

Territoriale aspecten van de paranoïde psychose

door T. Kuipers

Gepubliceerd in 1995, no. 6

Samenvatting

Veel problematisch gedrag van personen die een paranoïde psychose hebben, kan begrepen worden door een sociobiologisch perspectief aan te brengen. De auteur hanteert het begrip 'territorium' om enkele in dit kader optredende interpersoonlijke problemen en de hantering ervan in een behandelsetting te illustreren. De hulpverlener kan de patiënt helpen door zijn eigen territoriale gedrag zorgvuldig vorm te geven.

Inleiding

In dit artikel wordt in navolging van een eerdere publikatie in dit tijdschrift (Kuipers 1993) de aandacht gericht op territoriale aspecten van de paranoïde psychose. De problemen die in de omgang met deze mensen ontstaan, worden hier niet besproken met het oog op de intrapsychische processen die het paranoïde gedrag begeleiden, maar de aandacht wordt in hoofdzaak gericht op de ruimtelijke aspecten van psychotische achterdocht. Bij patiënten met een paranoïde psychose is de omgang van een afstand en nabij, en de reactie op de positie van anderen in de omgeving, sterk veranderd en bemoeilijkt. De term 'territoriaal' is van toepassing omdat de waarneembare reacties van personen op elkaar beter te ordenen zijn wanneer men het sociobiologische model van territorialiteit toepast (zie ook Keizer 1991); iedere angstige en achterdochtige patiënt zoekt veiligheid op een plek die als eigen beleefd kan worden, en steeds betwisten belagers deze ruimte.

In een eerdere publikatie werden drie territoriale aspecten belicht, namelijk structuur, omvang en begrenzing. Was voor de hantering van het manische gedrag de begrenzing het hoofdthema, voor de omgang met de paranoïd-psychotische patiënt komt de nadruk te liggen op de omvang van het territorium. Voor de hantering van patiënten met een gedesorgeriseerd psychotisch beeld zijn met name de structurele aspecten relevant (publikatie in voorbereiding).

Net als beschreven werd voor de manie (Kuipers 1993), bevat de vakliteratuur betrekkelijk weinig aanwijzingen over de ruimtelijke bejegening en de attitude bij paranoïd-psychotische mensen. In dit artikel wordt hierop nader ingegaan.

Interpersoonlijke aspecten die de omgang met paranoïde persoonlijkheden karakteriseren werden beschreven door onder anderen Shapiro en Benjamin. Wanneer men echter zoekt naar literatuur waarin deze aspecten bij patiënten met *psychotische* paranoïdie beschreven worden dan is er niet veel te vinden. Sullivan heeft er zich wel mee bezig gehouden, waarschijnlijk mede omdat hij zich erg goed kon identificeren met deze groep (Chapman 1976). In psychoanalytische kringen is veel geschreven over de libidineuze opmaak van de 'paranoïdie' (Meissner 1978; Frosch 1983), de interpersoonlijke, laat staan ruimtelijke, benadering treft men er echter niet aan.

Er zijn ook auteurs die de problematiek van de paranoïde psychose niet vanuit de psychiatrie maar vanuit historisch en socio(bio)logisch perspectief beschrijven (Porter 1987; McGuire en Fairbanks 1977).

Het literaire verhaal, al of niet in de vorm van een pathografie (*Der Fall Wagner*, Gaupp 1920; *Der Fall Schreber*, Freud 1911) en de zogenaamde 'first person accounts' zijn krachtige manieren om de intrapsychische factoren van patiënten in een betekenisvolle samenhang te zien met de positie die zij in hun leefwereld innemen (Hogg 1824; McGrath 1990). Maar ook daar ontbreekt natuurlijk de vertaling naar een professionele bejegening.

Het is de mening van schrijver dezes dat de bejegening van patiënten met een paranoïde psychose op afdelingen en in ambulante voorzieningen gebaat is bij heldere richtlijnen voor de attitude en omgang. Het territoriale gezichtspunt is weliswaar voor de humane situatie theoretisch nog niet goed uitgewerkt, niettemin zijn er een aantal nuttige principes voor omgang en attitude uit af te leiden, die bovendien redelijk toetsbaar zijn omdat het gaat om waarneembaar gedrag in een ruimtelijke context en niet om psychische processen.

In het navolgende wordt een aanzet gegeven voor een dergelijke benadering. Als startpunt wordt een inleiding over de kliniek van de paranoïde psychose gekozen.

Kliniek van de paranoïde psychose

De ontwikkeling van een paranoïd-psychotisch beeld is in de beginfase gekenmerkt door terugtrekgedrag en tekenen van angst. Dit hangt nogal eens samen met veranderingen in de leefomgeving (bijvoorbeeld in het kader van volwassenwording) waardoor de patiënt zijn/haar eigen positie anders percipieert dan tevoren. Vervolgens ontstaat er achterdocht die de patiënt in een beginfase nog wel als weinig aannemelijk kan beschouwen. Het blijkt echter moeilijk te zijn om de angstige onderstroom te beteugelen en daardoor wordt dan gezocht naar rationele verklaringen en systematiek in de beangstigende ervaringen. Iets van een samenhang, een complot of samenzwering, wordt 'ontdekt'. In dit stadium beginnen ook nogal eens beschuldigende stemmen en andere belevingen die de fysieke en psychische integriteit aan het wankelen brengen.

De zelfbeheersing komt dan onder druk te staan. Een catastrofale doorbraak markeert vaak het moment waarop de zelfbeheersing verloren wordt. De omgeving wordt plotseling geconfronteerd met een persoon die in een psychotische angsttoestand verkeert. De patiënt vertoont een vluchtreactie (bijvoorbeeld: hij onttrekt zich aan het gezin en trekt eropuit) of varianten van agressief gedrag. Dit laatste brengt het gevaar van uitstoting uit de leefgroep met zich mee.

Vele paranoïde patiënten leiden een 'vluchtig' of zwerfachtig bestaan. Alsof zij er steeds rekening mee houden dat de achtervolger hen weer zou kunnen verdrijven. Zij hechten zich niet gemakkelijk meer aan mensen en aan plaatsen.

Hun wantrouwende oplettendheid vormt vaak de aanleiding voor conflicten met de omgeving. Deze conflicten kunnen uitmonden in een psychiatrische opname. Maar ook dan is het leed voor de patiënt nog lang niet geleden omdat de opname en de verstrekte antipsychotica het wantrouwen en de angst niet zonder meer ongedaan kunnen maken. Integendeel, het moeten innemen van medicijnen die afbreuk doen aan het reactievermogen, het moeten praten over huiveringwekkende ideeën waarvan je toch wel weet dat eenieder ze als een bewijs voor je gekte zal aanzien, alsmede het verblijven op een plaats waar nauwelijks privacy te vinden is, zijn omstandigheden die bij iemand met psychotische angst veel weerzin wekken.

Voor familieleden kan het een groot probleem zijn dat de agressie juist gericht wordt op degenen die de patiënt het meest na staan; dit is voor hen moeilijk te begrijpen en zorgt voor een ernstige kwetsuur. Niet alleen boosheid over het onrechtvaardige van deze situatie, maar ook schaamte voor de buitenwereld maakt deze situatie tot een moeilijke opgave. Aan de andere kant ligt het voor de hand dat de agressie zich richt op hen die het meest nabij zijn omdat het nauwelijks te verkroppen is als

ouders en broers en zusters niet meer vertrouwd kunnen worden.

Wanneer de ergste verwardheid over is, veinzen veel patiënten dat zij weer ‘normaal’ zijn. Zij willen de omgeving niet tot last zijn en zichzelf een lastige omgeving besparen. Het is vanaf een bepaald moment, meestal wanneer de affectstorm wat afgenomen is, aantrekkelijker de eigen fantasie te koesteren in de luwte van de nieuwsgierige blikken en vragen van anderen. Zo kan de paranoia een stil leven leiden en zich nog slechts tonen tijdens floride episodes.

Wat is paranoia?

Paranoïde ideeën en het erbij behorende gedrag geven uiting aan het feit dat iemand een dreigend of actueel onheil waarneemt. Dat wat op het spel staat om verloren te gaan of aangevallen te worden betreft altijd iets eigens, zó eigen dat het bepalend is of essentieel geacht wordt voor de eigen waardigheid, integriteit en overlevingskans. Soms betreft het objecten (bijvoorbeeld: de portemonnee bij paranoia in het kader van beginnende dementie), maar ook wordt dikwijls een bedreiging van de lichamelijke gezondheid gevreesd. Het meest zijn aanspraken en grondrechten (het recht op privacy en zelfbepaling dat men verloren ziet gaan in beïnvloedings- en achtervolgingswaan) in het geding. In de grootheidswaan probeert de patiënt ervanuit te gaan dat zijn aanspraken terecht zijn. Het kiezen van dit uitgangspunt biedt bescherming tegen (de fantasie van) het verlies van de aanspraken en rechten.

In de psychopathologische literatuur is men opvallend eenstemmig waar het gaat om het psychologische afweermecanisme dat ten grondslag ligt aan de paranoïde reactievorm, namelijk de projectie (Freud 1911). Projectie betekent dat iemand een bepaald idee, een gevoel of impuls niet bij zichzelf herkent maar deze, na veruitwendiging, wel in de buitenwereld waarneemt (Rycroft 1968).

Projectie behoort tot het normale arsenaal van afweermecanismen. Het vermogen hiertoe hangt waarschijnlijk samen met een sensitiviteit voor veranderingen in de omgeving. Deze sensitiviteit heeft men nodig om goed georiënteerd te blijven op potentiële gevaren (bijvoorbeeld: jaloezie wanneer men eraan twijfelt of de partner behouden kan worden). Men kan zich goed voorstellen dat personen, die al onzeker in het leven staan, zich meer toeleggen op het ontwikkelen van een dergelijke sensitiviteit en daardoor het mechanisme van de projectie veelvuldiger zullen toepassen.

Eveneens ligt het voor de hand dat de oriëntatie op de omgeving nadelig beïnvloed wordt door bepaalde lichamelijke ziekten (bijvoorbeeld: uitval van zintuigfuncties), verhuizing of plaatsing in een andere culturele context (bij vluchtelingen) en door beperkingen van de cognitieve functies bij dementie, schizofrenie of intoxicaties. Onder deze omstandigheden is men dus meer tot projecteren geneigd. Van groot theoretisch belang is dat de genoemde sensitiviteit de mogelijkheid van een foute realiteitstoetsing inhoudt. Anders gezegd: een graduele verandering van sensitiviteit kan een catastrofale verandering van de mentale toestand met zich meebrengen. Kretschmer (1918) worstelde al met dit probleem in zijn belangrijke studie over de ‘sensitieve betrekkingswaan’.

Een belangrijk emotioneel aspect bij de paranoia betreft het thema van de grootheid en kleinheid. Carp sprak al over het manische element in de paranoia (1923). Het is wellicht beter hier te spreken van een affectieve component omdat de afweer van depressie en narcistische krenkingen ook in verband gebracht is met paranoïde reactievormen (Kuiper 1970; Zigler en Glick 1988; Kaney en Bentall 1992; Lyon e.a. 1994).

Dit affectieve complex dringt zich in de paranoïde psychose onstuitbaar op de voorgrond. Het zich opblazen, het imponeren van de omgeving door te snoeven over de eigen onmetelijke intelligentie, kracht en sluwheid is een ‘tour de force’ om het gevoel van nietigheid oog in oog met het uit de omgeving loerende gevaar ongedaan te maken. De evolutionaire herkomst van dit imponeergedrag is wellicht dat belagers (predatoren) zich altijd nog van de aanval kunnen laten weerhouden door een

vertoon van macht van de beoogde prooi. Het ervaren van nietigheid en verlies van houvast kleurt de inhoud van de meer nihilistische waanvormingen.

In de wat oudere klinische literatuur was vooral het begrip 'primaire' waanbeleving van belang (Gruhle 1915; Mayer-Gross 1954). Klassiek was het verhaal van iemand die onverwacht met ideeën komt, die een grote verschuiving in de normale betekenis-samenhangen laten zien. De benaming die Conrad (1958) eraan gaf, de 'Copernicaanse wending', is bekend geworden.

De omgeving noemt dit vaak heel trefzeker 'waan-zinnig', het is een van de beste bewijzen voor krankzinnigheid.

De zogenaamde 'waaninval' werd soms voorafgegaan door een waanstemming, maar de omslag werd als een plotselinge zaak gezien. Zoals hierboven reeds werd opgemerkt is er altijd een element van dreiging en onheil aan de paranoïde waan, het meest duidelijk naar voren komend in de bekende wereld-ondergangsfantasie.

Niet alleen uit experimenteel psychologisch onderzoek over de 'Attributional Style' en redeneerstijlen van patiënten met wanen (Lyon e.a. 1994; Garety e.a. 1991), maar ook in de klinische praktijk blijkt dat de ondergangswaan dikwijls vooraf gegaan wordt door andere waanachtige denkbeelden en fantasieën. De patiënt spreekt liever niet over deze zaken. De voor de buitenwereld onverwachte waanachtige uiting betekent dus dat de patiënt het niet meer volhoudt er niet over te spreken.

De voorlopers van de primaire waan lijken inhoudelijk op elkaar. Het thema van de semi-permeabiliteit (doorlaatbaar van buiten naar binnen) van de grenzen van het eigen lichaam, of de grenzen van het huis (de als eigen beleefde ruimte) speelt een grote rol. Klinische ervaringen wekken de indruk dat de fysiek-ruimtelijke bedreiging, de beïnvloeding, het centrale inhoudelijke thema is en dat de andere waan thema's hiervan afgeleid zijn. Wanneer dit juist is, dan sluit het zojuist genoemde 'affectieve' probleem van de kleinheid/grootheid hier naadloos op aan. Als immers de voormalige begrenzing voor belagers permeabel is geworden, zal men zich kleiner moeten maken en bovendien zwaardere verdedigingslijnies moeten aanleggen. De terugtrekking op een kleiner en beter verdedigbaar territorium hangt dus op een begrijpelijke manier samen met de thematiek (Van der Gaag en Kuipers 1992).

Er zijn echter meer mogelijkheden. In grote lijnen kan een patiënt wanneer de ervaringen van de achtervolging en beïnvloeding te sterk zijn een 'oplossing' forceren in vier richtingen (zie tabel 1). Het gedrag van de patiënt kan zich ontwikkelen in de richting van het innemen van of aanspraak maken op een grote of kleine ruimte en daarnaast en tegelijkertijd in de richting van het ondernemen van actie of het achterwege laten ervan. Het uitgangspunt blijft echter dat het territorium van de paranoïde patiënt klein is. Lost de patiënt dit probleem op door aanspraken op een grote ruimte te maken dan gebeurt dit bijgevolg in de fantasie, in de vorm van wanen, of door inadequaat machtsvertoon dat niet kan leiden tot een werkelijk sterke positie.

Tabel 1: Pathologische attitudes bij paranoia

	Klein	Groot
Actief	sociale isolatie	expansief, groothedswanen
Passief	fysieke beïnvloedingswanen, vernietigingsangst	'open liggen', uitbreidingswanen, kosmische belevingen

Territoriale aspecten in de bejegening van de paranoïde patiënt

1. *Algemeen* - Voor de praktijk is van belang dat het territorium (de 'personal space') van iemand met een paranoïde psychose te klein is. Zijn persoonlijke levenssfeer moet verdedigd worden, de normale bufferzone tussen de patiënt en de andere personen is verdwenen.

De patiënt is niet meer geneigd tot een ruim en los gebruik van de hem of haar toekomstige ruimte. Hij kan niet met anderen in de omgeving onderhandelen over wie welke aanspraken maakt, maar hij zal zich veeleer terugtrekken in een of andere hoek ('cornering'). Het hechtingsgedrag richt zich niet meer op mensen en op een vaste plaats, maar op (verplaatsbare) objecten, zoals kledingstukken, tassen en, in extreme gevallen, prullen die voor een ander mens geen waarde hebben.

Iemand die deze positie opzoekt, loopt een aanzienlijk risico hierin vast te lopen. De patiënt is bang dat de 'anderen' ook dit hoekje zullen ontdekken en betwisten. Deze angst is niet ongegrond: wanneer iemand zich op paranoïde wijze verschanst, wekt dat immers nieuwsgierigheid en bezorgdheid (meer in kleine dan in grote gemeenschappen). Een aantal mensen zullen toenaderingspogingen doen; hierop zullen veel patiënten angstig en afwijzend reageren. In de toenadering kan eveneens een agonistische component aanwezig zijn. Met name degenen die dominant zijn en/of een zwakke impulsbeheersing hebben, zijn geneigd hun territorium te vergroten in de confrontatie met iemand die zich kwetsbaar toont. Zij kunnen de verleiding om 'groter' te worden niet weerstaan. Het feit dat er altijd van deze figuren in de buurt kunnen zijn onderhoudt de angst en het oordeel dat men ook zijn laatste restje eigen ruimte, zijn laatste stukje eigenheid zal moeten afstaan.

Het niet (meer) hebben van een eigen, goed verdedigbare plek is vanzelfsprekend gekoppeld aan het niet meer deel uitmaken van het gezamenlijke territorium van de leefgroep (bijvoorbeeld het gezin, de 'peer-group').

Wij zagen een extreem voorbeeld van een achttienjarige patiënt met een paranoïde psychose die thuis op zijn kamer niet meer benaderd kon worden door zijn moeder. Het gebeurde enkele malen dat hij haar onder het uitstoten van blaffende geluiden verdreef uit zijn kamer als zij er gewoon wat wilde verschonen. Deze situatie was voor niemand van de betrokkenen lang vol te houden. Na een gevaarlijke aanval op één van de ouders volgde een dwangopname. Ook op de afdeling kon deze jongen heel moeilijk een plekje voor zichzelf aanvaarden. Twee jaar na het manifest worden van de ziekte pleegde deze patiënt zelfmoord.

2. *Attitude* - De therapeutische grondhouding is een combinatie van bescheidenheid (niet te veel aanspraken op invloed en op objecten) en nauwkeurigheid in de plaatsbepaling.

a. Met 'bescheidenheid' wordt in dit verband bedoeld dat men geen grote, algemene en vage aanspraken maakt en geen eisen stelt, die de ander in een nederige positie dwingen.

Helder en duidelijk overbrengen van intenties en motieven is de manier om te laten zien dat men beperkte aanspraken laat gelden wat betreft de ruimte die de therapeut nodig heeft en de invloed die hij wil hebben.

Dit aspect verdient apart aandacht omdat de communicatie immers vanzelf grover en vager wordt wanneer de sterke affecten zoals angst of agressie het contact gaan beheersen. Cognitieve processen worden dan haastig 'afgeraffeld' en nemen de kleur aan van het overheersende affect. Het feit dat dit gebeurt heeft weer consequenties voor de paranoïde gedachtengang van de patiënt. Hij denkt bijvoorbeeld dat de achtervolger het zich kennelijk kan permitteren om slordig te zijn en geen respect te hebben voor de ander: 'hij loopt zomaar over me heen'. Wil men deze gedachtengang keren, is het aan te raden om te zeggen wat men doet en waarom men dat doet. Wantrouwende attributies kan men afzwakken door uitleg te geven over de aard en de motieven voor het eigen gedrag.

De hier beschreven kwestie speelt vaak bij de opneming van een dreigende paranoïde patiënt. Het is een goede gewoonte om patiënten de afdelingsregels uit te leggen. Wanneer het contact onaangenaam en geladen is zal de hulpverlener geneigd zijn de verbale interactie kort te houden. Het kan dan gebeuren dat met een korte opmerking over de afdelingsregels wordt volstaan: 'Van u wordt verwacht dat u zich hier aan de regels houdt.' Dit kan de patiënt nogal defensief en afstandelijk in de oren klinken, in welk geval twijfels ontstaan over de bedoelingen die erachter zitten. Die kans is geringer bij uitspraken als: 'U bent hier welkom, wij zullen u zo nu en dan, maar niet zonder dat aan te kondigen, door te kloppen op de deur van uw kamer contact aanbieden. Het verblijf hier is gebonden aan regels. Wij moeten toezien op de naleving ervan. U kunt kennis nemen van de regels... - enz.

Wanneer men deze gedragslijn volgt, laat men de patiënt ondubbelzinnig weten welke intenties men als behandelaar heeft en bovendien wordt dit middels een beheerst optreden overgebracht. Het geven van tekenen van beheersing is belangrijk in contact met mensen die lijden aan krachtige affecten en/of impulsen en zelf moeite hebben deze te kanaliseren. Veel paranoïde patiënten zijn immers overgevoelig voor tekenen van (in potentie) onbeheersbare agressie bij willekeurige voorbijgangers (bijvoorbeeld: toeterende auto's).

Niet alleen de formuleringen die men kiest moeten concreet en precies zijn, ook het gedrag moet die kenmerken vertonen. Te hoog opgerolde hemdsmouwen, te gretig een gesprek aangaan, een zwaar aangezette viriele tred, een slordig net te diep decolleté, te los geveterde schoenen, knipogen naar iemand anders terwijl men met de patiënt in gesprek is, het kunnen allemaal voorbeelden zijn van kleinigheden die de verhoogd waakzame psychotische patiënt een 'cue' geven van kwade bedoelingen. Het zijn ook stuk voor stuk uitingen van eigen onzekerheid en dat weet de paranoïcus als geen ander te detecteren.

b. Nauwkeurigheid in de plaatsbepaling

Zoals uit het voorafgaande kan worden afgeleid gaat het bij het hanteren van een paranoïd-psychotische patiënt om een 'politiek' die faciliteert dat iemand zich veilig voelt op een klein territorium. Dit vereist een zorgvuldige omgang met de plaats. Vanaf het begin van de opname behoeven deze patiënten een eigen plekje. Dit moet gerespecteerd worden en de grens ervan slechts overschreden worden met expliciete instemming van de patiënt. Wanneer deze instemming niet verkregen kan worden, zal de noodzaak van het betreden van de plaats uitgelegd moeten worden.

Ook het zich verwijderen van de plaats van de patiënt vergt enige omzichtigheid. Het is eenvoudig om in te zien dat het niet verstandig is om zich uit (valse) bescheidenheid, of uit angst voor de affectieve lading die de patiënt uitstraalt, of uit angst zelf dominant te zullen worden, terug te trekken.

Dit geeft bij de patiënt aanleiding tot wantrouwen: 'Die komt nog wel terug om mij mores te leren' of 'Ik voel de invloed van die lui door de muur heen.' Wanneer men het contact verbreekt of terugdeinst, is het goed om aan te geven dat het gesprek nu vanwege een nader te noemen reden ten einde is en dat men nu naar een andere plaats gaat. Ook bij terugtrekbewegingen is het dus verstandig om te laten zien dat het eigen gedrag nog adequaat aangestuurd wordt.

Het duidelijk maken van de plaats en de functie die de hulpverlener in de ziekenhuisorganisatie inneemt is belangrijk. Hieruit is immers af te leiden wat wel en niet tot de aanspraken, bevoegdheden, plichten en mogelijkheden van de hulpverlener behoort. De verkregen duidelijkheid gaat het ontstaan van irreële cognities met betrekking tot de hulpverlener tegen.

Nauwkeurigheid in de plaatsbepaling geeft de patiënt de ruimte om zijn eigen plaats weer wat te verkennen. De behandeling van acute paranoïde psychotische patiënten impliceert dat men de patiënt van mogelijkheden voorziet om de ingekrompen leefruimte weer uit te breiden. Het is de kunst om een groeiklimaat te ontwikkelen waarin een rustiger beleving van de eigen positie ten opzichte van de omgeving mogelijk is.

Een voorbeeld: Een agressieve, zeer wantrouwende man werd gedurende enige tijd gesepareerd. Door zich op te stellen als een gangster, die zich wel zou wreken op degenen die hem zijn vrijheid hadden ontnomen, maakte hij zich groter dan hij was en joeg hij de omgeving veel schrik aan. Toen hij op een bepaald moment overgeplaatst moest worden vroeg hij of hij zelf zijn tas mocht pakken. Ondanks het feit dat de afspraken deze ruimte niet gaven, greep de verpleegkundige deze kans aan om hem duidelijk te maken dat hij begreep dat dit ongeveer nog de enige handeling was waardoor de patiënt de overplaatsing als tot de zijne kon maken. De verpleegkundige gaf toestemming dat hij zijn spullen zelf bij elkaar zou zoeken en inpakken. Enige weken later betoonde patiënt zijn dank voor deze kleine, maar belangrijke geste.

Ook hier geldt weer dat men niet stilzwijgend ruimte moet geven, omdat dan de motieven in het midden blijven. Een wantrouwend persoon kan dan nog steeds het gevoel krijgen dat hij om de tuin werd geleid.

De gelegenheden om de patiënt weer ruimte te geven mist men gemakkelijk wanneer de behandelaars vooral proberen zo netjes mogelijk ('structuur') volgens het behandelplan en de afspraken te werken. Te veel rigiditeit in dit opzicht wekt het idee bij de patiënt dat de behandelaar niet zeker van zijn zaak is. Dit mondt weer uit in toenemend wantrouwen, nogal eens gevolgd door een imponerende reactie van de behandelaars, om de gezagsverhoudingen te onderstrepen.

Een ander voorbeeld illustreert dit nogmaals. Een zeer imponerende en dreigende paranoïd-psychotische patiënt bleek uiterst gevoelig voor toename van spanning op de afdeling. Hij kreeg dan een sterke impuls om de afdeling te ontvluchten, maar dit kon niet omdat hij een IBS had. Dit leidde tot agressieve ontladingen gericht op deurknoppen. Herhaaldelijk sloeg hij de deurknop van de toegangsdeur van de afdeling eraf. Wanneer de spanning helemaal niet meer te dragen was riep hij naar de verpleegkundigen dat hij zich separeerde en kroop dan in de linnenkast van de afdeling. Ook al was dit natuurlijk een ongebruikelijke toepassing van 'Middelen en Maatregelen', de verpleegkundigen gingen dit gedrag niet tegen omdat het werkzaam bleek en niet ontwrichtend was voor de afdeling. Ook de medepatiënten konden licht geamuseerd, maar ook wel opgelucht instemmen met de handelwijze van hun medepatiënt.

3. *Werkrelatie* - Coöperatie en compliance vereisen twee partijen die zin in een bepaalde onderneming hebben. Anders is er geen spontane groei van samenwerking mogelijk. Mensen met paranoïde psychosen kan men ook niet goed in een regressieve positie krijgen, zodat restrictief optreden en pogingen tot conditioneren meestal niet tot samenwerking leiden. Vanuit territoriaal *perspectief* bekeken is het contraproductief als de hulpverlener aanspraken maakt die de patiënt laten zien dat hij klein is en geen eigen invloedssfeer bezit.

Dit houdt in dat er, voordat er enige vorm van samenwerking van start gaat, onderhandeld moet worden over de inzet, de taakverdeling en de omvang van de taken. Wanneer deze onderhandeling met een goed gevolg is afgesloten, kan de spanning tussen hulpverlener en patiënt wat afnemen. Aan een wat lossere omgang, zonder steeds op je hoede te moeten zijn voor verlies en beïnvloeding, zal de paranoïde patiënt voorzichtig moeten wennen. Dan pas kan een interne regulering van het gedrag weer op gang komen (Kuipers en Alexander 1992).

Veel te vaak gaat men ervan uit dat, wanneer de patiënt geen psychotische symptomen meer vertoont, hij wel weer gewoon kan deelnemen aan het sociale verkeer. De familie is dikwijls teleurgesteld als dit moeilijk blijkt te verlopen. De paranoïde positie impliceert evenwel een stijl van denken en handelen die niet van de ene week op de andere kan veranderen. Het wennen aan een omgang met minder angst en dreiging wordt verder bemoeilijkt omdat er nogal wat dominante, agressieve mensen rondlopen, die wel degelijk hun invloedssfeer willen uitbreiden ten koste van anderen. Juist deze omgangsstijlen zijn bedreigend voor de patiënt met een paranoïde stoornis. Om de voorgaande beschouwingen een duidelijk kader te geven is in tabel 2 weergegeven welke fases men kan onderscheiden in de (be)nadering.

Tabel 2: Fases in de benadering

1. Positie bepalen	<ul style="list-style-type: none"> - lokalisatie - oriëntatie + signaaldetectie
2. Positie wijzigen	<ul style="list-style-type: none"> - naderbij komen - identificatie (beiden) - overbrengen van intenties - toestemming voor opening van het contact? - fysiek contact (hand geven of iets dergelijks)
3. Nieuwe posities worden ingenomen	<ul style="list-style-type: none"> - toewijzen al of niet accepteren van eigen kamer op afdeling - duidelijk maken waar het personeel resideert en waar andere personen hun plaats hebben
4. Actie en omgang	<ul style="list-style-type: none"> - de dingen die men samen doet, b.v. een gesprek, iets opruimen, wandelen
5. Afsluiting	<ul style="list-style-type: none"> - consensus ten aanzien van de afsluiting van de omgang - uitvoeren van de afsluitingsrituelen - zich verwijderen - veranderen van het focus van de aandacht

Conclusie

Wanneer men deze verschillende onderdelen van de ruimtelijke bejegening niet uit het oog verliest, is de omgang met de hier beschreven categorie mensen wat beter te organiseren (Gutheil en Gabbard 1993). Minder snel zal de patiënt het gevoel krijgen dat hij belaagd wordt.

Het voorafgaande kan misschien het best samengevat worden in de volgende uitspraak: het paranoïde gedrag van de patiënt kan worden gemitigeerd doordat de hulpverlener zijn eigen territoriale gedrag nauwkeuriger vorm geeft.

Literatuur

Benjamin, L.S. (1993), *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders*

, The Guilford Press, New York/London.

Chapman, A.H. (1976), *Harry Stack Sullivan; zijn leven en zijn werk*, Ambo, Baarn.

Freud, S. (1911) Psycho-analytical notes on an autobiographical account of a case of paranoia. *The Standard Edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, volume XII, Ed. J. Strachey, The Hogarth Press, London.

Gaag, M. van der, T. Kuipers (1990), Afstand, nabijheid met schizofrene patiënten. *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, 16, 513.

Garety, P., D. Hemsley, S. Wessely (1991), Reasoning in deluded schizophrenic and paranoid patients. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 179, 194-201.

Gaupp, R. (1920), Der Fall Wagner; Ein Katamnese, zugleich ein Beitrag zur Lehre von der Paranoia. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 60, 312-327.

Gutheil, T.G., G.O. Gabbard (1993), The concept of boundaries in clinical practice: theoretical and risk-management dimensions. *American Journal of Psychiatry*, 150, 188-196.

Hogg, J. (1970, first published in 1824), *The confessions of a justified sinner*. Panther, London.

Kaney, S., R.P. Bentall (1992), Persecutory delusions and the self-serving bias: evidence from a contingency judgement task. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 180, 773-780.

Keizer, G.J. (1991), Systeemtherapie, persoonlijke ruimte, territorialiteit. *Systeemtherapie*, 3, 127-141.

Kuiper, P.C. (1970), Paranoïde toestanden. In: *Het Nederlands Handboek der Psychiatrie*, IV, De psychosen, Van Loghum Slaterus, Deventer.

Kuipers, T., P. Alexander (1993), Over een mislukte psychosebehandeling. *Maanblad Geestelijke Volksgezondheid*, 4, 347-358.

Kuipers, T. (1993), Territoriale aspecten van de manie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 35, 514-527.

Lemert, E.M. (1962), Paranoia and the dynamics of exclusion. *Sociometry*, 1, 2-20.

Lyon, H.M., S. Kaney, R.P. Bentall (1994), The defensive function of persecutory delusions. *British Journal of Psychiatry*, 164, 637-646.

McGuire, M.T., L. Fairbanks (1977), *Ethological psychiatry*, Grune & Stratton, New York.

Meissner, W.W. (1978), *The paranoid process*, Jason Aronson, New York/London.

Shapiro, D. (1965), *Neurotic styles*, Basic Books, New York.

Zigler, E., M. Glick (1988), Is paranoid schizophrenia really camouflaged depression? *American Psychologist*, 43, 284-290.

Summary: Territorial aspects of paranoid psychosis

Patients with paranoid variants of psychotic disorders without exception show specific interpersonal problems. In this article some of these problems are described from a sociobiological perspective. The author uses the term ‘territory’ to illustrate the nature of some of these behavioral difficulties. Consequently, ideas for a consistent approach and management are put forward. Most important, the therapist can help the patient by careful planning of his own territorial behaviour.

Enkele mensen hebben mij bij het maken van dit artikel geholpen door hun ervaringen tijdens een paranoïde psychose aan mij te willen overbrengen. Hiervoor ben ik hen dank verschuldigd.

De auteur, psychiater, is als A-opleider verbonden aan Psychiatrisch Ziekenhuis Veldwijk. Correspondentieadres: postbus 1000, 3850 BA, Ermelo.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 4-11-94.