

# Radicalisering en psychiatrie: pleidooi voor een brede blik

B. DE RIDDER, T. FASSAERT, C. GRIMBERGEN

- ACHTERGROND** Er bestaat discussie over de mate waarin psychiatrie een bijdrage kan en moet leveren aan het voorkómen van terrorisme en tegengaan van radicalisering. De politieke dimensie van de problematiek roept vragen op over de wenselijkheid van actieve psychiatrische betrokkenheid.
- DOEL** Discussie verdiepen door kennis over psychiatrische stoornissen onder terroristen aan te vullen met sociaalwetenschappelijke kennis over radicaliseringsprocessen.
- METHODE** Beschrijving van relevante literatuur en theoretische analyse.
- RESULTATEN** Radicaliseringsprocessen zijn heterogeen en hebben determinanten op individueel, sociaal en maatschappelijk niveau. Bij een kleine minderheid van 'radicaliserende' individuen is er sprake van ernstige psychiatrische aandoeningen.
- CONCLUSIE** Kennis van de voor radicalisering relevante factoren op individueel, sociaal en maatschappelijk niveau is noodzakelijk voor psychiaters om zowel op casusniveau als in het maatschappelijk en wetenschappelijk debat verantwoord te handelen.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 61(2019)8, 554-562

**TREFWOORDEN** psychiatrie, radicalisering, terrorisme



Er bestaat een maatschappelijke en politieke tendens om terroristen als 'gestoord' te bestempelen (Schuurman 2017). In recente bijdragen in dit tijdschrift werden vraagtekens geplaatst bij de wenselijkheid van betrokkenheid vanuit de psychiatrie bij radicaliseringsproblematiek, onder meer vanwege de ideologische dimensie ervan en het risico op het medicaliseren van een maatschappelijk probleem (Van 2016; Dom 2017).

Wij delen deze zorgen en willen de discussie verdiepen door stil te staan bij factoren die relevant worden geacht bij radicaliseringsproblematiek. Het gaat daarbij om factoren op individueel, sociaal en maatschappelijk niveau. Dit artikel kan gelezen worden als een pleidooi voor een brede blik op casuïstiek waarbij radicalisering aan de orde is. Wij zien radicalisering daarbij niet als psychiatrisch probleem, maar veeleer als wezenlijk onderdeel van de context waarbinnen sommigen van onze patiënten leven. Om dergelijke casuïstiek goed te interpreteren en problemati-

sche medicalisering tegen te gaan, is kennis van en sensitiviteit voor deze context onontbeerlijk.

## METHODE

Om een brede blik te kunnen hanteren, dienden wij literatuur op het gebied van psychiatrie en psychologie aan te vullen met sociaalwetenschappelijke onderzoeken. In PubMed en PsycINFO zochten we tot 1-7-2017 op de zoektermen *terrorism (of radicalisation of radicalism of terrorist) and psychiatry (of mental health)*. Artikelen werden op basis van abstracts op relevantie gescreend. Voorts maakten we dankbaar gebruik van sociaalwetenschappelijke overzichtswerken over radicalisering (Sageman 2004; Bakker 2006; Veldhuis & Staun 2009; Schmid 2013; Bakker & Grol 2017) alsook over de relatie tussen geestelijke gezondheid en radicalisering (Borum 2004; Horgan 2014; Gill & Corner 2017). Relevante referenties uit deze artikelen en boeken werden eveneens betrokken.

We beogen niet uitputtend te zijn in onze literatuurreview. Wel hebben we experts op het gebied van radicalisering en terrorisme gevraagd naar eventuele omissies en de literatuur waar nodig aangevuld. Verder illustreren we in dit artikel aan de hand van een vignette de praktijk.

### Radicalisering: definiëring

Er bestaan inmiddels meer dan honderd definities van radicalisering (zie voor een overzicht Schmid 2013). In algemene termen behelst radicalisering 'what goes on before the bomb goes off' (Neumann e.a. 2008).

De oorspronkelijke conceptualisering van radicalisering waren geënt op het lineaire idee dat terrorisme het gevolg is van ideologische indoctrinatie en training. Uit steeds meer onderzoeken bleek echter dat er geen eenduidige samenhang bestaat tussen radicale ideeën en radicale daden (Coolstaet 2017). Bovendien ontstond er discussie over wat precies onder 'radicaal' moet worden begrepen. Deze kwalificatie heeft immers politieke dimensies - 'wie voor de één een terrorist is, is voor de ander een vrijheidsstrijder' (o.a. Moghaddam 2005).

In recentere onderzoeken wordt radicalisering begrepen als een proces met maatschappelijke en individuele dimensies. Weggemans en De Graaf (2015) formuleerden een definitie waarin dit terugkomt en die wij ook zullen gebruiken. Hun definitie luidt: *'het proces van afnemend vertrouwen in en een groeiende weerstand tegen, het (maatschappelijke) systeem, waarbij, aan de hand van een alternatieve idee van de 'goede' of 'juiste' samenleving, een toenemende bereidheid ontstaat om dit systeem te veranderen, en waarbij de acceptatie toeneemt om daarbij toevlucht te nemen tot meer ondemocratische uitlatingen en illegale middelen (geweld, sabotage enzovoort)'.*

### Radicalisering en geestelijke gezondheid

De politieke dimensie maakt de zoektocht naar psychiatrische determinanten voor radicalisering vatbaar voor discussie. Waar in dit tijdschrift gesteld werd terughoudendheid te betrachten 'omdat de grens van het psychiateren van onwelgevallige politieke opvattingen in zicht kan komen' (Van 2016), suggereren andere auteurs (o.a. Bhui 2012; Weenink 2015) juist dat onderbehandeling van psychische stoornissen mogelijk debet is aan verdergaande radicalisering.

Lang werd gesteld dat het opvallendste gemeenschappelijke kenmerk van terroristen is dat ze zo 'normaal' zijn (Crenshaw 1981; Horgan 2003; Borum 2004; Sageman 2004; Meertense.a. 2005). Gill en Corner (2017) laten echter zien dat de onderzoeksresultaten waarop deze stelling gebaseerd is veelal onzorgvuldig tot stand kwamen of ronduit verkeerd geïnterpreteerd zijn. Het belangrijkste probleem bestond uit het binaire denken over terrorisme (wel of geen terrorist), geestelijke gezondheid (wel of geen

### AUTEURS

**BRAM DE RIDDER**, arts in opleiding tot psychiater, GGZ inGeest, en socioloog.

**THIJS FASSAERT**, epidemioloog-beleidsadviseur, GGD Amsterdam.

**CHRISTEL GRIMBERGEN**, psychiater, GGD Amsterdam.

### CORRESPONDENTIEADRES

Christel Grimbergen, GGD Amsterdam, afd. MGGZ, Nieuwe Achtergracht 100, 1018 WT Amsterdam.  
E-mail: chgrimbergen@ggd.amsterdam.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 16-4-2019.

psychopaat) en verklarende kracht (monocausaal of geen verband). Hierdoor bleef subtielere samenhang buiten zicht. In recentere overzichtsliteratuur (o.a. Horgan 2014; Gill & Corner 2017; Corner e.a. 2018) wordt genoemde stelling dan ook genuanceerd: er zijn aanwijzingen dat specifieke psychologische kwetsbaarheden samenhangen met specifieke soorten terrorisme.

Teneinde subtielere samenhang te onderzoeken is onderscheid gemaakt tussen *lone-actor*terroristen en in groepsverband opererende terroristen. Met name lone-actorterroristen kampen verhoudingsgewijs vaak met psychiatrische stoornissen (Gill & Corner 2017). Dit geldt ook voor rechtsextremistische terroristen (Gruenewald e.a. 2013). Gill e.a. (2014) vonden psychiatrische stoornissen bij 30% van een steekproef van 112 onderzochte lone-actorterroristen. Hamm en Spaaij (2017) vonden een percentage van ruim 40%. In een andere studie onder 153 lone-actorterroristen waren schizofrenie (8,5%), waanstoornissen (2,0%) en autismespectrumstoornissen (3,3%) de meest voorkomende diagnoses (Corner e.a. 2015).

In een beperkt aantal onderzoeken differentieert men naar symptomen (bijv. impulsbeheersing, suicidaliteit en persoonlijkheidstrekken) en het type terrorist (bijv. aanslagpleger, aanslagplanner en bommaker). Hieruit blijkt dat aanslagplegers vaker vermijdende persoonlijkheidstrekken, suicidale neigingen en depressieve klachten hebben in vergelijking met niet-politieke criminelen en anderzortige terroristen (Merari e.a. 2009; Merari 2010; Sheehan 2014). Deze kenmerken komen overigens overeen met die van schoolschutters in de VS (Lankford 2018).

Ook in Nederland is onderzoek gedaan naar de relatie tussen geestelijke gezondheid en (verdenking op) terrorisme. Weenink (2015) onderzocht 140 politiedossiers van individuen die verdacht werden van of veroordeeld waren voor terrorisme en vond in 6% van de gevallen aanwijzingen

voor een psychiatrische diagnose. Bij nog eens 46% bleek sprake van eerdere problematiek (criminaliteit, verwaarlozing en/of hoge schulden). De belangrijkste boodschap was dat er met een aanzienlijk deel van de (vermeende) terroristen al 'iets' aan de hand was voordat zij radicaliseerden. Geen enkele psychische stoornis kan betrokkenheid bij terrorisme voorspellen. Bovendien kunnen stoornissen ook een gevolg zijn van de betrokkenheid bij terrorisme (Rabasa e.a. 2010; Bubolz & Simi 2015) en is het in de aangehaalde onderzoeken niet altijd duidelijk in hoeverre de beschreven psychiatrische problemen speelden in de aanloop naar terrorisme. In sommige gevallen kunnen psychiatrische symptomen juist iemands vermogen verlagen om doelgerichte activiteiten te ondernemen (Borum 2014). Voorts zijn er aanwijzingen dat psychische problematiek reden kan zijn om een terroristische organisatie vaarwel te zeggen (Altier e.a. 2015). Een aanwezige stoornis kan een rol spelen bij radicalisering (Gill & Corner 2017), maar altijd in wisselwerking met nabije, lokale en globale omgevingsfactoren (Veldhuis & Staun 2009).

### Radicaliseringsprocessen

In deze paragraaf bespreken we overige factoren die bijdragen aan radicalisering. Vastgesteld moet worden dat *het* radicaliseringsproces niet bestaat. Het lijkt dan ook zinvol om consequent te spreken over radicaliseringsprocessen (meervoud).

Bestaand onderzoek naar radicalisering kan grofweg worden onderscheiden in twee typen. Het eerste type onderzoek maakt gebruik van zogenaamde procesmodellen van radicalisering. Bekend zijn het vierfasemodel (Borum 2011), het *staircasemodel* (Moghaddam 2005), het piramidemodel (McCauley & Moskalenko 2011) en het NYPD-model (Silber & Bhatt 2007). Deze modellen beschrijven hoe individuele frustraties via sociale interactie en toenevend wij/zij-denken uiteindelijk leiden tot extremistisch geweld.

Inmiddels is er veel kritiek op dit 'modeldenken'. De gesuggereerde eenduidigheid van opeenvolgende fasen blijkt empirisch onhoudbaar (Veldhuis & Staun 2009; Lakhani 2013; Bakker & Grol 2017). We zullen daarom focussen op het tweede type onderzoek, naar oorzaken en katalysatoren. Radicalisering wordt in deze onderzoeken begrepen als een *embedded individual process* (Veldhuis & Staun 2009), waarbij (grond)oorzaken op macroniveau de maatschappelijke context bepalen waarin onvrede kan ontstaan en oorzaken op micro- en mesoniveau meer bepalend zijn voor het feit dat een specifiek individu zich persoonlijk identificeert met de onvrede en hier, desnoods met geweld, naar handelt.

Naast onderzoek naar grondoorzaken is er de laatste jaren aandacht voor *trigger events*. Hiermee worden gebeurtenis-

sen of incidenten bedoeld die aanwijsbaar radicaliseringsprocessen katalyseren (Feddes e.a. 2015). Deze kunnen zowel persoonlijk van aard zijn (bijv. afwijzing bij sollicitaties), sociaal (bijv. arrestatie van vriend), alsook maatschappelijk (bijv. zelfmoordaanslag in het nieuws). *Trigger events* kunnen dus plaatsvinden op elk niveau, wat we hierna verder uitwerken.

### OORZAKEN OP MICRONIVEAU

Oorzaken op microniveau hangen veelal samen met ervaren onrecht en met individuele maatschappelijke opvattingen (Weggemans & de Graaf 2015). Mensen kunnen onrecht ervaren door wat ze zelf meemaken (bijv. uitsluiting en discriminatie), maar ook door kennis van ervaringen van anderen of van maatschappelijke situaties. Zo kan op individueel niveau de behoefte aan verandering, genoegdoening of vergelding ontstaan. Versterking hiervan vindt gemakkelijk plaats onder gelijkgestemden. Centraal in dit proces staat het concept 'sociale identiteit': het zelfbeeld dat wordt bepaald in interactie met de omgeving, waarbij een 'wij' kan worden ervaren tegenover een 'zij'. Eerdere ervaringen als buitenstaander blijken de kans op aansluiting bij gewelddadig-radicalen bewegingen te vergroten. Beschreven risicofactoren zijn: criminele activiteiten (Basra 2016), verwaarlozing en mishandeling in jeugd, schooluitval en werkloosheid (Simi e.a. 2016).

De rol van ideologische/religieuze opvattingen in radicaliseringsprocessen is niet eenduidig (zie ook *mesoniveau*). Existentiële twijfels kunnen vooral bij jongeren met onzekerheid over hun eigen identiteit en plaats binnen de samenleving, ertoe bijdragen dat zij zich aangetrokken voelen tot heldere, radicale ideologieën (Weggemans & de Graaf 2015). Mensen met een 'dubbele' identiteit zouden hier extra vatbaar voor zijn (Buijs e.a. 2006). De aantrekkingskracht van een extreme ideologie kan, zeker wanneer martelaarschap en heldendom daarin een belangrijke rol spelen, samenhangen met het prettige gevoel 'belangrijk' te zijn. Sommigen gaan zo gevoelsmatig van niemand naar iemand, *'from zero to hero'* (Kruglanski & Orehek 2011). Sociaal isolement is hierbij een risicofactor (Schuurman 2017).

Hoewel auteurs verschillen in de rol die ze maatschappelijke/religieuze opvattingen toedichten, is er eensgezindheid over het feit dat het uiteindelijk ideologische of religieuze argumenten zijn waarmee mensen terroristisch geweld voor zichzelf legitimeren (Kruglanski & Orehek 2011; Mullins 2011). Dergelijke, ultieme, ideologische legitimeringen zijn overigens niet voorbehouden aan islamitisch fundamentalisme (Vermeulen 2017).

Een belangrijke functie van ideologie in radicaliseringsprocessen is de zogenaamde *alignment* van interpretaties van gebeurtenissen en ervaringen. Een ideologisch of

religieus interpretatiekader kan de gewenste samenhang tussen verschillende ervaringen bieden. Negatieve ervaringen en frustraties worden dan herkadert tot startkwalificaties voor een alternatieve, radicale 'carrière' (Lakhani 2013). Internet en de mogelijkheid om daar bevestiging te zoeken en te vinden, kan dit proces versterken (zie ook *mesoniveau*).

#### ORZAKEN OP MESONIVEAU

Oorzaken van radicalisering op mesoniveau zijn te vinden in sociale processen en behoeften aan sociale 'beloningen' zoals vriendschap, affectie, liefde en tijdverdrijf. Individen die betrokken raken bij extremistisch geweld, hebben vaak persoonlijk contact met andere gewelddadige extremisten. Dit persoonlijke contact kan eigen denkbeelden beïnvloeden, maar vergemakkelijkt ook mogelijkheden tot deelname aan en werving voor extremistisch geweld. Ideologische of religieuze redenen hoeven niet de belangrijkste aanleiding te zijn voor het contact. Introductie tot een groep(ering) kan plaatsvinden via een bekende, waarbij pas 'later blijkt' dat er radicale standpunten worden gehuldigd (McAdam 1986; Della Porta 1988; Bjørgo 1997; Sageman 2004; 2008).

Ook vanuit terrorisme of radicalisme zelf kan sociale aantrekkingskracht uitgaan die relatief losstaat van ideologie. Zo worden genoemd: fascinatie voor geweld, broederschap, symboliek en spanning (Weggemans & de Graaf 2015), maar ook bescherming tegen ervaren vijanden (Demant e.a. 2008). Voorts kan door groepsdynamiek ingegeven gedrag ook het omarmen van radicale ideeën tot *gevolg* hebben. Meertens e.a. (2005) noemen hierbij het begrip cognitieve dissonantie: omdat het onprettig is gedrag te vertonen dat niet in lijn is met eigen overtuigingen, worden overtuigingen aangepast aan gedrag dat in de groep gangbaar is.

Daarnaast speelt wij-zij-*framing* door de groep alsook door mensen buiten de groep een rol: deze polarisering zorgt voor grotere interne cohesie en vergroot de aantrekkingskracht en/of onontkoombaarheid van de groep. Hierbij wordt het steeds moeilijker om contacten buiten de 'ingroup' te onderhouden of aan te gaan. Een dergelijke dynamiek bleek duidelijk aanwezig bij uitreizigers naar Syrië en Irak (Weggemans e.a. 2014).

Een bijzondere plek binnen de sociale processen op mesoniveau nemen internet en sociale media in. Jongeren komen toenemend online in aanraking met extremistisch gedachtegoed, waardoor verdere radicalisering kan optreden (Gill e.a. 2017; Vidino e.a. 2017). Hierbij blijken het gebrek aan empathie met en 'ontmenselijking' van andersdenkenden belangrijke voorspellers voor extremistisch geweld (Pressman e.a. 2016).

#### ORZAKEN OP MACRONIVEAU

Het idee dat krachten op macroniveau van invloed zijn op individuele radicaliseringsprocessen vindt zijn oorsprong in studies van onder anderen Merton (1938) waarin men vond dat er een grotere kans is op anomie (afwijzing van belangrijke waarden en normen binnen een samenleving) wanneer er een *mismatch* bestaat tussen dominante, cultureel bepaalde, doelen en maatschappelijke mogelijkheden om deze doelen te verwezenlijken. Dit lijkt te stroken met demografische gegevens van terroristen en van terrorisme verdachten uit westerse landen en de door hen ervaren discriminatie (Bakker 2006; San 2015; Hegghammer 2016, Dawson & Amarasingam 2017). Terroristen uit, vaak minder welvarende, Midden-Oostenlanden komen daarentegen doorgaans uit de midden- en bovenklasse. De hypothese hierbij is dat juist deze klassen een problematisch verschil ervaren tussen ambities en kansen (Saucier e.a. 2009; Hegghammer 2016).

Relevant voor radicalisering zijn verder de volgende door Veldhuis en Staun (2009) beschreven macrofactoren: polarisering in het publieke debat; gespannen meerderheid-minderheidsrelaties, zeker wanneer groepen etnisch of religieus worden gedefinieerd; relatieve sociaaleconomische deprivatie van hele sectoren/groepen; beperkte representatie van specifieke groepen in het publieke debat; globalisering en modernisering met transnationale bondgenootschappen tot gevolg, ervaren 'verwestering' van de wereld.

Deze macro-oorzaken vormen randvoorwaarden voor radicalisering. Factoren op micro- en mesoniveau bepalen vervolgens waarom individuen binnen eenzelfde samenleving, wijk, zelfs binnen eenzelfde gezin sterk kunnen verschillen in hun neiging tot radicalisering.

#### Wat moet een psychiater hiermee?

Tijdens het Voorjaarscongres 2017 betoogde NVVP-voorzitter Damiaan Denys dat een psychiater een bijzonder soort medisch specialist is omdat deze diverse deelgebieden (hij noemde filosofie, psychopathologie, farmacotherapie, neurowetenschappen en psychotherapie) kan combineren op individueel niveau kan bepalen wat psychiatrisch lijden is en wat daaraan gedaan kan worden. Volgens ons passen sociale wetenschappen in dit rijtje, teneinde psychisch lijden ook in de bredere maatschappelijke context te plaatsen en kennis hierover te integreren in gesprekken met patiënten.

In dat kader dient dit artikel gelezen te worden: psychiaters moeten, indien geconfronteerd met vermeende radicalisering, feitelijk doen wat zij altijd behoren te doen: met een blik die beduidend breder reikt dan het DSM-classificatiesysteem en met de wil tot begrijpen iemand in zijn of haar specifieke situatie tegemoet treden. Radicalisering is

nadrukkelijk geen psychiatrisch probleem of een psychiatrische stoornis, maar kan evenwel onderdeel zijn van de context van patiënten. Kennis van deze context draagt bij aan beter begrip van deze patiënten en zo aan de adequaatste zorg.

De macrofactoren zijn van belang voor een beter achtergrondbegrip. In de spreekkamer zal men hoofdzakelijk over factoren op micro- en mesoniveau spreken. Belangrijke gespreksonderwerpen zijn ervaren discriminatie, marginalisatie en veranderende (voorbeeld)rollen binnen het gezin van herkomst, belangrijke sociale contacten en eventuele veranderingen hierin, evenals daarbij ervaren emoties. Zo wordt inzichtelijk welke eventuele interne conflicten en conflicten met de (nabije) omgeving een rol spelen. Hierbij is het van belang expliciet te vragen naar sociaal-maatschappelijke stressoren (huisvesting, inkomens, schulden, dagbesteding, etc.).

Tegenslagen in het sociaal-maatschappelijke domein kunnen gemakkelijk een 'triggerevent' worden en vormen bovendien vaak een geschikte ingang voor interventies. In verschillende Europese landen bestaan daarom samenwerkingsverbanden tussen psychiatrie, justitie en maatschappelijk werk ter voorkoming van terrorisme (zie bijv. Sestoft e.a. 2017 over Denemarken). Op dit moment voert in Amsterdam de GGD een sociaal-maatschappelijke screening uit binnen de Aanpak Radicalisering.

Bij een vermoeden van radicaliseringsproblematiek ontstaat al snel de wens het risico op gevaar te willen inschatten, en in concrete situaties ook de neiging psychiaters daarin een belangrijke rol te geven. Vanwege specifieke expertise van (bijvoorbeeld forensisch) psychiaters zijn hier goede argumenten voor te geven (Marquant & Nedopil 2018). Andere psychiaters zullen zich evenwel niet of beperkt geëquipeerd voelen een risicoschatting te maken, mede omdat ze niet altijd over de data van politie, justitie en veiligheidsdiensten beschikken.

In algemene zin geldt dat het grootste gedeelte van de patiënten niet overgaat tot acties, maar een klein aantal wel. Wie tot die laatste groep behoren, is nauwelijks te voorspellen, al blijkt in het geval van *lone actors* achteraf vaak dat concrete signalen (bijv. het aanschaffen van explosief materiaal of evidente gedragsveranderingen) gemist zijn. Er bestaan gestandaardiseerde risicotaxatie-instrumenten, bijvoorbeeld de VERA-2R (Pressman e.a. 2016), maar de betrouwbaarheid ervan is, zeker bij afname door mensen zonder ervaring, beperkt.

Het is daarom raadzaam om een specialistische lokale instantie, zoals in Amsterdam het Meldpunt Radicalisering, te benaderen voor (anonieme) consultatie en/of eventueel verdere bemoeienis. In dit laatste geval dient men uiteraard de behandelrelatie en de nadelige gevolgen voor patiënt mee te wegen.

## VIGNET, OP BASIS VAN CASUÏSTIEK

Patiënt A, een 29-jarige Nederlandse thuisloze man, met ouders afkomstig uit Marokko, kwam voor een intake vanwege depressieve symptomen. Er waren tevens zorgen over radicalisering. Patiënt reisde in 2013 naar Syrië en kwam na korte tijd terug. Zijn uiterlijk (djellaba, lange baard) en zijn neiging zich af te zonderen zorgden momenteel voor onrust bij medebewoners in de nachtopvang. De nachtopvang wilde hem de toegang ontfzeggen. Patiënt had een blanco psychiatrische voorgeschiedenis en voldeed aan de criteria voor een matige tot ernstige depressieve stoornis. Hij sliep weinig omdat hij piekerde over zijn toekomst, met veel angst en rumineren over dreigende dakloosheid. Hij was gekrenkt over verschillende recente verlieservaringen. Er waren suïcidale gedachten zonder concrete plannen, geen psychotische symptomen, geen PTSD-klachten en geen middelengebruik.

Kijkend naar relevante factoren op microniveau bleek dat patiënt was opgegroeid in een liberaal islamitisch gezin. Hij had zich altijd een buitenbeentje gevoeld op school en in de buurt als 'enige Marokkaan' in een verder 'witte' omgeving. Zijn invulling van het geloof veranderde in 2011, na drie belangrijke verlieservaringen: zijn contract (als werknemer bij een tuincentrum) werd niet verlengd, zijn huwelijk strandde na vier jaar en hij raakte dakloos na een huurachterstand. In die periode ontleende hij veel steun aan het geloof, hij kwam in contact met de salafistische islam en wilde zich aansluiten bij ISIS. Thans noemde hij zichzelf nog steeds salafistisch, maar wees ISIS en geweld af. Er was een blanco justitiële voorgeschiedenis.

Op mesoniveau werd geobserveerd dat patiënt naast verlies van baan, partner en huis, ook een groot deel van zijn sociale netwerk kwijt was. Dit hing samen met ruzies die hij met zijn ouders en familie kreeg over de islam. Uiteindelijk vond hij onderdak bij een Facebook-contact die later werd opgepakt vanwege ronselen voor ISIS. Via internet verdiepte patiënt zich in ISIS en besloot in 2013 naar het kalifaat te reizen. Hij maakte rechtsomkeert toen hij bij de Turkse grens verminkte mensen zag. Patiënt zou de reis alleen hebben ondernomen en na terugkeer contact met de ronselaar en diens netwerk hebben verbroken. Momenteel waren sociale contacten beperkt tot één kennis uit de nachtopvang.

Patiënt voelde zich verbonden met 'onderdrukte moslimbroeders overal ter wereld' en ervoer frustratie over hoe 'het Westen' met moslims omgaat. Hierbij speelden macrofactoren een rol als het gepolariseerde debat over de islam in Nederland, de populariteit van politieke partijen met anti-islamretoriek en de beperkte representatie van islamitische Marokkanen in het publieke debat. Daarnaast noemde hij de internationale politieke verhoudingen met een focus op bestrijding van islamitisch fundamentalisme.

De psychiater besloot met goedkeuring van patiënt zijn casus in te brengen bij het Meldpunt Radicalisering. Het bleek dat uitreizen richting het kalifaat in 2013 nog niet strafbaar was. Na raadpleging van veiligheidsinformatie werd de psychiater meegedeeld dat er geen aanwijzingen waren voor actuele radicalisering en dat er geen verdere bemoeienis vanuit het Meldpunt Radicalisering noodzakelijk was. Deze informatie stelde de nachtopvang gerust en voorkwam schorsing.

In opeenvolgende consulten lukte het om een behandelrelatie op te bouwen. Patiënt wilde geen medicatie tegen somberheid, maar vond het prettig dat hij kon vertellen waar hij mee worstelde. Middels CGT lukte het gevoelens van minderwaardigheid te verminderen, voorts verbeterde zijn stemming nadat hij een vaste woonplek en dagbesteding kreeg en zijn sociale netwerk zich uitbreidde. Hij sloot zich aan bij een moskee. Een poging het contact met zijn ouders te herstellen mislukte vanwege oploeiende conflicten uit het verleden. Dit leidde tot een tijdelijke toename van depressieve klachten, die werd opgevangen door extra steunend contact van een SPV in de wijk. Na anderhalf jaar werd het behandelcontact afgesloten.

### Het risico op medicalisering

De vraag over psychiatriebetrokkenheid bij radicaliseringscasuïstiek gaat op een fundamenteel niveau over *medicalisering*: het proces waarbij problemen in toenemende mate tussen mensen worden opgelost door individuen te identificeren als patiënt en deze (als zodanig) te behandelen, waarbij medische professionals een expertfunctie hebben wat betreft de oplossingen voor de problemen (Conrad 2005). Er is veel literatuur over de manier waarop medicalisering kan leiden tot veronachtzaming van andere - meer sociaal-maatschappelijke - oorzaken van problemen of ziekten en bij psychiatrische aandoeningen kan leiden tot stigmatisering (Goffman 1961; Foucault 1963; Conrad 1992; Moynihan e.a. 2002; Furedi 2004; Dehue 2008; Suibhne & Dip 2011; Frances 2014; The Lancet Psychiatry 2016).

Hoe verhoudt psychiatrische zorgverlening aan radicaliserende individuen zich tot problematische medicalisering? Vanuit een medisch-psychiatrisch perspectief bezien, is het wenselijk dat kwetsbare mensen in verwarde toestand worden behoed voor verdere verwarring en (zelf)moord door ze zorgvuldig te diagnosticeren en adequaat te behandelen. Vanuit een medicaliseringsperspectief bezien bestaat het gevaar dat de botsing tussen wereldbeelden eenzijdig gepathologiseerd wordt, dat radicalisering te zeer wordt ontgaan van de maatschappelijke dimensie en het wordt begrepen als probleem van een kwetsbaar individu (Sedgwick 2010). Dit laatste kan leiden tot onbegrip,


stigmatisering en verdere radicalisering (Veldhuis & Staun 2009; Kudnani 2012; Schmid 2013).

Veel van de beschreven oorzaken en katalysatoren van radicalisering houden verband met hoe er wordt samengeleefd en met de problemen die dat voor sommige mensen oplevert. Zorg in de vorm van maatschappelijk werk, dagbesteding, huisvesting en geestelijke gezondheidszorg kan bijdragen aan een verbetering van de individuele situatie en zo aan de ervaring erbij te horen. Daarmee heeft een zorgbenadering van radicaliseringsgerelateerde problematiek een inclusiever karakter dan benadering waarbij de nadruk ligt op repressie en risicoreductie.

### CONCLUSIE

Aan het analyseren van radicalisering vanuit medisch-psychiatrisch perspectief kleven risico's. Radicaal mogen denken is een wezenlijk onderdeel van een democratische samenleving. Het zou problematisch zijn mensen die tegen de stroom in zwemmen of die de stroomrichting proberen te veranderen, te benaderen als drenkelingen die gered moeten worden. Tegelijkertijd is het ook problematisch om drenkelingen aan te zien voor krachtige zwemmers. Het onderscheid is echter niet altijd eenduidig. Psychiaters kunnen een belangrijke rol vervullen bij deze differentiatie.

Er lijkt bij een kleine minderheid van 'radicaliserende' individuen sprake van ernstige psychiatrische aandoeningen en bij een groter deel sprake van psychosociale problematiek. Deze mensen dienen behandeld te worden zoals elk individu met dergelijke problemen. Op die manier kan de zorg een bijdrage leveren aan het voorkómen van de ontwikkeling richting extremistisch geweld. Eventueel aanwezige psychiatrische aandoeningen zullen in een individueel radicaliseringsproces alleen hun specifieke uitwerking hebben in wisselwerking met factoren op individueel, sociaal en maatschappelijk niveau, zoals we die in dit artikel beschrijven. Het is daarom zinvol kennis te hebben van de voor radicaliseringsprocessen relevante factoren. Met deze kennis kunnen we op individueel niveau adequater handelen en ze draagt bovendien bij aan een geïnformeerde positiebepaling in het maatschappelijke en wetenschappelijke debat over radicaliseringsprocessen en psychiatrie.

 Anton Weenink, Jelle van Buuren, Hans Moors en Hans Boutellier, experts op het gebied van radicalisering en terrorisme, assisteerden ons bij het verzamelen van de literatuur en vulden deze waar nodig aan.

## LITERATUUR

- Bakker E. Jihadi terrorists in Europe, their characteristics and the circumstances in which they joined the jihad: an exploratory study. Clingendael Security Paper. Den Haag: Clingendael Institute; 2006.
- Bakker E, Grol P. Nederlandse Jihadisten. Van naïeve idealisten tot geharde terroristen. Hollands Diep; 2017.
- Basra R, Neumann PR. Criminal pasts, terrorist futures: European Jihadists and the New Crime-Terror Nexus. *Perspectives on terrorism* 2016; 10: 6.
- Bhui KS, Hicks MH, Lashley M, Jones E. A public health approach to understanding and preventing violent radicalization. *BMC Med* 2012; 10: 16.
- Bjørge T. Racist and right-wing violence in Scandinavia: patterns, perpetrators, and responses. Oslo: Tano Aschehoug; 1997.
- Borum R. Psychology of terrorism. University of South Florida Tampa, department of mental health law and policy; 2004.
- Borum R. Radicalization into violent extremism II: a review of conceptual models and empirical research. *Journal of Strategic Security* 2011; 4: 37-62.
- Borum R. Psychological vulnerabilities and propensities for involvement in violent extremism. *Behav Sci Law* 2014; 32: 286-305.
- Bulbol BF, Simi P. Leaving the world of hate: life-course transitions and self-change. *American Behavioral Scientist* 2014; 59: 1588-608.
- Buijs FJ, Demant F, Hamdy A. *Strijders van eigen bodem*. Amsterdam: Amsterdam University Press; 2006.
- Conrad P. Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology* 1992; 18: 209-32.
- Conrad P. The shifting engines of medicalization. *J Health Soc Behav* 2005; 46: 3-14.
- Corner E, Gill P, Mason OJ. Mental health disorders and the terrorist: a research note probing selection effects and disorder prevalence. *Studies in Conflict & Terrorism* 2015; 39: 560-8.
- Corner E, Gill P, Schouten R, Farnham F. Mental disorders, personality traits, and grievance-fueled targeted violence: the evidence base and implications for research and practice. *J Pers Assess* 2018; 100: 459-70.
- Crenshaw M. The causes of terrorism. *Comparative Politics* 1981; 13: 379-99.
- Dawson L, Amarasingam A. Talking to foreign fighters: insights into the motivations for Hijrah to Syria and Iraq. *Studies in Conflict & Terrorism* 2017; 40: 191-210.
- Dehue T. *De depressie-epidemie*. Amsterdam: Augustus; 2008.
- Della Porta D. Recruitment processes in clandestine political organizations: Italian left-wing terrorism. In: Klandermans B, Kriesi H, Tarrow S, red. *From structure to action*. Greenwich: JAI Press; 1988. pp. 155-72.
- Demant F, Sloopman M, Buijs F, Tillie J. *Teruggang en uittreding. Processen van deradicalisering ontleed*. Amsterdam: IMES; 2008.
- Dom G. Radicalisering, terrorisme en psychiatrie, een alternatieve waarheid? *Tijdschr Psychiatr* 2017; 59: 136-8.
- Feddes AR, Nickolson L, Doosje B. *Triggerfactoren in het radicaliseringsproces*. Universiteit van Amsterdam: Expertise-unit Sociale Stabiliteit; 2015.
- Foucault M. *The birth of the clinic*. Londen: Tavistock; 1963.
- Frances A. *Saving normal: an insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma, and the medicalization of ordinary life*. New York: Harper Collins; 2014.
- Furedi F. *Therapy culture*. Abingdon: Routledge; 2004.
- Gill P, Corner E. There and back again: the study of mental disorder and terrorist involvement. *American Psychologist* 2017; 72: 231-41.
- Gill P, Corner E, Conway M, Thornton A, Bloom M, Horgan J. Terrorist use of the internet by the numbers. *Criminology & Public Policy* 2017; 16: 99-117.
- Gill P, Horgan J, Deckert P. Bombing alone: tracing the motivations and antecedent behaviors of lone-actor terrorists. *Journal of Forensic Sciences* 2014; 59: 425-35.
- Goffman E. *Asylums; essays on the social situation of mental patients and other inmates (1st ed.)*. Garden City: Anchor Books; 1961.
- Gruenewald, J, Chermak S, Freilich JD. Distinguishing 'loner' attacks from other domestic extremist violence. *Criminology & Public Policy* 2013; 12: 65-91.
- Hamm MS, Spaaij R. *The age of lone wolf terrorism*. New York: Columbia University Press; 2017.
- Hegghammer T. The future of Jihadism in Europe: a pessimistic view. *Perspectives on Terrorism* 2016; 10: 156-70.
- Horgan J. The search for the terrorist personality. In: Silke A, red. *Terrorists, victims and society: psychological perspectives on terrorism and its consequences*. Chichester: Wiley; 2003. pp. 3-27.
- Horgan J. *The psychology of terrorism*. New York: Routledge; 2014.
- Kruglanski AW, Orehek E. The role of the quest for personal significance in motivating terrorism. In: Forgas J, Kruglanski A, Williams K, red. *The psychology of social conflict and aggression*. New York: Psychology Press; 2011. pp. 153-66.
- Lakhani S. *Radicalisation as a moral career: a qualitative study of how people become terrorists in the United Kingdom*. Cardiff: Universities' Police Science Institute, School of Social Sciences, Cardiff University; 2013.
- Lankford A. Identifying potential mass shooters and suicide terrorists with warning signs of suicide, perceived victimization, and desires for attention or fame. *J Pers Assess* 2018; 100: 471-82.
- Marquant T, Nedopil N. Pathways to radicalisation and violent extremism. In: Goethals K, red. *Forensic psychiatry and psychology in Europe*. Cham: Springer; 2018.

- McAdam D. Recruitment to high-risk activism: the case of Freedom Summer. *American Journal of Sociology* 1986; 92: 64-90.
- McCauley C, Moskalenko S. Friction: how radicalization happens to them and us. New York: Oxford University Press; 2011.
- Meertens RW, Prins YRA, Doosje. In iedereen schuilt een terrorist. Schiedam: Scriptum; 2005.
- Merton R. Social structure and anomie. *American Sociological Review* 1938; 3: 672-82.
- Moghaddam FM. The staircase to terrorism: a psychological exploration. *American Psychologist* 2005; 60: 161-9.
- Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ* 2002; 324: 886-91.
- Mullins S. Islamist terrorism and Australia: an empirical examination of the 'home-grown' threat. *Terrorism and Political Violence* 2011; 23: 254-85.
- Neumann PR. Introduction. In: Neumann PR, Stoil J, Esfandiary D, red. Perspectives on radicalisation and political violence: papers from the first International Conference on Radicalisation and Political Violence. Londen: ICSR; 2008: 4.
- Pressman E, Duits N, Rinne T, Flockton J. VERA-2R Violent Extremism Risk Assessment Version 2 Revised: a structured professional judgement approach. Utrecht: NIFP/DJI; 2016.
- Sageman M. Understanding terror networks. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 2004.
- Sageman M. Leaderless Jihad: terror networks in twenty-first century. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 2008.
- San van M. Hoe beter jongeren geïntegreerd zijn, des te gemakkelijker radicaliseren ze. *De Standaard* 2015; 2 februari.
- Saucier G, Akers LG, Shen-Miller S, Knežević G, Stankov L. Patterns of thinking in militant extremism. *Perspectives on Psychological Science* 2009; 4: 256-71.
- Schmid A. Radicalisation, de-radicalisation, counter radicalization: a conceptual discussion and literature review. Den Haag: International Centre for Counter Terrorism; 2013.
- Schuurman BW. Becoming a European homegrown jihadist: a multilevel analysis of involvement in the Dutch Hofstadgroup, 2002-2005. (Proefschrift). Leiden: Institute of Security and Global Affairs, Faculty of Governance and Global Affairs; 2017.
- Sedgwick M. The concept of radicalisation as a source of confusion. *Terrorism and Political Violence* 2010; 22: 4.
- Sestoft D, Hansen SM, Christensen AB. The police, social services, and psychiatry (PSP) cooperation as a platform for dealing with concerns of radicalization. *Int Rev Psychiatry* 2017; 29: 350-4.
- Sheehan IS. Are suicide terrorists suicidal? A critical assessment of the evidence. *Innov Clin Neurosci* 2014; 11: 81-92.
- Silber MD, Bhatt A. Radicalization in the West: the homegrown threat. New York: Police Department, City of New York, NYPD Intelligence Division; 2007.
- Simi P, Sporer K, Bubolz BF. Narratives of childhood adversity and adolescent misconduct as precursors to violent extremism: a life-course criminological approach. *Journal of Research in Crime and Delinquency* 2016; 53: 536-63.
- Suibhne SM, Dip PG. Erving Goffman's asylums 50 years on. *Br J Psychiatry* 2011; 198: 1-2.
- The Lancet Psychiatry. Medicalisation and its discontents. *Lancet Psychiatry* 2016; 3: 591.
- Van HL. Van diagnoses die verschijnen en verdwijnen. *Tijdschr Psychiatr* 2016; 58: 176-8.
- Veldhuis T, Staun J. Islamist radicalisation: A root cause model. Den Haag: Netherlands Institute of International Relations Clingendael; 2009.
- Vermeulen M. 'Lone wolves voelen zich superieur, zien zichzelf als helden'. *de Volkskrant* 2017; 5 augustus.
- Vidino L, Marone F, Entenmann E. Fear thy neighbor: radicalization and jihadist attacks in the West. Milaan: Ledizioni; 2017.
- Weenink AW. Behavioral problems and disorders among radicals in police files. *Perspectives on Terrorism* 2015; 9(2): 17-33.
- Weggemans D, Bakker E, Grol P. Who Are They and Why Do They Go? The Radicalization and Preparatory Processes of Dutch Jihadist Foreign Fighters. *Perspectives on Terrorism* 2014; 8(4): 100-10.
- Weggemans DJ, De Graaf BA. Na de vrijlating: Een exploratieve studie naar recidive en re-integratie van jihadistische ex-gedeteneerden. Amsterdam: Reed Business; 2015.



## SUMMARY

# Radicalization and psychiatry: a plea for a broad perspective

B. DE RIDDER, T. FASSAERT, C. GRIMBERGEN

**BACKGROUND** The extent to which psychiatry can, and should, contribute to the prevention of terrorism and the countering of radicalization is under debate. The political dimension of the problem raises questions about the desirability of active psychiatric involvement.

**AIM** To deepen the debate by discussing the role of psychiatric disorders in terrorist activities, as well as the role of societal determinants in radicalization processes.

**METHOD** Review of relevant literature and theoretical analysis.

**RESULTS** Radicalization processes are heterogeneous and have determinants at individual, social and societal level. In a small minority of 'radicalizing' individuals severe psychopathology plays a role.

**CONCLUSION** Knowledge of the factors relevant to radicalization at individual, social and societal level is necessary for psychiatrists to act responsibly, both at case level, and in the public and scientific debate.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 61(2019)8, 554-562

**KEY WORDS** psychiatry, radicalization