

Rechtspositie en tbr/behandeling: over macht en onmacht

door J.H. Blankstein

Het thema van de rechtspositie van de psychiatrische patiënt staat de laatste jaren nogal in de belangstelling. Het belang er van voor de gang van zaken in de psychiatrische inrichting tekent zich steeds meer af. De rechtspositieregeling vormt ook een van de hoekstenen van het wetsontwerp BOPZ, waarbij overigens de consequenties voor de praktijk zich nog moeilijk laten overzien. De invloed van het rechtspositionele element bij de behandeling van terbeschikkinggestelden is zo mogelijk nog gecompliceerder dan in de algemene psychiatrie. Het aspect van de maatschappelijke veiligheid is immers bij de terbeschikkingstelling nadrukkelijker aanwezig.

In het hiernavolgende zal worden stilgestaan bij de trias: behandeling – rechtspositie – maatschappelijke veiligheid binnen de forensisch-psychiatrische inrichting en vooral bij de wisselwerking tussen de drie elementen. Daarbij zullen onder andere de positieve waarden van een rechtspositieregeling voor de behandeling worden aangegeven, maar ook enige spanningsbronnen en valkuilen.

De basis voor de situatie van gedwongen opname wordt in dit geval gevormd door de juridische maatregel van terbeschikkingstelling. Doel daarvan is niet primair het welzijn of de gezondheid van de patiënt, maar de bevordering van de maatschappelijke veiligheid, zowel op korte als op langere termijn. De maatregel wordt opgelegd als het gepleegde, ernstige, delict de betrokkene vanwege stoornissen in zijn geestvermogens in verminderde mate of niet kan worden toegerekend. Voor dat gedeelte waarvoor hij of zij niet toerekeningsvatbaar wordt geacht, wordt geen straf opgelegd.

Een tweede belangrijke overweging bij de oplegging is dat volgens schatting van deskundigen er een reëel risico is van delictherhaling.

Schrijver is psycholoog-psychotherapeut en als algemeen directeur verbonden aan de Prof. Mr. W.P.J. Pompekliniek, Weg door Jonkerbos 55, Nijmegen. Dit artikel is een bewerking van een inleiding, op 19 oktober 1984 gehouden voor de sectie forensische psychiatrie van de Ned. Ver. v. Psychiatrie.

Gezien dat risico is het niet verantwoord om de betrokkene, ook al wordt hij niet strafbaar geacht voor zijn daad, vrij in de maatschappij te laten verkeren. Hij dient uit die maatschappij geweerd te worden totdat dat risico tot aanvaardbare proporties is verminderd.

De vermindering van het delict risico wordt geacht bevorderd te worden door opname in een inrichting die een zo adequaat mogelijk behandelingsaanbod doet. De opname zelf is geen vrije keuze. Het verblijf in de inrichting is immers mede bedoeld om er voor te zorgen dat hij niet vrijelijk in de maatschappij kan verkeren – de zorg voor de maatschappelijke veiligheid op korte termijn. Wel heeft de betrokkene een bepaalde mate van vrijheid om te beslissen over gebruikmaking van het behandelingsaanbod. Via dat behandelingsaanbod wordt het tweede deel van het doel van de opname beoogd: de betrokkene in positieve, zo men wil genezende, zin te beïnvloeden – de zorg voor de maatschappelijke veiligheid op langere termijn.

De maatregel van terbeschikkingstelling en de daarmee verbonden verblijfs situatie is zo in feite gebaseerd op een drietal veronderstellingen:

- betrokkene is verminderd of niet toerekeningsvatbaar, dat wil zeggen kan de consequenties van zijn daden onvoldoende overzien en/of de impulsen tot die daden onvoldoende onder controle houden;
- er is een serieus te nemen risico van delict herhaling, hetgeen vooronderstelt dat wij in staat zijn om dat destructieve gedragsaspect te voorspellen;
- veranderingen van intrapsychische en/of interpersoonlijke aard kunnen dit risico verminderen.

De opdracht voor de forensisch-psychiatrische inrichting, waar de maatregel ten uitvoer wordt gelegd, is gecompliceerd. Deze opdracht behelst de volgende elementen:

– de verantwoordelijkheid voor het bewaken van de maatschappelijke veiligheid. De inrichting dient daartoe materieel uitgerust te zijn en de taakstellingen van het personeel dienen mede op deze verantwoordelijkheid gericht te zijn. De inrichting is van de buitenwereld afgesloten, vrij verkeer naar buiten en naar binnen is niet mogelijk, kan en moet onder controle staan. Allerlei functionarissen, deels met een behandelingstaak, deels met andere taken belast, dienen veiligheidsaspecten steeds in het oog te houden. De wijze van informatie-uitwisseling en overleg dient ook zo gestructureerd te zijn dat veiligheidsrisico's snel en adequaat signaleerd en beoordeeld kunnen worden.

– er dient een gedifferentieerd behandelingsaanbod te worden gerealiseerd. Behandeling is het centrale middel om het doel van de tbr te bereiken en de inrichting is daartoe het instrument. De problematiek van de tbr-gestelde is veelzijdig en veelsoortig: er is geen standaardantwoord op mogelijk, telkens zal per individu gezocht moeten wor-

den naar de meest effectieve weg tot beïnvloeding en behandeling. Er moet ook veel geëist worden van die behandeling, want die vormt de legitimatie van de tbr-opname. Omdat de opname onvrijwillig is en zelden door de betrokkene zelf verkozen, is een belangrijk onderdeel van de behandeling juist het motiveren van de tbr-gestelde om van die behandeling gebruik te maken.

- de opgenomen patiënten zijn in allerlei opzichten afhankelijk van de inrichting, zowel in de beleving als in heel feitelijke en praktische zin. Op de inrichting rust dan ook een zorgplicht. Leefsituatie, voeding, medische zorg, mogelijkheden voor zelfverzorging, handhaving van eigen gewoonten, geloof en levensovertuiging en dergelijke dienen zoveel mogelijk gegarandeerd te zijn.

- de rechten van de opgenomen patiënten moeten gerespecteerd en bewaakt worden, voorzover deze rechten niet ingeperkt zijn krachtens het karakter van de opgelegde juridische maatregelen en het belang van de instandhouding van het instituut.

In begin 1983 is door de staatssecretaris van Justitie een commissie Rechtspositieregeling tbr-gestelden, kortweg naar haar voorzitter de commissie Haars genoemd, ingesteld. Inmiddels heeft deze commissie kortgeleden een interimrapport het licht doen zien. Voor de specifieke inhoud van de voorgestelde regelingen wordt verwezen naar dit rapport. Hier wordt volstaan met een weergave van de uitgangspunten en hoofdlijnen.

Kernpunt is dat de maatregel van terbeschikkingstelling en de uitvoering daarvan slechts zover mag ingrijpen op iemands grondrechten als strikt noodzakelijk is. Telkens moet dus worden nagegaan wat de oorzaak is voor een bepaalde inbreuk op die grondrechten, en er dienen ook wegen te zijn waarlangs die noodzaak getoetst kan worden. Inhoudelijk staat natuurlijk centraal dat de maatregel dient ter bescherming van de maatschappelijke veiligheid. Inbreuken op iemands bewegingsvrijheid zijn daarmee gelegitimeerd, evenals controle op en restricties van de vrijheid van contact met de maatschappij en met leden van die maatschappij. Maar die legitimering is dan gebaseerd op de maatschappelijke veiligheid, hetgeen inhoudt dat als de gronden voor het aannemen van een duidelijk maatschappelijk risico zijn vervallen, die legitimering ook verdwijnt. In de rechtspositieregeling is dan ook gezocht naar middelen om die weging regelmatig te toetsen. Een periodieke behandelingsevaluatie, waarin wordt aangegeven welk veranderingsproces er zich volgens de behandelaars voltrekt en op grond van welke overwegingen beperkingen in bewegingsvrijheid en contactvrijheid noodzakelijk zijn, dient daartoe het instrument te vormen.

Daarnaast is het ook noodzakelijk de rechten van patiënten in te perken ten behoeve van het waarborgen van een gang van zaken in de inrichting die zowel de veiligheidstaak van die inrichting overeind laat als de behandelingstaak niet aantast. De inrichting moet over voldoende

de zicht op het gebeuren beschikken om, zoals reeds eerder gesteld, goed gevaren te kunnen signaleren. Dat betekent onder andere een legitimatie van inbreuken op het recht van privacy, op briefgeheim en telefoongheim, op het recht van onaantastbaarheid van het lichaam (fouilleren en visitatie), zij het binnen omschreven grenzen en op grond van duidelijke overwegingen. De veiligheid van medebewoners en personeel moet zoveel mogelijk gegarandeerd zijn, hetgeen deze inbreuken mede wettigt. Ook kunnen op grond van dit soort overwegingen verdergaande beperkingen van iemands bewegingsvrijheid toegestaan zijn: consignatie op de groep, separatie op de eigen kamer of een daartoe ingericht vertrek etcetera.

Tegenover de legitimiteit van inbreuken op allerlei rechten staat echter ook een aantal juist nadrukkelijk toe te kennen rechten aan de patiënt. Daarbij gaat het erom dat de betrokkene in de gelegenheid moet zijn de legitimatie van de inbreuken te laten toetsen. Daarin wordt hij dus nadrukkelijk gezien als volwaardig medemens en wordt de relatie behandelde – behandelaar ook een rechtsverhouding. Een wezenlijk aspect hierbij is het recht op adequate informatie: informatie over de rechtspositie, over de wijze waarop deze gehandhaafd en bewaakt wordt, over voor de behandelde geldende regels en verplichtingen (huisregels), maar ook over beslissingen die ten aanzien van hem genomen zijn en behandelingsvoornemens die voor hem zijn ontwikkeld. De eerder genoemde periodieke behandelingsevaluatie speelt vooral met betrekking tot die laatste punten een grote rol. Een tweede aspect is het recht op een met voldoende rechtswaarborgen omklede procedure en een toetsing bij een onafhankelijke instantie. Met betrekking tot die rechtswaarborgen gaat het om zaken als:

- het recht op hoor en wederhoor en eventuele getuigen,
- de mogelijkheid van rechtsbijstand,
- het recht op een gemotiveerde uitspraak,
- het recht op hoger beroep,
- recht op inzage van stukken.

Tot zover een beknopt overzicht van de uitgangspunten voor een rechtspositieregeling. Welk belang heeft nu een dergelijke regeling gezien vanuit de optiek van de behandeling en behandelaar?

Waar hebben behandelaars mee te maken? De tbr-gestelde is veelal iemand met een zeer laag gevoel van eigenwaarde, dat hij door allerlei kunstgrepen heeft geprobeerd op te vijzelen: door angsten te ontkennen, door diepergaande contacten te vermijden, door te vertrouwen op eigen primitieve kracht of door langdurig zich te troosten met luchtkastelen, bravourgedrag etcetera, al of niet gelardeerd met alcohol of drugs. We spreken van vroege en diepingrijpende relatiestoornissen, waarbij wantrouwen en gevoelens van kleinheid domineren, al of niet gecompenseerd door grandiositeitsbelevingen.

De gang van zaken na het delict: de opsluiting in het huis van

bewaring, het psychiatrisch of multidisciplinair onderzoek, de rechtszitting, het verblijf in gevangenis, selectie instituut en inrichting bevorderen in sterke mate die gevoelens van onmacht, wantrouwen en overgeleverd zijn. De enige tijd geleden uitgezonden film 'Terbeschikkinggesteld' illustreerde dit aspect op heel indringende wijze. Het probleem waarvoor behandelaars gesteld worden is dat zij, mede op grond van wetenschappelijk getoetste ervaringen, weten:

- dat brain-washing niet helpt;
- dat uitwendig afgedwongen aanpassing niet leidt tot blijvende gedragsveranderingen; maar
- dat innerlijke acceptatie van ander gedrag, van andere belevingswijzen noodzakelijk is voor een blijvende gedragsverandering.

Ook behandelaars staan dus voor een opgave waarin gevoelens van onmacht sterk naar voren kunnen komen. Want er is veel reden voor verzet bij de terbeschikkinggestelde tegen hun invloed: de niet door hem zelf gekozen verblijfssituatie, de door hem te percipiëren overmacht bij 'de deskundigen', de basale stoornissen in zijn persoonlijkheid waarbij wantrouwen centraal staat, naast de hoge mate van narcistische kwetsbaarheid en pantsering.

Het is in dat licht van grote psychologische betekenis om de tbr-gestelde als volwaardige partij te benaderen, waarbij hij niet geheel meer is overgeleverd aan wat voor goed bedoelende behandelaars dan ook. Een heldere formele rechtspositie met omschreven rechten en plichten benadrukt iemand in zijn volwassen positie, hoe kinderlijk hij in allerlei andere opzichten ook nog zou zijn.

Aan deze uitwerking van de verhouding tussen behandelde en behandelaar zitten verschillende neveneffecten die aandacht verdienen.

De opdracht die de wet aan de tbr-inrichting geeft, is niet alleen een moeilijke, maar ook een verraderlijke. De veiligheid moet bewaakt worden, telkens moet het delict risico ingeschat worden, en de tbr-gestelde dient verpleegd te worden, maar zo mogelijk ook te veranderen. De inrichting wordt met veel macht bekleed, deels expliciet deels onderhuids – en dat niet alleen door de terbeschikkinggestelden, maar ook door de maatschappij, door de wet, door de rechters etcetera. En de werkers binnen die inrichting zijn niet ongevoelig voor dat appél. Er is een voortdurende tendens om beter greep te krijgen op de situatie, om meer te kunnen, effectiever te kunnen behandelen, kortom: om meer macht te krijgen. Twee krachten voeden die tendens: de moeite van de behandelaars zelf met de telkens weer ervaren onmacht om de opgenomen patiënten te bereiken en te beïnvloeden, en als compensatie daarvoor een verborgen behoefte aan almacht, en: de verwachtingen die spreken uit de wet, de rechterlijke uitspraken, de publieke opinie.

Bij de terbeschikkinggestelde huist er zowel angst voor, als verlangen naar de almachtige ouder. De kliniek en de behandelaars worden

dikwijls als zodanig beleefd. Vaak kan bij de patiënten de houding ervaren worden van: hier ben ik met mijn problemen, verbeter me maar, maak me maar anders. Afweer van eigen verantwoordelijkheid en eigen inzet en magisch verlangen gaan hierbij hand in hand.

Een onafhankelijke, wegende en toetsende instantie, die naast de relatie patiënt-inrichting staat, is een belangrijke, zo niet essentiële relativisering van die door macht en onmacht beheerste situatie. Van oudsher kennen we deze instantie al bij de verlengingszitting: de wegende en oordelende rechtbank, die hoort wat de deskundigen er van vinden, hoe die de behandeling, maar vooral de gevaarssituatie taxeren, doch die ook hoort hoe de betrokkene er zelf over denkt, bijgestaan door een advocaat. Maar een onafhankelijke commissie van beklag, met rugdekking door een commissie van beroep, die ten principale allerlei rechtsaspecten, dat wil zeggen allerlei onvrijwilligheids- en dus dwangaspecten, kan wegen op redelijkheid en zorgvuldigheid, doorbreekt ook en veel meer permanent die psychologisch gesloten situatie.

Daarmee wordt de situatie voor de inrichting er allerm minst eenvoudiger op. Er blijft ambiguïteit op allerlei fronten. In dit licht is het interessant de aandacht te vestigen op een tweetal elementen uit de voorgestelde rechtspositieregeling. Er wordt vermeld dat de terbeschikkinggestelde het recht heeft op de nodige behandeling, zoals ook in de nieuwe wet op de terbeschikkingstelling staat. Verschillende waarborgen worden gecreëerd om aan dat begrip 'nodige' behandeling inhoud te geven. Maar ook wordt gesteld dat de terbeschikkinggestelde het recht heeft om die behandeling te weigeren. De inrichting heeft de plicht een adequaat behandelingsaanbod te doen en te blijven doen, maar de patiënt kan telkens weer stellen geen gebruik te willen maken van dat aanbod. Iemand mag niet gedwongen worden zich open te stellen voor psychologische invloeden.

Slechts heel bepaalde, nauw omschreven handelingen mogen iemand tegen zijn wil worden opgelegd. Zo mag slechts in precies omschreven situaties dwangmedicatie gebruikt worden. Maar het is noch mogelijk, noch toegestaan om iemand te dwingen in psychotherapie te gaan, of deel te nemen aan creatieve therapie, bewegingstherapie of arbeidstherapie. Tegelijkertijd blijft de opdracht voor de inrichting overeind staan: de bevordering van de maatschappelijke veiligheid op korte en op langere termijn. Daarbij blijft het de plicht van de inrichting om telkens weer na te gaan langs welke wegen behandeling wel mogelijk is en hoe er, met respectering van het recht op weigering bij de patiënt, effectief invloed kan worden uitgeoefend.

Bij veel therapievormen is overigens zowel de indicatiestelling als het al of niet deelnemen van de patiënt helder aan te geven. Bij de sociotherapie, bij de therapeutische hantering van de leefsituatie en bij de invloeden die uitgaan van de opzet en sfeer van de totale inrichting is dat veel minder helder. De gedwongen opgenomen patiënt kan zich niet volledig onttrekken aan de invloed die uitgaat van het therapeu-

tisch milieu. Bij de terbeschikkingstelling wordt ook vaak gesproken van dwangverpleging, als contrast tot de veelal niet gerechtvaardigde dwangbehandeling. Maar ook van verpleging, van onontkoombare contacten met groepsleiding, sociotherapeuten en andere medewerkers in de inrichting, van materiële structurering en van huisregels gaan effecten uit, die beogen positief te werken, of de patiënt dat nu wil of niet.

Behandelaars en de behandeling ondersteunende deskundigen zijn echter in hun mogelijkheden op verschillende aspecten begrensd. Het is goed om die begrenzingen in het oog te houden. Het gaat daarbij om de volgende aspecten:

- het vermogen om het risico van delicttherhaling in te schatten. Ondanks alle psychologische en psychiatrische inzichten blijkt telkens weer dat het voorspellen van iemands gedrag een hachelijke zaak is. Alle theorieën over menselijk gedrag, of dat nu psychoanalytische, gedragstherapeutische, systeemtheoretische of biologisch-psychiatrische verklaringen zijn, zijn slechts benaderingen van de werkelijkheid.

- het vermogen om de juiste invalshoeken en entree's voor een effectieve behandeling te vinden. Hoe kan het aangaan van een constructief therapeutisch verbond worden bewerkstelligd? In de praktijk blijkt dat telkens weer een proces van zoeken en tasten, en regelmatig misgrijpen.

- het vermogen om af te schatten wat er gebeurt met en in een terbeschikkinggestelde ondanks zijn eventuele afwijzing van bepaalde, gerichte behandelingsmogelijkheden. Indien iemand zich engageert in de behandeling is de mogelijkheid om voeling te hebben met het veranderingsproces duidelijk veel groter dan als iemand dat engagement afwijst. Maar betekent die afwijzing tevens dat er niets verandert? Dat lijkt mij twijfelachtig. Hiervoor is reeds aangegeven dat iemand zich nooit geheel kan afsluiten voor de inwerking vanuit de leef- en totale klinieksituatie. We moeten de invloed van het therapeutisch milieu, met zijn bewust gestuurde en bedoelde, maar ook met zijn impliciete boodschappen, niet onderschatten. En daarnaast vinden veranderingen soms ook plaats vanuit een paradoxale situatie. Het nadrukkelijk zich afzetten tegen het behandelingsaanbod kan bij sommige patiënten leiden tot een toegenomen identiteitsbesef en vermogen zichzelf te redden.

- het vermogen om trefzeker af te schatten wat in het gedrag van de terbeschikkinggestelde, ook in de te signaleren veranderingen, product is van de wisselwerking tussen de inrichting en hem en wat geïnternaliseerd is. Anders gezegd: wat in het huidige gedrag van de patiënt staat in functie van zijn, verplichte, relatie met zijn behandelaars? Is de verandering een verbetering in het gedrag primair afhankelijk van die relatie, van het toezicht of van de psychologische betekenis van de behandelaar voor de patiënt? Is er sprake van 'overdrachts-genezing' of heeft de patiënt zelf het andere gedrag en de andere bele-

vingswijze in voldoende mate eigen gemaakt?

– het vermogen om doeltreffend het milieu van oorsprong in de behandeling te betrekken. De juridische maatregel van terbeschikkingstelling houdt in feite een kunstmatige scheiding van individu en context in. In de inrichting wordt een individu opgenomen, behandeld en beïnvloed. Slechts in veelal zeer beperkte mate is er de mogelijkheid om ook het leefmilieu mee te beïnvloeden. De mate waarop dat milieu op zijn beurt de delictgevaarlijkheid en in bredere zin de geestelijke gezondheid van de terbeschikkinggestelde nog actueel beïnvloedt, verschilt weliswaar van geval tot geval, maar is slechts zelden volledig te verwaarlozen. Eerder neigen we ertoe die invloed te onderschatten.

Al deze begrenzings ontslaan de inrichting niet van de plicht naar beste vermogen zowel te behandelen als te oordelen. De toetsing door een externe instantie van die behandeling en dat oordeel is daarbij zowel een humanitair en ethisch goed, als ook een psychologisch betekenisvolle waarborg tegen een wederzijds aan elkaar overgeleverd zijn van patiënt en behandelaar in een mēlée van macht en onmacht.

Het is aan de inrichting om dit op zijn waarde te schatten en er productief mee om te gaan. Het is aan de maatschappij om de menselijke beperkingen te accepteren: de beperkingen van het effect van de tbr-maatregel horen daarbij. Noch de behandelaar, noch de rechter, noch de wetgever kan en mag uitgaan van een absoluut positief resultaat. Het is betreurenswaardig dat het uitblijven van dat 100%-resultaat leidt tot onnodige scepsis bij bijvoorbeeld de rechterlijke macht, waardoor een aantal mensen die vanuit een ernstige psychische gestoordheid tot destructief handelen komen niet ter beschikking worden gesteld. Daarmee wordt hun basaal een zowel voor hen als voor de maatschappij belangrijke veranderingsmogelijkheid onthouden, of krijgen zij die mogelijkheid slechts in het rigide kader van een straf met vastgestelde tijdsduur.

Juist een goede rechtspositieregeling kan de waarborgen scheppen voor een evenwichtig behandelingsbeleid. En goed betekent in dit geval: recht doende aan de volwaardigheid en waardigheid van de tbr-gestelde, en ruimte latend voor een verantwoorde invulling van de behandelings- en beveiligingsopdracht van de inrichting.

Literatuur

Interim-rapport van de commissie Rechtspositie Terbeschikkinggestelden. Staatsuitg. 1985.