



## De B. heeft een persoonlijkheidsstoornis en doodt zijn vriendin

**Het komt misschien zelden voor, maar het lijkt erop dat psychofarmaca in de beginperiode van gebruik soms zulke ernstige bijwerkingen kunnen veroorzaken dat ze tot gewelddaden als moord of zelfmoord leiden. Daarmee moet meer rekening worden gehouden in de GGZ, door huisartsen, de forensische psychiatrie en de rechtspraak.**

We beginnen bij hoe het afliep met de 56-jarige gedetineerde De B.<sup>1</sup> Op een donderdagochtend in september 2008 opende een cipier zijn celdeur en constateerde dat De B. zich had verhangen. Nu is zelfdoding geen zeldzaamheid in Nederlandse gevangenissen. Elk jaar zijn er in ons land gemiddeld 15 van zulke gevallen te betreuren en het aantal serieuze suïcidepogingen loopt in de tientallen (Blaauw, 2002). Maar het geval van De B. is toch opmerkelijk. De B. zat vast omdat hij ervan werd verdacht zijn vriendin in de nacht van 22 op 23 juli 2007 om het leven te hebben gebracht. We gebruiken het begrip ‘verdacht’ hier in formele zin: De B. pleegde zelfmoord nog voordat de rechter hem had veroordeeld. Praktisch gezien stond echter wel vast dat hij de hand had gehad in de dood van zijn vriendin.

### Gruwelijk

Zo was het gegaan: op 23 juli 's morgens rond de klok van 6.30 uur had de buurvrouw de vriendin van De B. horen schreeuwen. Zij waarschuwde de politie. Die was binnen tien minuten met meerdere patrouilles ter plaatse. De agenten forceerden de deur en stormden naar de eerste verdieping. Daar troffen ze het volgende aan: ‘Wij openden de deur. Wij zagen vervolgens een





vrouw rechts naast het bed, voor een kast, in een grote plas bloed liggen. Wij zagen dat deze vrouw onder het bloed zat en een kussen op haar hoofd had liggen. Wij zagen dat deze vrouw een grauwe kleur had. De vrouw ademde niet meer. Wij zagen vervolgens dat er een mannelijke persoon achter de deur, aan het voeteinde, op de grond lag. Wij zagen dat deze man eveneens onder het bloed zat. Wij hoorden dat deze persoon een roggelend geluid maakte, maar wel nog ademde. Hierop werd door ons met spoed om twee ambulances verzocht.’<sup>2</sup>

De ambulance vervoerde de man – naar later bleek De B. – met spoed naar het ziekenhuis. Daar stelden de artsen vast dat hij een klaplong had vanwege meerdere steekwonden. Bij de vrouw – naar later bleek de vriendin van De B. – constateerde het ambulancepersoneel de dood. Haar stoffelijk overschot werd voor sectie in beslag genomen. De patholoog die de sectie uitvoerde, concludeerde tweërlei. Om te beginnen dat het slachtoffer in haar rug, nek, hals, borst en handen diepe steekwonden had en door verbloeding om het leven was gekomen. En ten tweede dat de steekwonden van dien aard waren, dat zij zich die onmogelijk zelf kon hebben toegebracht.

## Wat is hier gebeurd?

Het drama speelde zich af in een rustig Limburgs kerkdorp. De plaatselijke pers besteedde er dus ruim aandacht aan. Buurtbewoners kwamen uitgebreid aan het woord. Zo vertelde de overbuurman aan de krant: ‘Ze leken me zo verliefd; ze liepen vaak hand in hand.’ Een andere buurtbewoner werd als volgt geciteerd: ‘Zij had een bankje voor haar woning; daar zaten ze vaak koffie te drinken of gezellig met de burens te kletsen.’ Weer een andere buurvrouw meldde over de verdachte: ‘Het is een hele leuke man. Zij [het slachtoffer] kon zich geen betere man wensen. Ik kan er niet bij. Het was het ideale paar. Drie weken geleden waren ze nog op vakantie en afgelopen zaterdag hadden ze het erover dat ze nog eens weg wilden.’

Veel buurtgenoten en familieleden waren ook aanwezig bij de eerste zitting van de rechtbank. De B. werd ten laste gelegd dat hij zijn vriendin opzettelijk en met voorbedachten rade van het leven had beroofd. De verdachte – die door iedereen beschreven werd als een fitte vijftiger – zat er tijdens de zitting verslagen bij. De vragen van de rechters beantwoordde hij bijna fluisterend. Hij zag er bleek en moe uit. Buurtgenoten en familie konden het allemaal vanaf de publieke tribune volgen. Waarom ze waren gekomen was wel duidelijk; ze hoopten een verklaring voor het drama te horen. Een bejaarde buurtgenoot: ‘Ik ken De B. al sinds hij een kleine jongen was. Ik heb vaak op ’m gepast. Hij was altijd zachtaardig. Wat is hier gebeurd?’<sup>3</sup>





## Persoonlijkheidsstoornis

De psychiater en de psycholoog die De B. in opdracht van de rechter-commissaris onderzochten, hadden een duidelijke opvatting over wat er was voorgevallen. Ze spraken uitgebreid met De B. en met elkaar en het kwam erop neer dat ze De B. een persoonlijkheidsstoornis toedichtten. De B. zou een afhankelijke en vermijdende persoonlijkheid hebben met narcistische overtonen. In combinatie met een aantal forse tegenslagen die het leven voor hem in petto bleek te hebben, zou dat bij De B. tot agressieve ontremming en dus tot het delict hebben gevoerd. Bij die tegenslagen ging het om achtereenvolgens het verlies van zijn baan, het recente overlijden van zijn moeder en de nog recentere diagnose van een ongeneeslijke aandoening bij zijn broer.

749

De B. zei in zijn gesprekken met de psychiater en de psycholoog dat hij zich de nacht van het drama nauwelijks kon herinneren. Hoogstens wist hij dat hij die nacht naar het toilet was geweest, dat hij de spoelknop lang had ingedrukt en dat zijn vriendin daarover had gemopperd. De psychiater schreef in zijn rapport voor de rechtbank: 'Het is te veronderstellen dat hierna sprake is geweest van een heftige impulsdoorbraak, waarbij betrokkene zijn partner en zichzelf met het aanwezige mes heeft gestoken. De voorheen afgeweerde heftige gevoelens van agressie en frustratie werden, zonder de voor betrokkene gebruikelijke afweer en remmingen, op impulsieve wijze volledig en onbeheerst uitgeleefd.' De psychiater sloot trouwens een hernieuwde impulsdoorbraak in de toekomst niet uit.

In haar deskundigenbericht aan de rechtbank viel de psycholoog de psychiater bij: De B. was een man met een gestoorde agressieregulatie. Aan die constatering voegde ze nog wat eigen accenten toe die de rechters alarmerend zullen hebben gevonden. Ze schreef: 'Het empathisch vermogen schiet tekort. Hiermee samenhangend is de gewetensfunctie lacunair ontwikkeld [...]. De betrokkene is egocentrisch gericht en in sterke mate gericht op zelfverwenning. Zijn levenswijze is parasitair. Hij is gericht op *krijgen* in plaats van *geven*.'

### ***Return of the repressed***

Met deze rapporten op tafel en gezien ook het overvloedig aanwezige bewijsmateriaal koerste De B. regelrecht af op een lange gevangenisstraf, al dan niet met TBS-maatregel. Opvallend was wel dat de typering die de forensische experts gaven van De B. maar moeilijk rijmde met wat getuigen over hem onder ede hadden verklaard. Neem de dorpsgenoot waarvan De





B. al sinds jaren een appartement huurde, waar hij verbleef als hij niet bij zijn vriendin was. De huurbaas beschreef hoe De B. een tijd lang de rol van huismeester op zich had genomen omdat hij met iedereen goed kon opschieten en in staat bleek om meningsverschillen tussen huurders soepel op te lossen. De B. als diplomaat dus.

Men zou het kunnen afdoen als losse impressies, ware het niet dat andere buurtbewoners met vergelijkbare beschrijvingen kwamen. Zo zeiden twee straatgenoten tijdens hun onderhoud met de politie: 'Hij is iemand die wel altijd een luisterend oor heeft, het is niet zo'n prater. Het is zo een aardige en lieve man. Hij drinkt zelden. Soms op een feestje een biertje maar meer niet.' Uit deze beschrijvingen rijst niet het beeld op van een persoonlijkheidsgestoorde man met een lacunaire gewetensfunctie. Wellicht schoot het oordeel van de buurtgenoten – leken per slot van rekening – tekort en was het inzicht van de experts in de psychodynamica van De B. superieur. Maar wanneer zeggen we dat inzicht superieur is? Dat hangt vooral af van de weg die wordt bewandeld om tot dat inzicht te komen (zie bijvoorbeeld Giard, 2008).

## Experts spraken enkel met De B.

Op de methode die de psychiater en de psycholoog hanteerden om tot hun diagnostisch inzicht te komen, valt echter het nodige af te dingen. Voor het vaststellen van persoonlijkheidsstoornissen kan een expert semi-gestructureerde interviews en psychologische tests gebruiken.

Naar de kwaliteit daarvan is onderzoek gedaan en daaruit blijkt dat hun betrouwbaarheid – in psychometrische zin – alleszins acceptabel is (bv. Rogers, 2003). In het geval van De B. werd *geen* gebruikgemaakt van zulke instrumenten. De experts verlieten zich enkel op hun gesprekken met De B. Als methode om een persoonlijkheidsstoornis vast te stellen, zijn dit soort gesprekken evenwel – zo blijkt uit de literatuur – notoir onbetrouwbaar (bv. Arntz, 1999; Dingemans, 2006). Bekend is dat experts zich nogal eens laten misleiden door stereotypen als zij *geen* gebruik maken van semi-gestructureerde interviews (North e.a., 1997).

Was het diagnostisch oordeel van de experts, los van de weg waarlangs zij dat bereikten, dan misschien superieur? Hun analyse komt erop neer dat allerlei tegenslagen De B. hadden gefrustreerd. En dat hij lange tijd die frustratie kon afdekken, maar dat het op 23 juli tot een uitbarsting kwam. Dat was het fatale moment van, om in psychodynamische termen te spreken, *the return of the repressed*. Intuïtief zullen juristen en andere leken op het terrein van de psychologie dit idee onmiddellijk snappen. Daarvoor is het vaak genoeg uitgevent in films en romans. Maar klopt het ook? Het antwoord luidt:





nee. Er zijn voldoende aanwijzingen dat het onderdrukken van frustraties minder agressief maakt dan het uiten ervan (Rofé, 2008).

Afgezien daarvan komt het diagnostisch oordeel van de twee experts in de buurt van een cirkelredenering: waarom menen zij dat De B. een gestoorde persoonlijkheid heeft? Toch vooral omdat hij een gruwelijk delict pleegde. En waarom deed hij dat? Omdat hij een persoonlijkheidsstoornis heeft.

751

## Te licht

Tegen de verhoorders zei De B. dat zijn medicijnen hem compleet hadden ontregeld. De verklaring voor het drama zocht hij in die richting. De forensisch psychiater was sceptisch over die verklaring. In zijn rapport aan de rechtbank schreef hij: 'Hieromtrent bestaat echter geen uitvoerig wetenschappelijk onderzoek. Voorzover er onderzoeksgegevens zijn, zijn deze zeker niet eenduidig. Er wordt daarin bovendien geen systematisch verband gelegd met mogelijk, zoals bij betrokkene aanwezige, aan agressieproblemen gerelateerde persoonlijkheidspathologie.'

De psychiater merkt in zijn rapport bovendien op dat ten tijde van het delict De B. al twee weken – sinds 9 juli derhalve – het antidepressieve middel venlafaxine gebruikte. Deze mededeling is onjuist. De dossierstukken tonen dat De B. door zijn huisarts aan een aanmerkelijk ingrijpender medicatieregime was onderworpen.<sup>4</sup> Sinds 5 juli 2007 kreeg De B. het antidepressieve middel amitriptyline. Tevens werd hij door de huisarts voorzien van het slaapmiddel zopiclon. Op 18 juli 2007 – 5 dagen voor het drama – meldde De B. zich opnieuw bij zijn huisarts. De huisarts adviseerde om te stoppen met de amitriptyline en gaf De B. een recept voor venlafaxine, dat hij later ook ging ophalen bij zijn apotheek. Wanneer *precies* De B. met de amitriptyline stopte en met venlafaxine begon, valt aan de hand van de dossierstukken niet te bepalen. Wel is duidelijk dat het recept voor de venlafaxine twee typen capsules omvatte: capsules van 37,5 mg en van 75 mg. Aannemelijk is dat De B. in de drie dagen voorafgaand aan het delict telkens een 37,5 mg capsule innam en de dag voor het delict een 75 mg capsule. Op het moment van het delict gebruikte De B. dus pas luttele dagen venlafaxine. De dorpsgenoten die De B. in de dagen voor het drama spraken, vonden hem een geagiteerde en verwarde indruk maken. Een van hen beschrijft tijdens het politieverhoor dat De B. een belastingbrief had gekregen waarin werd aangekondigd dat hij geld zou terugkrijgen. De B., zo zegt de dorpsgenoot, was er helemaal van overstuurd en bleef er maar over doormalen.



## Klachten

Net zo min als de B. een strafblad had, was er bij hem sprake van een psychiatrische voorgeschiedenis. Maar er was wel dit: vanwege eerst de dood van zijn moeder en vervolgens de ongeneeslijke ziekte die bij zijn broer werd vastgesteld, ging De B. piekeren en sliep hij slecht. Die klachten vormen de aanleiding voor de medicatie die de huisarts hem voorschreef.

Over de medicatie zijn we nog niet volledig geweest. Een maand voor het drama meldde De B. zich bij zijn huisarts. Hij zou een reis gaan maken, maar zag op tegen de slapeloze nachten. De dokter schreef hem daarom temazepam voor. Na terugkomst van vakantie nam De B. daarvan op een nacht zo'n 10 tabletten. Hoe dit moet worden geduid is onduidelijk. De B. zelf ontkende dat het een suïcidepoging was; hij wilde nu eens echt goed slapen en had daarom zoveel pillen genomen. De huisarts – die hem de dag erna zag – besloot De B. een antidepressivum, amitriptyline, voor te schrijven.

We weten niet waarom de huisarts op zeker moment van antidepressieve medicatie – van amitriptyline naar venlafaxine – wisselde. Wat uit het dossier aannemelijk wordt, is dat er een consult aan voorafging waarin De B. de huisarts meldde dat hij last had van de bijwerkingen van amitriptyline.<sup>5</sup>

## Agressieve bijwerking

De forensisch psychiater vertelde de rechtbank dat de literatuur over de agressieve bijwerkingen van venlafaxine ‘zeker niet eenduidig’ is. Maar volgens instanties als het eertijdse *Bundesgesundheitsamt* (BGA) en onderzoekers als de Britse psychofarmacoloog David Nutt (2003) bestaat er zoiets als een paradoxaal effect van antidepressiva. Dat effect heeft te maken met de twee flanken waarop moderne antidepressiva aangrijpen: aan de ene kant hebben ze een activerende uitwerking en aan de andere kant een stemmingsverbeterend effect. Indien het eerste effect zich eerder en sterker aandient dan het tweede, kan er aanvankelijk een toestandsverslechtering intreden (zie ook Dehue, 2008).<sup>6</sup>

Een overzichtsartikel van de Ierse psychiater Healy en zijn collega's (2007) komt te spreken op wat er gebeurt als die verslechtering de extreme contouren van agitatie en rusteloosheid aanneemt. Dan is er sprake van zogenoemde akathisie.<sup>7</sup> Healy en collega's concluderen (p. 21): ‘Mechanisms linking antidepressant treatment, rather than the condition, to adverse behavioural outcomes include akathisia, emotional disinhibition, emotional blunting, and manic or psychotic reactions to treatment. There is good

evidence that antidepressant treatment can induce problems such as these and a prima facie case that akathisia, emotional blunting, and manic or psychotic reactions may lead to violence.’

Van venlafaxine is gedocumenteerd dat het in een aantal procenten van de patiënten die het voorgeschreven krijgen, leidt tot agitatie. De *Australian Adverse Drug Reactions Bulletin* (vol 17, februari 1998) meldt dat 9% van de gemelde bijwerkingen van venlafaxine betrekking heeft op agitatie. De site van de *US Food & Drug Administration* (FDA) vermeldt manisch gedrag en suïcidale gedachten als mogelijke neveneffecten van venlafaxine.<sup>8</sup> Uit allerlei studies blijkt inderdaad dat het medicijn gepaard gaat met een hoger risico op suïcide(pogingen) in vergelijking met andere antidepressiva (Rubino e.a., 2006; Todder & Baume, 2007). Ook kan het een bepaald type slaapprobleem – *REM-sleep behavior disorder* (Gagnon e.a., 2006) – verergeren. Typerend hiervoor is dat de patiënt tijdens de droomtoestand handelend optreedt en daarbij ook agressief gedrag ten toon kan spreiden.

De literatuur over de paradoxale gedragseffecten van venlafaxine overziend, zijn er dus drie paden waarlangs dit medicament agressief gedrag zou kunnen bevorderen of zelfs uitlokken. Op de eerste plaats kan het leiden tot akathisie, een beeld dat vaker in verband wordt gebracht met agressie (Healy e.a., 2007; Kauffman, 2009). Op de tweede plaats kan het een manische episode in de hand werken, waarbij de patiënt elk contact met de realiteit verliest en ook agressief wordt (zie daarover Breggin, 2003/2004). En op de derde plaats kan het gedrag aanwakkeren dat lijkt op slaapwandelen (Gagnon e.a., 2006; Pressman, 2007).

Wij hebben geen oordeel over het realiteitsgehalte van deze drie mechanismen in de zaak van De B. Wat we wèl weten is dat ze niet strijdig zijn met de dossierstukken in deze zaak. Integendeel. De eerder aangehaalde opmerking van een dorpsgenoot dat De B. een aantal dagen voor de 24ste juli maar ‘...bleef doormalen’, is consistent met de mogelijkheid van akathisie. En zo is ook de terloopse opmerking van De B. tijdens de politieverhoren dat hij voorafgaand aan het delict zo raar had gedroomd consistent met de mogelijkheid van *REM-sleep behavior disorder*.

## Geheugen weg

Naast het antidepressieve middel venlafaxine gebruikte De B. ten tijde van het delict het slaapmiddel zopiclon. De geheugenondermijnende (amnestische) werking daarvan is uitvoerig beschreven in de literatuur. Maastrichtse psychofarmacologen vonden dat zopiclon de rijvaardigheid van gezonde proefpersonen tot 11 uur na inname zeer ongunstig beïnvloedt (Fava, 1995;

Leufkens e.a., in druk). Het kan allemaal verklaren waarom De B. zich weinig lijkt te herinneren van de fatale nacht en daar wisselende beschrijvingen van geeft. Dat wordt fraai gedemonstreerd als de verhoorders De B. foto's tonen van de slaapkamerscènes die zij aantreffen. De verhoorders noteren: 'verbalisanten zien dat verdachte onbegrijpelijk naar de foto zit te kijken en knikt afwisselend bevestigend en ontkennend, als hem wordt medegedeeld wat op de foto te zien is en welke conclusie verbalisanten daaruit hebben opgemaakt.'

Ofschoon hij zeker bereid is om mee te werken, kan De B. zijn verhoorders maar weinig details vertellen over hoe de fatale avond is verlopen. Hij weet nog wel dat hij samen met zijn vriendin naar de *Tour de France* had gekeken en dat ze daarna naar bed waren gegaan. 'En toen?' vragen zijn verhoorders. De B.: 'Ja en toen... Ik ben helemaal het beeld kwijt.' Hij voegt eraan toe: 'maar ik moet het gedaan hebben; het kan niet anders.'

In haar rapport aan de rechtbank merkt de forensisch psycholoog op dat De B. weinig 'probleembesef, laat staan probleeminzicht' aan de dag legt. Probleeminzicht verwerven wordt echter moeilijker naarmate men zich minder kan herinneren van wat er is voorgevallen.

## Slechts een fractie

Wij vinden dat de psychiater en psycholoog onvoldoende oog hadden voor de rol van de medicatie in het drama. Dat De B.'s gewelddadig gedrag plotseling de kop opstak, buiten proportie was en niet bij zijn voorgeschiedenis paste, had voor hen aanleiding moeten zijn om zijn medicatie nader onder de loep te nemen. Op verzoek van de advocaat van De B. deden wij dat. De essentie van onze analyse heeft de lezer in het voorgaande gezien. De officier van Justitie nam er ook kennis van en raadpleegde vervolgens een apotheker-toxicoloog van het Nederlands Forensisch Instituut (NFI). Deze deskundige liet weten dat in het geval van De B. de combinaties en doses van medicijnen heel gebruikelijk waren geweest en dat daarom niet te verwachten viel '...dat dit resulteert in handelingen die betrokkene normaliter (qua eigen normering) niet zou doen.'<sup>9</sup>

Misschien ging de NFI-expert voorbij aan de agressieve bijwerking van antidepressiva omdat ze slechts voor een fractie van de vele gebruikers zijn gerapporteerd (Nutt, 2003; 2005). Maar hoe robuust zijn deze cijfers? Bijwerkingen als agressie en akathisie werden aanvankelijk niet goed bijgehouden in trials. Zoals een expert van de *Food & Drug Administration* (FDA) zei tijdens een door zijn instantie georganiseerde hoorzitting (2006) over de bijwerkingen van antidepressiva: 'Akathisie kan voorkomen, maar het hangt





er helemaal van af hoe de gegevens worden gecodeerd. In de tijd dat deze gegevensbestanden werden samengesteld, dachten we nog niet in termen van akathisie als een bijwerking van antidepressiva, dus de gebeurtenissen die representatief zijn voor akathisie werden gecodeerd als iets anders en dat is het probleem.’ (Dehue, 2008; p. 205).

Het punt dat deze FDA-functionaris aan de orde stelt is belangrijk: want selectief aan middelen als venlafaxine is niet alleen hun effect op het brein. Ook publicaties over hun klinisch effect zijn dat, en wel zodanig dat gunstige onderzoeksresultaten veel makkelijker de weg naar de vakliteratuur vonden dan studies waarin minder fraaie conclusies werden getrokken (Kauffman, 2009). Wie *alle* studies in ogenschouw neemt, ziet de effectgroottes voor het klinisch resultaat van venlafaxine met een factor van 2 tot 4 verminderen (Turner e.a., 2008; Cipriani e.a., 2007a). En ook: een meta-analyse waarin niet alleen door de fabrikant gesponsorde studies werden meegenomen, maakt duidelijk dat venlafaxine meer bijwerkingen heeft dan een reeks andere antidepressiva. Dit, zo concluderen de auteurs (Weinmann e.a., 2008; p. 519), ‘...adds further to the argument that venlafaxine may have risks for many patients possibly outweighing this substance’s claimed benefits.’ Het bestaande onderzoek naar venlafaxine valt dan ook als volgt samen te vatten: het is zeer de vraag of dit middel meer therapeutische potentie heeft dan andere antidepressiva, het veroorzaakt wel vaker bijwerkingen en gebruikers hebben vaker last van suïcidale gedachten. In dat licht wordt het heel begrijpelijk dat Engelse richtlijnen benadrukken dat het middel maar het beste kan worden voorgeschreven door specialisten (Cipriani e.a., 2007b).

## Scenario’s

Stel dat een patiënt een antidepressivum gebruikt, geagiteerd raakt en agressief wordt tegen zichzelf en/of anderen. Sommige auteurs geloven dat deze ongunstige wending onderdeel kan zijn van de depressie (Nutt, 2003). Andere onderzoekers waarschuwen dat we allerlei uitingen van akathisie niet te snel moeten toeschrijven aan de depressie en meer rekening moeten houden met de inherente werking van antidepressiva (Boyer & Shannon, 2005). Waarschijnlijk doelde de psychiater op dit verschil van inzicht toen hij in zijn rapport opmerkte dat de literatuur *niet eenduidig* is. Toch is deze hele discussie maar ten dele relevant voor het oordeel dat hij moest vellen. Ons punt is dit: ook al komt het relatief weinig voor dat een antidepressivum een agressieve bijwerking heeft, dan nog moet dat scenario worden afgewogen tegen de plausibiliteit van andere scenario’s, die wellicht nog zeldzamer zijn.



In het geval van De B. hadden de psychiater en de psycholoog de keuze uit twee scenario's. Volgens het ene scenario leed De B. aan een persoonlijkheidsstoornis die tientallen jaren onzichtbaar bleef en pas ging opspelen toen hij tegenslagen te verduren kreeg. Vanaf dat moment manifesteerde de stoornis zich in een explosie van buitensporig geweld. Volgens het andere scenario werd De B. depressief, kreeg hij een ingewikkelde cocktail van medicijnen, en induceerde een van deze medicijnen – al dan niet in combinatie met andere – een geweldsexplosie.<sup>10</sup>

De juridische nasleep van beide scenario's zal een totaal andere zijn. Als de rechtbank overtuigd raakt van het eerste scenario, zal zij denken in de richting van gevangenisstraf en mogelijk TBS. Als de rechtbank overtuigd raakt van het tweede scenario, zou haar vonnis wel eens kunnen eindigen in ontslag van rechtsvervolging onder verwijzing naar art. 39 Sr. ('niet strafbaar is hij die een feit begaat, dat hem wegens de gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van zijn geestvermogens niet kan worden toegerekend').<sup>11</sup> In het Angelsaksische recht staat het tweede scenario ook wel bekend onder de noemer van *involuntary intoxications*: de schuld voor het delict ligt dan niet bij de verdachte want die kon de gevolgen van zijn medicatie niet overzien (Haque & Cumming, 2003; Daderman e.a., 2002).

In hun rechtbankrapportages spraken de psychiater en de psycholoog een voorkeur uit voor het eerste scenario zonder dat zij inzichtelijk maakten of zij het tweede scenario überhaupt hadden overwogen en *indien ja*, op welke gronden zij dat dan verwierpen. Ondertussen is De B. niet het enige of het laatste geval in zijn soort. Er dienen zich in de strafrechtelijke arena wel vaker zaken aan die zich laten herformuleren langs de lijnen van de twee hierboven beschreven scenario's. Dat is ook de reden om er hier zo uitgebreid bij stil te staan. De moraal van ons verhaal is dat forensische experts het agressieve potentieel van antidepressieve medicatie niet te snel moeten wegwuiven.

### Een laatste telefoontje

Het laatste telefoongesprek dat De B. voerde was met zijn raadsman. De B. vertelde hem dat hij die dag bezoek had gehad van een nieuwe psychiater. Deze expert moest op verzoek van de rechtbank alsnog onderzoeken of het medicatiegebruik een rol zou kunnen hebben gespeeld in het drama. Bij binnenkomst – aldus De B. – had de psychiater al direct verteld dat miljoenen mensen over de gehele wereld antidepressieve medicatie gebruiken en nooit hun partner doodsteken. De B. was erg ontdaan over die mededeling. Hij vertelde zijn raadsman dat hij het echt niet meer zag zitten.

Hoe, zo vraagt men zich af, zou het afgelopen zijn als de psychiater De B. was tegemoet getreden met de opmerking dat miljoenen mensen over de gehele wereld lijden aan een persoonlijkheidsstoornis, maar nooit hun partner doden?

### Noten

- 1 Van de raadsman van dhr. De B. – mr. Szymkowiak te Maastricht – kregen we toestemming om aan het geval van zijn cliënt deze casusbeschrijving te wijden.
- 2 We citeren hier uit het proces-verbaal van de agent die als eerste op de plaats delict arriveerde.
- 3 Een van ons (H.M.) was in de hoedanigheid van door de verdediging geraadpleegde deskundige bij de eerste zitting aanwezig. Tijdens een schorsing van de rechtbank had hij de gelegenheid om de familie- en buurtgenoten te interviewen.
- 4 Bij de dossierstukken over het medicatiegebruik van De B. gaat het om een uitspraak van zijn apotheker en een proces-verbaal over de medicatie die bij huiszoeking in beslag werd genomen.
- 5 De politieverhoren van De B. over de medicatie zijn hoogst verwarrend omdat noch de politie, noch De B. zelf een duidelijk onderscheid kunnen maken tussen de diverse typen medicatie.
- 6 Ook de opvolger van het BfArM – het *Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte* (BfArM) – vond de paradoxale effecten van venlafaxine (waaronder verhoogd suïciderisico en akathisie) serieus genoeg. In haar circulaire van 25 april 2007 verordonneerde zij de fabrikant om in haar bijsluiters deze risico's te noemen, zij het met de kwalificatie 'zelden'.
- 7 De term akathisie werd in de psychiatrische literatuur geïntroduceerd door de Tsjechische psychiater Ladislav Haskovec (1866-1944). Met de term verwees hij naar innerlijke onrust en motorische agitatie (Mohr & Volavka, 2002). Al decennia lang wordt er een verband verondersteld tussen akathisie en agressie. Barnes (1989; p. 673): 'The overwhelming and intense nature of the subjective experience in severe cases is illustrated by reports where akathisia has been thought to have contributed to violent, aggressive behaviour or impulsive suicidal behaviour.'
- 8 Zie: <http://www.fda.gov/CDER/drug/InfoSheets/patient/venlafaxinePIS.htm>
- 9 De NFI-expert somt in zijn deskundigenbericht van april 2008 de mogelijke bijwerkingen van venlafaxine op, maar noemt in dat verband niet de akathisie of het verhoogd suïciderisico dat de BfArM benadrukt (zie noot 6). Deze expert lichtte de officier niet voor over het serotoninesyndroom (Boyer & Shannon, 2005) – waarvan akathisie een prominent symptoom is hoe dat kan worden uitgelokt door een combinatie van medicijnen en waarom dat syndroom in het geval van De B. valt uit te sluiten.
- 10 Natuurlijk zijn mengvormen van deze scenario's denkbaar. Zo is het mogelijk dat het de depressie in combinatie met de bijwerkingen van de medicijnen was, die leidde tot het drama. Maar ook de expert die zo'n gecombineerd scenario aanhangt, zal zich moet uitlaten over de rol en het gewicht van de medicatie en dat is ons punt.
- 11 Als een rechtbank overtuigd raakt van het tweede scenario, is ook een vrijspraak denkbaar, en wel dan als de telastelegging 'dood door schuld' luidt.

## Literatuur

- Arntz, A. (1999). Do personality disorders exist? On the validity of the concept and its cognitive-behavioral formulation and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, *37*, 97-134.
- Barnes, T.R.E. (1989). A rating scale for drug-induced akathisia. *British Journal of Psychiatry*, *154*, 672-676.
- Blaauw, E. (2002). Psychische problemen van gede-tineerden. In Van Koppen, P.J., Hessing, D.J., Merckelbach, H.L.G.J. & Crombag, H.F.M. (eds.). *Het recht van binnen: Psychologie van het recht*. Deventer: Kluwer, p. 977-990.
- Boyer, E.W. & Shannon, M. (2005). The serotonin syn-drome. *New England Journal of Medicine*, *352*, 1112-1120.
- Breggin, P.R. (2003/2004). Suicidality, violence, and mania caused by selective serotonin reup-take inhibitors (SSRIs): A review and analysis. *International Journal of Risk & Safety in Medicine*, *16*, 31-49.
- Cipriani, A., Geddes, J.R., Furukawa, T.A., & Barbui, C. (2007a). Metareview on short-term effectiveness and safety of antidepressants for depression: An evidence-based approach to inform clinical prac-tice. *Canadian Journal of Psychiatry*, *52*, 553-562.
- Cipriani, A., Geddes, J.R., & Barbui, C. (2007b). Venlafaxine for major depression. *British Medical Journal*, *334*, 215-216.
- Daderman, A.M., Fredrikson, B., Kristiansson, M., Nilsson, L.H., & Lidberg, L. (2002). Violent behavior, impulsive decision making, and anterograde amnesia while intoxicated with flunitrazepam and alcohol or other drugs: A case study in foren-sic psychiatric patients. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, *30*, 238-251.
- Dehue, T. (2008). *De depressie-epidemie*. Amsterdam: Augustus.
- Dingemans, P. (2006). Classificatie van klinische en per-soonlijkheidspathologie middels (semi-)gestructureerde interviews. In: C. de Ruiter & M. Hildebrand (Eds.) (2006). *Handboek psycho-diagnostiek: Van testmethode naar toepassing*. Amsterdam: Harcourt, p. 61-87.
- Fava, G.A. (1995). Amnestic syndrome induced by zopli-cone. *European Journal of Clinical Pharmacology*, *50*, 59.
- Gagnon, J.F., Postuma, R.B., & Montplaisir, J. (2006). Update on the pharmacology of REM sleep beha-rior disorder. *Neurology*, *67*, 742-747.
- Giard, R.W.M. (2008). Mentale misleading. *Expertise en Recht*, *1*, 105-107.
- Haque, Q., & Cumming, I. (2003). Intoxication and legal defences. *Advances in Psychiatric Treatment*, *9*, 144-151.
- Healy, D., Herxheimer, A., & Menkes, D.B. (2007). Antidepressants and violence: Problems at the interface of medicine and law. *International Journal of Risk & Safety in Medicine*, *19*, 17-33.
- Kauffman, J.M. (2009). Selective serotonin reuptake inhibitor (ssri) drugs: More risks than benefits? *Journal of American Physicians and Surgeons*, *14*, 7-12.
- Leufkens, T.R.M., Lund, J.S., & Vermeeren, A. (in druk). Highway driving performance and cognitive functioning the morning after bedtime and mid-dle-of-the-night use of gaboxadol, zopiclone, and zolpidem. *Journal of Sleep Research*.
- Mohr, P. & Volavka, J. (2002). One hundred years ago: Ladislav Haskovec and akathisia. *British Journal of Psychiatry*, *181*, 537.
- North, C.S., Pollio, D.E., Thompson, S.J., Ricci, D.A., Smith, E.M., & Spitznagel, E.L. (1997). A comparison of clinical and structured interview diagnoses in a homeless mental health clinic. *Community Mental Health Journal*, *33*, 531-543.
- Nutt, D.J. (2003). Death and dependence: Current con-troversies over the selective serotonin reuptake inhibitors. *Journal of Psychopharmacology*, *17*, 355-364.
- Nutt, D.J. (2005). Death by tricyclic: The real antidepres-sant scandal. *Journal of Psychopharmacology*, *19*,

123-124.

Pressman, M.R. (2007). Factors that predispose, prime, and precipitate NREM parasomnias in adults: Clinical and forensic implications. *Sleep Medicine Reviews*, 11, 5-30.

Rubino, A, Roskell, N., Tennis, P, Mines, D., Weich, S., & Andrews, E. (2006). Risk of suicide during treatment with venlafaxine, citalopram, fluoxetine, and diothiepin: Retrospective cohort study. *British Medical Journal*, 334, 242-245.

Rogers, R. (2003). Standardizing DSM-IV diagnoses; The clinical applications of structured interviews. *Journal of Personality Assessment*, 81, 220-225.

Rofé, Y. (2008). Does repression exist? Memory, pathogenic, unconscious and clinical evidence. *Review of General Psychology*, 12, 63-85.

Todder, D., & Baune, B.T. (2007). Recurrence of suicidal ideation due to treatment with antidepressants in anxiety disorder: A case report. *Journal of Medical Case Reports*, 1, 166.

Turner, E.H., Matthews, A.M., Linardatos, E., Tell, R.A., & Rosenthal, R. (2008). Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *New England Journal of Medicine*, 358, 252-260.

Weinmann, S., Becker, T., & Koesters, M. (2008). Re-evaluation of the efficacy and tolerability of venlafaxine vs SSRI: meta-analysis. *Psychopharmacology*, 196, 511-520.

### Samenvatting

H. Merckelbach, M. Jelicic & C. de Ruiter

'De B. heeft een persoonlijkheidsstoornis en doodt zijn vriendin'

► De 56-jarige De B. doodde zonder duidelijke aanleiding zijn vriendin. Forensische experts constateerden een persoonlijkheidsstoornis die in combinatie met stressvolle gebeurtenissen zou hebben geleid tot het fatale geweld. Die diagnose werd noch ondersteund door psychometrisch onderzoek, noch door informatie uit De B.'s omgeving. Niet onderzocht werd

de mogelijke invloed van de aan De B. voorgeschreven medicatie, waaronder venlafaxine. De auteurs beargumenteren dat de gedragsmatige bijwerkingen van dit middel, hoewel zeldzaam, relevant zijn voor de forensische analyse. De bewijswaarde van de bijwerkingen moet worden afgezet tegen de kans dat iemand decennialang aan een latente persoonlijkheidsstoornis lijdt voordat hij een uiterst gewelddadige misdaad begaat.

759

### Personalia

Prof. dr H.L.G.J. Merckelbach (1959) is hoogleraar toegepaste functionele en rechtspsychologie aan de Faculteit der Psychologie en Neurowetenschappen van de Universiteit Maastricht (UM).  
h.merckelbach@maastrichtuniversity.nl

Dr M. Jelicic (1959) is als universitair hoofddocent verbonden aan de Faculteit der Psychologie en Neurowetenschappen van de UM.

Prof. dr C. de Ruiter (1960) is bijzonder hoogleraar forensische psychologie aan de Faculteit der Psychologie en Neurowetenschappen van de Universiteit Maastricht (UM).