

ADVIEZEN VOOR DE ZORG AAN MENSEN MET ANTISOCIAAL GEDRAG

Dit advies gaat over mensen met antisociaal gedrag. Die voldoen niet noodzakelijk aan de criteria voor een Antisociale Persoonlijkheidsstoornis (ASPS). Ook mensen met een verslaving of bedreigende levensomstandigheden kunnen (tijdelijk) antisociaal gedrag vertonen. Hulpverleners uit de forensische zowel als de reguliere GGz, zowel klinisch als ambulant, en inhoudelijke deskundigen/onderzoekers zijn geïnterviewd en op deze interviews zijn de adviezen onder meer gebaseerd.

INLEIDING

In de algemene GGz is de diagnose ASPS vooralsnog zeldzaam. Uit een analyse van de gegevens van een grote GGz-instelling in Nederland bleken er 7 mensen van de 650 die primair in zorg waren voor een persoonlijkheidsstoornis te voldoen aan de criteria voor een hoofddiagnose ASPS. Dat heeft er zeker mee te maken dat mensen met een ASPS zich niet gemakkelijk melden voor behandeling van hun stoornis. Vaak is ASPS ook een exclusiecriteria voor behandeling, zelfs als er een andere primaire diagnose is, en wel omdat voor veel hulpverleners in de GGz mensen met ASPS 'niet te behandelen zijn'. Maar ook omdat die hulpverleners zelden een antwoord hebben op het antisociale gedrag waarmee mensen met psychopathie, ASPS of met andere stoornissen (zoals bijvoorbeeld middelen-gerelateerde stoornissen) zich presenteren. Mensen met antisociaal gedrag weten de GGz niet te vinden en als ze dat wel doen, dan hebben ze er weinig van te verwachten.

De vraag is echter of dit houdbaar is tegen de achtergrond van de gevolgen. Dit is met name uitgezocht voor mensen met een ASPS. En bij die groep blijkt er sprake van een hoog risico op zelfdoding (5%), een grote kans op vroegsterfte (voor het veertigste levensjaar is het risico op overlijden 33 maal zo groot als onder de algemene bevolking),

van ernstige werkproblemen en problemen in sociale relaties. Daarnaast is ook bij mensen met een ASPS net als bij andere persoonlijkheidsstoornis comorbiditeit regel en geen uitzondering. Tot slot heeft de directe omgeving veel te stellen met de gevolgen van de gedragingen van de cliënt en de samenleving betaalt voor die gevolgen een forse prijs.

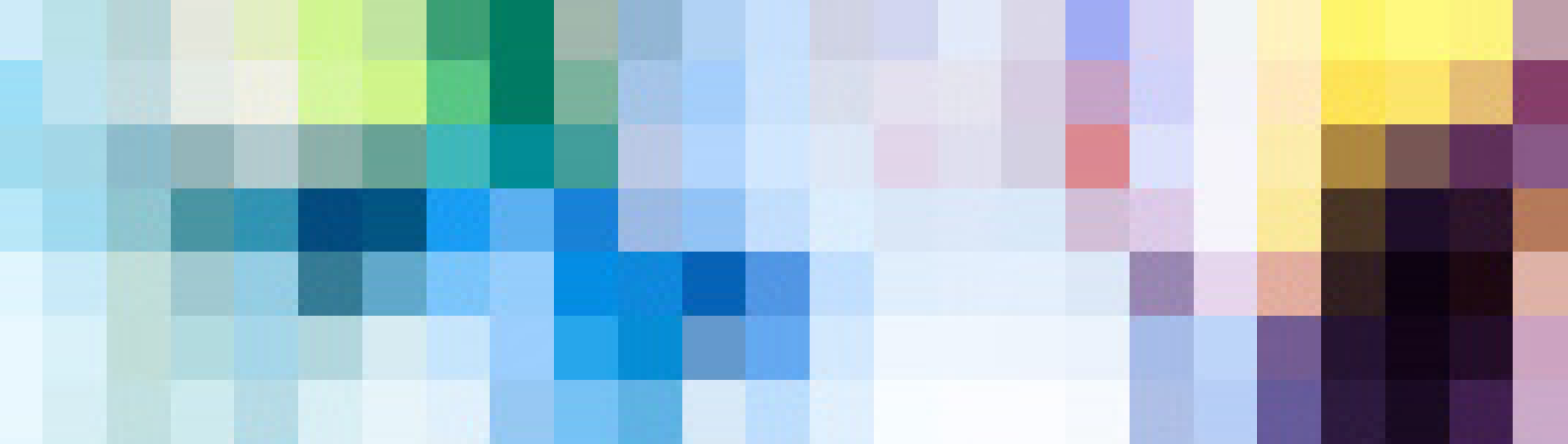
Bovendien: met de wetten Verplichte Geestelijke Gezondheidszorg (WVGz) en Forensische Zorg (WFZ) zal er een toename komen van mensen met antisociale problematiek in de algemene GGz. In de WVGz staat dat verplichte zorg meer op maat gegeven moet kunnen worden, bijvoorbeeld door iemand buiten een instelling verplichte begeleiding te geven, aan huis of in een polikliniek. En die verplichting geldt niet alleen voor de cliënt maar net zo goed voor de hulpverlenende instelling.

Kortom: als GGz krijgen we in toenemende mate te maken met een groep cliënten die zelf niet om behandeling vraagt en die we liever zien gaan dan komen. Reden voor het Podium Antisociaal Gedrag van het Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen om deskundigen op het gebied van ASPS systematisch te bevragen op voorwaarden waaraan de zorg voor mensen met antisociaal gedrag moet voldoen wil deze kans van slagen hebben. Dit heeft geleid tot een aantal aanbevelingen die we nu hier aan Algemene Instellingen voor Geestelijke Gezondheidszorg en hun medewerkers aanbieden. Deze aanbevelingen hebben betrekking op de setting waarin behandeling plaatsvindt, op de organisatie van de zorg, op het team dat de zorg levert, op de meest passende attitude van de hulpverlener en op de samenwerking in de keten.

1 SETTING

De voorkeurssetting voor de behandeling en begeleiding van cliënten met antisociaal gedrag is ambulant:

- Er is dan de gelegenheid om zich in een real life omgeving te leren handhaven.
- Systeemleden zijn gemakkelijker bij de behandeling te betrekken. De omgang met systeemleden



kan expliciet focus van behandeling en begeleiding zijn. Veranderingen van gedrag zijn in een real life situatie te testen en te meten.

Of ambulante behandeling mogelijk is hangt af van de volgende factoren:

- Het noodzakelijke beveiligingsniveau.
- In geval van middelengebruik: het risico op terugval.
- De noodzakelijke behandelintensiteit.

Onafhankelijk van de setting is een expliciet kader voor de zorg voor mensen met antisociaal gedrag noodzakelijk. Dit moet helder zijn (SMART) en proportioneel en dient goed gecommuniceerd te worden. Hieronder vallen bereikbaarheid, omgaan met afspraken, agressie, drugs- en alcoholgebruik etcetera. Voor een niet-forensische setting volstaat het om heldere afdelingsregels te hebben waar iedereen, dus ook mensen met antisociaal gedrag, zich aan moeten houden. Voor forensische settings is dit – mede afhankelijk van de persoon en diens veiligheidsrisico – onvoldoende. Zo is het voor veel forensische settings vanzelfsprekend dat er alcohol- en drugscontroles plaatsvinden. Belangrijk is dan dat overschrijding van die kaders/voorwaarden meteen tot een gesprek daarover moet leiden. Gelijktijdig moet de setting uitnodigen tot samenwerking. Een puur restrictieve omgeving doet dat niet. Er moet iets te halen zijn. Uitsluitend begrenzen werkt niet.

2 ORGANISATIE

Het is de vraag of mensen met antisociaal gedrag zomaar en zonder meer binnen de reguliere GGz kunnen worden behandeld: immers, ze jagen medecliënten vaak angst aan en worden ofwel daar zelf weer angstig van, ofwel worden bevestigd in hun illusie van controle. Als mensen met antisociaal gedrag binnen de reguliere GGz behandeld moeten worden, is specialistische bij- en nascholing noodzakelijk.

Bij dit alles is commitment 'van boven' essentieel voor het welslagen van behandelingen op de werkvloer.

Do's

- het delen van de behandelvisie en van de hoop, het onderschrijven van behandelparadigma's (bijvoorbeeld schematherapie, dialectische gedragstherapie, transference focused psychotherapy, mentalisation based treatment).
- Heldere communicatie over mogelijkheden en onmogelijkheden, zowel naar medewerkers, klanten als samenwerkingspartners.
- Organisaties die cliënten met antisociaal gedrag tot hun klanten rekenen accepteren het risico op normoverschrijdende gedragingen en op negatieve beeldvorming, zoals in de pers.
- Organiseer goede afstemming en sluitende afspraken met ketenpartners.
- Zie toe op veiligheid.
- Bewaak het zelf-reflecterend vermogen van het team.

Don'ts voor management en bestuur zijn

- Medewerkers op de vloer afvallen.
- Medewerkers niet de gelegenheid geven zich te bekwamen in deze doelgroep, door bijvoorbeeld onvoldoende ruimte en gelegenheid te creëren voor intervisie, supervisie en teambegeleiding.
- Op instellingsniveau onvoldoende anticiperen op nieuwe (zwaardere) doelgroepen met antisociale gedragsproblematiek.
- Medewerkers na agressieve incidenten niet of onvoldoende steunen en helpen bij bijvoorbeeld aangifte doen c.q. onvoldoende aandringen bij het OM om tot vervolging over te gaan.

3 TEAM

Een team heeft meerwaarde voor fysieke bescherming, maar ook voor intervisie, intercollegiale toetsing en correctie, het spiegelen van elkaar en het elkaar stimuleren tot reflectie. Dat betekent niet dat een team als organisatie van de zorg voor iedere behandeling van iemand met antisociaal gedrag noodzakelijk is. Als iemand ambulantly in behandeling is en de normoverschrijdende gedragingen niet om een bredere aanpak vragen, kan een team ook in de weg zitten.



Daarnaast is een team vaak noodzakelijk om de essentiële functies in de behandeling 'te beleggen' (maatschappelijk werk, trajectbegeleiding, psychotherapie). Voorwaarde is wel steeds dat de rollen helder zijn, zeker in een team waarin alle grenzen, dus ook de professionele, op de proef (zullen) worden gesteld. Bij voorkeur worden de traditionele disciplinelijnen gevolgd. Een voordeel is overigens hierin dat er naar behoefte met rollen binnen een team te schuiven valt – aangenomen tenminste dat dit transparant gebeurt – en dat split treatment (zie verder) mogelijk is.

Do's

- Organiseer veiligheid, desnoods met externe partners (zoals de politie): angstige hulpverleners zijn slechte hulpverleners.
- Zorg dat cliënten zich welkom voelen.
- Het team begrenst, herstelt breuken, doseert afstand en nabijheid en genereert hoop zonder te vervallen in naïviteit.
- Doe alles wat teamfragmentatie tegengaat; werk vanuit een gedeelde visie, organiseer intervisie enzovoorts.
- Attendeer elkaar op vaak voorkomende comorbiditeit: middelenafhankelijkheid, verstandelijke beperkingen (soms schuilgaand achter bedrieglijke street-wisness en imponeergedrag), as-I stoornissen. Dit ook om te garanderen dat de antecedenten voor het antisociale gedrag een adequate plaats krijgen in de behandeling.
- Zorg voor een goed (en gedeeld) theoretisch kader.
- Zorg voor goede samenwerking met andere teams zodat je er niet alleen voor staat.
- Zorg voor goede behandelplannen die je op koers houden.
- Zorg voor goede inter- en supervisie.
- Zoek kennis- en ervaringsoverdracht vanuit forensische klinieken en ambulante behandelsettings.

4 ATTITUDE EN THERAPEUTISCHE RELATIE

Voor het werken met cliënten met antisociaal gedrag zijn een aantal attitudeaspecten, kenmerken

van de therapeutische relatie en competenties specifiek van belang.

Hulpverleners van cliënten met antisociaal gedrag:

- Begrenzen niet bestraffend en zijn dus ook niet veroordelend maar wel helder en duidelijk. Een beetje 'streetwise' zijn helpt, net als de nodige onverstoornisbaarheid.
- Zijn niet bang: ze durven met hun cliënten een therapeutische relatie aan te gaan en zijn daarin ontvankelijk en voorspelbaar.
- Zijn vasthoudend en flexibel: flexibiliteit is in dit verband het vermogen om te zoeken naar een andere weg naar hetzelfde doel. Maar aan dat doel wordt sthenisch vastgehouden, totdat het gehaald is of blijkt dat het niet adequaat is.
- Benaderen hun cliënt gelijkwaardig.
- Kiezen voor de populatie.
- Hebben een hoog competentieniveau en werken volgens de manual van de therapie.
- Reflecteren goed op eigen gedrag. Het aangaan, onderhouden en begrijpen van hechting met mensen die hierin ernstig gewond zijn geraakt vraagt om zelfreflectie. Met name de stand "louw" – verbonden met humor en voldoende distantie – is hierin van belang.

Do's

- Blijf je bewust van overdracht en tegenoverdracht die je handelen kunnen sturen.
- Spiegel pre-expressief gedrag van de cliënt, echter niet zonder meer (dat gebeurt in het dagelijks leven al genoeg): voorzie het samen met de cliënt van betekenis.
- Wees alert op re-enactment van vroege (hechtings)trauma's.
- Voeg zo vroeg mogelijk in in de taal en in vermoedelijke motieven van de cliënt.

Don'ts:

- Denken dat je het 'beest' kunt temmen, redderfantasieën. Te veel ('ik ben de enige die de cliënt begrijpt') of te weinig geïnvolueerdheid (bijvoorbeeld elk gedrag als predelict gedrag benoemen).

- Het zicht op de relatie verliezen.
- De cliënt reduceren tot dader of juist slachtoffer: beide delen zijn altijd aanwezig.
- Bij grenzen stellen vervallen in straffend gedrag.
- Anderzijds: te weinig begrenzen, je laten intimideren.
- Onvoldoende zicht hebben op de angsthuishouding bij je zelf en in je team.

5 SAMENWERKING IN DE KETEN

Vaak is er te weinig ketensamenwerking, zeker vanuit een klinische forensische setting naar ambulante, en vanuit de jeugd forensische zorg naar het volwassenendomein. Belangrijke ketenpartners voor het ambulante veld zijn: reclassering, veiligheidshuis, politie, buurtpreventieteams. Het scheelt enorm (qua tijdwinst, korte lijnen en overdracht van informatie) wanneer leden van een ambulante forensisch team een dag in de week in een penitentiare inrichting (PI) werken. Samenwerking met teams en afdelingen binnen de eigen instelling is van groot belang (acute opnameafdeling, dubbele diagnose-afdeling, detox). Hetzelfde geldt voor beschermde woonvormen, gemeente, bewindvoerders, UWV.

In de klinische forensische setting zijn belangrijke ketenpartners: reclassering, PI's, Openbaar Ministerie en Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie, werkeenheden Indicatiestelling

Forensische Zorg (NIFP/IFZ) . Hiermee wordt regelmatig (regulier en tussentijds) overlegd over behandel(on)mogelijkheden en beleid bij ernstig grensoverschrijdend gedrag, en over de (on)toereikendheid van juridische kaders.

In de klinische setting van de reguliere GGz wordt binnen de instelling samengewerkt met alle ambulante teams (forensisch en niet-forensisch) en met relevante klinische afdelingen. Buiten de instelling gaat het om politie, spoedeisende hulpdiensten, huisartsen, verslavingszorg, RIBW's en andere GGz-instellingen. De klinische behandeling in de GGz is vaak een onderbreking van een langer lopende ambulante behandeling. Dit betekent dat de beoogde herstart hiervan goed moet worden voorbereid en gecoördineerd.

Het onderzoek, waarop deze tekst is gebaseerd, is na te lezen in het Tijdschrift voor Psychotherapie, Referentie:

Van den Bosch, L.M.C; Rijckmans, M.J.N.; Decoene, S.; Kaasenbrood, A.; van Bunningen, N.; Huygen, T. De Antisociale Persoonlijkheidsstoornis en behandeling : De ontwikkeling van een praktijkgericht framework voor de AS II stoornis. Tijdschrift voor psychotherapie, 2018, 44(3):152-168.

COLOFON

Auteurs:

Ad Kaasenbrood, Madeleine Rijckmans, Wies van den Bosch, Stef Decoene, Tijn Huygen en Nina van Bunningen.

Met dank aan de diverse experts die bijgedragen hebben bij het tot stand komen van dit advies

Ontwerp en vormgeving:

Mariël Lam BNO, 's-Hertogenbosch

© 2018,

Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen, Utrecht

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen. www.kenniscentrumPS.nl