

De ontwikkeling van een behandelprogramma voor gewelddadige forensisch psychiatrische patiënten met een cluster B-persoonlijkheidsstoornis

R. H. J. HORNSVELD, S. SOE-AGNIE, J. DONKER, L. VAN DER WAL

ACHTERGROND Over opzet, inhoud en resultaten van Nederlandse behandelprogramma's voor gewelddadige forensisch psychiatrische patiënten is nauwelijks in (inter)nationale vaktijdschriften gepubliceerd.

DOEL Beschrijven van de ontwikkeling van een behandelprogramma voor forensisch psychiatrische patiënten met een cluster B-persoonlijkheidsstoornis. Daarbij werd de behandeling voor agressie gecombineerd met een behandeling voor verslaving.

METHODE De klinische ervaringen met beide behandelingen werden geïnventariseerd, waarna nieuwe modules werden toegevoegd op grond van recente onderzoeksresultaten.

RESULTATEN Het aldus samengestelde behandelprogramma richtte zich op de belangrijkste individuele dynamische criminogene factoren.

CONCLUSIE Empirisch onderzoek zal moeten uitwijzen of het behandelprogramma als geheel betere resultaten oplevert dan de samenstellende behandelingen afzonderlijk.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)11, 703-711]

TREFWOORDEN agressie, behandelprogramma, forensische psychiatrie, verslaving

In Nederland is men de afgelopen jaren begonnen met het ontwikkelen van behandelprogramma's voor gewelddadige forensisch psychiatrische patiënten, maar over de opzet, inhoud en resultaten van die programma's is tot op heden nauwelijks in vaktijdschriften gepubliceerd. In dit artikel willen wij onze ervaringen beschrijven met de ontwikkeling van een programma voor patiënten met als hoofddiagnose een cluster B-persoonlijkheidsstoornis op as II van de DSM-IV (American Psychiatric Association 1994).

Hierbij namen wij de aanbevelingen van Cooke en Philip (2001) en van Hollin (2006) als uit-

gangspunt, dat wil zeggen dat het programma: een op verandering gericht model als kader heeft; een concrete beschrijving van de doelgroep kent; gericht is op dynamische risicofactoren; gebruikmaakt van effectieve methoden; gericht is op vaardigheden; gebruikmaakt van een draaiboek; en geëvalueerd wordt met betrouwbare en valide meetinstrumenten.

Bij de ontwikkeling van het programma zijn wij uitgegaan van een leertheoretisch model, omdat bij cognitief-gedragstherapeutische programma's een groter effect op recidiverisico werd gevonden dan bij andere benaderingen (McGuire

2006). De doelgroep formuleerden wij aanvankelijk in termen van DSM-IV-classificaties. Een probleem van vooral de classificaties op as II is echter hun beperkte betrouwbaarheid en validiteit (McMurran 2001). Zo worden bij cluster B alle vier de stoornissen gekenmerkt door impulsiviteit en een gebrekkige beheersing van emoties (Ullrich e.a. 2001). Wij operationaliseerden daarom de doelgroep met dimensionele, op empirisch onderzoek gebaseerde, persoonlijkheidstrekken (Burke & Hart 2000) en concrete probleemgedragingen (Daffern & Howells 2007). De modules die deel uitmaken van het programma zijn gericht op enkele belangrijke dynamische factoren die volgens Andrews en Bonta (2003) bijdragen tot het ontstaan en voortduren van crimineel gedrag, te weten antisociale attitudes, antisociaal netwerk, antisociale persoonlijkheidstrekken en middelenmisbruik of -afhankelijkheid. Om optimale behandelintegriteit te bereiken, dat wil zeggen dat 'een programma wordt uitgevoerd zoals het in theorie en praktijk bedoeld is' (Hollin 1995), ontwikkelden wij een draaiboek voor behandelaars (McMurran & Duggan 2005).

In dit artikel beschrijven wij eerst de ontwikkeling van het programma zoals die afgelopen jaren in Forensisch-Psychiatrisch Centrum (FPC) De Kijvelanden heeft plaatsgevonden en daarna schetsen wij enkele plannen voor de toekomst. Het programma bestaat uit twee onderdelen, te weten de verlengde agressiehanteringstherapie (met acht in plaats van de oorspronkelijke vier modules) en het programma verslaving. Bij de beschrijving leggen wij de nadruk op gebruikte methoden en op klinische bevindingen.

Onderzoek naar het effect van programmaonderdelen en de invloed daarvan op de verdere ontwikkeling van het programma worden wel genoemd, maar voor gedetailleerde informatie verwijzen wij naar recente publicaties. Het behandelprogramma omvat alleen cognitief-gedrags-therapeutische interventies. De ondersteunende vaktherapieën worden daarom niet vermeld. Vooral de patiënten met een psychotische stoornis en een antisociale persoonlijkheidsstoornis kregen

op indicatie psychofarmaca voorgeschreven, maar het medicatiebeleid maakte vooralsnog geen deel uit van het hier beschreven programma.

AGRESSIEHANTERINGSTHERAPIE

Werkwijze

De oorspronkelijke agressiehanteringstherapie bestaat uit vier modules, te weten *woedebeheersing*, *sociale vaardigheden*, *moreel redeneren* en *zelfregulatievaardigheden* (tabel 1). De therapie wordt gegeven aan groepen van maximaal acht patiënten, en omvat vijftien wekelijkse sessies van 1,5 uur en drie vijfwekelijkse terugkombijeenkomsten (Hornsveld e.a. 2004). Behandelaars beschikken over een draaiboek en patiënten maken de huiswerkopdrachten in een werkboek (Hornsveld 2004).

Bij de module 'woedebeheersing' wordt gebruikgemaakt van de in Nederland gangbare werkwijze, te weten die van de 'vijf G's' (gebeurtenis, gedachte, gevoel, gedrag en gevolg). Dit gebeurt aan de hand van oefensituaties en van situaties die op eerdere bijeenkomsten door de patiënten zijn aangedragen.

Bij de module 'sociale vaardigheden' kiezen de patiënten vijf vaardigheden uit een lijst van twaalf, te weten: contact maken, een situatie beëindigen, een verzoek doen, een verzoek weigeren, reageren op een weigering, kritiek geven, reageren op kritiek, je mening geven, voor jezelf opkomen, iemand een compliment geven, waardering uitspreken over jezelf en reageren op een compliment. Voor elke oefening ontvangen de patiënten een informatiebrochure met mogelijke doelen ('Wat wil je bereiken?') en criteria ('Waar let je op?').

Tijdens de module 'moreel redeneren' worden morele probleemsituaties ter discussie gesteld. De probleemsituatie van één patiënt wordt in een rolspel verder uitgewerkt.

Bij de module 'zelfregulatievaardigheden' (Van Dam-Baggen & Kraaiaam 2000) leren patiënten voor een bepaalde activiteit eerst hun eisen op te sporen en zichzelf te bekrachtigen voor de uitvoer-

ring van deze activiteit. Vervolgens leren zij te hoge of te vage eisen op te sporen en bij te stellen.

Op de drie terugkombijeenkomsten melden de patiënten hoe de toepassing van het in de therapie geleerde hun in het dagelijkse leven afaat, wordt de behandeling geëvalueerd en komt ten slotte het conceptverslag aan de verwijzer aan de orde.

Klinische praktijk

Van de huiswerkopdrachten werd door de klinische patiënten verslag gedaan in kleine groe-

pen met ondersteuning van een docent van de afdeling Onderwijs. Voor de poliklinische patiënten bleek het niet mogelijk wekelijks een extra bijeenkomst te organiseren voor de huiswerkopdrachten, onder meer omdat de patiënten ook regelmatig bij de medewerker van de (jeugd)-reclassering werden verwacht. Vooral de adolescenten hadden moeite met het zelfstandig maken van het huiswerk.

Zowel klinische als poliklinische patiënten deden over het algemeen actief mee tijdens het onderdeel 'woedebeheersing'. De analyse van hun agressieve gedrag bleek voor de meeste patiënten

TABEL 1 Resultaten van 4 onderzoeken (2002-2005) bij 136 klinische patiënten (volwassenen) en 200 poliklinische patiënten (adolescenten en volwassenen) (Hornsveld 2007; Hornsveld e.a. 2007)

Onderzoek	Resultaten
Persoonlijkheidstrekken en probleemgedragingen van de onderzochte patiënten	<ul style="list-style-type: none"> - In vergelijking met de normgroep bleken zowel de klinische als de poliklinische patiënten hoger te scoren op neuroticisme en lager op altruïsme. - De poliklinische patiënten scoorden bovendien lager op openheid en consciëntieusheid, en hoger op woede als dispositie dan normgroepen. - Beide groepen rapporteerden minder problemen te hebben met situaties waarin zij kritiek konden geven en meer met situaties waarin zij iemand een compliment konden geven. - De poliklinische patiënten scoorden lager op psychopathie, maar hoger op agressief gedrag dan de klinische patiënten.
Verschillen tussen patiënten die programma voltooien en degenen die ermee stoppen	<ul style="list-style-type: none"> - Zowel de poliklinische als de klinische patiënten die voortijdig de therapie staakten, bleken hoger te scoren op factor 2 van de Psychopathy Checklist-Revised dan degenen die de therapie voltooiden. - Een hogere score op die factor is gerelateerd aan een hoger recidiverisico. De poliklinische patiënten die de behandeling staakten, scoorden bovendien hoger op neuroticisme, lager op extraversie, hoger op woede als dispositie en hoger op agressief gedrag dan de poliklinische patiënten die de behandeling wel voltooiden. - De klinische patiënten die de behandeling staakten, scoorden lager op openheid dan de klinische patiënten die het programma geheel volgden.
Resultaten van de agressiehanterings-therapie	<ul style="list-style-type: none"> - Uit een eerste evaluatie kwam naar voren dat zowel bij de klinische als de poliklinische patiënten de scores op vijandigheid en agressief gedrag van de na- en follow-upmeting significant lager waren dan de scores van de voormeting. - De klinische patiënten scoorden tijdens de follow-upmeting ook significant lager op agressief gedrag gemeten met de observatieschaal. - Vervolgens werden twee controlecondities toegevoegd: voor de poliklinische patiënten een wachtlijstconditie en voor de klinische patiënten een controlegroep met de gebruikelijke zorg. - Bij de poliklinische patiënten bleken vijandigheid en agressief gedrag tijdens de wachtlijstperiode niet af te nemen, maar tijdens de therapie wel. - Bij de klinische patiënten nam het agressieve gedrag gemeten met de observatieschaal tussen voor- en follow-upmeting significant af, terwijl dat niet het geval was bij de patiënten van de controlegroep.
Individuele verschillen	<ul style="list-style-type: none"> - Dit onderzoek ondersteunde de bevindingen van andere auteurs dat patiënten met een lage score op psychopathie vooral reactief agressief gedrag vertonen en patiënten met een hoge score relatief vaker proactief agressief gedrag. - Bij de eerste groep patiënten werd een relatie tussen agressief gedrag en sociale competentie gevonden, bij de tweede groep was dit niet het geval.

informatief. Tegelijkertijd was dit onderdeel niet bedreigend, omdat nog geen gedragsverandering werd verlangd.

In de praktijk leverde het onderdeel 'sociale vaardigheden' de meeste problemen op. Veel patiënten meenden over voldoende sociale vaardigheden te beschikken, en vonden dat zij die adequaat toepasten. Behandelaars stelden vast dat de probleemsituaties van de patiënten merendeels handelden om autoriteitsfiguren. Vrijwel alle groepen kozen dan ook voor oefening van sociale vaardigheden als kritiek geven, weigeren, reageren op een weigering en dergelijke. Vaardigheden zoals contact leggen en waardering uiten tegen een ander vielen veel minder in de smaak. In dat geval gingen de behandelaars gedeeltelijk voorbij aan de keuze van de patiënten en lieten zij hen ook vaardigheden oefenen zoals iemand complimenteren of een gesprek beginnen.

Bij het onderdeel 'zelfregulatievaardigheden' bleek hoeveel moeite patiënten ondervonden om toepassing van het geleerde vol te houden en om zichzelf nieuwe vaardigheden aan te leren. Vrijwel altijd werden de formulering van een concreet doel en het onderverdelen daarvan in haalbare tussentappen belemmerd door de hoge eisen die patiënten aan zichzelf stelden.

Bespreking van morele dilemma's tijdens het onderdeel 'moreel redeneren' wees uit dat veel patiënten zich vijandig en wantrouwend opstelden ten opzichte van medemensen. De behandelaars constateerden dat veel patiënten zich vijan-

dig en wantrouwend opstelden ten opzichte van mensen in het algemeen. Ook zagen zij dat de meeste patiënten slechts met de grootste moeite hun argwanende houding konden veranderen.

De evaluatie van de therapie leverde nogal eens sociaal wenselijke antwoorden op. Sommigen bleven echter volharden in het standpunt dat zij onterecht in de groep waren ingedeeld en er niets van hadden opgestoken. De patiënten gaven wel nuttige informatie waar het de opzet van de therapie betrof. Zo bleken voor een aantal patiënten de informatiebrochures lastig te volgen.

VERLENGDE AGRESSIEHANTERINGS- THERAPIE

Werkwijze

Nieuwe modules Op grond van onderzoeksresultaten (zie tabel 1) en klinische ervaringen zijn aan de therapie vier modules toegevoegd, te weten 'prosociaal denken', 'karaktervorming', 'prosociaal netwerk' en 'houding tegenover vrouwen'. De therapie omvat zo in totaal 35 wekelijkse bijeenkomsten. De wekelijkse bijeenkomsten worden gevolgd door boostersessies, die de patiënten in een afnemende frequentie bijwonen (tabel 2). Een huiswerkopdracht bij de bijeenkomsten van elke module is dat de patiënten de situatie of de vaardigheid oefenen die in de betreffende bijeenkomst aan de orde is geweest en daarvan verslag doen in hun werkboek. Vanaf de 16de bij-

TABEL 2 Modulen van de verlengde agressiehanteringstherapie

Module	Doelstelling
Woedebeheersing	Onderkennen van en adequaat omgaan met gevoelens als irritatie, boosheid, woede of agressie
Sociale vaardigheden	Verbeteren of uitbreiden van relevante sociale vaardigheden
Moreel redeneren	Kennismaken van gangbare waarden en normen en oplossen van morele problemen
Zelfregulatievaardigheden	Veranderen van inadequaat aspiratieniveau, zichzelf bekrachtigen voor bereikte resultaten en programma's kunnen maken voor nieuw gedrag
Prosociaal denken	Antisociale cognities omzetten in positieve cognities
Karaktervorming	Bij sociaal gedrag onderscheiden van positieve en negatieve consequenties op korte en op lange termijn
Prosociaal netwerk	Aangaan van prosociale contacten en het beëindigen van antisociale contacten
Houding tegenover vrouwen	Omgaan met vrouwen in contacten met verschillende niveaus van intimiteit
Terugkombijeenkomsten	Evaluatie en rapportage
Boostersessies	Controle

eenkomst doen de patiënten op elke bijeenkomst ook standaard verslag van een situatie waarin het hun wel of niet gelukt is hun agressieve gedrag te hanteren.

Incidenteel kan met een individuele patiënt een gesprek gevoerd worden in het kader van de groepsbehandeling. In die gesprekken wordt een beknopte functionele analyse van probleemgedrag gemaakt als tijdens groepsbijeenkomsten blijkt dat er onvoldoende inzicht is in de determinanten van dat gedrag.

Met de modules 'prosociaal netwerk' en 'houding tegenover vrouwen' is nog geen ervaring opgedaan, omdat deze modules pas in de loop van 2008 worden toegepast.

Tijdens de module 'prosociaal denken' leren patiënten gedachten die leiden tot antisociaal gedrag om te zetten in gedachten die leiden tot sociaal gedrag. Aan de orde komen de volgende cognitieve 'vervormingen': je niet verplaatsen in een ander, egocentrisme, bagatelliseren, het ergste veronderstellen en anderen de schuld geven. Op elke bijeenkomst wordt één cognitieve vervorming uitgebreid besproken en afgesloten met een rollenspel.

De module 'karaktervorming' bestaat uit vijf bijeenkomsten waarin patiënten leren onderscheid maken tussen consequenties op korte en lange termijn bij sociaal versus antisociaal gedrag. Dit gebeurt aan de hand van de onderwerpen verantwoordelijkheid, dienstbaarheid, respect, samenwerking en eerlijkheid. Tijdens elke bijeenkomst wordt één onderwerp uitgebreid besproken en afgesloten met een rollenspel.

De bijeenkomsten van de module 'prosociaal netwerk' zijn gewijd aan het leren aanknopen van sociale contacten en het afhouden of beëindigen van antisociale contacten. Aan de orde komen vaardigheden zoals contact leggen, de ander informeren over eigen antisociaal verleden, bij de ander informeren naar diens verleden, een contact afhouden of beëindigen en een sociaal contact intensiveren. Op elke bijeenkomst komt één vaardigheid uitgebreid aan de orde onder andere in de vorm van een rollenspel.

Bij de module 'houding tegenover vrouwen' leren mannelijke patiënten hoe ze zich dienen te gedragen ten opzichte van de andere sekse. De vijf bijeenkomsten van deze module gaan over psychologische verschillen tussen mannen en vrouwen, verschillen in seksualiteitsbeleving, contact leggen, contact intensiveren en omgaan met relationele conflicten. Als patiënten tijdens het volgen van de laatste twee modules nog niet met verlof zijn, worden de huiswerkopdrachten zo nodig aangepast.

Tijdens de boostersessies bespreken patiënten ervaringen van de afgelopen week of weken aan de hand van verslagen in hun werkboek. Patiënten oefenen ten minste eenmaal per week een agressief gedrag oproepende situatie. Als een patiënt een situatie rapporteert waarin het hem niet gelukt is zijn agressieve gedrag onder controle te houden, wordt deze situatie geoefend. De patiënt moet dezelfde of een overeenkomstige situatie dan in de periode tot aan de volgende bijeenkomst opnieuw oefenen. Als in het agressieve gedrag geen verbetering optreedt of als in een situatie het agressieve gedrag te ernstig blijkt, wordt een individueel gesprek met de betreffende patiënt gevoerd waarin deze te horen krijgt dat met de behandelverantwoordelijke contact zal worden opgenomen. De boostersessies zijn open bijeenkomsten. De behandelaars bepalen voor de patiënten de frequentie van deelname.

Klinische bevindingen

De eerste ervaringen met de modules 'prosociaal denken' en 'karaktervorming' waren positief. Mede op verzoek van de deelnemende patiënten werd het bespreken van de gemaakte huiswerkopdrachten en van het thema voor de bijeenkomst bekort, zodat meer tijd beschikbaar kwam voor het oefenen van conflictsituaties. De geoefende situaties hadden betrekking op het onderwerp van de betreffende bijeenkomst of op een situatie waarin het een patiënt niet of gedeeltelijk gelukt was zijn of haar agressieve gedrag onder controle te houden. Wij hechten veel belang aan het doen

van rollenspelen, niet alleen omdat wij te maken hebben met patiënten die vaak erg op actie gericht zijn, maar ook omdat behandelaars zo kunnen controleren of nieuwe inzichten ook leiden tot ander overt gedrag.

De patiënten opperden ook de mogelijkheid om tijdens de laatste module aandacht te besteden aan de specifieke problemen van de individuele deelnemers zoals zij die tijdens voorafgaande modules waren tegengekomen. Patiënten konden daarom aan het begin van de module aangeven op welk onderdeel zij terug wilden komen: beheersen van een emotie, uitvoeren van een sociale vaardigheid, oplossen van een moreel probleem of het veranderen van een negatieve cognitie in een positieve. Bij het oefenen van een probleemsituatie werd met de keuzes van de patiënten rekening gehouden, maar werd ook een verband gelegd met het onderwerp van de betreffende bijeenkomst.

Voor het bespreken van de huiswerkopdrachten hoefde minder tijd te worden uitgetrokken omdat sinds medio 2007 de patiënten begeleiding kregen van stagiaires Klinische Psychologie van de Erasmus Universiteit Rotterdam tijdens de wekelijkse huiswerkbijeenkomsten. De stagiaires woonden de bijeenkomsten aanvankelijk bij als observator, maar geleidelijk konden zij ook bepaalde onderdelen van een bijeenkomst min of meer zelfstandig uitvoeren. De aanwezigheid van de (mannelijke) stagiaires had als bijkomend voordeel dat zij als model fungeerden voor deelnemers van ongeveer dezelfde leeftijd.

Het toevoegen van een incidenteel gesprek met een individuele patiënt aan de groepsbehan-

deling bleek te voldoen aan de verwachtingen. Tijdens een dergelijk gesprek kon bijvoorbeeld het dominante gedrag van een patiënt beter gecorrigeerd worden. Correctie tijdens een groepsbijeenkomst zou waarschijnlijk als een vernedering worden ervaren. Het incidentele gesprek werd soms ook gebruikt voor het opstellen van een functionele analyse van gedrag waarin de behandelaars voor het uitvoeren van het programma nader inzicht wilden hebben.

PROGRAMMA VOOR VERSLAVING

Methode

Dit programma bestaat uit drie modules met in totaal 32 bijeenkomsten en is gebaseerd op de 'cirkels van Van Dijk' (Van Dijk 1979). Tijdens de eerste 16 bijeenkomsten volgen de patiënten de modules 'psycho-educatie' en 'probleemanalyse'. Gedurende de eerste module krijgen de patiënten voorlichting over de verschillende aspecten van verslaving. De module 'probleemanalyse' heeft als doel de determinanten van het verslavingsgedrag bij elke patiënt in kaart te brengen. Daarbij wordt vooral aandacht besteed aan de relatie tussen persoonlijkheidsproblematiek en verslavingsgedrag. De module 'hanteren van risicosituaties' wordt gegeven tijdens een tweede serie van 16 bijeenkomsten. Deze module heeft als doel om de patiënten voor te bereiden op situaties die een hevig verlangen naar hun verslavende middel kunnen oproepen door te oefenen met voor hen werkzame copingstrategieën.

TABEL 3 Modulen van het verlengde programma Verslaving

Module	Doelstelling
Psycho-educatie	Kennis nemen van de verschillende aspecten van verslaving
Probleemanalyse	Het in kaart brengen van de determinanten van het verslavingsgedrag met de 'cirkels van Van Dijk' (Van Dijk 1979)
Hanteren van risicosituaties	Vorbereiding in de kliniek op het uit de weg gaan van situaties die een hevige trek oproepen en het oefenen van copingstrategieën
Terugvalpreventie	Leren buiten de kliniek toepassen van copingstrategieën in risicovolle situaties
Boostersessies	Controle

Klinische praktijk en verdere ontwikkeling

De patiënten rapporteerden aan het eind van het programma een toename van hun kennis over de schadelijke gevolgen van middelenmisbruik voor hun lichamelijk en psychisch functioneren. Zij meldden ook meer inzicht te hebben gekregen in de voor hen risicovolle situaties. Desondanks veronderstelden zij zonder verdere begeleiding en behandeling tijdens verlof aan grote verleidingen waarschijnlijk geen weerstand te kunnen bieden.

Omdat uit onderzoek bij 66 patiënten naar voren kwam dat bij de patiënten de kennis over verslaving weliswaar toenam, maar dat de motivatie voor abstinentie niet verbeterde (Bijlsma e.a. 2006), werden aan het bestaande programma een module 'terugvalpreventie' (Koeter & Van Maastrecht 2006) en boostersessies toegevoegd (tabel 3).

BESPREKING

In FPC De Kijvelanden is sinds kort het behandelprogramma voor terbeschikkinggestelden met een cluster B-persoonlijkheidsstoornis operationeel door de agressiehanteringstherapie en het programma voor verslaving te combineren tot één geheel. Deze patiënten krijgen zo een behandeling aangeboden die zich richt op belangrijke individuele, dynamische criminogene factoren.

De eerste klinische ervaringen met het onderdeel 'agressie' (de verlengde agressiehanteringstherapie) zijn positief, maar evaluatieonderzoek zal moeten aantonen of deze indrukken terecht zijn. Het programma voor verslaving zal komende jaren verder ontwikkeld worden om de effectiviteit ervan te verbeteren. Daarbij wordt onder andere gedacht aan een module 'terugvalpreventie' en aan boostersessies (McMurran 2002; 2006).

Een voordeel van deze stapsgewijze aanpak, waarbij effectief gebleken modules geleidelijk met nieuwe worden aangevuld, is dat als een module niet effectief blijkt, deze geschrapt of bijgesteld kan worden. Omdat bij de ontwikkeling van de nieuwe modules steeds wordt aangesloten bij

recente wetenschappelijke inzichten, lopen de patiënten nauwelijks het risico deel te nemen aan een niet-effectief onderdeel. De praktijk leert tot nu toe dan ook dat niet de methodiek, maar hooguit de wijze van uitvoering soms bijgesteld moet worden. Zo constateerden wij dat de module 'prosociaal denken' beter voor de module 'karaktervorming' gegeven kan worden dan erna.

De combinatie van een groepsbehandeling met incidentele individuele gesprekken komt naar onze mening tegemoet aan de noodzaak tot differentiatie tussen de deelnemende patiënten afzonderlijk. Patiënten die laag scoren op psychopathie zullen zich vooral nieuwe sociale vaardigheden eigen moeten maken, terwijl degenen die hoog scoren op psychopathie gestimuleerd moeten worden hun sociale gedrag zodanig te corrigeren dat zij in de toekomst niet opnieuw in de problemen komen. Een enkel individueel gesprek kan dan soms nodig zijn om een individuele patiënt te informeren over de verschillende aanpak binnen de groep.

Wij hechten eraan dat deelnemers boostersessies doorlopen tot en met de extramurale resocialisatiefase, omdat alleen zo behandelaars kunnen controleren of het in de kliniek geleerde in de praktijk wordt toegepast. Immers, er zijn aanwijzingen dat de patiënten in de gecontroleerde omgeving van een kliniek hun probleemgedrag beter onder controle kunnen houden dan in de ongestructureerde buitenwereld (Nijman e.a. 2002; Hornsveld e.a. 2008). Tijdens de boostersessies dienen patiënten verslag te doen van situaties waarin het hun wel of niet gelukt is hun agressie en/of verslavingsgedrag onder controle te houden. Zo nodig worden opnieuw probleemsituaties geoefend, maar behandelaars zullen zich bij terugval wel steeds moeten afvragen in hoeverre het betreffende probleemgedrag op korte termijn te verhelpen is of dat de terugval zo ernstig is dat aan de behandelverantwoordelijke gerapporteerd moet worden.

Onze ervaringen met het gebruik van draaiboeken zijn positief. Met behulp hiervan kan in principe elke gezondheidszorgpsycholoog samen met een ervaren groepsleider als cotherapeut de behande-

ling uitvoeren. Verdere scholing in het cognitief-gedragstherapeutische referentiekader achten wij echter raadzaam. Dit biedt behandelaars de mogelijkheid om waar nodig verantwoord te improviseren op de uitvoering van het programma. Ook kunnen zij dan in incidentele gevallen een aanvullende functionele analyse van onverwacht probleemgedrag maken.

LITERATUUR

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4de versie). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andrews, D.A., & Bonta, J. (2003). *The psychology of criminal conduct* (3de druk). Cincinnati: Anderson.
- Burke, H., & Hart, S.D. (2000). Personality disordered offenders: Conceptualization, assessment and diagnosis of personality disorder. In S. Hodgins & R. Müller-Isberner (Red.), *Violence, crime and mentally disordered offenders: Concepts and methods for effective treatment and prevention* (pp. 63-85). Chichester: Wiley.
- Cooke, D.J., & Philip, L. (2001). To treat or not to treat? An empirical perspective. In C.R. Hollin (Red.), *Handbook of offender assessment and treatment* (pp. 17-34). Chichester: Wiley.
- Daffern, M., & Howells, K. (2007). Antecedents for aggression and the function analytic approach to the assessment of aggression and violence in personality disordered patients within secure settings. *Personality and Mental Health*, 1, 126-137.
- Dam-Baggen, C.M.J. van, & Kraaimaat, F.W. (2000). *Sociaalvaardigheidstherapie: Een cognitief gedragstherapeutische groepsbehandeling*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Dijk, W.K. van (1979). De miskende alcoholist. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 123, 1228-1236.
- Hollin, C.R. (1995). The meaning and implications of 'programme integrity'. In J. McGuire (Red.), *What works: reducing reoffending* (pp. 195-208). Chichester: Wiley.
- Hollin, C.R. (2006). Offending behaviour programmes and contention: evidence-based practice, manuals, and programme evaluation. In C.R. Hollin & E.J. Palmer (Red.), *Offending behaviour programmes: development, application, and controversies* (pp. 179-207). Chichester: Wiley.
- Hornsveld, R.H.J. (2004). *Held zonder geweld: behandeling van agressief gedrag* (draai- en werkboek). Amsterdam: Boom.
- Hornsveld, R.H.J. (2007). *Assessment and treatment of violent forensic psychiatric patients with a conduct or an antisocial personality disorder in the Netherlands* (proefschrift). Nijmegen: Radboud Universiteit.*
- Hornsveld, R.H.J., Dam-Baggen, C.M.J. van, Leenaars, P.E.M., e.a. (2004). *Agressiehanterings therapie voor forensisch psychiatrische patiënten met geweldsdelicten: ontwikkeling en praktijk*. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 30, 22-37.
- Hornsveld, R.H.J., Nijman, H.L.I., & de Vries, E.T. (2007). *Assessment en behandeling van gewelddadige forensisch psychiatrische patiënten met een gedrags- of antisociale persoonlijkheidsstoornis*. Poortugaal: De Kijvelanden.*
- Hornsveld, R.H.J., Nijman, H.L.I., & Kraaimaat, F.W. (2008). Aggression control therapy for violent forensic psychiatric patients: First results. *Psychology, Crime and Law*, 14, 1-18.
- Koeter, M.W.J., & van Maastricht, A.S. (2006). *De effectiviteit van verslavingszorg in een justitieel kader*. Den Haag: ZonMw.
- McGuire, J. (2006). General offending behaviour programmes: concept, theory, and practice. In C.R. Hollin & E.J. Palmer (Red.), *Offending behaviour programmes: Development, application and controversies* (pp. 69-111). Chichester: Wiley.
- McMurran, M. (2001). Offenders with personality disorders. In C.R. Hollin (Red.), *Handbook of offender assessment and treatment* (pp. 467-479). Chichester: Wiley.
- McMurran, M. (2002). Alcohol, aggression, and violence. In J. McGuire (Red.), *Offender rehabilitation and treatment: Effective programmes and policies to reduce re-offending* (pp. 221-241). Chichester: Wiley.
- McMurran, M. (2006). Drug and alcohol programmes: Concept, theory, and practice. In C.R. Hollin & E.J. Palmer (Red.), *Offending behaviour programmes: Development, application, and controversies* (pp. 179-207). Chichester: Wiley.
- McMurran, M., & Duggan, C. (2005). The manualization of a treatment programme for personality disorder. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 15, 17-27.
- Nijman, H.L.I., de Kruyk, C., & van Nieuwenhuizen, C. (2002). Gedragsveranderingen tijdens TBS-behandeling. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 44, 339-334.
- Ullrich, S., Borkenau, P., & Marneros, A. (2001). Personality disorders in offenders: categorical vs. dimensional approaches. *Journal of Personality Disorders*, 15, 442-449.

* Verkrijgbaar bij de auteur.

AUTEURS

R.H.J. HORNSVELD is als klinisch psycholoog-wetenschappelijk onderzoeker verbonden aan de afdeling Onderzoek en Behandelinnovatie van FPC De Kijvelanden.

S. SOE-AGNIE is als psycholoog en behandelinnovator verbonden aan de afdeling Onderzoek en Behandelinnovatie van FPC De Kijvelanden.

J. DONKER is als gezondheidszorgpsycholoog verbonden aan een behandelafdeling en aan de afdeling Behandelprogramma's van FPC De Kijvelanden.

L. VAN DER WAL is als trainer en coördinator verbonden aan de afdeling Behandelprogramma's van FPC De Kijvelanden.

Correspondentieadres: dr. R.H.J. Hornsveld, Lange Dreef 52, 2285 LA Rijswijk.

E-mail: r.hornsveld@tiscali.nl.

Geen strijdige belangen meegeedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 2-4-2008.

SUMMARY

The development of a treatment program for violent forensic psychiatric patients with a cluster B personality disorder – R.H.J. Hornsveld, S. Soe-Agnie, J. Donker, L. van der Wal –

BACKGROUND Very few articles have been published in professional journals concerning the design, content, and results of treatment programs for violent forensic psychiatric patients in the Netherlands.

AIM To describe the development of a treatment program for forensic psychiatric patients with a cluster B personality disorder. In this program a treatment for aggression was combined with a treatment for substance abuse.

METHOD Clinical findings obtained with both treatments are discussed, followed by a description of new modules that were added because of recent research results.

RESULTS The combined treatment program targets the principal dynamic factors that cause individuals to display criminal behaviour.

CONCLUSION Empirical research is needed in order to find out whether the treatment as a whole produces better results than the two treatments administered separately.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)11, 703-711]

KEY WORDS aggression, forensic psychiatry, substances abuse, treatment program