

Agressie van gedetineerden met psychiatrische stoornissen

H. NIJMAN, M. GEURKINK

ACHTERGROND Diverse bronnen wijzen erop dat agressie tegen personeel van penitentiaire inrichtingen veelvuldig voorkomt. Toch zijn gedetailleerde registratiegegevens over de aard, oorzaken en ernst van agressief gedrag in detentiecentra schaars.

DOEL Meerinzicht krijgen in aard en ernst van agressie bij gedetineerden met ernstige psychiatrische stoornissen.

METHODE Van 1 oktober 2001 tot en met 31 juli 2002 (10 maanden) werden alle agressieve handelingen van gedetineerden op de 7 afdelingen van de Forensische Observatie en Begeleidingsafdeling (66 cellen) geregistreerd, met een aan het gevangeniswezen aangepaste versie van de Staff Observation Aggression Scale-Revised.

RESULTATEN Gedurende de 10 maanden werden 186 agressieve incidenten gerapporteerd, waarmee de omgerekende frequentie per cel op 3,4 incidenten per jaar kwam. Ongeveer 1 op de 7 gerapporteerde incidenten had fysieke gevolgen voor de slachtoffers en de agressie richtte zich doorgaans tegen het personeel (79%). De agressiefrequentie was hoog op de afdeling 'very intensive care' (9 incidenten per cel per jaar). De directe aanleiding tot agressie lijkt bij deze patiëntencategorie significant vaker in het ziektebeeld te liggen. Agressie vindt verder vaak plaats in deuropeningen van de cellen.

CONCLUSIE Overvraging en overprikkeling lijken – ondanks de structuur en rust die men aan de patiënten van de Forensische Observatie en Begeleidingsafdeling biedt – toch nog een rol te spelen bij het ontstaan van agressie, vooral bij de meest onregelde (psychotische) gedetineerden. In het licht van de discussie over het huisvesten van meer dan één gedetineerde per cel, is het interessant dat meer dan een kwart van de incidenten in deuropeningen van de cellen plaatsvond. Een van de mogelijke nadelen van meerpersoonscellen die namelijk door penitentiaire inrichtingswerkers worden genoemd, is dat er juist bij het in- en uitsluiten vaak gevaarlijke situaties kunnen optreden.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 46(2004)9, 609-618]

TREFWOORDEN agressie, detentie, geweld, psychiatrische stoornissen, psychose

Onder onvrijwillig opgenomen psychiatrische patiënten komt agressie vaak voor (Nijman e.a. 1995; Shah e.a. 1991). Vooral bepaalde restricties en regels, zoals het niet vrij de afdeling kunnen verlaten wanneer men wil, blijken agressie uit te lokken op gesloten psychiatrische afdelingen (Nijman e.a.

1995). Het is aannemelijk dat in goed beveiligde, maar daarmee ook zeer gesloten penitentiaire inrichtingen, waar ook een substantieel gedeelte van de populatie aan psychiatrische klachten lijdt (Bulten & Schoenmakers 2003), agressie ook een groot probleem zal zijn.

De jaarverslagen van de Dienst Justitiële Inrichtingen (2003) geven inzicht in de ernst van het agressieprobleem in penitentiaire inrichtingen. In 2002 werden in totaal 1736 geweldplegingen tegen personeel in de diverse inrichtingen gerapporteerd. Daarnaast werden zo'n 2044 incidenten tussen gedetineerden onderling waargenomen. Met zo'n 12.000 detentieplaatsen in Nederland en een bezettingsgraad van 97% kwam de omgerekende frequentie van geweldplegingen daarmee op ongeveer 0,3 incidenten per detentieplaats per jaar. Aangezien het hierbij uitsluitend incidenten betrof die gevolgd werden door een maatregel of disciplinaire straf is het heel wel mogelijk dat het hierbij om het topje van de ijsberg gaat. Uit een grootschalige enquête onder Penitentiaire InrichtingsWerkers (PIW'ers) kwam naar voren dat op jaarbasis 82% met verbale agressie tijdens het werk te maken heeft. Daarnaast geeft 1 op de 3 PIW'ers te kennen jaarlijks geconfronteerd te worden met fysieke vormen van agressie, zoals duwen, trekken, vastgrijpen, spugen en slaan (Middelhoven & Driessen 2002).

Uit vrij globale rapportages van aantallen incidenten is echter weinig informatie te halen betreffende de typische aanleidingen en omstandigheden waaronder incidenten optraden, terwijl dergelijke informatie voor het nemen van preventieve maatregelen van belang kan zijn (Nijman e.a. 2001). Om meer inzicht te krijgen in aard en ernst van agressie werd op de Forensische Observatie en Begeleidingsafdelingen (FOBA) van de Penitentiaire Inrichtingen Over-Amstel een registratieproject gestart.

Op de FOBA vindt psychiatrische crisisinterventie plaats bij gedetineerden met psychiatrische stoornissen. De patiënten komen doorgaans uit penitentiaire inrichtingen waar ze in verband met psychiatrische stoornissen voor zichzelf of voor anderen gevaar opleverden en/of zeer ontregelend voor hun detentieomgeving waren (www.foba.nl). Op de FOBA kunnen deze gedetineerden meer psychiatrische zorg en begeleiding krijgen dan doorgaans in een huis van bewaring of gevangenis het geval is.

Op de in totaal 7 afdelingen van de FOBA ver-

blijven zowel van misdrijven verdachte personen met psychiatrische problematiek, als psychiatrisch gestoorde patiënten die reeds voor een delict veroordeeld zijn. Bij deze laatste groep is er vaak sprake van een juridische maatregel zoals artikel 37 (Van Gestel e.a. 2002) of terbeschikkingstelling (tbs).

In totaal zijn er 66 plaatsen op de 7 afdelingen van de FOBA. Eén van de 7 afdelingen biedt 'very intensive care', zeer intensieve begeleiding, aan de meest ontregelde, acuut psychiatrisch gestoorde patiënten. Op deze afdeling worden patiënten opgenomen waarbij de psychiatrische stoornis op as I - doorgaans (paranoïde) schizofrenie - '(...) in een dermate acute fase verkeert, dat sterke prikkelreductie c.q. prikkeldosering nodig zijn om impulsdoorbraken, ontremming en destructief gedrag, dan wel ernstige vormen van regressief gedrag te voorkomen' (FOBA-plaatsingscriteria, Forensische Observatie en Begeleidingsafdeling z.j.). Op voorhand werd op deze afdeling, gezien de problematiek van de patiënten, dan ook de meeste agressie verwacht. Daarnaast zijn er 2 opnameafdelingen waarbij het accent minder op prikkelreductie en beheersing ligt.

Voor alle patiënten die op de FOBA worden opgenomen, geldt bovendien dat er relatief vaak sprake is van (onderliggende) persoonlijkheidsstoornissen en hun moet dus ook een strakke structuur worden geboden. Verder is er een vervolgafdeling en twee uitstroomafdelingen. Vanuit deze laatste afdelingen worden de gedetineerden, als hun psychiatrische toestand het toelaat, naar andere instellingen overgeplaatst. Een groot deel van de patiënten wordt teruggeplaatst naar andere penitentiaire inrichtingen (zo'n 65%; Forensische Observatie en Begeleidingsafdeling 2002). Van de overige gedetineerden wordt ongeveer de helft in vrijheid gesteld en de andere helft gaat doorgaans naar een meer reguliere ggz-instelling.

De zes hiervoor beschreven afdelingen voor mannen bieden elk plaats aan tien gedetineerden. Tot slot is er nog een aparte afdeling met zes plaatsen voor vrouwelijke gedetineerden met psychiatrische stoornissen.

METHODE

Gedurende 10 maanden (van 1 oktober 2001 t/m 31 juli 2002) werden alle agressieve handelingen geregistreerd van gedetineerden die op de FOBA verbleven.

De registratie van agressie vond plaats aan de hand van een aan de forensische psychiatrische problematiek aangepaste versie van de *Staff Observation Aggression Scale-Revised* (SOAS-R; Nijman e.a. 1999; oorspronkelijke SOAS: Palmstierna & Wistedt 1987). De SOAS-R bestaat uit vijf kolommen waarin achtereenvolgens de aanleiding tot het incident, de door de agressor gebruikte middelen, het doelwit van de agressie, de consequenties van het gedrag voor slachtoffers, en de maatregelen die genomen werden in directe reactie op de agressie, worden genoteerd. Ten opzichte van de SOAS-R werden een aantal, voor de detentiesetting specifieke aanleidingen in de eerste kolom toegevoegd (bijvoorbeeld 'onvrede met rechtsgang' als aanleiding tot agressief gedrag). Voor het onderhavige onderzoek werd bovendien een zesde kolom aan de SOAS-R toegevoegd, waarin 'secundaire maatregelen' ingevuld konden worden (maatregelen die niet direct in de bedreigende situatie werden genomen, maar later, naar aanleiding van het voorval, werden uitgevoerd). Voorbeelden zijn het aanpassen van het behandelprogramma van de gedetineerde naar aanleiding van het agressieve gedrag en het verwijderen van bepaalde gevaarlijke materialen uit de cel van de gedetineerde. Deze voor de FOBA specifieke registratiemethode - SOAS-F - is op te vragen bij de auteurs.

RESULTATEN

Aantal agressieve incidenten In 10 maanden werden op de 7 afdelingen van de FOBA 186 agressieve incidenten gerapporteerd. Bij 66 plaatsen komt de omgerekende jaarlijkse frequentie daarmee op 3,4 incidenten per cel per jaar. Dit cijfer ligt iets hoger dan het aantal incidenten dat onlangs gevonden werd in een tbs-kliniek (Hildebrand e.a. 2004), maar ligt lager dan het

aantal dat doorgaans op gesloten psychiatrische opnameafdelingen van algemene psychiatrische instellingen gevonden wordt (Nijman e.a. 1995).

Er zijn duidelijke verschillen tussen de afdelingen, waarbij veruit de meeste agressieve incidenten (namelijk 76 van de 186; 41%) werden waargenomen op afdeling 6, de opnameafdeling voor 'very intensive care'. De omgerekende frequentie ligt op deze afdeling met 10 cellen op 9,1 incidenten per cel per jaar. Dit cijfer is nagenoeg identiek aan het aantal dat op afdelingen 'zeer intensieve zorg' van een tbs-instelling werd waargenomen (Nijman e.a. 2004). De aantallen incidenten op de andere afdelingen lagen tussen de 1,3 en de 3,2 incidenten per cel per jaar, waarbij de kleinschalige afdeling voor vrouwelijke gedetineerden het hoogste scoorde.

De 186 incidenten waren veroorzaakt door 81 verschillende gedetineerden. Het aantal incidenten per agressieve patiënt varieerde van 1 tot 14.

Aard agressieve incidenten Bij 80 van de 186 gerapporteerde incidenten (43%) bleef de gerapporteerde agressie 'beperkt' tot dreigementen en/of scheld- en vloekpartijen. Bij ongeveer de helft (44) van deze incidenten ging het om doodsbreigingen aan het adres van het slachtoffer. In bijna 6 op de 10 incidenten was er dus sprake van fysieke agressie, waarbij schoppen of slaan de meest gebruikte methoden waren (38% van alle incidenten). Het gooien of slaan met objecten kwam bij 15% van de gerapporteerde incidenten voor. Tijdens 4 incidenten werden personen in het gezicht gespuwd en tweemaal werd er met hete koffie gegooid. Wat betreft zeer gevaarlijke middelen: tweemaal werd een steekvoorwerp gebruikt en eenmaal werd een wurgpoging gerapporteerd.

Aanleidingen tot agressie Zoals verwacht, bleek agressie van de gedetineerden van de FOBA relatief vaak te ontstaan vanuit frustraties en spanningen over beperkingen en afdelingsregels. Bij de helft van de agressieve incidenten (94 incidenten) bleken restricties, regels en verplichte

aanwijzingen van het personeel veroorzakers van het agressieve gedrag. In deze gevallen waren personeelsleden van de FOBA dan ook bijna altijd het (belangrijkste) doelwit van het agressieve gedrag (89%), terwijl dit bij de overige incidenten, die niet in directe reactie op beperkingen en regels ontstonden nog altijd in 69% het geval was ($\chi^2 = 16,8$; $df = 1$; $p < 0,05$).

Agressie tussen gedetineerden onderling werd op de FOBA relatief zelden waargenomen (5%), zeker wanneer dit vergeleken wordt met SOAS-gegevens uit algemeen psychiatrische ziekenhuizen (Nijman e.a. 1995) en met de cijfers uit het jaarverslag van de Dienst Justitiële Inrichtingen (2003). In de praktijk lijken de gedetineerden van de FOBA – onder invloed van hun psychiatrische problematiek – er veelal voor te kiezen om hun tijd waar mogelijk alleen door te brengen, en, indien dit voor de gedetineerden noodzakelijk wordt geacht, wordt prikkelreductie ook gestimuleerd door het personeel. Het aantal interacties tussen gedetineerden onderling lijkt hierdoor beperkt te zijn op de FOBA.

Naast restricties en regels als uitlokkers van agressie, werden vaak specifieke psychiatrische klachten, en dan vooral psychotische symptomen, genoemd als oorzaken van het agressieve gedrag (in totaal in 51 gevallen of 27%). In 34 van deze 51 gevallen bestond het vermoeden dat paranoïde waandenkbeelden ten grondslag lagen aan het agressieve gedrag. In 8 andere gevallen werden bevelshallucinaties als specifieke oorzaak van de agressie aangemerkt. Zoals verwacht, bleek met name op de afdeling 'zeer intensieve zorg', waar de meest ernstig ontregelde (psychotische) gedetineerden verblijven, de aanleiding relatief vaak in de psychiatrische symptomatologie gezocht te kunnen worden (36%), terwijl op de overige FOBA-afdelingen dit percentage gemiddeld op 22% lag ($\chi^2 = 4,2$; $df = 1$; $p < 0,05$).

Tot slot werd bij 41 van de 186 incidenten (22%) door het personeel aangegeven dat de aanleiding tot het agressieve gedrag voor hen niet duidelijk was.

Gevolgen agressieve incidenten Bij een meerderheid van de incidenten (56%) gaven de medewerkers te kennen dat er sprake was van directe psychologische gevolgen (bedreiging, angst, vernedering, e.d.), maar niet van fysieke consequenties. Ongeveer 1 op de 7 incidenten had echter wel ook fysieke gevolgen voor slachtoffers. In totaal ging het hierbij in de periode van 10 maanden om 25 incidenten waarbij personen fysiek geraakt werden. In 22 van deze 25 gevallen (88%) was de agressie gericht geweest tegen medewerkers. In 9 van de 25 gevallen waren de gevolgen zodanig dat het slachtoffer somatische behandeling moest ontvangen. In 6 van deze 9 gevallen moest de somatische behandeling door een arts worden uitgevoerd. Op 3 SOAS-F-formulieren (2%) werd aangegeven dat de betrokken medewerker zich ten gevolge van het incident ziek moest melden. Het gaat hierbij om meldingen van gevolgen die vrij direct na het incident te voorzien waren. Over mogelijk veel later optredende negatieve reacties op agressie (zoals bijvoorbeeld slapeloosheid) worden op de SOAS-F om praktische redenen geen gegevens verzameld. Het is namelijk de bedoeling dat de formulieren vrij snel na incidenten worden ingevuld zodat registratie niet vergeten wordt.

De ernst van het agressieve gedrag, zoals uitgedrukt in de bovenbeschreven consequenties voor slachtoffers, leken gemiddeld genomen hoger te zijn geweest in het geval dat psychiatrische symptomen, zoals paranoïde waandenkbeelden en bevelshallucinaties, als aanleiding voor het gedrag werden aangeduid ($\chi^2 = 12,4$; $df = 3$; $p < 0,05$). Bij 35 van de 51 incidenten die volgens de medewerkers direct voortkwamen uit de psychiatrische symptomatologie, werd aangegeven dat er directe psychologische gevolgen waren voor de slachtoffers (69%), en bij nog eens 10 incidenten (20%) was er sprake van fysieke pijn of verwondingen van slachtoffers. Deze aantallen lagen in geval van andere aanleidingen op respectievelijk 51% en 11%.

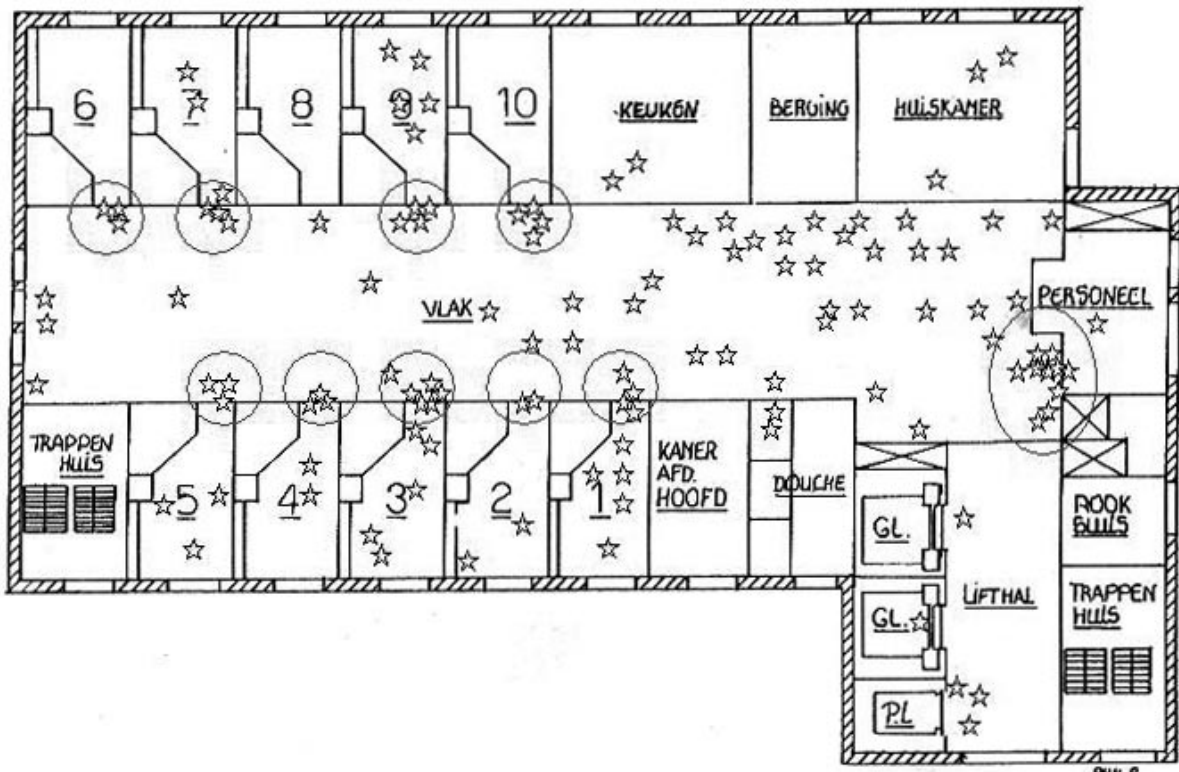
Ook voor de patiënt had het agressieve gedrag doorgaans negatieve gevolgen. Incidenten werden in bijna de helft van de gevallen (49%) gevolgd door

restrictieve maatregelen, zoals isolatie. Op een algemene gesloten psychiatrische opnameafdeling was de proportie SOAS-incidenten die tot separatie leidde identiek (Nijman e.a. 1995). Op de FOBA volgde daarnaast op 25% van de incidenten een time-out op de eigen kamer. Dit betekent dat, alhoewel agressie relatief vaak een reactie van gedetineerden is op restricties, beperkingen en regels, het gedrag doorgaans juist (noodgedwongen) leidt tot een verdere inperking van de bewegingsvrijheid. Hierdoor bestaat het risico op het ontstaan van een vicieuze cirkel, waarbij agressie vanuit veiligheidsoverwegingen vaak gevolgd wordt door meer restricties, wat op zijn beurt juist weer kan leiden tot hernieuwde agressie (Nijman e.a. 2001). Om dergelijke negatieve spiralen te voorkomen (of te doorbreken) kunnen nabesprekingen van incidenten met de gedetineerde zelf, wanneer hij of zij gekalmeerd is (en de patiënt een dergelijk gesprek

aan kan en het niet gecontraïndiceerd is), van belang zijn. Het geeft medewerkers de mogelijkheid om afdelingsregels, én de noodzaak van dergelijke regels (nogmaals) uit te leggen. Daarnaast kunnen medewerker en gedetineerde in een dergelijke nabespreking proberen te komen tot afspraken over hoe incidenten in de toekomst kunnen worden voorkomen (Nijman e.a. 1996; Van der Werf e.a. 1998). In de zesde kolom die speciaal aan de SOAS-F werd toegevoegd ('secundaire maatregelen') werd in 21 gevallen (11%) gerapporteerd dat evaluatie van het incident met de betrokken gedetineerde was uitgevoerd.

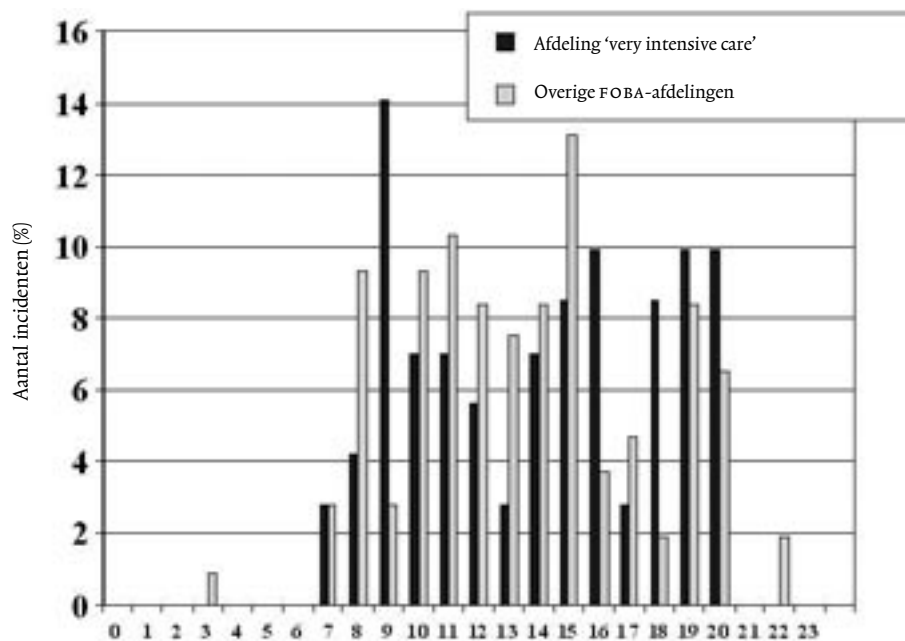
Plaats en tijdstippen agressie In figuur 1 zijn de locaties weergegeven waar de agressie ontstond. In het oog springen het aantal incidenten die in de deuropening van de cellen plaatsvonden. Meer dan een kwart van de incidenten die op de afde-

FIGUUR 1 De locaties waarop agressieve incidenten (n = 121) plaatsvonden op de Forensische Observatie en Begeleidingsafdeling (FOBA)



De 121 incidenten zijn weergegeven die op de zeven afdelingen van de FOBA plaatsvonden. Incidenten die buiten de afdelingen plaatsvonden (bijvoorbeeld in de aparte separaerruimten, op weg naar activiteiten) zijn niet weergegeven (N = 186).

FIGUUR 2 Tijdstippen waarop de agressieve incidenten (n=178; 8 missende waarden) optraden op de Forensische Observatie en Begeleidingsafdeling



De incidenten zijn per uur weergegeven. Zo staat 7 in de grafiek voor 7.00 tot 8.00 uur.

lingen optraden, vond in de deuropeningen van de cellen plaats. Daarnaast vonden – in overeenstemming met resultaten uit de algemene psychiatrie (Nijman e.a. 1995) – veel incidenten in de buurt van het personeelskantoor plaats. Hierbij gaat het vooral om incidenten die ontstaan als een verzoek van de gedetineerde door het afdelingspersoneel niet kan worden gehonoreerd (bv. een verzoek om sigaretten).

In figuur 2 zijn de tijdstippen weergegeven waarop agressie voorkwam. Tijdens de nachtelijke uren, wanneer patiënten in hun kamer ingesloten zijn, trad weinig tot geen agressie op. De meeste agressie trad op tussen 15.00 en 16.00 uur. De medewerkers van de FOBA suggereerden dat agressie op dit tijdstip wellicht iets te maken heeft met vergaderingen op dinsdag en donderdag die tot 15.00 uur duren. Tijdens deze vergaderingen zijn patiënten ingesloten, waarna gedetineerden vaak direct te horen krijgen wat er is besloten in de vergaderingen. Nadere analyse van de gegevens liet zien dat de incidenten die op dat tijdstip plaatsvonden inderdaad (absoluut gezien) iets vaker op dinsdag en donderdag voorkwamen, maar dit ver-

schil bereikte geen significant niveau ($\chi^2 = 1,4$; $df = 1$; $p = 0,23$).

Er werd verder een lichte trend gevonden ($\chi^2 = 21,9$; $df = 15$; $p < 0,1$) dat op de 'very intensive care' agressie vooral vaak in de ochtend (tussen 9.00 en 10.00 uur) leek voor te komen. Het is mogelijk dat vooral de gedetineerden van deze afdeling, die in de regel aan acute (psychotische) stoornissen lijden én snel overprikkeld raken, moeite hebben met het oppakken van het dagritme (opstaan, aankleden, gaan deelnemen aan activiteiten, e.d.). Het ging in de helft van deze gevallen inderdaad om problemen met het opvolgen van aanwijzingen van het personeel of onenigheid over ADL (algemene dagelijkse levensverrichtingen). Rond 13.00 en rond 17.00 uur leken juist weinig incidenten op deze afdeling op te treden. Op deze tijdstippen zijn er rustmomenten ingebouwd waarop de gedetineerden op hun eigen kamer verblijven.

DISCUSSIE

In 10 maanden werden op de FOBA 186 agressieve incidenten gerapporteerd, wat bij 66 cellen

neerkomt op zo'n 3,5 incident per cel per jaar. Ongeveer 1 op de 7 gerapporteerde incidenten had fysieke consequenties voor slachtoffers (pijn, verwondingen, e.d.). Hierbij kan niet worden uitgesloten dat de prevalentie van agressie lager is uitgevallen door onderrapportage.

Het agressieve gedrag richtte zich, nog vaker dan in de algemene psychiatrie het geval lijkt te zijn, vooral tegen het personeel van de FOBA (79%), terwijl op een gesloten algemene psychiatrische afdeling 38% werd gevonden (Nijman e.a. 1995). Agressie tussen gedetineerden onderling daarentegen leek juist relatief zelden voor te komen op de FOBA (5%), zeker ook in vergelijking met de cijfers uit het jaarverslag van de Dienst Justitiële inrichtingen (2003). Dit lage percentage zou samen kunnen hangen met de neiging (en behoefte) van de patiënten van de FOBA zichzelf terug te trekken en zich voor prikkels en sociale interacties af te schermen. De patiënten van de FOBA krijgen deze mogelijkheid ook vaak, aangezien het beleid van de FOBA is om waar mogelijk tegemoet te komen aan de wensen om rust vanuit de patiënten. In de indicatiestellingcriteria staat voor de afdeling voor 'very intensive care' specifiek dat prikkelreductie of prikkeldosering doorgaans nodig zijn, omdat contact met (groepjes) medepatiënten moeilijk wordt verdragen in verband met de zeer acute fase van de psychische ziekte. De patiënten van de FOBA – in tegenstelling tot sommige algemene psychiatrische afdelingen (Nijman e.a. 1995) – hebben allen eenpersoonsvertrekken, waardoor op tijd rust nemen wellicht eenvoudiger is. Dat het terugtrekken en afsluiten van de groep echter niet altijd mogelijk is, verklaart wellicht de trend dat op de afdeling waar de meest ontregelde, acut psychotische patiënten verblijven, agressie relatief vaak tussen 9.00 en 10.00 uur optreedt, aangezien er op dat tijdstip een piek in het aantal activiteiten op de afdeling lijkt te bestaan. Zo wordt bijvoorbeeld de mogelijkheid geboden om naar activiteiten te gaan, te gaan luchten, en soms moet de afdeling worden schoongemaakt. Door dergelijke activiteiten nemen interactie en prikkels onvermijdelijk toe. Dat incidenten daarnaast juist zelden tij-

dens de vastgestelde rustmomenten (aan het begin en eind van de middag) plaatsvinden, lijkt te ondersteunen dat overvraging en overprikkeling – ondanks de structuur en rust die men op de desbetreffende afdeling probeert te bieden – toch nog een rol spelen bij het ontstaan van agressie.

Op de afdeling waar de meest acut gestoorde (psychotische) patiënten verblijven, treedt, in lijn met diverse literatuurbevindingen (Davis 1991; Shah e.a. 1991; Tardiff 1992) sowieso het meeste agressieve gedrag op (9 incidenten per cel per jaar). Analyse van de gegevens uit de eerste kolom van de SOAS-F laat zien dat de agressie van deze patiënten door de stafleden ook vaak beoordeeld wordt als een direct gevolg van hun psychiatrische klachten (36%), waarbij vooral paranoïde waandenkbeelden worden genoemd. Alhoewel er in de literatuur nog discussie bestaat over of waandenkbeelden inderdaad de kans op agressief gedrag verhogen (Appelbaum e.a. 2000; Junginger e.a. 1998; Taylor 1998), zijn er aanwijzingen dat waanideeën vooral bij het ontstaan van ernstige gewelddadigheid een rol spelen (Junginger e.a. 1998). De bevinding dat incidenten waarbij psychiatrische symptomen (meestal paranoïde waandenkbeelden) als oorzaak werden genoemd, gemiddeld genomen ernstiger consequenties leken te hebben voor slachtoffers lijkt hierbij aan te sluiten. Het is echter ook denkbaar dat incidenten waarvoor de aanleiding zich minder in de interactie met anderen, maar meer in hoofd van de gedetineerde afspeelt, minder voorstelbaar zijn, en daardoor ook ernstiger consequenties kunnen hebben.

Op de andere afdelingen van de FOBA werd het agressieve gedrag vaak ontlokt door de regels en beperkingen die een detentiestelling nu eenmaal noodgedwongen heeft, en het gedrag richt zich daarmee vooral tegen medewerkers die die structuur moeten handhaven. Alhoewel restricties, regels en voorschriften onvermijdelijk bij een detentiestelling horen, kan men zich afvragen of de afdelingsregels mogelijk nog duidelijker, en wellicht nog frequenter, aan de gedetineerden moeten worden uitgelegd om misverstanden te voorkomen. Misverstanden omtrent regels, en in

het bijzonder inconsistentie in de toepassing ervan, zouden agressie bij psychiatrische patiënten kunnen ontlokken (Blair 1991).

Verder bestond er een vrij grote categorie incidenten waarbij de oorzaak van de agressie voor het personeel onduidelijk was (41 (22%)). Vooral bij deze categorie kan het nuttig zijn om incidenten met de patiënt – indien mogelijk (en niet gecontraïndiceerd in verband met overvraging of overprikkeling) – na te bespreken. Het doel hiervan is om meer inzicht in de oorzaak van, en de aanloop tot, het vertoonde controleverlies van de patiënt te verkrijgen, zodat op basis van deze informatie gericht geprobeerd kan worden incidenten te voorkomen (Van der Werf e.a. 1998). Dergelijke nabesprekingen kunnen soms ook bij de patiënt tot meer inzicht en begrip leiden.

Tot slot trad agressie relatief vaak op in de deuropeningen van de cellen. Deze bevinding lijkt interessant in het licht van de discussie over het huisvesten van meer dan één gedetineerde per cel, hoewel het in dit onderzoek natuurlijk ging om een uiterst specifieke selectie van gedetineerden. Hoe dan ook, één van de nadelen die vaak genoemd wordt door PIW'ers als het gaat om meerdere gedetineerden op één cel, is dat er juist bij het in- en uitsluiten vaker gevaarlijke situaties zouden kunnen optreden. De onderhavige, vrij gedetailleerde agressiegegevens wijzen er in ieder geval op dat relatief veel incidenten ontstaan tijdens deze situaties. Met name in verband met het openen van de celdeur zou onderzocht moeten worden op welke wijze dit het beste gedaan kan worden. Doorgaans wordt er eerst contact gezocht met de gedetineerde met psychiatrische problematiek via het luikje van de deur, alhoewel dit in sommige gevallen juist weer agressie lijkt te ontlokken. Ook rijst de vraag hoe het beste op basis van een kort contact een adequate inschatting van de situatie kan worden gemaakt voordat de deur geopend wordt.

 Met speciale dank aan Erik Sikkens en Bert van der Werf voor hun hulp bij het aanpassen en geschikt maken van het SOAS-R-formulier voor de FOBA. Daarnaast willen wij Co Bleeker en Frans Douw danken voor hun commentaar op een eerdere versie van het

artikel. Tot slot willen wij alle medewerkers van de FOBA bedanken voor hun bijdrage aan dit project.

LITERATUUR

- Appelbaum, P.S., Robbins, P.C., & Monahan, J. (2000). Violence and delusions: data from the MacArthur Violence Risk Assessment Study. *The American Journal of Psychiatry*, 157, 566-572.
- Blair, T. (1991). Assaultive behavior. Does provocation begin in the front office? *Journal of Psychosocial Nursing and Educational Health Services*, 29, 21-26.
- Bulten, B.H., & Schoenmakers, M.P.L. (2003). Toenadering en vermindering. Over de mogelijkheden en beperkingen van penitentiaire geestelijke gezondheidszorg. *Proces*, 73, 32-41.
- Davis, S. (1991). Violence by psychiatric inpatients: A review. *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 585-590.
- Dienst Justitiële Inrichtingen. (2003). Terugblik en toekomst. DJI Jaarverslag 2002. Den Haag: Ministerie van Justitie.
- Forensische Observatie en Begeleidingsafdeling (2002). *Jaarverslag FOBA*. Amsterdam: FOBA.
- Forensische Observatie en Begeleidingsafdeling (z.j.). *Plaatsingscriteria intern*. Amsterdam: FOBA.
- Gestel, C.J. van, van Nieuwenhuizen, Ch., & Achilles, R.A. (2002). Vormen 'artikel-37-patiënten' een zware last? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 44, 627-632.
- Hildebrand, M., de Rooter, C., & Nijman, H.L.I. (2004). PCL-R psychopathy predicts disruptive behavior among male offenders in a Dutch forensic psychiatric hospital. *Journal of Interpersonal Violence*, 19, 13-29.
- Juninger, J., Parks-Levy, J., & McGuire, L. (1998). Delusions and symptom-consistent violence. *Psychiatric Services*, 49, 218-220.
- Middelhoven, L.K., & F.M.H.M. Driessen (2002). Geweld tegen werknemers in de semi-openbare ruimte. *Tijdschrift voor Veiligheid & Veiligheidszorg*, 2, 38-47.
- Nijman, H.L.I., de Allertz, W.W.F., & Campo, J.M.L.G. (1995). Agressie van patiënten: een onderzoek naar agressief gedrag van psychiatrische patiënten op een gesloten opnameafdeling. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 36, 329-342.
- Nijman, H., de With, H. & Hildebrand, M. (2004). Meting van agressie onder TBS-gestelden. *Sancties*, 85-92.
- Nijman, H.L.I., Allertz, W.W.F., Boogaard, M. van de, e.a. (1996). Preventie van agressieve incidenten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 38, 723-734.
- Nijman, H.L.I., à Campo, J.M.L.G., Merckelbach, H.L.G.J., Allertz, W.W.F., & Ravelli, D.P. (2001). Determinanten, meting en preventie van

agressie in intramurale psychiatrische instellingen. In A.H. Schene (Hoofdred.), F. Boer, T.J. Heeren, H.W.J. Henselmans e.a. (Red.), *Jaarboek psychiatrie en psychotherapie 2001-2002* (7de druk, pp. 347-360). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Nijman, H.L.I., Muris, P., Merckelbach, H.L.G.J., e.a. (1999). The Staff Observation Aggression Scale- Revised (SOAS-R). *Aggressive Behavior*, 25, 197-209.

Palmstierna, T., & Wistedt, B. (1987) Staff observation aggression scale, SOAS: presentation and evaluation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 76, 657-663.

Shah, A.K., Fineberg, N.A., & James, D.V. (1991). Violence among psychiatric inpatients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 305-309.

Tardiff, K. (1992). The current state of psychiatry in the treatment of violent patients. *Archives of General Psychiatry*, 49, 493-498.

Taylor, P. (1998). When symptoms of psychosis drive serious violence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33(Suppl. 1), S47-S54.

Werf, B. van der, Goedhart, A., & Huiberts, S. (1998). *Naar minder agressie en dwang in de psychiatrie. Signaleringsplannen*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

AUTEURS

H. NIJMAN is gezondheidswetenschapper en werkzaam als senioronderzoeker in de Forensisch Psychiatrische Instelling de Kijvelanden te Poortugaal en als visiting professor verbonden aan de City University in Londen.

M. GEURKINK is psycholoog en werkzaam op de Forensische Observatie en Begeleidingsafdeling (FOBA) te Amsterdam.

Correspondentieadres: H. Nijman, TBS-kliniek de Kijvelanden, Kijvelandsekade 1, 3172 AB Poortugaal. Tel. (010) 5031212. Fax (010) 5031205.

E-mail: hennij@kijvelanden.nl.

Geen strijdige belangen meegeedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 17-2-2004.

SUMMARY

Aggressive behaviour of prisoners with psychiatric disorders – H. Nijman, M. Geurkink – BACKGROUND Various sources indicate that acts of aggression against prison staff occur frequently. However, very little detailed information is available about the nature, causes and severity of aggressive behaviour in Dutch prisons.

AIM To obtain insight into the nature and severity of the aggressive behaviour of prisoners with psychiatric disorders.

METHODS The aggressive behaviour of all the prisoners residing in one of the seven sections of the FOBA (Forensic Observation and Supervision Departement) (which has 66 cells) between 1 October 2001 and 31 July 2002 (10 months) was recorded by means of an adapted version of the Staff Observation Aggression Scale-Revised (adapted for prison conditions).

RESULTS Over the 10-month period 186 aggressive incidents were reported, which is equivalent to a frequency of about 3.4 incidents per cell per annum. About one in seven of the incidents reported had physical consequences for the victims and the aggression was generally directed against prison staff (79%). Patient-to-patient aggression, however, was rare in the FOBA (5%). The frequency of aggression was particularly high in the 'Very Intensive Care' ward where the most disturbed and mainly acutely psychotic patients are detained (on average 9 incidents per cell per annum). Among this category of patients aggression significantly often seems to stem from by the patient's psychopathy. In the seven sections of the FOBA aggression frequently occurs in cell doorways.

CONCLUSION In spite of the structure and rest that FOBA offers to patients, overstimulation still seems to play a role in eliciting aggression, particularly among the most disturbed psychotic prisoners in the Very Intensive Care ward. In the light of the ongoing discussion in the Netherlands about placing more than one prisoner in a cell, it is interesting to note that of all the incidents that occurred in the various sections more than a quarter took place in cell doorways. According to the prison staff a possible disadvantage of placing more than one prisoner in a cell is that dangerous situations often arise when cells are being locked or unlocked.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 46(2004)9, 609-618]

KEY WORDS aggression, imprisonment, psychiatric disorders, psychosis, violence