven dat de loyaliteitsband tussen ouders en kind onverbreekbaar was. Wat betreft de stelling over de relatie tussen de betrokkenheid van de ouder en de mate van loyaliteit van een kind werd door negen personen aangegeven dat er geen verband bestond.

Opvallend is dat over stelling 3 weinig overeenstemming was. Door drie van de 11 geïnterviewden werd aangegeven dat onveilig gehechte kinderen loyaler zijn aan de ouders terwijl vijf geïnterviewden dit juist niet vonden.

Daarnaast merkte een geïnterviewde op dat deze kinderen niet loyaler zijn, maar dat onveilig gehechte kinderen loyaliteit anders tonen.

Een aantal respondenten benoemden gradaties van loyaliteit. Uitgangspunt was daarbij de aard van de relatie waarbij een onderscheid werd gemaakt in loyaliteit tussen familieleden en naar vrienden of werkgevers. Een keer werd het onderscheid aangegeven tussen de verticale (naar ouders) en horizontale loyaliteit (naar broers en zussen) waarbij de verticale sterker werd gevonden dan die naar de horizontale. Daarnaast werd nog de loyaliteit tot het totale leed in de wereld benoemd, waarbij loyaliteit als een menselijk basisgevoel werd omschreven.

Zichtbaarheid loyaliteit

Dat loyaliteit bestond en een belangrijk onderdeel vormde van het “zijn” van het kind werd door het merendeel van de respondenten aangegeven. Echter, het geven van voorbeelden van kenmerkend gedrag van deze loyaliteit was soms ingewikkelder. Bij het beschrijven van loyaliteit in concrete voorbeelden constateerden enkele respondenten dat het moeilijk was dit te beschrijven. Zij bleven steken in de constatering dat het bestond, maar konden geen concreet voorbeeld noemen. Zo gaf een respondent aan: *“Ik zie, denk ik, dat er heel veel kanten met loyaliteit spelen”*. Een andere respondent gaf als voorbeeld de reactie van een kind op zijn moeder die een relatie had waar hij niet mee kon opschieten, *“Ja, je wilt je moeder misschien niet afvallen”*. De beschrijving van voorbeelden van zichtbaarheid van loyaliteit valt in drie categorieën in te delen (Tabel 2).

Tabel 2 Zichtbaarheid loyaliteit

categorie	Aantal respondenten	Voorbeelden
Aardig zijn voor de ouder	4	Contact willen houden; positief over de ouder spreken ondanks dat wat een kind is aangedaan
De ouder ontzien	6	Pleasegedrag vertonen; op de tenen lopen; ouders het naar de zin proberen te maken; bang zijn ouders te krenken; zorg dragen voor ouder; de ouder beschermen
Zich afzetten	1	Zich afzetten tegen de hulpverlening, tegen de ouder

Hoewel de geïnterviewden over het algemeen loyaliteit definieerden vanuit een biologische dimensie werd een paar keer in de zichtbaarheid van loyaliteit gerefereerd aan voorbeelden van loyaliteit van kinderen aan hun pleegouders: *“Uit loyaliteit naar die pleegouders omdat ze daarbij wilden horen waren ze bereid zich aan te passen aan hen”*.

Bij het beschrijven van de loyaliteit van het kind naar de ouder gaven de hulpverleners aan dat in hun beroepspraktijk veel kinderen – of ze nu juist wel of niet hun ouders graag wilden zien – op zijn minst in de war raakten door het contact met de ouder(s). Dit kwam bijvoorbeeld doordat ouders een niet leeftijdsadequaat beroep op hun kind deden zoals deelgenoot maken van hun eigen zorgen, of hun kind tegen de hulpverlening of de pleegouders opzetten.

Alle respondenten benoemden loyaliteit als een belangrijk gegeven in de jeugdhulpverlening. Daarom is aan de respondenten gevraagd hoe zij met loyaliteit omgaan in de behandeling. De antwoorden van de respondenten zijn onderverdeeld in: algemene houdingsaspecten van de hulpverlener, bejegening naar de kinderen, ouders en eventuele pleegouders.

Behandeling en loyaliteit

Algemene houdingsaspecten Essentieel in de hulpverlening is volgens de respondenten dat ouders waar mogelijk bij de hulpverlening betrokken worden en respectvol bejegend worden. Elke hulpverlener stelt zich neutraal op: de zogenaamd meerzijdig partijdige opstelling. Essentieel daarbij is, zo werd aangegeven, dat je iedereen centraal stelt en begrip vraagt voor ieders standpunt en dat alle partijen elkaar erkennen en begrip geven. Van de hulpverlener eist dit, zo gaf een medewerker aan, dat *“ik door mijn houding laat merken dat ik beschikbaar ben voor ouders en kinderen”*. Tegelijkertijd betekent dit dat ik *“niet ingezogen wil worden in het systeem”*.

Naast deze neutrale opstelling wordt gekeken *“hoe het met de loyaliteit van het kind is”* en *“of er sprake is van gespleten loyaliteit.”* Een gezinswerker gaf aan dat je *“heel erg die loyaliteiten voor ogen moet hebben en dat dit iets is wat je met gezinnen bespreekt”*. Als er een conflict is rond loyaliteit wordt dit besproken in het behandelteam.

In de bejegening naar de kinderen betekent dit concreet dat de loyaliteitsgevoelens van het kind naar de ouder bespreekbaar worden gemaakt. Er wordt uitleg gegeven over hoe deze gevoelens (positief en negatief) naar ouders naast elkaar kunnen bestaan. Er wordt niet negatief over de ouder tegen het kind gecommuniceerd. Integendeel, er wordt altijd vriendelijk over de ouder gesproken en er wordt benadrukt dat ouders weliswaar fouten maken maar van hun kinderen houden. Zo werd gezegd *“het kind kan wel negatieve dingen erover zeggen maar de hulpverlener niet”*. Dit omdat negatief over de ouders communiceren *“onveilig is voor het kind”*.

Verder werd aangegeven dat er *“geduld”* van het kind gevraagd werd en geadviseerd werd om *“blij te zijn met dingen die de ouder wel heeft”* en *“in te spelen op de ouder en de situatie te accepteren”*. Of *“als een kind klaagt over zijn ouder, dan blijf ik professioneel, dat ik denk hoe kan ik zorgen dat hij op een andere manier naar zijn moeder kijkt, want hij moet daar mee omgaan”*.

In principe stimuleren zowel de hulpverlening als eventuele pleegouders het contact tussen het kind en de biologische ouders. In die gevallen waar het kind slecht reageerde op het contact met de ouder bestond de *“mogelijkheid tot minder contact”*, zo zei een hulpverlener.

Daarnaast bleek op grond van de ingebrachte casuïstiek dat er ouders waren die helemaal uit beeld waren en waar de kinderen ook op geen enkele manier contact mee leken te hebben of contact mee wilden. Maar ook in die gevallen zei een hulpverlener naar aanleiding van een casus van een vader die in verband met mishandeling niet meer bij het gezin mocht komen, *“in de gezinsbehandeling moet ik eraan denken vader ter sprake te brengen, hij is letterlijk buiten beeld en dreigt dat ook figuurlijk te worden.”*

In de bejegening naar de ouders werd aangegeven dat alle ouders bij de behandeling betrokken werden omdat samenwerking met ouders wordt gezien *“als het beste”*. De mate van samenwerking, zo werd aangegeven *“hangt af van de mogelijkheden van de ouders en of zij daarvoor open staan”*. Zo werd gezegd:

“je kunt een bloedband niet zo maar doorsnijden” en “loyaliteit weegt zo zwaar dat de ontwikkeling van het kind niet kan zonder omgeving”. Daarnaast werd geantwoord dat samenwerking met ouders afhankelijk was van de setting waarin gewerkt werd. Soms leidt dat tot problemen in de residentiële setting omdat de groepsleiding loyaal aan het kind is en niet aan de ouder. Een medewerker zei hierover: *“als je niet oppast dan ga je die ouder zwart afschilderen”.* Dit gevaar speelde volgens deze respondent minder in de ambulante hulpverlening, want daar werk *“je met alle partijen”* waardoor je *“veel meer zicht”* op de situatie hebt.”

Specifieke activiteiten beschreven door de respondenten rond loyaliteit en het werken met de biologische ouders waren: het geven van voorlichting (aan ouders en pleegouders) over de loyaliteitsgevoelens van het kind, en de positie waarin het kind hierdoor zit. Verder werd aan ouders aangegeven dat het belangrijk is dat zij toestemming geven aan hun kind om in de hulpverlening te verblijven of bij het pleeggezin te wonen. In de gesprekken met de ouders werd gesproken over hun eigen opvoeding, ook om aan te geven *“daar heb je het zo geleerd en anders (bedoeld werd als je jouw kind anders opvoedt dan je zelf bent opgevoed, noot interviewer) val je je eigen ouders af”.* Hoewel dit niet expliciet zo werd aangegeven lijkt hiermee aandacht besteed te worden aan de loyaliteit van de ouders naar hun eigen ouders. *“Als gezinsleden”,* zo werd gezegd, *“tot inzicht komen over hoe deze loyaliteit door de generaties heen werkt, geeft dat energie, dit herkennen van de loyaliteit naar het oorspronkelijke gezin van herkomst”.*

In de begeleiding aan de ouders ging het verder om het erkennen van de daden van de ouders aan hun kind. Zoals een medewerker zei: *“in bijzijn moeder moet ik zeggen dat ze ook tekort geschoten is, dan kan het kind ook eerlijk zijn”.*

Tegelijkertijd worden ouders, indien nodig, geconfronteerd met hoe ze door hun gedrag in het heden hun kind in een loyaliteitsconflict kunnen brengen. Dat is, zo werd aangegeven *“een moeilijk traject omdat dit soms door de ene ouder opgevat wordt als voor de andere ouder/of pleegouder zijn”.*

Vandaar dat, zoals hiervoor al aangegeven, het belangrijk gevonden wordt om naar ouders, pleegouders en kinderen meerzijdig partijdig op te treden. Tot slot werd aangegeven dat deze werkwijze juist bij gescheiden ouders soms heel lastig uit te voeren was.

Ook pleegouders kregen informatie over de loyaliteitsgevoelens van kinderen aan hun biologische ouder. Zij kregen uitleg over hoe bepaald gedrag van kinderen in het licht van hun loyaliteit aan de biologische ouders begrepen moet worden. Daarnaast werden zij geïnformeerd over hoe het in het belang van het kind is om neutraal over de biologische ouders te praten, zonder de feiten te verdoezelen. Het is *“mooi als je mensen bewust kunt maken”* zodat een *“kind niet in gespleten loyaliteit komt”.*

Knelpunten in het omgaan met loyaliteit De hulpverleners gaven regelmatig aan het niet gemakkelijk te vinden om om te gaan met de door hen geconstateerde loyaliteit van het kind. Dit gold vooral in situaties dat ouders niets met een kind willen of juist vechten voor hun kind. Ook roept *“het gedrag van ouders soms walging op”*, zo zei een hulpverlener, of soms kan ik het *“rationeel begrijpen, moeder is getraumatiseerd”*, maar dan nog is het moeilijk om er mee om te gaan.

Omgaan met de loyaliteit van het kind wordt extra bemoeilijkt als er conflict is tussen de ouders onderling of tussen ouders en pleegouders.

In het beschrijven van hun werk werd ook de machteloosheid genoemd: *“je voelt dat het kind recht op beide ouders heeft, maar dat is “door conflict onmogelijk” en daar “zie je het kind onder lijden”*. Hoewel een neutrale houding naar alle partijen gevraagd wordt gaf een medewerker aan dat je als hulpverlener met de ene cliënt soms meer hebt dan met de andere.

Samenvattend werd als valkuil in de behandeling rond loyaliteit genoemd: machteloosheid, zelf ingezogen raken, de ene cliënt beter begrijpen dan de andere, een allergie voor bepaald gedrag van de cliënt hebben en jezelf in de situatie herkennen. Onafhankelijk optreden is soms zeer moeilijk. Op de stellingen rondom de beroepspraktijk reageerden de respondenten als volgt (zie tabel 3).

Tabel 3 Stellingen over effect behandeling

	ja	nee	gaat niet om meer/minder
4. De behandeling van kinderen die loyaal zijn aan hun ouders is minder effectief	-	11	-
5 Je moet kinderen leren minder in plaats van meer loyaal te zijn aan hun ouders	-	5	4
6 Omgaan met loyaliteit is een wezenlijk onderdeel van de behandeling	9	-	-

Op de stelling dat de behandeling van kinderen die loyaal zijn aan hun ouders minder effectief is werd door allen ontkennend geantwoord. Daarbij werden redenen genoemd zoals: *“kinderen zijn altijd loyaal”*; *“loyaal aan hun ouders dat kun je ze niet ontnemen”*; *“het is goed dat kinderen loyaal zijn, dat hoort bij een kind”* en je moet juist de *“kracht van loyaliteit gebruiken”*. *“Maar het is heel belangrijk hoe staan pleegouders daar tegenover”*.

Niemand van de hulpverleners gaf aan zich tot doel te stellen kinderen te leren zich los te maken van de loyaliteit aan hun ouders of hen aan te leren minder loyaal te zijn. Er werd gezegd *“ouders blijven toch je ouders”* en het is *“heel goed dat ze loyaal zijn aan de ouders”*. Het gaat niet om *“meer of minder, dat is een term die er niet toe doet”*. *“Elke situatie moet je apart bekijken”*. Daarnaast beschouwden de geïnterviewden dit losmaken als onmogelijk, want *“als je de loyaliteit lossen zou proberen te maken zou je het juist sterker ma-*

ken". Daarom werd gezegd dat je kinderen moet "meegeven dat het een natuurlijk gegeven is." Op grond van hun werk werd geconstateerd dat "er niet echt een uitweg uit de situatie is." Je "kunt het hooguit dragelijk maken" voor kinderen door het "bespreekbaar te maken in de hulpverlening."

Conclusie en discussie

Dit explorerende onderzoek is gebaseerd op gesprekken met 12 hulpverleners. Op grond hiervan kunnen beperkt conclusies worden getrokken. Opvallend was het verschil tussen dat wat de hulpverleners zien als achtergrond van de loyaliteit en het daarop gebaseerde handelen en dat wat ze als voorbeeld van de loyaliteit van het kind/de jongere noemden. In de definitie van loyaliteit werd door de meeste respondenten de onverbreekelijkheid van de band tussen ouder en kind, door hun biologische relatie, als kern genoemd. Deze omschrijving van loyaliteit sluit aan op het door Boszormenyi-Nagy en Spark (1984) genoemde begrip zijnsloyaliteit en het handelen van de hulpverlening sluit hier ook op aan. Bij het zichtbaar maken van de loyaliteit aan de hand van voorbeelden werden items genoemd als: "aardig gevonden willen worden door de ouder"; "iets over hebben voor de ouder"; "geen lelijke dingen over de ouder willen horen"; "op hun tenen lopen". Op grond van deze voorbeelden wordt niet helder waarom dit specifieke voorbeelden van de zijnsloyaliteit zouden zijn. De genoemde voorbeelden van de zichtbaarheid van deze loyaliteit lijken even goed aan te sluiten bij dat wat door Boszormenyi-Nagy & Krasner (1998) de loyaliteit uit "plicht, gevoel van loyaliteit of psychologie van hechting of aantrekkingskracht" of "op door macht geïnspireerde afhankelijkheid of onderwerping van de zwakkere" genoemd wordt (p. 30). Het roept de vraag op of er daadwerkelijk zoiets is als zijnsloyaliteit tussen kind en ouder. Of is de loyaliteit tussen ouder en kind automatisch gekoppeld aan de relatie en daarmee aan de afhankelijkheid van het kind aan de ouder?

Om de impact van deze loyaliteit van het kind op zijn of haar welzijn te begrijpen, moet daarnaast steeds de context waarbinnen en de achtergrond van waaruit het kind deze loyaliteit toont, bekeken worden. Voor de meeste kinderen uit het onderzoek was deze context er een van: falende, verwaarlozende en/of mishandelende ouders. Daarmee lijkt de loyaliteit voor deze kinderen een betekenis te hebben van "in onmacht afhankelijk zijn". En dat roept de vraag op welke gevoelens of mechanismen onder het tonen van deze loyaliteit zitten.

Daarnaast zouden er andere verklaringen voor de loyaliteit van het kind kunnen zijn zoals Coser (1973) deze schetst. Hij geeft een beeld van de loyaliteit van de "huisbediende" (domestic service). Deze loyaliteit in de relatie van de werknemer naar werkgever bestond volgens hem simpelweg omdat de werknemer buiten de werksituatie geen andere werk- en levensmogelijkheden heeft. Pas door het verbeteren van de arbeidsrechten voor werknemers kregen deze de mogelijkheid minder loyaal te zijn.

Ook het Stockholmsyndroom zoals door Stals (2005) beschreven, kan een verklaring zijn van de loyaliteit van het kind in bepaalde extreme situaties. Namelijk door het tonen van genegenheid probeert een slachtoffer grip op de situatie te krijgen in een “*situatie van isolatie, onbegrijpelijke strafen beloning*” (p. 53). Kinderen vallen binnen situaties van geweld en verwaarlozing te zien als slachtoffer en de vraag is of de getoonde loyaliteit niet binnen dit kader valt. Op jonge leeftijd hebben kinderen niet de mogelijkheid om buiten hun leefwereld te kijken. Zij identificeren zich met de ouders en het belang van de ouder wordt hun belang. Hoewel dit voor normale harmonische gezinssituaties, waar het recht van het kind gewaarborgd is, geen probleem is, is dit het wel voor al die situaties waarin kinderen opgroeien bij verwaarlozende en mishandelende ouders.

Singer en Wegelin plaatsten in 1991 kritische kanttekeningen bij de loyaliteit als natuurlijk gegeven in de biologische ouder-kindrelatie. Zij gaf aan dat kinderen, indien slachtoffer van de ouder, de ruimte moet krijgen om hun loyaliteit te heroverwegen. De vraag is of het kind hiervoor voldoende ruimte krijgt maar ook of de hulpverlening binnen het wettelijk kader van ouderlijke rechten daar voldoende ruimte toe kan bieden.

Acknowledgements: met dank aan de respondenten die bereid waren tijd te steken in dit onderzoek

Literatuur

- Bartels, A.A.J. (2009). Behandelvormen en behandelpraktijk. Nog niet gepubliceerd.
- Boszormenyi-Nagy, I. & D.N. Ulrich (1981). Contextual family therapy In: A.S. Gurman & D.P. Kniskern, *Handbook of Family Therapy* (p.159-225). New York: Brunner/Mazel.
- Boszormenyi-Nagy, I. & G. Spark (1984). *Invisible loyalties: Reciprocity in intergenerational family therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Boszormenyi-Nagy, I. & B.R. Krasner (1998). *Tussen geven en nemen: Over contextuele therapie* (2de dr.). Haarlem: De Toorts.
- Boszormenyi-Nagy, I. (2009). *Grondbeginselen van de contextuele benadering* (3de dr.). Haarlem: De Toorts.
- Bruin-Beneder, R. (februari 2001). De cliëntgerichte benadering: een humanistische visie. In: *Handboek Jeugdzorg*. Geraadpleegd via GGZ online database.
- Coser, L.A. (september 1973). Servants the obsolence of an occupational role. *Social Forces* 52 (1) 31-40. Geraadpleegd via <http://www.jstor.org/pss/2576421>.
- Deltour, B. (2005). Oog hebben voor anderen: een kennismaking met contextuele hulpverlening. *Denkbeeld* 17 (4) p. 2-5. Geraadpleegd via GGZ online database.

- Delsing, J.M.H. (2004). *Family justice and trust: Analysis of intergenerational, cross-sectional and longitudinal family data by means of the social relations model*. Nijmegen: Universiteit van Nijmegen.
- Delsing, J.M.H., J.H.L. Oud, E.E.J. de Bruyn & R.H.J. Scholte (2005). Wederkerige verbanden tussen rechtvaardigheid en vertrouwen in gezinnen en probleemgedrag van adolescenten: een longitudinale analyse. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie*, 60, 139-150.
- Dillen, A. (2004). *Ongehoord vertrouwen: ethische perspectieven vanuit het contextuele denken van Ivan Boszormenyi-Nagy*. Antwerpen: Garant.
- Doesum, K. van & P.A. Weikamp (mei 2003). Kinderen van ouders met psychiatrische problemen. In: *Handboek Jeugdzorg*. Geraadpleegd via GGZ online database.
- Earley, L. & D. Cushway (2002). The parentified Child. *Clinical child psychology and psychiatry* 7 (2) 163-178.
- Eerenbeemt, E. van den & A. van Heusden (2003). *Balans in beweging* (12e dr.) Haarlem: De Toorts.
- Hargrave, T.D. & F. Pfitzer (2005). *Ontwikkelingen in de contextuele therapie*. Leuven: Acco.
- Hekken, S.M.J. van & C. Parent (1990). Perceptions of Boszormenyi-Nagy's ethical dimensions of the parent-child relationship. *Contemporary family therapy* 12 (6) 529-534.
- Heyndrickx, P., I. Barbier, H. Driesen, M. van Ongevalle & K. Vansevenant (2006). *Meervoudig gekwetsten: contextuele hulpverlening aan maatschappelijk kwetsbare mensen*. Tiel: Lannoo.
- Hoogsteder, M. & S. de Vriese (red.) (2004). *Hechting en loyaliteit*. Amsterdam: SWP.
- Kanis, M.J. (maart 2004). Residentiële programma's voor uit huis geplaatste kinderen. In: *Handboek Jeugdzorg*. Geraadpleegd via GGZ online database.
- Lampo, A. (augustus 2004). Emotionele mishandeling. In: *Handboek Kinderen & Adolescenten*. Geraadpleegd via GGZ online database.
- Leathers, S.J. (2003). Parental visitation: Conflicting allegiances, and emotional and behavioral problems among foster Children. *Journal of family Issues* 52 (1) 53 -63.
- Leibig, A.L. & K. Green (March 1999). The development of family loyalty and relational ethics in children. *Contemporary family therapy* 21 (1) 89-112.
- Nijnatten, C. (december 1999). De ondertoezichtstelling. In: *Handboek Jeugdzorg*. Geraadpleegd via GGZ online database.
- Singer, E. & M. Wegelin (1991). *De familieband verbroken*. Utrecht: Van Arkel.
- Stals, I. (2005). *Huiselijk geweld*. Antwerpen: MAKLU.
- IJzendoorn, M.H. (2002). *Gehechtheid van ouders en kinderen* (3de dr.). Houten/Zaventhem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- IJzendoorn, M.H. van (2008). *Opvoeding over de grens: gehechtheid, trauma en veerkracht*. Amsterdam: Boom Academic.

Over de auteurs

Mw. Marijke C.L. Baljon, klinisch psycholoog-psychotherapeut, is werkzaam in eigen praktijk. Tot mei 2009 werkte ze bij het Top Referent Trauma Centrum (TRTC) binnen GGZ Drenthe, o.a. als behandelcoördinator van de deeltijd voor vroeg getraumatiseerde mannen. Meer informatie en contactgegevens op: www.marijkebaljon.nl

Mw. dr. Stynke Castelein is medisch socioloog en senior onderzoeker bij Lentis Research

Mw. drs. Klasien van der Deen is orthopedagoog en systeemtherapeut i.o. Ze is werkzaam als Hogeschooldocent en lid, onderzoeker kenniskring Social Word and Arts Therapies van de Stenden Hogeschool.
e-mail: klasien.van.der.deen@stenden.com

Dhr. dr. H. Knegtering is psychiater bij Linis|Lentis, toekomstig A-opleider, hoofd Lentis Research

Mw. drs. S.J.M. (Susan) Konst, verpleegkundig specialist in opleiding bij GGZ Friesland en daarnaast afgestudeerd in de Algemene Cultuurwetenschappen.
e-mail: Suzan.Konst@ggzfriesland.nl

Mw. Swanny Kremer is junior onderzoeker bij het Forensisch Psychiatrisch Centrum Dr. S. van Mesdag te Groningen.

Dhr. A.D. Miedema is verpleegkundig specialist en werkzaam bij FACT-team 1 van Linis|Lentis te Groningen
e-mail: ad.miedema@lentis.nl
telefoonnummer: 06-51706985

Dhr. H.H. Schneider is psychiater en directeur behandelzaken bij Linis|Lentis

Mw. Evelien S. Stopel is als psycholoog/assistent behandelcoördinator werkzaam bij het Forensisch Psychiatrisch Centrum Dr. S. van Mesdag te Groningen
e-mail: E.Stopel@fpcvanmesdag.nl

Richtlijnen voor aanleveren kopij GGzet Wetenschappelijk

GGzet Wetenschappelijk is een tijdschrift van, voor en door wetenschappelijk geschoolde medewerkers van Lentis, GGZ Friesland en GGZ Drenthe. Het bevat artikelen over uiteenlopende onderwerpen die binnen de instellingen spelen of tot het aandachtsgebied van de medewerkers behoren. Bijvoorbeeld: Literatuuroverzichten, onderzoeksverslagen, theoretische beschouwingen, presentatie van nieuwe behandelingen, casusbeschrijvingen, samenvattingen van proefschriften en referaten. Publicatie in GGzet Wetenschappelijk kan een voorbereiding zijn op publicatie in een 'extern' tijdschrift. Artikelen die al elders werden gepubliceerd worden slechts bij hoge uitzondering in GGzet Wetenschappelijk geplaatst. Artikelen mogen zo lang of kort zijn als de inhoud vereist, maar 5000 woorden is de richtlijn.

Beoordeling

Uw bijdrage wordt door minimaal twee redactieleden beoordeeld. Dit geeft meestal reden tot aanpassing. Lever bij de tweede versie a.u.b. een brief waarin u aangeeft hoe en waar u het commentaar heeft verwerkt.

Opmaak

- Document aanleveren in Word.
- Gebruik alleen de standaardinstellingen (die zijn al automatisch ingeprogrammeerd).

Enkele algemene aanwijzingen:

- Probeer jargon te vermijden en schrijf in gewone mensen taal
- Woorden niet handmatig of via het tekstverwerkingsprogramma afbreken;
- Niet inspringen;
- Woorden niet in hoofdletters typen, behalve bij geaccepteerde afkortingen;
- Hou de tekst zo 'schoon' mogelijk en geef eventuele aanwijzingen op een printuitdraai. Bij literatuurverwijzing afsluiten met een alfabetisch overzicht van geraadpleegde literatuur, analoog aan het Tijdschrift voor Psychiatrie:
- Naam auteur, voorletter(s), jaartal, titel publicatie, uitgever + plaats, of naam tijdschrift met jaargang en paginaverwijzing.
- Indien meerdere auteurs, vanaf 2e auteur de voorletters vóór de achternaam.
- De titel van het boek óf de naam van het tijdschrift cursiveren.

Voorbeelden (let ook op de interpunctie):

Bowlby, J. (1969), *Attachment and loss*. Basic Books, New York.

of:

Dixon, L.B., A.F. Lehman en J. Levine (1995), Conventional antipsychotic medication for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21, 567-576.

- Verwerk ook in de kopij de literatuurverwijzing door naam auteur en jaartal te noemen.

Kopij met onvolledige literatuurvermelding kan niet worden geaccepteerd

Anonimiteit / aansprakelijkheid

Voorkom herkenbaarheid van patiënten! De gevolgen van klachten van mensen die zich in beschrijvingen herkennen, komen uitsluitend ten laste van de auteur en dus niet van de redactie en directies / raden van bestuur van de GGz instellingen die aan GGzet Wetenschappelijk deelnemen.

Verzenden

- U levert uw artikel per e-mail aan.
- Vermeld de volledige voor- en achternaam/namen van de auteur(s), de voorletters, de functie en de werkplek plus, indien gewenst, een adres, telefoonnummer en/of mailadres.
- Voorzie de kopij van een korte en zeer toegankelijke samenvatting ten behoeve van plaatsing op de website van Lentis.
- Inleveradres:
Secretariaat GGzet Wetenschappelijk, t.a.v. Anneke Krijgsheld.
e-mail: amg.krijgsheld@lentis.nl.

