



FACULTEIT
RECHTSGELEERDHEID

PSYCHOSE EN CRIMINALITEIT: EEN EENDUIDIGE OF EEN COMPLEXE RELATIE?

Masterproef neergelegd tot het behalen van
de graad van Master in de criminologische wetenschappen

door (20030056) Vantieghem Bregwin

Academiejaar 2009-2010

Promotor :
Prof. Dr. Decorte Tom

Commissarissen :
Prof. Dr. Audenaert Kurt
Lic. Smets Lotte

Verklaring inzake toegankelijkheid van de masterproef criminologische wetenschappen

Ondergetekende,

[Naam en Voornaam + stamnummer] Vantieghem Bregwin, 20030056...

geeft hierbij aan derden,

zijnde andere personen dan de promotor (en eventuele co-promotor), de commissarissen of leden van de examencommissie van de master in de criminologische wetenschappen,

(de toelating) ~~[geen toelating]~~ (*schrappen wat niet past*)

om deze masterproef in te zien, deze geheel of gedeeltelijk te kopiëren of er, indien beschikbaar, een elektronische kopie van te bekomen, waarbij deze derden er uiteraard slechts zullen kunnen naar verwijzen of uit citeren mits zij correct en volledig de bron vermelden.

Deze verklaring wordt in zoveel exemplaren opgemaakt als het aantal exemplaren waarin de masterproef moet worden ingediend, en dient in elk van die exemplaren ingebonden onmiddellijk na het titelblad.

Datum:

Handtekening:

Trefwoorden (5):

Psychose, schizofrenie, criminaliteit, geweld, typologie Hodgins (2008)

Woord vooraf

Deze masterproef vormt voor mij het sluitstuk van mijn opleiding criminologische wetenschappen aan de Universiteit van Gent. Graag had ik van deze gelegenheid dan ook gebruik willen maken om mijn ouders te bedanken. Zij boden mij namelijk de mogelijkheid om deze studie met succes te beëindigen. Bovendien stonden zij gedurende mijn lange studentencarrière altijd klaar met raad en daad. Zonder hen zou ik nooit een diploma behaald hebben.

Deze masterproef heeft verder heel wat inspanningen geëist van veel verschillende mensen. Zonder hun hulp en inzet zou ik deze scriptie nooit hebben kunnen realiseren. Langs deze weg had ik hen dan ook willen bedanken. Eerst en vooral ben ik de medewerkers van het ziekenhuis waar ik het empirisch onderzoek mocht uitvoeren mijn oprechte dank verschuldigd. Een onderzoek opzetten over deze gevoelige materie is namelijk geen eenvoudige klus. Ik heb dit slechts kunnen realiseren door de enthousiaste medewerking van al deze personeelsleden. Menige uren heb ik er ter plaatse kunnen werken aan deze scriptie. Ik besef dan ook dat dit geen evidentie is. Teneinde de anonimiteit van de deelnemers te garanderen, zal ik dit ziekenhuis en deze personen echter niet bij naam kunnen noemen. Ik hoop dat dit geen afbreuk doet aan de waarde van deze dankbetuiging. Zo had ik graag de psychologen V.B., S.B. en B.B. bedankt voor hun klinische inzichten en de investering van hun kostbare tijd. Hun enthousiasme heeft mij danig gemotiveerd. Zij gaven mij gedurende het onderzoeksproces bovendien enkele belangrijke tips voor de uitwerking van deze masterproef. Daarnaast had ik graag de criminologen J.D. en L.M. willen bedanken voor een goede ondersteuning en opvolging. Zij hielpen mij met de goedkeuring van het onderzoek en de casuskeuze en leverden hierbij een niet te onderschatten bijdrage. Bij hen kon ik tevens van bij de aanvang van het onderzoek terecht met al mijn vragen. Daarenboven mag ik de patiënten niet vergeten te bedanken voor hun deelname aan het onderzoek. Ik besef dat het niet gemakkelijk is om uw levensverhaal aan een wildvreemde te vertellen. Hun oprechtheid is dan ook erg geapprecieerd.

Vervolgens had ik Prof. Dr. Tom Decorte willen bedanken voor de goede begeleiding en samenwerking. Als promotor trok hij heel wat tijd uit voor het nalezen van de scriptie, het verschaffen van nuttige tips en uitleg, etc. Tot slot wil ik nog mijn zus, moeder en vader bedanken. Zij stonden namelijk altijd open voor het nalezen van paragrafen, taalkundige tips, etc.

Inhoudstafel

| | |
|---|-------|
| Hoofdstuk I. Algemene inleiding | p. 1 |
| 1. Criminologische relevantie | p. 1 |
| A. Risico op geweld bij psychotische patiënten | p. 2 |
| B. Consequenties van geweld bij psychotici | p. 2 |
| 2. Onderzoekstraditie | p. 4 |
| A. Macro, meso of micro? | p. 4 |
| B. De criminologische psychologie | p. 5 |
| 3. Probleemstelling en methodiek | p. 7 |
| Hoofdstuk II. De relatie tussen psychose en criminaliteit | p. 10 |
| 1. Inleiding | p. 10 |
| 2. Schizofrenie en andere psychotische stoornissen | p. 11 |
| A. De definitie van psychose | p. 11 |
| B. Epidemiologie van psychotische stoornissen | p. 15 |
| C. Problemen met de DSM-definitie | p. 15 |
| 3. Criminaliteit gepleegd door personen met een psychose | p. 17 |
| A. Delictkenmerken | p. 17 |
| i. Enkele algemene bevindingen | p. 17 |
| ii. Diversiteit van de criminele feiten | p. 18 |
| iii. Gewelddelicten | p. 18 |
| B. De prevalentie van geweld bij psychose | p. 20 |
| i. Methodologische problemen | p. 20 |
| ii. Risico op geweld bij psychose | p. 23 |

| | |
|--|-------|
| iii. Geweld bij psychotische vrouwen | p. 24 |
| C. Interpretatie van de correlatie tussen psychose en geweld | p. 26 |
| 4. De strafrechtelijke reactie | p. 29 |
| A. Strafrechtelijke verantwoordelijkheid en de wetgeving | p. 29 |
| B. Wetenschappelijke onderzoek en de gevolgen voor de wetgeving | p. 31 |
| i. De cognitieve theorie | p. 31 |
| ii. Heterogeniteit van geweld | p. 31 |
| iii. De psychoanalytische theorie | p. 32 |
| C. De praktijk | p. 33 |
| 5. Conclusie | p. 34 |
| Hoofdstuk III. Beïnvloedende of criminogene factoren | p. 35 |
| 1. Inleiding | p. 35 |
| 2. Kenmerken eigen aan de psychotische stoornis | p. 37 |
| A. Positieve symptomen: Wanen | p. 37 |
| B. Positieve symptomen: Hallucinaties | p. 39 |
| C. Negatieve symptomen | p. 40 |
| 3. Comorbiditeit met andere stoornissen | p. 41 |
| A. Comorbiditeit met middelenmisbruik | p. 41 |
| i. Prevalentie | p. 41 |
| ii. Relatie met geweld | p. 42 |
| iii. Besluit | p. 44 |
| B. Comorbiditeit met antisociale persoonlijkheidsstoornis/psychopathie | p. 44 |
| i. Prevalentie | p. 44 |

| | |
|---|-------|
| ii. Definitie | p. 45 |
| iii. Relatie met geweld | p. 45 |
| iv. Besluit | p. 46 |
| C. Comorbiditeit met een gedragsstoornis | p. 47 |
| i. Definitie | p. 47 |
| ii. Relatie met geweld | p. 47 |
| iii. Besluit | p. 48 |
| 4. Heterogeniteit van geweld bij psychose | p. 49 |
| 5. Conclusie | p. 51 |
| Hoofdstuk IV. Theoretische verklaringen | p. 52 |
| 1. Inleiding | p. 52 |
| 2. De typologie van Hodgins (2008) | p. 52 |
| A. Heterogeniteit | p. 52 |
| B. Type één: de vroege starters | p. 53 |
| C. Type twee: de late starters | p. 53 |
| D. Het derde type | p. 54 |
| 3. De cognitieve theorie | p. 55 |
| A. Psychotische actie | p. 55 |
| B. Het vereenvoudigd model van Junginger (1996) | p. 55 |
| C. Evaluatie | p. 57 |
| 4. Het diathese-stress model | p. 57 |
| A. Het basismodel | p. 58 |
| B. Toegepast op geweld bij schizofrenie | p. 59 |

| | |
|---|-------|
| C. Evaluatie | p. 59 |
| 5. Het model van Hiday (1997) | p. 60 |
| A. Uitwerking van het model | p. 60 |
| B. Evaluatie | p. 63 |
| 6. De psychodynamische theorie/ psychoanalytische theorie | p. 63 |
| A. Geweld | p. 63 |
| B. Psychose | p. 65 |
| C. Geweld bij psychose | p. 66 |
| D. Evaluatie | p. 68 |
| 7. Conclusie | p. 69 |
| Hoofdstuk V. Methode van het kwalitatief empirisch onderzoek | p. 70 |
| 1. Inleiding | p. 70 |
| 2. Onderzoeksdesign en dataverzameling | p. 71 |
| 3. Onderzoeksubjecten en steekproeftrekking | p. 72 |
| 4. Procedure en onderzoeksmateriaal | p. 74 |
| 5. Beperkingen van het onderzoek | p. 77 |
| 6. Steekproef: De 9 cases | p. 79 |
| Hoofdstuk VI. Resultaten | p. 84 |
| 1. Inleiding | p. 84 |
| 2. Onderzoeksvraag 1:Empirische toetsing v/d typologie van Hodgins (2008) | p. 84 |
| A. Type één: de vroege starters | p. 85 |
| B. Type twee: de late starters | p. 85 |
| C. De niet-toewijsbare gevallen | p. 86 |

| | |
|---|-------|
| D. Gevolgen voor het model van Hodgins (2008) | p. 87 |
| i. Alternatief voor het derde type | p. 87 |
| ii. Voordeel van het alternatief | p. 88 |
| E. De psychoanalytische theorie en het model van Hodgins (2008) | p. 89 |
| F. De stelling | p. 90 |
| 3. Onderzoeksvraag 2: Onderliggende geweldsdynamieken | p. 92 |
| A. Positieve psychotische symptomen | p. 93 |
| B. Negatieve psychotische symptomen | p. 93 |
| C. Middelenmisbruik | p. 93 |
| D. Risicofactoren uit het model van Hodgins (2008) | p. 94 |
| E. Beschermende factoren | p. 95 |
| F. De stelling | p. 96 |
| Hoofdstuk VII. Algemeen besluit | p. 98 |
| Referentielijst | p.101 |

Hoofdstuk I. Algemene inleiding

De *publieke opinie* is er reeds geruime tijd van overtuigd dat er een relatie moet bestaan tussen mentale stoornissen, zoals psychose, en de aanwezigheid van geweld. Dit geloof blijkt aanwezig te zijn bij verschillende culturen en is de laatste vijf millennia relatief stabiel gebleven (Douglas, Guy & Hart, 2009).

De *dominante academische visie* is daarentegen de laatste decennia van positie gewijzigd. Vanaf de jaren 1960 tot midden de jaren 1980 werd de hypothese over het bestaan van deze relatie namelijk door critici in vraag gesteld. Vanaf die periode ontstonden ook de *eerste empirische onderzoeken*. Deze onderzoeken hebben ervoor gezorgd dat er uiteenlopende visies en ideeën zijn ontstaan. Volgens sommige critici wijzen de resultaten van deze onderzoeken er namelijk op dat er geen empirische evidentie bestaat voor associatie tussen beide factoren (Bonta, Law & Hanson, 1998; Rabkin, 1979). Anderen, zoals Teplin (1985), gingen verder en argumenteren dat ondanks de zwakke evidentie er toch voldoende empirisch bewijs bestaat voor het feit dat er geen associatie tussen beide factoren zou bestaan. Monahan en Steadman (1983) tenslotte namen een eerder gematigde positie in en stelden dat er op basis van de onderzoeksbevindingen geen definitieve conclusies konden getrokken worden. Vanaf de jaren 1990 evolueerde deze academische visie en werd algemeen aanvaard dat de associatie tussen mentale stoornissen en geweld klein is, maar wel robuust is en het sterkst is bij bepaalde specifieke stoornissen zoals psychose (Bjorkly, 2002a, 2002b; Douglas et al. 2009). Sommige onderzoekers vinden echter nog steeds geen duidelijke relatie of slechts een relatie met bepaalde symptomen van deze psychotische stoornis (Appelbaum, Robbins & Monahan, 2000). *Hierdoor blijft de vraag naar de concrete aard van de relatie tussen psychose en geweld nog steeds controversieel.*

1. Criminologische relevantie

De *criminologisch relevantie* van deze masterproef situeert zich reeds bij de doelstelling. We trachten namelijk inzicht te verwerven in het criminele gedrag van een bepaalde subgroep forensische patiënten, namelijk de psychotische patiënten. Dit criminele gedrag, en niet de psychische stoornis, staat dan ook centraal en vormt het uitgangspunt van deze masterproef. Er zijn *diverse redenen* te formuleren waarom het onderzoek naar de link tussen psychose en criminaliteit vanuit criminologisch standpunt belangrijk is. Hierbij bespreken we eerst het

risico op geweld bij psychotische patiënten en vervolgens enkele consequenties van hun geweldsdelicten. Telkens bouwen we enkele cruciale redeneringen op over het criminologisch belang.

A. Risico op geweld bij psychotische patiënten

Vooreerst bestaat vandaag de dag voldoende empirische evidentie om ervan uit te gaan dat bij deze subgroep een *groter risico* bestaat op het *plegen van een delict*. Zo blijkt dat mannen met een psychose ten opzichte van de algemene populatie één tot zeven keer meer kans hebben op een geweldpleging, bij vrouwen is dit vier tot 29 keer meer (Fazel, Gulati, Linsell, Geddes & Grann, 2009). Daarenboven blijkt dat een relatief aanzienlijke percentage van geweld in de populatie is toe te schrijven aan deze kleine subgroep (de prevalentie van schizofrenie in de algemene populatie is 0.1 tot 0.5 %), hoewel dit cijfer onder de 10% blijft (Walsh, Buchanan & Fahy, 2002). *Schizofrenen dragen bijgevolg disproportioneel bij aan de gewelddelictcijfers.*

Voor een criminoloog is het interessant om een zicht te hebben op de kenmerken van geweldplegers. Uit het voorgaande blijkt dat de forensische schizofrene populatie een subgroep is van deze geweldplegers. Voor een criminoloog is het dan ook van belang een accuraat beeld te hebben over de specifieke kenmerken van deze subgroep en hun aandeel bij criminaliteit. *Een beter begrip van de onderliggende processen bij criminaliteit gepleegd door psychotici, kan relevante informatie opleveren voor de criminoloog in het kader van preventie en handvaten bieden voor een degelijke beleidsstrategie.*

B. Consequenties van geweld bij psychotici

Daarenboven veroorzaken de delicten van deze psychotische patiënten niet alleen *leed* bij de *slachtoffers*, maar hebben tevens diverse *implicaties voor de samenleving en de daders zelf*. Hierna bespreken we de consequenties die impliciet het criminologisch belang van onderzoek naar de relatie tussen psychose en geweld aantonen.

De aanwezigheid van symptomen, zoals wanen en hallucinaties, wordt vaak gebruikt als een item in risicotaxatie-instrumenten en kan bijgevolg aanleiding geven tot *collocatie en internering* van de daders (Goethals, 2007). Een groot aandeel van de forensische patiënten waarvoor internering werd uitgesproken, voldoen namelijk aan de criteria van een psychotische stoornis. Zo blijkt dat 42% van alle Belgische geïnterneerden die zijn opgenomen in een residentieel zorgcircuit, een psychotische stoornis hebben; voor de geïnterneerden die zijn opgesloten in een justitiële instelling is dit 29% (Cosyns, 2005). Dit

betekent dat de constitutioneel beschermde vrijheden van deze persoon geschonden worden teneinde de publieke veiligheid te beschermen (Douglas et al., 2009). Voor een criminoloog is deze *ethische discussie* relevant. Zijn psychotische symptomen bij delictpleging een aanwijzing voor ontoerekeningsvatbaarheid? Moeten deze psychotische personen in het kader van een beveiligingsmaatregel worden opgesloten ter beveiliging van de maatschappij? *Wil men een standpunt innemen ten opzichte van deze ethische vragen, moet men een zicht hebben op de onderliggende mechanismen zodat men in staat is dit standpunt accuraat te beargumenteren.*

Personen met een psychose kunnen als één van de meest *gestigmatiseerde groepen* in de samenleving worden gezien (Douglas et al., 2009). Deze psychiatrische patiënten kunnen dergelijk stigma vervolgens internaliseren, wat een effect kan hebben op hun gevoel van zelfwaarde en het geloof in het eigen kunnen. De vaststelling dat er tussen psychose en criminaliteit een stabiele relatie blijkt te bestaan, werkt onterecht stigmatiserend voor de volledige schizofrene populatie, want niet alle schizofrene patiënten plegen criminaliteit. Het onderzoek naar deze relatie is dus van belang om mythes de wereld uit te helpen. Volgens Taylor (2008) is de publieke angst voor personen met een psychose namelijk onterecht, gezien 95 tot 99% van alle geweld in de samenleving niets met psychose te maken heeft. *In het kader van deze algemene angst- en onveiligheidsgevoelens is dit type onderzoek bijgevolg van belang om de publieke opinie bewust te maken van de werkelijkheid rond psychosen in relatie tot criminaliteit.*

Bovendien blijkt dat de aanwezigheid van geweldsmisdrijven bij psychiatrische patiënten samenhangt met de kans op zelfdoding, automutilatie en het zelf slachtoffer worden van misdrijven (Hillbrand, 2001; Teplin, McClelland, Abram & Weiner, 2005). Voor iedere moord die een psychoticus pleegt, zouden 100 psychotici zelfmoord hebben gepleegd (Willemsen, 2008). Deze groep mag dus niet enkel bekeken worden als een groep van potentiële daders, maar kan tevens als een *kwetsbare groep van potentiële slachtoffers* gezien worden. Daarenboven kan geweld ten opzichte van andere personen de *behandelingsinspanningen* verminderen en uiteindelijk tot een verergering van de psychiatrische toestand leiden. Dit verhoogt op zijn beurt opnieuw de kans op geweld. Psychotische patiënten kunnen op deze manier in een vicieuze cirkel van geweld terecht komen. *Inzicht in de onderliggende geweldsprocessen kan een criminoloog in staat stellen om adequate interventies te ontwikkelen teneinde deze geweldcirkel te doorbreken.*

Op het niveau van de samenleving tenslotte is de relatie tussen psychose en criminaliteit geassocieerd met een *financiële last voor de gemeenschap* (Douglas et al., 2009; Hodgins, 2008). De verhoogde kans op geweld veroorzaakt namelijk economische en persoonlijke kosten voor de verschillende betrokkenen. Dit brengt bijvoorbeeld kosten met zich mee voor zowel de patiënt (bijvoorbeeld het betalen van een schadevergoeding) als voor bepaalde personen uit de samenleving (bijvoorbeeld bij vernieling van eigendom) en tenslotte voor de samenleving in zijn geheel (bijvoorbeeld de kosten van hospitalisatie, opsluiting). *Men kan geen adequate strategieën ontwikkelen om deze kosten te drukken zonder inzicht in de aard van de relatie tussen psychose en criminaliteit.*

2. Onderzoekstraditie

A. Macro, meso of micro?

De vraagstelling van deze masterproef bevindt zich op het *microvlak*. De relatie tussen psychose en criminaliteit wordt hierbij gezocht op het niveau van het individu en zijn specifieke kenmerken. Dit is een bewuste keuze. De meeste *criminologische theorieën* die een verwijzing maken naar de relatie tussen psychiatrische problematieken en criminaliteit blijven namelijk op het *macroniveau*. Deze theorieën zijn echter niet in staat een adequaat en pasklaar antwoord te bieden op de complexiteit van de empirische onderzoeksbevindingen en de specificiteit van de delicten bij de psychotische populatie (Goethals, 2007; Hodgins & Jonson, 2002; Morrall, 2000).

Zo stelt de '*sociale desorganisatie theorie*' van Shaw en McKay (1942) bijvoorbeeld dat er een grotere prevalentie bestaat van psychische stoornissen en criminaliteit in bepaalde delen van de stad. Hier is dus sprake van een ecologisch determinisme. In deze theorie wordt de specifieke relatie tussen psychotische stoornissen en geweld echter onderbelicht. De theorie op zich is daarenboven niet in staat te verklaren waarom sommige psychotici niet overgaan tot het plegen van geweld en anderen wel (cf. Hoofdstuk III.1).

Daarnaast zou het begrip '*zelfcontrole*' uit de '*general theory of crime*' van Hirchi en Gottfredson (1990) gebruikt kunnen worden om het gebrek aan inhibitie bij psychotische patiënten aan te duiden. Dit zou een verklaring kunnen zijn voor de hogere prevalentie van geweld bij deze patiënten. Deze theorie kan echter geen verklaring bieden voor de invloed van positieve psychotische symptomen (cf. Hoofdstuk III.2).

Vanuit de *'labellingtheorie'* (1966) tenslotte wordt gesteld dat bepaalde gedragingen door een bepaalde gemeenschap als deviant worden gezien. Personen die 'vreemd' of 'abnormaal' gedrag stellen, zullen door de gemeenschap vaak het label van psychiatrische patiënt opgespeld krijgen. Op basis hiervan kunnen we voorspellen dat deze personen zich vervolgens zullen identificeren met dit etiket en zich bijgevolg conform dit label zullen gedragen. Vanuit de publieke opinie wordt een relatie tussen psychose en geweld vermoed en vanuit de theorie kan men bijgevolg voorspellen dat geweld dan ook zal voorkomen. Deze labellingtheorie biedt echter geen verklaring voor het geweld dat aanwezig is bij psychotische patiënten voordat de psychiatrische diagnose werd vastgesteld (cf. Hoofdstuk III.3.C).

Wanneer bij een psychiatrische stoornis, zoals psychose, een verhoogde prevalentie van strafbaar gedrag wordt vastgesteld, kan het hanteren van *verklaringsmodellen op microniveau* wellicht een beter begrip bieden dan de hierboven besproken macromodellen. Deze micromodellen zijn namelijk in staat het gedrag van die specifieke kwetsbare subgroep te verklaren door de *'black-box'* open te trekken. Bij het schrijven van deze masterproef zijn we dus op zoek gegaan naar de reeds ontwikkelde psychologische en psychiatrische modellen ter verklaring van de ontwikkeling en het verloop van deze psychotische stoornis. Op deze manier hoeven we het warm water niet opnieuw uit te vinden. We maken hier dus de bewuste keuze om dieper in te gaan op het microniveau. Zo hopen we inzicht te krijgen in de relatie tussen de psychiatrische ziekte en het geweld.

Er kan echter een belangrijke *kritiek* op deze benadering geformuleerd worden. Door de focus op het microniveau lopen we namelijk het risico dat criminaliteit sterk wordt geïndividualiseerd en de betrokkene bijgevolg wordt beschuldigd. Om aan deze kritiek tegemoet te komen, moeten we er ons van bewust blijven dat factoren op het macroniveau en het mesoniveau tevens een invloed kunnen uitoefenen op de relatie tussen psychose en criminaliteit. Deze factoren omvatten onder andere het functioneren van de hulpverlening in een bepaalde maatschappij, de sociaal economische status, de verbondenheid met de maatschappij, situationele factoren, etc.

B. De criminologische psychologie

Deze masterproef schrijft zich bijgevolg in in de *onderzoekstraditie* van de criminologische etiologie en meer specifiek de criminologische psychologie. De term *'criminologische psychologie'* is reeds op diverse manieren gedefinieerd, maar verwijst over het algemeen naar de toepassing van psychologisch onderzoek en methodieken binnen de rechtswetenschappen.

Vandaag bestaat echter nog steeds geen algemeen aanvaarde *definitie* van deze jonge wetenschappelijke discipline (Bull et al., 2006). Deze onderzoekstraditie is ontstaan in de jaren 1960 en kende de laatste decennia een enorme groei, waardoor een brede definitie vereist is. Goethals (2007) definieert het als volgt:

“De criminologische psychologie bestudeert delinquent gedrag (vaak ook verbreed tot antisociaal gedrag of deviantie) en gaat op zoek naar de verklaring ervan op geaggregeerd niveau (het niveau van de groep van delinquenten). Met deze bedoeling worden groepen gevangenen, probanten, andere gestraften en jongeren in instellingen vergeleken met niet-delinquente groepen teneinde psychologische verschillen tussen delinquenten en niet-delinquenten op het spoor te komen, in de veronderstelling dat in dergelijke verschillen een verklaring voor de delinquentie kan worden gevonden” (p. 16).

Het feit dat er een duidelijke link bestaat tussen de criminologie, het recht en de psychologie en er bijgevolg een plaats moet bestaan voor disciplines zoals de criminologische psychologie, wordt door enkele auteurs als een evidentie beschouwd. Zo argumenteren Saks en Hastie (1978): *“Every law and every institution is based on assumptions about human nature and the manner in which human behaviour is determined”* (Saks & Hastie, in Kapardis, 1997, p. 5). Crombag (1994) gaat nog verder en stelt dat het recht voor het grootste gedeelte bestaat uit een systeem van regels om het menselijk sociaal gedrag te controleren, waardoor het recht kan worden beschouwd als een tak van de toegepaste psychologie.

Ondanks de enorme bloei van de discipline zijn vanuit de rechtswetenschappen heel wat *kritieken* geformuleerd op de criminele psychologie, vanwege diverse conflicterende uitgangspunten (Goethals, 2007; Kapardis, 1997). Vooreerst zou de criminologische psychologie *te sterk op het individu gericht zijn* waardoor het gevaar op decontextualisatie bestaat (i.e. zonder de sociale context waarin het individu zich bevindt in rekening te houden). Dit zou niet het geval zijn bij de meeste criminologische theorieën omdat deze voornamelijk op sociologische groepen gericht zijn. Rechtswetenschappen leggen bovendien vaak de nadruk op de individuele verantwoordelijkheid en gaan vaak impliciet uit van ‘een bewuste rationale mens met een vrije wil’ als onderliggend mensbeeld. Vele psychologische theorieën leggen daarentegen de nadruk op de invloed van onbewuste en oncontroleerbare krachten die het gedrag kunnen determineren. Deze theorieën kunnen dus de neiging vertonen om hierbij het gedrag te verontschuldigen. De criminologische psychologie is bijgevolg overwegend te positioneren binnen de *neopositivistische onderzoekstraditie*. Hierdoor zijn heel wat kritieken op het neopositivisme tevens van toepassing op de criminologische psychologie. De opvatting

dat het *te experimenteel* en *te deterministisch* zou zijn waardoor de *ecologische validiteit* daalt, staat hierbij centraal. De *keuze* voor deze neopositivistische positie is echter niet zonder *reden*. De experimentele methode, die centraal staat bij het neopositivisme, wordt vanuit de criminologische psychologie dan ook gezien als het beste wapen tegen confirmatiebias, het maken van te sterke claims, het tekort aan falsificeerbaarheid, ad hoc verklaringen, etc. (Lilienfeld & Landfield, 2008).

Ondanks de diverse conflicterende uitgangspunten tussen de criminologie, het recht en de psychologie is er reden tot *optimisme*. Vandaag de dag wordt de waarde van onderzoek uit de criminologische psychologie zowel op theoretisch als op praktisch vlak ingezien. Hierdoor wordt het belang ervan erkend voor de beleidsmedewerker, de academische psycholoog en de wetgever (Kapardis, 1997). Bovendien is een groeiend begrip ontstaan vanuit de diverse disciplines voor de mogelijkheden, de eigenheid en premissen van de andere disciplines.

3. Probleemstelling en onderzoeksmethode

Binnen deze masterproef staat de concrete aard van de relatie tussen psychose en criminaliteit centraal. Hierbij kunnen we *twee centrale onderzoeksvragen* formuleren. De centrale vragen kunnen we telkens onderverdelen in enkele kleinere deelvragen. Deze onderzoeksvragen trachten we achtereenvolgens te beantwoorden in de onderstaande hoofdstukken. Ze vormen dan ook de leidraad doorheen deze masterproef.

“Is de relatie tussen psychose en criminaliteit een eenvoudige of een complexe relatie?” beschouwen we als de *eerste centrale onderzoeksvraag*. Om hierop een zinnig antwoord te kunnen formuleren, dienen we volgende *deelvragen* aan te pakken.

Ten eerste moeten we ons afvragen wat *psychose* precies is. Wat zijn de centrale symptomen en kenmerken van deze stoornis? Bestaan er verschillende vormen van de psychotische stoornis? Wat is de prevalentie? Zonder een inzicht in de stoornis, kan men de relatie met criminaliteit namelijk niet ten volle begrijpen. Dit bespreken we in *Hoofdstuk II.2*.

Vervolgens is het belangrijk om te weten welke delicten psychotische patiënten plegen. Komen bepaalde delicten bij deze psychotische populatie bijvoorbeeld meer voor dan andere? Wat zijn de *delictkenmerken*? Dit trachten we te beantwoorden in *Hoofdstuk II.3.A* en hebben hierbij voornamelijk aandacht voor de verschillen met de delicten in de algemene populatie.

De derde deelvraag hangt hier onmiddellijk mee samen. We kunnen ons namelijk afvragen wat de *prevalentie is van criminaliteit bij personen met een psychose*. Is deze prevalentie wel degelijk groter dan deze bij de algemene populatie? Rechtvaardigt deze hogere prevalentie het feit dat we spreken over een relatie tussen psychose en criminaliteit? Op welke manier dienen we deze relatie te interpreteren? Kan psychose beschouwd worden als een risicofactor voor criminaliteit? Dit bespreken we in *Hoofdstukken II.3.B en II.3.C*.

Vervolgens is het van belang te onderzoeken welke *criminogene factoren* samenhangen met deze psychotische stoornis. Hebben enkel de symptomen van de stoornis een invloed op het criminele gedrag van deze patiënten of spelen tevens andere factoren een rol? In *Hoofdstuk III*, overlopen we de meest recente wetenschappelijke evidentie.

Ten vijfde gaan we op zoek naar de *theoretische kaders* die een beter begrip kunnen bieden van de relatie tussen psychose en criminaliteit. Wat zijn hun sterktes en eventuele tekortkomingen? Deze theoretische verklaringen presenteren we in *Hoofdstuk IV*.

Tot slot vragen we ons af welke *maatregelen volgens het strafrecht* mogelijk zijn bij psychotische patiënten die criminele feiten plegen? Wat is hierbij het strafrechtelijk beleid, de regelgeving en de praktijk in België? Zijn er voor de wetgever en de strafrechtelijk praktijk conclusies te trekken uit het wetenschappelijk onderzoek naar de relatie tussen psychose en criminaliteit? Deze vragen trachten we te beantwoorden in *Hoofdstuk II.4*.

De *wetenschappelijke literatuur* stelt ons in staat een afdoend antwoord te geven op deze eerste centrale vraag en de bijhorende deelvragen. Uit de *literatuurstudie* zal namelijk blijken dat psychose beschouwd mag worden als een risicofactor voor geweld, maar de onderliggende mechanismen zijn hierbij nog grotendeels onbegrepen en onduidelijk (Hodgins, 2008; Soyka, Graz, Bottlender, Dirschedl & Schoech, 2007; Taylor, 2008; Willemsen, 2008). De relatie tussen psychose en criminaliteit lijkt zeer *complex* omdat ze afhankelijk is van veel verschillende persoonlijke en situationele factoren (Walsh et al., 2002). Deze factoren zijn doorgaans noch een noodzakelijke noch een voldoende voorwaarde voor de aanwezigheid van geweld. Een *theoretische verklaring* voor deze complexe relatie is de heterogeniteit van de psychotische stoornis en de heterogeniteit van het geweld (Felthous, 2008; Hodgins, 2008). Volgens het *model van Hodgins (2008)* zouden namelijk verschillende uitingvormen van de psychotische stoornis tot geweld kunnen leiden en hierbij zouden diverse geweldsmechanismen aanwezig kunnen zijn. *Dit model zou dus een verklaring kunnen bieden, maar is echter nog nooit aan de hand van empirisch onderzoek getoetst.*

Deze diversiteit vormde vervolgens het aanknopingspunt voor de *tweede centrale onderzoeksvraag*: “*Houdt het theoretische model van Hodgins (2008) over de complexe psychose-geweld relatie stand bij de toetsing ervan in een kwalitatief empirisch onderzoek?*”. Deze centrale onderzoeksvraag hebben we opgedeeld in twee deelvragen die zich op de verschillende hypothesen van het model richten.

Kunnen we ten eerste de *drie verschillende subtypes*, zoals voorgesteld door het model van Hodgins (2008), (i.e. heterogeniteit) terug vinden in het kwalitatief onderzoek? Zo trachten we de typologie van Hodgins (2008) te toetsen op zijn praktische bruikbaarheid.

Kunnen we ten tweede de *verschillende geweldsdynamieken*, zoals voorgesteld door het model van Hodgins (2008), terugvinden in het kwalitatief onderzoek? Kunnen we eventueel andere geweldsdynamieken identificeren? Welke conclusies kunnen we formuleren in verband met de complexiteit van de beïnvloedende factoren?

Aan de hand van een *exploratieve meervoudige gevallenstudie* analyseren we de heterogeniteit van de psychotische stoornis en de complexiteit van de geweldsdynamieken bij enkele geïnterneerde psychotische patiënten. Op basis van deze onderzoeksbevindingen trachten we vervolgens enkele conclusies te formuleren over de praktische bruikbaarheid van het model van Hodgins (2008). Hierbij proberen we dus een bescheiden bijdrage te leveren aan de theorievorming over de relatie tussen psychose en criminaliteit. Uit de hierboven besproken deelvragen blijkt dat dit onderzoek zich bijgevolg situeert op de grens tussen *theorieontwikkelen* en *theorietoetsend* onderzoek.

Bij deze gevallenstudie is er sprake van een *strategische steekproeftrekking*. Op basis van een aantal inhoudelijke en pragmatische gronden selecteren we in eerste instantie enkele geïnterneerde patiënten. Deze patiënten dienen namelijk gediagnosticeerd te zijn met een psychotische stoornis en veroordeeld te zijn voor een geweldsmisdrijf. Vervolgens trachten we een grote hoeveelheid aan *divers bronnenmateriaal* te verzamelen en gebruiken hierbij zowel databronnen als kennisbronnen. Op basis van dossieranalyse en semi-gestructureerde interviews trachten we daarna de psychiatrische diagnose, het geweld, de risicofactoren en de geweldsdynamieken bij deze patiënten te achterhalen en te classificeren. In een volgende fase worden de onderzoeksresultaten van de onderzochte patiënten onderling met elkaar vergeleken. Op basis van deze analyse trachten we tot slot een antwoord te formuleren op de hierboven besproken onderzoeksvragen. De *methode van dit kwalitatief onderzoek* werken we meer gedetailleerd uit in *Hoofdstuk V*. De *resultaten* presenteren we in *Hoofdstuk VI*.

Hoofdstuk II. De relatie tussen psychose en criminaliteit

1. Inleiding

In deze masterproef staat de aard van de relatie tussen de psychotische stoornis en criminaliteit centraal. Om een beter zicht te krijgen op deze relatie dienen we verschillende aspecten van naderbij te bekijken.

In dit hoofdstuk bespreken we ten eerste wat we nu precies moeten verstaan onder *psychose*. We kunnen de relatie met criminaliteit namelijk nooit ten volle begrijpen als we niet begrijpen wat onderzoekers met deze psychiatrische stoornis bedoelen. Bijgevolg bestuderen we de *definitie* en hebben hierbij aandacht voor de verschillende subtypes van deze stoornis. Daarenboven bekijken we enkele *kritieken* op deze definitie omdat deze een weerslag kunnen hebben op hoe we de onderzoeksbevindingen over de relatie met criminaliteit moeten interpreteren. Tevens is het van belang om te weten hoe vaak deze stoornis voorkomt.

Vervolgens bespreken we de *criminaliteit* bij deze psychotische patiënten. Hierbij bekijken we *welke criminele feiten* psychotische patiënten precies plegen en hebben we aandacht voor de *delictkenmerken* in vergelijking tot de criminaliteit in de algemene populatie. Vervolgens trachten we op basis van recente *prevalentiestudies en risicofactorenonderzoek* een zicht te krijgen op de *prevalentie* van geweld bij deze patiënten. Klopt het wel dat bij deze populatie meer geweld voorkomt en kan psychose wel worden beschouwd als een *risicofactor* voor geweld? We staan tevens eventjes stil bij de *methodologische problemen* aangezien deze studies hier vaak mee af te rekenen hebben. Vervolgens hebben we aandacht voor het geweld bij *psychotische vrouwen* omdat deze groep in onderzoek vaak onderbelicht wordt. Daarenboven schenken we aandacht aan de *interpretatie* van de relatie tussen psychose en geweld omdat hierbij momenteel nog verschillende verklaringen mogelijk zijn.

Tot slot gaan we op zoek naar welke strafrechtelijke maatregelen worden genomen indien psychose gediagnosticeerd wordt bij een persoon die een delict heeft gepleegd. We bespreken hierbij de wetgeving en de concrete praktijk in België. Daarenboven bekijken we enkele gevolgen voor deze strafrechtelijke praktijk vanuit het wetenschappelijk onderzoek en de theoretische kaders die aan bod komen in deze masterproef.

2. Schizofrenie en andere psychotische stoornissen

Binnen de wetenschappelijke literatuur zijn diverse definities gegeven van psychose in relatie tot geweldpleging. Het overgrote deel van het empirisch onderzoek heeft zich op schizofrenie gefocust (Fazel et al., 2009; Willemsen, 2008). Andere psychotische stoornissen zoals bijvoorbeeld *affectieve psychosen* (i.e. psychotische ervaringen in het kader van affectieve stoornissen, zoals depressie of bipolaire stoornis) en *erotomanie* (i.e. een zeldzame vorm van waanstoornis waarbij de niet-bizarre waan aanwezig is dat een ander, meestal met een hogere sociale status op de betrokkene verliefd is) zijn in het empirisch onderzoek eerder onderbelicht gebleven en niet systematisch onderzocht (Taylor & Bragado-Jimenez, 2009; Willemsen, 2008). Deze stoornissen komen frequenter voor bij vrouwen. Gezien psychotische vrouwen die geweld plegen weinig onderzocht blijken, draagt dit wellicht bij tot de onderbelichting van de niet-schizofrene psychosen in wetenschappelijk onderzoek (Taylor & Bragado-Jimenez, 2009). In deze masterproef trachten we echter aandacht te hebben voor de bredere definitie van psychose.

A. De definitie van psychose

Het is van cruciaal belang een *onderscheid* te maken tussen enerzijds *schizofrenie* en anderzijds *andere psychotische stoornissen*. De meest algemeen aanvaarde definitie van deze stoornissen worden geformuleerd door de *'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- IV'*. Dit handboek is opgesteld door de *'American Psychiatric Association'* en biedt een classificatie van de psychiatrische stoornissen. Het beschrijft de diagnostische criteria voor deze stoornissen en heeft als doel de betrouwbaarheid van de gestelde diagnosen te vergroten (APA, 2002). De DSM-IV wordt wereldwijd gebruikt en is het meest aanvaarde classificatiesysteem omdat de meeste klinische praktijk en het meeste wetenschappelijk onderzoek op deze indeling gebaseerd is. In de DSM-IV wordt een onderscheid gemaakt tussen schizofrenie, schizofreniforme stoornis, schizoaffectieve stoornis, waanstoornis, kortdurende psychotische stoornis, gedeelde psychotische stoornis, psychotische stoornis door somatische aandoening of door middel, psychotische stoornis niet anderszins omschreven (restcategorie). In relatie tot criminaliteit zijn voornamelijk de stoornissen schizofrenie, schizoaffectieve stoornis, waanstoornis en psychotische stoornis door een middel van belang (Willemsen, 2008). Hierna worden de *definities van deze stoornissen* weergegeven zoals geformuleerd in de DSM-IV.

Schizofrenie is een psychiatrische stoornis die bestaat uit volgende criteria (A-C):

- A. Kenmerkende symptomen: twee of meer van de volgende, elk gedurende één maand een belangrijk deel van de tijd aanwezig: wanen (i.e. een niet corrigeerbare persoonlijke overtuiging die in strijd is met de objectieve werkelijkheid en die met absolute zekerheid wordt aangehangen), hallucinaties (i.e. een psychische beleving met het karakter van een waarneming die niet berust op een zintuiglijke prikkel en gewaarwording), onsamenhangende spraak (bijvoorbeeld frequent de draad kwijtraken of incoherentie), ernstig chaotisch of katatoon gedrag (i.e. motorische immobiliteit of doellose overmatige activiteit, negativisme¹, mutisme², gemanierdheid, echolalie³ of echopraxie⁴) en negatieve symptomen (i.e. vervlakking van het affect, gedachten- of spraakarmoede of apathie⁵).
- B. Vanaf het begin van de stoornis ligt het functioneren, voor een belangrijk deel van de tijd, op één of meer terreinen zoals werk, relaties of zelfverzorging duidelijk onder het niveau dat voor het begin van de stoornis werd bereikt (of indien het begin in de kinderleeftijd of adolescentie ligt, is het niet gelukt het niveau te bereiken, dat op relationeel, school of beroepsmatig terrein verwacht kan worden).
- C. De symptomen van de stoornis zijn gedurende ten minste zes maanden ononderbroken aanwezig. Tijdens deze periode moeten er ten minste één maand symptomen zijn die voldoen aan criterium A (i.e. de symptomen uit de actieve fase) en kunnen er perioden voorkomen met symptomen met prodromale⁶ of restsymptomen. Gedurende deze prodromale of restperiode kunnen de symptomen van de stoornis zich beperken tot

¹ Negativisme is tegenwerking, hetzij actief of door lijdelijk verzet. Komt het duidelijkst tot uiting bij katatonie (Coelho, Jochems & Joosten, 2003).

² Mutisme is stomheid, het onvermogen of onwil om te spreken (Coelho et al., 2003).

³ Echolalie is de drang tot het naspreken of herhalen van eigen woorden of die van een ander (Coelho et al., 2003).

⁴ Echopraxie is de onbedwingbare drang om bewegingen en handelingen na te bootsen of woorden na te zeggen (Coelho et al., 2003).

⁵ Apathie is lusteloosheid, ongevoeligheid voor indrukken van buiten (Coelho et al., 2003).

⁶ Prodromaal is wat aan de ziekte voorafgaat, de periode waarin de voorboden van de ziekte verschijnen (Coelho et al., 2003).

negatieve symptomen of tot twee of meer symptomen van criterium A in een lichte vorm (bijvoorbeeld vreemde overtuigingen, ongewone zintuiglijke ervaringen).

Waanstoornis is een stoornis waar:

- A. Niet-bizarre wanen (i.e. betrekking hebbend op situaties die in het echte leven kunnen voorkomen zoals achtervolgd worden, vergiftigd worden, besmet worden, op een afstand bemind worden of bedrogen worden door echtgenoot of geliefde, of een ziekte hebben) met de duur van ten minste één maand.
- B. Er is nooit voldaan is aan criterium A voor schizofrenie.
- C. Los van de invloed van de wanen of de vertakkingen ervan is het functioneren niet duidelijk beperkt en is het gedrag niet onmiskenbaar vreemd of bizar.
- D. Indien stemmingsepisodes tegelijk met wanen zijn voorgekomen, was de totale duur daarvan kort in verhouding tot de duur van de waanperiodes.

Schizoaffectieve stoornis is een stoornis met:

- A. Een ononderbroken ziekteperiode waarbij er op een bepaald moment tegelijkertijd ofwel een depressieve episode, een manische of een gemengde episode aanwezig is met symptomen die voldoen aan criterium A voor schizofrenie.
- B. In dezelfde ziekteperiode zijn er gedurende ten minste twee weken wanen of hallucinaties aanwezig geweest zonder opvallende symptomen van de stemmingsstoornis.
- C. De symptomen die voldoen aan de criteria van de stemmingsepisode zijn gedurende een belangrijk gedeelte van de totale duur van de actieve en restfase van de ziekte aanwezig.

Psychotische stoornis door een middel is een stoornis waarbij:

- A. Opvallende hallucinaties of wanen aanwezig zijn. Sluit hallucinaties uit waarvan de betrokkene inziet dat deze veroorzaakt worden door middelen.
- B. Er zijn aanwijzingen uit anamnese, lichamelijk onderzoek of laboratoriumuitslagen voor ofwel (1) of (2): (1) de symptomen van A ontstonden tijdens, of binnen een

maand na, de intoxicatie of onthouding van een middel. (2) het gebrek van een geneesmiddel staat oorzakelijk in verband met de stoornis.

C. De stoornis is niet eerder toe te schrijven aan een psychotische stoornis die niet veroorzaakt is door een middel.

D. De stoornis komt niet uitsluitend voor tijdens het beloop van een delirium.

Uit bovenstaande definities blijkt dat de psychotische stoornissen *ernstige stoornissen* zijn doordat de symptomen bestaan uit een aantasting van het denken, het waarnemen en het gedrag (Douglas et al., 2009). De aantasting van het *denken* uit zich in wanen (bijvoorbeeld vervolgings-, grootheds-, betrekkingswaan of bizarre wanen) en aangetaste communicatie (gedesorganiseerd, onlogisch of incoherente spraak). De aantasting van het *waarnemen* kan zich uiten in de aanwezigheid van hallucinaties (auditief zoals het horen van stemmen, tactiel zoals het krioelen van beestjes op de huid, olfactorisch zoals het ruiken van rottigheid en gustatief zoals het smaken van rot voedsel), derealisatie⁷ en depersonalisatie⁸. De aantasting van het *gedrag* uit zich onder meer in verstoringen van het activiteitsniveau zoals extreme agitatie of lethargie⁹ en gedesorganiseerd of doelloos gedrag (zoals vreemde gebaren, pas, houding; sociale terugtrekking, zwakke hygiëne, en vreemde gewoonten zoals het eten van sigarettenfilters of het spelen met uitwerpselen). Daarenboven komen frequent *affectieve symptomen* voor zoals afgevlakte emotie en extreme apathie.

De symptomen van een psychose worden traditioneel ingedeeld in positieve en negatieve symptomen, waarbij het pathologische effect respectievelijk in hun aan- of afwezigheid te vinden is (Douglas et al., 2009). *Positieve symptomen* verwijzen namelijk naar bijkomende pathologische elementen, een overdrijving of vervorming van normale functies, zoals bijvoorbeeld wanen en hallucinaties. *Negatieve symptomen* verwijzen daarentegen naar een verlies of vermindering van normale functies zoals vervlakking van het affect, sociale terugtrekking en isolatie, spraakarmoede en apathie. Deze twee groepen symptomen zouden tevens een andere biochemische oorsprong hebben (Douglas et al., 2009).

⁷ Derealisatie verwijst naar onwerkelijkheidsgevoelens, het gevoel waarbij de omgeving als vreemd wordt ervaren (Coelho et al., 2003).

⁸ Depersonalisatie verwijst naar het gevoel buiten het eigen lichaam of geest te staan. Komt vaak voor bij vermoeidheid en bij psychische stoornissen (Coelho et al., 2003).

⁹ Lethargie betekent slaapzucht (Coelho et al., 2003).

B. Epidemiologie van psychotische stoornissen

Het gros van het empirisch onderzoek naar de relatie tussen psychose en criminaliteit bestudeert enkel de relatie met de stoornis *schizofrenie* (Willemsen, 2008). Schizofrenie is een *chronische ziekte* en kent een *progressief verloop*. Dit betekent dat eenmaal de diagnose is gesteld de patiënt nooit meer volledig kan genezen. De toestand van de patiënt verergert namelijk met de frequentie van de psychotische opstoten. Na deze opstoten kan men spreken over partiële remissie (geen volledig herstel) waarbij er een toename van negatieve symptomen wordt geobserveerd.

Recent werden de *epidemiologische cijfers* rond schizofrenie in vraag gesteld en herbekend (MacGrath, Saha & Welham, 2008). In de studie van MacGrath et al. (2008) werd de *incidentie* van schizofrenie (i.e. het aantal nieuwe gevallen van een bepaalde ziekte per tijdseenheid) vastgesteld op 15.2/100 000 personen. Hierbij is de verhouding van het aantal mannen ten opzichte van vrouwen 1.4:1. De *prevalentie* (i.e. het aantal gevallen die een bepaalde ziekte zullen ontwikkelen gedurende hun levensloop in een statistische populatie) is 4/1000 en het *ziekterisico* (i.e. de theoretische prevalentie op om het even welk moment in iemands leven ongeacht het moment van de meting) is 7.2/1000. Bij deze prevalentiecijfers blijkt geen verschil te bestaan tussen de prevalentie van mannen of vrouwen noch tussen verschillende geografische omgevingen noch overheen tijd. Het dogma dat “één op de 100 personen de ziekte schizofrenie ontwikkelt” is meestal gebaseerd op dit ziekterisico. MacGrath et al. (2008) besluiten dan ook dat een adequate schatting voor de kans dat individuen op een gegeven moment in hun leven schizofrenie zullen ontwikkelen ongeveer zeven individuen per 1000 is.

C. Problemen met de DSM-definitie

Het *gebruik van de DSM-definitie* is niet zonder gevolg. Sinds het ontstaan van de ‘Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders’ zijn reeds heel wat *kritieken* op deze classificatie geuit en werden een aantal *risico's* geïdentificeerd verbonden met het gebruik ervan. Enkel hiervan zijn tevens van belang voor deze masterproef en zullen we bijgevolg hierna bespreken (Maleval, 2003; Millon, 1996).

De DSM-classificatie is ten eerste *louter beschrijvend* op basis van de symptomen die personen vertonen en is geen dynamische maar een *statische classificatie* (APA, 2002). Zo zal

een persoon pas gediagnosticeerd worden met een bepaald syndroom als een op voorhand bepaald aantal symptomen aanwezig is. Indien het individu één symptoom minder vertoont dan het vastgelegd aantal, zal de diagnose niet kunnen worden gesteld. Van Os, Linscott, Myin-Germeys, Delespaul en Krabbendam (2008) suggereren echter dat psychopathologie eerder als een *dynamisch proces* moet worden gezien in plaats van categoriaal. Het verschil tussen klinische en subklinische varianten van een stoornis kan volgens hen namelijk beter als een continuüm gerepresenteerd worden dan als een dichotoom fenomeen (psychiatrisch versus niet-psychiatrisch). *Toegepast op psychosen* betekent dit dat ongeveer acht procent van de algemene populatie subklinische psychotische ervaringen doormaakt, ongeveer vier procent subklinische psychotische symptomen ervaart en drie procent effectief een psychotische stoornis ontwikkelt (Van Os et al., 2008). Deze groepen kunnen ook visueel worden gerepresenteerd als deelverzamelingen.

Bij deze *categoriale benadering* van de DSM worden de patiënten bijgevolg in vakjes geduwd, zonder daarbij aandacht te hebben voor de dynamieken achter deze symptomen (Maleval, 2003). Vanuit de *labellingtheorie* wordt gesteld dat dit een nominatieve aanpak is waarbij betrokkenen een etiket worden opgeplakt. De patiënten zullen zich vervolgens identificeren met dit etiket en zich conform de diagnose gedragen. Op deze manier krijgt men artificieel een bevestiging van de diagnose.

Vanwege de categoriale classificatie kunnen de syndromen eerder gezien worden als *conceptuele prototypes* in plaats van waarneembare entiteiten (Millon, 1996). Dit betekent dat wanneer bij een bepaalde persoon alle symptomen van een stoornis, zoals beschreven in de DSM, aanwezig zijn dat hij/zij bijgevolg beantwoordt aan het meest prototypische beeld van die stoornis. Dit prototypische beeld komt in de praktijk echter zelden voor. Het model laat bijgevolg een grote *heterogeniteit* toe *binnen eenzelfde syndroom* omdat geen enkel symptoom of patroon van symptomen noodzakelijk noch voldoende is om de categorie te definiëren. *Twee personen met eenzelfde diagnose kunnen bijgevolg heel erg verschillend zijn.* Deze heterogeniteit is duidelijk in de *schizofrene populatie* en zorgt ervoor dat bij het onderzoek naar de relatie met geweld wellicht verdere diversificatie van de stoornis vereist is (Hodgins, 2008; Vandamme, 2009). Ondanks dat schizofrenie een sterk heterogeen syndroom is, is het empirisch wel erg robuust (Douglas et al., 2009). Bepaalde symptomen komen namelijk vaker samen voor dan wat men op basis van toeval zou verwachten. Daarenboven blijken gebeurtenissen of omstandigheden, die op een bepaald symptoom een invloed hebben, tevens diverse andere symptomen van de psychose te beïnvloeden.

Comorbiditeit met andere stoornissen tenslotte is in de psychiatrie een vaak voorkomend probleem. Vele psychiatrische patiënten hebben niet één, maar verschillende psychiatrische stoornissen. Het gebruik van de *DSM verhoogt de kans* dat meerdere psychiatrische diagnoses gesteld dienen te worden door onder meer het *multi-axiaal systeem*. De multidiagnostische doeleinden van de DSM uiten zich namelijk in het werken met diverse assen die onafhankelijk van elkaar worden beoordeeld (Millon, 1996). Hierbij wordt op de eerste as de klinische stoornissen gediagnosticeerd en op de tweede as de persoonlijkheidsstoornissen. Eenzelfde symptoom kan deel uitmaken van diverse diagnostische syndromen. Hierdoor kan eenzelfde klinisch kenmerk worden geïnterpreteerd als evidentie voor verschillende stoornissen. De vaststelling dat comorbiditeit vaak voorkomt bij *psychotische stoornissen bemoeilijkt de interpretatie van de onderzoeksgegevens* in relatie tot de aanwezigheid van geweld omdat veel beïnvloedende factoren aanwezig kunnen zijn (Douglas et al., 2009; Fazel et al., 2009; Walsh et al., 2002).

3. Criminaliteit gepleegd door personen met een psychose

A. Delictkenmerken

Om de relatie tussen psychose en criminaliteit te onderzoeken, is het van belang de kenmerken van de delicten die psychotici plegen te bestuderen in vergelijking tot deze in de algemene populatie. Eerst bespreken we enkele algemene bevindingen. Vervolgens wijzen we op de diversiteit van de criminele feiten en bespreken we enkele specifieke delicten in relatie tot psychose. Tot slot leggen we de nadruk op de hoge frequentie van geweldsdelicten bij deze psychotische patiënten in vergelijking tot de algemene populatie.

i. Enkele algemene bevindingen

Bij de psychotische populatie komt in het totaal een *groter aantal veroordelingen* voor dan in de algemene populatie, zowel bij mannen als bij vrouwen (Wallace, Mullen & Burgess, 2004). In tegenstelling tot wat men vaak vermoedt, is de gemiddelde *leeftijd* waarop psychotici voor het eerst worden veroordeeld niet significant lager dan in de algemene populatie (Wallace et al., 2004). Bij meer dan 60% van de psychotici, die werden veroordeeld voor een geweldsdelict, vond de eerste veroordeling voor geweld vroeger plaats dan het eerste contact met de geestelijke gezondheidszorg.

ii. Diversiteit van de criminele feiten

Net zoals in de algemene populatie komt bij de criminele psychotici een grote *diversiteit aan strafrechtelijke feiten* voor. Deze feiten zijn dus niet beperkt tot geweldsdelicten. Drugsmisdrijven (ongeveer 20 % van alle veroordelingen) en diefstal (ongeveer 11 %) zijn in absolute waarden het meest voorkomend (Soyka et al., 2007; Wallace et al., 2004). Agressieve en gewelddelicten komen daarenboven zeer frequent voor (ongeveer 10 %) en bestaan voornamelijk uit diefstal of braak door middel van geweld, opzettelijke slagen en verwondingen en moord.

Brandstichting is een delict dat kan wijzen op een psychotische dader. Veel studies geven dan ook aan dat brandstichting prominent aanwezig is bij de psychotische populatie (Munkner, Haastrup, Joergensen & Kramp, 2009). Meer dan 15% van alle brandstichters zouden immers voldoen aan de criteria van schizofrenie (Repo, Virkkunen, Rawlings & Linnoila, 1997). Bij brandstichting wordt een duidelijk geslachtsverschil geobserveerd, waarbij voornamelijk vrouwelijke psychotische daders overgerepresenteerd zijn (Munkner et al., 2009). Het risico op het plegen van brandstichting is bij vrouwelijke psychotici tevens groter naarmate de ziekte reeds langer aanwezig is. *Seksuele misdrijven* komen daarentegen weinig voor bij psychotici (Nijman, Cima & Merckelbach, 2003; Soyka et al., 2007). De beschrijving van deze delicten bij enkele gevallenstudies kan de indruk gewekt hebben dat beiden geassocieerd zijn, maar empirisch onderzoek suggereert dat de link tussen psychose en seksuele misdrijven zwak of zelfs onbestaande is (Nijman et al., 2003). De hoge frequentie aan *eigendomsdelicten* is wellicht te verklaren vanuit de huisvestingsproblematiek en het gebrekkig werkgerelateerde en sociaal functioneren dat geassocieerd is met de stoornis schizofrenie (Wallace et al., 2004). Deze eigendomsdelicten omvatten dan ook voornamelijk kleine diefstallen die eerder opportunistisch zijn (bijvoorbeeld het stelen van kleine geldsommen of items uit een winkel of een handtas). De hoge frequentie aan *drugsmisdrijven* biedt bijkomende evidentie voor de comorbiditeit tussen psychose en middelenmisbruik. De relatie tussen psychose en middelenmisbruik werken we verder uit in Hoofdstuk III.3.A.

iii. Gewelddelicten

In vergelijking met de algemene populatie bestaat bij de psychotische populatie *een ander patroon van veroordelingen*. Het aandeel overtredingen en wanbedrijven (zoals diefstal, vernieling, etc.) is gelijkaardig, maar het aandeel gewelddadige misdrijven (zoals opzettelijke slagen en verwondingen en moord) is frequenter bij de psychotische populatie (Soyka et al.,

2007). *Vanuit deze optiek is de associatie tussen psychose en geweld meer gerechtvaardigd dan de associatie tussen psychose en criminaliteit.* Uit de meta-analyse van Douglas et al. (2009) blijkt echter dat de *ernst* van het geweld geen beïnvloedende variabele is in de relatie tussen psychose en geweld. Dit kan erop wijzen dat psychose een risicofactor is voor de brede categorie van gewelddadig gedrag en geen expliciete link vertoont met een specifiek type geweldsdelict of gewelddadige act.

Het is echter van belang om de *context* waarin het geweld plaats vindt in rekening te brengen. De onderzoeksbevindingen sluiten namelijk niet uit dat psychose gerelateerd kan zijn aan ofwel reactief, affectief of instrumenteel-predatorisch geweld (Douglas et al., 2009). Deze verschillende vormen van geweld hangen namelijk samen met de context waarin het geweld voorkomt en wie de slachtoffers zijn. Ze dienen dus een ander motief. Verder onderzoek moet nog uitmaken of psychose geassocieerd zou kunnen zijn met een specifiek motief of vorm van geweld. Deze *heterogeniteit van geweld* bij psychose werken we verder uit in Hoofdstuk III.4.

Geweldsdelicten van schizofrene personen zijn in ieder geval het meest gericht tegen gekenden. Hierdoor lopen familieleden en hulpverleners een groter risico op *slachtofferschap*. Zo blijkt dat ongeveer 50 tot 60% van de slachtoffers van gewelddadig gedrag familieleden zijn en slechts 12 tot 16% van de slachtoffers volledig onbekend zijn voor de schizofrene dader (Joyal, Putkonen, Paavola & Tühonen, 2004). Het merendeel van deze geweldsdelicten komen daarenboven voor in woningen eerder dan op publieke plaatsen. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat degene die een grote tijdsperiode doorbrengen bij de psychotische dader een onderdeel kunnen worden van het waansysteem en dus een belangrijke rol kunnen spelen in de paranoïde wanen (Nijman et al., 2003). De inhoudelijke associatie tussen wanen en geweld is daarentegen niet zo eenduidig waardoor deze verklaring minder plausibel wordt (cf. Hoofdstuk III.2.A).

Binnen de brede psychotische populatie lijken deze onderzoeksbevindingen echter *niet* volledig *homogeen*. Schizofrenen *zonder* een comorbide antisociale persoonlijkheidsstoornis plegen namelijk meer geweldsdelicten binnen het eigen huishouden waarbij het slachtoffer in ongeveer 60% van de gevallen een familielid is. Bij schizofrenen *met* een comorbide antisociale persoonlijkheidsstoornis daarentegen is het slachtoffer vaker geen familielid en leeft het slachtoffer meestal niet samen met deze dader (Joyal et al., 2004). *Bij het bepalen en verklaren van deze delictkarakteristieken houdt men bijgevolg best rekening met de*

psychiatrische comorbiditeit. Deze comorbiditeit is mogelijk in staat een andere dynamiek teweeg te brengen bij het gewelddadig gedrag.

B. De prevalentie van geweld bij psychose

Prevalentiestudies en *risicofactorenonderzoek* onderzoeken reeds sinds de jaren 1980 de aanwezigheid van geweld bij psychotische stoornissen (Fazel et al., 2009; Walsh et al., 2002). Vaak vonden onderzoekers een middelmatige relatie tussen beide, terwijl anderen geen significante relatie vonden (Douglas et al., 2009). Daarenboven rapporteert de media maar al te graag over de sensationele gewelddaden gepleegd door schizofrene patiënten, wat bij de bevolking een overschatting van de relatie tot gevolg kan hebben (Morrall, 2000; Taylor, 2008; Vandamme, 2009). Bijgevolg blijft geweld bij psychose een *controversieel gegeven*. Zo verzetten vele hulpverleners zich bijvoorbeeld tegen het feit dat een relatie tussen beide zou bestaan. Zij spreken eerder over een mythe.

Het is dan ook noodzakelijk om een accuraat beeld te vormen van deze relatie. Wetenschappelijk onderzoek komt de laatste decennia desondanks toch tot een *empirische consensus* over het bestaan van de relatie tussen psychose en geweld. Eerst bespreken we enkele *methodologische problemen* waarmee deze studies hebben af te rekenen. Vervolgens bespreken we de belangrijkste onderzoeksbevindingen van de *meest recente meta-analyses* en hebben hierbij een bijzondere aandacht voor *geweld bij psychotische vrouwen*.

i. Methodologische problemen

Het opstellen van een meta-analyse van studies over de psychose-criminaliteits relatie blijkt geen gemakkelijke opgave vanwege vele *methodologische problemen*. Zo kunnen de onderzoeksdesigns, de operationalisatie en metingen van de gebruikte variabelen (i.e. de diagnostische criteria en criminaliteit) en de modererende variabelen bij deze onderzoeken heel erg verschillend zijn (Douglas et al., 2009; Fazel et al., 2009; Walsh et al., 2002). Deze methodologische verschillen kunnen mogelijk een *verklaring* bieden voor de *uiteenlopende conclusies* van de diverse empirische onderzoeken.

Vooreerst bemoeilijkt het gebruik van *verschillende onderzoeksdesigns* de onderlinge vergelijking tussen diverse studies. Vaak zijn onderzoekers slechts in staat een selectie te maken van een klein aantal burgers of forensische psychiatrische patiënten, die dikwijls op

pragmatische selectiegronden is gebaseerd. Een probleem hierbij is de afwezigheid van een adequate controlegroep en dus de onmogelijkheid om te controleren voor andere beïnvloedende factoren. Daarnaast wordt een grote variatie aan onderzoeksamples gebruikt, zoals psychiatrische patiënten (Monahan et al., 2001), forensische psychiatrische patiënten (Rosenfeld & Harmon, 2002), criminele plegers (Porporino & Motiuk, 1995) of een combinatie van de voorgaanden (Ryan, Hart, Messick, Aaron & Burnette, 2004). Daarenboven zullen sommige studies een ‘random sampling’¹⁰ gebruiken (Klassen & O’Connor, 1988), terwijl andere ‘matching designs’¹¹ gebruiken (Hodgins, 1992; Wallace et al., 2004) en wordt zowel prospectieve (Monahan et al., 2001; Ryan et al., 2004) als retrospectieve designs (Wallace et al., 2004) gebruikt.

Ten tweede verschilt de *operationalisatie* en de *meting van psychosen* overheen verschillende studies. Sommige onderzoeken bestuderen namelijk de volledige heterogene groep van psychosen (Fazel & Grann, 2006; Nijman et al., 2003). Anderen bestuderen daarentegen enkel schizofrenie (Munkner et al., 2009). Soms zijn de gebruikte diagnostische criteria niet duidelijk. Wanneer de diagnostische methoden wel duidelijk zijn, blijkt dat niet alle onderzoekers gebruik maken van gevalideerde diagnostische metingen, maar vertrouwen op de diagnose van de betrokken of behandelende clinici in de praktijk. Bovendien wordt een psychiatrische diagnose in vele studies beschouwd als een unitair, statisch construct en wordt vervolgens afgeleid uit de psychiatrische staat op het moment van onderzoek. Daarenboven wordt zelden rekening gehouden met de ernst en het verloop van de stoornis. Vaak worden de stoornissen geoperationaliseerd in brede categorieën zoals mentale stoornis of psychose (Hodgins, Alderton, Cree, Aboud & Mak, 2007). Fijnere conceptualisatie, zoals op symptoomniveau, biedt echter meer betekenisvolle informatie voor de inschatting van de relatie tussen psychose en criminaliteit. Een zeer brede categorisatie maakt namelijk vaak een abstractie van belangrijke verschillen bij specifieke syndromen. *Al deze verschillen kunnen een impact hebben op de al dan niet geobserveerde relatie tussen psychose en criminaliteit.*

¹⁰ Random sampling is een methode van steekproeftrekking op basis van toeval, waardoor ieder subject in de onderzoekspopulatie evenveel kans maakt om geselecteerd te worden. In het onderzoek van Klassen en O’Conner (1988) werd de opeenvolging van opname als toevalsvariabele gebruikt.

¹¹ Een matching design is een onderzoeksmethode waarbij wordt getracht om vergelijkbare onderzoeksgroepen te creëren door ieder onderzoekssubject te matchen met een vergelijkbaar subject in een andere groep op basis van bepaalde matchingvariabelen.

Hoe *criminaliteit* wordt *gedefinieerd*, blijkt daarenboven sterk te verschillen. Sommige studies onderzoeken *verschillende type delicten* (Munkner et al., 2009; Nijman et al., 2003), terwijl anderen enkel geweldsdelicten onderzoeken (Appelbaum et al., 2000). *Gewelddadig gedrag* wordt in sommige studies enkel opgenomen indien er sprake is van fysisch contact (Monahan et al., 2001), terwijl anderen verbale bedreigingen (Joyal, Gendron & Côté, 2008), beschadigen van eigendom (Grassi, Peron, Marangoni, Zanchi & Vanni, 2001) en automutilatie (Barlow, Grenyer & Ilkiw-Lavalle, 2000) tevens als geweld beschouwen. Andere studies onderzoeken enkel de gevallen waar sprake is van moord(poging) (Erb, Hodgins, Freese, Müller-Isberner & Jöckel, 2001; Joyal et al., 2004).

De *meting van criminaliteit* kan vervolgens zowel gebaseerd zijn op zelfrapporteringen, op dossiernota's of op officiële registraties van de politie. *Zelfrapporteringen* zullen een onderschatting veroorzaken vanwege de sociale wenselijkheid. Retrospectieve studies zullen daarbij botsen op het probleem van herinnering. Zo zullen respondenten zich vaak niet meer herinneren als ze zich in een bepaalde situatie agressief hebben gedragen. Dit geldt in bijzondere mate voor personen met een psychose gezien de aanwezigheid van psychose vaak geassocieerd is met *amnesie voor de psychotische episode* (Bourget & Whitehurst, 2007). Amnesie voor het misdrijf kan bij psychotische personen het gevolg zijn van aandachtsverstoringen en selectieve bias ten gevolge van het waandenken. Hierdoor zou het coderen van gebeurtenissen in het geheugen verstoord kunnen worden en bijgevolg een bewuste herinnering bemoeilijken. Het niet meer herinneren van het delict is dus niet noodzakelijk een list, maar kan verwijzen naar een reële onmogelijkheid zich dingen te herinneren. *Dossiernota's* zijn daarenboven echter dikwijls onvolledig. *Politieonele registraties* zijn daarnaast steeds afhankelijk van het geleverde politiewerk, het gedrag van de verdachte en de zwaarte van de overtreding (bijvoorbeeld bij seponering). Soms worden politieonele processen verbaal in rekening gebracht, maar meestal wordt geweld enkel geoperationaliseerd op basis van veroordelingen. Niet alle gewelddadige incidenten worden echter door de politie opgemerkt of resulteert uiteindelijk in een veroordeling van de dader.

Tenslotte blijkt er een verschil te bestaan in de mate waarin diverse studies rekening houden met *potentiële modererende variabelen*. Zoals reeds eerder vermeld, wordt de relatie tussen psychose en criminaliteit beïnvloed door heel wat modererende variabelen. Er bestaat empirische evidentie voor het feit dat zowel comorbiditeit met middelenmisbruik of persoonlijkheidsstoornissen robuuste risicofactoren zijn voor geweld (cf. Hoofdstuk III.3). Sommige studies houden rekening met deze stoornissen en kunnen aantonen dat de relatieve

associatie tussen psychose en criminaliteit vervolgens verkleint (Abushua'leh & Abu-Akel, 2006; Erkiran et al., 2006). Andere studies slagen er echter niet in om deze verminderde associatie aan te tonen (Stueve & Link, 1997).

ii. Risico op geweld bij psychose

Fazel et al. (2009) trachtten in hun recente *meta-analyse* tegemoet te komen aan deze methodologische problemen door tevens de karakteristieken van de opgenomen studies te onderzoeken. In verband met de prevalentie en het risico op geweld bij schizofrene patiënten kwamen ze tot volgende *centrale conclusies*.

Ten eerste bleek er een *verhoogd risico* te bestaan op geweld bij de individuen met schizofrenie of andere psychoses ten opzichte van de algemene populatie. Zo ligt het risico op geweld bij psychotische mannen één tot zeven keer hoger dan bij de algemene populatie en bij vrouwen is dit vier tot 29 keer hoger. Daarnaast bleek er geen invloed te bestaan van de eigenschappen van de verschillende onderzochte studies. Zo beïnvloedde de operationalisatie van psychose noch de meting van het geweld (aantal arrestaties of veroordelingen of zelfrapportage) noch de geografische locatie van de studie het geobserveerde risico. Vervolgens vonden zij dat het risico op het plegen van een moord door een individu met schizofrenie ongeveer 20 keer zo hoog was dan in de algemene populatie. Slechts één op de 300 personen met schizofrenie zou daarentegen iemand hebben vermoord.

Ondanks een stijging in het absolute aantal veroordelingen bleek daarenboven geen significant verschil te bestaan in het relatieve risico op geweld bij *studies voor en na 1990*. Er wordt dus geen verhoging geobserveerd in het aantal veroordelingen voor geweld van schizofrene personen ten opzichte van de algemene populatie gedurende de laatste decennia. Verder onderzoek is wellicht noodzakelijk om te kunnen besluiten dat de *deinstitutionalisering*¹² geen verhogend effect heeft gehad op het geweld bij psychiatrische patiënten. Recente onderzoeksbevindingen lijken inderdaad te bevestigen dat de absolute stijging van het aantal veroordelingen niet indicatief is voor het effect van deinstitutionalisering, maar eerder het gevolg zou zijn van veranderingen in de organisatie van het strafrechtssysteem (Fazel et al., 2009; Hodgins & Jonson, 2002; Wallace et al., 2004). Op basis van hun data besloten Fazel et al. (2009) tenslotte dat de associatie tussen een mentale

¹² Deinstitutionalisering is de trend waarbij steeds minder patiënten residentieel worden behandeld in ziekenhuizen en andere instellingen en steeds nieuwe vormen van zorg beschikbaar worden waarbij patiënten in de maatschappij kunnen blijven.

stoornis en gewelddadige delicten niet beïnvloed wordt door de '*populatie base rate*' van geweld. Bij geestelijk gestoorden komt geweld dus niet frequenter voor wanneer er meer geweld aanwezig is in de algemene populatie.

Walsh et al. (2002) erkennen de significante relatie tussen schizofrenie en geweld, maar nuanceren deze relatie enigszins door een onderscheid te maken tussen het 'relatieve' en 'absolute risico'. Meestal wordt de relatie uitgedrukt in termen van *relatief risico* (odds ratio's). Hierbij wordt het risico op geweld vergeleken tussen de psychotische groep en een controlegroep. De *keuze van deze controlegroep* is cruciaal omdat het als een modererende variabele kan worden beschouwd voor de relatie psychose en geweld (Douglas et al., 2009). Zo zal de psychotische groep drie tot vier maal meer risico hebben op gewelddadig gedrag ten opzichte van de normale populatie (niet-mentaal gestoorden). Ten opzichte van een niet-psychotische mentaal gestoorde groep is dit risico kleiner, maar nog substantieel (OR = 1.5). Wanneer deze mentaal gestoorde controlegroep nog verder wordt opgesplitst, is er een substantieel groter risico ten opzichte van internaliserende stoornissen (OR= 2.15), maar geen groter risico ten opzichte van externaliserende stoornissen (OR= 0.85).

Weinig studies schenken echter aandacht aan het percentage van geweld in de maatschappij wat toe te schrijven is aan deze groep of het '*populatie-attributie risico percentage*' (Walsh et al., 2002). Dit percentage varieert overheen verschillende studies, maar blijft steeds onder de 10 procent. Ondanks het verhoogde risico blijkt dat 99.97 procent van alle personen met schizofrenie niet worden veroordeeld voor een geweldsmisdrijf en dat het jaarlijks risico op een moord gepleegd door een schizofreen slechts 1:3000 voor mannen bedraagt en 1:33 000 voor vrouwen (Taylor, 2008; Wallace et al., 1998). Het *probleem* met deze maat is echter dat het de causaliteit tussen de stoornis en het geweld impliceert. Het slaagt er bijgevolg niet in om rekening te houden met andere risicofactoren of andere factoren die de relatie tussen deze stoornis en het geweld kunnen beïnvloeden. Daarentegen blijkt dat comorbide middelenmisbruik wel het risico op geweld bij schizofrenen verhoogt en dus wellicht kan worden gezien als een beïnvloedende variabele.

iii. Geweld bij psychotische vrouwen

Een opvallende vaststelling is dat, zoals hierboven reeds werd vermeld, het *risico op geweld* bij *schizofrene vrouwen* beduidend *hoger* ligt dan bij de mannen (Dean et al., 2006; Fazel et al., 2009; Taylor & Bragado-Jimenez, 2009). Het aandeel van schizofrene vrouwen in de complete criminaliteitscijfers en de impact van hun delicten op de maatschappij is echter

gering (Fazel & Grann, 2006; Taylor & Bragado-Jimenez, 2009). In de schizofrene populatie is het geslachtsrisico voor geweld dus het omgekeerde van deze in de algemene populatie, waar het risico op het gebruik van geweld hoger is bij mannen.

Een *mogelijke verklaring* hiervoor is de *lagere prevalentie* bij de totale vrouwelijke populatie van *factoren die geweld veroorzaken*, zoals middelenmisbruik, antisociale attitudes, etc. Hierdoor is het geweld dat door andere factoren veroorzaakt wordt, zoals schizofrenie in dit geval, overgerepresenteerd bij vrouwen. Verder zijn vrouwelijke en mannelijke psychotici even gevoelig voor het ontwikkelen van middelenmisbruik, wat op zich een risicofactor is voor geweld (Taylor & Bragado-Jimenez, 2009). Er lijken weinig absolute verschillen te bestaan tussen de factoren die geweld kunnen veroorzaken bij enerzijds schizofrene mannen en anderzijds schizofrene vrouwen. Het is echter wel mogelijk dat het geweld bij schizofrene vrouwen verschillen vertoont indien de persoonlijke geschiedenis, de timing en de betekenis van de symptomen in rekening worden gebracht (Taylor & Bragado-Jimenez, 2009). De *criminele carrière* van psychotische vrouwen verschilt dan ook significant van deze bij vrouwen zonder psychose en deze bij mannen (met of zonder psychose). Psychotische vrouwen zouden namelijk later starten, vroeger stoppen en daarenboven stijgt het aantal veroordelingen naarmate ze ouder worden (Munkner et al., 2009; Taylor & Bragado-Jimenez, 2009). In tegenstelling tot de algemene bevinding starten vrouwen hun criminele carrière frequenter na de eerste hospitalisatie (Taylor & Bragado-Jimenez, 2009; Wallace et al., 2004).

Geen enkel *delictstype* komt exclusief voor bij vrouwen noch bestaat er een delict dat nooit door vrouwen wordt gepleegd. Toch komen een aantal misdrijven veel frequenter voor bij psychotische vrouwen. Infanticide en brandstichting worden bijvoorbeeld sterk geassocieerd met psychose bij vrouwen (Munkner et al., 2009; Taylor & Bragado-Jimenez, 2009). Daarenboven plegen vrouwelijke psychotici frequenter drugsmisdrijven en delicten zoals valsheid in geschrifte, verduistering en fraude dan hun mannelijke tegenhangers. Ondanks het feit dat erotomanie voornamelijk bij vrouwen voorkomt (ongeveer 70%), komt stalking, belaging en geweld praktisch uitsluitend bij de mannelijke erotomanen voor. Affectieve psychosen daarentegen kunnen wel een grote risicofactor zijn voor gewelddadig gedrag bij vrouwen. Ondanks dat de prevalentie van deze stoornis gelijk is voor beide geslachten hebben vrouwen met psychose zes maal meer kans om een moord te plegen dan mannen (Taylor & Bragado-Jimenez, 2009).

Vanwege de *complexiteit van de stoornis* is het mogelijk dat de kenmerken van psychose een andere invloed hebben bij vrouwen en op deze manier bijdragen aan de overrepresentatie van gewelddadig gedrag bij schizofrene vrouwen (Taylor & Bragado-Jimenez, 2009). Comorbiditeit met persoonlijkheidsstoornissen en alcoholmisbruik zijn niet exclusief, maar wel kenmerkend voor psychotische vrouwen (ongeveer 80%). Ook traumatische ervaringen in de kindertijd verschillen niet bij psychotische mannen en vrouwen, behalve voor seksueel misbruik dat frequenter voorkomt bij vrouwen. *Psychose zou dus complexere vormen kunnen aannemen bij vrouwen*. Meer wetenschappelijk onderzoek is echter noodzakelijk om deze stelling te bevestigen of te ontkrachten gezien weinig studies op zoek gaan naar geslachtsspecifieke factoren en zelfs weinig studies vrouwelijke proefpersonen integreren in hun onderzoek.

C. Interpretatie van de correlatie tussen psychose en geweld

Prevalentiestudies en *risicofactorenonderzoek*, zoals hierboven besproken, hebben dus ondertussen kunnen aantonen dat er wel degelijk sprake is van een *correlatie* tussen enerzijds de aanwezigheid van een psychose stoornis en anderzijds het gebruik van geweld. *Psychose mag dus worden beschouwd als een algemene risicofactor voor geweld*. In vergelijking tot andere risicofactoren voor gewelddadig gedrag kan de aanwezigheid van psychose als middelmatig beschouwd worden. Uit de meta-analyse van Douglas et al. (2009) blijkt namelijk dat het een *sterkere risicofactor* is dan vele andere zoals onder andere opleiding, intelligentie, ras en ernst van het delict. Psychose is daarenboven een *even grote risicofactor* als voorgeschiedenis van geweld, burgerlijke status en wapengebruik. Tot slot blijkt het echter een *kleinere risicofactor* te zijn dan externaliserende stoornissen zoals psychopathie, antisociale persoonlijkheidsstoornis en een vroege start van crimineel gedrag. De aanwezigheid van psychose kan daarentegen niet worden gezien als een voldoende noch als een noodzakelijke voorwaarde voor gewelddadig gedrag omdat de sterkte van de relatie tussen beide te klein is en omdat de meeste psychotici bovendien niet gewelddadig zijn (Douglas et al., 2009). Enkel indien er een logische relatie wordt gevonden tussen psychose en geweld in het verleden van een specifieke persoon kan psychose door de clinicus worden beschouwd als een belangrijke risicofactor voor gewelddadig gedrag in de nabije toekomst bij die persoon.

De vraag op welke wijze deze *correlationele relatie* kan worden *geïnterpreteerd*, moet echter met de nodige voorzichtigheid worden behandeld. Er kan namelijk niet zomaar besloten worden dat het hier gaat over een causale relatie. De aanwezigheid van psychotische symptomen op het moment van het gewelddelict impliceert namelijk niet noodzakelijk dat deze symptomen het geweld hebben uitgelokt (Joyal et al., 2004; Taylor, 2008). Zoals reeds eerder vermeld, is de relatie zeer complex en moeilijk te interpreteren vanwege het groot aantal potentiële beïnvloedende factoren. Volgens Joyal et al. (2004) is het daarenboven wellicht praktisch onmogelijk om de exacte etiologie van een specifiek gewelddadig gedrag te bepalen wanneer er sprake is van comorbiditeit met een antisociale persoonlijkheidsstoornis. In dit geval zou het uitlokkend effect van het geweldsdelict multidimensioneel zijn en een grote variatie aan gecombineerde risicofactoren bevatten.

Volgens Douglas et al. (2009) zijn er ten minste *drie mogelijke verklaringen* voor de associatie tussen psychose en geweld. Ten eerste is het mogelijk dat *psychose de oorzaak is van geweld*. Hierbij is het van belang te bewijzen dat psychose (oorzaak) eerder aanwezig was dan het geweld (gevolg). Indien psychose werkelijk de oorzaak was van het geweld, kan het op *drie verschillende manieren een invloed* hebben gehad. Ten eerste kan psychose een duidelijke *motivatie of motief bieden* voor het plegen van geweld en op deze manier de beslissingen en gedrag van de psychoticus sturen. Hierbij gaat het praktisch altijd over positieve symptomen (i.e. wanen en hallucinaties). Een groot aantal van de psychotici zijn namelijk in staat om complexe en doelgerichte gedragingen te stellen en een duidelijke verklaring voor hun gedrag te bieden, ook al lijken deze onlogisch voor buitenstaanders. Dit mechanisme werd door Link en Stueve (1994) beschreven als "*het principe van rationaliteit binnen irrationaliteit*" (p.143). Een tweede mogelijk mechanisme is dat psychose de capaciteit van het individu om interpersoonlijke conflicten aan te pakken beïnvloedt door het *destabiliseren van beslissingen en gedrag*. Verstoringen van het denken, het gedrag en het affect die inherent zijn aan de stoornis kunnen psychotische individuen of personen, die met hen in interactie gaan, frustreren. Hierdoor vergroot de kans dat iemand kwaad wordt of impulsief en agressief reageert. De gedesorganiseerde vorm van psychose kan dus leiden tot impulsief of gedesorganiseerde vormen van geweld of misdrijven (Baxter, 1997). Tenslotte kan psychose een invloed hebben op het geweld vanuit een *algemene desinhibitie*. Negatieve symptomen zoals gebrek aan empathie, berouw en angst kunnen namelijk interfereren met het doelgericht gedrag. De invloed van deze negatieve symptomen zou eerder beperkt zijn tot een aantal specifieke omstandigheden. Zo zouden negatieve symptomen die resulteren in

depressie of suïcidaliteit het risico op geweld verhogen wanneer de gedachten van automutilatie geprojecteerd worden of uitgebreid worden ten opzichte van anderen.

Een tweede mogelijke verklaring van de relatie is dat *psychose het gevolg is van geweld* (Douglas et al., 2009). Het is mogelijk dat een individu psychotisch wordt in een stressvolle context waarin hij/zij zelf kwaad en gewelddadig is of waarin hij/zij met geweld bedreigd wordt. Het is echter onwaarschijnlijk dat een psychose uitgelokt wordt door geweldgerelateerde stress zonder dat er onderliggend een psychotische stoornis zoals schizofrenie aanwezig is. Geweld zal wellicht de stoornis zelf niet kunnen veroorzaken, maar kan wel een uitlokker zijn voor de symptomen van de stoornis. Het kan dus een psychotische decompensatie (i.e. doorbraak) veroorzaken bij een onderliggende psychotische gevoeligheid. Het is bovendien mogelijk dat een waan verschijnt na het delict om het delict te rationaliseren of van een motief te voorzien. Bij schizofrenen komt het namelijk vaak voor dat ze onwetend zijn over wat hen heeft gedreven (Declercq, 2008).

Beide voorgaande verklaringen sluiten elkaar niet noodzakelijk uit. Het is namelijk mogelijk dat deze verschillende mechanismen alternerend aanwezig zijn bij eenzelfde persoon of elk bij verschillende personen aanwezig zijn. De *derde verklaring* daarentegen stelt dat er *slechts een correlatie* bestaat tussen psychose en geweld. Deze correlatie zou dan het gevolg zijn van een derde variabele die met zowel psychose als geweld is geassocieerd (Douglas et al., 2009). Voorbeelden van dergelijke modererende variabelen zijn onder andere stressvolle levensgebeurtenissen, een tekort aan sociale ondersteuning, persoonlijkheidstrekken, middelenmisbruik, slachtofferschap, etc. Deze verklaring kan echter worden uitgesloten wanneer in onderzoek geen enkele temporele of statistische associatie wordt gevonden tussen psychose en geweld op voorwaarde dat men controleert voor alle relevante modererende variabelen.

Momenteel bestaan er echter meer vragen dan antwoorden over de onderliggende al dan niet causale mechanismen en bestaat onvoldoende eenduidige evidentie om één van deze verklaringen uit te sluiten (Douglas et al., 2009; Taylor, 2008).

4. De strafrechtelijke reactie

A. Strafrechtelijke verantwoordelijkheid en de wetgeving

De vraag of een psychose kan gediagnosticeerd worden bij een persoon die een bepaald delict heeft gepleegd, heeft belangrijke gevolgen voor de criminologische verantwoordelijkheid van deze beschuldigde. Om *strafrechtelijk verantwoordelijk* gesteld te worden voor strafbare feiten, dienen deze daden namelijk het gevolg te zijn van de vrije wil of een bewuste keuze (mens rea). *De aanwezigheid van hallucinaties, wanen of een intoxicatie op het moment van de feiten*, kan erop wijzen dat de controle over het gedrag en dus ook de verantwoordelijkheid over deze gedragingen beïnvloed werd. Het gevolg kan zijn dat de persoon in kwestie op dat moment niet in staat was om het onderscheid te maken tussen goed en kwaad. In deze omstandigheden worden gepleegde delicten op een andere manier berecht (nullum crimen sine culpa) (Declercq, 2008; Van den Wyngaert, 2006). Volgens de *'European Prison Rules'* van 12 februari 1987 dienen personen die krankzinnig bevonden worden namelijk behandeld te worden in een hiervoor geschikte omgeving in plaats van opgesloten te worden in de gevangenis (Council of Europe, 2006).

Wanneer een psychiatrische diagnose gesteld wordt, zoals bij krankzinnigheid, ernstige geestesstoornissen of zwakzinnigheid op het moment van de feiten, kan dit vervolgens resulteren in een *interneringsmaatregel* in plaats van een strafrechtelijke veroordeling. *Krankzinnigheid* wordt voorbehouden voor de meest uitgesproken psychiatrische stoornissen waaronder psychose, ernstige depressie, manische stoornissen en dementie. De internering is geen straf, maar een beveiligingsmaatregel van onbepaalde duur, zowel voor de persoon in kwestie als voor de maatschappij (Casselmann et al., 1997). Internering wordt enkel uitgesproken wanneer een persoon een bewezen wanbedrijf of misdaad heeft gepleegd en de rechtbank van oordeel is dat de dader op het moment van de feiten niet in staat was zijn/haar daden te controleren en daarenboven op het moment van onderzoek een gevaar is voor zichzelf of voor de maatschappij (Wet tot bescherming van de maatschappij van 1 juli 1964 en de nieuwe Interneringswet van 21 april 2007). Dan wordt hij namelijk *'ontoerekeningsvatbaar'* verklaard. Het is de taak van de *gerechtelijk psychiatrisch expert* om te bepalen of de geobserveerde hallucinaties, wanen of intoxicatie indicatief is voor de aanwezigheid van een onderliggende psychiatrische problematiek. Wanneer op het moment van het onderzoek geen psychiatrische problematiek vastgesteld wordt en bijgevolg de dader geen gevaar is voor zichzelf of de maatschappij, wordt dan ook geen internering uitgesproken.

Men kan zich hierbij echter beroepen op de *schulduitsluitingsgrond* 'dwang' op het moment van het delict (artikel 71 Strafwetboek; Vermeulen, 2008). Dwang heeft betrekking op het wilselement van het strafrechtelijk schuldconcept en moet aan enkele *toepassingsvoorwaarden* voldoen. De dwang moet namelijk onweerstaanbaar zijn, de wil van de dader volledig uitschakelen en mag niet aan de dader zelf te wijten zijn. Dit kan slechts in uitzonderlijke gevallen ingeroepen worden. Bijvoorbeeld wanneer de dader op het ogenblik van de feiten volledig overmand was door extreme emoties, zoals bij emotionele stress ten gevolge van wanen en hallucinaties, en op het ogenblik van de feiten als niet psychisch gestoord wordt beschouwd. Dit zou dus slechts mogelijk zijn bij een *kortdurende psychotische episode* of bij een *middelengeïnduceerde psychose*. Dwang kan daarentegen onmogelijk ingeroepen worden bij schizofrenie vanwege het ongeneeslijke karakter van deze stoornis. Wanneer niet wordt voldaan aan de voorwaarde 'volledig uitschakelen van de wil', kan men zich beroepen op de *strafverminderende verschoningsgrond* 'provocatie' bij doodslag en opzettelijke slagen en verwondingen (artikel 411 Strafwetboek). Hierbij gaat het om een verminderd weerstandsvermogen, uitgelokt door zware gewelddaden tegenover de dader.

Alcoholintoxicatie is een speciaal geval van dwang (Van den Wyngaert, 2006). We bestuderen hier wat de wetgever zegt over alcoholintoxicatie bij delicten omdat de comorbiditeit met alcoholmisbruik heel vaak voorkomt bij psychotische stoornissen en een rol blijkt te spelen bij het geweld van deze patiënten (cf. Hoofdstuk III.3.A). Alcoholintoxicatie kan slechts uitzonderlijk als schulduitsluitingsgrond aangevoerd worden, door de voorwaarde dat dwang niet mag te wijten zijn aan de dader zelf (*culpa in cosa*). Er is dus enkel sprake van dwang wanneer de dader buiten zijn wil in die toestand werd gebracht of wanneer het om een chronische ziekte toestand gaat. Deze redenering levert echter een *probleem* op, omdat het Belgisch recht een onderscheid maakt tussen verschillende soorten misdrijven, namelijk opzet (algemeen, bijzonder en gans bijzonder), onachtzaamheid en schuld door wetsinbreuk en hierbij gebruik maakt van de *culpa in cosa*-leer (voorafgaandelijk fout). Intoxicatie zal dus niet ingeroepen kunnen worden als dwang voor een *onachtzaamheidsmisdrijf*, omdat de intoxicatie net de onachtzaamheid uitmaakt. Ten opzichte van *opzetmisdrijven* daarentegen, kan dit leiden tot veroordelingen in gevallen waar de dader niet in staat was een opzet te vormen. In Belgisch recht kan een onachtzaamheid, namelijk intoxicatie, dus leiden tot een opzetmisdrijf. Alcohol blijkt daarentegen enkel een effect te hebben op de aandachts- en concentratieprocessen, maar tast het lange termijngeheugen niet aan (van Oorsouw, Merckelbach, Ravelli, Nijman & Mekking-Pompen, 2004). Alcohol heeft dus een impact op

hoe informatie wordt verwerkt (cf. Hoofdstuk III.3.A). Tijdens een intoxicatie zou deze persoon echter perfect in staat moeten zijn zich algemene gedragsregels te herinneren en bijgevolg te beseffen dat hij strafbaar gedrag pleegt. Een alcoholintoxicatie zou dus het gedrag niet kunnen ‘verontschuldigen’.

B. Wetenschappelijk onderzoek en de gevolgen voor de wetgeving

De vaststelling dat wetenschappelijk onderzoek tot nog toe slechts een beperkt begrip biedt over de precieze onderliggende mechanismen waarbij psychose tot gewelddadig gedrag leidt, heeft enkele belangrijke gevolgen voor de strafrechtelijke reacties. De theoretische kaders bespreken we veel uitgebreider in onderstaande hoofdstukken van deze masterproef. Achtereenvolgens bespreken we hier enkel de mogelijke consequenties van de cognitieve theorie, de heterogeniteit van geweld en van de psychoanalytische theorie voor de praktijk.

i. De cognitieve theorie

Aangezien de *cognitieve theorie* (i.e. het bestaan van een inhoudelijk verband tussen wanen en hallucinaties en het plegen van gewelddelicten; cf. Hoofdstuk IV.3) onvoldoende blijkt als verklaring voor de relatie tussen psychose en geweld, zou de beslissing tot internering niet standaard op de inhoud van de psychotische symptomen mogen gebaseerd zijn (Willemsen, 2008). Internering op basis van de inhoud van deze symptomen zou slechts mogelijk zijn in de individuele gevallen waarbij er een *logisch inhoudelijk verband* kan worden gevonden tussen het delict en de aanwezigheid van wanen of hallucinaties. In tweede instantie moet men daarenboven vermoeden dat er *in de toekomst een risico op gewelddadig gedrag blijft bestaan* in reactie op deze of gelijkaardige symptomen. De aanwezigheid van gewelddadige bevelshallucinaties leidt namelijk niet rechtstreeks tot geweld of tot gehoorzaamheid aan deze hallucinaties en hoeft bijgevolg geen automatisch argument te vormen voor internering.

ii. Heterogeniteit van geweld

De mogelijke *heterogeniteit* van het aanwezige *geweld* bij schizofrene patiënten zou tevens van belang moeten zijn bij het gerechtelijk psychiatrisch onderzoek (cf. Hoofdstuk III.4). Verschillende geweldsvormen, zoals medisch gerelateerd (i.e. het gevolg van een onderliggende ziekte zoals psychose), impulsief en instrumenteel geweld kunnen namelijk allen aanwezig zijn bij schizofrene patiënten (Felthous, 2008). Ongeacht de motivatie voor het delict (rationeel of irrationeel, zoals gedreven door wanen en hallucinaties) is de *impulsiviteit van de daad* een belangrijk aspect bij de strafrechtelijke verantwoordelijkheid.

De vraag of de impuls op zichzelf te sterk was of de capaciteit van het individu om deze impuls te controleren te zwak was op het moment van het delict, staat hierbij centraal. Deze onmogelijkheid om het eigen gedrag te controleren, heeft namelijk een rechtstreekse impact op de vrije wil over het delict. Ondanks dat het delict misschien niet rechtstreeks wordt gestuurd vanuit wanen of hallucinaties, kan de aanwezigheid van schizofrenie wel een mogelijke indicatie zijn voor een verminderde bewuste controle over het eigen gedrag (Felthous, 2008). Indien men deze redenering omdraait, betekent de aanwezigheid van een daad ingegeven door irrationele motieven, zoals bij wanen en hallucinaties, op zich nog niet dat de dader zich op het moment van de feiten niet zou kunnen beheersen. Bij deze gerechtelijk psychiatrische onderzoeken wordt echter *weinig rekening gehouden* met de impulsiviteit van het geweld en het delict van de daders (Felthous, 2008). Indien wanen een motief bieden voor het delict, kan vanuit deze irrationaliteit worden besloten dat het individu niet verantwoordelijk kan worden gesteld voor zijn daden. Het is dan ook eerder zeldzaam dat een agressieve daad, gedreven door wanen, als impulsief wordt beschreven. *Nochtans zou medisch gerelateerd geweld in meer of mindere mate impulsief kunnen zijn, wat een ander licht werpt op hoe het geweld moet worden begrepen en bijgevolg moet worden berecht.*

iii. De psychoanalytische theorie

Vanuit de *psychoanalytische theorie* wordt gesteld dat de inhoud van de wanen irrelevant is voor het criminele gedrag (en dus geen rechtstreekse invloed hebben), omdat zowel het strafbare gedrag (een antwoord via het gedrag) en de waan (een antwoord via het woord) een *oplossingspoging* is van het zieke individu (Bénézech, 2010; Willemsen, 2008). Dit zouden namelijk reacties zijn ten opzichte van het controleverliezende en vervreemde effect van de eerste tekenen van de ziekte en worden gezien als pogingen om het psychisch evenwicht te herstellen (cf. Hoofdstuk V.6). Het geweld wordt hier dus niet gezien als een willekeurige uitbarsting van agressie noch als gehoorzaamheid aan hallucinaties. Deze theorie gaat er bijgevolg vanuit dat delicten zonder schijnbaar motief voor de buitenwereld wel degelijk een betekenis hebben voor de dader. Sommige auteurs concluderen op basis van deze redenering dat in deze gevallen de psychoticus *wel verantwoordelijk* is voor zijn daden en dus *niet ontoerekeningsvatbaar* mag worden verklaard (Willemsen, 2008). Bovendien mag men de psychotische patiënten, volgens deze auteurs, het recht op strafrecht niet ontzeggen.

Bénézech (2010) argumenteert verder dat psychotische individuen niet alle contact met de realiteit verliezen, soms in staat zijn de symptomen van hun stoornis te simuleren en een

gedeeltelijke controle kunnen uitoefenen op het medisch gerelateerd geweld bij hun criminele daden. Desondanks zijn deze psychotische individuen, volgens Bénézech (2010), niet echt bewust over het pathologische karakter van hun gedrag, omdat de *afwezigheid van ziekte-inzicht* praktisch inherent is aan de psychotische stoornis. Deze patiënten zijn bijgevolg niet in staat om een noodzakelijke afstand te nemen van hun stoornis. Hierdoor valt de dader als het ware volledig samen met zijn daad. Bijgevolg kan er geen sprake zijn van strafrechtelijke verantwoordelijkheid, omdat het *morele element* van hun criminele feiten *ontbreekt* (Bénézech, 2010). Ook binnen deze psychoanalytische theorie heerst met andere woorden een discussie over de meest adequate strafrechtelijke aanpak van criminele psychotici.

C. De praktijk

Hoe het rechtssysteem schizofrene patiënten *in concreto aanpakt* en hoe deze regelgeving zich bijgevolg in *concrete cijfers* vertaalt, is echter nog *weinig geëxploreerd* (Munkner et al., 2009). Uit internationaal onderzoek blijkt in ieder geval dat ongeveer vier procent van alle gedetineerden aan de criteria van een psychose voldoen en dat ongeveer de helft van alle gedetineerden een persoonlijkheidsstoornis vertonen (Fazel & Danesh, 2002; Todts, 2009). Zoals reeds vermeld, hebben 42% van alle Belgische geïnterneerden, die zijn opgenomen in een residentieel zorgcircuit en 29% van alle geïnterneerden, die zijn opgesloten in een justitiële instelling, een psychotische stoornis (Cosyns, 2005).

Een recente studie onderzocht *welke sancties* werden uitgesproken *voor diverse delicten* gepleegd door schizofrene patiënten (Munkner et al., 2009). Het onderzoek werd uitgevoerd in Denemarken, omdat alle daders van ieder opgelost misdrijf er werden geregistreerd in de criminaliteitsstatistieken, zelfs indien de dader geestesgestoord was. Dit liet een vergelijking toe tussen de nationale psychiatrische- en criminaliteitsstatistieken. Ondanks dat de dader als schizofreen werd gediagnosticeerd, werd in ongeveer 15% van de gevallen een *gevangenisstraf* uitgesproken en in 15% een *uitgestelde gevangenisstraf* uitgesproken. Dit gebeurde voornamelijk bij slagen en verwondingen, seksuele misdrijven en overvallen. In negen procent van de gevallen werd als maatregel een *psychiatrische behandeling* opgelegd. Deze kon bestaan uit een residentieële behandeling (64%), een ambulante behandeling (23%), een verplichte psychiatrische opname (11%) of een ongespecificeerde behandeling (2%). De *klacht* werd in negen procent van de gevallen *introkken*; meestal omdat de dader op het moment van de veroordeling reeds met een behandeling was gestart. Voornamelijk minder ernstige niet-gewelddadige misdrijven, zoals diefstal, inbraak, vernieling of beschadiging,

werden aan de hand van een *geldboete* bestraft. De kans dat een behandeling werd opgelegd, was groter bij geweldsmisdrijven en werd tevens groter naarmate de dader beter gekend was bij de psychiatrische hulpverlening. Het *Deens rechtssysteem* focust zich, in tegenstelling tot het Belgisch strafrecht, niet op de ontoerekeningsvatbaarheid van de schizofrene patiënt. De schuld van de verdachte wordt in eerste instantie onderzocht, onafhankelijk van de vraag als het misdrijf werd gestuurd door de ziekte. Indien bij de dader schizofrenie werd gediagnosticeerd, wordt deze vervolgens in het psychiatrische behandelcircuit geplaatst in plaats van in de gevangenis. Dit zorgt er wellicht voor dat deze onderzoeksbevindingen niet te generaliseren zijn naar de Belgische situatie, waardoor verder onderzoek noodzakelijk blijft.

5. Conclusie

De *prevalentie* van psychose zou ongeveer drie procent bedragen. Deze psychotische stoornis kent echter diverse uitingsvormen waarbij de prevalentie van schizofrenie ongeveer een kleine procent bedraagt. Deze stoornissen komen dus relatief frequent voor. De beschrijving van deze stoornis is doorgaans gebaseerd op de *definitie van de DSM-IV*. Heterogeniteit bij verschillende patiënten met dezelfde stoornis en comorbiditeit met andere stoornissen komen echter vaak voor en kunnen beïnvloed worden door de categoriale benadering van deze definitie. *Voorzichtigheid bij de interpretatie van onderzoeksgegevens is dus steeds geboden.*

In vergelijking met de algemene populatie komen bij psychotische patiënten voornamelijk meer *gewelddelicten* voor. Het aandeel van geweld in de maatschappij wat is toe te schrijven aan deze patiënten is echter kleiner dan 10 procent. Ondanks *methodologische problemen* heeft het wetenschappelijk onderzoek reeds kunnen aantonen dat psychose als een *middelmatige risicofactor* voor geweld kan worden beschouwd. Het risico op geweld bij *psychotische vrouwen* is daarenboven groter. De relatie tussen psychose en geweld moeten we echter met de nodige voorzichtigheid benaderen. Momenteel bestaan namelijk nog meer vragen dan antwoorden over de causale mechanismen tussen beide. *In het volgende hoofdstuk bespreken we de factoren die deze relatie kunnen beïnvloeden.*

Indien schizofrenie wordt vastgesteld bij een persoon die een misdrijf heeft gepleegd, kan een *internering* worden uitgesproken. *Meer onderzoek is echter nodig naar hoe deze besluitvorming zich in de Belgische praktijk voltrekt.* Verder hebben we in dit hoofdstuk enkele conclusies voor deze strafrechtelijke praktijk geformuleerd vanuit wetenschappelijk onderzoek en theoretische kaders die in deze masterproef aan bod zullen komen.

Hoofdstuk III. Beïnvloedende of criminogene factoren

1. Inleiding

Het is *intuïtief* erg aannemelijk te stellen dat de verhoogde prevalentie van gewelddadig gedrag bij psychotici verklaard kan worden vanuit de kenmerkende symptomen, namelijk wanen en hallucinaties. Zo klinkt het logisch dat een persoon die lijdt onder bevelshallucinaties, waarbij stemmen hem/haar opdringen crimineel gedrag te plegen, dan ook crimineel gedrag zál plegen. Het klinkt tevens aannemelijk dat een persoon met een achtervolgingswaan, die ervan overtuigd is dat hij/zij kwaadwillig behandeld wordt, in een poging zichzelf te beschermen sneller tot crimineel gedrag zal overgaan. De *hypothese* dat geweld bij psychotici *rechtstreeks veroorzaakt* wordt door *de symptomen van de stoornis* kent zijn oorsprong in de bevinding dat het criminele patroon bij psychotici verschillend is van deze in de algemene populatie (Wallace et al., 2004). De criminele carrière bij psychotici zou namelijk gemiddeld genomen later starten, vangt meestal aan na een actieve psychotische episode (i.e. een periode waarbij psychotische symptomen zoals wanen en hallucinaties actief aanwezig zijn) en zou langer duren (Wallace et al., 2004).

Toch zal blijken dat de *relatie tussen psychose en criminaliteit complexer* is en bovendien zijn de onderzoeksgegevens niet altijd eenduidig (Hodgins & Jonson, 2002; Soyka et al., 2007; Willemsen, 2008; Walsh et al., 2002). Zo is de diagnose van schizofrenie op zich onvoldoende om gewelddadig gedrag te voorspellen omdat de meeste schizofrenen niet gewelddadig zijn (Soyka et al., 2007). Daarenboven blijkt dat de *cognitieve visie* een onvoldoend antwoord kan bieden op de onderzoeksbevindingen (cf. Hoofdstuk IV.3). Deze visie gaat er namelijk vanuit dat wanen en hallucinaties bij de psychoticus resulteren in bepaalde cognities, die vervolgens een invloed hebben op het gedrag. Hierbij is er dus een inhoudelijk verband tussen de symptomen en het delict. Onderzoek wees echter uit dat de inhoud van de symptomen een onvoldoende verklaring biedt voor de aanwezigheid van agressie (Bjorkly, 2002a, 2002b; Willemsen, 2008). Uit onderzoek blijkt tevens dat er tussen het aantal symptomen en gewelddadig gedrag een curvilineair verband bestaat (Hodgins & Jonson, 2002). Zo is er meer geweld aanwezig wanneer er meer psychotische symptomen aanwezig zijn, maar wanneer dit aantal meer is dan drie, daalt de prevalentie van geweld opnieuw. Indien de symptomen dé oorzaak zouden zijn van het criminele gedrag, verwacht men meer geweld naarmate het aantal symptomen stijgt. Wanen en hallucinaties lijken het geweld dus te kunnen motiveren, maar toch leidt de aanwezigheid van deze motivatie niet

noodzakelijk tot meer gewelddelicten in de criminaliteitsstatistieken (Junginger & McGuire, 2004). Aanhangers van deze cognitieve visie noemen dit “*de paradox van het huidige onderzoek*”. Toch mogen dergelijke onderzoeksbevindingen niet geïnterpreteerd worden alsof positieve symptomen nooit geweld zouden kunnen veroorzaken (Nijman et al., 2003). Hierbij is het namelijk van belang een onderscheid te maken tussen een oorzakelijk mechanisme in individuele gevallen en een statistische verklaring voor de correlatie tussen de stoornis en het geweld, die significant blijft voor een grote onderzoekspopulatie. Klinische ervaring en andere studies tonen aan dat *wanen in individuele gevallen wel degelijk geweld kunnen veroorzaken* (Junginger, 2006; Monahan et al., in Nijman et al., 2003).

Recente wetenschappelijke onderzoeken wijzen op het feit dat theorieën met slechts een enkelvoudige verklarende factor niet volstaan als verklaring (Wallace et al., 2004; Walsh et al., 2002). *De invloed van psychose op geweld lijkt dus breder te zijn dan de loutere som van de verschillende symptomen van de stoornis*. Wat wellicht dichter bij de waarheid ligt, is de invloed van een *complexe interactie* tussen verstoringen in het sociale en psychologische functioneren en in de hersenwerking bij psychotische patiënten. Deze verstoringen kunnen wellicht zowel voorafgaand, volgend of tijdens de zichtbare manifestatie van de stoornis een invloed uitoefenen.

In dit hoofdstuk bespreken we de *factoren* waarvoor wetenschappelijke consensus bestaat over de *samenhang met geweld*. Comorbiditeit met andere stoornissen blijkt hierbij belangrijk te zijn. Ongeveer 90 procent van alle actieve psychotische episodes komt namelijk voor bij individuen die gedurende hun levensloop drie of meer psychiatrische stoornissen doormaken (Kessler et al., in Hiday, 1997). We maken een onderscheid tussen twee groepen van criminogene factoren naar analogie van de indeling van Willemsen (2008) en deze van Vandamme (2009), namelijk enerzijds *kenmerken eigen aan de psychotische stoornis* en anderzijds *comorbiditeit met andere stoornissen*. Kenmerken eigen aan de psychotische stoornis omvatten de aanwezigheid van *positieve symptomen* (i.e. wanen en hallucinaties) en de *negatieve symptomen* (cf. Hoofdstuk II.2.A). Andere stoornissen die regelmatig samen voorkomen met psychotische stoornissen en een associatie vertonen met het aanwezige geweld zijn *middelenmisbruik, antisociale persoonlijkheidsstoornis* of *psychopate trekken en gedragsstoornissen*.

2. Kenmerken eigen aan de psychotische stoornis

A. Positieve symptomen: Wanen

Wanen en hallucinaties *vergroten* het *risico op geweld*, maar zijn op zich onvoldoende als verklaring voor de relatie tussen psychose en geweld (Bjorkly, 2002a, 2002b; Erkiran et al., 2006; Hodgins & Jonson, 2002; Willemsen, 2008). Uit risicofactorenonderzoek blijkt dat de aanwezigheid van wanen het risico op geweld 2.6 maal verhoogt en het samen voorkomen van wanen en hallucinaties het risico met 4.1 verhoogt (Hodgins & Jonson, 2002). Uit de review van Bjorkly (2002a, 2002b) blijkt dat het aantal studies dat een positieve associatie vindt tussen de aanwezigheid van wanen en geweld eerder beperkt is, maar wel geleidelijk aan groeit. Hierbij is de *dominante onderzoeksvisie* door de jaren heen sterk gewijzigd (Bjorkly, 2002a, 2002b). Deze visie evolueerde namelijk van de overtuiging dat tussen mentale stoornissen en geweld geen relatie bestaat naar het geloof in een hogere kans op geweld bij individuen met specifieke diagnoses zoals bijvoorbeeld schizofrenie. Vervolgens domineerde de visie dat een specifieke groep van symptomen, zoals wanen, hallucinaties en cognitieve verstoringen een verhoogd risico op geweld veroorzaakt. Momenteel wordt eerder de aandacht gevestigd op specifieke kenmerken van bepaalde psychotische symptomen die een invloed zouden hebben op de relatie tussen mentale stoornissen en geweld.

Uit onderzoek blijkt dat er voornamelijk een relatie bestaat met één bepaald type *wanen*, namelijk *achtervolgingswanen* (Bjorkly, 2002a; Taylor, 2008). Specifiek blijkt de zo geheten TCO symptomatologie (i.e. *'threat and internal control override'*) dominant. De TCO symptomatologie verwijst naar het gepercipieerde gevoel van intense bedreiging en kwaadwillige behandeling door anderen (*threat*) en het gevoel dat de gedachten niet van zichzelf zijn of gedachtebeïnvloeding (*control*). Gedachtebeïnvloeding is het gevoel dat anderen gedachten in het eigen hoofd plaatsen of de gedachten controleren. De TCO zou het risico op geweld bij bepaalde individuen verhogen. In de review van Bjorkly (2002a) werd namelijk geen relatie meer geobserveerd tussen psychotische symptomen en geweld wanneer werd gecontroleerd voor deze TCO symptomen.

Deze symptomen blijken *op zichzelf echter onvoldoende* te zijn, omdat ze onder andere ook voorkomen bij niet-gewelddadige schizofrenen en afhankelijk zijn van de aanwezigheid van andere factoren (Stompe, Ortwein-Swoboda & Schanda, 2004; Willemsen, 2008). Zo

vergroten vooreerst ‘*distress*’¹³-*factoren*, ten gevolge van de aanwezigheid van wanen, de kans dat het individu ageert in reactie op deze waan (Bjorkly, 2002a). Deze ‘*distress*’factoren bestaan voornamelijk uit hoge niveaus van angst, woede en irritatie. Het *verloop van de waan* heeft daarenboven een invloed op de associatie met geweld. Zo blijkt dat de persistentie en de inhoudelijke consistentie van de waan de kans vergroot dat men gewelddadig reageert (Taylor, 2008). De waan is daarentegen niet noodzakelijk de rechtstreekse ‘*trigger*’ of uitlokker van het geweld. Deze wanen zijn namelijk meestal reeds geruime tijd aanwezig vóór het geweld. Er bestaat dus meestal een periode waarbij wanen geen geweld veroorzaken. De aanwezigheid van een waan sluit daarenboven niet uit dat men kan handelen op basis van *rationele motieven* en geweld instrumenteel kan gebruiken voor bijvoorbeeld persoonlijk voordeel (Felthous, 2008; Taylor, 2008). *De relatie tussen de aanwezigheid van wanen en geweld blijkt met andere woorden erg complex en nog onvoldoende begrepen.*

Op basis van de huidige onderzoeksbevindingen zou het geweld langs drie mogelijke wegen door wanen veroorzaakt kunnen worden (Taylor, 2008). Ten eerste via het *directe waaneffect* of de ‘*psychotische motivatie*’. Dit is een volledig intern pad waarbij een bepaald kenmerk van de waan de oorzaak is van het geweld, zoals bijvoorbeeld de inhoud of de duur van deze waan. Geweld als *reactie ten opzichte van de affectieve distress* is een tweede mogelijk pad. Deze affectieve distress kan het direct gevolg zijn van de wanen, maar kan tevens veroorzaakt worden door moeilijke sociale interacties vanwege deze wanen. Dit laatste is dan een interpersoonlijk pad. Anderen kunnen de waan bijvoorbeeld inhoudelijk in vraag stellen en uitdagen. Dit kan vervolgens distress veroorzaken bij de psychoticus, omdat hij door het pathologische karakter van de waan absoluut zeker is van de correctheid van zijn overtuiging. Een *derde pad* kan ontstaan wanneer sociale interacties het geloof in de waan ontkrachten en de psychoticus zich hierbij genoodzaakt voelt om een actie te ondernemen. Deze actie kan vervolgens gewelddadig van aard zijn. Heel weinig is echter geweten over de relatie tussen wanen en sociale interacties waardoor meer wetenschappelijk onderzoek noodzakelijk is.

¹³ Distress verwijst naar psychische nood en uitputting door emotionele stress. Het is een aversieve staat waarbij het individu niet in staat is om zich aan te passen aan aanwezige stressoren wat resulteert in een hoeveelheid stress en maladaptief gedrag zoals agressie, passiviteit of terugtrekking (Coelho, 2003).

B. Positieve symptomen: Hallucinaties

Er bestaan weinig gecontroleerde studies over de rol van hallucinaties bij het plegen van geweld. De associatie tussen hallucinaties en geweld wordt namelijk meestal gerapporteerd in combinatie met de aanwezigheid van wanen en andere symptomen van psychose (Felthous, 2008).

Empirische studies leggen daarenboven voornamelijk de nadruk op één specifiek type hallucinaties, de *auditieve bevelshallucinaties*. Weinig studies onderzochten echter andere vormen, zoals olfactorisch of tactiele hallucinaties. In verband met de prevalentie blijkt dat deze auditieve bevelshallucinaties relatief frequent zijn, aangezien ongeveer 30 tot 50 procent van alle opgenomen psychiatrische patiënten deze symptomen zou ervaren (Barrowcliff & Haddock, 2006). Er bestaat dus heel wat onduidelijkheid over de mate waarin bevelshallucinaties als een *risicofactor* voor geweld moeten worden gezien. De kans op *gehoorzaamheid* aan deze bevelen varieert namelijk in de diverse studies van 0 tot 90 procent afhankelijk van de gebruikte definities en de methodologie (Barrowcliff & Haddock, 2006). Uit de review van Bjorkly (2002b) blijkt dat geen wetenschappelijke evidentie bestaat voor de hypothese dat auditieve bevelshallucinaties op zich de kans op geweld verhogen. Daarenboven bestaat er geen duidelijke relatie tussen enerzijds de inhoud en de ernst van de bevelshallucinatie en anderzijds de kans dat het individu gehoorzaamd aan dit bevel. Er bestaat daarentegen wel beperkte, maar inadequate, evidentie dat stemmen die gewelddadig gedrag bevelen de kans op gehoorzaamheid verhogen. Tot slot bleef het onderzoek onbeslist over een mogelijke geweldsescalatie bij een interactie tussen wanen en hallucinaties door een tekort aan studies hierover. Deze bevelshallucinaties leiden dus niet per se tot geweld, maar zouden hier wel mee geassocieerd kunnen zijn indien ze voorkomen in het kader een van een congruente waan (i.e. een waan die inhoudelijk gelijkaardig is aan de hallucinatie, bijvoorbeeld een vergiftigingswaan die samen voorkomt met auditieve hallucinaties die zeggen: “Ik maak je dood”) (Felthous, 2008).

Meer recente studies tonen aan dat naast de preoccupatie voor de inhoud van bevelshallucinaties tevens nadruk moet gelegd worden op de invloed van *persoonlijke*, *psychologische* en *sociale* variabelen. Het al dan niet gehoorzamen aan deze bevelshallucinaties blijkt niet enkel afhankelijk te zijn van de ernst van dit bevel. Het wordt tevens beïnvloed door de attitude van het individu ten opzichte van deze stemmen, de gepercipieerde consequentie van het gehoorzamen, het al dan niet kennen van de identiteit

van de stemmen, de gemoedstoestand op het moment van de hallucinatie, de gepercipieerde eigen sociale rang (i.e. zichzelf zien als iemand met veel of weinig invloed, macht, verantwoordelijkheid over anderen) en de leeftijd van het individu (Barrowcliff & Haddock, 2006; Shawyer et al., 2008; Taylor, 2008). Daarenboven werd door Felthous (2008) gesuggereerd dat de psychotici die gehoorzamen aan hallucinaties misschien diegene zijn die sowieso impulsief reageren en minder controle hebben over hun agressieve impulsen. Deze groep zou bijgevolg een aparte subgroep van gewelddadige psychotici kunnen vormen. De impulsiviteit van de reactie ten opzichte van deze hallucinaties wordt in onderzoek echter zelden in rekening gebracht. *Opnieuw blijkt de relatie tussen geweld en hallucinaties dus afhankelijk te zijn van een complexe interactie tussen psychologische, sociale en persoonlijke kenmerken en voldoet de cognitieve visie op zichzelf niet als verklaring.*

C. Negatieve symptomen

In tegenstelling tot het overweldigend aantal studies over de invloed van positieve symptomen, gebeurden tot nog toe bitter weinig onderzoeken over negatieve symptomen en is bijgevolg zeer weinig geweten over hun impact. Heel wat verschillende elementen hebben wellicht bijgedragen tot de *onderbelichting van de negatieve symptomen* in het onderzoek naar gewelddadig gedrag bij psychose. Vooreerst lijkt de relatie tussen geweld en symptomen zoals vervlakking van het affect, anhedonie (i.e. het verlies van plezier beleven aan leuke activiteiten), apathie (i.e. lusteloosheid, ongevoeligheid voor indrukken van buiten), alergie (i.e. gedachtenarmoede en daarmee samengaan spraakarmoede) en verminderd aandachtsvermogen *intuïtief veel minder duidelijk* dan de relatie met positieve symptomen. Comorbiditeit met affectieve stoornissen, zoals depressie, blijkt bovendien *eerder een beschermende of protectieve factor* ten opzichte van het gebruik van geweld bij schizofrenie (Soyka et al., 2007). Daarenboven blijkt de associatie tussen geweld en de schizo-affectieve stoornis tevens *niet significant* (Douglas et al., 2009). De symptomen van een depressie zijn dan ook erg gelijkaardig en overlappen gedeeltelijk met de negatieve symptomen van psychotische stoornissen. De positie van deze negatieve symptomen bij psychotische stoornissen is mede hierdoor *onduidelijk en discutabel* (Freeman et al., 2007). Negatieve symptomen worden namelijk soms erkend als *reële symptomen* van de psychotische stoornis. In andere omstandigheden daarentegen worden deze symptomen uitsluitend gezien als een *indicatie voor de ernst van de stoornis*. Hierbij zou het uitputtende en destructieve karakter

van de positieve symptomen deze negatieve symptomen veroorzaken. Volgens deze visie is het bijgevolg niet noodzakelijk om de negatieve symptomen te beschouwen als op zichzelf bestaande symptomen van de stoornis. Bij chronische schizofrenen wordt tot slot geargumenteed dat negatieve symptomen *het gevolg zouden zijn van een comorbide depressie* ten gevolge van deze slepende ziekte. *Het hoeft de lezer dan ook niet te verwonderen dat onderzoekers minder aandacht schenken aan deze negatieve symptomen vanwege het discutabele karakter en de minder duidelijke relatie met geweld.*

Enkele studies gaven echter aan dat er een *link* zou kunnen bestaan *tussen negatieve symptomen en geweld*. Uit de meta-analyse van Douglas et al. (2009) bleek dat positieve symptomen veel sterker geassocieerd zijn met geweld, maar dat de associatie met negatieve symptomen tevens significant is. Erkiran et al. (2006) toonde aan dat apathie, maar geen andere negatieve symptomen, in hun studie geassocieerd was met geweld. Hodgins (2008) tenslotte opperde de hypothese dat ongemotiveerde moorden bij personen met chronische schizofrenie zonder voorgeschiedenis van gewelddadig gedrag het gevolg kan zijn van negatieve symptomen zoals gebrek aan berouw en emotionele betrokkenheid. Zij baseerde zich hiervoor op de onderzoeksbevindingen uit een masterthesis van Sunak (2006). Meer onderzoek is echter noodzakelijk om te kunnen besluiten of deze negatieve symptomen al dan niet bijdragen aan het gewelddadig gedrag bij personen met een psychose.

3. Comorbiditeit met andere stoornissen

A. Comorbiditeit met middelenmisbruik

Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat het geweld bij psychotici tevens gerelateerd is aan het middelenmisbruik bij deze patiënten, maar opnieuw zal niet iedere persoon met een psychose die geweld pleegt ook alcohol of andere middelen misbruiken (Fazel et al., 2009 ; Douglas et al., 2009).

i. Prevalentie

Vooreerst zou *middelenmisbruik vaker voorkomen in de psychotische populatie* dan in de algemene populatie. Zo hebben personen met schizofrenie vier maal meer kans op alcoholmisbruik en/of alcoholafhankelijkheid en twee maal zoveel kans op een andere drugsverslaving (Erkiran et al., 2006; Hodgins & Jonson, 2002). In de loop van hun leven

zouden 40 tot 50% van de schizofrenen aan alcohol of andere drugs verslaafd worden (Willemsen, 2008). De meest misbruikte middelen bij schizofrenen zijn alcohol (12 tot 50% van alle schizofrenen), cannabis (12 tot 36%), stimulantia (11 tot 31%), hallucinogenen (6 tot 15%), sedativa (4 tot 11%) en opiaten (2 tot 9%) (Erkiran et al., 2006).

Uit onderzoek blijkt dat psychotici die middelen misbruiken minder negatieve symptomen ervaren en op sommige cognitieve tests beter presteren dan degene die dit niet doen (Potvin, Joyal, Pelletier & Stip, 2008; Vandamme, 2009). De hogere prevalentie van middelenmisbruik is dan ook mogelijk te verklaren vanuit een vorm van automedicatie ten opzichte van hun symptomen. Het kan echter evengoed wijzen op een zoeken naar controleverlies of een actief zoeken naar plezier.

ii. Relatie met geweld

Het *verhoogde risico op geweld* bij individuen met deze dubbeldiagnose werd reeds gerapporteerd bij zowel opgenomen patiënten als bij psychotici die in de gemeenschap leven (Erkiran et al., 2006). Uit de meta-analyses van Fazel et al. (2009) en Douglas et al. (2009) bleek er een substantieel verhoogd risico te zijn op geweld bij psychotici indien er sprake was van comorbiditeit met middelenmisbruik. Hierbij verhoogde het risico op geweld met een factor die varieerde tussen drie en 25. Bovendien bleek het verhoogde risico bij psychotische individuen met comorbide middelenmisbruik niet significant te verschillen van het risico op geweld bij individuen met uitsluitend een middelenmisbruikstoornis (Fazel et al., 2009). De aanwezigheid van psychose bleek hier dus geen additief effect te hebben.

Dergelijke onderzoeksbevindingen worden vaak geïnterpreteerd alsof het middelenmisbruik zou zijn die geassocieerd is met geweld en niet psychose. Deze conclusie is echter foutief omdat deze pas gerechtvaardigd zou zijn indien middelenmisbruik en psychose volledig onafhankelijke variabelen zouden zijn (Wallace et al., 2004). Uit bovenstaande onderzoeksbevindingen en andere studies moet men echter besluiten dat beide niet volledig onafhankelijk, maar eerder *interafhankelijk* zijn (RachBeisel, Scott & Dixen, 1999). Tussen 1975 en 2000 werd namelijk een enorme stijging in middelenmisbruik bij personen met een psychose vastgesteld. Toch bleef het relatieve aandeel van geweld bij psychotici ten opzichte van de algemene populatie stabiel (Erkiran et al., 2006; Wallace et al., 2004). *Dit wijst erop dat psychose op zich geassocieerd is met geweld onafhankelijk van de impact van middelenmisbruik en toont aan dat middelenmisbruik slechts een onderdeel van de verklaring is.*

Persoonlijkheidsstoornissen zoals antisociale persoonlijkheid of psychopathie verhogen tevens de kans op middelenmisbruik (Vandamme, 2009). Deze persoonlijkheidskenmerken, zoals verhoogde prikkelhonger, impulsiviteit en gebrekkige beheersing van het gedrag, zijn sterk geassocieerd met de kans dat het individu middelen misbruikt. Middelenmisbruik kan bij deze personen dus een uiting zijn van hun algemene antisociale levensstijl. Men zou kunnen argumenteren dat middelenmisbruik één van de wegen is waarlangs deze persoonlijkheidsstoornissen de kans op geweld verhogen. Beide factoren blijken echter bij personen met een psychose *onafhankelijke predictoren* voor geweld te zijn (Taylor, 2008; Vandamme, 2009). Bij tripel diagnoses (i.e. middelenmisbruik bij psychotici met een persoonlijkheidsstoornis) zou de stabiele invloed van deze onderliggende persoonlijkheidsstoornis bijvoorbeeld kunnen verklaren waarom bij psychotici geweld aanwezig kan zijn, vooraleer middelen worden misbruikt (Putkonen, Kotilainen, Joyal & Tühonen, 2004; Vandamme, 2009).

Het verhoogde risico op geweld bij psychotici die middelen misbruiken, kan verklaard worden door zowel intoxicatie op het moment van het delict als door de aanwezigheid van middelenmisbruik gedurende de levensloop (Hodgins & Jonsen, 2002; Willemsen, 2008). Het effect van *intoxicatie op moment van het delict* is geen specifiek mechanisme voor de psychotische populatie want komt ook voor bij de niet-verslaafde personen. De relatie tussen intoxicatie met alcohol en geweld kan namelijk worden verklaard vanuit de algemeen inhiberende werking van ethanol (Wiers & Engels, 2006). Hierbij is het concept '*alcohol-bijziendheid*' van belang. Dit is een aandachtverdelingsmechanisme dat optreedt bij een responsconflict. Namelijk wanneer iets in de omgeving zegt dat je het ene moet doen, terwijl iets anders zegt dat je het andere moet doen. Onder invloed van alcohol krijgen de meest in het oog springende 'cues' onevenredig veel aandacht en beïnvloeden op deze manier het gedrag. Wanneer deze cues agressie uitlokken, zal bij intoxicatie sneller agressie optreden, omdat de inhibitie van deze cues onderdrukt wordt. De alcohol-agressie relatie is bijgevolg afhankelijk van de omstandigheden (aanwezige cues). *Intoxicatie kan dus conflicten ontlokken, zeker bij personen met een psychose, omdat hun sociale relaties reeds bemoeilijkt worden ten gevolge van de stoornis* (Vandamme, 2009). Het hierboven beschreven cognitief mechanisme ten gevolge van alcohol heeft dus een effect op de aandacht en concentratie van het individu en versterkt op deze manier de effecten van een reeds verstoorde cognitieve werking bij psychotici.

Ook *middelenmisbruik gedurende de levensloop* blijkt de kans op de aanwezigheid van gewelddadige delicten sterk te verhogen. Middelenmisbruik in de adolescentie blijkt daarenboven het risico op criminaliteit meer te vergroten dan misbruik in de volwassenheid (Hodgins & Jonsen, 2002). De *onderliggende mechanismen* zijn hierbij echter nog weinig begrepen. Nochtans is reeds aangetoond dat de aanwezigheid van middelenmisbruik bij schizofrenie geassocieerd is met meer psychotische symptomen, het herverschijsen van acute psychotische episodes, een verminderde behandelingstrouw en verminderde inname van voorgeschreven medicatie (Eriksson, Tengström & Hodgins, 2007; Vandamme, 2009). *Middelenmisbruik kan dus mogelijks de stoornis verergeren om vervolgens via de effecten van de psychotische symptomen de kans op geweld te verhogen.*

iii. Besluit

De meeste studies tot nog toe handelen over de effecten van alcoholmisbruik. In andere onderzoeken wordt middelenmisbruik in zijn totaliteit beschouwd als een enkelvoudige stoornis. Diverse middelen hebben echter verschillende effecten op de ontwikkeling van de stoornis, op de acute mentale toestand en op het gebruik van geweld (Erkiran et al., 2006; Taylor, 2008). Meer wetenschappelijk onderzoek is dus noodzakelijk. *Opnieuw lijkt middelenmisbruik als verklaring voor geweld bij personen met een psychose dus erg complex, omdat het de reeds aanwezige geweldsfaciliterende kenmerken van de stoornis kan versterken en beïnvloed wordt door andere factoren zoals persoonlijkheidsstoornissen* (Vandamme, 2009). Het is kortom nog onvoldoende begrepen.

B. Comorbiditeit met antisociale persoonlijkheidsstoornis/ psychopathie

Ondanks dat weinig studies de effecten van deze stoornissen bij schizofrene patiënten hebben onderzocht, blijkt de aanwezigheid van een antisociale persoonlijkheidsstoornis, psychopathie of psychopate trekken de *kans op geweld te verhogen* bij psychotische personen (Fullam & Dolan, 2006; Vandamme, 2009; Volavka & Citrome, 2008; Willemsen, 2008).

i. Prevalentie

Uit onderzoek blijkt dat antisociale persoonlijkheidsstoornissen 13 maal meer voorkomen bij personen met schizofrenie dan in de algemene populatie (Hodgins, Toupi & Côté, in Hodgins & Jonson, 2002). Deze *comorbiditeitscijfers* zijn nog hoger indien schizofrenen worden

geselecteerd op basis van gewelddadig gedrag. Zo blijkt dat ongeveer 63% van de schizofrene gevangenen voldoen aan de criteria van de antisociale persoonlijkheidsstoornis (Côté & Hodgins, in Rasmussen & Levander, 1996). Comorbiditeit met psychopathie zou aanwezig zijn bij ongeveer 16 tot 26% van alle opgenomen schizofrene patiënten die gewelddadig gedrag vertonen (Abushua'leh & Abu-Akel, 2006; Rasmussen & Levander, 1996).

ii. Definitie

In tegenstelling tot de '*antisociale persoonlijkheidsstoornis*' is de diagnose '*psychopathie*' niet opgenomen in de DSM-IV. Hare (1991) ontwikkelde de '*Psychopathy-Checklist*' (PCL-R) met diagnostische criteria voor 'psychopathie', omwille van een onvrede ten opzichte van de louter gedragsmatige definitie van de '*antisociale persoonlijkheidsstoornis*' uit de DSM (Declercq, 2008). Deze DSM-diagnose biedt wel een brede gedragsmatige beschrijving van een persoon die persistent de sociale normen overtreedt, maar echte affectieve persoonlijkheidstrekken ontbreken hierbij.

Voor de meeste auteurs is de diagnose psychopathie echter niet hetzelfde als de antisociale persoonlijkheidsstoornis. Bijkomende interpersoonlijke en affectieve factoren uit de PCL-R, zoals bijvoorbeeld manipulerend gedrag, gebrek aan schuld, ontbreken van emotionele diepgang en empathie maken de criteria voor psychopathie namelijk strenger. De meeste psychopaten voldoen dan ook aan de criteria van de antisociale persoonlijkheidsstoornis, maar de meeste individuen met een antisociale persoonlijkheidsstoornis zijn geen psychopaten (Volavka & Citrome, 2008). De PCL-R is momenteel de gouden standaard voor de diagnose psychopathie en werkt volgens een cut-off principe (Declercq, 2008). Indien een verhoogde score op deze beoordelingsschaal wordt geobserveerd, maar deze niet de vooropgestelde drempel overstijgt, spreekt men namelijk over 'psychopate persoonlijkheidstrekken'.

iii. Relatie met geweld

Vanuit de hierboven besproken definities is het duidelijk dat *deze stoornissen op zich zijn geassocieerd met antisociaal gedrag en criminaliteit*. Psychopathie als primaire diagnose blijkt tevens geassocieerd met een verhoogd risico op gewelddadig misdrijven, het gebruik van instrumenteel geweld, algemene en gewelddadig recidive en gewelddadig gedrag tijdens opname (Fullam & Dolan, 2006; Vandamme, 2009). Zoals hierboven reeds besproken, verhogen deze persoonlijkheidsstoornissen daarenboven de kans op *middelenmisbruik* die op zijn beurt bijdraagt aan de kans op gewelddadig gedrag (Taylor, 2008; Vandamme, 2009).

Het *klinisch beeld* die sommige schizofrenen vertonen, kan echter sterke gelijkenissen vertonen met enkele prominente kenmerken van psychopathie (Taylor, 2008; Volovka & Citrome, 2008; Willemsen, 2008). Zo kunnen chronische schizofrenen vanuit hun kernpathologie een emotieloosheid en een gebrek aan respect voor wetten en regels vertonen. Dit kan vervolgens verward worden met de affectieve dimensie van psychopathie. Daarenboven kunnen schizofrenen heel wat impulsief gedrag vertonen die het gevolg kan zijn van een inadequate responsinhibitie eigen aan de stoornis. Uit onderzoek blijkt dat overeenkomsten tussen beide stoornissen verder heel beperkt blijven en dat beide stoornissen dus *onafhankelijk* zijn en bijgevolg ook samen kunnen voorkomen bij één individu (Fullam & Dolan, 2006; Vandamme, 2009; Willemsen, 2008). Een *alternatieve mogelijkheid* is dat personen met schizofrenie en psychopate trekken een *specifiek subtype* van schizofrenie vertonen, die nu nog niet is erkend (Volovka & Citrome, 2008).

Deze *comorbiditeit uit zich bijgevolg in het gedrag* en in de *delicten* die deze psychotische patiënten plegen. In vergelijking tot schizofrenen zonder comorbide stoornissen hebben degene met een comorbide antisociale persoonlijkheidsstoornis meer aandachts- en concentratiemoeilijkheden, meer gedragsproblemen op jonge leeftijd, misbruiken meer middelen, vertonen algemeen meer crimineel gedrag, worden meer veroordeeld, plegen meer niet-gewelddadige delicten, plegen hun eerste delict op een vroegere leeftijd en hebben meer emotionele disfuncties (Fullam & Dolan, 2006; Moran & Hodgins, 2004; Schug, Raine & Wilcox, 2007). Er worden echter geen verschillen geobserveerd in het verloop van de ziekte noch in de psychotische symptomen. Uit onderzoek bij schizofrene patiënten die een moord(poging) ondernamen, blijkt daarenboven dat patiënten met een comorbide antisociale persoonlijkheidsstoornis vaker een niet-familielid aanvallen, vaker vooraf alcohol hadden gedronken, vaker betrokken waren bij een ruzie met het slachtoffer voorafgaand aan het incident en dat hun delicten minder vaak worden gedreven door psychotische symptomen (Joyal et al., 2004).

iv. Besluit

De comorbiditeit met psychopathie, psychopate trekken of antisociale persoonlijkheidsstoornis draagt in ieder geval bij aan het gewelddadig gedrag onafhankelijk van de psychotische stoornis of het aanwezige middelenmisbruik (Vandamme, 2009).

C. Comorbiditeit met een gedragsstoornis

Ook de aanwezigheid van een *gedragsstoornis op jonge leeftijd* zou bij psychotische patiënten geassocieerd zijn met geweld in de volwassenheid (Hodgins & Jonsen, 2002; Swanson et al., 2008).

i. Definitie

Zoals reeds vermeld, hebben schizofrenen met een comorbide persoonlijkheidsstoornis meer gedragsproblemen in de kindertijd. Aangezien men volgens de principes van de DSM geen persoonlijkheidsstoornis mag diagnosticeren bij personen die de volwassen leeftijd nog niet hebben bereikt, werd de aparte diagnose '*gedragsstoornis*' ontwikkeld.

Bij deze diagnose worden gedragsproblemen, die zich reeds voordoen bij kinderen en adolescenten, op een beschrijvende manier gedefinieerd en niet gekoppeld aan een onderliggende persoonlijkheid (APA, 2002). Deze '*gedragsstoornis*' is gekenmerkt door een zich herhalend en aanhoudend gedragspatroon waarbij de grondrechten van anderen of belangrijke, bij de leeftijd horende, sociale normen worden overtreden. Dit blijkt uit de aanwezigheid van een aantal op voorhand opgesomde gedragingen zoals onder andere dieren of mensen mishandelen, veel pesten, diefstallen plegen, spijbelen, etc. Wanneer een gedragsstoornis op de kinderleeftijd wordt vastgesteld, evolueert dit meestal, maar niet noodzakelijk, tot een persoonlijkheidsstoornis op volwassen leeftijd (Taylor, 2008). Beide zijn dus heel sterk met elkaar gelinkt, maar zijn niet volledig hetzelfde omdat de persoonlijkheid in de kindertijd nog in volle ontwikkeling is.

ii. Relatie met geweld

De aanwezigheid van een *gedragsstoornis op jonge leeftijd* is tevens een *belangrijke predictor* voor geweld in de volwassenheid bij psychotische patiënten. Geweld is namelijk veel frequenter aanwezig bij schizofrenen met een voorgeschiedenis van gedragsproblemen (29%) dan bij degene zonder (14%) (Volavka & Citrome, 2008). Aangezien de directe associatie tussen positieve symptomen en geweld enkel wordt teruggevonden in de groep zonder gedragsproblemen, wordt gesuggereerd dat er bij de ontwikkeling van schizofrenie wellicht minstens twee verschillende ontwikkelingspaden naar antisociaal gedrag bestaan (Hodgins & Jonsen, 2002; Swanson et al., 2008). Het eerste ontwikkelingspad naar geweld, '*de vroegere starters*' (in ongeveer 25% van de gevallen), is geassocieerd met een comorbide antisociale stoornis die zich, net zoals schizofrenie, geleidelijk aan ontwikkelt. Het tweede,

'*de late starters*' (ongeveer 75%), is geassocieerd met de psychotische symptomen van de schizofrene stoornis.

Het onderscheid tussen deze beide ontwikkelingspaden zou een *verklaring* kunnen bieden voor het feit dat 20 procent van de criminele schizofrenen reeds gewelddadig zijn vóór de opkomst van de eerste psychotische episode (Taylor, 2008). Hierbij aansluitend zou de beschrijving van deze 'vroege starters' daarenboven consistent zijn met het concept '*pseudopsychopathische schizofrenie*'. Dit concept werd namelijk een 50-tal jaar geleden gebruikt om de gevallen te beschrijven waarbij ernstige gedragsproblemen op jongere leeftijd evolueren tot schizofrenie (Volovka & Citrome, 2008).

Beide groepen zouden daarenboven van elkaar *verschillen* op basis van enkele *demografische, klinische en historische kenmerken* (Swansen et al., 2008; Willemsen, 2008). Zo groeien de *vroege starters* bijvoorbeeld op in meer criminogene omgevingen, misbruiken hun ouders vaker middelen, is de kans groter dat ze fysisch of seksueel misbruikt worden en komen vaker terecht in gezinvervangende omgevingen zoals instellingen. De *late starters* daarentegen hebben een beperkter relationeel leven en zouden zich sociaal isoleren in de periode voorafgaand aan het verschijnen van de eerste symptomen. Het *risico op geweld* neemt bij de vroege starters toe naarmate er meer gedragsproblemen zijn in de kindertijd, maar niet bij de late starters. Daarenboven is de aanwezigheid van positieve psychotische symptomen geassocieerd met meer geweld bij de late starters, maar niet bij de vroege starters (Swansen et al., 2008).

iii. Besluit

Samenvattend zijn comorbiditeit met een antisociale persoonlijkheidsstoornis, psychopathie, psychopate trekken of gedragsstoornissen *belangrijke bijdragende factoren* voor geweld bij schizofrene patiënten. *Deze comorbiditeit is echter niet dé verklarende factor bij alle gewelddadige psychotische patiënten.* Een beter begrip van de diverse ontwikkelingspaden naar gewelddadig gedrag en de hiermee geassocieerde beïnvloedende factoren voor geweld, kan een verhelderend licht werpen op de etiologische processen voor geweld bij schizofrenie, die wellicht zeer divers zijn (Swansen et al., 2008).

4. Heterogeniteit van geweld bij psychose

Het is ondertussen reeds duidelijk geworden dat psychose een erg *heterogene stoornis* is en bijgevolg niet mag worden beschouwd als één enkelvoudige categorie van gewelddadige personen, maar wel bestaat uit diverse types (Douglas et al., 2009; Hodgins, 2008, Potvin et al., 2008). Wellicht is bij psychose een *grote diversiteit aan onderliggende gewelddadige dynamieken* aanwezig, waardoor geweld bij verschillende psychotische patiënten omwille van diverse redenen tot stand kan komen. De aanwezigheid van geweld is dus in het algemeen, en zeker specifiek bij psychose, multi-causaal (Douglas et al., 2009; Felthous, 2008). Een mogelijke bijkomende reden voor de inconsistente resultaten bij het onderzoek naar de relatie tussen psychose en geweld is dat *geweld op zichzelf een heteroog verschijnsel* is (Felthous, 2008; Volavka & Citrome, 2008). Bij de meeste wetenschappelijke onderzoeken houdt men namelijk geen rekening met het soort geweld dat psychotische patiënten vertonen. Het in rekening brengen van de diversiteit van geweld biedt tevens een evidentie voor de invloed van de criminogene factoren die we in dit hoofdstuk beschreven. Dit trachten we hieronder verder te verduidelijken.

Naar analogie van de classificatie van Borratt (1991), maakt Felthous (2008) namelijk een onderscheid tussen medisch gerelateerd of secundair geweld, instrumenteel of voorbedacht geweld en impulsief of reactief geweld. *'Medisch gerelateerd geweld'* is secundair ten opzichte van een mentale stoornis. Geweld kan hier in principe beschouwd worden als een symptoom van een stoornis. Indien de stoornis efficiënt zou worden behandeld, zou het symptomatisch geweld dan ook moeten verdwijnen. *'Instrumenteel geweld'* is op voorhand gepland, gaat zelden gepaard met sterke emotionele opwellingen zoals angst of woede en heeft tot doel persoonlijke winst te genereren of het gevoel van eigenwaarde te verhogen. Dit soort geweld komt vaak voor bij psychopathie en antisociale persoonlijkheidsstoornissen en zal in het kader van psychose dan ook comorbide zijn. Het is mogelijk dat personen met schizofrenie geweld op voorhand plannen voor een persoonlijk voordeel, hierbij weinig angst of woede vertonen, maar toch handelen op basis van een waandenken. *'Impulsief geweld'* is daarentegen emotioneel geweld die plots ontstaat ten opzichte van een minimale provocatie of stressor, waardoor het disproportioneel reactief is ten opzichte van deze uitlokker. Dit type geweld is echter gelimiteerd in de tijd en volgt quasi onmiddellijk op de emotionele opwelling (Declercq, 2008). Dit heeft een strikt psychofysiologische reden omdat het lichaam niet in staat is dit hoog niveau van emotionele staat gedurende een lange periode in stand te houden. Deze extreem oplopende emoties worden door het individu meestal als oncontroleerbaar

beschreven. De impulsieve agressie wordt soms beschreven als een aparte stoornis zoals bij de explosieve stoornis¹⁴, maar net zoals bij het instrumentele geweld is er geen enkele reden om aan te nemen dat impulsief geweld niet zou kunnen voorkomen bij psychose (Felthous, 2008). Volgens Volavka en Citrome (2008) kan impulsieve agressie zelfs veroorzaakt worden door de inadequate responsinhibitie eigen aan de schizofrene stoornis.

Indien geweld voorkomt bij psychotische personen wordt dit vaak heel snel beschouwd als medisch gerelateerd ten gevolge van schizofrenie. Er bestaat geen enkele reden waarom het *continuiim secundair-instrumenteel-impulsief geweld* niet aanwezig zou kunnen zijn bij psychotische patiënten (Felthous, 2008). Zo kan instrumenteel of impulsief geweld aanwezig zijn bij schizofrenie en kan tevens psychotisch gemotiveerd geweld impulsief zijn. Uit een onderzoek bleek dat een gehele of gedeeltelijke capaciteit om het geweld te controleren aanwezig was bij ongeveer 28% van de psychotische patiënten die een moord pleegden (Bénézech, 2010). De intentie om te doden was aanwezig bij 85% van deze patiënten en de materiële voorbedachtheid bij ongeveer 40%. Dit toont aan dat personen met een psychose *wel degelijk een zekere controle* kunnen uitoefenen over hun medisch gerelateerd geweld en dat het geweld bij hen dus *in meer of mindere mate instrumenteel kan zijn*.

Waarom psychotische individuen het ene moment niet gewelddadig reageren ten opzichte van wanen en hallucinaties en het andere moment wel, terwijl andere psychotische patiënten nooit gewelddadig reageren lijkt *afhankelijk* te zijn *van heel wat factoren* (Felthous, 2008). Deze omvatten onder andere de intensiteit van de symptomen, de intensiteit van situationele stressoren, het tekort aan sociale steun, de specifieke aard en de intensiteit van een comorbide stoornis zoals psychopathie, etc. (Felthous, 2008). Een familiale en sociale achtergrond, waarbij geweld frequent als een copingsmechanisme wordt gebruikt en bijgevolg als model of voorbeeld fungeert voor het gebruik ervan, zou tevens de kans op geweld in diverse omstandigheden vergroten. De kans dat personen ageren op basis van een psychotische motivatie kan tevens in functie staan van de *impulsiviteit* en lage zelfcontrole op dat moment. Indien bij psychotische personen de affectieve en positieve symptomen behandeld zijn en dus onder controle gebracht worden, kan een onderliggende impulsieve agressie een meer duidelijke en prominente rol spelen. Het is mogelijk dat comorbide antisociale persoonlijkheidstrekken bij schizofrenie de kans verhogen dat de patiënten reactief en

¹⁴ De explosieve stoornis wordt door de DSM-IV gedefinieerd als een stoornis in de impulsbeheersing en is gekenmerkt door verschillende afzonderlijke episodes met een onvermogen zich te verzetten tegen agressieve impulsen, hetgeen leidt tot ernstige gewelddaden of vernieling van eigendommen (APA, 2003).

impulsief reageren of instrumenteel geweld gebruiken (Felthous, 2008). Daarenboven is het mogelijk dat de personen die gewelddadig reageren ten opzichte van bevelshallucinaties een aparte subgroep vormen, waarbij impulsiviteit ervoor zorgt dat men minder controle heeft over de agressieve impuls.

Het belang van het *onderscheid tussen deze verschillende uitingsvormen van geweld* wordt vanuit deze optiek duidelijk. De vraag als een abnormaal verlies van impulscontrole bij een schizofrene dader bijdraagt aan het gewelddadig gedrag of een indicatie is voor impulsief geweld heeft belangrijke *criminologische en forensische implicaties*. Bij forensische en klinische onderzoeken wordt vaak enkel gepeild naar de rationaliteit van het criminele gedrag en wordt weinig aandacht geschonken aan de impulsiviteit (Felthous, 2008). Dit heeft echter grote implicaties op de vraag naar toerekeningsvatbaarheid van deze patiënt. Een daad ingegeven door irrationele motieven zoals wanen en hallucinaties betekent op zich nog niet dat de dader zich op het moment van de feiten niet kon beheersen (cf. Hoofdstuk II.4).

5. Conclusie

De relatie tussen psychose en geweld kan niet enkel worden verklaard vanuit de invloed van de symptomen van deze stoornis. Bij deze relatie zou namelijk een *complexe interactie van verschillende beïnvloedende of criminogene factoren* een rol spelen. Dit betekent daarentegen niet dat positieve symptomen nooit geweld zouden kunnen uitlokken. *Wanen* lijken namelijk onder bepaalde omstandigheden wel degelijk gerelateerd te zijn aan geweld. De relatie met *hallucinaties* en *negatieve symptomen* lijkt momenteel echter minder duidelijk maar meer wetenschappelijk onderzoek is nodig. Bepaalde *comorbide stoornissen* die vaak voorkomen bij psychotische patiënten zouden tevens de kans op geweld vergroten. Zowel comorbiditeit met middelenmisbruik, antisociale persoonlijkheidsstoornissen of gedragsstoornissen kunnen namelijk onafhankelijk van elkaar tot geweld leiden. Deze stoornissen zijn echter niet dé verklarende factor bij alle gewelddadige psychotische patiënten. Deze criminogene factoren zijn dus *noch een noodzakelijke noch een voldoende voorwaarde* voor geweld. Wellicht is de kans op geweld het grootst bij de aanwezigheid van meerdere criminogene factoren.

Psychose lijkt dus een *erg heterogene stoornis* waarbij een grote *diversiteit* aan onderliggende *gewelddadige dynamieken* aanwezig kan zijn. Bij deze patiënten bestaan er wellicht diverse ontwikkelingspaden naar verschillende vormen van gewelddadig gedrag. Ook *geweld* op zich lijkt hierbij dus een *heterogeen verschijnsel*. De onduidelijkheid over de exacte uitingsvormen van deze diversiteit vormde dan ook het vertrekpunt van het *kwalitatief empirisch onderzoek*.

Hoofdstuk IV. Theoretische verklaringen

1. Inleiding

Het wetenschappelijk onderzoek naar de relatie tussen psychose en criminaliteit is tot nog toe voornamelijk empirisch gebleven en is voornamelijk gebaseerd op de DSM-conceptualisatie. Hierdoor blijft ook de *theorievorming beperkt* (Willemsen, 2008). Toch zijn enkele theorieën en modellen ontwikkeld die een verklaring trachten te bieden van deze relatie. Het empirisch wetenschappelijk onderzoek is er momenteel nog niet in geslaagd om deze theoretische modellen te testen aan de hand van meta-analyses. De factoren die in deze theorieën worden gepostuleerd, zijn namelijk niet altijd gemakkelijk te meten of worden niet geïntegreerd in empirisch onderzoek waardoor er onvoldoende bruikbare studies bestaan.

In dit hoofdstuk bespreken we achtereenvolgens de *cognitieve theorie*, het *diathese-stress model*, het *model van Hiday (1997)* en de *psychodynamische theorie*. We werken deze telkens *inhoudelijk* uit alsook voorzien we ieder model van enkele *kritische bedenkingen*. Allereerst bespreken we echter de *typologie van Hodgins (2008)*. Deze typologie is eerder beschrijvend en is dus geen echte theoretische verklaring voor de relatie tussen psychose en criminaliteit. Het biedt echter wel een verklaring voor de besproken inconsistente onderzoeksresultaten. Volgens de typologie bestaan er namelijk diverse ontwikkelingspaden naar antisociaal gedrag. De heterogeniteit binnen de psychotische populatie en de diversiteit van deze onderliggende dynamieken moet volgens Hodgins (2008) in rekening worden gebracht. Gezien het een theoretische invulling biedt voor de vastgestelde diversiteit bij het vorig hoofdstuk en aangezien het nog niet empirisch werd getoetst, zullen we deze typologie onderzoeken aan de hand van een *kwalitatief empirisch onderzoek* (cf. Hoofdstukken V. en VI).

2. De typologie van Hodgins (2008)

A. Heterogeniteit

Reeds geruime tijd wijzen onderzoekers erop dat de criminele schizofrene populatie zeer *heterogeen* is en dat wellicht diverse paden naar crimineel gedrag bestaan (Hodgins & Jonson, 2002). In een recent artikel ontwikkelde Hodgins (2008) een model over de criminele schizofrene populatie met onderliggend een *ontwikkelingscriminologische* theoretische invulling. Dit model bouwt namelijk verder op de ontwikkelingspaden-benadering van antisociaal gedrag van Moffitt en Caspi (2001). Hodgins (2008) paste deze benadering toe op het criminele gedrag bij schizofrenen door het oorspronkelijke model aan te vullen met de

hiervoor besproken empirische vaststellingen in verband met het strafbare gedrag bij schizofrenen. Dit model stipuleert dat er *drie differentiële types van psychotische ouders* bestaan die verschillen naargelang de startleeftijd en persistentie van het antisociaal gedrag. Daarenboven zou de impact van diverse criminogene factoren bij deze types verschillen.

B. Type één: de vroege starters

De '*vroege starters*' is het *eerste type*. Deze personen vertonen reeds een patroon van gedragsproblemen en antisociaal gedrag in de vroege adolescentie wat persistent blijft doorheen de levensloop. In vergelijking met andere schizofrene ouders hebben zij op jonge leeftijd meer gewelddadige en niet-gewelddadige feiten gepleegd, hebben meer versatiele criminele carrières waarbij hun criminele carrières tevens meer lijken op deze van niet-geestensgestoorde ouders. Daarenboven vertonen zij een patroon van vroeg middelenmisbruik (vroege adolescentie). Uit de studie van Vandamme (2009) blijkt dat ongeveer alle vroege starters (97%) voldoen aan de diagnostische criteria voor middelenmisbruik of afhankelijkheid (alcohol of andere drugs) ten opzichte van 60% bij de late starters. De gedragsproblemen op jonge leeftijd worden bij deze groep beschouwd als een specifieke comorbide stoornis. Ze worden dus niet gezien als een neveneffect van factoren die geassocieerd zijn met de ontwikkeling van schizofrenie.

Hodgins (2008) biedt tevens een *hypothese* over het *onderliggend mechanisme* van zowel de ontwikkeling van gedragsstoornissen in de adolescentie en schizofrenie in de volwassenheid. De factoren die een persoon kwetsbaar maken voor de ontwikkeling van schizofrenie zouden tevens factoren zijn die de kans op antisociaal gedrag verhogen. Beide stoornissen hebben dus eenzelfde oorsprong die genetisch, sociaal en/of ontwikkelingsgerelateerd kan zijn (Wallace et al., 2004). Individuen met een genetisch risico op het ontwikkelen van schizofrenie zouden volgens deze hypothese een hoger risico hebben op een blootstelling aan omgevingsfactoren die bijdragen tot een vroege start en stabiel patroon van antisociaal gedrag. Zoals bijvoorbeeld familiaal conflict, bepaalde opvoedingsstijlen, fysisch misbruik, etc. Daarenboven zouden neuro-endocriene abnormaliteiten en hersenafwijkingen, die aanwezig zijn bij kinderen die schizofrenie ontwikkelen, hen gevoelig maken voor agressief en antisociaal gedrag.

C. Type twee: de late starters

Het *tweede type*, '*de late starters*', zijn schizofrenen zonder voorgeschiedenis van antisociaal gedrag. Eenmaal echter de ziekte in de volwassenheid tot uiting komt, ontstaat een patroon

van zich herhalend antisociaal gedrag. Een stabiel patroon van antisociaal gedrag zonder een voorgeschiedenis zou zeldzaam zijn omdat meestal antecedenten in de adolescentie aanwezig zijn. In vergelijking met het eerste type komen bij dit type minder niet-gewelddadige feiten voor, maar wel meer moorden.

De bijhorende *hypothese* is dat een comorbiditeit met middelenmisbruik hier een directe en indirecte aanleiding geeft tot agressief gedrag. Zo zal drugsgebruik bij deze patiënten het risico op geweld op verschillende manieren verhogen. Deze personen, met een meestal reeds beperkte sociale cognitie, komen op deze manier in contact met personen uit het criminele milieu. Het drugsgebruik kan een verdere beperking van hun psychosociaal functioneren veroorzaken en een verhoging veroorzaken van cognitieve deficieten. Zo kunnen de effecten van verschillende middelen op het reeds disfunctioneel brein van de schizofreen (verstoorde dopaminerge¹⁵ en serotonerge¹⁶ systemen) de drempel voor het overgaan tot agressief gedrag verlagen.

D. Het derde type

Een *derde type* tenslotte zijn de chronische schizofreen zonder voorgeschiedenis van antisociaal gedrag. Deze patiënten plegen echter op latere leeftijd (eind de dertig) plots een ernstig delict, zoals een moord(poging). Meestal is een zorgdrager of een andere gekende persoon het slachtoffer van dit delict. De *hypothese* van het model is dat dit strafbaar gedrag het gevolg is van de negatieve, affectieve symptomen van schizofrenie, zoals bijvoorbeeld het gebrek aan emotionele betrokkenheid en berouw. De hypothese over het bestaan van dit laatste type is gebaseerd op enkele specifieke onderzoeksbevindingen. Deze toonden namelijk aan dat psychotici die een misdrijf met een fatale afloop plegen vaker hun criminele carrière later starten, minder veroordeeld zijn en minder afhankelijk zijn van middelen dan psychotici die een misdrijf pleegden zonder fatale afloop (Nijman et al., 2003). Daarenboven is het erg zeldzaam dat psychotische daders een complete onbekende vermoorden.

¹⁵ Dopamine is een weefselhormoon dat als een neurotransmitter werkzaam is in het centrale zenuwstelsel en voorloper is van de hormonen adrenaline en noradrenaline (Coêlho, 2003). Een teveel aan dopamine in het mesolimbisch gedeelte van de hersenen zou verantwoordelijk kunnen zijn voor de positieve symptomen bij schizofrenie en een te weinig aan dopamine in de frontale hersenen zou gelinkt zijn aan de negatieve symptomen van schizofrenie (Alex & Pehek, 2007).

¹⁶ Serotonine is een neurotransmitter die een exciterende werking heeft, als regulator van het dopamine-systeem werkt en zou tevens een rol spelen bij het ontstaan van psychoses (Alex & Pehek, 2007; Coêlho, 2003).

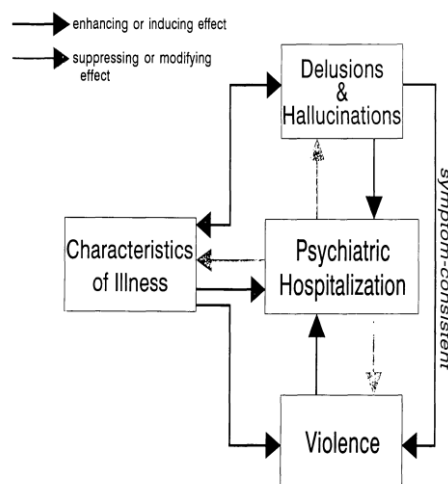
3. De cognitieve theorie

A. Psychotische actie

De *cognitieve theorie* stelt dat er een *inhoudelijk verband* bestaat tussen het gepleegde delict en de wanen en hallucinaties die aanwezig zijn bij personen met een psychose (Bjorkly, 2002a, 2002b; Junginger, 1996; Willemsen, 2008). Volgens deze visie zijn de delicten dus niet willekeurig, maar gemotiveerd en gestuurd door de psychotische symptomen. Deze theorie gaat er namelijk vanuit dat wanen en hallucinaties resulteren in bepaalde cognities bij de psychoticus. Deze hebben vervolgens een invloed op het gedrag. Geweld wordt dan gezien als een vorm van 'psychotische actie', die meer waarschijnlijk is indien de inhoud van wanen en hallucinaties agressief geladen zijn (Junginger, 1996). Bijgevolg zou het dan ook mogelijk zijn om op basis van de inhoud van de psychotische symptomen de groep psychotische patiënten te identificeren met een hoog risico op geweld. Op basis van deze inhoud zou men tevens de mogelijke slachtoffers kunnen identificeren.

B. Het vereenvoudigd model van Junginger (1996)

Binnen deze cognitieve visie ontwikkelde Junginger (1996) een *vereenvoudigd model*. Dit model stelt dat de inhoud en de thema's van de psychotische symptomen een blauwdruk vormen voor het gedrag van het individu. Het al dan niet ageren volgens deze blauwdruk is echter afhankelijk van een aantal factoren die we hieronder bespreken (cf. Figuur 1).



Figuur 1. Model van Junginger (1996).

Volgens het model veroorzaken *wanen en hallucinaties* op een directe manier gewelddadig gedrag dat consistent is met de inhoud van deze psychotische symptomen. *Andere kenmerken*

van de stoornis, zoals de acute symptomatologie en een verstoorde gemoedstoestand, kunnen daarenboven een *direct effect* hebben op geweld via bijvoorbeeld impulsiviteit en woede alsook via alcohol- en middelenmisbruik. Deze kenmerken kunnen tevens een *indirect effect* hebben op geweld doordat gevoelens van angst, woede en verdriet een psychotische episode kunnen uitlokken. Volgens het model is er dan sprake van een '*psychotische actie*' omdat het gedrag consistent is met de inhoud van de wanen en hallucinaties. *Symptoom-inconsistent geweld* kan daarentegen ontstaan door het indirecte effect van wanen en hallucinaties op geweld via de andere kenmerken van de stoornis. Zo kunnen wanen bijvoorbeeld een verstoorte gemoedstoestand veroorzaken die op hun beurt geweld kunnen uitlokken.

Zoals verwacht, hebben de aanwezigheid van geweld, psychotische symptomen en andere kenmerken van de stoornis een invloed op de *psychiatrische hospitalisatie*. Deze hospitalisatie zorgt voor een afname in geweld, wanen, hallucinaties en andere kenmerken van de stoornis via onder andere het innemen van *medicatie*. Ook de *omgeving* van het psychiatrische ziekenhuis kan een rol spelen omdat deze minder toegang tot wapens, slachtoffers en minder gelegenheden voor geweld verschaft. Wanneer we deze redenering omdraaien, is het dus mogelijk dat omgevingen buiten het ziekenhuis een invloed hebben op geweld via de wanen en hallucinaties. Zo kunnen sommige omgevingen aanleiding geven tot meer bedreigende psychotische ervaringen, doordat bijvoorbeeld de beschikbaarheid van wapens in deze belevingen worden geïntegreerd. Zo heeft bijvoorbeeld een persoon die is opgegroeid in een gewelddadig milieu, zoals een getto, meer kans om de aanwezigheid van wapens in zijn wanen en hallucinaties te integreren dan iemand die tijdens zijn leven nog nooit in contact is gekomen met vuurwapens.

Volgens het model zijn bij wanen en hallucinaties bepaalde dimensies van belang in relatie tot geweld. Zo vormen voornamelijk *achtervolgingswanen* en *bevelshallucinaties* een groot risico, maar is tevens de *systematisatie* van de wanen van belang. Gestructureerde wanen (i.e. een georganiseerd systeem van waanideeën die zijn opgebouwd tot een samenhangend en onderling verbonden constructie, meestal bij langdurige psychotische stoornis) die logisch zijn geëlaboreerd, bieden een duidelijker motief voor de psychoticus. Zowel de overtuigingskracht als de emotionele betrokkenheid van het individu met de waan zijn predictoren voor gewelddadige 'psychotische actie' door een grotere *gehoorzaamheid* aan deze waan. Bij bevelshallucinaties wordt volgens dit model de kans op gehoorzaamheid tevens groter indien het individu de gehallucineerde stemmen kan identificeren (i.e. toewijst aan iets of iemand in zijn omgeving) en indien deze bevelshallucinatie is gerelateerd aan een

aanwezige waan (Hersh & Borum, 1998). Tot slot zou de *voorgeschiedenis* van ‘psychotisch acties’ de relatie tussen geweld en psychotische elementen verhogen. Het individu zou dan ageren in reactie op de psychotische elementen omdat hij dit in het verleden ook heeft gedaan. Het gevaar voor een cirkelredenering loert echter bij dit laatste om de hoek. De associatie tussen psychotische elementen en geweld zou dan worden verklaard vanuit het feit dat er reeds een associatie bestaat. Bijgevolg zou dit niets verklaren.

C. Evaluatie

Uit *risicofactorenonderzoek* blijkt dat de aanwezigheid van wanen het risico op geweld 2.6 maal verhoogt en het samen voorkomen van wanen en hallucinaties het risico 4.1 maal verhoogt (Hodgins & Jonson, 2002). Dit wijst dus op het belang van de aanwezigheid van deze psychotische symptomen, maar levert echter nog geen bewijs voor het inhoudelijk verband. Bij onderzoek waarbij psychotici zelf gevraagd worden naar het motief van het delict blijkt dat 20 procent van hen aangeeft rechtstreeks te zijn beïnvloed door de inhoud van hun symptomen en ongeveer een extra 25 procent aangeeft dat dit wellicht het geval was (Taylor, 1985). Psychotici lijken dus in ieder geval zelf aan te geven dat er een inhoudelijk verband is.

De cognitieve theorie op zich blijkt echter *onvoldoende* te zijn als verklaring, omdat op basis van de inhoud van de symptomen het verschil niet kan worden voorspeld tussen gewelddadige en niet-gewelddadige schizofrenen (Stompe et al., 2004). De inhoud van de symptomen was echter wel geassocieerd met de ernst van het gepleegde geweld. Vanuit de cognitieve visie wordt dit de *‘paradox van het huidige onderzoek’* genoemd. Ondanks dat wanen en hallucinaties het gewelddadig gedrag lijken te kunnen motiveren, is deze ‘psychotische motivatie’ toch niet gereflecteerd in de geweldcijfers bij psychotici (Junginger & McGuire, 2004). In ieder geval blijkt de relatie tussen wanen, hallucinaties en criminaliteit dus complexer te zijn dan voorspeld op basis van het eenvoudige cognitieve model.

4. Het diathese-stress model

Het diathese-stress model is een *algemene psychologische theorie* die gebruikt wordt om de verschijningsvormen van diverse mentale stoornissen te beschrijven en verklaren, zoals onder andere depressie en schizofrenie. Deze theorie kan tevens toegepast worden op de aanwezigheid van geweld bij schizofrenie (Silverton, 1988).

A. Het basismodel

Volgens de theorie ontstaan deze mentale stoornissen door de interactie van een onderliggende genetische kwetsbaarheid bij het individu (i.e. *diathesis*) en de aanwezigheid van een aantal belangrijke levensgebeurtenissen of andere omgevingsfactoren die een bepaalde hoeveelheid *stress* met zich meebrengen (Fowles, 1992). Eenmaal een bepaalde individuele *drempel* is overschreden, zal de stoornis tot uiting komen. De invloed van de omgeving is dan ook afhankelijk van de mate van genetische kwetsbaarheid. Hoe meer kwetsbaar een persoon is, hoe gemakkelijker de drempel initieel zal overschreden worden en hoe minder stressfactoren nodig zijn om de stoornis tot uiting te laten komen.

Op basis hiervan kunnen we enkele *verschillende categorieën* onderscheiden. *Ten eerste* zal bij een klein aantal personen de genetische kwetsbaarheid zo hoog zijn dat deze reeds boven de drempel ligt en een chronische schizofrenie ontstaat. Hier zal de omgeving slechts een minimale rol spelen. *Ten tweede* zal bij een groter aantal individuen de genetische kwetsbaarheid nabij de drempel liggen. Deze drempel zal vervolgens bij de meeste stressvolle omgevingsfactoren worden overschreden, waardoor uiteindelijk een chronische schizofrenie ontstaat. De genetische kwetsbaarheid van de *derde groep* is groot genoeg voor de ontwikkeling van de stoornis, maar hierbij is de bijdrage van een significante omgevingsfactor noodzakelijk. Bij chronisch harde omstandigheden kunnen deze personen namelijk een chronische schizofrenie ontwikkelen, maar meestal zal bij deze groep slechts een psychotische episode ontstaan bij toegenomen omgevingsfactoren. Bij de *vierde groep* bestaat er een minimaal risico. Schizofrene symptomen zullen in deze groep slechts ontwikkelen bij zeer ernstige, maar niet frequent voorkomende, omstandigheden. Deze personen zullen dan een kortdurende reactieve psychose ontwikkelen in reactie op de extreme stressoren. De *laatste groep* tenslotte heeft een zo danig lage genetische kwetsbaarheid dat er geen risico bestaat op het ontwikkelen van een psychose.

Het verschil in chroniciteit van schizofrenie wijst op het belangrijke verschil tussen procesmatige en reactieve schizofrenie (Chapman, Day & Burstein, 1961). *Reactieve schizofrenen* vertonen een normale premorbide aanpassing, een snelle aanvang van de stoornis in reactie op hevige stress en een betere prognose. Dit komt overeen met de derde en vierde groep uit het model. *Procesmatige schizofrenen* daarentegen vertonen een beperkte premorbide aanpassing, anhedonie (i.e. verlies van plezier beleven aan leuke activiteiten), affectieve vervlakking, een progressieve start van de stoornis zonder duidelijk aanwijsbare

uitlokkende factoren en een slechte prognose. Dit komt overeen met de eerste en de tweede groep uit het model.

Dit model gaat ervan uit dat alle *variabelen die het stressgehalte van de omgeving verhogen* potentieel de ontwikkeling van schizofrenie faciliteren. Hierbij bestaan zowel chronische als acute stressbronnen bestaan. *Chronische stressbronnen* zorgen voor een blijvend verhoogd niveau van ervaren stress, zoals bij temperament, intelligentie, etc. Bepaalde levensgebeurtenissen kunnen daarentegen beschouwd worden als *acute stressbronnen* omdat de stress die ze met zich meebrengen tijdelijk kan zijn. Het feit dat het ontwikkelingspad van een genetische kwetsbaarheid naar het ontwikkelen van schizofrenie afhankelijk is van de aanwezigheid van stressoren, suggereert tevens het bestaan van *beschermende factoren*. Dit zijn factoren die de kans op de ontwikkeling van schizofrenie bij personen met een hoog risico kunnen verlagen, zoals bijvoorbeeld familiale steun, toegang tot zorgverlening, etc. Liberman en Kopelowicz (2002) hebben dan ook het oorspronkelijke model aangepast en ontwikkelden een *diathese-stress-protectieve factoren model*.

B. Toegepast op geweld bij schizofrenie

Het diathese-stress model werd door Silverton (1988) toegepast in een studie naar de relatie tussen schizofrenie en antisociaal gedrag. Hij vond dat degenen die een hoge genetische kwetsbaarheid hadden voor schizofrenie tevens gevoeliger waren voor het ontwikkelen van antisociaal gedrag in vergelijking met degene met een lage genetische kwetsbaarheid. Vervolgens ging hij bij de groep met een *schizofreen genotype* (i.e. hoge genetische kwetsbaarheid) op zoek welke omgevingsfactoren of stressoren kunnen voorspellen of een persoon *schizofrenie*, dan wel een *antisociaal fenotype* op latere leeftijd zal ontwikkelen. De afwezigheid van een vader in de adolescentie, een verkort aandachtsvermogen en een lage verbale intelligentie waren predictief voor het ontwikkelen van antisociaal gedrag. Passiviteit in de kindertijd bleek predictief te zijn voor het ontwikkelen van schizofrenie. Volgens deze auteur kan de genetische kwetsbaarheid voor schizofrenie (i.e. diathesis) zich dus uiten in de aanwezigheid van ofwel schizofrenie ofwel stabiel antisociaal gedrag, afhankelijk van de aanwezige stressoren tijdens de ontwikkeling.

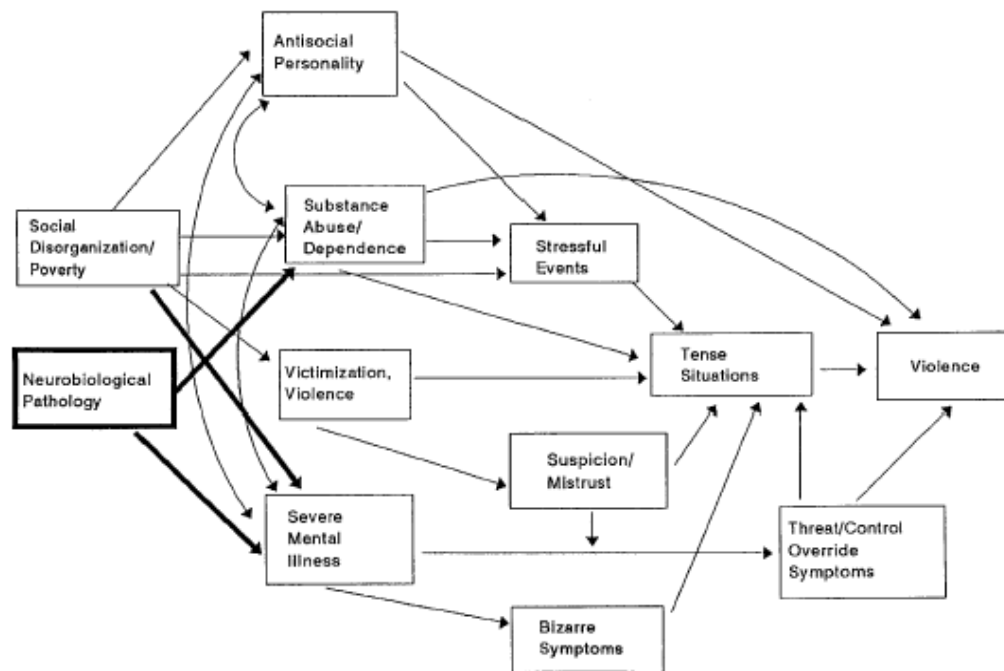
C. Evaluatie

Op basis van dit model kunnen we voorspellen dat bij een individu met een genetische kwetsbaarheid voor schizofrenie zowel een periode van antisociaal gedrag als een periode met

een reactieve psychose kan voorkomen. Dit zou afhankelijk zijn van de aanwezige stressfactoren op dat moment. Een belangrijke *beperking* van deze visie is echter dat het model voorbij gaat aan de mogelijkheid dat beide fenotypes tegelijk aanwezig kunnen zijn. Nochtans weten we dat dit mogelijk is zoals bij de comorbiditeit van psychose met een gedragsstoornis of met een antisociale persoonlijkheidsstoornis (cf. Hoofdstuk III.3.B).

5. Het model van Hiday (1997)

Hiday (1997) ontwikkelde een model dat de *complexiteit van de relatie* tussen psychose en het gebruik van geweld erkent. Dit model kijkt namelijk niet enkel naar de individuele kenmerken, maar kadert de psychotische stoornis tevens binnen de onmiddellijke sociale context van de psychoticus en de bredere sociale omgeving (cf. Figuur 2).



Figuur 2. Model van Hiday (1997).

A. Uitwerking van het model

Het model toont dat, naast de directe causale relatie, tevens heel wat andere wegen mogelijk zijn waarlangs de stoornis tot geweld kan leiden. Deze *directe causale relatie* is daarenboven reeds genuanceerd doordat er geen rechtstreekse link wordt gelegd tussen psychose en geweld. Volgens dit model veroorzaakt psychose symptomen die gevoelens van bedreiging en

beïnvloeding met zich meebrengen (TCO-symptomatologie). Deze symptomen kunnen in combinatie met wantrouwen en achterdocht uiteindelijk geweld veroorzaken. Zelf slachtoffer zijn of zelf geweld meemaken kan dit wantrouwen veroorzaakt hebben. Dit direct mechanisme is dus eerder een intern proces.

Daarnaast bestaan twee *indirecte (i.e. sociale en interpersoonlijke) processen*. De TCO-symptomen kunnen *ten eerste* spanning veroorzaken in de interactie tussen de psychoticus en de andere. Bijvoorbeeld wanneer de waan van de psychoticus in vraag wordt gesteld (Taylor, 2006). Deze spanning kan vervolgens escaleren in beschuldigingen, woede, agressie en uiteindelijk leiden tot geweld. Dit is voornamelijk het geval in een omgeving waarin geweld vaak wordt gebruikt om problemen op te lossen en dus een copingsmechanisme vormt. Individuen (psychotici en anderen) leren op deze manier dat geweld gebruiken succesvol kan zijn en leren dus geen andere oplossingsmogelijkheden aan. *Ten tweede* kunnen de bizarre symptomen van de psychose spanningen bij de anderen veroorzaken. Zo kan vreemd gedrag ertoe leiden dat de psychoticus jarenlang object is van pesterijen. Dit kan op zijn beurt resulteren in een reactieve basishouding bij de psychoticus en vervolgens defensieve geweldsdaden uitlokken waarbij hij anticipeert op misbruik. Hierbij speelt woede dus geen rol, want ondanks dat woede geassocieerd is met geweld blijkt het noch een voldoende noch een noodzakelijke voorwaarde te zijn voor geweld (Tedeschi & Felson, 1994).

Daarnaast erkent het model de invloed van de *brede sociale structuur*. Zo kan spanning veroorzaakt worden door *stressvolle levensgebeurtenissen*, zoals het verlies van een job, scheiding, etc. Deze situaties blijken meer voor te komen in een context van armoede en sociale desorganisatie. '*Sociale desorganisatie*' komt voor in arme gemeenschappen met een constante deprivatie, verlies van hoop en een daling van het gevoel van controle. Het omvat tevens een breuk in familie en andere micro-instituten die betekenisvol zijn voor het individu. Dit verhoogt de kans op confrontatie met geweld, zowel binnen als buiten het gezin, en verhoogt de kans om zelf slachtoffer te worden. Dit kan op zijn beurt gewelddadig gedrag veroorzaken langs verschillende wegen. *Ten eerste* veroorzaakt slachtofferschap een atmosfeer van spanning en conflict wat direct kan leiden tot het gebruik van geweld. Dit is bijgevolg geen mechanisme specifiek voor psychose. *Ten tweede* kan slachtofferschap, zoals reeds vermeld, wantrouwen en achterdocht veroorzaken. Dit kan enerzijds leiden tot spanningen en conflictsituaties en uiteindelijk leiden tot geweld. Anderzijds leidt wantrouwen en achterdocht tot geweld bij personen met denkstoornissen, wanen en hallucinaties omdat zij sneller paranoïde overtuigingen ontwikkelen. De stoornis veroorzaakt dus wanen en

hallucinaties. De plaats dat het individu inneemt binnen de sociale structuur veroorzaakt echter wantrouwen en een context van socialisatie voor het gebruik van geweld. De interactie tussen beide factoren veroorzaakt bij psychotici een hogere kans op geweld. *Sociale desorganisatie heeft met andere woorden een mogelijke invloed op de ontwikkeling en het verloop van mentale stoornissen en dus ook op de relatie met geweld.*

Deze sociale desorganisatie is tevens geassocieerd met *andere stoornissen* die geweld kunnen veroorzaken zoals middelenmisbruik en antisociale persoonlijkheidsstoornis. Deze comorbiditeit veroorzaakt een grotere kans op geweld bij psychotici. Zowel sociale desorganisatie, armoede als psychose kunnen leiden tot *alcoholmisbruik*. Daarenboven blijkt dat de relatie tussen middelenmisbruik en psychose bidirectioneel is. Beide factoren kunnen namelijk de andere factor versnellen, versterken of zijn voorbeschikkend. Middelenmisbruik kan op zijn beurt direct tot geweld leiden of indirect via stressvolle gebeurtenissen (zoals bijvoorbeeld door alcoholgebruik zijn job verliezen, verkeersongelukken veroorzaken of vervreemden van familie en vrienden) of via spanningen (de alcoholverslaafde stelt onredelijke eisen aan zijn omgeving, anderen proberen alcohol en drugs weg te houden). Analoog met het voorgaande kan sociale desorganisatie, armoede, middelenafhankelijkheid en psychose bijdragen tot de ontwikkeling van een *antisociale persoonlijkheidsstoornis* (APS) of psychopate trekken. Opnieuw blijkt dat de relatie tussen enerzijds middelenmisbruik en APS en anderzijds psychose en APS bidirectioneel is. Gezien de criteria voor een APS tevens gewelddadig gedrag omvatten, heeft APS een directe link met geweld. Daarenboven omvatten deze diagnoses tevens kenmerken zoals impulsiviteit, agressiviteit en prikkelbaarheid die aan geweld gelinkt zijn. APS kan tenslotte tot geweld leiden via stressvolle levensgebeurtenissen die het gevolg zijn van enkele specifieke kenmerken van deze stoornissen, zoals anderen beschuldigen, promiscue gedrag stellen, geen verantwoordelijkheid opnemen voor eigen gedrag en diens meer.

Tot slot somt Hiday (1997) nog *enkele factoren* op die niet in het model zijn opgenomen maar wel een invloed kunnen uitoefenen op geweld bij psychotici. Zoals onder andere leeftijd en geslacht, de inname van adequate medicatie en medicatietrouw, het volgen van psychosociale therapie en de aanwezigheid van ondersteunende instrumentele en affectieve relaties. Leeftijd en geslacht zijn echter risicofactoren die *niet beïnvloedbaar* zijn en de andere elementen zijn eerder *beschermende factoren* ten opzichte van het gebruik van geweld.

B. Evaluatie

Samengevat is het model van Hiday (1997) in staat om de inconsistente onderzoeksbevindingen over de relatie tussen psychose en geweld te verklaren doordat het de *complexiteit* van de relatie erkent. Het model maakt duidelijk dat zeer veel verschillende factoren op verschillende niveaus (micro, meso en macro) de relatie tussen psychose en criminaliteit beïnvloeden. Hierdoor kunnen diverse onderzoeken dan ook verschillende onderzoeksresultaten bekomen. Het psychotische individu leeft niet op een eiland, maar is opgegroeid in een brede sociale context en gaat voortdurend in interactie met zijn omgeving. Deze omgeving wordt tevens beïnvloed door zowel de sociale context als het psychotische individu en heeft op zijn beurt opnieuw een invloed op het gedrag van de psychoticus. Deze dynamiek is illustratief voor de brede focus van dit model. Het model heeft echter minder oog voor de *interne dynamiek* bij de psychoticus en de *ontwikkeling* van de stoornis. Hierdoor mist het model wat diepgang in vergelijking tot de psychodynamische theorie.

6. De psychodynamische theorie/ psychoanalytische theorie

Volgens de psychodynamische theorie/psychoanalytische theorie kunnen we paranoïde symptomen beschouwen als *defensiemechanismen* van de psychoticus en kunnen op deze manier een rol spelen bij het plegen van geweld (Mizen, 2003; Porcerelli, Cogan, Kamoo & Leitman, 2004; Willemsen, 2008). Deze psychodynamische theorie verwijst naar een brede groep van theorieën die stellen dat instinctieve driften, ontwikkelingsgebeurtenissen, bewuste en onbewuste factoren een invloed uitoefenen op de ontwikkeling van de persoonlijkheid. Een interactie tussen deze factoren zorgt ervoor dat een bepaalde *structuur* ontwikkeld wordt die aan de basis ligt van steeds terugkerende interactieprocessen tussen het individu en anderen. Hierbij is het echter van belang te begrijpen hoe *geweld* en *psychose* worden benaderd vanuit deze theoretische visie. Hierna wordt achtereenvolgens het concept geweld, het concept psychose en geweld bij psychose besproken vanuit het standpunt van de psychoanalyse.

A. Geweld

Vanuit deze theorie wordt vooreerst een onderscheid gemaakt tussen agressie en geweld (Mizen, 2003). 'Agressie' wordt gedefinieerd als de affectieve component van een instinctief proces dat als functie heeft de afstand en het onderscheid te bewaren ten opzichte van anderen. Agressie is dus eigen aan de mens, heeft een belangrijke functie gedurende de

menselijke ontwikkeling en fungeert hierbij als ondergrond voor geweld. Geweld is in tegenstelling tot agressie geen basiskenmerk van de mens. De term 'geweld' wordt gereserveerd voor een actie, een gedrag die als functie heeft de geest vrij te houden van ongewenste elementen via defensiemechanismen zoals splitsing en projectie. Het is dus volgens de psychoanalyse een oplossingspoging van het individu. Deze ongewenste mentale elementen (i.e. elementen die als onverenigbaar beschouwd worden met het zelfbeeld) verwijzen niet noodzakelijk naar een bepaald type emotie, maar eerder naar een overdonderende kwantiteit. Deze elementen kunnen niet worden geïntegreerd door het individu wat ertoe leidt dat agressie wordt afgesplitst binnen het individu waardoor geweld kan ontstaan. Geweld wordt in deze visie gezien als neutraal; het heeft op zich geen inhoud. Het is echter een mechanisme waarbij inhoud wordt verplaatst.

Het *defensiemechanisme 'splitsing'* komt voor wanneer bepaalde gebeurtenissen door een individu als overdonderend of ondraaglijk worden gepercipieerd vanwege een onaanvaardbare integratie tussen 'goed' en 'slecht'. Het individu creëert dan een illusie (een cognitief proces) waarbij er een scherpe scheiding bestaat tussen puur 'goed' en 'slecht'. Hiermee wordt de te pijnlijke realiteit verworpen. Toegepast op de psychose, kunnen 'anderen' bijvoorbeeld al het slechte belichamen terwijl de psychoticus zelf al het goede belichaamt (bv. bij een grootheidswaan) of omgekeerd (bv. bij een schuldwaan of nihilistische waan). Deze 'anderen' verwijzen niet altijd naar andere mensen. Het is ook mogelijk dat een intern deel van een persoon wordt afgesplitst, een alter-ego, wat al het slechte belichaamt (bv. de misbruikende ouder, de Hell's Angel). Hierdoor is de rest van de persoon vrij van het slechte. Het *defensiemechanisme 'projectie'* bestaat erin de agressieve drang unilateraal bij de andere persoon te leggen.

Geweld kan volgens deze visie twee vormen aannemen, namelijk stabiel en onstabiel. Bij de *onstabiele categorie* heeft geweld een reactief karakter en heeft als doel de onverenigbare mentale elementen te vernietigen via splitsing of projectie. Zo worden de ongewenste elementen op een actieve manier verwijderd. De ernst van het geweld zal hierbij evenredig zijn aan de ernst van de bedreiging van de psyche. De *stabiele variant* van geweld is meer systematisch en is een uiting van een vast systeem van psychologische splitsing of projectie. De ontkenning van de ongewenste mentale elementen (i.e. de projectie of splitsing) manifesteert zich hier dus in een vaste psychische structuur die kenmerkend is voor dat specifieke individu. Het onderscheid tussen stabiel en onstabiel kan als een *continuüm* omschreven worden. Beide vormen kunnen dus in elkaar overgaan.

Porcerelli et al. (2004) toonden in *empirisch onderzoek* aan dat defensiemechanismen inderdaad een link vertonen met de aanwezigheid van agressie ten opzichte van anderen. Immature defensiemechanismen, zoals ontkenning en projectie, lijken onvoldoende te zijn om agressie te controleren. Hierdoor vergroten ze de kans op het gebruik van geweld in tegenstelling tot meer mature processen waarbij de eigen agressie wel wordt erkend. Ook vanuit een meer cognitieve hoek wordt empirische evidentie gevonden voor de relatie tussen defensiemechanismen en het handelen in overeenkomst met de wanen (Freeman et al., 2007). Defensiemechanismen zouden er namelijk voor zorgen dat er minder waanweerleggende evidentie wordt verwerkt. Hierdoor wordt de persistentie van de waan versterkt en vergroot dus ook de kans dat men handelt in overeenkomst met deze waan.

B. Psychose

De psychoanalytische theorie benadert *psychose* niet op een beschrijvende manier zoals de DSM. Psychose wordt namelijk beschouwd als een *ontwikkelingsproces*, een verhouding ten opzichte van anderen die geleidelijk aan wordt ontwikkeld en steeds herhaald wordt. Hier wordt dan ook gesproken over de '*psychotische structuur*' (Verhaeghe, 2003). Gezien psychose als een ontwikkelingsproces wordt beschouwd, wordt een onderscheid gemaakt tussen *vier verschillende ontwikkelingsstadia* of uitingsbeelden van psychose, namelijk de hypochondrie, de klassieke schizofrenie, de paranoia en de megalomanie.

De *hypochondrie* situeert zich bij de declenchering (i.e. doorbraak) van de stoornis. Het individu wordt overspoeld door lichaamsbelevingen waar hij geen antwoord of verklaring voor heeft. Vaak gaat dit gepaard met een perplexiteit. Het individu ervaart een agressieve, autodestructieve reactie van het lichaam, maar kan deze ervaringen op geen enkele manier onder woorden brengen. Hij valt dan ook volledig samen met deze ervaringen in een angstige preoccupatie. Hier is sprake van de *prodromale verschijnselen* van schizofrenie (i.e. voorbode, verschijnselen die aan de ziekte voorafgaan).

Bij de *klassieke schizofrenie* is er sprake van de acute psychotische fase. De eerste waanvormingen en hallucinaties komen voor en bestaan vaak uit verwijten ten opzichte van zichzelf. Deze symptomen worden als reëel ervaren, worden beschouwd als afkomstig van de ander en zijn dus bedreigend. Deze fase komt overeen met de DSM-definitie van *schizofrenie* van het *gedesorganiseerde* en het *katatone type*.

Bij het derde stadium, de *paranoia*, wordt steeds meer een gesystematiseerde waan geconstrueerd als reactie op de lichamelijke verschijnselen. De angst wordt niet meer op het lichaam gericht, maar wordt in een verwerkingspoging gericht tegen de gevreesde acties van anderen (i.e. projectie als defensiemechanisme). Het individu creëert een eigen verklaring voor wat hem overkomt. Anderen spreken hierdoor over een ‘beperkt ziekte-inzicht’ en ‘realiteitsverlies’. Verzet staat hier dan ook centraal en agressieve acten zijn niet uitzonderlijk. De DSM-definitie van *schizofrenie* van het *paranoïde type* en de *waanstoornis* zijn in deze fase passend.

Bij de *megalomanie* is het individu tot rust gekomen en heeft zich verzoend met zijn waan. In deze waan vindt hij een antwoord en zekerheid. Hier is dan ook sprake van een ‘*ingekapselde waan*’. Dit laat het individu toe om ‘normaal’ doch meestal teruggetrokken te leven. Psychoanalytisch gezien heeft het individu zichzelf genezen. Volgens de DSM is hier sprake van *schizofrenie* van het *resttype*.

C. Geweld bij psychose

Het geweld bij een psychoticus kan volgens deze psychodynamische theorie dus gezien worden als een *oplossingspoging*. Het is een poging om de kern van de pathologie te vernietigen en zich te verzetten tegen de ondraaglijke angst (Willemsen, 2008). Zowel de waan als het gewelddadige gedrag worden hier gezien als een antwoord op de vervreemding dat het individu overvalt. Het *geweld* is een reëel antwoord via het gedrag en de *waan* is eerder een symbolisch antwoord, een antwoord via de taal en het woord. Het zijn pogingen om de controle over zichzelf, die is verloren gegaan, terug te winnen. Het geweld verschijnt dan ook als het psychotische individu geen verweer meer heeft tegen de bedreigende bevreemding en geen andere antwoorden meer heeft. Vanuit deze visie handelt het individu dan ook niet conform de inhoud van de waan of de hallucinatie zoals bij de cognitieve visie. Het is net een *verweer* hiertegen, een act waarmee hij tracht de rust te herwinnen. Het is echter wel mogelijk dat een psychoticus zich conform bijvoorbeeld de auditieve hallucinatie (bijvoorbeeld het verwijt ‘moordenaar’) gedraagt. Hij zal dit echter niet doen om hieraan te gehoorzamen want het is net een poging om deze hallucinatie een halt toe te roepen.

Bij de *verschillende klinische stadia* van psychose kan geweld voorkomen. Het heeft dan telkens een andere invulling, maar de dynamiek en het doel zijn steeds hetzelfde. Het is namelijk een poging om het psychisch evenwicht te herstellen door de pathologie te vernietigen (Willemsen, 2008). Bij de eerste fase, de *hypochondrie*, staat de psychoticus

perplex. Hij wordt overweldigd door wat hem overkomt, waardoor er een drang ontstaat om te handelen. De psychoticus begrijpt er in deze fase niets van en kan dus ook niet reageren. Vanuit deze theorie zal men dan ook *geen geweld* verwachten. Het geweld zal pas verschijnen wanneer de psychoticus een interpretatie maakt van wat er gebeurt en bijgevolg een eerste waanfragment ontstaat waarin hij voor zichzelf een oorzaak identificeert. Dit is het geval bij de *klassieke schizofrenie*. Pas wanneer een oorzaak geïdentificeerd is, kan men ingrijpen. Wanneer het geweld niet wordt voorafgegaan door symptomen van de stoornis die worden opgemerkt door de omgeving wordt over *ongemotiveerde misdrijven* gesproken. Vaak ontstaat echter vóór het delict een ontregeling van het gedrag zoals bijvoorbeeld sociale terugtrekking en bizar gedrag. Het individu verzet zich meestal in eerste instantie tegen deze drang totdat de angst ondraaglijk wordt en het individu iets moet doen. Op het moment van het delict blijkt het slachtoffer dikwijls een willekeurig persoon en lijkt elk motief te ontbreken. Dit delict lijkt zeer impulsief, maar er is dus wel een proces aan vooraf gegaan. Hier kan men dus spreken over het principe van *'rationaliteit binnen irrationaliteit'* (Link & Stueve, 1994) (cf. Hoofdstuk II.3.C). Het aanwezige geweld kan hier tevens gecategoriseerd worden als de *onstabiele variant* (Mizen, 2003).

Bij de *paranoia* heeft de psychoticus de oorzaak reeds bij de ander gelegd (*projectie als defensiemechanisme*) waardoor het 'bewerkbaar' wordt. Hier verschijnen dan ook allerhande achtervolgings- en andere paranoïde wanen. Deze genezingspoging is echter nog onstabiel waardoor de waan op een gegeven moment kan tekort schieten als antwoord. Opnieuw ontstaat de drang naar handelen. Vaak gaat dit gepaard met middelengebruik in een poging deze drang af te wenden. Voorafgaand aan het delict is hier vaak een inkrimping van de waan op te merken, een periode van sociale isolatie, een verminderd spreken en toenemende angst. Ondanks dat via de slachtofferkeuze het delict vaak in verband kan worden gebracht met de waan is de slachtofferkeuze niet noodzakelijk het gevolg van de waan. Deze waan blijkt namelijk te falen, is een onvoldoende antwoord. Het geweld balanceert hier dan ook tussen *voorbedacht* en *impulsief* en tussen *zelfverdediging* en *vernietigingsdrang* (Willemsen, 2008). Een speciale vorm die hierbij aansluit, is de *erotomanie*. Dit is een zeldzame waanstoornis waarbij de persoon ervan overtuigd is dat een ander verliefd is op hem/haar. Dit komt vooral voor bij vrouwen, maar kan ook voorkomen bij mannen. Bij deze mannelijke erotomanen gaat dit vaak gepaard met delicten zoals *stalking* en *geweldpleging* (Taylor & Bragado-Jimenez, 2009; Willemsen, 2008). Deze delicten komen frequenter voor wanneer bij de erotomanie tevens een algemene paranoïde waanvorming en hallucinaties aanwezig zijn.

Bij de *melancholie* tenslotte is vaak sprake van een schuldwaan of een nihilistische waan (*splitsing als defensiemechanisme*). Deze psychoticus is er dan van overtuigd dat hij een onweerlegbare fout heeft gemaakt en hiervoor moet boeten. Hier is de *agressie* dan ook *op zichzelf gericht* in plaats van op de ander. De psychoticus zal dan ook niet geneigd zijn om de waan steeds uit te breiden, zoals bij de paranoia. Het eindstadium is hier namelijk bereikt onder de vorm van een niet eindigende reeks van zelfbeschuldigingen. Een nihilistische waan bestaat er dan in dat de psychoticus ervan overtuigd is dat hij niet gerechtigd is om als mens te leven en er ontstaat totale zelfvervreemding. Volgens de psychoanalytische visie is de inhoud van de waan opnieuw niet de oorzaak van het geweld. De dood wordt hier dan niet gezien als een bestraffing. De zelfkweiling bestaat er nu net in niet te kunnen sterven. Het geweldsdelict heeft dan ook als doel een einde te stellen aan de zelfkweiling door te sterven aan een echte dood. Het aanwezige geweld kan hier dan ook gecategoriseerd worden als de *stabiele variant* eigen aan het individu (Mizen, 2003). Vanuit criminologisch oogpunt is hier de combinatie *suicide-filicide* (i.e. zoon-of dochter moord) en *familicide* interessant. De melancholicus is één van de mogelijke dadertypes die een link vertoont met dit type geweld (Willemsen, 2008). Vanuit de psychoanalyse kan dit geweldsdelict voorkomen wanneer de rol, waarmee de melancholicus zich identificeert, bedreigd wordt (bijvoorbeeld de perfecte moeder, de ideale partner, etc.). Die rol functioneert namelijk als een verdediging ten opzichte van het langzaam verdwijnen van het actieve individu in de melancholie. Het is dus een beschermende factor ten opzichte van het gebruik van geweld. Ze zijn ervan overtuigd dat ze verantwoordelijk zijn voor de teloorgang van de wereld omwille van hun fout. Het criminele geweld wordt dan ook gepleegd vanuit een altruïstisch motief, vanuit hun gewetensfunctie. Opnieuw is het niet een gehoorzamen aan dit geweten, maar zich ertegen verzetten. Het is een einde stellen aan de eindeloze kweiling van zelfbeschuldigingen en ze willen hierbij tevens hun familieleden redden van de algemene teloorgang.

D. Evaluatie

De psychoanalytische theorie biedt een eigenzinnige kijk op het geweld bij psychotici. De theorie heeft veel aandacht voor de *interne dynamiek* van geweld en ziet deze in functie van de ontwikkeling de stoornis. *Diversiteit* binnen hetzelfde individu wordt bijgevolg erkend. De psychoanalyse is een brede kadertheorie die in staat is om verder te kijken dan de louter beschrijvende aanpak van de DSM en biedt op deze manier een verklaring voor het aanwezige geweld. Bij deze visie bestaat een scherp *onderscheid* tussen de '*psychotische structuur*' en de eerder *reactieve psychotische stoornissen* uit de DSM, zoals de middelgeïnduceerde psychose,

de schizoaffectieve psychose of de kortdurende psychotische stoornis. Onderzoekers dienen volgens deze theorie rekening te houden met dit onderscheid omdat verschillende onderliggende dynamieken werkzaam kunnen zijn die de onderzoeksresultaten kunnen beïnvloeden. De notie *'defensiemechanisme'* biedt tevens een verklaring voor de inconsistente en soms contra-intuïtieve onderzoeksbevindingen. Het *gevaar* bij de psychoanalyse is dat de termen die worden gehanteerd vaak een niet-conventionele betekenis hebben en erg vaag kunnen zijn. Hierdoor kunnen verschillende onderzoekers eenzelfde term gebruiken die toch naar verschillende dingen verwijst. De psychoanalytische theorie is mede door de *vage terminologie* moeilijk aan empirisch onderzoek te onderwerpen en is bijgevolg *moeilijk falsificeerbaar*. Daarenboven heeft men in de psychoanalyse vaak de neiging om de theorie casuïstiek te bevestigen en negeert men de weerleggende informatie.

7. Conclusie

In dit hoofdstuk zijn we op zoek gegaan naar *theorieën* die een verklaring kunnen bieden voor de *relatie* tussen psychose en criminaliteit en de bijhorende *criminogene factoren*. Ondanks dat deze theorievorming vrij beperkt is, hebben we toch enkele modellen kunnen identificeren die aansluiten bij de onderzoeksbevindingen uit de vorige hoofdstukken.

De *cognitieve theorie* stelt dat er een inhoudelijk verband bestaat tussen het gepleegde delict en de positieve symptomen. Deze visie voldoet echter niet als verklaring aangezien er een complexe interactie van beïnvloedende factoren speelt. Volgens het *diathese-stress model* kan de genetische kwetsbaarheid voor schizofrenie zich uiten in een schizofreen of een antisociaal fenotype. Beide fenotypes kunnen echter tegelijkertijd voorkomen. Het *model van Hiday (1997)* erkent de complexiteit omdat het tevens aandacht schenkt aan de sociale context. Hierbij komt het tegemoet aan de belangrijkste kritiek op deze onderzoekstraditie. De *psychoanalytische theorie* stelt dat het geweld zich op diverse manieren uit bij de verschillende fasen van de psychotische structuur, maar steeds dezelfde functie dient. Het is namelijk een oplossingspoging van het zieke individu. Deze theorie heeft veel aandacht voor de interne dynamiek en wijst op de eigen verantwoordelijkheid van de psychoticus, maar negeert sommige criminogene factoren op meso- en macroniveau. Het *model van Hodgins (2008)* legt de nadruk op de heterogeniteit binnen de psychotische populatie en de diversiteit van de onderliggende dynamieken. Het biedt hiermee een theoretische invulling van de vastgestelde diversiteit uit het vorige hoofdstuk, maar is nog niet empirisch getoetst. Aan de hand van een *kwalitatief empirisch onderzoek* trachten we dan ook de hypothesen van dit model te testen.

Hoofdstuk V. Methode van het kwalitatief empirisch onderzoek

1. Inleiding

In het empirisch onderzoek hebben we getracht een beter zicht te krijgen op de onderliggende mechanismen en dynamieken die werkzaam zijn bij gewelddadige psychotische individuen. Uit de literatuurstudie blijkt namelijk dat er sprake is van een *complexe relatie* tussen psychose en geweld (cf. Hoofdstuk III). Diverse risicofactoren, die gekoppeld zijn aan de aanwezigheid van psychose, blijken een rol te spelen. Deze risicofactoren zijn doorgaans noch een noodzakelijke noch een voldoende voorwaarde voor geweld. Een mogelijke verklaring voor de inconsistente en soms contra-intuïtieve onderzoeksresultaten is dat de criminele psychotische populatie *niet homogeen* is. Wellicht kunnen diverse vormen van de psychotische stoornis tot geweld leiden. Daarenboven kunnen bij deze psychotische individuen verschillende vormen van geweld tot uiting komen. Hierdoor vertonen niet alle psychotische patiënten dezelfde onderliggende gewelddadige mechanismen. Comorbiditeit kan bijvoorbeeld de uitingsvorm van de stoornis beïnvloeden alsook verschillende geweldsdynamieken met zich meebrengen. Er zou dus sprake kunnen zijn van een complexe interactie van beïnvloedende factoren, die langs verschillende ontwikkelingspaden tot gewelddadig gedrag kunnen leiden. Hoe deze factoren precies interageren, is echter nog weinig begrepen en weinig onderzocht.

Deze diversiteit vormde dan ook het vertrekpunt voor het empirisch onderzoek. Zoals reeds vermeld, hebben we in dit empirische luik twee *onderzoeksvragen* centraal geplaatst. Ten eerste werd het model van Hodgins (2008) (cf. Hoofdstuk IV.2) getest op de praktische bruikbaarheid. Biedt de onderzochte psychotische groep empirische ondersteuning voor het bestaan van drie verschillende *subtypen*, zoals voorgesteld door Hodgins (2008)? Ten tweede hebben we de *geweldsdynamieken* bij deze onderzoeksgroep geanalyseerd. Welke risicofactoren zijn bij deze individuen aanwezig en op welke manier zijn deze geassocieerd met het aanwezige geweld? Zijn deze geweldsdynamieken bij de onderzoekspopulatie terug te vinden en/of kunnen we enkele andere dynamieken identificeren? Kunnen we enkele conclusies formuleren in verband met de complexiteit van de beïnvloedende factoren? Hypothesen over deze dynamieken hebben we tevens afgeleid uit het model van Hodgins (2008) en hangen bijgevolg samen met de typologie. Dit onderzoek situeert zich bijgevolg op de grens tussen *theorieontwikkellend* en *theorietoetsend* onderzoek.

Hierna beschrijven we achtereenvolgens het onderzoeksdesign en de dataverzameling, de onderzoeksobjecten en de steekproeftrekking, de procedure en het onderzoeksmateriaal, enkele beperkingen van het onderzoek en tenslotte stellen we de negen cases uit de steekproef voor.

2. Onderzoeksdesign en dataverzameling

Het onderzoek hebben we uitgewerkt onder de vorm van een ‘*exploratieve meervoudige gevallenstudie*’. De verschillende cases hebben we onderling vergeleken aan de hand van de *hiërarchische methode*. Dit betekent dat de cases in een eerste fase onafhankelijk van elkaar en volgens een vast patroon werden bestudeerd. In een tweede fase werden de cases onderling met elkaar vergeleken. Er zijn *diverse redenen* aan te halen waarom we voor deze onderzoeksmethode gekozen hebben.

Vooreerst hebben we vanuit de onderzoeksvragen voor *diepgang* gekozen. Reeds heel wat onderzoek werd uitgevoerd naar de relatie tussen psychose en criminaliteit. Deze studies bestaan voornamelijk uit risicofactorenonderzoek en werden dus voornamelijk uitgevoerd in de breedte (cf. Hoofdstuk II.3.C). Hierbij wordt namelijk gekeken naar risicofactoren die generaliseerbaar zijn voor de psychotische populatie door gemiddelde frequenties te bestuderen. Weinig blijft echter geweten over hoe deze risicofactoren precies leiden tot geweld bij de individuele psychoticus. Een meervoudige gevallenstudie stelt daarentegen een holistische werkwijze, detaillering en complexiteit voorop bij een beperkt aantal onderzoeksobjecten. Dit maakt het mogelijk diverse patronen bij verschillende subtypes te bestuderen of te ontdekken.

Daarenboven gaven *prominente auteurs* in het onderzoek naar psychose en geweld reeds aan dat *meer kwalitatieve studies* en onderzoekstechnieken noodzakelijk zijn om een meer gedetailleerd beeld te krijgen over hoe beide systematisch aan elkaar gekoppeld zijn (Douglas et al., 2009; Taylor, 2008). Deze onderzoeksmethode is dan ook een geschikte methodologie voor het onderzoeken van dergelijke complexe interpersoonlijke fenomenen.

Tenslotte hebben we voor een *kwalificerende of interpreterende* benadering gekozen. De aanwezigheid van gewelddadig gedrag, risicofactoren en onderliggende dynamieken hebben we namelijk niet zelf gemeten op het moment van het onderzoek. Deze werden echter afgeleid uit een grote hoeveelheid aan divers datamateriaal dat werd verzameld door het gebruik van

zowel dossieranalyse als semi-gestructureerde interviews. Er was dus sprake van een *methodentriangulatie*.

Bij deze *dataverzameling* hebben we van zowel data- als kennisbronnen gebruik gemaakt. Zowel de inhoud van de dossieranalyse als de onderzoeksobjecten zelf werden voor beide onderzoeksvragen als *databronnen* ingezet. Als *kennisbronnen* hebben we zowel de analyse van het gerechtelijk psychiatrisch expertiseverslag als informanten gebruikt, namelijk de behandelende psycholoog van de onderzoeksobjecten. Er was dus tevens sprake van *bronnentriangulatie*.

3. Onderzoeksobjecten en steekproeftrekking

De onderzoeksobjecten van deze studie zijn enkele geïnterneerde psychotische patiënten. In dit onderzoek is er sprake van een *strategische steekproeftrekking*.

Vooreerst hebben we de cases op een aantal *pragmatische gronden* geselecteerd. Alle geïnterneerde patiënten bevonden zich namelijk in een *forensisch psychiatrisch ziekenhuis* ten tijde van het onderzoek. Dit is een psychiatrisch ziekenhuis met een gespecialiseerd forensische behandeltraject voor geïnterneerde mannen en vrouwen. Binnen het tijdsbestek van deze masterproef was de selectie van onderzoeksobjecten slechts realistisch binnen één ziekenhuis, waardoor deze als een niet-inhoudelijk selectie criterium fungeerde. Aangezien het ziekenhuis eigen exclusie- en inclusiecriteria voor opname hanteert, worden slechts bepaalde geïnterneerde patiënten opgenomen. Zo zijn de totale ontkenning van de feiten en de aanwezigheid van kernpsychopathie (cf. Hoofdstuk V.5) bijvoorbeeld exclusiecriteria. Bereidheid om te functioneren in groep en de mogelijkheid tot motivatie voor verandering zijn onder andere vereisten voor opname. Dit heeft dit tot gevolg dat alle onderzoeksobjecten tevens onder het statuut van ‘*medium security internering*’ stonden op moment van het onderzoek. ‘Medium security’ betekent dat voor deze patiënten extra maatregelen op vlak van veiligheid dienen getroffen te worden. Dit interneringstype situeert zich tussen de ‘low security’ waarbij patiënten tevens in de reguliere psychiatrie opgenomen kunnen worden en de ‘high security’ (Casselmann et al., 1997). De nodige veiligheidsmaatregelen voor deze ‘high security’ geïnterneerden kan momenteel in België enkel in penitentiaire instellingen gegarandeerd worden.

Gezien we voor dit onderzoek onder meer gebruik hebben gemaakt van secundaire (i.e. niet zelf verzamelde onderzoeksgegevens) en bijzondere gegevens (i.e. gerechtelijke gegevens, persoonsgegevens die de gezondheid betreffen en andere gevoelige informatie) is de gegevensverzameling in principe verboden volgens de Privacywet van 8 december 1992 en het Koninklijk Besluit van 13 februari 2001. De ‘*Commissie voor de Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer*’ voorziet echter een uitzondering voor de verwerking van deze secundaire bijzondere gegevens voor wetenschappelijke doeleinden indien de *uitdrukkelijke toestemming* van de betrokkene wordt verkregen. Deze vrijwillige en geïnformeerde bereidwillige medewerking van de betrokken geïnterneerde patiënten fungeerde bijgevolg als noodzakelijk selectie criterium.

De specificiteit van de onderzoeksvragen vereisten daarenboven enkele *inhoudelijke selectiecriteria*. Gezien het onderzoek handelt over de relatie tussen psychose en geweld, dienden beiden bijgevolg aanwezig te zijn. De geselecteerde geïnterneerde patiënten dienden gediagnosticeerd te zijn met een of andere vorm van de *psychotische stoornis*. Deze psychotische diagnose werd gesteld volgens de diagnostische criteria van de DSM-IV en bestond uit volgende categorieën: schizofrenie, waanstoornis, schizo-affectieve stoornis en psychotische stoornis door een middel geïnduceerd. Deze diagnose hebben we voor dit onderzoek afgeleid uit het *gerechtelijk psychiatrisch expertiseverslag*, wat tot de internering van deze patiënten had geleid. Indien de *gangbare diagnose*, die werd gehanteerd door de psychiater van het behandelend psychiatrisch centrum, afwijkend was van degene uit het expertiseverslag, werd dit in rekening gebracht.

Daarenboven dienden deze patiënten reeds te zijn veroordeeld voor ten minste één *geweldsmisdrijf* en moest kunnen worden afgeleid dat geweld zeker een bepaalde periode prominent aanwezig was. Het geweldsmisdrijf hoefde niet noodzakelijk het interneringsdelict te betreffen, maar kon tevens gaan om een veroordeling voorafgaand of na het interneringsdelict. Onder geweldsmisdrijven werd in dit onderzoek inbreuken op volgende artikels van het Strafwetboek verstaan: opzettelijk doden, opzettelijk toebrengen van lichamelijk letsel, foltering, onmenselijke behandeling en ontorende behandeling (artikel 392-417), schuldig verzuim (artikel 422bis-422quater), aantasting van de persoon van minderjarige, van onbekwamen en van het gezin (artikel 423-433), aanslag op de persoonlijke vrijheid en op de onschendbaarheid van de woning, gepleegd door bijzondere personen (artikel 434-452), belaging (artikel 442bis- 442ter) en tenslotte diefstal door middel van geweld of bedreiging gepleegd en afpersing (artikel 468-476).

Uiteindelijk voldeden 13 geïnterneerde patiënten aan de inhoudelijke selectiecriteria. De uitdrukkelijke toestemming werd bij 10 van deze patiënten verkregen en één patiënt werd uit de analyses verwijderd vanwege onduidelijkheid over de differentiaaldiagnose. Bijgevolg werden negen cases geselecteerd, acht mannen en één vrouw. Eén patiënt, die werd opgenomen in de analyses, was geïnterneerd op basis van artikel 21 van de Wet tot bescherming van de maatschappij. Dit betekent dat de internering werd uitgesproken bij een persoon die werd veroordeeld wegens een misdaad of wanbedrijf en slechts tijdens zijn hechtenis in staat van krankzinnigheid, in een ernstige staat van geestesstoornis of van zwakzinnigheid werd bevonden (Casselmann et al., 1997). De gemiddelde leeftijd van onze onderzoeksobjecten bedroeg 34.22 jaar (range 26-42 jaar) op moment van het onderzoek. De gemiddelde leeftijd van deze patiënten op het moment waarop de (eerste) internering werd uitgesproken was 30 jaar (range 22-39 jaar).

4. Procedure en onderzoeksmateriaal

Voor de uitvoering van het empirisch onderzoek hebben we een forensisch psychiatrisch ziekenhuis gecontacteerd. We kozen voor een onderzoek op locatie van dit ziekenhuis op basis van de toegankelijkheid tot forensische patiënten en de mogelijkheid tot controle voor de inhoudelijke selectiecriteria. Het *directiecommité* van het ziekenhuis verleende toelating voor het onderzoek op 20/10/2009. De toelating van het *medisch team* verkregen we op 16/10/2009. Vervolgens werd een aanvraag ter goedkeuring van de *Ethische Commissie van de Faculteit Rechtsgeleerdheid* aan de Universiteit Gent ingediend en ontvingen we een positief advies op 15/12/2009 (cf. Bijlage 1).

De uitvoering van het onderzoek gebeurde in de periode van februari tot april 2010. In eerste instantie selecteerden we in samenspraak met de criminologische dienst van het ziekenhuis potentiële cases op basis van de inhoudelijke selectiecriteria. Vervolgens werden de patiënten gevraagd om hun toestemming te verlenen en werd een *'informed consent'* formulier ondertekend (cf. Bijlage 2), waarbij het doel van het onderzoek werd uitgelegd. Hierna voerden we ter plaatse een dossieranalyse uit. Eenmaal deze afgerond, namen we een semi-structureerd interview af van de behandelende psychologen van onze geselecteerde patiënten. Tot slot namen we een meer open interview af van de patiënten zelf. De interviews werden steeds opgenomen met behulp van een dictafoon en duurden gemiddeld ongeveer driekwartier.

Vooropgestelde *interviews met de behandelende psychiater* konden niet worden uitgevoerd wegens tijdsgebrek. Deze interviews werden oorspronkelijk beoogd om bij te dragen aan de bronnentriangulatie, eigen aan het kwalitatief onderzoeksopzet. De visies van de behandelende psychiater zouden bijgevolg geconfronteerd kunnen worden met deze van de psycholoog. Onverenigbaarheden tussen beide visies zouden vervolgens een aangrijpingpunt kunnen worden voor verdere uitdieping van de case. Deze methode zou een bijkomende bescherming kunnen bieden voor het gevaar op ‘*confirmation bias*’, gezien iedere persoonlijke visie wordt beïnvloed door opleiding, persoonlijke ervaringen, etc. en bijgevolg nooit als objectief mag worden beschouwd (cf. Hoofdstuk V.5).

De *dossieranalyse* hebben we steeds uitgevoerd op het criminologisch dossier dat voor handen was op de criminologische dienst van het ziekenhuis. Deze dossiers bevatten steeds het gerechtelijk psychiatrisch expertiseverslag dat tot de internering van de patiënten leidde, een opnameverslag, een intern criminologisch verslag, een afschrift van het strafregister, processen verbaal over de interneringsdelicten en de schriftelijke neerslag van enkele risicotaxatie-instrumenten. Deze laatste zijn een aantal instrumenten die trachten een uitspraak te doen over recidive of gevaarlijkheid van de betrokken personen (Goethals, 2007). Het criminologisch dossier bevatte namelijk steeds een afname van de ‘*Historical, Clinical and Risk Management-20*’ (HCR-20; Douglas, Guy & Weir, 2006). Deze test werd ontworpen voor de meting van gewelddadig en antisociaal gedrag binnen delinquente en psychiatrische populaties en bevat 10 historische items, vijf klinische items en vijf risicohanteringsitems. Deze schaal blijkt betrouwbaar en valide te zijn als risicotaxatie (Douglas et al., 2006). Vaak bevatte het criminologisch dossier tevens een scoring van de ‘*Psychopathy Checklist-Revised*’ (PCL-R; Hare, 2003). Deze test is technisch gezien geen risicotaxatie-instrument, maar is wel het meest gebruikte diagnostisch instrument om psychopathie te meten en is op deze manier een vaak gehanteerde indirecte indicatie voor de kans op recidive (cf. Hoofdstuk III.3.B). Het is een klinische schaal bestaande uit 20 items, die worden gescoord op basis van een semi-structureerd interview en kennis omtrent het gerechtelijk dossier. Het bestaat uit twee centrale factoren, namelijk ‘agressieve, narcistische persoonlijkheid’ en ‘chronische antisociale levensstijl’. De cut-off drempel voor de PCL-R ligt op de score 30/40. Vanaf deze score wordt over kernpsychopathie gesproken en niet meer over psychopathische trekken of kenmerken. Dan is er tevens sprake van een hoog risico op recidive en een lage kans op rehabilitatie. Daarnaast waren in enkele criminologisch dossiers tevens psychiatrische

verslagen van voorgaande opnames in andere ziekenhuizen aanwezig. In sommige gevallen was tot slot de score van een intelligentietest voor handen.

We *analyseerden* deze documenten en instrumenten aan de hand van een *zelfontwikkelde 'topic list'*, die werd ontworpen voor de beantwoording van onze onderzoeksvragen (cf. Bijlage 3). Met behulp van deze topic list trachtten we de psychiatrische diagnose, het geweld en de risicofactoren voor geweld bij de cases schematisch in kaart te brengen. De inhoud van deze topic list baseerden we op de *bevindingen uit de literatuurstudie* (cf. Hoofdstuk III) en werd aangevuld met enkele *demografische factoren*. Daarnaast hebben we in deze topic list aandacht geschonken aan potentiële *beschermende factoren*, namelijk factoren die de kans op het gebruik van geweld bij deze patiënten verminderen. Dit betekent dat bij de datacodering sprake was van een *'etic' benadering*. De analyse van het onderzoeksmateriaal gebeurde namelijk op basis van een initiële lijst, afgeleid uit het vooropgestelde conceptuele kader. In de loop van het onderzoek hebben we deze lijst echter geoptimaliseerd door de toevoeging van enkele nieuwe factoren. Deze factoren kwamen tot stand bij de analyse van voorgaande cases. De toevoeging van de beschermende factoren is hier een voorbeeld van.

Het *semi-gestructureerd interview* dat we telkens afnamen van de behandelende psychologen bevatte steeds een lijst van zeven *vaste vragen* per case (cf. Bijlage 4). Hierbij hebben we de respectievelijke psychologen ingezet als kennisbron voor de beantwoording van beide onderzoeksvragen vanuit hun kennis over de patiënten en hun expertise in deze materie. Vooreerst vroegen we de psychologen de aanwezige agressie te beschrijven en te definiëren. Hierbij dienden zij tevens na te denken over mogelijke verschillen tussen de onderliggende agressie en de uiting hiervan in het gebruik van geweld en de geweldsdelicten. Vervolgens gingen we na welke factoren bij die specifieke case een invloed hebben op het geweld. Hierbij vestigden we de aandacht op zowel de verschillende aspecten van de psychotische stoornis alsook op andere factoren. Deze werden opgedeeld in andere psychopathologie, omgevingsfactoren en contextuele, externe factoren. Daarnaast vroegen we hen na te denken over mogelijke beschermende factoren en de algemene kans op geweldsrecidive in te schatten. Tot slot werd het model van Hodgins (2008) uitgelegd en gingen we na als de specifieke case in één of geen van deze typen kon worden ingedeeld en waarom. Het vast gedeelte, wat telkens gelijk was voor iedere case, werd aangevuld met een aantal *variabele vragen* per case. Deze betroffen voornamelijk onduidelijkheden, bijzonderheden of inconsistenties die bij de dossieranalyse werden opgemerkt. Bijvoorbeeld wanneer een conclusie uit een verslag inconsistent was met de scoring van enkele items uit de risicotaxatie.

Tot slot namen we een meer *open interview* af van alle geselecteerde patiënten. Hierbij vroegen we de patiënten telkens over zichzelf te vertellen, over hun jeugd en familiale achtergrond en wat hun visie was op de oorzaak van de internering. Indien de patiënten hiervoor open stonden, vroegen we hen tevens te vertellen rond het interneringsdelict en andere feiten die ze gepleegd hadden. Indien uit de dossieranalyse bleek dat een relatief ziekte-inzicht aanwezig was voor de psychotische elementen, onderzochten we telkens hoe ze de ziekte ervaren en wat volgens hen hiervan de invloed was op hun functioneren. Indien na de dossieranalyse en het interview met de psycholoog nog steeds onduidelijkheden bestonden, werd hierover verder doorgevraagd in het gesprek met de patiënt zelf.

Tot slot is in verband met de *rapportering van de onderzoeksresultaten* in samenspraak met de medewerkers van het ziekenhuis beslist om de cases op een gecensureerde wijze te presenteren als een meervoudige gevallenstudie. Dit betekent dat alle informatie die tot herkenning van de onderzochte patiënten zou kunnen leiden doelbewust is weggelaten om de anonimiteit te garanderen. Bijgevolg zal men nergens in deze tekst enige aanwijzing vinden naar specifieke plaatsen of data. Ook het ziekenhuis waar dit onderzoek werd afgenomen en de hierbij geconsulteerde personen worden niet bij naam genoemd. Dit alles heeft tot gevolg dat de presentatie van deze cases een vage indruk kan nalaten bij de lezer. Men moet er zich echter van bewust zijn dat dit een weloverwogen keuze was. Sommige details konden daarentegen niet worden weggelaten omdat ze van cruciaal belang zijn voor de beantwoording van de onderzoeksvragen.

5. Beperkingen van het onderzoek

Dit onderzoek wordt echter geconfronteerd met een aantal fundamentele *beperkingen* en restricties. Hieronder bespreken we de meest cruciale samen met hun respectievelijke *gevolgen*.

Ten eerste maakte deze meervoudige gevallenstudie gebruik van zowel inhoudelijke als pragmatische selectiecriteria, wat in een zwakker design resulteerde. De *selectiecriteria* vormden namelijk een belangrijke beperking. In deze studie werden enkel psychotisch patiënten betrokken die reeds een geweldsdelict hadden gepleegd en hiervoor werden geïnterneerd. De steekproef vormt dus een *klinische forensische sample*. Een beperking hierbij is dat de steekproef geen psychotische personen uit de algemene populatie bevatte, die

zich weten te handhaven in de maatschappij ongeacht de aanwezigheid van agressie. De geselecteerde individuen kunnen eerder geïmponeerd worden op de extreme uiteinden van het psychotische continuüm alsook op het geweldscontinuüm. Dit komt doordat ze reeds werden veroordeeld voor geweldsmisdrijven en de rechtbank oordeelde dat behandeling voor de psychiatrische problematiek noodzakelijk was. *Het is bijgevolg mogelijk dat bij deze specifieke forensische groep andere mechanismen werkzaam zijn dan bij de doorsnee psychoticus.* Daarnaast werd het onderzoek enkel uitgevoerd binnen één psychiatrisch forensisch ziekenhuis. Het is mogelijk dat deze setting een invloed heeft gehad op de onderzoeksbevindingen. Door inclusie- en exclusiecriteria die het ziekenhuis zelf hanteert, werden in dit onderzoek bijvoorbeeld geen patiënten opgenomen met een PCL-R score hoger dan 30, wat de resultaten kan beïnvloeden. Daarenboven was de selectie van de onderzoeksobjecten afhankelijk van hun *toestemming*. Het is denkbaar dat de beslissing tot deelname beïnvloed wordt door de onderliggende psychiatrische problematiek of door een aanwezige agressie en op deze manier de onderzoeksbevindingen heeft beïnvloed. Deze onderzoeksbevindingen zijn bijgevolg *moeilijk te generaliseren* naar de volledige psychotische populatie. Verder onderzoek is dus noodzakelijk waarbij deze pragmatische selectiecriteria minder invloed kunnen uitoefenen op de onderzoeksbevindingen.

De *generaliseerbaarheid* van de onderzoeksresultaten werd nog verder beperkt door de keuze voor een kwalitatief onderzoeksdesign. Een kwalitatief onderzoeksdesign stelt namelijk diepgang, detaillering en complexiteit centraal in plaats van een grootschalige aanpak die generalisering van de onderzoeksresultaten mogelijk maakt. Het huidige onderzoek bevat slechts negen onderzoeksobjecten. Deze *kleinschaligheid* beperkt de generaliseerbaarheid van de onderzoeksbevindingen over de empirische toetsing van de typologie van Hodgins (2008). De diepgang biedt echter heel wat mogelijkheden voor de onderzoeksvraag naar de onderliggende geweldsdynamieken.

Bovendien bevatte het gehanteerde kwalitatieve onderzoeksdesign *geen controlegroep* vanwege de specifieke doelstelling. Het doel van deze studie was namelijk gericht op het verwerven van inzicht in de specifieke geweldsmechanismen bij psychotische personen. Het was niet de bedoeling om een kwantitatieve studie uit te voeren over het relatieve risico op geweld bij psychotici ten opzichte van een controlegroep ten gevolge van verschillen in onderliggende risicofactoren. Een beperking hierbij is dat we niet kon controleren of de geweldsdynamieken specifiek zijn voor de psychotische populatie of tevens bij andere groepen voorkomen.

Gezien het beperkt tijdsbestek van deze studie konden we geen longitudinaal onderzoek opzetten. Het huidige onderzoek hanteerde echter een *retrospectief design*. Dit betekent dat we de aanwezigheid van geweld, psychiatrische stoornissen en andere risicofactoren niet hebben gemeten op het moment van het onderzoek, maar retrospectief hebben afgeleid uit het divers onderzoeksmateriaal. Zo hebben we de aanwezigheid van geweld bijvoorbeeld niet rechtstreeks gemeten aan de hand van gestandaardiseerde schalen, maar wel afgeleid uit veroordelingen voor geweldsmisdrijven uit het verleden. Uit de studie van Douglas et al. (2009) blijkt echter dat retrospectief versus prospectief design geen modererende variabele is voor de relatie tussen psychose en geweld.

De *kwalificerende of interpreterende* benadering van de gevallenstudie hangt hier onmiddellijk mee samen. Een belangrijke beperking van deze benadering is het gevaar op ‘*confirmation bias*’. Zo kan het onderzoeksmateriaal bijvoorbeeld worden geïnterpreteerd als evidentie voor de hypothese, terwijl disconfirmerende informatie wordt genegeerd. In ieder geval zijn de onderzoeksbevindingen steeds interpretatief en afhankelijk van de onderzoeker. Daarenboven werden de onderzoeksbevindingen wellicht beïnvloed door de visie van de geïnterviewde informanten. Een visie is namelijk nooit perfect objectief en wordt steeds beïnvloed door onder andere de setting, de persoonlijkheid, de opleiding en andere ervaringen van deze personen. Een gevolg hiervan is dat causaliteit tussen de risicofactoren en het geweld vanuit dit type onderzoek nooit kan worden bewezen. Er kan hoogstens een logische samenhang worden ontdekt, die tevens wordt beïnvloed en gestuurd vanuit het conceptueel kader. Het huidige onderzoek moet bijgevolg als *explorerend* worden beschouwd.

6. Steekproef: De negen cases

Tot slot volgt een korte voorstelling van de negen cases. Per case worden de meest opvallende en centrale eigenschappen opgesomd, waaronder achtereenvolgens geslacht, leeftijd, het interneringsdelict, de psychiatrische diagnose uit het gerechtelijk psychiatrisch expertiseverslag, de gerechtelijke voorgeschiedenis en indien aanwezig de psychiatrische voorgeschiedenis. Sommige van deze cases worden in het volgende hoofdstuk verder uitgediept ter illustratie van de belangrijkste onderzoeksbevindingen.

Case 1: Dries

Dries is een man van halfweg de dertig. Hij werd geïnterneerd nadat hij op heterdaad was betrapt bij een diefstal. Volgens het gerechtelijk psychiatrisch expertiseverslag dat tot deze internering leidde, is er bij Dries sprake van schizofrenie, heeft hij een antisociale persoonlijkheid en is er sprake van alcohol- en drugsmisbruik (heroïne en cannabis). Dries scoorde hoog op de test die psychopathie meet ($26 < PCL-R < 30$). Deze test werd afgenomen voor de interneringsuitspraak door de Psycho Sociale Dienst van de gevangenis waar Dries werd opgesloten vóór hij werd opgenomen in het ziekenhuis waar hij nu verblijft. Volgens het strafregister werd hij vóór zijn internering reeds verschillende malen veroordeeld voor opzettelijke slagen en verwondingen, illegaal wapenbezit en inbreuken op de drugswetgeving. Volgens het intern criminologisch verslag van het huidig behandelend ziekenhuis was Dries als minderjarige reeds vaak betrokken bij vechtpartijen en pesterijen op school. Hierdoor werd hij meerdere malen van school gestuurd en uiteindelijk geplaatst in een jeugdinstelling. Daar was opnieuw sprake van agressie en vandalisme. Vanaf zijn 16^{de} was hij betrokken bij hooliganisme.

Case 2: Glenn

Glenn is een man van begin de dertig. Hij werd geïnterneerd voor opzettelijke slagen en verwondingen ten opzichte van zijn stiefvader, poging doodslag ten opzichte van een ambulancier en weerspanning. Deze interneringsfeiten kaderen volgens het gerechtelijke psychiatrisch expertiseverslag binnen een collocatieprocedure waartegen Glenn zich verzette. Volgens dit expertiseverslag is er sprake van paranoïde schizofrenie. Glenn startte volgens het intern criminologisch verslag met het gebruik van cannabis op zijn 15^{de} en vanaf zijn 18^{de} was er alcohol- en drugsmisbruik (XTC en amfetamines). Glenn heeft geen eerdere veroordelingen, maar stond wel gekend bij de plaatselijke politiediensten wegens alcohol- en drugsmisbruik. Hij is wel verschillende malen gecolloqueerd. Zo werd hij op zijn 20^{ste} gedurende één jaar psychiatrisch opgenomen.

Case 3: Davy

Davy is een man van eind de twintig. Hij werd geïnterneerd voor brandstichting van een bewoond huis. Volgens de processen verbaal gaf hij zichzelf na de brandstichting vrijwillig aan en bekende de feiten. Davy wordt in het gerechtelijk psychiatrisch expertiseverslag gediagnosticeerd met een drugsgeïnduceerde psychose, zwakzinnigheid ($IQ < 80$) en antisociale persoonlijkheidstrekken. Vóór de internering misbruikte hij alcohol en amfetamines. Davy werd volgens het stafregister eerder reeds meerdere malen veroordeeld voor opzettelijke slagen en verwondingen, diefstallen met braak en woonstschennis en tenslotte voor poging tot moord een jaar vóór het interneringsdelict. Als minderjarige werd hij reeds onder toezicht geplaatst door de jeugdrechtbank wegens aanranding van de eerbaarheid en opzettelijke slagen en verwondingen.

Case 4: Eva

Eva is een vrouw van begin de veertig. Ze werd geïnterneerd wegens belaging (zes afzonderlijke feiten), opzettelijke slagen en verwondingen (acht afzonderlijke feiten) en weerspanningheid (vier afzonderlijke feiten) over een periode van twee jaar. Alle interneringsfeiten gebeurden onder invloed van alcohol en zijn volgens het expertiseverslag te kaderen binnen een conflictvolle lesbische partnerrelatie. Eva wordt in het gerechtelijk psychiatrisch expertiseverslag gediagnosticeerd met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis met paranoïde en psychotische kenmerken. In het ziekenhuis waar Eva nu wordt behandeld, lijken momenteel meer psychotische elementen aan de oppervlakte te komen. Hierdoor werd de aanwezigheid van een psychotische stoornis door de behandelende psychologen als een hypothese naar voor geschoven. Daarenboven is er volgens het expertiseverslag sprake van problematisch alcoholmisbruik. Eva werd volgens het strafregister eerder veroordeeld voor openbare dronkenschap, rijden onder invloed en opzettelijk vernielen van andermans roerende goederen. Na de scheiding van haar ouders, op haar 16^{de}, werd Eva door de jeugdrechtbank geplaatst in een jeugdinstelling na een ruzie met haar moeder. Eva werd als adolescente en als volwassene meermaals opgenomen in de psychiatrie. Deze opnames werden volgens het intern criminologisch verslag meestal tegen advies afgebroken.

Case 5: John

John is een man van eind de dertig. Hij werd geïnterneerd wegens opzettelijke slagen en verwondingen, valsheid in geschrifte en illegaal wapenbezit. Volgens het expertiseverslag kaderen de interneringsdelicten binnen een familieconflict en was John op het moment van de feiten onder invloed van drugs (cocaine). Uit de processen verbaal blijkt dat John na deze feiten zelf de politiediensten contacteerde omdat hij bang was voor zijn eigen gedrag en zich bedreigd voelde. John werd in het gerechtelijk psychiatrisch expertiseverslag gediagnosticeerd met een paranoïde schizofrenie, antisociale persoonlijkheidsstreken en drugsmisbruik (cocaine, amfetamines en XTC). Hij werd volgens het strafregister eerder veroordeeld voor autodiefstal, drugsbezit en –verkoop, verboden wapendracht en menige conflicten ten opzichte van zijn moeder. Agressief gedrag was volgens het intern criminologisch verslag reeds aanwezig op jonge leeftijd (< 12 jaar), wat blijkt uit politionele tussenkomsten bij vandalisme en problemen thuis en op school. Tijdens zijn interneringsperiode werd hij opnieuw opgesloten in de gevangenis, nadat hij een hulpverleenster bedreigde met een mes.

Case 6: Sam

Sam is een man van eind de twintig. Hij werd geïnterneerd wegens opzettelijke slagen en verwondingen. Op het moment van de feiten was hij volgens de processen verbaal onder invloed van alcohol. Sam werd in het gerechtelijk psychiatrisch expertiseverslag gediagnosticeerd met een paranoïde ingesteldheid en periodische psychotische verschijnselen. Volgens dit expertiseverslag is Sam tevens een polytoxicomaan (cannabis, cocaine, amfetamine, benzodiazepinen). Tijdens de huidige behandeling komen volgens de behandelende psychologen tevens meer antisociale

Hoofdstuk V. Methode van het kwalitatief empirisch onderzoek

persoonlijkheidstrekken aan de oppervlakte. Sam werd volgens het strafregister eerder reeds veroordeeld voor rijden onder invloed, onopzettelijke slagen en verwondingen, openbare dronkenschap en verkoop van verdovende middelen aan minderjarigen. Dit laatste delict is volgens Sam te kaderen binnen zijn bezigheden als drugsdealer in een lokaal drugsmilieu. Volgens het intern criminologisch verslag bedreigde hij zijn moeder met een mes na een ruzie over zijn drugsgebruik een jaar vóór het interneringsdelict. Uit het proces verbaal van het politieel verhoor van Sam's moeder bleek dat op jonge leeftijd reeds sprake was van agressie op school. Zijn drugsgebruik startte op zijn 14^{de}. Verder werd Sam tijdens de adolescentie twee maal opgenomen voor een overdosis. Als volwassene werd Sam verschillende malen psychiatrisch behandeld voor dubbeldiagnose (i.e. drugsmisbruik en psychose).

Case 7 : Luc

Luc is een man van begin de veertig. Hij werd geïnterneerd via artikel 21 (cf. Hoofdstuk V.3). In het gerechtelijk psychiatrisch expertiseverslag, die aan de internering vooraf ging, wordt bij Luc schizofrenie van het ongedifferentieerde type en alcoholmisbruik vastgesteld. In dit expertiseverslag wordt tevens gesproken over 'een toenemend paranoïde beeld met dreigende agressie'. Tijdens de huidige behandeling komt de waanvorming duidelijker op de voorgrond. Volgens de behandelende psychologen kan gesproken worden over een waan van het achtervolgings- en grootheidstype. Zijn intelligentie wordt door hen als laag beschouwd (IQ \approx 80). Deze IQ-test werd onlangs afgenomen door de psychologen van het ziekenhuis waar Luc nu verblijft. Luc werd volgens het strafregister vroeger reeds veroordeeld voor smaad ten opzichte van een ministerieel ambtenaar, verschillende diefstallen met braak en geweld en verschillende malen voor openbare dronkenschap en weerspanningheid. De diefstallen gebeurden volgens het intern criminologisch verslag steeds in groep en Luc was toen steeds nuchter. Het eerste agressief incident vond plaats op zijn 17^{de} nadat hij onder invloed vocht met een politieagent. Door de jeugdrechter werd hij vervolgens naar een beschutte werkplaats gestuurd.

Case 8: Pieter

Pieter is een jonge man van halverwege de twintig. Hij werd geïnterneerd wegens poging tot moord. In het gerechtelijk psychiatrisch expertiseverslag wordt een gestoord realiteitsbesef, wanen, paranoïde ideeën en hallucinaties vastgesteld. Antisociale persoonlijkheidskenmerken lijken tevens aanwezig te zijn, wat kan afgeleid worden uit de hoge score op de psychopathie-test ($26 < PCL-R < 30$). In het testverslag wordt dit door de testafnemers echter genuanceerd door te stellen dat de hoge score moet begrepen worden in het licht van de psychotische stoornis. Deze PCL-R werd afgenomen door de Psycho Sociale Dienst van de gevangenis ongeveer een half jaar voor de opname in het ziekenhuis waar Pieter nu verblijft. Vanaf zijn 14^{de} is er volgens het intern criminologisch verslag sprake van cannabisgebruik en sporadisch amfetamine en heroïne. Uit het strafregister blijkt dat Pieter als adolescent reeds onder toezicht werd geplaatst door de jeugdrechtbank wegens valsmunterij. Kort voor zijn internering werd Pieter twee maal gedwongen opgenomen, na een gezinsconflict, en eenmaal ging hij vrijwillig in behandeling. In de beschikbare psychiatrische verslagen van één de

Hoofdstuk V. Methode van het kwalitatief empirisch onderzoek

psychiatrische ziekenhuizen waar Pieter werd geïnterviewd, werd over schizofrenie gesproken en werden frequent agressieve uitbarstingen gerapporteerd.

Case 9: Manuel

Manuel is een man van eind de dertig. Hij werd geïnterneerd wegens opzettelijke slagen en verwondingen. Volgens de beschikbare processen verbaal stond Manuel ten tijde van het interneringsdelict onder het statuut van gedwongen opname, maar ontvluchtte het ziekenhuis. De feiten vonden plaats ten opzichte van hulpverleners die hem probeerden te overtuigen zich opnieuw te laten opnemen. Tijdens het interneringsdelict was Manuel volgens het intern criminologisch verslag bovendien onder invloed van cannabis en alcohol. Volgens het gerechtelijk psychiatrisch expertiseverslag vertoont Manuel borderlinepersoonlijkheidskenmerken. Daarenboven is hij volgens het expertiseverslag geregeld paranoïde. Vanaf zijn 16^{de} startte Manuel met het gebruik van cannabis. Hij liep hiervoor enkele veroordelingen op. Uit de PCL-R blijkt dat tevens psychopate persoonlijkheidskenmerken aanwezig zijn (PCL-R \approx 25). Deze test werd afgenomen tijdens een voorgaande psychiatrische opname (rond zijn 30^{ste}) door de psychologen van dat ziekenhuis. De psychiatrische diagnoses worden echter in vraag gesteld door de psychologen van het huidig behandelend ziekenhuis. Uit het strafregister blijkt dat Manuel vroeger reeds werd veroordeeld voor verschillende diefstallen met braak, verboden wapendracht, opzettelijke slagen en verwondingen, weerspanning, bezit van verboden middelen (cannabis) en verkrachting. Op zijn 16^{de} had Manuel voor het eerst contact met de politiediensten wegens vechtpartijen, maar verscheen volgens het intern criminologisch verslag nooit voor een jeugdrechter. Tijdens zijn volwassenheid werd Manuel verschillende malen psychiatrisch opgenomen.

Hoofdstuk VI. Resultaten

1. Inleiding

De literatuurstudie wijst op het feit dat er wellicht sprake is van een complexe relatie tussen psychose en geweld. Zo is de criminele psychotische populatie waarschijnlijk niet homogeen en vertonen bijgevolg niet alle psychotici dezelfde gewelddadige mechanismen. Het beperkt begrip van deze diversiteit vormde het vertrekpunt voor de *twee onderzoeksvragen* van het kwalitatief empirisch onderzoek. Ten eerste onderzochten we of de *heterogeniteit van de psychotische stoornis*, zoals voorgesteld volgens het model van Hodgins (2008), bij de onderzochte cases kon worden teruggevonden. Door de confrontatie van dit model met onze onderzoeksbevindingen hebben we getracht het model te toetsen op zijn praktische bruikbaarheid. Ten tweede onderzochten we de *complexiteit van de geweldsdynamieken*. Hierbij analyseerden we welke factoren een beter begrip bieden van het gewelddadig gedrag bij de onderzochte cases en wat dit vervolgens kan betekenen voor de theoretische modellen.

Hierna worden voor beide onderzoeksvragen in eerste instantie enkele *empirische onderzoeksresultaten* besproken. Vervolgens formuleren we telkens een conclusie onder de vorm van een *stelling*. Zowel de onderzoeksresultaten als de stelling worden telkens geïllustreerd aan de hand van concreet casusmateriaal.

2. Onderzoeksvraag 1: Empirische toetsing van de typologie van Hodgins (2008)

Om op de eerste onderzoeksvraag te kunnen antwoorden, bespreken we vooreerst welke van de onderzochte cases onder de verschillende types van het model van Hodgins (2008) (cf. Hoofdstuk IV.2) kunnen worden gepositioneerd. Daarna bespreken we de cases die we niet konden toewijzen aan deze typologie. Telkens beargumenteren we hierbij waarom de case niet aansluit bij de specifieke types. Vervolgens komen we tot een aantal gevolgen van deze onderzoeksgegevens voor het model van Hodgins (2008). Op basis van de analyse van onze cases formuleren we namelijk een alternatief voor het onderscheid tussen het tweede en het derde type van het model. Dit alternatief biedt ook een belangrijk voordeel die we tevens bespreken. Daarnaast confronteren we een a priori verwachting, afgeleid uit de psychoanalytische theorie, met de eigen onderzoeksbevindingen in verband met deze typologie. We formuleren tot slot een voorzichtige conclusie in verband met deze onderzoeksvraag. Deze conclusie noemen we een stelling en illustreren we aan de hand van empirisch onderzoeksmateriaal.

A. Type één: de vroege starters

Uit het empirisch onderzoek bleek dat vier onderzochte cases duidelijk onder type één van het model van Hodgins (2008), *'de vroege starters'*, konden worden ondergebracht. Namelijk Dries, Davy, John en Sam. Dit illustreren we aan de hand van het verhaal van Dries.

Bij *Dries* is er volgens de behandelende psycholoog sprake van een vroeg patroon van antisociaal gedrag dat consistent is doorheen zijn levensloop. Reeds in de vroege adolescentie gedroeg Dries zich agressief op school, waardoor hij vier maal van school werd gestuurd. Op zijn 14^{de} werd hij reeds in een jeugdinstelling geplaatst wegens agressief gedrag. In deze instelling was tevens sprake van agressief gedrag ten opzichte van andere jongeren en was hij betrokken bij verschillende vandalisme-incidenten. Vanaf zijn 16^{de} was Dries regelmatig dronken en behoorde hij tot de hooligans van een locale voetbalploeg. Er kan dus volgens de psycholoog zeker gesproken worden over een *gedragsstoornis op jonge leeftijd* (cf. Hoofdstuk III.3.C). Agressief en antisociaal gedrag was daarenboven reeds aanwezig nog *vóór de psychotische stoornis doorbrak*. Agressie uitte zich tevens in *meerdere contexten* en ten opzichte van *verschillende personen* zoals schoolgenoten, vriendinnen, ouders, vreemden op café, conflicten ten opzichte van werkgevers, etc. Daarenboven is er sprake van een *versatieve criminele carrière*. Dries werd namelijk veroordeeld voor onder andere slagen en verwondingen, verboden wapendracht, misbruiken ten opzichte van de drugswetgeving en diefstallen. Er kan dus gesproken worden over een *vroeg en stabiel patroon van antisociaal gedrag*. De psychotische stoornis brak volgens de behandelende psycholoog door rond zijn 18^{de}, wanneer Dries veel bezig was met zijn identiteit. In die periode leefde Dries in een kraakpand en begon hij zichzelf te beschouwen als een communist, een 'biker' die zich verzet tegen wat hij beschrijft als de kapitalistische consumptie-maatschappij. Volgens de psycholoog is bij Dries wel degelijk sprake van zowel *instrumenteel* als *impulsief* agressief gedrag (cf. Hoofdstuk III.4).

B. Type twee: de late starters

Drie van de onderzochte cases waren onder te brengen onder het tweede type van dit model, *'de late starters'*, namelijk Glenn, Eva en Luc. Het verschil met bovenstaande type illustreren we aan de hand van het verhaal van Glenn.

Bij *Glenn* is volgens de behandelende psycholoog *geen voorgeschiedenis van antisociaal gedrag* aanwezig *vóór* de doorbraak van de psychotische stoornis. Deze ontstond volgens de psycholoog in de late adolescentie. Hij beschikte *vóór* het interneringsdelict over een blanco strafregister, maar was wel gekend bij de politiediensten voor alcohol- en drugsmisbruik. Hij startte relatief vroeg met divers drugsgebruik, vanaf zijn 15^{de}. Glenn was volgens de psycholoog in zijn jeugd eerder een zonderling figuur die zich afzijdig hield en frustraties opkropte. Er kan dus *niet* gesproken worden over een *gedragsstoornis op jonge leeftijd* volgens de definitie van de DSM-IV. Agressief gedrag komt bij Glenn slechts tot uiting als hij zich in het nauw gedreven voelt, net zoals bij het interneringsdelict het geval was. Hij verzette zich tegen iedereen die hem wou opsluiten en hem niet met rust liet. Volgens

de psycholoog is steevast agressief gedrag te verwachten indien anderen hem bedreigen en als hij zijn vrijheid dreigt te verliezen. *Agressie is echter eerder uitzonderlijk en beperkt zich tot deze bedreigende situaties* (cf. TCO symptomatologie; Hoofdstuk III.2.A). Er is dus slechts sprake van *reactief, impulsief agressief* gedrag (cf. Hoofdstuk III.4). Collocaties zijn telkens gestart nadat Glenn bizar gedrag stelde, zoals de tuin omploegen, uit het niets renovatiewerken in het ouderlijk huis starten, etc. Hierna volgde dan telkens een conflict binnen het gezin.

C. De niet-toewijsbare gevallen

Uit de analyses bleek echter dat twee van de negen cases *moeilijk te positioneren* zijn binnen de typologie van Hodgins (2008), namelijk Pieter en Manuel.

Pieter valt moeilijk te positioneren binnen de typologie van Hodgins (2008). Volgens de behandelende psycholoog kan *niet* gesproken worden over een *gedragstoornis op jonge leeftijd*. Hij pleegde in zijn adolescentie wel degelijk twee maal valsmunterij, waarbij hij zelf gemaakt geld trachtte uit te geven. Dit kan beschouwd worden als instrumentele criminaliteit, vanwege het proactieve karakter en de nood aan planning. Daarnaast is er sprake van vroeg drugsgebruik, vanaf zijn 14^{de}. Verder zijn er weinig incidenten gekend, waardoor volgens de psycholoog niet kan worden gesproken over een gedragsstoornis. Dit vereist namelijk een consistent patroon van normoverschrijdend gedrag. Hierdoor valt Pieter wellicht *niet* onder *type één*, de vroege starters. Beide andere types vereisen echter de *afwezigheid* van een *voorgeschiedenis van antisociaal gedrag vóór* de start van de psychotische stoornis. Bij Pieter kunnen we niet stellen dat deze voorgeschiedenis volledig afwezig is. Ze is echter wel beperkt. Daarenboven wordt dus *geen consistent patroon van antisociaal gedrag* geobserveerd na de start van de psychotische stoornis, zoals verwacht kan worden op basis van *type twee*. De moordpoging en het agressief gedrag bij collocatie zijn de enige gekende feiten in de volwassenheid. Hierdoor zou het *derde type*, waarbij plots een ernstig delict wordt gepleegd, meer passend zijn dan het tweede type, de late starters. Volgens het model zou dit ernstig delict voorkomen op een *latere leeftijd* (eind de 30), maar komt bij Pieter voor op een tamelijk vroege leeftijd (halverwege de 20). Tot slot bestaat er *onduidelijkheid over de psychiatrische diagnose* bij Pieter (cf. Hoofdstuk VI.2.F). Volgens de psycholoog zijn telkens zowel argumenten pro als contra voor de verschillende diagnostische categorieën of types te formuleren. Hierdoor kan Pieter niet gemakkelijk in een diagnostische hokje ingedeeld worden.

Ook *Manuel* valt moeilijk in te delen in de typologie. Bij Manuel is volgens de behandelende psycholoog wel degelijk sprake van een *stabiel patroon van antisociaal gedrag*. Hierdoor kan *type drie* worden uitgesloten. De moeilijke positionering binnen de typologie heeft te maken met de *onduidelijkheid* over een al dan niet aanwezige *gedragsstoornis op jonge leeftijd*. Geweld en ander antisociaal gedrag zijn wel degelijk aanwezig, maar startte slechts vanaf de leeftijd van 16 jaar. Deze gedragsproblemen kunnen volgens de behandelende psycholoog mogelijks eerder worden geïnterpreteerd als een *passief-actief omkering* van een *herhaald kindertrauma*. Manuel werd namelijk opgevoed volgens strenge islamitische opvoedingsregels. Dit botste volgens Manuel met waarden en gebruiken uit de westerse wereld die hij aanleerde via school, vrienden, etc. Hij beschrijft

dan ook talrijke conflicten met zijn ouders doorheen zijn gehele jeugd. Dit escaleerde op zijn 16^{de} toen zijn vader als straf een touw rond de nek van Manuel knoopte en deze aantrok en hem vervolgens enkele dagen opsloot in de kelder. Manuel ontvluchtte het ouderlijk huis en leefde een tijd lang op straat. Volgens de psycholoog kan het stabiel antisociaal gedrag, dat vanaf zijn 16^{de} ontstond, gezien worden als een omkering van de passieve positie waarin Manuel als kind straffen onderging naar een actieve positie waarbij Manuel zelf geweld initieerde. Indien dit mechanisme aanwezig zou zijn geweest, kan volgens de psycholoog niet worden gesproken over een gedragsstoornis waarbij antisociaal gedrag ontstaat vanuit een onderliggende persoonlijkheid. Bovendien ontwikkelden deze problemen zich *niet* verder tot een *antisociale persoonlijkheidsstoornis*, zoals je zou verwachten bij *type één*. Antisociaal gedrag in de volwassenheid hangt ook niet noodzakelijk samen met de ontwikkeling van de psychotische stoornis, zoals verwacht kan worden bij *type twee* van het model.

D. Gevolgen voor het model van Hodgins (2008)

Het onderzoeksmateriaal en deze onderzoeksbevindingen lijken wel degelijk het bestaan van *type één*, de vroege starters, en *type twee*, de late starters, te ondersteunen. *Het onderscheid tussen type één en twee* lijkt vanuit deze bestudeerde cases bijgevolg nuttig. Het onderscheid is bovendien in staat opvallende verschillen tussen diverse psychotische patiënten en hun antisociaal gedrag op een gestructureerde wijze aan te duiden, zoals blijkt uit de beschrijving van bovenstaande cases. Dit empirisch onderzoek vereist echter *geen scherp onderscheid tussen type twee en drie*. Geen enkele van de onderzochte cases valt namelijk op een zuivere wijze onder het derde type (i.e. chronische schizofrenen die geen voorgeschiedenis zouden hebben van antisociaal gedrag, maar plots op latere leeftijd een ernstig levensdelict plegen). *De constructie van dit derde type als aparte categorie lijkt voor deze onderzochte cases eerder overbodig*. Het is echter mogelijk dat het niet terug vinden van het derde type bij deze onderzoeksobjecten te maken heeft met het feit dat we hier hebben gewerkt met een *klinische forensische sample* (cf. Hoofdstuk V.5). Meer onderzoek is dus noodzakelijk binnen een bredere psychotische populatie waarbij tevens psychotische individuen worden opgenomen die zich weten te handhaven in de maatschappij.

i. Alternatief voor het derde type

Als *alternatief* kan het derde type eventueel gezien worden als een verdere evolutie van de stoornis uit het tweede type. In tegenstelling tot bij het tweede type, zou bij het derde type wel degelijk *beschermende factoren* aanwezig kunnen zijn. Deze zouden de patiënt in staat kunnen stellen om de onderliggende agressie voor een geruime tijd te controleren. De agressie kan op een gegeven moment toch tot uiting komen indien de draaglast van deze progressieve ziekte uiteindelijk groter wordt dan de draagkracht van het individu, die vervolgens een

ernstig delict pleegt. Het tweede en derde type dienen volgens deze visie bijgevolg *niet* opgevat te worden als *kwalitatief onderscheiden typen*, maar zouden eerder verschillen op de al dan niet aanwezigheid van beschermende factoren. Het derde type zou bijgevolg kunnen beschouwd worden als een *speciaal geval van de late starters*. Dit illustreren we aan de hand van het verhaal van Glenn.

Zoals reeds vermeld, brak volgens de behandelende psycholoog de psychotische stoornis bij *Glenn* door ergens tijdens de late adolescentie. Het interneringsdelict, dat strafrechtelijk geassocieerd wordt als poging doodslag, vindt plaats als Glenn bijna dertig is. Daarvoor is slechts sprake van agressief gedrag bij gedwongen collocatieprocedures. Volgens de psycholoog is de intelligentie van Glenn een belangrijke *beschermende factor* voor het gebruik van geweld. Hierdoor zal Glenn, volgens de psycholoog, niet onmiddellijk reageren ten opzichte van uitdagende factoren, maar zal dit eerst cognitief verwerken. Glenn kropt zijn gevoelens echter op en kan hier niet over spreken in zijn onmiddellijke omgeving. Dit zorgt voor een spanningstijging die zich zou geuit hebben in de agressieve uitbarsting op het moment van het interneringsdelict. Volgens de psycholoog zou de beschermende intelligentie-factor bij Glenn kunnen verklaren waarom de agressie niet eerder tot uiting kwam. De dreigende collocatie was voor Glenn echter zo bedreigend dat hij er niet meer in slaagde zijn agressie te controleren. Het *verschil tussen het tweede en derde type* van het model lijkt bijgevolg slechts beperkt als we dit toepassen op deze case. Indien bij Glenn geen sprake zou zijn van agressie bij eerdere collocaties en hij nog enkele jaren ouder zou zijn op het moment van het interneringsdelict, zou Glenn tevens onder het derde type kunnen worden gecategoriseerd. Als we echter de *beschermende factor* intelligentie *in rekening brengen*, kunnen we begrijpen waarom agressie bij Glenn slechts op sommige momenten tot uiting komt. Bij Glenn is dus niet noodzakelijk sprake van een stabiel antisociaal gedragspatroon dat tot stand kwam na de ontwikkeling van de psychotische stoornis, zoals verwacht kan worden op basis van het tweede type. Agressie komt bij Glenn slechts voor wanneer de bedreiging zo groot is, dat hij er niet meer in slaagt ze te controleren op basis van de aanwezige beschermende factoren.

ii. Voordeel van het alternatief

Indien het tweede en derde type niet als aparte categorieën worden beschouwd, hoeft de *leeftijdgrens* tussen beide categorieën, zoals voorgesteld door het model, niet zo scherp gesteld te worden. Uit de analyse van het onderzoeksmateriaal blijkt dat het namelijk heel moeilijk is om de start van de stoornis aan te duiden aan de hand van een concrete leeftijd. Prodromen kunnen worden gezien als eigenaardig gedrag van een persoon die later een psychotische stoornis ontwikkelt en deze symptomen worden dan ook retrospectief geïnterpreteerd als voorlopers van de stoornis. Gezien het bij sommige personen met een schizofreen proces lang kan duren vooraleer de eerste duidelijke psychotische episode doorbreekt, is het bijgevolg heel moeilijk om de aanwezigheid van geweld al dan niet aan het

ontstaan van de psychotische stoornis toe te wijzen. Nochtans kan men stellen dat de stoornis reeds geruime tijd onderliggend aanwezig was. Dit illustreren we aan de hand van het verhaal van Luc.

Luc werd rond zijn veertigste geïnterneerd op basis van artikel 21. Dit betekent dat de psychiatrische stoornis pas duidelijk werd tijdens de detentieperiode. Aangezien bij *Luc* een schizofreen proces aanwezig is, zal deze stoornis volgens de behandelende psycholoog wellicht reeds eerder, maar minder prominent aanwezig zijn geweest. De eerste duidelijke psychotische episode brak echter pas door op late leeftijd, tijdens de detentieperiode. Volgens de psycholoog kunnen de psychiatrische problemen reeds eerder een invloed hebben gehad op de aanwezige agressie. Het is daarentegen moeilijk om de aanwezige agressie op een jongere leeftijd retrospectief toe te schrijven aan het schizofreen proces. Door de psycholoog wordt geredeneerd dat de aanwezige impulsieve agressie op jonge leeftijd wellicht beïnvloed kan zijn vanuit de onderliggende psychiatrische stoornis. *Luc* werd bij zijn grootouders opgevoed. Hun sterfte betekende voor hem een enorme klap. Dit heeft volgens de psycholoog een belangrijke invloed gehad op de aanwezige agressie op jonge leeftijd. Tijdens de volwassenheid was een tijd lang geen sprake van agressie. Het feit dat *Luc* een vrouw had waarmee hij een gezin stichtte, wordt door de psycholoog als een belangrijke *beschermde factor* aangeduid. Toen zijn vrouw hem echter verliet, viel deze structuur weg. In deze periode begon *Luc* opnieuw veel te drinken en liet hij zich door kompanen overtuigen om enkele overvallen te plegen. Het instrumenteel geweld die hij hierbij gebruikte, werd door de psycholoog geïnterpreteerd als opgestookt door de groepsdynamiek. Deze externe factoren (i.e. beïnvloeding door vrienden, het wegvallen van een structuur, dood van de grootouders, etc.) en de beschermende factor van het gezinsleven kunnen helpen begrijpen waarom geen stabiel patroon van antisociaal gedrag ontstond eenmaal de psychotische stoornis aanwezig was. Dit kan immers verwacht worden op basis van type twee van het model. Wanneer *aandacht wordt geschonken aan deze factoren*, is het begrijpelijk waarom agressie pas na een geruime periode ontstaat en slechts op sommige momenten aanwezig is. Bijgevolg is er *geen nood aan de arbitraire leeftijdsgrens tussen beide types*.

E. De psychoanalytische theorie en het model van Hodgins (2008)

Volgens de *psychoanalytische theorie* (cf. Hoofdstuk IV.6) kunnen we verwachten dat agressief gedrag bij patiënten met een *psychotische structuur* voornamelijk tot stand komt in een reactie op een gepercipieerde bedreiging afkomstig uit de eigen pathologie of van anderen (cf. TCO symptomatologie; Hoofdstuk III.2.A). Bijgevolg zouden we kunnen verwachten dat agressie bij personen met dergelijke psychotische structuur slechts ontstaat *na de doorbraak van de psychotische stoornis*. Daarenboven zou geweld bij deze patiënten *voornamelijk impulsief* en weinig instrumenteel zijn (cf. Hoofdstuk III.4), wat zich kan uiten in minder niet-gewelddadige misdrijven. We kunnen met andere woorden verwachten dat deze patiënten voornamelijk onder *type twee en drie* van het model van Hodgins (2008) zouden vallen.

De *eigen onderzoeksgegevens* liggen echter *niet in de lijn van deze verwachtingen*. Volgens de behandelende psychologen zouden *Dries, Glenn, Eva* en *John* voldoen aan een ‘psychotische structuur’. De andere cases hebben wel degelijk een psychotische stoornis, maar voldoen niet aan de structurele definitie van psychose volgens de psychoanalytische visie. Zoals hierboven reeds vermeld, zouden twee van deze vier cases onder type één van het model vallen, namelijk *Dries* en *John*. Bij deze onderzoeksgegevens komt de aanwezigheid van een psychotische structuur dus niet noodzakelijk overeen met type twee of drie van het model, zoals we op basis van het theoretische kader zouden kunnen verwachten. Bij de onderzochte cases kan met andere woorden *een psychotische structuur wel degelijk samengaan met een comorbide persoonlijkheidsstoornis* (cf. Hoofdstuk VI.2.F). Beide stoornissen kunnen vervolgens een invloed uitoefenen op de aard en hoeveelheid van het antisociale gedrag van de patiënt. Daarenboven kan bij de onderzochte cases met een *psychotische structuur tevens zowel impulsief als instrumenteel geweld voorkomen* (cf. Hoofdstuk VI.2.F).

F. De stelling

Tot slot komen we tot een voorzichtige conclusie in verband met de heterogeniteit die centraal staat bij de eerste onderzoeksvraag. De conclusie presenteren we als een *stelling*. Deze stelling lichten we eerst toe en illustreren we vervolgens aan de hand van een specifieke case.

“Het feit dat het soms heel moeilijk blijkt om gedrag in hokjes te plaatsen en toe te wijzen aan een enkele beïnvloedende factor, toont het belang van de holistische kijk op de cases en het belang van het interpreteren van de dynamiek achter het aanwezige geweld”.

Kwantitatieve studies meten bij een groot aantal personen het aanwezige geweld, de symptomen van de psychotische stoornis en de aanwezigheid van risicofactoren aan de hand van gevalideerde schalen. Vervolgens wordt via statistische methoden berekend als er een significant verschil bestaat in geweld tussen een groep met en een groep zonder de risicofactor. Indien er een significant verschil wordt gevonden, wordt die factor beschouwd als een factor die geassocieerd is met geweld bij psychotici. *Kwalitatief* onderzoek toont echter hoe moeilijk het soms is om een bepaald gedrag toe te wijzen aan een beïnvloedende factor. Dit kunnen we illustreren aan de hand van het verhaal van Pieter.

Zoals reeds vermeld, heerst heel wat *onduidelijkheid rond de psychiatrische diagnose* van Pieter. Ten tijde van het onderzoek staan *vele hypothesen* open en is het onmogelijk om het gedrag van Pieter toe

te wijzen aan een enkele beïnvloedende factor. Zo blijkt de differentiaaldiagnose tussen schizofrenie, psychopathie, sadisme en perversie bij Pieter heel wat moeilijkheden op te leveren. Het interneringsdelict van Pieter betrof het in brand steken van een persoon, nadat deze aan Pieter bekende een relatie te hebben gehad met een minderjarig meisje. Deze moordpoging kan volgens de psycholoog worden geïnterpreteerd als het affectloze, koele en berekende gedrag van een *psychopaat*. De hoge PCL-R score is hiervoor een argument. De moordpoging bevatte daarenboven enkele geplande elementen wat kenmerkend is voor agressie bij psychopaten, zoals de aanwezigheid van een brandversneller. Dit gedrag zou dan bijgevolg geïnterpreteerd kunnen worden als *instrumentele agressie* die vaak voorkomt bij psychopaten. Anderzijds kan de moordpoging evengoed gekaderd worden binnen het irrationele karakter van de *psychose*. Volgens de behandelende psycholoog beschouwt Pieter pedofilie als iets onrein en wil hierdoor niet ‘besmet’ worden. Het zichzelf willen zuiver houden van onreine elementen speelt een prominente rol in het verhaal van Pieter. Deze bizarre verhalen en de beschrijvingen van enkele psychotisch aandoende belevingen, kunnen volgens de psycholoog argumenten zijn voor de aanwezigheid van schizofrenie. De moordpoging zou dan te kaderen zijn als een act op basis van een waandenken, als ‘rationaliteit’ binnen het irrationele gedrag van een psychoticus (cf. Hoofdstuk II.3.C). Het interneringsdelict zou dan kunnen worden beschouwd als *medisch gerelateerd impulsief geweld* (cf. Hoofdstuk III.4). Daarentegen lijkt Pieter soms veel inzicht te hebben in zijn psychotische symptomen, wat twijfel doet rijzen over deze diagnose. Tot slot zou volgens de psycholoog een vreemde seksuele beleving aanwezig kunnen zijn bij Pieter. Uit observaties blijkt bijvoorbeeld dat Pieter heel wat genot en plezier beleeft aan het tekenen en bekijken van folterpraktijken. Dit leidde ertoe dat de *comorbiditeit met sadisme*¹⁷ of *perversie*¹⁸ tevens een hypothese werd. Deze comorbiditeit zou zich vervolgens ook geuit kunnen hebben in het interneringsdelict. Pieter bleef namelijk een tijd lang kijken naar hoe het slachtoffer in brand stond en zou nieuwsgierig zijn geweest naar het effect van deze verbranding. Dit zou volgens de psycholoog erop kunnen wijzen dat hij er ook genot zou aan beleefd hebben.

Deze case illustreert dus dat de betekenis die aan een bepaald gedrag wordt gegeven, helemaal anders kan zijn indien dit gedrag wordt toegewezen aan een andere beïnvloedende factor. De moordpoging wordt namelijk door een onderzoeker *geïnterpreteerd vanuit zijn hypothese* van een onderliggende psychiatrische stoornis. Als meerdere hypothesen aanwezig zijn, wordt het duidelijk dat hetzelfde gedrag een erg verschillende betekenis kan krijgen. Indien bij

¹⁷ Sadisme wordt door de DSM-IV beschouwd als een seksuele stoornis waarbij gedurende een periode van ten minste zes maanden recidiverende intense seksueel opwindende fantasieën, seksuele drang of gedragingen die handelingen (echte, niet gesimuleerde) met zich meebrengen waarbij de betrokkene opgewonden raakt door het psychisch en lichamelijk lijden (met inbreng van vernedering) van het slachtoffer (APA, 2002).

¹⁸ Perversie verwijst in de brede zin naar wat nu als ‘parafilie’ wordt beschreven, namelijk een verzamelnaam voor een groep van seksuele gedragingen of voorkeuren die algemeen als afwijkend worden beschouwd. In enge zin verwijst perversie echter naar de psychoanalytische invulling van een bepaalde psychiatrische structuur die naast de psychotische structuur zou bestaan (Verheaghe, 2003).

onderzoek enkel op zoek wordt gegaan naar gewelddadig gedrag bij psychotici, bestaat een kans dat andere hypothesen worden genegeerd. Andere factoren die een invloed kunnen hebben op het gedrag van de psychoticus kunnen dan ook niet worden ontdekt. Dit toont het belang van een holistische kijk op de onderzochte cases en toont het belang van het interpreteren van de dynamiek achter het geweld. Dit geldt ook voor kwantitatief onderzoek.

Deze case biedt tevens een illustratie voor de *stelling van Joyal et al. (2004)*. Deze stelt namelijk dat het soms onmogelijk is om uit te maken of het geweld is toe te schrijven aan de psychotische stoornis dan wel aan een comorbide stoornis (p.434). Men kan de verschillende beïnvloedende factoren dus moeilijk artificieel uit elkaar halen. Stel dat we er bijvoorbeeld vanuit gaan dat een comorbide persoonlijkheidsstoornis aanwezig is bij een bepaalde psychoticus. Deze veronderstelling kan vervolgens onze visie over de invloed van de psychotische stoornis op het aanwezige geweld beïnvloeden. Het is dus van belang om de psychoticus in zijn geheel te beschouwen en ervan bewust te zijn dat we zijn gedrag interpreteren vanuit onze eigen hypothese.

3. Onderzoeksvraag 2: Onderliggende geweldsdynamieken

Om een antwoord te kunnen formuleren op de tweede onderzoeksvraag hebben we de effecten van de relevante criminogene factoren bij de onderzochte cases geanalyseerd. Voor deze analyse consulteerden we diverse bronnen waaronder het gerechtelijk psychiatrisch expertiseverslag, interne criminologische en psychiatrische verslagen, de schriftelijke neerslag van risicotaxatie-instrumenten en tenslotte het interview met de behandelende psycholoog. Achtereenvolgens bespreken we de onderzoeksbevindingen in verband met de positieve symptomen, de negatieve symptomen, de directe en indirecte invloed van middelenmisbruik en de risicofactoren voorgesteld door het model van Hodgins (2008). Uit de literatuurstudie bleek namelijk dat deze factoren een belangrijke invloed kunnen hebben op het geweld bij psychotici. Vervolgens bespreken we de effecten van de beschermende factoren. Tot slot vatten we deze onderzoeksbevindingen samen in een voorzichtige conclusie over de complexiteit van de geweldsdynamieken bij de onderzochte cases. Deze conclusie noemen we opnieuw een stelling en illustreren we aan de hand van empirisch onderzoeksmateriaal.

A. Positieve psychotische symptomen

De geconsulteerde bronnen geven aan dat de aanwezigheid van *positieve psychotische symptomen* bij twee onderzochte cases, namelijk Davy en John, op een rechtstreekse manier hebben bijgedragen aan een geweldsdelict. Deze vaststelling biedt ondersteuning voor de hypothese dat wanen en hallucinaties in sommige omstandigheden wel degelijk in staat kunnen zijn om gewelddadig gedrag uit te lokken (cf. Hoofdstuk III.2.A).

Davy werd geïnterneerd voor brandstichting van een bewoond huis. Het interneringsdelict moet volgens het psychiatrisch expertiseverslag gekaderd worden binnen een *psychotische beleving*, waarbij hij zich *bedreigd voelde*. Uit de processen verbaal bleek dat Davy reeds vóór de brandstichting de politiediensten verwittigde. Ter plaatste vertelde Davy aan de politieagenten dat “zijn bovenbuur hem probeerde uit te drogen door middel van een laser”. De politieagenten stelden vast dat deze buur in werkelijkheid niet thuis bleek te zijn. Nadat de agenten weer waren vertrokken, bouwde Davy een toren van meubels die tot aan het plafond reikte en stak deze vervolgens in brand. Na de brandstichting ging Davy naar het politiecommissariaat en bekende vrijwillig de brandstichting. Ten tijde van dit interneringsdelict gebruikte Davy een hoge dosis amfetamine. De behandelende psycholoog bevestigde dat amfetamines psychotische episodes kunnen uitlokken.

John werd opnieuw opgesloten nadat hij een hulpverlener bedreigde met een mes. Volgens het expertiseverslag was deze agressieve daad ingegeven door *psychotische symptomen*. John zou op dat moment namelijk *stemmen* hebben gehoord die hem dit hebben bevolen. Volgens interne psychiatrische verslagen zijn agressieve uitbarstingen bij John voornamelijk te kaderen binnen het *psychotisch-impulsieve*. De psycholoog bevestigde dat hulpverleners vaak in zijn waansysteem en psychotische belevingen geïntegreerd worden. Deze kunnen voor hem ook heel erg bedreigend zijn.

B. Negatieve psychotische symptomen

Geen enkele geconsulteerde bron vond enige aantoonbare link tussen de aanwezigheid van *negatieve psychotische symptomen* en geweld bij de onderzochte cases (cf. Hoofdstuk III.2.C). Deze bevinding kan echter te maken hebben met het feit dat geen enkele van de onderzochte cases onder het derde type van het model van Hodgins (2008) vallen. Volgens de hypothese van het model zouden de negatieve symptomen van een langdurig psychotische ziekte, zoals affectvervlakking, namelijk de verklaring zijn voor het geweld bij dit derde type.

C. Middelenmisbruik

Bij alle onderzochte cases was *middelenmisbruik* (alcohol en/of drugs) aanwezig. Dit konden we afleiden uit de diagnose van ofwel het behandelende ziekenhuis of het gerechtelijk psychiatrisch expertiseverslag. Alle onderzochte patiënten bleken *geïntoxiceerd* te zijn op het

moment van het interneringsdelict of bij de meeste van de voorgaande geweldsdelicten. *Luc* is hier de enige uitzondering op. Hij bleek namelijk nuchter te zijn bij alle gepleegde inbraken. Tijdens de straatgevechten op jonge leeftijd was *Luc* echter wel onder invloed van alcohol.

Volgens de hypothesen van het model van Hodgins (2008) oefent middelenmisbruik bij *type twee* een rechtstreekse of indirecte invloed uit op de aanwezigheid van geweld (cf. Hoofdstuk IV.2). Bij *zes onderzochte cases* werd ofwel in het psychiatrisch verslag ofwel door de behandelende psycholoog gesteld dat de aanwezigheid van middelenmisbruik bij die case de kans op agressie *rechtstreeks* verhoogt. Dit was namelijk het geval bij *Dries, Eva, John, Luc, Pieter* en *Manuel*. Uit deze bronnen konden we dus afleiden dat indien deze patiënten middelen gebruiken er onmiddellijk een hogere kans op agressief gedrag ontstaat via de effecten van het middel. Bij *vijf cases* gaf de psycholoog daarenboven aan dat de kans op agressie bij de patiënt op een *indirecte manier* wordt verhoogd, doordat deze patiënt zich in een *drugsmilieu* bevindt. Dit was het geval bij *Dries, Glenn, Eva, John* en *Sam*. Bij het interneringsdelict van *Davy* is er sprake van een drugsgelateerde psychose. Hierdoor heeft middelenmisbruik wellicht ook een indirecte invloed gehad op de agressie. Volgens de geconsulteerde bronnen oefent middelenmisbruik bijgevolg bij alle onderzochte cases een invloed uit op de aanwezige agressie. Hieruit kunnen we besluiten dat de *directe en indirecte invloed van middelenmisbruik op geweld niet exclusief is voor het tweede type* van het model. Deze onderzoeksbevinding hebben mogelijks te maken met het feit dat we hier met een forensisch klinische sample hebben gewerkt. Hierdoor werden wellicht extreme cases geselecteerd (cf. Hoofdstuk V.5).

D. Risicofactoren uit het model van Hodgins (2008)

Volgens het model van Hodgins (2008) wordt bij het *eerste type*, de vroege starters, zowel een psychotische stoornis als een gedragsstoornis ontwikkeld. Beide afzonderlijke stoornissen worden, volgens de hypothese van het model, veroorzaakt door de aanwezigheid van *gemeenschappelijke risicofactoren* die *sociaal, genetisch of ontwikkelingsgerelateerd* kunnen zijn (cf. Hoofdstuk IV.2). Hodgins (2008) identificeerde volgende gemeenschappelijke risicofactoren: familiaal conflict, bepaalde opvoedingspatronen, fysisch misbruik, psychopathologie en criminaliteit bij de ouders. Bij *alle bestudeerde cases* vinden we in de onderzochte documenten of in het gesprek met de psycholoog minstens één van deze risicofactoren terug. Meestal is er daarenboven sprake van een *combinatie van verschillende risicofactoren*. *Dries* lijkt hier de enige uitzondering op te zijn.

Dries blijkt de enige onderzochte patiënt die afkomstig is uit een welstellende *familiale context* waarbij beide biologische ouders nog samen zijn. Toch zou *Dries* volgens de behandelende psycholoog streng zijn opgevoed, wat een *onmiddellijke link* lijkt te hebben met *de problemen*. Zoals reeds vermeld, zou *Dries* zichzelf bij de doorbraak van de psychose beschouwen als een communist. Hij zette zich hiermee af tegen de kapitalistische maatschappij en bijgevolg ook tegen zijn ouders. Zijn vader werkte namelijk in de financiële sector en symboliseerde voor *Dries* het kapitalisme. Tegelijkertijd kan de *familiale context* van *Dries* volgens de psycholoog beschouwd worden als een *beschermende factor* tegen het gebruik van geweld. Zijn ouders stonden namelijk altijd klaar voor opvang en financiële steun.

Opnieuw blijkt dat de aanwezigheid van deze risicofactoren *niet exclusief* is voor één specifiek type van het model. Dit komt omdat we een combinatie van deze risicofactoren tevens terugvinden bij patiënten die we onder het tweede type klasseerden en tevens bij degene die we niet konden indelen in één specifieke categorie. Deze onderzoeksbevinding kan echter opnieuw het gevolg zijn van het gebruik van een forensisch klinische sample.

E. Beschermende factoren

Zoals hierboven reeds aangegeven, bleek uit het de analyse van de documenten en de interviews met de psychologen dat bij sommige patiënten *beschermende factoren* aanwezig kunnen zijn. Hierdoor zou het geweld in zekere mate kunnen worden gecontroleerd. Deze vaststelling hebben we hiervoor reeds geïllustreerd aan de hand van het verhaal van Glenn en Luc.

Volgens de geconsulteerde bronnen was de structuur van het gezinsleven en de ondersteuning van zijn vrouw voor *Luc* een belangrijke beschermende factor tegen de aanwezigheid van geweld. Pas als deze structuur wegviel, verviel *Luc* terug in oude geweldspatronen.

De intelligentie en het feit dat *Glenn* in staat is om bedreigingen eerst cognitief te verwerken, stelde volgens de psycholoog hem voor een lange periode in staat zijn agressieve uitbarstingen te controleren. Wanneer deze bedreigingen echter veel intenser en directer worden, zoals bij een collocatie, ontstaat bij *Glenn* pas een agressieve uitbarsting.

Hieruit blijkt dat de aanwezige *risicofactoren niet noodzakelijk determinerend* zijn. Dit zijn slechts factoren die de kans op geweld kunnen verhogen, maar leiden niet automatisch tot agressief gedrag. Felthous (2008) publiceerde reeds een lijst met eigenschappen die de impact van de risicofactoren lijken te beïnvloeden. Deze factoren helpen verklaren waarom psychotische patiënten in sommige omstandigheden wel degelijk controle kunnen uitoefenen over hun agressief gedrag (cf. Hoofdstuk III.4). De aanwezigheid van *beschermende factoren*

kan tevens helpen verklaren waarom bij eenzelfde patiënt op het ene moment geen gewelddadig gedrag voorkomt en op het andere moment wel. Alsook waarom andere psychotische patiënten zich praktisch nooit gewelddadig gedragen. Beschermende factoren lijken dus een aanvulling te kunnen bieden op de lijst van Felthous (2008). *Het is dan ook aan te raden om naast risicofactorenonderzoek tevens aandacht te hebben voor de invloed van beschermende factoren om de relatie tussen psychose en geweld beter te begrijpen.*

F. De stelling

Tot slot vatten we onze bovenstaande onderzoeksbevindingen in verband met de complexiteit die centraal staat bij de tweede onderzoeksvraag samen in een voorzichtige conclusie. De conclusie formuleren we onder de vorm van een *tweede stelling*. Deze stelling lichten we eerst verder toe en illustreren we vervolgens aan de hand van een specifieke case. De stelling bevat daarenboven een belangrijke nuancering:

“De verschillende hypothetische geweldsdynamieken bij psychotische patiënten, afgeleid uit het model van Hodgins (2008), worden bij deze onderzoeksobjecten teruggevonden. Het is hierbij echter van belang om het onderscheid tussen instrumenteel en impulsief geweld, zoals voorgesteld door Felthous (2008), in acht te nemen en rekening te houden met de aanwezigheid van beschermende factoren.”

De *heterogeniteit* van de *psychotische stoornis* draagt wellicht bij tot de complexe relatie tussen psychose en geweld (cf. Hoofdstuk V.1). Zoals uit bovenstaande onderzoeksbevindingen blijkt (cf. Hoofdstuk VI.2), vinden we de heterogeniteit van de psychotische stoornis ook terug bij de onderzochte cases. Bij sommige cases leek het gewelddadig patroon inderdaad reeds aanwezig te zijn vóór de ontwikkeling van de psychotische stoornis, in tegenstelling tot bij andere cases. Uit de beschrijving van enkele van deze cases is voor de lezer wellicht duidelijk geworden dat deze heterogeniteit tevens andere *geweldsdynamieken* met zich meebrengt. Zo lijkt bijvoorbeeld het aanwezige geweld bij *Dries* erg verschillend te zijn van het geweld bij *Glenn*. De verschillende dynamieken en interacties van diverse risicofactoren, zoals voorgesteld door het model van Hodgins (2008), blijkt tevens aanwezig te zijn bij de onderzochte cases (cf. Hoofdstuk VI.3). *Het model biedt dus een beter begrip van de relatie tussen geweld en de psychose bij de onderzochte cases.*

De geweldsdynamieken, zoals voorgesteld op basis van het model, lijken na de bestudering van deze cases echter niet exclusief te zijn voor één specifiek type (cf. Hoofdstuk VI.3). De

relatie tussen psychose en geweld zou met andere woorden nog *complexer* kunnen zijn dan het model suggereert. Het in rekening brengen van de invloed van *beschermende factoren* en het onderscheid tussen *instrumenteel en impulsief geweld* kan in individuele cases wellicht een nog beter begrip bieden van de complexe psychose-geweld relatie. Zo zal de aanwezigheid van een gedragsstoornis, zoals bij type één, bij verdere evolutie tot een comorbide antisociale persoonlijkheidsstoornis wellicht leiden tot instrumenteel geweld. Dit sluit echter de aanwezigheid van impulsief geweld niet uit. Gelijkaardig zal een psychotische structuur wellicht geassocieerd zijn met impulsief geweld, maar dit sluit de aanwezigheid van instrumenteel geweld niet uit. Deze stelling kunnen we illustreren aan de hand van het verhaal van Dries.

Zoals hierboven reeds besproken, voldoet de psychotische stoornis bij *Dries* volgens de behandelende psycholoog aan de *structurele definitie van psychose* volgens de psychoanalytische visie. Bij *Dries* is tevens sprake van een gedragsstoornis op jonge leeftijd en zou sprake zijn van een comorbide antisociale persoonlijkheidsstoornis in de volwassenheid. Dit maakt dat *Dries* wellicht kan gecategoriseerd worden onder het eerste type, *de vroege starters*. Zoals reeds vermeld, is bij *Dries* sprake van geweld op zeer vroege leeftijd, in zeer diverse contexten en zijn zeer uiteenlopende vormen van criminaliteit aanwezig. Volgens de behandelende psycholoog is bij *Dries* zowel sprake van instrumenteel als impulsief geweld. Het *instrumentele geweld* heeft volgens de psycholoog te maken met het zich afzetten tegen de maatschappij en met de identificatie met het submilieu van ‘bikers’ en communisten. Dit geweld zou prominent aanwezig zijn en gevoed worden door de onderliggende persoonlijkheidsstoornis. Daarnaast zou tevens *impulsief geweld* aanwezig zijn, maar eerder uitzonderlijk zijn. Deze impulsieve agressie zou tot uiting komen in persoonlijke relaties, zoals bijvoorbeeld ten opzichte van zijn ouders. Deze agressie zou volgens de psycholoog ontstaan indien iemand een te grote bedreiging vormt voor de lege ‘alsof-identiteit’ die *Dries* heeft aangenomen. Hierdoor zou *Dries* geconfronteerd worden met een spanning waarmee hij geen blijf weet. Het uitageren van spanning, die het gevolg is van de confrontatie met een bedreiging, zou een typisch mechanisme zijn bij psychotische patiënten (cf. TCO symptomatologie; Hoofdstuk III.2.A). Ondanks dat het erg moeilijk is om beide mechanismen, van instrumenteel en impulsief geweld, artificieel uit elkaar te halen, biedt deze visie toch een bijkomend inzicht in de complexe relatie tussen de stoornis en het geweld bij deze patiënt. Daarenboven zou de intelligentie van *Dries* een belangrijke *beschermende factor* zijn tegen het gebruik van geweld. *Dries* leerde namelijk zijn frustraties in woorden om te zetten in plaats van deze in agressie uit te drukken. Zijn taalvaardigheid en intelligentie blijkt dus een stabiliserend effect te hebben. De bezorgdheid van zijn ouders en het feit dat hij altijd bij hen terecht kan, wordt volgens de psycholoog tevens geïnterpreteerd als een belangrijke beschermende factor. Deze beschermende factoren zouden ertoe kunnen leiden dat geweld in meerdere situaties kan worden gecontroleerd en uitblijft.

Hoofdstuk VII. Algemeen besluit

De concrete aard van de relatie tussen psychose en criminaliteit staat bij deze masterproef centraal. Dit sluit nauw aan bij de onderzoekstraditie van de *criminologische psychologie*. De beschrijving van de psychotische stoornis is doorgaans gebaseerd op de *definitie van de DSM-IV*. Heterogeniteit bij verschillende patiënten met dezelfde stoornis en comorbiditeit met andere stoornissen kunnen echter beïnvloed worden door de categoriale benadering van deze definitie. *Voorzichtigheid bij de interpretatie van onderzoeksgegevens is dus steeds geboden.*

In vergelijking met de algemene populatie komen bij psychotische patiënten voornamelijk meer *gewelddelicten* voor. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dan ook dat psychose een *middelmatige risicofactor* is voor geweld. Psychotische patiënten zullen daarentegen niet altijd gewelddadig reageren en bovendien is bij het merendeel van deze patiënten zelden geweld aanwezig. De relatie tussen psychose en geweld moeten we dus met de nodige voorzichtigheid benaderen omdat er nog meer vragen dan antwoorden bestaan over de mechanismen tussen beide. Heel wat factoren lijken op deze relatie namelijk een invloed te hebben. Zowel de *symptomen van de stoornis* als de *comorbiditeit met andere stoornissen* zou de kans op het geweld bij bepaalde psychotische patiënten kunnen vergroten. Deze criminogene factoren zijn echter noch een noodzakelijke noch een voldoende voorwaarde voor geweld en kunnen tevens elkaar onderling beïnvloeden. De relatie tussen psychose en geweld kan dus wellicht slechts verklaard worden door een *complexe interactie van verschillende beïnvloedende en criminogene factoren.*

Uit de *literatuurstudie* blijkt verder dat deze *complexe psychose-geweld relatie* beïnvloed wordt door de *heterogeniteit van de psychotische stoornis*. Comorbiditeit met andere stoornissen kan bijvoorbeeld de uitingsvorm van de psychotische stoornis beïnvloeden. Bovendien bestaan er bij deze patiënten wellicht diverse ontwikkelingspaden naar gewelddadig gedrag. Ook het geweld lijkt een *heterogeen verschijnsel* waarbij we een onderscheid kunnen maken tussen medisch gerelateerd, instrumenteel en impulsief geweld. Wellicht zijn er dus *diverse geweldsdynamieken* bij psychotische patiënten mogelijk. Er bestaat echter nog heel wat onzekerheid over hoe deze diversiteit zich precies uit en welke processen hierbij werkzaam zijn. De *typologie van Hodgins (2008)* biedt wel een theoretische invulling van de vastgestelde diversiteit, maar dit model is nog niet empirisch getoetst.

Vervolgens hebben we dan ook getracht de hypothesen van dit model te toetsen in een *kwalitatief empirisch onderzoek*. Hiermee pogen we een bescheiden bijdrage te leveren aan de

theorievorming over de relatie tussen psychose en geweld. We analyseerden namelijk de *heterogeniteit van de psychotische stoornis* en de *complexiteit van de geweldsdynamieken* bij een aantal geïnterneerde patiënten aan de hand van een meervoudige gevallenstudie. Deze studie situeerde zich dus op de grens tussen *theorieontwikkeland* en *theorietoetsend* onderzoek. Op basis van een aantal inhoudelijke en pragmatische criteria selecteerden we in eerste instantie enkele geïnterneerde psychotische patiënten die reeds een geweldsmisdrijf hadden gepleegd. Hier is dus sprake van een *forensische klinische sample* met een beperkt aantal onderzoeksobjecten. De *generaliseerbaarheid* van onze resultaten is bijgevolg beperkt en kan hoogstens als *explorerend* worden beschouwd. Op basis van een dossieranalyse van divers bronnenmateriaal en semi-gestructureerde interviews trachtten we vervolgens de psychiatrische diagnose, het geweld, de risicofactoren en de geweldsdynamieken bij deze patiënten te achterhalen en te classificeren. Daarna hebben we de onderzoeksresultaten van de onderzochte patiënten onderling met elkaar vergeleken en geconfronteerd met de hypothesen van het model. Op basis van deze analyse kwamen we tot volgende onderzoeksbevindingen.

Onze *onderzoeksbevindingen* lijken het bestaan van de *vroege starters* (i.e. patiënten met een patroon van antisociaal gedrag nog vóór het ontstaan van de psychose door de aanwezigheid van een gedragsstoornis op jonge leeftijd) en de *late starters* (i.e. patiënten met een stabiel patroon van antisociaal gedrag in de volwassenheid na het ontstaan van de psychose) van de typologie van Hodgins (2008) te ondersteunen. Het onderscheid tussen beide types was in staat opvallende verschillen bij de onderzochte psychotische patiënten op een gestructureerde wijze aan te duiden. Dit onderscheid bleek bijgevolg nuttig voor de verklaring van geweld bij deze patiënten. Het *derde type* (i.e. chronische schizofrenen zonder voorgeschiedenis van antisociaal gedrag die plots op latere leeftijd een ernstig misdrijf plegen) vonden we bij deze onderzoeksobjecten echter niet terug. Indien we dit derde type daarentegen als een subtype van de late starters beschouwen dan is de constructie van een apart type overbodig. De onderzoeksbevindingen lijken namelijk te suggereren dat het verschil tussen beide types verklaard kan worden vanuit de al dan niet aanwezigheid van *beschermende factoren*. Dit zou kunnen verklaren waarom we het derde type niet terugvonden in dit onderzoek. Andere verschillen tussen beide types die vanuit het empirisch onderzoek problematisch leken, zoals de *leeftijdsgrens*, hoeven dan ook niet zo scherp gesteld te worden. Het niet terug vinden van dit derde type kan echter het gevolg zijn van de forensisch klinische sample. Deze onderzoeksbevindingen dienen bijgevolg erg voorzichtig behandeld te worden. *Verder onderzoek* is dus zeker noodzakelijk om te bevestigen of de aanwezigheid van beschermende

factoren in staat is om het onderscheid tussen het tweede en het derde type te verklaren. Kwantitatief onderzoek lijkt hiervoor het meest geschikt omdat een grotere onderzoekssample tot meer generaliseerbare resultaten kan leiden.

Enkele onderzochte patiënten bleken echter moeilijk in de typologie van Hodgins (2008) te passen. De reden hiervoor was dat het gedrag van deze patiënten vanuit verschillende hypothesen een andere betekenis kon krijgen. Hierdoor werd het dan ook moeilijk om ze in een diagnostisch hokje te duwen. Dit bracht ons tot de *stelling* dat een holistische kijk op de onderzoeksobjecten van belang is en dat men er zich van bewust moet zijn dat gedrag (al dan niet gewelddadig) wordt geïnterpreteerd vanuit het referentiekader van de onderzoeker. Deze stelling heeft tevens weerslag op het kwantitatief onderzoek naar psychose en geweld.

In verband met de *gewelddynamieken* bij de onderzochte patiënten vonden we geen enkele aantoonbare link tussen de aanwezigheid van *negatieve psychotische symptomen* en geweld. Bij enkele patiënten leken de *positieve psychotische symptomen* daarentegen wel een directe link met geweld te vertonen. *Middelenmisbruik* leek bij alle onderzochte patiënten ofwel een directe link, via intoxicatie, ofwel een indirecte link, via het drugsmilieu, met het geweld te vertonen. Ook andere *sociale, genetische of ontwikkelingsgerelateerde risicofactoren* uit het model van Hodgins (2008) bleken bij de onderzochte patiënten aanwezig te zijn. Geen van deze risicofactoren bleek echter exclusief te zijn voor één specifiek type. Tot slot bleek de aanwezigheid van *beschermende factoren* sommige patiënten in staat te stellen de aanwezige agressie te controleren.

Concluderend kunnen we stellen dat we de gewelddynamieken uit het model van Hodgins (2008) bij de onderzochte patiënten konden terugvinden. Het lijkt nuttig om de aanwezigheid van *beschermende factoren* en het *onderscheid tussen instrumenteel en impulsief geweld* te integreren in het model van Hodgins (2008). Onze onderzoeksgegevens lijken er namelijk op te wijzen dat de relatie tussen psychose en geweld nog complexer is dan het model van Hodgins (2008) suggereert. Het in acht nemen van deze beide factoren leidde tot een beter begrip van het geweld bij de onderzochte psychotische patiënten. *Meer onderzoek* is dus noodzakelijk naar hoe de aanwezigheid van risicofactoren precies kan leiden tot geweld en of bepaalde gewelddynamieken specifiek kunnen zijn voor bepaalde types van psychotische patiënten. Een verdere ontwikkeling van de theorievorming rond psychose en geweld en meer kwalitatief onderzoek, die in tegenstelling tot ons onderzoek breder gaat dan de analyse van een enkele klinisch forensische sample, lijkt hiervoor dan ook aangewezen.

Referentielijst

- Abushua'leh, K., & Abu-Akel, A. (2006). Association of psychopathic traits and symptomatology with violence in patients with schizophrenia. *Psychiatry Research, 143*, 205-211.
- Alex, K. D., & Pehek, E. A. (2007). Pharmacologic mechanisms of serotonergic regulation of dopamine neurotransmission. *Pharmacology & Therapeutics, 113*, 296-320.
- American Psychiatric Association (2002). *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR* (2^{de} druk). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Appelbaum, P. S., Robbins, P. C., & Monahan, J. (2000). Violence and delusions : Data from the MacArthur Violence Risk Assessment Study. *American Journal of Psychiatry, 157*, 566-572.
- Barlow, K., Grenyer, B., & Ilkiw-Lavalle, O. (2000). Prevalence and precipitants of aggression in psychiatric inpatient units. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 34*, 967-974.
- Barrowcliff, A. L., & Haddock, G. (2006). The relationship between command hallucinations and factors of compliance: A critical review of the literature. *The Journal of Forensic Psychiatry and Psychology, 17*, 266-298.
- Baxter, R. (1997). Violence in schizophrenia and the syndrome of disorganisation. *Criminal Behaviour and Mental Health, 7*, 131-139.
- Bénézech, M. (2010). Folie où es-tu ? Libre dissertation critique sur la responsabilisation des psychotiques. *Annales Médico-Psychologiques, 168*, 48-56.
- Bjorkly, S. (2002a). Psychotic symptoms and violence toward others- a literature review of some preliminary findings. Part 1. Delusions. *Aggression and Violent Behaviour, 7*, 617-631.
- Bjorkly, S. (2002b). Psychotic symptoms and violence toward others- a literature review of some preliminary findings. Part 2. Hallucinations. *Aggression and Violent Behaviour, 7*, 605-615.
- Bonta, J., Law, M., & Hanson, K. (1998). The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 123*, 123-142.
- Bourget, D., & Whitehurst, L. (2007). Amnesia and crime. *The Journal of American Academy of Psychiatry and the Law, 35*, 469-480.

- Bull, R., Cooke, C., Hatcher, R., Woodhams, J., Bilby, C., & Grant, T. (2006). *Criminal psychology. A beginners guide*. Oxford: Oneworld.
- Casselmann, J., Cosyns, P., Goethals, J., Vandenbroucke, M., De Doncker, D., & Dillen, C. (1997). *Internering (Reeks Geestelijke Gezondheidszorg en Recht, nr. 2)*. Leuven: Garant.
- Chapman, L. J., Day, D., & Burstein, A. (1961). The process-reactive distinction and prognosis in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 133, 383-391.
- Coelho, N. B., Jochems, A. A. F., & Joosten, F. W. M. G. (2003). *Zakwoordenboek der geneeskunde* (27^{ste} druk). Doetinchem: Elsevier Gezondheidszorg.
- Cosyns, P. (2005). *Werkgroep Forensisch Psychiatrisch Zorgcircuit. Syntheseverlag mei 2005*. Geconsulteerd op 18/11/2009 op http://www.steunpunt.be/_steunpunt/Documents/www.steunpunt/Thema/Cosyns%20Rapport%20Internering.pdf
- Council of Europe (2006). *European Prison Rules*. Strasbourg: Council of Europe Publishing.
- Crombag, H. F. M. (1994). Law as a branch of applied-psychology. *Psychology crime and Law*, 1, 1-9.
- Dean, K., Walsh, E., Moran, P., Tyrer, P., Creed, F., Byford, S., Burns, T., Murray, R., & Fahy, T. (2006). Violence in woman with psychosis in the community: prospective study. *British Journal of Psychiatry*, 188, 264-270.
- Declercq, F. (2008). *Seksuele, geweld- en levensdelicten. Psychopathologie van daders* (1^{ste} druk). Leuven: Acco.
- Douglas, K. S., Guy, L. S., & Hart, S. D. (2009). Psychosis as a risk factor for violence to others: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 135, 679-706.
- Douglas, K. S., Guy, L. S., & Weir, J. (2006). *HCR-20 violence risk assessment scheme: Overview and annotated bibliography*. Burnaby, Canada: Department of Psychology, Simon Fraser University. Geconsulteerd op 17/03/2010 op <http://www.violence-risk.com/hcr20annotated.pdf>
- Erb, M., Hodgins, S., Freese, R., Müller-Isberner, R., & Jöckel, D. (2001). Homicide and schizophrenia: maybe treatment does have a preventive effect. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 11, 6-26.
- Eriksson, A., Tengström, A., & Hodgins, S. (2007). Typologies of alcohol use disorders among men with schizophrenic disorders. *Addictive Behaviors*, 32, 1146-1163.
- Erkiran, M., Ozünelan, H., Evren, C., Aytaçlar, S., Kirisci, L., & Tartler, R. (2006). Substance abuse amplifies the risk for violence in schizophrenia spectrum disorder. *Addictive Behaviors*, 31, 1797-1805.

- Fazel, S., & Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The Lancet*, *359*, 545-550.
- Fazel, S., & Grann, M. (2006). The population impact of severe mental illness on violent crime. *American Journal of Psychiatry*, *163*, 1397-1403.
- Fazel, S., Gulati, G., Linsell, L., Geddes, J. R., & Grann, M. (2009). Schizophrenia and violence: Systematic review and meta-analyses. *Plos Medicine*, *6*, 1-15.
- Felthous, A. R. (2008). Schizophrenia and impulsive aggression: A heuristic inquiry with forensic and clinical implications. *Behavioral Sciences and the Law*, *26*, 735-758.
- Fowles, D. C. (1992). Schizophrenia: diathesis-stress revisited. *Annual Review of Psychology*, *43*, 303-336.
- Freeman, D., Garety, P. A., Kuipers, E., Fowler, D., Bebbington, P. E., & Dunn, G. (2007). Acting on persecutory delusions: The importance of safety seeking. *Behaviour Research and Therapy*, *45*, 89-99.
- Fullam, R., & Dolan, M. (2006). The criminal and personality profile of patients with schizophrenia and comorbid psychopathic traits. *Personality and Individual Difference*, *40*, 1591-1602.
- Goethals, J. (2007). *Psychologie en delinquentie. Een inleiding in de criminologische psychologie*. Leuven: Acco.
- Grassi, L., Peron, L., Marangoni, C., Zanchi, P., & Vanni, A. (2001). Characteristics of violent behaviour in acute psychiatric in-patients: A 5-year Italian study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *95*, 318-323.
- Hare, R. D. (2003). *Manual for the Revised Psychopathy Checklist* (2nd ed.). Toronto, ON, Canada: Multi-Health Systems.
- Hersh, K., & Borum, R. (1998). Command hallucinations, compliance and risk assessment. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, *26*, 353-359.
- Hiday, V. A. (1997). Understanding the connection between mental illness and violence. *International Journal of Law and Psychiatry*, *20*, 399-417.
- Hillbrand, M. (2001). Homicide-suicide and other forms of co-occurring aggression against self and against others. *Professional Psychology: Research and Practice*, *32*, 626-636.
- Hodgins, S. (1992). Mental disorder, intellectual deficiency, and crime: Evidence from a birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, *49*, 476-483.
- Hodgins, S. (2008). Violent behaviour among people with schizophrenia: a framework for investigation of causes, and effective treatment, and prevention. *Philosophical Transactions of the Royal Society*, *363*, 2505-2518.

- Hodgins, S., Alderton, J., Cree, A., Aboud, A., & Mak, T. (2007). Aggressive behaviour, victimisation and crime among severely mentally ill patients requiring hospitalisation. *British Journal of Psychiatry*, *191*, 343-350.
- Hodgins, S., & Jonson, C-G. (2002). *Criminality and violence among the mentally disordered: the Stockholm Metropolitan Project* (1^{ste} druk). Cambridge: Cambridge University Press.
- Joyal, C. C., Gendron, C., & Côté, G. (2008). Nature and frequency of aggressive behaviours among long-term inpatients with schizophrenia: A 6 month report using the Modified Overt Aggression Scale. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *53*, 478-481.
- Joyal, C. C., Putkonen, A., Paavola, P., & Tühonen, J. (2004). Characteristics of homicidal acts committed by offenders with schizophrenia. *Psychological Medicine*, *34*, 433-442.
- Junginger, J. (1996). Psychosis and violence: The case for a content analysis of psychotic experience. *Schizophrenia Bulletin*, *22*, 91-103.
- Junginger, J. (2006). "Stereotypic" delusional offending. *Behavioral Sciences and the Law*, *24*, 295-311.
- Junginger, J., & McGuire, L. (2004). Psychotic motivation and the paradox of current research on serious mental illness and rates of violence. *Schizophrenia Bulletin*, *30*, 21-30.
- Kapardis, A. (1997). *Psychology and Law. A critical introduction*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Klassen, D., & O'Connor, W. A. (1988). Crime, inpatient admissions, and violence among male mental-patients. *International Journal of Law and Psychiatry*, *11*, 305-312.
- Lieberman, R. P., & Kopelowicz, A. (2002). Recovery from schizophrenia: A challenge for the 21st century. *International Review of Psychiatry*, *14*, 245-255.
- Lilienfeld, S. O., & Landfield, K. (2008). Science and pseudoscience in law enforcement: A user friendly primer. *Criminal Justice and Behaviour*, *35*, 1215-1230.
- Link, B. G., & Stueve, A. (1994). Psychotic symptoms and violent/illegal behaviour of mental patients compared to community controls. In Monohan, J., & Steadman, H. J. (Red.). *Violence and mental disorder: Developments in risk assessment* (pp. 137-159). Chicago: University Chicago Press.
- MacGrath, J., Saha, S., Chant, D., & Welham, J. (2008). Schizophrenia: A concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiologic Reviews*, *30*, 67-76.
- Maleval, J-C. (2003). Limitations and dangers of the DSMs. *L'évolution psychiatrique*, *68*, 39-61.

- Millon, T. (1996). The DSM-III: Some historical and substantive reflections. In Millon, T. (Red.). *Personality and psychopathology: building a clinical science selected papers of Theodore Millon* (pp. 139-166). New York: Wiley.
- Mizen, R. (2003). A contribution towards an analytic theory of violence. *Journal of Analytical Psychology, 48*, 285-305.
- Moffitt, T. E., & Caspi, A. (2001). Childhood predictors differentiate life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways among males and females. *Development and Psychopathology, 13*, 355-375.
- Monahan, J., & Steadman, H. J. (1983). *Mentally disordered offenders: perspectives from law and social science*. New York: Plenum Press.
- Monahan, J., Steadman, H. J., Silver, E., Appelbaum, P. S., Robbins, P. C., Mulvey, E. P., Roth, L. H., Grisso, T., & Banks, S. (2001). *Rethinking risk assessment: The MacArthur study of mental disorder and violence*. New York: Oxford University Press.
- Moran, P., & Hodgins, S. (2004). The correlates of comorbid antisocial personality disorder in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 30*, 791-802.
- Morrall, P. (2000). *Madness and murder* (1^{ste} druk). London: Whurr Publishers.
- Munkner, R., Haastrup, S., Joergensen, T., & Kramp, P. (2009). Registered criminality and sanctioning of schizophrenia patients. *Nordic Journal of Psychiatry, 63*, 485-492.
- Nijman, H., Cima, M., & Merckelbach, H. (2003). Nature and antecedents of psychotic patients' crime. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 14*, 542-553.
- Potvin, S., Joyal, C. C., Pelletier, J., & Stip, E. (2008). Contradictory cognitive capacities among substance-abusing patients with schizophrenia: A meta-analyse. *Schizophrenia Research, 100*, 242-251.
- Porcerelli, J. H., Cogan, R., Kamoo, R., & Leitman, S. (2004). Defense mechanisms and self-reported violence toward partners and strangers. *Journal of Personality Assessment, 82*, 317-320.
- Porporino, F. J., & Motiuk, L. L. (1995). The prison careers of mentally disordered offenders. *International Journal of Law and Psychiatry, 18*, 29-44.
- Putkonen, A., Kotilainen, I., Joyal, C. C., & Tühonen, J. (2004). Comorbid personality disorders and substance use disorders of mentally ill homicide offenders: A structured clinical study on dual and triple diagnoses. *Schizophrenia Bulletin, 30*, 59-72.

- Rabkin, J. G. (1979). Criminal behaviour of discharged mental patients: A critical appraisal of the research. *Psychological Bulletin*, 86, 1-27.
- RachBeisel, J., Scott, J., & Dixen, L. (1999). Co-occurring of severe mental illness and substance use disorders: A review of recent research. *Psychiatric Services*, 50, 1427-1434.
- Rasmussen, K., & Levander, S. (1996). Symptoms of personality characteristics of patients in a maximum security psychiatric unit. *International Journal of Law and Psychiatry*, 19, 27-37.
- Repo, E., Virkkunen, M., Rawlings, R., & Linnoila, M. (1997). Criminal and psychiatric histories of Finnish arsonists. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 318-323.
- Rosenfeld, B., & Harmon, R. (2002). Factors associated in violence in stalking and obsessional harassment cases. *Criminal Justice and Behavior*, 29, 671-691.
- Ryan, E. P., Hart, V. S., Messick, D. L., Aaron, J., & Burnette, M. (2004). A prospective study of assault against staff by youths in a state psychiatric hospital. *Psychiatric Services*, 55, 665-670.
- Schug, R. A., Raine, A., & Wilcox, R. R. (2007). Psychophysiological and behavioural characteristics of individuals comorbid for antisocial personality disorder and schizophrenia-spectrum personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 191, 408-414.
- Shawyer, F., Mackinnon, A., Farhall, J., Sims, E., Blaney, S., Yardley, P., Daly, M., Mullen, P., & Copolov, D. (2008). Acting on harmful command hallucinations in psychotic disorders. An integrative approach. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196, 390-398.
- Silverton, L. (1988). Crime and the schizophrenia spectrum: A diathesis-stress model. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 778, 72-81.
- Soyka, M., Graz, C., Bottlender, R., Dirschedl, P., & Schoech, H. (2007). Clinical correlates of later violence and criminal offences in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 94, 89-98.
- Stompe, T., Ortwein-Swoboda, G., & Schanda, H. (2004). Schizophrenia, delusional symptoms, and violence: The threat/control-override concept reexamined. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 31-44.
- Stueve, A., & Link, B. G. (1997). Violence and psychiatric disorders: Results from a epidemiological study of young adults in Israel. *Psychiatric Quarterly*, 68, 327-342.
- Swanson, J. W., Van Dorn, R. A., Swartz, M. S., Smith, A., Elbogen, E. B., & Monahan, J. (2008). Alternative pathways to violence in persons with schizophrenia: The role of childhood antisocial behavior problems. *Law and Human Behavior*, 32, 228-240.

- Taylor, P. J. (1985). Motives for offending among violent and psychotic man. *The British Journal of Psychiatry*, 147, 491-498.
- Taylor, P. J. (2006). Delusional disorder and delusions: Is there a risk of violence in social interactions about the core symptom? *Behavioral Sciences and the Law*, 24, 313-331.
- Taylor, P. J. (2008). Psychosis and violence: Stories, fears, and reality. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53, 647-659.
- Taylor, P. J., & Bragado-Jimenez, M. D. (2009). Women, psychosis and violence. *International Journal of Law and Psychiatry*, 32, 56-64.
- Tedeschi, J. T., & Felson, R. B. (1994). *Violence, aggression and coercive actions*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Teplin, L. A. (1985). The criminality of the mentally ill: A dangerous misconception. *American Journal of Psychiatry*, 142, 593-599.
- Teplin, L. A., McClelland, G. M., Abram, K. M., & Weiner, D. A. (2005). Crime victimization in adults with severe mental illness: Comparison with the National Crime Victimization Survey. *Archives of General Psychiatry*, 62, 911-921.
- Todts, S. (2009). Middelennmisbruik en psychiatrische aandoeningen in de gevangnissen. In Deans, T., Pletincx, P., Robert, L., Scheirs, V., van de Wiel, A., & Verpoest, K. (Red.). *Achter de tralies in België* (pp. 145-161). Gent: Academia Press.
- Vandamme, M.-J. (2009). Schizofrénie et violence : comorbidités et typologis. *Annales Médico-Psychologiques*, 167, 709-715.
- Van den Wyngaert, C. (2006). *Strafrecht, Strafprocesrecht & Internationaal Strafrecht* (6^{de} druk). Antwerpen-Apeldoorn, Maklu.
- van Oorsouw, K., Merckelbach, H., Ravelli, D., Nijman, H., Mekking-Pompen, I. (2004). Alcoholic blackout for criminally relevant behavior. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 32, 364-370.
- Van Os, J., Linscott, R. J., Myin-Germeys, I., Delespaul, P., & Krabbendam, L. (2008). A systematic review and meta-analysis of the psychotic continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine*, 39, 179-195.
- Verhaeghe, P. (2003). *Over normaliteit en andere afwijkingen. Handboek klinische psychodiagnostiek* (2^{de} druk). Leuven, Acco.
- Vermeulen, G. (2008). *Wetteksten strafrecht. Strafwetboek. Wetboek van strafvordering. Bijzondere wetten* (27^{ste} druk). Antwerpen-Appeldoorn, Maklu.

- Volavka, J., & Citrome, L. (2008). Heterogeneity of violence in schizophrenia and implications for long-term treatment. *International Journal of Clinical Practice*, *62*, 1237-1245.
- Wallace, C., Mullen, P. E., & Burgess, P. (2004). Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, *161*, 716-727.
- Wallace, C., Mullen, P. E., Burgess, P., Palmer, S., Ruschena, D., & Browne, C. (1998). Serious criminal offending and mental disorder. Case linkage study. *British Journal of Psychiatry*, *172*, 477-484.
- Walsh, E., Buchanan, A., & Fahy, T. (2002). Violence and schizophrenia: examining the evidence. *British Journal of Psychiatry*, *180*, 490-495.
- Wiers, W., & Engels, C. M. E. (2006). De ontwikkeling van middelenmisbruik en verslaving. In Prins, P., & Breat, C. (Red.). *Klinische Ontwikkelingspsychologie* (pp 1-39). Gent: Academia Press.
- Willemsen, J. (2008). Psychose en criminaliteit. In Declercq, F. (Red.). *Seksuele, geweld- en levensdelicten: Psychopathologie van daders* (pp. 199-233). Leuven: Acco.

Bijlage 1: Goedkeuring van de Ethische Commissie

Ethische commissie faculteit rechtsgeleerdheid

Verslag m.b.t. het onderzoeksdossier van Bregwin Vantieghem

8 april 2010

De leden:

Prof. Dr. Piet Taelman, voorzitter

Prof. Dr. Michel Tison

Prof. Dr. Tom Baltazar

Prof. Dr. Koen Raes

Situering:

Deze aanvraag gebeurt in het kader van het empirisch onderzoek dat Bregwin Vantieghem (master criminologische wetenschappen) voert in het kader van zijn masterproef criminologische wetenschappen.

De titel van de masterproef is : "Criminaliteit en psychose: een eenduidige of een complexe relatie", onder promoterschap van prof. dr. Tom Decorte.

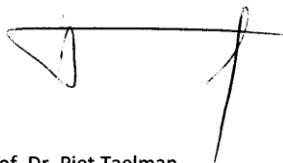
Specifiek wordt in de masterproef ingegaan op de huidige wetenschappelijke stand van zaken in verband met de relatie tussen psychose en criminaliteit. Een consistente bevinding in het wetenschappelijk onderzoek is dat er een verhoogde prevalentie van crimineel gedrag aanwezig is bij personen met een psychose. Het is echter niet geheel duidelijk welke factoren bijdragen aan deze verhoogde prevalentie. Wetenschappelijk onderzoek wees reeds op de potentiële invloed van wanen en hallucinaties, maar tevens blijkt het comorbide middelenmisbruik en een comorbide gedragstoornis een invloed te hebben op het criminele gedrag. Aan de hand van een kwalitatief empirisch onderzoek, meer specifiek een meervoudige case study, wordt op zoek gegaan naar deze en andere mogelijke beïnvloedende factoren, die een beter begrip kunnen bieden van deze relatie en een inzicht kunnen bieden in de relevantie voor de praktijk.

De te verwerken gegevens (zowel primaire als secundaire) worden bekomen via het forensische zorgcircuit van het [REDACTED]

Advies van de commissie:

De commissie adviseert gunstig.

De commissie adviseert echter om ook de toestemming te verkrijgen van (de ethische commissie van) het ziekenhuis waar de onderzochte patiënten verblijven of verbleven.



Prof. Dr. Piet Taelman

Voorzitter

Bijlage 2: Informed Consent formulier



FACULTEIT RECHTSGELEERDHEID

Informed consent

In het kader van mijn thesis aan de Universiteit Gent doe ik onderzoek naar factoren die een invloed hebben op het al dan niet plegen van strafbaar gestelde feiten. Hierbij ben ik op zoek naar proefpersonen die willen deelnemen aan het kwalitatief empirisch onderzoek. Hiermee wil ik een bijdrage leveren aan de wetenschappelijke kennis. Graag had ik u daarom gevraagd of u bereid zou zijn deel te nemen aan dit onderzoek. Gezien het vinden van geschikte proefpersonen niet gemakkelijk is, hoop ik op uw medewerking.

Ondergetekende,,

verklaart hierbij dat ik uit vrije wil mijn geïnformeerde toestemming verleen aan de onderzoeker ... Bregwin Vantieghem

voor het verwerken, bewaren en publiceren van de geanonimiseerde onderzoeksgegevens over mijn persoon. Deze onderzoeker stelde mij tevens op de hoogte van de procedure en het doel van het onderzoek. Geanonimiseerd betekent dat de identificatie of herkenning van de gegevens onmogelijk wordt gemaakt. Deze gegevens zullen enkel worden gebruikt in het kader van dit wetenschappelijk onderzoek en zullen dus enkel worden gebruikt voor wetenschappelijke doeleinden.

Ik ben er mij van bewust dat dit zowel gaat over onderzoeksgegevens rechtstreeks verkregen uit interviews als gegevens uit patiëntendossiers en gerechtelijke dossiers verkregen via het ziekenhuis. Ik ga akkoord met het feit dat de onderzoeker toegang krijgt tot deze informatie.

Ik neem hierbij tevens kennis van mijn rechten inzake de verwerking van mijn persoonsgegevens. Zo besef ik dat ik het recht heb op kennisgeving in verband met het onderzoek, het recht heb op inzage en eventuele verbetering, het recht heb om mezelf tegen elke verwerking te verzetten wegens een gegronde reden en het recht heb op een afschrift van de onderzochte gezondheidsgegevens. Ik kan mij richten tot de ondergetekende onderzoeker in verband met de uitoefening van deze rechten.

Ik ben ervan op de hoogte dat enkel de onderzoekers van deze empirische studie inzage hebben tot de persoonsgegevens. Indien het toch noodzakelijk zou blijken een derde inzage te verlenen tot deze gegevens, zal de onderzoeker eerst mijn toestemming afwachten.

Gelezen en goedgekeurd op (datum),

Voor akkoord,

..... (handtekening)

Proefpersoon

Voor akkoord,

.....

Onderzoeker

Bregwin.Vantieghem@ugent.be

Bijlage 3: Toppic list

| | | | |
|-------------------------------------|--|--|--|
| Demografische factoren | Geboortedatum | | |
| | Datum internering | | |
| | Opleiding / Arbeidsverleden | | |
| | Psychiatrische opnames | Wanneer? | Waarvoor? |
| | Jeugdinstellingen | | |
| Geweld | Delicten : Kwalificatie | Datum | Frequentie |
| Psychotische diagnose | Diagnose: Bv. Schizofrenie? Affectieve psychose? Middelengeïnduceerde psychose? | Subtype Schizofrenie? | Aanvang/Onset? |
| Comorbiditeit | Gedragstoornis | | |
| | Antisociale Persoonlijkeitsstoornis (APS) | | |
| | Psychopathie | | |
| | Middelenmisbruik | Product | Misbruik? Afhankelijk? |
| | Andere: Bv. Borderline PS, IQ: zwakzinnigheid, ADHD, etc. | | |
| Risicofactoren | Positieve symptomen tijdens de delicten/geweld | | |
| | Negatieve symptomen | | |
| | Intoxicatie tijdens delicten/geweld | | |
| | Antisociale attitudes/ criminele opvattingen | | |
| | Impulscontrolestoornis/ Lage frustratietolerantie | | |
| | Beperkte copingsvaardigheden | | |
| | Slachtofferempathie/Schuld & schaamte | | |
| | Ziekte-inzicht? Medicatie-inname? | | |
| Externe factoren | Bv. Escalerende ruzie? Geweld door slachtoffer? | | |
| Patiënt zelf slachtoffer | Slachtoffer van welk delict? | | |
| | Automutilatie/ Suïcidepogingen aanwezig? | | |
| Opvoeding/ Pathologie bij ouders | Bv. afwezigheid v. ouders, psychiatrische probl. bij ouders,middelenmisbruik | Opvoedingsstijl Bv. streng, verwaarlozing, ambivalent, etc. | Scheiding bij ouders? Problemen met stiefouders? |
| Relationeel leven | Partners? Hoeveel? Wie? | Kinderen? Hoeveel? Relatie? | |
| Beschermende factoren | Bv. intelligentie, verbaal vermogen, partner, kinderen, afkomst, etc. | | |
| Type Hodgins (2008) | Type 1, 2, 3 of Niet Van Toepassing | | |

Bijlage 4: Semi-gestructureerd interview behandelende psychologen

Semi-gestructureerd interview psychologen

In mijn masterproef voor de Universiteit Gent onderzoek ik de *relatie* tussen de aanwezigheid van *psychose* en *geweld*. Uit de wetenschappelijke literatuur blijkt dat wel degelijk een correlatie tussen beide factoren bestaat, maar dat de relatie complex is en de concrete aard van de relatie nog grotendeels is onbegrepen.

De bedoeling is dat ik aan de hand van een *meervoudige gevallenstudie* op zoek ga naar mogelijke mechanismen die een rol spelen bij de verhoogde prevalentie van geweld bij personen met een psychose. Hierbij test ik tevens een typologie die recent werd ontwikkeld.

In een eerste fase doe ik een analyse op de *criminologische dossiers* (gerechtelijk psychiatrisch expertiseverslag, strafregisters en PV's, HCR-20, PCL-r, interne verslagen,...) om vervolgens dieper in te gaan via *interviews* met de hulpverleners en de patiënten zelf.

Lijst vaste vragen per case

1. Hoe zou u als behandelende psycholoog de aanwezige agressie/geweld bij deze specifieke patiënt *omschrijven*?

(Bijvoorbeeld: hoofdzakelijk instrumenteel, reactief, impulsief, affectief,...).

Indien sprake is van *diverse vormen*, is er dan een *patroon* te vinden? Bij welke situaties is welk type agressie aanwezig?

Is deze agressie/geweld bij deze patiënt *prominent* aanwezig of eerder *uitzonderlijk*?

2. In uw professionele opinie: is er een *verschil* op te merken tussen de *onderliggende* agressie/geweld bij deze patiënt in interpersoonlijke contacten en de *gewelddelicten* die deze patiënt heeft gepleegd?

Indien wel, hoe zou u deze verschillen omschrijven?

Zou u deze delicten beschouwen als uitzonderlijk?

3. In uw professionele opinie: zou u stellen dat er *een rechtstreekse invloed* bestaat van de aanwezigheid van psychose op het geweld bij deze patiënt?

(Zoals bijvoorbeeld door de invloed van wanen, hallucinaties, angst en bedreiging die dit met zich meebrengt, paranoia en achterdocht, aantasting van cognitieve functies, negatieve symptomen zoals emotionele vervlakking, gebrekkige empathie, etc.)

Indien wel, *hoe* zou u deze invloed omschrijven?

Speelt deze invloed *enkel* een rol bij de gewelddelicten of ook in algemene interpersoonlijke contacten?

4. In uw professionele opinie: welke *andere factoren* spelen een rol bij de aanwezige agressie/geweld?

Hoe zijn volgens u deze factoren precies gelinkt aan de outcome van agressie?

Is deze invloed *verschillend* bij de geweldsdelicten enerzijds en bij de agressie in interpersoonlijke contacten anderzijds?

(Ter illustratie: Invloed van bijvoorbeeld:

- *andere psychopathologie, diagnoses:*

- middelenmisbruik; intoxicatie op het moment
- antisociale persoonlijkheidsstoornis; psychopathie
- lage frustratietolerantie, interne controle, impulsiviteit (vanwaar komt deze?)
- laag zelfbeeld, minderwaardigheidsgevoelens
- ziekte-inzicht (hoe gelinkt?)
- andere

- *Omgevingsfactoren* zoals

opvoedingsstijl, pathologie bij ouders, zelf slachtoffer, armoede, sociale controle, ... (hoe gelinkt?)

- *Contextuele, externe factoren* zoals uitlokking/provocatie, escalerende ruzie, stressvolle situaties, frustratie opgewekt bij anderen,...

- Andere)

5. Zijn bij deze patiënt *beschermende factoren* voor het gebruik van agressie/geweld aanwezig? Hoe zou u deze beschermende factoren omschrijven?

6. Hoe zou u de *algemene kans op geweldsrecidive* bij deze patiënt inschatten? Waarom? Wat zou nog moeten gebeuren om dit risico verder te reduceren?

7. Hodgins (2008) ontwikkelde een *typologie* met een indeling in 3 verschillende typen gewelddadige psychotische personen.

Het *eerste type* zijn vroege starters: reeds gedragsproblemen en antisociaal gedrag in de vroege adolescentie, sprake van CD als specifieke comorbide stoornis en ontwikkelen geleidelijk aan een psychotische stoornis.

Het *tweede type* hebben geen geschiedenis hebben van antisociaal gedrag, maar eenmaal de psychose (in de volwassenheid) tot uiting komt, ontstaat een patroon van zich herhalend antisociaal gedrag.

Een *derde type* zijn de chronische schizofrenen die geen voorgeschiedenis hebben van antisociaal gedrag en plots op latere leeftijd een ernstig delict plegen (zoals een moord(poging), meestal op een zorgdrager of een andere gekende persoon).

Zou u deze patiënt in één van deze categorieën indelen of past volgens u deze patiënt in meerdere of geen van deze categorieën? Waarom?