

De psychiater bij de reclassering

W. GOUDSMIT

SAMENVATTING De taak van de psychiater bij de reclassering wordt beschreven en vergeleken met de situatie van dertig jaar geleden. Veel is veranderd; de Reclassering Nederland werd in 1995 structureel vernieuwd. Reclassering Nederland behandelt niet meer, maar begeleidt en verwijst waar noodzakelijk naar gespecialiseerde instituten van de geestelijke gezondheidszorg. Over de hedendaagse psychiatrie worden kritische opmerkingen gemaakt, zoals over de te eenzijdige oriëntatie op de natuurwetenschappen. De vraag wordt gesteld of voor de psychiatrie in de komende jaren ethische vragen belangrijker zullen zijn dan zuiver theoretisch-technische.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 42 (2000) 1, 57-61]

TREFWOORDEN ethiek, forensische psychiatrie, reclassering

DE RECLASSERING IN 1969

Bij herlezing van mijn artikel uit 1969 valt mij op hoeveel er sedertdien is veranderd, uiteraard niet alleen wat de bijdrage van de psychiater aan het reclasseringswerk betreft. De psychiatrie heeft als het ware een ander gezicht gekregen en het lijkt alsof wij in een veranderde samenleving leven.

Aangezien ik na mijn emeritaat slechts toeschouwer ben, heb ik bij de voorbereiding van deze bijdrage informatie over de huidige wijze van werken gevraagd bij de Stichting Reclassering Nederland en bij psychiaters uit de eerstelijnszorg; de verkregen inlichtingen waren niet geheel conform. Ik heb getracht beide zienswijzen zo objectief mogelijk weer te geven.

Vergeleken met de huidige situatie was er dertig jaar geleden slechts een gering drugsprobleem; met verbazing zag men blowende jongeren, aids was nog niet bekend. Er was nog nauwelijks sprake van georganiseerde misdaad, het criminaliteitscijfer was betrekkelijk laag en leek enigszins stabiel, en asielzoekers kwamen slechts sporadisch ons land binnen. Maar er waren tekenen aan de wand: in Vietnam woedde de oorlog in alle hevigheid, honderdduizenden gingen de straat op om voor vrede te demonstreren, studen-

ten kwamen op voor democratisering, geldende normen werden overboord gegooid en er werd over gediscussieerd of kinderen en jeugdigen niet het recht hadden op seksueel contact met volwassenen.

De psychiatrie had na de oorlog een sterke groei doorgemaakt, de ontwikkeling van neuroleptica en antidepressiva had het gezicht van de psychiatrische klinieken veranderd, de verpleegtijd van vele patiënten kon drastisch worden bekort en de biologische psychiatrie maakte een stormachtige ontwikkeling door. Tegelijkertijd was er een levendige antipsychiatrische beweging en werd elektroconvulsiotherapie taboe verklaard. Studenten en sommige psychiaters liepen warm voor de ideeën van Thomas Szasz en R.D. Laing. Sommigen ontkenden het bestaan van geestesziekten en waren van mening dat psychosen door maatschappelijke wantoestanden ontstaan. P.C. Kuiper (1976) zou zijn artikel over de samenzwering tegen het gevoel in de psychiatrie nog schrijven. Nog overheersten psychodynamische gezichtspunten de psychiatrie, en psychotherapie behoorde als vanzelfsprekend tot het werkkterrein van de meeste psychiaters.

Er bestonden toen verschillende reclasseringsverenigingen, de psychiater werkte, evenals psychologen en juristen, in vele afdelingen als

teamlid; het begrip consultatie was nog nauwelijks bekend. De psychiater maakte zijn entree bij de reclassering als het ware door de achterdeur. Tot de invoering van de zogeheten Psycho-pathenwetten in 1929 bestonden er, strikt juridisch gezien, slechts twee 'soorten' gedetineerden: gezonde en psychisch gestoorde. De laatstgenoemde groep werd door vrijgevestigde zenuwartsen of door psychiaters van een sociaal-psychiatrische dienst verzorgd. Na de invoering van de maatregel Ter Beschikkingstelling van de Regering (TBR), een vorm van opgelegde verpleging en behandeling, was er behoefte aan betere psychiatrische begeleiding van ex-gedetineerden. Men benoemde een psychiatrisch toezichthouder die op geregelde tijden contact met zijn patiënt hield en aan het Openbaar Ministerie rapporteerde. Ook moest hij in voorkomende gevallen Pro Justitia rapporteren.

Intussen steeg het aantal TBR-gestelden, er kwam een observatiekliniek van het gevangeniswezen, thans het Pieter Baan Centrum, en in forensisch-psychiatrische klinieken werden nieuwe methoden van behandeling ontwikkeld. Hierdoor nam de behoefte aan psychiatrische nazorg sterk toe en de psychiatrisch toezichthouder maakte plaats voor de afdelingspsychiater.

DE RECLASSERING NU

Na een grondige reorganisatie in 1995 kennen wij thans drie reclasseringsinstellingen: (1) de Reclassering Nederland; (2) de reclassering van het Leger des Heils, in hoofdzaak voor de dak- en thuislozenzorg; (3) de reclassering van de geestelijke gezondheidszorg, GGZ, voorheen de consultatiebureaus voor alcohol en drugs, de CAD's. Per arrondissement is er één arrondissementssecretariaat dat de verdeling over de verschillende organisaties regelt.

Centraal in de reclasseringszorg staat het sociaal-psychiatrisch werk, SPW, dat bedoeld is voor psychisch gestoorde justitiabelen. Werkhypothese is hierbij het duaal *case management*,

hetgeen inhoudt dat de reclassering begeleidt, toezicht houdt, rapporteert en motiveert en tevens een schakelfunctie vervult naar de reguliere GGZ, terwijl vanuit de GGZ en de verstandelijkgehandicaptenzorg de behandeling plaatsvindt. De reclassering behandelt niet, maar draagt zorg voor de trajectbegeleiding van de cliënt voor, tijdens en na de behandeling. Zij beoogt bruggen te slaan tussen de cliënt en de relevante maatschappelijke voorzieningen. De natuurlijke partners van de reclassering zijn in elk geval: de reguliere instellingen binnen de GGZ; de verstandelijkgehandicaptenzorg; de thuislozenzorg; de verslavingszorg; de forensisch-psychiatrische diensten; de TBS-klinieken en de forensisch-psychiatrische poliklinieken.

Psychiaters en psychologen zijn consulenten van een plaatselijke afdeling van Reclassering Nederland en hebben, in tegenstelling tot voorheen, voornamelijk een consultatieve taak die behoort bij het sociaal-psychiatrisch werk. Taakelementen van de psychiater zijn onder andere: diagnostiek; het opvragen van medische informatie; medicatiebeleid; bemiddeling bij indicatiestelling van GGZ-behandeling; 'vertalen' van Pro-Justitia-rapportage en toetsing van de haalbaarheid van de daarin genoemde adviezen; eenmalig face-to-face cliëntencontact ten behoeve van de diagnosestelling; het medebewaken van de kwaliteit van het sociaal-psychiatrisch werk; een bijdrage leveren aan de beleidsontwikkeling van de reclasseringsforensische psychiatrie en aan de deskundigheid van reclasseringswerkers met SPW-taken.

Naast taken ten behoeve van de SPW-doelgroep hebben de consulenten ook een consultatieve taak ten behoeve van niet-SPW-cliënten. Evenals voorheen heeft de psychiater een belangrijke taak bij het zoeken naar oorzaken van psychische stoornissen zoals verslaving en buitensporig agressief gedrag, dat zeer veel frequenter voorkomt dan nog maar enkele jaren geleden, en bij steeds jongere daders.

Het aantal beschikbare uren van de bureau-psychiater werd drastisch beperkt. Doordat vele

werkzaamheden aan specialistische instellingen worden gedelegeerd, spreekt de psychiater slechts in bijzondere, moeilijke gevallen op verzoek van de reclasseringswerker met een cliënt. De reclasseringswerker bepaalt of hij de psychiater een casus wil voorleggen. De reden hiervan kan zijn dat een cliënt reeds bekend is bij de geestelijke gezondheidszorg of dat hij of zij psychofarmaca gebruikt of heel algemeen dat er bij de cliënt sprake is van ernstige psychische problematiek. In de regel ontvangt de psychiater een cliënt samen met de betreffende reclasseringswerker; vaak gaat het hierbij om de secundaire diagnostiek na een langere periode van begeleiding.

Daarnaast zijn er briefrapporten en een enkele keer ook uitgebreide rapportages voor de rechtbank als een onderzoek in het Pieter Baan Centrum niet noodzakelijk geacht wordt. Enerzijds worden door de rechtbanken en gerechtshoven thans veel gedifferentieerdere vragen gesteld dan vroeger het geval was, anderzijds bestaat de indruk dat psychiatrische expertises te weinig gevraagd worden, terwijl dit naar aanleiding van de casuïstiekbespreking wel noodzakelijk lijkt. Het argument is dan, zoals dit ook vroeger gebruikt werd, dat de delicten niet ernstig genoeg zijn.

Nieuw zijn alternatieve straffen; taakstraffen zijn thans heel gewoon en met elektronische hechtenis wordt geëxperimenteerd. Nieuwe penitentiaire programma's zoals opleiding, arbeidstaken, begeleide woonvormen en socialevaardigheidstraining vragen om meer mensen en meer financiële ruimte; het budget van de reclassering is sedert 1995 meer dan verdubbeld. Het spreekt vanzelf dat veranderingen ook tot teleurstelling geleid hebben, bijvoorbeeld aan de basis wat betreft de toegenomen protocollisering en de te frequente wisseling van medewerkers. De benoemingen en veranderingen geschieden soms van bovenaf. Ook wordt er over geklaagd dat bij de benoemingen van leidinggevende functionarissen in de eerste en tweede lijn ervaring ondergeschikt is aan managementkwalitei-

ten. In elk bedrijf veroorzaken reorganisaties grote onrust en dat geldt ook voor de reclassering. De reorganisaties worden door de basis vaak als bedreiging van het werk ervaren, vooral als er te vaak van hogerhand veranderingen opgelegd worden zonder voorbespreking met de medewerkers; managers en hooggeplaatste ambtenaren bij het ministerie bepalen de koers. Op hun beurt zijn de bestuurders bevreesd voor nieuwe bezuinigingen. Steeds méér wordt geëist met alsmaar minder beschikbare middelen. Zo wordt de werkdruk verhoogd en er ontstaat onvrede bij de medewerkers indien zij niet meer volgens vertrouwde patronen kunnen werken. Dit geldt in het bijzonder voor de gevangenen en TBS-klinieken. De moeilijke taak van de gevangenenbewaarder dreigt door aanhoudende bezuinigingen weer tot die van een cipier te worden. Tegenover het drugsgebruik in penitentiaire inrichtingen staat men vrijwel machteloos.

Een vergelijking met de situatie in 1969 is niet gemakkelijk; te veel is sindsdien veranderd. Door de toegenomen specialisatie werden veel taken van de toenmalige bureaupsychiater door de reguliere instellingen van de geestelijke gezondheidszorg overgenomen. Zo lijkt het op het eerste gezicht alsof er minder psychiaters bij de reclassering werken; in feite zijn het er echter veel meer, ze werken alleen thans elders.

ONTWIKKELINGEN IN DE PSYCHIATRIE DE AFGELOPEN TWINTIG JAAR

De ontwikkeling van de psychiatrie ging na de jaren zeventig onverminderd door. Veel is sindsdien veranderd: er kwam een nieuwe generatie van antidepressiva, en nieuwe antipsychotica werden ontwikkeld die meer mogelijkheden bieden voor de behandeling van schizofrene psychosen. Door MRI en computertomografie werd het voor het eerst mogelijk menselijke emoties in beeld te brengen en beter te lokaliseren. De DSM-IV is thans gemeengoed van iedere psychiater. De krankzinnigenwet van 1884 werd in 1983 door de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische

Ziekenhuizen vervangen en het aantal psychiatrische bedden werd verder gereduceerd. Maar er kleven ook nadelen aan de nieuwe wet. Zo is het in sommige gevallen erg moeilijk om patiënten tegen hun zin op te nemen, terwijl dat om medische en sociale redenen wel noodzakelijk is.

Nieuw zijn onder meer beschermde woonvormen, en ook nieuwe methodieken van groepsbehandeling werden ontwikkeld. De vooruitgang had echter ook een keerzijde. De algemene ziekenhuizen kregen in toenemende mate problemen met agressieve patiënten, de achterdeur van het ziekenhuis ligt soms bedenkelijk dicht bij de voordeur. Patiënten die voordien op afdelingen voor langdurige zorg verbleven, belanden dan op straat, waar het maar al te vaak aan de noodzakelijke nazorg en professionele begeleiding ontbreekt.

Het unieke van de psychiatrie is dat zij de enige tak van de geneeskunde is die de hele mens omvat, of om het heel ouderwets te zeggen, zowel lichaam als ziel; neemt men één van de twee weg, dan blijft alleen een torso over die weinig voorstelt. Sinds haar begin maakt de psychiatrie een slingerbeweging tussen 'psychici en somatici', zonder dat zij tot nu toe in evenwicht is gekomen. Sommige Amerikaanse psychiaters stellen zelfs voor om de psychiatrie te verdelen over de neurologie, de psychologie en het maatschappelijk werk. Ook al is specialisatie onmisbaar, de psychiatrie moet een geheel blijven. Nog steeds geldt de uitspraak van Baan (1957): de psychiatrie is sociaal of zij is niet.

Misschien hebben de psychiaters zich het verwijt dat hun door de somatische disciplines werd gemaakt, dat zij soft zouden zijn en niet wetenschappelijk, te zeer aangetrokken. Het gevolg was in elk geval een dominantie van de biologische psychiatrie en van natuurwetenschappelijke onderzoeksmethoden.

De psychotherapie werd voor een groot deel afgestoten; alleen klinische psychotherapie scheen bestaansrecht te hebben en de cognitieve gedragstherapie heeft de rol van alleenzaligmakende methode van de psychoanalyse overgeno-

men. Mijns inziens is het doen van psychotherapie voor de psychiater zo belangrijk, omdat het verreweg de beste manier is om een patiënt en diens ziektebeeld werkelijk te leren kennen, hetgeen noodzakelijk is zowel voor de diagnostiek als voor het begrijpen van de individuele patiënt.

Een groot probleem zijn chronisch psychotische delinquenten met zowel een persoonlijkheidsstoornis als ernstige drugsproblematiek. Zij eisen zeer veel tijd en aandacht op, terwijl veel algemeen psychiatrische ziekenhuizen daar te weinig op zijn ingesteld. Zo komen deze patiënten in TBS-klinieken terecht die daarvoor feitelijk niet bestemd zijn.

Standaardisering en protocollering maken het thans onder meer mogelijk dat diagnostiek en behandeling, zoals die in verschillende instellingen toegepast worden, op elkaar worden afgestemd en worden bijgesteld al naar gelang de ontwikkeling van de wetenschap. Dit is zonder meer winst. Maar er dreigen ook gevaren. Indien standaardisering verwordt tot het denken in formules, dan kan het tot beperkt denken, eentonigheid en algehele middelmatigheid leiden. Patiënten met een onduidelijk klachtenpatroon dreigen door een te strikte toepassing van standaardisering niet de voor hen geschikte hulp te krijgen.

In de forensische psychiatrie spelen ethische problemen een niet te onderschatten rol. Het gaat immers om menselijke gedragingen en de reactie daarop van de maatschappij. Zo is de vraag hoe wij met psychiatrische patiënten omgaan die een hoog maatschappelijk risico vormen, zeer actueel. Een sluitend antwoord daarop is niet altijd te geven.

SLOTBESCHOUWING

Misschien zullen in de komende jaren ethische vragen belangrijker zijn dan zuiver technische. Het schrikbeeld voor de psychiatrie in de 21e eeuw zou een te ver doorgevoerde standaardisering van een computergestuurde managerpsychiatrie kunnen zijn.

LITERATUUR

- Baan, P.A.H. (1957). Psychiatrie in de Maatschappij, oratie. Groningen: J.B. Wolters.
- Goudsmit, W. (1969). De psychiater in het reclasseringsteam. *Nederlands Tijdschrift voor Psychiatrie*, 11, 413-420.
- Kuiper, P.C. (1976). De samenzwering tegen het gevoel in de psychiatrie. De mens en zijn verhaal. Amsterdam: Atheneum & Van Gennep.
- Reclassering Nederland (1998). Notitie landelijk stramien dwarsoverleg-
gen SPW en taakconsulenten d.d. 9 oktober 1998.

Reclassering Nederland (1999). Notitie kwalificaties reclasseringswerkers
met SPW-taken, d.d. 12 januari 1999.

AUTEUR

W. GOUDSMIT is emeritus hoogleraar in de forensische
psychiatrie bij de Rijkuniversiteit te Groningen.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 6-9-1999.

SUMMARY The task of the psychiatrist within the Dutch Probation and Aftercare Offices – W. Goudsmit – This article describes the psychiatrist's tasks within the Dutch Probation and Aftercare Service for Adult Offenders. In 1995 the Service has undergone structural changes.

The Aftercare Service nowadays refrains from treating offenders but instead refers if necessary to specialised institutions within the Mental Health Service.

Critical remarks are made on contemporary psychiatry, for instance the one-sided orientation to natural sciences.

The question is raised whether in the years to come ethical questions should take more priority over pure theoretical or technical issues.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 42 (2000) 1, 57-61]

KEYWORDS ethics, forensic psychiatry, probation