

## DE PSYCHIATER IN HET RECLASSERINGSTEAM

door Dr. W. GOUDSMIT, te Groningen

Sprekend over de taak van de psychiater in het reclasseringsteam, moet ik meteen twee beperkingen maken: Het zal uitsluitend gaan over de reclassering van meerderjarige of bijna meerderjarige reclassenten en de taak van de psychiater zal bekeken worden vanuit ervaringen bij een 'niet gespecialiseerde' reclasseringsvereniging, in dit geval het Nederlands Genootschap tot Reclassering.

Het is pas sinds kort, dat aan de afdelingen van reclasseringsverenigingen psychiaters verbonden zijn. Nog niet al te lang geleden, vóór de Tweede Wereldoorlog, was de bijdrage van de psychiater aan het reclasseringswerk meer een liefhebberij van sommige psychiaters, vaak lid van het bestuur van een reclasseringsvereniging. Daarna kwam het instituut van de 'psychiatrische toezichthouder', die tegen een vergoeding van f 48,— per reclassent per jaar zogenaamd psychiatrisch toezicht hield. Onder dit psychiatrisch toezicht houden werden zeer verschillende dingen verstaan: sommigen beperkten zich er toe om eens in de 3 à 4 maanden de reclassent voor een kort controlegesprek op te roepen, sommigen deden veel moeite voor hun reclassenten, in sommige gevallen leek het psychiatrisch toezicht al een vorm van psychotherapie te zijn. De honorering was volkomen inadekwaat, in sommige gevallen veel te laag, in vele gevallen echter, nl. daar waar er vrijwel niet met de reclassent werd gewerkt, in feite nog veel te hoog. Bij een enquête-onderzoek in 1959 bij psychiaters die op de een of andere wijze met het reclasseringswerk te maken hadden, bleek duidelijk dat de grote meerderheid van de ondervraagde psychiaters met de toen nog vrij algemeen geldende regeling ontevreden was.

Thans is aan vele plaatselijke afdelingen van reclasseringsverenigingen een psychiater verbonden. Wij zien hierbij medewerking op twee verschillende wijzen. Soms wordt de psychiater uitsluitend gezien als consultant van de bij de afdeling van de reclasseringsvereniging werkzame maatschappelijke werkers. Zijn taak is dan voornamelijk 'coachen' van het team en advies geven in moeilijke gevallen. In de regel heeft hij weinig tijd voor contacten met de reclassent, de weinige contacten vinden plaats op een spreekuur één of meerdere malen per week 's avonds aan het bureau van de instelling.

De andere vorm van medewerking is die, waarbij de psychiater als lid van het reclasseringsteam werkt. In het algemeen, en mijns inziens terecht, is het hoofd van het bureau tegelijkertijd leider van het team, waaraan indien enigszins mogelijk ook een psycholoog

verbonden dient te worden. Bij deze vorm van samenwerking, enigszins vergelijkbaar met die bij een medisch opvoedkundig bureau, heeft de psychiater een uitgebreide taak, waarover wij het thans willen hebben. Het zal u in het vervolg wel duidelijk worden dat ik zelf voorstander ben van laatstgenoemde vorm van medewerking.

## 1 DE TAAK IN HET TEAM

Het bijwonen van de stafbespreking, waarbij zowel problemen van de voorlichting als ook van de nazorg besproken worden, lijkt essentieel. In plaats van het coachen van de maatschappelijk werker zou ik zelf hier liever spreken van een wederzijdse coaching. Beiden, zowel de maatschappelijk werker als de psychiater, zijn specialist op hun gebied; de psychiater, die vaak essentiële ervaringen in de gezinnen van reclassenten mist, kan in dit team veel opsteken van de maatschappelijk werker die bovendien een aparte opleiding heeft gehad waarin hij een speciale methode van werken met de cliënt-reclassent heeft geleerd.

Voor een dergelijke stafbespreking zijn een aantal argumenten aan te voeren. Het is vaak verruimend en inzichtgevend om vanuit verschillende disciplines over dezelfde casus te spreken. De besprekingen dienen in de regel de meerdere objectiviteit, aangezien die teamleden, die geen rechtstreekse contacten met de reclassent hebben gehad, mogelijkerwijze bij het lezen van de stukken en het aanhoren van discussie-opmerkingen, een wat minder vooringenomen en meer neutrale zienswijze op de besproken problemen zouden kunnen hebben. Daar objectiviteit ten opzichte van een medemens mijns inziens nooit geheel te bereiken is, lijkt het noodzakelijk dat er bij zo moeilijke en vaak bijzonder emotionerende problematiek als die waarvoor onze reclassenten ons maar al te dikwijls plaatsen alle kansen worden benut om tot een zo objectief mogelijke oordeelsvorming te komen. Dit geldt naar mijn mening zowel voor de voorlichtingssituatie als voor de nazorg. Prof. Frijling-Schreuder wees erop, dat deze teambesprekingen nog een ander doel hebben; zij kunnen nl. de in het werk met dissociale patiënten zo dikwijls voorkomende en vaak onvermijdelijke frustraties verzachten.

Over technische details van samenwerking en samenspraak in het team, selectie van de gevallen enzovoorts, wil ik niet uitweiden dit zal toch in elk team afzonderlijk moeten worden bekeken. Wel is het bij grotere reclasseringseenheden gewenst om gedecentraliseerd besprekingen te houden, om de werktijd van elk van de teamleden zo efficiënt mogelijk te benutten.

## 2 HET CONTACT MET RECLASSENTEN

Een andere taak is die van het contact met reclassenten. Wie be-

paalt, welke reclassent in contact met de psychiater komt? In principe in de eerste plaats de reclassent zelf. Daarnaast kan zowel de maatschappelijk werker, als een ander teamlid of de psychiater zelf het voorstel doen een afspraak met de reclassent te maken. De reden voor een dergelijk contact kan zeer verschillend zijn. Vaak is door een rechterlijk vonnis psychiatrisch contact opgelegd als voorwaarde. Bestaat er een dergelijke voorwaarde, dan dient de psychiater, indien enigszins mogelijk, in elk geval één keer, zo kort mogelijk na het onherroepelijk worden van het vonnis de reclassent op te roepen en te spreken. Er zal daarna bekeken moeten worden welke gedragslijn verder gevolgd wordt: sommige reclassenten zijn zó slecht gemotiveerd tot het voeren van gesprekken met de psychiater, dat het in bepaalde gevallen onmogelijk blijkt hen hiertoe te dwingen. Vaak is het dan verstandiger dat de reclasseringsambtenaar eerst tracht de reclassent meer gemotiveerd te maken voor een gesprek met de psychiater.

Soms is psychiatrisch contact om diagnostische reden gewenst; dit kan zich zowel in de voorlichtingsperiode als ook in de nazorgsituatie voordoen. Indien de psychiater tijdens de voorlichtingsfase (ik bedoel hiermee voorlichting door het reclasseringsbureau) de patiënt ontmoet heeft, zal ongetwijfeld in het voorlichtingsrapport hiervan melding gemaakt worden. Ofte wel wordt de mening van de psychiater overgenomen door het team en als opvatting van het team gebracht, of wel wordt er in het kort vermeld welke indruk de psychiater van de betrokken patiënt kreeg. Laatstgenoemde procedure lijkt mij plezieriger en ook duidelijker ten opzichte van de opdrachtgever, de rechtbank. Het spreek echter vanzelf dat ook indien de mening van de psychiater niet apart vermeld wordt, deze mening toch, al geschiedt dit dan ook onopzettelijk, in het voorlichtingsrapport mee zal spreken als resultaat van team-overleg. Sommigen hebben bezwaar tegen deze werkwijze, omdat zij menen dat hierdoor de rechtbank verleid zou worden om minder vaak psychiatrische expertises te vragen. Dit hoeft echter niet het geval te zijn, vaak is het ook mogelijk dergelijke kwesties met de betrokken rechtbank zelf te overleggen. Het ligt voor de hand dat een oriënterend diagnostisch gesprek door de afdelingspsychiater vrijwel nimmer een uitgebreid psychiatrisch onderzoek kan vervangen; mocht dit echter een heel enkele keer wel het geval zijn, dan is verder psychiatrisch onderzoek overbodig.

Van 'psychiatrisch toezicht' verwacht ik evenmin resultaat als van gedwongen psychotherapie. Hierbij komt, dat het moeilijk is zich onder 'psychiatrisch toezicht' iets konkreets voor te stellen. Toezicht kan door een voogd of door de politie worden uitgeoefend, niet door een psychiater. De term geeft aanleiding tot misverstanden, zowel bij de rechter als ook bij de reclassent. Het lijkt derhalve zinvol, de

term 'psychiatrisch toezichthouder', zoals deze thans nog in officiële stukken gebezigd wordt, (bijv. bij voorwaardelijk ontslag uit de TBR) niet meer te gebruiken. Hij kan worden vervangen door bijv. 'sociaal psychiatrisch contact'.

Het is soms gewenst dat de psychiater bepaalde patiënten met zekere tussenpozen oproept en spreekt, het kan de patiënt het gevoel geven dat hij niet vergeten is, de psychiater heeft soms de kans om bepaalde ongunstige ontwikkelingen nog vroeg te signaleren, met de mogelijkheid eventueel in te grijpen. Zoals elke psychiater, die een particuliere praktijk heeft, vele gevallen kent van psychisch en psychosociaal zwakgevoegde patiënten — diagnostisch vaak onder te brengen in rubrieken als *borderline-cases*, zware karakterneuroses of labiele zwakbegaafden of debielen — patiënten die eens in de 4 à 6 weken gedurende zeer lange tijd een gesprek nodig hebben, zo zien wij dit ook in het kader van de reclassering. Ik wil dergelijke contacten niet therapie noemen, wel acht ik deze contacten van groot belang. Zij kunnen een humane taak hebben; vaak zien wij dat reclassenten die op deze wijze in staat blijken te zijn zich maatschappelijk staande te houden, na afloop van reclasseringscontacten spoedig recidiveren. In deze gevallen is het derhalve ook gewenst dat dergelijke contacten hetzij door de psychiater verbonden aan het reclasseringsteam op vrijwillige basis worden voortgezet, hetzij aan een andere collega in een andere werk-setting worden overgedragen. In sommige gevallen verdient het mijns inziens aanbeveling dat de reclasseringspsychiater niet alleen met zijn patiënt maar ook met diens levenspartner contact opneemt, dit echer uitsluitend na overleg en met verkregen toestemming van de patiënt. Het kan soms bijzonder verhelderend zijn om met man en vrouw samen over de problemen te spreken. Bij acute sociale moeilijkheden kan het gewenst zijn dat de psychiater evenals de reclasseringsambtenaar de patiënt niet op zijn spreekuur ontvangt, maar hem thuis opzoekt en deze problemen ter plaatse bespreekt. Wel moet hier nog eens worden herhaald dat dit alleen na verkregen toestemming van de patiënt geschiedt. Indien men met de partner van de patiënt spreekt verdient het meestal aanbeveling dit in het bijzijn van de patiënt zelf te doen, om paranoïde verwerking bij de patiënt of soms ook ageerreacties van de kant van de familie te vermijden. Uiteraard is het hier niet mogelijk om voor elk in de praktijk zich voordoend geval een regel te geven.

Het uitvoeren van reguliere psychotherapieën is naar mijn mening niet de taak van de reclasseringspsychiater. Wel zal hij, indien hij hiertoe is opgeleid en de nodige ervaring heeft, de indicatie tot therapie kunnen stellen, waaronder ook valt de indicatie tot een bepaalde vorm van therapie (bepaalde methodiek, individueel of in groepsverband) en mogelijkwijze het contact met de collega-therapeut

voorbereiden. Het spreekt vanzelf dat het medisch beroepsgeheim ook hier onbeperkt geldt, en dat de psychiater bij een reclasseringsafdeling door de therapeut nooit omtrent de inhoud van hetgeen in de therapie besproken is geïnformeerd wordt. Dit dient voor het begin van de therapie duidelijk met de reclassent te worden besproken. De door sommigen geuite bedenking, dat de patiënt onzeker zou worden indien twee psychiaters zich met hem zouden bemoeien, blijkt in de praktijk ongegrond te zijn. Als de rolverdeling goed met de patiënt wordt doorgepraat komt het vrijwel nooit tot moeilijkheden. Ook de neiging van patiënten om diverse functionarissen tegen elkaar uit te spelen zien wij bij een bonafide werkwijze vrijwel niet optreden. Voor sommige reclasseringsambtenaren is het nog steeds een zekere frustratie dat zij niets omtrent de inhoud van de psychotherapie vernemen: hier ligt eveneens een taak voor de reclasseringspsychiater om de noodzaak van discretie toe te lichten en te verklaren.

### 3 ANDERE KONTAKTEN

Genoemd werd reeds het contact dat de psychiater met therapeuten kan hebben. Een andere wijze van contact over de patiënten is het overleg met de huisarts. Hier kunnen grote problemen rijzen. Niet elke huisarts is psychiatrie-minded, niet elke huisarts weet voldoende van de problemen rond reclassent en reclassering. Vele reclassenten, vooral „lichte gevallen”, zoals bijv. van winkeldiefstal en dergelijke, delicten die veelal geseponeerd worden, willen onder geen voorwaarde dat de huisarts, vaak een oude familievriend geworden, van hun 'misstap' op de hoogte wordt gesteld. Men schaamt zich ervoor, soms weet ook de echtgenoot of de echtgenote niet van het delict af, ook hier is men soms bang dat de huwelijkspartner door toedoen van de huisarts omtrent het delict wordt ingelicht. Aan de andere kant zijn sommige huisartsen bijzonder gevoelig als zij horen dat patiënten zonder hun toedoen contact met een specialist, bijv. met een psychiater, hebben gekregen. Zelf heb ik de gewoonte om met elke reclassent de vraag te bespreken in hoeverre hij toestemming verleent om, zonder op details in te gaan, met de huisarts omtrent de gerezen problemen contact op te nemen. Indien een patiënt dit pertinent weigert meen ik deze weigering te moeten honoreren. Als de huisarts later hoort dat de patiënt bij me geweest is en dientengevolge erg boos op de psychiater wordt, is dat wel te verdragen en in de meeste gevallen te verhelderen. Niet zelden komt het echter tot een bijzonder plezierige samenwerking met de huisarts, bijv. daar waar het zwakbegaafde patiënten betreft die in een landelijke omgeving wonen en dan extra zorg van de huisarts krijgen. Soms is het prettig dat aanvullend onderzoek, zoals bijv. neurolo-

gisch onderzoek, EEG en endocrinologisch onderzoek door de huisarts wordt geregeld. Ik heb de indruk dat in het algemeen nog te weinig geprobeerd wordt om met de huisarts van de reclassent tot een betere samenwerking te komen en hem waar dat mogelijk is ook in het werk te betrekken.

Andere vormen van overleg komen vrij sporadisch voor, bijv. contacten met de advocaat van een reclassent, met de Officier van Justitie of met een werkgever.

#### 4 ANDERE TAKEN

In de nabije toekomst zal de taak van de reclasseringspsychiater nog nieuwere uitbreiding krijgen, nl. bij de invoering van het groepswerk in het kader van de reclasseringsnazorg en bij het psychiatrisch maatschappelijk werk.

Een taak voor de psychiater en psycholoog die op het ogenblik nog schromelijk verwaarloosd wordt ligt op het gebied van de research. Door steeds met praktisch werk overbelast te zijn komen psycholoog en psychiater in ons land er vrijwel niet aan toe om de vele gegevens die bij elke reclasseringsafdeling liggen wetenschappelijk te verwerken. Naast de praktische werkzaamheden, die uiteraard voortgang moeten vinden, is nadere bezinning en wetenschappelijk onderzoek dringend geboden, liefst op een dergelijke wijze, dat verschillende projecten op vergelijkbare wijze en met geijkte methoden worden aangepakt. Voor de sectie forensische psychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie ligt hier mijns inziens een belangrijke coördinerende opgave.

Na het bovenstaande zou ik gaarne nog Uw aandacht vragen voor enkele andere punten. Niet gesproken werd over het forensisch-psychiatrisch rapport. In het algemeen lijkt het mij beter dat een dergelijk rapport niet door de psychiater wordt uitgebracht die reeds nazorgervaringen met de reclassent — in dit geval recidivist — heeft. Nog te weinig wordt in psychiatrische rapporten ten behoeve van de rechtbank aanknopingspunten geboden voor de verdere behandeling en nazorg van de patiënt. Indien wij onder forensische psychiatrie verstaan de psychiatrische bemoeienis — en de wetenschappelijke onderzoeking — van de delinquent-patiënt, dan kunnen wij niet volstaan met de diagnostiek en een uitspraak over de eventuele toerekeningsvatbaarheid. Dit wordt gelukkig in de laatste tijd ook meer en meer door de rechtbanken beseft; de vragen aan de rapporterende psychiater zijn wat dit betreft iets uitgebreider en richten zich o.a. ook op eventuele behandeling van de delinquent om recidive te voorkomen. Voor mijn gevoel wordt nog al te gemakkelijk een onderscheid gemaakt tussen psychisch wel of niet gestoorde delinquenten, met de kans op de misvatting dat men onder psychisch gestoorde delinquenten

ten uitsluitend diegenen zou verstaan die voorwaardelijk of onvoorwaardelijk ter beschikking van de regering zijn gesteld. Hoewel bij de vraagstelling naar de toerekeningsvatbaarheid door de rechter altijd gevraagd wordt naar de psychische gesteldheid van de onderzochte op het tijdstip dat hij het hem ten laste gelegde delict beging, gaat men er nog te vaak van uit dat psychische stoornis een chronische toestand is, terwijl psychische stoornissen evenals lichamelijke zowel van voorbijgaande als van chronische aard kunnen zijn. Dat een delict niet altijd een rechtstreeks gevolg van psychische stoornissen hoeft te zijn, spreekt eigenlijk vanzelf. Wie echter ervaringen heeft met reclassenten die vaak slechts geringe delicten hebben gepleegd, zal zich niet aan de indruk kunnen onttrekken dat zich ook onder deze groep van zeer licht criminele patiënten veelal psychisch en psycho-sociaal zeer gestoorde personen bevinden. Een onderzoek met een vergelijkbare controlegroep zou hier zeer zeker op zijn plaats zijn.

Opvallend is, dat de forensische psychiater vrijwel nooit met verkeersdelinquentie in contact komt. Dit is temeer opvallend omdat juist de verkeersdelinquentie de laatste jaren een belangrijke plaats inneemt en verreweg de meeste en de ernstigste slachtoffers eist. De hypothese is gerechtvaardigd dat vele ernstige verkeersdelicten mede het gevolg zijn van passagère of chronische psychische stoornissen van de autobestuurders of andere weggebruikers. Het ligt derhalve in de lijn dat ook deze groep frequenter aan een psychiatrisch onderzoek wordt onderworpen.

Een ander probleem dat tot nadenken noopt is de geringe gerichte hulp die jeugdige delinquenten geboden kan worden. Vaak vallen zij 'tussen wal en schip', omdat de kindbeschermingsinstanties bij de oudere pupillen (hoe lang wordt deze term nog gebruikt?), die vaak reeds een jarenlange en niet altijd even succesvolle sociaal-psychiatrische en kinderpsychiatrische bemoeienis achter de rug hebben, er geen heil meer in zien, terwijl de diensten voor meerderjarige delinquenten dikwijls onvoldoende op deze veelal nog zeer puberachtig reagerende groep zijn ingesteld. Dit is temeer kwalijk, omdat juist uit de groep van de 18-23 jarigen veel delinquenten komen, en wij speciaal bij deze leeftijdsgroep een stijging van de criminaliteit zien.

Het is dringend noodzakelijk dat verdere mogelijkheden gecreëerd worden voor gerichte hulpverlening, zoals bijv. therapeutische instituten.

Tenslotte een algemene opmerking: het verbaast en stelt teleur dat het werk van de forensische psychiater bij een reclasseringsteam, in verhouding tot andere vergelijkbare psychiatrische functies, bijzonder slecht gehonoreerd wordt. Men zou zich kunnen afvragen of het werk van de forensische psychiater zo eenvoudig of zo onbelangrijk is.

## SUMMARY

*Subject of this paper is the task of the psychiatrist in the rehabilitation of adult delinquents. After a short consideration of the development of co-operation between psychiatrist and rehabilitation services, the various contributions of the psychiatrist in the rehabilitation-unit are discussed. The main point in the paper is, that the psychiatrist should be a member of the team just as the probation-officers and, if possible, the psychologist. If necessary the psychiatrist has contacts with the delinquents. The nature of these contacts can be either diagnostic or supervising or coaching. Psychotherapy in the narrower sense of the word is done by psychotherapists who have no further relation with the rehabilitation-unit or the courts. Finally several comments are made on the situation of the probation and aftercare services in the Netherlands and the problems which exist in these services.*

## VERANTWOORDING

Het laatste nummer van de eerste jaargang van het Nederlands Tijdschrift voor Psychiatrie als voortzetting van de Voordrachtenreeks begint met een voordracht van Dr. L. A. Cahn, welke hij gehouden heeft op 23 november 1968 te Hilversum voor de Nederlandse Vereniging voor Gerontologie.

Dr. W. Goudsmit bewerkte de lezing, welke hij op 7 december 1968 te Utrecht hield voor de onlangs opgerichte sectie forensische psychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie.

Collega J. Larsen stuurde een oorspronkelijk artikel in, evenals collega Van Helsdingen. Door de omvang van het laatste artikel en het feit, dat het onderwerp tot het randgebied van de psychiatrie behoort, zagen wij ons genoodzaakt een klein lettertype te gebruiken — in het kader van het Erasmus-jaar meenden wij er goed aan te doen deze boeiende overwegingen toch op te nemen.

Kopij voor de tweede jaargang 1970 hebben wij reeds in overvloed ontvangen, zodat wij overwogen het aantal bladzijden per aflevering iets uit te breiden.