

Klinische les

Verpleegkundige zorg aan seksuele delinquenten: Een verkenning

Erik Harreveld

Dr. Henri van der Hoeven Kliniek, Utrecht

Samenvatting

Terbeschikkinggestelde seksueel gewelddadige delinquenten met persoonlijkheidsstoornissen zijn moeilijk te behandelen. In de Dr. Van der Hoeven Kliniek in Utrecht wordt deze patiëntencategorie, samen met andere patiëntencategorieën, behandeld in een sociotherapeutisch, multidisciplinair milieu. Binnen deze behandeling heeft de verpleegkundige in engere zin, een belangrijke rol. In dit artikel probeer ik te laten zien hoe ik als verpleegkundige professioneel heb proberen bij te dragen aan de behandeling en begeleiding van deze patiëntencategorie. In eerste instantie licht ik de behandelsetting, de behandel-filosofie en de patiëntencategorie toe. Vervolgens illustreer ik met een casestudy van een patiënt hoe de verpleegkundige zorg in de praktijk vorm krijgt. De centrale vraag in het artikel blijft hoe de groepsleiding om kan gaan met de hardnekkigheden en kwetsbaarheden van de patiënt die veroordeeld is tot zijn persoonlijkheidsstoornis(sen), en hoe relevante (gespreks)onderwerpen binnen de behandeling bij de patiënt kunnen komen te liggen.

Terbeschikkinggestelde seksuele delinquenten zijn moeilijk te behandelen: hun problematiek is complex en hun houding ten opzichte van de behandeling en de behandelaars bijzonder ambivalent.

Tijdens mijn afstudeerstage van de opleiding HBO-Verpleegkunde heb ik mij in de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek verdiept in deze problematiek. Ik heb relevante literatuur bestudeerd, en de dossiers van seksuele delinquenten op mijn afdeling grondig doorgenomen. In het bijzonder heb ik mij met één seksuele delinquent systematisch bezig gehouden. Als leidraad daarbij diende de vraag: hoe ga ik vanuit de verpleegkundige invalshoek met deze patiënt zo professioneel mogelijk om? In dit artikel beschrijf ik hoe dit proces is verlopen.

De context van mijn stage

De kliniek

De Dr. Henri van der Hoeven Kliniek is één van de dertien forensisch psychiatrische instituten in Nederland waar terbeschikkinggestelden binnen een justitieel kader worden behandeld. De patiënten worden binnen de kliniek in leefgroepen opgenomen en nemen van daaruit deel aan een scala van ontwikkelingsactiviteiten, zoals sport, psychotherapie, onderwijs, creatieve vakken en arbeidstraining. Het doel van het behandelingsprogramma is om de patiënten te stimuleren zich zo te ontwikkelen dat ze niet meer terugvallen in delictgedrag. In het totale behandelingsaanbod speelt de sociotherapie een belangrijke rol als toetsing van wat patiënten in het activiteitenprogramma geleerd hebben en als directe oefening van sociale omgang in een leefgroep.

In de leefgroep en in de kliniek als geheel worden de patiënten zo veel mogelijk aangesproken op het nemen van een verantwoordelijkheid voor zowel hun eigen gedrag als dat van anderen (Dankers & Van der Linden, 1995). Ze voeren op de leefgroep gezamenlijk het huishouden en beheren zelfstandig het budget. Ook dragen zij medeverantwoordelijkheid voor de veiligheid in de kliniek door medepatiënten voor wangedrag

Erik Harreveld, verpleegkundige, Dr. Henri van der Hoeven Kliniek te Utrecht. Willem Dreeslaan 2, 3515 GB Utrecht
Utrecht. E: erik_harreveld@hotmail.com
Met dank aan dhr. Daan van Beek, hoofd van de afdeling psychotherapie in de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek te Utrecht.

Ontvangen: 20 december 2004; Geaccepteerd: 26 september 2005.

te behoeden of hen daar op aan te spreken. In de leefgroep worden patiënten krachtig gestimuleerd zich sociaal aangepast te gedragen.

De patiënten

Persoonlijkheidsstoornissen

Tachtig procent van de patiënten hebben één of meerdere persoonlijkheidsstoornissen. De antisociale persoonlijkheidsstoornis komt het meest voor (33%), gevolgd door de borderline- (23%) en de narcistische persoonlijkheidsstoornis (15%). De patiënten hebben op grond van hun persoonlijkheidsstoornis disfunctionele 'overlevingstrategieën' ontwikkeld om hun vervormde manier waarmee ze naar zichzelf en naar anderen kijken in stand te houden, te bevestigen en/of te overcompenseren. Doordat dit al vroeg in hun sociaal-emotionele ontwikkeling heeft plaatsgevonden, is het hardnekkig en star van aard (Husmann, Van Beek & Oprel, 1999). De groepsbegeleiders hebben een zeer zware taak in één en dezelfde leefgroep professioneel om te gaan met de emotionele labiliteit van de borderline patiënt, de superieure en denigrerende houding van de narcistische patiënt en de gewetenloze en vaak onthechte houding van de antisociale (psychopathische) patiënt.

Delicten

De patiënten zijn ter beschikking omdat zij een ernstig delict hebben gepleegd waarvoor minimaal vier jaar gevangenisstraf is opgelegd. Bij terbeschikkinggestelden is in 98% van de gevallen sprake van geweldsdelicten, al dan niet met een seksuele of vermogenscomponent. Het gaat over gewelds- en levensdelicten zoals (pogingen tot) moord en doodslag, en mishandeling, over seksuele delicten als (pogingen tot) aanranding of verkrachting en ontucht, en brandstichting met gevaar voor personen (Hildebrand & De Ruiter, 1999). Bij ruim de helft van de delicten was het slachtoffer een bekende van de tbs-er. Bijna drie op de tien ter beschikkinggestelden heeft een seksueel delict gepleegd (Van Beek & De Ruiter, 2003).

De inhoud van mijn stage

Tijdens mijn stage op de leefgroep raakte ik geïnteresseerd in de seksuele delinquenten in de groep. De redenen daarvoor waren dat ik hen in vergelijking met de andere patiënten heel moeilijke mensen vond om mee om te gaan. Sterker nog dan bij andere patiënten ervoer ik in de omgang met hen sterke negatieve gevoelens van onmacht, woede en angst. Vooral de gedachte-kronkels waarmee zij hun gedrag rechtvaardigden waren voor mij soms nauwelijks invoelbaar. Dit gaf mij de motivatie om mij meer in deze materie te verdie-

pen; deze verdieping kon mij helpen om meer (emotionele) afstand te krijgen en daardoor vrijer en professioneler te worden in de omgang met deze patiënten. Het gaf mij bovendien de mogelijkheid om vanuit mijn eigen verpleegkundige professie mijn kennis en vaardigheden te vergroten.

In de kliniek heeft een psycholoog onderzoek gedaan onder verkrachters en op basis daarvan drie delictscenarioprofielen beschreven (Van Beek, 1999). Het eerst profiel kenmerkt zich primair door psychoseksuele problematiek, een negatief zelfbeeld en beperkte sociale vaardigheden. In het tweede profiel staat een problematische emotieregulatie centraal en een conflictueuze relatie tot vrouwen. In het laatste profiel overheerst een antisociale levenshouding en een gebrek aan empathie. Bij elk der profielen wordt de groepsbegeleider wederom voor specifieke omgangsproblemen gesteld: bij de patiënt met een seksualiserend profiel is het vaak een probleem hoe bij de patiënt toegang te krijgen tot zijn (deviante) seksuele belevingswereld, bij de patiënt met een wraakzuchtig profiel is het met name voor de vrouwelijke groepsbegeleiders bijzonder moeilijk om geen slachtoffer te worden van de gegeneraliseerde vrouwonvriendelijke houding van deze patiënten. Bij de patiënten met een antisociaal profiel zijn de omgangsproblemen overeenkomstig met die van de antisociale/psychopathische persoonlijkheidsgestoorte patiënt met daaraan toegevoegd een dreigend seksueel grensoverschrijdend element.

Voor de verpleegkundig geschoolde groepsleider ligt er een eigen professionele taak om tussen al deze omgangsproblemen de patiënt dusdanig te begeleiden dat deze zich, soms ondanks zichzelf, kan ontwikkelen. Om te laten zien hoe dat vanuit een eigen beroepsprofessionaliteit gestalte kan krijgen, staan we nader stil hoe dit proces handen en voeten heeft gekregen in de behandeling van patiënt E.

Patiënt E. is een seksuele delinquent die in de omgang met zijn medepatiënten en zijn groepsbegeleiders herhaaldelijk vastloopt en zijn begeleiders tot wanhoop brengt. Ik beschrijf eerst zijn voorgeschiedenis en dan hoe het verpleegplan is opgezet. Centrale vraag is: hoe ga ik als verpleegkundige professioneel op de leefgroep met deze patiënt om?

De voorgeschiedenis van patiënt E

Over de baby- en peutertijd van de patiënt zijn weinig bijzonderheden bekend. Tot in de eerste klas van de lagere school poept hij overdag nog in zijn broek. Nadat moeder hem een keer de poep in zijn gezicht smeert, stopt hij daarmee. Patiënt wordt tijdens zijn lagere schoolperiode seksueel misbruikt door zijn broer.

Patiënt gaat naar de LTS. Hij spijbelt regelmatig en

gedraagt zich op straat baldadig. Patiënt, die zich het zwarte schaap voelt, houdt zich nauwelijks meer aan de huisregels. Hij zoekt aansluiting bij criminele jongeren. Patiënt wordt van school verwijderd omdat hij zich schuldig heeft gemaakt aan diefstal en heling. Hij vindt een baan als leerling-lasser. In die tijd pleegt hij voor de eerste keer schennis van de eerbaarheid. Patiënt verklaart dat hij tegen een garage bij een flat stond te plassen toen er iemand van boven riep of hij dat thuis ook deed. Als reactie zou hij geëxhibitioneerd hebben. De zaak wordt geseponeerd.

Patiënt krijgt zijn eerste veroordeling wegens diefstal en heling. Op zijn zestiende heeft hij voor het eerst seksueel contact. In het voorjaar van dat jaar verblijft patiënt drie maanden in een huis van bewaring, omdat hij samen met een vriend op gewelddadige wijze geld heeft afgeperst van een homoseksuele man. Hij zoekt vooral naar sterke, spannende prikkels. Een ander aspect wat opvalt is zijn façade van onafhankelijkheid en zelfverzekerdheid.

Vanaf zijn achttiende jaar gebruikt patiënt dagelijks hasj en wiet en in het weekend harddrugs en alcohol. Patiënt wordt wederom gearresteerd. Het gaat om afpersingen van homoseksuele mannen en om verdenking van exhibitionisme. Patiënt zegt niet te begrijpen waarom hij seksuele delicten pleegt. Wanneer hij een vrouw op straat ziet, komt de drang opeens en kan hij er geen weerstand aan bieden. Patiënt heeft een aantal kortdurende relaties, waarin hij wel eens gewelddadig is.

Patiënt krijgt verkering met de 19-jarige Wilma. Als patiënt ruzie heeft met Wilma stapt hij meestal in zijn auto en reageert de spanning af met exhibitioneren. Zij beëindigt de relatie als hij haar slaat. Patiënt is diep gekrenkt, maar doet het voorkomen alsof hij haar de deur uit heeft gezet. Hij heeft schulden en vereenzaamt. Hij verkracht een vrouw en sluit haar daarna op in de kofferbak van de auto. Onder verdenking van verkrachting, vrijheidsberoving en bedreiging tegen het leven gaat patiënt voor onderzoek naar het Pieter Baan Centrum. Tijdens het psychologisch onderzoek vertelt hij dat hij over gevoelens van verlegenheid bij vrouwen en dat hij geen initiatief durft te nemen naar vrouwen. Hij ervaart vrouwen als machtig, want zij bepalen in zijn ogen hoe het contact verloopt. Patiënt kan/wil nauwelijks over het seksuele en agressieve aspect van zijn delicten spreken. Uit de persoonlijkheidstests komt hij naar voren als een passief afhankelijke man, die veel behoefte heeft aan steun, geborgenheid en waardering van zijn omgeving. Zijn exhibitionisme ziet hij als een drang, hij zegt er weinig gevoel bij te hebben, hooguit een gevoel van onmacht. Hij zegt er ook geen seksuele fantasieën bij te hebben. Het Pieter Baan Cen-

trum adviseert geen terbeschikkingstelling op te leggen.

Na zijn straftijd betreft hij een flat. Patiënt voelt zich eenzaam en zwerft door de stad. Onder invloed van drugs toont hij zijn geslachtsdeel aan een passerend jong meisje. Als zij hard gaat gillen, gooit hij haar op de grond. Als er iemand aankomt, slaat hij op de vlucht. Een paar uur later overvalt hij een vrouw en verkracht haar. Na haar gedwongen te hebben hem geld te geven, laat hij haar gaan en vertrekt naar huis. Daar wordt hij dezelfde dag nog gearresteerd.

Patiënt wordt veroordeeld tot TBS en opgenomen in de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek. Patiënt straalt vooral een imago uit van ongeïnteresseerdheid en passiviteit, afgewisseld door cynische humor. Hij vertoont zeer matige introspectieve, relationele en empathische vermogens en ook zijn gewetensfuncties en sociale vaardigheden lijken gebrekkig. Hij beschikt over een goede intelligentie (IQ 125) en een goede handvaardigheid.

Verpleegkundige zorg aan patiënt E.

Vanuit de voorgeschiedenis, de psychodiagnostiek en de eerste indrukken tijdens de observatieperiode in de kliniek komt patiënt E. naar voren als iemand bij wie de persoonlijkheidsproblematiek antisociale, narcistische, passief agressieve en ontwijkende elementen heeft. Zijn delictscenarioprofiel laat zowel een antisociale levenshouding, psychoseksuele problematiek als problemen met de emotieregulatie zien. Elk van de beschreven persoonlijkheidsproblemen en kenmerken van zijn delictscenarioprofiel stelt aan de verpleegkundige verschillende eisen met betrekking tot de professionele zorg. Dit betekent dat de verpleegkundige vanuit zijn professionaliteit de verpleegkundige interventies plant, deze interventies afstemt op de problematiek die de patiënt vertoont in het dagelijks leven, en de verpleegkundige zorg coordineert. Er wordt hiervoor een beroep gedaan op de verpleegkundige kerncompetenties op het hoogste functieniveau (Hogeschool van Utrecht, Afdeling verpleegkunde, 2001).

De opzet van het verpleegplan

Om de problemen en mogelijkheden van patiënt E. - volgens het verpleegkundig jargon nader genoemd als de heer E.- professioneel te clusteren, maakte ik gebruik van de anamnestiche systematiek van de functionele gezondheidspatronen (FHP) volgens Gordon, (1997). 'De gezondheidspatronen zijn volgens Gordon op te vatten als een beschrijving van de krachten en mogelijkheden van de verpleegde, en de disfunctionele patronen die leiden tot de verpleegkundige diagnoses' (Stevens, 1996). 'De disfunctionele patronen kunnen

als gevolg van ziekte optreden; omgekeerd kunnen deze disfunctionele patronen leiden tot een ziekte' (Gordon, 1997-1998).

In het geval van de heer E. zijn de disfunctionele gezondheidspatronen terug te voeren op negen 'probleemgebieden' in zijn behandeling en begeleiding: (1) therapietrouw, (2) passiviteit, (3) communicatie, (4) spanningsregulatie (5) financiën, (6) negatief zelfbeeld, (7) seksuele deviatie, (8) verslaving, en (9) risico op agressie.

Voor elk probleemgebied selecteerde ik vervolgens de belangrijkste verpleegkundige diagnoses en verpleegkundige interventies. 'Een verpleegkundige diagnose is een klinische uitspraak over de reacties van een persoon, gezin of groep over feitelijke of dreigende gezondheidsproblemen en/of levensprocessen. Deze diagnose is de grondslag voor de keuze van de verpleegkundige interventies' (Gordon, 1997-1998). Voor een duidelijke formulering en structurering van de verpleegkundige diagnoses maak ik gebruik van de PES-structuur (Probleem-Etiologie-Symptoom) van Townsend (1989). Deze structuur heeft als doel om een volledige verpleegkundige diagnose te formuleren op basis van de gegevens binnen het betreffende gezondheidspatroon. 'Bij de meeste diagnoses die een subjectief ervaren toestand beschrijven, staan behalve de observaties van de verpleegkundige ook verbale uitingen van de patiënt als diagnostische aanwijzing centraal' (Gordon, 1997-1998).

Om de structuur van het verpleegplan te illustreren heb ik drie probleemgebieden uitgekozen, te weten (1) gebrek aan therapietrouw, (2) negatieve zelfbeeld, en (3) seksuele deviatie. Deze probleemgebieden heb ik in het verpleegplan uitgewerkt volgens de FHP en PES methodiek. Op grond van deze werkwijze formuleerde ik verpleegkundige doelen en interventies.

Gebrek aan therapietrouw

De heer E. zegt bij opname gemotiveerd te zijn voor zijn behandeling. Hij zegt aan zijn behandeldoelen te willen werken. Hij erkent zijn strafbare gedrag. Dit geldt ook voor de kans op herhaling van zijn delicten. De heer E. ontkent én heeft weinig zicht op de dynamiek achter zijn seksuele delinquentie. De heer E. heeft in het dagelijkse leven moeite om aanwijzingen en adviezen van begeleiding op te volgen. Bij confrontatie met moeilijke sociale situaties heeft zijn houding sterke passief agressieve kenmerken. Zo stopt hij zonder overleg met de behandelend arts met het gebruik van medicatie. Verder verzuimt hij regelmatig zijn behandelprogramma. In gesprekken vermijdt hij zijn aandeel hierin en laat hij de verantwoordelijkheid hiervoor bij de ander.

Probleem (P): De heer E.. vertoont een gebrek aan therapietrouw,

Etiologie (E): voortkomend uit zijn antisociale denken en wantrouwen naar gezagsdragers, zoals zijn behandelaars.

Symptomen (S): Dit uit zich in ontkenning van en vermindering van denken over de dynamiek achter zijn delicten, zijn moeite in het opvolgen van aanwijzingen en adviezen van groepsleiding, regelmatig programma-verzuim en het zelfstandig stoppen met zijn medicatie.

Voorbeeld: Op een avond blijkt dat de heer E. zijn medicatie niet bij zijn groepsleiding heeft opgehaald. Deze vraagt hem om uitleg. De heer E. zegt geïrriteerd met zijn psychiater overlegd te hebben dat dit niet meer nodig is. Hij voelt zich immers veel beter. Zijn groepsleiding constateert juist meer somberheid en heeft de laatste tijd minder contact met hem. De heer E. geeft aan het hier niet mee eens te zijn. Hij geeft verwijtend terug dat zijn groepsleiding en zijn psychiater niet goed communiceren, en dat hij hier weer de dupe van moet zijn. 'Daar word ik juist moe en somber van'. Met zijn verwijten roept hij veel irritatie en onmacht op; zijn begeleiders kan er eigenlijk niets mee. Bij navraag bij zijn psychiater blijkt deze hem het stoppen met medicatie te hebben afgeraden, en de heer E. gezegd te hebben dit te bespreken met zijn groepsleiding. Pas vele gesprekken later neemt hij op aanraden van zijn psychotherapeut zijn medicatie weer.

Verpleegkundige doelen

De heer E. leert dat het voor hem uiteindelijk profijtelijker is om zich aan afspraken te houden, eerlijk te zijn ten opzichte van zichzelf en anderen en verantwoordelijkheid te nemen voor zijn leven, dan op korte termijn door middel van vermijding, leugens en agressie zich van een probleem te ontdoen.

Verpleegkundige interventies

Deze zijn driedelig. In de eerste plaats is het van belang dat de verpleegkundige begrip/ acceptatie toont voor het feit dat de heer E. erg vast zit aan zijn onaangepaste overlevingsstrategieën. Dit wil zeggen dat zijn disfunctionele gedrag wordt begrensd, en niet in moralistische, maar vooral in functionele termen wordt besproken. Het gaat er dan vooral om de kosten en de baten van zijn gedrag duidelijk te maken, en hem te stimuleren gedrag te kiezen wat hem uiteindelijk meer oplevert en minder kost. De heer E. reageert hier dikwijls op met passief agressieve vermijding. Als de confrontatie aanhoudt loopt het gesprek dikwijls uit op een persoonlijke strijd met de verpleegkundige, waarin de heer E. een slachtofferrol aanneemt. Het is van belang dat de verpleegkundige hem op een neutrale wijze

blijft wijzen op zijn ineffectieve gedrag, in plaats van de opgeroepen irritatie en boosheid weer uit te ageren naar de heer E.

Ten tweede ligt de nadruk in de begeleiding van de heer E. in het intensief ondersteunen in het stellen van doelen in zijn behandeling, zich daaraan verbinden en ze uit te voeren, ook onder omstandigheden van tegenslag en spanningen; bijvoorbeeld samen met de heer E. overleg voeren met docenten over een voor hem gewenst en haalbaar onderwijsprogramma.

Ten derde kan de verpleegkundige een belangrijke voorbeeldfunctie vervullen in hoe betrouwbaar relaties kunnen functioneren. Hierbij is van belang dat de verpleegkundige investeert in het zorgvuldig nakomen van afspraken met hem. Bijvoorbeeld, als dit een keer niet lukt, dan verontschuldigt de verpleegkundige zich, en doet hem een voorstel om het goed te maken.

Het negatieve zelfbeeld

De heer E. is opgegroeid in een onveilig gezin waarin geborgenheid en steun ontbraken. Hij voelde zich al op jonge leeftijd miskend en achtergesteld bij zijn broertjes. De heer E. heeft een negatief zelfbeeld ontwikkeld. Hij heeft de neiging zich wantrouwig naar anderen op te stellen waarbij hij de verwachting heeft dat anderen hem te kort zullen doen of hem zullen afkeuren, ook als hij dat in zijn ogen niet verdient. De heer E. compenseert zijn minderwaardigheidsgevoelens en onmacht door vast te houden aan een quasi machohouding. Door een onverschillige, cynische houding meet hij zichzelf een schijnzekerheid aan, in plaats van zijn gevoeligheden onder ogen te zien en bespreekbaar te maken.

De heer E. werkt op de metaalwerkplaats binnen de kliniek. Zijn functioneren staat op een bovengemiddeld vaktechnisch niveau. Het geeft hem echter nauwelijks de voldoening en waardering die hij behoeft. Integendeel: hij vindt dat de werkmeesters hem, stelselmatig onderwaarden en zijn kwaliteiten uitbuiten. Hij ontwikkelt een sterk ambivalente verhouding tot zijn werkmeesters: 'Ik heb behoefte aan erkenning van mijn vakmanschap'. 'Hun oordeel laat me koud'. 'Ze zullen me toch misbruiken'. De groepsleiding is ervan overtuigd dat zijn stelselmatig te laat komen op de werkplaats een indirecte uitdrukking is van deze ambivalentie. De somberheid die gepaard gaat met zijn negatieve zelfbeeld komt onder andere tot uiting in de mate waarin hij aandacht schenkt aan zijn uiterlijke verzorging.

Verpleegkundige doelen

Met betrekking tot het negatief zelfbeeld worden twee doelstellingen geformuleerd. De eerste is dat de heer

P: De heer E. heeft een negatief zelfbeeld,

E: voortkomend uit een onveilige hechting.

S: Dit uit zich in een negativistische en wantrouwende houding, waarin hij ter overcompensatie van zijn minderwaardigheidsgevoelens een onverschillige en ontwijkende houding aanneemt. In situaties waarin zijn gevoeligheden worden geactiveerd, beschuldigt hij anderen hem expres "pijn" te doen.

Voorbeeld: De heer E. speelt saxofoon in een bandje binnen de kliniek. Hij heeft hier –na aanvankelijk veel weerstand te hebben vertoond- veel plezier in. Het lukt hem ook goed; dit geeft hem zichtbaar veel voldoening. Als hij gevraagd wordt voor een optreden met de band zegt hij onverschillig daar geen zin in te hebben. Op doorvragen geeft hij aan dat hij vindt dat hij niet goed genoeg speelt. Als hij zich dan toch laat overhalen speelt hij, op enkele foutjes na, de sterren van de hemel. Achteraf geeft hij echter cynisch aan dat hij vindt dat de hele band voor gek stond. Om die reden vindt hij dat hij niet gevraagd had mogen worden.

E. zijn kwaliteiten op technisch en creatief vlak verder ontwikkelt. Ten tweede dat hij onder ogen gaat zien dat hij beperkingen heeft en deze leert accepteren. Met andere woorden dat hij een realistisch zelfbeeld ontwikkelt met positieve en minder positieve elementen.

Verpleegkundige interventies:

De verpleegkundige organiseert en coördineert het dagprogramma van de heer E, waarin onder andere arbeid, technisch onderwijs, muziek, beeldhouwen en handvaardigheid zijn opgenomen. De verpleegkundige stimuleert de heer E. dit programma te volgen en vast te houden bij tegenslag. Het is daarbij van belang dat hij uitdrukkelijk gewaardeerd wordt voor de positieve activiteiten die hij ontplooit. Bovendien poogt de verpleegkundige te bevorderen dat de heer E. 'gewoon' hulp vraagt als hem iets niet lukt of iets tegenzit in plaats van dat hij externaliseert of een overcompenserende houding aanneemt.

In het geval dat hij zich negativistisch en wantrouwend opstelt, spiegelt de verpleegkundige zijn houding en het effect daarvan op hun relatie (de wens om de strijd met hem aan te gaan en hem af te wijzen, terwijl hij hem liever zou helpen zijn problemen op te lossen). Dit blijkt vaak een zware opgave. De heer E. heeft de neiging om positieve aandacht van de verpleegkundige met wantrouwen tegemoet te treden. Dit uit zich in eerste instantie in een onverschillige passieve houding, die overgaat in cynisme en sarcasme als de ver-

pleegkundige het onderwerp toch vasthoudt. Bij zijn passieve houding bestaat de kans dat de verpleegkundige (te) hard voor hem gaat werken. Bij zijn cynische en sarcastische houding is de grote opgave om te blijven spiegelen en niet in de valkuil te lopen van de opgewekte irritatie en boosheid en daardoor de strijd met hem aan te gaan in de vorm van persoonlijk gericht oeverloze discussies.

Seksuele deviatie

De heer E. heeft psychoseksuele ontwikkelingsproblemen. Hij is in het verleden seksueel misbruikt door zijn broer. Hij pleegde (pogingen tot) verkrachtingen en exhibiteerde zich. Tevens heeft de heer E. in het verleden samen met criminele vrienden homofiele mannen afgeperst en mishandeld. De heer E. geeft aan zijn seksueel overschrijdend gedrag, vooral wanneer hij gespannen is te ervaren als een drang waaraan hij geen weerstand kan bieden. Verder heeft het exhiberen de functie om gevoelens van onmacht, minderwaardigheid en frustratie af te weren, waarschijnlijk ook zijn homoseksuele angsten. Op dit moment is bekend dat zijn seksuele voorkeur uitgaat naar vrouwen, maar bestaat er twijfel over zijn seksuele belangstelling voor mannen.

Verpleegkundige doelen

Het primaire doel is dat de heer E. zijn spanningen sociaal adequaat leert reguleren. Dat wil zeggen: zonder te vervallen in dwangmatig en grensoverschrijdend agressief, seksueel gedrag.

Ook is het van belang dat de heer E. inzicht verwerft in de dynamiek achter zijn seksuele deviante gedrag en zijn seksuele voorkeur. Daarvoor is het nodig

P: De heer E. vertoont seksueel afwijkend gedrag, voortkomend uit psychoseksuele problematiek en een disfunctionele seksualiserende spanningsregulatie.

E: Achterliggende oorzaak lijkt een vroege ontsporing in de ontwikkeling van intimiteit en seksualiteit in het ouderlijke gezin, en het seksuele misbruik van hem door zijn broer.

S: Dit uit zich uiteindelijk in het drangmatig exhiberen, en aanranden en verkrachten van vrouwen.

Voorbeeld: De portier krijgt telefoon van een treinreiziger, die in een trein zit die vlakbij de kliniekilstaat. De reiziger beschrijft dat er iemand naakt voor het raam staat. Als groepsleiding naar de heer E. toegaat, blijkt dat hij voor het raam staat te masturberen. Hij ontkent dit, en beschuldigt zijn groepsleiding ervan dat ze hem dingen willen aanpraten.

dat hij zijn seksueel deviante behoeften onder ogen durft te zien en daarover durft te communiceren met zijn direct begeleiders. Tenslotte is het van belang dat de heer E. zijn traumatische ervaringen als slachtoffer in de psychotherapie aan de orde stelt en met zijn verpleegkundige bespreekt hoe dat in de psychotherapie gaat.

Verpleegkundige interventies

Veel van de bovenstaande doelen worden in de kliniek binnen een 'triade' tussen de heer E., zijn psychotherapeut en de verpleegkundigen behandeld. Bijvoorbeeld: de heer E. doet een groepspsychotherapie specifiek bedoeld voor plegers van seksueel geweld jegens vrouwen. Gedurende zijn deelname aan deze groep is er een nauw contact over wat er zich bij hem in de groep afspeelt, en wat hij daarover op de leefgroep met zijn begeleiders bespreekt.

Maar ook tijdens de individuele psychotherapie, waar de verpleegkundige soms bij aanwezig is, komen onderwerpen als zijn seksuele spanningsregulatie en zijn seksuele verlangens aan de orde. De verpleegkundige stimuleert hem op grond van de ervaringen in de triade om in het contact met de leefgroep zijn seksuele beleving te bespreken in plaats van deze uit de weg te gaan. Op de leefgroep betreft de verpleegkundige hem in gesprekken waarin seksuele thema's worden besproken.

De verpleegkundige probeert te bevorderen dat de heer E. leert gebruik te maken van alternatieven, sociaal meer aangepaste manieren om zijn spanningen te reguleren, zoals vlieglessen en beeldhouwen..

Het is lastig voor de verpleegkundige om de seksuele onderwerpen serieus bespreekbaar te maken, omdat de heer E. in die situaties met cynische grapjes de verpleegkundige uit zijn rol haalt. 'Hoe zit het eigenlijk met jouw seks'? Het vergt dus veel geduld en inzicht vermogen van de verpleegkundige om zich niet te laten leiden door zijn vermijding. Door zijn provocerende gedrag en ontwijking roept hij veel irritatie op. Om niet al te veel toe te geven aan de irritaties die dit soort gedrag oproepen, is het steeds van groot belang dat de verpleegkundige zich realiseert dat het functioneel gedrag is om deze moeilijke onderwerpen uit de weg te gaan. Een gebruikelijke interventie is om de heer E. te wijzen op de schadelijkheid van zijn reactie op de voortgang van zijn behandeling. Hierbij is het goed om hen aan te sporen tot een meer functioneel gedrag om zich te kunnen blijven ontwikkelen.

Tenslotte

Mijn 'differentiatiestage' heeft mij de kans geboden om vanuit een verpleegkundig perspectief de behan-

deling en begeleiding van de seksueel gewelddadige delinquent binnen de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek te verkennen. Maar ook heb ik geprobeerd bij te dragen aan de profilering van het verpleegkundige beroepsdomein binnen de behandeling van deze interessante maar moeilijke patiënten. Verpleegkundige systematiek en methodiek zijn naar mijn mening juist bij deze patiëntencategorie nodig. Verpleegplannen zullen als hulpmiddel kunnen dienen om de complexe zorg op zowel korte als langere termijn te continueren en te coördineren.

Ik zie dit, voor zowel mijzelf als voor anderen, als een uitdaging voor de toekomst.

Literatuur

- Bos, A., & van Leeuwen, R.R. (1994). *Psychiatrische verpleegkunde; Het verplegen van patiënten met een verstoord functioneren*. Leiden: Spruijt, van Mantgem & de Does.
- Dankers, J.J., & van der Linden, A.A.M. (1995). *Naar vrijheid en verantwoordelijkheid; Veertig jaar Dr. Henri van der Hoeven Kliniek 1955-1995*. Utrecht: Dr. Henri van der Hoeven Kliniek.
- de Ruiter, C., & Hildebrand, M. (1999). *FFP, Behandelstrategieën bij forensisch psychiatrische patiënten*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Gordon, M. (1997). *Handleiding verpleegkundige diagnostiek 1997-1998*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.
- Hogeschool van Utrecht, Faculteit Gezondheidszorg, Afdeling Verpleegkunde (2001). *Differentiatie module HBO-V Deeltijd*. Utrecht: Hogeschool van Utrecht.
- Husmann, M., van Beek, D.J., & Oprel, D.A.C. (1997). Cognitieve therapie bij forensische patiënten met persoonlijkheidsstoornissen. In C. de Ruiter & M. Hildebrand (Red.), *Behandelingsstrategieën bij forensische psychiatrische patiënten* (pp. 26-35). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Stevens, P.J.M. (1996). *Methodiek van het verpleegkundig handelen*. Leiden: Spruijt, van Mantgem & de Does.
- Townsend, M.C. (1998). *Nursing diagnoses in psychiatric nursing; A pocket guide for care plan construction*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- van Beek, D.J. (1999). *De delictscenarioprocedure bij seksueel agressieve delinquenten. Een academisch proefschrift over onderzoek naar de bruikbaarheid van de delictscenarioprocedure in de behandeling van seksueel agressieve delinquenten in de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek*. Gouda: Quint.
- van Beek, D.J., & Mulder, J.R. (1990). *Seksueel gewelddadig gedrag en behandelstrategieën*, Informatiebulletin Dr. Henri van der Hoeven Kliniek, Utrecht: Dr. Henri van der Hoeven Kliniek.
- Vandereycken, W., & van Deth, R. (1997). *Psychiatrie; Bouwstenen voor gezondheidszorg*, Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Abstract

Nursing care for sexual offenders: An exploration in the Dr. Henri van der Hoeven Clinic.

Personality disordered violent sex offenders, committed to forensic psychiatric institutes, are known as very difficult to treat. In the Dr. Henri van der Hoeven Clinic, these offenders are treated in a sociotherapeutic and multidisciplinary environment, together with other types of offenders.

In this article is shown how, as a nurse, I was able to contribute professionally to the treatment of these offenders. First, the treatment setting and philosophy as well as the patients are introduced. Ward staff, among whom nurses, have a very important role within the comprehensive treatment plan. Next, a case study is presented. In the case study it is outlined how professional nursing care can be put into practice. The focus is on how the nursing staff can deal with the vulnerabilities of the patient due to his personality disorder(s), and how relevant treatment topics can be addressed.