



GEWELDDADIG GEDRAG BIJ PSYCHOTISCHE PATIËNTEN

Sint-Niklaas
Avondlezing, 30/01/2014

Prof. dr. Kris Goethals, forensisch psychiater
UFC - UZA, CAPRI – UA, GGZ WNB Halsteren

Opbouw van de voordracht

- ❑ Casuïstiek
- ❑ Patiëntgebonden factoren
- ❑ Comorbiditeit
- ❑ Psychopathie
- ❑ Casuïstiek
- ❑ Situatieve factoren
- ❑ Diagnostiek
- ❑ Behandeling
- ❑ Aanbevelingen voor kliniek en onderzoek
- ❑ Conclusie

- ❑ Patiënten met schizofrenie spectrum → crimineel + gewelddadig gedrag (Arsenault et al., 2000; Brennan et al., 2000; Hodgins et al., 1992, 1996, 2007; Tengström et al., 2001)
- ❑ Recente meta-analyses: significante associatie psychose + geweld (Douglas, Guy & Hart, 2009; Taylor, 2008)

Casus 1

Schizofrene man, opgenomen geweest in de psychiatrie, medicamenteus behandeld, woont alleen.

Regelmatig klachten bij de politie over hard geschreeuw 's nachts.

Brandlucht geroken door de burenen.

Hij laat niemand binnen en mijdt contact.

Slaat buiten het portiek op straat met een krukje dat bij de vuilnis staat, het buurmeisje dood.

Casus 2

Marokkaanse man, belijdend, met gezin (vrouw en vier kinderen), raakt ontslagen omdat hij zijn werk in het cafetaria niet goed doet.

Blijft thuis, zoekt raad bij imam in de moskee.

Slaat zijn kinderen en zijn vrouw steeds heviger.

Dreigt de kinderen dood te maken want zij zijn te druk.

Vrouw gaat naar huisarts, die verwijst naar de forensische poli.

Diagnose: schizofrenie (desorganized), imperatieve hallucinaties

Casus 3

Sjofele man, praat in zichzelf, onbegrijpelijke bewegingsdrang, in de metro, medereizigers nemen aanstoot.

Zij proberen hem te corrigeren niet tegen hen aan te stoten.

Hij begint te mompelen, vervolgens te schelden.

Vriendelijke conducteur wil sussen en pakt hem bij een arm.

Man trekt zich los, begint te schreeuwen en trekt een mes.

Hij steekt de conducteur vol in de borst.

- Positieve symptomatologie → crimineel + gewelddadig gedrag (Bjorkly, 2002; Fréсан et al., 2005; Steinert et al., 2000)
 - **Achtervolgingswanen (Bjorkly, 2002)**
 - **Auditieve/imperatieve hallucinaties (Bjorkly, 2002)**
 - **TCO symptomen (Link & Stueve, 1994)**

Delictkenmerken

Paranoïde wanen:

Slachtoffer vaak bekend (familielid, huisgenoot, hulpverlener)

Imperatieve hallucinaties (gaan vaak samen met paranoïde wanen): familielid, huisgenoot, 'the rich and famous'

Threat Control Override:

angstige verwardheid, voelt zich in het nauw gedreven (letterlijk en figuurlijk)

- **Antisociale persoonlijkheid → crimineel en gewelddadig gedrag (Brennan et al., 2000; Nolan et al., 1999)**
 - Vaker gedragsproblemen op jonge leeftijd (Laajasalo et al., 2005; Tengström et al., 2001)
 - Vaker antisociale persoonlijkheidsstoornis (Tengström et al., 2001)
 - Meer trekken psychopathie (Tengström et al., 2001)

“Vroege en late start model” (Hodgins et al., 1995; Jones et al., 2009)

- Vroege starters: crimineel gedrag vóór begin stoornis, toe te schrijven aan latente/premorbide antisociale persoonlijkheid
- Late starters: crimineel gedrag na begin stoornis, toe te schrijven aan cognitieve en perceptuele (positieve) symptomen

Psychopathie en schizofrenie

‘Deficient Affective Experience’ (Goethals, 2009) leidt bij psychotische patiënten tot meer geweld:

geen schuldgevoelens, vlak affect, gebrek aan empathie,
geen verantwoordelijkheid voor eigen gedrag

Casus 4

Jongeman, blowt veel met zijn kameraden, geen vaste woon- of verblijfplaats, heeft inkomen door diefstallen

zondert zich af, komt weer terug in zijn groepje maar is veranderd

drinkt ook alcohol, verwaarloost zich, is impulsiever en bozer

Als de groep iemand aanspreekt en uitjouwt, het slachtoffer iets terugzegt, is hij degene die naar voren springt en hem neersteekt

- ❑ **Middelen misbruik**
- ❑ Schizofrenie en co-morbide middelen misbruik → meer (gewelddadig) crimineel gedrag (Soyka, 2000; Swanson et al., 1990)
- ❑ Alcohol grootste subgroep en meer geweld in alcohol and stimulantia subgroep (Miles et al., 2003; Putkonen et al., 2004)
- ❑ Relatie antisociale persoonlijkheid?

Situatieve factoren (2)

- ❑ Vroege starters vaker uit probleemgezinnen (Goethals et al., 2008; Laajasalo et al., 2005; Tengström et al., 2001)
- ❑ Vroege starters vaker onder invloed ten tijde van het delict (Beaudin et al., 1993; Goethals et al., 2008; Tengström et al., 2001)
- ❑ Vroege starters vallen vaker onbekenden aan (Laajasalo et al., 2005)

Onderzoek PJ-rapportages PBC

Vroege starters vs. Late starters (S. van Dongen, 2010)

geen voorspellende waarde omgevingsfactoren

geen voorspellende waarde positieve symptomen

antisociale persoonlijkheid voorspelt Vroege start

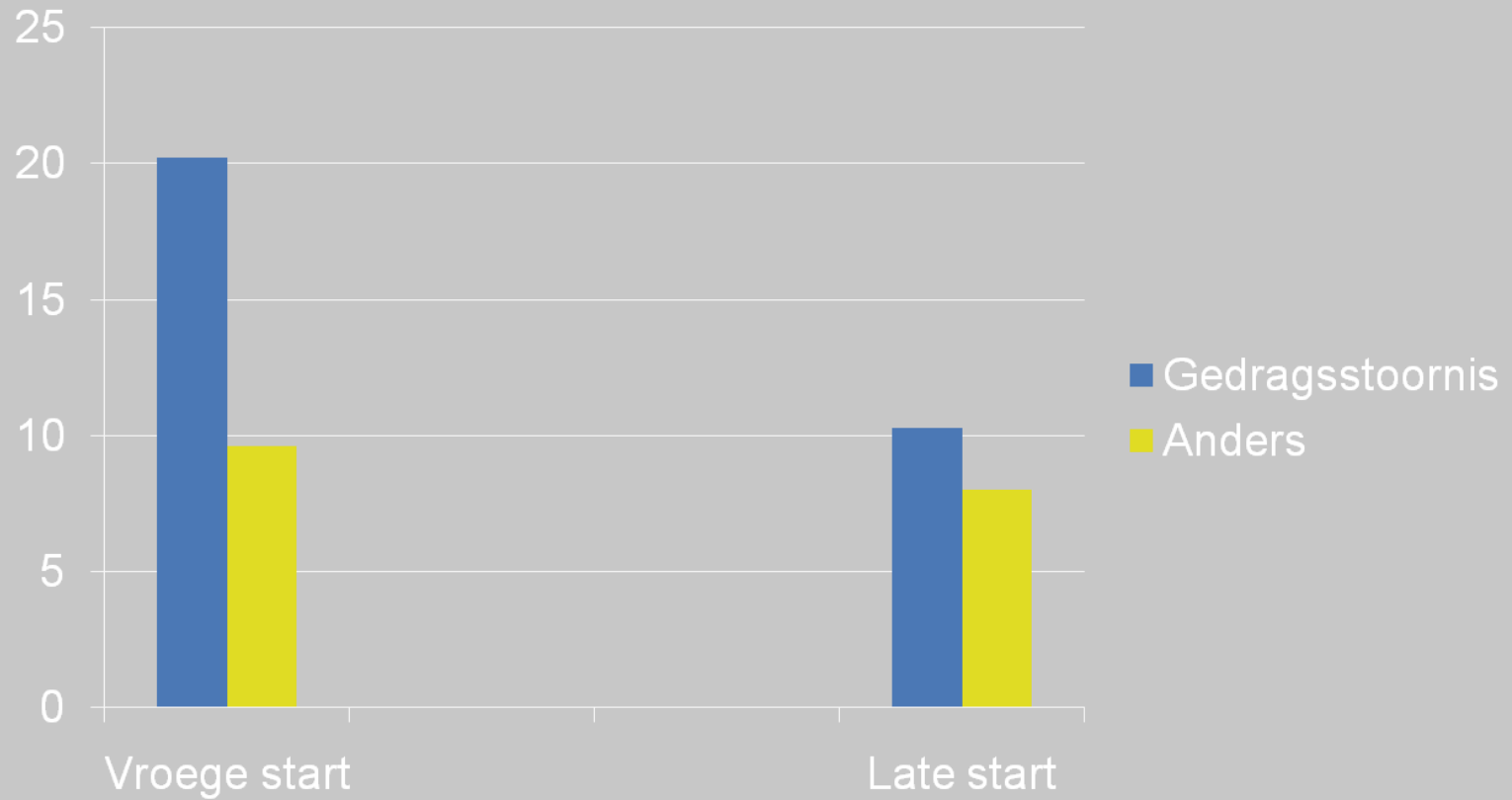
middelen voor stoornis voorspelt Vroege start

plaats delict openbaar voorspelt Vroege start

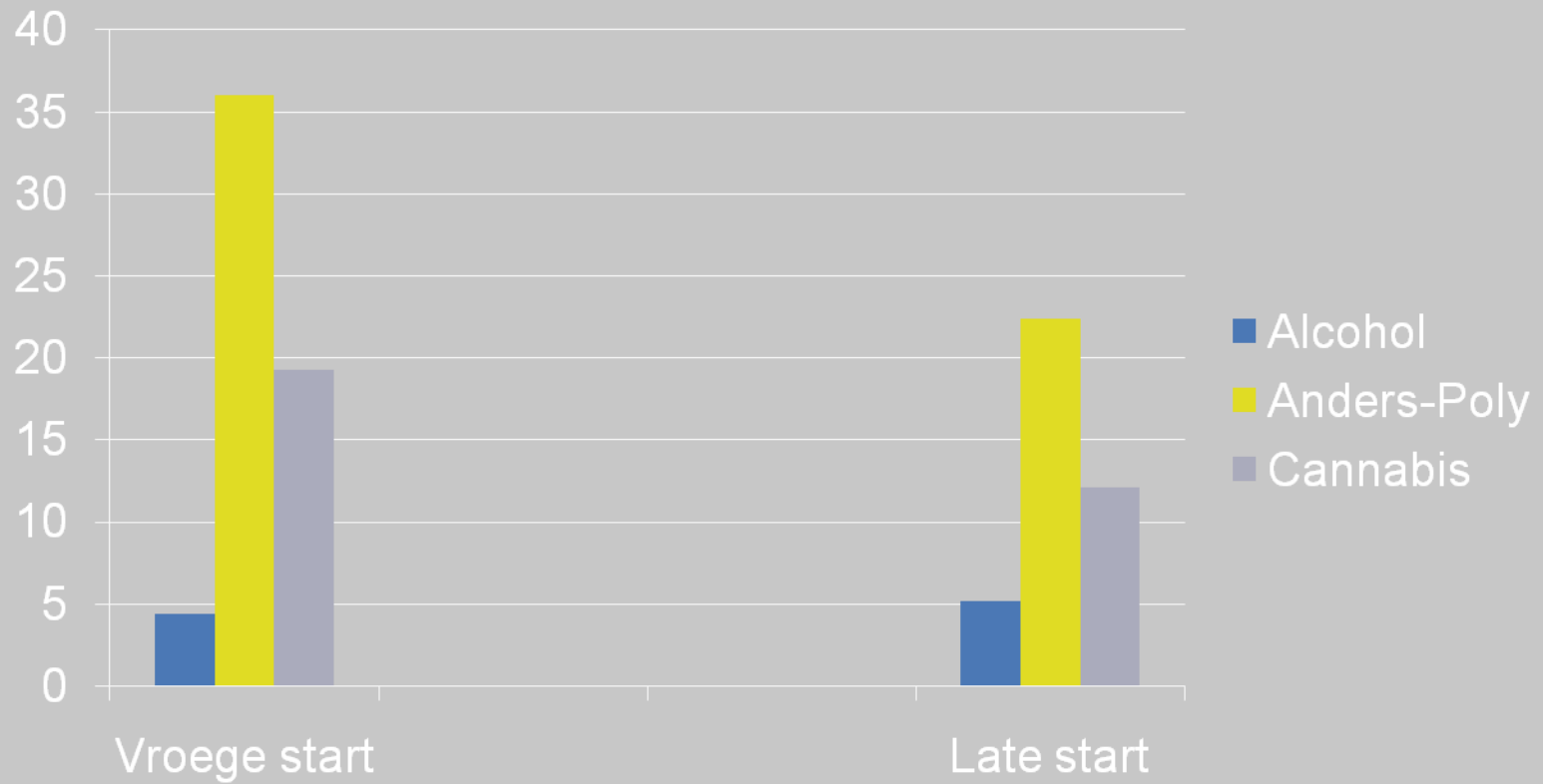
Persoonlijkheidsstoornis



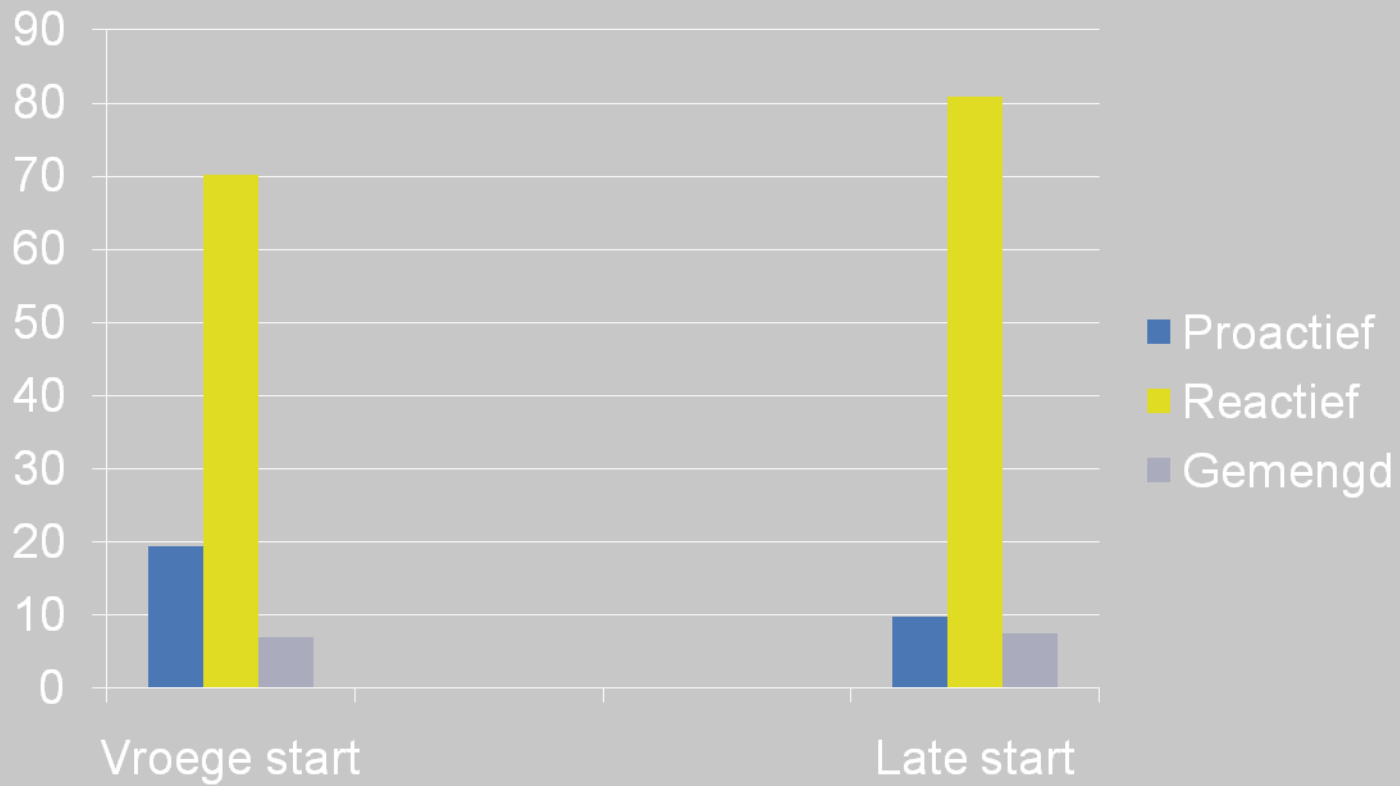
Gedragstoornis



Middelen misbruik



Type agressie



Derde groep

Naast de vroege en late starters nog een groep:

First Offenders vanuit een floride psychose

Geen eerdere misdrijven of sancties aanwezig

Delictkenmerken First Offenders

Waanconsistent gewelddadig gedrag

Oudere leeftijd

Meer vrouwen als dader

Intensieve relaties als slachtoffer

Geen middelenafhankelijkheid op jonge en volwassen leeftijd

Diagnostiek

DSM – IV (co-morbiditeit: persoonlijkheidsstoornis, alcohol/drugs)

Vragenlijsten naar hevigheid symptomatologie (PIQ, TCO, DAE, PANSS)

Voorgeschiedenis (vroeg en late starters)

Agressie/hostiliteit vragenlijsten

Persoonlijkheidsonderzoek

Medicamenteuze behandeling

Antipsychotische medicatie (voorkeur atypische APM)

quetiapine (Seroquel), olanzepine (Zyprexa), risperidon (Risperdal)

in verband met (relatief) gering bijwerkingenprofiel

Combinatietherapie

Evt. toevoegen op indicatie:

valproïnezuur (Depakine) bij hypomane dysforie

zuclopentixol (Cisordinol) en haloperidol (Haldol) als klassieke antipsychotica bij onrust en agitatie (sedatie)

Duur

Dreigende agressie bij psychose: minimaal twee jaar

Gebleken agressie bij psychose en co-morbiditeit: minimaal vijf jaar

Activering

Een ander accent voor de drie groepen VS, LS, FO.

Liberman-modulen (onder meer: werken, vrije tijd, middelengebruik, medicatie bijhouden)

Beschermd wonen

Psycho-educatie (5G, empathietraining)

Cognitieve gedragstherapie (mentaliseren)

Aanbevelingen voor de klinische praktijk en vervolgonderzoek

Goethals Kris (2008). *Diagnostic comorbidity and circumstantial risks in psychotic offenders: An exploratory study.*

Dissertation Radboud University Nijmegen.

Enschede: PrintPartners Ipskamp.

1. Vooral delinquent gedrag (in mindere mate agressief gedrag) en aandachtsproblemen zijn belangrijk in de ontwikkelingsgeschiedenis van toekomstige daders van ernstig geweld:

Probleemgedrag bij ernstig ontregelde kinderen en jongeren meten met behulp van de Child Behavior Checklist (Achenbach, 1991) in de lagere school en in de kinder- en jeugdpsychiatrie.

2. Slachtoffers van psychotische TBS-gestelden zijn vooral bekenden, met name vooral hulpverleners:

Hulpverleners in de forensische en algemene psychiatrie zijn goed getraind en kunnen proactief handelen om agressie te anticiperen.

3. De 'Deficient Affective Experience' (DAE) (som van vier items van de PCL-R (Hare, 1991)) is voorspellend voor geweld:

De algemene psychiatrie verdiept zich in de PCL-R, om die vier relevante items voor de DAE goed te kunnen scoren. De forensische en algemene psychiatrie leggen databanken aan met de waarden van de DAE. Patiënten met een hoge DAE moeten goed gevolgd worden met het oog op toekomstig gewelddadig gedrag.

4. Psychotische TBS-gestelden werden minder behandeld in de algemene psychiatrie en hadden vaker een 'Duration of Untreated Psychosis' (DUP), vergeleken met psychotische patiënten uit de algemene psychiatrie:

De huidige BOPZ-wetgeving is exclusief gebaseerd op het gevaarscriterium. Een behandelwet en een lange teugelbeleid om ernstig zorgbehoeftige patiënten langdurig op te volgen is noodzakelijk.

5. Er zijn duidelijke verschillen tussen psychotische TBS-gestelden met of zonder een persoonlijkheidsstoornis. Met name behoeft de niet-comorbide groep niet de extra aandacht voor de antisociale kenmerken binnen de persoonlijkheid van de psychotische TBS-gestelde:

Een afdeling voor psychotische TBS-gestelden zonder een persoonlijkheids-stoornis zou een 'fast track' afdeling kunnen zijn, met snellere doorstroming naar de reguliere psychiatrie.

Mathieu & Côté, 2009 (1):

Definities van vroege en late starters:

1. Eerste veroordeling voor en na de leeftijd van 18 jaar (Hodgins & Janson, 2002; Tengström e.a., 2001)
2. Aan- of afwezigheid van een diagnose van een Conduct Disorder (DSM-IV) voor de leeftijd van 15 jaar (Hodgins e.a., 1998)

Differentiatie van vroege en late starters op basis van 4 variabelen:

1. Etiologische variabelen (symptomatologie bij familieleden en middelenmisbruik)
2. Symptomatologie (impulsiviteit, middelenmisbruik, slechte gedragscontrole)
3. Het functioneren (opleidingsniveau en relaties)
4. Antisociaal gedrag (aanwezigheid en ernst van gewelddadig gedrag)

Mathieu & Côté, 2009 (2):

- Nieuwe bevinding in de 2^{de} typologie:
 - Rol van impulsiviteit inzake de differentiatie tussen vroege en late starters: belangrijkere rol dan middelenmisbruik!
 - Late starters: onderrapportage van eigen geweld in het verleden;
vroege starters: meer bewust van hun geweld in het verleden
 - Verschillende motieven bij gewelddadig gedrag:
vroege starters nemen meer verantwoordelijkheid aan voor hun acties in het verleden, maar ze denken op voorhand niet na over de gevolgen

6. De a-theoretische categoriale classificatie van persoonlijkheids-stoornissen volgens de DSM-IV-TR heeft naast de voordelen ook de nodige nadelen:

Bij een dimensionale benadering van persoonlijkheidsstoornissen kan men gedragsdimensies, zoals impulsiviteit en angst, meten en evalueren in de tijd, gekoppeld aan de delictgevaarlijkheid.

Diagnostiek van persoonlijksheidsstoornissen:

- ❑ Categoriele classificatie heeft veel nadelen (Ball, 2001; Widiger & Frances, 2002; Widiger, 1992)
- ❑ Paris (2005): persoonlijkheidstreken bestaan uit interacties tussen verschillende dimensies en zijn geassocieerd met biologische factoren
- ❑ Five Factor Model (Costa & Widiger, 2002): niet gevalideerd voor een pathologische populatie
- ❑ Dimensionale instrumenten kunnen gebruikt worden in een pathologische populatie (Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality (SNAP) (Clark, 1993)); Dimensional Assessment of Personality Pathology – Basic Questionnaire (DAPP-BQ) (Livesley e.a., 1991); Severity Indices of Personality Problems (SIPP-118) (Verheul e.a., 2008)

7. De slachtoffers van persoonlijkheids-
gestoorde TBS-gestelden zijn vooral
partners en bekenden.
Belangrijke stressfactoren zijn slechte
financiën en een relatiebreuk:

*Disciplines zoals de (gezins)maatschappelijk
werker kunnen een nog prominentere rol
spelen in de behandeling.*

8. Middelenmisbruik komt erg vaak voor bij zowel psychotische als bij persoonlijkheidsgestoorde TBS-gestelden

Een genuanceerde visie op middelenmisbruik c.q. -afhankelijkheid is noodzakelijk in de diagnostie en de behandeling.

9. Er is een hiaat in het neurobiologische onderzoek bij daders met een antisociale en/of narcistische persoonlijkheidsstoornis, vergeleken met bijvoorbeeld de borderline persoonlijkheidsstoornis:

Bij vervolgonderzoek is de koppeling gewenst met biologische parameters en medische beeldvorming.

10. Het onderzoek was retrospectief gebaseerd op klinische dossiers die hoofdzakelijk bedoeld waren voor klinische doeleinden en veel minder voor onderzoeksdoeleinden. De vier patiëntengroepen waren relatief klein zodat er beperkte conclusies konden worden getrokken:

Prospectief onderzoek met grotere patiënten aantallen is wenselijk. Ook onderzoek naar forensische aspecten bij psychotische patienten / daders uit de algemene psychiatrie of het gevangeniswezen dringt zich op.

‘No single variable explains violence in schizophrenia; rather, violent behavior occurs within a social-ecological system, involving a “whole person” with a particular life history and state health or disease, interacting with a particular social surround.’

Swanson et al 2006

Dank voor uw aandacht!

kris.goethals@uza.be