
AGRESSIEF GEDRAG VAN JEUGDIGEN:

EEN RICHTLIJN VOOR VERPLEEGKUNDIGEN EN AGOGEN BINNEN DE JEUGDPYSCHIATRIE

Deel 1: Theoretische onderbouwing en aanbevelingen

Hogeschool **INHOLLAND**

Hogeschool INHolland

Institute of Advanced Studies and Applied Research (ASAR)

Lectoraat GGZ-Verpleegkunde



Centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie

Triversum

Centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie

Alkmaar 2008

Het verveelvoudigen en openbaar maken van de richtlijn in zijn geheel door middel van fotokopieën, waaronder begrepen het opslaan als PDF-bestand, is toegestaan mits de verantwoordelijke instanties en auteurs duidelijk worden vermeld.

Verantwoordelijke instanties

Hogeschool INHolland
Institute of Advanced Studies and Applied Research ASAR
Lectoraat GGZ-Verpleegkunde
Postbus 403
1800 AK Alkmaar
Telefoon 072 5183456
www.ggzverpleegkunde.nl

Triversum, Centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie
Postbus 225
1800 AE Alkmaar
Telefoon 072 5140400
www.triversum.nl

Verantwoordelijke auteurs

Drs. Sarah Hage (orthopedagoog/onderzoeker Triversum / Hogeschool INHolland)

Dr. Berno van Meijel (verpleegkundige / lector GGZ verpleegkunde, Hogeschool INHolland)

Inhoud

| | | |
|-----|--|----|
| 1. | Introductie | 5 |
| 1.1 | Doel..... | 5 |
| 1.2 | Doelgroep..... | 5 |
| 1.3 | Voorwaarden voor effectief gebruik van de richtlijn..... | 6 |
| 1.4 | Opbouw van de richtlijn | 7 |
| 1.5 | Methodische verantwoording | 7 |
| 1.6 | Definities/ begrippen..... | 7 |
| 2. | Beoordeling van agressief gedrag | 8 |
| 2.1 | Inleiding | 8 |
| 2.2 | Diagnostiek en agressief gedrag..... | 8 |
| 2.3 | Ontstaanstheorieën van agressief gedrag..... | 9 |
| 2.4 | Proactieve en reactieve agressie | 10 |
| 3 | Risicofactoren voor agressief gedrag..... | 12 |
| 3.1 | Inleiding | 12 |
| 3.2 | Risicofactoren voor agressief gedrag | 12 |
| 3.3 | Triggers en vroege voortekenen | 16 |
| 3.4 | Overige factoren | 17 |
| 4 | Behandeling van agressief gedrag | 19 |
| 4.1 | Inleiding | 19 |
| 4.2 | Behandeling van agressief gedrag | 19 |
| | Literatuur | 24 |
| | Bijlage A : Methodische verantwoording..... | 29 |
| | Bijlage B : Mate van bewijskracht | 32 |

1. Introductie

Agressief gedrag van jongeren kan een groot probleem vormen. In de thuissituatie hebben ouders/verzorgers in veel gevallen moeite met het hanteren van het ouderlijke gezag: het geven van leiding aan de jongere en het stellen van grenzen worden bemoeilijkt door de optredende agressie (Mihalic e.a., 2004). Ook relaties met leeftijdsgenoten kunnen schade oplopen. Leeftijdsgenoten kunnen zich door het agressieve gedrag geïntimideerd voelen. Door het agressieve gedrag zijn deze jongeren op school op den duur ook niet meer goed te handhaven. Agressief gedrag is, mede door de bovenstaande problemen, vaak een reden voor klinische opname (Conner e.a., 2006). Maar ook in een psychiatrische behandelsetting blijkt agressief gedrag moeilijk te hanteren en te behandelen.

Agressief gedrag ontstaat vaak in de interactie met anderen (Oud, 2005). De patiënten met agressief gedrag zijn vaak geneigd om situaties in het dagelijks leven op een negatieve, vijandige manier te interpreteren, waardoor agressieve reacties worden opgeroepen (Rappaport & Thomas, 2004; Loeber & Hay, 1997; Valois e.a., 2002). Andere patiënten kunnen zich onveilig gaan voelen. De therapeutische sfeer lijdt onder het agressieve gedrag van de patiënt (Nijman e.a., 1999; Serper e.a., 2005). In de meeste gevallen zijn hulpverleners het slachtoffer van agressief gedrag van patiënten (Finnema e.a., 1994). De gevolgen hiervan kunnen zo ernstig zijn, dat een hulpverlener een posttraumatische stressstoornis oploopt (Richter & Berger, 2006).

Indien jongeren tijdens de behandeling agressief gedrag vertonen waarbij ze een gevaar voor zichzelf en/of voor anderen vormen, dan kan separatie noodzakelijk zijn. Voor de patiënt kan toepassing van deze maatregel een traumatische ervaring zijn (Masters e.a., 2002; Petti e.a., 2001). Maar ook voor de hulpverlener die de maatregel uitvoert kan separatie een stressvolle gebeurtenis zijn.

Agressief gedrag kan dus vele nadelige gevolgen hebben. Relaties met belangrijke anderen kunnen onder druk komen te staan en bij voortdurend agressief gedrag wordt de psychosociale ontwikkeling van de jongere sterk belemmerd. Er bestaat een verhoogd risico voor het ontwikkelen van een antisociale persoonlijkheidsstoornis (Rutter, 2003).

1.1 Doel

Het doel van de richtlijn is om hulpverleners handvatten te geven om jongeren met agressief gedrag effectiever te begeleiden. Het doel is dat patiënten meer inzicht krijgen in, en controle krijgen over hun agressieve gedrag. Dat draagt bij aan een gezonde psychosociale ontwikkeling van de jongere, aan een veiliger behandelklimaat binnen de behandelsetting en een prettiger werkklimaat voor hulpverleners.

1.2 Doelgroep

Patiënten

Deze richtlijn richt zich op jongeren van 12 tot 18 jaar die agressief gedrag vertonen in een residentiële, (dag) klinische of ambulante psychiatrische setting.

Hulpverleners

De richtlijn kan worden toegepast door hulpverleners die verantwoordelijk zijn voor de directe behandeling en begeleiding van patiënten met agressief gedrag. Binnen deze richtlijn wordt het multidisciplinaire kader voor de behandeling en begeleiding van patiënten met agressief gedrag beschreven.

De praktische uitwerking van de richtlijn vindt specifiek plaats ten behoeve van de professionals die de patiënten dagelijks begeleiden. Dit kunnen verpleegkundigen of agogisch opgeleide medewerkers zijn. Zij worden in deze richtlijn verder aangeduid met de term 'begeleiders'.

Deze praktische uitwerking van de richtlijn ten behoeve van begeleiders vindt plaats vanuit de motivatie dat zij direct met het agressieve gedrag van de patiënt worden geconfronteerd en een belangrijk deel van de dagelijkse zorg verlenen aan patiënten met agressief gedrag. Vanuit hun positie zijn zij goed in staat dreigend agressief gedrag te signaleren en preventieve interventiestrategieën toe te passen. De uitvoering van de richtlijn door de begeleiders vindt in multidisciplinair verband plaats onder eindverantwoordelijkheid van de behandelaar.

1.3 Voorwaarden voor effectief gebruik van de richtlijn

Voor een effectief gebruik van deze richtlijn binnen de organisatie is het van belang om aandacht te besteden aan implementatie en scholing. Voor de implementatie van deze richtlijn is een goed uitgewerkt implementatieplan nodig. Hierin dienen in ieder geval de volgende punten uitgewerkt te zijn:

- de doelen die men concreet voor ogen heeft met de invoering van de richtlijn;
- de concrete resultaten van invoering van de richtlijn voor de organisatie;
- een sterkte/zwakte-analyse waarin de bevorderende en belemmerende factoren met betrekking tot de invoering van de richtlijn worden beschreven en geanalyseerd;
- een plan van aanpak (met bijbehorend tijdspad) waarin de verschillende stappen van de invoering van de richtlijn worden besproken, rekening houdend met de uitgevoerde sterkte/zwakte-analyse. Wellicht moeten vooraf eerst activiteiten worden verricht gericht op verandering van specifieke factoren die de invoering van de richtlijn belemmeren. Gedacht kan worden aan het bevorderen van draagvlak onder leidinggevendenden, motivatie van medewerkers en financiële randvoorwaarden voor de invoering.
- de wijze van evaluatie van de invoering van de richtlijn.

Ter ondersteuning van de invoering van de richtlijn is een scholingsmodule opgesteld. De scholing kan aan medewerkers van de instelling worden aangeboden. Deze scholing wordt sterk aanbevolen ten behoeve van een adequate toepassing van de richtlijn. Onderwerpen die tijdens de scholing vooral aandacht krijgen zijn de theoretische achtergronden van agressief gedrag bij jongeren, het werken met de richtlijn in de praktijk en de training van specifieke vaardigheden die hiervoor nodig zijn. Nadere informatie over de scholing is te verkrijgen bij het lectoraat GGZ Verpleegkunde van de Hogeschool INHolland (www.ggzverpleegkunde.nl).

1.4 Opbouw van de richtlijn

De richtlijn bestaat uit twee delen, deel A en deel B. In deel A wordt een theoretische onderbouwing van de richtlijn gegeven die resulteert in aanbevelingen voor hulpverleners. In deel B worden de aanbevelingen vertaald naar een praktische handleiding voor begeleiders en patiënten.

1.5 Methodische verantwoording

Voor de ontwikkeling van de richtlijn heeft er eerst een uitgebreide wetenschappelijke literatuurstudie plaatsgevonden (Hage e.a., 2008). Hierna is in samenwerking met professionals uit de praktijk (zie bijlage A) een conceptrichtlijn ontwikkeld. Deze conceptversie is vervolgens beoordeeld door een expertpanel bestaande uit zes begeleiders, zes ervaringsdeskundigen, twee klinisch psychologen en twee kinder- en jeugdpsychiaters. Hierna is deze richtlijn getoetst op de bruikbaarheid in de praktijk. Op basis van deze evaluatie en toetsing is de definitieve versie van de richtlijn tot stand gekomen. Een uitgebreide methodische verantwoording wordt beschreven in bijlage A. De mate van bewijskracht van de wetenschappelijke onderzoeksresultaten is vastgesteld op basis van de indeling die is toegepast bij de ontwikkeling van de landelijke multidisciplinaire richtlijnen in de GGZ (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijn in de GGZ, 2005: zie bijlage B).

1.6 Definities/ begrippen

Agressie

Het toebrengen van schade aan materiaal of een ander persoon door het overschrijden van de grenzen (of normen/regels) van de ander (Broers & Lange 1996).

Zelfverwendend gedrag (automutilatie) is in deze richtlijn niet meegenomen.

Agressie-incident:

Voorval waarbij er sprake is van een of meer van de onderstaande gebeurtenissen (Oud, 2001):

- Verbale agressie: verbale vijandigheden zoals scheldwoorden, beledigingen en woede-uitbarstingen;
- Bedreiging: verbale of non-verbale dreigingen die betrekking hebben op het hier en nu of op de toekomst;
- Fysieke agressie tegen anderen: gewelddadig gedrag tegenover anderen zoals slaan, schoppen en andere aanvallen gericht op het lichaam;
- Agressie gericht op objecten: onbeheerste en roekeloze vernieling van eigendommen van zichzelf of anderen.
- Seksuele intimidatie: ongewenste seksuele toenadering of ongewenste verzoeken om seksuele gunsten.

2. Beoordeling van agressief gedrag

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de beoordeling van agressief gedrag besproken. Er wordt ingegaan op het diagnostische proces en de plaats van de beoordeling van agressieproblematiek hierin. De meest gangbare theorieën over het ontstaan van agressief gedrag worden daarna weergegeven. Als laatste wordt het onderscheid tussen *proactieve* agressie en *reactieve* agressie nader toegelicht.

2.2 Diagnostiek en agressief gedrag

Diagnostiek is het proces waarbij de probleemgebieden in het functioneren van de jongere in diverse nuances worden beschreven. De ontwikkeling en het functioneren van de jongere worden op relevante deelgebieden uitvoerig in kaart gebracht. Deze beoordeling biedt aanknopingspunten voor de prioritering van problemen en voor de uiteindelijke behandeling. Deze richtlijn is ontwikkeld voor jongeren met psychiatrische problematiek gecombineerd met agressief gedrag. Het is allereerst van belang dat de achterliggende psychiatrische stoornis goed gediagnosticeerd en behandeld wordt. De psychiatrische stoornis kan immers mede ten grondslag liggen aan agressief gedrag (Conner e.a., 2006; Masters e.a., 2002).

Vervolgens is het belangrijk de agressieproblematiek goed in beeld te brengen: de leeftijd waarop het agressieve gedrag begon; de frequentie en de aard van het gedrag; de situaties/context waarin het gedrag zich voordoet; de personen of materialen tegen wie het gericht is; en de schade die het agressieve gedrag oplevert (Conner e.a., 2006; Masters e.a., 2002; Matthys, 1992). Deze informatie kan inzicht geven in de oorzaken en de in stand houdende factoren ten aanzien van agressief gedrag. Het schetst de context waarbinnen het gedrag optreedt. Deze gegevens bieden vaak directe aanknopingspunten voor de behandeling.

Daarnaast is het van belang om de beleving van de verschillende betrokkenen ten aanzien van de (agressie)problematiek goed in kaart te brengen. Vaak vinden ouders en leerkrachten dat er sprake is van een probleem, maar de jongere zelf niet (Matthys, 1992).

In het diagnostische proces is het van belang om goed rekening te houden met de individuele ontwikkeling van de jongere. Gedurende de ontwikkeling tot volwassene treden er veranderingen op in het lichamelijk, cognitief, emotioneel en sociaal functioneren. Vanaf de vroege adolescentie neemt de kans op agressief gedrag toe, deze is op het hoogtepunt tijdens de late adolescentie en neemt weer af tijdens de vroege volwassenheid (Valois e.a., 2002). Probleemgedrag moet worden beoordeeld tegen de achtergrond van de ontwikkelingsfase waarin de jongere zich bevindt (Matthys, 1992). Als jongeren achterlopen in hun sociaal-cognitieve ontwikkeling of in het adequaat gebruik van coping-mechanismen, dan lopen zij een relatief groter risico op het ontwikkelen van agressief gedrag (Recklitis & Noam, 2004).

Instrumenten die ondersteunend kunnen zijn om te bepalen in welke mate probleemgedrag leeftijdsadequaat is, zijn:

- de Child Behavior Checklist (CBCL, vragenlijst voor ouders van kinderen tussen de 4-16 jaar),
- Youth Self-Report (YSR, vragenlijst voor jongeren van 11-18 jaar),
- Teacher Report Form (TRF, vragenlijst voor docenten van kinderen van 6-16 jaar) (Koot, 1992).

2.3 Ontstaanstheorieën van agressief gedrag

Er zijn diverse theorieën betreffende (het ontstaan van) agressief gedrag. Hieronder volgt een kort overzicht van de vijf bekendste theorieën.

Agressie als drift of instinct

Deze theorie komt voort uit de psychodynamische benadering, waarbij agressie een drift is die van nature bij de mens hoort (Oud, 2005). Het kan gezien worden als in middel wat gericht is op de overleving van het individu en de soort (Stibane, 2001). De agressieve drift streeft naar ontlading en de bevrediging ervan kan als lustvol ervaren worden. Er ontstaat een onaangenaam gevoel als deze spanning niet ontladen kan worden. Voor een gezonde ontwikkeling dient men deze agressieve driften niet te onderdrukken, maar juist in goede banen te leiden (Stibane, 2001).

Agressie als reactie op frustratie

Agressie komt in deze theorie voort uit frustratie. 'Frustraties zijn alle condities die een persoon verhinderen een bepaald doel te bereiken' (Stibane, 2001). Hoe de persoon reageert op frustraties, en of dat gepaard gaat met agressief gedrag, hangt af van diverse factoren zoals het temperament van de persoon, diens geweten en eventueel aanwezige angst voor de gevolgen van het agressieve gedrag (Oud, 2005; Stibane, 2001).

Agressie als aangeleerd gedrag

De leertheorie gaat ervan uit dat agressief gedrag is aangeleerd, onder meer via opvoedings- en socialiseringsprocessen (Oud, 2005; Stibane, 2001). Positieve ervaringen na agressief gedrag leiden tot bekrachtiging van het gedrag. Frequentie confrontatie met voorbeelden van agressief gedrag leidt tot gewenning: er treden minder emoties op bij het zien van agressief gedrag en het normbesef van wat normaal is verandert. Door deze processen wordt agressief gedrag aangeleerd en dus vaker toegepast (Stibane, 2001).

Agressie op grond van organische factoren

Dit model gaat ervan uit dat er een biologische basis bestaat voor agressief gedrag, wellicht op genetische basis (Oud, 2005). Tot op heden zijn er wel biologische factoren gevonden die samenhangen met agressief gedrag, maar er is nog geen duidelijke oorzakelijk verband aangetoond tussen biologische factoren en agressief gedrag (Stibane, 2001 /zie ook 'risicofactoren' in Hoofdstuk 3).

Attribuïetheorie

Volgens de attribuïetheorie vindt agressie altijd plaats tussen mensen binnen een bepaalde sociale context. Deze theorie gaat er van uit dat individuen handelen volgens bepaalde normen en impliciete regels. Ze handelen naar wat gepast, gewenst, verwacht of verplicht is. Als hierbij een norm wordt overschreden, dan kennen individuen betekenis toe aan dat

gedrag, dat is de attributie. Er is sprake van 'verontwaardiging', vervolgens ontstaat 'communicatie' of 'discussie', en daarna een 'oplossing' of een 'agressieve reactie' (De Ridder 1991 in: Oud 2005).

De reactie op deze normoverschrijding is afhankelijk van de interpretatie van de ander. Agressief gedrag is dan het resultaat van de communicatie van twee of meer personen in de context van de omgeving van dat moment (Oud, 2005).

2.4 Proactieve en reactieve agressie

Er wordt regelmatig onderscheid gemaakt tussen proactieve en reactieve agressie (Vitaro e.a., 2002).

Proactieve agressie wordt gedefinieerd als doelgericht, het vereist geen provocatie of boosheid vooraf, en is gericht op het bezit van objecten of op het domineren van andere individuen. Reactieve agressie wordt daarentegen gedefinieerd als het resultaat van een provocatie of als een boze uitval. Deze vormen van agressie zijn wetenschappelijk te onderscheiden. Er is echter ook een groep die beide vormen van agressief gedrag vertoont (Vitaro e.a., 2002).

Onderzoek laat zien dat proactieve kinderen en jongeren vaak een vroeg patroon van fysiek agressief gedrag vertonen in combinatie met een gebrek aan angst. Deze vorm van agressie lijkt dan ook een voorbode te zijn van later delinquent gedrag en het in aanraking komen met anti-sociale leeftijdsgenoten.

Reactieve agressie wordt in verband gebracht met een (te) sterk controlesysteem, waardoor emoties zoals angst en frustraties (waaronder sociale afwijzing) opgekropt worden. Deze personen hebben een relatief hoog angstniveau, waardoor agressief gedrag vaak een reactie is op een voor het kind of de jongere angstige situatie. Ze hebben een hogere kans om afgewezen te worden door leeftijdsgenoten en ouders. Ze hebben een hogere kans op internaliserende problematiek (zoals depressie) vergeleken met kinderen en jongeren die proactief agressief gedrag vertonen (Vitaro e.a., 2002).

Conclusie

Bij jeugdigen met een psychiatrische stoornis en agressief gedrag dient altijd de achterliggende psychiatrische stoornis goed gediagnosticeerd en behandeld te worden (niveau 4). Daarnaast is het van belang om frequentie, aard, context en voorgeschiedenis van het agressieve gedrag in kaart te brengen (niveau 4). Tevens dient te worden vastgesteld in welke mate de psychosociale ontwikkeling en het functioneren van de jeugdige worden beïnvloed door agressief gedrag (niveau 4). Er zijn verschillende meetinstrumenten beschikbaar om vast te stellen of bepaald probleemgedrag leeftijdsadequaat is (niveau 3).

Diverse theorieën bieden inzicht in de achtergronden en het ontstaan van agressief gedrag bij de jeugdige. Er kan daarnaast onderscheid worden gemaakt tussen proactieve en reactieve agressie (niveau 3).

Aanbeveling 1

Het verdient aanbeveling om, indien er sprake is van agressief gedrag, uitvoerig psychiatrische onderzoek te doen. Daar waar sprake is van een achterliggende psychiatrische stoornis, dient deze altijd adequaat behandeld te worden.

Aanbeveling 2

Het gebruik van vragenlijsten, zoals de CBCL, de YSR of de TRF, kunnen ondersteuning bieden bij het inventariseren van diverse soorten problematiek. Hiermee kan de aard en de ernst van de problematiek in kaart worden gebracht, evenals de mate waarin bepaald probleemgedrag leeftijdsadequaat is.

Aanbeveling 3

Het is gewenst om kennis te nemen van de ontstaanstheorieën betreffende agressief gedrag. Deze kennis kan ondersteunen bij het begrijpen van agressief gedrag.

Aanbeveling 4

Het verdient aanbeveling om de exacte aard, frequentie, context en voorgeschiedenis van het agressieve gedrag in kaart te brengen. Dit is waardevolle informatie die ondersteunend kan zijn voor het kiezen van effectieve interventies.

Aanbeveling 5

Het is gewenst om in te schatten of er sprake is van reactieve agressie, proactieve agressie of een combinatie van deze typen. Dit onderscheid kan ondersteunen bij het kiezen van een juiste interventiestrategie.

3 Risicofactoren voor agressief gedrag

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden vanuit de onderzoeksliteratuur de risicofactoren voor agressief gedrag van jongeren beschreven. Tevens wordt ingegaan op specifieke factoren die agressief gedrag uitlokken ('triggers') en signaleren die voorafgaand aan agressief gedrag te herkennen zijn door de patiënt of omstanders ('vroege voortekenen').

3.2 Risicofactoren voor agressief gedrag

Er is veel onderzoek gedaan naar de risicofactoren voor agressief gedrag van kinderen en jeugdigen. Risicofactoren kunnen worden ingedeeld in de volgende categorieën: risicofactoren tijdens de zwangerschap, individuele factoren, gezinsfactoren en sociale en omgevingsfactoren. Zij kunnen de basis vormen voor (preventieve) interventiestrategieën.

Factoren tijdens de zwangerschap

Het gebruik van alcohol, drugs en sigaretten tijdens de zwangerschap leidt tot een verhoogde kans op later agressief gedrag (Liu & Wuerker, 2005; Rappaport & Thomas, 2004; Raine, 2002). Ook voedingstekorten tijdens het 1^e en/of 2^e trimester van de zwangerschap, evenals complicaties tijdens de bevalling in combinatie met afwijzing van de moeder, kunnen later een verhoogde kans op agressief gedrag opleveren (Liu & Wuerker, 2005; Raine, 2002).

Individuele factoren

Er zijn relaties gevonden tussen biologische factoren en agressief gedrag. Deze gegevens moeten echter voorzichtig geïnterpreteerd worden. Veel onderzoek is verricht bij dieren, en soms zijn bevindingen inconsistent. Toekomstig onderzoek zal meer duidelijkheid kunnen brengen over deze factoren.

Er zijn relaties gevonden tussen agressief gedrag en een verlaagd cortisol- en serotonineniveau. Daarnaast zijn er relaties gevonden tussen agressief gedrag en een lage fysiologische spanning, wat tot uiting kan komen in een lagere hartslag en een langzame huidgeleiding. Verder zijn er relaties aangetoond met verlaagde cholesterol-, ijzer- en zinkwaarden in het bloed (Liu & Wuerker, 2005; Rappaport & Thomas, 2004; Raine, 2002). Ook lijkt er een relatie te bestaan tussen een verhoogd testosteronniveau en agressief gedrag (Liu & Wuerker, 2005; Rappaport & Thomas, 2004).

Prefrontale hersenaandoeningen kunnen leiden tot een vermindering van de impulscontrole en daardoor tot meer agressief gedrag (Liu & Wuerker, 2005; Raine, 2002). Een genetische aanleg voor agressief gedrag wordt ondersteund door onderzoek van Rutter (2003), Raine (2002), Loeber & Hay (1997) en Brennan & Raine (1997).

Jongens vertonen meer openlijk agressief gedrag dan meisjes (Rappaport & Thomas, 2004; Daane, 2003; Rutter, 2003; Valois e.a., 2002). Vaak is er al vroeg in de jeugd sprake van antisociaal en agressief gedrag. Agressief gedrag in het verleden blijkt de belangrijkste

voorspeller voor later agressief gedrag te zijn (Liu & Wuerker, 2005; Daane, 2003; Rutter, 2003; Valois e.a., 2002; Reese e.a., 2000).

De aanwezigheid van psychopathologische problematiek leidt ook tot een verhoogde kans op agressie. Dit geldt voor depressie en psychotrauma's voor meisjes. Voor jongens vormen ADHD (Attentional Deficit Hyperactivity Disorder), ODD (Oppositional Defiant Disorder) en CD (Conduct Disorder) risicofactoren (Liu & Wuerker, 2005; Rappaport & Thomas 2004, Valois et al 2002, Pratt & Grejdanus 2000 Loeber & Hay 1997). Op latere leeftijd spelen persoonlijkheidsstoornissen, acute psychosen en schizofrenie een rol bij het optreden van agressie (Flannery e.a., 2006; National Institute for Clinical Excellence, 2005).

Op sociaal-cognitief gebied blijken jongeren met agressief gedrag op een andere manier informatie te verwerken dan niet-agressieve leeftijdsgenoten (Rappaport & Thomas, 2004; Valois e.a., 2002; Loeber & Hay, 1997). Ambigue situaties worden relatief vaak als negatief en vijandig geïnterpreteerd. De houding ten aanzien van het gebruik van agressie is meer positief: een agressieve respons wordt gerechtvaardigd, er wordt gedacht dat het agressieve gedrag weinig negatieve consequenties heeft, en dat agressief gedrag zelfs concrete voordelen biedt (Rappaport & Thomas, 2004; Loeber & Hay, 1997; Valois e.a., 2002).

Op neuropsychologisch gebied blijkt dat jongeren met agressieproblematiek relatief lager scoren op executieve functies, zoals abstract redeneren, zelfregulatie, inhibitie, conceptformatie, probleemoplossend vermogen, uitgestelde aandacht, planning en organisatie (Rutter, 2003; Valois e.a., 2002; Raine, 2002; Brennan & Raine, 1997). Gemiddeld wordt een lager verbaal IQ gemeten bij de groep jongeren met agressieproblematiek (Rappaport & Thomas, 2004; Rutter, 2003; Valois e.a., 2002; Loeber & Hay, 1997).

Persoonlijkheidseigenschappen die relatief vaak voorkomen zijn: het opzoeken van spanning, risico's en nieuwe situaties. Agressieve jongeren zijn verder impulsiever en hyperactiever en hebben een moeilijker temperament (Rutter, 2003, Valois e.a., 2002; Reese e.a., 2000; Loeber & Hay, 1997). Jongeren met 'proactieve agressie' zijn minder angstig (Rutter, 2003; Valois e.a., 2002; Vitaro e.a., 2002; Reese e.a., 2000; Loeber & Hay, 1997). Over gevoel van eigenwaarde in relatie tot agressie bestaat er verschil van mening. Loeber & Hay (1997) geven aan dat er bij agressief gedrag sprake kan zijn van een opgeblazen gevoel van eigenwaarde, terwijl Daane (2003) juist het tegenovergestelde aangeeft.

Gezinsfactoren

Een negatief gezinsklimaat is een relatief sterke risicofactor voor het ontwikkelen van agressieproblematiek. Zo kunnen huiselijk geweld, mishandeling, verwaarlozing en seksueel misbruik leiden tot agressieproblematiek (Liu & Wuerker, 2005; Rappaport & Thomas, 2004; Daane, 2003; Reese e.a., 2000; Pratt & Grejdanus, 2000; Loeber & Hay, 1997). Een onveilige hechting en een negatieve relatie met ouders leiden eveneens tot een hogere kans op agressief gedrag (Daane, 2003; Valois e.a., 2002; Brennan & Raine, 1997).

Verder blijkt dat een negatieve, inconsequente aanpak en gebrek aan toezicht agressieproblematiek kunnen versterken (Rappaport & Thomas, 2004; Rutter, 2003; Valois e.a., 2002; Reese e.a., 2000; Loeber & Hay, 1997).

Sociale en omgevingsfactoren

Gewelddadige en antisociale vriendengroepen beïnvloeden agressief gedrag door actieve en passieve goedkeuring van agressie en geweld (Rappaport & Thomas, 2004; Daane, 2003; Valois e.a., 2002; Reese e.a., 2000; Loeber & Hay, 1997). Vooral de invloed van 'gangs' op

sommige jongeren is groot (Rappaport & Thomas, 2004; Rutter, 2003; Valois e.a., 2002; Reese e.a., 2000; Loeber & Hay, 1997). Ook door het prediken van haat neemt de gewelddadigheid van agressieve incidenten toe (Pratt & Greijdanus, 2000). Daarnaast kan afwijzing door leeftijdsgenoten en gepest worden leiden tot agressief gedrag (Rappaport & Thomas, 2004; Daane, 2003; Valois e.a., 2002; Loeber & Hay, 1997).

Het klimaat op school kan een belangrijke factor zijn in de ontwikkeling van agressief gedrag. Indien het klimaat op school als onveilig wordt ervaren, er lage eisen worden gesteld qua leerresultaten en er weinig toezicht is, neemt het agressief gedrag van jongeren toe (Reese e.a., 2000). Weinig binding met de school (bijvoorbeeld door schorsing en veel wisselingen van school) leidt ook tot een toename van agressie (Valois e.a., 2002).

Jongeren die regelmatig blootgesteld worden aan gewelddadige televisieprogramma's of videogames, laten een toename van agressief gedrag zien (Liu & Wuerker, 2005; Daane, 2003; Rutter, 2003; Loeber & Hay, 1997). Ook jongeren die via hun omgeving toegang hebben tot wapens, drugs en alcohol, hebben een verhoogd risico op agressief gedrag (Rappaport & Thomas, 2004; Daane, 2003; Valois e.a., 2002; Reese e.a., 2000; Pratt & Greijdanus, 2000; Loeber & Hay, 1997).

Een lage sociaal economische status (SES) brengt risico's met zich mee: zo hebben gezinnen met een lage SES meer kans op armoede, tienerzwangerschappen, het opgroeien in één-ouder gezinnen, een lage schoolopleiding en regelmatig verhuizen. Deze factoren interacteren op hun beurt met agressieproblematiek bij jongeren (Liu & Wuerker, 2005; Loeber & Hay, 1997; Valois e.a., 2002).

De belangrijkste risicofactoren worden nogmaals samengevat om tabel 1.

| Categorie | Risicofactoren |
|----------------------|--|
| Zwangerschap | <ul style="list-style-type: none"> • Gebruik van alcohol, drugs en tabak • Voedingsdeficiënties • Complicaties tijdens de bevalling, in combinatie met afwijzing door de moeder |
| Individuele factoren | <ul style="list-style-type: none"> • Verlaagd cortisol- en serotonineniveau • Lage fysiologische spanning (trage hartslag; langzame huidgeleiding) • Verlaagde bloedwaarden: cholesterol, ijzer en zink • Verhoogd testosteronniveau • Prefrontale hersenaandoeningen (vermindering van impulscontrole) • Genetische aanleg • Geslacht: man • Agressie in het verleden • Psychopathologie (meisjes: depressie en psychotraumata ; jongens: ADHD, ODD, CD) • Negatieve en vijandige interpretatie van ambigue situaties |

| Categorie | Risicofactoren |
|-------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Positieve waardering van agressief gedrag • Verstoring in executieve functies: abstract redeneren, zelfregulatie, inhibitie, conceptformatie, probleemoplossend vermogen, uitgestelde aandacht, planning en organisatie) • Persoonlijkheidskenmerken: spanning- en risicozoekend gedrag, hyperactiviteit, impulsiviteit, moeilijk temperament, (mogelijk) lage eigenwaarde. |
| Gezinsfactoren | <ul style="list-style-type: none"> • Negatief gezinsklimaat: huiselijk geweld, mishandeling, verwaarlozing, seksueel misbruik • Slechte relatie met oudere met onveilige hechting • Negatieve en inconsequente benadering door ouders • Gebrek aan toezicht |
| Omgevingsfactoren | <ul style="list-style-type: none"> • Gewelddadige en antisociale vriendengroepen ('gangs') • Prediking van haat • Afwijzing door leeftijdsgenoten • Onveilig schoolklimaat met weinig toezicht en binding • Gewelddadige tv-programma's en videospelletjes • Toegang tot wapens, drugs en alcohol • Lage sociaal-economische status (SES) |

Tabel 1: Risicofactoren van agressie bij jongeren.

Conclusie

Risicofactoren voor agressief gedrag bevinden zich op het niveau van het individu, het gezin en de omgeving van de patiënt (niveau 1). Kennis van de individuele risicofactoren van een patiënt biedt aanknopingspunten voor een op maat gemaakt individueel interventieprogramma (niveau 4).

Aanbeveling 6

De hulpverlener stelt op basis van psychiatrische, psychologische en gezinsdiagnostiek een individueel 'risicoprofiel' op betreffende het agressieve gedrag van de jongere. Dit risicoprofiel vormt de basis voor de keuze van (preventieve) interventies ter vermindering van het agressieve gedrag (niveau 4).

3.3 Triggers en vroege voortekenen

Voorafgaand aan een agressieve escalatie zijn er vaak uitlokkende factoren ('triggers') aan te wijzen. Triggers zijn factoren, veelal uit de omgeving van de patiënt, die het agressieve gedrag kunnen uitlokken. Vaak zijn dit situaties waarbij er eisen aan de patiënt worden gesteld, waarbij de patiënt iets niet wordt toegestaan of er grenzen worden aangegeven (Flannery e.a., 2006; National Institute for Clinical Excellence, 2005; Bjorkly, 1999). Andere triggers zijn: associaties voortkomend uit traumata, aangevallen worden door een leeftijdgenoot, genegeerd worden, geïrriteerd raken, in twijfel worden getrokken, of iets moeten doen wat de patiënt zelf niet wil (Swaffer & Hollin, 1997).

Volgend op deze triggers kunnen vroege voortekenen optreden. Vroege voortekenen zijn belevingen, gedachten en gedragingen die aan agressief gedrag van de jongere vooraf gaan en die als waarschuwingstekenen voor dit gedrag opgevat kunnen worden. Bijvoorbeeld: psychotische belevingen en gedragingen gaan relatief vaak aan het agressieve gedrag van een patiënt vooraf (Flannery e.a., 2006, National Institute for Clinical Excellence, 2005; Bjorkly, 1999). Tabel 2 biedt en uitgebreider overzicht van mogelijke vroege voortekenen.

Voortekenen voor agressief gedrag

- Gezichtsexpressie: gespannen en boos
- Toenemende onrust, onregelmatige bewegingen
- Toenemende opgewonden staat van het lichaam, te zien aan bijvoorbeeld: snel ademen, een verhoogde hartslag, spiersamentrekkingen, veranderende gelaatskleur, motorische tics en verwijde pupillen.
- Toenemend stemvolume
- Toenemende lichaamstemperatuur en transpiratie
- Ongestructureerd denken, verminderde concentratie
- Aanhoudend oogcontact of juist het vermijden van oogcontact
- Hallucinaties/ wanen
- Het weigeren van communicatie, teruggetrokkenheid
- Huilen
- Het aangeven van boze, gewelddadige, geïrriteerde of angstige gevoelens
- Black-outs eventueel met hyperventilatie
- Het blokkeren van vluchtroutes
- Specifiek gedrag dat eerder voorafging aan agressief gedrag

Tabel 2: Mogelijke vroege voortekenen voor agressief gedrag (National Institute for Clinical Excellence, 2005; Swaffer & Hollin, 1997)

Conclusie

Voorafgaand aan agressief gedrag zijn er vaak triggers en vroege voortekenen waar te nemen. Deze kunnen worden benut om dreigend agressief gedrag vroegtijdig te onderkennen en preventieve interventies in te zetten (niveau 3).

Aanbeveling 7

Het verdient aanbeveling dat de hulpverlener in samenspraak met de patiënt en diens familie beoordeelt welke triggers en vroege voortekenen er vooraf gaan aan het agressieve gedrag. Deze triggers en vroege voortekenen kunnen worden benut voor de ontwikkeling van vroegsignalingsstrategieën, waarmee dreigend agressief gedrag vroegtijdig kan worden onderkend. Vervolgens worden preventieve interventiestrategieën ingezet ter voorkoming van agressief gedrag.

3.4 Overige factoren

In de literatuur worden er nog andere factoren genoemd die van invloed zijn op agressief gedrag van patiënten. Er kan hierbij onderscheid gemaakt worden tussen omgevingsfactoren in de behandelsetting en factoren gerelateerd aan de begeleider.

Omgevingsfactoren in de behandelsetting

In de literatuur is aangetoond dat te veel stimulatie van patiënten kan leiden tot agressief gedrag. Hierbij kan gedacht worden aan drukte op de afdeling, een te zwaar therapieprogramma en een teveel activiteiten. Ook een *tekort* aan stimulatie kan leiden tot een toename van agressie (Nijman e.a., 1999).

De staf–patiënt- ratio is verder van invloed op agressie. Een teveel aan begeleiders kan voor patiënten bedreigend overkomen en zo leiden tot meer agressief gedrag. Een tekort aan staf kan echter ook leiden tot een toename van agressief gedrag (Masters e.a., 2002).

De begeleiders

Begeleiders in de kinder- en jeugdpsychiatrie dienen voldoende te zijn opgeleid voor hun taak; daarnaast dienen er faciliteiten voor de medewerkers te zijn, zoals mentorschap en supervisie, die ertoe bijdragen dat zij in hun dagelijkse beroepsuitoefening voldoende ondersteund worden. Uit de literatuur blijkt dat begeleiders soms middelen inzetten om patiënten te straffen of wraak te nemen, veelal uit angst of boosheid. Persoonlijke gevoelens dienen binnen de behandelsetting op professionele wijze te worden gehanteerd.

Verder vormen het kort aanblijven van medewerkers, een hoge werkdruk en een snelle wisseling van patiënten een risico voor agressief gedrag.

Ook als begeleiders persoonlijk betrokken raken bij conflicten, levert dit een risico op voor een toename van agressief gedrag (Masters, 2002).

Conclusie

De omgeving van de behandelsetting en factoren gerelateerd aan de begeleiders zijn van invloed op het ontstaan van mogelijk agressief gedrag (niveau 3).

Aanbeveling 8

Aanbevolen wordt om een adequaat stimulerings- en activeringsniveau van de patiënt te realiseren binnen de behandelsetting, omdat zowel een tekort als een overschot bijdraagt aan het risico op agressief gedrag. In dit licht dient vanuit de organisatie ook gezorgd te worden voor een evenwichtige patiënt-staf-ratio. Begeleiders dienen ondersteund te worden in hun dagelijkse beroepsuitoefening, o.a. via werkbegeleiding en supervisie/intervisie

4 Behandeling van agressief gedrag

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt allereerst ingegaan op effectieve behandelvormen voor agressief gedrag. In de tekst wordt aangegeven hoe sterk de bewijskracht is van deze interventies. Daarna wordt ingegaan op vormen van behandeling die minder uitvoerig zijn onderzocht, maar die mogelijk wel bruikbaar zijn in het kader van deze richtlijn. Tot slot wordt ingegaan op interventies die wel in de praktijk worden toegepast, maar waarover (voor zover bekend) nog geen studies naar de effectiviteit zijn verschenen.

4.2 Behandeling van agressief gedrag

Systeemgerichte interventies

Gezinsfactoren kunnen bijdragen aan het ontstaan van agressief gedrag of aan de instandhouding ervan. Risicofactoren vanuit het gezin die bijdragen aan agressief gedrag van de jongere zijn o.a. onveilige hechting, weinig binding met ouders, inconsequente aanpak van het kind door de ouders en een gebrek aan toezicht.

Een aantal systeemgerichte interventies zijn wetenschappelijk onderzocht op hun effectiviteit in relatie tot de vermindering van agressief gedrag. Dit zijn Parent Management Training, Functional Family Therapy en MultiSystem Therapy.

Parent Management Training (ouderbegeleiding) richt zich voornamelijk op opvoedingsvaardigheden van ouders (Mihalic e.a., 2004). Ouders/verzorgers krijgen de vaardigheden aangeleerd hoe ze wenselijk gedrag van hun kind kunnen stimuleren en hoe ze hun kind effectief kunnen corrigeren (Kerns & Prinz, 2002). Deze therapievorm is effectief gebleken in het verminderen van agressief gedrag bij kinderen en adolescenten (Mihalic e.a., 2004; Kerns & Prinz, 2002).

Belangrijk hierbij is dat ouders/verzorgers niet het gevoel krijgen 'aangevallen' te worden in hun manier van opvoeden, maar juist handvatten krijgen om effectief om te gaan met het moeilijke gedrag van hun kind. Indien er geen goed werkbaar vertrouwensrelatie met de hulpverlener bestaat, is er een groter risico dat ouders zich terugtrekken uit de hulpverlening (Steiner e.a., 2007).

Nadat er een goede vertrouwensrelatie is opgebouwd tussen ouders/verzorgers en hulpverleners, kan er onderzocht worden welke strategieën ouders/verzorgers momenteel hanteren in de opvoeding van hun kind. Deze beschrijving van strategieën vormt het startpunt voor vervolggesprekken over het (agressieve) gedrag van het kind. De volgende principes gelden als uitgangspunt in de begeleiding van de ouders/verzorgers:

1. Reduceer (indirecte) 'beloningen' op ongewenst gedrag van de jeugdige,
2. Stimuleer bekrachtiging van gewenst gedrag,
3. Bespreek straffen en belonen met ouders,
4. Maak de reactie van ouders/verzorgers voorspelbaar voor de jongere (Steiner e.a., 2007).

Bij Functional Family Therapy (FFT) wordt gekeken naar de functie van het agressieve gedrag binnen het gezin, naar de in stand houdende factoren en naar de wijze waarop deze kunnen worden beïnvloed. Zowel principes uit de sociale leertheorie als uit de systeemtherapie worden daarbij toegepast. De therapie wordt protocollair uitgevoerd. De eerste fase richt zich op betrokkenheid en motivatie van de gezinsleden om zich in te zetten voor de therapie; de tweede fase richt zich op verandering van gedrag; de derde fase richt zich op de generalisatie van de geleerde vaardigheden. De positieve uitkomsten van deze vorm van behandelen zijn in meerdere onderzoeken aangetoond (Taylor e.a., 1999; Kernz & Prinz, 2002; Bor, 2004; Mihalic e.a., 2004).

Multi System Therapy (MST) is oorspronkelijk ontwikkeld voor delinquente jongeren. Recent is het programma echter uitgebreid naar andere doelgroepen. MST onderzoekt alle omgevings- en sociale factoren rondom de patiënt die het agressieve gedrag beïnvloeden en in stand houden. Verder wordt gekeken welke gewenste vaardigheden de patiënt al bezit en welke beschermende factoren in de omgeving van de patiënt aanwezig zijn. De interventies zijn vooral gericht op het beïnvloeden van de factoren die agressief gedrag in stand houden. Tevens zijn de interventies gericht op het bekrachtigen en uitbreiden van vaardigheden en versterking van het sociaal netwerk. MST maakt gebruik van verschillende interventietechnieken, waaronder gezinstherapie, ouderbegeleiding en cognitieve gedragstherapie. School en de omgeving worden ook betrokken bij het programma. MST blijkt succesvol in het reduceren van agressief gedrag, zowel op de korte als op de lange termijn. MST is een zeer intensief programma: therapeuten hebben een lage case load en dienen zeven dagen per week 24 uur per dag beschikbaar te zijn (Taylor e.a., 1999; Bor, 2004; Mihalic e.a., 2004).

Cognitieve gedragprogramma's

Er zijn diverse benamingen voor (sociaal) cognitieve gedragsprogramma's. Termen als 'interpersonal skills training', 'agressie hanteringstherapie' en 'agressieregulatietherapie' bevatten allen soortgelijke elementen. Het zijn vormen van therapie die aan de patiënt zelf worden aangeboden. De training bestaat vaak uit een combinatie van probleemhantering ('problem solving skills'), sociale vaardigheden, moreel redeneren en schoolvaardigheden. Getracht wordt om de patiënt alternatieve strategieën aan te leren om met een probleemsituatie om te gaan in plaats van agressief te reageren. Tevens wordt er aandacht besteed aan onder meer schoolvaardigheden en sociale vaardigheden, dit met als doel om de maatschappelijke kansen van de jeugdige te vergroten.

De training wordt meestal in kleine groepen van vier tot zes jongeren aangeboden, dit om te voorkomen dat de jongeren elkaar juist gaan versterken in het agressieve gedrag (Taylor e.a., 1999; Mihalic e.a., 2004; Van Manen e.a., 2004).

Psychofarmaca

Er zijn meerdere onderzoeken uitgevoerd naar de werking van psychofarmaca op agressief gedrag. Tot op heden is er echter nog geen middel gevonden wat agressief gedrag structureel vermindert. Wel kan door de farmacologische behandeling van de aanwezige psychiatrische stoornis het met de stoornis samenhangende agressieve gedrag verminderen (Conner e.a., 2006).

Massagetherapie

Massagetherapie is nog volop in ontwikkeling. De studies naar deze therapievorm zijn nog beperkt, maar de resultaten zijn wel veelbelovend (Field e.a., 2007). In een studie van 52 adolescenten met Conduct Disorder, werd de ene helft vijf dagen lang 30 minuten per dag gemasseerd. De controlegroep bekeek in deze tijd ontspannende videobeelden. Na deze vijf dagen waren de gemasseerde adolescenten minder depressief en gespannen, hadden lagere cortisolspiegels en werden door de verpleegkundigen als minder agressief en meer behulpzaam getypeerd. In een tweede studie werden 20 adolescenten met agressief gedrag twee keer per week gedurende 20 minuten gemasseerd. Deze interventie werd vijf weken lang uitgevoerd. De controlegroep met eveneens 20 adolescenten bekeek ontspannende videobeelden. Na deze vijf weken rapporteerde de adolescenten in de massagegroep minder spanning; zij hadden verder lagere cortisol- en dopamineniveaus, en vertoonden minder agressief gedrag richting objecten. Zij werden verder als minder agressief ervaren door ouders dan de jeugdigen in de controle groep (Field, 2002). Lange termijneffecten van massagetherapie zijn voornamelijk niet bekend. Langduriger onderzoek met grotere studiegroepen is nodig om de lange termijneffecten van massagetherapie op agressief gedrag goed te kunnen onderzoeken.

Voedingssupplementen

Onderzoekers gaan ervan uit 'omega 3 fatty acid' belangrijk is voor de neurologische ontwikkeling van de hersenen tijdens de zwangerschap en de kindertijd. Er is divers onderzoek naar deze stof gedaan in dierstudies. Men gaat er van uit dat omega-3 fatty acid een effect heeft op de serotonineproductie. Het serotoninegehalte neemt in dierproeven toe indien er meer omega-3 fatty acid toegediend wordt (Hibbeln e.a.,2006). Een hoger serotoninegehalte wordt in verband gebracht met minder agressie. In een onderzoek in een gevangenis in het Verenigd Koninkrijk bij jongvolwassenen daalde het aantal agressie-incidenten met 37% bij de groep die aanvullende mineralen, vitamines en verzuren aangeboden kreeg (Gesch e.a., 2002). De resultaten van voedingssupplementen zijn weliswaar veelbelovend, er is echter nog veel onduidelijk over de precieze werking ervan, de benodigde hoeveelheden, hun relatie tot elkaar en op welk moment van de ontwikkeling van het kind/ de jongere hun invloed het grootst is.

Signaleringsplannen

In diverse psychiatrische voorzieningen voor volwassenen wordt gewerkt met signaleringsplannen. Door middel van het in kaart brengen van iemands persoonlijke vroege voortekenen en triggers wordt een vroegsignaleringsplan opgesteld. Onderzocht wordt welke factoren aanleiding geven tot agressief gedrag, wat de patiënt zelf kan waarnemen als hij of zij agressief dreigt te worden en welke (geïndividualiseerde) interventies kunnen worden toegepast bij dreigend agressief gedrag. In de volwassenenpsychiatrie en de forensische psychiatrie lijkt deze vorm van interveniëren effectief (Fluttert e.a., 2008a; van de Werf e.a., 1998).

Conclusie

De meest onderzochte en succesvolle behandelprogramma's voor agressief gedrag bij jongeren met een psychiatrische stoornis zijn systeemgerichte interventies en cognitieve gedragsmatige interventiestrategieën (niveau 2). Behandeling met medicijnen van de psychiatrische stoornis van de jongere kan tot vermindering van het agressieve gedrag leiden (niveau 4). Daarnaast zijn er relatief nieuwe therapievormen zoals massagetherapie, voedingssupplementen en het werken met signaleringsplannen die als veelbelovend kunnen worden getypeerd in de reductie van agressief gedrag van jeugdigen (niveau 2).

Aanbeveling 9

Overweeg in multidisciplinair verband het aanbieden van de volgende therapievormen aan de individuele patiënt:

1. Systeemtherapie
2. Programma's gebaseerd op (cognitieve) gedragtherapie
3. Medicatie ter behandeling van de onderliggende psychiatrische stoornis
4. Massagetherapie
5. Het werken met een signaleringsplan

Aanbeveling 10

Er is nog onvoldoende bewijs voor de effectiviteit van toediening van voedingssupplementen. Deze toediening wordt derhalve hier niet aanbevolen. Wel is het in algemene zin van belang zorg te dragen voor een gezonde voeding met de dagelijks benodigde ingrediënten.

Overige overwegingen:

Psychomotore therapie

In de psychomotore therapie wordt agressie beschouwd als gedrag dat voortkomt uit een samenspel van overlevingsdrang, emoties zoals boosheid en angst, cognities en biologische prikkels (Boerhout & van der Weele, 2007). De referentiekaders voor deze vorm van therapie zijn onder andere de gedragstherapie, de directieve therapie, de rationeel emotionele therapie (RET) en elementen uit de genderhulpverlening. De centrale werkwijze binnen deze therapie is ervaringsleren: leren door te doen (Boerhout & van der Weele, 2007). Agressief gedrag hoeft niet 'ontladen' te worden. Uit de praktijk blijkt dat patiënten eerder meer geagiteerd gedrag vertonen als agressief gedrag wordt opgeroepen, dan dat het afneemt. Een teveel aan agressief gedrag kan een afwijkende bewegingsdrang en/of lichaamsbeleving met zich meebrengen.

Doelstellingen voor psychomotore therapie liggen veelal in het gebied van het verbeteren van zelfcontrole. Meer specifiek kan dan gedacht worden aan: het krijgen van meer grip op impulsiviteit, het reguleren van energie, het verbeteren van de zelfbeheersing en concentratie, het versterken van frustratietolerantie en toename van zelfstandigheid. De therapeut en de patiënt zoeken samen naar een geschikte actieve vorm van spanning oproepen en ontladen, bijvoorbeeld door middel van het slaan tegen een boksbal of het gooien van een bal. Door het doen van oefeningen, het op en af laten lopen van spanning en via gesprekken vindt er tevens cognitieve herstructurering van disfunctionele cognities plaats. Deze vorm van therapie wordt in diverse klinieken toegepast (Kuin, 2000).

De effectiviteit van psychomotore therapie voor de vermindering van agressief gedrag bij jeugdigen is niet wetenschappelijk aangetoond.

Literatuur

Anderson C.A., & Bushman B.J. (2001) Effects of violent video games on aggressive behavior, aggressive cognition, aggressive affect, physiological arousal, and prosocial behavior: a meta-analytic review of the scientific literature. *Psychology Science* 12(1), 353-359.

Bjørkly S. (1999) A ten-year prospective study of aggression in a special secure unit for dangerous patients. *Scandinavian Journal of Psychology* 40, 57-63.

Boerhout C. & Weele, K. van der (2007) Psychomotorische therapie en agressieregulatie. Een pilotonderzoek. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 2, 11-18.

Bor W. (2004) Prevention and treatment of childhood and adolescent aggression and antisocial behaviour: a selective review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 38, 373-380.

Brennan P.A. & Raine A. (1997) Biosocial bases of antisocial behavior: psychophysiological, neurological, and cognitive factors. *Clinical Psychology Review* 17(6), 589-604.

Connor D.F., Carlson G.A., Chang K.D., Daniolos P.T., Ferziger R., Findling R.L., *et al.* (e.g. for the Stanford/Howard/AACAP Workgroup on Juvenile Impulsivity and Aggression) (2006) Juvenile maladaptive aggression: a review of prevention, treatment, and service configuration and a proposed research agenda. *The Journal of Clinical Psychiatry* 67(5), 808-820.

Daane D.M. (2003) Child and adolescent violence. *Orthopaedic Nursing* 22 (1), 23-29.

Dorland 27th ed. *Meshterm aggression* (2006). Retrieved 12/6/2006 from Pubmed database. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=search&DB=mesh>

Field T. (2002) Violence and touch deprivation in adolescents. *Adolescence* 37, 735-749.

Field T., Diego M., Hernandez-Reif M. (2007) Massage therapy research. *Developmental Review* 27(2), 75-89.

Finnema E.J., Dassen T., & Halfens R. (1994) Aggression in psychiatry: a qualitative study focusing on the characterization and perception of patient aggression by nurses working on psychiatric wards. *Journal of Advanced Nursing* 19(6), 1088-1095.

Flannery R.B., Laudani L., Levitre V., Walker A.P. (2006) Precipitants of psychiatric patient assaults on staff: three-year empirical inquiry of the assaulted staff action program (ASAP). *International Journal of Emergency Mental Health* 8(1), 15-22.

- Fluttert F. A. J., Meijel van B., Grypdonck M. H. F., Bartels A. (2004) *Training: het werken met signaleringsplannen*. Disciplinegroep Verplegingswetenschap Universitair Medisch Centrum Utrecht: Flevo Future i.s.m. Dr. S. van Mesdagkliniek.
- Fluttert F.A.J., Meijel, B. Van, Nijman, H., Bjørkly, S., Grypdonck M.H.F. (2008a) Effects of the 'Early Recognition Method' on the number of aggressive incidents and episodes of seclusion in forensic care (ingediend voor publicatie).
- Fluttert, F., Meijel, B. van, Webster, C., Nijman, H., Bartels, A., Grypdonck, M. (2008b). Risk management by early recognition of warning signs in patients in forensic psychiatric care. *Archives of Psychiatric Nursing* 22(4),208-216.
- Fraser M.W. (1996) Aggressive behavior in childhood and early adolescence: An ecological-developmental perspective on youth violence. *Social Work* 41(4), 347-361.
- Gesch C.B., Hammond S.M., Hampson S.E., Eves A., Crowder M.J. (2002) Influence of supplementary vitamins, minerals and essential fatty acids on the antisocial behaviour of young adult prisoners. *British Journal of Psychiatry* 181, 22-28.
- Hibbeln J.R., Feruson T.A. & Blasbalg T.L. (2006) Omega-3 fatty acid deficiencies in neurodevelopment, aggression and autonomic dysregulation: Opportunities for intervention. *International Review of Psychiatry* 18(2) 107-118.
- Johnsen M.E., & Hauser P.M. (2001) The practices of expert psychiatric nurses: accompanying the patient to a calmer personal space. *Issues in Mental Health Nursing* 22, 651-668
- Koot J.M.(1992) Agressie en temperamentstoornissen bij jonge kinderen. In: Verhulst F.C. & Verheij F. (Eds) *Kinder- en Jeugdpsychiatrie II. Onderzoek en Diagnostiek*. Assen/Maastricht: van Gorcum, 511-521.
- Kuin F.M.B (1998) *Module behandeling impulscontroleproblematiek voor psychomotorisch therapeuten*. Maastricht. Psychomotorische therapie module.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ. (2005) *Multidisciplinaire richtlijn ADHD bij kinderen en jeugdigen*. Trimbos-Instituut. Utrecht.
- Liu J. & Wuerker A. (2005) Biosocial bases of aggressive and violent behavior--implications for nursing studies. *International Journal of Nursing Studies* 42(2), 229-241.
- Loeber R. & Hay D. (1997) Key issues in the development of aggression and violence from childhood to early adulthood. *Annual Review of Psychology* 48, 371-410.
- Loeber R., & Stouthamer-Loeber M. (1998) Development of juvenile aggression and violence. Some common misconceptions and controversies. *American Psychologist* 53(2), 242-259.

Masters K.J., Bellonci C., and the Work Group on Quality Issues (2002) Practice parameter for the prevention and management of aggressive behavior in child and adolescent psychiatric institutions, with special reference to seclusion and restraint. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 41(2) Supplement 4-25.

Matthys W. (1992) Antisociale gedragsstoornissen. In: Verhulst F.C. & Verheij F. (Eds) *Kinder- en Jeugdpsychiatrie II. Onderzoek en Diagnostiek*. Assen/Maastricht: van Gorcum, 522-534.

Matthys W. (1996) Leegerichte behandeling bij oppositioneel- opstandige en antisociale gedragsstoornissen. In: Verhulst F.C. & Verheij F. (Eds) *Kinder- en Jeugdpsychiatrie III. Behandeling en Begeleiding*. Assen: van Gorcum, 386-396.

Matthys W. (2001) Gedragsstoornissen. In: Sanders-Woudstra J.A.R., Verhulst F.C., de Witte H.F.J., (Eds) *Kinder-en Jeugdpsychiatrie I. Psychopathologie en behandeling*. Assen: van Gorcum, 181-223.

Mihalic S, Fagan A., Irwin K., Ballard D., Elliott D. (2004) *Blueprints for violence prevention*. Report. Center for the Study and Prevention of Violence. University of Colorado-Boulder. Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention

National Institute for Clinical Excellence (2005) *Violence. The short-term management of disturbed/violent behaviour in in-patients psychiatric settings and emergency departments*. [Clinical Guideline 25]. London, National Institute for Clinical Excellence.

Nijman H.L.I., à Campo J.M.L.G., Ravelli D.P., Merckelbach H.L.G.J., (1999) A tentative model of aggression on inpatient psychiatric wards. *Psychiatric Services*. 50(6) 832-834.

Oud N.E. (2005) Agressie. In: van Achterberg T. Eliers A.M., Strijbol N.C.M. (Eds) *Effectief verplegen. Handboek ter onderbouwing van het verpleegkundig handelen*. Dwingelo: Kavanah, 25-78.

Petti T.A., Mohr W.K., Somers J.W., Sims L. (2001) Perceptions of seclusion and restraint by patients and staff in an intermediate-term care facility. *Journal of child and adolescent psychiatric nursing* 14(3), 115-127.

Pratt H.D., & Greydanus D.E. (2000) Adolescent violence: concepts for a new millennium. *Adolescent Medicine* 11(1), 103-125.

Raine A. (2002) Annotation: the role of prefrontal deficits, low autonomic arousal, and early health factors in the development of antisocial and aggressive behavior in children. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 43(4), 417-434.

Rappaport N., & Thomas C. (2004) Recent research findings on aggressive and violent behavior in youth: implications for clinical assessment and intervention. *Journal of Adolescent Health* 35(4), 260-277.

- Recklitis C.J. & Noam G.G. (2004) Aggressive behaviour in the Adolescent Psychiatric Patient: A clinical-developmental perspective. *Child Psychiatry and Human Development* 34(4) 341-361.
- Reese L. E., Vera E.M., Simon, T.R., & Ikeda R.M. (2000) The role of families and care givers as risk and protective factors in preventing youth violence. *Clinical Child and Family Psychology Review* 3 (1), 61-77.
- Richter D. & Berger K. (2006) Post-traumatic stress disorder following patient assaults among staff members of mental health hospitals: a prospective longitudinal study. *BioMedCentral Psychiatry* Retrieved 5/5/2006 from <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/6/15>
- Rutter M. (2003) Commentary: causal processes leading to antisocial behavior. *Developmental Psychology* 39(2), 372-378.
- Serper M.R., Goldberg B.R., Herman K.G., Richarme D., Chou J., Dill A.D., *et al.* (2005) Predictors of aggression on the psychiatric inpatient service. *Comprehensive Psychiatry* 46(2), 121-127.
- Steiner H., Remsing L., and the Work Group on Quality Issues (2007) Practice Parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 46(1), 126-141.
- Stibane K.W.U.F. (2001) Gedragsstoornissen. In: Sanders-Woudstra J.A.R., Verhulst F.C., de Witte H.F.J., (Eds) *Kinder-en Jeugdpsychiatrie I. Psychopathologie en behandeling*. Assen: van Gorcum, 224-233.
- Swaffer T. & Hollin C.R. (1997) Adolescents' experiences of anger in a residential setting. *Journal of Adolescence* 20, 567-575.
- Taylor T. K., Eddy, J.M., & Biglan A. (1999) Interpersonal skills training to reduce aggressive and delinquent behavior: limited evidence and the need for an evidence-based system of care. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2(3), 169-182.
- Valois R.F., MacDonald J.M., Bretous L., Fischer M.A., & Wanzer Drane J. (2002) Risk factors and behaviors associated with adolescent violence and aggression. *American Journal of Health Behavior* 26(6), 454-464.
- Van Manen T.G., Prins P.J., & Emmelkamp P.M. (2004) Reducing aggressive behavior in boys with a social cognitive group treatment: results of a randomized, controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 43(12), 1478-1487.
- Vitaro F., Brendgen M., & Tremblay R.E. (2002) Reactively and proactively aggressive children: antecedent and subsequent characteristics. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 43(4), 495-505.

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

Bijlage A : Methodische verantwoording

Literatuuronderzoek en richtlijnontwikkeling

Allereerst is ter voorbereiding op het ontwerp van de richtlijn een literatuuronderzoek verricht. Hierbij stonden de volgende twee onderzoeksvragen centraal:

- (1) Welke risicofactoren voor agressief gedrag zijn er in de literatuur bekend?
- (2) Welke interventiestrategieën zijn beschikbaar bij agressief gedrag, en wat is er bekend over hun effectiviteit?

Er is gezocht in de volgende databases: Pubmed, PsychINFO, Cinahl en Cochrane Systematic Reviews. Alleen Engelstalige artikelen zijn opgenomen. Ten aanzien van de risicofactoren voor agressief gedrag zijn 'risk factor', 'adolescence' en 'aggression' als zoektermen gebruikt. Bij het zoeken naar effectieve interventiestrategieën zijn de volgende zoektermen gebruikt: 'aggression', 'violence', 'prevention', 'intervention' en 'psychiatry'. De literatuurstudie beperkte zich tot literatuur van 1991 tot en met 2007 en tot de leeftijdscategorie van 13 tot 18 jaar.

De resultaten van de zoekstrategie zijn in eerste instantie beoordeeld op titel en abstract betreffende de relevantie voor de vraagstellingen. In verband met de grote hoeveelheid resultaten ten aanzien van de eerste vraagstelling (risicofactoren voor agressief gedrag) hebben we ons beperkt tot de reviewartikelen die voldeden aan de kwaliteitscriteria voor systematische reviews van de Cochrane Collaboration. Veertien artikelen voldeden aan deze criteria.

De zoekactie werd vervolgd naar de interventiestrategieën in psychiatrische settings. Programma's die in de gemeenschap cq. de schoolomgeving zijn uitgevoerd, zijn derhalve niet meegenomen in de ontwikkeling van de richtlijn. Ook studies die gericht waren op medische en fysieke interventietechnieken, evenals studies naar organisatorische vraagstukken zijn niet meegenomen in ons literatuuroverzicht. Agressief gedrag diende het centrale thema te zijn in de publicatie. Gerelateerde onderwerpen zoals crimineel gedrag of Conduct Disorder als centraal thema zijn uitgesloten van de richtlijn. Aanvullende literatuur ten aanzien van de prevalentie van agressief gedrag bij jeugdigen en vroege voortekenen van agressief gedrag is voornamelijk geselecteerd via cross-referenties. Voor de ontstaanstheorieën van agressief gedrag is gebruik gemaakt van gerenommeerde handboeken.

De resultaten van de geselecteerde artikelen zijn geanalyseerd en gesystematiseerd in tabellen, waarin werd aangegeven het onderzoeksdesign, het resultaat van de kwaliteitsbeoordeling, de onderzoekssetting, de doelgroep, het type interventie en de effectiviteit. Aan de hand van deze analyses werd een inschatting gemaakt van de mate van bewijskracht (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnen GGZ, 2005).

De interventies zijn vervolgens beoordeeld op relevantie en toepasbaarheid voor de dagelijkse praktijk van begeleiders. De conclusie was dat bestaande interventieprogramma's hoofdzakelijk formele (psychotherapeutische) interventiestrategieën betreffen die niet binnen het competentiedomein van begeleiders vallen. Anders was dit voor het werken met

signaleringsplannen. Uit eerdere onderzoeken en uit praktijkervaring is gebleken dat deze interventiestrategie zeer goed toepasbaar is binnen de werkpraktijk van begeleiders en dat de resultaten ten aanzien van de preventie van agressie veelbelovend zijn (van der Werf e.a., 1998; Fluttert e.a., 2004/2008a,b). We hebben deze interventies derhalve geselecteerd voor verdere uitwerking voor de praktijk van de jeugdpsychiatrie. Ze zijn aangepast voor de jeugdpsychiatrische praktijk in de vorm van een eerste versie van de conceptrichtlijn. Deze conceptrichtlijn versie bestond uit een theoretische onderbouwing en een praktisch werkboek voor begeleiders in de jeugdpsychiatrie.

De eerste conceptrichtlijn is twee keer voorgelegd aan een werkgroep die voor ons doel van richtlijnontwikkeling was samengesteld (zie onderstaand overzicht). Het doel van de werkgroep was om te adviseren in het ontwikkelingsproces van de conceptrichtlijn. De leden van deze werkgroep zijn afkomstig van verschillende disciplines en hebben allen ruime ervaring met patiënten met agressief gedrag.

| Werkgroepleden | |
|-----------------------|------------------------------------|
| Drs. M. Bottelier | Psychiater |
| Drs. F. Zutt | Arts-assistent |
| Drs. C. Wijkhuijs | Psycholoog i.o. tot GZ -psycholoog |
| Mevr. C. Terwindt | Psychomoteur therapeut |
| Dhr. J. Zondervan | Begeleider |
| Dhr. L. Bloothoofd | Begeleider |
| Dhr. B. Jonker | Begeleider |

Toetsing van de richtlijn

De conceptrichtlijn is vervolgens op bruikbaarheid onderzocht in een pilotonderzoek. Er zijn twee afdelingen binnen Triversum bereid gevonden om aan dit pilotonderzoek deel te nemen.

De eerste afdeling betrof een afdeling voor acute opname en crisisplaatsing. Deze afdeling kent voornamelijk kortdurende opnames. Slechts incidenteel is er een langere opnameduur. De tweede afdeling betrof een afdeling voor jongeren met (ernstige) gedragsproblematiek en psychiatrische problematiek. Deze afdeling heeft zowel een open als een gesloten unit. De gemiddelde opnameduur op elk van de afdelingen is negen maanden.

Na scholing en implementatie werd de richtlijn door een aantal begeleiders en hun patiënten uitgevoerd. Evaluatiegegevens werden verzameld via:

- Enquête onder begeleiders;
- Groepsinterviews met de begeleiders.

De evaluatiegegevens zijn in een schriftelijke verslag samengevat, op basis waarvan aanpassing van de conceptrichtlijn heeft plaatsgevonden.

Daarnaast is de conceptrichtlijn voorgelegd aan een groep van experts:

Deze experts zijn:

- Drs. Nico Oud, trainer, opleider, onderzoeker, directeur van Connecting, maatschap voor consult en training (op het gebied van agressie) en voorzitter van ENTMA (European Network of Trainers in the Management of Aggression). Daarnaast is hij lid van de European Violence in Psychiatry Research Group (EVIPRG).
- Drs. Yvonne van Engelen is als orthopedagoog, GZ psycholoog en supervisor werkzaam binnen het speciaal onderwijs en was voorheen werkzaam in de Kinder- en Jeugd psychiatrie. Zij is als freelance medewerker en docent betrokken bij CONNECTING. Zij is tevens lid van ETMA.
- Drs. Frans Fluttert is verpleegkundige en verplegingswetenschapper. Hij werkt als promotie-onderzoeker bij de Dr. S. van Mesdagkliniek en de Universiteit Utrecht. Zijn onderzoeksthema is de preventie van geweldsincidenten in de forensische psychiatrie middels vroegsignalering en vroege interventie. Hij is lid van European Violence in Psychiatry Research Group (EVIPRG).
- Drs. Hilde Lootens, klinisch psychologe en behandelcoördinator van Triversum jeugdafdelingen voor gedragsproblematiek.

Daarnaast is de conceptrichtlijn ter beoordeling voorgelegd aan de Cliëntenraad van Triversum.

Op basis van de evaluatiegegevens is de definitieve versie van de richtlijn tot stand gekomen.

Bijlage B : Mate van bewijskracht

Indeling van de literatuur naar de mate van bewijskracht (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnen in de GGZ, 2005).

Tabel 1. Indeling van de literatuur naar de mate van bewijskracht

Voor artikelen betreffende interventie, preventie of therapie

- A1 systematische reviews die ten minste enkele onderzoeken van A2- niveau betreffen, waarbij de resultaten van afzonderlijke onderzoeken consistent zijn;
- A2 gerandomiseerd vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit (gerandomiseerde, dubbelblind gecontroleerde trials) van voldoende omvang en consistentie;
- B gerandomiseerde klinische trials van matige kwaliteit of onvoldoende omvang of ander vergelijkend onderzoek (niet-gerandomiseerd, vergelijkend cohortonderzoek, patiënt-controleonderzoek);
- C niet-vergelijkend onderzoek;
- D mening van deskundigen, bijvoorbeeld de werkgroepleden.

Voor artikelen betreffende: diagnostiek

- A1 onderzoek naar de effecten van diagnostiek op klinische uitkomsten bij een prospectief gevolgde goed gedefinieerde patiëntengroep met een tevoren gedefinieerd beleid op grond van de te onderzoeken testuitslagen, of besliskundig onderzoek naar de effecten van diagnostiek op klinische uitkomsten, waarbij resultaten van onderzoek van A2-niveau als basis worden gebruikt en voldoende rekening wordt gehouden met onderlinge afhankelijkheid van diagnostische tests;
- A2 onderzoek ten opzichte van een referentietest, waarbij van tevoren criteria zijn gedefinieerd voor de te onderzoeken test en voor een referentietest, met een goede beschrijving van de test en de onderzochte klinische populatie; het moet een voldoende grote serie van opeenvolgende patiënten betreffen, er moet gebruik gemaakt zijn van tevoren gedefinieerde afkapwaarden en de resultaten van de test en de 'gouden standaard' moeten onafhankelijk zijn beoordeeld. Bij situaties waarbij multipelen, diagnostische tests een rol spelen, is er in principe een onderlinge afhankelijkheid en dient de analyse hierop te zijn aangepast, bijvoorbeeld met logistische regressie;
- B vergelijking met een referentietest, beschrijving van de onderzochte test en populatie, maar niet de kenmerken die verder onder niveau A staan genoemd;
- C niet-vergelijkend onderzoek;
- D mening van deskundigen, bijvoorbeeld de werkgroepleden.

Niveau van de conclusies

- 1 op basis van 1 systematische review (A1) of ten minste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau A1 of A2
- 2 op basis van ten minste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau B
- 3 op basis van 1 onderzoek van niveau A2 of B of onderzoek(en) van niveau C
- 4 op basis van de mening van deskundigen, bijvoorbeeld de werkgroepleden