

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Behandeling in gedwongen kader

Afscheid van het psychoanalytisch denken?

TOON VERHEUGT

In dit artikel wil ik bespreken hoe het met het ‘psychoanalytisch denken’ in de forensische behandelcentra in Nederland is gesteld. Ik geef eerst een voorbeeld en probeer vervolgens een beeld te schetsen van de huidige plaats van het psychoanalytisch denken in de forensische behandelcentra. Daarna zal ik aan de hand van verdere casuïstiek de hypothese ‘aankleden’ en uitwerken waarop dit artikel is gebouwd, namelijk dat een vermeerderde psychoanalytische inbreng een meerwaarde kan betekenen voor behandelingen in een forensische context. Ik probeer te laten zien dat met wat meer oog voor een aantal facetten van het psychoanalytisch denken bij behandeling, bejegening en beleid mogelijk de kwaliteit van de behandeling zal kunnen toenemen en de lengte van de behandeling zal kunnen worden bekort.

¶ *Een voorbeeld*

Een terbeschikkinggestelde krijgt, tijdens een door de verlengingsrechter gevraagde tussentijdse beoordeling in het Pieter Baan Centrum (PBC, observatiekliniek) over de noodzaak tot verlenging van de aan hem opgelegde terbeschikkingstelling (tbs), van zijn behandelkliniek te horen dat men hem ‘vanwege herhaalde ongewenste relatievorming binnen de kliniek’ niet meer terug wil en dat hij overgeplaatst zal worden naar een andere behandelkliniek. De behandelkliniek tracht (naar het lijkt in navolging van de splijtingsreacties van de patiënt) het PBC te verleiden dit slechte nieuws aan betrokkene over te brengen. Daar ziet het PBC uiteraard van af, waarbij de behandelkliniek gevraagd wordt daarin zelf verantwoordelijkheid te nemen, hetgeen uiteindelijk ook geschiedt. Het wordt voor betrokkene inmiddels de derde overplaatsing gedurende zijn tbs-behandeling, die op dat moment ruim vijf jaar loopt.

Ik denk dat hier, maar zo zijn er gemakkelijk andere voorbeelden te noemen, ernstig onderschat wordt wat het acute en plotselinge overplaatsen doet met

het gevoel van veiligheid van deze patiënt, maar ook met de overige terbeschikkinggestelden binnen zijn afdeling en binnen de gehele kliniek. Vrijwel alle terbeschikkinggestelden hebben van huis uit een uitermate onveilige gehechtheidsrelatie (Van IJzendoorn e.a. 1997); de meesten hebben een lange voorgeschiedenis van affectieve verwaarlozing, verlating, mishandeling/geweld en/of seksueel misbruik, doorgaans overigens gevolgd door een delictgeschiedenis van (zeer) ernstige geweldsfeiten, dat moeten we zeker niet vergeten. Maar vaak hebben zij voor het eerst van hun leven een veilig dak boven hun hoofd en structuur en regelmaat in hun leven, te midden van behandelaars die met hen begaan zijn en die trachten een veilig, voorspelbaar en continu klimaat te bieden. Binnen de langzaam groeiende gehechtheidsrelatie in de behandelkliniek zal de doorgaans ernstige problematiek zich (moeten) gaan openbaren en die problematiek vraagt dan vervolgens om behandeling, niet om bestraffing.

¶ *Behandeling in gedwongen kader*

‘Behandeling in gedwongen kader’ betreft een door de rechter opgelegde en daardoor verplichte behandeling van een psychische stoornis. Deze stoornis heeft, naar de mening van forensisch gedragsdeskundigen die de rechter bij de behandeling van de strafzaak adviseren, een rol gespeeld bij de totstandkoming van een strafbaar feit en deze stoornis of stoornissen behoeven behandeling, om de kans op recidive te verminderen (Vegter 2008).

Een dergelijke behandeling kan worden opgelegd als bijzondere voorwaarde bij een (deels) voorwaardelijk strafdeel, maar ook als gedwongen behandeling in het kader van de terbeschikkingstelling, met bevel tot verpleging of met voorwaarden (Raes & Van der Wolf 2008). De tbs is overigens een strafrechtelijke maatregel en geen straf. Dat de maatregel door de meesten die hem opgelegd krijgen of vrezen hem opgelegd te krijgen wel als straf beleefd wordt, doet daaraan niet af. Voor de overzichtelijkheid van mijn verhaal beperk ik mij tot de behandeling in het kader van de tbs.

Zó formuleert een van de Nederlandse tbs-klinieken het op haar website: ‘De tbs-maatregel met dwangverpleging wordt opgelegd aan mensen die psychiatrische en vaak ook verslavingsproblemen hebben én (mede) door die problemen een ernstig delict hebben gepleegd. In de meeste gevallen wordt een verdachte dan gedeeltelijk ontoerekeningsvatbaar verklaard. Voor het gedeelte dat iemand wél toerekeningsvatbaar is, krijgt hij gevangenisstraf. Na het uitzitten van de gevangenisstraf wordt hij verplicht opgenomen in één van de forensisch psychiatrische centra in Nederland om te werken aan zijn problematiek.’

Als doel van de behandeling wordt geformuleerd: ‘[...] het aanzienlijk verkleinen van de kans dat de patiënt opnieuw een ernstig delict pleegt’ en vervolgens ‘terugkeer naar de samenleving’. Zolang de behandeling niet tot het gewenste resultaat heeft geleid, kan de patiënt niet zelfstandig terugkeren

naar de maatschappij. De tbs-maatregel maakt de samenleving veiliger, zo stelt de kliniek, doordat tbs-patiënten in een beveiligde, gesloten instelling worden behandeld. Daardoor zijn zij tijdens hun behandeling nauwelijks tot niet gevaarlijk voor de maatschappij. Een patiënt kan alleen zelfstandig terugkeren naar de samenleving als de behandeling succesvol is. Succesvol wil zeggen dat de kans dat een patiënt opnieuw een ernstig delict pleegt heel erg klein is geworden. Zo legt een van de klinieken op haar website iets uit over de tbs (Forensisch Psychiatrisch Centrum Dr. S. van Mesdag/Forint 2013).

De behandeling in het kader van de tbs onderscheidt zich in een belangrijke mate van de behandeling van stoornissen in het kader van de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Daar wendt een cliënt zich tot een ggz-instelling of vrijgevestigd psychotherapeut omdat hij (of zijn kind) lijdt aan een symptoom of aantal symptomen en daarvan af wil. Bij de behandeling in het kader van de tbs wordt het lijden doorgaans eerder gevoeld door anderen en niet zozeer door de terbeschikkinggestelde zelf, die uit zichzelf deze behandeling niet gezocht heeft.

Het primaire doel van de tbs is de beveiliging van de maatschappij en secundair daaraan is de behandeling van de stoornis, die immers een gevaar voor recidive vormt. In de behandeling neemt recidivebeperking een dermate belangrijke plaats in dat in feite alles in de behandeling daaromheen gecentreerd ligt.

Centraal nu is de vraag hoe het is gesteld met de bijdrage van het psychoanalytisch denken aan behandeling in dit gedwongen kader. En bij behandeling denk ik ook aan zaken als diagnostiek, aan bejegening en aan beleid.

¶ *De plaats van het psychoanalytisch denken*

Eerder vroegen anderen, onder wie Treurniet (1992), aandacht voor de plaats van het psychoanalytisch denken en (be)handelen in de tbs in Nederland. Treurniet liet op overtuigende wijze zien hoe onbewuste motieven een rol kunnen spelen bij de totstandkoming van een levensdelict. Zijn artikel geeft een inkijk in hoe een psychoanalytische behandeling binnen de tbs er in de jaren zestig, zeventig van de vorige eeuw uit kon zien, waarbij aandacht voor de binnenwereld van de forensische patiënt ruimschoots aanwezig was.

Nadien is er een tendens te bespeuren dat het psychoanalytisch denken en handelen uit de forensisch psychiatrische centra in Nederland geleidelijk gaat verdwijnen. In dezelfde tijd is de bijdrage van behandelingen zoals met name de cognitieve gedragstherapie (CGT) en bijvoorbeeld schematherapie bij tbs-gestelden navenant toegenomen. Hoewel er overigens recente aanwijzingen zijn dat op een enkele plek bij de behandeling van ernstige persoonlijkheidsstoornissen — en daar gaat het bij tbs-gestelden vaak om — voorzichtig gestart wordt met ‘Mentalization Based Therapy-georiënteerde’ behandelmethodieken, kan vooralsnog zeker niet gesproken worden van een terugkeer van het psychoanalytisch denken in de forensische behandelcentra.

Dat proces van een teruglopende bijdrage van het psychoanalytisch denken is al eind jaren tachtig begin jaren negentig gestart (Verheugt 2006). De oorzaak daarvan is onduidelijk. Eerder kende het ministerie van Justitie zeer royale vergoedingsregelingen van (aanvullende) opleidingskosten van bij haar in dienst zijnde gedragsdeskundigen. Mogelijk heeft vergoeding van de kostbare psychoanalytische opleiding in die dagen relatief veel psychoanalytici in opleiding naar de forensische centra van het ministerie van Justitie gelokt. Heden ten dage is van royale vergoedingen nauwelijks meer sprake. Daarnaast is er ook onder gedragsdeskundigen minder animo voor het volgen van een psychoanalytische opleiding dan in de jaren tachtig en negentig. Of een en ander voldoende verklaring is voor de terugloop in het psychoanalytisch denken in de forensische wereld weet ik niet, maar mocht het wel zo zijn dan blijft de vraag, althans bekeken vanuit het tbs-perspectief: hoe erg is dat nu eigenlijk?

Als we kijken naar de doelstelling van de behandeling in tbs-kader, namelijk het terugdringen van recidive, dan laten cijfers van het Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatie Centrum van het ministerie van Veiligheid en Justitie (WODC) over de afgelopen 25 jaar een stevige daling zien: het percentage ex-terbeschikkinggestelden dat binnen 2 jaar na beëindiging van de maatregel opnieuw wordt vervolgd voor een delict met een maximale strafdreiging van 4 jaar of meer (ernstige recidive) is in de laatste 25 jaar gedaald van circa 36 procent naar 17 procent. Er zijn aanwijzingen dat ook de ‘langetermijnrecidive’ een gunstige ontwikkeling doormaakt (Bregman & Wartna 2011). Ter vergelijking: het percentage ‘afgestraften’ (diegenen die gevangenisstraf kregen en geen behandeling) die binnen 2 jaar na afloop van de gevangenisstraf recidiveren ligt tussen de 60 en 70 procent; deze laatste cijfers zijn over de jaren heen tamelijk constant. Vergelijkbaar zijn de groepen niet echt. Deze cijfers geven hooguit aan dat, met het oog op het voorkomen van recidive, behandelen meer aangewezen lijkt dan straffen — maar dan moet er natuurlijk wel iets te behandelen zijn — en dat de huidige behandeling in tbs-kader effectiever lijkt (met het oog op terugdringing van recidive) dan een aantal jaren geleden. Maar welke factoren op welke wijze bijgedragen hebben aan de vermindering van recidive, wordt uit deze cijfers (uiteraard) niet duidelijk.

Samengevat: terugloop psychoanalytische bijdrage aan behandeling, toename van behandeling zoals CGT en schematherapie en stevig teruglopende recidivecijfers. Of nu de afname van het een of de toename van het ander tot een vermindering van recidive heeft geleid, of dat beide een bijdrage hebben geleverd of dat een derde of meerdere onbekende variabelen een rol spelen bij de vermindering van recidive, ik weet het niet, maar dat het verlies aan psychoanalytisch denken grote nadelige gevolgen heeft voor het terugdringen van recidive, kan men in elk geval niet stellen.

Hoewel de eerder genoemde WODC-cijfers ten aanzien van *recidive* een positief beeld geven, is de *duur* van de tbs-behandeling in de afgelopen tien jaar tijd opgelopen van gemiddeld zeven naar gemiddeld bijna tien jaar (Nagtegaal

e.a. 2011), een bijna even spectaculaire stijging als de daling van de recidive na twee jaar na ontslag. De belangrijkste oorzaken voor de opgelopen behandelduur zijn volgens mij de veranderde verlofpraktijk (toetsingsprocedure, nieuwe verlofaanvraag na overplaatsing etc.) en de grotere aandacht voor risicotaxatie en -management: er is meer nadruk gekomen op veiligheid. Het WODC constateert dat de druk op de tbs-sector is toegenomen onder andere door de enorm snelle opeenvolging van beleidswijzigingen.

In zijn onlangs verschenen proefschrift laat Van der Wolf (2012) zien hoe de tbs sinds eind jaren tachtig meer en meer als probleem wordt ervaren. Het systeem werd in eerste instantie niet efficiënt genoeg gevonden en later niet veilig genoeg. De destijds in het oog springende recidive door Wilhelm S., die in 2005 op onbegeleid verlof een moord pleegde, werd aanleiding voor parlementair onderzoek; het wantrouwen tegen het systeem groeide en beeldvorming werd geleidelijk belangrijker dan inhoud. De meest recente veiligheidsmaatregelen maken de maatregel minder populair bij verdachten, die gedragskundig onderzoek weigeren. Na decennia van capaciteitsnood daalt het aantal tbs-opleggingen de laatste jaren (Van der Wolf 2012). De klinieken hebben geen wachtlijsten meer en melden aanzienlijk minder kandidaten aan voor de longstay, die dan ook langzaam leegloopt. Dat het aantal weigeraars aan gedragskundig onderzoek toeneemt, heeft zeker met de gestegen behandelduur te maken en dat de behandelduur op zijn beurt toeneemt, heeft volgens mij onder andere te maken met de toegenomen nadruk van maatschappij en politiek op het aspect van veiligheid en het daardoor aangescherpte verlofbeleid. Financiële overwegingen hebben een belangrijke rol gespeeld bij het instellen van de longstay; in principe komt men na zes jaar en twee mislukte behandel pogingen in twee verschillende klinieken in aanmerking voor de longstay. Voor een lagere verpleegprijs wordt men daar niet meer behandeld, maar wordt gekoerst op een *low profile* humaan bestaan, met geringe verlofmogelijkheden.

Moet de vastgestelde teruggelopen bijdrage van het psychoanalytisch denken binnen het forensische kader leiden tot een nog verder verliezen of eventueel zelfs afscheid van het psychoanalytisch denken? Ik vind dat op basis van het voorgaande psychoanalytisch denkenden op forensisch terrein in eerste instantie vooral bescheidenheid past over het belang van hun bijdrage, althans als men naar de recidivecijfers kijkt. Met alle ongemakken bij het voorspellen van recidive (Philipse 2005) is en blijft het succes van de behandeling onlosmakelijk verbonden aan de recidivecijfers en vormen zij maatschappelijk en politiek een uiterst belangrijk en gevoelig thema. Maar, naast recidivecijfers zouden kwaliteit maar ook duur van de behandeling in mijn ogen als zeker zo belangrijk beschouwd mogen worden, waarbij betere kwaliteit de recidivecijfers nog wel eens verder naar beneden zou kunnen brengen en kortere behandelduur aanzienlijke besparingen zou kunnen opleveren. De vraag is of een hernieuwde psychoanalytische inspiratie hier een gunstige rol zou kunnen

spelen. Daarnaast, en niet in de laatste plaats, zou het tbs-systeem als geheel, bij verbetering van de kwaliteit van de behandeling en verkorting van de behandelduur, bij verdachten, veroordeelden, hun raadslieden, maar ook bij de rechterlijke macht weer iets aan verloren gegane populariteit kunnen terugwinnen.

¶ *Casuïstiek*

Bij het besluit om iemand bij voorkeur twee behandelkansen te geven in twee verschillende klinieken heeft het mijns inziens zeker aan een psychoanalytische bijdrage in de besluitvorming daaromtrent ontbroken. Pragmatische en financiële overwegingen hebben daarbij eerder een rol gespeeld dan inhoudelijke (Van der Wolf 2012). Aan het effect op de binnenwereld van de patiënt en de betekenis van een overplaatsing voor zijn doorgaans toch al uiterst wankel gevoel van veiligheid, voor zover sowieso al aanwezig, worden geen overwegingen gewijd.

Maar schrijnender nog dan het vigerende beleid inzake plaatsing op de longstay na twee mislukte behandel pogingen in verschillende klinieken is het verschijnsel van ruilingen binnen de forensisch psychiatrische centra in Nederland. Ik wil net niet zeggen dat er tussen klinieken een levendige handel in patiënten plaatsvindt, maar er bestaat een categorie patiënten die relatief gemakkelijk tussen klinieken wordt geruild. Waar men in de ene kliniek vastloopt met een patiënt en er een behandelimpasse ontstaat, ruilt men deze, ondanks alle goede bedoelingen, soms maar al te gemakkelijk met een patiënt van een andere kliniek. Bij het vastlopen van een behandeling, zo is mijn eigen ervaring, wordt de behandelimpasse door de kliniek vastgesteld en wordt daar na vaak gehandeld, namelijk door overplaatsen, daar waar in mijn ogen een meer psychoanalytische doorlichting middels begrijpen en betekenisgeving aan het gedrag en bewerking van de impasse meer voor de hand hadden gelegen. Meer dan eens is er een sterke neiging mee te gaan in het ageren van de patiënt in plaats van te trachten de impasse te doorgronden en dan te behandelen.

..... Een patiënt wordt keer op keer in verband gebracht met drugshandel binnen de kliniek. Zelfs zonder dat er heel concrete bewijzen zijn dat hij daar werkelijk mee te maken heeft, en zelfs dan, wordt hij uiteindelijk op grond van deze verdenkingen overgeplaatst naar een andere kliniek en geruild tegen een andere patiënt. Zijn vermeende handelwijze wordt niet beschouwd, behandeld en doorgewerkt, maar bestraft.

Ook een tweede patiënt loopt vast in zijn behandeling. Steeds wanneer er een verlengingszitting aankomt, vinden er door hem geïnitieerde incidenten in de kliniek plaats. Hij brengt met zijn destructieve neigingen zijn behandelaars tot wanhoop. Zijn gedrag wordt in de behandelbespreking geïnterpreteerd als een uiting van spanning voor de verlengingszitting. Dat moge zo zijn, maar dat het gedrag van deze man, die zijn leven grotendeels achter de tralies doorbracht en zich voor het eerst van zijn leven wat veilig leek te voelen, mogelijk tevens een uiting kan zijn van zijn onbewuste wens om nooit meer uit de kliniek weg te hoeven wordt niet overwogen. Hij wordt overgeplaatst.

Ook hier wordt het gedrag niet geanalyseerd en behandeld, maar bestraft. Dergelijke voorbeelden zijn er in tbs-land helaas te over. Vaak wordt gedrag te veel *at face value* genomen en te weinig wordt gepoogd het te doorgronden.

Hoewel de populatie in de tbs-klinieken wat betreft psychopathologie en de uitingsvormen daarvan uiteraard heel divers is en de ene patiënt kwetsbaarder is dan de andere, denk ik dat niet onderschat moet worden wat een overplaatsing doet met elke patiënt zelf. Vaak is het de zoveelste verlating in zijn leven. De patiënt raakt vaak verder van huis dan hij was in het ontwikkelen van een gevoel van veiligheid en vertrouwen in de volwassen ander. De overplaatsing versterkt zijn pathologie, hij verschanst zich doorgaans weer in zijn narcistische bolwerk en gaat daardoor meer achteruit dan vooruit in zijn behandeling. Hij moet in een nieuwe kliniek vrijwel weer van voren af aan beginnen in het opbouwen van (behandel)relaties en het opbouwen van verlof. Dit fenomeen bij dezelfde patiënt herhaalt zich geregeld, tot soms vier of vijf keer aan toe. Het inboeten aan een gevoel van veiligheid en vertrouwen geldt in meer of mindere mate ook voor de overige patiënten op de afdeling. Ook zij zullen zich toenemend onveilig kunnen gaan voelen bij hun behandelaren, die verleid zijn tot handelen in plaats van te (blijven) behandelen. Ook bij behandelaren zelf roept het besluit tot overplaatsen vaak een gevoel van mislukking op. Het leidt, als het te vaak voorkomt, tot demotivatatie en niet zelden tot het zoeken naar ander werk. Het verloop van medewerkers binnen klinieken is tamelijk groot; patiënten lijken de meest constante factor, een fenomeen waarover menige patiënt overigens ook klaagt. Als men dan al niet zelf wordt overgeplaatst dan komt het niet zelden voor dat men in zijn tbs-periode successievelijk vijf of zes behandelcoördinatoren verslijt, binnen een en dezelfde kliniek.

Een derde patiënt komt op verzoek van de verlengingsrechter in hoger beroep, voor een beoordeling over de noodzaak tot verlenging van de tbs, in het PBC. Hij blijkt in ruim acht jaar tijd in vijf verschillende tbs-klinieken te zijn behandeld. Het PBC komt uiteindelijk tot een advies aan het Hof van voorwaardelijke beëindiging van de verpleging.

Een vierde patiënt, verblijvend op een longstayafdeling, heeft begin jaren negentig «vele malen ontuchtige handelingen verricht met zijn nichtje». Tevens heeft hij «opzettelijk teweeggebracht en bevorderd dat derden, die hem daarvoor betaalden, ontucht konden verrichten met zijn nichtje», dat bij hem op visite kwam. Tevens heeft hij in dezelfde periode vele malen ontuchtige handelingen verricht met een drietal jongens. Halverwege de jaren negentig wordt hij veroordeeld tot tien maanden gevangenisstraf en ter beschikking gesteld met bevel tot verpleging van overheidswege. De kliniek beschrijft hem als een man met een laaggemiddelde intelligentie. Hij is afkomstig uit een zwak sociaal geïntegreerd milieu waarbinnen hij affectief en pedagogisch ernstig is verwaarloosd. Het systeem van herkomst kenmerkt zich door vage grenzen binnen het gezin en een weerloze moeder. Op zeer jonge leeftijd is betrokkene seksueel misbruikt door vader en later door stiefvader; hierdoor heeft hij, aldus de kliniek, angst ontwikkeld voor sterkere volwassenen. Hij woont een flink aantal jaren in kindertehuizen.

De kliniek spreekt van ontwikkelingspsychopathie en later van een persoonlijkheidsstoornis. Betrokkene beschikt over weinig adequate *coping*-strategieën. Hij is angstig overheerst te worden. Hierdoor bouwt hij spanningen op, die worden geuit in driftbuien, koppigheid en seksuele opwindings. Hij heeft dan geen rem meer op zijn gedragingen en geeft toe aan zijn impulsen. Hij is snel emotioneel, zo schrijft men. Verder heeft hij een haast dwangmatige behoefte aan controle en overzicht. Hij begrijpt dingen niet altijd direct, wat, aldus de kliniek, een gevolg is van weinig zelfinzicht en een lage intelligentie. Naast zijn persoonlijkheidsstoornis is sprake van pedofilie gericht op zowel jongens als meisjes. Tijdens zijn behandeling doorloopt hij middels een dadergroep voor seksuele delinquenten de zo geheten delictscenarioprocedures, waarover hij ondanks veel steun en aanmoediging overigens vijf jaar doet. Tijdens de presentatie hiervan valt op dat hij zijn eigen rol en aandeel blijft bagatelliseren en externaliseren; zijn empathische vermogens blijven beperkt. Uiteindelijk besluit de kliniek dat er «geen doorwerking van het delict» heeft plaatsgevonden, dat de risico's nog onveranderd hoog zijn en dat betrokkene na bijna acht jaar behandeling voor de longstay wordt aangeboden, alwaar hij inmiddels zes jaar verblijft. Hij zit al bijna zestien jaar binnen, hij heeft geen verlof.

Nadere bestudering van de gegevens, eigen onderzoek bij betrokkene en overleg met de mederapporteur en de kliniek leerden mij dat betrokkene weliswaar uitgebreid met zijn delicten bezig is geweest, maar dat zijn eigen misbruik zijn in de vroege kinderjaren — in psychoanalytische zin gesproken: de feitelijk opmaat voor zijn latere delicten (onder andere door «turning passive into active») — in de behandeling in het geheel niet aan bod is geweest. Een verband tussen enerzijds de impasse in de behandeling en de lange duur ervan en anderzijds het onbesproken blijven van de opmaat van zijn latere delicten, ligt hier wel voor de hand. Al met al was deze meer psy-

choanalytische doorschouwing van de patiënt en zijn levens-, delict- en behandelgeschiedenis aanleiding tot het geven van het advies (via de Landelijke Adviescommissie Plaatsing Longstay Forensische Zorg) aan de minister tot een doorstart van de (al jaren geleden afgebroken) behandeling. De behandeling is inmiddels hervat. Of een en ander uiteindelijk leidt tot een succesvolle afsluiting van de behandeling zal uiteraard afgewacht moeten worden.

Hoog oplopende overdrachts- en tegenoverdrachtsfenomenen en, door patiënten opgeroepen, heftige splijtingsreacties in behandelteams en bij leidinggevendenden worden in 'tbs-land' soms onvoldoende herkend, hetgeen uiteindelijk in sommige gevallen, zoals gezegd, leidt tot overplaatsing van een patiënt. De behandelaren zijn opgelucht, op de afdeling keert de rust tijdelijk weer en eenieder lijkt erbij gebaat. Natuurlijk zijn sommige patiënten uitermate lastig, sommigen zijn vanuit hun pathologie soms zo permanent dreigend en gevaarlijk dat men ze liever kwijt dan rijk is, maar van de klinieken mag gevraagd worden een veilige 'holding environment' te blijven bieden, voor personeel en patiënten, ook als de spanning hoog oploopt. Als deze klinieken dat al niet kunnen, waar moeten deze patiënten dan nog terecht?

De behandeling van terbeschikkinggestelden vraagt veel van de over het algemeen zeer betrokken en bevlogen behandelaren, maar de problematiek is vaak zo weerbarstig dat het risico bestaat dat behandelaren erin vast lopen. Ik denk dat het, alle goede wil, inzet, betrokkenheid en bevlogenheid ten spijt, in klinieken hier en daar momenteel ontbreekt aan ervaren en goed opgeleide, goed gecoachte en goed gesuperviseerde behandelaren. Financiële beperkingen spelen hierin volgens mij een rol. Er lijkt hier een parallel met de reguliere ggz zichtbaar, waar een tendens te bespeuren valt om vanwege steeds meer beperkte financiële middelen ingewikkelde behandelingen niet langer aan psychotherapeuten, zelfs niet aan gezondheidszorgpsychologen maar aan basispsychologen over te laten. Overigens valt ook in de reguliere ggz een afname te zien van het psychoanalytisch behandelen, waar psychoanalytische behandelingen door verzekeraars toenemend uit het voorzieningspakket geschrapt worden.

¶ *Afscheid van het psychoanalytisch denken?*

In de loop der jaren heeft de aandacht zich in de tbs verlegd van de behandelingskant naar de beheerskant (Van der Wolf 2012). De terbeschikkinggestelde is geworden tot zijn score op een van de risicotaxatie-instrumenten. Risicotaxatie en risicomangement zijn richtinggevend in de tbs-behandeling. De terbeschikkinggestelde lijkt ontdaan van zijn persoon, van zijn zelf, van zijn identiteit als individu. Behandeling is vooral gericht op afleren en aanleren; aandacht voor de binnenwereld van de terbeschikkinggestelde is vrijwel volledig verdwenen. Meer dan voorheen staat niet de persoon van de terbeschikkinggestelde centraal, en

het interpersoonlijke met zijn behandelaren, maar zijn delict. Via het doorlopen van een delictscenarioprocedure leert de patiënt te zien hoe hij destijds tot zijn delict kwam, waar voor hem de gevaarlijke momenten liggen en hoe hij daar in de toekomst beter mee kan leren omgaan zodat hij niet opnieuw in de fout gaat. Waar liggen de risico's en hoe zijn die het beste te hanteren?

Ik denk dat het belangrijk kan zijn om in de diverse werkverbanden in de forensische wereld meer gebruik te maken van voorhanden zijnde kennis op het gebied van de psychoanalyse. Niet omdat psychoanalytisch denkenden alles zo veel beter zouden weten, hoewel sommigen dat nog wel denken, maar omdat zij veelal met een andere blik kijken naar de patiënt, met accent op vooral het relationele perspectief en op het ontwikkelings(psychologisch)perspectief.

De identiteit van de psychoanalytisch georiënteerde collega «in forensis» is vaak een andere dan die van de meeste forensisch gedragsdeskundigen. Hij stelt andere vragen, heeft een andere expertise, houdt zich minder monothematisch bezig met het terugdringen van recidive, maar kijkt meer naar de ontwikkelingsgeschiedenis, naar trauma, de betekenis en de verwerking ervan, naar interrelationele mogelijkheden. Hij let op het belang van de relatie, werkt in de relatie en aan het verbeteren van de relatiemogelijkheden, werkt expliciet aan het verbeteren van het zelfgevoel, is meer persoonsgericht dan gedragsmatig of delictgeoriënteerd en heeft specifieke aandacht voor het belang van (een gevoel van) «innerlijke veiligheid». Deze meer persoonsgeoriënteerde, meer psychoanalytische invalshoek zal de kwaliteit van de behandeling volgens mij verder positief kunnen beïnvloeden, en die verbetering zal uiteindelijk ook weer kunnen bijdragen aan een verdere vermindering van recidive. En juist verscherpte aandacht voor het eminente belang van veiligheid, voorspelbaarheid en continuïteit, met toegenomen prudentie bij het overplaatsingsbeleid, zal een bijdrage kunnen leveren aan het verkorten van de behandelduur.

Duron (2013) spreekt over «de forensische kliniek in België» en stelt dat er «voor de psychoanalyse een pertinente plaats en opdracht in de forensische kliniek zijn weggelegd. Zij kan binnen haar eigen klinische toepassing, haar theorievorming en ethiek een wezenlijke bijdrage leveren in het behandelen van personen die strafbare feiten pleegden. Psychoanalyse focust op de «functie» die het symptoom inneemt binnen de subjectieve logica van een subject en viseert niet enkel het probleemgedrag» (p. 30). Ik sluit me, op grond van bovenstaand betoog en mijn ervaringen in Nederland, daar graag bij aan en denk dat een meer psychoanalytische visie en praktijk in de Nederlandse forensische behandelcentra (waarbij continuïteit en voorspelbaarheid, oog hebben voor het ontwikkelingsperspectief en het persoonlijke, interrelationele aspect bij diagnostiek, behandeling, begeleiding en beleid van forensische patiënten belangrijke aspecten zijn) een bijdrage kan leveren aan het verder verbeteren van de kwaliteit van de behandeling in gedwongen kader en (daarmee) aan het verkorten van de behandelduur. Projecten waarin de psychoanalytische inbreng meer ruimte krijgt, zullen deze hypothese hopelijk ondersteunen.

Literatuur

- BREGMAN, I.M. & WARTNA, B.S.J. (2011). *Recidive TBS 1974-2008 — Ontwikkelingen in de strafrechtelijke recidive van ex-terbeschikkinggestelden*. Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum. Ministerie van Veiligheid en Justitie; factsheet 2011-6.
- DURON, B. (2013). Wat toont zich bij Freud? Freuds betekenis voor exhibitionisme in de hedendaagse forensische kliniek. *Tijdschrift voor Psychoanalyse*, 19, 30-41.
- FORENSISCH PSYCHIATRISCH CENTRUM
DR. S. VAN MESDAG/FORINT (2013). <http://www.vanmesdag.nl/>.
- NAGTEGAAL, M.H., HORST, R.P. VAN DER & SCHÖNBERGER, H.J.M. (2011). *Inzicht in de verblijfsduur van tbs-gestelden; cijfers en mogelijke verklaringen*. Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum. Ministerie van Veiligheid en Justitie, en Den Haag: Boom Juridische uitgevers.
- PHILIPSE, M.W.G. (2005). *Predicting criminal recidivism — Empirical studies and clinical practice in forensic psychiatry*. Dissertatie Radboud Universiteit. Nijmegen: Febodruk.
- RAES, B.C.M. & WOLF, M.J.F. VAN DER (2008). De tenuitvoerlegging van tbs met dwangverpleging. In H.J.C. van Marle, P.A.M. Mevis & M.J.F. van der Wolf (red.), *Gedragkundige rapportage in het strafrecht* (p. 299-352). Deventer: Kluwer.
- TREURNIET, N. (1992). Moordend schuldgevoel. *Mededelingenblad Nederlandse Vereniging voor Psychoanalyse*, 7 (10), 6-32.
- VEGTER, P.C. (2008). Behandeling en gevangenisstraf. In H.J.C. van Marle, P.A.M. Mevis & M.J.F. van der Wolf (red.), *Gedragkundige rapportage in het strafrecht* (279-298). Deventer: Kluwer.
- VERHEUGT, A.J. (2006). Een psychoanalytische kijk op de forensische praktijk. In J.E. Verheugt-Pleiter (red.), *Psychoanalyse anno nu* (p. 241-250). Assen: Van Gorcum.
- WOLF, M.J.F. VAN DER (2012). *TBS — Veroordeeld tot vooroordeel*. Dissertatie Erasmus Universiteit Rotterdam. Oisterwijk: Wolf Legal Publishers.
- IJZENDOORN, M.H. VAN, FELDBRUGGE, J.T.T., DERKS, F.C.H. e.a. (1997). Attachment representations of personality-disordered criminal offenders. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67, 449-459.

SUMMARY

Treatment of the forensic patient: goodbye to psychoanalytic thinking?

This article discusses the present state of psychoanalytic thinking in the Dutch forensic centres where forced treatment of the forensic patient is carried out in psychiatric detention (TBS: TerBeschikkingStelling). A picture of the present state of psychoanalytic thinking in these forensic centres is first outlined, and then illustrated by several examples. The opinion is stated and illustrated that a growing psychoanalytic input to diagnosis, treatment and clinical policy with regard to both patients and personnel could improve the quality of the treatment, reduce its length and could potentially bring back some of its former popularity.

Key words: forensic, psychoanalytic thinking, treatment

Manuscript ontvangen 22 april 2013

Definitieve versie 13 oktober 2013