

Diagnose als vonnis

De taak van de psychiater in het strafrecht 1890-1910

door D.T.D. de Ridder

'De psychiater-criminalist moet ondergaan als de psychiater-neuroloog hem niet handhaaft.' (F.C. Donders, aangehaald door Van der Kolk, Psychiatrisch Juridisch Gezelschap 7-11-1909)

Samenvatting:

In dit artikel wordt op basis van historische literatuur een beeld geschetst van de positie van de psychiater in het Nederlandse strafrecht rond de eeuwwisseling (1890-1910). Aan de hand van ontwikkelingen in het strafrechtelijk denken over psychisch gestoorde delinquenten wordt de visie op de taak van de psychiater met betrekking tot voorlichting en behandeling beschreven.

Daarna wordt ingegaan op de problemen die psychiaters op het vlak van met name 'strafrechtelijke' diagnostiek ondervonden. Leidraad bij deze beschrijving zijn de psychiatrische opvattingen over de mate waarin de psychiatrische diagnostiek toegesneden moet zijn op haar strafrechtelijke functie. Deze opvattingen worden geïllustreerd met de visies van enkele vooraanstaande psychiaters op de diagnose 'insania moralis'.

Inleiding

Bezien vanuit de hedendaagse denkbbeelden over tbr is men al gauw geneigd de plaats van de psychiatrie in het strafrecht te verklaren met een verwijzing naar de expansiedrang van de psychiatrische wetenschap aan het begin van deze eeuw. Het gangbare beeld is dat de psychiater om medisch-humanitaire redenen krankzinnige delinquenten wilde onttrekken aan het strafrechtelijk kanaal – zonder evenwel garanties voor het slagen van de behandeling of de effectiviteit van beveiligingsmaatregelen te kunnen geven.¹

De positie van de psychiatrie in het strafrecht rond 1900 zag er echter heel anders uit. Aanvankelijk heerste onder strafrechtsjuristen een groot optimisme over de mogelijkheden van de psychiater met betrekking tot krankzinnige misdadigers, maar dat veranderde allengs in een meer sceptische houding. Deze verandering hield verband met de mate waarin psychiaters meenden aan hun strafrechtelijke taak (voorlichting en behandeling) te kunnen voldoen en had tot gevolg dat de invloed van de psychiaters aan banden gelegd werd. In de periode 1880-1910 kregen psychiaters weliswaar een grotere rol dan voorheen toebedeeld in de rechterlijke beslissing over toerekeningsvatbaarheid van

delinquenten, maar deze uitgebreide taakstelling stelde de jonge wetenschap psychiatrie voor een aantal grote problemen op het vlak van diagnostiek en behandeling. Hoe een diagnose 'pasklaar' te maken voor de strafrechtelijk gewenste reactie, en hoe behandelen en genezen samen te laten gaan met bewaken en opsluiten?

Aan de hand van ontwikkelingen in het strafrechtelijk denken worden eerst de ideeën over de invulling van de taak van de psychiater geschetst. Daarna wordt besproken hoe een aantal psychiaters manoeuvreerde binnen de hun toebedeelde handelingsruimte. Leidraad bij deze beschrijving zijn de opvattingen over de mate waarin de psychiatrie toegesneden moet zijn op haar strafrechtelijke functie.

De taak van de psychiater

Voorlichting – Tot circa 1870 was het adagium 'geen straf zonder schuld' leidraad bij de strafrechtelijke reactie op delicten gepleegd door krankzinnige misdadigers. In de Code Penal (tot 1886 geldend) was bepaald dat er 'noch misdaad noch wanbedrijf' was indien verdachte in toestand van krankzinnigheid verkeerde. Indien de rechter deze toestand aannam verklaarde hij de verdachte ontoerekeningsvatbaar en ontsloeg hem van rechtsvervolging. Werd behandeling nodig geacht, dan kon het OM (Openbaar Ministerie) of de familie een civiele procedure starten voor een rechterlijke machtiging tot opname in een krankzinnigengesticht. Gezien het aantal expertises uit die periode werd de medicus-psychiater (tot 1893 bestond er geen specialisme psychiatrie) niet veelvuldig ingeschakeld om de rechter te helpen tot een oordeel te komen. In een aantal gerechtelijk-geneeskundige handboeken uit de eerste helft van de 19e eeuw werd evenwel gepleit voor een verwetenschappelijking (lees: 'medicalisering') van de totstandkoming van het oordeel over krankzinnigheid (zie o.m. Van den Broecke en Van den Broecke 1845; Schouten 1843).

Advies – Tegen het einde van de 19e eeuw werd het strafrechtelijk denken bepaald door de zogenaamde *Nieuwe Richting*, een crimineel-antropologisch geïnspireerde beweging in het strafrecht. Deze beweging werd geleid door de metafoor van 'de samenleving als lichaam'. Onmaatschappelijken werden gezien als infectiehaarden in het lichaam van de samenleving, welke, als ziektekiemen, opgespoord, geïsoleerd en onschadelijk gemaakt moesten worden. Aanhangers van de Nieuwe Richting, met in Nederland Van Hamel als voorman, hadden een actieve criminele politiek voor ogen waarin de aanpak van gewoonte- en beroepsmisdadigers en krankzinnige delinquenten voorop stond. Bestrijding van criminaliteit door kennis van (de motieven van) de dader stond daarin centraal. De Nieuwe Richting werkte als hefboom bij het op grote schaal inschakelen van psychiaters in het strafrecht (De Vries 1981). De psychiater werd belast met een belangrijk

aandeel in de herkenning van krankzinnigen en degenen die zich op het grensvlak van krankzinnigheid en onmaatschappelijkheid bevonden.

Vanaf 1870 neemt het aantal psychiatrische expertises dan ook toe.² Die toename is niet alleen te wijten aan de denkbeelden van de Nieuwe Richting (die grotendeels denkbeelden bleven), maar ook aan de ideeën die bij meer 'conservatieve' juristen leefden (De Vries, a.w.). Hun ideeën werden bepaald door de bezorgdheid over de ineffectiviteit van het ontslag van rechtsvervolging van krankzinnige delinquenten. Het was immers onzeker of er wel een opname zou volgen. Rond 1850 waren er twee voorstellen tot wijziging van art. 64 C.P. (Mom Visch 1887). Daarin werd gewezen op het feit dat de civiele procedure (geregeld in de Krankzinnigenwet 1841) in sommige gevallen onvoldoende garanties bood voor een opname in een krankzinnigengesticht – het initiatief daarvoor lag immers bij het OM of de familie. In het Wetboek van Strafrecht van 1886 werd deze kwestie geregeld in art. 37 lid 2 – de strafrechter kon indien hij dat noodzakelijk acht dwangopname in een krankzinnigengesticht gelasten. Overigens wees de jurist Mom Visch al in 1887 op problemen die met de tenuitvoerlegging van art. 37 lid 2 gepaard konden gaan. Zijn voornaamste bezwaar was dat de beslissing over ontslag uit het krankzinnigengesticht in handen van de geneesheer lag. 'In gewone gevallen, waarin geen onmiddellijke vrees voor het plegen van strafbare feiten bestaat, moge die bepaling doelmatig en door de humaniteit geboden worden geacht, maar wanneer het zware, in een toestand van krankzinnigheid begane misdaden betreft, kan het voor de maatschappelijke orde uiterst gevaarlijk zijn, indien de opgenomene te spoedig ontslagen wordt.'

Ondanks het belangrijker worden van de rol van de psychiater (in elk geval in kwantitatieve zin) werd zijn voorlichtingstaak niet strenger geregeld. Zijn positie bleef evenals daarvoor die van getuige-deskundige die een oordeel moest geven over de ziekelijke stoornis of gebrekkige ontwikkeling der verstandelijke vermogens (art. 37 Wetboek van Strafrecht), met andere woorden is verdachte krankzinnig?

De rechtbank oordeelde op basis hiervan over de toerekeningsvatbaarheid van de verdachte – de wet gaf niet aan hoe hij de mening van de psychiater in zijn oordeel moest verdisconteren, evenmin verplicht de wet hem het psychiatrische oordeel te volgen. De psychiater mocht niet meewerken aan de bewijslast en hij mocht geen nieuwe, voor de verdachte belastende feiten aanvoeren. In de expertises uit het laatste decennium van de 19e eeuw is echter te zien dat de rechter-commissaris in zijn opdracht de psychiater ook wel vroeg om een diagnose in termen van toerekeningsvatbaarheid (wettelijk gezien het terrein van de rechter). Ook werd wel gevraagd welke maatregel was aan te bevelen: is deze persoon gevaarlijk, is hij behandelbaar? Een aantal psychiaters gaf deze adviezen op eigen initiatief. Wanneer de rechter de verdachte ontoerekeningsvatbaar verklaarde kon hij hem ontslaan van rechts-

vervolg (art. 37 lid 1) of hij kon een strafrechtelijke opname in een krankzinnigengesticht gelasten (art. 37 lid 2).

Dat opname in een krankzinnigengesticht niet altijd even onproblematisch was werd al gesignaleerd in het citaat van Mom Visch: krankzinnigengestichten waren qua beveiliging niet op verpleging van deze krankzinnigen ingericht, hetgeen ontvluchtingen tot gevolg had, en de gestichten waren overvol hetgeen een effectieve verpleging bemoeilijkte. Garanties voor genezing kon de psychiater niet geven en vaak ook hanteerde hij andere criteria voor genezing dan de gemiddelde jurist – 'medisch genezen' betekende in dat geval iets anders dan 'maatschappelijk genezen'. In de literatuur wordt melding gemaakt van binnen enkele weken ontslagen patiënten omdat ze niet als krankzinnig beschouwd werden.

Dit probleem, het ontberen van mogelijkheden tot effectieve behandeling van 'grensgevallen' was ook aangekaart door aanhangers van de Nieuwe Richting, een discussie met de fraaie benaming 'de quaestie der grensgevallen'. De grens tussen storend gedrag en krankzinnigheid was uitermate vaag, ook voor de toenmalige psychiatrische diagnostiek (waarop later nader ingegaan wordt). Qua behandeling van deze grensgevallen moest uit twee even ontoereikende alternatieven gekozen worden: uit een krankzinnigengesticht konden ze ontvluchten of werden ze te vroeg ontslagen. Een straf duurde veelal te kort wegens de geringe vergrijpen en was ineffectief.

Al in 1892 werd op het derde internationaal crimineel-antropologisch congres gepleit voor een tussenvorm tussen gevangenis en gesticht (het zogenaamde prison asile). Van Hamel wees er daarbij op dat men zich niet moest laten weerhouden door verouderde begrippen als ziek of slecht die de toegang tot zo'n prison asile zouden bepalen. Het criterium voor opname in een prison asile moest zijn het doel dat het zou dienen, namelijk bescherming van de samenleving (Van Hamel 1912).

De discussie over criteria voor een 'speciale verpleging' resulteerde in het instellen van een staatscommissie die de regering moest voorlichten over de verpleging van misdadige en gevaarlijke krankzinnigen. In 1904 bracht de commissie verslag uit.³ Zij stelde zich op het standpunt dat niet-geheel-krankzinnigen (imbecielen, neurasthenici, epileptici, hysterici, alcoholisten en gedegenereerden) niet ontoerekeningsvatbaar verklaard mochten worden, maar benadrukte de nadelige gevolgen daarvan: een korte straf had recidive tot gevolg, oneigenlijke ontoerekeningsvatbaarheid vroegtijdig ontslag uit het krankzinnigengesticht. Daarnaast stelde de commissie voor om de rechter de bevoegdheid te geven te beslissen over ontslag uit het gesticht.

Het criterium voor opname in een prison asile werd het begrip 'verminderde toerekeningsvatbaarheid', een term die al gebruikt was in de discussie over het wetboek van strafrecht rond 1880. Dit begrip leek de 'deus ex machina' die voor zowel juristen als psychiaters de oplossing

moest bieden voor de grensgevallen. Om zich te bewegen op dit grensterrein was het voor psychiaters noodzakelijk hun diagnostiek althans deels aan te passen. De wijze waarop dat geschiedt wordt beschreven in de volgende paragraaf. Getuige echter een redactioneel commentaar van het *Weekblad van het Recht* werden onder juristen weinig problemen verwacht: 'De deskundige zal alsdan evenals nu hebben na te gaan en te beoordelen, of eene ziekelijke stoornis of gebrekkige ontwikkeling der verstandelijke vermogens aanwezig is. (...) De verminderde toerekenbaarheid wordt wat betreft de wettelijke regeling, geheel verbonden aan psychisch abnormale toestanden van pathologischen aard, waarover dus alleen de geneeskundige de aangewezen raadgever en voorlichter zal kunnen zijn' (*Weekblad van het Recht*, 8643). Overigens vond men onder juristen nog steeds aanhangers van de stelregel 'tertium non datur', dat wil zeggen: toerekenbaar of niet (Lox 1909). Hun formele argumenten als aanhangers van het klassieke strafrecht waren echter te principieel om gehoor te vinden onder voorstanders van een praktische oplossing van het probleem. Zowel de verminderde toerekeningsvatbaarheid als het prison asile (psychopatenasyl) kregen hun wettelijk beslag in de Psychopatenwetten van 1925 (ingevoerd in 1928) (De Ridder en De Vries 1984).

Samenwerking – De uitbreiding van de taak van de psychiater, behalve een diagnose ook een oordeel geven over de mate van toerekeningsvatbaarheid en de aan te bevelen maatregel, moet in het licht van de discussie over de grensgevallen gezien worden. Betekende deze taakuitbreiding nu ook dat psychiaters meer invloed kregen op de rechterlijke beslissing of dat psychiaters en juristen vruchtbaar samenwerkten aan de kwestie der grensgevallen? Zeker niet. In de discussie tussen beide disciplines in de vaktijdschriften vindt men regelmatig communicatieproblemen gesignaleerd die te maken hebben met de verschillende optiek op de kwestie en, daaruit voortvloeiend, een zeker wederzijds wantrouwen.

Om enigszins tegemoet te komen aan de relatieve onbekendheid met elkaar werd in 1907 het Psychiatrisch Juridisch Gezelschap (PJG) opgericht door de juristen Van Hamel en Simons en de psychiaters Winkler en Heilbronner, met als doel de samenwerking, het vertrouwen en het wederzijds begrip tussen beide disciplines te bevorderen (*Weekblad van het Recht* 8441). Hoewel op dat moment juristen en psychiaters redelijk optimistisch waren over hun samenwerking op het vlak van de voorlichting, waren er toch een aantal praktische kwesties die nadere gedachtenwisseling behoefden. Door de grote toename van het aantal expertises stuitte men steeds vaker op problemen die een duidelijker afbakening van taken behoefden, bij voorbeeld het gebrek aan psychiatrische kennis bij de rechterlijke macht en het moment waarop de psychiater ingeschakeld moet worden, de uitgebreidheid van het psychiatrisch onderzoek, het gemis aan verfijnd psychia-

trisch-diagnostisch instrumentarium en de minimale wettelijke regeling van de bevoegdheden van de psychiater (Van Walsem 1900; Nederlandsche Juristen Vereeniging 1906; Le Rütte 1908; Simons 1908; Slingenberg 1908; Heymans 1909; PJG 1909; Van Erp Taalman Kip 1911; *Weekblad van het Recht*, 8925). Het voornaamste probleem echter leek de ongelijksoortigheid van begrippen waarmee beide disciplines werkten. De medische term 'gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis' en de juridische term 'ontoerekeningsvatbaarheid' waren niet eenduidig tot elkaar te herleiden. De rechter hoorde op basis van zijn interpretatie van het oordeel van de psychiater een uitspraak over de ontoerekeningsvatbaarheid van de verdachte te doen. Zoals gezegd was het begrip 'ontoerekeningsvatbaarheid' echter te dogmatisch om er de feitelijk gevraagde inbreng van de psychiater, namelijk wat te doen met deze krankzinnige crimineel, in te verdisconteren. Van de psychiater werd in feite gevraagd zijn diagnose te vertalen in voor het recht bruikbare termen. Zo bezien kan men stellen dat psychiaters in feite veel hebben moeten inleveren om te functioneren in het strafrecht. Het is opvallend dat men bij juristen in het eerste decennium van de 20e eeuw geluiden hoort over een te ver doorgevoerde psychiatrisering van het strafrecht, maar bij psychiaters vrijwel geen bekommernis vindt om het afperken van hun medische taak.

Het juridisch wantrouwen werd nog versterkt door een tweetal incidenten die illustratief zijn voor het onvermogen van psychiaters om zich als medicus pur sang te handhaven. Het eerste heeft betrekking op de gebrekkige waarborgen die de psychiatrie te bieden had op het gebied van beveiliging tijdens de behandeling. In 1908 bij voorbeeld haalde de ontvluchting van de beruchte misdadiger Frans Rosier uit het rijkskrankzinnigengesticht Medemblik de nationale pers (Jelgersma 1907). Een ander incident toont duidelijke grenzen aan de handelingsruimte van psychiaters in hun voorlichtingstaak. In de zogenaamde Papendrechtse strafzaak waarin onder anderen Jelgersma tientallen getuigen psychiatrisch onderzocht verloren psychiaters hun krediet (Jelgersma en Van Erp Taalman Kip 1911; Janse de Jonge 1982). Deze incidenten tonen respectievelijk aan dat de psychiater moest weten dat hij meer een beveiligingstaak dan een behandeltaak had en dat het de rechter was die de grenzen bepaalde van de psychiatrische invloed.

De deskundigheid van de psychiater

In het voorgaande werd aan de hand van strafrechtelijke ontwikkelingen in vogelvlucht de taak van de psychiater beschreven. We constateerden dat hem een steeds ruimere taak werd toebedeeld: van voorlichting over de verstandelijke vermogens tot advies over de mate van toerekeningsvatbaarheid en over de gewenste 'behandeling'. Men zou kunnen stellen dat binnen zekere (juridische) grenzen een 'psychiatrisering' van het strafrecht werd nagestreefd. De vraag nu is hoe psychia-

ters omgingen met het spanningsveld tussen het belang van het 'zieke' individu (een medische optiek) en dat van de samenleving (een juridische optiek).

Het volgende voorbeeld is illustratief voor de problemen die de psychiater op dit vlak tegenkwam (*Psychiatrische Bladen*, 1891).

In een expertise voor de rechtbank in het jaar 1891 onderzochten de psychiaters Van Deventer en Kok Ankersmit de 27-jarige Magdalena X, een zwangere ongehuwde vrouw die verdacht werd van diefstal met braak. De rechter-commissaris schakelde de psychiaters in en stelde twee vragen: of de diefstal haar kon worden toegerekend, en of haar toestand verpleging in een gesticht voor krankzinnigen mogelijk of noodzakelijk maakte. De psychiaters concludeerden verstandelijke toerekenbaarheid maar een ziekelijk gevoelsleven; op grond van besmettingsgevaar voor andere patiënten ontrieden ze gestichtsbehandeling. De rechtbank achtte de vrouw toerekeningsvatbaar en veroordeelde haar tot een maand gevangenisstraf.

Dit expertise-fragment toont in gecomprimeerde vorm de problemen waarvoor de psychiater stond: allereerst: hoe moest hij tot een diagnose komen in een periode waarin de natuurwetenschappelijke psychiatrie hem nauwelijks diagnostisch instrumentarium aanreikte om het verband tussen gedrag en psychische gesteldheid te meten; ten tweede, hoe moest hij zijn prognose presenteren in voor juristen navolgbare taal en welke maatregel adviseren op basis daarvan; en ten derde, los van de voorlichtingstaak, welke behandeling was geschikt voor ontoerekeningsvatbaar verklaarden die in een krankzinnigengesticht opgenomen werden? Hieronder wordt alleen op de twee eerste, nauw verweven, vragen ingegaan. De verschillende standpunten die psychiaters konden innemen ten aanzien van deze problemen worden geïllustreerd met de opvattingen van een van de belangrijkste psychiaters uit die tijd, G. Jelgersma, en het commentaar van zijn collega-psychiaters.

Diagnostiek – De psychiater-neuroloog Winkler, in wetenschappelijk opzicht een van de belangrijkste tegenpolen van Jelgersma, stelde in 1906 dat de samenwerking tussen juristen en medici slechts tot stand gekomen was door concessies van de kant van de medici (Winkler 1906). De medici hadden zich laten verleiden tot de introductie van het nieuwe begrip 'partieele verantwoordelijkheid' (verminderde toerekeningsvatbaarheid) waarvan het gebruik in medisch opzicht niet te verdedigen viel. Jelgersma was een tiental jaren eerder al tot de conclusie gekomen dat op basis van 'maatschappelijke verantwoordelijkheid' de noodzaak van een behandeling vastgesteld moest worden (Jelgersma 1894). Het begrip verantwoordelijkheid was zowel in de juridische als de psychiatrische wetenschap moeilijke materie. Waar het echter zowel Winkler als Jelgersma om ging was de mate waarin de last die een krankzinnige voor de samenleving opleverde (in strafrechtelijk-

ke termen: delicten) mocht meetellen als noodzaak voor behandeling in vergelijking met de medische noodzaak, dat wil zeggen de behandeling van het individuele lijden van de patiënt.

Jelgersma had daar uitgesproken opvattingen over. 'Bij den criminalist (...) is het belang van den lijder, en in dit geval wordt de misdadiger hiermee gelijk gesteld, veel meer naar achteren verschoven (...) ondanks zeer sanguinische verwachtingen (zijn) de verbeteringsresultaten slechts zeer gering (...). Daartegenover staat de groote plicht van den criminalist voor de belangen der omgeving te waken, zijne belangrijke positie dankt hij bijna uitsluitend hieraan' (Jelgersma 1890). Jelgersma maakt dus een duidelijk onderscheid tussen psychiaters en psychiaters in strafrechtelijke functie (criminalist). Hij meende ook dat de psychiater moest oordelen over de toerekening, aangezien de rechter niet in staat geacht moest worden een diagnose te interpreteren in termen van toerekeningsvatbaarheid (Cox 1909).

Ook andere psychiaters waren voorstander van een dergelijk 'uitgerekt' toerekeningsbegrip maar wilden zich aan hun wettelijke taak houden, dat wil zeggen: zich onthouden van een oordeel over de toerekening. Zo achtte Meyer de psychiater wel in staat een oordeel over de toerekening te geven, maar meende hij dat dat oordeel achterwege moet worden gelaten (Meyer 1900). De psychiater diende zich te beperken tot de mate 'van de uit het vergriep voortvloeiende schadelijkheid van den delinquent. (...) (en) op technische gronden aan te geven welke bijzondere maatregelen voor elk concreet geval uit een oogpunt van morele en fysieke hygiëne hem wenselijk toeschijnen'. Reeling Brouwer wees, ondanks het gebrek aan klinisch-neurologische en pathologisch-anatomische criteria voor classificatie van de crimineel, op de abnormaliteit van criminaliteit: '(...) daarmee is de misdadiger gestempeld tot een ziek individu, ook zonder dat er sprake is van eenig pathognomisch verschijnsel van krankzinnigheid. Doet men dit niet, dan staat men voor de moeilijkheid in het groot aantal grensgevallen die met den strafrechter in aanraking komen, het klinisch ziektebeeld eener bekende psychose te construeeren, daar waar krankzinnigheid in engeren zin niet bestaat' (Reeling Brouwer 1902).

De vraag is hoe de meerderheid der psychiaters toe kwam hun rol als 'belangenbehartiger' van zieke individuen zo terzijde te schuiven. Het antwoord op deze vraag ligt in de verwetenschappelijking van de psychiatrische diagnostiek. Eind 19e eeuw streefde de Nederlandse psychiatrie ernaar zich te emanciperen tot medische wetenschap door zich te ontdoen van 'metafysische' beschouwingen over de psyche en zich te richten op neurologisch-anatomisch onderzoek van het centrale zenuwstelsel (De Ridder 1984). Die benadering was moeilijk te vertalen naar de praktijk van alledag in de gestichten die vol zaten met 'onbehandelbaren'. De diagnose was of een classificatie zonder therapeutische gevolgen, of men was niet in staat er een passende ('neurologische') behandeling aan te verbinden.

In de praktijk van de voorlichtingsdiagnostiek schiep deze situatie problemen. Zo bleek bij voorbeeld Lombroso's systeem van afwijken-de schedelmaten niet geheel kloppend (ook al werden schedelmaten regelmatig vermeld in psychiatrische expertises) (Kerbert 1875). Het is misschien bij gebrek aan adequate natuurwetenschappelijke onderzoeksmethoden dat psychiaters zich veelal richtten op een beschrijving van (antisociaal) gedrag van de verdachte.⁵ De psychiatrische vraag was of men van ziekte kon spreken wanneer er geen aantoonbare fysieke afwijkingen waren. Voor het gerecht werden reguliere diagnoses dan ook deels verlaten: of er werd op basis van symptomen een oordeel over de toerekeningsvatbaarheid gegeven, of men diagnostiseerde 'slecht gedrag' waarbij de ziekelijke component niet medisch aan te tonen viel. Het onderscheid tussen psychiaters in visie op hun taak liep parallel met hun mening over organische oorzaken van krankzinnigheid. Jelgersma bij voorbeeld onderkende geen verschil tussen misdaad en anatomische afwijkingen van krankzinnigheid (Jelgersma 1894). Winkler, als representant van de neurologische stroming in de psychiatrie, verzette zich tegen een dergelijke uitholling van het ziektebegrip: 'Stellig is de aanwezigheid van moreele en ethische defecten alleen, geen reden om iemand bij gebleken delict, niet naar een gevangenis, maar naar een gesticht te verwijzen. Maar voor zover mijn ervaring gaat, heb ik reden om zeer te twijfelen, of bij een groot aantal der zoogenaamde habitueele misdadigers de ethische en moreele defecten wel de eenige verschijnselen zijn, die men vindt, als men hen nauwkeurig onderzoekt' (Winkler 1898).

Er bestond dus niet zozeer verschil van mening over het feit dat de psychiater de strafrechter voorlicht, als wel over de medisch-wetenschappelijke verantwoording daarvan.

Insania moralis – In hoeverre de psychiater 'onafhankelijk' in het strafrecht kon functioneren is een vraag waarover verschillend gedacht werd door psychiaters. Deze 'onduidelijkheid' is voor een groot deel te wijten aan het ontbreken van een wetenschappelijk-psychiatrische standaard om storend gedrag te meten. Het kernprobleem voor de psychiater, hoe hij zijn strafrechtelijke taak ook definieert, is het beoordelen van immoreel of storend gedrag in psychiatrische termen. Een typisch voorbeeld waarin 'slecht' als 'ziek' gedefinieerd werd is *insania moralis* (zedelijke krankzinnigheid).⁶ Een diagnose waarmee gebrekkig ontwikkelde ethische vermogens, waarvan de oorzaak gelegen was in de aanleg, bedoeld werden. In tegenstelling tot de retoriek die de beschouwingen over *insania moralis* kleurde, is het geen 'vuilnisbakkendiagnose' geworden. Voor zover is na te gaan, werd dit ziektebeeld in Nederland niet bijzonder vaak gediagnostiseerd. Zowel in de archieven van het rijkskrankzinnigengesticht Medemblik (waar veelal de lastige krankzinnigen en justitiepatiënten terecht kwamen) als in de Inspectieverslagen wordt het niet vaak vermeld (gemiddeld

een procent van het totaal opnames per jaar].⁷ Deels concentreerde de *insania moralis*-discussie zich op de vraag of er aantoonbare organische oorzaken bestonden – de vraag was of gestoord gedrag kon voorkomen bij intacte verstandelijke vermogens. Deels op de behandeling ervan, Jelgersma beschouwde ‘misdadigheid’ als het belangrijkste symptoom, hetgeen zich toonde in ‘het ontbreken van een zedelijke rem en een defect gevoelsleven’ (Jelgersma 1890). ‘De behandeling der misdaad, of liever van den misdadiger is een zeer eigenaardige en als men dat zoo mag uitdrukken, een zeer onmedische. De genezing, die voor een medicus hoofdzaak is, is hier wegens het zeer povere resultaat een bijzaak, maar er dringt zich een ander vraagstuk op den voorgrond en wordt zelfs hoofdzaak, dat voor een medicus bijzaak is, dit is de schade, die de omgeving kan lijden (...) De behandeling van den volwassen misdadig geborene en van den volwassen lijder aan *insania moralis* beperkt zich alleen tot eliminatie, tot onschadelijkmaking van het individu; hoofdzaak voor ons psychiaters is maar, dat men de *insania moralis* buiten de gestichten houdt’ (p. 184-185). Deze voordracht van Jelgersma voor de Vereeniging voor Psychiatrie riep op wetenschappelijk niveau nogal wat commentaar op, maar men was gevoelig voor Jelgersma’s praktische argumenten. Tellegen vond de stelling dat een misdadig krankzinnige niet in een gesticht thuishoort verwarrend voor de rechter: ‘Vindt men dat voor zoo iemand een gesticht niet de geschikte plaats, men spreke dan niet van krankzinnigheid, want voor den rechter moet krankzinnigheid gelijkluidend zijn met ontoerekenbaarheid’ (p. 230).

De term *insania moralis* maakte in het eerste decennium van de 20e eeuw langzaam aan plaats voor de diagnose psychopatie (zie ook Zeeegers 1979), maar de vraag waar deze gevaarlijke krankzinnigen behandeld moesten worden was voor psychiaters nog even dringend.⁸ Kat, geneesheer-directeur van het rijkskrankzinnigengesticht Medemblik (waar veel krankzinnige misdadigers verpleegd werden), verwoordde het als volgt: ‘Verlos het geneeskundig gesticht van deze elementen die er historisch en practisch niet in behoren en interneer ze, zoo nodig in een bijzonder asyl, dat op hun behoeften is ingericht (en waarin de psychiater niet de leider zij maar de invloedrijke adviseur); dan is het voornaamste tot de oplossing van het vraagstuk der gevaarlijken gedaan’ (Kat 1907).

Men zou kunnen stellen dat de diagnostiek ten behoeve van het strafrecht nog extra gecompliceerd werd door het feit dat een ontoerekeningsvatbare in de psychiatrie terecht kwam door plaatsing in een krankzinnigengesticht (civiel dan wel strafrechtelijk) na vonnis of ontslag van rechtsvervolging. De psychiater moest een oordeel geven over een eventueel krankzinnige (gevaarlijke) misdadiger, die niet paste in de toch al overvolle krankzinnigengestichten waar men niet stond te wachten op ‘lastige’ krankzinnigen. Was deze krankzinnige misdadiger eenmaal onder behandeling, dan stond de psychiater voor

het dilemma dat zodra de patiënt genezen was, deze onafhankelijk van het gevaar dat hij opleverde voor de samenleving ontslagen moest worden, maar dat tegelijkertijd de gevaarlijkheid als 'onderdeel' van de krankzinnigheid in dat oordeel betrokken moest worden.

Recapitulerend: in feite werd de stoornis *insania moralis* gebruikt als 'oorzakelijke factor' in het delict – een verband dat niet aan de orde was in art. 37 (dat verband tussen afwijking en criterium behandelt). De symptomatologie ('slecht gedrag') en de oorzaken (erfelijkheid en degeneratie) verwezen enerzijds naar de ontoereikende middelen van de toenmalige diagnostiek en anderzijds naar de bereidheid van psychiaters om 'slecht' gedrag ziek te noemen en daar vervolgens een behandeling aan te verbinden die veelal niet medisch was (gericht op genezing) maar gericht op eliminatie. Echter, meer dan een diagnose lijkt *insania moralis* een discussiepunt geweest te zijn, waarmee psychiaters hun visie op de voorlichtingstaak illustreerden, een constructie om als medicus een verband tussen ziekte en daad te leggen en een poging tot 'criminogenese' (Callens en Michielsens 1986).

Besluit

Samengevat kan gesteld worden dat de psychiatrische discipline niet naadloos aansloot op de juridische vraag zolang psychiaters geen oplossing hadden voor de volgende problemen (zie ook Nieboer 1979). Qua voorlichting was de psychiater machteloos bij gebrek aan adequate diagnostiek met als gevolg dat hij uitspraken ging doen die niet strikt op psychiatrisch terrein lagen. Qua behandeling werd hij opgescheept met de allermoeilijkste gevallen voor wie geen passende gestichtsbehandeling bestond. Qua beveiliging zat men met het praktisch probleem dat de gestichten er niet op ingericht waren. De discussie rond *insania moralis* toont 'uitvergroot' de wijze waarop men op deze problemen kon reageren. Men kon zich strikt aan de toenmalige natuurwetenschappelijke diagnostiek houden hetgeen de diagnostiek met betrekking tot grensgevallen bemoeilijkte en de relatie met het strafrecht compliceerde. Men kon ook een andere weg inslaan, waarin de daad als het ware als een symptoom van de dader werd beschouwd. In deze visie konden psychiaters – en dat waren uiteindelijk de meesten – hun eigen taak minder goed afbakenen tegen de claims van het strafrecht. De diagnose werd op die manier in zekere zin een 'vonnis' over de ziekte van de dader. De jurist Van Geuns waarschuwde in 1917 de psychiaters dat zij zich goed rekenschap moesten geven van hun positie in de toekomstige Psychopathenwetgeving (1925), namelijk als deskundige en niet als helper van de rechter omdat het idee dat 'de abnormaalverklaring door den rechter een gunst zou zijn' dan niet langer van toepassing kan zijn (Van Geuns 1917).

De vraag in hoeverre lessen te leren zijn uit deze geschiedenis is niet zo makkelijk te beantwoorden. De diagnostiek van potentiële tbr-pa-

tiënten is aanzienlijk uitgebreid en gesystematiseerd in de loop der jaren. Ook voor de behandeling van tbr-gestelden werden speciale voorzieningen in het leven geroepen in de vorm van (particuliere of rijks)-klinieken. Tegelijkertijd lijken deze ontwikkelingen te bevestigen dat psychiaters de discussie met juristen over hun positie in het strafrecht niet langer aangaan (of niet opnieuw zijn aangegaan). Terwijl in het recente verleden juristen en ook tbr-gestelden zich juist meer bewust werden van de meer gecompliceerde kanten van het samengaan van twee disciplines (de zogenaamde 'juridisering' als reactie op de 'psychiatisering') is deze discussie in psychiatrische kringen enigszins onderbelicht gebleven. Alle goede kanten die de psychiatrie gestoorde delinquenten te bieden heeft niet ten spijt, lijkt daarmee de vraag in hoeverre de psychiatrie haar diensten ter beschikking moet stellen van het strafrecht, een voortijdig einde te hebben gevonden.

Noten

1. Vergelijk bij voorbeeld het rapport van de Algemene Rekenkamer over de doelmatigheid van tbr-behandeling (1985).

2. Deels zijn deze expertises gepubliceerd in psychiatrische en strafrechtelijke vaktijdschriften, deels zijn ze opgeslagen in archieven van rechtbanken en rijkskrankzinnigengestichten. Zie voor een inventarisatie A. Pouw, *Historisch onderzoek naar de voorlichting aan de rechtbank*. WPI, Utrecht 1985. Het aantal ontoerekeningsvatbaar verklaarde mannen liep op van 16 in de periode 1885-1890 tot 130 in de periode 1901-1905.

3. De Commissie werd ingesteld bij Koninklijk Besluit 31 juli 1902.

4. Zie voor een uitgebreide bespreking van het begrip 'verminderde toerekeningsvatbaarheid' de preadviezen opgenomen in *Handelingen Nederlandsche Juristen Vereeniging* 1906, n.a.v. het voornemen van de minister van Justitie tot 'invoering van een speciale wijze van verwijderen uit het maatschappelijk verkeer en verpleging van de niet of niet geheel toerekenbaren'.

5. Wellenbergh (1906) acht de onderverdeling naar antisocialiteit efficiënter dan die naar ziektevorm.

6. De term is afkomstig van de Engelsman Prichard (1835).

7. De jaarverslagen van Rijkskrankzinnigengesticht Medemblik (1884-1900) zijn gedeponneerd in het Provinciaal Rijksarchief Noord-Holland.

8. Zie ook een enquête van de Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie onder gestichtsgeneesheren: op 1 januari 1901 bedroeg het percentage gevaarlijke krankzinnigen van de in gestichten verpleegden 2.35% (185 van de 7661).

Literatuur

Broecke, J.C. van den, en Ph. van den Broecke (1845), *De uitoefening der gerechtelijke geneeskunde in Nederland, hare gebreken en middelen tot herstel derzelve*. Utrecht.

Callens, I., en M. Michielsens (1986), Tussen criminogenese en biografische prothese. Interview met Jean Pierre de Waele. *Psychologie & Maatschappij*, 36, 10, 304-315.

- Cox, W.H. (1909), Is toerekeningsvatbaarheid een juridisch begrip? *Psychiatrische en Neurologische Bladen* (PNB), 13.
- Deventer, J. van (1892), Een gemoedsmisdadiger voor het forum, psychologisch nader toegelicht. *Psychiatrische Bladen* (PB), 10, 7 e.v.
- Erp Taalman Kip, M.J. van (1911), Eenige stellingen over de beteekenis van den psychiater voor de strafrechtszaak. *PNB*, 15, 536 e.v.
- Geuns, S. van (1917), De positie en het terrein van de psychiater in strafzaken. *Psychiatrisch Juridisch Gezelschap*, 8-12-1917.
- Heymans, G. (1909), Over strafrechtelijke toerekening. *Tijdschrift voor Strafrecht*, 20, 470-487.
- Israël de Haan, J.I., *Weekblad van het Recht*, 8925.
- Janse de Jonge, J.A. (1982), 'Slaat mij dan maar dood!' De Papendrechtse strafzaak. *Recht & Kritiek*, 8, 61-68.
- Jelgersma, G. (1890), De medicus tegenover de vraag der toerekeningsvatbaarheid. *PB*, 8, 17; (1891), Over Insania Moralis, *PB*, 9, 169; (1894), De beoefening der crimineele psychiatrie en gerechtelijke psychiatrie aan de Universiteit. Utrecht; (1911), *De Papendrechtse strafzaak en de psychiater*. Amsterdam.
- Kat, J. (1907), De verpleging van gevaarlijke en schadelijke krankzinnigen. *Tijdschrift voor Strafrecht*, 18, 248.
- Kerbert, J.J. (1875), Krankzinnigheid en misdaad, beschouwd in het licht der geneeskundige wetenschap. *De Tijdspiegel*.
- Meyer, F. (1900), De psychiatrische expert en de toerekenbaarheid. *PNB*, 4, 352.
- Mom Visch, D.J. (1887), Opmerkingen over art. 37 al. 2 van het Wetboek van Strafrecht en over het gerechtelijk-psychologisch onderzoek in strafzaken. *Themis*, 48, 425 en 430.
- Nederlandsche Juristen Vereeniging (1906), *Handelingen*.
- Nieboer, W. (1979), *Aegroto suum. De toerekening in het strafrecht bij psychiatrische afwijkingen*. Meppel.
- Reeling Brouwer, S. (1902), De actueele queastie der grensgevallen. *PNB*, 6, 128.
- Ridder, D. de (1984), Psychiatrie tussen asiel en behandelinstituut. De geschiedenis van de behandelbaarheid. *Psychologie & Maatschappij*, 28, 8, 382-399.
- Ridder, D. de, en C. de Vries (1984), De Psychopathenwetten, achtergronden en beleid 1910-1940. *Recht & Kritiek*, 1, 10, 63-79.
- Rütte, L. le (1908), De centralisatie van het psychiatrisch onderzoek van klaagden. *Tijdschrift voor Strafrecht*, 19, 447.
- Schouten, H.J. (1843), *Proeve van een wijsgerig en zielkundig onderzoek omtrent het regt in het algemeen en het strafrecht in het bijzonder. Hoofdzakelijk in betrekking tot de zedelijke waardering van menschelijke daden, handelingen of bedrijven*. Amsterdam.
- Simons, D. (1908), De omvang van de taak van den psychiater in strafzaken. *Psychiatrisch Juridisch Gezelschap*, 30-5-1908.
- Slingenberg, J. (1909), Op welke wijze moeten de psychiaters zich de gegevens verschaffen, die zij behoeven voor het uitbrengen van hun deskundig rapport aan justitie? *Psychiatrisch Juridisch Gezelschap* 6-3-1909.
- Staatstoezicht op de krankzinnigengestichten. *Jaarverslagen 1870-1900*.
- Vries, C. de (1984), *Enige aspecten van de 'Nieuwe Richting' in de strafrechtswetenschap in Nederland 1880-1910*. Utrecht (doctoraalscriptie).

- Walsem, G.C. van (1900), Het materiaal der psychiatrisch forensische expertisen. *PNB*, 4, 32-33 en 373.
- Wellenbergh, P. (1906), Bijdrage tot de quaestie der strafrechtelijke behandeling der psychopathisch minderwaardigen. *PNB*, 10, 438.
- Winkler, C. (1898), *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 24, II, 318.
- Zeegers, M. (1979, 2e dr.), *Psychiatrie, een handleiding voor juristen en maatschappelijk werkers*. Utrecht, 116 e.v.

Schrijver is klinisch-psycholoog en als wetenschappelijk onderzoeker verbonden aan het Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid te Utrecht; correspondentieadres: NcGv, Postbus 5103, 3502 JC Utrecht.

Dit artikel werd geschreven op basis van een literatuurstudie verricht aan het Willem Pompe Instituut voor strafrechtswetenschappen te Utrecht.