

De forensisch-psychiatrische kliniek als behandelingsinstrument

door J. H. Blankstein

In het instituut van de forensisch-psychiatrische kliniek kunnen verschillende aspecten onderscheiden worden. Eén daarvan is: de gedwongen opname in de inrichting. Een tweede aspect, nauw daarmee samenhangend maar toch met aparte consequenties is de verantwoordelijkheid van de inrichting op het vlak van de maatschappelijke veiligheid. En een derde aspect is dat van de relationele en persoonlijkheidskenmerken van de patiënten-populatie en de daarop geënte behandelingsmethode. Ik wil slechts kort stilstaan bij de eerstgenoemde aspecten om me daarna vooral te bepalen tot de kliniek als behandelingsinstrument.

De gedwongen opname

Het delict, als overschrijding van onze sociale, in juridische termen vertaalde codes, vormt de basis voor maatschappelijk ingrijpen. Als op grond van psychiatrisch onderzoek de toerekeningsvatbaarheid van de betrokkene duidelijk verminderd is of afwezig, de recidivekans groot is en de delictsfeer maatschappelijk gezien ernstig, dan kan de rechter beslissen dat gedwongen behandeling dient plaats te vinden. Het delict is dan op te vatten als een signaal van een psychische noodsituatie. Soms is de betrokkene het hier geheel mee eens. Dikwijls echter verzet hij zich tegen deze opvatting en voelt hij zich in eerste instantie tekort gedaan: tekort gedaan door zijn omgeving die hem probeerde tot zijn daad en tekort gedaan door de rechter en de psychiater die deze daad definiëren als een defect functioneren van hem.

Uiteraard kunnen we dit gevoel van tekort gedaan worden en onrecht duiden als uiting van afweer om eigen aandeel onder ogen te zien. De schuldprojectie is dikwijls makkelijk herkenbaar. Maar ook kan het delict een vereffening zijn van een dikwijls hoog op-

Schrijver is klinisch psycholoog en werkzaam als algemeen en psychotherapeutisch directeur van de Prof. Mr. W. P. J. Pompekliniek te Nijmegen. Dit artikel is als inleiding gehouden voor de sectie forensische psychiatrie op de voorjaarsbijeenkomst van de Ned. Ver. voor Psychiatrie, 7 april 1978.

gelopen rekening, met de naaste familie en/of met de maatschappij of het is slechts een schakel in een lange keten van acties en reacties. Het is een gebruik maken van onze feitelijke macht om dan iemand in een situatie te plaatsen waarin alleen hij zich bloot moet stellen aan onze beïnvloeding. Heeft iemand die een ander op een volgens onze wetten omschreven en bewijsbare manier schade heeft berokkend, daarmee zijn recht op zelfbeschikking verloren? Ook als de wisselwerking met de vroegere of huidige omgeving zo manifest is, dat daarbij in ethische zin de schuld-vraag onmogelijk ondubbelzinnig kan worden beantwoord? Het zijn vragen die ik niet rechtlijnig kan beantwoorden. Wel ervaar ik bij de betrokkene dikwijls een beklemmende één-sporigheid, een gevangen zijn in eigen verstarde reactiepatronen, een onvermogen om anders te reageren en een daarmee samenhangende levens- en belevingsverarming. Het delict dat hem in onze behandelingssituatie heeft gebracht kan zo een aangrijpingspunt zijn om die verstarring te doorbreken.

Maar ik ontkom niet aan het hanteren van mijn maatstaven, aan mijn opvattingen van gestoord en niet-gestoord, en aan mijn ethische opstelling dat ik zowel moet kunnen opkomen voor mijn eigen territoire als respect hebben voor het territoire van de ander, en dat ik deze norm ook aanleg voor de ander. Op grond van deze ethiek eis ik voor mijzelf het recht van zelfbeschikking op, en ben ik dat recht bij de ander.

De verantwoordelijkheid van de inrichting voor de maatschappelijke veiligheid

Dit voert mij naar de verantwoordelijkheid van de inrichting voor het bewaken van de maatschappelijke veiligheid. We komen daarmee op een intrinsiek spanningspunt. In de inrichting worden we dagelijks en voortdurend geconfronteerd met diegenen die ter behandeling zijn opgenomen. Slechts een open staan voor hun belevingen, maar ook voor hun belangen kan een weg vormen waarlangs wij met hen in contact kunnen komen. Als behandelaars raken we in hoge mate betrokken op de bewoners van onze kliniek en dikwijls voelen we sterk aan wat iemand beweegt, welke aspiraties iemand heeft, welke twijfels en angsten, maar ook welke behoefte hij heeft om zichzelf te bewijzen. Dan denk ik niet alleen aan stoerheidsbewijzen, maar vooral aan realistisch uitproberen wat iemand al aan kan. Muren om hem heen zetten externaliseert de eigen verstarung, het eigen onvermogen om adequaat te handelen, en doet weinig appel op eigen verantwoordelijkheid en volwassenheid. We zullen, willen we onszelf als behandelaars in onze doelstellingen trouw blijven, ruimte moeten geven aan de bewoner om eigen verantwoordelijkheid waar te maken. Dus moeten er deuren in de muur en moeten die deuren niet altijd op slot zijn. Daarnaast leeft er in de maatschappij terecht de opvatting dat plaatsing in een kliniek als de onze betekent dat risico's voor destructieve code-overschrijdingen zijn verminderd. De betrokkene

wordt geacht niet in staat te zijn dit geheel zelf in de hand te hebben en de maatschappij wijst bepaalde deskundigen aan die deels de verantwoordelijkheid voor het doen en laten van die betrokkene overnemen. Maar tegelijkertijd ontkomen we niet aan de stelling dat 'the proof of the pudding is in the eating'. De maatschappij kan m.i. niet volledig de verantwoordelijkheid én de spanning overdragen aan de deskundigen, maar moet nieuwe risico's accepteren en tenslotte, met de betrokkene samen, een gedeelde verantwoordelijkheid voor hetgeen er gebeurt op zich nemen. Juist de visie van wisselwerking leidt tot de noodzaak van een hernieuwd maatschappelijk risico. Terzijde wil ik nog wel opmerken dat het element van straf, boetedoening, wraak en vergelding tegenover de tbr-gestelde mij als volstrekt oneigenlijk voorkomt. Als iemand zijn partner gedood heeft, is het niet terecht om dan automatisch te verwachten dat die man vele jaren achter slot en grendel gaat. Als b.v. vanuit behandelingsoogpunt een relatief snel opnemen van het contact met de vroegere omgeving verantwoord en wellicht geïndiceerd is, dan dient dat te gebeuren.

Karakteristieken van bewoners

Tegen de achtergrond van voorgaande overwegingen wil ik nu ingaan op de behandelingsopdracht van de forensisch-psychiatrische kliniek en hoe daarop, door een samenspel van diverse behandelingsvormen, een antwoord kan worden gegeven. Daarbij baseer ik mij op de opvattingen en werkwijzen zoals die nu in de Pompe-kliniek gestalte hebben gekregen en nog verder zullen krijgen.

Als we spreken van een behandelingsopdracht, dan bedoel ik niet de formele kant daarvan, maar het feit dat we in de kliniek te maken hebben met een aantal bewoners die, zonder ontkenning van ieders individualiteit, toch een aantal gemeenschappelijke karakteristieken hebben. Deze karakteristieken vormen idealiter evenzovele aangrijpingspunten voor behandeling, en de gehele opzet van de kliniek dient, evenals de specifieke functies van bepaalde behandelingssectoren, hierop afgestemd te zijn.

De karakteristieken die wij min of meer pregnant bij onze bewoners aantreffen zijn deels van intrapsychische, deels van relationele aard. In het relationele vlak zien wij b.v. het navolgende: (a) In relaties voelen velen zich gemakkelijk overgeleverd aan anderen en beleven zichzelf intensief als van geen of weinig waarde voor anderen. Voor vrijwel allen is het gezin van oorsprong een zogenaamd 'kluwen-gezin' of een 'los-zand-gezin'. Bij het kluwen-gezin kent en erkent men nauwelijks onderscheidingen tussen generaties en individuen, ouderlijke en partner-taken lopen door elkaar heen, ieder zorgt voor iedereen maar gebruikt ook iedereen en individualiteit wordt niet bevestigd. Bij het los-zand-gezin leeft men in hoge mate langs elkaar heen en stoot men gemakkelijk een gezinslid uit of laat het links liggen. Er is nauwelijks sprake van echte betrokkenheid op elkaar. In beide gevallen

ervaart men als kind weinig waarde op zich, maar is men slechts van waarde in functie van de behoeften van de ouders of andere gezinsleden. Er is ook een sterke gewenning, vanuit het gezin van oorsprong, aan exploiterende vormen van relatie: 'je gebruikt de ander en verwacht niet anders dan dat die ander ook alleen met jou omgaat ten behoeve van zichzelf'. Een manier van omgaan met elkaar waarbij er een vanzelfsprekend respect is voor de ander in zijn eigenheid, met zijn eigen behoeften en belevingen, kennen vele bewoners nauwelijks of niet. Het begrip macht staat centraal in veler relatiebeleving: 'als ik niet 'up' ben, dan ben ik 'down', en aan dat laatste ben ik ook erg gewend'.

(b) Samenhangend met deze gezinskarakteristieken zien wij bij veel bewoners de gevolgen van een gebrekkige en inconsistente relatielegging door de ouders en in het bijzonder de moeder, vanaf de vroegste jeugd: een basaal gebrek aan vertrouwen en veiligheidsbeleving in relaties. Verondersteld zou kunnen worden dat de genoemde gezinskarakteristieken samenhangen met de subcultuur waaruit de bewoners stammen. Dit kan slechts een gedeeltelijke verklaring vormen, omdat ondanks relatieve oververtegenwoordiging van de laagste sociale laag in onze bewonerspopulatie toch een meerderheid afkomstig is uit de middenklasse. Vanuit een intrapsychische optiek valt het navolgende op:

(c) Het gevoel van eigenwaarde is zwak, deels ernstig aangetast door hetgeen zich rondom het delict heeft afgespeeld, maar het was vrijwel steeds aanwijsbaar al van zeer vroeg af slecht ontwikkeld. Er is bij velen sprake van weinig beleving van eigenheid en een rudimentair ontwikkelde identiteit. Vaak is dit gereduceerd tot enkele brokstukken, b.v. 'ik ben delinquent' of 'ik kan mensen voor mij winnen' of 'ik ben iemand die ze er niet zo maar tussen nemen' of 'ik ben gek op dieren en kinderen'.

(d) Een karakteristiek van een andere orde, al is de samenhang met het zwakke gevoel van eigenwaarde voor de hand liggend, is dat bij alle bewoners het geringe vertrouwen in eigen mogelijkheden goed voelbaar is. Vrijwel steeds ontmoeten we een van de twee uitersten: een blinde overmoed, bravour, grandioze zelfoverschatting, of veel vaker: een overweldigende angst om risico's te nemen. Bij velen zien we een mengeling van beide attitudes: vol optimisme pakt men zaken aan, om bij de eerste tegenslag volledig ontmoedigd te geraken. Vooral maatschappelijk aanvaarde prestatienormen worden voor velen onneembare barrières: het met een redelijke continuïteit een opleiding volgen, een werkstuk afmaken e.d. zien we relatief zelden. Niet dat er bij de meesten sprake zou zijn van het ontbreken van aspiraties in dit vlak, maar eerder merken we een grote discrepantie tussen eigen ideaal-stellingen en de direct voorhanden zijnde mogelijkheden. Deels als mede-oorzaak, deels als gevolg van deze situatie zien we bij veel bewoners een grote achterstand in motorische en intellectuele ontwikkeling. De indrukwekkende reeks van mislukkingen en ontmoedigingen die met dit gegeven samenhangen heeft uiteraard zijn negatieve weerslag op het gevoel van eigenwaarde.

(e) Dikwijls hebben zowel karakteristieken van het primaire leefmilieu, het gezin van oorsprong, als het geringe gevoel van eigenwaarde en de grote narcistische kwetsbaarheid geleid tot een wijze van bestaan waarin geen of weinig ruimte is voor zelfreflectie. Er is veel schuldprojectie, zelfrechtvaardiging en gewenning aan leven in exploiterende relaties: 'Wat je uit, gaat altijd ergens om, daarom wil jij zo goed als de ander, iets bereiken'.

(f) De directe aanleiding voor het verblijf van de bewoners in onze kliniek, het gepleegde delict, kan op verschillende manieren geduid worden. Enerzijds is het vrijwel steeds een markante uiting van het onvermogen om spanningen, frustraties, tekortkomingen op een meer constructieve, minder beschadigende wijze op te lossen. In toenemende mate worden we in onze klinieken geconfronteerd met geweldsdelicten: het kortsluitingskarakter van dergelijke daden springt vrijwel steeds in het oog.

Maar vaak kan aan het delinquente gedrag ook een andere zin worden gegeven: degene die dit gedrag manifesteert, drukt daarmee iets uit van een gezinsklimaat en vervult daarin een bepaalde functie voor zijn familiesysteem. Soms is het delict een uitingsprotest tegen een rigide manier van omgaan, waarbij in het gezin een extreme inperking bestaat van gevoelsuitingen en gedragsafwijkingen. Degene die het delict pleegt, kan de rol van het zwarte schaap op zich nemen, maar bijvoorbeeld ook dienen als bliksemafleider: de spanningen tussen de ouders worden gecamoufleerd door het acting-out gedrag van een of meerdere van de kinderen. Een andere betekenis van het delinquente gedrag kan zijn dat men er zijn loyaliteit mee uitdrukt aan bepaalde gezinswaarden: in het voetspoor lopen van vader, trouw zijn aan de karakteristiek van de vagebond, of handelen in de sfeer van de vendetta. Een fundamentele betekenis van vooral bepaalde geweldsdelicten in de sfeer van de naaste familie is het vereffenen van oude rekeningen: b.v. een haat/liefde verhouding met de moeder die wordt gekopieerd in de relatie met de eigen partner, welke tenslotte moet boeten voor het vroeger geleden onrecht, mede namens de vader, of een andere vervlechting van schuld en boete, waar soms drie of meer generaties mee gemoeid zijn.

Invalshoeken voor de behandeling

In onze kliniek willen we gebruik maken van verschillende aan-grijpingspunten voor de behandeling. De problematiek van de meeste bewoners laat zich niet reduceren tot een enkele dimensie, zoals uit de genoemde karakteristieken al naar voren kwam. Te verwachten is dat in verschillende fasen van de behandeling op verschillende fronten met variërende intensiteit kan worden gewerkt, én door de bewoner ook wordt gewerkt. Ik laat nu de kritiek in zijn totaliteit even buiten beschouwing en concentreer me eerst op de verschillende behandelingssectoren.

Het lijkt mij vruchtbaar een drietal aandachtsfoci te onderschei-

den: twee zogenaamde realiteitsfronten, respectievelijk in de kliniek zelve en in de relaties met buiten, en daarnaast een dimensie die aangeduid kan worden als de 'innerlijke dialoog'.

Het realiteitsfront in de kliniek. Het realiteitsfront in de kliniek kent tenminste twee gebieden, dat van de leefsituatie en dat van het werk en de vaardigheden.

Als we praten over de leefsituatie, dan komen we op het terrein van de sociotherapie: het therapeutisch gebruik maken van de diverse alledaagse leefsituaties zoals die voor de bewoners bestaan. Summer wil ik een paar aspecten noemen waarmee men in het sociotherapeutisch gebeuren te maken krijgt.

In een forensisch-psychiatrische kliniek is nadrukkelijk sprake van een realiteitsstructurering die niet geheel afkomstig is van de bewoner en ook slechts ten dele als zijn verantwoordelijkheid is te definiëren. Deze realiteitsstructurering komt voor een belangrijk deel van buiten af. Het sterkste manifesteert zich dit in de beperkingen ten aanzien van de bewegingsvrijheid, maar ook komt dit naar voren in de dagindeling, de maaltijden, de beschikbare financiën. De sociotherapeut is degene die in hoge mate als intermediair fungeert voor deze structurering van de realiteit en hij bevindt zich daarmee psychologisch gezien in een vader-positie.

Daarnaast leeft er bij alle bewoners in meerdere of mindere mate een behoefte aan steun, aandacht en zorg. Door hun feitelijke situatie (de beperkte bewegingsvrijheid en het afgesneden zijn van de voor de meesten duidelijk bestaande affectieve banden met familie en/of partners) en door hun gebrekkige relationele mogelijkheden en het dikwijls depressief getinte stemmingsleven zijn velen hulpeloos en aandachtsbehoefstig en vragen ten dele om concrete zorg. Gedeeltelijk voelen de bewoners onderling elkaars behoefte aan en geven er een antwoord op, maar telkens weer wordt hierbij ook een beroep gedaan op de sociotherapeut, die zich dan psychologisch gezien in de moeder-positie bevindt.

Het feit dat alle bewoners in hun leefsituatie met een groep te maken hebben, bestaande uit medebewoners en meerdere sociotherapeuten, leidt ertoe dat er sprake is van een primaire, zij het kunstmatige, groep die in een aantal opzichten gelijkenis vertoont met een gezin. De eigenaardigheden van de gezinnen van vele van onze bewoners zijn hiervoor al aangestipt. Hoewel de in deze gezinnen bestaande relatiepatronen, juist door hun starheid en sterk ingeslepen karakter, een hinderpaal zijn geweest voor een goede ontplooiing van de gezinsleden inclusief het bij ons verblijvende gezinslid, is de bewoner toch zeer vertrouwd met deze wijze van omgaan. Hij ontleent er zijn zekerheid aan ondanks de beperkingen die er inherent aan zijn. Dit drijft velen er toe om min of meer geleidelijk aan in de leefgroep in de kliniek de gezinsrelatiepatronen te herhalen en het familiedrama opnieuw op te voeren. Gelukt dat dan hebben de relaties waarin hij betrokken is ook weer het vertrouwde exploiterende karakter. De pijn, onzekerheid en zelfs angst voor andere, potentieel meer bevredigende, relatie-

patronen weet hij zich zo te besparen. We spreken dan van een self-fulfilling prophecy. Ook hierin speelt de sociotherapeut een belangrijke rol: hij is onderhevig aan dit krachterspel, maar is daarmee ook tegelijkertijd in staat er therapeutisch op te reageren, d.w.z. andere, correctieve emotionele ervaringen aan te bieden. Het realiteitsgebeuren in de kliniek kent nog een ander front, namelijk daar waar de bewoner wordt aangesproken op zijn vaardigheden en kunnen. Soms is dat het geval binnen de leefsituatie: bij het inrichten van de eigen kamer, bij het corvee, bij het organiseren van een bepaald gebeuren in de groep: een tafeltenniscompetitie, een bingo-avond e.d. Maar veel nadrukkelijker komt dit aspect aan de orde in de arbeidstherapie en het onderwijs. Deze sectoren spelen in hoge mate in op de problematiek rond het presteren. Op basis van een met vallen en opstaan gegroeide relatie met een arbeidstherapeut of met een onderwijskracht kan de bewoner werken aan het uitbouwen van zijn vaardigheden en dikwijls voor het eerst leren te leren. De opgave voor de therapeut in deze situatie is om telkens weer de goede dosering te vinden tussen het confronteren met realiteitseisen (een tafel dient vier even lange poten te hebben, 3² is nu eenmaal 9) en het bieden van experimenteer- en faalruimte. We dienen ons daarbij telkens weer te realiseren dat zeker deze sector in hoge mate onderhevig is aan de doorwerking van de ambivalentie van de bewoner tegenover zijn behandeling. Actieve deelname aan de arbeidstherapie of aan het onderwijs betekent voor veel bewoners vaak vooral het tonen van hun coöperatieve instelling. Omgekeerd uit zich hun verzet ook nogal eens juist in het laten afweten op dit terrein. We zien hier de doorwerking van de exploitatiesfeer waarvan voor veel bewoners de wereld om hen heen is doortrokken. 'Je doet niets om niet' en het behalen van een diploma of het voor je winnen van een arbeidstherapeut door je goede inzet heeft dikwijls vooral waarde voor de bewoner op zijn weg naar meer bewegingsvrijheid, meer dan dat de intrinsieke waarde van het geleerde telt. Daarnaast gaat hier voor velen op dat de te hoge druiven toch zuur zijn: 'in de kliniek kun je niet goed leren of werken - laat mij maar de maatschappij in, dan zullen jullie wel zien dat ik best alles kan.' Gezien deze problematiek is de vraag om beroepskeuze-advies, voortkomend uit de bewoner en/of staf, dikwijls een zeer complexe kwestie. Een specifiek hierop ingespeelde beroepskeuzeadviseur kan dan zowel voor de bewoner als voor de arbeidstherapie en het onderwijs een grote steun betekenen.

Therapeutische activiteiten die zich vrijwel steeds min of meer in een overgangsgebied bevinden tussen het realiteitsfront en de innerlijke dialoog zien we bij de bewegingstherapie en de expressieve therapie. In beide situaties wordt een appel gedaan op vaardigheden, op lichamelijke prestaties en uitdrukkingsvermogen. Tegelijk echter zullen bij velen beleavings- en vooral zelfbeleavingsmomenten een belangrijke rol spelen. De angst om zich te meten, zich over te geven, zich zichtbaar te maken staat dikwijls in het centrum van zowel het bewegings- als het expressief therapeutisch

gebeuren. Het oefenen met eigen mogelijkheden, ook voor de ogen van een ander of van het publiek, verhoogt het zelfwaardegevoel en kan leiden tot een realistischer zelfkennis. Daarbij staan deze therapievormen wat terzijde van het meer prestatiegericht dat we in de arbeidstherapie en het onderwijs tegenkwamen.

Het realiteitsfront buiten de kliniek. We komen nu bij het tweede realiteitsfront, dat van de relaties van de bewoner met het buiten-gebeuren en met betekenisvolle personen buiten de kliniek. Om met het laatste te beginnen: we zien, zoals in de aanvang reeds gesteld, een belangrijke wortel voor het storende en ook gestoorde gedrag in het gezinssysteem waar de bewoner uit afkomstig is en waarmee hij nu dikwijls nog op allerlei manieren verbonden is. Daarbij ga ik er van uit dat het huidige gedrag van een bewoner en zijn zelfbeleving niet alleen in historische zin voortspuit uit de vroegere gezinsrelaties, of het schier ontbreken hiervan, maar dat deze relaties of het gebrek er aan nu nog een hoge mate van psychologische actualiteit hebben.

De nog bestaande contacten met de eigen familie, de inmiddels opgebouwde en vaak ook weer deels afgebroken relatie met een partner voeden de zelfbeleving van de bewoner. Hij is dikwijls een zowel feitelijke als innerlijke dialoog met deze verwanten, samenhangend met het gebrekkige individuatieproces dat voor vrijwel alle bewoners karakteristiek is. Ook kunnen gezinsleden de bewoner nog op allerlei manieren actief betrekken bij en medeverantwoordelijk maken voor hun problemen. Soms is goed merkbaar dat gezinsleden er baat bij hebben de stigmatisering en problematisering van de bewoner in stand te houden.

Het is dan onvoldoende en eenzijdig om dit aspect alleen aan te pakken in de actualiteit van en actualisering in de leefgroep, en op het vlak van de innerlijke dialoog bij de psychotherapeut. Daarmee zouden we onze therapeutische aandacht té aansluitend richten op één lid van het familiesysteem, waarmee de bewoner soms meer, soms minder zichtbare maar daarom niet minder sterke banden heeft. We zullen ons nadrukkelijk met de familie moeten bezighouden. In gezins- en partnerrelatie-therapie kan een essentiële ondersteuning plaatsvinden van het individuatieproces, zowel van de bewoner als van de andere leden van het systeem. Daarbij gaat het bij een kluwen-gezin om de 'ont-binding', het minder vervloeiend op elkaar betrokken zijn, het accepteren van eigen verantwoordelijkheid van eigen separate bestaan. Daarentegen zal bij een gezinssituatie die vooral de kenmerken van het los-zand-gezin heeft, de nadruk liggen op de betekenis-toekenning van de gezinsleden, het versterken van het engagement.

Een probleem waar we telkens mee te maken krijgen is het tempoverschil in een eventueel veranderingsproces, tussen hetgeen de bewoner in de leefsituatie van de kliniek doormaakt en hetgeen in de gezinsrelaties evolueert. De bewoner moet ruimte verwerven en bevestiging krijgen binnen zijn gezinsrelaties voor andere gedrags- en omgangsbewijzen. Een goed samenspel tussen gezins-

therapeut en sociotherapeut is daarbij dikwijls van groot belang, zonder dat we in de praktijk al volledig sluitende oplossingen daarvoor gevonden hebben.

Een ander facet aan het buitengebeuren wordt gevormd door het contact dat de bewoner geleidelijk in sterkere mate dient te krijgen met allerlei personen, situaties en instanties buiten de kliniek. Te denken is hierbij aan bezoek aan winkels, cafés, bioscoop of schouwburg, maar ook deelname aan verenigingen en clubs, contacten met werkgevers, officiële instanties e.d. De sociotherapie speelt hierin een belangrijke rol, evenals het maatschappelijk werk. Deels staat dit gebeuren in het teken van de resocialisatie, maar ook voordat deze eindfase van de intramurale behandeling in zicht is, doen zich al diverse momenten voor waarin de maatschappij zich voor de bewoner present stelt. Het gebrek aan sociale redzaamheid is dan vaak pijnlijk voelbaar, waarbij de bewoner een dikwijls sterk vertekend beeld van bepaalde maatschappelijke verhoudingen toont. Ook hierin manifesteert zich het gebrek aan zelfzekerheid, al of niet gecompenseerd door bravour en provocatie. We zien het als een essentieel leerproces voor de bewoner om met het maatschappelijk gegeven, zowel t.a.v. werksituaties als spelregels van instanties als ook vrijetijdsbestedingsaspecten, op een voor hem en de andere partij constructieve wijze te kunnen omgaan.

Het is overigens juist op dit grensvlak van intramurale behandeling en leven in de maatschappij dat zich het dilemma van de begeleiding, soms bescherming, versus het dragen van de eigen verantwoordelijkheid toespitst. Veel ex-bewoners ervaren hun eerste tijd buiten de kliniek als een van eenzaamheid en verlies, ondanks de winst aan bewegingsvrijheid. De, soms knellende, zorg van 'moeder-kliniek' biedt ook emotionele steun voor degene die in het verleden vaak in de kou stond of niet gezien werd in zijn eigenheid. Anderzijds zijn de kliniekmanieren soms zo vreemd voor de doorsnee leefcultuur van hen die als bewoners in de kliniek komen (en anderen), dat naderhand een gewinning aan de omgangswijzen buiten de kliniek helemaal niet gemakkelijk is. In het voorgaande, bij het werken op de realiteitsfronten in en buiten de kliniek kunnen we zowel leertheoretische als systeemtheoretische principes terugvinden. Tegelijkertijd moeten we dit m.i. baseren op bepaalde psychodynamische principes: de doem van het verleden werkt door, in de significante relaties die de bewoner in de sociotherapie, de arbeidstherapie, in de leefgroep of in de gezinstherapie aangaat, weerspiegelen zich ingeslepen percepties: wantrouwen, eisende afhankelijkheid, het profijtbeginsel e.d. en worden vertrouwde triadische situaties herhaald: de vervennende moeder-sociotherapeut, de strenge, afwijzende vader – het afdelingshoofd, en een slechte communicatie tussen beiden. Ook: het bindingsloos zich bewegen in de leefgroep, of het leven in een sfeer van nauwelijks te trekken grenzen tussen personen, nauwelijks onderkende individuele verschillen tussen stafleden en medebewoners: het leven in een kluwen.

De innerlijke dialoog. In het behandlingsproces zien we als een belangrijke mijlpaal de ontwikkeling van een 'observing ego' en het ervaren van een niet-exploiterende relatie. We komen zo bij de invalshoek die ik karakteriseerde met het begrip 'innerlijke dialoog'. Bepaalde therapeutische contacten kunnen nadrukkelijk de ruimte bieden voor het stilstaan bij de innerlijke belevingen, angsten en verlangens, fantasieën en gedachten, zonder dat deze direct consequenties in de praktijk moeten en hoeven te hebben. Het zijn de momenten waarop je al of niet in woorden uitdrukking geeft aan innerlijke belevingen, met de mogelijkheid tot het 'excentrisch' komen te staan t.o.v. jezelf.

Hier zie ik de centrale functie van de psychotherapie: een behandlingscontact dat de bewoner nadrukkelijk in vrijheid aan gaat, waar hij in zijn individuatieproces de ruimte vindt te experimenteren met een niet-exploiterende relatie, en waar hij zich bekend kan maken, aan de ander zo goed als aan zichzelf, zonder onmiddellijke consequenties, zoals in de dagelijkse leef- en werksituatie onvermijdelijk wel het geval is. In dit licht gezien vormt de vertrouwelijkheid van het psychotherapeutisch contact een essentiële tegenkracht voor de in vrijwel alle bewoners levende manipulatieve neigingen. We zien bij velen dan ook een herhaaldelijk op de proef stellen van de psychotherapeut, of hij/zij zijn/haar woord getrouw is en inderdaad weet te zwijgen, ook al smeekt de bewoner zijn psychotherapeut bijv. een goed woordje voor hem te doen op behandlingsbesprekingen e.d.

Waar de psychotherapie de taal gebruikt om zowel de relatie aan te gaan als de bewoner te stimuleren in het zich uiten, zo vormt de creatieve therapie en annex daaraan ook de bewegingstherapie en expressieve therapie, een ruimte waarin de bewoner zich non-verbaal kan uiten. Experimenterend met materialen, met beweging en met expressieve middelen kunnen gevoels- en belevingsaspecten aan bod komen. Ook op deze wijze kan de innerlijke dialoog versterkt worden en kan men zich, dikwijls met veel aarzeling, toevertrouwen aan nieuwe ervaringen.

Niet alleen de angsten, onverwerkte agressies en verdrietsgevoelens, ingehouden affectieve behoeften, verborgen fantasieën e.d. komen bij de innerlijke dialoog aan de orde. Telkens duikt in een of andere vorm ook de vraag op naar de zingeving aan het eigen bestaan, en de verwerking van de o.a. met de delicten samenhangende schuldgevoelens. Deels komt dit in het psychotherapeutische contact aan de orde, maar voor een aantal bewoners blijkt ook het contact met een pastor een betekenisvol kanaal te zijn waarin aan deze vragen kan worden gewerkt. Voor sommigen betekent het geloof een krampachtig gehandhaafd houvast, met een dikwijls archaïsche Godsbeleving. Soms leidt dit tot een nadrukkelijke vermijding van het contact met de pastores, omdat men van hen kritische, vrijdenkerige kanttekeningen vreest bij de eigen, verstarde geloofshouding. Maar voor anderen zijn de gesprekken die zij met de priester of met de dominee voeren een vorm van stilstaan bij de betekenis die het

geloof (nog) in hun leven kan hebben, tegen de achtergrond van de zingelevingsvraag.

De kliniek als instrument

In het voorgaande heb ik geprobeerd iets weer te geven van de betekenis die de diverse behandelingssectoren in onze kliniek voor de bewoner kunnen hebben, uiteraard met een schetsmatige en daarmee gesimplificeerde aanduiding. Gebrek aan vertrouwen in zichzelf en anderen, gewend zijn aan exploiterende wijzen van omgang en de tendens tot herhaling van het gezinsdrama komen in de sociotherapie aan de orde; de persisterende karakteristieken van het gezinssysteem en de tendens tot herhaling van gestoorde wijze van relatielegging met een partner of met de eigen kinderen komt aan de orde in de gezinstherapie, naast en doorspekt met de verwerking van de delictbetekenis in familietermen; problemen rondom het leren en werken, taakspanning, opdracht-acceptatie, schier onoverbrugbare discrepanties tussen ideaal en realiteit op het vlak van presteren worden bewerkt in de arbeidstherapie en het onderwijs; de innerlijke dialoog, het zwakke identiteitsgevoel, het geringe vertrouwen in een ander in zijn onbaatzuchtige belangstelling komt in het focus in de psychotherapie; de gestoorde verhouding tot God en tot de eigen levensbestemming staat ter discussie bij de pastores enz. Maar een kliniek is meer dan de optelsom van een aantal behandelingsmomenten. Er heerst een specifiek emotioneel klimaat, dat tot uitdrukking komt in de grondhouding van alle behandelaren en andere kliniekmedewerkers. Dit klimaat wordt ook gevoed door formele en informele regels en gedragscodes, die zowel betrekking hebben op de contacten van de staf met de bewoners als op de omgang en wijze van samenwerken tussen stafleden. Dit klimaat doortrekt alle behandelingscontacten en overstijgt dikwijls de kracht en de inwerking van één bepaalde behandelingssector of behandelaar. Dit emotionele klimaat, met zijn vertaling in regels en codes werkt ondersteunend voor bepaalde benaderingen, maar kan neutraliserend of zelfs fundamenteel ontkrachtend werken op andere benaderingen.

Dit basale, eigene van de kliniek als levende organisatie is ook dikwijls het meest onveranderlijke. Het heeft zijn wortels in de traditie van de kliniek en is ook meer of minder harmonisch gematerialiseerd in de bouwkundige vormgeving van de kliniek. De werkwijze binnen een bepaalde behandelingssector laat zich relatief gemakkelijk bijsturen, maar bijstellingen en grondige wijzigingen in het kliniekklimaat, in het omvattende klinieksysteem, voltrekken zich veel moeizamer. Voor de behandeling is dit zowel een sterk als een zwak punt.

Het valt mij moeilijk om als nauw betrokkene de karakteristieken van het emotionele klimaat van de Pompe-kliniek goed in het vizier te krijgen. Mij zijn wel de navolgende aspecten opgevallen:

- Er is de ethos van een grote betrokkenheid van de behande-

laars op het lot van de bewoners: hun wel en wee raakt ons, maar zij kunnen ons dan ook erg teleurstellen. Wat een bewoner voor ons persoonlijk betekent, motiveert ons vaak in ons werk. Misschien mede daardoor zijn wij vaak beter in het contact aangaan dan in het afscheid nemen.

– De onderlinge omgang wordt gekenmerkt door informaliteit: je en jij zeggen is gewoon, soms kennen we elkaar alleen maar bij de voornamen, we laten onszelf als behandelaars ook kennen, in onze persoonlijke belevingen. Dit en de eerstgenoemde karakteristiek bevorderen een semi-gezins-atmosfeer en daarmee de herhalings-tendenzen van gezinsrelatiepatronen, voor bewoners maar soms ook voor behandelaars. De therapeutisch-methodische hantering hiervan wordt daarmee soms erg bemoeilijkt.

– Er is een grote schroom om te werken met algemene regels: telkens weer wordt gestreefd naar een zo groot mogelijke individualisering, met alle spanningen van dien, omdat dit ook een voedingsbodem kan zijn voor onderlinge jaloezie en een rechtvaardiging voor een zekere willekeur. Dit vraagt van de staf ook de kracht om persoonlijke verantwoording te kunnen dragen. Maar het onderstreept ons respect voor het individu, voor het unieke in ieders persoonlijke situatie, en stimuleert in principe het door ons gewenste individuatie-proces bij de bewoner. De anonimiteit wordt hiermee sterk tegengegaan, terwijl deze in een klinieksituatie toch telkens dreigt.

– Een eisende, condities stellende houding gaat ons moeilijk af. Veeleer werken we met uitnodigingen, verleidingen, langzaam groeiende contacten en motivaties. Enerzijds weerspiegelt deze houding een respect voor de bewoner in zijn afweer en in zijn keuzevrijheid. Anderzijds maakt het ons kwetsbaar en kost het ons moeite een duidelijke structuur te handhaven, ook daar waar dat gewenst lijkt.

– We zijn soms slordig in het vasthouden en nakomen van gemaakte afspraken, kenmerkend voor een zekere rommeligheid en informaliteit. Dit kan voor bewoners inspielen op hun makkelijk te wekken gevoel van verwaarloosd worden, maar het biedt hen ook een zekere speelruimte en is een tegengif tegen de alles-controlerende en alles-beheersende houding die in een forensisch-psychiatrische kliniek het karakter van de totale institutie beklemmend kan onderstrepen.

Mogelijk heb ik met deze laatste kanttekeningen de indruk gegeven dat er van het eerder aangeduide schema van invalshoeken, aangrijpingspunten en doelstellingen in de diverse behandelingssectoren in de praktijk niet zoveel terechtkomt. Soms zien we dat ook, maar telkens ervaar ik dat wat ik daarover aanduidde als het ware ankerplaatsen zijn in een open haven, met duidelijke eb en vloed en met een bij tijden sterke stroming, die ieder van ons wel eens van zijn ankers dreigt af te slaan. Maar ook die realiteit hoort mijns inziens bij de forensisch-psychiatrische kliniek als behandelingsinstrument.