

OP DE GRENS VAN RECHT EN PSYCHIATRIE

Prof. dr. Corine de Ruiter wil meer evidence in de forensische psychiatrie



FOTO: ANP

Wie als psychiater een pleger van een zware misdaad beoordeelt, hoeft nauwelijks iets hard te maken. Dat kan beter, meent forensisch psycholoog Corine de Ruiter. 'Ik zie buitengewoon inconsistente rapporten, maar rechters stellen meestal geen vragen.'

HENK MAASSEN

De Dr. Henri van der Hoeven Kliniek is een ziekenhuis voor forensische psychiatrie in Utrecht. De meeste patiënten in de kliniek zijn opgenomen op basis van een strafrechtelijke veroordeling: hun is een terbeschikkingstelling (TBS) opgelegd. Ze hebben gewelds- of zedendelicten gepleegd en zijn ontoerekeningsvatbaar of op zijn minst sterk verminderd toerekeningsvatbaar. Ongeveer 80 procent van hen heeft een persoonlijkheidsstoornis; 20 procent heeft een psychiatrische symptoomstoornis die is gerelateerd aan het delict: ze zijn bijvoorbeeld psychotisch of manisch-depressief. Het streven is om - zoals in alle TBS-klinieken - door behandeling het risico op herhaling van het delict terug te brengen.

Prof. dr. Corine de Ruiter, hoofd

Onderzoek van de kliniek en bijzonder hoogleraar in de forensische psychologie aan de Universiteit van Amsterdam: 'Als iemand in een psychose een moord heeft gepleegd, zal het onder controle krijgen van de psychose een belangrijk doel van behandeling zijn. Daarbij is het van groot belang dat zulke patiënten leren hoe belangrijk medicatie is en dat ze ziekte-inzicht krijgen. Hoe herken je de signalen die een psychose aankondigen? Dat wil niet zeggen dat de behandeling volkomen identiek is aan die in de algemene psychiatrie. We focussen dus op factoren die bij de individuele patiënt in verband staan met het delict. De patiënt wordt alert gemaakt op het verband tussen de aandoening en het delict.'

Gemiddeld duurt een behandeling vier jaar. Daarna volgt meestal nog een transmurale fase: patiënten wonen buiten en werken buiten of binnen de muren van de kliniek. Ze krijgen meer vrijheid en kunnen dan ook in risicosituaties terecht. De Ruiter: 'Soms zien we kleine terugvallen, geen ernstige recidives, maar daar kunnen patiënten en behandelaars van leren. Neem een pedoseksuele dader die altijd geneigd was in zijn vrije tijd plekken op te zoeken waar kinderen zijn. Die patiënt kan leren dat bewust te vermijden. Stel dat een stafid hem niettemin signaleert bij een speeltuin in het park terwijl hij daar op een bankje de krant zit te lezen. Dat bedoel ik met een kleine terugval: daar moet de patiënt dus op worden gewezen.'

VERANTWOORDELIJKHEID

De persoonlijkheidsstoornissen die De Ruiter en haar collega's zien, komen hoofdzakelijk uit cluster B van DSM-IV. Dat betekent: antisociale, borderline, narcistische en in wat minder mate theatrale persoonlijkheden. Maar ook paranoïde persoonlijkheidsstoornissen (uit cluster A) komen wel voor. 'Al met al zijn dat niet de gemakkelijkst te behandelen pathologieën', constateert De Ruiter. 'We hebben bijvoorbeeld nogal wat vrouwen met borderline-problematiek in de kliniek. Ze zijn betrokken impulsief, erg afhankelijk in relaties. Hebben brand gesticht of geweld gepleegd, vaak binnen hun relatie. Ze maken op dit ogenblik 7 procent van het totale bestand uit en dat percentage stijgt

geleidelijk. Ze volgen behandelprogramma's die ook in de algemene psychiatrie gebruikelijk zijn, maar waaraan we ook in dit geval een forensische draai geven. Mensen voor het leven lang gelukkig maken, dat is niet ons primaire doel. Het gaat hier om het wegnemen van het risico op herhaling van het delict. Stel, je hebt een patiënt met een antisociale stoornis die bovendien aan drugs is verslaafd. Dan bieden we agressiehantering aan: hoe krijgt hij beter vat op zijn eigen boosheid? Maar we onderwerpen hem ook aan een intensief programma om hem van de verslaving af te helpen.

Blijkt dat een patiënt geen inzicht heeft in zijn eigen delictgedrag, dan zullen we in een individuele psychotherapie

blematiek zijn minder belastbaar en volgen een minder intensief programma.

De behandeling van daders in de kliniek is, zegt De Ruiter, 'state of the art'. Maar het kan beter: 'Binnen de Nederlandse forensische psychiatrie is weinig effectonderzoek gedaan.'

Dat is des te merkwaardiger als je beseft dat in andere takken van de geneeskunde en de psychologie zulk onderzoek wel gebeurt. De Ruiter: 'Ja, maar dat komt omdat we ons in de forensische psychiatrie bewegen op het grensvlak van psychiatrie en recht. De geneeskunde wil tegenwoordig terecht een empirisch onderbouwde wetenschap zijn. Maar het recht gaat uit van het idee dat iedere dader uniek is. En dat iedere

Juristen kunnen niet goed omgaan met onderzoeksgegevens

aandacht besteden aan wat we de delictsketen noemen: heel systematisch gaan we na wat er gebeurde in de uren voordat het kwam tot het delict waarvoor hij of zij is veroordeeld. De kern van de behandeling is dat we patiënten een gevoel van verantwoordelijkheid willen geven, dat ze als het ware hun eigen stoornis managen. Dat begint er al mee dat ze in de groep moeten vertellen over hun delict; we doen daar niet geheimzinnig over. Mensen kunnen elkaar dan ook aanspreken op hun gedrag, zeker als het gaat om gedragingen die samenhangen met het delict. Onze patiënten moeten worden geresocialiseerd. Soms worden daarom ook familie en vrienden betrokken in de behandeling. De patiënt krijgt dan de rol van deskundige die aan zijn sociale netwerk uitlegt wat er met hem aan de hand is.'

GRENSVLAK

In het algemeen hebben patiënten in de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek een vol programma: ze werken gemiddeld twintig uur per week op een werkplaats binnen de kliniek: daar vindt arbeids-training en opleiding plaats. Die werkplaatsen - onder andere een metaalwerkplaats, een houtwerkplaats en een kwekerij - functioneren op commerciële basis. Patiënten met psychiatrische pro-

dader daarom individueel moet worden begrepen en dat gegevens over groepen daders daarom niet relevant zouden zijn.'

Veel juristen hebben, volgens De Ruiter, weinig affiniteit met empirisch-wetenschappelijk denken; ze weten niet goed hoe ze moeten omgaan met onderzoeksgegevens. 'Neem partnerdoding. Uit wetenschappelijk onderzoek is bekend dat mensen die hun partner hebben omgebracht, bijna niet recidiveren. Of neem plegers van incest. Ik bedoel daarmee die daders die uitsluitend hun eigen kinderen hebben misbruikt, geen kinderen buiten hun gezin. Uit alle statistieken blijkt dat dit type daders als ze gepakt zijn en schuld hebben bekend, vrijwel niet recidiveren. Ik breng dit soort gegevens als getuige-deskundige altijd naar voren, en mede op grond daarvan concludeer ik vaak dat het niet opportuun is de dader in kwestie TBS op te leggen. De vraag van de rechter is dan meestal hoe ik weet dat deze regel ook in dit specifieke geval opgaat. Ik beantwoord die vraag nogal eens met een wedervraag: "Stel, u kunt kiezen tussen twee geneesmiddelen tegen kanker. Van middel A staat op basis van onderzoek onder een grote groep patiënten vast dat het effectiever is dan middel B. Welk middel zou u kiezen als u kanker >>

<< had?" Iedereen zal kiezen voor A, ook de rechter. Met andere woorden: in deze individuele beslissing laat je je wel degelijk wat gelegen liggen aan de resultaten van wetenschappelijk onderzoek. Waarom dan niet in de beoordeling van daders?"

Natuurlijk, erkent ook De Ruiter, blijven er altijd op zichzelf staande gevallen, maar dat betekent niet dat rechters zich niets hoeven aan te trekken van relevante onderzoeksgegevens. 'In het recht zou men meer gedragswetenschap kunnen toepassen,' zegt ze. 'Dan voorkom je een potentieel van willekeur: de rechter kan nu steeds naar bevind van zaken handelen, daarmee wordt het rechtspreken erg afhankelijk van het rechterlijk college. De rechterlijke beslissing wijkt soms af van mijn advies. Het zij zo, daar moet ik me in schikken, dat is nu eenmaal het recht. Maar dat betekent wel dat er mensen in TBS-klinieken zitten die daar naar mijn mening niet thuishoren.'

TRANSPARANT

Maar behalve rechters komen ook collega's van De Ruiter geregeld tot een ander oordeel. Ze weet dat er grote verschillen van mening in haar vakgebied bestaan. De Ruiter: 'Het belangrijkste probleem is eigenlijk dat een psychiater of een psycholoog in zijn beoordelingsrapport nauwelijks iets hoeft hard te maken. Op de keper beschouwd kun je als deskundige volstaan met: "Ik heb de dader geïnterviewd en een stoornis geconstateerd op grond waarvan hij een gevaar voor de samenleving vormt en ik adviseer daarom een TBS." Ik ben altijd geneigd om dergelijke conclusies veel grondiger en harder te onderbouwen. Ik geef aan welke risico's er bij een dader spelen en verwijs naar wetenschappelijke literatuur om uitspraken over die gevaren te adstrueren. Al met al beoog ik een transparante werkwijze. Dat is trouwens ook veel eerlijker met betrekking tot de degene die je onderzoekt.'

De Ruiter is niet overtuigd van de validiteit van globale klinische oordelen: 'Mensen, ook deskundigen zijn wat dat betreft behoorlijk feilbaar. Zo wijst onderzoek uit dat deskundigen risico's op recidive hoger inschatten naarmate ze daders minder sympathiek vinden. Dat is natuurlijk puur onrecht. In Nederland

wordt de deskundigheid van de deskundige helaas niet gauw in twijfel getrokken. Ik zie buitengewoon inconsistente rapporten, maar rechters stellen meestal geen vragen.'

TEST

De Ruiter wil komen tot een, zoals zij dat noemt, 'gestandaardiseerde risicotaxatie'. In haar veelbesproken inaugurele rede van vorig jaar brak ze daarvoor een lans.¹ In de Van der Hoevenkliniek is ze er al vanaf 1996 mee bezig. Elke patiënt wordt om de anderhalf tot twee jaar psychologisch onderzocht. Daarbij maken De Ruiter en haar medewerkers onder andere gebruik van meetinstrumenten die in het buitenland zijn ontwikkeld en die ze hebben bewerkt voor de Nederlandse situatie. 'Deze testmethodiek zou ook kunnen worden gebruikt om te bepalen of een dader überhaupt in aanmerking komt voor TBS,' zegt ze, 'maar ook in dit geval treffen we weer de traditie van het klinisch oordeel op onze weg. Terwijl deze instrumenten niets anders doen dan systematiek aanbrengen in dat klinische oordeel.'

De Ruiter laat een voorbeeld zien van een test die drie groepen van criteria omvat: historische, klinische en zogenaamde risicohanteringsitems. Onder historische items vallen onder andere vragen naar de ernst en de frequentie van eerdere delicten en de aard van persoonlijkheidstoornis(sen). Een voorbeeld van een klinische item is: hoe functioneert een patiënt in de behandeling? Heeft een verkrachter zulke negatieve opvattingen over vrouwen ("Ze het verdienen het") dat hij daarom niet reageert op de gangbare behandeling? Of - een heel ander beeld - in hoeverre is de psychose van een dader met antipsychotica onder controle te krijgen? Stel een dader is weer 'buiten' en ondervindt veel stress op zijn werk. In hoeverre kan die stress de kans op herhaling van het delict verhogen? Die vraag is een voorbeeld van een risicohanteringsitem.'

Een handzame test maakt het klinisch oog niet overbodig, stelt De Ruiter met nadruk. 'Integendeel, je moet een forensisch goed geschoolde clinicus zijn om die tests te kunnen scoren en vervolgens die scores te interpreteren. De *Gestalt* van een patiënt doet namelijk wel degelijk ter zake. Iemand kan scoren op



twee risicofactoren, maar die kan een clinicus als zo dominant opvatten dat alleen op basis daarvan het risico als hoog moeten worden aangemerkt. Omgekeerd kan iemand op tien factoren scoren zonder dat dit het risico van herhaling als vanzelf groot maakt.'

ONBEHANDELBAAR

Ernstige recidive van TBS'ers is in Nederland ongeveer 20 procent. Brengt de 'nieuwe' gesystematiseerde benadering van De Ruiter meer zekerheid mee? Wordt dat percentage lager?

De Ruiter vindt het nogal hachelijk om daar een eenduidig antwoord op te



FOTO: FOTO FOCUS, JACK TILMANN

Soms zien behandelaars een kleine terugval: de pedoseksuele dader in de buurt van een speeltuin bijvoorbeeld

geven. 'Ik vermoed dat het twee kanten opgaat. Clinici schatten in een aantal gevallen de risico's thans te hoog in: kijk naar de incestplegers en de partnerdaders. De andere kant is dat er inderdaad mensen vrijkomen uit TBS die met een grote mate van waarschijnlijkheid opnieuw een delict zullen plegen. Zoals ik al zei: de rechter heeft het laatste woord.'

Soms vindt er een contraire beëindiging van de TBS plaats (dus tegen het advies van deskundigen in, *HM*) op grond van het zogenaamde proportionaliteitsbeginsel: de rechter meent dan dat de dader al langer in een TBS-inrichting heeft gezeten dan een gewone

gevangenisstraf in zijn geval zou hebben geduurd. De Ruiter: 'Maar dat is een oneigenlijk argument. Want heeft de rechter eenmaal besloten dat TBS noodzakelijk is vanwege een stoornis, dan kun je dat niet zonder meer gaan zien als een substituuut voor een gevangenisstraf.'

Dat vraagstuk spitst zich uiteraard toe op de groep van TBS'ers die vrijwel onbehandelbaar zijn. Het gaat daarbij met name om daders met de diagnose 'psychopathie'. 'Er bestaat nogal wat weerzin tegen long-stay TBS', weet De Ruiter, 'dus dan is het soms wel eens: God zegene de greep. Ik vraag me vaak af of deze categorie daders eigenlijk wel

voor TBS in aanmerking komt. Ze veroorzaken veel problemen in de klinieken, verstoren behandelingen en vertonen nauwelijks progressie. Ofschoon er nog steeds collega's zijn die dat anders zien, is er wetenschappelijk onderzoek dat aantoonde dat psychopaten fundamenteel andere mensen zijn: ze zitten niet zo in elkaar als u en ik. Zo blijken explorerende en inzichtgevendende therapieën hen niet te helpen, daar worden ze eerder nog gevaarlijker van. Confronteer je normale proefpersonen met enge afbeeldingen dan vertonen ze een oogknipperreflex: een defensieve reactie van het organisme.

'Psychopaten vertonen deze en soortgelijke responsen niet, sterker: laat je ze bijvoorbeeld plaatjes zien van verminkte lichamen, dan gaan hun ogen nog meer open. Ze reageren niet of nauwelijks op straf. Het blijkt dat ze niet in staat zijn hun gedrag bij te stellen op basis van nieuwe instructies. En blootstelling aan emotionele woorden, zo blijkt uit MRI-opnamen, leidt tot niet veel meer dan een eenvoudige registratie van een taalprikkel: de emotionele lading van de woorden wordt niet verwerkt in het brein. In de grond van de zaak zijn deze mensen cognitief en affectief gehandicapt in het verwerken van prikkels. Dat moet uiteraard implicaties hebben voor hun behandeling.' Op dit moment worden nieuwe behandelmethodieken ontwikkeld en getoetst door Britse collega's van De Ruiter.

BIJHOUDEN

Toen Corine de Ruiter deze inzichten en vooruitzichten kortgeleden te berde bracht tijdens een bijeenkomst van psychiaters, reageerden die enthousiast: eindelijk hadden ze iets om op terug te vallen. De Ruiter met enige ironie in haar stem: 'Deze gegevens zijn weliswaar nieuw, maar ook weer niet zo nieuw dat ze er niet van op de hoogte konden zijn.' Nog een steek onder water jegens sommige van haar vakgenoten? De Ruiter: 'Nou, ik wil maar zeggen: ook forensisch psychiaters moeten hun literatuur bijhouden.' <<

Referentie

1. Ruiter C de. Voor verbetering vatbaar. Amsterdam: Vossiuspers AUP.