

## De forensisch psychiatrische behandeling van psychotische reactievormen

door H.J.C. van Marle

### Samenvatting

De ontwikkeling van de forensisch psychiatrische behandeling hangt zowel af van sociale als van wetenschappelijke invloeden. Wijzigingen in de wetgeving en verandering van de populatie van terbeschikkinggestelden geven aanleiding tot een grotere mate van controleerbaarheid van het kliniekgebeuren, naast een nadrukkelijk stellen van de maatschappijgevaarlijkheid als criterium voor dwangmaatregelen.

Er is een toename in persoonlijkheidsstoornissen in combinatie met psychotische symptomen. De laatste drie jaar is deze toename gestabiliseerd. Ongeveer 40% van de populatie in de Dr. S. van Mesdagkliniek te Groningen vertoont psychotische fenomenen. Ligt de nadruk bij de behandeling van ontwikkelingspsychopaten op de behandelingsdruk via een gesloten structuur van omgevingsaspecten en therapeutische interventies, (pre)psychotische delinquenten hebben meer psychologische en materiële ruimte nodig vanwege hun desintegratieangst. Zij neigen daarbij tot autisme en hospitalisatie zodat een activerende behandeling nodig is met duidelijke, aan ieder bekende afspraken.

Het afgrenzen van ongecontroleerd gedrag geschiedt in eerste instantie op drie wijzen die geleidelijk meer gedragen worden door de relatie tussen patiënt en behandelaar. Hierdoor vertoont het gedwongen karakter ervan een afnemende intensiteit. Het stellen van grenzen blijft echter een basisconditie voor de behandeling. Het biedt structuur en aanmoediging voor de behandelingsrelaties omdat patiënten en personeel door de afgesproken grenzen elkaar meer leren respecteren.

### Inleiding

De ontwikkeling van de verpleging en behandeling van geestelijk gestoorde delinquenten, voornamelijk binnen het kader van de Terbeschikkingstelling van de Regering, is geen lineaire zoals die van de klinische psychiatrie. De verpleging en behandeling van TBR-gestelden bevindt zich expliciet in een divers krachtenveld, waarin het strafrechtelijke raamwerk en de implicaties van de forensische psychiatrie de belangrijkste invloeden zijn. Men kan dan ook niet spreken van één bepaalde ontwikkeling, maar van verschillende ontwikkelingen voor wat betreft bepaalde aspecten van de intramurale verpleging en behan-

deling. Het TBR-veld moet al die deelontwikkelingen vervolgens zien te integreren.

Deze ontwikkelingen zijn te beschrijven aan de hand van allerlei maatschappelijke invloeden, welke de afgelopen jaren hebben geculmineerd in de totstandkoming van de Rechtspositieregeling TBR-gestelden en tot een nieuwe wet Terbeschikkingstelling, welke per 1 september 1988 is ingegaan. Andere invloeden komen voort uit de laatste inzichten op het terrein van de psychiatrie en de psychotherapie, met name klinische psychotherapie.

In de afgelopen tien jaren valt er in de justitiële inrichtingen voor verpleging van ter beschikking gestelden een toename te constateren van het aantal psychotische patiënten. Deze verschuiving in de populatie brengt mee dat de wijze van verplegen en behandelen hieraan aangepast moeten worden, hetgeen aanvankelijk enige moeite leek te kosten. Bij deze categorie patiënten werd er gesproken over 'atypisch' (Van der Kwast 1981), dit wil zeggen niet typerend voor (lees: niet thuishorend in) de TBR-inrichtingen.

In het hiervolgende artikel wordt deze groep eerst beschreven aan de hand van zijn juridische en psychiatrische kenmerken. Vervolgens wordt een psychodynamische visie gegeven op de interactiepatronen van de verschillende diagnostische groepen, waarvan met name die verder uitgewerkt worden, die ons richtlijnen geven voor de verpleging en behandeling van opgenomen psychotische delinquenten. Vervolgens worden nog enige voor de praktijk relevante gebieden uitgewerkt.

### Veranderingen in de patiëntenpopulatie

De verschuiving in de aard van het delict dat leidde tot een TBR-vonnis is momenteel een voldongen feit: had in 1971 38% van alle verpleegden een agressief of seksueel-agressief delict gepleegd, in 1983 bedroeg dit percentage 89% (Stafbureau Wetenschappelijke Adviezen, Dir. TBRR 1984). Op peildatum 1-11-1987 was de verdeling qua delicten in de Dr. S. van Mesdagkliniek te Groningen, over een populatie van 73 patiënten, de volgende:

agressieve delicten jegens personen:	42 patiënten (57%),
seksueel-agressieve delicten:	29 patiënten (40%),
overigen:	2 patiënten (3%),
te weten: 2 recidiverende brandstichters.	

Aldus bestaat in deze kliniek 97% van de TBR-delicten uit misdrijven jegens personen, waarvoor ook in de nieuwe wetgeving op de Terbeschikkingstelling geen maximum duur is vastgelegd.

Gezien de eerdergenoemde percentages van het Wetenschappelijk Stafbureau van het ministerie van Justitie, zal de verdeling in de overige TBR-instituten niet ver van die van de Van Mesdagkliniek af liggen. Ten aanzien van enig verschil in percentages dient opgemerkt te wor-

den dat hierin de functie van het F.S. Meijers Instituut te Utrecht (het voormalige Selectie Instituut) tot uitdrukking komt. De selectiecriteria voor de Van Mesdagkliniek zijn voornamelijk ernstige delict- en persoonsgevaarlijkheid, en een indicatie tot intensieve, individuele behandeling. Een extra moeilijkheid bij de beoordeling van deze percentages waar het gaat om behandeling óf in de één óf in de andere TBR-kliniek, is het feit dat de categorisering per aard van het delict een te grove indeling is ten aanzien van de moeilijkheidsgraad en de (dreigende) fysieke agressiviteit van de betrokkenen. De moeilijkheidsgraad van de opgenomen patiënten en ook hun behandelbaarheid is echter moeilijk te operationaliseren, waardoor er tot op heden helaas geen onderzoek over verschillen daarin heeft plaatsgevonden.

Het voorkomen van psychotische stoornissen bij de verpleegden lijkt zich momenteel te stabiliseren, zeker voor wat betreft de Van Mesdagkliniek. Eerder (Van Marle 1986b) vermeldde ik een toename van psychotici over de jaren 1983-1985 met 5% tot een totaal van 12%. Het betrof hier patiënten die bij opname al psychotisch zijn, en gediagnostiseerd worden volgens de registratie van de International Classification of Diseases (ICD.-9).

Dit houdt in dat drie personen die ertoe neigen psychotisch te decompenseren onder enige stress (b.v. tijdens de delictsituatie, maar ook in het therapeutisch milieu), hierin niet meegeteld zijn, in casu de borderline-persoonlijkheidsstoornis en de schizothyme persoonlijk-

De afgelopen drie jaren, vastgelegd met als peildata 1-11-1985, 1-11-1986 en 1-11-1987, valt die stabilisering van het totale aantal (rand)psychotici als volgt waar te nemen (zie tabel 1).

Tabel 1: Totaal psychotische reactievormen

	ICD reg./opn.							
	Kn	Op	Bp	Sp	P.D.p.	O.p.s.	P.p.	Tot.
1985	7	30	14	5	3	1	4	64
1986	10	31	15	6	4	1	2	69
1987	12	31	15	5	7	1	2	73

Kn	=	Karakterneurosen (DSM-III: avoidant, dependant, compulsive, passive-aggressive personality disorders)
Op	=	Ontwikkelingspsychopathieën (DSM-III: histrionic, narcissistic, personality disorders)
B	=	Borderline-persoonlijkheidsstoornissen (DSM-III: idem)
Sp	=	Schizothyme persoonlijkheidsstoornissen (DSM-III: schizoid, paranoïd, schizotypal personality disorders)
P.D.p.	=	Post Drug psychosen
O.p.s.	=	Organisch psychosyndroom (DSM-III: organic personality syndrome)
P.p.	=	Procespsychosen (DSM-III: schizophrenic disorders, paranoïd disorders)

heidsstoornissen. Ook bij deze persoonlijkheidsstoornissen speelt de psychotische belevingswereld een belangrijke rol bij de maladaptatie aan de maatschappij en bij de totstandkoming van het delict. De factoren dienen hierbij de psychotische structuren in de persoonlijkheid dan ook behandeld te worden alvorens een vermindering van het recidivegevaar verkregen kan worden.

In feite bestaat de hele populatie uit persoonlijkheidsstoornissen en chronisch verlopende psychosen. In alle gevallen is een duidelijk omschreven situatieve component aantoonbaar, van vastlopen op school, dreigende echtscheiding tot continu, polymorf druggebruik. Acute beelden zoals die op DSM-III (American Psychiatric Association 1980) As 1 zijn vast te leggen, worden in de kliniek wel gezien, maar ook hier weer uitgelokt door een psychogeen, respectievelijk exogeen moment. Deze toestandsbeelden zijn echter niet meegenomen in de bovenstaande tabel.

Post Drug psychosen zijn te omschrijven als chronisch verlopende exogene (nl. door chronisch druggebruik veroorzaakte) psychosen op basis van een pre-existente persoonlijkheidsstoornis; zij dienen zowel op As 1 als As 2 van de DSM-III geclassificeerd te worden, waarbij een veelvoud aan schizofreniforme beelden en alle mogelijke persoonlijkheidsstoornissen mogelijk zijn; centraal staat echter de psychotische decompensatie na jarenlang meervoudig harddruggebruik.

Het totaal aantal opgenomen patiënten met psychotische stoornissen blijft de laatste drie jaren circa 40% van de kliniepopulatie (1985: 42%, 1986: 40%, 1987: 42%). In deze tabel is verder een opvallende toename te constateren van het percentage karakterneurotici van 11 tot 18%, over het algemeen goed gemotiveerde en goed behandelbare patiënten, veelal first offenders. Een andere trend waarvan te verwachten valt dat die door zal zetten, wordt ook zichtbaar: de Post Drug psychosen nemen toe van 4.5% tot 10%. Het percentage ontwikkelingspsychopaten neemt af van 47% tot 41%. De borderline-stoornissen blijven een constant aandeel van 21% houden.

De toenmalige psychiatrische adviseurs voor TBR-zaken van de minister van Justitie hebben al in 1981 (Van der Kwast 1981) en 1983 (Schnitzler 1983), een onderzoek ingesteld naar de zogenaamde 'atypische' patiënten, welke gedefinieerd werden als chronisch of recidiverende psychotische patiënten, die vanwege hun ernstige acting out niet in een algemeen psychiatrisch ziekenhuis geplaatst konden worden, afgeden naar de criminaliteit en vervolgens opgenomen moesten worden in een TBR-instituut. Uit deze enquête bleek dat van de totaal aanwezige 289 TBR-gestelden er 66 (23%) ernstig gestoord gedrag vertoonden, zodanig dat zij het therapeutisch milieu van de inrichting verstoorden. Een derde van die 66 psychotici is ontoerekeningsvatbaar verklaard en derhalve van rechtsvervolging ontslagen (Van der Kwast o.c.). Van deze groep van 22 is slechts voor de helft een plaatsing ex art. 37.2 Wetboek van Strafrecht gelast in een psychiatrische inrichting

voordat de TBR-stelling in ging, de andere helft ging direct naar een TBR-inrichting (art. 37.3). Dit houdt in dat van de 66 psychotische patiënten er 55 (83%) het penitentiaire milieu niet hebben verlaten. Blijkbaar heeft de rechtbank bij hen het gevaar voor de openbare orde dermate hoog ingeschat, dat plaatsing in een psychiatrische inrichting een onvoldoende waarborg ter voorkoming van recidive werd geacht.

Momenteel lijken deze 'atypische' patiënten aardig ingeburgerd te zijn, men hoort er niet meer over. De 'atypische patiënt' is momenteel een gewone patiënt geworden in de nieuwe populatie van psychotici die, zoals bovenstaande cijfers laten zien, althans voor wat betreft de Van Mesdagkliniek al meer dan een derde van de opgenomen populatie omvat.

### Objectrelaties en de persoonlijkheidsstoornissen

Bij patiënten, lijdende aan een ontwikkelingspsychopathie, is het voor de behandeling noodzakelijk een zekere druk erin aan te brengen. Deze groep heeft zich altijd staande weten te houden met behulp van een rigide, extraverte acting out. Het moment van het delict betekent meestal een decompensatie van dit afweersysteem, veroorzaakt door een totale onmacht jegens de eigen impulsen en angsten als gevolg van een dwingende, onontkoombare situatie. Deze acting out vindt zijn wortels in de afweert van de onmacht die de patiënt in zijn vroegkindelijke ontwikkeling heeft moeten meemaken ten gevolge van traumatiserende ervaringen met zijn belangrijkste verzorgingsfiguren (Reicher 1979). Deze behelsden vooral een voortdurende inbreuk op het destijds adequate kindelijke narcisme. Door een verhevigd betrokken zijn op, en het manipuleren van zijn omgeving heeft het kind getracht deze onmacht te compenseren, hetgeen ten koste is gegaan van zijn authentieke identiteitsontplooiing. Dit heeft geleid tot het ontstaan van een 'false self'.

Dit patroon zet zich ook voort tijdens een klinische behandeling. In een vertrouwenwekkende sfeer ontstaan afhankelijkheidsrelaties tussen behandelde en behandelaars, welke reminiscenties en overdrachtsfenomenen opwekken met betrekking tot de vroegere opvoedingssituatie. Van hieruit wordt het mogelijk de patiënt enerzijds te laten merken dat hij begrepen en gerespecteerd wordt, anderzijds hem ook binnen de gevestigde relatie te wijzen op zijn acting out in het hier-en-nu van de behandelingssetting. Deze acting out heeft meestal het karakter van een enactment (Van Marle 1988). Het vanuit deze behandelingsrelatie bij herhaling geconfronteerd worden met actueel gedrag, terwijl de patiënt vanwege het gedwongen verblijf niet in staat is zich hieraan te onttrekken, wordt het pressure-cooker-effect genoemd, waardoor nieuw en meer adequaat gedrag mogelijk wordt. Deze confrontaties hebben als doel de schijnidentiteit (het karakterpantser) en de gebruikte afweerformaties aan de patiënt duidelijk te ma-

ken. Op deze wijze kan hij zich hier niet meer in verhullen en raakt hij uit zijn evenwicht. Door de angsten die dit opwekt, is een gedrags- en persoonlijkheidsverandering mogelijk, zodat de schijnidentiteit langzamerhand kan worden losgelaten.

Bij de behandeling van psychotische reactievormen in een gesloten systeem is dit pressure-cooker-effect niet nodig, in tegendeel. Door een louter afwachtcnde houding van het personeel met de nadruk op confrontaties (respectievelijk interpretaties en clarificaties) neemt evenals bij andersoortige patiënten de regressie toe. Door hun Ikwakte (Kernberg 1970) blijft het echter daarbij en kan zij niet constructief en produktief worden doorgewerkt. Zo zien wij dat het waansysteem zich uitbreidt en de psychoticus geen houvast vindt bij zichzelf, noch bij de behandelaars. Afwachten en uitnodigen houden de grenzen van de realiteit te ver weg. Anderzijds brengen confronterende interventies de grenzen te dichtbij, en verliest de psychoticus elke notie van een eigen identiteit: de behandelaar wordt als een indringer beschouwd. Zoals bij elke psychotherapeutische behandeling gaat het om het vaststellen van de optimale distantie. Regressie, met name naar symbiotische posities, wordt op zichzelf al bevorderd door de sterke afhankelijkheid van de patiënt ten opzichte van zijn omgeving – een kenmerk van elke 'total institution' (Goffmann 1961).

In een 'total institution' met een behandelingsmilieu wordt deze aldus ontstane relatievorm vervolgens therapeutisch beïnvloed. Door de tolerante, consequente hantering ervan wordt deze regressie dan ook niet gekenmerkt door een gsystematiseerd waansysteem, maar door het overheersen van versmeltingsangst en versmeltingswensen in een overdrachtspsychose (Searles 1963). De psychose gaat zich nu afspeelen in interactie met de behandelaars, zodat de desintegratie in het hier-en-nu van de behandelingsssituatie te beïnvloeden is. De psychopathologie treedt spontaan naar voren. Door het aan de oppervlakte komen van het niveau tot waartoe de patiënt kan regrediëren, is het mogelijk in diagnostische zin een afschatting te maken van de meest primitieve regressieniveaus zoals die onder bepaalde omstandigheden ook in de minder gestructureerde maatschappelijke interacties kunnen optreden. Deze zijn in het verleden ook opgetreden en hebben aanleiding gegeven tot het (seksueel) agressieve delict.

In tegenstelling tot ontwikkelingspsychopaten hebben psychotici niet zo'n drang om de relatie tussen zichzelf en anderen te toetsen. Immers van een afgrenzing tussen het zelf en de ander is eigenlijk geen sprake (Kernberg 1971). Veeleer verzinken zij in een schizoïde of paranoïde toestand, welke kan leiden tot verregaande hospitalisatie. Zowel een grote activiteit als weinig activiteit van de behandelaars zal deze toestand bestendigen. Waar het bij de behandeling van psychotici om draait, is de combinatie van activatie en het toestaan van vrijheid de eigen gang te gaan. Door dit contrast aan te brengen wordt het voor de patiënt mogelijk opnieuw kennis te maken met zijn mogelijkheden

en zijn beperkingen, en met de realistische problemen die deze meebrengen. Op deze wijze wordt een onderscheid gecreëerd tussen zelf en anderen, wat leidt tot versterking van de Ik-grenzen.

Voor het activeren is het nodig dat de behandelaar een vaste, constante relatie met de patiënt aangaat met een realiteitsgericht en een clarificerend aspect. Er ontstaat een symbioseachtige wijze van omgang; de behandelaar wordt het hulp-ego voor de patiënt, met behoud van zijn onbevooroordeeldheid (Kernberg 1976). De situatie van gedwongen verblijf en opvang wordt herschepen in zorgende, beschermende zin (Winnicott 1960a), en in psychotherapeutische zin (Kernberg 1984): in woorden en attitude, maar ook steunend in gezamenlijke dagelijkse bezigheden in de kliniek. Bij deze groep is het van het grootste belang 'er gewoon te zijn' en mee te helpen mogelijkheden en onmogelijkheden van de realiteit te verwoorden, om op deze wijze een vertrouwelijkheid tot stand te brengen die uiteindelijk in een samenwerkingsverband kan overgaan. Gezien de geringe draagkracht van de persoonlijkheid bij psychotische patiënten zijn de overdrachtsfenomenen veel frequenter en heftiger dan die bij patiënten lijdende aan een ontwikkelingspsychopathie. Het ervaren van de ander is in strijd met de realiteit. Daardoor treden nog al eens impulsieve doorbraken op, welke noodzakelijkerwijze gelimiteerd moeten worden.

### Limiteren als zorg

Wanneer er sprake is van dwang mag niet a priori gedacht worden aan dwangbehandeling. Dwangbehandeling is een contradictio in terminis, aangezien een psychische beïnvloeding nooit afgedwongen kan worden, tenzij onder extreme omstandigheden. Dwang op zichzelf geeft slechts aanleiding tot schijnaanpassing en simulatie. De huidige visie op de rechtspositie van de opgenomen psychiatrische patiënt (of dit nu een opname in een Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis is of in een TBR-inrichting) maakt het afdwingen van behandelingsdoelstellingen ongeoorloofd. Er is hier dan sprake van het onderscheid tussen verpleging en behandeling (Van Marle 1986a). Het essentiële verschil tussen beide is dat bij behandeling een blijvende persoonlijkheidsverandering wordt nagestreefd, waarvoor (bewuste en/of onbewuste) motivatie en medewerking van de betrokkene noodzakelijk zijn. Bij verpleging is dit niet het geval: deze kan met fysieke of psychologische dwang gepaard gaan.

Het grenzen stellen aan (limitsetting – Adler en Shapiro 1973) en afgrenzen van (holding – Kernberg 1984) regressief gedrag kan op drie verschillende niveaus plaatsvinden met een afnemende mate van externe dwang.

Het limiteren van ongewenst gedrag vindt het duidelijkst zijn beslag in de isolatiesituatie. Ook al wil de betrokkene zelf vrijwillig geïsoleerd worden, dan nog is het noodzakelijk dat het instituut de volledi-

ge verantwoordelijkheid voor de isolatie overneemt, aangezien zij de sleutel van de isolatiecel hanteert en dus beslist (na al dan niet afspraken met de betrokkene zelf gemaakt te hebben) wanneer de deur open en dicht gaat. Het limiteren van gedrag met zowel een dwangaspect alsook een vrijwillig aspect is de medicatie, in dit geval met name de antipsychotische (depot)medicatie. Deze kan worden gegeven als dwangmedicatie of op verzoek van de patiënt, respectievelijk na het advies van de arts. De één-op-één begeleiding, in de Van Mesdagkliniek het vaste begeleiderschap genoemd, is een vorm van limiteren welke voornamelijk afhankelijk is van de bereidwilligheid en het relationele vermogen van de betrokken patiënt. Een vaste begeleider kan in psychologische zin nooit opgedrongen worden, de betrokken patiënt zal in staat moeten zijn tot relatievorming en tot de wens daartoe. De vaste begeleider is vervolgens in staat het gedrag van betrokkene in grote mate te beïnvloeden. Deze drie vormen van limiteren zullen nu apart besproken worden.

### Isolatie

In de periode van 1979 tot en met 1986 deed zich in de Dr. S. van Mesdagkliniek te Groningen de volgende verschuiving voor: het aantal ernstige calamiteiten verminderde in de tweede helft van die jaren met ongeveer 25%, waarbij opgemerkt dient te worden dat hieronder een ernstige suïcidepoging valt, welke zich in de eerste helft niet heeft voorgedaan (tabel 2).

Tegelijkertijd namen de totale isolaties met ongeveer een kwart (22,6%) toe. Het aantal isolaties langer dan 10 dagen bleef ongeveer gelijk, terwijl de kortdurende isolaties significant in aantal toenamen, ( $\chi^2$ ,  $p \leq 0,025$ ). De toename van het totale aantal isolaties wordt derhalve veroorzaakt door een toename van de korte isolaties (tabel 3).

Er wordt dus sneller en korter geïsoleerd, dat wil zeggen dat er sneller duidelijke grenzen worden gesteld (Van Marle 1985). Om aan het te kort schieten van de Ik-grenzen tegemoet te komen teneinde de patiënt in een zeker evenwicht te brengen, brengt het verplegingsmilieu deze grenzen in de realiteit aan. Zij worden gerealiseerd in de vorm van begrenzing in tijd, en plaats van verblijf, en activiteiten (zoals de gesloten afdeling en een dagprogramma), maar ook door het duidelijk vastleggen van de interpersoonlijke ruimte. De gevoelens van de patiënt moeten door de therapeut gesignaleerd en aan hem verwoord worden, zodat zij geobjectiveerd zijn en deel gaan uitmaken van de externe realiteit. Ook zal de therapeut oprecht moeten zijn over de gevoelens die de patiënt in hem oproept, zowel naar aanleiding van idealisering en afhankelijkheid als bij devaluering en bedreiging. Pas door deze stellingname van de therapeut als een reëel, apart individu, is de psychoticus in staat om zijn verregaande projecties op hun realiteitskarakter te beschouwen.



Tabel 2: Calamiteiten in de Dr. S. van Mesdagkliniek 1979-1986

Soort calamiteit:	1979-1982	1983-1986
gijzeling	5	3
brandstichting	2	3
ontvluchttingsacties	6	4
agressie jegens personen	10	7
suicidepoging	—	1
	23	18

Tabel 3: Plaatsingen in de isoleercellen in de Dr. S. van Mesdagkliniek 1979-1986

Isolaties:	1979	1980	1981	1982	Totaal	1983	1984	1985	1986	Totaal
korter dan 10 dagen	19	28	19	24	90 (65,7%)	42	30	22	32	126 ( 75%)
langer dan 10 dagen	10	12	16	9	47 (34,3%)	19	7	7	9	42 ( 25%)
Totaal	29	40	35	33	137 (100%)	61	37	29	41	168 (100%)
aantal betrokken patiënten	25	20	18	16	79	30	20	19	26	95

Isolatie kan echter een noodzakelijke voorwaarde zijn om een dusdanige stabiele, overzichtelijke en daardoor rustgevende situatie te creëren, dat de betrokken patiënt niet meer aan een scala van indringende prikkels is blootgesteld en hij zijn bestaan weer kan integreren. Deze meer psychotisch reagerende patiënten worden te sterk beïnvloed door interacties met anderen, en omgekeerd trachten zij deze eenzijdig vanuit hun eigen, meestal ambivalente impulsen en behoeften te beïnvloeden. Dit opleggen voor invloeden van buitenaf ten gevolge van de slechte Ik-grenzen, wordt veroorzaakt door een deficiënte identiteitsontwikkeling in het eerste levensjaar, meestal als gevolg van het zich niet kunnen, durven of mogen losmaken uit de symbiotische relatie met de moederfiguur (Mahler, Pine, Bergman 1975). Het onvermogen een scheiding aan te brengen tussen zichzelf en de omgeving blijft zich in latere interacties herhalen. Het individu wordt daarbij telkens overmeesterd door zijn gevoelens, aangezien het geen steunpunt buiten zichzelf vindt in zijn omgeving. Het grenzen stellen dient derhalve niet alleen beperkend te zijn, maar ook beschermend. Vandaar dat de 'verzorging isoleer' is samengesteld uit beveiligingsambtenaren én sociotherapeuten, aangevuld met een verpleegkundige. Deze groep bezoekt de geïsoleerde minimaal 5 x op een dag, waarbij verzorging, recreatie en behandelingsgesprekken elkaar afwisselen.

In een beschermend milieu met voldoende mogelijkheden tot groei, de 'holding environment' (Winnicott 1960a), bestaan de begrenzingen

uit voor iedereen herkenbare regels, de consequente toepassing ervan, en de constante houding van het personeel in zorg en behandeling. De regels bevorderen de realiteitstoetsing en de impulscontrole. Op deze wijze komt het therapeutisch milieu tot stand, dat voor de patiënt overzichtelijk en derhalve betrouwbaar is, en dat daardoor de mogelijkheid biedt tot internalisatie.

## Medicatie

Het gebruik van antipsychotische medicatie heeft zijn voor- en nadelen bij de behandeling van (pre)psychotische delinquenten. De voordelen zijn inherent aan de indicatie ertoe: het angstdempend effect, het verdwijnen van waanachtige gedachteninhouden, minder acting out en derhalve een beter contact met het personeel. De nadelen ervan zijn echter ook groot:

1. ten aanzien van de behandeling bestaat het probleem dat antipsychotica dempend werken: bepaalde interacties worden van hun affect ontdaan, waardoor zij voor de patiënt niet meer emotioneel relevant zijn en daardoor niet meer in een behandeling betrokken kunnen worden. De problematiek wordt afgesloten van de rest van de persoonlijkheid: 'sealing over' (Mc. Glashan 1976);
2. naast het accepteren van de bijwerkingen van het middel, met als mogelijke complicatie de tardive dyskinesie, moet de patiënt gemotiveerd zijn het middel te nemen en eventueel te blijven nemen, ook als hij niet meer in de inrichting verblijft. Gedwongen medicatie is slechts mogelijk als er een onmiddellijk dreigend gevaar bestaat voor de veiligheid van de persoon zelf of voor anderen, en dan alleen indien er tevens medische symptomen aanwezig zijn die de toediening van dat middel rechtvaardigen;
3. antipsychotica interfereren in negatieve zin met de diagnostiek: de relevante problematiek verdwijnt uit het oog, pathologische relaties verbeteren, maar allemaal onder invloed van het farmacon, waarbij het een vraag blijft hoe lang de betrokkene het zal blijven gebruiken. Een voorspelling omtrent het gedrag na het gebruik is moeilijk aan te geven. Veel hangt dan af van de stabiliteit van de maatschappelijke relaties die opgebouwd zijn voor de beëindiging van de medicatie.

Ook in de Dr. S. van Mesdagkliniek te Groningen valt er de afgelopen jaren een toename te constateren in het gebruik van antipsychotische medicatie: de indicatie voor een onderhoudsdosering per depotinjectie werd in de periode 1979-1982 drie keer en van 1983-1986 11 keer gesteld. De indicatie dwangmedicatie werd in de eerste periode drie keer gesteld, in de tweede acht keer.

Met de psychiatrische symptomatologie als randvoorwaarde, is de indicatie farmacotherapie met antipsychotica primair gelegen in de ondersteuning die zij biedt in relaties met de behandelaars. Wanneer de overdrachtspsychose te heftig wordt, en voor de patiënt en zijn omgeving niet meer hanteerbaar en daardoor niet meer productief te ma-

ken is, zijn antipsychotica aangewezen. In principe is de patiënt vrij te weigeren, tenzij zijn gedrag de grenzen van orde en veiligheid in de inrichting overschrijdt. Dit is zowel het geval wanneer de patiënt dreigt te verloederen in een schizoïde waantoeestand met bij voorbeeld consequenties voor de hygiëne, als wanneer er ten gevolge van zijn waantoeestand agressieve impulsdoorbraken optreden.

Voordat echter overgegaan wordt tot het geven van dwangmedicatie – en wanneer een patiënt resoluut weigert om enige medicatie in te nemen klemmen deze tussenstappen des te meer – vinden er een aantal interventies plaats die tot doel hebben het contact met de betrokken patiënt vast te houden, respectievelijk te herstellen, zonder dat de veiligheid van iemand gevaar loopt. Deze interventies zijn in staat het gebruik van dwangmedicatie uit te stellen of te voorkomen, terwijl zij op zichzelf voldoende diagnostische momenten kennen om zo weloverwogen mogelijk tot de toepassing ervan te besluiten.

In eerste instantie wordt getracht de betrokkene bij de realiteit te houden door het continueren van psychotherapeutische en sociotherapeutische contacten te combineren met een beperking van zijn bewegingsruimte tot zijn eigen afdeling of zijn eigen verblijf. Het relatienetwerk met de behandelaars blijft zo intact, terwijl er een betere controle op hem kan worden uitgeoefend. Vertrouwt men de persoon niet meer in zijn eigen verblijf vanwege dreigende agressie of suicidegevaar, dan is plaatsing voor enkele uren/dagen of ter overnachting mogelijk op de afdelingssepareerkamer. Dit is een af te sluiten kamer met observatiemogelijkheid die met een gewone, maar overzichtelijke inventaris is uitgerust. Wordt het afdelingsleven door het gedrag van de patiënt echter te zeer ontregeld, of wordt hij een gevaar voor zichzelf en/of anderen, dan wordt hij in de isoleercel geplaatst, doch zijn psychotherapeut en sociotherapeut van de eigen afdeling blijven dagelijks contact met hem houden. Blijft hij ook daar na enige tijd nog een gevaar opleveren voor zichzelf en anderen, of verslechtert in de isolatiesituatie zijn lichamelijke of geestelijke toestand zodanig dat die levensgevaar gaat opleveren, dan is dat het moment waarop wij zeggen dat er inmiddels geen werkbare relatie tussen de betrokkene en zijn behandelaars meer is. Dan wordt besloten dwangmedicatie toe te dienen, veelal per depotinjectie toegediend.

Bij de indicatie: ondersteuning van de therapeutische relatie bij behandeling van psychotische patiënten, is er dus sprake van een gecombineerde therapie: psychotherapie en farmacotherapie, ook volgens De Jonghe (1981), in deze gevallen een voorkeurstherapie. Deze indicatie bepaalt ook de hoogte van de dosering: deze zal niet zo hoog mogen zijn dat hij de therapeutische relatie nadelig beïnvloedt. Slechts in sommige gevallen van dwangmedicatie gaat dit niet op: dan blijkt een relatie niet te vestigen, en er is alleen sprake van waarborgen van de veiligheid. Daarbij dient opgemerkt te worden dat medicatie niet door sociotherapeutisch personeel of door de psychotherapeut wordt voor-

geschreven, maar altijd door de psychiater verbonden aan de afdeling. Dwangmedicatie wordt echter altijd voorgeschreven en opgelegd namens het hoofd der inrichting, i.c. de geneesheer-directeur. Dit heeft als voornaamste reden dat op deze wijze de relatie met de relevante behandelaars, i.c. de afdelingspsychiater en de sociotherapeuten, blijft bestaan – naast het feit dat de ernst van de beslissing vergt dat het beslissingsniveau van de afdeling overschreden wordt en het instituut als zodanig verantwoordelijkheid neemt. Afhankelijk van de verdere ontwikkeling van de behandeling wordt de medicatie gecontinueerd of uitgesloten. Wij streven ernaar voor het einde van het verblijf van de patiënt in de kliniek de medicatie te hebben beëindigd, of in ieder geval een of meer pogingen daartoe te hebben gedaan. In beide gevallen kunnen wij op basis van die gegevens met meer zekerheid een uitspraak doen ten aanzien van prognose en delictgevaarlijkheid in de toekomst, en de wenselijkheid van continuering van de medicatie.

### Het vaste begeleiderschap

Het vaste begeleiderschap berust op de theoretisch concepten van de pre-oedipale dyadische ontwikkeling, dat wil zeggen de ontwikkelingslijnen van pasgeborene tot kleutertijd. Middels dit systeem wordt het de patiënt mogelijk gemaakt de problematiek van de symbiotische en separatie-individuatiefase (Mahler e.a. o.c.) weer opnieuw, maar nu in de concrete therapie-georiënteerde realiteit, te beleven. Zijn acties en reacties worden daarbij zichtbaar, waardoor de vaste begeleider en anderen zowel overdrachtsfiguren als wezenlijke betrekkingfiguren zijn (Kohut 1977). De 'vaste begeleider' van een bepaalde patiënt is een constante betrekkingfiguur, die naast de algemene taken zich speciaal bekommert om 'zijn' patiënt. Door zijn actieve en frequente aanwezigheid, en het consistente karakter ervan, en doordat dezelfde vaste begeleider ook concrete zaken op de afdeling kan regelen, is hij/zij in feite de individuele belichaming van de 'holding environment'. Deze relatie heeft aldus een onmiskenbaar psychotherapeutisch aspect.

Door de afhankelijkheid in en de geruime duur van de klinische situatie treedt regressie bij de patiënt op naar bepaalde vroegkinderlijke periodes waarin hij gefixeerd is geraakt. Deze regressie laat zich dan met name zien in de relatie met de vaste begeleider, waardoor de mogelijkheid geschapen wordt de interactiepatronen in het hier-en-nu, zowel verbaal als non-verbaal, te beïnvloeden. Dit heeft weer duidelijk aansluiting bij het functioneren van deze patiëntenpopulatie, die het niet zozeer moet hebben van zeggen dan wel van doen. De dyadische relatie is als het ware de hefboom van de behandeling.

De opstelling en interventies van de vaste begeleider zijn bedoeld een correctieve emotionele ervaring bij de patiënt de bewerkstelligen. Via de overdracht worden de verschillende gefixeerde behoefte- en impuls patronen opnieuw geënceneerd ('enactments'), al naar gelang

wat er speelt. De vaste begeleider tracht nu aan deze patronen, samen met de patiënt, een gunstiger wending te geven. Een combinatie van empathie, dit wil zeggen de erkenning van de subjectieve realiteit van de betrokkene, en een realiteitsgerichte attitude is hiertoe een eerste voorwaarde. Hij/zij blijft wie hij/zij is, en laat zich niet uitsluitend devalueren tot het overdrachtsobject. Versmelting van de realiteit van de ene persoon met die van de ander is daarbij soms tijdelijk nodig, maar de therapeut moet zich daaruit tijdig en op indicatie kunnen terugtrekken, aangezien hij anders verstrikt raakt in een ongedifferentieerde symbiotische betrekking.

In feite is er sprake van een zorgvuldig gedoseerde intermitterende regressie. Alleen met behulp van een dergelijke therapeutische relatie is het mogelijk de voornaamste kenmerken van de Ik-zwakke van de patiënt, te weten de heftige versmeltingsangsten en -wensen, de projectieve identificatie en het splitsen in geheel goede en geheel slechte relaties, te behandelen. De oude fixaties in de symbiotische ontwikkelingsfase worden gereactiveerd, maar krijgen in de klinische situatie de gelegenheid zich verder te ontwikkelen aan de hand van een reële, constante persoon in verschillende situaties. De vaste begeleider wordt daarmee een psychotherapeutische medewerker, die gekozen wordt door de patiënt zelf uit de sociotherapeuten van zijn verblijfsafdeling. Hoewel de vaste begeleider tot het relevante behandelings-team blijft behoren, en ook verplicht is over het gedrag van 'zijn' patiënt te rapporteren, dient hij zich ook wat excentrisch op te stellen bij regulatieve acties rondom zijn patiënt: hij is er immers speciaal voor hem. Door deze sterke overdrachts- en tegenoverdrachtsbevorderende situatie is individuele supervisie door een ervaren psychotherapeut noodzakelijk.

Hoe ernstiger de stoornis, dat wil zeggen hoe meer het autistische aspect ervan op de voorgrond staat, hoe moeilijker het wordt een dyadische band aan te gaan. In eerste instantie begint zo'n binding als uitsluitend wensvervullend, vervolgens brengt de alledaagse realiteit met zijn beperkingen hierin allerlei frustraties, en dus scheiding aan. Bij Ik-zwakke patiënten is dit ook van meet af aan noodzakelijk aangezien de versmeltingsangsten voor de ander te groot zijn in een overdrachtsrelatie die niet de gelegenheid krijgt een 'potential space' te ontwikkelen, een terrein waar beiden in de fantasie (symbolisch) met elkaar bezig zijn via een gemeenschappelijk object en activiteiten (zie ook: Winnicott 1971; Ogen 1985).

Door de symbioseachtige band met zijn vaste begeleider zal de patiënt veel meer, en veel meer gevarieerde activiteiten kunnen ontplooiën dan wanneer hij temidden van de grote groep patiënten en personeel bezig is. Heftige angsten, inherent aan de Ik-zwakke, zijn weggenomen in die relatie, waardoor de hechtheid ervan is bevorderd. Het moet ook mogelijk zijn, wanneer een dergelijke vertrouwensrelatie tot stand is gekomen, dat de patiënt buiten de beveiligde situatie gaat,

aangezien de kans op weglopen is verminderd en de behoefte aan ervaringen in de alledaagse realiteit door de aard van de stoornis aanzienlijk vergroot is. De belangrijkste indicatie tot begeleide activiteiten in de maatschappij is dat bij het doorwerken van de symbiotische problematiek in een uitsluitend klinische situatie dermate grote angsten vrijkomen voor verlies voor de eigen identiteit, dat de patiënt al zijn gevoelens gaat ontkennen en er een zekere onverschilligheid aan de dag treedt. De (andere) maatschappelijke realiteit biedt hierin contrast, waardoor hospitalisatie in negatieve zin wordt tegengegaan.

Begeleid verlof geeft de mogelijkheid met de hulp van een ander cognitief bekende situaties te betreden welke niet alleen een zekere afleiding geven, maar ook tevens een appèl doen op de zich ontwikkelende identiteit. Daarbij komt nog dat via veelal onbewuste identificatieprocessen (social learning) de patiënt zich allerlei gedragsalternatieven eigen maakt, welke in de kliniek niet direct voorhanden zijn. Geïntegreerd activeren en ruimte geven komen aldus zowel tot uiting in een gesprek op het verblijf, als in een samen uit eten gaan in de stad met dezelfde behandelaar.

De toename van het aantal patiënten met psychotische stoornissen, waardoor uitbreiding van de verlofindicaties noodzakelijk werd, heeft niet geleid tot een significante toename van weglopers. Dit vinden wij weerspiegeld in de cijfers van de onderstaande tabellen (tabellen 4 en 5).

Tabel 4

	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987
Begeleide verloven	740	639	357	585	379	368	371	367	487
Onbegeleide verloven	1996	2196	3353	1185	2603	2768	1117	1402	1109

Tabel 5

	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987
Ongeoorloofd afwezigena:									
Begeleid verlof*	2	5	4	6	4	2	9	5	3
Onbegeleid verlof	7	-	5	2	5	4	2	2	3
(ontvluchting)	-	1	-	2	3	1	-	-	-

\* verloven begeleid door externe justitieambtenaren (Bureau Vervoer, Parket, Gestichtswacht) zijn niet meegeteld.

## Besluit

Om inzicht te verschaffen in situaties die tot een delict kunnen leiden en het doorwerken van dreigende gevaarsituaties te bevorderen, is voor psychotische, gevaarlijke delinquenten een geïntegreerde, multi-conditionele klinische behandeling noodzakelijk. Alle parameters dienen echter goed te controleren te zijn. Deze controle mag echter niet leiden tot een stereotiepe, rigide systeem, waarin nog eens herhaald wordt wat elders is misgelopen.

Het herkenbaar, en daardoor relevant maken van het kliniekmilieu door het analoog te structureren aan maatschappelijke structuren, kan mijns inziens een groot aandeel in de motivatie van deze patiënten leveren. Ook het omgaan met de duidelijke grenzen die de kliniek stelt ter beveiliging van het eigen milieu en de maatschappij, is een generaliseerbare ervaring; het heeft zowel een diagnostische als een therapeutische betekenis. De nadruk die de dyadische relatie tussen de patiënt en zijn vaste begeleider krijgt, maakt in principe een ontdekkende, klinisch psychotherapeutische behandeling van psychotische delinquenten mogelijk. Dit is niet zonder gevaar: heftige overdrachtsreacties ten gevolge van de primitieve afweerconstellatie kunnen leiden tot agressieve uitbarstingen om de oude toestand te herstellen. De inspanning die het vergt zo'n dyadische relatie te vestigen en te hantieren, is de moeite waard wanneer wij zien dat zeer vroegkinderlijke stoornissen behandeld kunnen worden op een wijze dat reëel contact met anderen weer mogelijk is, en de ander als medemens gezien kan worden en niet alleen als overdrachtsobject.

## Literatuur

- Adler, G., en L.N. Shapiro (1973), Some difficulties in the treatment of the aggressive acting-out patient, *Am. J. Psychotherapy* 27, 548-556.
- American Psychiatric Association (1980), Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, third ed., Washington DC.
- Goffman, E. (1961), *Asylums*, Penguin books, Harmondsworth.
- Jonghe, F.E.R.E.R. de (1981), Psychotherapie en pharmacotherapie, *T. v. Psychiatrie* 23, 34-35.
- Kernberg, O.F. (1970), A psychoanalytic classification of character psychology, *J. Am. Psychoanal. Ass.*, 18 p., 800-822.
- Kernberg, O.F. (1971), Prognostic considerations regarding borderline personality organisation, *J. Am. Psychoanal. Ass.*, 19 p., 595-635.
- Kernberg, O.F. (1976), *Object Relations Theory and clinical psychoanalysis*, Jason Aronson, New York.
- Kernberg, O.F. (1984), *Severe Personality Disorders*, Yale University Press, New Haven.
- Kohut, H. (1977), *The restoration of the self*, Int. University Press, New York.
- Kwast, S. van der (1981), De atypische forensisch-psychiatrische patiënt, *Min. v. Justitie*, niet gepubliceerd.

- McGlashan, J.H., J.P. Docherty en S. Siris (1976), Integrative and Sealing-over recoveries from schizophrenia, *Psychiatry* 39, 325-339.
- Mahler, M., F. Pine en A. Bergman (1975), *The psychological birth of the human infant*, Basic Books, New York.
- Marle, H.J.C. van (1985), De zorg- en bejegeningaspecten van de Very Intensive Care afdeling. In: J.W. Reicher, J. Rimmelink en Th. van Veen, *Verantwoordelijk voor mensen*, Gouda Quint, Arnhem, 205-218.
- Marle, H.J.C. van (1986a), Verpleging en motivering tot behandeling in de T.B.R., *T. v. Psychiatrie* 28, 244-253.
- Marle, H.J.C. van (1986b), Psychotische T.B.R.-gestelden, *Voordracht Sectie Forensische Psychiatrie*, Ned. Ver. voor Psychiatrie.
- Marle, H.J.C. van (1988), Klinische psychotherapie in een justitiële inrichting, *T. v. Psychotherapie* (ter perse).
- Ogden, T.H. (1985), On potential space, *Int. J. Psychoanal.* 66, 129-141.
- Reicher, J.W. (1979), Psychoanalytically oriented treatment of offenders diagnosed as developmental psychopaths: the Mesdagexperience, *Int. J. Law Psychiatry* 2, 87-98.
- Schnitzler, J.G. (1983), Enquête 'atypische patiënt', *Min. v. Justitie*, niet gepubliceerd.
- Searles, H.F. (1963), Transference psychosis in the psychotherapy of chronic schizophrenia, *Int. J. Psychoanal.* 44, 249.
- Stafbureau T.B.R.R. (1984), Cijfers onvoorwaardelijke T.B.R. 1946-1982, *Min. v. Justitie*, niet gepubliceerd.
- Winnicott, D.W. (1960a), The theory of the parent-infant relationship. In: *The maturational processes and the facilitating environment*, Hogarth Press, 1979, 37-55.
- Winnicott, D.W. (1960b), Ego-distortions in terms of true and false self. In: *The maturational processes and the facilitating environment*, Hogarth Press, 1979, 140-152.
- Winnicott, D.W. (1971), *Playing and Reality*, Tavistock Publ., Londen.

Schrijver is psychiater, werkzaam als geneesheer-directeur in de Dr. S. van Mesdagkliniek, Engelse Kamp 5, 9722 AX Groningen.

Het artikel werd geaccepteerd voor publikatie op 18-7-'89.