

PREVENTIE ANTISOCIAL PERSONALITY DISORDER VIA VROEGTIJDIGE OPSPORING EN CORRECTIE VAN CONDUCTDISORDERS¹ BELGIË 0 – HOLLAND 1

Lieven Jonckheere

DEEL EEN: BELGIË

De Hoge Gezondheidsraad² is het wetenschappelijk adviesorgaan van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu en fungeert op het vlak van de volksgezondheid als brug tussen beleid en wetenschappelijke wereld. In deze hoedanigheid geeft de Raad onafhankelijk wetenschappelijk advies en aanbevelingen, en dit zowel op eigen initiatief als op vraag van de Minister.

"Als reactie op de huidige problemen" lanceerde deze Gezondheidsraad op 10 maart 2008 een oproep – die ons zorgen baart en tot reageren noopt. Via die oproep vernemen we voor het eerst dat de Gezondheidsraad al een tijd geleden een werkgroep van experts rond "gedragstoornissen bij kinderen en jongeren" had opgestart. Aan journaliste Annick Hovine verklapte Michele Rignanese, communicatieverantwoordelijke van de Gezondheidsraad, dat deze groep reeds begin 2007 was gevormd geworden³, op initiatief van zijn voorzitter professor Isidore Pelc⁴. De werkgroep blijkt al ettelijke keren bijeen te zijn geweest, "om te werken aan een rapport voor de bij deze problematiek betrokken overheidsinstanties". Ondertussen liggen de grote lijnen van het rapport al vast: diagnostische beschrijving & variabiliteit van de symptomen; risicofactoren, beschermingsfactoren & veerkracht (met aandacht voor biologisch-genetische, psychologische en sociale aspecten); opsporing & diagnostische methode; ontwikkelingstrajecten; interventieprincipes; juridisch kader; evaluatie & *evidence based-praktijken*; aanbevelingen.

En nu willen deze experts blijkbaar ook nog een inventaris maken van "teksten, onderzoeken, programma's inzake preventie, interventie, opvang, bijstand of behandeling van gedragstoornissen bij kinderen en jongeren" – daarover gaat inderdaad de oproep. Eind 2008 zou het rapport er moeten liggen.

Dat baart ons nu dus zorgen. Wij vrezen dat dergelijk rapport meer problemen zal creëren dan oplossen. Ten eerste omdat de notie 'gedragstoornis' problematisch is, zeg maar totaal onwetenschappelijk. Vervolgens omdat men, op grond daarvan, aan preventie wil gaan doen van de zogenaamde Antisociale Persoonlijkheidsstoornis, de onverbeterlijke criminelen of psychopaten zeg maar. In de oproep wordt dit laatste slechts heel even gesuggereerd; in vergelijkbare rapporten, die bij onze noorder- én zuiderburen al ter tafel liggen, is dat echter heel expliciet de aanbeveling. In Frankrijk is dat rapport, na massaal en heetgebakerd protest vanuit *the field*, voorlopig naar de koelkast verwezen; in Nederland heeft daar, voor zover ons bekend, nog altijd geen haan naar gekraaid. Naar

¹ Controverse: Gedragstoornissen – Troubles de Conduite, Forumpsy, realisatie iNWiT en Quarto publicatie van de bijdragen tijdens de Nationale Meeting "Luister eerst naar wat mijn gedrag verzwijgt, voordat je het wegveegt" (14 juni 2008)

² <https://portal.health.fgov.be>

³ Annick Hovine, Détecter les graines de délinquants? La Libre Belgique, 12 juin 2008, p. 7.

⁴ Université Libre de Bruxelles, Laboratoire de psychologie médicale, alcoologie et toxicomanie – <http://www.ulb.ac.be/rech/inventaire/chercheurs/3/CH533.html>

aanleiding van de oproep van de Gezondheidsraad organiseert Forumpsy daartegen in elk geval al een eerste met redenen omkleed protest. De bijdragen op www.forumpsy.be en op de nationale meeting van 14 juni 2008 tonen wat er schort aan de reductie van problemen, die kinderen effectief hebben, tot gestoord gedrag, maar ook wat impasses en gevaren zijn om op basis daarvan aan voorspelling en preventie te doen van latere criminaliteit.

In de mate dat dit soort discussies politiek geladen is, waaieren ze snel alle richtingen uit, zodat uiteindelijk niemand meer weet wat juist de inzet is. Daarom wil ik hier even resumeren hoe de vierde editie van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) van de *American Psychiatric Association* de gedragsstoornis bij het kind (*Conduct Disorder*, afgekort als CD) en de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis (*Antisocial Personality Disorder*, afgekort als APD) bij de volwassene, aflijnt én met elkaar in verband brengt. Ik herhaal dat dit juist is waartegen Forumpsy zich verzet.

Conduct Disorder (CD)

In zijn oproep verwijst de Gezondheidsraad expliciet naar de DSM-IV-beschrijving van CD als "een zich herhalend en aanhoudend gedragspatroon, waarbij de grondrechten van anderen of belangrijke bij de leeftijd horende sociale normen of regels worden overtreden". Men preciseert dat het niet gaat om "specifieke medische pathologieën, zoals de aandachtstoornis/hyperactiviteit", deze maakt immers al "het voorwerp uit van een bijzondere en welomschreven behandeling". De doelgroep bestaat uit "alle kinderen en jongeren ongeacht hun bijzondere eigenschappen of herkomst (bij voorbeeld immigratie, minder gegoede families, handicaps, ...)".⁵

Maar eerst even een korte situering van de ideologie achter die DSM-IV. De moderne psychiatrie wil eindelijk eens orde scheppen in de psychopathologie, teneinde de Geestelijke Gezondheidszorg te rationaliseren en dus efficiënter te maken. Daartoe moeten alle betrokken partijen om te beginnen in eenduidige termen over die psychopathologie met elkaar kunnen communiceren, ze moeten het minstens eens kunnen worden over wat nu juist het probleem is. Op grond daarvan zouden ze dan, quasi automatisch, in staat moeten zijn om gezamenlijk een aangepast behandelingsplan op te stellen waarin elk zijn part en deel speelt. En dus, zegt die moderne psychiatrie, moet de psychopathologie eerst en vooral geklasseerd worden op grond van wat voor iedereen onmiddellijk en eenduidig waarneembaar is, op grond van gedrag (*behavior*) dat waarneembaar afwijkt van een veronderstelde norm of orde (*order*), op grond van stoornissen (*disorders*) dus.⁶

Deze nadruk op gedrag, gedragsorde en verstoringen daarvan betekent dat de psychopathologie niet meer geordend wordt vanuit een interne logica. We denken daarbij aan het structurele onderscheid dat de klassieke psychiatrie maakt, en dat door de psychoanalyse onderbouwd werd, tussen een groep 'neurosen' en een groep 'psychosen'. Bij wijze van toegeving aan deze klassieke classificatie, die eigenlijk een poging is om deze definitief te elimineren, vermeldt de DSM-IV, naast gedragsstoornissen (As I), ook nog een reeks persoonlijkheidsstoornissen (As II). 'Multiaxiale' benadering heet dat.⁷

Het is niet onbelangrijk om dit onderscheid tussen gedragsstoornissen en persoonlijkheidsstoornissen hier even aan te stippen: immers, APD, de persoonlijkheidsstoornis die later, in de volwassenheid, quasi automatisch zou voortvloeien uit CD, wordt, voorlopig toch nog, in

⁵ Of, voeg ikzelf eraan toe, "gegoede families, geboren en getogen Belgen, hoogbegaafdheid, ..."

⁶ Het Nederlands vertaalt *disorder* gewoonlijk als 'stoornis'; ik verkies echter 'wanorde', 'ordeloosheid', 'verstoorde orde', in de mate dat daarin de referentie naar de 'orde' expliciet blijft.

⁷ In de volgende editie van de DSM (DSM-V, verwacht 2011) zal dat niet meer het geval zijn: daar zal geen sprake meer zijn van persoonlijkheidsstoornissen, doch enkel van gedragsstoornissen.

principe niet op identieke wijze gediagnosticeerd als die CD bij het kind. Maar zo meteen meer over persoonlijkheidsstoornissen.

In principe moet dus alle psychopathologie benaderd worden vanuit gedrag (*behavior*). Aspecten van dat gedrag, in de kindertijd, zijn: leren, motoriek, communicatie, algemeen ontwikkelingsniveau, eten, uitscheiding, zich onder controle kunnen houden, alleen kunnen zijn, aandachtig zijn, *and last but not least* ook een bepaald soort gedrag dat *conduct* heet. Het is duidelijk dat het daarbij gaat om het sociale of normatieve gedrag, met de connotatie 'doen wat men moet doen', 'zich gedragen zoals het hoort', een bepaalde gedragslijn aanhouden – maar ook met de connotatie 'leiden', 'in de hand hebben'.⁸

De specifieke vorm van gedragsstoornis bij kinderen geïmplementeerd door de Hoge Gezondheidsraad is dus de CD. De DSM-IV definieert CD als volgt: repetitief en persistent gedragspatroon – dat begint voor 10 jaar, en mogelijks zelfs al vanaf 5 jaar – waardoor basisrechten van anderen of leeftijdsaangepaste maatschappelijke normen of regels geschonden worden – en dat uiteindelijk altijd *disruptive* is, dat de sociale band verbreekt of ontwricht.⁹

CD kan de sociale band op verschillende wijzen ontwrichten of verbreken. Dat kan vooreerst door drie vormen van directe agressie: pesten en wreedheid, ook tegenover dieren (vanuit gebrek aan empathie); vechten, wapengebruik en diefstal met geweld; maar ook 'ongewenste seksuele intimiteiten', vanuit de vaststelling dat zulke kinderen zeer vroeg seksueel actief kunnen zijn¹⁰. Ook vernietiging van eigendom kan drie vormen aannemen: vandalisme, met onder meer opzettelijke brandstichting¹¹; dingen verliezen; en het tegen zichzelf keren van agressie (accidenten). CD wordt ook gekenmerkt door een vorm van liegen en bedriegen, die gericht is op materieel voordeel en het ontlopen van verplichtingen; ook verklikken en beschuldigen ze graag medeplichtigen; al deze gedragingen maken dat men moet én kan terugvallen op 'informanten' voor de diagnose CD. Tenslotte grijpen er ernstige schendingen van regels plaats, zowel van huisregels ('s nachts niet naar huis komen en weglopen van thuis (*fugue*) (voor 13 jaar, dus voor aanvang van de puberteit) als van schoolregels (spijbelen).

CD zou meer voorkomen bij jongens. In instellingen zou CD een der meest frequente (miskende) diagnoses vormen.

Hoewel de DSM-IV principieel niet oorzakelijk redeneert, wordt toch even, langs de neus weg, een mogelijke neurobiologische etiologie voor CD gesuggereerd, die meteen ook een toepasselijke

⁸ Om verwarring te vermijden, zouden we dan ook kunnen voorstellen om *conduct* in het vervolg niet meer te vertalen als 'gedrag', de algemene term, maar als 'gedraging'; *Conduct Disorder* zouden we dan ook niet meer dienen te vertalen als 'gedragsstoornis', maar als 'Gedragsstoornis', of nog beter, als 'Gedragsordeloosheid'. Maar laten we, om het eenvoudig te houden en dus niet mee te doen met de DSM-IV in het grossieren in neologismen, in het vervolg van deze bijdrage gewoon de afkorting voor de al overal ingeburgerde Engelse termen gebruiken: CD voor *Conductdisorder* en APD voor *Antisocial Personality Disorder*.

⁹ Dat disruptieve heeft CD gemeen met twee andere kinderlijke gedragsstoornissen, waarmee ze dan ook gegroepeerd wordt: de Gebrekkige Aandachts- en Hyperactiviteitsstoornis (*Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder* of ADHD) en de Oppositionele Uitdagende Stoornis (*Oppositional Defiant Disorder*). Eigen aan CD is echter wel dat de sociale disruptie daar altijd gebeurt via overtreding van leeftijdsaangepaste normen. Bij de Oppositionele Uitdagende Stoornis is dat meer door het permanent in vraag stellen van wat expliciet door volwassenen gevraagd wordt. En het ADHD-kind lijkt eerder fysieke problemen te hebben met de om zich heen grijpende *formatting* van de realiteit (stilzitten in de klas bijvoorbeeld).

¹⁰ We kunnen vaststellen dat de infantiele seksualiteit hier gereduceerd wordt tot een vorm van agressie, een schending van een basisrecht van andere kinderen of van een leeftijdsaangepaste maatschappelijke norm. CD lijkt dan ook het maquis te zijn waarin zich heden, in een kindertijd die niet meer zo onschuldig kan zijn, in een tijdperk van de-dysneyficatie, de infantiele seksualiteit terugtrekt.

¹¹ Ook dit laatste valt, vanuit de psychoanalyse, weer in verband te brengen met de infantiele seksualiteit, meer bepaald de urethrale erotiek van de infantiele masturbatie.

equivoque oplevert. CD-lijdens zouden sterkere prikkels nodig hebben om tot een reactie te komen, zoals valt af te leiden uit hun geringere *skin conductance* (huidgeleiding).

Anderzijds stipt men toch ook allerlei sociopsychologische risicofactoren aan. In eerste instantie zijn dat gedrags- en persoonlijkheidsstoornissen bij de ouders, waaronder APD; maar ook, in de kindertijd van die ouders, ADHD en, jawel, CD. Ook hier wordt weer even een 'erfelijke belasting' gesuggereerd. Wat niet wegneemt dat men, sociobiopsychologisch model *oblige*, ook oog heeft voor verwaarlozing, inconsistente opvoedingsmethoden met té harde discipline, fysiek of seksueel misbruik. Zulks zou *a fortiori* gelden voor instellingskinderen. In dezelfde lijn zou ook de moderne *urban life* een risicofactor vormen.

In een kritiek op de DSM-IV wordt CD ook wel eens positief bekeken als oplossingspoging voor al die risico- en probleemsituaties (cfr paradigma van de kindsoldaten).

Cruciaal, voor ons betoog hier, is dat CD, zoals zojuist omschreven, voorspellende waarde zou hebben voor APD bij volwassenen, met al wat dit aan onverbeterlijke delinquentie impliceert.

Mogelijkheidsvoorwaarde voor dat voorspellende karakter is de beslissing dat APD niet kan gediagnosticeerd in de kindertijd, dus voor 18 jaar. Op dit punt bekleedt APD overigens een uitzonderlijke positie binnen de Persoonlijkheidsstoornissen, die allemaal wel al van in de kindertijd gediagnosticeerd kunnen worden. APD krijgt dus als enige een andere 'vorm' in de kindertijd, zijnde CD. Anderzijds kan CD wel aanhouden in de volwassenheid, en is het ook mogelijk dat CD daar pas voor het eerst opduikt.

Uitgaande van deze semi-overschrijdbare breuk wordt het voorspellende karakter van de kinderlijke CD voor de volwassen APD op verschillende wijzen geoperationaliseerd. "CD voor 15 jaar" vormt op zich al een diagnostisch criterium voor APD (die zelf slechts vanaf 18 jaar te diagnosticeren valt). En ook: hoe vroeger CD aanving (voor 10 jaar), hoe meer kans op APD achteraf; die kans zou nog toenemen als die vroege CD geassocieerd was met ADHD, of als CD in de prille kindertijd al voorafgegaan was door een Oppositionele Uitdagende Stoornis.¹²

Antisocial Personality Disorder (APD)

Vooraleer we ons een beeld kunnen vormen van wat APD juist is, moeten we eerst even in herinnering brengen van welke definitie van 'persoonlijkheid' (*personality*) de DSM-IV uitgaat: "een blijvend patroon van innerlijke ervaring en gedrag"; functies van die persoonlijkheid zijn cognitie (waarneming & interpretatie daarvan), affectiviteit, interpersoonlijke relaties *and last but not least* impulscontrole.

Deze definitie van persoonlijkheid is tweeslachtig: iets in de mens ontsnapt inderdaad nog aan de complete reductie tot louter observeerbaar gedrag. Zoals al gesuggereerd moet die notie van 'persoonlijkheid' de klassieke psychiatrische nosografie ("het categorische perspectief, met kwalitatief verschillende klinische syndromen") recupereren door deze in gedragstermen te herformuleren. Bedoeling is van uiteindelijk te komen tot een 'dimensioneel' perspectief, met de persoonlijkheidsstoornissen als onaangepaste varianten van persoonlijkheidstrekken, die onmerkbaar overgaan in elkaar en in de normaliteit". Dat betekent dat men terugvalt op de *Big Five*, de vijf dimensies waarop persoonlijkheid en persoonlijkheidsstoornissen in gedragstermen te operationaliseren en af te meten vallen: neuroticisme, introversie versus extraversie, zich afsluiten versus openstaan voor ervaring, antagonisme versus aangenaamheid, zorgvuldigheid.

Binnen dit perspectief wordt een Persoonlijkheidsstoornis (*Personality Disorder*) dan "een blijvend patroon van innerlijke ervaring én gedrag (cognitie, affect, relaties en impulscontrole) dat duidelijk verschilt van de verwachtingen van de cultuur waarin het individu leeft".

¹² Volledigheidshalve vermelden we ook dat CD niet alleen voorspellende waarde heeft voor de APD, maar ook voor Stemmings- en Angststoornissen, voor Somatoforme en voor Substantie gerelateerde Stoornissen. Kortom: CD bij kinderen voorspelt niet veel goeds.

Daarin worden drie clusters onderscheiden, op grond van fenomenologische verwantschappen. En ook dit blijkt weer een poging tot recuperatie, én reductie, van de klassieke psychiatrische nosografie. De Paranoïde, de Schizoïde en de Schizotypische Persoonlijkheidsstoornis – de psychosen – komen unheimlich (*odd*) en excentriek over. In het dwangneurotische register worden de Vermijdende, de Afhankelijke en de Obsessief-Dwangmatige Persoonlijkheidsstoornis gekenmerkt door angst. Tenslotte worden de Borderline, de Histrionische en de Narcistische Persoonlijkheidsstoornis alledrie dramatisch, emotioneel en erratisch genoemd; merkwaardig genoeg is het in dit duidelijk hysterisch gezelschap dat we APD terugvinden. Merkwaardig, inderdaad, APD wordt immers ook gepresenteerd als de moderne variant van wat men vroeger psychopathie en later ook wel eens sociopathie placht te noemen. Deze even surrealistische als politiek gevaarlijke criminalisering van de histerie is slechts mogelijk dankzij die zogenaamde dimensionele benadering, waarbij sommige gedragskenmerken van de ene stoornis ook bij andere voldoende op de voorgrond staan, zij het met een andere 'bedoeling', vanuit een andere 'oorzaak'. Antisocialen zijn bijvoorbeeld manipulatief om materieel voordeel te bekomen, bij Borderliners is dat vanuit hun onverzadigbare honger naar liefde. Maar in de DSM-IV doet dit soort subtiliteiten niet terzake.

Zetten we tenslotte nog even de kenmerken van APD op een rijtje. In de lijn van CD wordt APD meteen omschreven als "een pervasief patroon van niet in acht nemen (*disregard*) en schending van de rechten van anderen". Dit kan op verschillende vlakken tot uiting komen: onwettig gedrag (stelen, vernietiging van eigendom, etc) & bedrieglijke praktijken (liegen, valse naam, oplichterij (*conning*)), wat maakt dat men voor de diagnose moet terugvallen op 'informanten'¹³; impulsiviteit (veelvuldig plots veranderen van werk/relatie/domicilie) & prikkelbaarheid (ontploffing); roekeloosheid (zichzelf en anderen (kinderen!) in gevaar brengen, niet alleen in het verkeer maar ook in het seksueel verkeer) & onverantwoordelijkheid (jegens werk, geld, kinderen); onverschilligheid jegens slachtoffers, zelfs beschuldiging ("ze hebben het verdiend") & arrogant, zelfbewust, oppervlakkige verbale charme; snel verveeld.

Ook APD komt meer voor bij mannen dan bij vrouwen. Maar er zou misschien wel, zo geeft men grif toe, onderdiagnose zijn bij vrouwen, doordat teveel nadruk ligt op manifeste agressie (*gender bias*).

En ook hier weer blijken lagere socio-economische status en stadsomgeving risicofactoren. En kan dus ook APD beschouwd worden als een "zelfbeschermende overlevingsstrategie".

DEEL TWEE: NEDERLAND

Zoals vermeld voorziet onze Gezondheidsraad dat het rapport over CD bij kinderen eind 2008 zou moeten af zijn. In Frankrijk en Nederland is dit al het geval. Rond het Franse rapport, "Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent" (2005)¹⁴, door het Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), is al heel wat te doen geweest, in die mate zelfs dat het voorlopig geblokkeerd is geraakt.¹⁵ In schril contrast daarmee heerst er momenteel een doodse stilte rond een vergelijkbaar rapport van de Nederlandse Gezondheidsraad, "Preventie en behandeling van de Antisociale Persoonlijkheidsstoornis" (2006)¹⁶. Nochtans is dit potentieel, vanuit zijn titel alleen al, minstens even aanstootgevend als het Franse. Ondertussen blijken in Nederland ook al de eerste

¹³ men gaat buiten het discours van subject zoeken

¹⁴ <http://www.ulb.ac.be/rech/inventaire/chercheurs/3/CH533.html>

¹⁵ wat niet wegneemt dat men dit ook nu nog af en toe, op de meest brutale wijze, in politieke termen probeert te vertalen.

¹⁶ www.gr.nl

daarop gebaseerde signalisatie- en preventieprogramma's op politieel niveau van start te zijn gegaan.¹⁷

Ik wil hier een eerste poging doen om al een aantal accenten en tendensen aan te stippen van wat hopelijk niet zal doorgaan als het Nederlandse modelvoorbeeld voor het expertenrapport van de Belgische Hoge Gezondheidsraad.

Een spel van antwoord en vraag

Het Nederlandse rapport werd gezamenlijk besteld door de Ministers van Volksgezondheid én Justitie. We zien inderdaad hoe er de laatste jaren een soort Monsterverbond aan het groeien is tussen Justitie én Volksgezondheid. Voor een Minister blijkt het van Justitie naar Volksgezondheid en omgekeerd, vaak maar een kleine stap te zijn.

¹⁷ Getuige daarvan volgend bericht over een onderzoek, op de website van de Nijmeegse Radboud universiteit, dat pretendeert: "Probleemkinderen in vroeg stadium gedetecteerd" (<http://www.ru.nl:80/aspx/get.aspx?xdl=/views/run/xdl/page&SitIdt=3&VarIdt=1&ItmIdt=726006>). "De signalen die voorafgaan aan veiligheidsrisico's bij kinderen zijn meestal te herkennen. De Gelderse politiekorpsen hebben in samenwerking met dr. Ron Scholte, universitair hoofddocent verbonden aan het Behavioural Science Institute van de Radboud Universiteit een methode ontwikkeld om probleemkinderen vroegtijdig te signaleren.

ProKid Politie, een 'analysemethodiek 12-minners', kan een doorbraak betekenen in het op het rechte pad houden van kinderen onder de 12 jaar en het voorkomen van criminele carrières. De methode kan een belangrijke impuls zijn voor het terugdringen van de criminaliteit in de nabije toekomst. ProKid Politie geeft permanent een actuele risicotaxatie van kinderen tot 12 jaar die mogelijk criminele carrières ontwikkelen. Hierbij wordt gekeken naar het gedrag van de kinderen, zoals gepleegde delicten, en naar hun omstandigheden, zoals de woon-/leef-/gezinssituatie. Als de politie vroegtijdig weet welke kinderen risico lopen, kan ze vroegtijdig maatregelen nemen.

De basis voor ProKid Politie vormt een aantal gedragsindicatoren waarvan wetenschappelijk bewezen is dat zij criminele carrières voorspellen. Het betreft hier onder andere spijbelen, pesten, dierenmishandeling, schelden, op straat rondhangen zonder toezicht, getuige of slachtoffer zijn van seksueel misbruik of geweld in het gezin. Deze gedragsindicatoren zijn, voor zover mogelijk, vertaald naar incidenten die zijn geregistreerd in het bedrijfsprocessensysteem van de politie. Die gegevens betreffen ten eerste incidenten waarbij het kind als getuige of slachtoffer betrokken was of waarvan het kind wordt verdacht, en ten tweede meldingen op het woonadres van het kind.

De kinderen worden in vier categorieën ingedeeld, oplopend van wit, geel en oranje naar rood, afhankelijk van een aantal criteria die te maken hebben met het kind (is het zelf verdacht of niet, het aantal keren dat een kind verdacht is, de variatie in delicten, vermist zijn, alsmede de ernst van het incident of delict) en met het woonadres van het kind (aantal keren dat het adres in het politie systeem voorkomt).

Tot de eerste categorie (wit) behoren kinderen die zelf geen delicten hebben gepleegd, maar wel slachtoffer of getuige waren van een delict. De tweede categorie (geel) omvat kinderen die minstens drie keer vermeld worden als slachtoffer of getuige, of één keer verdacht zijn of één keer vermist. De derde (oranje) groep bevat kinderen die één keer verdacht zijn van een ernstig misdrijf, of vaker dan één keer vermist zijn. De laatste categorie (rood) tenslotte betreft de kinderen die meer dan één keer zijn ingevoerd als verdachte van een ernstig misdrijf.

Het uitgangspunt is de analysemethodiek 12-minners, een risicotaxatie die is ontwikkeld door Jacqueline Wientjes, hoofd van het Interregionaal bureau Gedrag van de drie Gelderse korpsen. Dr. Ron Scholte en drs. Maaike Boerkamp, die speciaal voor het project is aangetrokken, zorgden voor de wetenschappelijke onderbouwing.

Scholte en Boerkamp onderzochten aan de hand van de politieadministratie van de afgelopen twee jaren of de categorie-indeling betrouwbaar is en of de koppeling met adresgegevens ook daadwerkelijk kan voorspellen welke kinderen het meest risico lopen op herhaalde politiecontacten. Ze brachten drieduizend kinderen onder de twaalf jaar in kaart, met als eerste resultaat dat er zorgen zijn over de ontwikkeling van ongeveer tweeduizend jongeren en over ongeveer duizend woonadressen van jongeren. De politie stelt dan ook vast dat in duizend gezinnen in de regio jongeren niet veilig kunnen opgroeien en dat ingrijpen noodzakelijk is.

Scholte: 'Het is zeer knap werk van drs. Jacqueline Wientjes. Zij ontwikkelde een betrouwbare analysemethode die risikokinderen er heel goed uithaalt. Kinderen uit de 'rode' groep hebben 5 tot 10 keer zoveel kans om opnieuw met de politie in aanraking te komen als kinderen uit de witte groep. Met deze methodiek spoor je ze vroegtijdig op en is ingrijpen, zonodig samen met Jeugdzorg mogelijk.'

Het project 'Signalering en interventie 12-minners' van de drie Gelderse politiekorpsen wordt geleid door commissaris Lex Henzen van de politie Gelderland-Midden.

Maar gaat het hier eigenlijk wel om een vraag van Volksgezondheid en Justitie? De vraag is immers meteen gesteld geworden in de medische termen (APD) van de experts die haar moeten beantwoorden; ze wordt dus gesteld vanuit het antwoord. Betekent zulks dat die experts de betrokken overheden hun eigen vraag hebben getelefoneerd?

Opvallend is inderdaad de hardheid van de medicalisering van de problematiek van gedragsstoornissen in Nederland. Men houdt zonder meer voor bewezen dat er een genetische aanleg zou spelen, en men stelt zich onwrikbaar op het standpunt van "De Wetenschap heeft bewezen ..." (*evidence based medicine*, gebaseerd op *randomised controlled trials*). Dat betekent ook dat de geneeskunde de algemene universitaire psychologie weer in haar rol van dienstmaagd tracht te duwen. Dat blijkt alleen al uit de expertenlijst: slechts 3/15 zijn psychologen of psychotherapeuten.¹⁸

Bij nader toezien brengen vraag en antwoord zelfs vier partijen/instanties samen: politiek (volksgezondheid), wet (strafrecht), Wetenschap (medisch discours), maar aan de horizon verschijnt ook altijd ergens een Schimmige Vierde Partij, die de drie voorgaande borromeïsch lijkt te moeten verknopen, als een sinthoom: dat zijn de zogenaamde 'commentators'. In het Nederlands rapport werd opbouwende kritiek geleverd door één verdwaalde pedagoog, en door ergens iemand van het Leger des Heils. We kunnen ons inbeelden dat, hier te lande, een of andere psychoanalyticus voor deze sinthomatische functie in aanmerking kan komen.

Ook uit de timing valt misschien iets te leren. Het Nederlandse rapport werd besteld in oktober 2003 en lag er in mei 2006. Als alles goed gaat zou men er in België amper 2 jaar over doen. Dat zijn we hier niet gewoon, zo een haast.

Conduct Disorder (CD) in de kindertijd

Bekijken we weer eerst even CD als concept.

Zoals al opgemerkt wordt CD in het Nederlandse rapport nog een stuk assertiever dan al het geval is in de Amerikaanse DSM-IV als een medische, meer bepaald psychiatrische stoornis of zelfs aandoening gepresenteerd.¹⁹

Opvallend is ook de minimalisering van de seksuele activiteit bij het CD-kind. Over het criterium "iemand tot seksuele activiteit hebben gedwongen" wordt in de loop van het rapport met geen woord meer gerept. Dat wordt zelfs omgekeerd: het kind kan hoogstens passief slachtoffer zijn van de seksualiteit. Typisch Hollands? Typisch medisch-psychiatrisch?

Hamvraag, voor ons, is natuurlijk in welke mate CD voorspellende waarde heeft voor APD, en dus of er ook preventie van APD mogelijk is via preventie en genezing van CD?

80% van de Nederlandse CD-kids ontwikkelt later een persoonlijkheidsstoornis, waaronder APD. Voorafgaand aan CD, als voorspellend daarvoor, kan bij peuters al sprake zijn van "frequente ernstige gedragsproblemen" (vanuit verhoogde prikkelbehoefte, impulsiviteit, te weinig angst).

APD is de persoonlijkheidsstoornis die leidt tot de grootste overlast, waarvoor de maatschappij dus het meest betaalt en die ze dan ook in eerste orde onder controle wil krijgen. De huidige

¹⁸ Anderzijds haast men zich altijd om eraan toe te voegen dat er wel grote nood is aan goed opgeleide psychologen: om screenings- en diagnostische instrumenten correct te bedienen en te interpreteren, en om compleet geprotocolleerde behandelingen toe te passen, waaronder in eerste instantie, uiteraard, de Cognitivistische Gedragstherapie, maar ook, waarom niet, als alles toch perfect onder medische controle is, een keertje een psychoanalytisch georiënteerd therapieetje (*mentalisation*)? (voor behandeling cfr infra)

¹⁹ Opvallend daarbij is de niet-letterlijke vertaling van *Conduct Disorder* als Antisociale Gedragsstoornis. Vermoedelijk moet daarmee de inherente band met de latere, volwassen *Antisocial Personality Disorder* (APD) benadrukt worden. Als ik mij niet vergis is dat overigens ook een tendens in de Angelsaksische literatuur terzake. Men zal zich herinneren dat ikzelf in het begin ook een conceptueel gefundeerde poging deed, die maar waard is wat ze waard is, tot letterlijke vertaling van *Conduct Disorder* als Gedragingsordeloosheid.

belangstelling voor CD bij kinderen staat dan ook volledig in functie van het voorkomen van de daaruit voortvloeiende APD in de volwassenheid. Echte behandeling van APD is immers (nog) niet mogelijk, persoonlijkheidsstoornissen kunnen enkel biochemisch worden geraakt, en zover zijn we blijkbaar nog niet. En dus stelt men, voorlopig nog, alle verwachtingen in de preventie van APD, wat zou kunnen via preventie, en zelfs genezing, van CD. CD zou principieel geneesbaar zijn, omdat het nog niet gaat om een persoonlijkheidsstoornis, doch "slechts om gedrag".

Met dit doel wordt CD in elk geval onderworpen aan een systematisch proces van screening, diagnostiek, behandeling en opvolging. Ik bekijk elk van deze stappen even van dichterbij.

Het principe van de screening is dat er zo vroeg mogelijk dient ingegrepen te worden, immers: hoe langer men wacht, hoe groter kans op echte CD. Daartoe moeten kinderen al benaderd en eventueel aangepaakt worden in risicosituaties, dus nog voordat zich enig CD-probleem heeft voorgedaan. Gescreend/gesignaleerd kan er op verschillende niveaus worden. Vooreerst moet men dus voldoende oog hebben voor die 'specifieke risicosituaties of -groepen'; paradigma, of kop van jut, daarbij is 'de ongehuwde tienermoeder'²⁰. Vervolgens, en al meer in het oog springend, zijn er de 'frequente ernstige gedragsproblemen' (vanuit verhoogde prikkelbehoefte, impulsiviteit, te weinig angst). En tenslotte is er natuurlijk de echte CD (met antisociaal kantje), volgens de criteria van de DSM-IV. Er zijn ook verschillende vormen van screening mogelijk. Dat kan vooreerst *ad hoc*, door de ouders zelf, of met hun medewerking van de ouders; probleem daarbij is echter hun onkunde, zelfs onwil. Beter is dus een systematische screening met 'wetenschappelijke instrumenten' – hier komen de psychologen/deskundigen in dichte drommen op de proppen. Tenslotte stelt zich ook nog een vervelend ethisch/politiek probleempje. Screening moet in principe snel en efficiënt kunnen. Echter: voor screening op ernstige ziekten waarvoor geen preventie of behandeling mogelijk is, blijkt men, toch in Nederland, een ministeriële vergunning nodig te hebben, vanuit de redenering dat kennis van een verhoogd risico té belastend is, als daar uiteindelijk toch niets mee kan gebeuren. En dus fabriceert men maar een rapport dat 'bewijst' dat preventie én behandeling van CD wel degelijk mogelijk is, en waardoor men in principe politiek vrij spel krijgt om ongebreideld te screenen op CD. En daar doet de politiek zelfs graag aan mee, in het kader van de preventie van een oncontroleerbaar geworden criminaliteit ...

Wat de tweede stap, de diagnostiek, betreft, stelt men dat kinderen best gedurende een paar jaar gevolgd worden door verschillende informanten; vandaar ook het belang van het elektronisch kinddossier. Bij adolescenten heeft men vastgesteld dat 70% in justitiële jeugdzorg een psychiatrische stoornis heeft, met CD op kop.

Behandeling is dan weer een simpele kwestie van *evidence based medicine*: enkel behandelingen waarvan wetenschappelijk (= statistisch) bewezen is dat ze effectief zijn voor CD komen in aanmerking. Daarbij wordt een onderscheid gemaakt tussen behandeling van kinderen en adolescenten. Bij baby/peuter/basisschoolkind dient in eerste instantie geïnvesteerd te worden in 'pedagogische ondersteuning' van de ouders, ze moeten sensitiever worden voor de noden van het kind, ander opvoedingsgedrag aanleren, leren hoe ze hun kind moeten conditioneren in de maatschappelijk gewenste richting. Men betreurt dat er tot op heden weinig *follow up* is van het langetermijneffect van dergelijke pedagogische ondersteuning. Daarnaast kan ook de cognitieve ontwikkeling van het kind zelf gestimuleerd worden. *And last but not least* is er nood aan medicamenteuze ondersteuning, niet direct voor CD zelf, daarvoor is nog geen specifieke medicatie ontwikkeld, maar vooral voor de daarmee vaak gecombineerde ADHD. Vooral die combinatie van CD met ADHD zou immers tot APD leiden. Indien ADHD onder medicamenteuze controle is (rilatine), dan leidt CD minder makkelijk tot APD. Bij de behandeling van de adolescent staat cognitieve gedragstherapie centraal: hij moet het gedrag van anderen positiever leren interpreteren en daarop met wenselijk gedrag leren reageren. Maar ook hier weer is er weinig *follow up* van het langetermijneffect. Gezinstherapie en interventies op de sociale omgeving van de adolescent (*peer groups*) zouden ook

²⁰ In Frankrijk was dat de tweede generatie immigrant die niet meer de taal van zijn vader sprak. Welke groep wordt dat in België?

enig effect hebben.²¹ En ook hier weer stelt zich een vervelend ethisch probleempje, met de eventuele 'drang tot behandeling', met een sanctie bij weigering, niet alleen voor de ouders, maar eventueel ook voor het kind zelf, als blijkt dat het probleem vooral daarbij ligt. Er moeten dus meer mogelijkheden komen om CD-kids tot behandeling te 'dringen' voordat ze feiten hebben gepleegd.

Laatste stap in dit schreeneringsproces is de opvolging, waarbij men momenteel vast moet stellen dat 60% binnen 4 jaar weer recidiveert, dus geweld gebruikt. Maar ook dat sterk gestructureerde behandelingssystemen niet beter scoren.

Antisocial Personality Disorder (APD) vanaf de volwassenheid

We eindigen met enkele lossen opmerkingen rond APD in het Nederlandse rapport, die belangrijk kunnen zijn voor een vergelijking met accenten die in het Belgisch rapport zullen gelegd worden.

Net als CD wordt ook APD in Nederland nog een stuk beslist dan al het geval is in de DSM-IV als een medische, meer bepaald psychiatrische stoornis of zelfs aandoening gepromoot. Daarbij probeert men consequenter het onderscheid tussen zichtbaar gedrag (beïnvloedbaar) en de kern van persoonlijkheidsstoornis (nog niet beïnvloedbaar) aan te houden. Er ligt tevens een zwaarder accent op 'psychopathie' als pure persoonlijkheidsstoornis en dus als extreemste vorm van APD (psychopathie in de definitie van Hare), waarbij men lijkt te suggereren dat APD van langsom meer psychopathische vormen aanneemt en dus van langsom minder behandelbaar wordt. Hoogtijd dus om aan preventie te doen!

In de DSM-IV is APD de enige persoonlijkheidsstoornis die niet in de kindertijd, dus voor 18 jaar, kan voorkomen. In Nederland kan dat uitzonderlijk wel eens het geval zijn. APD dreigt de kindertijd te overspoelen. Hoogtijd ...

APD is het resultaat van een aantal risicofactoren die mekaar van in de kindertijd wederzijds kunnen versterken. Basis moet altijd een genetische aanleg zijn, dat is wetenschappelijk bewezen via tweelingenstudies. En dit geldt a fortiori voor de psychopathie. Vervolgens is, nog maar eens, wetenschappelijk bewezen dat er een neurobiologische (hormonale etc) basis is voor impulsiviteit, prikkelhongerigheid, gebrek aan angst. Eens te meer is dat des te zekerder voor psychopathie (gebrekkige taakverdeling hersenhelften, en ook ergens iets in de prefrontale cortex ...). Psychologisch gesproken raken de emoties niet gereguleerd ingevolge verkeerde cognities/gedachten/interpretaties. En uiteraard moet, in dit sociobiopsychologisch model, ook de omgeving haar rol spelen, met 'accidenten' tijdens zwangerschap en bevalling, met ontregelde gezinnen (de tienermoeder!), met de decadentie van onze hedendaagse maatschappij, ... Goed nieuws is dat beschermende factoren die fatale combinatie van risicofactoren kunnen counteren. Er is echter nog te weinig geweten wat die beschermende factoren zijn. En dus dringen meer onderzoek (en geld) zich op.

Wat tenslotte de behandeling betreft, benadrukt men dat die tot op heden voor geen enkele Persoonlijkheidsstoornis mogelijk is. Wel zou het al mogelijk zijn om gedrag enigszins onder controle te krijgen, ook bij APD. Dat kan zowel direct als indirect.

Direct kan men via medicatie de impulsiviteit en agressiviteit reduceren. Maar men kan het ook eens met een gerust geweten proberen met transcraniële magnetische stimulatie (een zwak broertje van de electroshock): doordat men dan sterker gaat reageren op emotioneel geladen signalen, zoals gezichtsuitdrukkingen, komt dit de inleving in de ander, het slachtoffer, beduidend ten goede. Daarnaast is ook een directe psychologische impact op het gedrag mogelijk, dankzij, in eerste instantie, natuurlijk, de cognitivistische gedragstherapie: ook die reduceert impulsiviteit en agressiviteit (door opportunistisch gebruik te maken van het egocentrisme en de calculerende instelling van de APD). Anderzijds kunnen

²¹ Te noteren, voor de Belgische politici, is dat er expliciet gewaarschuwd wordt tegen overspannen verwachtingen in de bootcamps, deze zijn enkel geschikt voor ex-gangleden en dus niet voor psychiatrische stoornissen, zoals CD

niet alleen de dialectische gedragstherapie en medicatie, maar ook, jawel, de psychoanalytisch georiënteerde psychotherapie (via mentalisatie) de autodestructieve kant van de agressie (zelfmoord, zelfbeschadiging) temperen. *And last but not least* is ook een directe sociale impact op APD-gedrag mogelijk in zogenaamde therapeutische gemeenschappen, met duidelijke structuur en veel toezicht.

Indirect kan men APD-gedrag onder controle brengen via behandeling van een daarmee geassocieerde stoornis (comorbiditeit). Verslavingen (*Substance Related Disorders*) kunnen beheersbaar worden dankzij conditionering, maar ook dankzij ... psychotherapie. Medicatie en cognitivistische gedragstherapie kunnen depressief gedrag (*Mood Disorder*) opheffen. En psychodynamische psychotherapie, jawel!, kan een *Borderline Personality Disorder* binnen de perken houden.

Helaas lukt niets van dat alles bij de zuivere, psychopathische vorm van APD. Integendeel, psychopaten profiteren van elke vorm van behandeling (en dan vooral van groepstherapie) om zich in den Boze te vervolmaken, naar het model van de cynische ideologie van de hedendaagse maatschappij: "nu ze weten wat ze verkeerd doen, doen ze het nog beter verkeerd!"

Tot zover een eerste lezing van het Nederlandse rapport over CD als voorspellend voor APD, en de daaruit af te leiden strategie van preventie van APD.