



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

De periodieke explosieve stoornis: richtlijnen voor de behandeling

Jan Bernard, Martin Appelo, Agnes Scholing en Femke Kok*

Samenvatting

In dit artikel worden richtlijnen gegeven voor de behandeling van de periodieke explosieve stoornis in een forensische setting. Inhoudelijk bestaat de behandeling vooral uit het aanleren van zelfcontroletechnieken, maar dit doel kan alleen worden bereikt als het de therapeut lukt de cliënt daartoe te motiveren en gemotiveerd te houden. De behandeling bestaat uit de fasen psycho-educatie en verhogen van motivatie tot verandering, identificeren van waarschuwingssignalen, ontwikkelen van een time-out, leren van vaardiger gedrag dat het explosieve gedrag kan vervangen, en consolidering. We illustreren de methode met een casus.

Abstract

In this contribution directives are presented for the treatment of intermittent explosive disorder in a forensic setting. The treatment exists predominantly of teaching self control techniques, but this goal can only be achieved when the therapist succeeds in keeping the client motivated. The treatment consists of the stages problem awareness and psycho-education, identification of warning signals, teaching the client to apply a personal time-out, teaching adequate behaviour that replaces the explosive behaviour, and consolidation of newly acquired skills. The treatment is illustrated with a successfully treated client.

Inleiding

De periodieke explosieve stoornis staat in de DSM-IV (APA, 1994) onder de 'Stoornissen in de impulsbeheersing, niet elders geclassificeerd'. Kenmerkend voor deze stoornis zijn episodes waarin de cliënt niet in staat is weerstand te bieden aan zijn eigen agressieve impulsen. Dit leidt tot ernstige gewelddadigheden of vernielingen van eigendommen, die in geen verhouding staan tot de aanleiding voor de uitbarsting. De agressie kan niet worden toegeschreven aan andere psychische of somatische stoornissen en is niet het gevolg van middelengebruik. Volgens de DSM-IV komt de stoornis meer voor bij mannen dan bij vrouwen; voor het gemak gebruiken we daarom in dit artikel steeds de woorden 'hij', 'hem' en 'zijn'.

* DRS. J. BERNARD is als psycholoog/psychotherapeut werkzaam bij De Waag, Centrum voor Ambulante Forensische Psychiatrie, locatie Amsterdam. Correspondentieadres: De Waag, Centrum voor Ambulante Forensische Psychiatrie, Maassluisstraat 256, 1062 GL Amsterdam. E-mail: info@dewaag-amsterdam.nl
DR. M. APPELO is hoofd onderzoek van GGZ Groningen.
DR. A. SCHOLING is klinisch psycholoog/psychotherapeut, vestigingshoofd van De Waag, Amsterdam en universitair hoofddocent bij de Universiteit van Amsterdam.
DRS. F. KOK, GZ-psycholoog, werkzaam in het Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis De Heel in Zaandam.

Onder de categorie stoornissen in de impulscontrole vallen verder: kleptomanie (impulsief stelen), pyromanie (opzettelijke brandstichting), pathologisch gokken, trichotillomanie (haartrekken) en de stoornis in de impulscontrole niet anders omschreven, een restcategorie. Kenmerkend voor deze stoornissen is dat het steeds gaat om een drang, de handeling is doel op zich. Tijdens de uitvoering treedt ontspanning of een als prettig ervaren gevoel van spanning op. Daarna heeft de cliënt in de meest gunstige gevallen een gevoel van schuld of spijt (Hoogduin, Van Minnen, Keijsers, Hellenbrand, Klaassen, De Jonge, & Verheul, 2002).

Bij de classificatie volgens de DSM-IV gelden enkele aandachtspunten. Sommige auteurs merken op dat er vaak comorbiditeit optreedt, met name met persoonlijkheidsstoornissen, ADHD, posttraumatische stressstoornis of middelenmisbruik (Monopols & Lion, 1983; Schaap, Hoogduin, & Meulenbeek, 1991). Zoals gezegd vermeldt de DSM-IV dat de classificatie periodieke explosieve stoornis alleen mag worden gegeven als geen andere psychische stoornissen aanwezig zijn die het agressieve gedrag voldoende 'verklaren'. In dit verband worden in de DSM-IV genoemd: antisociale en borderline persoonlijkheidsstoornis, psychotische of manische stoornis, ADHD, gedragsstoornis, oppositioneel opstandige gedragsstoornis en schizofrenie.

Verder vermeldt de DSM-IV: 'Informatie over de prevalentie ontbreekt maar de stoornis lijkt zeldzaam.' Het is dus maar de vraag hoe vaak de hiervoor genoemde comorbiditeit voorkomt; wellicht wordt een periodieke explosieve stoornis bij sommige cliënten onterecht geclassificeerd naast een van de hiervoor genoemde stoornissen. In forensische settings is dat vaak de antisociale persoonlijkheidsstoornis. We beperken ons in dit artikel tot cliënten die niet voldoen aan de criteria voor deze persoonlijkheidsstoornis, hoewel ze best wat trekken in deze richting kunnen hebben.

De hierna beschreven richtlijnen leunen zwaar op de directief therapeutische traditie inzake behandeling met behulp van zelfcontroleprocedures (zie bijvoorbeeld Hoogduin, 1980; Schaap et al., 1991). Cliënten met een periodieke explosieve stoornis worden binnen de reguliere en binnen de forensische zorg aangemeld. Hoewel de behandeling in beide settings inhoudelijk veel overeenkomsten vertoont, gelden in een forensische setting specifieke aandachtspunten, die vooral te maken hebben met het juridische kader waarbinnen veel cliënten worden behandeld. Cliënten in een forensische setting worden vaak gestuurd door de rechter. Dit kan ertoe leiden dat therapeut en cliënt zich tot elkaar veroordeeld voelen: de cliënt wil geen behandeling, terwijl de therapeut zich verplicht voelt de cliënt zover te krijgen dat hij dat wel wil. Ook in de reguliere GGZ kunnen cliënten zich gestuurd voelen, maar dan is het vaak door mensen uit hun directe omgeving (partner, baas, kinderen); het mogelijk verliezen van relatie of baan kan voor hen een belangrijker drijfveer zijn dan druk van justitie of een dreigende gevangenisstraf.

Deze verschillende uitgangspunten speelt in de hele behandeling, maar zeker in het begin, een rol. Het vergt een specifieke opstelling van de therapeut, reden waarom we met dit onderwerp beginnen. Daarna beschrijven we aandachtspunten tijdens de inventarisatiefase en geven we een kort overzicht van de inhoud en fasen van de behandeling, geïllustreerd met een casusbeschrijving.

Houding van de therapeut

Ook cliënten die door de rechter zijn gestuurd nemen uiteindelijk altijd vrijwillig aan een behandeling deel, maar deze vrijwilligheid is relatief. Als de cliënt weigert te komen of zich in te zetten, meldt de behandelaar dat aan de reclassering, die dat vervolgens kan terugrapporteren aan de rechter. Voor de cliënt kan het gevolg zijn dat hij alsnog (een deel van) zijn gevangenisstraf moet uitzitten. Het ligt voor de hand dat cliënten zelden op voorhand weigeren aan de behandeling deel te nemen. Veel vaker komt voor dat ze wel toezeggen mee te doen, maar vervolgens allerlei 'therapiebelemmerend' gedrag vertonen: niet, onregelmatig of te laat komen; weinig geneigd zijn het achterste van hun tong te laten zien; geen huiswerkopdrachten maken, enzovoort. De therapeut kan de volgende strategieën gebruiken om met dit gedrag om te gaan en bij de cliënt ook enige 'interne' motivatie te ontwikkelen:

Voorkom strijd over deelname aan de behandeling

De therapeut maakt duidelijk dat de cliënt welkom is maar wat hem betreft niet verplicht is te komen. Wel noemt hij daarbij steeds, op neutrale en zakelijke wijze, wat de consequenties voor de cliënt zijn als hij niet komt. Als de cliënt protesteert en het belachelijk vindt dat hij wat aan zijn gedrag moet veranderen, reageert de therapeut begripvol. Hij benoemt het dilemma waarin de cliënt zich bevindt: dat de cliënt zelf niks wil veranderen, maar ook niet (terug) de gevangenis in wil. Hij zegt dat hij als therapeut de cliënt niet kan en wil overtuigen, maar hoogstens samen met hem kan kijken of hij hem bij het oplossen van dat dilemma kan helpen.

Let erop dat de therapie voor de cliënt ook positieve en bemoedigende ervaringen heeft, gebruik veel positieve heretikettering

Teneinde te voorkomen dat het gesprek een te negatieve emotionele lading krijgt, gaat de therapeut vanaf het begin directief en met oog voor positieve momenten te werk. Hij analyseert met de cliënt de situaties waarin het feitelijk misging en de cliënt agressief gedrag vertoonde, maar daarnaast besteedt hij ook veel aandacht aan situaties waarin de cliënt zichzelf net of zelfs zonder moeite wist te bedwingen, hetgeen hem de gelegenheid geeft de cliënt te prijzen voor zijn zelfbeheersing. Bijvoorbeeld: 'Er zijn in uw leven natuurlijk ook veel situaties waarin u zich heel goed kunt beheersen. U houdt zich vast veel vaker in dan dat het fout gaat. Alleen, de foute situaties zetten de toon. Daar wordt u op afgerekend. Gelukkig kunnen we bouwen op al die keren dat het wel goed ging.'

De therapeut maakt veel samenvattingen en laat deze, waar nodig, door de cliënt corrigeren. Ook verbindt hij, waar mogelijk, positieve etiketten aan de intenties van de cliënt. Veel cliënten willen eigenlijk een goede partner en een goede vader voor hun kinderen zijn; veel cliënten hebben een op zichzelf prijzenswaardige hekel aan oneerlijkheid in de wereld. Wat moet veranderen zijn niet de intenties en de waarden en normen zelf, wel de manier waarop de cliënt situaties interpreteert en op vermeende oneerlijkheid reageert.

Ten slotte verdient het aanbeveling regelmatig waardering te uiten voor het feit dat de cliënt heeft besloten iets aan zijn gedrag te doen. Hetzij omdat hij zichzelf wil veranderen, hetzij omdat hij de nadelen van zijn gedrag toch net iets groter vindt dan de voordelen ervan.

Toon belangstelling zonder te veroordelen, maar laat je niet imponeren

De meeste cliënten hebben al veel veroordelende reacties uit hun omgeving gehad. Deze hebben tot nu toe niet of onvoldoende gezorgd dat zij hun gedrag veranderden, eerder dat ze defensiever werden. Ook de therapeut zal regelmatig de neiging voelen om een cliënt duidelijk te maken dat diens gedrag echt niet kan. Maar het is onwaarschijnlijk dat de cliënt wel naar een vermanende reactie van de therapeut zal luisteren. De therapeut kan beter actief luisterend en belangstellend doorvragen naar de visie van de cliënt, maar tegelijk duidelijk maken dat de verantwoordelijkheid voor eventuele nieuwe uitbarstingen van het begin af aan bij de cliënt ligt.

Actief luisteren betekent onder meer dat de cliënt niet de gelegenheid krijgt een tirade af te steken over het onrecht dat hem door anderen wordt aangedaan. Externaliserende attributies zijn bij cliënten in forensische settings eerder regel dan uitzondering. Zij proberen de therapeut nogal eens te imponeren, in te palmen of te verleiden begrip te tonen voor het gebruik van geweld. Als de cliënt daartoe aanstalten maakt, gebruikt de therapeut vooral de volgende strategie:

Benadruk meer de (dis)functie van het gedrag dan de inhoud

Zeker in de eerste sessies is het niet nodig gedetailleerd door te vragen naar de manier waarop de cliënt anderen of objecten 'bewerkte' (bijvoorbeeld: 'Sloeg je met links of met rechts?') en naar de precieze schade voor het slachtoffer ('Had hij zijn ribben gekneusd of gebroken?'). Dergelijke vragen nodigen de cliënt meestal uit de schuld bij zijn slachtoffer(s) te leggen en zijn eigen gedrag goed te praten. De therapeut legt daarom tijdens de behandeling meer de nadruk op de functie van dat gedrag dan op de inhoud; hij gaat vooral door op de vraag of de cliënt met zijn gedrag zijn doelen bereikt. Levert het hem iets positiefs op, of alleen maar negatieve zaken? De therapeut zorgt ervoor dat bij deze kosten-batenbespreking de nadruk komt te liggen op de negatieve gevolgen, die gewoonlijk liggen op de langere termijn en die de positieve gevolgen op de korte termijn (gevoelens van opluchting, ontspanning, of macht) overschaduwden. Bijvoorbeeld: de man die op zijn werk regelmatig uitbarst en materiaal van de baas vernielt of collega's mishandelt, ervaart zijn agressie op het moment zelf als rechtvaardig, terwijl hij zich achteraf realiseert dat hij hierdoor steeds zijn baan verliest en minder vrienden krijgt, terwijl ook de relatie met zijn partner en kinderen door zijn gedrag steeds meer onder druk komt te staan.

Door het bespreken van de doelmatigheid van hun gedrag gaan veel cliënten in de loop van de behandeling meer oog krijgen voor de gevolgen voor hun slachtoffers en zien ze dat ze vooral bezig waren hun eigen frustraties af te reageren. Dat blijkt dan uit opmerkingen als: 'Ach ja, eigenlijk had hij er ook niks mee te maken, ik zocht gewoon een aanleiding om te kunnen meppen.' Hoewel de therapeut primair blijft werken vanuit het 'functionaliteitsmodel', bekrachtigt hij dergelijke inzichten waar mogelijk. Vooral als de cliënt met het slachtoffer een relatie wil (blijven) onderhouden, zoals geldt bij mannen die hun partner of kind mishandelen, kan dit besef van de zogenaamde slachtofferimpact helpen nieuwe uitbarstingen te voorkomen. In dit kader kan het nuttig zijn de gevolgen voor het slachtoffer in deze fase preciezer te bespreken dan in het begin van de behandeling. Om te voorkomen dat cliënten kunnen blijven ontkennen en de gevolgen kunnen minimaliseren, gebruikt de therapeut zo mogelijk processen verbaal (P.V.'s) in de gesprekken. Ook films en documentaires waarin slachtoffers over de gevolgen aan het woord komen, kunnen bruikbaar zijn. Dat neemt niet weg dat sommige cliënten, vooral diegenen met antisociale trekken, zich ook door een

behandeling niets aan het slachtoffer gelegen laten liggen. Bij hen blijft de therapeut zich concentreren op de nadelen voor de cliënt zelf.

Toon begrip voor de emotie van de cliënt, niet voor de manier waarop hij die uit.

Het zal regelmatig voorkomen dat de therapeut zich goed kan inleven in de emotie van de cliënt op het moment dat aan de escalatie vooraf ging. Hier hoeft hij geen geheim van te maken; hij kan voor die emotie best begrip tonen. Van belang is daarbij aan te geven dat men in het algemeen niet zal instemmen met de manier waarop die emotie in gedrag werd vertaald. Bijvoorbeeld: 'Als ik deze situatie zo beluister, kan ik me goed voorstellen dat u kwaad werd. Ik kan er zelf ook niet goed tegen wanneer iemand mij uitscheldt. Alleen, de manier waarop u die kwaadheid liet merken, daar heb ik moeite mee en ik kan me voorstellen dat anderen er ook moeite mee hebben.'

Voorkom dat de cliënt zich (als persoon) veroordeeld voelt.

Een cliënt die over zijn agressieve explosies praat, zet zichzelf in de beklagdenbank en voelt zich kwetsbaar. Aansluitend op de vorige richtlijn geldt daarom dat de manier waarop de therapeut het gedrag van de cliënt afkeurt, geen veroordeling van de cliënt als persoon mag zijn. De therapeut moet erop letten dat hij bij het veroordelen van zijn afkeuring niet de cliënt als uitgangspunt neemt. Niet: 'U deed het fout', maar bijvoorbeeld: 'Met dat gedrag schiet u inderdaad uw doel voorbij. Het geeft alleen nog maar meer problemen.' Ook door de cliënt zelf te laten benoemen welke (kortetermijn- en langetermijn)voordelen en nadelen hij aan zijn gedrag herkent, voorkomt de therapeut dat hij in de rol van aanklager en veroordelaar komt.

Behandeling

De behandeling van de periodieke explosieve stoornis verloopt gefaseerd. In grote lijnen vallen de volgende onderdelen te onderscheiden:

- 1 psycho-educatie over de stoornis, uitleg over de te volgen behandelstrategie en de daarmee te bereiken doelen, en verhogen van de motivatie van de cliënt om wat aan zijn gedrag te veranderen;
- 2 inventarisatie van risicosituaties of waarschuwingssignalen;
- 3 ontwikkelen van een persoonlijke time-out, die de cliënt kan toepassen zodra die situaties of signalen optreden;
- 4 trainen van vaardigheden of technieken die de plaats van de agressie kunnen innemen;
- 5 consolidering van nieuwgeleerde vaardigheden in nieuwe situaties.

Fase 1: probleembesef vergroten en psycho-educatie geven

We gaan hierbij uit van de situatie dat de cliënt eerst enkele intakegesprekken heeft gehad, waarin de klachten globaal in kaart zijn gebracht, andere diagnoses zijn uitgesloten en zo mogelijk heteroanamnestische informatie is verzameld. Als daarin bijvoorbeeld blijkt dat overmatig middelengebruik een belangrijke ontremmer is voor de agressie en dat de cliënt niet in staat is zelfstandig dat gebruik te minderen, is het nodig eerst een behandeling te starten die is gericht op het middelengebruik, en wel door de cliënt hiervoor tijdelijk naar een andere instantie te verwijzen. Als de cliënt

daarin snel kan laten zien dat hij het middelengebruik kan minderen, is het goed de agressiebehandeling snel te starten en deze eventueel een tijd parallel aan de verslavingsbehandeling te laten lopen. Anders heeft de cliënt het gevoel dat hem iets wordt afgenomen zonder dat hij daar iets voor in de plaats krijgt.

In de volgende gesprekken komt aan de orde in hoeverre de cliënt de (oorzaak van de) agressie aan zichzelf toeschrijft. Is hij al ervan overtuigd dat hij iets aan zichzelf moet veranderen of wordt het probleem vooral aan anderen of de omstandigheden toegeschreven? Als de cliënt een eigen aandeel in escalaties ontkent, stapt de therapeut over op een kosten-batenanalyse, die meerdere sessies in beslag kan nemen. Pas als de cliënt de nadelen als groter ervaart dan de voordelen, wordt de volgende stap gezet, niet eerder. De cliënt kan het op dat moment nog steeds terecht vinden dat hij soms een klap uitdeelt, maar geeft wel aan dat hij liever een andere methode zou gebruiken om zijn recht te halen.

De therapeut begint dan met de psycho-educatie. Om het probleemgedrag van een positieve heretikettering te voorzien, wordt eerst stilgestaan bij de voordelen. De therapeut legt uit dat agressieve uitbarstingen van oorsprong (in natuurlijke of biologische zin) een beschermende functie hebben. Het mannetjesdier gebruikt ze om in geval van dreiging, het territorium of het nest (met daarin het vrouwtje en de jonge dieren) te beschermen. Een korte, explosieve uitbarsting van geweld kost minder energie dan een langdurig gevecht en schrikt meer af dan een minder expliciete demonstratie van kracht. Bovendien blijkt er tijdens zo'n explosie door de hersenen een enorme hoeveelheid extra hormonen aangemaakt te worden, waardoor het mannetjesdier gedurende korte tijd over veel meer kracht beschikt dan in zijn normale doen. De bedreiging maakt als het ware een 'oerkracht' in hem los. Nu kan de therapeut vragen of de cliënt dit herkent. Schrikt hij tijdens een agressieve explosie wel eens van zijn eigen kracht? Merkt hij wel eens dat hij op zo'n moment veel sterker is dan normaal? Kortom, de therapeut maakt duidelijk dat het natuurlijk is om in bedreigende situaties met een enorme krachtsexplosie te reageren. Het is een basale, oeroude beschermings- of overlevingsstrategie. De therapeut gaat verder met de stelling dat de cliënt zich 'dus' regelmatig bedreigd, aangevallen, veroordeeld, gestrest, of onder druk moet voelen. Anders zou die explosie namelijk niet plaatsvinden. De cliënt krijgt nu ruimte iets daarover te vertellen. Dan wordt de vergelijking gemaakt met de natuur. Gaat er in het leven van de cliënt, net zoals bij het dier dat zijn nest verdedigt, aan elke explosie echt een levensgevaarlijke dreiging vooraf? Of heeft hij mogelijk een iets te sterke natuurlijke beschermings- of overlevingsreactie ontwikkeld? Met andere woorden: wanneer een natuurlijke reactie optreedt op momenten dat het eigenlijk niet nodig is, lijkt het een foute reactie, terwijl in feite sprake is van 'overbodig' of 'teveel van het goede'. Zo nodig kan deze verklaring worden aangevuld met uitleg over een fobie. Hier speelt hetzelfde mechanisme, maar dan met angst. Naast 'aanvallen' is ook 'vluchten' een natuurlijke reactie op dreiging. Mensen met een fobie vluchten voor situaties waarvoor ze eigenlijk niet bang hoeven zijn. Het vluchten als zodanig is niet fout, maar het gebeurt in situaties die niet levensbedreigend zijn en leidt vooral daardoor tot problemen.

De therapeut legt uit dat de behandeling bedoeld is om het 'teveel van het goede' te elimineren, omdat de cliënt daardoor in de problemen komt. Daartoe moet eerst worden uitgezocht welke momenten in het leven van de cliënt een 'overbodige' explosieve reactie oproepen. Vervolgens wordt bekeken of deze situaties te voorspellen zijn, of bepaalde waarschuwingssignalen aankondigen dat een explosie volgt. Dan zal worden

geprobeerd om bij deze signalen een alternatieve, minder schadelijke beschermings- of overlevingsstrategie te ontwikkelen. Het uiteindelijke doel is de agressieve explosie niet meer te vertonen in situaties die ook met een andere, voor de cliënt minder nadelige, strategie kunnen worden opgelost. Zo nodig wordt benadrukt dat de agressie uiteraard wel een effectief middel blijft om, in geval van levensbedreigend gevaar, de eigen huid of die van anderen te redden. De therapeut dient in het overbrengen van deze boodschap terughoudend te zijn. Het is natuurlijk de vraag hoe vaak dergelijk levensbedreigend gevaar in werkelijkheid voorkomt. Hoewel het een feit is dat nogal wat cliënten binnen de forensische zorg als gevolg van hun levenswijze en eerder gepleegde delicten daadwerkelijk reden hebben om op hun hoede te zijn voor afrekeningen, is het risico daarop in de praktijk gewoonlijk kleiner dan de cliënt soms doet voorkomen (of ervaart). Niettemin is het goed om bij deze cliënten te benadrukken dat ze bepaalde risicosituaties beter kunnen vermijden.

Fase 2: risicosituaties of waarschuwingssignalen identificeren

In deze fase wordt eerst besproken in hoeverre de cliënt een explosie ziet of voelt aankomen. Wanneer het voor de cliënt totaal onverwacht gebeurt, zal de therapeut uitgebreider bij het identificeren van waarschuwingssignalen moeten stilstaan dan wanneer de cliënt een duidelijke opbouw waarneemt. Uitgangspunt bij de behandeling is dat aan een agressieve explosie die eenmaal in gang is gezet, meestal niet veel meer te doen is (tenzij er veel mensen in de buurt zijn die de cliënt in bedwang kunnen houden). Maar de explosie kan wel worden voorkomen als bekend is onder welke omstandigheden hij plaatsvindt en welke signalen daarvoor waarschuwen. In die zin lijkt de behandeling op het anticiperen op en voorkomen van psychotische decompensatie, waarbij wel met het zogenaamde Rode Stoplicht-model wordt gewerkt (Wagemakers, Wemekamp, Appelo, & Tak, 1998). Het Rode Stoplicht staat voor een waarschuwingssignaal dat een decompensatie aankondigt. Negeren van het stoplicht betekent een verhoogd risico op een ernstig ongeluk. Gevolg geven aan de opdrachten van het stoplicht veroorzaakt weliswaar oponthoud, maar uiteindelijk minder schade. Het oponthoud kan betekenen dat doelen die de cliënt zich had gesteld, niet op tijd worden gehaald en bijstelling daarvan nodig is, maar dat is minder erg dan een ongeluk.

De ervaring leert dat het bij cliënten met een periodieke explosieve stoornis bijna altijd lukt waarschuwingssignalen of situatie-specifieke kenmerken te vinden. Bij het zoeken gaat de therapeut hiërarchisch te werk. Eerst worden situaties besproken die de cliënt als negatief ervaart, maar waarin hij nooit zijn zelfbeheersing verliest. Deze situaties geven een soort 'gezond nulniveau' aan. Vervolgens komen situaties aan de orde waarin de cliënt voelt dat het mis dreigt te gaan, maar waarin hij zich toch beheerst. Dan komen milde en ten slotte extreme explosies aan bod. Steeds worden de cognitieve, gevoelsmatige en gedragsmatige kenmerken van deze situaties onderzocht en vergeleken met het gezonde nul-niveau.

Veelvoorkomende cognitieve signalen zijn: het sneller gaan (op hol slaan) van gedachten, verlies van controle over de eigen gedachten, het idee met de mond vol tanden te staan en het idee dat de ander iets negatiefs over de cliënt denkt. Ook bij gedragingen betreft het vaak (dreigend) controleverlies. De cliënt merkt dat hij onrustig wordt, zich chaotisch gaat gedragen of krampachtig beweegt. Gevoelsmatige waarschuwingssignalen

zijn heel divers. Bijvoorbeeld: zweten, hartkloppingen, opgloeien van een lichaamsdeel, jeuk, of gevoelige knieschijven.

Wanneer de cliënt moeite heeft met het herkennen van waarschuwingssignalen, kan het helpen hem zo ontspannen mogelijk te laten zitten voordat hij een situatie beschrijft waarin het misging. Gevraagd wordt goed op te letten wanneer tijdens het vertellen ergens in het lichaam de spanning toeneemt. Meestal is dat een moment waarop waarschuwingssignalen voorkomen. Zodra de spanning stijgt, wordt in detail onderzocht wat de cliënt op dat moment in het verhaal dacht, deed en voelde.

Deze fase wordt afgesloten met het in het echt herkennen van de signalen die tijdens de sessies zijn geïdentificeerd. De cliënt moet dus tijdens situaties waarin het mis dreigt te gaan, goed opletten of de geïdentificeerde signalen optreden, en of er mogelijk nog andere signalen zijn.

Fase 3: een time-out ontwikkelen

Zodra de meest typerende waarschuwingssignalen duidelijk zijn, gaat de behandeling over naar de derde fase, het ontwikkelen van een persoonlijke time-out. De vraag is simpel: 'Op welke manier kun je voorkomen dat een waarschuwingssignaal daadwerkelijk tot een explosie leidt?' Daarbij legt de therapeut uit dat ervaringen uitwijzen dat weggaan veruit de gemakkelijkste en meest effectieve methode is. Maar de cliënt kan weggaan zwak vinden, of ongepast binnen zijn (sub)cultuur. In dat geval kunnen therapeut en cliënt zoeken naar alternatieven die gebruikmaken van aandachtsmanipulatie of contraconditionering. Voorbeelden zijn: de aandacht geconcentreerd op iets anders richten; een vuist ballen; in een object knijpen (bijvoorbeeld een stressballetje); of in gedachten het beeld oproepen van een situatie waarin zelfbeheersing centraal staat en daar de aandacht op richten.

De cliënt experimenteert in de praktijk met verschillende time-outmethoden en kiest er een of twee die hem het beste bevallen. Bijvoorbeeld: een man die elke frustratie laat volgen door een woede-uitbarsting met veel materiële schade, is ooit succesvol waterpolokeeper geweest. Het gevoel van controle dat hij toen had, wordt geconditioneerd aan zijn gebalde vuist. Met behulp van dit gebaar worden vervolgens situaties van potentiële razernij succesvol gecontraconditioneerd.

Fase 4: vaardigheden aanleren

In deze fase ontwikkelen therapeut en cliënt alternatieven voor explosies. Als uitleg geldt dat de cliënt bepaalde overlevings- of beschermingsstrategieën in de loop van zijn leven overmatig heeft ontwikkeld, dat hij daar ongetwijfeld in die periode reden toe had, dat die strategieën nu minder functioneel zijn en dat adequate vaardigheden daardoor zijn achtergebleven. De vraag is dus of de cliënt, nadat hij een time-out heeft genomen en weer terugkomt in de situatie, weet hoe hij nu zonder agressie kan reageren. Meestal geeft hij dan aan daarvoor onvoldoende bagage te hebben of 'voor de zekerheid' toch wel bepaalde alternatieven te willen oefenen.

Het betreft in deze fase steeds een combinatie van cognitieve herstructurering, sociale vaardigheden en andere vaardigheden om het leven op orde te houden, bijvoorbeeld door je eigen emoties goed te reguleren, je financiën goed te beheren, en middelengebruik onder controle te houden. Voorzover de therapeut mikt op het vergroten van het besef van de gevolgen voor het slachtoffer, komt dat vooral in deze fase aan de orde. Per cliënt wordt bekeken welke vaardigheden ontbreken.

Wat betreft de cognities: de veronderstelling is dat gebrekkig zelfvertrouwen, de verwachting dat anderen negatief over je zullen denken, en het idee dat je de ander altijd van repliek moet kunnen dienen, de cliënt vaak in een verhoogde stresstoestand en dus in risicovolle situaties brengen. Uitspraken van cliënten die hierop wijzen zijn bijvoorbeeld: 'Dat doen ze expres, dat kan geen toeval zijn'; 'Zie je wel, ze moeten mij altijd hebben'; 'Hoe kan ie nou zo reageren op mij, ik dacht dat ie een goede vriend van me was.' Vaak denken cliënten normatief en zwart-wit, zoals blijkt uit: 'Ze moeten niet zo zeuren; ze moeten eens gewoon gaan nadenken'; en 'Ik hoef verder niet naar die oen te luisteren, het komt toch altijd op hetzelfde neer.' In het kader van nieuwe cognitieve vaardigheden leert de cliënt meestal een aantal lijfspreuken zoals: 'Kijk goed, voordat je oordeelt' (observeer in plaats van interpreteren); 'Zeg wat je vindt, maar probeer niet de ander te overtuigen'; 'Meningsverschillen zijn normaal'; 'Anders denken of praten betekent nog niet dat je minderwaardig bent'; of 'Vraag uitleg als je iets niet begrijpt.'

Bij de sociale vaardigheden komen basale communicatievaardigheden aan bod zoals 'Luisteren en samenvatten', 'Informatie vragen', 'Nee zeggen zonder agressief te worden', en 'Uitpraten van conflicten'. Cliënten leren in feite om zich minder druk te maken over uitspraken van anderen als het niet nodig is om tot overeenstemming te komen. Ook leren ze om met anderen te onderhandelen als een compromis wel nodig is, daarbij oog houdend voor eigen en andermans belangen.

Wat betreft emotieregulatievaardigheden is het van belang dat cliënten eigen emoties eerder leren herkennen en al op dat moment actie ondernemen, bijvoorbeeld door tijdig ontspanning of afleiding zoeken. Daarbij komt ook aan de orde dat bepaalde methoden misschien lijken te helpen, maar uiteindelijk tot meer problemen leiden. Overmatig middelengebruik of zo fanatiek gaan sporten dat de cliënt alleen maar opgefokter raakt, zijn daarvan goede voorbeelden. Bij het bespreken van de eigen emoties kan ook aandacht worden besteed aan de emoties van anderen, zoals slachtoffers.

Fase 5: consolidering

Deze fase is bedoeld om de cliënt de gelegenheid te geven in het dagelijks leven tegen risicosituaties aan te lopen en te ondervinden in hoeverre hij daadwerkelijk anders kan reageren dan vroeger. De nadruk ligt op oefenen van vaardigheden en vasthouden van verworvenheden die een leven zonder delicten gemakkelijker maken: een vaste relatie, plezierig en geschikt werk, goede vrijetijdsbesteding. De frequentie van de gesprekken kan geleidelijk worden verlaagd.

Zoals gezegd moet de therapeut voor de overstap van fase 1 naar fase 2 enige tijd uittrekken. Pas als de cliënt zich daadwerkelijk realiseert dat hij vooral zichzelf in de

vingers snijdt met zijn gedrag, heeft het zin om risicosituaties te inventariseren. Fase 2 kan sneller verlopen. Het is voor cliënten frustrerend om wel met de neus op de risicosituaties te worden gedrukt, maar weinig concreets in handen te hebben om anders te handelen. Die concrete aanwijzingen krijgen ze in fase 3. De stap naar fase 4 kost vaak weer wat meer moeite. Veel van deze cliënten zijn kortetermijndenkers: als zij hun uitbarstingen meer onder controle hebben, vinden ze het vaak welletjes. De therapeut maakt dan duidelijk dat dit al een mooi resultaat is, maar nog wat wankel als de basis niet verandert. Als de cliënt echt niet bereid is om tijd te besteden aan het leren en oefenen van nieuwe vaardigheden, kan de therapeut ervoor kiezen over te stappen naar fase 5, waarin de cliënt over een langere periode kan laten zien hoe goed hij al in staat is om zich anders te gedragen.

De behandeling van Loek

Loek is een man van vijfendertig jaar. Hij wordt verwezen via de reclassering, omdat hij regelmatig woede-uitbarstingen heeft. Dit gebeurde in het verleden veelal buitenshuis, bijvoorbeeld op zijn werk of in het verkeer, en hij werd voor dit gedrag al enkele keren veroordeeld. Behandeling wees hij in die tijd steeds van de hand. Hij vond dat vooral aan andere mensen een steekje loszat. De laatste tijd is hij vooral binnenshuis agressief. Zijn zes jaar oude zoontje irriteert hem mateloos en moet het dan ontgelden. Het blijft dan niet bij woorden. Loek deelt regelmatig klappen uit. Zijn vrouw heeft daarom aangifte gedaan en gedreigd bij hem weg te gaan als hij niet stopt. Ook Loek zelf vindt op rustige momenten dat zijn gedrag in huis niet door de beugel kan. Met zijn uitbarstingen buitenshuis zegt hij minder problemen te hebben. De therapeut besluit voorlopig aan te sluiten bij Loeks motivatie om zijn gedrag jegens zijn zoontje te veranderen en in een later stadium het agressieve gedrag buitenshuis aan de orde te stellen.

Tijdens de intakefase was al duidelijk geworden dat Loek is opgegroeid in een gezin waarin bij tegenslag of meningsverschil (vooral door zijn meestal dronken vader) 'niet werd gepraat, maar gemept'. Loek heeft deze neiging 'geërfd', maar heeft er last van omdat hij zijn vrouw dreigt te verliezen en omdat hij van zijn zoontje houdt en 'dat mannetje helemaal niet wil slaan'. Hoewel Loek vertelt dat zijn zoontje hem soms behoorlijk het bloed onder de nagels vandaan haalt, beseft hij dat zijn reactie buiten proportie is en ertoe leidt dat zijn kind bang voor hem wordt. Hij toont daarmee al vroeg in de behandeling aan dat hij op z'n minst gedeeltelijk de gevolgen voor zijn kind (de 'slachtofferimpact') beseft. Bovendien is hem duidelijk dat de nadelen van zijn gedrag niet opwegen tegen de voordelen.

Bij het bespreken van de manier waarop Loek met zijn zoontje omgaat, blijkt al snel dat hij zich ook vaak beheerst. De positieve uitzonderingen worden getypeerd door Loeks overtuiging dat hij van zijn zoontje houdt en dat hij zich dus moet beheersen, dat hij niet op zijn eigen vader wil lijken en dat hij z'n vrouw niet kwijt wil. Hierop vat de therapeut de hulpvraag samen met de zin: 'Je wilt sterker worden dan je eigen kwaadheid.' Loek kan zich hier goed in vinden.

De psycho-educatie over de behandeling, die in de vierde sessie plaatsvindt, is Loek op het lijf geschreven. Hij herkent dat zijn agressie ook een beschermend karakter kan hebben. Vroeger thuis heeft hij namelijk vaak zijn moeder en zusjes beschermd tegen

zijn vader: 'Ik voelde me dan zo sterk, dat ik het tegen hem op durfde te nemen. De kracht straalde dan kennelijk van me af. Want als ik tussen mijn vader en moeder ging staan, droop hij af. Ik heb hem nooit geslagen. Maar als het nodig was geweest, dan had ik het gedaan. Hij moest van mijn moeder afblijven...'

Loek wil graag het 'teveel van het goede' reduceren. Hij zegt: 'Als ik zo doorga moet mijn zontje straks tegen mij beschermd worden. En dat is het laatste wat ik wil.'

Bij het zoeken naar waarschuwingssignalen (vijfde sessie) laat de therapeut Loek in ontspannen toestand vertellen over escalaties. Het betreft vooral situaties waarin zijn zontje niet doet wat hij zegt. Terwijl Loek hierover praat, merkt hij dat zijn schouders gespannen raken. Verder geeft hij aan dat hij niet meer helder kan denken wanneer zijn zontje tegen hem ingaat. Nu de waarschuwingssignalen ('stijve schouders' en 'chaos in het denken') zijn vastgesteld, probeert Loek ze in het echt te herkennen. Tot zijn verbazing treden de signalen ook op tijdens zijn werk. Hij gaat dan geen gevecht aan, maar trekt zich terug omdat hij bang is te worden ontslagen. Deze observatie vormt een goede overgang naar de volgende fase, het ontwikkelen van een persoonlijke time-out (zesde sessie). Loek besluit het 'zich terugtrekken in een andere ruimte' te proberen als persoonlijke time-out. In feite hoeft hij het gedrag dat hij tijdens zijn werk al uitvoert, alleen nog maar 'mee naar huis te nemen'. Daarbij wil hij tijdens de time-out proberen op een rijtje te zetten wat er nu precies aan de hand is.

Tijdens de zevende sessie blijkt dat dit hem weinig moeite heeft gekost. Zodra zijn zontje opstandig wordt, verlaat Loek de kamer en gaat in de schuur een klusje doen of even op bed liggen. Hij heeft zich niet meer laten gaan. Ondanks de waardering van zijn vrouw, geeft het hem geen goed gevoel. Hij ervaart het als een nederlaag. Hieraan wordt tijdens de achtste sessie aandacht besteed. Het idee te verliezen blijkt gerelateerd aan het kernthema dat hij als man, en vooral als vader, moet laten zien wie er de baas is. Deze gedachte heeft hij duidelijk, net als het agressieve gedrag, van zijn vader meegekregen. Loek oefent succesvol deze gedachte te vervangen door de lijfspreuk: 'Beter zelf even weglopen, dan dat mijn vrouw en zoon voorgoed bij mij weglopen. Zo wint iedereen het meest.'

Met behulp van het herkennen van de signalen, het nemen van de time-out en het gebruiken van positieve zelfverbalisatie door middel van de lijfspreuk, blijkt Loek in staat de agressieve explosies te voorkomen. Tijdens het elfde gesprek – de behandeling loopt inmiddels zo'n drie maanden – concluderen Loek en zijn behandelaar dat het thuis al een aantal weken goed is gegaan. Loek vindt dat het tijd wordt om te stoppen. Hij is nog steeds niet erg gemotiveerd om naar zijn agressieve gedrag buitenshuis te kijken, wat ook wordt veroorzaakt doordat dit gedrag al enige tijd niet meer is voorgekomen. Maar de behandeling is opgelegd en hoewel de therapeut het met Loek eens is dat het beter gaat dan enige tijd geleden, vermoedt hij dat het probleem weer sterker naar voren zal komen als Loek door externe omstandigheden onder druk komt te staan. Loek is bereid voorlopig eens per twee weken te blijven komen, om over wat langere tijd te kijken of de veranderingen beklijven. In die gesprekken worden steeds concrete situaties (op het werk, op straat, met zijn vrouw) van de afgelopen weken onder de loep genomen en door deze besprekingen kan geleidelijk en indirect worden gewerkt aan verandering van onderliggende cognities en cognitieve schema's. En passant krijgt Loek daarbij suggesties voor vaardiger gedrag.

Tot slot

Loek kreeg een individuele behandeling, wat in forensische instellingen eerder uitzondering dan regel is. Vaak worden deze cliënten namelijk in groepen behandeld, omdat in individuele behandelingen het gevaar groter is dat cliënten de therapeut ervaren als een verlengstuk van justitie en de maatschappij. Ook is het voor hen zo gemakkelijker steun en kritiek te ervaren van lotgenoten. Voor een uitgebreide bespreking van groepstraining in agressiebeheersing binnen een forensische setting, inclusief bespreking van indicaties en contra-indicaties, inhoud van de training en praktische aspecten, wordt verwezen naar Deneer (2001). Loek kreeg deels uit praktische overwegingen een individueel contact aangeboden, maar ook omdat zijn agressieve gedrag op het moment van aanmelding vooral thuis tot uiting kwam. Bij deelnemers aan een groepsbehandeling is het probleem gewoonlijk naar meer levensgebieden gegeneraliseerd.

De behandeling van Loek illustreert dat een periodieke explosieve stoornis succesvol kan worden behandeld met eenvoudige technieken als psycho-educatie, het leren herkennen van waarschuwingssignalen, het ontwikkelen van een persoonlijke time-out, en het aanleren van compenserende vaardigheden. Bij Loek waren dit vooral cognitieve vaardigheden, zoals het leren van een andere interpretatie van opstandig gedrag van zijn zoon. Zijn behandeling laat zien dat ook binnen forensische settings de behandeling redelijk volgens het boekje kan plaatsvinden. Het motiveren kostte bij hem relatief weinig moeite doordat hij zijn zoon absoluut een andere jeugd wilde geven dan hij zelf had gehad. Dit verschijnsel zien we bij veel cliënten. Als ze zelf kinderen hebben, gaan ze de nadelen van hun gedrag als groter ervaren dan de voordelen. Maar ook dan heeft de behandelaar vaak een langere adem nodig. Het moeilijke van de behandeling ligt dan meer in het 'hoe' dan in het 'wat'. Dit artikel was vooral bedoeld om te illustreren welke houding de therapeut moet aannemen om zelf lol in de behandeling te blijven houden en niet terecht te komen in morele verontwaardiging en veroordeling van de cliënt als persoon.

Referenties

- APA, American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Fourth edition). Washington DC: APA.
- APA, American Psychiatric Association (1997). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Fourth edition – Text revision). Washington DC: APA.
- Bernard, J. (2002). *Over de rooie. Omgaan met woede en agressie*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Beck, A. T. (1999). *Prisoners of Hate*. New York: Harper Collins Publishers.
- Deneer, B. (2001). Groepstraining in agressiebeheersing. In T.J.B. Berk, M.P. Bolten, E. Gans, & H.G.Y. Koksma (red.), *Handboek Groepspsychotherapie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Hoogduin, K. (1980). Behandeling met behulp van zelfcontrole-procedures. In K. van der Velden (red.), *Directieve therapie 2*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Hoogduin, K., Minnen, A. van., Keijsers, G., Hellenbrand, I., Klaassen, B., Jonge, M. de., & Verheul, M. (2002). Zelfcontroleprocedures bij trichotillomanie: richtlijnen, resultaten, valkuilen. In C.A.L. Hoogduin & M.T. Appelo. (red.), *Directieve Behandelingsstrategieën bij Psychiatrische Patiënten*. Zeist: Cure & Care Development.
- Monopols, S., & Lion, J.R. (1983). Problems in the diagnosis of Intermittent Explosive Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 140, 1200-1202.
- Schaap, C.P.D.R., Hoogduin, C.A.L., & Meulenbeek, P. (1991). Behandeling van agressief gedrag door middel van zelfcontroleprocedures. In: B.P. Defares & J.D. van der Ploeg (red.), *Agressie: determinanten, signalering en interventie* (pp. 481-501). Assen/Maastricht: Van Gorcum.

Wagemakers, P., Wemekamp, B., Appelo, M., & Tak, C. (1998). Zelfcontrole-training: een cognitief gedragstherapeutische groepstraining voor patiënten met een psychotische stoornis. *Directieve Therapie*, 18, 259-274.