Petra Lenssen

Van ongemak in de spreekkamer naar inzicht en groei

*Anti*sociaal gedrag begrijpen

Boom

‘Dit boek is een waardevolle toevoeging aan de literatuur over antisociaal gedrag, omdat het heel dicht bij de persoonlijke ervaring van zowel de cliënt als de therapeut blijft. Het geeft inzicht in waarom mensen zich antisociaal kunnen gedragen en hoe we hier in de spreekkamer mee om kunnen gaan. Een aanrader voor iedereen die werkzaam is in de ggz.’

– *Prof. dr. Arno van Dam, klinisch psycholoog en bijzonder hoogleraar Antisociaal gedrag, psychiatrie en maatschappij*

‘Een bevlogen en enthousiasmerende gids voor alle behandelaren die (overwegen te) werken met deze complexe en beschadigde doelgroep. Op basis van wetenschap en klinische praktijk biedt dit boek direct toepasbare inzichten en praktische handvatten. De auteur weet op een laagdrempelige manier en met behulp van levendige casuïstiek de dilemma’s waarmee behandelaren worden geconfronteerd helder uit te leggen en geeft hierbij richting aan de behandeling en bejegening. Met kleine voorbeelden van hoe je bepaalde zaken bespreekbaar maakt op een manier die aansluit bij de behoeften van deze cliënten, geeft ze helder richting en slaat ze de spijker op de kop.’

– *Dr. Madeleine J.N. Rijckmans, psychotherapeut/gz-psycholoog, universitair docent klinische forensische psychologie en voorzitter kennisnetwerk Antisociaal gedrag*

‘Petra Lenssen behoort tot de selecte groep forensische experts op het terrein van de diagnostiek en behandeling van antisociaal gedrag. Veel praktijken en instellingen in de ggz achten cliënten met antisociaal gedrag bij voorbaat ongeschikt voor hun behandelaanbod, waardoor deze cliënten uitsluitend via de forensische sector in behandeling kunnen komen. Dat is buitengewoon onwenselijk, zowel vanuit maatschappelijk oogpunt als op individueel niveau.

Petra Lenssen schreef een uiterst toegankelijk boek dat ggz-behandelaars helpt om los te komen van hun vooroordelen en stereotypen over cliënten met antisociaal gedrag. Met tal van voorbeelden onderbouwt zij overtuigend dat de meeste mensen met antisociaal gedrag minstens zozeer worstelen met zichzelf als met anderen. Daarmee verdienen ze niet alleen een restrictieve bejegening, maar ook oprechte betrokkenheid van hun behandelaars.

Dit boek put uit zeer uiteenlopende theoretische inzichten om de achtergrond en de dynamiek van antisociaal gedrag diagnostisch te begrijpen en therapeutisch te bewerken. Tegelijkertijd overstijgt het de gebruikelijke theoretische en therapeutische referentiekaders. Het is ronduit bewonderenswaardig hoe de auteur de therapeutische relatie telkens weer een constructieve wending weet te geven, juist bij cliënten met wie het zeer lastig kan zijn om een vertrouwensrelatie op te bouwen.

Dit boek verdient volop aanbeveling.’

– *Prof. dr. Anton Hafkenscheid, klinisch psycholoog en psychotherapeut*

Petra Lenssen

Antisociaal gedrag begrijpen

Van ongemak in de spreekkamer naar inzicht en groei

Boom

© P. Lenssen, p/a Boom, 2026

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Auteursrecht ten aanzien van tekst- en datamining en machinelearning is nadrukkelijk voorbehouden. Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jº Besluit van 27 november 2002, Stb. 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912. Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bijvoorbeeld een (digitale) leeromgeving of een reader in het onderwijs (op grond van artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting Uitgeversorganisatie voor Onderwijslicenties (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-uvo.nl).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher. No part of this publication may be reproduced in the context of text and data mining for any other purpose which is not expressly permitted by law without permission of the publisher.

De uitgever heeft ernaar gestreefd de rechten van de illustraties en de artikelen volgens wettelijke bepalingen te regelen. Degenen die desondanks menen zekere rechten te kunnen doen gelden, kunnen zich alsnog tot de uitgever wenden. De casuïstiek in dit boek is gebaseerd op praktijkervaring en uit privacyoverwegingen geanonimiseerd. Waar nodig zijn details aangepast of situaties samengevoegd. Eventuele herkenning berust op louter toeval.

Omslag: Sander Oenema
Binnenwerk: Mat-Zet bv, Weesp

ISBN 978 90 2447 520 9
ISBN 978 90 2447 521 6 (e-book)
ISBN 300 90 1003 890 1 (online only)
NUR 777

www.boom.nl

Inhoud

Voorwoord | door Wies van den Bosch 9
Woord vooraf | door Petra Lenssen 11

1 Antisociaal gedrag in de reguliere ggz 15
1.1 Wat is antisociaal gedrag? 16
1.2 De unieke uitdagingen van de behandeling van antisociaal gedrag 19
1.3 Benodigde therapeutische vaardigheden 21
1.4 Wat gaat er nu mis in het contact met antisociaal gedrag? 25
1.5 Bevlogenheid als uitdaging 29

2 Van wantrouwen naar contact 31
2.1 Overtuigd wantrouwen 31
2.2 (H)erken de angst om te leren: epistemisch wantrouwen 33
2.3 Behoefte aan concreetheid 39
2.4 Valideer gevoelens en ervaringen 42
2.5 Van wantrouwen naar contact 49

3 Uit de greep van stigma 51
3.1 Het belang van kennis van je interne wereld als therapeut 51
3.2 De cliënt begrijpen 54
3.3 Controlebehoefte 62

4 Manipulatief gedrag in beeld 66
4.1 Manipulatieve strategieën identificeren 66
4.2 Moeilijk te pareren 74

4.3 De manipulatieve cyclus: narcisme, agressie en callousness 75
4.4 Gevoelloosheid bij verschillende stoornissen 81
4.5 Inzicht als voorwaarde om manipulatief gedrag te kunnen verdragen 84

5 Motivatie als kracht 86
5.1 Belangrijke aspecten voor het vergroten van motivatie bij antisociaal gedrag 87
5.2 Moreel oordeel en motivatie 92
5.3 Ontwikkeling naar een ander referentiekader 96
5.4 Psychopathie en de motivatie van de therapeut 102

6 Van informatie tot analyse 105
6.1 Schadelijk gedrag uit het blikveld 106
6.2 De benodigde attitude om informatie te krijgen 109
6.3 Betrekken van het systeem in de taxatie 115
6.4 De conflictarme relatie als uitgangspunt van de behandeling 120
6.5 Flexibel omgaan met richtlijnen 124

7 Kernovertuigingen veranderen bij antisociaal gedrag 125
7.1 De onderliggende angst herkennen en aanpakken 125
7.2 Blootstellen aan trauma als brug tussen angst en verandering 129
7.3 Gebruik verborgen technieken en timing 137
7.4 De reële boze boodschap formuleren 138
7.5 Interveniëren in het systeem 140

8 Van externaliseren naar internaliseren 145
8.1 Wat gebeurt er bij externaliseren? 145
8.2 Druk op de therapeut 146
8.3 Zorgen over risico bij de cliënt leggen 151
8.4 Ontwikkelingsgedrag (h)erkennen en versterken 158

9 Beveiligen en begrenzen 165
9.1 Begrenzen als het risico acuut is 167
9.2 Welk gedrag verdient begrenzing? De rol van de context 169
9.3 Als het echt niet anders kan 172
9.4 Laat begrenzingscapaciteit zien 174

9.5 Creëer samen een werkbare situatie 177
9.6 Complex trauma, macht en als je niet meer kunt begrenzen 182

10 Accenten in de praktische aanpak 185
10.1 Uitgangspunten bij methodisch werken 185
10.2 Valkuilen bij het navigeren tussen methode en relatievorming 186
10.3 Het belang van de afscheidsfase 196

11 Zorg voor de therapeut binnen het zorgsysteem 205
11.1 Het opvangen van de mentale klappen 205
11.2 De raakbare gids 209
11.3 Re-enactment in de werksetting 210
11.4 De inrichting van een zorgzaam werkklimaat 215
11.5 De therapeut en de ggz 219

Nawoord 223
Bijlage: Perspectiefwisseling bij interpersoonlijk schadelijk gedrag: geleide imaginatie-oefening 225
Noten 231
Dankwoord 249
Over de auteur 251

Voorwoord

Antisociaal gedrag begrijpen van Petra Lenssen belooft handvatten te bieden voor de behandeling van antisociaal gedrag. Die belofte maakt het boek waar, maar het biedt veel meer. Lenssen maakt gedrag van uiteenlopende aard en complexiteit begrijpelijk. Daarbij maakt ze gebruik van begrippen uit verschillende behandelmodellen, die helpen gedrag beter te begrijpen en aanknopingspunten bieden voor de behandeling. Tegelijkertijd put ze uit haar brede ervaring met mensen met psychische problematiek. Steeds staat daarbij de relatie tussen therapeut en cliënt centraal: het intermenselijke contact is voor Lenssen het voertuig waarmee verandering op gang komt.

In het boek komen de ggz en het forensische veld samen. Terecht, want in beide werkvelden is de relatie tussen therapeut en cliënt cruciaal en komt antisociaal gedrag voor. Lenssen laat zien dat gedrag als afstand houden of weinig motivatie tonen niet zonder meer als negatief hoeft te worden bestempeld. Het kan ook beschouwd worden als een uiting van de mate waarin iemand in staat is contact aan te gaan – en daarmee als iets waaraan gewerkt kan worden. Hoop lijkt dan ook een centraal thema in het boek. Zolang een therapeut blijft zoeken naar verbinding, zowel in zichzelf als in de relatie met de cliënt, kan contact ontstaan en kunnen hulpbehoeften en gedrag veranderen. Daarmee verzet Lenssen zich op bijna principiële wijze tegen stigmatisering.

Uiteindelijk draait het misschien wel vooral om het voertuig van de behandeling: de therapeut. Die mag fouten maken. Congruentie en echtheid zijn van belang, ook wanneer je de plank hebt misgeslagen. Wat telt, is de bereidheid om samen met de cliënt het proces aan te gaan. Pas dan kan ook bij de cliënt de bereidheid ontstaan om zich voor dat proces open te stellen.

Ik herkende in het boek veel begrippen uit de DGT, vooral waar het gaat om de

basishouding van de therapeut. Maar wat mij bovenal aanspreekt, is de erkenning van de therapeut als zowel instrument als mens, en van de cliënt als uniek individu. Terecht besteedt Lenssen daarnaast aandacht aan de randvoorwaarden die nodig zijn om in de forensische psychiatrie en de ggz met antisociaal en manipulatief gedrag te kunnen werken. Ook de therapeut moet epistemisch vertrouwen kunnen hebben in zijn of haar werkomgeving. Als ik één kritische opmerking zou mogen plaatsen, dan is het deze: zorg ook voor structurele hulp en ondersteuning voor de hulpverleners die met deze cliënten willen werken. Zij zijn schaars, en na het lezen van *Antisociaal gedrag begrijpen* denk ik: ten onterechte. Werken met antisociaal gedrag is interessant, biedt inzicht in jezelf en kan bovendien zeer bevredigend zijn. De vele voorbeelden in dit boek laten dat overtuigend zien.

– *Dr. Wies van den Bosch, klinisch psycholoog, psychotherapeut, supervisor DGT, VpeP en VGCt, en oprichter van Dialexis Advies*

Woord vooraf

Op dat moment, toen alle vereiste kenmerken verstard en vastgelegd waren, was onze gelijkenis zo volkomen dat ik waarlijk niet had kunnen zeggen wie er gedood was, hij of ik. Terwijl ik stond te kijken, werd het donker in het trillende bos, en oog in oog met dat gezicht dat langzaam vervaagde, in steeds zwakkere trilling, was het alsof ik naar mijn spiegelbeeld in een stilstaande poel keek.[1]

Toen ik deze passage ruim dertig jaar geleden las, werkte ik met plegers van ernstige delicten. Wat me trof was niet de moord, maar de herkenning. De hoofdpersoon van *Wanhoop* doodde iemand bij wie hij volledige gelijkenis met zichzelf meende te zien. Sindsdien ben ik gefascineerd gebleven door schadelijk gedrag. Niet omdat het uitzonderlijk is, maar juist omdat het menselijk is. We associëren antisociaal gedrag vaak met misdaad in fictie of met justitiële klinieken. Het overgrote deel van antisociaal gedrag is echter veel gewoner en doet zich, openlijk of meer bedekt, voor in alledaagse interacties.

In de geestelijke gezondheidszorg (ggz) besteden we vanzelfsprekend aandacht aan angst, verdriet, schaamte en onzekerheid. Minder vanzelfsprekend is onze aandacht voor woede en ermee samenhangende agressie, manipulatie en andere vormen van schadelijk interpersoonlijk gedrag. Terwijl juist die gedragingen vaak een grote rol spelen in het ontstaan en voortbestaan van psychische problemen.

Toen ik vanuit de forensische zorg overstapte naar de reguliere ggz viel me iets op. Veel zorgverleners zien antisociaal gedrag niet als onderdeel van hun werk. Dat is opmerkelijk. Woede behoort net zo goed tot de menselijke basisemoties als angst of verdriet. Toch voelen veel professionals zich onzeker wanneer cliënten zich dwingend, manipulatief, krenkend of agressief gedragen. Vaak begrijpen we het gedrag niet goed. Nog vaker deinzen we ervoor terug.

Met antisociaal gedrag bedoel ik in dit boek niet alleen ernstig delictgedrag. Ik doel ook op de veel mildere vormen die dagelijks voorkomen in gezinnen, relaties en behandelkamers: iemand die voortdurend kleine steken uitdeelt, een ouder die afwijzend reageert op een kwetsbaar kind, een cliënt die anderen onder druk zet, manipuleert of systematisch niet ziet. Juist deze alledaagse vormen blijven vaak buiten beeld, terwijl hun impact groot kan zijn.

In de loop van mijn werk ben ik me er steeds meer over gaan verbazen hoe moeilijk het is om dit gedrag zuiver waar te nemen. Zodra we ermee geconfronteerd worden, ontstaan er sterke reacties. We veroordelen het, bagatelliseren het, bestrijden het of lopen ervan weg. Maar zelden bekijken we het met dezelfde nieuwsgierigheid als waarmee we naar angst of depressie kijken. Dat is jammer, want antisociaal gedrag is niet alleen een bron van leed voor anderen, het is vaak ook een uiting van psychische problematiek die begrepen en behandeld kan worden.

Bij relatief mild antisociaal gedrag en bij het stellen van therapeutische grenzen daarbij valt nog veel winst te behalen. Mijn ervaring is dat mensen met antisociaal gedrag in de regel graag van hun schadelijk gedrag af willen, al hebben ze er vaak niet veel vertrouwen in dat dit zal lukken. Cliënten met antisociaal gedrag komen helaas vaak pas in behandeling wanneer het al helemaal fout is gegaan: er zijn delicten gepleegd, er zijn slachtoffers gevallen en er is een strafblad opgebouwd. Dan belanden ze vaak in de forensische zorg. Bovendien zijn deze cliënten vaak al eerder met dwang en straf benaderd. Een verplichte behandeling kan voor hen daardoor opnieuw opdringerig en intrusief voelen. Van oudsher heeft onderzoek naar de behandeling van antisociaal gedrag vooral binnen dit gedwongen justitiële kader plaatsgevonden. Voor het opbouwen van vertrouwen, de basis van een werkzame therapeutische relatie, vormt dit alles een ongunstig uitgangspunt. Kort gezegd hebben we nog niet zo veel handvatten voor het behandelen van mild antisociaal gedrag of voor behandeling in een eerder stadium.

Dit boek is geschreven voor zorgprofessionals in de reguliere (geestelijke) gezondheidszorg. Het uitgangspunt is eenvoudig: als je antisociaal gedrag beter leert verdragen, kun je het beter begrijpen. En als je het beter begrijpt, kun je er beter op reageren.

In mijn werk heb ik ontdekt dat het meest waardevolle vaak schuilgaat in het ongemak dat dit gedrag oproept. Juist daar ontstaan inzicht, empathie en mogelijkheden tot verandering. Daarom staat in dit boek niet alleen het gedrag van de cliënt centraal, maar ook de ervaring van de behandelaar. Wat gebeurt er met jou wanneer

iemand manipuleert, intimideert, afwijst of gevoelloos lijkt? Hoe blijf je beschikbaar voor behandeling zonder naïef te worden?

Ik beschouw antisociale problematiek als veranderbaar. In de forensische zorg zag ik mensen veranderen van wie velen dachten dat verandering onmogelijk was. In de reguliere ggz zie ik dagelijks hoe mildere vormen van schadelijk gedrag kunnen afnemen wanneer ze tijdig worden herkend en besproken. Soms voorkomt dat delicten. Vaker voorkomt het beschadigde relaties, vastgelopen gezinnen en langdurig psychisch lijden.

Dit boek is geen handboek, geen systematische review en geen nieuwe methode. Het is een praktijkgerichte gids, gebaseerd op wetenschappelijke inzichten, jarenlange scholing en meer dan dertig jaar ervaring in zowel de forensische zorg als de reguliere ggz.

Ik schrijf over een breed spectrum van antisociaal gedrag: van ernstige agressie en delictgedrag tot de subtiele vormen van afwijzing, manipulatie en psychisch geweld die zich in gewone behandelkamers voordoen. Mijn doel is niet om mensen vast te zetten in labels, maar om gedrag beter zichtbaar te maken. Want wat zichtbaar wordt, kan begrepen worden. En wat begrepen wordt, kan beïnvloed worden. Voor mij is psychotherapie uiteindelijk het ambacht van gedragsverandering via menselijk contact. Juist bij antisociaal gedrag is dit opbouwen van contact extra uitdagend, maar dat contact maakt vaak het verschil tussen herhaling en ontwikkeling.

Leeswijzer

In hoofdstuk 1 komt aan bod dat er verschillende vormen van (passief) antisociaal gedrag voorkomen in de reguliere ggz. Vooral gevoelloosheid wordt met antisociaal gedrag geassocieerd en dat heeft effect op hoe therapeuten de therapeutische relatie aangaan of juist beperken. Er zijn specifieke vaardigheden nodig in contact met antisociaal gedrag, en de therapeutische relatie heeft hier eigen kenmerken.

Hoofdstuk 2 gaat in op hoe de opbouw van het contact verloopt bij wantrouwende cliënten.

Hoofdstuk 3 focust op het doorbreken van stigma en denkfouten die van betekenis zijn voor datgene waar het vaak aan schort: de bereidheid van de therapeut.

Hoofdstuk 4 beschrijft de verschillende vormen van schadelijk gedrag, de theore-

tische achtergrond van narcisme, agressie en gevoelloosheid, en hoe deze kennis kan helpen om dergelijk gedrag te lezen.

Hoofdstuk 5 behandelt hoe de ogenschijnlijk ongemotiveerde houding bij antisociaal gedrag omzeild kan worden en de rol van moraal daarin. Afhankelijk van de context kan schadelijk gedrag worden genegeerd, afgekeurd, juist toegejuicht of gedemoniseerd.

Hoofdstuk 6 gaat over hoe je als therapeut informatie verzamelt en tot een realistische werkbare probleemanalyse komt.

Hoofdstuk 7 beschrijft hoe focus op ervaren krenking of trauma en het opdoen van nieuwe ervaringen cruciaal is bij het doorbreken van kernovertuigingen, ook bij antisociale problematiek.

Hoofdstuk 8 behandelt het veranderproces van externaliseren naar internaliseren, van 'Het is de schuld van de ander' naar 'Ik kan er zelf wat aan doen'. Dit verloopt anders dan verwacht bij antisociale problematiek.

Hoofdstuk 9 gaat over hoe je uiteindelijk expliciet kunt begrenzen en onderwijl in contact blijft met de cliënt.

In hoofdstuk 10 komen het omgaan met protocollen en vaststaande methoden en de eindfase van de behandeling aan bod. Daarbij zijn bepaalde accenten in de aanpak extra belangrijk in contact met antisociaal gedrag.

Hoofdstuk 11 focust op *re-enactment* op de werkvloer. Veilig hechtend gedrag is besmettelijk, maar onveilig gedrag ook. Hoe ziet re-enactment eruit op de werkvloer? Hoe bevorder je zorg en veiligheid voor de persoon van de therapeut en de bijbehorende processen in je werksetting?

Ik hoop dat dit boek je helpt om met meer rust, nieuwsgierigheid en stevigheid te kijken naar gedrag dat gemakkelijk afschrikt. Niet om het goed te praten, maar om het beter te begrijpen. Zodat je het niet automatisch afhoudt, maar leert het verantwoord te hanteren.

Petra Lenssen
November 2026

1

Antisociaal gedrag in de reguliere ggz

- 'Ik zou zo'n cliënt die met die toon spreekt niet aannemen.'
- 'Ik werk alleen met slachtoffers en niet met daders.'
- 'Als iemand gestuurd is door zijn vrouw en niet eens een eigen hulpvraag heeft, dan begin ik er niet aan.'

Dit is een greep uit uitspraken die ik de afgelopen jaren hoorde van overigens zeer bekwame collega's in de reguliere ggz. Ik begrijp deze reacties goed. Schadelijk gedrag roept nu eenmaal iets op. We voelen irritatie, weerstand, angst of machteloosheid. Soms merken we dat we afstand willen nemen van degene die het gedrag vertoont.

In de ggz richten we onze aandacht vaak op het lijden van cliënten. Minder vanzelfsprekend is aandacht voor gedrag waarmee zij anderen schade berokkenen. Antisociaal gedrag wordt daardoor nog regelmatig gezien als iets voor de forensische zorg, voor justitie of voor iemand anders. Daarmee ontstaat een merkwaardige tegenstelling. Alsof kwetsbaarheid en schadelijk gedrag elkaar uitsluiten. Alsof iemand slachtoffer óf dader is. In de praktijk zie ik echter dagelijks dat mensen beide kunnen zijn.

Van cliënten met antisociale trekken wordt bovendien vaak verwacht dat zij eerst stoppen met hun schadelijke gedrag voordat behandeling mogelijk is. Bij andere psychische problemen doen we dat niet. We verwachten niet dat iemand eerst met zijn* angstig vermijdend gedrag stopt voordat hij hulp mag krijgen.

* In de aanduiding van cliënten en therapeuten of behandelaren praat ik over hij/hem, maar daar kan uiteraard ook zij/haar, die/diens of hen/hun worden gelezen.

Voordat we kunnen nadenken over behandeling, moeten we eerst begrijpen waar we precies naar kijken.

1.1 Wat is antisociaal gedrag?

Gedrag is antisociaal als het ingaat tegen de normen of belangen van anderen, zodanig dat het schadelijk is voor anderen. De classificatie antisociale-persoonlijkheidsstoornis in de DSM (zie kader) heeft invloed gehad op wat we in de zorg onder de term 'antisociaal' scharen. Passende zorg voor deze problematiek wordt vaak geboden door de specialistische forensische zorg: de (justitiële) ambulante en klinische zorgsettings die zich richten op het voorkomen van recidive van delictgedrag. Veel van de gebruikte onderzoeken in dit boek komen uit die sector. De criteria van de antisociale-persoonlijkheidsstoornis kunnen uiteraard ook los van elkaar bestaan en bij andere stoornissen voorkomen. Dit kan al dan niet gepaard gaan met strafbaar of gewelddadig gedrag.

Dit boek behandelt antisociaal gedrag in de brede zin. Het gaat over elk antisociaal gedrag: lichamelijk, seksueel of psychisch grensoverschrijdend. Onder psychisch grensoverschrijdend valt ook manipulatief gedrag. Dit is een kenmerk van de antisociale-persoonlijkheidsstoornis en verwijst naar de onbetrouwbaarheid, het liegen, het duperen van de ander. Het kan gezien worden als de niet-fysieke manier waarop iemand de ander ongeacht diens welzijn naar zijn hand zet (zie hierover verder hoofdstuk 4). Antisociaal, manipulatief en schadelijk interpersoonlijk gedrag worden in dit boek door elkaar gebruikt.

Antisociale-persoonlijkheidsstoornis (DSM-5)

A. Een pervasief patroon van gebrek aan respect voor en schending van de rechten van anderen, aanwezig vanaf de leeftijd van 15 jaar, zoals blijkt uit drie (of meer) van de volgende kenmerken.

1. Niet in staat zich te conformeren aan de sociale normen over wat volgens de wet is toegestaan, zoals blijkt uit het herhaaldelijk komen tot daden die een reden zijn tot aanhouding.

→

2. Onbetrouwbaarheid, zoals blijkt uit herhaaldelijk liegen, het gebruik van schuilnamen of het duperen van anderen voor persoonlijk profijt of plezier.
3. Impulsiviteit of niet vooruit kunnen plannen.
4. Prikkelbaarheid en agressiviteit zoals blijkt uit herhaaldelijke vechtpartijen of geweldpleging.
5. Roekeloze onverschilligheid voor de veiligheid van zichzelf of anderen.
6. Constante onverantwoordelijkheid, zoals blijkt uit een terugkerend onvermogen om zich op het werk consistent te gedragen, of financiële verplichtingen na te komen.
7. Ontbreken van berouw, zoals blijkt uit de onverschilligheid nadat hij iemand pijn heeft gedaan, slecht heeft behandeld of bestolen, of het rationaliseren van dit gedrag.

B. De betrokkene is minstens 18 jaar oud.
C. Er zijn aanwijzingen voor een normoverschrijdend-gedragsstoornis, begonnen voor de leeftijd van 15 jaar.
D. Het antisociale gedrag treedt niet uitsluitend op in het beloop van schizofrenie of een bipolaire-stemmingsstoornis.

Zoals angst- en stemmingsproblemen zich niet alleen voordoen op een afdeling voor angstproblematiek, en persoonlijkheidsstoornissen niet alleen op de behandelafdeling voor persoonlijkheidsstoornissen, zo kan ook antisociaal gedrag in meer of mindere mate voorkomen bij alle stoornissen en niet alleen bij de antisociale-persoonlijkheidsstoornis en andere cluster B-persoonlijkheidsstoornissen (borderline, narcistisch en histrionisch) waar emotieregulatie, impulsiviteits- en relatieproblemen op de voorgrond staan. Er zijn tal van andere voorbeelden: denk aan agressie bij geagiteerde depressies, woede-uitbarstingen bij de posttraumatische stressstoornis, passieve agressie bij somatoforme stoornissen en emotioneel misbruik bij een obsessieve-compulsieve stoornis, zoals bij het opwekken van een schuldgevoel bij de ander om een dwangritueel te kunnen uitoefenen. Een te strikte scheiding tussen wel en niet forensisch kan er onterecht voor zorgen dat bij niet-forensische afdelingen het slachtofferschap en de lijdensdruk eenzijdig worden behandeld, en bij forensische afdelingen alleen het daderschap en het risico.

Er is meer overlap tussen de gebieden forensisch en regulier dan vaak wordt gedacht. Dit neemt niet weg dat er specifieke kennis en kunde nodig is voor de om-

gang met grensoverschrijdend en antisociaal gedrag of antisociale aspecten van reguliere problematiek.

1.1.1 De (passieve) agressie onder de ontwikkeling van persoonlijkheidsproblematiek

Bij antisociaal gedrag, ook het niet-fysieke antisociale gedrag, denken we vaak aan expliciete agressie waar we doorgaans direct van terugdeinzen. Dat kan fysiek zijn, maar ook verbaal, bijvoorbeeld: 'Mijn vrouw is zo dom, ze kan niets. Ze voert niets zinnigs uit.' Deze expliciete uitspraak komt van Joost (52), een cliënt met narcistische problematiek die in paragraaf 1.2.1 nader aan bod komt.

Een voorbeeld van meer bedekt schadelijk gedrag zie je in het volgende gesprek met mijn cliënt Lars en zijn vader.

Casus Lars: goedbedoelde ondermijning

Lars (22) was depressief, angstig en vermijdend. Zijn vader kwam op gesprek bij de heteroanamnese. Duidelijk was dat vader en zoon enorm verschilden, alleen al qua postuur. Lars was klein en schichtig qua motoriek; hij zat met gebogen hoofd. Vader was fysiek groot, dominant, maatschappelijk geslaagd en spraakzaam; hij nam letterlijk veel ruimte in. Vader zat voorovergeleund op de punt van de stoel en hield zijn blik gericht op zijn zoon. Hij leek zich moeilijk in te kunnen leven in de problematiek van zijn zoon en riep op een bepaald moment 'Leef!' tegen zijn zoon. Ik meende machteloosheid en oprechte betrokkenheid bij vader te zien van waaruit hij dit in de basis positieve en uitnodigende woord 'Leef!' riep. Toch was het roepen van dit woord ondermijnend, schadelijk gedrag op dat moment tussen deze twee personen. Ik zag Lars nog verder krimpen en in wanhoop wegkijken. De kiem van contact was (weer) gesmoord. 'Ik begrijp jou niet, wat ben je nu aan het doen, wat moet ik met jou? Doe het nou eens anders', was de impliciete boodschap die vader uitzond. Dat 'leven' was wat Lars nu net zo moeilijk vond en waar hij steun voor nodig had.

Antisociaal of schadelijk gedrag is lang niet altijd openlijk vijandig. Vaak is het verpakt in redelijke, vriendelijke of zelfs zorgzame woorden. Juist daardoor wordt het niet snel als schadelijk herkend en blijft begrenzing uit. Veel vaker dan openlijke agressie gaat het om passief, bedekt en psychisch schadelijk gedrag.

Een van de schadelijkste vormen daarvan is verwaarlozing: het structureel niet zien van de behoeften en kwetsbaarheid van een ander, vooral in afhankelijkheidsrelaties. Ik denk aan mijn cliënt Simon (32), die vanwege angstklachten bij mij in behandeling was. Hij vertelde terloops over zijn broer, die als enige van de kinderen uit het gezin bij een tante was ondergebracht toen hun moeder het te druk kreeg met werk en overbelast raakte. Tijdens de behandeling begreep ik dat deze broer inmiddels ernstig anorectisch thuis op bed lag en nooit gespecialiseerde ggz-hulp had ontvangen. Deze geschiedenis laat zien dat schadelijk gedrag niet beperkt blijft tot mensen met een antisociale-persoonlijkheidsstoornis. De broer werd als kind anders behandeld dan de rest van het gezin, kwam terecht in een situatie waarin er sprake was van emotioneel misbruik en bleef later zonder passende hulp, ondanks ernstige problematiek. Juist zulke vormen van verwaarlozing en uitsluiting kunnen diepe en langdurige schade veroorzaken.

Zoals dieren hun 'zwakkere' jongen soms doden of passief laten sterven door verwaarlozing, zo doen ook mensen dit helaas – vaak onbewust en onbedoeld. Het zijn deze vormen van schadelijk gedrag: expliciet denigreren, dominerend onder druk zetten of iemand dusdanig verwaarlozen dat diens leven wordt bedreigd, die in behandeling aandacht en begrenzing behoeven. Mijn ervaring is dat deze behoefte er juist (ook) is bij de pleger van deze gedragingen.

Er is een duidelijke noodzaak voor het behandelen van antisociaal gedrag. Antisociale problematiek hangt immers samen met aanzienlijk lijden voor anderen en de antisociale cliënten zelf, en resulteert bovendien in enorme economische kosten. Hoewel er voldoende aanwijzingen zijn voor de behandelbaarheid van antisociaal gedrag, komt een antisociale cliënt vaak niet in behandeling.[2, 3, 4, 5, 6] Een van de veronderstelde factoren is dat deze cliënten zelf geen gezondheidszorg zoeken, maar dat wordt niet bevestigd door onderzoek.[7]

1.2 De unieke uitdagingen van de behandeling van antisociaal gedrag

Uit onderzoek van Van Dam en collega's[8] komt naar voren dat de gemiddelde ggz-professional zich onbekwaam voelt en nauwelijks bereid is antisociaal gedrag te behandelen. Ongeveer 60 procent van de therapeuten in de reguliere ggz wil niet werken met cliënten met antisociale-persoonlijkheidsproblematiek, 28 procent is ambivalent en slechts 12 procent gemotiveerd.

Hierbij speelt een rol dat bij antisociale problematiek (met vaak weinig hechting in de geschiedenis) heersen en overheersen – al dan niet bewust – onderdeel zijn van het dagelijkse contact. Therapeuten voelen zich regelmatig afgewezen, op hun hoede, overweldigd of juist verveeld in het contact. Ook gevoelens van bedreiging, angst en hulpeloosheid, schok en vijandigheid, morele verontwaardiging en zelfs haat kunnen worden ervaren.[9] Het is ook belastend voor de therapeut dat een individuele therapeutische relatie bedreigend kan zijn voor een cliënt.[10]

Antisociaal en manipulatief gedrag zijn manieren om de ander te controleren ten gunste van het eigen belang. Dit hangt vaak samen met narcistisch gedrag. Kenmerkend daarvoor zijn een opgeblazen gevoel van eigenwaarde en overdreven verwachtingen van erkenning, fantasieën over grenzeloos succes en de overtuiging speciaal en uniek te zijn.[11] Deze cliënten willen met hun gedrag boven de ander, en dus ook boven de therapeut, uitstijgen. Deze problematiek is voor de omgeving en dus ook voor zorgverleners moeilijk te hanteren en roept irritatie op. Ongeacht de therapieschool ervaren therapeuten in contact met narcistische problematiek 'een gevoel van devaluatie en kritiek van de cliënt … een ervaring van ontoereikendheid … gebrek aan nauwe band en vertrouwen, minimale belangstelling en ernstige moeite om zich emotioneel op de cliënt af te stemmen'.[12]

1.2.1 (Te) laat in beeld

Veel cliënten met schadelijk gedrag komen door die eerste weerzin die ze oproepen niet op een passende manier, helemaal niet of (te) laat in beeld. Je zou je kunnen afvragen wat we eigenlijk weten van een doelgroep als die zo stelselmatig vermeden is. Kijk bijvoorbeeld eens wat er gebeurde toen ik tijdens een workshop de volgende casus voorlegde aan de zaal.

Casus Joost: een wetenschappelijk persoon?

Joost (52) is verwezen naar mijn praktijk in verband met depressieve klachten en narcistische persoonlijkheidstrekken. Hij zit tegenover me in de eerste kennismaking en praat over zijn vrouw. Zijn toon is afstandelijk, laatdunkend en bezwerend: 'Ze is een grote kleuter. Geen idee hoe ze dat hbo-diploma heeft weten te halen, want slim is ze niet. Ze heeft de typische vrouwelijke eigenschappen niet, ze heeft geen gevoel voor styling en ze kan niet schoonmaken.' Hij vertelt rationeel, zijn eigen emotionele beleving is niet zichtbaar.

→

Ik vroeg de therapeuten in de workshop zich voor te stellen dat ze Joosts therapeut waren en hun eerste automatische gedachten te noteren in een imaginaire exposure direct nadat dit vignet werd voorgelezen. Analyse van de antwoorden laat zien dat bij 85 procent van de deelnemende therapeuten de eerste reactie er een was van irritatie en afkeer. Slechts 11 van de 74 respondenten reageerden neutraal in hun eerste reactie, bevragend en met nieuwsgierigheid. De eerste gevoelens en gedachten bij therapeuten in contact met Joosts gedrag waren bijvoorbeeld 'afkeer', 'walging', 'wat een lul', 'laag intelligent' en 'hier heb ik geen zin in'.

Het effect van de eerste gevoelens en gedachten bij de therapeut op de ontwikkeling van een therapeutische relatie kan enorm zijn. Soms komt de werkrelatie helemaal niet meer van de grond. Joost was een bovengemiddeld intelligente man, hij was eenzaam en kwetsbaar en het nodige was voorgevallen in zijn relatie. Hij kon en wilde reflecteren over zijn eigen misprijzende toon en gedrag.

Disfunctionele coping hangt samen met het niet opgevangen worden bij intrusieve ervaringen of ervaringen van verwaarlozing (zoals bij complex trauma). Dit geldt voor zowel de vermijdende, zelfopofferende stijlen als de agerende, agressief manipulatieve copingstijlen. Behandelaren vangen de antisociale cliënten zoals gezegd echter heel vaak niet op. Therapeuten zijn doorgaans minder empathisch en zorgzaam voor cliënten die vanuit trauma stekelig reageren.[13] Bij antisociaal gedrag wordt posttraumatische stress meestal gekenmerkt door agressie samengaand met wantrouwen en hostiliteit.[14] En deze symptomen leiden gemakkelijk tot hertraumatisering in de vorm van nieuwe ervaringen van afwijzing; een trauma-looping.

De ervaringen uit forensische settings [15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22] bieden aanknopingspunten om ook milder schadelijk interpersoonlijk gedrag eerder te herkennen en te behandelen, voordat het zich mogelijk ontwikkelt tot ernstiger gedrag, zoals delictpleging.

1.3 Benodigde therapeutische vaardigheden

Miller en Moyers, bekend van onder meer de motiverende gespreksvoering, brachten in kaart wat nu de effectieve psychotherapeut onderscheidt van de minder effec-

tieve.[23] Wat zij concludeerden is dat wát de therapeut doet net zo belangrijk is als hóe hij dit doet. De binnenwereld van de therapeut, de eigen ervaring, is ook van belang. Dit wordt wel de *attitude* genoemd.[24] Je moet niet alleen kunnen en weten hoe je therapie moet bieden, maar je moet het ook willen. Je moet *bereid zijn*. Dit is direct relevant in het kader van het hanteren van antisociaal gedrag waar we neigen te weinig te willen. De innerlijke ervaring van jezelf als therapeut, het kweken van bereidheid, moet dus de focus zijn als je je als therapeut verder wilt ontwikkelen.

Je moet nuchter en zuiver kunnen blijven kijken om aanknopingspunten te vinden waarmee je antisociaal gedrag in beeld kunt brengen en er optimaal op kunt reageren. Een goede therapeutische relatie is hiervoor van belang.[25, 26] Daarbij is het in elk geval van belang dat je de tegenoverdracht of *re-enactment* die bij antisociaal gedrag kan opkomen, kunt weerstaan. Re-enactment, ook wel *enactment* of *re-enscenering* genoemd, verwijst naar een proces waarbij onbewuste patronen van interactie en communicatie tussen cliënt en therapeut bestaan. Vaak hangen die patronen samen met (traumatische) interactionele ervaringen in het verleden.[27, 28] Het kunnen hanteren van deze overdrachtsreacties (vanuit de cliënt gericht op de therapeut) of tegenoverdrachtsreacties (vanuit de therapeut richting de cliënt) wordt wel als de kern van therapie omschreven.[29] De reacties op Joost zijn voorbeelden van 'patiëntgebonden tegenoverdracht': objectieve reacties die nu eenmaal vaker ontstaan in contact met bepaalde problematiek, zoals cluster B-problematiek en antisociaal gedrag.[30]

De twee belangrijkste hedendaagse richtlijnen voor behandeling in de forensische sector zijn het *Risk Need Responsivity*-model (RNR) en het *Good Lives*-model. RNR ontstond als reactie op het pessimisme over behandelmogelijkheden bij delinquenten en de overmatige focus op sanctioneren.[31] Het model rust op drie principes: stem de behandelintensiteit af op het risiconiveau van de dader; richt de behandeling op dynamische, criminogene factoren die functioneel samenhangen met delictgedrag, zoals relatieproblemen of middelengebruik; en gebruik (evidencebased) cognitief-gedragstherapeutische methoden, afgestemd op de motivatie, leerstijl en capaciteiten van de dader. Het Good Lives-model biedt een aanvullend perspectief: crimineel gedrag is een manier om in menselijke basisbehoeften te voorzien. Behandeling richt zich daarom op het vinden van prosociale alternatieven voor die behoeftebevrediging.[32, 33] Het Forensisch Kwaliteitskader vormt met deze modellen een nationaal kader voor de forensische zorg, met als kern de therapeutische relatie en de balans tussen veiligheid en persoonsgerichte behandeling.[34] Met deze principes in het achterhoofd kijk je vooral naar factoren die met schadelijk gedrag samenhangen en staar

je je niet blind op veiligheid op zich, noch op het bestaan van een bepaalde classificatie of stoornis op zich, maar probeer je je een beeld op maat te vormen over het samenspel van veiligheid en persoonsfactoren. Deze principes zijn echter nog vrij algemeen: hoe pak je dit in de praktijk aan? Daarop gaat de volgende paragraaf in.

1.3.1 De therapeutische relatie bij antisociaal gedrag

Marsha Linehan ontwikkelde een nieuwe behandelmethode – de dialectische gedragstherapie (DGT) – voor borderline-persoonlijkheidsstoornissen, problematiek waarbij iemand intense emoties ervaart die moeilijk te reguleren zijn, wat leidt tot instabiele relaties, een wisselend zelfbeeld en impulsief gedrag.[35] Linehan was ervaringsdeskundig op dat terrein en wat zij als cliënt miste, waren kernelementen van de therapeutische relatie bij de behandeling van deze ernstige emotionele ontregelingsproblemen. Volgens haar waren dat onder meer validatie en acceptatie.[36, 37] Gevoelens van cliënten moeten als geldig en begrijpelijk worden gezien binnen hun context. Daarnaast constateerde Linehan dat een niet-oordelende, meelevende houding cruciaal is.

De therapeutische relatie bij antisociaal gedrag komt voor een groot deel overeen met die bij borderlineproblematiek, maar wat bepaalde punten betreft vraagt die toch net wat anders. Borderlinecliënten hebben vaak een meer aanklampende neiging en zullen eerder veel vragen van de therapeut dan weinig. Bij antisociaal gedrag is het andersom. De borderlinecliënt roept: 'Help mij', de antisociale cliënt roept eerder: 'Bemoei je er niet mee.' Is het thema bij borderlineproblematiek verbinding en angst die te verliezen, bij antisociaal gedrag is het thema veiligheid. Voor iemand met antisociaal gedrag is het thema vaak dat het niet veilig is om je tot een ander te verhouden. Rijckmans en collega's verdiepten zich in dit vraagstuk door een aantal cliënten met antisociaal gedrag te interviewen die meer of minder goede ervaringen hadden met de ggz.[38] Samen met een interviewonderzoek onder therapeuten komen er aspecten naar voren die specifiek belangrijk zijn wat betreft de vaardigheden en attitude in de therapeutische relatie bij antisociaal gedrag.[39]

Forensische scherpte

Het thema van de behandeling en dus van de behandelrelatie bij antisociaal gedrag is het hanteren van vijandig en subversief gedrag. Een therapeut in contact met antisociaal gedrag heeft daarom forensische scherpte nodig.[40] Deze term verwijst naar waakzaam zijn en kunnen reflecteren en reageren op risicovol gedrag. Je doel is om schadelijk gedrag van je cliënt op tijd onder ogen te zien en in actie te komen om dit te voorkomen. Je laveert tussen 'professionele achterdocht' en compassie en partnerschap.

Stevigheid

Stevigheid, *firmness*, is een belangrijk aspect in de regulering van de interpersoonlijke dynamiek die afwijkt van wat nodig is bij andere stoornissen.[41, 42, 43] Je moet een weerwoord kunnen krijgen, kunnen geven en kunnen hanteren, je moet grenzen durven stellen en niet te voorzichtig zijn.[44]

Neutrale houding

Je hebt een neutrale, zakelijke en praktische houding nodig en die is anders dan bij een reguliere therapeutische relatie. Bij antisociaal gedrag botst een te hoge temperatuur, te veel warmte en empathie met de hechtingsstijl. Soms moet je onorthodox reageren op heftige uitingen, niet schrikken als het wordt verwacht of andersom. De bekende gespreksstijl uit de *emotionally focused therapy* (EFT), de '*Hold me tight*'-methode van Sue Johnson waarbij de therapeut vertraagt en zacht praat, sluit zeker in de beginfase niet aan bij veel cliënten met antisociaal gedrag.[45] Expliciete empathie is vaak te veel, wordt verward met paaien, is men niet gewend en voelt bedreigend.

De universele behoeften van de cliënten aan autonomie, respect en vertrouwen, verdienen bijzondere aandacht bij cliënten met antisociaal gedrag omdat die vaak moeite hebben met autoriteit[46] en met het accepteren van zorg.[47] Er is een samenspel nodig van respect tonen en krijgen zonder dat er autoritair wordt gedaan. Het laten ervaren van gelijkwaardigheid verdient daarom extra aandacht, zeker als er sprake is van onvrijwillige behandeling.

Je moet daarnaast authentiek zijn en ervoor zorgen dat je rol als therapeut niet strijdig is met jezelf als persoon. Openheid en eerlijkheid zijn cruciaal; de cliënt met antisociaal gedrag is alert op verborgen agenda's en boodschappen. Het is belangrijk om zonder oordeel te zijn, ook in confrontatie met stuitende opmerkingen of agressief gedrag, of te kunnen oordelen op een therapeutische manier.

Timing

In de timing is het goed rekening te houden met de zorgfobie die er vaak is bij mensen met antisociaal gedrag. Het contrast met de hechtingsstijl van een cliënt met antisociaal gedrag is te groot als je 'te verbindend' bent, of te snel te diep wilt gaan.[48] Er zal eerst enige veiligheid moeten ontstaan bij het krijgen van zorg. Door dit wantrouwen en het soms vijandige gedrag kan de relatieontwikkeling meer tijd kosten.[49] Sommige cliënten met antisociaal gedrag zullen de behandeling en jou als behandelaar misschien willen wegduwen en 'het zelf willen doen'. Zij zullen hun problemen en de gevolgen van hun gedrag willen bagatelliseren. Dat past nu eenmaal beter bij

hun hechtingsstijl en de gedragspatronen die zij hebben ontwikkeld. Jouw opdracht is om het vertrouwen in jou, en daarmee de behoefte aan contact met jou, te laten groeien, zodat er een fase van enige veilige afhankelijkheid kan ontstaan. Die is bij mensen met contactproblemen nu eenmaal nodig om in therapie te kunnen groeien. Een afhoudende houding van je cliënt kun je zien als passend bij een eerdere fase van de behandeling, en niet als een teken dat er geen hulpbehoefte is.

Schakelen

Net als de ervaringsdeskundige Marsha Linehan kunnen cliënten met antisociaal gedrag ons heel goed leren wat therapeuten moeten doen om hen te benaderen.[50] Het zijn de cliënten die niet aansluiten bij de gangbare therapieën en therapeutische relatiestijlen die ons leren wat we als therapeut nog meer zouden moeten kunnen laten zien**.** Het is zaak de aspecten die in elke therapeutische relatie thuishoren niet weg te laten bij de behandeling van schadelijk gedrag, maar het repertoire uit te breiden. Een antisociale, manipulatieve cliënt kan momenten hebben dat hij een nabije houding even nodig heeft en een reguliere cliënt kan momenten hebben dat hij waakzaamheid en stevigheid nodig heeft. Bij afwijzende cliënten is het soms moeilijk om als therapeut de ruimte te voelen om te schakelen. Het doel is dat je als therapeut met veel verschillende typen cliënten een relatie kunt opbouwen en je stijl kunt aanpassen en tussen verschillende stijlen leert schakelen. Dit schakelen – *koorddansen* soms – is ook nodig in het contact met collega's en ketenpartners. De dynamiek kan zich namelijk uitbreiden naar systemen, ook professionele systemen. Meer hierover lees je in hoofdstuk 11.

1.4 Wat gaat er nu mis in het contact met antisociaal gedrag?

Mensen met antisociale problematiek hebben vaker een geschiedenis van geweld en onveilige vermijdende patronen in de gehechtheid en verloochenen het belang van hechtingsrelaties. Veel cliënten maakten als kind verwaarlozing mee of strenge bestraffingen. Ze zijn vervolgens in staat om hechtingsprocessen te deactiveren als dat mogelijk is.[51, 52] De gehechtheidsstijl bij veel antisociale problematiek wordt ook wel omschreven als de *afwijzend onverschillige gehechtheidsstijl*,[53] of als *gedesorganiseerde hechting*.[54, 55] Iemand met antisociaal gedrag verbindt niet of op chaotische wijze, omdat hij verwacht dat de ander ook niet met hem zal verbin-

‘Petra Lenssen schreef een uiterst toegankelijk boek dat ggz-behandelaren helpt om los te komen van hun vooroordelen en stereotypen over cliënten met antisociaal gedrag. (...) Het is ronduit bewonderenswaardig hoe de auteur de therapeutische relatie telkens weer een constructieve wending weet te geven, juist bij cliënten met wie het zeer lastig kan zijn om een vertrouwensrelatie op te bouwen. Dit boek verdient volop aanbeveling.’

– Prof. dr. Anton Hafkenscheid,
klinisch psycholoog en psychotherapeut

Manipulatie, agressie, gevoelloosheid en grensoverschrijdend gedrag kunnen bij behandelaren ongemak, weerstand of zelfs angst oproepen. Hoewel antisociaal gedrag vaak wordt geassocieerd met de forensische zorg, krijgen ook professionals in de reguliere ggz ermee te maken – soms heel duidelijk, soms in subtielere vormen.

Hoe herken, begrijp en behandel je schadelijk gedrag? En hoe ga je om met wat dit gedrag bij jou als behandelaar oproept? Juist door ongemak te verdragen en te onderzoeken, ontstaat ruimte voor contact en verandering.
Aan de hand van wetenschappelijke inzichten en veel casuïstiek wordt duidelijk hoe je een werkbare therapeutische relatie opbouwt, grenzen stelt zonder het contact te verliezen en cliënten helpt verantwoordelijkheid te nemen voor hun gedrag.

Antisociaal gedrag begrijpen is een praktijkgericht boek voor behandelaren die met meer rust, nieuwsgierigheid en stevigheid complexe therapeutische situaties willen aangaan.

Petra Lenssen is gz-psycholoog-psychotherapeut en heeft een eigen praktijk in de specialistische ggz. Ze heeft ruim dertig jaar ervaring in de forensische en reguliere ggz.

boom.nl

9 789024 475209