

De maatschappelijke context van psychiatrische diagnostiek bij terrorisme

B. Sizoo, D.W. Strijbos, G. Glas

Achtergrond Terrorisme en psychiatrische diagnostiek zijn maatschappelijk verweven.

Doel Inzicht bieden in de verschillende manieren waarop psychiatrische diagnostiek en het begrip terrorisme zich tot elkaar verhouden en wat dit betekent voor de psychiatrische praktijk.

Methode Een beschouwing over dit thema vanuit het perspectief van het veiligheidsdomein en dat van de psychiatrie.

Resultaten Taalgebruik, toepassingen van het stoornisbegrip en wetenschappelijk onderzoek hebben impact op maatschappelijke beeldvorming van terrorisme. Daarbij worden de rol van de psychiater in het debat en de bijdrage van psychische problematiek aan het ontwikkelingspad naar terrorisme vertoebeld als er alleen in elkaar uitsluitende uitersten wordt gesproken, bijvoorbeeld 'mad óf bad', 'terrorist óf psychiatrisch patiënt'.

Conclusie Professionals in de psychiatrie worden in het maatschappelijk debat uitgedaagd hun rol voortdurend te heroverwegen om zowel de veiligheid in de samenleving als het belang van de patiënt als (potentiële) terrorist te waarborgen.

Er bestaat een wisselwerking tussen psychiatrie en maatschappij bij de regulering van normoverschrijdend gedrag in de publieke ruimte. Dat is al zo vanaf de 18de eeuw, toen de psychiatrie zich als professie begon te manifesteren. Personen van wie men vond dat zij zorg en begeleiding nodig hadden ging men onderscheiden van personen die straf verdienden. Vandaag is er sprake van een soortgelijke wisselwerking als het gaat om personen die schokkend terroristisch geweld (dreigen te) gebruiken. Handelen zij willens en wetens of gaat het om mensen met een psychische stoornis? Dit artikel schetst het krachten spel achter deze vraag. We gaan in op de rol van psychiatrische diagnostiek in dit krachten spel en wat dit betekent voor de psychiatrische praktijk.

De rol van taal

Taal speelt een subtiele, maar invloedrijke rol in de subjectieve beoordeling van terroristisch geweld. Terrorisme wordt bijvoorbeeld als slecht, intentioneel, heldhaftig, duivels of pathologisch beschouwd, en deze kwalificaties bepalen mede hoe er wordt opgetreden. Kort na de brute moorden in een Utrechtse tram verscheen op 12 maart 2019 in *Het Parool* een artikel met de volgende intro: *'Incident of terroristische aanslag: de worsteling met woorden. Noemen we het drama in Utrecht een terroristische aanslag of een moordpartij die werd aangericht door een doorgesnoven gek? Een worsteling voor media en de autoriteiten die verder gaat dan semantiek alleen.'*¹

Het citaat refereert aan een bekend dilemma, namelijk dat tussen 'mad' of 'bad'. Is de dader gestoord of slecht? De manier van formuleren suggereert dat er geen grijstinten bestaan. Bovendien is de formulering ('doorgesnoven gek') grievend en stigmatiserend. De term 'gek' impliceert dat je iemand niet serieus hoeft te nemen en dat de betrokkene opgesloten moet worden als deze last veroorzaakt. Zorg komt op de tweede plaats te staan, omdat primair vanuit de veiligheid in de maatschappij wordt geredeneerd. De samenleving moet tegen de onredelijkheid van mensen met verward gedrag worden beschermd. Punt uit. De term belemmert daardoor serieus onderzoek naar beweegredenen en omstandigheden van de betrokkene.

Het bijvoeglijke naamwoord 'doorgesnoven' voegt er nog een dimensie aan toe door te suggereren dat de dader zelf schuld heeft. Hij of zij heeft gesnoven en heeft zich daardoor in een toestand van onredelijkheid en gebrek aan zelfcontrole gebracht. Van een dieper, door de samenleving serieus te nemen motief kan dan niet langer sprake zijn. Opnieuw een voorbeeld van hoe de taal onderzoek naar psychologische motieven beperkt. De strekking van het taalgebruik is dat deze man linksom (mad) of rechtsom (bad), weg moet uit de samenleving. Overigens laten de auteurs van het *Parool*-artikel juist deskundigen aan het woord die waarschuwen tegen de gevaren van te snel labelen en zwart-witdenken: *'Iemand kan tegelijk geestelijk niet in orde zijn en een ideologische extremist.'*

Een wat ingewikkelder en gelaagder voorbeeld betreft de rol van de taal na de aanslagen van '9/11'. De 'war on terror' die daarop volgde, verwoordde het heersende sentiment in de westerse wereld dat wij ons mochten verdedigen door aan te vallen. Door anderen werden de terroristische acties aangeduid als successen in een vrijheidsstrijd.² Al Qaida werd ook aangeduid als een duivels kwaad. Het bijvoeglijk naamwoord 'duivels' suggereert een dichotomie tussen de uitersten goed en kwaad. Toen de officiële uitdrukking ('war on terror') vermengd raakte met metaforen zoals duivels kwaad, kwam het al gauw tot dehumaniserende uitwassen en schendingen van mensenrechten.³

De rol van het stoornisbegrip

Taalgebruik wijst op processen van onderliggende begripsvorming. Psychiatrische nomenclatuur speelt zelf ook een subtiele, maar belangrijke rol in de beeldvorming en (preventieve) aanpak van terrorisme. Psychiatrische terminologie suggereert bijvoorbeeld wie verantwoordelijk is na een incident. Als er sprake is van onbegrepen gedrag of een psychiatrische diagnose, vindt 'de samenleving' dat 'de ggz' aan zet is. Maar als er geen evidente aanwijzing is voor psychische problematiek dan moet de politie het voortouw nemen. Op de achtergrond speelt opnieuw de ongenueanceerde tweedeling tussen 'mad' en 'bad' een rol. Die dichotomie belemmert de samenwerking tussen het veiligheidsdomein en de geestelijke gezondheidszorg. Ze suggereert dat er maar één partij aan zet kan zijn.⁴ De praktijk leert echter dat terrorisme psychische problematiek niet uitsluit. Het omgekeerde geldt ook: psychische problematiek vrijwaart de betrokkene niet van het plegen van terroristisch geweld. Daarom is samenwerking tussen professionals uit de ggz en het veiligheidsdomein geboden en ook onvermijdelijk.

Gebruik van het stoornisbegrip buiten de psychiatrische praktijk kan ertoe leiden dat gedegen onderzoek naar de beweegredenen van de terrorist achterwege blijft. Wat met medisch-wetenschappelijke begrippen kan worden aangeduid, in de vorm van een diagnose of in termen van de DSM, wordt dan niet langer van binnenuit begrepen. 'De aanslagpleger was bekend bij de psychiatrie' of 'de schutter had een diagnose schizofrenie', veronderstelt dat daarmee alles over de toedracht gezegd is. Stoornissen worden vaak gezien als dingen op zichzelf, bijvoorbeeld als min of meer autonome processen in de hersenen. De gedachte is dan dat de stoornis allerlei neigingen, gedachten en gedragingen verklaart. Wie zo denkt, maakt zich schuldig aan reïficerend taalgebruik (Latijn: res = zaak, ding; facere = maken; dus: van een verzameling woorden/beschrijvende termen een echt bestaand ding maken).⁵ De reïficatie van het stoornisbegrip draagt bij aan verwaarlozing van het persoonlijke verhaal en leidt tot gebrek aan reflectie over de wordingsgeschiedenis van innerlijke motieven en drijfveren. Bijvoorbeeld als bekend wordt dat een

aanslagpleger gediagnosticeerd is met autisme en vervolgens zijn gewelddadig handelen zonder verdere onderbouwing aan 'het autisme' wordt toegeschreven. De term autisme (bijv. in de DSM) duidt op niets anders dan een verzameling eigenschappen. Als je suggereert dat de stoornis zelf als verzameling van eigenschappen 'iets' is, maak je van een verzameling beschrijvingen een ding en doe je alsof dit 'ding' iets verklaart.

Wetenschappelijk onderzoek naar de relatie tussen psychiatrie en terrorisme

Onderzoek naar de relatie tussen psychiatrische stoornissen en terrorisme heeft de maatschappelijke context sterk beïnvloed. Voor 2000 was dit onderzoek voornamelijk monodisciplinair (historisch, politicologisch of bijvoorbeeld sociaalpsychologisch) en methodologisch zwak, met alle maatschappelijke consequenties van dien.⁶ Terroristen zijn in wetenschappelijke publicaties eerst bestempeld als psychopaten, later als narcisten en vervolgens als 'normale' mensen. Zo dacht men dat psychiatrische stoornissen bij terroristen niet voor konden komen omdat verondersteld werd dat mensen met een geestesstoornis tot weinig zinnigs in staat zijn, laat staan om een aanslag te kunnen bedenken, voor te bereiden en te plegen.⁷ Dit heeft veel invloed gehad op het preventiebeleid en de bejegening van terroristen. Bovendien werd daardoor psychiatrie veel minder belangrijk in de strijd tegen terrorisme; immers psychische problematiek speelde geen rol, zo dacht men.

Recent onderzoek wijst uit dat de prevalentie van psychiatrische diagnoses onder groepsterroristen (bijvoorbeeld leden van de IRA of ETA) laag is (5%), maar hoog onder alleenhandelende terroristen ('lone actors') (30%).⁸ Deze bevinding leidde tot een verschuiving in het preventiebeleid van groepen naar individuen. Daarmee werd de ggz toch weer interessant omdat men de foutieve conclusie trok dat als 30% van de lone actors een psychiatrische diagnose heeft, de toekomstige terroristen waarschijnlijk in de ggz te vinden zijn. Tegenwoordig is duidelijk dat er meerdere factoren een rol kunnen spelen in het pad naar terrorisme en dat een multidisciplinaire benadering van de complexe interactie tussen psychologische processen en omgevingsinvloeden noodzakelijk is voor een juiste beeldvorming en aanpak.^{6,9,10} Daarvoor moeten informatie en de optiek van bijvoorbeeld familie, gemeente, politie, openbaar ministerie, woningbouwvereniging en zorgdomein geïntegreerd worden. Voor professionals in de ggz is de interactie tussen kwetsbaarheid en omgeving dagelijkse kost. Zij kunnen dus in een multidisciplinair overleg van bijvoorbeeld een zorg- en veiligheidshuis een belangrijke bijdrage leveren aan het denken over het proces van radicalisering door de rol van psychische factoren te duiden, wat andere professionals die aan het overleg deelnemen, zoals juristen, gemeenteambtenaren of politieagenten, niet kunnen.

Het krachtenspel als een vorm van onderhandelen

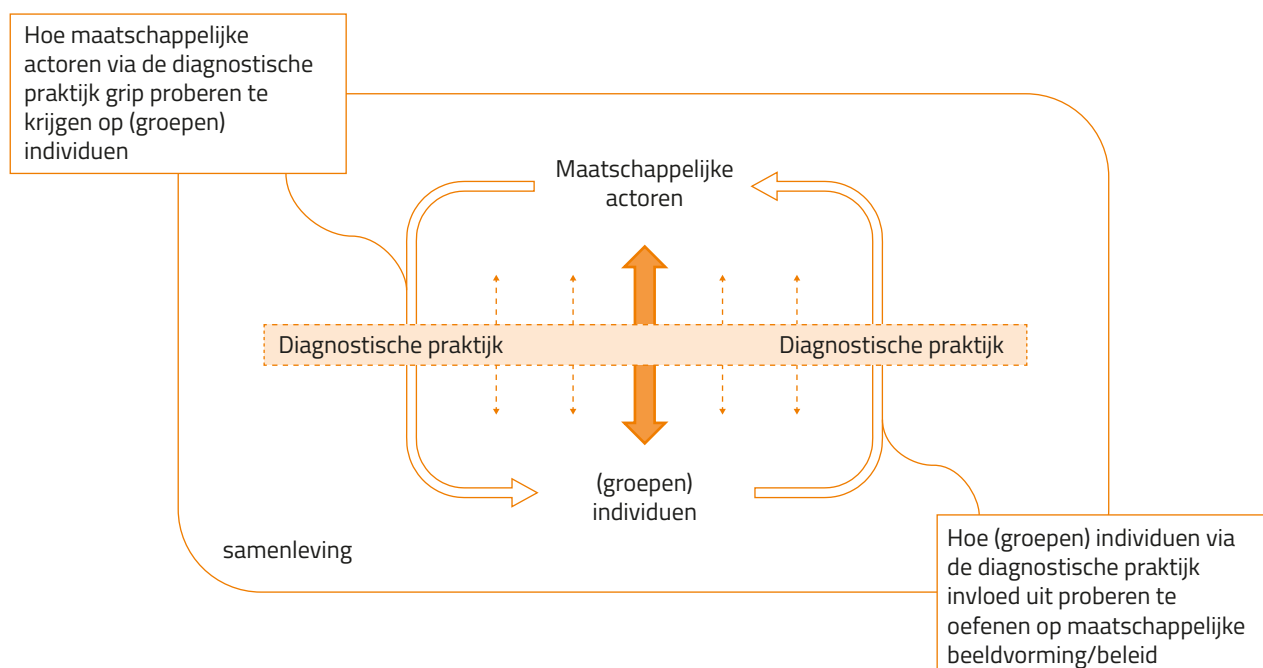
We zagen dat taalgebruik, toepassingen van het stoornisbegrip en wetenschappelijk onderzoek impact hebben op maatschappelijke beeldvorming van terrorisme. Deze impact op maatschappelijke beeldvorming kan bewust aangewend worden om invloed uit te oefenen op hoe we in onze samenleving omgaan met (groepen) individuen – mensen die terroristisch geweld gebruiken, maar ook mensen met onbegrepen of verward gedrag. Op deze manier komt psychiatrische diagnostiek terecht in een krachtenspel dat veel verder reikt dan het toepassen van medisch-psychiatrische expertise op de individuele casus. De vraag is welke positie psychiaters, als professionals, hierin (zouden moeten) innemen. De diagnostische praktijk kan door derden gebruikt (of misbruikt) worden en hierbij uitdijen of juist inkrimpen om de relatie tussen maatschappelijke actoren en (groepen) individuen te reguleren (zie **figuur 1**). Denk aan het getouwtrek tussen overheid, politie en experts (in het zorgdomein) over de vraag wie verantwoordelijk is voor personen (ook terroristen) met verward (onbegrepen) gedrag. Maatschappelijke actoren kunnen via labeling en psychiatrische categorisering greep proberen te krijgen op groepen en individuen. Een sprekend voorbeeld is de gang van zaken rondom het forensisch-psychiatrisch onderzoek van Anders Breivik in het jaar volgend op de aanslagen die hij pleegde in Oslo en op Utøya op 22 juli 2011. In de eerste forensische rapportage werd bij hem schizofrenie gediagnosticeerd. De juridische (dus niet-psychiatrische) betekenis van schizofrenie in Noorwegen was dat hij geen straf zou krijgen, maar een verplichte behandeling. Dat leidde tot veel media-aandacht, grote publieke verontwaardiging en een aantal

complottheorieën over een ‘cover-up’ door de overheid. In januari 2013 werd (zeer ongebruikelijk) een tweede forensische rapportage gevraagd door de rechtbank. De conclusie was een persoonlijkheidsstoornis en pseudologia phantastica. Wel psychiatrie, maar géén schuld-uitsluitingsgrond. Breivik kreeg 21 jaar gevangenisstraf (de maximum gevangenisstraf (destijds) in Noorwegen), waarvan 10 jaar onvoorwaardelijk.¹¹

Hier zien we hoe psychiatrische diagnostiek figureerde in een juridisch en maatschappelijk decor waarin een grote rol was weggelegd voor het publieke rechtvaardigheidsgevoel. Daarmee is niet gezegd dat de psychiaters in kwestie zich hierdoor hebben laten leiden, maar wel dat psychiatrische diagnostiek in zulke casussen onherroepelijk verzeild raakt in een breder maatschappelijk krachtenveld en dus niet slechts gelegitimeerd kan worden in termen van medisch-psychiatrische expertise. Het toepassen van deze expertise vervult een bepaalde rol in een groter maatschappelijk vraagstuk en is daarmee onderhevig aan allerlei maatschappelijke belangen die in dit vraagstuk naar voren komen.

Dit is ook het geval wanneer (groepen) individuen via diagnostische praktijken invloed proberen uit te oefenen op maatschappelijke beeldvorming en beleid. Een diagnose is vaak een vereiste voor allerlei voorzieningen, niet alleen voor de betrokkene zelf, maar ook voor diens omgeving. Omgekeerd kunnen diagnoses ondanks alles nog steeds leiden tot stigmatisering en uitsluiting, wat een reden kan zijn voor (groepen) individuen om hun mentale gesteldheid te demedicaliseren. Wat betreft terrorisme valt hierbij te denken aan de weigering van een verdachte om deel te nemen aan pro Justitia-onderzoek, of het bestrijden van een diagnose. Alhoewel Breivik wel meewerkte aan psychiatrisch onderzoek, wilde hij

Figuur 1



expliciet niet ontoerekeningsvatbaar verklaard worden omdat hij serieus genomen wilde worden.¹¹

Categorisering in de vorm van psychiatrische diagnostiek heeft maatschappelijke, juridische en morele betekenis, die door verschillende partijen aangewend kan worden om invloed uit te oefenen op hoe er in de samenleving wordt omgegaan met gevallen van terroristisch geweld. Dit gebruik van psychiatrische diagnostiek is in feite een weerspiegeling van (vaak impliciete) opvattingen in de samenleving over wat de maatschappelijke taak van de psychiatrie is of zou moeten zijn – in dit geval als het gaat over terroristisch geweld. Het geheel van dergelijke opvattingen en de daarbij horende voorwaarden en spelregels (juridisch, moreel, economisch, etc.) wordt ook wel het ‘sociale contract’ genoemd. Het sociale contract vormt de maatschappelijke basis en legitimatie van al het medisch handelen.^{12,13}

Wat de voorgaande voorbeelden laten zien is dat het uitvoeren van de medische expertrol in geval van (dreigend) terroristisch geweld niet losgezien kan worden van het vormgeven aan dit sociale contract. De psychiater komt na onderzoek tot een diagnose en heeft zich daarbij te verhouden tot de functie en betekenis ervan in relevante contexten. Psychiatrische expertkennis moet dus gecontextualiseerd worden. Hierbij valt te denken aan het persoonlijk verhaal van betrokkene, de juridische context van het diagnostisch onderzoek, het wetenschappelijk onderzoek binnen het vakgebied, de maatschappelijke impact van de (potentiële) terroristische daad en de verschillende waarden en belangen die hierbij een rol spelen.

Idealiter leidt dit krachtenspel op casusniveau tot een gedeelde visie die alle betrokken partijen in staat stelt om in onderlinge afstemming hun rol te vervullen in het voorkómen en verwerken van (de gevolgen) van terroristisch geweld en het behandelen van eventuele psychiatrische problematiek. Dat lukt alleen als partijen de relevantie van elkaars gezichtspunt begrijpen en in het juiste perspectief kunnen plaatsen.⁴ Het moge duidelijk zijn dat een simplistische mad-baddichotomie een dergelijke afstemming in de weg staat.

Conclusie

Psychiaters dienen zich bewust te zijn van de bredere maatschappelijke context van hun diagnostische praktijken. Het gebruik van psychiatrische classificatie buiten de psychiatrie en de grenzen van het vakgebied zijn altijd al onderwerp van discussie geweest, zowel binnen de psychiatrische beroepsgroep als daarbuiten. Het is belangrijk dat de psychiatrie zelf in deze discussie niet buiten spel blijft. Dit komt bij uitstek naar voren wanneer het gaat om psychiatrische duiding van het gedrag van mensen die terroristisch geweld (dreigen te gaan) gebruiken.

Het is begrijpelijk dat de rol en de betekenis van diagnoses op scherp komen te staan, juist wanneer deze in verband worden gebracht met schokkend, onbegrepen en gewelddadig gedrag dat voor veel maatschappelijke onrust zorgt. In deze discussie dient de psychiatrie haar positie in te nemen – door resultaten van wetenschappelijk onderzoek in te brengen, zich bewust te zijn van de invloed van taal, en de verschillende functies en (on)wenselijk gebruik van diagnostisch inzicht voortdurend en vanuit een expliciete beroepsethiek te blijven agenderen.

LITERATUUR

- 1 Duin RJ, Khaddari R. Incident of terroristische aanslag: de worsteling met woorden. Het Parool 20 maart 2019.
- 2 Kruglanski AW, Bélanger JJ, Gunaratna R, e.a. The three pillars of radicalization: needs, narratives, and networks. Oxford: Oxford University Press; 2019.
- 3 Wenzel T, Alksiri R, Chen AF. Terrorism: Group dynamic and interdisciplinary aspects. In: Bhui K, Bhugra D, red. Terrorism, violent radicalization, and mental health. Oxford: Oxford University Press; 2021.
- 4 Sizoo B, Doosje B, van Meijel B. Percepties over radicalisering en psychiatrie in de relatie tussen ggz en veiligheidsdomein. Tijdschr Psychiatr 2022; 64: 12-7.
- 5 Dehue T. Betere mensen. Over gezondheid als keuze en koopwaar. Amsterdam: Augustus; 2014.
- 6 Victoroff J. The mind of the terrorist: A review and critique of psychological approaches. J Conflict Resolut 2005; 49: 3-42.
- 7 Corner E, Gill P. A false dichotomy? Mental illness and lone-actor terrorism. Law Hum Behav 2015; 39: 23-34.

De overige literatuurverwijzingen zijn online te raadplegen.

AUTEURS

Bram Sizoo, psychiater, bijzonder hoogleraar Klinische psychologie van radicalisering, Universiteit van Amsterdam.

Derek Strijbos, opleider psychiatrie en psychiater, Dimence, Zwolle; bijzonder hoogleraar Filosofie in de ggz, Radboud Universiteit, Nijmegen.

Gerrit Glas, opleider psychiatrie en psychiater, GGzE, Eindhoven en emeritus hoogleraar Filosofie, Vrije Universiteit Amsterdam.

Correspondentie

Prof.dr.mr. Bram Sizoo (b.b.sizoo@uva.nl).

Geen strijdige belangen gemeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 29-7-2025.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2025;67(8):456-459