

Hoe te handelen bij een patiënt die zich homicidaal uit; literatuurstudie en handreiking

B.S. FRELIER, T.J. HOLWERDA

ACHTERGROND Doodsbedreigingen komen in de spreekkamer vaak voor. Veel hulpverleners weten niet goed hoe hier mee om te gaan.

DOEL Het bieden van achtergrondinformatie en handvatten voor de behandelaar die wordt geconfronteerd met een homicidale uitspraak van een patiënt.

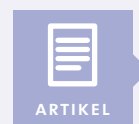
METHODE Een systematische literatuurstudie over epidemiologie, diagnostiek, risicoschatting en behandeling van homicidaliteit.

RESULTATEN In de spreekkamer is een doodsbedreiging van een patiënt naar een derde geenszins hetzelfde als een aankondiging van een doding. Er wordt vele malen meer bedreigd dan dat een dreigement wordt uitgevoerd. Een psychotische stoornis, een antisociale persoonlijkheidsstoornis, alcoholproblematiek, een (bipolaire) depressie, al langer bestaand (ernstig) huiselijk geweld, het bezit van wapens en een eerdere veroordeling voor een doodsbedreiging verhogen het risico. Met risicotaxatie maakt men een inschatting van de beweegredenen en de actiebereidheid. EMDR en agressieregulatietherapie lijken werkzaam voor onderliggende trauma's en woede, maar ook psychodynamische aspecten en tegenoverdrachtsgevoelens verdienen aandacht binnen de behandeling. Handreikingen van de NVvP, KNMG en GGZ Nederland kunnen als leidraad dienen en helpen bij de overweging om wel of niet het beroepsgeheim te doorbreken.

CONCLUSIE Elke behandelaar die te maken kan krijgen met een patiënt die zich homicidaal uit, dient de relevante handreikingen te kunnen gebruiken. Wij adviseren ggz-instellingen dit proces actief te ondersteunen.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 60(2018)4, 241-249

TREFWOORDEN beroepsgeheim, homicidaal, risicotaxatie, wapens



ARTIKEL



Iedereen die werkzaam is in de (geestelijke) gezondheidszorg kan tijdens de behandeling geconfronteerd worden met heftige uitlatingen van een patiënt zoals een doodsbedreiging naar een ander persoon. Binnen de ambulante forensische psychiatrie komt dit zelfs zeer geregeld voor. Voorbeelden van doodsbedreigingen zijn die van een man die zijn behandelaar vertelt dat hij thuis een bom heeft gemaakt die hij van plan is tot ontploffing te brengen bij zijn ex-werkgever. Of een vrouw die haar behandelaar

opbiecht dat zij het plan heeft de man die haar als kind seksueel heeft misbruikt te doden.

Bij zo'n uitspraak rijst de vraag bij de behandelaar: 'Wat kan, mag of moet ik doen? Moet ik mijn beroepsgeheim doorbreken en zo ja, hoe?' De berichten via de media over bedreigingen, doding, familiedrama's en terrorisme kunnen de behandelaar extra alert maken, maar ook angst inboezemen.

In tegenstelling tot homicidaliteit krijgt suïcidaliteit veel aandacht: elke ggz-instelling kent - geheel terecht - suïcidecommissies, aandachtsfunctionarissen, stappenplannen en stroomdiagrammen. Ook de rijksoverheid heeft het terugdringen van het toenemend aantal suïcides geagendeerd (Kamerbrief 2013). De aandacht voor inschatting van en hulp aan de homicidale patiënt blijft hierbij ver achter. Dit terwijl zo'n doodsbreiging een enorme impact kan hebben op het potentiële slachtoffer en zijn of haar omgeving, maar ook kan doorwerken in de behandelrelatie.

Hoewel specifiek 'agressief gedrag' predisponeert voor een doding - immers, deze kan niet gepleegd worden zonder enige vorm van agressiviteit - ligt de focus in dit artikel op doodsbreigingen en niet op het agressieve gedrag of de risicotaxatie van agressiviteit. Ook doodsbreigingen aan het adres van de therapeut zelf zullen hier niet aan bod komen. In dit artikel beschrijven wij homicidaliteit binnen de ambulante setting.

Doel

Met dit artikel willen wij bijdragen aan de discussie over taak en verantwoordelijkheden van de behandelaar en ggz-instellingen wanneer een patiënt zich homicidaal uit. Ook reiken wij handvatten aan om met deze situatie in de spreekkamer om te gaan en een betere inschatting te kunnen maken van het reële risico. Hiervoor maken we gebruik van wat vanuit de epidemiologie, de literatuur en de klinische praktijk over homicidaliteit bekend is.

Begripsbepaling

In het Wetboek van Strafrecht (art. 285) staat omschreven wat de wetgever verstaat onder 'bedreiging'. Niet elke bedreiging is overigens strafbaar. Er wordt een afweging gemaakt tussen de 'objectieve ernst van de bedreiging' en de 'subjectieve beleving van het slachtoffer'.

Vreemd genoeg komt er geen definitie van 'homicidaal' voor in de *Van Dale Groot woordenboek van de Nederlandse Taal* of in *Pinkhof Geneeskundig woordenboek*. Naar analogie van de definitie van het Trimbos-instituut voor 'suïcidaal gedrag' definiëren wij homicidaal gedrag als *'het geheel aan gedachten, voorbereidingshandelingen en pogingen die een zekere intentie uitdrukken om een ander te doden'*.

Moord is het met voorbedachten rade iemand opzettelijk van het leven beroven. Voorbedachte raad wijst op een moment van kalm overleg, van bedaard nadenken voorafgaand aan de uitvoering. Wanneer er geen sprake is van voorbedachte raad, maar wel van opzettelijkheid, wordt gesproken van doodslag (www.om.nl). In het gedeelte over beweegredenen bij homicidale uitspraken komen wij terug op *instrumentele* versus *expressieve* beweegredenen.

AUTEURS

BASTIAAN FRELIER, psychiater, De Waag, centrum voor ambulante forensische psychiatrie, Amsterdam.

TJALLING HOLWERDA, psychiater, Arkin GGZ Amsterdam, en onderzoeker, VUmc, Amsterdam.

CORRESPONDENTIEADRES

Bastiaan Frelier, De Waag, Zeeburgerpad 12-b, 1018 AJ Amsterdam.

E-mail: bfrelier@dewaagnederland.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 25-9-2017.

METHODE

Wij voerden een literatuurstudie uit met PubMed en vroegen prevalentiecijfers op bij het CBS en de Nationale Politie. Op PubMed leverde de zoekterm '*homicidal ideation*' 67 hits en '*homicidal behaviour*' 389 hits op. Een selectie vond plaats. Een artikel viel af wanneer het dateerde uit het jaar 1992 of eerder, een specifieke studie betrof over de combinatie homicide-suicide, infanticide of seksueel geweld-homicide, een specifiek medicament of (neurobiologische) aandoening betrof in relatie met homicidaliteit of een casestudy was.

In totaal 17 artikelen werden geselecteerd, waarvan 14 artikelen voorkwamen in het overzichtsartikel van Sher e.a. (2015). Een zoekopdracht naar literatuur betreffende behandeling van homicidaliteit en bejegening van een homicidaal persoon of homicidaliteit in combinatie met specifieke psychiatrische stoornissen zoals autisme, ADHD, narcisme of borderline leverde geen bruikbare hits op.

Verder includeerden wij drie handreikingen: 'Beroepsgeheim en conflict van plichten' (NVvP 2013), 'Beroepsgeheim en politie/justitie' (KNMG 2012) en 'Beroepsgeheim' (GGZ Nederland 2012) en een wegwijzer voor zorgprofessionals: 'Het beroepsgeheim in samenwerkingsverbanden' (KNMG 2014).

Adviezen en conclusies uit twee rapporten van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) werden geïntegreerd: 'Rapport calamiteitenonderzoek naar de hulpverlening aan V., dader van het schietincident in Alphen aan den Rijn op 9 april 2011' en 'Wel foto's, maar geen film: leren van de gebeurtenissen in de zorgverlening aan Bart van U'.

Wij delen vanuit *best clinical practice* onze bevindingen uit de praktijk. In de resultatensectie gebruiken wij de term 'doding' voor moord en doodslag.

Homicidale fantasieën

In een onderzoek in een algemene populatie naar fantasieën om iemand anders te doden gaf 58 tot 79% van de ondervraagden aan deze fantasieën ooit gehad te hebben. Bij mannen komen deze vaker voor (Kenrick & Sheets 1993).

Bedreigingen in Nederland

In het sociale verkeer worden vele bedreigingen geuit, maar het percentage lijkt af te nemen. Zo werden volgens CBS-cijfers in 2012 nog 2,4 op de 100 mensen bedreigd met geweld; in 2016 was dit getal afgenomen tot 1,1 op de 100 mensen (www.statline.cbs.nl, met zoektermen 'bedreigingen', 'moord' en 'suicide'). Door sociale media zijn we tegenwoordig in staat bedreigingen te kwantificeren en te objectiveren. Dreigementen kunnen in de anonimiteit worden gedaan, wat de grens verlaagt om dit te doen. Dagelijks worden maar liefst 35.000 bedreigingen via Twitter geuit, waarvan 200 van serieuze aard (doodsbedreiging). In verband hiermee wordt vrijwel iedere dag iemand gearresteerd (Feenstra 2013).

Doding en suicide in Nederland

Er is een opvallende daling in het aantal dodingen sinds de jaren 90 in Nederland, terwijl het aantal suicides elk jaar juist stijgt. Voor beide is geen sluitende verklaring gevonden. In 2014 werden 120 mensen gedood (www.statline.cbs.nl/). Volgens een Brits onderzoek had ongeveer 10% van de daders het laatste jaar contact met de ggz gehad (Eastman e.a. 2012). Niet duidelijk is of deze patiënten homicidale ideaties hadden gedeeld met hun behandelaar. Het aantal personen dat overleed door suicide was 1839 in datzelfde jaar (www.statline.cbs.nl) en van hen had 40% het laatste jaar contact met de ggz gehad (Rijksoverheid 2013).

Zoals gezegd, komt het percentage van 10% ggz-contacten uit de Britse literatuur (een Nederlands percentage is niet voorhanden); wanneer we dit omrekenen, zouden ongeveer 12 personen in de ggz gezien worden in het jaar voor zij iemand doden en zo'n 736 personen voordat zij suicide plegen dat jaar. Suicide van een patiënt in behandeling komt dus ongeveer 61 zo vaak voor als doding door een patiënt in behandeling. Doding is zeldzaam, zowel op landelijk niveau als binnen de ggz.

Slachtoffers van doding in Nederland

Ongeveer één op de drie dodingen in Nederland vindt plaats binnen de familie-/relatiesfeer. Van alle gepleegde dodingen betreft 20% partnerdoding, 20% komt om tij-

dens een criminele activiteit en nog eens 20% tijdens ruzie. De categorieën 'overig' en 'onopgelost' behelzen zo'n 40% (Nieuwbeerta e.a. 2009).

Wereldwijd wordt één op de drie vrouwen die gedood worden door een intieme partner omgebracht. Vaak gaat hier een lange periode van mishandeling aan vooraf (Stockl e.a. 2013).

Homicidaliteit en psychiatrische aandoeningen

In hun overzichtsartikel beschrijven Sher e.a. (2015) bevindingen en conclusies van onderzoeken tussen 1996 en 2014 betreffende homicidaal gedrag van mannen met een psychiatrische stoornis. Zij weerleggen de heersende gedachte dat een psychiatrische stoornis het risico op doding niet zou vergroten. Het percentage mensen dat ten tijde van het doden van iemand ten minste één psychiatrische stoornis heeft, varieert, afhankelijk van de studie, van 34 tot 90%. Over de stoornissen melden zij een aantal belangrijke bevindingen.

Wat betreft psychose geldt:

- In vergelijking met iemand uit de algehele bevolking is het risico op doding van een andere persoon ongeveer 10 keer zo groot bij iemand met schizofrenie.
- 20-23% van de daders heeft een psychotische stoornis ten tijde van de doding.
- Wanneer een dader met een psychotische stoornis iemand doodt, is het in bijna alle gevallen een bekende of familielid (Pera & Dailliet 2005).
- Een jonge leeftijd, mannelijk geslacht, lage sociale status, eerder geweld, ernstige (paranoïde) symptomen of een lang onbehandelde psychose zijn risicoverhogend.
- Middenmisbruik verhoogt de kans op doding significant bij een dader met een psychose. Verder wordt middenmisbruik (met name alcohol) gezien als de meest voorkomende primaire diagnose bij doding. Ongeveer 50% van de verdachten van een doding heeft een aan middenmisbruik gerelateerde stoornis.

Een affectieve stoornis zou de kans op het doden van iemand niet vergroten (Richard-Devantoy e.a. 2009), maar bij patiënten met een bipolaire stoornis wordt doding vaker gezien tijdens een depressieve episode, waarbij een familielid het vaakst het slachtoffer is.

Het risico op homicide is 10 keer zo groot voor een man met een antisociale persoonlijkheidsstoornis en 50 keer zo groot voor een vrouw met een antisociale persoonlijkheidsstoornis.

De studies hebben methodologische tekortkomingen doordat nauwkeurige statistieken moeilijk voorhanden zijn en omdat er significante verschillen zijn tussen regio's en diagnostische methoden.

Homicidaliteit en daadwerkelijk doden

Uit een groot uniek *prospectief* onderzoek (n = 613) (Warren e.a. 2008) komen duidelijke aanwijzingen naar voren dat mensen die dreigen iemand te doden (en daarvoor veroordeeld zijn) uiteindelijk daadwerkelijk een grote(re) kans hebben op het plegen van een geweldsincident of een homicide. Na 10 jaar bleek dat van de dreigers 44,4% veroordeeld was voor een geweldsmisdrijf, 3% een homicide pleegde waarvan 5 (van de 19) gedode personen de oorspronkelijke slachtoffers van de dreigementen waren. 2,6% (16 personen) pleegde suïcide en 0,5% (3 personen) werd zelf gedood. De groep die tot geweld of homicide overging, waren jonge mannen met middelenmisbruik. Schizofrenie was oververtegenwoordigd in deze groep.

RISICOBEOORDELING

Voor het inschatten van een homicidale uitspraak hanteerden wij als leidraad de 6 stappen voor zorgvuldig handelen van GGZ Nederland (2012) uit de 'Handreiking Beroepsgeheim' en vullen deze aan met adviezen en conclusies uit de eerder genoemde handreikingen en IGZ-rapporten alsmede onze eigen bevindingen.

Signaleren

GGZ-PROFESSIONAL

Het is *'de verantwoordelijkheid van de GGZ-professional om veiligheidsrisico's van zijn patiënten te signaleren. Dat kan gaan om risico's die de veiligheid van de patiënt aangaan of risico's voor anderen. De GGZ-professional moet weten welke signalen wijzen op een vergroot veiligheidsrisico. Dat kunnen signalen zijn die de patiënt zelf afgeeft of derden. Wanneer de GGZ-professional zich hierin niet bekwaam voelt, kaart hij dat aan bij zijn leidinggevende'* (GGZ Nederland 2012).

GGZ-POPULATIE

De onderzoeken van Sher e.a. (2015) en Warren e.a. (2008) maken duidelijk dat risico's op doding groter zijn bij patiënten met een (ernstige) psychiatrische stoornis, maar twee uitspraken uit de literatuur en ervaring uit de klinische praktijk nuanceren dit beeld.

'Wel valt er een risicovolle combinatie te herkennen van somberheid, realiteitsvervorming, egocentrisme en impulsiviteit – maar deze combinatie komt in de psychopathologie van het leven van alledag veel voor, zonder direct tot calamiteiten te leiden' (van Marle 2014).

'Bij GGZ-patiënten kan sprake zijn van overdrijving, valse beschuldiging, ongegronde fantasieën of juist ernstige loochening of rationalisatie' (GGZ Nederland 2012).

Dit maakt de inschatting van aard en ernst van de homicidale uitspraak juist bij deze groep mensen zo ingewikkeld.

CONTINUÏTEIT VAN ZORG

Een behandelaar die zijn of haar patiënt goed kent, is beter in staat een juiste inschatting te maken over zijn gedrag. Wanneer de zorg fragmentarischer is, zal dat impact hebben op het vermogen van de behandelaar om risico's te signaleren bij de individuele patiënt. De titel van het IGZ-rapport over Bart van U. vat dit kernachtig samen: 'Wel foto's, maar geen film'. *'Veel verschillende hulpverleners zagen momentopnamen van de moordenaar van mevrouw E. Borst, maar geen van hen had het overzicht en kende de 'film'.*

Risico inschatten

BEWEEGREDELEN BIJ HOMICIDALE UITSPRAKEN

De (beweeg)reden van een patiënt die een homicidale uitspraak doet, kan *expressief* van aard zijn door een emotionele uitbarsting of meer *instrumenteel* (een formeel doel dienen), bijvoorbeeld een wens om een concreet doel te verwezenlijken of een verworven recht te verdedigen (Bovenkerk 2006). De eerste situatie wordt het meest gezien in de spreekkamer. Wraak als beweegreden kan zowel een expressieve als een instrumentele kant hebben. Voor de behandeling is het van belang een inschatting te maken over deze beweegredenen. Was het een *cry for help* of ingecalculleerd?

Ook achterliggende ontregelende gebeurtenissen zoals een trauma, tegenslag, teleurstelling, discriminatie of vernedering liggen net zoals bij vele psychiatrische stoornissen vaak ten grondslag aan homicidaliteit. Het hierdoor ontstane zeer sterk beleefde gevoel van machteloosheid bij de patiënt nodigt uit om het heft in eigen handen te willen nemen.

Wanneer instrumentele homicidaliteit de overhand krijgt, dient de therapeut grenzen te stellen en zichzelf af te vragen of een (forensische) behandeling wel geïndiceerd is.

Hoewel bewijs ontbreekt in de door ons onderzochte literatuur is het aannemelijk dat wanneer we de beweegredenen 'instrumenteel' en 'expressief' tegenover elkaar op een denkbeeldige lijn zouden plaatsen, de narcistische persoonlijkheidsstoornis meer de instrumentele kant zou benaderen en de borderlinepersoonlijkheidsstoornis en ADHD meer de expressieve kant. Schizofrenie en de antisociale persoonlijkheidsstoornis zouden tussen beide beweegredenen geplaatst kunnen worden. Ook bij autisme kunnen beide beweegredenen spelen: instrumenteel vanuit dwang of drang, maar ook expressief vanuit chaos door overprikkeling.

Voor de opvatting dat het uiten van de homicidale wens de noodzaak voor de patiënt om tot actie over te gaan vermindert (de 'druk-van-de-ketel') is geen bewijs, maar het is ook niet ondenkbaar dat het wel het risico zou kunnen verminderen.

ACTIEBEREIDHEID

In de taxatie van de risico's bij een homicidaliteitsbeoordeling zijn in eerste instantie de acute dynamische risicofactoren van belang (L. Vogtländer, schriftelijke mededeling, 2013). Hierbij geldt hetzelfde als voor suïcide: er zijn geen bewijzen dat erover praten het risico vergroot.

De volgende factoren zijn van belang:

- De veiligheid van de behandelaar (Sher e.a. 2015).
- Wapens of wapenvergunning: het is van essentieel belang dit onderwerp te bespreken met de homicidale patiënt. Bezit van (vuur)wapens komt ook in ons land veel voor. Heeft de patiënt toegang tot wapens of wapens in huis? Is hij of zij van plan deze te gebruiken of is hij of zij bereid hier afstand van te doen? Wees alert bij wapenbezit en wanneer de dreiging uitgaat naar de partner (Stockl e.a. 2013).

'In de periode 2006-2011 zijn bij de IGZ 47 meldingen gedaan door GGZ-instellingen, die betrekking hadden op een schietincident. In totaal zijn 46 personen als gevolg van deze incidenten overleden. In 36 gevallen betrof het een (geslaagde) suïcide. De 10 overige overledenen waren niet-patiënten (3 overledenen in familiale kring, 6 waren het slachtoffer van het incident in Alphen). Deze aantallen geven aanleiding om de wijze van vergunningverlening nog eens onder de loep te nemen' (IGZ 2011).

- Commitment: is de patiënt nog gemotiveerd voor behandeling? Kan de behandelaar nog afspraken met de patiënt maken? Is er vertrouwen tussen behandelaar en patiënt?

- Het mogelijke slachtoffer: is het potentiële slachtoffer 'diffuus' of 'geïdentificeerd'? Is er woede naar de maatschappij: 'ze gaan nog van me horen' of naar een specifiek persoon: 'mijn ex moet dood'? Is er sprake van een '*foreseeable and identifiable victim*' (Gellerman e.a. 2005)?

- Ernst van doodsbedreiging:

Om de ernst van de bedreiging beter te kunnen bepalen, dient de behandelaar zich af te vragen:

Wat is de waarde van de uitspraak? Betreft het een fantasie of is er een concrete homicidale ideatie? Is er een homicidale intentie, een neiging? Of is er al een plan en zijn er al voorbereidingen getroffen? Is er al eerder agressie naar het slachtoffer gebruikt of heeft de patiënt al eens een poging gedaan (of is deze eerder veroordeeld voor geweld)?

Is er nog sprake van *ambivalentie* of is er (verregaande) *kokervisie*? Kan er nog een voor- en nadelenbalans worden gemaakt, waarin de weegschaal uitslaat naar de nadelen van doding?

Is er een acute of persistente wens: wil de patiënt 'nu' of 'ooit' tot actie over gaan? Is er een acute aanleiding zoals een relatiebreuk, ondertoezichtstelling, uithuisplaatsing, aankomende zitting of uitspraak bij de rechtbank? Het

gevoel 'niets meer te verliezen te hebben' kan de situatie nijpend maken.

Zijn er ernstige psychiatrische stoornissen? Deze moeten worden uitgesloten.

Is de patiënt suïcidaal? Er is een verhoogde kans op suïcide bij een persoon die zich homicidaal uit (Sher e.a. 2015).

Collegiale toetsing

'De GGZ-professional legt de casus anoniem en niet herleidbaar voor aan teamleider, hoofdbehandelaar en eventueel de geneesheer directeur. Zo wordt de verantwoordelijkheid van de afwijging een gezamenlijke verantwoordelijkheid. De uiteindelijke beslissing het beroepsgeheim te doorbreken is een beslissing en verantwoordelijkheid van de GGZ-professional' (GGZ Nederland 2012).

Beslissen: wel of niet spreken

BEROEPSGEHEIM DOORBREKEN

'Geregeld, met name na incidenten waarbij onschuldige slachtoffers vallen, wordt de roep om versoepeling van het medisch beroepsgeheim gehoord. Deze geluiden kunnen afkomstig zijn van politie, Openbaar Ministerie, IGZ en de Onderzoeksraad voor de Veiligheid. Telkens heeft de KNMG laten weten het niet eens te zijn met een (gedeeltelijke) opheffing of versoepeling van het medisch beroepsgeheim, omdat dit tot veel grotere risico's voor de samenleving kan leiden dan de gevaren die daarmee mogelijk zouden kunnen worden voorkomen' (KNMG 2012).

De vertrouwensband tussen de behandelaar en de patiënt is een groot goed. Het doorbreken van het beroepsgeheim is feitelijk en ook gevoelsmatig het verbreken van dit vertrouwen. Met informatie moet altijd zuinig worden omgegaan. Eenmaal gedeelde informatie kan niet meer worden teruggenomen.

'Uw geheimhoudingsplicht heeft als belangrijke maatschappelijke functie het waarborgen van vrije toegang voor een ieder tot gezondheidszorg. Bovendien kunnen juist onder de paraplu van de geheimhoudingsplicht ook moeilijke en vervelende zaken besproken worden en vaak tot een betere oplossing gebracht worden dan wanneer er direct ergens gemeld zou zijn' (KNMG 2014).

Enerzijds moeten we voorkómen dat bij een acuut ernstig dreigend gevaar het medisch beroepsgeheim een 'schuilplaats' wordt, waar de behandelaar zich verschuilt om de vertrouwensband niet te hoeven schaden. Anderzijds is het beroepsgeheim geen 'obstakel' dat uit de weg geruimd dient te worden om zomaar informatie door te kunnen spelen aan derden.

De 'Handreiking Beroepsgeheim & het conflict van plichten' (NVvP 2013) verwoordt op heldere wijze 6 punten waar een behandelaar rekening mee dient te houden

wanneer deze het doorbreken van het beroepsgeheim overweegt.

- Toestemmingsvereiste: alles is in het werk gesteld om *toestemming* van de patiënt tot doorbreken van het geheim te verkrijgen.
- Schadevereiste: het niet doorbreken levert naar alle waarschijnlijkheid *ernstige schade* op.
- Conflict van plichten: de zwijgplichtige verkeert in *gewetensnood* door het handhaven van de zwijgplicht.
- Subsidiariteit: er is *geen andere weg* dan het doorbreken van het beroepsgeheim om het probleem op te lossen.
- Doelmatigheid: het moet *vrijwel zeker* zijn dat door de geheimdoorbreking de *schade* aan de ander (of de patiënt zelf) kan worden *voorkomen*.
- Proportionaliteit: het geheim wordt zo *min mogelijk* geschonden.

De behandelaar doet er verstandig aan om bij aanvang van elke behandeling duidelijk te maken onder welke omstandigheden hij zijn beroepsgeheim zou mogen doorbreken. Bij een behandeling 'onder voorwaarden' gelden er andere regels. Zo is overleg met een medewerker van de reclasering toegestaan. Echter, de 6 genoemde punten dienen ook dan meegewogen te worden.

BEROEPSGEHEIM NIET DOORBREKEN; BEHANDELING EN BEJEGENING

Stel dat bij een acuut ernstig dreigend gevaar de therapeut het beroepsgeheim doorbreekt om het vermeende toekomstige slachtoffer in veiligheid te brengen. Maar wat dan? Een dreigend persoon in de behandelkamer kan ontkenen bij de politie. De praktijk wijst uit dat de dreiger in de meeste gevallen maar kort voor verhoor wordt vastgehouden. En wat is het effect van het doorbreken van het beroepsgeheim op de therapeutische relatie?

De *behandeling* van de patiënt die zich homicidaal uit, kan zich richten op de achterliggende onregelende gebeurtenissen en beweegredenen van de dreigende patiënt. In het geval van een ernstige psychiatrische stoornis zal medicatie of een Bopz-maatregel (Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen) moeten worden overwogen.

- *Agressieregulatiebehandeling*. Bij de Waag, centrum voor ambulante forensische psychiatrie, wordt specifieke agressiebehandeling gegeven, agressieregulatie op maat. Een doodsb bedreiging is vaak een voorbeeld van verbale agressie. De modules 'stressreductie', 'beheersingsvaardigheden', 'impulscontrole', 'emotieregulatie' en 'conflicthantering' sluiten aan bij deze problematiek (Hoogsteder 2014).
- *EMDR*. Deze methode staat geregistreerd als werkzame methode voor behandeling van (complexe) traumata. Op het moment van publiceren van dit artikel loopt

onderzoek naar de effectiviteit van *eye movement desensitization and reprocessing* (EMDR) bij mensen met intense woede- en wraakgevoelens.

Een aantal psychodynamische factoren moet in ogenschouw worden genomen bij de behandeling van de patiënt die zich homicidaal uit:

- *Suïcidaliteit versus homicidaliteit*. Een groot verschil tussen een patiënt met suicidaliteit of homicidaliteit is dat bij de eerste (potentiële) dader en slachtoffer zich in een en dezelfde persoon verenigen, en bij de tweede uiteraard niet. Als iemand suicide overweegt, gaat de interne ambivalentie erover dat de dader weliswaar 'wint', maar dezelfde persoon eveneens 'verliest'. Bij de behandeling van een patiënt die zich homicidaal uit, zit het potentiële slachtoffer (meestal) niet in de kamer. Wees alert wanneer iemand zich als 'winnaar' gaat zien en het verlies voor het slachtoffer uit het oog dreigt te verliezen.
- *Paradox*. In vele gevallen schuilt er onder de homicidaliteit een enorme woede naar de persoon, met wie de patiënt eigenlijk niets meer te maken wil hebben (ex-werkgever of ex-vrouw). Dit is een 'paradox van de belangrijke onbelangrijke andere'. Door zichzelf zo te blijven voeden met haat, zal die 'onbelangrijke persoon' belangrijk blijven.
- *Hanteren van machteloosheid*. De eerdergenoemde machteloosheid is een emotie die onbewust en direct geprojecteerd kan worden op de behandelaar en sterke tegenoverdrachtsgevoelens kan losmaken. Dooreen dreigende uitspraak te doen kan de patiënt het gevoel krijgen de macht weer in handen te hebben, althans gedurende het behandelgesprek. De behandelaar blijft moe en leeg achter. Door uit te leggen dat dit contraproductief werkt en dat de patiënt zich op deze manier nog meer isoleert, kan een poging worden gedaan de machteloosheid te doorbreken.
- *Reactie en houding van de behandelaar*. Vanuit een onbestemd angstig gevoel kunnen zich uitersten voordoen in de reactie van een behandelaar op een doodsb bedreiging. Dissociatie, vermijding of ontkenning aan de ene kant: 'ik zal het wel verkeerd gehoord hebben'. En paniek aan de andere kant: 'alles zal helemaal uit de hand lopen en dan kom ik voor de tuchtrechter'. De patiënt zal zich minder gehoord voelen als de professionele reactie een uiterste is. De behandelaar dient bewust te zijn van zijn of haar 'natuurlijke' reactie op zo'n bericht.

Documenteren

Noteer uw overwegingen: wanneer u het beroepsgeheim doorbreekt, maar óók (bij een risicovolle situatie) wanneer u na beraad besluit het beroepsgeheim niet te doorbreken. Volg het eventuele gevaar door de tijd, zoals staat vermeld

in de conclusie van de IGZ in het rapport betreffende Tristan van der V. (2011):

‘Uit het dossier blijkt niet dat er systematisch aandacht is besteed aan het risico van suïcide en een eventueel vuurwapenbezit. Gezien de voorgeschiedenis, waarin gedreigd was met suïcide met een vuurwapen, had er regelmatig een risicotaxatie op beide risicovolle onderdelen uitgevoerd en in het dossier vastgelegd moeten worden’.

Evalueren

De evaluatie van het proces rondom de afweging van het doorbreken van het beroepsgeheim is belangrijk. Voelt de behandelaar zich veilig? Is er bij hem/haar angst voor represailles na het doorbreken van het beroepsgeheim?

DISCUSSIE

In dit artikel wijzen wij de behandelaar op zijn of haar verantwoordelijkheid om risicovolle situaties te (h)erken- nen, een adequate risicotaxatie te maken en homicidaliteit te behandelen.

Een sterk punt van ons artikel is dat er weinig over dit onderwerp bekend is en dat het handvatten biedt voor de praktijk. Wel moeten we opmerken dat de literatuur over homicidaliteit beperkt is en methodologische tekortkomingen heeft: het betreft kleine populaties en (op één studie na) slechts retrospectieve onderzoeken.

Implicaties voor onderzoek

Nog niet duidelijk is hoe groot de kans is op agressie met een niet-dodelijke afloop na een homicidale uitspraak. Ook zou men meer aandacht kunnen besteden aan de impact van een homicidale uitspraak op een (vermeend) slachtoffer en zijn of haar systeem. Toekomstig onderzoek zou zich hier op kunnen richten.

Implicaties voor de praktijk

Ggz-instellingen hebben de verantwoordelijkheid het proces rondom wel/niet doorbreken van het beroepsgeheim te faciliteren (GGZ Nederland 2012) en de behandelaar te ondersteunen, maar ook continuïteit van behandeling te helpen waarborgen.

Versoepeling van regels over het medisch beroepsgeheim kan juist risicovoller zijn. Het beroepsgeheim geeft behandelaars (binnen bepaalde grenzen) de mogelijkheid samen

met de homicidale patiënt de niet-destructieve oplossingen te vinden voor hun problemen.

Het strekt tot aanbeveling een checklist te ontwikkelen waarmee een homicidale uitspraak systematisch kan worden geanalyseerd. Elementen uit de paragraaf over risicobeoordeling in ons artikel, de *CrisisMonitor* (Van de Sande 2014) en andere risicotaxatie-instrumenten kunnen hierbij worden geïntegreerd.

CONCLUSIE

In de spreekkamer is een doodsb bedreiging van een patiënt naar een derde geenszins hetzelfde als een aankondiging van een doding. Er wordt vele malen meer gedreigd dan dat een dreigement wordt uitgevoerd. In het overgrote deel betreft het een emotionele uitbarsting. Op casusniveau is geen waterdichte inschatting te maken over wie wel en wie niet tot doding overgaat.

De risicoschatting richt zich op achterliggende beweegredenen en inschatting van de actiebereidheid van de patiënt. Vraag altijd naar wapens/wapenbezit. Een psychotische stoornis, een antisociale persoonlijkheidsstoornis, middelemisbruik (met name alcohol) of een bipolaire depressie verhoogt het risico. Doodsb bedreigingen gericht naar een partner binnen een relatie met langer bestaand huise- lijk geweld of een al eerder voor een doodsb bedreiging veroordeelde patiënt behoeven extra aandacht.

Bij een doodsb bedreiging met hoog risico moet een behan- delaar het doorbreken van het beroepsgeheim overwegen. Er kleven voor- en nadelen aan het doorbreken van het beroepsgeheim, maar dit geldt ook voor het niet-doorbre- ken ervan. Wij adviseren elke ggz-professional de ‘Hand- reiking Beroepsgeheim & het conflict van plichten’ (NVvP 2013) en de ‘Handreiking Beroepsgeheim’ (GGZ Nederland 2012) als leidraad te gebruiken. Ggz-instellingen hebben de taak om dit proces te ondersteunen. Het ontwikkelen van een checklist voor homicidale uitspraken strekt tot aanbeveling.

Homicidaliteit is (net als suïcidaliteit) te behandelen. We moeten het alleen wel dóén. Daarom roepen wij behan- delaars op om opmerkzaam te zijn op eigen gevoelens van tegenoverdracht. Medicatie, EMDR of een agressieregulatie- therapie kunnen helpende interventies zijn. Het inge- schatte gevaar zal over de tijd heen moeten worden gevolgd.

LITERATUUR

- Bovenkerk F. Bedreigingen in Nederland. Amsterdam: Augustus; 2006. p. 19 p. 226.
- Eastman N, Adshead G, Fox S, Latham R, Whyte S. Forensic psychiatry. Oxford: Oxford University Press; 2012: p. 35.
- Feenstra W. Per dag 200 serieuze bedreigingen via Twitter. de Volkskrant 31 oktober 2013.
- Gellerman D.M. Suddath R. violent fantasy, dangerousness and the duty to warn and protect. J Am Acad Psychiatry Law 2005; 33: 488.
- GGZ Nederland. Handreiking Beroepsgeheim, 6 stappen voor zorgvuldig handelen. Amersfoort: GGZ Nederland; 2012.
- Hoogsteder LM. Coming on strong. Is responsive aggression regulation therapy (Re-ART) a promising intervention? [proefschrift] Amsterdam: UvA; 2014.
- IGZ. Rapport calamiteitenonderzoek naar de hulpverlening aan V., dader van het schietincident in Alphen aan den Rijn op 9 april 2011. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg; 2011.
- IGZ. Wel foto's, maar geen film: leren van de gebeurtenissen in de zorgverlening aan Bart van U. Utrecht: IGZ; 2017.
- Kamerbrief over de landelijke agenda suïcidepreventie en jaarrapportage vermindering suïcidaliteit. Rijksoverheid; 2013.
- Kenrick DT, Sheets V. Homicidal fantasies. Ethology and Sociobiology 1993; 14: 231-46.
- KNMG. Handreiking Beroepsgeheim en politie/justitie. Utrecht: KNMG; 2012.
- KNMG. Wegwijzer voor zorgprofessionals; het beroepsgeheim in samenwerkingsverbanden. Utrecht: KNMG; 2014.
- Marle HJC van. Het gevaarlijke individu en de psychiater. Tijdschr Psychiatr 2014; 56: 428-9.
- Nieuwbeerta P, McCall PL, Elffers H, Wittebrood K. Neighborhood characteristics and individual homicide risks: effects of social cohesion, confidence in the police and socioeconomic disadvantage. Homicide Studies 2008; 12: 90.
- NVvP. Handreiking Beroepsgeheim & het conflict van plichten. Utrecht: NVvP; 2013.
- Pera SB, Dailliet A. Homicide by mentally ill: clinical and criminological analysis. Encephale 2005; 31: 539-49.
- Richard-Devantoy S, Olie JP, Gourevitch R. Risk of homicide and major mental disorder: a critical review. Encephale 2009; 35: 521-30.
- Sande R van de. Short-term risk assessment on acute psychiatric wards: evaluation of the Crisis Monitor Approach [proefschrift]. 2014
- Sher L, Rice T; World Federation of Societies of Biological Psychiatry Task Force on Men's Mental Health. Prevention of homicidal behavior in men with psychiatric disorders. World J Biol Psychiatry 2015; 16: 212-29.
- Stockl H, Devries K, Rotstein A, Abrahams N, Campbell J, Watts C, e.a. The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. Lancet 2013; 382: 859-65.
- Warren LJ, Mullen PE, Thomas SDM, Oglloff JRP, Burgess PM. Threats to kill: a follow-up study. Psychol Med 2008; 38: 599-605.

SUMMARY

How to act in case of a homicidal patient; a literature review and a practice guideline

B.S. FRELIER, T.J. HOLWERDA

BACKGROUND Death threats are common in the therapist's office. Many therapists don't know how to handle these.

AIM To provide background information and tools for the practitioner who receives a homicidal threat from a patient.

METHOD A systematic literature review of the epidemiology, diagnostics, risk assessment and treatment of homicidal threats.

RESULTS During consultation, a death threat is not equatable with the announcement of murder. There are far more instances where the patient does not follow through with their threat. A psychotic disorder, an antisocial personality disorder, alcohol abuse, (bipolar) depression, long-existing (severe) domestic violence, possession of a weapon or a previous conviction for a death threat are important risk increasing factors. The risk assessment evaluates the motives and the proclivity to act. EMDR and aggression regulation therapy appear to be effective treatments for underlying trauma and anger. However, psycho-dynamic aspects and feelings of countertransference should also be taken into account during therapy. Three Dutch guidelines about professional secrecy are important when making an assessment about whether or not one should break the rules of confidentiality.

CONCLUSION Any practitioner who may be faced with a homicidal patient should have ready access to the relevant guidelines. Mental health institutions are encouraged to actively support this process.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 60(2018)4, 241-249

KEY WORDS homicidal, professional secrecy, risk taxation, weapons