

Reactie op 'Vaardigheden en zorgvuldigheid bij alternatieven voor hulp bij zelfdoding'

Ten eerste wil ik grote waardering uiten voor het besluit van de redactie om door plaatsing van het artikel van Chabot in het tiende nummer van de vorige jaargang (Chabot 2000) de discussie rond de hulp bij zelfdoding in de psychiatrie weer op gang te brengen en daarmee ook de discussie over de Richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP 1998) te activeren. Bij het redactionele artikel van Nolen en de reactie van Tholen in hetzelfde tijdschriftnummer wil ik enkele kanttekeningen plaatsen (Nolen 2000; Tholen 2000).

In het redactionele artikel stelt Nolen de vraag of de 'explorerende gesprekken' zoals door Chabot beschreven wel 'psychotherapie' genoemd mogen worden. Het woord therapie verwijst naar het doel een lijden te verminderen c.q. op te heffen. Een therapie zal in de psychiatrie vrijwel nooit meer kunnen zijn dan een poging het lijden te verminderen, en dit is ook precies wat Chabot met zijn gesprekken beoogt. Het is van het grootste belang dat een psychiater poogt in contact te blijven met de chronisch depressieve patiënt. Chabot beschrijft in zijn artikel een aantal goede, door hem ontwikkelde, technieken om dit op een zodanige wijze te doen dat de patiënt zich in zijn wens begrepen voelt, zonder dat het in de Richtlijnen beschreven traject onmiddellijk hoeft te worden betreden. Het is zeer waarschijnlijk dat onder invloed van alle discussies in de media en de grotere openheid over dit onderwerp veel meer patiënten zich met een vraag om hulp bij zelfdoding tot de psychiater zullen wenden en daarom is het nog belangrijker geworden dat alle psychiaters technieken leren om goed met deze vragen om te kunnen gaan.

De Richtlijnen vormen een goede basis voor de psychiater die met een vraag om hulp bij zelfdoding wordt geconfronteerd, maar er zijn nog

een aantal haken en ogen: bijvoorbeeld wat de psychiater kan doen als een patiënt volgens de Richtlijnen niet in aanmerking komt voor hulp bij zelfdoding, maar toch een keuze voor de dood lijkt te gaan maken. Kan de psychiater dan toch steun blijven bieden en als alternatief voor artsenhulp bij zelfdoding ingaan op vormen van zelfdoding zonder artsenhulp?

Chabot stelt dat een psychiater voor zichzelf zijn positie duidelijk moet hebben ten opzichte van het geven van niet-strafbare vormen van steun bij zelfdoding (zoals informatie over zelfdoding). Een vraag die zeker in de toekomst vaker te verwachten is. Tholen stelt dat dergelijke informatie alleen gegeven kan worden in gevallen die conform de Richtlijnen van de NVVP aan de zorgvuldigheidseis voldoen.

Maar is dit zo? In het gesprek met de patiënt kan ik mij voorstellen dat ook zonder dat aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan soms informatie verstrekt wordt zoals de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie (NVVE) dit doet bij patiënten die hier uitdrukkelijk om vragen. Het zal hier vrijwel altijd patiënten met een chronisch beeld betreffen die al lang in het psychiatrische circuit zitten en meerdere suïcidepogingen achter de rug hebben.

Chabot is het eigenlijk met Tholen eens wanneer hij stelt het onbevredigend te vinden dat patiënten met een persisterende doodswens zich tot de NVVE kunnen wenden en daardoor soms de kans mislopen om met een psychiater uit te zoeken of zij werkelijk niet meer willen leven.

In zijn reactie stelt Tholen dat 'Chabot de indruk wekt grote moeite te hebben om duidelijk te zijn in zijn afwijzing van het verzoek van de patiënt om hulp bij zelfdoding. Het lijkt of hij de mogelijkheid van hulp bij zelfdoding niet kan uitsluiten en niet los kan komen van het verzoek van de patiënt'.

Dit is een oordeel over de houding van Chabot ten opzichte van zijn patiënten die mijns inziens niet bewijsbaar is en waartegen ook geen verweer mogelijk is. Ik ga ervan uit dat psychia-

ters in hun opleiding wordt geleerd om de therapeutische distantie ten opzichte van hun patiënten te bewaken en ik denk ook dat iedere psychiater die met deze uiterst moeilijke problematiek in aanraking komt zich van het belang van deze therapeutische distantie bewust zal zijn. Chabot noemt duidelijk het belang van intervisie, die er altijd op gericht zal zijn fenomenen als de therapeutische distantie, de overdracht en de tegenoverdracht te bespreken.

Wanneer een psychiater wel een noodsituatie ervaart en van oordeel is dat aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan, maar bijvoorbeeld geen collega kan vinden die bereid is als consulent op te treden, dan vraag ik mij af of het aanbieden van varianten, indien dit zorgvuldig gebeurt, onder de term 'gesjoemel met de zorgvuldigheidseisen' moet vallen zoals Tholen direct in de op deze opmerking volgende alinea opmerkt. De intentie kan dan zijn: een gruwelijke wijze van zelfdoding voorkomen. Ook zal er een categorie patiënten blijven bestaan bij wie op juiste wijze geven van informatie een impulsieve, vaak agressieve, suïcide kan voorkomen en zelfs ruimte kan maken voor nieuwe therapeutische interventies.

Tholen spreekt zichzelf in de laatste bladzijde van zijn betoog een aantal malen tegen als hij enerzijds stelt dat contact met de NVVE (en dus mogelijk het verkrijgen van informatie) niet leidt tot meer suïcides maar wel invloed heeft op de wijze waarop, terwijl hij in zijn laatste alinea het geven van alternatieven weer geheel afwijst.

Nu de discussie weer op gang is gekomen, acht ik het zeer wenselijk dat de NVVP een opleiding tot consulent inzake hulp bij zelfdoding start. De Koninklijke Nederlandse Maatschappij voor de Geneeskunde (KNMG) kent al enige tijd de opleiding tot SCEN-arts (SCEN = Steun en Consultatie Euthanasie Nederland), waar door een onafhankelijke deskundige formele consultatie voor huisartsen op ieder gewenst moment mogelijk is.

Voor psychiaters moeten er, analoog hieraan, gespecialiseerde psychiater-consulenten komen die niet alleen de gebruikelijke zorgvul-

digheidseisen toetsen, maar ook de diverse vormen van overdracht en tegenoverdracht. Deze nieuw op te leiden psychiater-consulenten zouden verbonden kunnen worden aan SCEN en daarmee bereikbaar zijn voor collega-psychiaters die met deze uiterst moeilijke problematiek geconfronteerd worden.

W. HOOGENDAM-LANTING, psychiater, vanaf 1997
bestuurslid van de NVVE

LITERATUUR

- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (1998). Hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis. Richtlijnen voor de psychiater. Utrecht.
- Chabot, B.E. (2000). De vraag om hulp bij zelfdoding. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 42, 759-766.
- Nolen, W.A. (2000). Hulp bij zelfdoding in de psychiatrie, redactioneel. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 42, 727-728.
- Tholen, A.J. (2000). Vaardigheden en zorgvuldigheid bij alternatieven voor hulp bij zelfdoding, een reactie op het artikel van Chabot over 'De vraag om hulp bij zelfdoding'. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 42, 767-772.

Reactie op Tholen naar aanleiding van 'Vaardigheden en zorgvuldigheid bij alternatieven voor hulp bij zelfdoding'

De reactie van Tholen (2000) op mijn artikel 'De vraag om hulp bij zelfdoding' (Chabot 2000) is deels verhelderend, deels creëert het misverstand die besproken dienen te worden.

Het is verhelderend als Tholen stelt: 'De psychiater kan wel informatie geven over alternatieve methoden voor hulp bij zelfdoding, ook als er niet aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan. Cruciaal voor de medisch-ethische rechtvaardiging lijkt mij de intentie waarmee de informatie en eventuele morele bijstand wordt gegeven. Het is niet nodig, niet zinvol en waarschijnlijk niet effectief om de patiënt in het ongewisse te laten over alternatieven voor gruwelijke zelfdodingen' (Tholen 2000). Ik ben dit met hem eens en vind het een belangrijke verduidelijking van de Richtlijnen

voor 'Hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis' (NVVP 1998).

Er bestaat bij Tholen echter een misverstand over mijn intentie. Als ik hem goed lees, denkt hij dat ik deze informatie geef als substituuft voor doktershulp die zelfdoding bewerkt en dat daarbij niet voldaan zou hoeven zijn aan de zorgvuldigheidseisen. Ik denk dat niet, ik heb het niet geschreven en Tholen laat na enig citaat te geven waaruit dit zou blijken. Mijn behandelingen hebben de intentie om de preoccupatie met zelfdoding van chronisch suïcidale patiënten om te buigen naar levenshulp. Ik stel in mijn artikel dat het daartoe onder omstandigheden zinvol kan zijn de patiënt erop attent te maken waar hij die informatie kan vinden of die informatie aan hem te geven, als middel om een vertrouwensrelatie te ontwikkelen over een onderwerp waarover het uiterst lastig kan zijn om vertrouwen te krijgen. Het geven van informatie of advies over dodelijke middelen heeft voor mij nooit de intentie dat de patiënt zich doodt. Mijn interventie is een vorm van meegeven op de wijze van een judoka, een paradoxale interventie die ik incidenteel toepas om door te dringen in 'the closed world of suicide', in de hoop dat vervolgens hulp tégen zelfdoding mogelijk wordt.

Hoe kon dit misverstand ontstaan, waar gaf mijn artikel daartoe aanleiding? Ik vermoed dat de passage over het 'grijze gebied' tussen vormen van hulpverlening en strafbare hulp bij zelfdoding onvoldoende mijn eigen oordeel hierover duidelijk maakte. Ik heb dat nagelaten omdat het voor mijzelf evident is dat ik nog nooit de 'sluiproute' bewandeld heb om dodelijke middelen in kleine porties voor te schrijven. Anderzijds vind ik het al te moralistisch en makkelijk om klaar te staan met een veroordeling van artsen die dat wel doen onder omstandigheden die ik onvoldoende ken. Dat was de reden dat ik mij beperkte tot het beschrijven van het juridisch grijze gebied zonder mij een oordeel aan te matigen. Deze terughoudendheid heeft mogelijk ten onrechte de suggestie gewekt dat ik dit zelf doe of het aanbeveel.

Onnodig polemisch is Tholens uitspraak

dat 'Chabot grote moeite heeft om duidelijk te zijn in zijn afwijzing van het verzoek van de patiënt om hulp bij zelfdoding'. Ook hier laat hij na aan te geven waaruit hij dit concludeert. Laat ik er slechts dit over zeggen: met uitzondering van die ene keer in 1991 heb ik nog geen psychiatrische patiënt in behandeling gehad bij wie hulp bij zelfdoding mij gerechtvaardigd leek. Ook word ik regelmatig door psychiaters geconsulteerd over eventueel te bieden hulp bij zelfdoding, maar nog nooit kwam ik tot de conclusie dat aan de zorgvuldigheidseisen voldaan was. Tot slot probeert Tholen mijn citaat uit Cornelisse & Bobbe (1999) te relativiseren dat 'chronisch suïcidale patiënten die jarenlang binnen de psychiatrie behandeld zijn, pas tijdens het contact met een psycholoog van de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie voor het eerst openlijk praten over hun concrete plannen'. Hij brengt hier tegen in dat '... jaarlijks nog eens driehonderd patiënten een uitdrukkelijk en herhaald verzoek [om hulp bij zelfdoding] doen aan hun psychiater en zich vervolgens niet tot de NVVE wenden (Groenewoud e.a. 1997)'. Ik heb dit artikel, waarvan Tholen coauteur is, erop nagelezen, maar het boven gecursiveerde komt in die publicatie in het geheel niet voor. Ik handhaaf dan ook mijn stelling dat chronisch suïcidale patiënten meermalen niet met hun psychiater over hun concrete suïcideplannen praten. Ieder van ons kent uit eigen ervaring of van collegae voorbeelden van goed voorbereide en volstrekt onverwachte suïcides bij patiënten die in behandeling zijn (mede) vanwege hun suïcidaliteit. Dat moet toch te denken geven. Mijn artikel bood daarvoor geen oplossing, maar slechts 'enkele handvatten' om met de patiënt in gesprek te blijven en om die concrete voorbereidingen op tafel te krijgen. Ik ben Tholen erkentelijk dat zijn reactie mij de gelegenheid heeft geboden om enkele misverstanden recht te zetten. Hij en ik hebben het streven naar zorgvuldige hulp tegen zelfdoding gemeenschappelijk, waarbij wij soms andere accenten leggen om dat doel te bereiken.

B. E. CHABOT, psychiater

LITERATUUR

- Chabot, B.E. (2000). De vraag om hulp bij zelfdoding. *Nederlands Tijdschrift voor Psychiatrie*, 42, 759-766.
- Cornelisse, M., & Bobbe, B. (1999). Gesprekken over zelfdoding. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 54, 11-42.
- Groenewoud, J.H., van der Maas, P.J., van der Wal, G., e.a. (1997). Hulp bij zelfdoding in de psychiatrie in Nederland. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 141, 2244-2248.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (1998). Hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis. Richtlijnen voor de psychiater. Utrecht.
- Tholen, A.J. (2000). Vaardigheden en zorgvuldigheid bij alternatieven voor hulp bij zelfdoding. *Nederlands Tijdschrift voor Psychiatrie*, 42, 767-772.

Reactie op ingezonden van mevrouw
W. Hoogendam-Lanting

W. Hoogendam-Lanting wijst op een aantal passages in mijn reactie op het artikel van Chabot die ik nog graag wil verduidelijken. Ik blijf van mening dat 'alternatieve' vormen van hulp bij zelfdoding bieden, indien niet voldaan is aan de zorgvuldigheidseisen, gesjoemel met zorgvuldigheid is. Doordat Chabot daarvoor ruimte laat, wekt hij de indruk dat hij grote moeite heeft om het verzoek van de patiënt af te wijzen indien niet aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan. In mijn reactie ben ik blijkbaar ook onduidelijk geweest, volgens Hoogendam-Lanting zelfs tegenstrijdig, door te opperen dat een psychiater ondanks zijn afwijzing van een verzoek om hulp bij zelfdoding niet per se hoeft te zwijgen over het meer of minder gevaarlijke karakter van een door de patiënt voorgenomen zelfmoordmethode. Ik besef dat de marges smal zijn tussen informatie verstrekken (bijvoorbeeld 'ik zie nog een uitzicht voor uw lijden, maar als u toch zelfmoord wil plegen besef dan dat er, ook voor de omstanders, meer en minder gruwelijke middelen zijn') en feitelijke behulpzaamheid bij zelfmoord. De regering heeft er in haar nota bij het wetsvoorstel¹ op gewezen dat '... behulpzaamheid bij zelfmoord strafbaar is

indien het gaat om daadwerkelijke hulp of instructie tijdens het plegen van zelfmoord, en het overlijden een direct gevolg is van de geboden hulp. Algemene informatie of een advies in algemene zin krijgt het karakter van een instructie, indien deze is gericht op een concrete handeling of vaardigheid, gekoppeld aan de uitvoering ervan en komend van een persoon die daarin meer deskundig is dan degene die haar ontvangt'. Dit maakt duidelijk dat een psychiater zich snel op glad ijs begeeft bij informatieverstrekking mits zijn informatie globaal is, met een intentie om de patiënt te waarschuwen voor de gevolgen van de voorgenomen zelfmoordmethode en wanneer hij niet tegelijkertijd de afwijzing van het verzoek duidelijk beargumenteert en een aanbod doet voor verdere levenshulp.

A.J. THOLEN, psychiater

NOOT

1. Tweede Kamer, vergaderjaar 1999-2000, 26 691, nr. 6, p. 44.

Reactie op redactioneel januari 2001
'Het Groene Huis' (1)

De redactionele bijdrage 'Het Groene Huis', in het eerste nummer van *Tijdschrift voor Psychiatrie* (2001), zou naar mijn mening kunnen bijdragen aan de discussie over de grenzen van het domein van de psychiatrie, zeker daar waar het gaat om de behandeling van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. Het is daarbij raadzaam de in 1996 door de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie gepubliceerde Profielschets er nog eens op na te slaan. Hierin wordt onder andere de forensische psychiatrie genoemd als een deelspecialisme dat bijzondere deskundigheid vereist. Uit deze profielschets kan eveneens afgeleid worden dat het voor de beroepsbeoefenaren steeds moeilijker wordt om het gehele domein van de psychiatrie te overzien. De hiermee gepaard gaande beperking brengt met zich mee dat er blinde vlekken in een visie kunnen ontstaan.

Dat probleem lijkt ook bij de schrijver van het redactioneel aanwezig te zijn, ondanks zijn poging om met historische voorbeelden zijn mening te beargumenteren.

Nadat hij de huidige psychiatrie vergelijkt met een in 1884 geschreven satire, vervolgens met voorbeelden aantoont op welke wijze de psychiatrie zich laat gebruiken voor zeer discutabele, verwerpelijke doelen, maakt hij een wel zeer grote sprong door enerzijds te stellen dat binnen de Nederlandse context van misbruik geen sprake is, maar anderzijds op te merken dat het 'de impliciete maatschappelijke opdracht aan de psychiatrie is de samenleving vrij te houden van individuen met ongewenst gedrag'. Hij waarschuwt daarbij voor het gevaar dat zonder een sterke wetenschappelijke basis de theorie als verlengstuk van de heersende sociale moraal gaat functioneren. Overigens schreef Rümke reeds in 1957: 'De ontwikkeling van de psychiatrie berust slechts zeer ten dele op de autonome ontwikkeling van wetenschappelijke theorieën, doch voor het grootste deel wordt zij bepaald door de heersende ideeën, vooral levensbeschouwelijke, in een bepaald tijdvak'.

Als Klompenhouwer in zijn volgende alinea, naar mijn mening wat te lovend, de vooruitgang van de algemene psychiatrie beschrijft, ontstaat bij mij langzamerhand het vermoeden dat de schrijver van mening is dat het alleen de forensische psychiatrie aan een sterke wetenschappelijke basis ontbreekt. Dit vermoeden wordt in de daaropvolgende alinea bevestigd, als hij het forensisch en Terbeschikkingstelling (TBS)-circuit vergelijkt met Het Groene Huis. Met een argumentatie die hij ontleent aan een tweetal in Nederland gepubliceerde proefschriften, is hij van mening dat een psychiater zijn deskundigheid overschrijdt als hij naar aanleiding van een psychiatrisch onderzoek een uitspraak doet over de mate van toerekeningsvatbaarheid en daar voegt hij aan toe dat een uitspraak hierover een tijd- en cultuurgebonden moreel oordeel is.

Kennelijk niet gehinderd door kennis ziet hij volledig over het hoofd dat ons strafrecht als

belangrijke doelstelling heeft de rechten van een van een misdrijf verdachte te beschermen, mede op basis van het uitgangspunt 'straf naar de mate van schuld'. En de mate van verwijtbaarheid met betrekking tot het ten laste gelegde kan (sterk) beïnvloed zijn door de aanwezigheid van een psychische stoornis of een gebrekkige ontwikkeling, waaronder niet alleen de As I-stoornissen maar eveneens de As II-stoornissen worden verstaan, zeker wanneer deze stoornissen ernstig disfunctioneren tot gevolg hebben. Overigens leidt slechts een fractie van alle gedragskundige voorlichtingsrapporten tot een TBS-advies.

De schrijver lijkt zich bovendien enigszins in zijn eigen staart te bijten. Want is het uitsluitend de forensische psychiatrie geweest die heeft gemeend dat het behandelen van persoonlijkheidsstoornissen tot haar domein behoort? Is het niet de algemene psychiatrie die in de regel een start maakt met het behandelen van 'patiënten' met deze stoornissen, op basis van vrijwilligheid en met de geruststellende wetenschap dat het voorspellen van gevaar gelukkig niet mogelijk is? Immers, van de TBS-gestelden heeft meer dan 60% een 'psychiatrische' voorgeschiedenis.


Moeten we bovendien niet langzamerhand af van de heersende moraal binnen de algemene psychiatrie, die heeft kunnen ontstaan door de antipsychiatrie van de jaren zeventig en die er steeds meer toe leidt dat patiënten met een evidente psychiatrische stoornis (As I) in het forensisch en TBS-circuit terechtkomen (Van Panhuis 1997), omdat zij de door Klompenhouwer zo bejubelde eigen verantwoordelijkheid helemaal niet kunnen dragen? Moeten wij niet af van het idee dat autonomie en eigen verantwoordelijkheid altijd moeten prevaleren boven een adequate (klinische) behandeling? Met recht kan gesproken worden van een psychiatrisch-juridische bedrijfstak en zelfs een bloeiende bedrijfstak, nu blijkt dat de toeleverende bedrijfstak, de reguliere GGZ, nog altijd voor 60% van die toelevering garant staat. Het is niet alleen de door Klompenhouwer in zijn redactioneel genoemde onbehandelbare, terbeschikkinggestelde man,

die door justitie wordt vrijgelaten en vervolgens de (forensische?) psychiatrie in opspraak brengt; het is evenzeer de reeds zo vele malen aangehaalde psychotische patiënt met de tafelpoot uit de Vrolijkstraat in Amsterdam, waardoor het vertrouwen van het publiek in de (algemene?) psychiatrie danig op de proef wordt gesteld.

Dat er in het TBS-circuit weinig behandelresultaten worden geboekt, is zowel onjuist als juist. (Vervolg)studies naar recidieven na beëindiging van de TBS-maatregel tonen aan dat er zeker resultaten worden bereikt. De recidivepercentages – een belangrijke, zo niet de belangrijkste doelstelling van de maatregel is het voorkomen van recidive – zijn zeker niet ongunstig te noemen. Maar op deze resultaten lijkt de schrijver niet te doelen. Hij lijkt meer te wensen dat er een hogere toegangsdrempel wordt opgeworpen bij de ingang van het TBS-circuit, zodat de niet te behandelen individuen met een persoonlijkheidsstoornis, die voordien door de algemene GGZ als ‘ziek’ werden bestempeld, deze drempel niet meer kunnen passeren. Wordt het dan niet tijd dat de algemene psychiatrie, met alle ‘sub’-specialismen waaronder de forensische psychiatrie, zich eerst eens gaat afvragen wat zij tot haar domein vindt behoren? Hopelijk dat dan met de beantwoording van die vraag psychotische patiënten weer langdurig en op adequate wijze door de GGZ behandeld gaan worden, zodat in ieder geval het aantal van deze patiënten niet alleen in de GGZ-klinieken, maar ook in de penitentiaire inrichtingen zal afnemen.

Het in dit redactioneel aangestipte onderwerp verdient een betoog dat meer fundament heeft dan ‘Het Groene Huis’.

I. MATTHAEI, forensisch psychiater

 Met dank aan prof. dr. B.C.M. Raes voor zijn kritische opmerkingen.

LITERATUUR

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (1996). *Profielchets psychiater*.

Rümke, H.C. (1957). *De ontwikkeling der psychiatrie in het tijdvak 1907-1957. Gedenkboek Psychiatrisch-Juridisch Gezelschap 1907-1957*. Amsterdam: Van Rossen.

Panhuis, P.J.A. van (1997). *De psychotische patiënt in de TBS. Van kwaad tot erger*. Proefschrift Rijksuniversiteit Leiden. Deventer: Gouda Quint.

Reactie op redactioneel januari 2001
‘Het Groene Huis (2)’

Het eerste nummer van het Tijdschrift voor Psychiatrie in 2001 opende met een redactioneel van collega Klompenhouwer, die, hoewel naar mijn weten zelf volledig onbekend in de forensische psychiatrie, komt met een frontale aanval op dit gebied van de psychiatrie en daarmee op de naar schatting ruim honderd psychiaters die daarin grotendeels werkzaam zijn en de naar schatting driehonderd psychiaters (Fris registratie Forensisch Psychiatrische Dienst) in Nederland die daarin via rapportages, consultantschappen enzovoort incidenteel activiteiten ontplooiën.

Er wordt gesteld dat er op een subtieler niveau vergelijkbare processen als bij de nazi-psychiaters en de Russische psychiaters in de jaren zeventig spelen, waarvan als kern wordt benoemd dat ‘door de zwakke wetenschappelijke basis de theorie als verlengstuk voor de heersende moraal gaat functioneren’ c.q. ‘dat de grenzen van de psychiatrische deskundigheid worden opgerekt om een maatschappelijk ideaal te dienen’.

Gedeeltelijk imponeert dit allemaal al nogal vrijblijvende en tendentieuze kritiek, anderzijds is het ook gezond om kritisch bevraagd te worden over het wetenschappelijke fundament onder het (be)handelen in de forensische psychiatrie.

Allereerst werd dit veld niet afgebakend door de auteur en lijken zijn kritische noties met name gericht op de intramurale Terbeschikkingstelling (TBS)-klinieken en de voorlichtingsfunctie voor de rechtbank waar dit de toereke-

ningsvatbaarheid betreft. Dat de forensische psychiatrie ook bestaat uit de zorg in de penitentiaire inrichtingen, voorlichting aan de rechtbank over vele andere aspecten van de justitiabelen, forensische poliklinieken en dagbehandelingen, behandelingen op forensisch psychiatrische afdelingen en klinieken (FPA's en FPK's) van patiënten met velerlei problematiek zonder TBS-titel, en consulentfuncties voor instellingen als de reclassering, Raad voor de Kinderbescherming en bijvoorbeeld jeugdinternaten, blijft verder in dit redactioneel onbenoemd.

Over de algemene geestelijke gezondheidszorg (GGZ) wordt opgemerkt dat aldaar gewerkt wordt op basis van toetsbare, reproduceerbare, internationaal overdraagbare en geaccepteerde onderzoeksresultaten. Voor de forensische psychiatrie herken ik geen andere uitgangspunten. Net als in de gewone GGZ is dit ideaal weliswaar uitgangspunt en streven, maar zeker niet overal verwezenlijkt.

Fundamenteel voor de kritiek is het verband tussen psychiatrische pathologie en gevaar voor recidive van met name gewelds- en zedendelicten. Terecht wordt gesteld dat zonder een duidelijke relatie hiertussen de fundamenteen voor de forensische psychiatrie niet zozeer een wetenschappelijke als wel overwegend een sociaal-maatschappelijk normerende basis krijgen.

In hetzelfde Tijdschrift voor Psychiatrie van januari 2001 citeren Van Koningsveld en anderen een zevental onderzoeken naar het verband tussen schizofrenie en geweldsdelicten (Wessely e.a. 1994; Eronen e.a. 1996, 1998; Asnin e.a. 1997; Van Panhuis 1997; Angermeyer 1998; Wallace 1998). Hier kan het openingsartikel van Van Panhuis van het Tijdschrift voor Psychiatrie van november 2000 aan toegevoegd worden (Van Panhuis & Dingemans 2000). Wie twijfelt over de link tussen geweld en psychiatrische ziekte herleze het themanummer van de *Archives* uit 1996 hierover (zie onder meer Marzuk 1996).

Het proefschrift van collega Tuinier uit 1989 (waar Klompenhouwer naar verwijst), dat veel minder sterke verbanden vond, lijkt te worden

ontkracht door de grote bewijslast in de wetenschappelijke literatuur van de laatste tien jaar. Mogelijk dat ook de datum van Tuiniers onderzoek (in de jaren tachtig) hierin een rol speelt omdat er meerdere auteurs zijn die wijzen op een mediërend effect van de in de loop van de jaren tachtig goed op gang gekomen deinstitutionalisering. In de genoemde publicaties worden overigens niet alleen duidelijke verbanden gevonden tussen psychotische stoornissen en geweld, maar ook tussen bipolaire stoornissen, middelenmisbruik en cluster B persoonlijkheidsstoornissen en geweld. Bij gecombineerde diagnoses lijkt het verband exponentieel te worden. In die zin lijkt het ontkennen c.q. zeer sterk relativeren van een verband tussen psychiatrische As I- en/of As II-stoornissen en geweld op de ontkenning van psychiatrische ziekte zoals dit bij velen 'bon ton' was in de hoogtijdagen van de antipsychiatrie.

Een tweede fundamenteel kritiekpunt van de auteur is het concept van de toerekeningsvatbaarheid. Klompenhouwer stelt dat dit geen psychiatrisch begrip is, maar een tijd- en cultuurgebonden moreel oordeel. Hoewel hierin een kern van waarheid zit, gaat het er mijns inziens om een onderscheid te maken tussen het advies dat de psychiater hierover geeft door 'hetgeen zijn wetenschap hem ingeeft, dat wil zeggen conform "the state of the art" van de psychiatrie anno 2001' en het moreelnormatieve deel van dit oordeel dat berust bij de rechter, die dit advies afhankelijk van de onderbouwing en zijn eigen overwegingen al dan niet overneemt.

Uit het feit dat Klompenhouwer stelt dat het sleutelbegrip toerekeningsvatbaarheid is gecreëerd 'voor het opleggen van TBS met dwangverpleging', blijkt het onbenul van de auteur, getuige het feit dat toerekeningsvatbaarheid al ongeveer vijftig jaar voor de introductie van de TBS in de Nederlandse wetgeving werd vastgelegd, ook in alle andere westerse landen in de wetgeving verankerd is en ten slotte ook relevant is in alle forensische strafzaken waar geen TBS werd geadviseerd.

Een derde fundamenteel punt van kritiek is

op het TBS-circuit dat benoemd wordt als 'een verregaande vervlechting van de juridische en psychiatrische praktijk'. Heel klassiek duikt de misvatting op dat hier 'behandeling' het centrale concept is, terwijl wettelijk vastligt dat dit 'bescherming van de samenleving' is, door zeer gesloten verblijf en verpleging enerzijds en zo mogelijk behandeling anderzijds. In dit circuit verblijven justitiabelen/patiënten die bewezen hebben, in enige mate samenhangend met onderliggende stoornissen en/of ziekte, te kunnen komen tot voor anderen extreem beschadigend grensoverschrijdend gedrag. Doelstelling is de toekomstige risico's zover terug te brengen dat terugkeer in de maatschappij, al dan niet met steun van een reguliere GGZ-voorziening (nodig ca. honderdmaal per jaar; Van Vliet 2000) acceptabel is. Acceptabele risico's betekenen echter bij een totale uitstroom van ca. 175 patiënten per jaar meerdere schrijnende calamiteiten, inherent aan de keuze voor uiteindelijke reïntegratie en resocialisatie tenzij de risico's, met argumenten onderbouwd, onacceptabel zijn.

Gesteld kan daarom worden dat de TBS-maatregel een compromis is tussen het psychisch ziekteaspect en het hieruit voortvloeiende maatschappelijke risico, tot dit niet meer nodig is of voldoende begrensd kan worden door reguliere GGZ-voorzieningen.

Verwezenlijking van deze reïntegratie- en resocialisatie-inspanning zal echter alleen goed gestalte kunnen krijgen als deze reguliere voorzieningen hiervoor openstaan, maar die blijken echter vaak door het TBS-stigma zeer afhoudend te zijn. Zonder deze samenwerking zal de metafoor van een steeds verder uitdijend 'Groene Huis' realiteit worden.

Mijns inziens hangt de grote groei van de forensische psychiatrie van de laatste vijftien jaar vooral samen met het feit dat er een duidelijke subgroep psychiatrische patiënten is die slecht kan worden behandeld binnen de in de GGZ fungerende juridische kaders van de Wet op de Geneeskundige Behandeloovereenkomst (WGBO) en de Bijzondere Opnemingen Psychiatrische

Ziekenhuizen (BOPZ) en de daarmee samenhangende cultuur die uitgaat van intrinsiek gemotiveerde hulpvragen van autonome individuen. Deze groep komt vaak in aanraking met het strafrecht. Binnen strafrechtelijke kaders (de TBS-wetgeving, elementen van de strafwetgeving en de penitentiaire beginselenwet) blijkt het alsnog mogelijk om te komen tot verantwoorde, op 'the state of the art' en de individuele patiënt toegesneden zorg.

J.C. ZWEMSTRA, (forensisch werkzaam) psychiater

LITERATUUR

- Koningsveld, F.E. van, Colon, E.J., & B.C.M. Raes (2001). Levensdelicten gepleegd door patiënten in de intramurale geestelijke gezondheidszorg. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 43, 49-53.
- Marzuk, P.M., (1996). Violence, crime and mental illness. How strong a link? *Archives of General Psychiatry*, 53, 401-486.
- Panhuis, P.J.A. van, & Dingemans, P.M. (2000). Geweld en psychotische ziekte. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 42, 793-802.
- Vliet, J.H. van (2000). Het omgevingsveld van de TBS-klinieken. *Forensische Psychiatrie anno 2000* (pp. 171-180). Gouda Quint.

Reactie op redactioneel januari 2001
'Het Groene Huis' (3)

In de jaren dat ik het *Tijdschrift voor Psychiatrie* lees, heb ik nog nimmer een dergelijk onsamenhangend en slecht onderbouwd redactioneel gelezen. Dit geschrift heeft alle kenmerken van een populistische krantenkolom gebaseerd op borrelpraat en past niet bij het gehalte van een wetenschappelijk tijdschrift. Bij dit redactioneel is het goed om eerst het eind te lezen, dan weet je tenminste waar de schrijver naartoe wilde schrijven! Jammer dat de redactie dit toelaat.

De schrijver blijkt betreurenswaardig slecht forensisch psychiatrisch geschoold of op de hoogte van forensische vakliteratuur. De inhoud van het redactioneel leent zich nauwelijks voor een gedetailleerde repliek. Ik citeer slechts: 'Impliciet aan het bestaan van dit circuit is de aanname van

een lineaire causale relatie tussen het hebben van een psychiatrische stoornis en het begaan van een delict'. Volgens mij is deze opvatting al jaren verlaten. In de door Klompenhouwer geciteerde literatuur valt dit niet te lezen en wordt voorbijgegaan aan de actuele bestaande forensisch psychiatrische literatuur over dit onderwerp. Dat 'ziekte (bedoeld wordt waarschijnlijk psychiatrische ziekte) ontslaat van verantwoordelijkheid' sluit helaas naadloos bij deze misvatting aan! Paradoxaal genoeg komt de schrijver vervolgens tot de enige terechte conclusie, namelijk 'dat ziekte geen vrijbrief is'.

Waar de schrijver de wijsheid vandaan haalt dat het in Nederland praktijk is om personen met As II-stoornissen vaak verminderd toerekeningsvatbaar te achten (...) is mij niet duidelijk. Hier breekt het de schrijver op dat hij geen kennis heeft van het forensisch psychiatrisch onderzoek, als hij concludeert 'dat dit bovendien haaks staat op de psychiatrische praktijk om de verantwoordelijkheid van mensen met een persoonlijkheidsstoornis juist te benadrukken'.

Een professioneel uitgevoerd forensisch psychiatrisch onderzoek richt zich er met name op om de verantwoordelijkheid te onderzoeken van betrokkene ten aanzien van het aan hem ten lastegelegde, indien bewezen geacht ... Een forensisch psychiatrisch onderzoek is meer dan het opnemen van een goede anamnese en het stellen van een diagnose.

Omtrent de grensconflicten met de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) is inmiddels al genoeg onderzocht en geschreven. Helaas geeft collega Klompenhouwer daar slechts een wel zeer persoonlijke opvatting over.

Samenvattend kan ik slechts constateren dat dit redactioneel de psychiater, de forensisch psychiater en helaas ook de psychiatrische patiënt binnen het strafrecht geen goed doet.

S. DE JONG, (forensisch werkzaam) psychiater

ANTWOORD op reacties 1, 2,3

De reacties van Matthaei en Zwemstra op 'Het Groene Huis' bieden aanknopingspunten voor een inhoudelijke discussie. De bijdrage van De Jong is een uiting van woede en onmacht. Het gemeenschappelijke thema van de commentaren is de overtuiging dat psychiaters die niet werkzaam zijn in de forensische psychiatrie geen recht van spreken hebben. Verder blijkt vooral verschil in gehanteerde uitgangspunten. Dit roept vragen op ten aanzien van de gemeenschappelijkheid van het forensische gedachtegoed. De auteurs hebben verder de neiging mij standpunten toe te dichten die volgens mij in het redactioneel niet te vinden zijn.

Bij het schrijven van het redactioneel ben ik ervan uitgegaan dat de klinische psychiatrie (in de zin van clinical psychiatry) ook de leidraad is voor de forensische psychiatrie. Op dat aspect heb ik het deelspecialisme dan ook aangesproken. Overigens erken ik dat de stijl van het redactioneel provocerend is, zodat reacties op de stijlfiguur voor de hand liggen.

Terug naar de inhoudelijke argumentatie. Allereerst de relatie tussen de psychiatrische theorie en de heersende sociale moraal. Matthaei bevestigt met een citaat van Rümke deze relatie. Zwemstra doet zijn best het te ontkennen en geeft een onjuiste samenvatting van mijn betoog in dezen. Uit zijn toelichting op het concept van toerekeningsvatbaarheid blijkt echter dat ook hij het in zijn overwegingen betreft. Voorlopig ga ik ervan uit dat eenieder zich zal kunnen vinden in het citaat van Rümke. Mijn kritiek op de verregaande verflechting van de psychiatrische en juridische praktijk moet ook in dit licht worden gezien. Het is op grond van intrinsieke zwakte van de eigen theorie al moeilijk genoeg om een onafhankelijk oordeel te geven. Het wordt echter schier onmogelijk als er ook nog eens sprake is van een verregaande identificatie met het juridische kader. Dit is geen beschuldiging aan het adres van psychiaters werkzaam in de forensische psychiatrie, maar een illustratie van de wijze

waarop zowel eigen voorwetenschappelijke overtuigingen als juridische en moreel normatieve elementen een rol spelen in de oordeelsvorming en advisering. Het pleit vanzelfsprekend voor een verregaande verwetenschappelijking van de forensische psychiatrie, met meer methodiek (toetsbaar), onafhankelijkheid van persoonlijke invulling (reproduceerbaar) en met een ook internationaal houdbare conclusie.

Met betrekking tot de veronderstelde causale relatie tussen psychotische stoornissen en het begaan van geweldsdelicten heb ik opgemerkt dat hiervoor beperkte evidentie bestaat. Er zijn immers nog tal van methodologische problemen. Zwemstra geeft aan dat hij vindt dat het bewijs definitief is geleverd. Deze zekerheden sterk relativeren stelt hij gelijk aan het ontkennen van psychiatrische ziekte. Deze opvatting deel ik niet. Hij heeft wel gelijk als hij stelt dat de aanwezigheid van multiple risicofactoren, zoals eerdere agressieve delicten, middelenmisbruik, een antisociale persoonlijkheidsstoornis gecombineerd met een psychose, voorspellende waarde heeft. De gelijktijdige aanwezigheid van deze risicofactoren is echter een van de belangrijkste methodologische problemen bij het interpreteren van onderzoek op dit terrein.

Bij de bespreking van het concept van de toerekeningsvatbaarheid komt Zwemstra tot een beschrijving van het werk en de specifieke deskundigheid van de psychiater. Zodra deze noeste arbeid zowel toetsbaar als reproduceerbaar is geworden en bovendien internationaal tot vergelijkbare resultaten leidt, heeft het een aanvaard-

baar niveau bereikt. Met het verslag van Zwemstra in de hand is de rechter dan zelf in staat zich een oordeel te vormen over de mate van toerekeningsvatbaarheid. De psychiater kan dit moreel normatieve oordeel aan de rechter overlaten. De constatering dat het concept van de toerekeningsvatbaarheid al vijftig jaar wordt gebruikt lijkt mij bij uitstek een argument om het eens kritisch tegen het licht te houden. Het is immers gebaseerd op moreel normatieve overwegingen uit het begin van de twintigste eeuw.

Tot slot de aspecten 'behandeling' en 'beveiliging'. Wat heeft vijftig jaar langdurige gedwongen behandeling van delinquenten inmiddels opgeleverd aan toetsbare, overdraagbare en internationaal geaccepteerde behandelprogramma's? Als de nadruk ligt op de 'bescherming van de samenleving', is het dan onjuist te veronderstellen dat juist dit aspect een belangrijk onderliggend motief is voor overplaatsing naar de GGZ? Veiligheid voor medepatiënten en personeel is voor de GGZ reeds een zeer teer punt, waar hele teams op decompenseren. In een GGZ-voorziening verblijven vele kwetsbare mensen; het is geen gevangenis. Psychiatrie en criminaliteit zijn niet één pot nat. Bescherming van de samenleving is primair een justitietaak, ook tijdens een resocialisatiefase.

De blijvende groei van het forensisch circuit wordt veel te makkelijk geweten aan het functioneren van de GGZ en te weinig aan culturele en maatschappelijke fenomenen, die via justitie hun ingang vinden in het psychiatrisch circuit.

J.L. KLOMPENHOUWER