

PSYCHOTHERAPIE VAN DE PSYCHOPATISCHE PERSOONLIJKHEID

door Dr. W. GOUDSMIT, te Groningen

Het begrip 'psychotherapie' heeft, sedert KOCH in 1892 zijn beroemde monografie schreef, een andere inhoud gekregen. Aangezien 'de diagnose psychopatie' een ziekte suggereert, echter geen ziekte-eenheid is, omdat het syndroom door zeer verschillende oorzaken kan ontstaan, is het beter om over een psychopatisch of dissociaal syndroom te spreken. Hierbij komt, dat het begrip 'psychopatie' in de loop der jaren een hoe langer hoe sterker diskwalificerend karakter heeft gekregen; het begrip wekt associaties op als: asociaal, gewelddadig, slecht en bedreigend.

Door dagbladen wordt soms gesuggereerd, dat 'psychopatie' synoniem zou zijn met delinkwent gedrag; de 'psychopatenwetten' uit het Nederlands Wetboek van Strafrecht hebben dit zeker versterkt. Daar tegenover moet worden gesteld, dat er veel delinkwenten zijn, die beslist niet onder de groep van de zogenaamde psychopaten vallen en aan de andere kant, dat er vele psychopatische persoonlijkheden zijn, die nimmer delinkwent worden. Indien ik in dit artikel in hoofdzaak over delinkwenten spreek, gebeurt dit uitsluitend, omdat ik met delinkwenten meer ervaring heb dan met andere groepen dissociale patiënten.

De zorg voor patiënten met het psychopatisch syndroom was gedurende lange tijd, en is het in zekere zin ook heden nog, een stiefkind van de psychiatrie. Hiervoor zijn verschillende oorzaken aan te wijzen. Ondermeer en misschien in de eerste plaats de moraliserende benadering van de medemens, zoals deze gedurende eeuwen traditie was. Het heeft zeer lang geduurd, voordat men heeft durven zien, dat iemand, die 'slechte daden bedreef' daarom niet 'slecht' of 'zondig' hoefde te zijn. Ook heden valt het velen nog moeilijk om aan te nemen dat iemand anti-sociaal gedrag vertoont, niet omdat hij anti-sociaal 'is', maar als uiting van een psychische of sociaal-psychische storing. RÜMKE sprak liever van 'mislukkt sociaal' dan van 'asociaal'. Verder dient te worden vermeld dat 'de psychopaat' als zondebok voor de maatschappij (en dus ook voor de psychiater) dient; vervolgens de veronderstelling dat 'psychopathie' ongeneeslijk zou zijn. Wellicht komt hierbij, dat de psychiater vaak op ziet tegen de moeite, teleurstelling en de narcistische krenking, die niet zelden gepaard gaan met de behandeling van dissociale patiënten.

1 ENKELE OPMERKINGEN OVER HET PSYCHOPATISCHE SYNDROOM

De symptomatologie van het psychopatisch syndroom is bijzonder bont en gekleurd door de maatschappelijke situatie waarin de patiënt verkeert en de voor hem soms specifieke conflicten, die hij uit-ageert. Het is be-

grijselijk dat men telkens heeft getracht orde in deze ogenschijnlijke chaos te brengen, nadat Kraepelin getracht had de psychopatologie te systematiseren. Zijn 13 typen van psychopaten hebben heden alleen nog historische waarde. De wellicht meest bekende definitie, zoals KURT SCHNEIDER deze opstelde: de psychopaat is een abnormale persoonlijkheid, die onder zijn abnormaliteit lijdt of de maatschappij doet lijden, geeft een bedrieglijke schijnzekerheid. Deze definitie kan aan vele psychiatrische ziektebeelden worden verbonden, men denke hierbij alleen aan de paranoia, de dwangneurose of aan het masochistisch karakter. Voor zover mij bekend zijn er nimmer werkelijk bevredigende systemen gevonden, waarin men de psychopaat kan onderbrengen. Het lijkt ook vergeefse moeite, omdat zowel de veelheid van veroorzakende factoren alsook de verscheidenheid van het klinische beeld van te uiteenlopende aard zijn om er een voor alle categorieën geldende indeling voor te vinden. Een dergelijke indeling wordt nog moeilijker, als wij de groep psychopaten er bij betrekken, die KUIPER in het tweede deel van het Handboek der Psychiatrie noemt, en die in de regel niet tot de groep van onze patiënten behoren en slechts zelden in behandeling komen. Tenslotte moeten hierbij worden genoemd de uiteenlopende normen in verschillende cultuurpatronen. Vooral het psychopatisch syndroom is hier bijzonder afhankelijk van ethische, religieuze, traditionele en politieke opvattingen; wat men in een islamitische of christelijke cultuur streng zou afwijzen, zou bijvoorbeeld in een socialistisch land niet afkeurenswaardig zijn en omgekeerd.

Over het ontstaan van de ontwikkelingspsychopathie heeft HART DE RUYTER (1963) een inmiddels klassiek te noemen artikel geschreven; de gevolgen van de ontwikkelingspsychopathie zijn echter niet alleen voor de kinderpsychiater van belang, maar eveneens voor de forensische psychiater, de sociaal-psychiater en de therapeut die patiënten met dissociaal gedrag behandelt.

KRAUS (1967) wees er in zijn leerboek op, dat 'in de vroege jeugd inwerkende psychische factoren een veel sterker effect hebben dan die, welke zich later doen gelden' en 'hoe vroeger het verkeerde milieu inwerkte, hoe vroeger er een beeld ontstaat dat zeer veel lijkt op een 'aanleg-psychopathie'. Misschien zouden wij thans ook kunnen zeggen: de aanleg-psychopathie is voornamelijk het beeld dat ontstaat als gevolg van zeer vroeg inwerkende psychische en sociaal-psychische factoren. En hieraan toevoegen: dit beeld wordt ernstiger naarmate er meer organische cerebrale beschadigingen in het spel zijn. Welke rol tenslotte de constitutie hierbij speelt is op dit moment nog niet met zekerheid te zeggen; aangenomen dient echter te worden dat het onjuist is constitutionele factoren zonder meer te negeren. Wat betreft de milieu-invloeden heeft de Duitse psychiatrie een term die dit bijzonder duidelijk omvat, nl. 'milieu-geschädigt'.

Wie de gelegenheid heeft veel patiënten met het psychopatisch syndroom

te onderzoeken, zal onder de indruk komen van de ernstige invloed, die affectieve verwaarlozing in de vroege jeugd op deze groep patiënten heeft. Hierbij moet worden opgemerkt, dat de term 'verwaarlozing' helaas al te vaak als een verlegenheidsdiagnose wordt gebruikt, zonder dat anamnestic of uit latere ziekteverschijnselen aangetoond wordt, dat er inderdaad sprake is van vroege infantiele verwaarlozing. Wie over verwaarlozing spreekt dient aan te tonen waar en door welke factoren verwaarlozing heeft plaats gehad en welke vorm van verwaarlozing wordt bedoeld. Heel algemeen kan gesteld worden: hoe eerder een contactstoornis of een contactverlies in de jeugd is opgetreden, des te zwaarder zullen de latere gevolgen zijn. De contactstoornis, zoals we die later bij vele meerderjarige patiënten zien, wordt vaak gedissimuleerd, soms in de vorm van een voortreffelijk geslaagd en gehanteerd schijncontact, soms ook in een overcompenserende hypomane levenshouding en ook in de zo vaak geciteerde 'mask of sanity' van CLECKLEY (1955). Er zijn vloeiende overgangen van dit 'mask of sanity' aan de ene kant naar de stugge, soms verbeterde, kleurloze contactafweer en een haast autistische levenshouding, vroeger door velen ten onrechte o.m. genoemd: amorf psychopatie.

De herhaalde teleurstellingen in relaties met de medemens en het vaak zeer frekwente objectverlies resulteren bij vele patiënten in een intensieve angst voor herhaling. Vaak wordt het verlies reeds geanticipeerd in de vorm van een starre, angstige afwijzing van alle contacten, of het spoedig verbreken van een pas begonnen contact. In de maatschappij zien wij vaak de vlucht in de bonte wereld van het schijncontact en de fantasie, ook het verblijf in de inrichting biedt nog veel van dergelijke vluchtmogelijkheden voor de patiënten. Bijna altijd zien wij een geringe tolerantie voor angst en het verdragen van spanningen, terwijl ook tegenslagen moeilijk worden verdragen. Het uitstellen van directe bevrediging, waaronder soms ook valt directe agressieve bevrediging, is voor sommige patiënten uitermate moeilijk, zo niet onmogelijk. Hierbij komt het niet kunnen overwinnen van het lust-onlust-principe en de overheersing van de neiging tot primair reageren.

In veel gevallen worden ernstige identificatiestoornissen gevonden, soms in de vorm van gebrek aan enige mogelijkheid tot identificatie, soms als negatieve identificatie. Bij de groei van de overdracht in een therapie zien wij vaak hevige identificatie met de therapeut; het duiden van deze identificatie moet in het algemeen voorzichtig en met bijzonder veel tact geschieden om de patiënt niet te angstig te maken en om hem niet af te stoten.

Een mechanisme dat bij vele dissociale patiënten gezien wordt is wat ik noem: materialisatie. Hieronder is te verstaan het compenseren van liefdesverlies of het compenseren van insufficiëntie-gevoelens door middel van bevrediging van dringende materiële verlangens. Deze materialisatie komt overigens ook bij niet-psychopatische persoonlijkheden voor,

de konsekwenties zijn echter andere: indien een goed gesitueerde intellectueel zijn onbevredigende levenssituatie tracht te compenseren met het verzamelen van kostbaar Chinees porselein, dan zal dit in de regel weinig negatieve invloed op zijn levenshouding hebben, terwijl een potator of ex-delinquent, die zijn ongelukkige levenssituatie tracht te compenseren door aankopen van dure motorrijtuigen hiermee in grote economische moeilijkheden komt en zelfs soms juist door dit mechanisme tot recidive komt. Indien het mechanisme van materialisatie door de therapeut niet wordt begrepen, kunnen ernstige misverstanden en daarmee gevaren voor de therapie ontstaan. Soms is niet onderkende materialisatie aanleiding tot een groeiende negatieve tegenoverdracht bij de therapeut. En één van de grote gevaren van de psychotherapie is de tegenoverdracht van de psychotherapeut, die hij zelf niet ziet.

Vaak wordt gehoord: 'Ze willen niet anders'. In werkelijkheid is het in zeer vele gevallen een 'niet anders kunnen'. Naast een zekere moraliserende ondertoon zien wij hierbij, dat men dikwijls de wilsfunctie van de mens naar mijn gevoel te eenzijdig ziet: meer als een functie in plaats van, zoals het vermoedelijk is, een bijzonder ingewikkeld mechanisme, waarbij de wil op te vatten is als resultante van een grote reeks bewuste en niet bewuste, voor een deel aan elkaar tegenovergestelde psychische factoren en krachten, in confrontatie met factoren uit de realiteit.

Ook de bij vele psychopatische patiënten steeds weer waarneembare herhalingsdrang is eveneens een ingewikkeld mechanisme, waarop in het bestek van dit artikel niet in details kan worden ingegaan. Dit mechanisme wordt door verschillende factoren veroorzaakt, het maakt de therapie soms erg moeilijk.

KUIPER (1959) wees terecht op de manifeste en vooral latente angst die wij bij vele psychopatische persoonlijkheden zien. Hij stelt dat vele van deze patiënten in een angstige wereld leven, o.m. omdat zij hun eigen angsten op de buitenwereld projecteren. Verder merkt hij op, dat de afweer van angst één van de belangrijkste oorzaken van ernstige agressiviteit bij sommige van deze patiënten is. Hieraan dient echter te worden toegevoegd, dat er uiteraard in het milieu waarin de patiënten leven en in de reacties van de maatschappij op hun sociale symptomatologie ook zeer veel reële redenen voor angst aanwezig zijn.

Op de vaak zeer bijzondere problematiek van de zedendelinquent in engere zin kan heden niet nader worden ingegaan, hierover bestaat een zeer uitvoerige literatuur. Wel is van belang, dat zeer vaak bij 'niet-zedendelinkwenten' ernstige al dan niet latent gebleven seksuele stoornissen aanwezig zijn, soms zien wij achter een gedissimuleerde vorm van gezondheid ernstige perversies, die meestal niet in het onderzoek, maar pas in een langdurige therapie duidelijk worden.

KLOEK (1965) citeert RABIN volgens wie de psychopaten vooral door de volgende trekken gekenmerkt zouden worden:

1 ernstige afwijking in de gewetensfunctie;

- 2 emotionele onrijpheid;
- 3 afwezigheid van enig vastomlijnd levensplan;
- 4 onvermogen tot liefhebben en emotionele verbondenheid.

Het lijkt nuttig om op deze vier geciteerde punten nader in te gaan.

Ad 1 — Over de gewetensfunctie bij psychopaten werd in ons land o.a. door mevrouw LAMPL-DE GROOT (1949), KUIPER (1953) en (1959) en GOUDSMIT (1958, 1962 en 1963) geschreven. Mevrouw LAMPL wees vooral op de vroege storing en de latere opbouw van het ideaal-ik voor de karakterontwikkeling. KUIPER beschreef afwijkingen in de vorming en ontwikkeling van het geweten, waarbij hij erop wees, dat ook een te strenge gewetensvorming tot storingen en tenslotte tot psychopatisch gedrag kan leiden. De Zwitser PARIN (1961) en GOUDSMIT onderzochten de afweer van gewetensimpulsen, zoals wij die o.m. bij psychopatische personen kunnen waarnemen. Het voortdurende appél op het schuldgevoel, zoals dit bij vele patiënten gedurende een groot deel van hun leven geschiedt, eerst in het ouderlijk milieu, dan op school, tenslotte door diverse overheidsinstanties en de overige maatschappij versterkt in de regel de afweer van schuldgevoelens. Het regime in een straf- of behandelinrichting mag niet het oude patroon van steeds opnieuw appelleren aan schuldgevoel voortzetten. Deze herhaling leidt meestal tot verdringing en andere afweerhandelingen en vervolgens tot recidiveren, een vicieuze-cirkel-ontwikkeling, die voorkomen kan en moet worden. Een reactievorming is soms ook de strafbehoefte, die dan een nieuwe pathogene factor vormt. Ten aanzien van de vraag naar een streng of niet streng geweten lijkt het erop, dat het niet zo zeer van belang is of het geweten wat sterker of wat zwakker is; van veel groter belang is de conflictsituatie waarin de patiënt verkeert. Dit voortdurende conflict is het, dat de patiënt tot de afweer van gewetensimpulsen drijft en tot reactievorming. De angst is hierbij in de regel een versterkende factor. De opvatting dat psychopatische personen zich van de neurotische patiënten o.m. daarin zouden onderscheiden dat bij hun sprake zou zijn van een te zwakke gewetensvorming, is beslist niet juist, al zien wij ook patiënten met een bijzonder lacuneuze gewetensfunctie; dit is echter zeker niet zonder meer kenmerkend voor het syndroom. Veel voorkomende afweermechanismen zijn o.a. de projectie, de ontkenning en de omkering in het tegendeel. Het isoleren van het affect maakt ook bij deze patiënten een behandeling bijzonder moeilijk en stelt hoge eisen aan het geduld van de therapeut. Vaak is de intensiviteit van de afweermechanismen een indicatie voor de bij de patiënt aanwezige angst. Bij introjectie van angst en agressie kan het tot zware moreel-masochistische beelden komen, zoals die vaak bij psychopatische persoonlijkheden gezien worden en soms tot ernstige en hardnekkige automutilaties.

Ad 2 — In emotioneel opzicht reageren vele dissociale patiënten nog als kinderen, terwijl zij in de behandelingssituatie niet als zodanig kunnen worden beschouwd. Soms lijkt een onderscheiding in minderjarige

en meerderjarige patiënten zinvoller dan die in jeugdige en volwassene. Het lust-onlustprincipe heerst veelal boven het realiteitsprincipe, vele patiënten zijn niet in staat tot objectieve beoordeling van de realiteit, zij ontvluchten deze door dromen en fantasievoorstellingen. Hierbij komt vaak de vlucht in een schijn-realiteit, alcohol, drugs (vooral in de laatste tijd) en prostitutie. De vaak bijzonder geringe frustratietolerantie is op zichzelf in vele gevallen wederom oorzaak van conflicten met de omgeving. Het zijn vooral de diverse circuli viciosi op intra-psychisch en sociaal-maatschappelijk gebied die het beeld onduidelijk maken en die de behandeling bemoeilijken. Tenslotte valt hierbij te noemen de in vele gevallen zeer duidelijke identiteitsstoornis, die als zodanig uiteraard niet kenmerkend voor het psychopatisch syndroom is.

Ad 3 — De afwezigheid van enig vastomlijnd levensplan moet ons inziens eerder gezien worden als gevolg van de verschillende stoornissen bij deze patiënten dan als een zelfstandig en verklarend symptoom. Hierbij komt, dat er patiënten zijn, die zeker een vast omlijnd levensplan hebben, echter een levensplan dat tegen de sociale belangen gericht is. Bij patiënten met een sociale schijnaanpassing, patiënten die wij niet zoveel op het spreekuur van de psychiater, in de klinieken en inrichtingen tegenkomen, maar ook bij sommigen, die wij op directievergaderingen en op het politieke toneel zien die wellicht ook psychopatisch genoemd zouden kunnen worden, treffen wij eveneens een zeer duidelijk en vastomlijnd levensplan aan. Verder mag niet onvermeld blijven de groep van patiënten die op zichzelf wel een levensplan hebben, welk plan soms ook zeer reëel aandoet, die echter de mogelijkheid tot verwezenlijking van een dergelijk plan missen.

Belangrijk is het laatste door RABIN genoemde punt.

Ad 4 — Het onvermogen tot liefhebben en emotionele verbondenheid. Bij vele patiënten, vooral bij diegenen, die vroeg in hun jeugd affectief werden verwaarloosd, vinden wij soms een ontstellende contactstoornis. Hetzelfde geldt voor patiënten wier anamnese het herhaaldelijk verbreken van net gelegde objectrelaties toont, zoals bijvoorbeeld bij vele kinderen, die in inrichtingen en in diverse pleegezinnen zijn groot gebracht. Het is helaas geen zeldzaamheid, dat een puber van 17 jaar als een soort postpakket op tientallen adressen werd bezorgd en doorgestuurd, in vele gevallen niet omdat hij moeilijkheden veroorzaakt heeft, maar omdat het milieu waaruit hij voortkomt of waarin hij geplaatst is gefaald heeft. Als reactie op deze veelvuldige overplaatsingen, waarbij telkens contacten worden gelegd, maar weer verbroken, zien wij later ofwel algehele contactstoornissen, schuwheid, een aan autisme grenzende levenshouding of een vlucht in het schijncontact. Vele patiënten hebben hierbij een zeer hevig verlangen naar contacten, zij zijn echter bang wederom affectief in de steek gelaten te worden, zodat zij anticiperend de teleurstelling wegnemen en zelf een beginnend contact verbreken. Deze neiging heeft vooral voor de beginnende therapie met dergelijke

patiënten veel betekenis, de therapeut moet met deze neiging van zijn patiënten rekening houden en mag er in geen geval frustrerend op reageren.

Aan de lijst van RABIN zou ik nog willen toevoegen:

(a) Hevige, vaak met moeite afgeweerde of gecompenseerde insufficiëntiegevoelens en gevoelens van onmacht. Het gevolg hiervan kan ofwel een masochistische levenshouding zijn, zoals reeds genoemd, of, overgecompenseerd, een bravour-houding. De gevoelens van insufficiëntie en onmacht kunnen tenslotte samen met angstgevoelens resulteren in een bijzonder agressieve levenshouding.

(b) Tenslotte de vaak zeer gestoorde driftregulatie bij deze patiënten. Reeds genoemd werd de angst als een belangrijke factor ten aanzien van agressieve ontladingen. Wat dit betreft kunnen wij veel van de ethologie leren, hoewel enige reserve noodzakelijk is, omdat rechtstreekse vergelijkingen tussen gedrag bij dieren en bij de mens tot grove vergissingen kunnen leiden. Vergeten wordt vaak, dat vooral afgeweerde angst patiënten agressief kan maken. Het is helaas niet mogelijk thans op het probleem van de angst met al zijn facetten in te gaan. Verwezen kan worden naar het overzicht dat het pas verschenen boek van VESTDIJK over 'Het wezen van de angst' (1968) geeft van de literatuur tot 1948.

Voor zowel de agressieve als ook voor de seksuele driften geldt, dat het vaak meer een kwestie van driftregulatie is, dan, zoals men dit nog vaak leest, van de constitutioneel aanwezige te sterke — of ook wel te zwakke — aanleg van driften. Hoewel er wel uitzonderingen zullen voorkomen, moet men in het algemeen meer aan afweer en ook aan cybernetische systemen denken, dan aan grote kwantitatieve aanlegverschillen.

2 DOEL EN METHODEN VAN PSYCHOTHERAPIE

De algemene ervaring is, en dit blijkt ook uit het onderzoek van TRUAX en CARKHUFF, (1967), dat goed gemotiveerde patiënten met hoge verwachtingen van de therapie het meest en het snelst in de therapie veranderen; dat verder tamelijk goed functionerende patiënten meer verbetering tonen dan ernstig gestoorde; dat patiënten, die het meest last van hun stoornis hebben en objectief het minst gestoord zijn, het meeste kans op verbetering hebben.

Deze algemene ervaring toont duidelijk welke moeilijkheden ons wachten als wij het voornemen hebben psychopatische patiënten in behandeling te nemen. Moeilijkheden, zowel wat betreft de indicatiestelling tot psychotherapie, als ook de techniek van de behandeling, waarover later meer. Juist deze groep van patiënten beantwoordt bijzonder weinig aan de hierboven gestelde criteria.

Wat betreft het eerste doel van de behandeling, stelde REICHER, (1968) dat als eerste doel gezien moet worden de aanpassing. De patiënt zou zo ver moeten komen, dat hij in staat is zich sociaal te gedragen,

dat hij zich aan de leef- en spelregels van het leven weet aan te passen; temeer, omdat een goed aangepast mens in de regel weinig misdrijven zal plegen. Het klinische doel zou 'genezing' moeten zijn, terwijl tenslotte ook te verdedigen is, dat bij vele psychopatische patiënten het eerste doel zou moeten zijn: het herstellen of het opbouwen van de mogelijkheid echte relaties met de medemens te hebben. Indien men hierin slaagt is dit soms de eerste keer in het leven van de patiënt, dat er van een werkelijke relatie met een medemens op enigszins volwassen niveau gesproken kan worden.

In het algemeen maken wij een onderscheid in causale en symptomatische therapie. Bij het psychopatische syndroom met storingen op meerdere, soms op alle fronten, zouden wij van 'multicausale behandeling' moeten spreken. Dit wil zeggen, dat ook bij de behandeling met de verschillende veroorzakende factoren van het syndroom rekening gehouden dient te worden. Dit is theoretisch gemakkelijk te stellen, in de praktijk echter bijzonder moeilijk te verwezenlijken, vaak moet men tevreden zijn met een partieel multicausale behandeling, indien er geen andere mogelijkheden zijn zelfs met een symptomatische therapie. De conclusie, dat er in een bepaald geval geen mogelijkheid voor een causale of beter multicausale behandeling gegeven is, dient nimmer lichtvaardig getrokken te worden. Er zijn diverse gevallen, waarbij deskundigen in eerste instantie een meer causale behandeling als onmogelijk van de hand hebben gewezen, hoewel de patiënten later toch, en met succes in therapie werden genomen.

De indicatiestelling tot behandeling en tot een bepaalde vorm van therapie is in het algemeen gesproken in de psychiatrie nog een zeer verwaarloosd gebied. Idealiter zou deze indicatiestelling bij psychopatische patiënten alleen kunnen en moeten plaats vinden na voorafgaand klinisch onderzoek, structuurdiagnostiek en milieu-onderzoek. Hierbij is de aard van een eventueel dissociaal syndroom of een eventueel gepleegd delict geen maatstaf voor behandelbaarheid. Er zijn patiënten die zeer in het oog springende symptomen vertonen, of zeer ernstige delicten hebben gepleegd, die beter te behandelen zijn, op grond van hun persoonlijkheidsstructuur en de overige factoren zoals o.m. sociale en milieu-factoren, dan andere patiënten die op zichzelf een veel minder opvallende en minder bedreigende symptomatiek vertonen. Helaas wordt bij de indicatiestelling in vele gevallen nog te weinig gedifferentieerd. Het volgende overzicht van verschillende vormen van behandeling maakt ons inziens duidelijk, dat er reeds bij de indicatiestelling met de verschillende mogelijkheden rekening gehouden moet worden. Dit is een probleem dat ook in de neurose-behandeling helaas nog steeds actueel is. Hoe vaak wordt een patiënt voor groepstherapie ingedeeld, niet omdat bij het onderzoek duidelijk bleek, dat deze vorm van behandeling voor hem de meest belovende zou zijn, maar omdat men met groepsbehandeling wil beginnen en men nog enkele patiënten nodig heeft om bij de groep te

voegen. Vergelijkbaar is dit met de chirurg, die de patiënten niet indeelt naar de ziekte, maar naar zijn voornemen om een aantal galblazen te exstirperen.

Een andere vraag is die naar de aanleiding van therapeutische maatregelen m.a.w. waarom komt de patiënt in behandeling, komt hij vrijwillig of gedwongen? Zo komen bijvoorbeeld vele alcoholisten niet in behandeling, omdat zij primair van hun symptoom (de drank) af willen maar omdat de gevolgen van hun gewoonten het verdere leven bedreigen, bijvoorbeeld gerechtelijk ingrijpen, intrekken van het rijbewijs e.d. Hetzelfde zien wij in landen waar homofiel contact tussen meerderjarigen nog verboden is. Ook daar komt een patiënt niet steeds in behandeling omdat hij van de homofiele gevoelens verlost wil worden, maar uitsluitend omdat hij zich door de maatschappij bedreigd voelt. Het spreekt vanzelf, dat dit een geringe motivering voor intensieve psychotherapie is. Soms wordt de therapie in opdracht van de Justitie gedaan. Het gevaar bestaat dan in vele gevallen, dat de therapeut als de verlengde arm van de Justitie wordt gezien, soms ook dient psychotherapie als een soort alibi voor een milder vonnis. In het gunstigste geval zoekt de patiënt zelf hulp om van zijn symptomen bevrijd te worden. Hoewel zonder meer gesteld kan worden, dat gedwongen psychotherapie in de regel zinloos is, moet men niet vergeten, dat niet altijd een streng onderscheid tussen vrijwilligheid en dwang te maken is. Soms verkeert de patiënt zelf in een dwangpositie, bijv. als hij in een inrichting is opgenomen, zodat de vrijwilligheid hierdoor reeds in het gedrang is.

Dat naast klinisch onderzoek, structuuronderzoek en milieuonderzoek in de meeste gevallen klinisch psychologisch onderzoek onmisbaar is, behoeft geen nader betoog.

Wat betreft de methoden van behandeling kan vooraf worden gesteld, dat een algemeen kenmerk van psychotherapie bij psychopatische patiënten het volgende is: in de meeste gevallen is een zuivere patiënt-therapeut-relatie, zoals wij die bij de behandeling van de doorsnee neurotische patiënt kennen, onvoldoende. Meestal is een multicausale of multidisciplinaire behandeling nodig, wat niet wegneemt, dat ook zgn. psychopatie in de setting van de neurosetherapie met succes te behandelen is. Voorbeelden hiervan vinden wij in de literatuur, o.m. in het misschien eerste geval dat methodisch werd benaderd (K. ABRAHAM, 'Die Geschichte eines Hochstaplers im Lichte psychoanalytischer Erkenntnis, 1925). In de laatste jaren zijn er verscheidene artikelen over psychoanalyse bij psychopatische persoonlijkheden verschenen, ik noemt hier EIDELBERG (1958-1959).

De multicausale behandeling van patiënten met het psychopatische syndroom kan, en ik volg hierbij een suggestie van WEIJEL (1961), ingedeeld worden in: *Identieke psychotherapie* en *Niet-identieke behandelingsvormen*. Deze niet-identieke behandelingsvormen kunnen worden onderverdeeld in:

- 1 de sociale behandeling; hieronder vallen o.m.
 - a regulatie, door de psychiater, psycholoog of socioloog;
 - b maatschappelijk werk-contact in de vorm van correctional casework, counsellende benadering of groupwork;
 - c arbeidstraining;
 - d expressieve en creatieve therapie;
- 2 soms aanvullende farmacotherapie;
- 3 milieutherapie, door een psychiater, psycholoog of maatschappelijk werker.

Voor zover mij bekend wordt in ons land tot dusver slechts sporadisch met gezinstherapie gewerkt.

Over niet-identieke behandelingsvormen in de therapeutische kliniek voor delinkwenten heeft o.m. ROOSENBURG (1963, 1969) zeer verhelderend geschreven!

Wij zullen ons in het vervolg in hoofdzaak bezighouden met:

PROBLEMEN VAN IDENTIEKE THERAPIE

Onder identieke psychotherapie verstaan wij de rechtstreekse therapeut-patiënt-relatie, gericht op de problemen van de patiënt en verricht volgens een methodisch concept, met als doel het opheffen van psychische stoornissen, het wegnemen van weerstanden en afweervormen om tenslotte te komen tot een meer zelfstandig functioneren van het ik van de patiënt. Een dergelijke behandeling kan in principe zowel intra- als extramuraal geschieden, het kan zowel individueel als in groepsverband gedaan worden. Mijn ervaring is, dat in vele gevallen een combinatie van groepstherapie en individuele therapie de voorkeur verdient. Wel is noodzakelijk dat in elk geval een indicatie tot individuele dan wel groeps-therapie wordt gesteld. Methodisch komen er een aantal vormen van psychotherapie in aanmerking, zoals bijv. de psychoanalytische psychotherapie (een gehele psychoanalyse is in vele gevallen niet geïndiceerd en vaak ook om meer externe redenen moeilijk uitvoerbaar), verder in bepaalde gevallen de counsellende methode. Met gedragstherapie, die in de laatste tijd op verschillende plaatsen in toenemende mate wordt toegepast, heb ik zelf geen ervaring. Van suggestieve methodes zag ik geen succes. In het algemeen kan als regel worden gegeven, dat één therapeut bij dezelfde patiënt uitsluitend één methode volgt. Wel hebben wij ook gunstige resultaten gezien bij een combinatie van bijv. counsellende individuele therapie en analytische groepstherapie en omgekeerd. Herhaald zij, dat gedwongen psychotherapie zinloos is; in gevallen van slechte motivatie zal men met andere dan psychotherapeutische middelen moeten trachten de patiënt meer gemotiveerd te maken. Juist één van de initiële, tevens moeilijkste problemen vormt ongetwijfeld de vaak slechte motivatie van de patiënten voor psychotherapie. Soms lijkt de situatie vrij goed, maar volgt de patiënt een behandeling slechts semi-vrij-

willig als het in zijn situatie meest gunstige alternatief. Indien onder dwang therapie wordt toegepast, zal het enige resultaat in de regel een nadelige versterking van de afweer zijn en een eveneens nadelige versterking van de schijnaanpassing, waarmee niemand, en de patiënt wel het allerminst, gediend is. Het is vaak in de praktijk bijzonder moeilijk om een patiënt gemotiveerd te maken. Soms gebeurt dit onder de druk van de gevolgen van zijn ageren en van de maatschappelijke situatie waarin hij terechtgekomen is, soms is een eerste, door de patiënt als plezierig ervaren contact met een psychiater of psycholoog het beginpunt; in vele gevallen heeft voornamelijk de maatschappelijk werker in de casework- of correctional casework-benadering mogelijkheden om een patiënt voor verdere identieke behandeling gemotiveerd te maken. Op dit gebied zijn nog vele mogelijkheden, die te weinig gebruikt worden. Soms is een ontbrekende motivatie het rechtstreekse gevolg van een ongelukkig verlopen eerste contact met een psychiater. Dit eerste contact, vaak door psychiaters, die geen psychotherapeuten zijn, gelegd, bijv. op een dienst voor de geestelijke volksgezondheid of in een onderzoekssituatie in het Huis van Bewaring, kan beslissend zijn voor de eerstkomende jaren van de patiënt. Het is derhalve uitermate belangrijk, dat het eerste contact dat een psychiater met een dissociale patiënt heeft op een rustige, begrijpende en vooral niet autoritaire wijze plaatsvindt.

Nauw samenhangend met de slechte motivatie moet de reeds vermelde afweer van het contact worden gezien. Patiënten, die vroeger regelmatig in intermenselijke relaties teleurgesteld werden, zijn vaak bang om met de therapeut tot een relatie te komen; juist bij deze patiënten zien wij een vlucht uit de therapie, op het moment dat de therapie hen emotioneel aanspreekt. In vele gevallen moet men nadat de patiënt inderdaad het contact verbroken heeft, soms bijvoorbeeld door het plegen van nieuwe delicten, daarna weer doorgaan met het aanbieden van therapeutische contacten. Hier wordt een hevig appèl gedaan op narcistische gevoelens van de therapeut. Indien de therapeut in dit opzicht kwetsbaar is en dit in de therapie of in een ander contact met de patiënt laat merken, is de behandeling meestal vergeefs en zal het in het vervolg nog moeilijker zijn om de afweer van het contact te doorbreken. Een ander moeilijk te hanteren mechanisme kan een uitgesproken strafbehoefte en de herhalingsdrang bij patiënten zijn. Primair hier is, dat de therapeut het karakter van deze reageer- en ageerpatronen van zijn patiënten doorziet en er zelf niet agerend op in gaat.

Nog weer een andere moeilijkheid in de praktijk is, dat vele patiënten veel te laat in behandeling komen. Hier wreekt zich de lacune in mogelijkheden voor intensieve behandeling van kinderen, pubers en adolescenten! Ook een langdurige voorafgaande gevangenisstraf maakt in de regel de therapiekansen niet beter.

Sommige patiënten moesten intramuraal behandeld worden, als beschermende maatregel voor henzelf en in verband met te hevige vlucht-

neigingen. (Hieronder valt ook de vlucht voor de confrontatie met de eigen persoon en voor de realiteit.) Uiteraard is intramurale behandeling geïndiceerd indien de symptomatic van de patiënt diens verblijf in de maatschappij met het oog op zijn naaste milieu en de openbare orde en veiligheid onmogelijk maakt. Ten aanzien van de therapie in gesloten inrichtingen heeft o.m. ROOSENBURG (o.c.) herhaaldelijk op de noodzaak van contact met de buitenwereld gewezen, ook tijdens het soms langdurige verblijf intramuraal. Bij behandeling in een gevangenis zou dit in bepaalde gevallen veranderingen van het regime noodzakelijk maken. Hierbij komt nog, dat een generaliserende behandeling — gelijke monniken, gelijke kappen (je zou soms haast willen zeggen: gelijke klappen) — voor een meer individualiserend regime plaats zou moeten maken. Bij intramurale behandeling moet vermeden worden, dat het regime een herhaling van ziekmakende factoren van vroeger betekent. Men bedenke, dat de patiënt ook daar, waar dit gezien vanuit de realiteit beslist niet het geval is, in een soort 'overdracht van sociale ervaringen' de momentele leefsituatie beleeft als zijnde een verlengstuk van vroeger doorgemaakte ervaringen. Indien zulks optreedt moet dit regelmatig met de patiënt worden besproken en zo mogelijk ook geduid worden.

Met o.a. TRUAX (o.c.) ben ik van mening dat er, vóór de behandeling begint, een grondig onderzoek moet worden verricht en een diagnose gesteld moet worden. Deze diagnose kan uiteraard alleen een multiconditionele diagnose zijn. Pas daarna kan de indicatie tot therapie en tot de vorm van therapie worden gesteld.

In tegenstelling tot het feit, dat in Nederland meer dan in andere Europese landen intensief en naar mijn overtuiging vaak met succes psychotherapie bij psychopatische patiënten wordt toegepast, vinden wij in de Nederlandse literatuur hieromtrent bijzonder weinig. Vermoedelijk is de oorzaak hiervan gegeven in het feit dat men het zó druk heeft met behandelen, dat er eenvoudig geen tijd overblijft voor research en het publiceren van onderzoeken. Hierbij komt, dat de interesse voor de psychopatische patiënt niet bij alle universitaire centra van ons land even sterk is.

Het woord psychotherapie op zichzelf is weinig zeggend, indien er niet bij vermeld wordt, of nog erger, indien de therapeut zich er zelf niet van bewust is, welke methodische aanpak er gebruikt wordt. Psychotherapie zonder enige methodiek moet als een vorm van kwakzalverij worden beschouwd. Psychotherapie, die niet 'client-centered' of 'patient-directed' is, verdient niet de naam psychotherapie. Ik gebruik hierbij de term 'client-centered' niet in strikt Rogerse zin, maar neem de term van hem over als criterium voor therapie in het algemeen.

De multicausale behandeling schept op zichzelf nieuwe problemen. Het komt tot interactie met andere vormen van behandeling, waarbij soms zeer gecompliceerde overdrachts- en tegenoverdrachtsverhoudingen kunnen ontstaan. Het probleem op zichzelf is, dat er bij intramurale

behandeling regelmatig contact tussen de verschillende therapeuten moet zijn, waarbij echter het medisch beroepsgeheim van de identieke psychotherapeut onder alle omstandigheden bewaard moet worden. Dit is bij een staf, die op elkaar is ingespeeld, wel te bereiken, bij veel mutaties soms echter een bijzonder moeilijke zaak. Dat de therapeut een absoluut beroepsgeheim heeft, hetgeen met de patiënt aan het begin van de behandeling besproken moet worden, spreekt vanzelf; in alle Nederlandse inrichtingen voor psychotherapie met delinkwenten of met psychopatische persoonlijkheden wordt dit beroepsgeheim van de therapeut dan ook door iedereen als vanzelfsprekend erkend. Het is verrassend en tegelijkertijd verheugend, dat vele patiënten, ondanks hun diepgeworteld wantrouwen ten opzichte van allen die zich met hen bemoeien, vaak binnen zeer korte tijd in staat zijn om dit beroepsgeheim van hun therapeut te accepteren en erop te vertrouwen.

Reeds vermeld werd, dat psychoanalyse 'sec' slechts zelden geïndiceerd en eveneens zelden uitvoerbaar is. Toch heeft de psychoanalyse grote betekenis voor de therapie van deze patiënten. De toegepaste methodische psychotherapeutische benaderingswijze heeft een grote hoeveelheid technische ervaringen en neurose-psychologische feiten opgeleverd, waarvan de kennis ook voor de modificaties van de psychoanalyse en van andere vormen van psychotherapie van grote betekenis zijn. Ten aanzien van de techniek zijn modificaties van de psychoanalyse in de vorm van analytische therapieën geïndiceerd, zoals wij deze ook bij de puberbehandeling en de border-line therapie kennen. Wij zelf passen de psychoanalytische therapie bij deze patiënten meestal twee à drie maal in de week toe. Bij combinatie van individuele therapie met groepstherapie verdient het aanbeveling om twee maal per week een vol uur groepstherapie te doen, met daarnaast één à twee keer per week 45 minuten individuele behandeling. Bij de verschillende vormen van therapie kan de frekwentie schommelen tussen zoals gezegd drie keer (soms meer) per week tot bijv. bij een border-line behandeling één keer per week en minder. Bij de psychoanalytische therapie met psychopathische patiënten moet men bijzonder voorzichtig zijn met te sterke frustraties van de patiënt. Vele van deze patiënten zijn niet in staat ernstige frustraties, zoals die uit de neurosebehandeling bekend zijn, te verdragen. Bijzondere voorzichtigheid is ten aanzien van duidingen bij psychoanalytische therapie van deze patiënten geboden. In het begin kan bij afwerende patiënten zelfs een 'clarification of feelings' voor de patiënt moeilijk te verwerken zijn.

Vooraf bij intramulare therapie in daarvoor bestemde instituten is het soms mogelijk een indeling in drie verschillende fases te maken, vergelijkbaar met de drie-fasische behandeling bij ernstig gestoorde kinderen, zoals HART DE RUYTER (o.c.) en MIK (1967) die hebben beschreven. De eerste fase, die van de contactbehandeling, kan met de 'basic trust therapy' bij kinderen worden vergeleken. Wel zijn hier essentiële verschil-

len: het spreekt vanzelf dat methodes die bij kinderen in het kader van de toegepaste technieken vallen, zoals het knuffelen, naar bed brengen, kusjes of cadeautjes geven en een blokje met de auto rond rijden bij meerderjarige patiënten (als ook bij pubers en adolescenten) niet mogelijk zijn.

Deze *contacttherapie*, men zou deze vorm van behandeling ook de pre-therapeutische fase kunnen noemen, komt voornamelijk in aanmerking bij patiënten, die nauwelijks in staat zijn een relatie met de medemens te hebben, die misschien nog nooit een echte en enigszins langdurige relatie hebben gehad. Doel van deze pre-therapeutische fase is in eerste instantie het opbouwen van een relatie en daarna het bereiken van een enigszins draagkrachtige overdracht. Ook voor de contacttherapie gelden de door CARL ROGERS genoemde drie basiscondities, nl. genuineness, warmth en empathy, welke karakteristiek zijn voor de 'helping relationship'. Vele patiënten moeten eerste ervaren dat de therapie geen vorm van uithoren is. Wat betreft de counsellende methode van ROGERS, deze acht ik, vooral bij sommige paranoid reagerende intramuraal behandelde patiënten, soms gecontra-indiceerd, o.m. omdat in bepaalde gevallen paranoid-agressieve denkbeelden versterkt kunnen worden. Bij behandeling in een inrichting zal men één maal in de week, soms twee maal, 30 à 45 minuten uittrekken; bij behandeling in vrijheid is de frequentie soms nog geringer. Daar moet men bij sommige patiënten met een contact van één keer per maand tevreden zijn. Bij deze vorm van behandeling wordt niet geduid, soms is een zeer voorzichtige clarification of feelings gewenst, zonder dat het hierbij tot een schoolse counsellende behandeling komt. Men dient geen aanleiding tot rationalisatie te geven en beslist geen primitief- of symboolduidingen. In sommige gevallen wordt de term therapie niet eens gebruikt, waar de patiënt onder het woord therapie of behandeling iets anders verstaat dan wij. Soms heeft het woord therapie voor de patiënt een zekere magische betekenis, maar in andere zin dan voor de therapeut. Tijdens de uitoefening van therapie mogen geen aantekeningen worden gemaakt. Hoe belangrijk een bandrecorder voor de affectieve zelfcontrole van de therapeut na de zitting ook is, bij contactbehandelingen is een bandrecorder veelal een dermate storend en dreigend instrument, dat er van strikte contra-indicatie gesproken kan worden. In de contacttherapie gaat het er niet om 'waarom iets kon gebeuren', of 'hoe is het toch mogelijk' of 'hoe zou het toch komen', maar uitsluitend om het feit dat het gebeurd is, dat de patiënt dit met de therapeut kan bespreken, zonder dat hij, als resultaat van deze bespreking een afwijzing of een morele veroordeling riskeert. Het spreekt vanzelf dat een dergelijke vorm van behandeling uitsluitend vis à vis kan plaatsvinden. De therapeut dient tegemoetkomend, objectief te zijn, steeds weer zonder zichzelf op te dringen het contact aanbiedend. Bij zeer schuwe, in het contact bijzonder angstige patiënten, die intramuraal behandeld worden kan soms non-verbaal worden begonnen. (Zo kan

bijv. een schaakpartij nuttig zijn.)

Er wordt vaak over ik-steun of over ik-versterking gesproken. Beschermend, verzachtend, of vergoelijkend optreden van de therapeut is mijns inziens zelden of nooit in staat om een werkelijke ik-steun te bewerkstelligen. Eerder bestaat het gevaar, dat een infantilisering en een ik-verzwakking de gevolgen daarvan zijn. De patiënt kan er echter wel baat bij hebben indien er een appèl wordt gedaan op datgene waartoe hij wel in staat is, en als de krachten van zijn ik worden gemobiliseerd. Het te konsekwent confronteren van de patiënt met zijn onvermogens heeft meestal een averechts resultaat; de patiënt voelt zich gauw gekleineerd, hij reageert met infantilisering en met de neiging tot therapeutisch onproductieve vormen van regressie. Heel algemeen kan worden gesteld, dat behandeling van psychopatische patiënten nimmer mag ont-aarden in enige vorm van sociale dressuur, die uitsluitend op nadelige wijze vroegere jeugdtrauma herhaalt.

Indien het tot een enigszins draagkrachtige overdracht in algemene zin gekomen is en de patiënt een zekere binding tot zijn therapeut heeft kunnen leggen, volgt de *tweede fase*, die van de realiteitsontmoeting. Deze fase kan ook worden gezien als die van de 'ik-versterking'. Deze fase is voor een groot deel het domein van de niet-identieke behandeling. Tenslotte volgt in sommige gevallen de *derde fase*, nl. die van een verdere neurosebehandeling in engere zin.

Het schema van de drie-fasische behandeling mag uiteraard niet star worden gehanteerd; soms zijn de fasen niet duidelijk van elkaar te onderscheiden, niet altijd is het nodig om met de eerste of tweede fase te beginnen.

Het zou te ver voeren om dieper op de problemen van een groepstherapie in te gaan. Voor zover mij bekend wordt groepstherapie met dissociale patiënten op het ogenblik in ons land vrijwel uitsluitend intramuraal toegepast. De groepen zijn meestal semi-gesloten; herhaald zij, dat er apart voor elke patiënt een indicatie tot groepstherapie gesteld moet worden. De handhaving van het groepsgeheim is uiteraard vooral bij deze patiënten vaak een groot probleem. Ik heb in de praktijk echter nimmer meegemaakt dat doorbreken van de afspraak van het beroepsgeheim, zoals dat vrij regelmatig voorkomt, de therapie onmogelijk maakt. Met de combinatie van groepstherapie en individuele therapie hadden wij meestal betere resultaten dan alleen met groepstherapie.

Narco-analyse kan een enkele keer op goede indicatie nuttig zijn, vooral daar waar een psycho-kathartische werking mogelijk en gewenst is. Het gevaar van deze vorm van behandeling is, dat bij ondeskundige toepassing en bij onvoldoende kennis omtrent de diepere achtergronden van de patiënt herinneringen worden opgeroepen, die de patiënt niet in staat is bewust te verwerken. Ik zag een keer een patiënt na een dergelijke minder deskundige narco-analytische benadering als het ware in de

psychose vluchten.

Ten aanzien van de behandeling met L.S.D. sta ik vooral ten opzichte van de groep van de dissocialen vooralsnog zeer sceptisch. Met gedragstherapie heb ik geen eigen ervaring; wel lijkt mij dat daarmee de noodzaak van een multiconditionele behandeling geweld wordt aangedaan.

Tenslotte nog enkele algemene opmerkingen betreffende *speciale problemen* bij de behandeling van dissociale patiënten.

De specifieke problematiek van deze patiënten, hun soms grote neiging tot ageren en het sterke appèl dat zij meestal op hun therapeut doen, maakt dat deze therapieën zowel technisch als ook emotioneel bijzonder moeilijk zijn. Kenmerkend voor een te grote identificatie door de therapeut, een te sterke en niet bewuste positieve tegenoverdracht is de neiging om in snelle genezingen te geloven, die meestal niet meer betekenen dan schijn-overdrachtsgenezingen. Zij verdwijnen in de regel nadat het contact met de therapeut is beëindigd. Ook van een andere kant bedreigen de therapeut gevaren: nl. de negatieve overdracht, als de patiënt niet zo gauw beter wil worden als de therapeut heeft gehoopt en indien de therapeut de narcistische krenking van het trage verloop van de behandeling niet kan verdragen. Beide zijn uiteraard ernstige vormen van mee-ageren van de zijde van de therapeut en als zodanig gevaren voor de behandeling in het geheel. De dissociale patiënt heeft vaak de neiging de therapeut tot medeplichtige te maken. Hij schijnt dit te eisen als het bewijs van kwasi-werkelijk accepteren. Het vraagt soms veel geduld en tijd om de patiënt te laten ervaren dat hij geaccepteerd wordt ook zonder dat de therapeut het met zijn zienswijzen eens is of dit telkens bevestigt.

De neiging tot directe bevrediging en het onvermogen tot uitstellen van deze bevrediging schept eveneens dikwijls grote problemen; ook hier is steeds weer veel geduld nodig, geduld dat voor de therapeut in de regel makkelijker zal zijn op te brengen dat voor de patiënt. REICHER (o.c.) wijst op de noodzaak van het doseren van de aanpassingseisen. Hij noemt hierbij o.m. het zoveel mogelijk tolereren van en het begrip tonen voor acting-out. Dit is vooral van belang in de eerste tijd van de behandeling. Tegelijkertijd stelt REICHER echter terecht, dat het toestaan van acting-out geenszins onschadelijk is. Deze schijnbare tegenstelling is zo te verstaan, dat de therapeut alle begrip voor de acting-out handeling dient te hebben en het acting-out-fenomeen in de therapie moet bespreken zonder waardeoordelen, terwijl de patiënt in de niet-identieke sociale behandeling geconfronteerd wordt met de gevolgen van zijn acting-out. Hierdoor wordt getracht het acting-out-fenomeen te hanteren in het kader van de poging tot readaptatie.

Een probleem op zichzelf is de niet zelden gesignaleerde neurotische strafbehoefte. Technisch is deze strafbehoefte moeilijk te hanteren omdat het in vele gevallen niet mogelijk is de strafbehoefte als zodanig te

duiden. Een te vroege duiding hiervan zou alleen de situatie verergeren en de afweer verder mobiliseren. Menige ontvluchting uit een inrichting en veel recidiveren wordt door niet bewuste neurotische strafbehoefte veroorzaakt. In deze gevallen krijgt therapie duidelijk een karakter van 'vallen en opstaan'.

Ten aanzien van de frekwentie van de behandeling zijn geen algemeen geldende normen te geven. Ervaring heeft ons geleerd, dat bij toenemende frekwentie de overdracht heviger wordt en dat meer 'onbewust materiaal' in de therapie komt. Soms kan dit ongewenst zijn, bijv. bij de behandeling van de border-line state en in de fase van de contact-behandeling. De frekwentie moet worden aangepast aan de behoeften en aan de mogelijkheden van de patiënt; helaas komen hierbij vaak nog uitwendige, bij voorbeeld materiële, overwegingen.

De behandeling van patiënten met uitgesproken perversies is o.m. moeilijk, omdat deze patiënten vaak niet in staat zijn van hun gevonden vorm van partiële driftbevrediging af te zien en deze niet kunnen of niet willen opgeven. Zij zijn bang voor een vacuum en de daarmee samenhangende frustraties. Bij patiënten die intramuraal zijn behandeld is in vele gevallen een verlenging van de therapie in de nazorg-periode noodzakelijk. Dit is vooral bezwaarlijk in die gevallen, waar de patiënt niet in de buurt van de behandelende inrichting blijft. Er komen coördinatie-problemen, o.m. wat betreft de maatschappelijk werk-benadering. Indien de therapie elders wordt voortgezet, is het noodzakelijk dat de nieuwe therapeut vroegtijdig goed geïnformeerd wordt omtrent de diverse gegevens van de tot dusver plaatsgevonden behandeling; het spreekt vanzelf, dat alleen een therapeut die ervaring met deze patiënten heeft en die liefst ook georiënteerd is wat betreft de bijzonderheden van een intramurale behandeling deze behandeling in vrijheid kan voortzetten. Het is soms belangrijk dat de patiënt weet dat hij terug kan vallen op het instituut waar hij behandeld werd; in andere gevallen werkt de mogelijkheid om in de oorspronkelijke kliniek terug te keren als een dreiging en kan dan uitsluitend in werkelijk urgente situaties worden toegepast.

Herhaaldelijk werd op de noodzaak van goede diagnostiek gewezen. Een vorm van diagnostiek, misschien in het geheel kenmerkend voor de psychiatrie, is de kathamnestiche diagnostiek. De definitieve diagnose is veelal pas aan het einde van de behandeling te stellen. Een diagnose in de slotfase profiteert van het gegroeide inzicht van de therapeut maar is ook gewenst ten behoeve van research, waaraan helaas nog te weinig wordt gedaan.

Wat betreft de resultaten van psychotherapie bij psychopatische persoonlijkheden staan 'harde feiten' op grote schaal nog uit. Er is hier duidelijk gebrek aan systematisch kathamnestic onderzoek en andere vormen van research. Het criterium voor een geslaagde therapie kan natuurlijk niet in de eerste plaats het enthousiasme van de patiënt of van

de therapeut zijn; meer waarde heeft de spontane reactie van de buitenwereld op de veranderde levenshouding en levenswijze van de patiënt. Al is het wachten nog steeds op meer bewijskrachtig statistisch onderzoek, zuiver empirisch bestaat bij de meeste onderzoekers in ons land, die zich met therapie van deze patiënten bezighouden de mening, dat deze behandeling, indien bona fide gebeurd, een opmerkelijk gunstige invloed kan hebben.

SAMENVATTING

Na enkele opmerkingen over het begrip 'psychopatie' en beschouwingen omtrent enige psychopathologische fenomenen die vaak bij patiënten met het psychopatische syndroom worden gezien, wordt het doel en de methode van psychotherapie bij deze patiënten verder toegelicht en beschreven. Er wordt een onderscheiding gemaakt in identieke psychotherapie en niet-identieke behandelingsvormen. In het vervolg wordt op speciale problemen van de identieke therapie nader ingegaan. Tenslotte volgen enkele algemene opmerkingen betreffende speciale problemen bij de behandeling van dissociale patiënten, waarbij ook kort op de betekenis van de nazorg wordt gewezen.

SUMMARY

First a few remarks are made on the concept 'psychopathy' and considerations of some psychopathic phenomena which often are seen in patients with a psychopathic syndrom. After this the purpose and method of psychotherapy with these patients are described and illuminated further. A distinction is being made between identical psychotherapy and non-identical forms of treatment. Some problems of the identical therapy are further described next. Finally several general comments are made on the special problems in the treatment of dissocial patients and the importance of the rehabilitation is pointed out briefly.

LITERATUUR

- | | |
|---------------------|---|
| Abraham, K. | <i>Die Geschichte eines Hochstaplers im Lichte psychoanalytischer Erkenntnis</i> . Imago 1925. |
| Brandt, R. J. | 'Aus der Analyse eines Mörders', <i>Psyche</i> 1959. |
| Cleckley, H. | <i>The mask of sanity</i> . St. Louis, 1955. |
| Eidelberg, L. | 'Psychoanalyse einer Psychopatin', <i>Psyche</i> 1958. |
| Goudsmit, W. | 'Schuldgevoel bij delinquenten', in: <i>Schuldgevoelens</i> , De Tijdstroom, Lochem, 1958. |
| — | 'Ueber Abwehrmechanismen bei sogenannten Psychopathen', <i>Psyche</i> , 1962. |
| — | 'Psychotherapie bei Delinquenten', <i>Psyche</i> 1964. |
| — | <i>Psychiatrie en Reclassering</i> , J. A. Boom & Zn., Mepel 1967. |
| Hart de Ruyter, Th. | 'Over het ontstaan en behandeling van de zgn. ontwikkelingspsychopathie'. In: <i>Capita Selecta uit de kinderen jeugdpsychiatrie</i> . Zeist, W. de Haan, 1963. |

- 'Zur Psychotherapie der Dissozialität im Jugendalter'. In: *Jahrbuch für Jugendpsychiatrie und ihrer Grenzgebiete*. Bd. VI, Stuttgart 1967.
- Kloek, J. 'De psychopathiën bezien vanuit de klinisch-psychiatrische en sociale gezichtshoek'. In: *Ned. Handboek der Psychiatrie*, Deel III, Arnhem 1965.
- Koch, J. L. A. *Die psychopathischen Minderwertigkeiten*, Berlin 1891.
- Kraus, G. 'Verworven (post-morbide) psychopathiën'. *Psychiatrisch-Neurologische Bladen*, 1947.
- *Leerboek der psychiatrie*, Leiden, Stenfert Kroese, 1957.
- Kuiper, P. C. 'Over stoornissen in de vorming en de functie van het geweten bij psychopathen', in: *Aanpassing in theorie en praktijk*, Bijleveld 1968.
- 'Ueber klinische psychiatrische Aspekte anti- und asozialer Verhaltensweisen', in: *Aanpassing in theorie en praktijk*, Bijleveld 1968.
- 'Psychopathisch gedrag tegen de achtergrond der neurosen'. In: *Ned. Handboek der Psychiatrie*, Deel II, 1963.
- Lampl-de Groot, J. 'Neurotics, delinquents and ideal-formation.' In: *Searchlines on delinquency*, London, Imago 1949.
- Mik, G. 'Psychotherapie in puberteit en adolescentie'. *Ned. t. v. Geneesk.* 112, 1968.
- Parin, P. 'Aus der psychoanalytischen Behandlung einer schweren Sexualstörung', in: H. Meng: *Psyche und Hormon*, Huber, Bern, 1944.
- 'Die Abwehrmechanismen der Psychopathen.' *Psyche* 1961.
- Roosenburg, A. M. *Socio-therapeutische aspecten van het werk in de Dr. van der Hoeven Kliniek*. Dr. F. S. Meyersvereniging 1963.
- 'De onwillige patiënt/de onwillige gemeenschap.' *Ned. Tijdschrift v. Criminologie*, 11, 1969.
- Schneider, K. 'Der 'Psychopath' in heutiger Sicht. *Fortschr. Neurol. Psych.* 1958.
- Truax, C. B. and Carkhuff, R. R. *Toward Effective Counseling and Psychotherapy: Training and Practice*. Chicago 1967.
- Weijel, J. A. *Medische Psychologie*. Bijleveld 1961.

VERANTWOORDING

De bijdrage van Collega Wertenbroek is bijzonder actueel met het oog op de meningsvorming aangaande de splitsing van het specialisme neurologie-psychiatrie. Het tweede artikel roept herinneringen op aan de op 12 oktober 1968 in Amsterdam door Dr. W. Goudsmit gehouden voordracht over 'Psychotherapie bij psychopaten' t.o.v. de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie. De redactie stelt het op prijs dat de inmiddels hoogleraar geworden auteur zijn scriptum voor het Tijdschrift heeft willen bewerken.