

# Het onlosmakelijke geweld in de psychiatrie

H. J. C. VAN MARLE

Na het schietincident in Alphen aan den Rijn in 2011 heeft nu ook 2012 een geweldsincident gepleegd door een ex-psychiatrisch patiënt: het steekincident in Den Haag, door iemand die én in een justitiële jeugdinstelling had gezeten én behandeld werd in een forensisch psychiatrische polikliniek. De polikliniek beroept zich op het beroepsgeheim. Wij als dokters weten dat het beroepsgeheim met name het belang van de patiënt zelf beschermt, maar de buitenwacht zal eerder denken dat het weer eens wordt gebruikt om de eigen fouten af te dekken. Ook de psychiatrie staat op het lijstje van notoire zondaars in het maatschappelijk verkeer, want alles wat niet open en bloot op straat ligt ('transparantie') is per definitie verdacht en gemanipuleerd door een bepaalde elite.

**Protest** Diezelfde drang naar 'als we alles maar weten, dan komt het allemaal wel goed, omdat wij zelf wel het beste weten wat goed voor ons is' heeft er ook toe geleid dat er een storm van protest opstak toen bleek dat verdachten van ernstige misdrijven door het weigeren van een psychiatrische en psychologische rapportage hun kans aanzienlijk vergrootten om geen terbeschikkingstelling (tbs) opgelegd te krijgen en daardoor via een gevangenisstraf 'de dans ontsprongen'. Vandaar ook de aandring richting ggz om dossiers over eventuele vroegere hulpverlening opeisbaar te maken door het Openbaar Ministerie. Men verwacht dat eerder onderzoek en een diagnose de recente psychische stoornis wel zullen aantonen en zo gebruikt kunnen worden om een tbs te realiseren.

**Verplichte zorg** Deze trend, de psychiatrie die waakt over de maatschappelijke veiligheid, zet door en heeft vaste grond onder de voeten gekregen in de huidige ontwikkeling van de twee wetsvoorstellen, het wetsvoorstel Forensische Zorg (WFZ) en het wetsvoorstel Verplichte geestelijke gezondheidszorg (ggz). De eerste wet regelt de continuïteit van zorg en de financiële onderbouwing van forensisch psychiatrische behandelingen door de rechtbank. Volgens de tweede wet kunnen psychiatrische patiënten die een ernstig risico vormen voor schade aan zichzelf of anderen, verplicht worden behandeld via een zorgmachtiging.

Eén aspect hiervan is in dit betoog over de psychiatrie als beveiliger van de samenleving zeer relevant. Een schakelbepaling ('verbindingsartikel' 2:3 WFZ) tussen beide wetten maakt het mogelijk dat de strafrechter een zorgmachtiging oplegt aan de patiënt ten einde een verplichte behandeling in de ggz mogelijk te maken. Er komt dus een wettelijk bepaalde, formele overgang van het strafrecht naar het civiele recht, vanuit de terechte gedachte dat men veel herhalingsdelicten bij psychiatrische patiënten beter kan voorkomen door adequate behandeling dan door een telkens terugkerende

detentieperiode. Deze opvatting is terecht op grond van het ‘what works?’-principe. Dit principe toont empirisch aan dat een op de persoon afgestemde behandeling gericht op diens risicofactoren, tot een aanzienlijke daling in de herhalingskans op misdrijven leidt. Via de schakelbepaling wordt deze recidive-terugdringende behandeling doorgesluisd naar de ggz: ‘ggz tenzij ....’.

*Voldoende middelen* Naar mijn mening is dit een gunstige ontwikkeling, maar theorie en praktijk lopen in ons vak vaak gescheiden wegen. De psychiatrie krijgt in het wetsvoorstel Verplichte ggz zeker meer invloed en sturingsmogelijkheden, maar daar staat tegenover dat zij ook veel meer verantwoordelijkheid krijgt en met name voor het oog van het publiek. Of daar een adequate honorering en voldoende hulpmiddelen hand in hand mee gaan, is nog maar de vraag gezien de recente en ook toekomstige bezuinigingen. Hierin dient de psychiatrie duidelijk stelling te nemen: meer verantwoordelijkheid dient gepaard te gaan met meer middelen om die waar te maken, zeker om de integriteit van het vak niet te schenden. Zo behoeft weliswaar de eigen bijdrage voor psychiatrische behandeling niet betaald te worden door patiënten tot 18 jaar, door patiënten met bemoeizorg en crisishulp en bij behandeling binnen een justitieel kader. Maar, schrijnend is dat een psychiatrische behandeling ter preventie van gewelddadig gedrag hier niet onder valt, hoewel dat de indicatie is voor meer dan de helft van alle forensisch psychiatrische ambulante behandelingen. Terwijl er dan immers nog geen slachtoffers zijn gevallen.

*Risicoschatting en diagnostiek* De inschatting van risico op (seksueel) geweld is veel beter mogelijk en nauwkeuriger dan twintig jaar geleden, in die zin kan de psychiatrie niet voor haar verantwoordelijkheden weglopen. Deze risicotaxatiemethode, waarin de psychiater kan worden opgeleid, is echter niet voor 100% betrouwbaar en behoeft aanvullende informatie over de persoonlijkheid zelf. En daar komt de psychiatrische diagnostiek om de hoek kijken. Onze kracht en onze zwakte zijn beide gelegen in het feit dat wij psychiaters als geen anderen opgeleid zijn om individuele personen te beoordelen en te behandelen. Het verslag ervan, het rapporteren, is een vast onderdeel van de opleiding tot psychiater. Daarbij krijgt de ‘state of the art’ steeds meer fundament door richtlijnen en handboeken, naast de (civiel- resp. strafrechtelijke) opleidingen door de Nederlandse Vereniging van Medisch Specialistische Rapportage en door het Nederlands Instituut voor Forensische psychiatrie en psychologie (NIFP).

## AUTEUR

HJALMAR VAN MARLE is hoogleraar Forensische Psychiatrie, Erasmus Medisch Centrum en faculteit Rechtsgeleerdheid, Erasmus Universiteit en forensisch psychiater bij het Dok, Rotterdam.  
 Correspondentieadres: prof. dr. Hjalmar van Marle, afdeling Forensische Psychiatrie, Erasmus MC, Postbus 2040, 3000 CA Rotterdam.  
 E-mail: h.j.c.vanmarle@erasmusmc.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

TITLE IN ENGLISH The inseparable link between violence and psychiatry

Het classificatiesysteem van de DSM is echter niet geschikt om voor forensisch psychiatrische doeleinden een diagnose weer te geven. Dit staat zelfs in de DSM-IV in een dringende disclaimer vermeld. Maar de forensische psychiatrie kan niet zonder adequate beschrijving van de biopsychosociale realiteit van het individu, 'zakelijk weergegeven'. Het is immers de individuele patiënt bij wie op een specifieke wijze de ziekte tot uiting komt middels klachten, symptomen en beperkingen. Hoe ernstig zijn de beperkingen, hoe luidt de prognose en welk gevaar valt in welke situatie te duchten bij deze persoon?

*Forensische expertise* Het vroegtijdig herkennen van risicofactoren voor toekomstig geweld moet en zal tot de vaardigheden van de psychiater gaan behoren, want als wij als psychiaters het niet uit onszelf doen, zullen we er qualitate qua toe verplicht worden. Een last, maar ook een uitdaging. Daarom wil ik hierbij aandacht vragen voor de forensische psychiatrie als vorm van psychiatrisch handelen: noodzakelijk is een hernieuwde belangstelling voor het beoordelen van de persoonlijkheid en de persoonlijkheidsstructuur met haar luxerende factoren in de beschrijvende psychiatrische diagnostiek. Meer dan ooit is het nu zaak om de tussenbeoordelaarsbetrouwbaarheid van het psychiatrisch onderzoek en met name van de forensische rapportages te onderzoeken en bij te stellen door een protocollering van vorm en inhoud ervan.

*Verantwoording nemen* Lange tijd is de psychiatrie onwillig geweest om te erkennen dat geweld bij psychiatrische patiënten behoort tot een ziektebeeld. Nu het neurobiologisch onderzoek naar agressie echter duidelijk maakt dat geweld op het terrein ligt van de *neurosciences* (ook al is zulke geweldsdiagnostiek in het individuele geval nog onmogelijk) en ook blijkt dat behandeling de kans op een herhalingsdelict sterk vermindert, kunnen wij als psychiaters hiervoor niet opzij gaan, maar moeten wij ons toerusten voor deze nieuwe taken. Het publiek verwacht het van ons en moet ons hierin serieus kunnen nemen.