

Charlotte Gehring

S1011952

Universiteit Twente Enschede

Januari 2013

Bachelorthese

Depressie en agressie onder forensische patiënten

Eerste begeleider: Dr. Marloes Postel

Tweede begeleider: Dr. Peter Meulenbeek

Externe begeleider: Drs. Sabrina Soe-Agnie

Inhoud

Samenvatting

Abstract

1. Inleiding	4
2. Methode	8
2.1 Respondenten	8
2.2 Design	8
2.3 Procedure	8
2.4 Meetinstrumenten	9
2.5 Analyse	11
3. Resultaten	13
3.1 Baseline gegevens	13
3.2 Depressie en agressie	13
3.3 Correlaties van de subschalen van de AVL, BDI en de ABCL	14
4. Conclusie en discussie	15
5. Referentielijst	21

Samenvatting

Personen met een psychische aandoening hebben meer kans op het vertonen van agressief gedrag dan personen zonder psychische aandoening. Een psychische aandoening kan agressief gedrag beïnvloeden doordat het interfereert met het verlangen om gedrag te reguleren. Dit doordat personen met een psychische aandoening minder gericht zijn op de uitwerkingen van gedrag naar de buitenwereld toe. Doordat deze personen erg op henzelf en op de eigen problemen gericht zijn kunnen er overmatige negatieve gevoelens ontstaan doordat deze gevoelens niet overeenkomen met eigen verlangens. Depressie kan een sterke voorspeller voor agressie zijn aangezien er vaak sprake is van een overmaat aan negatieve gevoelens. In het huidige onderzoek wordt gericht gekeken naar de verschillende dimensies van agressie en depressie en de relatie hiertussen. Er wordt gebruik gemaakt van een digitale versie van de Beck Depression Inventory II (BDI-II), de Agressie Vragenlijst (AVL) en de Adult Behavior Checklist (ABCL). Er werden significante positieve correlaties gevonden tussen de vijandigheid subschaal van de AVL en de drie subschalen van de BDI. Dit houdt in dat respondenten die snel gedachten over onrecht en kwaadaardige intenties vertonen, ook sneller last hebben van depressie gerelateerde klachten: lichamelijke klachten, lichamelijk klachten gericht op de mentale kant en psychische klachten. Deze resultaten zijn toepasbaar op de gebruikte doelgroep. Namelijk een voornamelijk mannelijke Nederlandse populatie met een leeftijd tussen de 23 en 51 jaar. Om conclusies te kunnen trekken over andere doelgroepen zal hier in vervolgonderzoek aandacht aan besteed moeten worden.

Abstract

People who are struggling with a mental disorder have a bigger change to show aggressive behavior than people without a mental disorder. A mental disorder can influence aggressive behavior because it interferes with the desire to regulate behavior because these people do not focus on the costs of their behavior towards the outside world. Because these people are especially focused on themselves and their problems, an overload of negative feelings can overcome these persons because these feelings are not the same as their desires. Depression can be a strong predictor for aggression because often there are a lot of negative feelings involved. This study is focusing on the differences between the different dimensions of depression and aggression and the relation between them. Digital versions of the Beck Depression Inventory II (BDI-II), Aggression Questionnaire (AQ) and the Adult Behavior Checklist (ABCL) were used. Significant positive correlations were found between the hostility scale of the AVL and the three subscales of the BDI. This means that people who quickly have thoughts about injustice and malignant intentions, also have more quickly complaints related to a depression such as physical complaints, physical complaint focused on the mental side, and psychological complaint. These results are applicable for the used group: mainly a male Dutch population with an age between 23 and 51. To say more about other groups more research has to be done with other groups.

Inleiding

Al in verscheidene onderzoeken is aangetoond dat er een link bestaat tussen het hebben van een psychische aandoening en het vertonen van agressief gedrag. Echter is er nog maar weinig onderzoek gedaan naar welke psychische aandoeningen gerelateerd zijn aan welke vorm van agressief of crimineel gedrag.

Bij agressie wordt er onderscheid gemaakt tussen factoren die agressie uitlokken en factoren die zich gedragen als inhibitors. De uitlokkende factoren zorgen voor een motivatie om agressie te vertonen, daarentegen weerhouden de inhibitors iemand ervan om zich te gedragen naar die motivatie. De motiverende factoren voor agressief gedrag kunnen voor elk individu hetzelfde zijn, zoals een negatieve gebeurtenis in iemands leven. Het enige wat verschil maakt is de mate van inhibitie of controle (Felson, Silver & Remster, 2012). Een voorbeeld hiervan kan de morele waarde zijn die iemand er op na houdt. De impact van deze inhibitie is afhankelijk van de mate van zelfregulatie en zelfcontrole van een persoon om bepaald gedrag te inhiberen. Een psychische aandoening kan agressief gedrag beïnvloeden doordat het interfereert met de mogelijkheid of het verlangen om gedrag te reguleren of te inhiberen. Bij personen met een psychische aandoening is het minder waarschijnlijk dat ze aan zelfregulatie of zelfcontrole doen omdat de focus van aandacht meer op hen zelf gericht is en hiermee dus gericht op eigen stoornis. Hierbij kunnen er negatieve gevoelens ontstaan doordat hun gedrag of gevoelens niet overeenkomt met hun verlangens (Felson et al., 2012). Wanneer men vooral op zichzelf gericht is zijn ze daarmee niet gericht op de uitwerking van gedrag naar de buitenwereld. Een voorbeeld hiervan kan zijn dat personen minder gericht zijn op de kosten en regels die verbonden zijn aan bepaald gedrag.

Volgens de frustratie agressie theorie (Felson et al, 2012) kunnen aversieve stimuli leiden tot negatieve gevoelens. De mate van negatieve gevoelens is afhankelijk van iemands interpretatie van een stimuli als aversief. Negatieve gevoelens zijn een voorspeller voor agressie doordat er negatieve en ongewenste stimuli in de persoon naar boven komen en hierdoor de zelfregulatie of zelfcontrole van een persoon minder kan zijn aangezien personen negatieve gevoelens kwijt willen raken en dus af moeten reageren. Volgens de frustratie agressie theorie kan er geconcludeerd worden dat depressie een sterke voorspeller voor agressie is aangezien er bij depressie sprake is van een overmaat aan negatieve gevoelens zoals soberheid of schuldgevoelens (Felson et al., 2012). Een andere theorie die het verband tussen negatieve gevoelens en agressief gedrag beschrijft is de instrumentele theorie. Deze theorie ziet paranoïa

als de beste voorspeller voor agressief gedrag aangezien mensen met een paranoia denken zichzelf te moeten verdedigen om aanvallen te voorkomen. Hierbij worden negatieve gevoelens niet uitgesloten als oorzaak voor agressie. Negatieve gevoelens kunnen er namelijk voor zorgen dat personen ondoordachte beslissingen maken vanwege de afwezigheid of in mindere mate aanwezig zijn van zelfcontrole (Felson et al., 2012). Aangezien negatieve gevoelens een grote impact hebben op agressief gedrag is het belangrijk om hier meer onderzoek naar te doen en hierbij depressie mee te nemen als mediërende factor.

Volgens de DSM-IV criteria is er sprake van een depressie wanneer vijf of meer van de volgende symptomen binnen dezelfde periode van twee weken aanwezig zijn, en deze wijzen op een verandering ten opzichte van het eerdere functioneren: een depressieve stemming gedurende het grootste deel van de dag en bijna elke dag, duidelijke verminderde interesse of plezier in alle of bijna alle activiteiten gedurende het grootste deel van de dag en bijna elke dag, duidelijke gewichtsvermindering zonder dat er een dieet gehouden wordt of gewichtstoename, insomnia of hypersomnia, psychomotorische agitatie of remming, moeheid of verlies van energie, gevoelens van waardeloosheid of buitensporige of onterechte schuldgevoelens, verminderd vermogen tot nadenken of concentratie of besluiteloosheid, of terugkerende gedachten aan de dood, terugkerende suïcidegedachten zonder specifieke plannen of een suïcidepoging (American Psychiatric Association, 2000).

De uitwerking van een depressie is niet voor elke persoon hetzelfde. Een mogelijke uitwerking van een depressie kunnen woede uitbarstingen zijn (Ferguson, Averill, Rhoades, Rocha, Gruber & Gummattira, 2005). Het doel hierbij is het verkrijgen van een interne beloning doordat het werkt als een ontlading van negatieve gevoelens (Conner, Duberstein, Conwell & Caine, 2002). De vorm van agressie die zich uit in woede uitbarstingen wordt ook wel acting-out genoemd. Het gaat hierbij om een impulsieve vorm van agressie en kan tegen elk object of persoon gericht zijn (Ferguson et al, 2005). In een Zweeds onderzoek werd gevonden dat 44% van de onderzochte personen met een depressie weleens een impulsieve agressie aanval heeft ervaren. Dit gedrag resulteerde in het verwoesten van eigendommen of mishandeling van andere personen (Tiihonen et al., 1997). Een manier waarop agressie naar het eigen individu kan worden geuit is het vertonen van suïcidaal gedrag (Cassau & Goodwin, 2012). Agressie gerelateerd aan suïcide wordt in verband gebracht met lagere levels van serotonine. Deze lage levels van serotonine komen vooral voor bij het hebben van een depressie (Conner et al., 2002). Uit een onderzoek naar Berlijnse

pre-trial hechtenis is gebleken dat maar liefst 48% van de gerapporteerde suïcides veroorzaakt werd door een depressie. Tevens is gebleken dat het aantal suïcide pogingen 7,5 keer zo hoog is dan bij personen die niet in hechtenis zijn geweest (Cassau & Goodwin, 2012). Uit dit zelfde onderzoek is gebleken dat tijdens de eerste week van hechtenis de meeste depressieve gevoelens naar boven komen. Bij een aantal personen bleken deze gevoelens na vier weken in mindere mate aanwezig te zijn. Mogelijk speelt hierbij een rol dat de personen zich kunnen aanpassen aan de omstandigheden waarin ze zich bevinden. Dit kan te wijten zijn aan de mogelijkheid van personen om zich aan te passen aan de omstandigheden waarin men zich bevindt. Wanneer patiënten een depressie ontwikkelen doordat ze in hechtenis zijn geplaatst en deze depressie later weer afneemt, wordt dit een aanpassingsstoornis van korte duur met depressieve gevoelens genoemd. Het is van belang dat er zo snel en adequaat mogelijk wordt gereageerd op een depressie, wel of niet ontstaan door het in hechtenis plaatsen, aangezien er in onderzoek naar voren gekomen is dat woede of agressie aanvallen duidelijk afnemen wanneer een depressie verbeterd wordt door middel van behandeling (Conner et al., 2002).

Uit literatuur is gebleken dat er een sterk verband bestaat tussen het hebben van een psychische aandoening en het vertonen van agressief gedrag. Echter zijn er verschillende theorieën die uitgaan van verschillende perspectieven. Een belangrijk aspect dat naar voren komt is dat het hebben van negatieve gevoelens ten grondslag ligt aan agressief gedrag. Negatieve gevoelens waaronder soberheid of schuldgevoelens komen voornamelijk naar voren bij het hebben van een depressie. Hierdoor is het hebben van een depressie een sterke voorspeller voor het vertonen van agressief gedrag. Het is daarom belangrijk om meer over het verband te weten te komen tussen het hebben van een depressie en het vertonen van agressief gedrag.

In dit onderzoek wordt er gekeken of er verbanden en verschillen bestaan tussen de verschillende dimensies van depressie, agressieve trekken en agressief gedrag. Hierbij kunnen depressieve trekken opgedeeld worden in affectieve, somatische en cognitieve dimensies. Agressieve trekken kunnen opgedeeld worden in fysieke agressie, verbale agressie, woede en vijandigheid. Elk van deze dimensies laten verschillende symptomen zien. Wanneer er een verband gelegd kan worden tussen deze verschillende dimensies en bijpassende symptomen met het mogelijk vertonen van agressief gedrag, kan er vroegtijdig met een eventuele behandeling gestart worden met als doel agressief gedrag te voorkomen of te verminderen. Voor zover bekend is

er in voorgaand onderzoek niet gekeken naar de relaties tussen de verschillende dimensies van depressie en agressie. Dit onderzoek is daarom vooral explorerend bedoeld. Wat duidelijk in eerder onderzoek naar voren kwam is dat er een sterk verband bestaat tussen het hebben van een depressie en het vertonen van agressief gedrag. Er wordt dan ook verwacht dat tevens in dit onderzoek een positieve sterke correlatie te vinden zal zijn tussen de verschillende dimensies van depressie en agressie aangezien ook bij beide onderzoeken gebruik wordt gemaakt van dezelfde doelgroep, namelijk forensische patiënten. Tevens worden dezelfde concepten gemeten namelijk correlaties tussen agressie en depressie. Echter werd er in het vorig onderzoek geen onderzoek gedaan naar de verschillende dimensies binnen agressie en depressie. Hierdoor zijn er geen mogelijke correlaties bekend over deze dimensies waardoor het onderzoek vooral explorerend bedoeld is. Om een bijdrage te kunnen leveren aan het inzicht in de relaties tussen de verschillende dimensies wordt er bij dit onderzoek gebruik gemaakt van de volgende onderzoeksvraag: *Wat is de relatie tussen de verschillende dimensies van depressieve trekken, agressieve trekken en agressief gedrag onder forensische patiënten?*

Aan de hand van dit onderzoek worden de volgende hypothesen getoetst:

1. *Er zal een positieve correlatie van minstens 0.42 te vinden zijn tussen de 4 verschillende dimensies van agressieve persoonlijkheidstrekken en de 3 verschillende dimensies van depressieve klachten onder forensische patiënten.*
2. *Er zal een positieve correlatie van minstens 0.42 te vinden zijn tussen agressief gedrag en de 3 verschillende dimensies van depressieve klachten onder forensische patiënten.*

Methode

2.1 Respondenten

35 patiënten werden geselecteerd uit een groep van 109 respondenten afkomstig van het overkoepelende onderzoek van drs. S. Soe-Agnie. Het selectiecriteria was dat de behandeling van deze respondenten een strafrechtelijk kader had en dat de patiënten binnen een forensisch psychiatrische instelling waren opgenomen. Om deel te kunnen nemen aan het onderzoek moesten de patiënten in de leeftijdscategorie van 18-80 jaar vallen, er mocht geen sprake zijn van een ernstige psychotische stoornis, moesten ze een IQ van 80 of hoger hebben, een voldoende beheersing van de Nederlandse taal en er mocht geen sprake zijn van een ernstige hersenbeschadiging. De baseline kenmerken van de respondenten zijn terug te vinden in tabel 1.

2.2 Design

Door middel van een poweranalyse werd berekend dat er 35 respondenten nodig waren voor dit onderzoek (Faul, Erdfelder, Buchner & Lang, 2009). Hierbij is een significantie niveau van 0.05 gehanteerd, een power van 0.85, een H0 correlatie van 0.42 en een H1 correlatie van -0.42. Er werd gebruik gemaakt van de data van 35 forensische patiënten. Er werd gebruik gemaakt van een non-experimenteel onderzoeksdesign waarbij gekeken werd naar de groep forensische patiënten. Deze groep stond al vast en de omstandigheden en ervaringen van de patiënten werden niet gemanipuleerd. Hierdoor was er geen sprake van een experiment.

2.3 Procedure

Dit onderzoek is onderdeel van het overkoepelende onderzoek: Dubbele diagnose en persoonlijkheid van drs. S. Soe-Agnie. Binnen dit onderzoek werd de externaliserende dimensie en de klinische implicaties van het Externaliserend Spectrum model onderzocht in de Nederlandse forensische psychiatrie en verslavingszorg aan de hand van de Externalizing Spectrum Inventory-NL (ESI-NL). Het doel van het onderzoek was het leggen van een basis voor een verbeterde diagnostiek, behandeling en resocialisatie bij psychiatrische populaties met een verhoogd risico voor delict gedrag. Het onderzoeksprotocol is voorgelegd aan een Medisch Ethische Toetsings Commissie (METC), en niet WMO-plichtig bevonden.

Bij dit overkoepelende onderzoek werden vragenlijsten afgenomen bij patiënten in zeven verschillende verslavingszorg- en forensisch psychiatrische instellingen uit de regio's Rotterdam, Vught, Apeldoorn, Enschede en Heerlen. Voor het rekruteren van

deze patiënten werden de behandelaren benaderd, vervolgens werden de patiënten mondeling en schriftelijk benaderd en werd er een schriftelijk *informed consent* ondertekend. De algehele testprocedure bestond uit één basismeting en drie vervolgmetingen. De basismeting bestond uit twee meetmomenten waarbij het tweede meetmoment twee weken na de eerste plaatsvond. Het eerste meetmoment nam anderhalf tot twee uur in beslag waarbij in totaal tien vragenlijsten werden afgenomen welke externaliserend probleemgedrag, persoonlijkheid, psychopathie, agressie, impulsiviteit, depressie, angst en pathologisch gedrag meten. Het tweede meetmoment nam circa twintig minuten in beslag waarbij de ESI-NL opnieuw werd afgenomen om de test-hertest betrouwbaarheid te onderzoeken. De patiënten die deelgenomen hadden aan het onderzoek kregen na het invullen van de basismeting een vergoeding van 15 euro. De derde meting vond een half jaar na de basismeting plaats. Bij deze meting werden de begeleiders opnieuw gevraagd de ABCL in te vullen. De patiënten werden gevraagd opnieuw de ESI-NL en de AS-R in te vullen. Voor deze meting kregen de patiënten een vergoeding van 10 euro. De vierde meting was een herhaling van de derde en vond een jaar na de basismeting plaats. Tevens voor deze meting kregen de patiënten een vergoeding van 10 euro.

2.4 Meetinstrumenten

De vragenlijsten die in dit onderzoek zijn gebruikt zijn afgenomen tijdens de basismeting. Voor dit onderzoek werd gebruik gemaakt van de vragenlijsten waarmee de mate van agressiviteit en depressiviteit gemeten kan worden. De gebruikte vragenlijsten waren de Agressie Vragenlijst (AVL) (Meesters, Muris, Bosma, Schouten & Beuving, 1996) en de Adult Behavior CheckList (ABCL) (Tenneij & Koot, 2007) om de mate van agressie te meten en de Beck Depression Inventory-II (BDI-II) (Dozois, 2010; Steer, Ball & Ranieri, 1999) om de mate van depressiviteit te meten. Alle vragenlijsten waren digitale versies van de pen en papier vragenlijsten.

Agressie Vragenlijst (AVL)

De AVL is een in het Nederlands vertaalde versie van de Aggression Questionnaire van Buss & Perry. De AVL is een zelfrapportagevragenlijst. De vragenlijst bestaat uit 29 items met een 5-punts antwoordschaal die loopt van ‘helemaal van toepassing’ tot ‘helemaal niet van toepassing’. Totalscores kunnen tussen de 29 en 145 liggen. De AVL meet vier vormen van agressieve persoonlijkheidstrekken: fysieke agressie, verbale agressie, woede en vijandigheid. Voor fysieke en verbale agressie geldt dat

het gaat om het kwetsen of het schaden van anderen. Het gaat hierbij om het daadwerkelijke agressief handelen of het uiten van agressie. Een voorbeeld item van fysieke agressie is: *als iemand me slaat, sla ik terug*. Een voorbeeld item van verbale agressie is: *ik raak vaak in een woordenwisseling met mensen als ze het niet met me eens zijn*.

Woede gaat om de emotionele of affectieve componenten van gedrag. Dit representeert de fysiologische opwinding en voorbereiding voor agressie, bijvoorbeeld: *wanneer ik gefrustreerd ben laat ik mijn irritaties merken*. Bij vijandigheid gaat het om de cognitieve component van gedrag, ook wel gedachten over onrecht en kwaadaardige intenties, bijvoorbeeld: *wanneer personen erg aardig zijn vraag ik me af wat ze van me willen* (Bryant & Smith, 2001). De AVL wordt veelal toegepast in forensische instellingen. De betrouwbaarheid van de vragenlijst is goed en de validiteit voldoende. Voor de verschillende domeinen wordt de volgende interne consistentie gemeten (Cronbach's alpha): fysieke agressie= 0.75, verbale agressie= 0.50, woede= 0.70 en vijandigheid=0.76. De totale test heeft een interne consistentie van 0.84. (Meesters et al, 1996).

Adult Behavior Checklist (ABCL)

De ABCL is een gedragsvragenlijst voor volwassenen van 18-59 jaar. Het meet gedragsproblematiek in de afgelopen drie maanden. De vragenlijst wordt door naasten van de persoon ingevuld. De ABCL omvat profielen met DSM-schalen welke gebaseerd zijn op empirisch gebaseerde syndromen. Deze zijn: angstig/depressief, teruggetrokken, lichamelijke problemen, denkproblemen, aandachtsproblemen, agressief gedrag, normafwijkend gedrag en intrusie (Aseba, 2012). Voor dit onderzoek wordt alleen de subschaal agressief gedrag gebruikt. Deze subschaal bestaat uit 16 items waarbij gebruik wordt gemaakt van een 3-punts antwoordschaal. Deze bestaat uit de antwoordopties 'niet waar', 'een beetje of soms waar' en 'helemaal waar'. Een voorbeeld item van de subschaal agressief gedrag is: *maakt veel ruzie*. De ABCL is voldoende betrouwbaar en valide. De totale test heeft een interne consistentie (Cronbach's alpha) van 0.95. De subschaal agressief gedrag heeft een interne consistentie van 0.89. (Tenneij et al, 2007)

Beck Depression Inventory-II (BDI-II)

De BDI-II is een zelfrapportagevragenlijst voor het meten van de algehele ernst van een depressie. De vragenlijst bestaat uit 21 uitspraken waarbij de onderzochte

persoon het meest bij hem passende antwoord moet geven. Er wordt gebruik gemaakt van een 4-punts antwoordschaal waarbij de antwoordmogelijkheden lopen van 0 tot 3 in termen van intensiteit. De respondent moet kiezen welke optie het meest op hem van toepassing is. De vragenlijst meet de ernst van depressie op drie dimensies: de somatische, waarbij het gaat om de lichamelijke klachten die iemand ondervindt (bijvoorbeeld: *0. Ik kan mijn werk ongeveer even goed doen als vroeger, 1. Het kost me extra inspanning om ergens aan te beginnen, 2. Ik moet mezelf er echt toe dwingen om iets te doen, 3. Ik ben helemaal tot niets in staat*), de affectieve, waarbij het gaat om lichamelijke klachten die iemand ondervindt, maar dan gericht op de mentale kant van de klachten (bijvoorbeeld: *0. ik beleef overal net zoveel plezier aan als vroeger, 1. ik geniet niet meer zoals vroeger, 2. ik vind nergens nog echte bevrediging in, 3. ik heb nergens meer voldoening van*), en de cognitieve dimensie, waarbij het gaat om de psychische klachten die iemand ondervindt (bijvoorbeeld: *0. Ik voel me niet bijzonder schuldig, 1. Ik voel me vaak schuldig, 2. Ik voel me meestal schuldig, 3. Ik voel me voortdurend schuldig*) (Beck, Steer, Brown, 1996).

Het is een betrouwbaar en valide instrument in verscheidene culturele groeperingen en is gevalideerd in zowel psychiatrische als niet-psychiatrische populaties. De BDI-II heeft een interne consistentie (Cronbach's alpha) van 0.91 (Dozois, 2010; Steer et al, 1999).

2.5 Analyse

Omdat het bij dit onderzoek ging om de doelgroep forensische patiënten werd er bij het selecteren van de respondenten gekeken of de behandeling een strafrechtelijk kader had. Hiermee moesten 35 respondenten geselecteerd worden. Doordat er met deze criteria 27 respondenten geselecteerd konden worden, werden de overige acht respondenten geselecteerd aan de hand van de setting waarin ze opgenomen waren. Er zijn acht respondenten geselecteerd die in een forensische setting opgenomen waren maar waarvan de behandeling geen strafrechtelijk kader had.

Ten eerste werden de baseline gegevens van de respondenten geanalyseerd met behulp van SPSS versie 18.0. Onder deze baseline gegevens vielen het geslacht, het geboortjaar, geboorteland en hoogst afgeronde opleiding. Voor de variabele geboortjaar werd tevens het gemiddelde en de standaard deviatie bepaald. Tevens werd de data die verzameld werd door middel van de vragenlijsten geanalyseerd in SPSS versie 18.0. Hierbij werd er gekeken of de data normaal verdeeld was. Om de onderzoeksvraag te beantwoorden werd een correlatie berekend tussen de scores op

de BDI-II en de AVL, en tussen de scores op de BDI-II en de ABCL. Hierbij werd er gekeken naar de verschillende dimensies binnen deze testen. Doordat de data niet normaal verdeeld bleek te zijn werd er voor elke dimensie een correlatie berekend door middel van een tweezijdige niet parametrische bivariaat Spearman Rho correlatie. Hierbij werd een significantie niveau van 0.05 gehanteerd.

Resultaten

3.1 Baseline gegevens

Tabel 1

Baseline gegevens van de respondenten

	Mean	SD	Frequentie N=35	Percentage
Gemiddelde leeftijd	36.17	7.99		100.0
Geslacht				
Man			33	94.3
Vrouw			2	5.7
Geboorteland				
Nederland			28	80.0
Duitsland			2	5.7
India			1	2.9
Marokko			2	5.7
Somalië			1	2.9
Iran			1	2.9
Hoogst afgeronde opleiding				
Basisschool			6	17.1
Speciaal voortgezet onderwijs			2	5.7
LBO/MAVO/VMBO			14	40.0
HAVO/VWO			1	2.9
MBO			6	17.1
HBO			4	11.4
Anders			2	5.7

In tabel 1 worden de baseline gegevens van de respondenten gepresenteerd. In de tabel is te zien dat er 33 mannen en 2 vrouwen aan het onderzoek deel hebben genomen, waarvan de gemiddelde leeftijd 36.2 jaar is. De leeftijd loopt uiteen van 23 tot 51 jaar. 80 procent van de respondenten heeft Nederland als geboorteland en 40 procent van de respondenten heeft als hoogst afgeronde opleiding het LBO/MAVO/VMBO.

3.2 Depressie en agressie

Tabel 2

Gemiddelden en standaarddeviaties op de AVL, de BDI, en de subschaal agressief gedrag van de ABCL

	N	Min	Max	Mean	SD
Score AVL (29-149)	35	45.00	119.00	81.60	17.18
Score BDI (0-63)		21.00	53.00	32.89	8.92
Score ABCL Agressief gedrag (16-48)		17.00	42.00	25.97	5.85

In tabel 2 worden de gemiddelden en standaarddeviaties van de scores op de AVL, de BDI en de subschaal agressief gedrag van de ABCL gepresenteerd. Op de AVL kan gescoord worden tussen 29 en 149. Te zien in de tabel is dat de gemiddelde score 81.60 is. Aangezien de handleiding van de AVL niet verkrijgbaar is kan er niet worden bepaald wat een gemiddelde score van 81.60 betekend. Op de BDI kan gescoord worden tussen 0 en 63. De gemiddelde score op de BDI was 32.89. Een

score tussen de 29 en 63 duidt op een zware depressie. Een gemiddelde score van 32.89 houdt dus in dat er sprake is van een zware depressie (Dozois, 2010). Op de subschaal vijandigheid van de ABCL kan gescoord worden tussen 16 en 48. In de tabel is te zien dat de gemiddelde score 25.97 is. Doordat er geen toegang mogelijk is tot de normscores per subschaal kunnen deze niet bepaald worden.

3.3 Correlaties van de subschalen van de AVL, BDI en de ABCL

Tabel 3

Correlaties tussen de subschalen van de AVL, BDI en de ABCL

	AVL subschaal Fysieke Agressie N=35	AVL subschaal Verbale Agressie N=35	AVL subschaal Woede N=35	AVL subschaal Vijandigheid N=35	ABCL subschaal Agressief Gedrag N=35
<i>BDI subschaal Cognitief N=35</i>	-0.10	-0.11	-0.03	0.50**	0.11
<i>BDI subschaal Somatisch N=35</i>	-0.11	-0.03	-0.12	0.39*	-0.04
<i>BDI subschaal Affectief N=35</i>	-0.02	0.00	0.04	0.48**	0.15

** p<.001; *p<.05

In tabel 3 wordt de relatie tussen de scores op de verschillende subschalen van de AVL, de BDI, en de agressief gedrag subschaal van de ABCL gepresenteerd. Te zien is dat er significante positieve correlaties zijn gevonden op de subschaal vijandigheid van de AVL met de drie subschalen van de BDI. Dit houdt in dat respondenten die snel gedachten over onrecht en kwaadaardige intenties vertonen, ook sneller last hebben van depressie gerelateerde klachten: lichamelijke klachten, lichamelijk klachten gericht op de mentale kant en psychische klachten. Er is een zwak verband gevonden tussen de vijandigheid subschaal van de AVL en de somatische subschaal van de BDI en een matig verband met de subschalen cognitief en affectief van de BDI. Voor de overige AVL subschalen en de agressief gedrag subschaal van de ABCL zijn er geen significante correlaties gevonden met de drie subschalen van de BDI, wat inhoudt dat er geen significante verbanden tussen deze subschalen gevonden zijn in dit onderzoek. Dit houdt in dat wanneer respondenten snel daadwerkelijk agressief gedrag vertonen of snel last hebben van fysiologische opwindning als voorbereiding voor agressie, zij niet sneller last hebben van depressie gerelateerde klachten: lichamelijke klachten, lichamelijk klachten gericht op de mentale kant en psychische klachten.

Conclusie en discussie

Middels dit onderzoek werd de volgende onderzoeksvraag onderzocht: *Wat is de relatie tussen de verschillende dimensies van depressieve trekken, agressieve trekken en agressief gedrag onder forensische patiënten?* Uit het onderzoek komt naar voren dat alleen de vijandigheid subschaal van de AVL (agressieve trekken) en de drie subschalen van depressieve trekken (BDI) een significante correlatie vertonen. De hypothese dat er een positieve correlatie van minstens 0.42 te vinden is tussen alle verschillende dimensies van agressieve persoonlijkheidstrekken en de verschillende dimensies van depressieve klachten onder forensische patiënten wordt hiermee niet bevestigd. De gevonden correlaties op de vijandigheid subschaal en de drie subschalen van depressieve trekken laten slechts een verband zien op de vijandigheid subschaal met de subschalen van de BDI. Ook de tweede hypothese: er zal een positieve correlatie van minstens 0.42 te vinden zijn tussen agressief gedrag en de verschillende dimensies van depressieve klachten onder forensische patiënten, wordt niet bevestigd. Er zijn geen significante correlaties gevonden op deze subschalen.

Een reden voor het feit dat er een significante correlatie bestaat tussen de vijandigheid subschaal van de AVL en de drie subschalen van de BDI, en niet tussen de overige subschalen van de AVL, kan zijn dat de vijandigheid subschaal een ander aspect van agressie meet. Bij de vijandigheid subschaal van de AVL worden gedachten van kwaadaardige intenties en onrecht gemeten. Bij de overige subschalen van de AVL wordt het daadwerkelijke vertonen van agressie en het fysiologisch agressief opwinden gemeten (Bryant & Smith, 2001). Doordat er bij de subschalen van de BDI voornamelijk negatieve gevoelens en lichamelijke klachten worden gemeten (Steer et al, 1999) bestaat er een overeenkomst met de vijandigheid subschaal van de AVL. Beiden meten namelijk een cognitief aspect.

Uit voorgaand onderzoek is naar voren gekomen dat wanneer vijandigheid gerapporteerd wordt door de patiënt zelf dit geen goede voorspeller voor agressiviteit is (Ferguson et al., 2005). Vijandigheid gerapporteerd door de behandelaar laat vaak wel een goede relatie met het daadwerkelijk agressief handelen van de patiënt zien. Hierdoor kan gesteld worden dat vijandigheid gemeten door een behandelaar een betere voorspeller voor agressie is dan wanneer vijandigheid gerapporteerd wordt door de patiënt zelf. Een reden hiervoor kan zijn dat patiënten minder inzicht hebben in eigen gevoelens van vijandigheid doordat deze gevoelens plotseling kunnen veranderen door stressvolle of negatieve stimuli in de omgeving van deze patiënt. Een

patiënt kan zichzelf op het moment van rapporteren benoemen als weinig vijandig, maar deze gevoelens kunnen plotseling veranderen en omslaan in agressief gedrag (Ferguson et al., 2005). Aangezien er naar voren is gekomen dat het meten van vijandigheid door middel van een zelf rapportage vragenlijst geen goede voorspeller voor agressie is, maar er wel gebruik is gemaakt van een zelf rapportage vragenlijst in het huidige onderzoek, kan dit de verschillen in de gevonden correlaties verklaren.

In voorgaand onderzoek werd gevonden dat er sterke correlaties bestaan tussen het hebben van een depressie en het vertonen van agressief of crimineel gedrag (Felson et al., 2012). Dit in tegenstelling tot de gevonden resultaten in het huidige onderzoek. Echter werd in het onderzoek van Felson en collega's gebruik gemaakt van de Survey of Inmates in State and Federal Correctional Facilities, 2004. Met behulp van deze vragenlijst werden persoonlijke karakteristieken, eerder vertoond crimineel gedrag, drugs en alcohol gebruik, en eigen gezondheid gemeten. Als psychische aandoeningen werden psychoses, depressie en angststoornissen meegenomen. In tegenstelling met het huidige onderzoek is er geen gebruik gemaakt van verschillende vragenlijsten voor verschillende aandoeningen of gedragingen. Er werd ook geen onderscheid gemaakt tussen de verschillende dimensies van aandoeningen. Hierdoor kan het zijn dat de uitkomst van deze vragenlijst een globaler beeld geeft van het welzijn van de respondent, en geen specifieke uitslag per aandoening of gedrag geeft. Tevens omvatten de overtredingen die gemeten worden meer het vertonen van deviant gedrag en niet het intentioneel pijn doen of het daadwerkelijk vertonen van agressie. Aangezien het bij drie van de subschalen van de AVL gaat om het daadwerkelijk vertonen van agressie kan het verschil in correlaties verklaard worden. Dit sluit tevens aan bij de gevonden resultaten op de vijandigheid subschaal van de AVL. Deze subschaal meet niet het daadwerkelijk agressief handelen maar meer gedachten van onrecht en kwaadaardige intenties. Dit komt meer overeen met de gemeten componenten in het onderzoek van Felson et al. Bij beiden zijn dan ook correlaties gevonden.

Ook in ander onderzoek werd er een verband aangetoond tussen het hebben van een depressie en het vertonen van woede of agressief gedrag (McMurran, Egan, Richardson, Street, Ahmadi, & Cooper, 2000). Hierbij werd er gebruik gemaakt van de State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI) en de Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Deze vragenlijsten werden afgenomen bij mannelijke patiënten die psychische hulp ontvangen maar die niet opgenomen waren in een

forensische instelling. Hierbij werd er gebruik gemaakt van een groep die woede of agressief gedrag vertoonde en een groep die dit gedrag niet vertoonde. Onderzocht werd of er sprake was van een hogere mate van angst en depressiviteit onder patiënten die hoog scoren op het vertonen van woede en agressie in vergelijking met de groep die dit niet vertoonde. Met behulp van de STAXI werd de ervaring en het vertonen van woede en agressie gemeten. Hierbij werd er onderscheidt gemaakt tussen de intensiteit van woede en agressie als een emotionele staat en de neiging om woede en agressieve gevoelens te ervaren als een persoonlijkheidstrekk. Met behulp van de HADS werd de huidige staat van angst en depressie gemeten. Hierbij wordt er onderscheidt gemaakt tussen items voor angst en items voor depressie. Bij beide groepen werd er een relatie tussen angst en depressiviteit gevonden. Een reden van de verschillen in de gevonden resultaten in beide onderzoeken kan zijn dat de respondenten in het huidige onderzoek allen opgenomen zijn in een forensische kliniek. Dit in tegenstelling tot de respondenten in het onderzoek van McMurran et al. Het kan zijn dat de gevoelens van deze groepen anders zijn of onderdrukt worden door de setting waarin ze hulp ontvangen. Dit zou aansluiten bij de gevonden resultaten in het eerder genoemde onderzoek van Cassau & Goodwin. Hierin werd gevonden dat depressieve gevoelens kunnen afnemen naarmate patiënten langer in een gesloten omgeving worden behandeld. Dit kan te wijten zijn aan de mogelijkheid van personen om zich aan te passen aan de omstandigheden waarin ze zich bevinden (Cassau & Goodwin, 2012).

Er zijn enkele kritische kanttekeningen bij dit onderzoek te plaatsen. In het onderzoek is er grotendeels gebruik gemaakt van een mannelijke populatie, namelijk 33 mannen en 2 vrouwen. Hierdoor zijn de gevonden resultaten beter te generaliseren voor mannen dan voor vrouwen. Tevens is er grotendeels gebruik gemaakt van een Nederlandse populatie waardoor de resultaten het meest representatief zijn voor personen met een Nederlandse achtergrond. Om uitspraken te doen over andere culturen of sekse zal er vervolgonderzoek moeten plaatsvinden naar deze eigenschappen. Voor vervolgonderzoek is het van belang dat er uitsluitend gebruik wordt gemaakt van respondenten waarvan de behandeling een strafrechtelijk kader heeft om meer homogeniteit te creëren voor een zo goed mogelijk representatief resultaat. Voor dit onderzoek is er ook gebruik gemaakt van respondenten waarvan de behandeling geen strafrechtelijk kader had maar die wel behandeld werden in een forensische setting. Dit was nodig om het benodigde aantal respondenten te behalen.

Tevens is het voor het creëren van meer homogeniteit van belang om voor vervolgonderzoek respondenten te selecteren zonder onderliggende drugs of alcoholverslaving. Voor dit onderzoek is een selectie gemaakt uit de data van het overkoepelende onderzoek. Tijdens dit overkoepelende onderzoek is er data verzameld van patiënten uit forensische en verslavingsklinieken. Tijdens het selecteren van de data van de benodigde 35 respondenten is er niet gekeken naar een eventuele onderliggende verslaving. Er is gebleken dat alcohol en drugs problemen sterk correleren met psychische aandoeningen en een sterke voorspeller zijn voor het vertonen van agressief gedrag (Felson et al., 2012). Het hebben van een verslaving kan hierdoor een mediërende factor zijn met het verband tussen het hebben van een psychische aandoening en het vertonen van agressief gedrag. Echter zou het uitsluiten van personen met een onderliggende drugs of alcohol verslaving de generaliseerbaarheid van het onderzoek niet ten goede komen. Er bestaat namelijk een groot verband tussen het hebben van een verslaving en het vertonen van agressief gedrag. Het hebben van een drugs of alcohol verslaving is een veel voorkomend probleem onder de forensische populatie (Daffern, Howells, Ogloff & Lee, 2005). Om een zo hoog mogelijke generaliseerbaarheid te behouden kunnen personen met een onderliggende drugs of alcohol verslaving mee genomen worden bij vervolgonderzoek. Hierbij is het interessant om ook te kijken naar de relatie tussen het hebben van een onderliggende verslaving en het vertonen van agressief gedrag. Aangezien er hiermee bepaald kan worden of een onderliggende verslaving daadwerkelijk een mediërende werking heeft op het agressieve gedrag.

Ook is het belangrijk dat er meer onderzoek gedaan wordt naar de verbanden tussen de verschillende dimensies en in het speciaal naar de dimensie vijandigheid van de AVL. Aangezien er in dit onderzoek naar voren is gekomen dat er een verband bestaat tussen de vijandigheid subschaal van de AVL en de drie subschalen van de BDI is het belangrijk om dit nader te onderzoeken om met grotere zekerheid conclusies te kunnen trekken over deze relatie.

Doordat er in dit onderzoek naar voren is gekomen dat er een relatie bestaat tussen de dimensie vijandigheid van agressieve persoonlijkheidstrekken en de dimensies van depressieve klachten kan hier in de praktijk rekening mee gehouden worden. Wanneer een persoon tijdens het verblijf vijandig gedrag vertoont kan er sneller een link gelegd worden met het hebben van depressieve klachten en vice versa. Deze link kan onder andere gelegd worden door het afnemen van vragenlijsten die deze gevoelens of

gedragingen meten. Wanneer de uitkomst van deze vragenlijsten dezelfde relaties laten zien als in het huidige onderzoek, namelijk dat er een correlatie bestaat tussen het vertonen van vijandigheid en het vertonen van depressieve klachten kan hierop adequaat gereageerd worden. Wanneer deze resultaten zo vroeg mogelijk naar voren komen kan men in een zo vroeg mogelijk stadium met een behandeling starten om deze symptomen te behandelen doordat er gericht gezocht kan worden naar mogelijke oorzaken of gevolgen van agressief of depressief gedrag of gevoelens. Dit zorgt er voor dat deze klachten effectiever worden behandeld of worden voorkomen. De behandeling binnen forensische klinieken is vooral gericht op het reduceren van het vertonen van risicogedrag op de korte termijn, en er voor te zorgen dat patiënten niet terugvallen in hun oude gedrag en weer gere-integreerd kunnen worden in de samenleving op de lange termijn. De kwaliteit van de behandelingen en de nazorg is hoog en is gebaseerd op moderne behandelprincipes aangezien ze moeten voldoen aan regels aangegeven in de wetgeving. Echter wordt er geprobeerd om de lengte van een behandeling te reduceren. Een behandeling neemt nu al snel enkele jaren in beslag. Er wordt gezocht naar effectievere therapieën en een meer efficiëntere aanpak binnen de totale behandeling (Marle, 2000). In de dagelijkse praktijk is cognitieve gedragstherapie de meest voorkomende behandelingsvorm. Hierbij gaat het om een kortdurende vorm van psychologische behandeling waarbij de patiënt leert negatieve patronen van cognities te ontdekken en te veranderen (Cuijpers & Dekker, 2005). Hierbij worden de problemen ter sprake gesteld tijdens een gesprek. Wanneer er gebruik gemaakt wordt van het tussentijds afnemen van vragenlijsten om een link te kunnen leggen tussen het vertonen van vijandig gedrag of gedachten en depressieve gevoelens, wordt er vroegtijdig bekend waar een behandelaar zich op moet richten tijdens een behandeling of wanneer een behandeling moet worden aangepast. Dit kan er voor zorgen dat een bijpassende behandeling sneller gestart kan worden. Dit kan de efficiëntie van het werken ten goede komen.

Bij de vijandigheid subschaal van de AVL gaat het om het cognitieve component van gedrag. Het bestaat uit gevoelens van zieke wil en onrecht. Aangezien het gaat om een cognitief component is het erg lastig om deze vijandige gevoelens te constateren bij patiënten. Een mogelijke manier hiervoor zou kunnen zijn dat er als een routine handeling vragenlijsten over agressiviteit (AVL) en depressie (BDI) worden afgenomen bij patiënten bij binnenkomst. Dit kan vervolgens elk half jaar herhaald wordt om de mogelijke aanwezigheid of ontwikkeling van vijandigheid of depressieve gevoelens te kunnen constateren. Door deze vragenlijsten elk half jaar af

te nemen ontstaat er een duidelijk beeld van eventuele veranderingen in gevoelens en gedrag. Mocht er verandering optreden in deze gevoelens of gedrag dan kan er in een vroeg stadium geanticipeerd worden op deze veranderingen door bijvoorbeeld de behandeling aan te passen. Een mogelijke andere manier om vijandige gevoelens in een persoon te identificeren is het bespreekbaar maken van dit onderwerp tijdens gesprekken met deze persoon. Aangezien vijandige gevoelens snel kunnen overslaan naar agressief gedrag door middel van negatieve stimuli in iemands omgeving (Ferguson et al., 2005) is het belangrijk dat deze gevoelens regelmatig besproken worden. Een mogelijkheid is om eens per maand te controleren of deze gevoelens aanwezig zijn bij de patiënt. Een behandelaar kan hierbij indirect vragen stellen naar iemands gedrag en gedachten. Bij het stellen van indirecte vragen kan de patiënt vertellen wat er in zijn gedachten omgaat in plaats van het gericht antwoord geven op een doelgerichte vraag. Bij het stellen van indirecte vragen is de gedachtegang van de persoon te volgen. Hierdoor komt de mening of gevoelens van deze persoon beter naar voren. Wanneer er een bepaald probleem naar voren komt kan hier op in gegaan worden door de behandelaar. Dit sluit aan bij de huidige behandelingsmethode. Namelijk het bespreken van een probleem in een gesprek met de patiënt.

Uit het onderzoek is naar voren gekomen dat de subschaal vijandigheid een positieve correlatie heeft met de subschalen van de BDI. Er kan hierdoor geconcludeerd worden dat wanneer respondenten die snel gedachten over onrecht en kwaadaardige intenties vertonen, ook sneller last hebben van depressie gerelateerde klachten: lichamelijke klachten, lichamelijke klachten gericht op de mentale kant en psychische klachten. Deze resultaten zijn toepasbaar op de gebruikte doelgroep. Namelijk een voornamelijk mannelijke Nederlandse populatie met een leeftijd tussen de 23 en 51 jaar. Om conclusies te kunnen trekken over andere doelgroepen zal hier in vervolgonderzoek aandacht aan besteed moeten worden.

Referentielijst

- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual disorders (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Aseba. Gedragsvragenlijst voor volwassenen van 18-59 jaar (ABCL). Verkregen op 24 april 2012, via [http://www.aseba.nl/vragenlijsten.htm#Gedragsvragenlijst%20voor%20Volwassenen%20van%2018-59%20jaar%20\(ABCL\)](http://www.aseba.nl/vragenlijsten.htm#Gedragsvragenlijst%20voor%20Volwassenen%20van%2018-59%20jaar%20(ABCL))
- Beck A.T., Steer R.A., Brown G.K. Manual for the Beck Depression Inventory–II. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1996.
- Bryant, F.B., & Smith, B.D. (2001). Refining the architecture of aggression: a measurement model for the Buss-Perry aggression questionnaire, *Journal of research in personality*, 35, 138-167.
- Cassau, J. & Goodwin, D. (2012). The phenomenology and course of depressive syndromes in pre-trial detention. *International journal of law and psychiatry*, 35, 231-235.
- Conner, K., Duberstein, P., Conwell, Y., & Caine, E. (2002). Reactive aggression and suicide. Theory and evidence. *Aggression and violent behavior*, 8, 413-432.
- Cuijpers, P. & Dekker, J. (2005). Psychologische behandeling van depressie; een systematisch overzicht van meta-analysen. *Nederlands tijdschrift geneeskunde*, 149 (34).
- Daffern, M., Howells, K., Ogloff, J. & Lee, J. (2005). Individual characteristics predisposing patients to aggression in a forensic psychiatric hospital. *The journal of forensic psychiatry & psychology*, 16 (4), 729-746.
- Dozois, D.J.A. (2010). Beck Depression Inventory – II. *The Corsini encyclopedia of psychology*, 1-2.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A. & Lang, A. (2009). Statistical power analyses using G*power 3.1: tests for correlation and regression analyses. *Behaviour Research Methods*, 41 (4), 1149-1160.
- Felson, R., Silver, E., & Remster, B. (2012). Mental disorder and offending in prison. *Criminal justice and behavior*, 39, 125-143.
- Ferguson, C., Averill, P., Rhoades, H., Rocha, D., Gruber, N. & Gummattira, P. (2005). Social isolation, impulsivity and depression as predictors of aggression in a psychiatric inpatient population. *Psychiatric Quarterly*, 76 (2).
- Hornsveld, R., Muris, P., Kraaimaat, F. & Meesters, C. (2008). Psychometric properties of the aggression questionnaire in Dutch violent forensic psychiatric patients and secondary vocational students. *Assessment*, 16 (2), 181-192.
- Marle, H. (2000). Forensic psychiatric services in the Netherlands. *International journal of law and psychiatry*, 23 (5-6), 515-531.
- McMurran, M., Egan, V., Richardson, C., Street, H., Ahmadi, S. & Cooper, G. (2000). Referrals for anger and aggression in forensic psychology outpatient service. *The journal of forensic psychiatry*, 11 (1), 206-213.

- Meesters, C., Muris, P., Bosma, H., Schouten, E. & Beuving, S. (1996). Psychometric evaluation of the Dutch version of the aggression questionnaire, *Behaviour Research and Therapy*, 34 (10), 839-843.
- Steer, R.A., Ball, R. & Ranieri, F. (1999). Dimensions of the Beck Depression Inventory-II in clinical depressed outpatients. *Journal of clinical psychology*, 55, 117-128.
- Tenneij, N.H. & Koot, H.M. (2007). A preliminary investigation into the utility of the Adult Behavior Checklist in the assesment of psychopathology in people with low IQ. *Journal of applied research in intellectual disabilities*, 20, 391-400.
- Tiihonen, J., Isohanni, M., Räsänen, P., Koironen, M., Moring, J. (1997). Specific major mental disorders and criminality: A 26-year prospective study of the 1966 northern Finland birth cohort. *American Journal of Psychiatry*, 154 (6).