

# Krankzinnigheid, diagnostiek in wettelijk perspectief?

door A. Kaasenbrood

## Samenvatting

In het kader van een exploratief veldonderzoek werd nagegaan hoe de psychiatrische diagnostiek wordt toegepast bij de vaststelling van krankzinnigheid. Het begrip krankzinnigheid wordt door de wet niet gedefinieerd. In de praktijk blijken de psychiaters het begrip zeer verschillend te interpreteren. De beoordeling van krankzinnigheid speelt zich af in een chaotische situatie. Mede hierdoor is de diagnostiek onbetrouwbaar en beperkt. In een beschouwing komt de auteur tevens tot aanbevelingen voor verbetering.

## Inleiding

Een van de voorwaarden voor een acute psychiatrische dwangopname (Inbewaringstelling, afgekort IBS) is een ernstig vermoeden van krankzinnigheid (voor een Rechterlijke Machtiging (RM) moet de krankzinnigheid aangetoond zijn). Om dit vast te stellen wordt een psychiater gevraagd de patiënt te onderzoeken. Wanneer hij ervan overtuigd is dat er gevaar uit krankzinnigheid volgt, zal hij de burgemeester adviseren de patiënt met dwang op te nemen.

In het kader van een onderzoek naar dwangopnames<sup>1</sup> bestond de gelegenheid de diagnostiek van de psychiater in de praktijk te observeren. Om de aan- of afwezigheid van krankzinnigheid vast te stellen lijkt een zo betrouwbaar mogelijke diagnostiek onontbeerlijk. In dit artikel zal deze diagnostiek aan de hand van de onderzoeksgegevens worden beschreven. Dit gebeurt aan de hand van een drietal vragen: hoe komt de psychiater in de door ons onderzochte situaties tot zijn diagnose? Hoe betrouwbaar is deze diagnose? Welke inhoud heeft het begrip krankzinnigheid voor de psychiater?

Hiertoe werden eenendertig consulten van de psychiater van de Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG) in de acute dienst onderzocht. Alleen situaties waarin de aanvrager van het consult een dwangopname wenselijk achtte, of waarin de RIAGG voor het consult al met de mogelijkheid van een IBS rekening hield, werden in het onderzoek opgenomen. Aangezien uit

vooronderzoek bleek dat een belangrijk deel van deze consulten op politiebureaus plaatsvond, werd het onderzoek hier gestart. Het tweede deel van het onderzoek vond plaats bij de RIAGG.

De onderzoeksgroep kwam op een aantal persoonskenmerken overeen met de uit de internationale literatuur bekende persoonsgegevens van mensen die met dwang psychiatrisch waren opgenomen (39% vrouwen, leeftijd in 74% der gevallen tussen 20 en 40 jaar, lage sociaal-economische status, ontbreken van een werkkring, geen steun in de woonsituatie, hoog aandeel van etnische minderheden, diagnose: psychose 77% en eerdere psychiatrische opname 71%).

Twintig situaties resulteerden in een gedwongen opname. Hierin waren de patiënten die op een politiebureau werden beoordeeld licht oververtegenwoordigd. Gezien de opzet van het onderzoek (het eerste deel van het onderzoek vond immers bij de politie plaats) is dit niet verwonderlijk. Eén situatie had betrekking op de aanvraag voor een Rechterlijke Machtiging. Eén patiënte werd enkele dagen na de observatie met een IBS opgenomen. Zij is niet bij de genoemde twintig inbegrepen.

De belangrijkste methode van gegevensverzameling was de participerende observatie. Bij vierentwintig van de eenendertig situaties waren de onderzoekers aanwezig bij het consult van de psychiater. In de overige gevallen werd de informatie over de situatie verkregen uit interviews met de psychiater en de directe betrokkenen (bij voorbeeld de patiënt zelf, familie, politie enz.). Daarnaast werd iedere psychiater een aantal dagen na de observatie geïnterviewd. Als derde bron van informatie dienden de Geneeskundige Verklaringen (wanneer de patiënt met dwang werd opgenomen). In deze verklaring motiveert de psychiater kort zijn conclusies over het gevaar en de krankzinnigheid wanneer hij een dwangopname noodzakelijk vindt.

### Situatieschets

Aan het moment waarop de hulp van de psychiater van de RIAGG werd ingeroepen was meestal veel vooraf gegaan. De pogingen om de problemen met en rond patiënt binnen het directe leefmilieu op te lossen hadden niet voldoende effect gesorteerd: de familie was de slapeloze nachten moe, de buurt wenste de overlast niet langer te accepteren en de huisarts en politie zagen zich telkens geconfronteerd met een probleem dat niet tot een goed einde viel te brengen. In de meeste gevallen wilde de omgeving de patiënt niet langer thuis handhaven.

Wanneer de problemen zo hoog waren opgelopen werd de psychiater gevraagd de patiënt te onderzoeken. In de meeste gevallen was de patiënt dan al niet meer in zijn eigen woonomgeving (slechts in zes van de eenendertig situaties was dit wel het geval). Een gesprek met direct betrokkenen rond de patiënt (familie, buurt, vrienden etc.) was vaak niet mogelijk, een dossier kon zelden worden geraadpleegd. Gevolg

hiervan was dat de psychiater binnen korte tijd een oordeel met vaak verstrekkende gevolgen over een onbekende patiënt moest geven. De combinatie van deze situatietekenen en de onrustige sfeer waarin de psychiater zijn onderzoek moest doen maakte op de onderzoekers een chaotische indruk. Een voorbeeld:

A. zit te schreeuwen in een politiecel. Tientallen politieagenten lopen door elkaar: de avonddienst wordt afgelost door de nachtdienst. Van diverse kanten geeft men uiteenlopende meningen en feiten over A. aan de onderzoekers door. De wachtcommandant die de zaak van A. behandelde is inmiddels naar huis, de dienstdoende wachtcommandant weet niet het fijne van A. af.

De familie van A. is, voordat de psychiater komt, inmiddels door de politie naar huis gestuurd. Het wachten op de psychiater zou te lang duren. Wanneer de psychiater nadien arriveert blijkt hij de patiënt niet te kunnen verstaan. Een tolk is er niet. De psychiater heeft geen tijd om te wachten tot de familie weer terug op het bureau is om hen te interviewen. Volgens de politie kan A. onmogelijk terug naar huis. (Observatie en interview.)

### Het diagnostische proces

Tischler (1985) en Kuiper (1973) beschrijven enkele voorwaarden waaraan een goed diagnostisch proces moet voldoen:

1. *Heteroanamnese*. De informatie over de patiënt en diens ziekte moet, behalve bij de patiënt, ingewonnen worden bij één of meer direct bij de patiënt betrokkenen. De ervaring leert dat de verschillende partijen die bij een psychiatrische patiënt betrokken zijn een andere lezing hebben van de gebeurtenissen. Wanneer bij voorbeeld het bestaan van wanen moet worden onderzocht, dient men de denkbeelden van de patiënt te toetsen aan de informatie van anderen, zoals de partner.

2. *Wijze van gegevensverzameling*. Als ondersteuning van de diagnose dient men zoveel mogelijk gebruik te maken van gegevens die door de patiënt en/of zijn omgeving zijn medegedeeld. Kuiper contrasteert hier de gegevens die letterlijk zijn verkregen uit interviews met gedragsobservaties door de diagnosticus. Bij deze laatste spelen – persoonlijk gekleurde – interpretaties een belangrijke rol.

3. *Systematiek*. Diagnostiek kent een systematiek. Eerst wordt er zoveel mogelijk relevante informatie over de patiënt verzameld. Wanneer deze informatie gestructureerd is, kunnen hieruit eventuele symptomen worden afgeleid. Is bovendien bekend hoe lang de patiënt al ziek is, en met welke symptomen dit gepaard is gegaan (beloop) dan mag een syndromale diagnose worden gesteld. Wanneer 'Het complex van factoren dat tot de ziekte heeft geleid' (Kuiper 1973) is opgehelderd, mag men van ziekte spreken.

De resultaten uit de observaties van het diagnostisch proces zullen nu aan deze voorwaarden getoetst worden.

In vier van de eenendertig situaties voldeed het diagnostisch proces aan de gestelde voorwaarden. In deze gevallen werd telkens een betekenisvolle derde over de patiënt geïnterviewd, de diagnostiek werd (voornamelijk) gebaseerd op aan de psychiater medegedeelde gegevens en in de totstandkoming werd de vereiste systematiek herkend.

Patiënt B. wordt door een psychiater onderzocht in verband met achterdocht. De echtgenoot bevestigt dat zijn vrouw deze ideeën heeft en toont de onjuistheid ervan aan. Daarnaast vertelt hij hoe lang de verschijnselen al bestaan en wat volgens hem de aanleiding is. De psychiater bezoekt daarna de burens waar de ideeën betrekking op hebben. Die vertellen hem tot welk punt het verhaal juist is. (Interview.)

In de andere zevenentwintig situaties werd telkens aan een of meerdere voorwaarden niet voldaan. Per item uitgewerkt zien we het volgende:

*Ad 1: 'Heteroanamnese'* – In de minderheid van de situaties werd aan de eerste voorwaarde van Kuiper (heteroanamnese) voldaan. In achttien situaties werd de informatie verkregen uit een gesprek met de patiënt en een van de personen van de instantie die de patiënt aanmeldde (12 maal de politie, 5 maal ziekenhuispersoneel, 1 maal een begeleider van het weghloophuis voor psychiatrische patiënten). In de meeste gevallen waren zij weliswaar op de hoogte van de directe aanleiding voor het bezoek aan de instantie maar ontbrak achtergrondinformatie over het leven en de ziekte van de patiënt. In elf van deze achttien gevallen was bekend dat er familie of bekenden waren. De reden waarom zij niet werden geïnterviewd was voornamelijk van praktische aard (tijdsdruk waaronder de psychiater werkte, slechte bereikbaarheid van de familie, men sprak een taal die de psychiater niet verstond enz.) (zie bij voorbeeld A.).

De onderzoekers hadden de indruk dat slechts zelden de inhoud van de gedachten en belevingswereld van de patiënt aan de realiteit werd getoetst. Meestal werden naar aanleiding van het gesprek met de patiënt de wanen al vastgesteld. Deze indruk werd gesteund door het gegeven dat in de achttien situaties waarin niet met de omgeving van de patiënt werd gesproken toch twaalf keer wanen werden vastgesteld. In de dertien situaties waarin wel met personen uit de directe omgeving werd gesproken stelden we slechts éénmaal vast dat wanen inhoudelijk werden getoetst (patiënt B.). In één geval bleken de door de psychiater als wanen geïnterpreteerde gedachtengang van de patiënt deels op werkelijke gebeurtenissen terug te voeren.

C. vertelt door de buurt belaagd te worden. De psychiater interpreteert dit als paranoïde. Later in de verklaring stelt de psychiater dat er gevaar dreigt voor patiënte: de buurt overgoot haar onlangs met heet water in verband met onvrede over het aanhoudende burengerucht. (Geneeskundige Verklaring.)

*Ad 2: 'Wijze van gegevensverzameling'* – In zeventien situaties

speelden de gegevens die de patiënt en eventueel zijn omgeving aan de psychiater meedeelden een rol bij de totstandkoming van de uiteindelijke diagnose. Bij tien van deze zeventien voldeden deze gegevens echter niet om de diagnose op te baseren. Bij deze tien patiënten moesten er, evenals bij de resterende veertien, bronnen bestaan die het tekort aan, respectievelijk de afwezigheid van gegevens aanvulden, respectievelijk vervangen. Waarop werd nu in deze vierentwintig situaties de diagnose (mede) gebaseerd?

In elf situaties was de patiënt al van tevoren bekend bij de psychiater. Gedurende het onderzoek kreeg hij dan tegen de achtergrond van deze voorkennis een indruk waarop de diagnose (deels) werd gebaseerd.

D. is bij de huisarts bekend met achterdochtige ideeën. De psychiater die hem onderzoekt wordt door hem weggestuurd zonder opgaaf van reden. De psychiater interpreteert dit als paranoïde waanvorming. (Observatie en interview.)

Deze voorkennis werd geput uit informatie van de huisarts, de politie of collega's. Driemaal was de patiënt al eerder door de psychiater zelf onderzocht.

In zeven situaties werd de diagnose hoofdzakelijk bepaald door datgene wat al voor het consult aan de psychiater bekend was over de patiënt. Tweemaal werd een eerder oordeel zonder verder onderzoek herhaald. Driemaal werd de mening van een collega overgenomen. Tweemaal werd de diagnose uitsluitend gebaseerd op mededelingen van de politie.

E. verblijft in een inrichting waar psychiater Y. hem een week daarvoor met een IBS heeft opgenomen. Men heeft de rechtbank echter niet tijdig van de dwangopname op de hoogte gesteld. Hierdoor is de IBS verlopen. De inrichting verzoekt Y. om voor E. opnieuw een IBS uit te schrijven. Gedurende het consult blijken geen tekenen van psychose; E. herhaalt slechts telkens dat hij weg wil. Y.: '...t is dat ik hem vorige week al heb meegemaakt... zo rustig als hij nu is!' en schrijft een nieuwe Geneeskundige Verklaring uit. (Observatie en interview).

In een van deze zeven situaties stelde de psychiater de diagnose zonder de patiënt gezien te hebben.

F. is niet thuis. Desondanks stelt de psychiater de diagnose schizofrenie. Hij had deze diagnose gehoord van een collega met meer ervaring. (Interview.)

Eenmaal was de diagnose alleen gebaseerd op de indruk die de psychiater gedurende het onderzoek van de patiënt kreeg.

G. zit op de bank, lacht en zwijgt. Af en toe draait hij met de ogen. De psychiater concludeert: 'G. wekt de indruk dat hij stemmen hoort die niet door mij worden waargenomen. Hij hallucineert'. (Observatie en interview.)

In zeven situaties was het gevaar in daden voor de psychiater aanleiding voor de diagnose. Uit onderzoek bleek geen psychiatrische stoornis. 'De patiënt moest echter wel ziek zijn als hij tot dergelijke daden in staat was.' In twee situaties werd de diagnose alleen hierop gebaseerd.

H. hangt aan een hijskraan op veertig meter hoogte. Hij moet met veel overreding door de politie verwijderd worden. Hij vertelt tegen de psychiater dat hij dood wil. Duidelijke psychopathologie wordt echter door de psychiater niet waargenomen. Hij baseert zijn diagnose op de gevaarsdaad: iemand die zo iets gevaarlijks doet moet wel ziek zijn. (Interview.)

*Ad 3: 'Systematiek'* – De toetsing van de onderzoeksgegevens aan de vereisten van de systematiek valt in twee delen uiteen. In het eerste deel wordt nagegaan in hoeverre de psychiater geïnformeerd was over het beloop en het 'complex van oorzakelijke factoren dat tot de ziekte heeft geleid'. Daarna zullen de diagnostische processen getoetst worden op de volgens Kuiper noodzakelijke fasering in de diagnostiek.

Over het beloop van de ziekte was in acht van de eenendertig situaties informatie beschikbaar. In elf situaties waren er globaal enige gegevens bekend. Dit varieerde van een ooit in het verleden gestelde diagnose, tot de wetenschap dat er ooit eerder een IBS was uitgeschreven. In twaalf situaties wist de psychiater niets over de voorgeschiedenis. Toch werd in alle situaties een syndroom of ziekte gediagnostiseerd.

Volgens Kuiper (1973) moet, om tot de diagnose van een ziekte te komen, 'het complex van factoren dat tot de ziekte heeft geleid' zijn opgehelderd.<sup>2</sup> Niet in alle eenendertig situaties werd echter een ziekte-diagnose gesteld. In vijf gevallen beperkte de psychiater zich tot een syndromale diagnose (psychose). In de onderstaande tabel is voor de afzonderlijke diagnoses de frequentie (Freq.) aangegeven, waarna vermeld wordt hoe vaak één of meerdere tot de ziekte leidende factoren werden gevonden.

Tabel 1: Inventarisatie van tot ziekte leidende factoren

| Diagnose        | Freq. | Tot ziekte leidende factoren         |
|-----------------|-------|--------------------------------------|
| 1. Schizofrenie | 10x   | Geen factor vastgesteld              |
| 2. Paranoïde    | 10x   | Driemaal werd 1 factor vastgesteld   |
| 3. Psychose     | 5x    | Eénmaal twee factoren                |
| 4. Overige      | 4x    | Viermaal twee factoren               |
| Totaal          | 29x*  | Achtmaal werden factoren vastgesteld |

\* Tweemaal werd geen psychische stoornis gediagnostiseerd

Bij de vierentwintig ziektediagnosen (resp. 1, 2 en 4 uit het schema) werd slechts in zeven gevallen een uitspraak gedaan over de tot de ziekte leidende factoren.

Een goede fasering van de diagnostiek hing in sterke mate af van de

vorige voorwaarden. Ontbrak er bij voorbeeld voldoende betrouwbare informatie dan werd er ook niet aan de voorwaarde van een goede fascering voldaan. Hierbij werden dan één of meerdere stappen uit de beschreven fascering overgeslagen.

I. herhaalt telkens één woord in een voor de psychiater onbegrijpelijke taal. In zijn opleiding zag hij dit éénmaal eerder bij een patiënte die schizofreen was. Mede hierdoor besluit hij vervolgens tot de diagnose schizofrenie. (Interview.)

In dit voorbeeld springt de psychiater van een symptoom naar een ziekte. Dit 'jumping to conclusions' troffen we frequent aan. Helaas waren we, gezien het impliciet karakter waarmee dit gehanteerd werd, niet in staat het te kwantificeren. Een enkele maal observeerden we hoe een psychiater aan het uiterlijk van een patiënte meteen een diagnose verbond en een beleid uitstippelde.

J. ziet er verwaarloosd uit. Zij spreekt niet. De psychiater weet echter dat ze bij een vorige gelegenheid in een dergelijke toestand psychotisch werd bevonden en met een IBS werd opgenomen. Hij herhaalt deze diagnose en maatregel voornamelijk op basis van deze voorkennis.  
(Observatie en interview.)

Het diagnostische proces zoals dat geobserveerd werd in het onderzoek voldeed slechts zelden aan de voorwaarden die er idealiter aan gesteld mogen worden. Wat de gevolgen hiervan zijn voor de betrouwbaarheid van de gestelde diagnoses zal in de volgende paragraaf aan de orde komen.

## De betrouwbaarheid van de diagnose

Aangezien ieder diagnostisch onderzoek eenmalig was kan de betrouwbaarheid van de diagnostiek niet gekwantificeerd worden. Spitzer (1985) stelde echter een lijst van 5 factoren op die een betrouwbaarheidsverlagend effect op het diagnostisch proces hebben. We zullen de door ons onderzochte gevallen hieraan toetsen.

a. *Occasion variance*: twee psychiaters onderzoeken dezelfde patiënt gedurende twee verschillende fasen van dezelfde ziekte. Ze stellen verschillende symptomen vast. De kans is groot dat hun diagnoses hierdoor zullen verschillen.

b. *Subject variance*: een patiënt vertoont op twee momenten twee verschillende psychiatrische ziektebeelden.

Beide bronnen van onbetrouwbaarheid zijn terug te voeren op het eenmalige karakter van de waarneming. Het psychiatrisch onderzoek binnen ons onderzoeksproject was op twee uitzonderingen na eenmalig. Over de voorgeschiedenis, de voordien doorgemaakte ziekten en het beloop van deze ziekte was zelden betrouwbare informatie aanwezig.

De kans dat er zodoende slechts één van meerdere symptomen (ad a)

of één van meerdere ziekten (ad b) werd waargenomen is reëel te achten. Eenmaal stelden we dit gedurende het onderzoek vast:

K. wordt door de psychiater onderzocht in verband met een misdrijf. De politie vermoedt dat hij psychotisch is. De psychiater stelt in het uur dat hij hem onderzoekt geen tekenen van psychose vast. K. gaat naar de gevangenis waar dezelfde psychiater hem na een paar dagen bezoekt. Inmiddels is K. ernstig psychotisch. De psychiater acht het waarschijnlijk dat K. alleen gedurende het eerste onderzoek niet psychotisch was. (Observatie en interview.)

c. *Information variance*: de informatie waarop de psychiater de diagnose baseert kan onbetrouwbaar zijn. Hiervoor ziet Spitzer twee mogelijke oorzaken:

1. Onderlinge verschillen in interviewtechniek. Hierdoor krijgen verschillende onderzoekers bij eenzelfde persoon andere informatie. Volgens Spitzer is dit door standaardisering van de interviews te voorkomen. Van een dergelijke standaardisering was bij de door ons onderzochte psychiaters geen sprake. De interviewtechniek was onder andere het resultaat van de persoonlijke stijl van de psychiater, de mededeelzaamheid van de patiënt en de mogelijkheden die de situatie bood. Alle onderzochte situaties verschilden onderling betreffende deze factoren.
2. Onvoldoende adequate informatie door een tekort aan informatiebronnen. In de vorige paragraaf werd hier reeds op ingegaan.

d. *Observation variance*: psychiaters interpreteren gedragingen en uitingen van de patiënt verschillend.

Bij onderzoek naar de betrouwbaarheid van de Present State Examination, een diagnostisch onderzoeksinstrument, bleken gedragsinterpretaties het minst betrouwbaar (Pen e.a. 1977). Bij de interpretatie van antwoorden op de standaardvragen werd een goede betrouwbaarheid verkregen. Gedragsinterpretaties zijn met name van belang bij de diagnostiek van psychotische stoornissen (Helzer e.a. 1977).

In vijftientig van de eenendertig situaties werd de patiënt psychotisch bevonden. Acht patiënten spraken niet of onverstaanbaar. Met name bij hen waren gedragsinterpretaties van essentieel belang. Deze leidden in alle acht gevallen tot de conclusie dat er sprake was van een psychose.

e. *Criterion variance*: de diagnostici verschillen van mening over de afgrenzing van de ziektebeelden: welke symptomen horen wel bij de ziekte en welke niet. Deze onenigheid over de inclusiecriteria verklaart volgens Spitzer voor tweederde de slechte betrouwbaarheid van de psychiatrische diagnostiek. Dit was mede aanleiding om tot een internationaal aanvaarde classificatie te komen. De DSM-III (en sinds kort de DSM-III-R) zou aan deze onduidelijkheid en onenigheid een einde moeten maken. De eerste studies over de DSM-III-classificatie (Spitzer e.a. 1980) toonden een goede betrouwbaarheid aan.

In de situatie die specifiek was voor ons onderzoek ligt de nadruk



van de betrouwbaarheidsverlagende factoren op de eerste vier 'variances'. Deze werden in het onderzoek van Spitzer zo zorgvuldig mogelijk gecontroleerd waardoor ze niet langer een belangrijke bron van onbetrouwbaarheid waren. Kouratovsky (1985) vond echter bovendien een slechte betrouwbaarheid in het gebruik van de DSM-III bij de psychiaters van één Rotterdamse RIAGG. Als dit ook voor de andere RIAGG's geldt zou het optimistische beeld van de betrouwbaarheid van de DSM-III niet opgaan voor de psychiaters in de acute dienst.

Betrouwbaarheidsonderzoek in situaties die vergelijkbaar zijn met beoordelingen voor dwangopname is schaars. Lieberman (1985) komt na een onderzoek van psychiatrische diagnostiek op de eerste hulp van een algemeen ziekenhuis tot de conclusie dat deze slechts betrouwbaar is wanneer algemene diagnostische categorieën worden gebruikt (bij voorbeeld 'psychose' en 'depressie'). Men maakte gebruik van de DSM-III-classificatie. De meeste diagnoses die in de situaties van ons onderzoek werden gesteld (zie tabel I) waren specifiek (bij voorbeeld 'schizofrenie'). Hiermee werd een nauwkeurigheid gesuggereerd die niet verantwoord was.

Doel en wijze van diagnostiek dienen volgens diverse auteurs goed op elkaar afgestemd te zijn. Menninger en Pruyser (1976) wezen in dit opzicht al op de beperkingen van ieder classificatiesysteem. Zij onderscheidden, afhankelijk van de te beantwoorden vraag, klinisch categorale diagnostiek, psychoanalytische diagnostiek, gezinsdiagnostiek enz. Voordat men diagnostiseert moet men kortom weten wat de vraag is waarop antwoord moet worden gegeven.

Het belang van een voor de vraagstelling adequate diagnostiek werd aangetoond door Longabaugh e.a. (1986). Zij stelden vast dat met name de indicatiestelling voor psychotherapie en sociale interventies niet tot stand komt wanneer men zich beperkt tot een DSM-III-classificatie. Gersons (1986) pleitte ervoor in de acute psychiatrie gebruik te maken van 'sociaal-psychiatrische' diagnostiek: 'Naast een vijfassige DSM-III-diagnose dient de onderzoeker een sociale diagnose van de feitelijke leefsituatie te maken'. Wil men bij voorbeeld steun uit de omgeving ten bate van de patiënt aanwenden, dan zal men moeten weten wie daarvoor in aanmerking komt.

Een sociaal-psychiatrische diagnostiek vond in twee situaties plaats.

L. verblijft op een politiebureau in verband met overlast. Gedurende het onderzoek wordt naast een klinische diagnose de aanleiding beschreven en de leefsituatie onderzocht. Hieruit blijkt dat er nog voldoende steunpunten zijn om de patiënt ambulant te begeleiden. (Observatie en interview.)

In de overige situaties werd de probleemomschrijving beperkt tot een klinisch categorale diagnose. Een beschrijving van het sociaal milieu, onderzoek naar eventueel pathologische interacties en zoeken naar hulpbronnen binnen de directe omgeving vond zodoende niet plaats.

Samenvattend bleek de betrouwbaarheid van de diagnostiek slecht en bleef de probleeminventarisatie meestal beperkt tot een klinisch categoriaal oordeel. De vraag die door deze diagnostiek werd beantwoord was eerder 'is er sprake van krankzinnigheid of niet?' dan 'wat is er met de patiënt aan de hand en wat kan eraan gedaan worden?' Impliciet wordt er dan van uitgegaan dat krankzinnigheid een nauwkeurig omschreven begrip is dat in de praktijk door wetgever, rechters en psychiaters identiek gehanteerd wordt.

### Krankzinnigheid

Een ernstig vermoeden van krankzinnigheid is wettelijk een van de essentiële voorwaarden voor een dwangopname. Door de wetgever wordt echter niet gedefinieerd wat er onder krankzinnigheid moet worden verstaan. In de Memorie van Toelichting op de wet stelt men de deskundige (psychiater) verantwoordelijk voor de vaststelling van de krankzinnigheid. Impliciet veronderstelt men dat deze wel weet wanneer hiervan sprake is: het is immers een medisch begrip, krankzinnigheid is het specialisme van de psychiater.

In de Memorie van Toelichting van 1970 (Tweede Kamer 1970) erkent men echter dat het begrip een dubbele lading dekt: 'Het woord krankzinnigheid wordt van oudsher vooral gebruikt wanneer de gedragingen van de betrokkene als gevolg van de geestelijke stoornis sterk van de maatschappelijke normen afwijken. Het heeft dus niet alleen een medische maar ook een sociale inhoud, en duidt derhalve niet een louter medisch maar een sociaal begrip aan'. De verantwoordelijkheid voor de vaststelling in de praktijk blijft echter bij de psychiater liggen.

Hafmans (1981) stelt de houding die de minister hier inneemt ter discussie. Hij schetst in een advies de verschillende verantwoordelijkheden van psychiater en rechter als scherp van elkaar onderscheiden: 'De deskundige' (c.q. de psychiater) licht de rechter voor betreffende hetgeen zijn wetenschap hem leert omtrent datgene wat aan zijn oordeel onderworpen is, i.c. of er sprake is van psychische stoornis en hoe die zich manifesteert, en de rechter beoordeelt op grond van deze deskundige verklaring en andere gebleken feiten en omstandigheden of het criterium op deze persoon van toepassing is en de betreffende wetsbepaling moet worden toegepast'. Kortom: de psychiater diagnosticeert en de rechter spreekt zich uit over de vraag of er in dit geval van krankzinnigheid in de zin der wet gesproken mag worden. Krankzinnigheid zou hiermee (weer) een juridisch begrip worden.

In de Nadere Memorie van Antwoord (1979/1980) op het wetsvoorstel BOPZ gaat men wel nader in op het begrip 'ziekelijke stoornis of gebrekkige ontwikkeling van de geestvermogens'. Men geeft 4 diagnostische categorieën die '... indien in zo ernstige mate aanwezig dat de toerekenbaarheid voor het gevaarvolle handelen of nalaten (vrijwel)

ontbreekt' 'ziekelijke stoornis of gebrekkige ontwikkeling van geestvermogens' genoemd mogen worden. Deze diagnoses zijn: dementie, psychogene opwindingstoestanden, bepaalde toestanden als gevolg van verslavingen (zowel de roes als de hersenaafbraak op de langere duur) en de functionele psychosen. Essentieel acht men, voor de dwangopname, het oorzakelijk verband tussen stoornis en gevaar.

Rechtbanken en Hoge Raad deden enkele malen uitspraak over de inhoud van het begrip krankzinnigheid. Twee rechtbanken spraken zich uit over alcoholisme (Haarlem, 17 februari 1984 en Den Bosch, 17 november 1981). In beide gevallen oordeelde de rechtbank de personen niet krankzinnig. In een ander geval (Zutphen, 9 april 1984) werd een paranoïde patiënt wel krankzinnig bevonden.

De arresten van de Hoge Raad over de inhoud van het begrip zijn schaars. Eenmaal (Hoge Raad, 23 november 1984) verklaarde men zwakzinnigheid wel krankzinnig. In een tweede geval (Hoge Raad, 24 april 1987) achtte men de '... stoornis van de persoonlijkheidsstructuur en de daardoor veroorzaakte gebrekkige gedragsbeheersing...' dermate gevaarlijk voor de omgeving, dat men de patiënt krankzinnig bevond. Regelmatig benadrukt men (bij voorbeeld Haarlem, 17 februari 1984 en Hoge Raad, 24 april 1987) dat absolute oordelen over diagnostische categorieën niet te geven zijn. De rechter laat zich in zijn motieven met name leiden door de wilsvrijheid van de patiënt ten aanzien van zijn daden.

In de huidige wet wordt niet verder gedefinieerd wat onder krankzinnigheid moet worden verstaan. De verantwoordelijkheid voor de vaststelling wordt overgelaten aan de psychiater, die in de arresten van de Hoge Raad en andere uitspraken van Rechtbanken echter weinig houvast vindt voor de inhoud van het begrip in de praktijk. Als de dia-

Tabel 2: Diagnosen die tot krankzinnigheid worden gerekend

|                                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|---------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|
| Psychose                        | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x  | x  | x  | x  | x  | x  |
| Opwindingstoestand              | x |   |   |   |   | x |   |   |   | x  |    |    | x  |    |    |
| Ernstige depressie              | x | x |   |   |   | x |   | x | x | x  | x  |    |    |    |    |
| Idem. met suicidaliteit         | x |   |   |   |   | x |   |   |   |    |    |    | x  |    |    |
| Suïcidaliteit                   |   |   |   |   |   |   |   | x |   |    |    |    |    |    |    |
| Personality disorder met gevaar | x | x | x |   | x | x |   |   | x |    |    | x  |    |    |    |
| Verslavingsziekten              | x | x |   |   |   | x |   |   |   |    |    |    |    |    | x  |
| Dementie met gevaar             | x |   | x |   |   | x |   |   |   |    |    | x  |    | x  |    |
| Zwakzinnigheid met gevaar       | x |   |   |   |   | x |   |   |   |    |    |    |    |    |    |
| Alle As-I-diagnosen             | x |   |   |   |   | x |   |   |   |    |    |    |    |    |    |
| Gestoorte reality testing       |   |   | x | x | x |   | x | x | x |    | x  |    |    |    |    |

gnostische kwaliteiten nu juist op de vaststelling van krankzinnigheid zijn gericht, zijn de psychiaters het dan eens over de inhoud van het begrip?

In de onderstaande tabel zijn voor de 15 psychiaters die we er expliciet naar vroegen de diagnoses die men ertoe rekende gerubriceerd (aangezien de vraag pas in een later stadium aan het standaardinterview werd toegevoegd, ontbreken over de eerste interviews deze gegevens).

Het eerste wat hierbij opvalt is de verscheidenheid in opvatting over krankzinnigheid. Alleen over de diagnose psychose was men het eens. De helft van de psychiaters kende aan de mate van stoornis in de reality testing (de mate waarin een patiënt zijn denken, voelen, willen en handelen toetst aan de werkelijkheid) een centrale rol toe. Bij krankzinnigheid achtte men dan telkens de reality testing ernstig gestoord.

Acht van de vijftien psychiaters stelden bij één of meerdere diagnoses slechts krankzinnigheid vast wanneer er tevens sprake was van gevaar. De suggestie wordt gewekt dat ook 'lichtere' stoornissen onder krankzinnigheid gerekend mogen worden als er maar een 'overdosis' gevaar aanwezig is. Hiermee is krankzinnigheid niet langer een onafhankelijk begrip.

Van de twintig patiënten die met dwang werden opgenomen werden er negentien in bewaring gesteld. Voor één patiënt was een eerdere Rechterlijke Machtiging nog geldig, hij werd onder dezelfde RM weer opgenomen. Van zestien van deze negentien patiënten analyseerden we de Geneeskundige Verklaring (drie Geneeskundige Verklaringen werden niet achterhaald). In één verklaring werd een andere diagnose dan psychose gesteld (depressie). Bij de beantwoording van vraag vier (op welke gronden bestaat het vermoeden op krankzinnigheid) viel op dat slechts in vijf verklaringen feitelijke gedragsbeschrijvingen voorkwamen. In veertien verklaringen bestond het antwoord alleen (elfmaal) of voornamelijk (driemaal) uit interpretaties van het gedrag in de vorm van symptomen (bij voorbeeld: 'patiënt is paranoïde' of 'grootheidswanen' etc.). Een duidelijk inzicht in de verschijnselen die tot de krankzinnigverklaring leidden werd niet gegeven.

### Slotbeschouwing

De hulpverlening door de RIAGG psychiaters aan patiënten waarvoor een dwangopname werd overwogen beperkte zich in de meeste gevallen tot de vraag: krankzinnigheid ja/nee? Van een betrouwbare diagnostiek waarop het antwoord op deze vraag zou moeten steunen was slechts zelden sprake. Een bredere probleemomschrijving waarin ook sociale achtergronden een plaats hadden troffen we maar tweemaal aan. Gegeven echter de chaotische situatie waarin de psychiaters in Rotterdam hun patiënten onderzochten, is het de vraag in hoeverre men meer of beter mag verwachten.

Als we daarbij echter bedenken dat er over de inhoud van het begrip krankzinnigheid veel onduidelijkheid (Hafmans) en onenigheid bestaat dan dreigt de volgende, weinig wenselijke gang van zaken mogelijke te worden. In een omgeving waarin veel angst, spanning en onvrede heerst kan door krankzinnigverklaring, en dwangopname, van een van de aanwezigen de rust voor velen terugkeren. Wanneer er over een van de begrippen, die in een dergelijke situatie een hefboomfunctie kunnen vervullen, zoveel onduidelijkheid bestaat, werkt dit eerder oneigenlijk gebruik in de hand dan dat het misbruik voorkomt. Het gevaar bestaat dan kortom dat conflicten te gemakkelijk door tussenkomst van de psychiater met krankzinnigverklaring van een van de partijen worden beslecht.

Een eerste voorwaarde om een dergelijk willekeurig gebruik van het begrip krankzinnigheid tegen te gaan lijkt een zo nauwkeurig mogelijke definiëring te zijn. Niet alleen moeten de verantwoordelijkheden van psychiater en rechter duidelijk van elkaar worden gescheiden, bovendien zou meer consensus over het begrip onder de psychiaters wenselijk zijn. In de discussie over het Wetsvoorstel BOPZ is hiermee in feite een begin gemaakt.

Toch blijft, ook wanneer men het over bovenstaande met elkaar eens zou zijn, de onbetrouwbaarheid van de diagnostiek onbevredigend. Wat zou er nu hieraan verbeterd kunnen worden? Veel van de factoren die de diagnostiek zo onbetrouwbaar maken zijn terug te voeren tot de specifieke situatie waarin een dwangopname overwogen wordt. Ordening van de situatie lijkt hierin een spilfunctie te kunnen vervullen (zie ook Gersons 1986). Gedacht kan worden aan de beschikbaarheid van een geschikte locatie om rustig de situatie van de patiënt te kunnen overzien, goede beschikbaarheid van de gegevens over een patiënt (bij voorbeeld 24-uurs bereikbaarheid van een beknopt centraal archief) en voldoende tijd (ook om op familie te wachten of een tolk uit te nodigen).

Hierdoor wordt de 'chaos' gestructureerd tot een overzichtelijker situatie waarin een grondiger onderzoek mogelijk is. Dan bestaat er ook meer gelegenheid tot de ontwikkeling van een sociaal-psychiatrische diagnostiek. Naast een klinisch categorale diagnose wordt het complex van factoren waardoor de patiënt ziek werd onderzocht. In de omgeving kan dan bekeken worden welke relaties met familieleden en/of vrienden nog bestaan en van welke kwaliteit die relaties zijn (met het oog op de uitvoering van eventuele ambulante alternatieven voor een dwangopname). Dan ook veranderen de 'IBS-beoordelingen' in pogingen tot crisisinterventie, waarin dwangopname één van de mogelijke alternatieven is. Hiermee kan tevens voldaan worden aan de derde, toegevoegde, voorwaarde voor dwangopname in het Wetsvoorstel BOBZ: voordat men tot dwangopname overgaat moeten alternatieven voor deze maatregel uitgesloten zijn.

## Noten

1. Het betreft hier een explorerend veldonderzoek naar de besluitvorming tot de psychiatrische dwangopname, uitgevoerd door het Nederlands centrum voor de Geestelijke volksgezondheid van mei 1986 tot juli 1987 in Rotterdam. Medeonderzoeker was drs. M. Janssen, projectleidster drs. M. Donker.

Een begeleidingscommissie, bestaande uit vertegenwoordigers van de bij het onderzoek betrokken instanties en patiënten, werd regelmatig geraadpleegd. Zij zag onder andere op de privacybescherming van de patiënten toe.

2. In het onderzoek werd telkens nagegaan of de psychiaters factoren en gebeurtenissen, die tot deze ziekte-episode hadden geleid, inventariseerden. De oorzaak van de meeste psychiatrische ziekten is immers nog slechts ten dele bekend.

## Literatuur

- Gersons, B.P.R. (1986), *Acute Psychiatrie*, Van Loghum Slaterus, Utrecht.
- Hafmans, C. (1981), Krankzinnigheid als juridisch begrip, *Delict en delinquent* 11, afl. 6.
- Helzer, J.E., L.N. Robins, M. Tableson e.a. (1977), Reliability of Psychiatric Diagnosis, *Arch. Gen. Psychiatry*, 34, 2, (129-133).
- Kuiper, P.C. (1973), *Hoofdsom der Psychiatrie*, Bijleveld, Utrecht.
- Kouratovsky, V.G. (1985), *Diagnostiek in de Geestelijke Gezondheidszorg*, Vakgroep Ontwikkelingspsychologie Rijksuniversiteit Leiden.
- Lieberman, P.B., F.M. Baker (1985), The reliability of psychiatric diagnosis in the emergencyroom, *Hospital and Community Psychiatry*, 36, 3, (291-293).
- Longabaugh, R., R. Stout, G.W. Kriebel jr. e.a. (1986), DSM-III and clinically identified problems as a guide to treatment, *Arch. Gen. Psychiatry*, 43, 11, (1097-1103).
- Menninger K., P.W. Pruyser (1976), Critique and adequacy of Psychiatric Diagnosis, *Bulletin of the Menninger Clinic*, 40, 5, (417 e.v.).
- Pen, A., W.A. Arrindell, W. Lawant e.a. (1977), De betrouwbaarheid van de 'Present State Examination', *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 19, 6, (375-388).
- Spitzer, R.L., M.S.W. Williams, J.B.W. Forman e.a. (1980), DSM-III Field Trials, *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (third edition)*, American Psychiatric Association, Washington.
- Spitzer, R.L., J.B.W. Williams (1985), Classification in Mental Disorders, Kaplan en Saddock (red.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry/IV*, Williams & Wilkins, Baltimore.
- Tischler, G.L. (1985), Evaluation of DSM-III, Kaplan & Saddock (red.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry/IV*, Williams & Wilkins, Baltimore.
- Tweede Kamer (1979/1980), Nadere Memorie van Antwoord door de minister van Justitie op de vragen uit de kamer naar aanleiding van het wetsvoorstel BOPZ, 11.270, UR 12.

---

Schrijver is als onderzoeker verbonden aan het NcGv in Utrecht en als psychiater aan het Provinciaal Ziekenhuis Santpoort. Correspondentieadres: NcGv, Postbus 5103, 3502 JC Utrecht.

Het artikel werd geaccepteerd voor publikatie op 4-4-'89.