

Forensische psychotherapie, een vorm van psychiatrische psychotherapie?

door T.H. Que en H. Groen

Samenvatting

In dit artikel staat de vraag centraal of forensische psychotherapie een vorm van psychiatrische psychotherapie is. Door het beschrijven van de forensisch-psychotherapeutische praktijk in Nederland wordt deze vraag bevestigend beantwoord. Forensische psychotherapie is gericht op het verminderen van gevaar en de kans op recidive. Kenmerkend hiervoor zijn dan ook de relatie tussen het delict(gevaar) en de psychopathologie en het spanningsveld als gevolg van de triade: de maatschappij (vertegenwoordigd door de strafrechter), de patiënt en de therapeut. Vanwege dit spanningsveld, maar ook omdat de psychotherapie vaak onderdeel is van een uitgebreider behandelplan, kan forensische psychotherapie alleen op adequate wijze in teamverband uitgevoerd worden. Naast de psychotherapeut is er in dit team in ieder geval een (rapporterende) functionaris nodig die primair voor de contacten met de maatschappij zorgt. Tot slot worden in dit artikel besproken de vereiste specifieke deskundigheid van de therapeut en het verschil tussen psychotherapie in de gevangenis en forensische psychotherapie.

Inleiding

De laatste jaren zijn patiënten die met strafrecht in aanraking zijn gekomen, meer en meer een beroep gaan doen op de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Ook het aantal TBS-gestelden groeit (maandcijfers van het ministerie van Justitie), en binnen de GGZ heeft daderbehandeling, als specifieke behandelmethodiek, de aandacht gekregen (Frencken en Van Stolk 1990). Hierdoor zijn er in zowel het forensisch-psychiatrisch veld alsook in de GGZ allerlei ontwikkelingen op gang gekomen. Naast de traditionele klinische forensisch-psychiatrische instellingen, zoals de TBS-klinieken, zijn er forensisch-psychiatrische afdelingen, forensisch-psychiatrische poliklinieken en centra voor forensisch-psychiatrische deeltijdbehandeling opgericht. Ook zijn er een drietal nieuwe forensisch-psychiatrische instellingen en een instelling voor forensische verslavingszorg gepland. Beleidsmatig worden circuitvorming en samenwerking tussen forensisch-psychiatrische instellingen en instellingen van de GGZ gestimuleerd.

Van oudsher ging men er in Nederland van uit dat het delict en/of het gevaarlijk gedrag voortkwam uit de bij de patiënt aanwezige persoonlijkheidspathologie. Adequate behandeling van deze pathologie zou derhalve resulteren in het niet meer optreden van het ongewenste gedrag. Voor de definitie van persoonlijkheidsstoornissen en bij de diagnostiek en behandeling werd vooral het psychoanalytisch referentiekader gehanteerd. Mede daarom hebben de psychotherapie en de op psychotherapeutische methoden gebaseerde behandelingen altijd een belangrijke plaats in de behandeling gehad. Hét voorbeeld van een op deze wijze opgezette behandeling kon men in de jaren zeventig tot begin jaren negentig vinden in de Dr. S. van Mesdag Kliniek in Groningen (Van Marle 1995).

Veranderingen in de problematiek van de patiënten en verschillende vakinhoudelijke en maatschappelijke ontwikkelingen hebben ertoe geleid dat men opnieuw is gaan stilstaan bij de vraag welke vorm van psychotherapie voor deze doelgroep geïndiceerd is. Recent wees Raes (1996) erop dat de maatregel TBS minder vaak wordt uitgesproken bij de van oudsher klassieke problematiek, namelijk 'psychopathie'. De combinatie van As II- en As I-stoornissen komt onder de TBS-gestelden meer en meer voor, vooral de combinatie van persoonlijkheidsstoornissen en de psychotische stoornissen.

Kortmann (1994) signaleert in de psychiatrie een toenemende belangstelling voor het biomedisch denken. Met de opkomst van de gedragstherapie werd het accent van de behandeling meer gelegd op het delict zelf en werd de opvatting 'no cure, but control' populair (Van Beek en Mulder 1991). Inmiddels gaat men ervan uit dat bij de forensisch-psychiatrische behandeling, die zich richt op (een verminderen van) het delictgevaar, de behandeling van de persoonlijkheidsstoornis(sen) alléén er niet vanzelfsprekend toe leidt dat de patiënt minder recidivegevaarlijk wordt. Veel auteurs benadrukken, zij het de één meer dan de ander, dat behandeling van het delictgevaar een multiconceptuele analyse en een multimethodische en integratieve benadering vraagt (Kramer en Kuijpers 1989; Van Beek en Mulder 1991; De Haas 1994; Que 1994 en Groen 1996).

Door de uitbreiding van het behandelaanbod met forensische poliklinieken en centra voor forensische dagbehandeling hebben we een ander type patiënt leren kennen (o.a. Mulder 1995). Ook bij deze groep is een dergelijke multiconceptuele, multimethodische benadering geïndiceerd. De ontwikkelingen in de psychotherapie en maatschappelijke ontwikkelingen zijn dus aan het forensische veld niet voorbijgegaan. Dit geldt ook de roep om een klachtgerichte, kortdurende directieve benadering, een meer op doelgroepen georiënteerde aanpak, integratie van de referentiekaders en de wenselijkheid van effectmeting en efficiency.

Psychotherapie heeft een belangrijke plaats in de behandeling van de

forensisch-psychiatrische patiënt behouden en wordt nu gedefinieerd als forensische psychotherapie. Dat deze term ook internationaal in gebruik is geraakt, komt tot uiting in de oprichting van de International Association for Forensic Psychotherapy in 1991 en in de verschijning in 1996 van het boek 'Forensic Psychotherapy' (red. Cordess en Cox).

In dit artikel wordt eerst beschreven wie de belanghebbenden bij deze vorm van psychotherapie zijn. Vervolgens wordt ingegaan op de vraag en de kenmerken van deze belanghebbenden. Daarna wordt beschreven hoe de forensische psychotherapie een antwoord op deze vragen geeft en wat de forensische psychotherapie onderscheidt van psychotherapie bij delinquenten. Tot slot wordt ingegaan op de vraag of forensische psychotherapie een vorm is van psychiatrische psychotherapie. Niet alleen voor de leesbaarheid, maar vooral omdat de patiënten voornamelijk mannen zijn, wordt in dit artikel de mannelijke vorm gebruikt.

Afgelopen jaren heeft een landelijke werkgroep zich gebogen over de definitie en de inhoud van de forensische psychotherapie. Dit artikel is dan ook mede gebaseerd op de discussies in deze werkgroep.¹

Forensische psychotherapie, voor velen van belang

Het voorvoegsel 'forensische' geeft aan dat er een relatie is met het gerecht en met name het strafrecht. Van Dale (1995) geeft onder andere aan: 'gerechtelijk: die zich bezighoudt met strafrechtelijke expertises (betreffende verwondingen, toerekeningsvatbaarheid e.d.)'. Via de strafrechtelijke kanalen, procedures en sancties komt de patiënt in aanraking met de forensische psychotherapie. Naast de patiënt zijn daarom personen die bij deze procedures en sancties betrokken zijn, zoals strafrechters, te beschouwen als belanghebbenden. Indirect is hierdoor de 'Nederlandse samenleving' de belanghebbende. De term strafrechter zal gebruikt worden om alle personen aan te geven die de strafrechtelijke sancties opleggen, waardoor de patiënt met forensische psychotherapie in aanraking komt.

Bij het vaststellen van een strafrechtelijke sanctie heeft de strafrechter te maken met de doelen van het strafrecht. Deze hebben in grote lijnen te maken met vergelding en preventie (Enschede 1987). Vergelding en behandeling gaan niet samen, ook al beleeft de patiënt dit niet altijd zo. Forensisch-psychiatrische behandeling en forensische psychotherapie hebben hierdoor altijd te maken met preventie, en vanwege de ernst van de delicten die de patiënten hebben gepleegd ook altijd met (maatschappelijke) veiligheid. In de nota: 'TBS, een bijzondere maatregel' (1991) wordt het doel van de maatregel TBS expliciet beschreven: 'de beveiliging van de samenleving tegen onaanvaardbare recidiverisico's'. Bij elke forensische behandeling wordt dit preventieve doel vooropgesteld, dat wil zeggen dat bij het optreden van onaanvaardbare risico's ook op andere dan direct psychotherapeutische wijze gehandeld moet

kunnen worden. Overigens zijn, na geconstateerd te hebben dat er onaanvaardbare risico's zijn, het bespreekbaar maken en het hiernaar handelen vormen van realistisch grenzen stellen en daarmee ook als psychotherapeutische interventies te beschouwen.

Bij elke strafrechtelijke sanctie zal de strafrechter rekening houden met de doelmatigheid van de sanctie. De strafrechter verlangt dus resultaat van de sanctie, in ons geval van de psychotherapie, en zal het effect ervan evalueren. Hierdoor is er sprake van een zekere druk om een resultaat te behalen. Vaak is een dergelijke druk nodig en gewenst om resultaat in de behandeling mogelijk te maken. Hierin komen de wensen en belangen van de strafrechter en de behandelaars met elkaar overeen. De wensen en doelen van de patiënt hebben vaak te maken met een vaag gevoel dat 'er wat fout is gegaan' en met de wens te voorkomen dat 'zoiets nog een keer gebeurt'. In feite een 'preventie-wens'. Hierin komen de wensen van patiënt en strafrechter met elkaar overeen. De patiënt heeft nog een ander belang. Door te kiezen voor behandeling, bijvoorbeeld psychotherapie, wordt hij, indien deze behandeling resultaat heeft, 'beloond' met een kortere vrijheidsbeperking: bijvoorbeeld een kortere gevangenisstraf of een niet verlengen van de TBS met verpleging. Aldus is er een triade ontstaan tussen strafrechter (maatschappij), patiënt en behandelaar, waarbinnen wensen en belangen deels overeenkomen en deels verschillen. Het geheel leidt tot een soms moeilijk bestuurbaar spanningsveld.

Om de juridische constructies en het spanningsveld waarbinnen de forensische psychotherapie bedreven wordt goed te kunnen begrijpen is het belangrijk om stil te staan bij enkele kenmerken van de strafrechtelijke sancties en van de patiënt. Hier worden alleen de sancties besproken die de basis vormen voor de juridische constructies waardoor de forensische psychotherapie mogelijk wordt. De rechter laat zich hierbij veelal adviseren door gedragsdeskundigen (psychiater, psycholoog), in samenspraak met de reclassering. Het gaat om de sancties: de voorwaardelijke straf en de maatregel TBS (al dan niet met verpleging). Aan de voorwaardelijke straf kan de voorwaarde verbonden worden dat de patiënt in psychotherapie gaat. Psychotherapie kan ook opgenomen worden in het behandelplan van een patiënt aan wie de maatregel TBS is opgelegd. Voorts is het voorwaardelijk sepot van belang. Hierbij wordt het strafproces beëindigd voordat de strafrechter een uitspraak doet. Er is dus geen sprake van een sanctie. Ook aan het voorwaardelijk sepot kan de voorwaarde gesteld worden dat de patiënt in psychotherapie gaat.

In alle hierboven genoemde juridische constructies is sprake van een dwang/drangsituatie. De patiënt heeft in principe altijd een keuze, zij het dat de keuze beperkt is. Hij wordt voortdurend 'gedwongen' te kiezen tussen twee alternatieven, namelijk een langere periode van vrijheidsberoving/gevangenisstraf of een kortere periode van vrijheidsbe-

roving/gevangenisstraf in combinatie met een vorm van behandeling, in ons geval psychotherapie. Hier is dus sprake van een dwangsituatie. Indien de patiënt zich daarna niet aan de voorwaarden houdt en/of indien de behandeling onvoldoende effect heeft op de vermindering van het recidiverisico, volgt in principe uitvoering van de voorwaardelijk opgelegde straf, kan de TBS verlengd worden of wordt het strafproces heropend. Op deze manier is er bij forensische psychotherapie steeds sprake van een stok achter de deur, een drangsituatie, waarmee de behandelaar, het therapiedoel dienend, moet kunnen omgaan. Deze situatie is in zekere zin te vergelijken met de ambulante dwangbehandeling die De Turck en Van den Berg (1994) beschrijven.

Alle sancties dienen te worden getoetst op hun doelmatigheid. In feite houdt dit in dat nagegaan moet worden of de patiënt zich aan de voorwaarden houdt en/of van de behandeling een preventieve werking uitgaat. Er kan alleen getoetst worden indien over de behandeling gerapporteerd wordt. Ook dit heeft een expliciete plaats in de behandel-situatie, immers er wordt gerapporteerd aan een derde partij, een niet-behandelaar, die niet primair het belang van de patiënt dient.

Kenmerkend voor forensische psychotherapie zijn dus het preventiedoel, namelijk het verminderen van het risico op een recidive, de dwang/drangsituatie ten gevolge van een strafrechtelijke sanctie, en als derde de daarmee verbonden noodzaak tot rapportage aan een derde partij om een oordeel over doelmatigheid van de sanctie mogelijk te maken.

Van de patiënt zijn een aantal kenmerken van groot belang. Deze kenmerken zijn direct gerelateerd aan de criteria die gehanteerd worden om als justitiabele in aanmerking te komen voor een psychiatrische/psychotherapeutische behandeling. Vaak onderscheiden deze criteria de patiënten van de reguliere GGZ-patiënt. Allereerst is er sprake van een ernstig delict, dat bewezen werd geacht en waarvan de patiënt meestal erkent de dader te zijn. Daderschap is hiermee een tweede belangrijk kenmerk van de doelgroep. Ook is er altijd sprake van ernstige psychopathologie. Tot slot wordt het aannemelijk geacht dat er een relatie bestaat tussen het delict en de psychopathologie, dat door deze relatie het risico van een recidive van hetzelfde delict of het plegen van een vergelijkbaar delict groot is en dat de behandeling van de psychopathologie het risico van een recidive of van het plegen van een vergelijkbaar delict kan verkleinen.

In DSM-IV-terminologie is er bij de patiënt veelal sprake van kenmerken van meerdere persoonlijkheidsstoornissen, vaak uit het cluster B, menigmaal ook uit de twee andere clusters. De patiënten zijn impulsief, prikkelbaar, oneerlijk, agressief en kennen een gebrek aan empathie. Dit zijn trekken die de omgang met anderen niet eenvoudig maken. Toenemend wordt de persoonlijkheidspathologie gezien in combinatie met één of meerdere As I-stoornissen, zoals bijvoorbeeld

verslavingen, parafilieën, psychosen. Dolan (persoonlijke mededeling, II European Congress on Disorders of Personality, Milaan 1996) beschouwt het voldoen aan de criteria van meerdere stoornissen als maat voor de ernst van de psychopathologie. Hiervan uitgaande hebben we dus te maken met een zeer ernstig gestoorde groep. Door de combinatie van As I- en As II-stoornissen is de patiënt vaak al buiten de boot van de reguliere psychiatrie gevallen. Hij is hierdoor immers vrijwel altijd een lastige, 'onaantrekkelijke' klant.

De persoonlijkheidsstoornissen zijn deels te begrijpen vanuit een jeugd, gekenmerkt door affectieve en pedagogische verwaarlozing. Bij velen is er in de vroege jeugd ook sprake geweest van ernstige mishandeling en (seksueel) misbruik. Veel daders zijn dus zelf slachtoffer geweest. Verder spelen ook biologische factoren een rol (zie o.a. Gabbard 1994; Millon 1996).

Een aantal kenmerken zijn niet zozeer te vatten binnen de DSM-systematiek en vragen expliciet aandacht. Het gaat om de (combinatie van) kenmerken die het juist zo lastig en ook zo uitdagend maken om met deze groep patiënten te werken en die voor de praktijk van de forensische psychotherapie van groot belang zijn. In de eerste plaats zijn dit interpersoonlijke kenmerken (Reiger 1977): de intolerantie voor angst, spanning en frustratie, het onvermogen bevredigingen uit te stellen; het wantrouwen in de mens; de enorme kwetsbaarheid voor kritiek, voor onvoldoende erkenning en voor het ontbreken van aandacht voor zijn persoon; het min of meer ontbreken van echte vrienden, werkelijke liefdesrelaties en draagkrachtige familie- of gezinsbanden, de onbestemde, ontevreden stemming met depressieve trekken, een verregaand instabiel zelfgevoel en de specifieke relatiestoornissen, waarin vooral egocentrisme opvalt. Door de grote gevoeligheid voor milieu-factoren ontstaat een grote verscheidenheid in de gepresenteerde psychiatrische beelden: een kleine verandering in de omstandigheden kan grote gevolgen hebben.

In de tweede plaats is bij deze groep patiënten ook vaak sprake van een sadistisch en/of lacunair geweten. Deze stoornissen in de ontwikkeling van het super-ego worden door onder anderen Kernberg (1984), Kuiper (1984) en Gabbard (1994) beschreven.

Ten derde wordt vaak over de patiënten uit de doelgroep de klacht geuit dat zij weinig of niet gemotiveerd zijn of dat hun de wil om te veranderen ontbreekt. Juist door deze kenmerken is ook voor een psychotherapeutische behandeling een zekere dwang/drang gewenst.

Forensische psychotherapie, antwoord op de vraag van strafrechter en patiënt: de kenmerken

Forensische psychotherapie: werken met en in specifieke relaties – In het voorgaande is betoogd dat er bij forensische psychotherapie naast de patiënt

sprake is van ten minste twee andere belanghebbenden, namelijk de strafrechter (indirect de maatschappij) en de behandelaar. Forensische psychotherapie speelt zich hiermee altijd af binnen de triade: strafrechter - patiënt - psychotherapeut. Deze triade kan zeer dynamisch zijn: iedereen kan het met elkaar eens zijn/dezelfde belangen hebben, iedereen kan het met elkaar oneens zijn etc. Omdat bij de dynamiek van de triade niet alleen formeel-juridisch-organisatorische aspecten maar ook overdrachts- en tegenoverdrachtsfenomenen spelen, is het voor de forensisch psychotherapeut belangrijk de dynamiek te kennen, te herkennen en er rekening mee te houden. De aard en inhoud van deze dynamiek moeten gebruikt worden bij de analyse van het psychotherapeutisch proces omdat zij belangrijke informatie geeft over de wijze waarop de patiënt zich inzet voor de behandeling. Zo kan hij bijvoorbeeld bij de rechter een grote motivatie tonen, terwijl in de kamer van de therapeut alleen weerstand en negatieve tegenoverdracht worden vastgesteld. Indien door de reclassering gevraagd zou worden om te rapporteren, zou dit verschil kunnen leiden tot een groter voorwaardelijk strafdeel en een langere proeftijd. De forensisch psychotherapeut dient ervan uit te gaan dat een goed verlopend psychotherapeutisch proces altijd gepaard moet gaan met spanningen in deze triade. Ontbreekt deze spanning, die vaak ook het interne conflict van de patiënt representeert, dan moet de therapeut zich beraden op de voortgang van het proces. Wordt de spanning te groot, dan kan dit leiden tot een verbreken van het behandelcontact.

Op het eerste gezicht lijkt er tussen de drie partijen overeenstemming te zijn over het doel van de psychotherapie: preventie, het risico verminderen van een recidive of het begaan van een vergelijkbaar delict. Omdat het resultaat niet eenduidig meetbaar is en de strafrechter, bijvoorbeeld bij het verlengen van de maatregel TBS met verpleging, ook andere argumenten mee weegt, kunnen er in de loop van de psychotherapie tussen de partijen verschillen van mening ontstaan of het doel bereikt is, dat wil zeggen dat het recidiverisico acceptabel verkleind is of nog niet. Vaak zijn er in de loop van een forensische psychotherapie momenten waarop de patiënt als enige ervan overtuigd is dat de dwang/drangsituatie niet meer nodig is. In andere situaties kan de rechter besluiten een maatregel niet te verlengen, terwijl de behandelaars ervan overtuigd zijn dat continueren van de behandeling vanwege het recidiverisico beslist geïndiceerd is. Van groot belang is in deze ook het spanningsveld tussen de vertrouwelijkheid van de psychotherapie en de wens van de strafrechter, die gezien de ernst van de delicten vaak meer als een eis beschouwd kan worden, om geïnformeerd te blijven over de voortgang van de behandeling.

In de dyadische relatie met de psychotherapeut kunnen patiënten tot gedrag komen dat antitherapeutische effecten kan hebben, tenzij op adequate wijze op dit gedrag gereageerd wordt. Gabbard (1994) be-

schrijft bijvoorbeeld het externaliseren en het splitsen als typisch gedrag van de patiënt met een antisociale-persoonlijkheidsstoornis. Looche-ning van de ernst van het delict komt vaak voor bij de forensisch-psy-chiatische patiënt. Dit gedrag is voor een psychotherapeut die niet be-kend is met het forensische werk, vaak zeer moeilijk te hanteren.

Van groot belang zijn ook de 'specifieke relatiestoornissen' (Reiger 1977), die te maken hebben met 'het onvermogen te beseffen dat de ander een eigen leven, eigen wensen en eigen relaties met derden heeft'. Hoewel deze relatiestoornissen niet specifiek zijn voor de foren-sische patiënt, maakt het feit dat de forensische psychotherapie in de eerder beschreven triade plaatsvindt, het vaak voor de psychotherapeut extra gecompliceerd.

Casus

Jan wordt voor de tweede keer veroordeeld in verband met pedofilie. Na de eerste veroordeling onttrok hij zich aan de behandeling omdat hij vond dat zijn pedofiel zijn niet afwijkend was. Hij refereerde hierbij aan publicaties van een Nederlandse auteur. De eerste maal was duidelijk geworden dat zijn pedofilie deels begrepen kon worden vanuit zijn onvermogen zijn eigen volwassen seksualiteit te beleven. De absolute ver-oordeling en afkeuring van moeder van zijn geslachtelijk volwassen worden waren hier debet aan. Hij realiseerde zich dat het bewerken van dit angstbeladen aspect van zijn emotionele leven veel van hem zou eisen maar hem wellicht gelukkiger zou kun-nen maken en daarmee minder recidivegevaarlijk, hoewel hij bleef onderstrepen dat de maatschappij te bekrompen was.

Het advies van de rapporterende functionaris aan de reclassering was: een korte onvoorwaardelijke straf en een lang voorwaardelijk deel, met lange proeftijd. Doel van deze interventie was Jan duidelijk te maken wat de gevangenis inhield en daarmee wat de consequentie zou zijn als hij zich aan behandeling zou onttrekken. Hiermee werd maximale en optimale drang ten behoeve van de therapie gegeneerd om hem te helpen het kader te bouwen waarbinnen een werkrelatie zich kon ontwikkelen, teneinde toe te komen aan het belangrijke deel van de therapie: de relatie met moe-der. Daarnaast zou het delictpreventiemodel met hem worden doorgewerkt.

De rechter deed conform uitspraak, waarbij hij er geen misverstand over liet be-staan dat de onvoorwaardelijke gevangenisstraf wat hem betrof alleen te maken had met de maatschappelijke vergelding.

Forensische psychotherapie: gericht op delictpreventie – Strikt genomen is het bij een forensische behandeling alleen geïndiceerd de aan het delict ge-relateerde psychopathologie te behandelen. Voor elke behandeling dient de relatie tussen de psychopathologie en het delict nader geanaly-seerd te zijn. Deze analyse moet de bouwstenen aandragen voor een behandelplan dat gericht is op delictpreventie. Hierbij wordt het delict a priori als het belangrijkste te behandelen 'symptoom' gezien. Wat uit-gangspunten, systematiek en aanpak betreft verschilt de op delictpre-ventie gerichte diagnostiek niet van de integrale, op een biopsychosoci-aal model gebaseerde psychiatrische diagnostiek. De analyse van het

delict is multiconceptueel van aard, de (psychotherapeutische) behandeling derhalve multimethodisch en gebaseerd op het uitgangspunt dat concepten en methoden geïntegreerd dienen te zijn.

Forensische psychotherapie: daderbehandeling én slachtofferbehandeling – Forensische psychotherapie is daderbehandeling. In grote lijnen krijgen thema's zoals schuld en conflictbesef, verantwoordelijkheid nemen, empathie voor het slachtoffer en realistische terugvalpreventiestrategieën een plaats in de behandeling (zie o.a. Frencken en Van Stolk 1990; Van Beek en Mulder 1991). Gezien de ernst van de psychopathologie moet altijd rekening worden gehouden met de draagkracht van de patiënt.

Een groot aantal patiënten is ook zelf slachtoffer van grof (seksueel) geweld. Ook deze kant moet in de behandeling aandacht krijgen, door middel van een traumagerichte aanpak. Gebeurt dit niet, dan is de ontwikkeling van empathie voor het gemaakte of te maken slachtoffer niet te verwachten. Wanneer er wel een doorvoeld besef van het eigen slachtoffer zijn ontstaat, is het zich verplaatsen in hetgeen hij het slachtoffer aandeed, weliswaar pijnlijker maar hechter en oprechter.

Forensische psychotherapie: teamwerk – Om een aantal redenen is het alleen verantwoord om forensische psychotherapie in teamverband te doen. Er is bij forensische psychotherapie altijd sprake van een risico op een recidive, en voortdurend zal dit risico gewogen moeten worden. Dit is inherent aan de 'beveiligingsopdracht/beveiligingstaak', die specifiek is voor de forensische setting. Bij de beveiligingstaak hoort de rapportageplicht aan de strafrechter. Als de psychotherapeut ook de eindverantwoordelijkheid voor deze beveiligingstaak heeft, kan hij zijn taak als psychotherapeut niet optimaal uitvoeren. Hij heeft dan immers voortdurend ook, misschien zelfs primair, een controlerende taak en rol. Dit is niet te rijmen met zijn positie als psychotherapeut. Toch zal er een controlerende en rapporterende instantie moeten zijn. In vele forensische settingen is dit de taak van een functionaris die niet in direct uitvoerende zin bij de behandeling betrokken is. Deze functionaris heeft de verantwoordelijkheid om te oordelen of het (nog) verantwoord is om de psychotherapie voort te zetten en of de psychotherapie nog geïndiceerd is. Hij kan deze taak alleen uitvoeren indien hij de nodige informatie van de uitvoerende behandelaars krijgt, in het geval van een forensische psychotherapie dus ook van de psychotherapeut. In het forensische veld wordt verschillend gedacht over deze rapportageplicht. Sommigen vinden dat dit op gespannen voet staat met de vertrouwelijkheid van de psychotherapie en dus met de essentie van psychotherapie. Anderen, onder wie beide auteurs, vinden dat de beveiligingstaak alleen op verantwoorde wijze uitgevoerd kan worden indien de psychotherapeut in alle openheid over de psychotherapie spreekt en rapporteert. Zij gaan ervan uit dat de betrouwbaarheid van de therapeut

belangrijker is dan de vertrouwelijkheid van de psychotherapie. De strikte geheimhouding kan overigens op indicatie expliciet afgesproken worden. Uiteraard dient een en ander duidelijk en van tevoren met de patiënt te worden doorgesproken. In een behandelovereenkomst moet expliciet worden opgenomen hoe met informatie omgegaan zal worden, zowel onderling als ten aanzien van derden. Hierbij zijn vooral de reclassering, de politie en justitie een belangrijke partij.

Zoals eerder beschreven is er sprake van een aantal specifieke relaties, die voor specifieke spanningsvelden zorgen. Naar onze mening is een forensische psychotherapie alleen goed uit te voeren indien men de hierboven beschreven relatie patiënt - psychotherapeut - rapporterende functionaris ook voor therapeutische doeleinden gebruikt. Met deze triade heeft men de triade met de strafrechter als het ware in de eigen organisatie gehaald. De dynamiek van de relaties tussen de verschillende functionarissen die betrokken zijn bij het behandelproces, dient bij de besluitvorming over de inhoud van de rapportage en het advies aan de strafrechter meegewogen te worden. Tot slot is forensische psychotherapie teamwerk, omdat de psychotherapie, ook de ambulante psychotherapie, vaak een onderdeel van een uitgebreider behandelplan is waar meerdere disciplines aan meewerken. De behandeling is multimethodisch en wordt door specialisten op de verschillende deelterreinen uitgevoerd. Zowel de behandeling als de behandelaars worden door een goed behandelinhoudelijk management op elkaar afgestemd.

Forensische psychotherapie: eisen aan de psychotherapeut – Weinig patiënten weten zulke heftige gevoelens op te wekken als de patiënten van onze doelgroep. De Haas (1994) schreef, tamelijk eufemistisch: ‘... het zijn meestal geen nette mensen’. Niet alleen roept het delict vaak weerzin op, ook is de intensiteit van overdrachts- en tegenoverdrachtsgevoelens groter dan bij de reguliere psychotherapieën. De psychotherapeut moet in staat zijn deze heftige gevoelens te hanteren.

Al eerder is gesteld dat de forensisch psychotherapeut ook in staat moet zijn de dyadische psychotherapie in een triadische behandelcontext uit te voeren. Een derde persoon structureel in alle openheid mee laten kijken en laten oordelen of een psychotherapie nog verantwoord en/of nog geïndiceerd is, vraagt een speciale beroepshouding en voldoende beroepsidentiteit. Verder zal de forensisch psychotherapeut voldoende stabiliteit, flexibiliteit en technische vaardigheden moeten hebben om op adequate wijze in te gaan op de vaak zeer wisselende behoeften van de patiënten. Ook wat dit onderwerp betreft zijn er verschillende meningen in het forensisch-psychotherapeutische veld. Volgens sommigen dient de psychotherapeut van één referentiekader uit te gaan, anderen kiezen voor een multimethodische aanpak. De mogelijkheid met de patiënt de vaak zeer pijnlijke en lege ruimte van de kin-

dertijd te betreden en te onderzoeken vereist neutraliteit, die de therapeut moet kunnen behouden, zonder afstandelijker te worden. Om dit te kunnen moet hij reflecteren, al dan niet in open overleg en gesprek met collega's.

Forensische psychotherapie: eisen aan de organisatie – Forensische psychotherapie vraagt een organisatie waar het in teamverband werken in de dyades en triades mogelijk is, en waar begrip, tijd en geld zijn voor het noodzakelijke, soms vele overleg. In de organisatie moet een fascinatie bestaan voor de verschillen van mening en spanningen, die, door de triade, per definitie ontstaan. Daarnaast moet men de vrijheid voelen hierover in openheid te praten. Groen (1996) beschrijft een model waarin de behandeling van een patiënt beschouwd wordt als een project. De behandeling wordt aangestuurd met behulp van een behandelplan. De verschillende onderdelen van dit behandelplan worden uitgevoerd door medewerkers van verschillende disciplines, die tezamen met de patiënt de projectleden zijn. Onder de eindverantwoordelijkheid van een psychiater zorgt een hoog opgeleide projectleider (afhankelijk van de problematiek: psychiater, klinisch psycholoog of psychotherapeut) voor de integratie van de verschillende onderdelen van het behandelplan. Steun en ruimte om na een moeilijke psychotherapie wat van de opgedane emoties kwijt te kunnen zijn van groot belang, om burn-out te voorkomen. Ook dient de directe veiligheid van de medewerkers gegarandeerd te zijn. Bij een dreigende recidive moet direct overlegd kunnen worden en moet intensivering van het behandelcontact evenals het overleg met externe partners mogelijk zijn.

Casus

Jan wordt ambulante behandeld door een individueel therapeut, een gedragstherapeut en een maatschappelijk werker, en in een latere fase door een psychiater. Extern wordt hij begeleid door de reclassering. Het geheel wordt geleid door een projectleider.

Bij de dynamisch georiënteerde individueel therapeut wordt het Jan langzaam duidelijk hoe hij zich had aangepast aan de psychologische behoeftes van zijn moeder, die hem alleen maar heel klein liet zijn en elke groei met indringende afwijzing coupeerde. Eén van de thema's bij de gedragstherapeut was: 'als ik me klein ga voelen ontstaat er sneller een verliefdheidsgevoel'. De relatie tussen de beide gespreksonderwerpen kon dankzij de open communicatie tussen de therapeuten snel gelegd worden, waardoor een synergistisch samenwerken tussen de therapeuten ontstond. De maatschappelijk werker gaat met Jan en in samenwerking met de reclassering aan de slag om eindelijk een volwassen context: woon-, werkomgeving te creëren: hij mag groot worden en blijkt, niet vermoed door hemzelf, van betekenis te kunnen zijn voor anderen door middel van vrijwilligerswerk bij bejaarden in een verpleeghuis. Het hele proces gaat gepaard met angst, gevoelens van intense verlatenheid en een depressie, die behandeld wordt met antidepressiva. Op gezag van de projectleider wordt de dynamische behandeling in intensiteit gevarieerd, evenals de op terugvalpreventie gerichte gedragstherapie.

Op de momenten dat Jan dreigt af te haken, is de reclasseringsmedewerker degene die hem herinnert aan de gevolgen van het weglopen. Een schijnbaar ondankbare taak, alleen mogelijk omdat dit team van specialisten met elkaar communiceert en elkaar ondersteunt. Jan voelt zich met deze wetenschap ook ambulantly veilig en meldt een dreigende recidive, die na een gesprek over de achtergrond ervan voorkomen kan worden.

Door een toenemend besef dat hij als kind misbruikt is, dringt het langzaam tot Jan door dat hij kinderen misbruikt. Behalve de liefdescomponent wordt de agressiecomponent hem pijnlijk duidelijk, en empathie voor zijn slachtoffers neemt toe. 'Pedofiel zijn is nog steeds een normale variant maar misschien moet ik het toch maar proberen te veranderen' wordt bespreekbaar na negentien maanden intensieve forensische psychotherapie.

Het verschil tussen forensische psychotherapie en psychotherapie bij gedetineerden

In de gevangenissen is het aantal geestelijk gestoorde gedetineerden toegenomen. Voor een gedeelte van deze groep zal een of andere vorm van psychotherapie geïndiceerd zijn. Net als alle ingezetenen van Nederland hebben ook gedetineerden recht op psychotherapeutische hulp. De aangeboden psychotherapie verschilt echter van de hierboven beschreven forensische psychotherapie door het ontbreken van de gerichtheid op delictpreventie en het daarbij behorende dwang/drang-kader. De gedetineerde patiënten volgen hun behandeling vrijwillig. Overigens zijn beide auteurs er door verschillende collegae op geweest, en is het ook hun eigen ervaring, dat een gevangenis of een huis van bewaring een slechte plaats is om psychotherapie te bedrijven. Om in dergelijke instellingen te kunnen (over)leven is het juist van groot belang om zich van emoties af te sluiten en terug te vallen op primitieve overlevings/adaptatiestrategieën. De 'bajescultuur' kenmerkt zich vaak juist door een afweer c.q. ontkennen van emoties in een opstelling als 'harde jongen'. Deze 'cultuur' heeft haar wortels in de persoonlijkheidspathologie van de gedetineerden. Hierdoor is het vaak moeilijk om een psychotherapeutisch proces op gang te brengen, dat juist om een zekere openheid en een zich openstellen vraagt. Wel is het mogelijk een werkrelatie op te bouwen en een zogenaamde 'pre-therapie' te starten met als doel motivatie te ontwikkelen en behandeldoelen te formuleren. Om dit te bereiken is een grote (forensisch-)psychotherapeutische deskundigheid van de behandelaar vereist.

In elke instelling waar een klinische behandeling wordt gerealiseerd en waar patiënten in groepen leven, bijvoorbeeld een TBS-kliniek, zal zonder actieve begeleiding dezelfde manier van omgaan ontstaan, een 'cultuur' die vergelijkbaar is met de 'cultuur' in een gevangenis of huis van bewaring. Alleen wanneer er door actief ingrijpen van onder meer sociotherapeuten in een gevangenis een behandelvriendelijker klimaat ontstaat, heeft psychotherapie bij gedetineerden een grotere kans van

slagen. Echter dan alleen nog maar als deze psychotherapie ingebed is in een geheel van interventies.

Conclusie

De vraag of forensische psychotherapie een vorm van psychiatrische psychotherapie is, stond centraal. Milders (1992) omschreef psychiatrische psychotherapie ideaaltypisch 'als een vorm van psychotherapie die a) ziektebeeldgeoriënteerd is, b) zich richt op een groep patiënten bij wie beperkte doelstellingen mogelijk zijn, en c) is gefundeerd in het open denken (biopsychosociaal) en de daarmee nauw samenhangende psychiatrische theorie over de psychische dimensie, waarin de relatie van de patiënt tot zijn psychische stoornis centraal staat'. In hetzelfde artikel verwijst hij naar Koerselman, die van een functioneel ziekteconcept uitgaat, waarbij ziekte wordt opgevat als een adaptatiestoornis.

Forensische psychotherapie is een vorm van psychotherapie die geïndiceerd wordt nadat een patiënt een ernstig delict heeft gepleegd. Ze heeft als doel het verminderen van het risico dat de patiënt hetzelfde delict of een vergelijkbaar delict pleegt. Forensische psychotherapie vindt plaats in een dwang/drangkader, dat mogelijk werd gemaakt nadat de patiënt een sanctie is opgelegd. Door het dwang/drangkader speelt elke psychotherapie zich af in de triade patiënt - psychotherapeut - strafrechter, waar rapportage een onlosmakelijk deel van is.

Gericht als zij is op het delictgevaar en de preventieve taak hierin voldoet de forensische psychotherapie op het eerste gezicht niet aan de omschrijving van Milders. Toch is dat wel het geval, omdat delictgevaar en preventie niet los gezien kunnen worden van psychiatrische stoornissen, zowel As I als As II. Bij deze groep patiënten kan een delict functioneel gezien ook als een adaptatiestoornis beschouwd worden. Als we daarvan uitgaan, zijn bij de forensische psychotherapie de opvattingen van Koerselman eveneens van toepassing. Gezien de ernstige psychopathologie van de patiënten zijn bij forensische psychotherapie de psychotherapeutische mogelijkheden vaak beperkt. Hiermee wordt voldaan aan het tweede criterium.

Tot slot worden ook het 'open denken' en het op integratie gericht zijn van groot belang geacht bij de forensische psychotherapie, met name ook omdat het verminderen van delictgevaar op zich niet mono-conceptueel/monomethodisch kan worden gerealiseerd.

Het geheel overziend komen we tot de conclusie dat forensische psychotherapie als een vorm van psychiatrische psychotherapie beschouwd moet worden.

Met dank aan drs. G.A.M. Bloeme voor het kritisch meelesen.

Noot

1. De leden van deze werkgroep zijn: prof. dr. F.H.L. Beyaert (tot 1995), mevr. drs. W. v.d. Bosch (vanaf 1996), drs. D. Daniëls, drs. H. Groen, drs. O. de Haas (tot 1996), mevr. A. Hendersmarck (vanaf 1996), drs. A. Kuypers (tot 1996), drs. F. van Nunen, dr. J. Scheffer en drs. T.H. Que, MBA.

Literatuur

- American Psychiatric Association (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington DC.
- Beek, D. van, en J. Mulder (1991), De plaats van het delictscenario in de behandeling van seksueel-agressieve delinquenten. *Directieve Therapie*, 11, 4-18.
- Beek, D. van, en J. Mulder (1992), Ervaringen met het opstellen van het delictscenario bij seksueel-agressieve delinquenten. *Directieve Therapie*, 12, 347-361.
- Cordess, C., en M. Cox (1996), *Forensic psychotherapy*. Jessica Kingsley Publishers, Londen/Bristol, Pennsylvania.
- Dale, Van (1995), *Groot Woordenboek der Nederlandse Taal*. Van Dale Lexicografie, Utrecht/Antwerpen.
- Enschede, Ch.J. (1967), *Beginselen van strafrecht*. Kluwer, Deventer.
- Frencken, J., en B. van Stolk (1990), *Behandeling van incestplegers*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Antwerpen.
- Gabbard, G.O. (1994), *Psychodynamic psychiatry in clinical practice. The DSM-IV-edition*. American Psychiatric Press Inc., Washington DC.
- Groen, H. (1996), *De forensisch psychiatrische & psychotherapeutische poli- en dagkliniek voor Oost-Nederland: Uitgangspunten*. Interne publicatie, F.P.I. Oldenkotte.
- Kernberg, O.F. (1984), *Severe personality disorders*. Yale University Press, New Haven/Londen.
- Kortmann, F.A.M. (1994), Reizigers en trekkers (oratie). Nijmegen.
- Kramer, F., en A. Kuijpers (1989), *Over de behandeling van seksuele delinquenten in Oldenkotte*. Interne publicatie, F.P.I. Oldenkotte.
- Kuiper, P.C. (1984), *Nieuwe neurosenleer*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Marle, H.J.C. van (1995), *Een gesloten systeem*. Gouda Quint, Arnhem.
- Milders, C.F.A. (1992), Psychiatrische psychotherapie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 34, 559-570.
- Millon, T. (1996), *Disorders of personality, DSM IV and beyond*. John Wiley and Sons Inc., New York.
- Ministerie van Justitie, afdeling Voorlichting (1990), *TBS, een bijzondere maatregel*. Den Haag.
- Mulder, J. (1995), Het terugvalpreventiemodel als behandelingsmethode in een forensische dagbehandelingskliniek. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 21, 119-133.
- Que, T.H. (1994), De behandeling van de borderlinepatiënt in de forensisch psychiatrische kliniek 'Oldenkotte'. In: J.J.L. Derksen en H. Groen (red.), *Handboek voor de behandeling van borderlinepatiënten*. De Tijdstroom, Utrecht.
- Raes, B.C.M. (1996), Boter aan de galg (oratie). Amsterdam.
- Reicher, J.W. (1977), Behandeling in penitentiaire inrichtingen en in klinieken. In: W. Goudsmit, W. Nieboer en J.W. Reicher, *Psychiatrie en Recht – Hoofdstukken uit de forensische psychiatrie*. Van Loghum Slaterus, Deventer 1977, p. 120-146.
- Turck, L.H.J. de, en A.M. van den Berg (1994), Een pleidooi voor ambulante dwangbehandeling. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 49, 1067-1083.

Summary: Forensic psychotherapy, a form of psychiatric psychotherapy?

The main question in this article is whether forensic psychotherapy is a form of psychiatric psychotherapy. By describing the forensic-psychotherapeutic practise in the Netherlands the answer to this question is affirmative. Forensic psychotherapy is focused on decreasing the danger as well as the possibility of recidivism. Significant for this is the relationship between the (danger of) delict and the psychopathology as well as the state of tension as a consequence of the triad: the society (represented by the criminal judge), the patient and the therapist. Because of this state of tension, but also because of psychotherapy often being a part of a more extensive treatment plan, forensic psychotherapy can only be effected adequately teamwise. Besides the psychotherapist the team needs a (reporting) functionary who primarily takes care of the contacts with the society. Finally, in this article the required specific ability of the therapist is discussed as well as the difference between psychotherapy in jail and forensic psychotherapy.

T.H. Que, psychiater, MBA, is als medisch directeur verbonden aan de forensisch-psychiatrische instelling 'Oldenkotte', Postbus 13, 7150 AA Eibergen. H. Groen, psychiater, is werkzaam als hoofd van de forensisch-psychiatrische en psychotherapeutische poli- en dagkliniek 'De Tender', deel uitmakend van 'Oldenkotte'.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 27-9-1996.