

Criminaliteit, gestoordheid en forensisch psychiatrische interventies

Auteurs:

M.G.A. Tervoort, psychiater, directeur behandelzaken divisie forensische psychiatrie GGZ-Drenthe

Ed. Leuw, criminoloog

(met dank aan dr. M. Philipse)

1. Basisfeiten

1.1 Aard van gestoorde delinquentie

Ten tijde van het delict kan sprake zijn van een psychische stoornis die het vermogen tot overleg of de wilsvrijheid beperkt of opheft en effect heeft op het ten laste gelegde feit. Hierover dient de gedragskundige zich uit te spreken. Psychische stoornis in relatie tot criminaliteit is met name relevant bij verschillende vormen van geweldscriminaliteit. Volgens een formele, nauwe omschrijving houdt forensische psychiatrie zich bezig met patiënten die een stafrechtelijke maatregel is opgelegd door de rechter. Een meer praktische, ruime omschrijving betreft de psychiatrische patiënt die vanwege een delict of een dreigend delict met de rechter in aanraking is gekomen of dreigt te komen. Forensisch psychiatrische patiënten wijken over het algemeen af van de gemiddelde hulpvrager. Er is sprake van een delict of een dreigend delict en een contact of dreigend contact met het strafrecht. Dikwijls gaat het om mensen met weinig interne motivatie en een sterke gevoeligheid voor krenking, weinig vertrouwen in anderen, weinig betrouwbaarheid met betrekking tot afspraken, een neiging tot uitageren, een gering vermogen om lijdensdruk te ervaren of te verdragen, een gering vermogen tot uitstel van behoeftes en instrumentele contacten met medemensen.

Gewelddelinquentie in relatie tot gestoordheid betreft agressie tegen personen zoals bij huisvredebreuk, openlijke geweldpleging, bedreiging met geweld, mishandeling, doodslag en moord en om seksuele geweldpleging zoals aanranding, verkrachting en seksueel misbruik van kinderen of jeugdigen. Ook bij zedendelicten zoals schennis der eerbaarheid speelt stoornis vaak een belangrijke rol. Het zelfde geldt voor het delict brandstichting. Daarnaast bestaat een breed scala van delictcategorieën waarbij de psychische stoornis één van de bepalende factoren kan zijn. Dat geldt bijvoorbeeld voor een variëteit van vermogensdelicten en verkeersdelicten.

In dit hoofdstuk ligt de nadruk op de betekenis van de stoornis bij (seksuele) gewelddelinquentie en op de betekenis van forensisch psychiatrische interventie (zie: Bijlage 1) als mogelijkheid ter voorkoming en beheersing van gestoorde (gewelddelinquentie).

1.1.1 Psychiatrische stoornissen

De wet onderscheidt de begrippen ziekelijke stoornis en gebrekkige ontwikkeling van de geestvermogens zonder deze begrippen nauwkeurig te omschrijven. Het gaat hier om afwijkingen van biologische en socioculturele normen. Heden ten dage wordt onder de ziekelijke stoornis verstaan een scala van pathologische toestandsbeelden, zoals bijvoorbeeld cognitieve stoornissen bij een delirium of dementie, aan (verslavende) middelen verbonden stoornissen, psychotische stoornissen, stemmingsstoornissen, angststoornissen, somatoforme stoornissen (zich uitend in lichamelijke klachten), seksuele stoornissen, eetstoornissen, stoornissen in de impulsbeheersing en slaapstoornissen.

Voorbeelden van een gebrekkige ontwikkeling van de geestvermogens zijn de zogenaamde persoonlijkheidsstoornissen, stoornissen uit het zogenaamde autistiforme spectrum (contactstoornissen) en zwakzinnigheid.

Psychose

Kenmerkend voor een psychose is verlies van contact met de werkelijkheid. Daarbij staan denkstoornissen centraal. Deze kunnen in combinatie met emotionele instabiliteit leiden tot wanen en hallucinaties. Een waan berust op een onjuiste en niet te corrigeren overtuiging. Een hallucinatie is een stoornis in de waarneming waarbij alle zintuigen betrokken kunnen zijn, zoals gehoor, tast, reuk, evenwicht, gezicht. Deze waarneming heeft een werkelijkheidskarakter zonder dat sprake is van een externe bron.

Schizofrenie is een ernstige psychiatrische storing gekenmerkt door één of meer psychotische periodes en een terugval in het algemeen functioneren, met name in de diverse sociale rollen. Het positieve syndroom wordt gekenmerkt door een gestoorde opvatting over de realiteit en cognitief disfunctioneren zich uitend in hallucinaties en wanen. Daarnaast kan er verwardheid in het denken optreden.

Het negatieve syndroom wordt gekenmerkt door het vermijden van sociale contacten, initiatiefverlies, traagheid, emotionele vervlakking en afname van activiteit. Tijdens acute psychotische periodes staan positieve symptomen meestal op de voorgrond, na verloop van tijd gaan bij chronische patiënten meestal de negatieve symptomen overwegen.

Bij het ontstaan van schizofrenie gaat men uit van een duurzame kwetsbaarheid die grotendeels genetisch is bepaald en die leidt tot een verminderde draagkracht. Men neemt aan dat schizofrenie zich ontwikkelt als gevolg van overbelasting door lichamelijke, psychische en sociale factoren waardoor de draagkracht wordt aangetast.

De ziekte heeft een ontwikkelingsrisico van één procent, uit zich meestal tijdens de adolescentie en de jonge volwassenheid, kan zich zowel geleidelijk als acuut manifesteren en resulteert in 70% van de gevallen in meer dan één psychose en blijvende restverschijnselen. Adequate medicamenteuze behandeling die langdurig wordt voortgezet beperkt de kans op een nieuwe psychotische manifestatie. Bij de behandeling staan medicatie, goede voorlichting aan de patiënt en diens omgeving en blijvende ondersteuning, centraal.

Persoonlijkheidsstoornis

Bij een persoonlijkheidsstoornis is sprake van duurzame patronen op het gebied van gedrag en relaties, gevoel en denkwereld die beperkingen geven op diverse levensterreinen of leed veroorzaken aan de patiënt zelf of aan anderen.

Het gaat om extreme persoonlijkheidskenmerken. De stoornis zit hem in het gegeven dat een in een bepaalde cultuur aanvaarde norm wordt overschreden en in een gebrek aan aanpassingsvermogen, dat wil zeggen een functioneel tekort. Er is dan ook tegelijk sprake van een normatieve en van een functionele afwijking. Voorbeelden hiervan zijn het onvermogen zich te kunnen inleven in anderen, angst te voelen, achterdocht, onverschilligheid, magisch denken, hyperdramatisch gedrag, egocentriciteit, teruggetrokkenheid, perfectionisme of verzet.

Op grond van onder andere deze kenmerken komt men tot een indeling in soorten persoonlijkheidsstoornissen.

De mogelijkheden voor behandeling van persoonlijkheidsstoornissen kunnen afhankelijk van het type sterk variëren, van relatief gemakkelijk tot (vrijwel) onmogelijk. Omdat er geen medicatie of fysieke ingrepen zijn die een persoonlijkheidsstoornis genezen is men voor behandeling afhankelijk van samenwerking met de patiënt. De behandeling richt zich op symptomen, de interpersoonlijke stijl, cognities en affecten c.q. impulsiviteit van de patiënt. In het laatste geval is soms medicatie een behandeloptie, bijvoorbeeld wanneer er sprake is van uitgesproken angst of impulsiviteit. Men moet echter geen te hoge verwachtingen hebben van de medicamenteuze behandeling van impulsiviteit.

Psychopathie

Het begrip psychopathie heeft in de loop der tijd het karakter gekregen van een tot morele veroordeling uitnodigend etiket. Het begrip is de afgelopen eeuw aan de hand van verschillende kernsymptomen getypeerd bijvoorbeeld met aanduidingen als moral insanity, bekendheid met sociale codes zonder ze te doorvoelen, uitageren, semantische dementie, antisociale persoonlijkheidsstoornis, narcisme.

Het begrip psychopathie en het begrip antisociale persoonlijkheidsstoornis zijn lange tijd door elkaar heen gebruikt. In de DSM, een van de gangbare handleidingen bij de diagnostische criteria voor psychiatrische stoornissen, komt het begrip psychopathie niet voor; echter wel het begrip antisociale persoonlijkheidsstoornis.

In de loop der jaren zijn de begrippen antisociale persoonlijkheidsstoornis en psychopathie steeds dichter naar elkaar toegegroeid, ofschoon er nog een verschil bestaat. Het begrip antisociale persoonlijkheidsstoornis omvat het begrip psychopathie maar kan ook verwijzen naar diverse soorten antisociale gedragingen zonder dat er sprake is van de voor psychopathie kenmerkende persoonlijkheidsstoornis.

Sinds enkele tientallen jaren wordt een twintigtal symptomen genoemd als kenmerken van psychopathie, zoals bijvoorbeeld gladheid, gebrek aan berouw of schuldgevoel, grandiositeit, manipuleren, gedragsproblemen, impulsiviteit en criminele veelzijdigheid. Men onderscheidde aanvankelijk twee clusters met symptomen namelijk een cluster gekenmerkt door agressief narcisme met de neiging om krenkingen wraakzuchtig uit te ageren en chronisch anti-sociaal gedrag als tweede cluster.

Recent worden drie clusters onderscheiden, getypeerd door:

1. persoonlijkheidskenmerken zoals een arrogante en misleidende interpersoonlijke stijl
2. gebrekkige affectieve beleving
3. een impulsieve en onverantwoordelijke gedragsstijl.

Onder psychopaten vindt men een veelheid van groepen zoals chronische criminelen, seriemoordenaars, verkrachters, drugsdealers, partner- en kindermisbruikers, bedriegers, oneerlijke kooplieden, corrupte politici, onethische advocaten, grensoverschrijdende dokters, terroristen, huursoldaten, cultleiders, radicale politieke activisten. Een deel van de gevangenispopulatie dat verantwoordelijk is voor veel ernstige delicten bestaat uit psychopaten. Maar psychopathie komt voor onder alle culturen, etnische groepen en socio-economische niveaus. En psychopaten zijn lang niet altijd wetsovertreders.

Over de oorzaken van psychopathie staat weinig objectief vast. Recent onderzoek wijst op mogelijke biologische aspecten die leiden tot een verminderde emotionele betekenisgeving van de taal. In samenhang hiermee wordt een verminderd vermogen te socialiseren ten gevolge van verminderde angstbeleving verondersteld. Abnormale affectieve leerprocessen met een tekort aan hechting, empathisch vermogen en moreel besef zijn het mogelijke resultaat.

Daarnaast speelt de invloed van problemen in het kerngezin een rol, zoals bij mishandeling, alcoholisme, en antisociaal gedrag. Ten slotte is ook de buurt waarin de kinderen opgroeien van belang. Bij een intelligent, gesocialiseerd empathisch ouderpaar, binnen een buurt gekenmerkt door een constructieve sociale inbedding en een school met voldoende positieve aandacht zal de neiging om psychopathisch gedrag daadwerkelijk te vertonen, minder zijn. Erfelijkheid in genetische zin kan een rol spelen bij psychopathie, maar moet niet in een rechtstreeks causaal verband met de stoornis worden gezien. Veeleer is sprake van een erfelijke "dispositie", dat wil zeggen een gevoeligheid tot, een bevattelijkheid voor het ontstaan van de stoornis. Bovendien is een persoon als strevend en beslissend individu altijd meer dan het product van erfelijke en omgevingsfactoren. Om deze redenen is een eenzijdig en afzonderlijk beroep op erfelijkheid, maar ook een slechte jeugd of slechte vrienden als verklaring voor verminderde toerekeningsvatbaarheid door artsen, advocaten of patiënten zelf een versimpeling. Juist bij strafzaken kan deze versimpeling gemakkelijk tot oneigenlijk gebruik leiden, bijvoorbeeld door de uitslag van een scorelijst voor psychopathie (PCL-R) als argument te gebruiken voor strafverzwaring of strafverlichting!

1.1.2 Kenmerken van stoornis in relatie tot delinquentie

Toerekeningsvatbaarheid

Het vaststellen van de toerekeningsvatbaarheid dient altijd plaats te vinden in samenhang met aspecten als aangeboren tekorten, opvoedings- en milieufactoren, vaardigheden en gebrek aan vaardigheden van de betrokkene en de wens of onwil van de betrokkene verantwoordelijkheid voor het eigen gedrag te nemen.

Toerekeningsvatbaarheid is geen psychiatrisch begrip, het begrip stoornis is dat wel. De informatie uit het psychiatrisch onderzoek dient de rechter echter wel inzichten aan te leveren op basis waarvan deze een uitspraak kan doen over toerekeningsvatbaarheid in juridische zin.

De relatie tussen de stoornis en het delict staat daarbij centraal. Wanneer dit verband bestaat en de stoornis op grond van disfunctioneren leidt tot een verminderde vrijheid keuzemogelijkheden in het handelen te kunnen overzien en het gedrag te kunnen bepalen is het delict de dader verminderd toe te rekenen.

De toerekeningsvatbaarheid is minder naarmate de invloed van de stoornis op het delictgedrag een grotere rol speelt. De gedragsdeskundigen, psychiaters en psychologen, brengen in kaart in hoeverre het disfunctioneren op grond van de stoornis een rol heeft gespeeld met betrekking tot het delictgedrag. Het simpele feit van een stoornis impliceert niet automatisch onvrijheid met betrekking tot de bepaling van specifieke gedragingen. Zo kan een schizofrene patiënt die een winkeldiefstal pleegt daarvoor volledig toerekeningsvatbaar zijn indien de winkeldiefstal geen uiting is van een door de schizofrenie bepaald gebrek aan inzicht of een gebrek aan handelingsvrijheid.

De toerekeningsvatbaarheid dient, altijd met terugwerkende kracht, te slaan op de eventuele stoornis ten tijde van het delict. Dit kan ten tijde van de Pro Justitia advisering veranderd zijn.

Meervoudigheid

De meeste forensisch psychiatrische patiënten vertonen meerdere stoornissen tegelijkertijd zoals een psychotisch beeld, een persoonlijkheidstoornis en verslavingsproblematiek.

Forensisch psychiatrische behandeling dient dan ook gelijktijdig of volgtijdig gericht te zijn op die stoornissen die afzonderlijk of in samenhang met elkaar gerelateerd zijn aan delictgedrag.

Naast een of meervoudige stoornis(sen) kan er tevens sprake zijn meervoudige problematiek waarbij andere problemen zoals een gebrek aan scholing, werk, huisvesting, financiën, of de traumatische gevolgen van bijvoorbeeld onderdrukking, oorlog en natuurrampen een rol spelen.

De mate van samenhang tussen stoornis en het gepleegde delict

Een stoornis leidt niet noodzakelijkerwijs tot een delict; een delict wordt niet noodzakelijkerwijs veroorzaakt door een stoornis; met vele soorten delicten kunnen vele soorten stoornissen samenhangen. Er bestaat dus geen vooraf gegeven samenhang. Daarom moet in elk afzonderlijk geval een stoornis worden vastgesteld en de samenhang met het delict worden aangetoond of tenminste aannemelijk worden gemaakt.

Het is voor de rechter van belang om de mate van toerekeningsvatbaarheid en dus de strafmaat te kunnen vaststellen. Daarnaast is de kans op delictherhaling en zijn de eventuele aangrijpingspunten voor de behandeling van belang. Men kan zich het verband tussen een stoornis en een delict voorstellen als lopend langs een glijdende schaal van geen verbandhoudend tot zeer sterk met elkaar samenhangend.

Dikwijls wordt aangenomen dat er een samenhang bestaat tussen psychiatrische syndromen en crimineel gedrag. Met name wordt vaak verondersteld dat agressief gedrag bij psychotische patiënten het gevolg is van de psychose als zodanig. Dit is echter geen van tevoren uitgemaakte zaak. Het gedrag van een psychotische patiënt wordt niet alleen bepaald door zijn eventuele hallucinaties en waanvoorstellingen maar ook door zijn intacte functioneren, zijn handicaps, sociale (in)competentie, bijkomende stoornissen en situationele factoren. Men dient zich er van bewust te zijn dat niet de stoornis een delict pleegt maar de

persoon. Deze persoon staat weliswaar onder invloed van de stoornis en allerlei interne - en externe omstandigheden die zijn gedrag mede bepalen, maar hij is ook een betekenisgevend, kiezend en handelend individu en dus meer dan de som van onderdelen. Zoals gezegd kan een psychotische patiënt bijvoorbeeld wel degelijk toerekeningsvatbaar zijn ten aanzien van het gepleegde delict.

1.1.3 Antisociaal gedrag in samenhang met een psychiatrische stoornis

Antisociaal gedrag is gedrag gericht tegen de maatschappij of de maatschappelijke orde, zoals bij liegen, zwendel, dreigen, vechten, intimideren, seksuele grensoverschrijding, stelen, impulsiviteit, mishandeling, het in gevaar brengen van de veiligheid van anderen, of bij onverantwoordelijk gedrag zoals dronken een auto besturen.

Antisociaal gedrag wordt delictgedrag wanneer een wet wordt overtreden. Er kan, maar dat hoeft in het geheel niet, daarbij sprake zijn een psychiatrische stoornis. Tijdens de diagnostiek wordt getracht om een bepaalde volgorde van stoornissen vast te stellen of uit te sluiten.

De forensisch psychiatrische diagnose van antisocialiteit

In de eerste plaats dient men zich af te vragen of er sprake is van organiceiteit zoals hypoglykemie, diabetes, vormen van epilepsie, een tumor, beginnende dementie of de toestand na een ernstige hersenschudding.

Vervolgens denkt men aan middelengebruik zoals alcohol, cocaïne speed, XTC, cannabis, vluchtige stoffen of niet therapeutisch gebruik van psychofarmaca.

Men dient onderscheid te maken tussen de intoxicatietoestand, de onthoudingssituatie, criminele verwerving, gecombineerd gebruik en de combinatie van middelengebruik met andere psychiatrische stoornissen.

Daarna probeert men een psychotische toestand vast te stellen of uit te sluiten.

Antisociaal gedrag, met name agressie in het kader van een psychose, is doorgaans van affectieve aard en slecht voorspelbaar. Het treedt met name op wanneer de patiënt in een vreemde, prikkelrijke of als bedreigend ervaren omgeving verblijft waarin hij/zij onpersoonlijk en repressief benaderd wordt. Acute opnamesituaties zijn wat dit betreft risicosituaties. Het antisociale gedrag met name bij manische ontremmingstoestanden kan zeer indrukwekkend zijn.

Een psychotische stoornis wordt grofweg gekenmerkt door denkstoornissen zoals bijvoorbeeld waandenkbeelden en waarnemingsstoornissen zoals bijvoorbeeld gehoors-, gezichts- en tactiele (gevoels) hallucinaties. Daarnaast kan er verwardheid zijn van het denken. Bovenstaande noemt men wel de positieve symptomen.

Ook kan er sprake zijn van teruggetrokken gedrag, zelfverwaarlozing, vertraging en geremdheid in emoties en gedrag, de zogenaamde negatieve symptomen.

Wanneer bovenstaande ziektebeelden niet vastgesteld kunnen worden tracht men impulscontrolestoornissen te achterhalen.

Impulsief gedrag wordt gekenmerkt door het onvermogen een impuls te weerstaan die schadelijk is voor de persoon zelf of voor een ander. Bij impulsief gedrag overweegt het doen boven het denken, is uitstel nauwelijks mogelijk en is er opluchting na toegeven aan de impuls. De impuls wordt meestal beleefd als bij de persoon behorend. Tot de impulscontrolestoornissen rekent men naast vormen van verslaving aan bijvoorbeeld alcohol of drugs, dwangmatig kopen (is eerder een dwang, het woord zegt het al) pathologisch gokken (is eerder een drang), kleptomanie (idem) trichotillomanie (haren uittrekken) de intermitterend explosieve stoornis en pyromanie.

De begrippen "zucht" en "drang" worden door elkaar gebruikt. In tegenstelling tot bij impulsief gedrag, is er sprake van fantasieën en associaties die met de verleidelijke situatie te maken hebben. "Zucht", zoals bijvoorbeeld in het geval van verslaving, wordt gekenmerkt door bijbehorende beelden, associaties en anticipaties en meestal bestaat een vermogen tot enig

uitstel. Toegeven aan de drang of zucht geeft tegelijkertijd opluchting en ook dikwijls gevoelens van spijt. De zucht of drang in de beginperiode van bijvoorbeeld drugverslaving, wordt dikwijls beleefd als niet behorend bij de persoon zelf. In een latere fase van de verslaving verandert dit vaak.

Het psychiatrische begrip "dwang" wordt gekenmerkt door een motievenstrijd, dat wil zeggen de behoefte aan het gedrag of de gedachte te willen toegeven en de weerstand daar tegen. Toegeven aan de dwanggedachte of het dwanggedrag leidt meestal tot gevoelens van spijt in plaats van opluchting. De dwanggedachte of het dwangmatige gedrag wordt als niet behorend bij de persoon beleefd. Patiënten kunnen dan ook ernstig onder hun dwang lijden.

Agressief gedrag is elke vorm van gedrag gericht op intimidatie, bedreiging, beschadiging of verwonding van een andere persoon. Agressief gedrag kan maar hoeft niet impulsief tot stand te komen en kan doch hoeft niet samen hoeven te hangen met boosheid.

Tot het impulsief-agressieve spectrum behoren stoornissen zoals posttraumatische stresstoestand, aandachttekortstoornis, het Tourette syndroom (voortbrengen van ongecontroleerde geluiden en verbale uitingen), stoornissen uit het autistische spectrum, impulscontrolestoornissen zoals hierboven genoemd, verslaving, organische beelden, schizofrenie, bipolaire stemmingsstoornissen, seksueel afwijkend gedrag, zwakzinnigheid en persoonlijkheidsstoornissen.

Voor de forensische psychiatrie zijn de narcistische persoonlijkheidsstoornis, de borderline persoonlijkheidsstoornis en de antisociale persoonlijkheidsstoornis c.q. psychopathie de meest voorkomende persoonlijkheidsstoornissen.

In het geval echter van seksuele delicten gaat het dikwijls ook om een ontwijkende en afhankelijke persoonlijkheidsstoornis. In tegenstelling tot bij patiënten met een antisociale persoonlijkheidsstoornis staat bij hen conflictvermijding dikwijls op de voorgrond. Dergelijke personen gaan meestal openlijke conflicten en expliciet agressief of gewelddadig gedrag uit de weg. Het slachtoffer wordt niet agressief benaderd maar eerder misleid met (al dan niet bewust voorgewende) motieven als zorg, vriendschap en liefde.

Aangezien het hierbij niet gaat om vanuit de natuur gegeven, van elkaar te onderscheiden objectieve ziektebeelden maar categorieën of dimensies die volgens afspraak gedefinieerd zijn, zijn mengbeelden (zowel agressie als misleiding spelen een rol) eerder regel dan uitzondering.

1.2 Daders

Kenmerken van gestoorde plegers van typen criminaliteit

Stoornis kan samenhangen met zeer verscheiden vormen van delinquentie. De samenhang tussen een ziektebeeld en een delict is afhankelijk van meer specifieke functiestoornissen, zoals bijvoorbeeld met betrekking tot impulscontrole, de gewetensfunctie of cognities. Hieronder volgt een typering van daders van vormen van criminaliteit in relatie tot psychische stoornis.

1.2.1 Geweldplegers en psychische stoornissen

Tennent en Wood vonden dat bij de volgende groepen stoornissen meer geweld voorkomt dan bij andere (Bluglass, Bowden 1990):

- psycho-organische stoornissen, zoals hypoglycemie, diabetische keto-acidose, delirium tremens, beginnende meningitis, herseninfecties, alcohol- en drugsintoxicaties of onthouding, frontale hersenbeschadiging en epilepsie;
- intermitterende explosieve stoornis (heftige, onvoorspelbare uitbarsting van geweld, schijnbaar zonder aanleiding);
- psychosen, zoals schizofrenie en affectieve psychose vooral in de acute fase;
- antisociale persoonlijkheidsstoornis;
- paranoïde persoonlijkheidsstoornis.

Onder gewelddadig gedrag wordt verstaan het toebrengen van letsel dan wel pogingen daartoe of het dreigen daarmee (Philipse, de Ruiter, Hildebrand en Bouman 2000). Seksueel geweld neemt daarbij een speciale plaats in. Daarnaast is van belang of gewelddadigheid plaats vindt tussen al dan niet aan elkaar bekende daders en slachtoffers. Gewelddadigheid speelt zich vaak af binnen relaties of in de huiselijke kring. Dreigen, vernederen, intimideren, kleineren en isoleren zijn veelvoorkomende manifestaties daarvan.

Belangrijk is het onderscheid tussen affectief en instrumenteel geweld. Bij affectief geweld is de gewelddaad een doel op zich, zij drukt een emotie of een behoefte uit er is vaak sprake van boosheid en woede. Bij affectief geweld gaat het vaak om een heftige reactie op oplopende spanningen of ernstige krenking. Instrumenteel geweld dient een achterliggend doel, zoals het verkrijgen van geld of seks. Instrumenteel geweld vindt meestal weloverwogen en gepland plaats waarbij de ander als een object of als een prooi gebruikt wordt, zoals bijvoorbeeld in de verhouding tussen loverboy en slachtoffer.

Ofschoon dit ook in de huiselijke kring kan plaatsvinden zijn dikwijls geweldsdelicten tegenover vreemden van meer instrumentele aard.

1.2.2 Seksuele delinquenten en psychische stoornissen

Bij een aantal psychiatrische stoornissen kan er sprake zijn van seksuele grensoverschrijdingen en seksuele delicten. Bij psychoses, verstandelijke handicaps, bepaalde vormen van autisme, bepaalde hersenafwijkingen, dementie en alcohol- of drugsmisbruik kan controleverlies van seksuele impulsen optreden.

Bij personen met een antisociale persoonlijkheidsstoornis maken seksuele delicten soms deel uit van een algehele criminele levensstijl. Ook de zogenaamde parafilieën zoals exhibitionisme, frotteurisme, (dat wil zeggen zonder instemming aanraken van en wrijven tegen iemand) pedofilie, seksueel sadisme, voyeurisme en necrofilie gaan soms met delicten gepaard. Dit is echter niet noodzakelijkerwijs het geval. Bijvoorbeeld wanneer verlangens bij een pedofiele voorkeur niet worden omgezet in delictgedrag. Zowel met het oog op de toerekenbaarheid als op de behandelbaarheid is het van belang of er naast de als afwijkend beschouwde seksuele voorkeur, sprake is van een controlestoornis.

Parafilieën die niet direct tot delictgedrag zullen leiden zijn seksueel masochisme van volwassenen en fetischistisch transvestitisme, dat wil zeggen seksuele opwindning door het dragen van kleding van een andere sekse. Zo brengt fetischisme iemand meestal niet vanwege een seksueel delict in aanraking met de rechter, maar eerder op grond van diefstal. De behandeling beoogt waar mogelijk de oorzaak van problematisch (seksueel) gedrag weg te nemen. Maar in de praktijk is de behandeling vaak eerder gericht op controle over het delictgedrag onder het adagium: "no cure but control". Een seksuele voorkeur blijkt vaak nauwelijks veranderbaar te zijn. Het aanleren van inzicht, controle en daarnaast alternatief, constructief gedrag, blijkt dikwijls wel mogelijk te zijn.

In de loop van de jaren zijn er diverse klinische classificatiesystemen ontworpen voor pedoseksuelen en verkrachters. Met empirisch gefundeerde classificaties is een begin gemaakt maar deze hebben tot dusver beperkte therapeutische mogelijkheden.

Een klinische classificatie van pedoseksuele delicten bestaat uit een onderscheid in een pedofiel type dat emotioneel en seksueel gericht is op kinderen, het situationele type waarbij frustraties tussen volwassen seksuele partners aanleiding kunnen geven tot seksuele contacten met kinderen en het antisociale type waar de seksuele delicten passen binnen een algehele criminele levensstijl. Daarnaast kan men onderscheiden een organisch-pathologisch type met controleverlies als gevolg van psychose, een verstandelijke handicap, een hersenaandoening of bij intoxicatie van alcohol of drugs. Ten slotte kent men het sadistische type waarbij sadistisch geweld een rol speelt.

Het pedofiele type en het sadistisch/agressieve type en met name de combinatie tussen beiden zijn uiterst moeilijk behandelbaar gebleken.

Een gangbare klinische classificatie van plegers van seksueel misbruik van vrouwen bestaat uit het compenserende type, waarbij gevoelens van minderwaardigheid en twijfels over de eigen mannelijkheid tot seksueel misbruik leiden, het agressieve type bij wie woede jegens

vrouwen centraal staat, het sadistische type dat zich bizar en zeer gewelddadig uit en het criminele type met een antisociale persoonlijkheidsstoornis en een algehele criminele levensstijl (Koeck, S., Van Beek, D., De Doncker, D., 2002)

1.2.3 Brandstichters en psychische stoornissen

Pyromanie is een psychische stoornis gekenmerkt door een ziekelijke fascinatie voor vuur en een dwangmatige neiging tot brandstichting. Niet elke brandstichter echter is een pyromaan. Er bestaan gradaties variërend van afval in de tuin verbranden, brandstichting om de brandverzekering uitgekeerd te krijgen, brandstichting uit verveling, vernielzucht, behoefte om angst te zaaien of om iemands spullen te vernielen.

Daarmee is iemand niet per definitie ziek. Wanneer mensen zich persoonlijk tekort gedaan voelen en uit wraakgevoelens of om bewust paniek te veroorzaken brand stichten, kan er ook sprake zijn van een psychische stoornis, zoals bij bijvoorbeeld een antisociale persoonlijkheidsstoornis met een lacunaire gewetensvorming. Mensen kunnen ook vanuit een psychose brand stichten, bijvoorbeeld vanuit de waangedachte dat het vuur de zonden zuivert. Vanuit dat idee komt het ook voor dat mensen zichzelf in de brand steken.

Mensen met een verstandelijke handicap zijn soms gefascineerd door vuur. Ook kan brandstichting worden gepleegd onder invloed van een trauma of conflicten uit de jeugd. Ten slotte is er soms sprake van een niet goed te begrijpen en nauwelijks te weerhouden drang om brand te stichten. Oorzaken voor brandstichting, voortkomend uit een psychische stoornis moeten in elk afzonderlijk geval onderzocht worden.

De locaties waar branden gesticht worden zijn soms bewust gekozen, dikwijls ook niet. Vaak is er een combinatie van de onweerstaanbare neiging tot het aansteken van een vuur en tegelijkertijd volkomen rationeel redeneren. Zo zorgt de dader er soms bewust voor dat er geen mensen thuis zijn in het huis dat in de brand wordt gestoken. De keuze voor een object kan ook bepaald worden door een toevallig gegeven, bijvoorbeeld dat het openbaar vervoer niet rijdt.

De locatie wordt soms uitgekozen omdat de dader daar de weg goed kent, of juist in een afgelegen gebied wil zijn waar de kans om betrapt te worden zo klein mogelijk is.

De dader waarschuwt soms al dan niet anoniem de politie. Dit kan zijn uit schuldgevoel en als een poging om achteraf verantwoordelijkheid te nemen voor zijn delict, maar mogelijk ook als een vraag om aandacht voor problemen. Soms is het ook een manier zijn om zichzelf belangrijk te maken: "als ik in het nieuws kom, ben ik iemand". Of de brandstichter geniet van het effect door als toeschouwer bij het blussen van de brand aanwezig te zijn.

De therapeutische mogelijkheden hangen van de soort problematiek af. Bij een psychose kunnen medicijnen uitkomst bieden. Wanneer er sprake is van een dieperliggend probleem of een conflict dat psychotherapeutisch benaderd kan worden is, bij voldoende motivatie, hulp in principe mogelijk. Het oplossen van een conflict uit de jeugd is echter geen garantie dat de aandrang om brand te stichten verdwijnt.

Wanneer er sprake is van een vorm van verslaving, een ziekelijke fascinatie zonder duidelijke verklaring, zijn patiënten vaak moeilijk te genezen. Dan zit er weinig anders op zo lang controle uit te oefenen tot de drang verdwenen is.

1.2.4 Drugsgelateerde delictplegers en psychiatrische stoornissen

Dikwijls is er een samenhang tussen het gebruik van alcohol of drugs en het plegen van een delict.

Mensen kunnen verslaafd raken aan middelen zoals alcohol, heroïne, cocaïne, morfine, amfetamine, XTC, LSD, psylocybine, cannabinolen (hasjiesj en wiet) maar ook aan reguliere geneesmiddelen zoals sedativa (kalmeringsmiddelen) en slaapmiddelen.

Het gebruik van middelen dient een doel. Soms is het een ritueel met prosociale bedoelingen om rustiger te worden, stemmingsverbetering, angstbestrijding, spanningsvermindering, slapen, contact maken, contact uit de weg gaan, geweten sussen, remmingen overwinnen, iets voelen, niets voelen en een kick krijgen. Ofschoon een algemeen effect van bepaalde middelen gangbaar is, zoals zich rustiger voelen en beter gestemd raken bij heroïne, hasjiesj of wiet of juist geactiveerd worden met cocaïne en amfetamine kunnen de reacties op

middelen zeer verschillend zijn, afhankelijk van de aangeboren gevoeligheden of iemands specifieke situatie. Bij de een heeft alcohol een remmend, bij de ander een ontremmend effect. Ook kunnen paradoxale reacties plaatsvinden zoals bijvoorbeeld bij valiumachtige stoffen. Ofschoon kalmeren wordt nagestreefd is ontremming soms het gevolg.

De betreffende middelen leiden soms tot verslaving, dat wil zeggen een niet of moeilijk te doorbreken gewoontevorming van het gebruik van het middel met een schadelijk effect op het lichamelijke, psychologische en sociale functioneren.

Bij verslaving spelen steeds drie elementen een rol: de zucht naar een op korte termijn te bereiken doel, (de speciale ervaring), zich herhalende gedragsroutines en het schadelijke effect voor de persoon en/of de omgeving.

Intoxicatie bestaat uit een middelenspecifiek syndroom van gedrags- of psychische veranderingen als direct gevolg van de ingenomen stof. Het bewustzijn is veranderd ten gevolge van de farmacologische werking van het middel.

Onthouding is een middelenspecifiek syndroom dat optreedt bij het staken of verminderen van het gebruik. Voorkomende onthoudingsverschijnselen zijn angst, slaapstoornis, seksuele dysfunctie, stemmingsafwijking, onrust, prikkelbaarheid, misselijkheid en transpireren en soms, bij alcohol, een delier of insult (verschijnselen die identiek zijn aan een epileptische aanval).

Afhankelijkheid bestaat uit een complex van factoren: hunkering naar het middel, vergrote tolerantie voor het middel (meer nodig hebben om hetzelfde effect te bereiken), onthoudingsverschijnselen, vaker en langer gebruiken dan gepland en preoccupatie met de verwerving van het middel. Afhankelijkheid kan leiden tot schade in het sociale, beroepsmatige en vrijetijdsbestaan. Men gaat door ondanks de kennis van de schadelijke effecten.

Bij misbruik is sprake van onaangepast gebruik, leidend tot beperkingen of lijden. Misbruik kan resulteren in verwaarlozing van werk, school of gezin, fysiek gevaar door gebruik (verkeer) of sociale, intermenselijke problemen en justitiële contacten.

Verslaving is geen voorwaarde voor het begaan van een delict tijdens eenmalig fors misbruik. Zo spelen in gevallen van intoxicatie de directe gevolgen van het middelengebruik een rol. Remmingen die iemand normaal gesproken weerhouden van wetsovertredingen vallen weg, zoals bijvoorbeeld bij een vermindering van de impulscontrole, afname van angst, sussen van het geweten en vervagen van normbesef.

Oorzakelijke factoren voor middelenmisbruik of verslaving zijn van genetische, lichamelijke-/biochemische, psychosociale en culturele aard maar daarnaast speelt ook de actuele situatie een belangrijke rol. Het voorhanden zijn van drugs maakt dat ze gebruikt worden. Het verslavingsgedrag wordt beïnvloed dóór en heeft invloed op het functioneren van een of meerdere systeemniveaus, het biologische, het psychische en het sociale. Er is dus altijd sprake van circulaire causaliteit en het ontstaan van vicieuze cirkels.

De eventuele behandeling van verslaving of middelenmisbruik dient dan ook plaats te vinden op meerdere niveaus door detoxificatie (gebruik van het middel stoppen), eventueel medicatie om bijverschijnselen te bestrijden, psycho-educatie, psychotherapie, resocialisatie, medicatie om de drang of zuchtigheid te bestrijden en terugvalpreventie.

Delictgedrag kan ook plaatsvinden tijdens de fase met onthoudingsverschijnselen, de ontwenningfase. Vanuit onrust, prikkelbaarheid en slapeloosheid leiden frustraties gemakkelijker tot een agressief delict. Daarnaast kunnen psychiatrische stoornissen veroorzaakt, geluxeerd of in stand gehouden worden door middelengebruik die op hun beurt kunnen bijdragen aan het delictgedrag. Ten slotte bestaat een belangrijke indirecte relatie tussen verslaving aan *illegale* middelen en criminaliteit. Vanwege het verbod op de handel in drugs, de verwerving van het middel via het criminele milieu, de hoge prijzen en de negatieve beeldvorming van druggebruik met sociale uitstoting, kunnen gebruikers gemakkelijk vast komen in een crimineel milieu, zelfverwaarlozing en crimineel gedrag om aan geld voor het middel te komen, bijvoorbeeld via diefstal, afpersing of een roofoverval. Omdat er dikwijls een samenhang bestaat tussen middelengebruik (of verslaving), delictgedrag en psychiatrische stoornissen moet de forensisch psychiatrische behandeling tevens zijn gericht op de behandeling van de verslaving.

Naast langer bestaande medicatie om terugval in alcoholgebruik te voorkomen via Disulfiram zijn er middelen ontwikkeld zoals Naltrexon of Acamprosaat die de zuchtigheid bij alcoholverslaafden verminderen. Bij heroïneverslaving wordt Methadon als vervangingsmiddel gebruikt. Sinds enkele jaren kan voor een snelle ontgiftiging de opiaat antagonist Naltrexon worden ingezet, evenals voor terugvalpreventie.

In de hedendaagse theorievorming en praktijk is de nadruk voor onderzoek en behandeling meer komen te liggen op verslaving als een lichamelijke ziekte, bepaald door een aangeboren gevoeligheid en deels te behandelen door medicatie. Dit is een niet onbelangrijk gegeven met het oog op de weging van de toerekeningsvatbaarheid voor delicten waarbij drugsmisbruik een rol speelt.

Men dient zich echter te realiseren dat er niet simpel sprake is van onvermogen op basis van een louter biologische ziekte die iemand overkomt en die te genezen is met medicatie maar dat er altijd sprake is van vicieuze cirkels binnen en tussen biologische, psychologische en sociale systemen en dat de mate van competentie en eigen verantwoordelijkheid altijd moet worden vastgesteld.

1.2.5 Vermogensdelinquenten en psychiatrische stoornissen

Bij diefstal, valsheid in geschrifte, braak, verduistering, heling en diefstal met geweld kan er sprake zijn van een psychiatrische stoornis. Kleptomanie is een drang om voorwerpen of geld te onvreemden en uit zich meestal als een vorm van diefstal. Er bestaat de neiging waaraan nauwelijks weerstand wordt geboden geld of voorwerpen te onvreemden. Na afloop is er kortdurende opluchting of triomf, maar dikwijls ook schuldgevoel. Schaamte, dikwijls mede jegens een eventuele partner weerhoudt de dader soms ervan hulp voor het probleem te zoeken. Qua problematiek is kleptomanie vergelijkbaar met een verslaving, niet zozeer aan een middel dan wel verslaving aan een handeling en aan een object.

Narcistische, antisociale of psychopatische persoonlijkheidsstoornis hangt soms samen met delicten als fraude en valsheid in geschrifte. Met name oplichting is een dikwijls met psychopatie samenhangend delict.

Braak en ontvreemding van eigendommen, diefstal met geweld of roofovervallen beperken zich meestal tot personen met een antisociale persoonlijkheidsstoornis of psychopathie. Daarbij speelt niet alleen de behoefte aan illegaal geldelijk gewin een rol, maar ook de kick van de spanning betraapt te kunnen worden en de omgang met het slachtoffer alsof het een object is.

Behandel mogelijkheden hangen nauw samen met de mogelijkheid een eventuele zucht (vooral bij kleptomanie) te kunnen beïnvloeden, mogelijkheden tot zelfinzicht bij schaamte- en schuldgevoelens, betrouwbaarheid in het nakomen van afspraken en de mogelijkheid bevredigende pro sociale contacten en activiteiten in de plaats te stellen van antisociale.

1.3 Situaties

1.3.1 Delictbevorderende en – beschermende factoren

Gedrag van psychisch gestoorde delinquenten dient altijd te worden begrepen in de context van een veelheid van situationele en persoonlijke omstandigheden van de delinquent. De specifieke uitwerking van de stoornis op het gedrag moet altijd worden begrepen binnen een reële leefsituatie. Zowel de geschiedenis van de gestoorde delinquent als de voorbijgaande en zich ontwikkelende omstandigheden zijn van belang. Het gaat dan om meer algemene criminogene of juist beschermende factoren Niet direct aan stoornissen gerelateerde *delictbevorderende factoren* zijn:

- Eerdere delicten. In het algemeen heeft eerder vertoond gedrag, indien bekrachtigd, de neiging zich te herhalen.
- De ontwikkelingsgeschiedenis van de patiënt binnen een sociale context zoals met betrekking tot normen, waarden en voorbeeldgedrag.
- Biologische factoren zoals een aangeboren neiging tot impulsief gedrag.

- De huidige sociale situatie zoals bijvoorbeeld werkloosheid, gebrekkige huisvesting, gebrekkige financiële omstandigheden of een crimineel milieu.
- Gebrek aan vaardigheden zoals bijvoorbeeld een sterke geneigdheid tot handelen en een gebrek aan verbale en sociale vaardigheden.
- Stressoren zoals bijvoorbeeld verlies van geliefden, verlies van werk of maatschappelijke onderdrukking.
- Interactionele dynamiek zoals bijvoorbeeld bij autoriteitsproblemen.
- Specifieke delictprovocerende factoren zoals bijvoorbeeld het voorhanden zijn van wapens tijdens een agressieve uitbarsting, een woning bewonen naast een kleuterschool in het geval van pedoseksuele geaardheid.
- De existentiële situatie, dat wil zeggen de betekenis die de patiënt zelf aan zijn situatie geeft.

Delictbeschermende factoren bestaan daarentegen uit een constructieve sociale inbedding, bevredigende intieme relaties, dagactiviteiten, hobby's en vaardigheden en voldoende financiële armslag.

2. taken van actoren en organisaties

2.1 Forensisch psychiatrische voorzieningen

De combinatie van beveiliging en behandeling brengt met zich mee dat de forensisch psychiatrische praktijk is gesitueerd op het grensvlak van het strafrechtelijk systeem en de geestelijke gezondheidszorg. Binnen de onder het Ministerie van VWS ressorterende GGZ bestaan gespecialiseerde instellingen of afdelingen bestemd voor de uitvoering van forensisch psychiatrische interventies. Dwang- en beveiligingselementen zijn daarbij toegevoegd aan de in de GGZ gebruikelijke behandelings- en zorgfaciliteiten. Forensisch Psychiatrische Klinieken en idem afdelingen (FPK's en FPA's) vormen veelal onderdeel van een Psychiatrisch Ziekenhuis en zijn mede bestemd voor de uitvoering van strafrechtelijke dwangopnamen. Ook binnen het strafrechtelijke systeem bestaan forensisch psychiatrische voorzieningen, dit zijn met name de tbs-inrichtingen. In deze onder het Ministerie van Justitie ressorterende sector overheersende kader van dwang en beveiliging zijn juist elementen van zorg en behandeling toegevoegd. (Zie: Bijlage 2)

Zowel binnen het justitiële- als het volksgezondheidsdomein bestaat een veelheid van ambulante en intra-murale voorzieningen. Deze situatie in de forensisch psychiatrische zorgsector brengt met zich mee dat er voortdurend moet worden gestreefd naar een goede onderlinge afstemming en onderlinge toegankelijkheid van de verschillende voorzieningen. De bedoeling daarvan is om noodzakelijke doorstroming te bevorderen en doorgaande gefaseerde behandeling en zorg te kunnen waarborgen. Door forensisch psychiatrische circuitvorming wordt getracht om de noodzakelijke instroom te kunnen opvangen, om verstopping van sommige zorg- en beveiligingssegmenten te voorkomen en om een adequaat en gedifferentieerd aanbod van beveiliging, verzorging en behandeling te kunnen waarborgen. De grootste knelpunten liggen vooral bij de toegang tot forensisch psychiatrische zorg en bij het gebrek aan vervolgvoorzieningen na forensisch psychiatrische opname.

De volgende tabel biedt een overzicht van het veld van forensisch psychiatrische voorzieningen.

De kaart van forensisch psychiatrische voorzieningen:

	ambulante voorzieningen	intramurale voorzieningen
volksgezondheid	-GGZ -verslavingszorg -poliklinische behandeling	-APZ -RIBW(1) -FPA/FPK(2)
Justitie	-reclassering -FPD(3) -tbs-poliklinieken	-particuliere tbs-inrichtingen -rijks tbs-inrichtingen -Pieter Baan Centrum(4) -penitentiaire forensische psychiatrie: BZA, IBA, BIBA, FOBA(5)

2.2 Participanten binnen het forensisch psychiatrische zorgveld

Op regionaal niveau werken forensisch psychiatrische zorginstellingen samen met de algemene GGZ, FPA's, FPK's, TBS-klinieken, de FPD (Forensisch Psychiatrische Dienst), de reclassering, psycho-medische teams van penitentiaire instellingen, de verslavingszorg, de jeugdzorg, de verstandelijk gehandicaptenzorg, RIBW's, de OGGZ (Openbare Geestelijke Gezondheids Zorg), de politie en de rechterlijke macht.

Samenwerking met gemeentelijke instellingen is van belang inzake voorkoming van overlast, huisvesting, de sociale dienst, verblijven voor dak- en thuislozen, problematiek rond asielzoekers.

Goede contacten met de politie zijn van belang inzake eerste hulp of crisisinterventie, overlastbestrijding, behandeling voor thuisgeweld, nakomen van straatverbod, opsporing en terugkeer naar de kliniek, enzovoorts.

Het OM speelt een belangrijke rol inzake aangifte en vervolging, de aanvraag van maatregelen en eventuele gelastingen tot plaatsing.

Contacten tussen het forensisch psychiatrische veld en de rechter liggen vooral op het terrein van informering en advisering over vonniswijzing, vaststelling van de toerekeningsvatbaarheid, vaststelling van civiel rechterlijke of strafrechterlijke maatregelen en rapportages.

De reclassering is van buitengewoon groot belang vanwege haar toezichthoudende en adviserende functie, verwijzingsproces naar en van de forensische zorginstellingen, consultatie en advies bieden en vragen, tussentijdse informatie en deelname aan evaluaties tijdens de klinische fase, duaal casemanagement, inhoudelijk advies aan de rechter met het oog op rapportage, het opstellen van TBS verlengingsadvies, casuïstiekbesprekingen in consultatieteams en betrokkenheid bij penitentiaire programma's.

1. Regionale Instelling voor Beschermd Wonen: vervolgvoorziening voor psychiatrische patiënten die buiten het inrichtingsterrein een zelfstandige maar begeleide woonvorm hebben.
2. FPK 'Hoeve Boschoord' is een specifieke forensisch psychiatrische voorziening voor (licht) verstandelijk gehandicapten.
3. Forensisch Psychiatrische Dienst verricht ambulante psychiatrische zorg voor gedetineerden en brengt advies uit ten behoeve van rechterlijke macht.
4. Zie paragraaf 3
5. Bijzondere Zorg Afdeling; (Beveiligde) Individuele Begeleidings Afdeling; Forensische Observatie en Begeleidings Afdeling psychiatrische zorgafdeling voor de Huizen van Bewaring.

Samenwerking met de advocatuur is van belang met betrekking tot advisering over behandel mogelijkheden of kwesties die de rechten van de patiënt aangaan.

Op landelijk niveau maken forensische instellingen deel uit van een forensisch GGZ-netwerk bestaande uit forensisch psychiatrische klinieken en forensisch psychiatrische afdelingen, samenwerking binnen het TBS-circuit, contacten met de FOBA, meestal art. 36 plaatsingen en contacten met het PSC (Penitentiair Selectie Centrum), veelal plaatsingen ex art. 15.

3. Mogelijke vormen van aanpak

3.1 Crisisinterventie

Forensisch psychiatrische patiënten verkeren vaak in een crisis. Er ontstaat een evenwichtverstoring doordat de verhouding tussen draagkracht en draaglast in de richting van de draaglast doorslaat. Een crisis is een tijdelijke verstoring van het cognitieve en emotionele psychische evenwicht door plotseling optredende gebeurtenissen (Romme, e.a., 1981). Veel delicten ontstaan tijdens en als gevolg van een crisissituatie. Het herkennen van en omgaan met crisissituaties is van belang omdat daardoor persoonlijk leed, psychiatrische decompensatie of een delict voorkomen kunnen worden.

Een crisis wordt vaak veroorzaakt door een stressvolle gebeurtenis die als bedreigend wordt ervaren, leidt tot een verstoord evenwicht met crisisgedrag en vervolgens tot copinggedrag dat resulteert in een nieuw evenwicht (van den Bosch, e.a., 1994). Crisisgedrag bestaat uit meestal heftige emoties, een beperkte waarneming, angst en/of boosheid resulterend in verbaal en non verbaal gedrag dat kan resulteren in een delict.

Bij forensisch psychiatrische patiënten speelt een aangeboren of verworven kwetsbaarheid een rol waarbij uitlokkende factoren stress veroorzaken die onvoldoende gehanteerd kunnen worden als een gevolg van tekort schietende competentie van de patient en onvoldoende steun vanuit de omgeving.

Crisisinterventie dient dan ook te bestaan uit een snelle herkenning van de crisis en een herstel van functioneren van de patiënt. Daarvoor past men zowel sociale, psychologische als medicamenteuze interventies toe. Beter nog is het de crisis in een vroeg stadium te couperen. Hiervoor is een laagdrempelige poliklinische voorziening van belang. Via de zogenaamde crisiskaart, een methode ontwikkeld door de Divisie Forensische Psychiatrie van GGZ Drenthe kan ook een kortdurende klinische time-out plaatsvinden van enkele uren tot enkele dagen.

De patiënt krijgt een opnamegarantie zonder drempels wanneer aan enkele condities wordt voldaan zoals in de crisiskaart beschreven staan. Hierdoor wordt erger voorkomen, wordt de patiënt als een constructieve samenwerkende partner serieus genomen, wordt de klinische opnameduur beperkt en blijft een ambulante begeleiding mogelijk. Deze crisiskaartinterventie maakt deel uit van een op preventie gericht zogenaamd voordeurprogramma.

In crisissituaties kan er sprake zijn van delictgedrag of predelictgedrag dat nog niet leidt tot strafrechtelijk ingrijpen, maar mogelijk wel gevaar oplevert. De eventueel aangewezen forensisch psychiatrische zorg kan soms op basis van vrijwilligheid worden gerealiseerd. Soms moet dit onder de dwang of drang van een civielrechtelijke maatregel geschieden, of strafrechtelijk via voorwaardelijke of onvoorwaardelijke maatregelen.

Voorbeeld van crisisinterventie:

Een ex-TBS-gestelde, chronisch psychotische man verwaarloost zichzelf in toenemende mate, komt afspraken met de hulpverleners niet meer na, laat de antipsychotische medicatie staan, gebruikt in toenemende mate drugs en valt op straat voorbijgangers lastig waarbij sprake is van een toenemende mate van geweldpleging en vernieling. Een soortgelijke escalatie heeft in het verleden geleid tot een levensdelict resulterend in een TBS-maatregel. Patiënt heeft dus aangetoond uiterst gewelddadig te kunnen zijn.

Patiënt wordt voor crisisinterventie en kortdurende psychosebehandeling met behulp van een civielrechtelijke machtiging opgenomen in een FPK. De noodzakelijke robuuste beveiligingsmogelijkheden zouden zeker de algemene GGZ, maar ook forensisch psychiatrische afdelingen (FPA) te boven gaan.

Na drie maanden wordt patiënt onder de paraplu van een civielrechtelijke machtiging voorwaardelijk uit de klinische zorg ontslagen en verwezen naar de forensische polikliniek. Er is een zorgplan opgesteld waarbinnen duidelijke voorwaarden beschreven staan zoals antipsychoticagebruik, controle op drugs, huisbezoek en deelname aan dagactiviteiten. Wanneer niet aan de voorwaarden wordt voldaan volgt een kortdurende gedwongen opname, in principe op de gesloten afdeling van de algemene GGZ, of afhankelijk van de beveiligingsnoodzaak in de FPK. Doelstelling is steeds de opname zo kort mogelijk te laten duren en te focussen op de inhoud van de voorwaarden en de afstemming tussen de diverse hulpverleners, namelijk forensisch ambulant, forensisch klinisch, klinisch algemene GGZ, coördinator dagactiviteitencentrum, verslavingszorg en de wijkpolitie.

Wanneer bij deze patiënt de zorg van door de algemene psychiatrie op het gebied van beveiliging tekort schiet en de forensische psychiatrie pas wordt ingeschakeld, na een ernstig delict resulterend in een strafrechtelijke maatregel, dan dempt men de put wanneer het kalf verdronken is. Er wordt dan ten onrechte afgewacht tot erger leed geschiedt en ernstige materiële schade heeft plaatsgevonden. Dit kan het gevolg zijn van de keus om forensische psychiatrische zorg uitsluitend te bieden bij patiënten met een strafrechtelijke maatregel.

3.2 Kernelementen van op (secundaire) preventie gerichte forensisch psychiatrische zorg

Binnen de zorgprogramma's voor forensisch psychiatrische hulpverleners zijn een vijftal modules speciaal op het delict gericht. Deze zijn dus op alle forensisch psychiatrische patiënten van toepassing. Tesaamen vormen zij de op gedragsbeïnvloeding van (potentiële) daders gerichte interventie.

3.2.1 Delictanalyse

Op grond van de beschikbare gegevens uit de justitiële en psychiatrische voorgeschiedenis worden zowel factoren vanuit de psychopathologie van de patiënt maar ook andere relevante factoren beschreven voor zover ze een bijdrage hebben geleverd in de aanloop tot het plegen van een delict. Het gaat om vaardigheden, maatschappelijke inbedding en economische omstandigheden in hun onderlinge samenhang. Een beschrijvend en verklarend relaas toont stap voor stap het delictgedrag van de patiënt en de relevante factoren die dat gedrag hebben beïnvloed. Tevens worden relevante zich herhalende gedragspatronen en relatiepatronen beschreven en verklaard zodat het gedrag van de patiënt voor, tijdens en na het delict voor de behandelaar begrijpelijk wordt. Een delictanalyse wordt in de loop van het behandelingsproces bijgesteld en aangescherpt.

3.2.2 Delictscenario

Dit is een minutieuze beschrijving van situaties en gedragingen leidend tot het delict, inclusief de bij elke stap horende gevoelens, gedachten en fantasieën van de patiënt, zoveel mogelijk getoetst aan externe bronnen, zoals het procesverbaal, slachtofferverklaringen en andere gegevens van derden. Deze methode kan zowel individueel als in groepen, klinisch en ambulant worden toegepast en is bedoeld om de kennis van de patiënt over zichzelf te vergroten en inzicht in eigen handelen mogelijk te maken.

3.2.3 Terugvalpreventieplan

Aan de hand van de delictanalyse en het delictscenario wordt samen met de patiënt een actieplan geschreven waarin beschreven staat wat de patiënt in het vervolg kan doen of

laten om in de toekomst delictgedrag te voorkomen. Zowel eigen controlemogelijkheden als ondersteuningsmogelijkheden van buiten, leefomstandigheden en alternatieve constructieve mogelijkheden tot behoeftenbevrediging worden beschreven.

3.2.4. Signaleringsplan

Wanneer de patiënt zelf onvoldoende in staat is controle op te brengen om het terugvalpreventieplan uit te voeren en tevens tekort schiet in het vragen van ondersteuning aan anderen, wordt een plan opgesteld dat de omgeving in staat stelt tijdig in te grijpen wanneer zich "vroegsymptomen" van delictgedrag of omstandigheden die bevorderlijk zijn voor delictgedrag voordoen.

3.2.5 Risicotaxatie

Het inschatten van gevaar is van belang voor de keus van de behandelsetting, de actuele veiligheid in de behandel situatie en de mate van vrijheid die in het kader van verlof en resocialisatie kan worden toegestaan. Wanneer risicofactoren in kaart gebracht kunnen gerichte activiteiten worden bedacht om de kans op een delict te verminderen.

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen statische en dynamische factoren. Statische factoren zoals geslacht, gezinsachtergrond en eerdere delinquentie zijn voldongen feiten die van belang zijn voor inschatting van risico, maar op zichzelf niet beïnvloedbaar voor welke vorm van sanctietoepassing of behandeling dan ook. Daarnaast zijn er de zogenaamde dynamische factoren zoals bijvoorbeeld vaardigheden en denkwijzen. Deze factoren zijn eventueel beïnvloedbaar via behandeling, maar lang niet altijd. Andere dynamische factoren zijn bijvoorbeeld het sociale netwerk en de dagactiviteiten. Deze zijn mogelijk veranderbaar door in de omgeving van de delinquent/patiënt veranderingen aan te brengen. Het zal duidelijk zijn dat voor behandelaars de dynamische factoren het meest interessant zijn.

Risicotaxatie betreft de kans dat een delict zal optreden, de aard, frequentie, ernst van het delict, het meest waarschijnlijke slachtoffer en risicoverhogende en verlagende factoren (Hildebrand, De Ruiter, Van Beek, 2001). Risicotaxatie vindt plaats via een gestructureerde klinische beslissing, dat wil zeggen een combinatie van risicotaxatie op grond van een bij voorkeur gevalideerd meetinstrument en het gezamenlijke klinisch oordeel van hulpverleners.

Van oudsher wordt er in forensisch psychiatrische instellingen uitgegaan van het multidisciplinair klinisch oordeel waarbij de verschillende behandelteamleden via een dialoog consensus trachten te bereiken over de mate van delictgevaarlijkheid op korte, middellange en lange termijn.

Via de zogenaamde actuariële benadering vindt een gestructureerde risicotaxatie plaats gebaseerd op empirisch aangetoonde risicofactoren. Er zijn risicotaxatieinstrumenten ontwikkeld voor de inschatting van seksuele delicten, en voor geweldsdelicten.

Taxatieinstrumenten maken het mogelijk alle serieuze risicofactoren standaard in kaart te brengen en te wegen.

De multidisciplinaire klinische risicotaxatie blijkt vaak minder nauwkeurig dan risicotaxatie op grond van taxatieinstrumenten (vragenlijsten). De ontwikkelde taxatie-instrumenten echter zijn vaak onvoldoende gevalideerd en ook hiermee kan geen absolute betrouwbaarheid worden bereikt. Daarom moet worden voorkomen dat belanghebbenden voor de rechter met uitkomsten van vragenlijsten gaan zwaaien om daarmee hun gelijk te bewijzen.

De hoogste betrouwbaarheid wordt momenteel bereikt met de combinatie van het klinische oordeel en de resultaten van taxatieinstrumenten. Daarbij geldt dat over de korte termijn de betrouwbaarheid van de inschatting van de delictkansen groter is dan over langere termijn.

3.3 Gedragsbeïnvloeding van (potentiële) daders door middel van psychiatrische behandeling

Psychiatrische behandeling is erop gericht belemmeringen van biologische, psychologische of sociale aard, die een zo zelfstandig mogelijk functioneren van de patiënt binnen een sociale context in de weg staan, op te heffen.

Behandeling is, met andere woorden, globaal gericht op het doen verdwijnen van psychiatrische stoornissen en het aanleren van praktische, sociale en cognitieve vaardigheden en op het vergroten van de interactionele competentie, zodat de patiënt via resocialisatie of rehabilitatie zo goed mogelijk wordt geïntegreerd in enig maatschappelijk verband.

Wanneer behandeling niet meer mogelijk is als gevolg van blijvende handicaps blijft het belangrijkste doel een zo groot mogelijke zelfstandigheid van de betrokkene binnen een passend sociaal verband. De zelfredzaamheid en het laten nemen van de eigen verantwoordelijkheid worden zoveel mogelijk bevorderd, maar functies die de betrokkene niet zelf kan uitoefenen worden ondersteund of overgenomen door anderen.

Forensisch psychiatrische behandeling heeft als centrale doel de vermindering van de kans op delicttherhaling via de psychiatrische doelstellingen die hierboven genoemd zijn. Primair staat hierbij de behandeling van die stoornissen waarvan moet worden aangenomen dat er een relatie bestaat met het criminele gedrag. Zoals hier op meer plaatsen opgemerkt is ook in forensisch psychiatrische setting vaak sprake van stoornissen die geen duidelijke relatie met crimineel gedrag hebben. Forensisch psychiatrische behandeling richt zich ook op delictfactoren die onafhankelijk van de stoornis kunnen optreden.

Behandeling wordt over het algemeen opgevat als een contractueel gebeuren gebaseerd op samenwerking. Hiervan is echter geen sprake bij dwangbehandeling. Behandelen is derhalve geen eenduidig begrip. (Zie: Bijlage 3)

3.3.1 Dwang en drang

Dwang betekent dat iemand tegen zijn wil tot iets gedwongen wordt. Bij een gedwongen *opname* heeft de patiënt geen keuze over de beslissing al dan niet opgenomen te worden. Een gedwongen *behandeling* wil zeggen dat de patiënt geen keuze heeft over de beslissing een bepaalde behandelvorm al dan niet toe te laten passen, zoals bijvoorbeeld een antipsychoticum in depotvorm.

Drang kan worden opgevat als een mildere vorm van dwang in engere zin. Waar bij dwang de betrokkene niets te kiezen heeft omdat hij dient te ondergaan wat hem wordt opgelegd is er bij drang sprake van een keuzemogelijkheid en dus van enige ruimte voor zelfbeschikking. Die keuzemogelijkheid is echter beperkt en wordt bepaald door een ander. Een voorbeeld van drang is de oplegging door de rechter van een voorwaardelijke straf met als voorwaarde dat de veroordeelde zich laat behandelen.

Er bestaat een aantal justitiële maatregelen dat de uitoefening van drang tot behandeling mogelijk maakt: voorwaardelijk sepot door het Openbaar Ministerie, voorwaardelijke schorsing van preventieve hechtenis, de TBS met voorwaarden en het voorwaardelijk ontslag uit het ziekenhuis bij de civiel rechtelijke of strafrechtelijke machtiging. Op grond van deze maatregelen kan enerzijds directe dwang en een te grote vrijblijvendheid anderzijds worden vermeden.

Dwang en forensisch psychiatrische behandeling

Waar via de wet geregeld wordt in hoeverre dwang is toegestaan, is de vraag van belang naar de behandeltechnische mogelijkheden van dwang. Onjuiste verwachtingen ten opzichte van het resultaat van gedwongen behandeling moeten worden voorkomen.

Behandeling vindt primair en bij voorkeur plaats als een contractueel gebeuren gebaseerd op samenwerking. In dat geval staat de patiënt als samenwerkend en ervarend subject centraal. In het geval van dwangbehandeling ligt het accent meer op de patiënt als object.

Behandeling vindt globaal plaats via drie modaliteiten of beïnvloedingswijzen van menselijk gedrag die van aard verschillend zijn, namelijk een psychologische, een biologische en een sociale benadering.

Bij de psychologische beïnvloedingswijze is samenwerking tussen behandelaar en patiënt voorwaarde. Psychotherapie vóóronderstelt vrijwilligheid en enig vermogen tot reflectie. Het gaat hier om een contractueel gebeuren dat niet zonder wederzijds akkoord kan plaatsvinden. Gedwongen psychotherapie kan niet bestaan, zelfs al zou de wet dat toestaan. Biologische beïnvloeding onder dwang behoort wel degelijk tot de mogelijkheden, afgezien van wat de wet hierover aangeeft. Bepaalde stoornissen, zoals bijvoorbeeld hallucinaties kunnen worden opgeheven onder invloed van dwangmedicatie. Om de stoornis op te heffen is samenwerking met de patiënt geen noodzakelijke voorwaarde om effect te sorteren, omdat het geneesmiddel werkt of niet, met of zonder informed consent.

De toepassingsmogelijkheden van dwangbehandeling zijn dan ook het meest uitgesproken bij fysieke of biochemische ingrepen zoals gedwongen toediening van vocht, voedsel of medicatie. Gedwongen fysieke ingrepen zoals lobotomie of castratie zijn thans medisch gezien onacceptabel en bij wet verboden. Bij zeer uitzonderlijke situaties en aantoonbaar levensgevaar kan gedwongen elektroshocktherapie tot de mogelijkheden behoren.

Ten slotte kan men het gedrag van de patiënt beïnvloeden via de sociale context waarin hij verkeert. In de kliniek noemt men dat wel het therapeutische milieu. Het gaat om een behandelmodaliteit die al dan niet onder dwang kan worden toegepast. Men kan de patiënt immers met of zonder diens toestemming in een bepaald milieu plaatsen. Of een gedwongen opname in behandeltechnische zin zoden aan de dijk zet is van tevoren moeilijk te voorspellen. Wanneer de patiënt vastbesloten is niet mee te werken, valt er weinig van een dergelijke gedwongen plaatsing te verwachten.

Een langdurig gedwongen verblijf kan leiden tot samenwerking wanneer de patiënt het onvrijwillige karakter van de opname heeft geaccepteerd, maar ook tot schijn aanpassing of verzet en een toename van verbittering, rancune en delictgevaar. Een gedwongen plaatsing en verblijf ter afwending van gevaar in de zin van de wet BOPZ of ter beveiliging van de maatschappij in de zin van de beginselenwet TBS kan men op zichzelf dan ook geen behandeling noemen. Op deze situatie is het begrip verpleging van toepassing.

Kortom: dwang in engere zin kan effectief zijn bij de behandeling van psycho-organische stoornissen, psychosen en enkele seksuele stoornissen. Bij de overige stoornissen is men vooral aangewezen op vrijwilligheid of drang.

Drang en forensisch psychiatrische behandeling

Bij drang wordt de keuze voor behandeling niet uitsluitend overgelaten aan de interne motivatie van de patiënt. De patiënt wordt een mogelijkheid tot kiezen gelaten, maar de opties zijn beperkt en worden hem opgelegd vanuit een juridisch kader.

De patiënt die dan een keus voor behandeling maakt is extern gemotiveerd via een juridische stok achter de deur.

Voorbeeld: een civielrechtelijke of strafrechtelijke machtiging kan als stok achter de deur worden toegepast om een verslaafde schizofrene patiënt met proefverlof uit een gesloten unit te ontslaan onder de volgende voorwaarden: een antipsychotisch depot, geen drugs gebruiken, regelmatige urinecontroles en bemoeizorg met een gedwongen opname als consequentie bij niet nakomen van de voorwaarden.

Drangmaatregelen bieden mogelijkheden tot gedragsverandering bij patiënten met enig realiteitsbesef en enig vermogen een beredeneerde afweging te maken tussen de voor- en nadelen van de opgelegde alternatieven, kortom bij wie sprake is van enige competentie of wilsbekwaamheid in dit opzicht. Niet een behandeling wordt afgedwongen maar een keus. Wanneer de patiënt voor opname en behandeling gekozen heeft kan hij niet passief blijven, met als argument dat de rechter of de behandelaar het zo nodig vonden dat hij opgenomen of behandeld moest worden. Het staat de patiënt vrij zijn afspraken op te zeggen en op zijn keus voor behandeling terug te komen maar dan dient hij uiteindelijk uit de behandeling te vertrekken en ligt zijn zaak weer bij de rechter of de Officier van Justitie. De toepassing van

drang maakt dikwijls dwang in engere zin overbodig, en voorkomt anderzijds teveel vrijblijvendheid.

Het creatief toepassen van juridische drangconstructies biedt met name perspectief bij patiënten die voor een delict verminderd toerekenbaar geacht werden of die wellicht ten tijde van het delict ontoerekenbaar waren, maar tijdens de oplegging van de maatregel weer in staat zijn de consequenties van hun delinquente gedrag enigszins te kunnen overzien. Tot deze categorie behoren niet alleen patiënten met persoonlijkheidsstoornissen maar dikwijls ook patiënten met psychotische problematiek en middelenafhankelijkheid na de acute fase.

3.3.2 Behandelbaarheid

Een inschatting van de behandelbaarheid van een patiënt is van direct belang voor de zin of onzin van een behandel poging of een verblijf in een therapeutisch milieu. Voor zover behandeling een na te streven doel is met het oog op delictpreventie is inzicht in de mate van behandelbaarheid een noodzakelijke voorwaarde. Omdat het begrip behandelbaarheid nogal eens gelijk wordt gesteld aan motivatie en er een zeker risico bestaat dat behandelaars onder het mom van "onbehandelbaarheid van de patiënt" lastige patiënten kunnen afdoen is een explicitering van dit begrip van buitengewoon groot belang. Behandelbaarheid (Tervoort, 2003) kan worden gedefinieerd als de mogelijkheid dat de behandeling een bepaalde mate van succes zal opleveren, onder invloed van nader te benoemen factoren en de mate waarin deze een rol spelen. Een uitspraak over behandelbaarheid geldt slechts voor een beperkte periode. Het oordeel onbehandelbaarheid kan dan ook nooit voor de rest van het leven gelden. Een periodieke evaluatie is altijd vereist.

Behandelbaarheid staat in relatie tot de stand van zaken van de kennis en ervaring in het vakgebied van de forensische psychiatrie. Stoornissen die momenteel moeilijk of niet behandelbaar zijn, zijn dat wellicht in de toekomst wel onder invloed van nieuwe medicatie of betere psychotherapeutische technieken

Diagnostische beschrijvingen zijn beperkt bruikbaar voor de inschatting van behandelbaarheid. Bepaalde psychotische beelden en angst- en stemmingsstoornissen zijn in principe goed te behandelen via medicatie, al dan niet in combinatie met psychotherapie. Ook neurotische beelden zijn dikwijls goed te behandelen. Persoonlijkheidsstoornissen, zijn (mede afhankelijk van het type persoonlijkheidsstoornis) vaak moeilijk te beïnvloeden. Zonder het vermogen en de bereidheid van de patiënt tot verandering, is behandeling niet goed mogelijk. (zie ook simuleergedrag). Zoals beschreven in de volgend paragraaf geldt met name psychopathie momenteel als buitengewoon moeilijk tot niet behandelbaar.

Een volgende factor van belang is het vermogen tot samenwerking van de patiënt. Dit vermogen wordt onder andere bepaald door de competentie van de patiënt bij de gratie van zijn intacte functies, het vermogen zich te kunnen hechten, de mate van intelligentie, lijdensdruk en bevattingsvermogen c.q. wilsbekwaamheid. Uiteraard is ook de bereidheid tot samenwerking en de feitelijke deskundigheid van de behandelaar hierbij van belang.

Daarnaast moet het feitelijke zorgaanbod voldoende kwaliteit, kwantiteit en continuïteit aan de patiënt bieden om de mate van behandelbaarheid te vergroten. Lange wachtlijsten voor zorgprogramma's en personeelsgebrek beïnvloeden de behandelbaarheid nadelig.

De transparantie van de behandelsetting is van belang met het oog op efficiency en effectiviteit. Te verwachten valt dat de behandel effectiviteit vermindert wanneer de patiënt bijvoorbeeld niet weet of medewerkers in de eerste plaats bewakers, dan wel behandelaars zijn. Patiënten dienen te weten of ze in de eerste plaats "vast zitten" of dat ze in de eerste plaats aan behandeling deelnemen.

Natuurlijk beïnvloedt ook de individuele gevaarlijkheid van de patiënt de mate van behandelbaarheid. Wanneer de behandel situatie gevaar meebrengt voor de behandelaar zal deze namelijk meer bezig zijn met zijn eigen veiligheid dan met behandelen.

De behandelbaarheid van de patiënt vermindert naarmate het actuele gevaar groter en minder hanteerbaar is.

Ook wettelijke kaders spelen een rol. Justitie schept wettelijke randvoorwaarden voor behandeling door middel van civielrechtelijke of strafrechtelijke maatregelen. Wanneer er geen wettelijke mogelijkheden voor dwang- of drangbehandeling bestaan zal de behandelbaarheid van de patiënt verminderen omdat een vrijwillig kader voor de patiënt dikwijls leidt tot niets verplichtende vrijblijvendheid.

Dwang moet echter wel een realistisch haalbare behandeloptie zijn. Gedwongen medicatie bijvoorbeeld kan wel degelijk een behandeloptie zijn, gedwongen ervaringsgerichte psychotherapie is daarentegen onmogelijk.

Ten slotte spelen ook maatschappelijke condities een rol. Zo zal het bijbrengen van normbesef in het kader van behandeling via respect, betrouwbaarheid op afspraken en verantwoordelijkheid weinig zin hebben, wanneer dergelijke normen onvoldoende leven in het milieu en in de maatschappij waarin de patiënt geacht wordt terug te keren.

In breder maatschappelijk kader gaat het ten slotte om de politieke besluitvorming om al dan niet middelen voor behandeling beschikbaar te stellen. Dit is momenteel actueel, zowel met het oog op de TBS-gestelden, als voor psychiatrische gestoorden in detentie en voor zware psychiatrische problematiek bij lichtere delicten.

Concluderend verdient het begrip behandelbaarheid een grotere plaats binnen het besluitvormingsproces om al dan niet met een behandeling te starten of deze te beëindigen.

De toepassing van dit begrip heeft onmiddellijke tactische, ethische en economische consequenties. Behandelbaarheid gaat over de kans op behandel succes en dit berust op vele factoren die zowel de patiënt, de behandelaar, de wet en de maatschappij betreffen.

Het in kaart brengen, het objectiveren en het meetbaar maken van die verschillende factoren, maakt een periodieke inschatting van behandelbaarheid tot een belangrijk middel dat recht doet aan de situatie van de patiënten en de inzet van de behandelaar. Het verschaft voorts duidelijkheid aan de belastingbetaler.

Behandelbaarheid van psychopathie

Zoals bij alle psychiatrische categorieën bestaat psychopathie op grond van de afspraak om een combinatie van een aantal symptomen psychopathie te noemen. Daarom is er noch sprake van een objectief in de natuur voorkomende werkelijkheid noch van een alles of niets situatie. De mate van behandelbaarheid zal dan ook afhangen van de aard, het aantal en de ernst van de symptomen. Wanneer manipulatie en leugenachtigheid op de voorgrond staan, is schijnmotivatie voor behandeling waarschijnlijk en zal de behandelbaarheid dus minimaal zijn.

Voor het vaststellen van psychopathie bestaat een scoringslijst, de psychopathie checklist van Hare (PCL-R), die tot stand komt op basis van dossieronderzoek en een semi gestructureerd interview met de patiënt. Boven een bepaalde waarde kan men met redelijke zekerheid de kans op een delictrecidive voorspellen. De uitslag van deze score dient echter altijd gerelateerd te worden aan het feitelijke gedrag van de patiënt in de werkelijkheid van alledag en aan het klinisch oordeel van een multidisciplinair team. Zwaaien met de uitslag van de PCL-R voor de rechter als bewijsstuk (dit geldt natuurlijk ook voor andere diagnostische instrumenten) moet dan ook opgevat worden als misbruik van een diagnostisch instrument en een ontoelaatbare overgang van het diagnostische en behandel domein naar het strafrechterlijke domein.

Aangezien psychopaten over het algemeen weinig lijdensdruk vertonen, weinig verkeersdrukte zien in hun gedrag en houding, externaliseren en moreel besef en empathisch vermogen ontberen, is behandeling op basis van vrijwilligheid zo goed als onmogelijk, behandeling onder drang uiterst beperkt mogelijk, terwijl dwangbehandeling in de strikte zin praktisch onmogelijk is.

Behandelprogramma's waarbij gefocust wordt op samenwerking, inzicht, ervaringsleren en empathie heeft bij ernstige psychopaten geen enkele zin en kan de kans op delicttherhaling zelfs vergroten. Door de ontwikkeling van in de therapie geleerde vaardigheden kan het vermogen tot bedrog en misbruik toenemen.

Aangezien momenteel effectieve behandelprogramma's nog ontbreken, blijft er weinig anders over dan veiligheidsvoorzorgen te nemen zoals duidelijke regels en controle, duidelijke sancties en een "lik op stuk" beleid.

3.3.3 Simuleergedrag

Liegen of simuleergedrag kan een onderdeel uitmaken van manipuleergedrag zoals past bij een antisociale persoonlijkheidsstoornis of psychopathie. Dergelijk misleidend gedrag komt echter ook voor zonder verband met stoornis. Bij simuleergedrag gaat het vaak om onderwerpen als ziekte, gezondheid, het delict, commitment voor behandeling, betrouwbaarheid en veiligheid.

Bij forensisch psychiatrische behandeling speelt simuleergedrag dikwijls een rol. Zo worden door verdachten soms cognitieve stoornissen gesimuleerd in de hoop op strafvermindering of verminderde aansprakelijkheid bij letselschadeprocedures.

Bij de zogenaamde nagebootste stoornissen komen soms onbewuste motieven voor die zijn gericht op winst die de ziekenrol kan opleveren. Meestal presenteren patiënten zich dan slechter dan ze feitelijk zijn. Soms echter doen ze zich beter voor dan ze zijn. Tijdens de forensisch psychiatrische behandeling wordt zo getracht om eerder vrijheden of zelfs een niet terechte beëindiging van de maatregel te bewerkstelligen.

Het is dikwijls moeilijk om simulanten te ontmaskeren. Men kan letten op inconsistenties of tegenstellingen tussen verbaal gedrag en daadwerkelijk gedrag, maar ook tussen verbaal gedrag en fysiologische reacties zoals zweten, verminderde hartslag of een verwijde pupil (waarop de leugendetector gebaseerd is), en ook op tegenstrijdig gedrag in de tijd. Er zijn door klinische neuropsychologen enkele instrumenten (testonderzoek - vragenlijsten) ontwikkeld om simulatie te ontmaskeren door het al dan niet bestaan van amnesie (geheugenverlies) en andere cognitieve stoornissen vast te stellen.

3.4 De wettelijke kaders van forensisch psychiatrische interventie

Voor een gedwongen vrijheidsbenemende opname in behandeling bestaan in principe drie wettelijke kaders: de civielrechtelijke wet Bopz, de strafrechtelijke tbs en de strafrechtelijke machtiging tot opname in een psychiatrische inrichting. Het civielrechtelijke kader is relevant voor forensisch psychiatrische zorg omdat het bij bepaalde strafbare gedragingen een alternatieve interventiemogelijkheid biedt en omdat in veel gevallen op strafrechtelijke titel opgelegde forensisch psychiatrische interventie wordt uitgevoerd in het kader van de wet Bopz.

Krachtens de wet Bopz kunnen psychisch gestoorde personen die een (ernstig) gevaar voor zichzelf of hun omgeving vormen gedwongen worden opgenomen in een psychiatrische inrichting. Acute crisisinterventie is mogelijk door een door de burgemeester gelaste inbewaringstelling (IBS).

De IBS heeft een beperkte geldigheidsduur voor maximaal drie weken. Eenmalige verlenging met een zelfde termijn is mogelijk indien een Rechterlijke Machtiging (RM) is aangevraagd. Opname krachtens een RM kan in principe voor onbeperkte termijn voortduren. Daartoe dient de RM te worden verlengd na elke termijn van maximaal één jaar. Na een onafgebroken periode van opname van vijf jaar kan de RM worden verlengd met een maximum termijn van twee jaar. Voor beëindiging van de gedwongen opname volstaat een door de geneesheer-directeur te nemen beslissing.

De strafrechtelijke maatregel tbs biedt een stringenter kader voor gedwongen intramurale opname en extramurale controle en toezicht op het gedrag van de terbeschikkinggestelde. Oplegging van deze meest vergaande vorm van forensisch psychiatrische interventie is alleen mogelijk indien ernstige delicten zijn gepleegd, waarbij de delinquent bovendien wordt

geacht een toekomstig gevaar voor de samenleving op te leveren. Beëindiging van deze maatregel kan niet door de behandelaars worden besloten, maar is uitsluitend mogelijk krachtens een rechterlijke beslissing tot beëindiging of door het niet vorderen van verlenging van de tbs door de Officier van Justitie.

Ten slotte bestaat ook de mogelijkheid van een strafrechtelijke machtiging tot opname in een psychiatrische inrichting. Deze maatregel kan worden opgelegd indien de pleger van een strafbaar feit op grond van een psychische stoornis als volledig ontoerekeningsvatbaar wordt aangemerkt. Anders dan bij de tbs hoeft geen 'gevaar voor de samenleving' aannemelijk te zijn. De strafrechtelijke machtiging kan voor maximaal één jaar gelden en kan, net als de civielrechtelijke machtiging, op elk moment op gezag van de geneesheer-directeur worden beëindigd. In geval van ernstige delinquentie biedt deze strafrechtelijke maatregel dus nauwelijks justitiële waarborgen voor beveiliging van de maatschappij. De genoemde wettelijke regelingen bieden de mogelijkheid om in vrijheid verkerende personen tegen hun zin op te nemen binnen de muren van een inrichting. Voor personen die al voor een strafbaar feit zijn gedetineerd bestaan andere mogelijkheden voor (gedwongen) opname in een forensisch psychiatrische setting. Indien psychische stoornis en het daaruit voortvloeiende gevaar voor de gedetineerde zelf of voor diens omgeving dat noodzakelijk maken kunnen gedetineerden worden geplaatst in een FPK, een psychiatrische inrichting of in speciale forensisch psychiatrische afdelingen (BZA, IBA, BIBA en FOBA) van het gevangeniswezen. Uitgangspunt van dergelijke plaatsingen tijdens de detentie is dat de opname dient te worden beëindigd na afloop van de opgelegde vrijheidsstraf. Wel is het bij elke beëindiging van het strafrechtelijke kader mogelijk om gedwongen opname voort te zetten krachtens de bepalingen van de wet Bopz.

In zowel de civielrechtelijke als de strafrechtelijke wetgeving worden inhoudelijke criteria en procedurele vereisten gesteld voor oplegging van onvrijwillige (forensisch) psychiatrische interventie. De begrippen 'stoornis' en 'gevaar' vormen de meest wezenlijke inhoudelijke criteria, zowel in het strafrechtelijke als in het civielrechtelijke kader. Oplegging is alleen mogelijk indien kan worden 'vastgesteld' dat de betrokkene lijdt aan een 'psychische stoornis' en als kan worden vastgesteld dat er sprake is van een reële kans op toekomstig 'gevaar'. Bovendien moet enige 'causale relatie' tussen stoornis en gevaar aannemelijk zijn. Het belangrijkste strafrechtelijke criterium voor oplegging van forensisch psychiatrische interventie wordt gevormd door de mate van (on)toerekeningsvatbaarheid met betrekking tot het begane delict. Bij volledige toerekeningsvatbaarheid kan geen forensisch psychiatrische gedwongen opname worden opgelegd, bij volledige ontoerekeningsvatbaarheid kan geen straf worden opgelegd. Opname in tbs-inrichtingen is met name aangewezen voor delinquenten die in enige mate 'verminderd toerekeningsvatbaar zijn'. Het Pieter Baan Centrum (PBC) is speciaal bestemd voor het klinische onderzoek naar de mate van (on)toerekeningsvatbaarheid.

In de civielrechtelijke en strafrechtelijke kaders worden verschillende accenten gelegd bij de invulling van de criteria. Voor toepassing van de wet Bopz kan 'gevaar' voor de eigen persoon volstaan. Daarbij is vereist dat het 'gevaar' niet op andere wijze dan door de onvrijwillige oplegging kan worden afgewend, het subsidiariteitsbeginsel. In het strafrechtelijke kader dient *altijd* sprake te zijn van gevaar voor derden en ontbreekt het subsidiariteitsbeginsel. Bovendien wordt in het kader van het strafrecht een ruimere interpretatie gegeven van het begrip 'stoornis'. Door deze ruimere definitie bestaan via het strafrecht meer mogelijkheden om met name niet-realiteitsgestoorde delinquenten zoals persoonlijkheidsgestoorde en verstandelijk gehandicapten een onvrijwillige forensisch psychiatrische interventie op te leggen.

Ten slotte dient het wezenlijke beginsel van forensisch psychiatrische interventie te worden vermeld dat, ongeacht het wettelijke kader, uitsluitend de *opname* tegen de zin van de patiënt kan worden opgelegd. De onvrijwilligheid geldt uitsluitend de *verpleging* van de patiënt en niet de *behandeling*. Dit betekent dat de patiënt niet kan worden gedwongen om mee te werken aan de therapie die voor hem of haar het meest geëigend wordt geacht.

Binnen de intramurale forensisch psychiatrische setting mogen alleen elementen van dwangbehandeling (bijvoorbeeld separatie of gedwongen medicatie) worden opgelegd indien dat voor de acute veiligheid van de patiënt en/of zijn of haar omgeving onvermijdelijk is.

3.4.1 Externe en interne rechtspositie

De mate van dwang bij de opname in een forensisch psychiatrische zorgvoorziening wordt primair bepaald door de daartoe gehanteerde wettelijke titel. Deze civielrechtelijke of strafrechtelijke titel bepaalt de *externe rechtspositie* waarmee de condities voor oplegging en beëindiging van de forensisch psychiatrische interventie worden geregeld. Wettelijke voorschriften bepalen onder welke omstandigheden en onder welke voorwaarden welke variant van forensisch psychiatrische interventie mag worden opgelegd en hoe en wanneer deze mag of moet worden beëindigd.

De *interne rechtspositie* bestaat uit het geheel van vastgestelde regels die gelden binnen de inrichtingen voor forensisch psychiatrische zorg. De interne rechtspositie staat in principe los van de externe rechtspositie. Behoudens enkele uitzonderingen wordt de interne rechtspositie bepaald door het type inrichting waar de forensisch psychiatrische patiënt verblijft. Dat wil zeggen dat een in een psychiatrisch ziekenhuis opgenomen terbeschikkinggestelde binnen de muren van de inrichting de zelfde interne rechtspositie heeft als een patiënt die langs civielrechtelijke weg -krachtens de wet Bopz- (gedwongen) is opgenomen.

De volgende tabel biedt een overzicht van de bestaande wettelijke regelingen voor forensisch psychiatrische interventies. In de kolom externe rechtspositie wordt aangegeven tot hoever de opgelegde vrijheidsbeneming of vrijheidsbeperking kan strekken.

Schema van de belangrijkste wettelijke mogelijkheden (zie: Bijlage 4) voor forensisch psychiatrische interventie onder drang of dwang:

wettelijk kader	titels	externe rechtspositie	interne rechtspositie	uitvoerende instellingen
wet Bopz	IBS (art. 20) RM (art.2,15) Voorwaardelijke machtiging	kortdurende opname, opname voor onbepaalde termijn, ambulant toezicht ('verplichte' medicatie)	WGBO en wet Bopz	psychiatrische ziekenhuis tbs-inrichting FPA/FPK RIAGG
strafrechtelijke machtiging	art. 37 WvS	psychiatrische opname voor maximaal 1 jr.	WGBO en wet Bopz	psychiatrisch ziekenhuis FPK FPA
tbs	tbs met verpleging tbs met voorwaarden voorwaardelijke beëindiging	opname van onbeperkte duur toezicht en/of ambulante behandeling toezicht en/of ambulante behandeling	Bvt, WGBO, wet Bopz	tbs-inrichtingen, FPK/FPA, psychiatrisch ziekenhuis, RIBW forensische-poli's, reclassering, verslavingszorg
penitentiaire wetten	plaatsing tbs(art. 15 PBW) plaatsing in bijzondere zorg afdeling	opname maximaal voor de duur van de vrijheidsstraf	BvT PBW wet Bopz	tbs-inrichting IBA, BIBA

4. Literatuur en links

Andrews, D.A., Zinger, I., Hoge, R.D., Bonta, A., Gendreau, P., Cullen F.T.
Does Correctional treatment work? A clinical relevant and psychologically informed meta-analysis

Criminology, 1990, blz. 28, 369-404

Bluglass, R., Bowden P. (Ed.)

Principles and practice of forensic psychiatry

Churchill, Livingstone, Edinburgh, London, Melbourne, New York, 1990

Bosch R.J. van den, Louwerens J.W., Slooff C.J. (Ed.)

Behandelingsstrategieen bij schizofrenie

Houten/Zaventem, Bohn Stafleu Van Lochum, 2e herz. dr., 1994

Cooke, D.J., Philip L.

To treat or not to treat? And empirical aspective

In: Handboek of Offender Assessment and Treatment - Hollin C.R. (Ed.)

Chichester, Wiley, 2000, blz. 17-34

Hildebrand M., De Ruiter C., Van Beek D.

SCR-20: Richtlijnen voor het beoordelen van het risico van seksueel gewelddadig gedrag

Utrecht, Forum Educatief, 2001

Koeck, S., van Beek, D., de Doncker, D.

Classificatie van pedoseksuelen en verkrachters

Tijdschrift voor seksuologie, 2002, blz. 26, 37-45

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

Raamplan psychiatrie

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2000, blz. 9,14, 15

Philipse M., De Ruiter C., Hildebrand M., Bouwman Y.

HCR-20: Beoordelen van het risico van gewelddadig gedrag

Utrecht, Forum Educatief, 2000

Romme, M.A.J., Kraan H., Rotteveel R.

Wat is sociale psychiatrie? Een inleiding

Alpen aan de Rijn/ Brussel, Samsom, 1981

Tervoort, M.G.A.

Over behandelbaarheid

In: Handboek forensische geestelijke gezondheidszorg - Groen, Drost (red.)

Utrecht, De Tijdstroom, 2003, blz. 155-165

Links naar forensisch psychiatrische instellingen en forensisch psychiatrische expertise

<http://www.efp.nl/instituteslinks.php>

<http://forensische-psychiatrie.startkabel.nl/>

<http://bama.ua.edu/~jhooper.edu>

Afkortingen

APZ	Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis
(B)IBA	(Beveiligde) Individuele Begeleidings Afdeling binnen penitentiaire inrichting
BOPZ	Bijzondere opname psychiatrisch ziekenhuis
BvT	Beginselenwet verpleging Terbeschikkinggestelden
BZA	Bijzondere Zorg Afdeling binnen penitentiaire inrichting
FOBA	Forensische Observatie en Begeleidings Afdeling (psychiatrische zorgafdeling voor de Huizen van Bewaring)
FPA	Forensisch Psychiatrische Afdeling (afdeling binnen psychiatrisch ziekenhuis)
FPD	Forensisch Psychiatrische Dienst (verricht ambulante psychiatrische zorg voor gedetineerden en brengt advies uit ten behoeve van rechterlijke macht)
FPK	Forensisch Psychiatrische Kliniek (kliniek binnen psychiatrisch ziekenhuis)
PBW	Penitentiaire Beginselen Wet
PCL-R	Psychopathy Checklist Revised (veelgebruikt meetinstrument voor diagnose van psychopathie)
PIJ	Penitentiaire Inrichting Jeugdigen
RIBW	Regionale Instelling voor Beschermd Wonen: vervolgvoorziening voor psychiatrischepatiënten die buiten het inrichtingsterrein een zelfstandige maar begeleide woonvorm hebben
RM	Rechterlijke Machtiging (ter gedwongen opname in psychiatrisch ziekenhuis)
WGBO	Wet Geneeskundige Behandelings Overeenkomst

Bijlage 1

Plaatsbepaling forensische psychiatrie

a. Wat is psychiatrie?

Psychiatrie is het medisch specialisme dat zich richt op de diagnostiek en behandeling van psychiatrische ziekten. De psychiatrie als medisch specialisme onderscheidt zich van de geestelijke gezondheidszorg in brede zin, omdat deze ook het "behandelen" van gewone, dat wil zeggen niet als ziekte aan te merken levensproblemen, beoogt.

Als medisch specialist hanteert de psychiater het in de geneeskunde gangbare medische model: hij/zij onderzoekt de psychiatrische symptomen bij een individuele patiënt en ontwikkelt daarbij hypothesen over etiologie (oorzaak), pathogenese (ontwikkeling van de ziekte) en het meest waarschijnlijke beloop. De psychiatrie streeft er naar gebaseerd te zijn op wetenschappelijke evidentie.

De psychiater brengt bevindingen uit biologische, psychologische en sociale domeinen samen binnen de context van levensfase, levensloop en levensomstandigheden en gaat hierbij uit van theoretische modellen en hun empirische ondersteuning waarbinnen evolutionaire, genetische, biologische, psychologische, sociale en culturele factoren als bijdragelijk en onderhoudend aan psychiatrische problematiek gezien worden. (Raamplan psychiatrie, NVVP, 2002).

b. Wat is forensische psychiatrie?

In de meest algemene zin is forensische psychiatrie die tak van psychiatrie die te maken heeft met de rechtspraak in de breedste zin van het woord.

Beperkt tot de strafrechtspleging houdt de forensische psychiatrie zich bezig met het geven van psychiatrische voorlichting en advies aan rechtscolleges en de beveiliging, begeleiding en behandeling van gestoorde delinquenten.

c. De forensisch psychiatrische patiënt

Volgens een formele, nauwe omschrijving gaat het om een psychiatrische patiënt die een strafrechtelijke maatregel is opgelegd door de rechter.

Een meer praktische, ruime omschrijving betreft de psychiatrische patiënt die vanwege een delict of een dreigend delict met de rechter in aanraking is gekomen of dreigt te komen.

Forensisch psychiatrische patiënten wijken over het algemeen af van de gemiddelde hulpvrager. Er is sprake van een delict of een dreigend delict en een contact of dreigend contact met het strafrecht.

Dikwijls is er sprake van mensen met weinig interne motivatie en een sterke gevoeligheid voor krenking, weinig vertrouwen in anderen, weinig betrouwbaarheid met betrekking tot afspraken, een neiging tot uitageren, een gering vermogen om lijdensdruk te ervaren of te verdragen, een gering vermogen tot uitstel van behoeftes en instrumentele contacten met medemensen.

d. Toerekeningsvatbaarheid

Toerekeningsvatbaarheid is strikt genomen geen psychiatrisch begrip, het begrip stoornis is dat wel. De informatie uit het psychiatrisch onderzoek echter dient de rechter inzichten aan te leveren op basis waarvan deze over de toerekeningsvatbaarheid een uitspraak kan doen.

De relatie tussen de stoornis en het delict staat daarbij centraal.

Wanneer dit verband bestaat en de stoornis op grond van disfunctioneren leidt tot een verminderde vrijheid keuzemogelijkheden in het handelen te kunnen overzien en het gedrag te kunnen bepalen is het delict de dader verminderd toe te rekenen.

"De toerekeningsvatbaarheid is minder naarmate de dader ten gevolge van een stoornis minder in staat was de onrechtmatigheid van zijn handelen in te zien of dat handelen te controleren."

De gedragsdeskundigen, psychiaters en psychologen, brengen in kaart in hoeverre het disfunctioneren op grond van de stoornis een rol heeft gespeeld met betrekking tot het delictgedrag. Op grond hiervan wordt de rechtbank in kennis gesteld van de conclusie over de mate van toerekeningsvatbaarheid ten aanzien van het delict. De uiteindelijke beslissing over het al dan niet toerekenen is voorbehouden aan de rechter.

Het simpele feit van een stoornis betekent niet automatisch dat iemands vrijheid met betrekking tot een specifieke activiteit zijn gedrag te bepalen gestoord is.

Zo kan een schizofrene patiënt die een winkeldiefstal pleegt daarvoor volledig toerekeningsvatbaar zijn indien de winkeldiefstal geen uiting is van een gebrek aan inzicht of een gebrek aan handelingsvrijheid die door de schizofrenie bepaald wordt.

De toerekeningsvatbaarheid dient, altijd met terugwerkende kracht, te slaan op de eventuele stoornis ten tijde van het delict. Dit kan ten tijde van de Pro Justitia advisering veranderd zijn. Ten tijde van het delict dient er dus sprake te zijn van een aanwezige psychische stoornis die het vermogen tot overleg of de wilsvrijheid beperkt of opheft en effect heeft op het ten laste gelegde feit.

Bijlage 2

Zorgprogrammering als een gegeneraliseerd aanbod op een algemene vraag

Het forensisch psychiatrisch zorgveld wordt ondanks een sterk verbeterde afstemming gekenmerkt door fragmentatie, cultuurverschillen en aansturing via verschillende departementen.

Fragmentering met betrekking tot de geboden zorg en beveiliging kan echter alleen opgelost worden door uit te gaan van “bovenpersoonlijke” dat wil zeggen universele uitgangspunten.

Om een gemeenschappelijk kader voor organisaties, professionals en gebruikers te vinden, zijn zorgprogramma's van belang. Een zorgprogramma is een samenhangend hulpaanbod voor een omschreven doelgroep en beschrijft de noodzakelijke hulp in functionele termen. Ze zijn bedoeld om meer samenhang in de zorg te bewerkstelligen en ze bieden houvast bij het bewaken van de kwaliteit van het samenhangende hulpaanbod.

Werken met zorgprogramma's gaat vaak samen met een verbeterde regionale samenwerking rond een betreffende doelgroep. De programma's moeten zich baseren op de beste wetenschappelijke en professionele kennis enerzijds en de wensen en de verwachtingen van de gebruikers (maatschappij en patiënten) anderzijds.

Zorgprogramma's gaan dus niet uit van een aanbod van een kliniek, een organisatie of een departement, maar van een samenhangend hulpaanbod op een gegeneraliseerde vraag van een doelgroep.

Zo kan men de volgende doelgroepen voor programma's onderscheiden:

patiënten met psychotische kwetsbaarheid, een gedragscontrolestoornis, een seksuele controlestoornis, verslaving, verstandelijk gehandicapten, autistiforme stoornis. Daarnaast kunnen zorgprogramma's worden onderscheiden die niet gericht zijn op een specifieke stoornis. Het gaat om zorgvormen voor veel patiënten met allerlei soorten stoornissen. Het programma langdurige zorg is daarvan een voorbeeld.

Zo heeft de divisie forensische psychiatrie van GGZ Drenthe ook een zogeheten forensisch voordeurprogramma beschreven. Een voordeurprogramma beschrijft de toegang tot de zorg en richt zich in principe op iedere aangemelde patiënt. Binnen een Voordeurprogramma wordt bekeken wat de hulpvraag en de problematiek van de betreffende patiënt is en welk behandelaanbod en beveiligingsniveau daarbij past. Op basis daarvan kan verwijzing naar één van de achterliggende programma's volgen maar kan ook worden besloten tot kortdurende behandeling binnen het voordeurprogramma zelf of verwijzing naar een beter passend extern hulpaanbod.

Een voordeurprogramma is breed opgezet en beschrijft de samenhang tussen de programma's en de samenhang tussen ambulante en klinische activiteiten. Een voordeurprogramma kan bestaan uit de volgende modules:

Intake, onderzoek en advies, pro justitia rapportage, kortdurende klinische behandeling, ambulante crisisinterventie, secundaire preventie/crisiskaartopname, klinische crisisinterventie, consultatie, pre klinische motivatie en informatie, pre klinische interventie TBS gestelden.

Naar een integraal model voor forensisch psychiatrische zorg (lacunes, fragmentering, cultuurverschillen, uitstroom)

Ondanks een verbeterde afstemming tussen justitie en volksgezondheid en de diverse forensisch psychiatrische zorginstellingen, is er nog steeds sprake van fragmentatie, cultuurverschillen, belangentegenstellingen en een verschil in prioriteitsstelling tussen de verschillende actoren. Alleen al op grond van deze fragmentatie zijn er capaciteitsproblemen en in-, door- en uitstroomproblemen te verwachten.

De huidige forensische psychiatrische problematiek wordt te vaak gedefinieerd in termen van capaciteitsproblemen van TBS gestelden en meestal naar aanleiding van spraakmakende incidenten.

Dit leidt de aandacht onnodig af van een veel omvattender probleem met betrekking tot de zorg en de maatschappelijke beveiliging van forensisch psychiatrische patiënten in het algemeen, met of zonder TBS maatregel, met of zonder strafrechterlijke maatregel, of met of zonder justitiële maatregel überhaupt. Forensisch psychiatrische problematiek is immers niet uitsluitend gekoppeld aan de maatregel TBS, maar betreft alle psychiatrische patiënten die met de rechter in aanraking zijn gekomen of dreigen te komen vanwege een delict. Oplossingen voor een onderdeel van die problemen doen dan ook onvoldoende recht aan het geheel van de problemen. Het is dan ook belangrijk zich op alle bestaande forensisch psychiatrische problematiek te richten ongeacht de aard van de maatregel.

Als gevolg van bovenstaande dient het begrip “forensisch psychiatrisch patiënt” ruim in plaats van nauw gedefinieerd te worden.

Voorts dient het forensisch psychiatrische circuit waarbinnen de zorg plaats moet vinden, ruim omschreven te zijn. Het gaat niet alleen om de TBS, de FPK's en de FPA's, maar om alle onderdelen van de forensisch psychiatrische hulpverlening, lopend van OGGZ, algemene GGZ, ambulante reclassering, verslaving, FPA's, FPK's, TBS klinieken tot zorg in detentie.

Er dienen uitgangspunten geformuleerd te worden voor een algemeen forensisch psychiatrisch zorgkader waaraan alle deelnemende organisaties zich dienen te onderschikken.

Deze uitgangspunten kunnen zijn:

1. Voor forensisch psychiatrische zorgverlening staan de zorgbehoefte en de beveiligingsbehoefte centraal en niet de maatregel.
2. Alle forensisch psychiatrische zorg is gericht op vermindering van de delictkans en omvat dus mede het begrip beveiliging.
3. Beveiligende zorg is dat aspect van de forensisch psychiatrische zorg dat primair gericht is op gevaarsreductie, zowel gericht op het hier en nu als op de toekomst.
4. Voor de duidelijkheid en ter voorkoming van inconsistenties en verlies aan efficiency dient men een duidelijk onderscheid te maken tussen waar het primaat van de zorg dan wel het primaat van een strafrechterlijke opsluiting bestaat. Aldus onderscheidt men twee fundamentele verschillende soorten settingen: detentiesettingen met behandel mogelijkheden onder het primaat van justitie en behandelsettingen met detentiemogelijkheden onder het primaat van Volksgezondheid.
5. Regionale en/of landelijk forensisch psychiatrische zorgprogramma's maken het mogelijk de forensisch psychiatrische patiënten die zorg en beveiliging te bieden die ze nodig hebben waar ze zich ook bevinden, op straat, binnen de GGZ, binnen de TBS of in het gevang.

Elk subsysteem binnen het circuit zoals GGZ, TBS en Penitentiaire Instellingen zal een deel van haar exclusiviteit moeten opofferen voor een hoger doel, namelijk geïntegreerde zorg. Dit betekent dat de GGZ nadrukkelijker verantwoordelijkheid moet nemen voor forensisch psychiatrische zorg en de daarmee gepaard gaande beveiliging, dat penitentiaire instellingen het standpunt moeten opgeven dat er in principe niet behandeld wordt in zogenaamde behandelgevangenissen en dat TBS instellingen behandelcapaciteit en beveiligingscapaciteit toegankelijk maken voor ook niet TBS gestelden als onderdeel van een keten.

Bijlage 3

Wat werkt? Waaraan moet effectieve zorg voldoen? (Cooke en Philip, 2001)

Onderzoek naar effectieve interventies is moeilijk uitvoerbaar. De uitkomsten gaan meestal op voor heterogene groepen patiënten en effectonderzoek geeft meestal weinig specifieke informatie over afzonderlijke interventieonderdelen. Systematisch onderzoek van recente researchstudies toont aan dat interventies gericht op delictpreventie zinvol zijn. Dit in tegenstelling tot eerder onderzoek, wat resulteerde in de doctrine dat niets werkt. Behandelprogramma's geven over het algemeen een terugval in de recidivekans van 10 tot 12%.

Literatuuronderzoek toont aan dat straf en sancties geen significant effect hebben op een afname van de delictkans.

Ook behandelprogramma's gebaseerd op psychodynamische modellen zetten over het algemeen weinig zoden aan de dijk.

Effectieve behandelinterventies blijken over het algemeen cognitieve en gedragsmatige programma's te zijn die zich richten op een toename van concrete vaardigheden.

Daarnaast blijken programma's een beter effect te hebben wanneer aan enkele principes wordt voldaan (Andrews en anderen, 1990).

Volgens het risicoprincipe moeten meer intensieve en uitgebreide programma's geboden worden aan individuen met een hoger delict risico.

Volgens het behoefteprincipe moet de doelstelling van de behandeling overeenstemmen met specifieke criminogene behoeftes van de daders. Dat zijn die aspecten van het individuele functioneren die aanleiding geven tot het antisociale of criminele gedrag.

Er bestaan algemene criminogene behoeftes zoals een antisociale denkwereld en een antisociaal netwerk maar ook specifieke, zoals het geval kan zijn bij bijvoorbeeld pedoseksuele delicten.

Het responsiviteitsprincipe schrijft voor dat de behandelinterventies moeten aansluiten bij de beschikbare vaardigheden en leerstijl van het individu.

Tenslotte is het principe van behandelintegriteit van belang. Dit betekent dat het programma daadwerkelijk moet worden uitgevoerd zoals het doordacht en bedacht is. Er moet met andere woorden sprake zijn van consistentie.

Drie voorbeelden van inconsistentie:

- Wanneer disciplinaire straffen tijdens en in het kader van een behandeling worden toegepast.
- Het binnen houden van patiënten in de resocialisatiefase naar aanleiding van een delictrecidive van een andere ontsnapte TBS-gestelde.
- Het uitoefenen van een geweldsinstructie in een begeleidingssituatie. Het spreekt vanzelf dat de normen en waarden die aan de patiënten worden voorgehouden door de staf moeten worden voorgeleefd.

Bijlage 4

Juridische titels voor forensisch psychiatrische interventie

a. Civielrechtelijk

Vrijwillig

Inbewaringstelling (BOPZ)

Voorlopige of voortgezette rechterlijke machtiging (BOPZ) 04

Rechterlijke machtiging op eigen verzoek (BOPZ)

b. Strafrechtelijk

Strafrechtelijke machtiging (37 wetboek van strafrecht)

Plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis voor de maximale duur van één jaar op last van de strafrechter.

TBS met bevel tot verpleging (37a en 37b wetboek van strafrecht), inclusief de proefverloffase
Hierbij bestaat een relatie tussen stoornis en delict en is er sprake van (recidive-) gevaar. Gedwongen opname is noodzakelijk zolang dit gevaar blijft bestaan.

TBS met aanwijzingen (tot oktober 1997) of TBS met voorwaarden (38, 38a en 38b wetboek van strafrecht, vanaf oktober 1997)

Ook een relatie tussen stoornis en delict, minder zware delicten in vergelijking met tbs met bevel tot verpleging, minder recidivegevaar, meer motivatie, bij voorkeur ambulante behandeling.

TBS waarbij omzetting van de TBS met aanwijzingen/voorwaarden in een TBS met bevel tot verpleging heeft plaatsgevonden (38c wetboek van strafrecht)

Bijvoorbeeld omdat betrokkene de gestelde voorwaarden overtreden heeft.

TBS waarbij de omzetting van de TBS waarbij de verpleging voorwaardelijk is beëindigd in een TBS met bevel tot verpleging heeft plaatsgevonden (38k wetboek van strafrecht)

Bijvoorbeeld omdat betrokkene de gestelde voorwaarden overtreden heeft.

Artikel 15 lid 5 PBW, zonder rechterlijke machtiging

Kan in geval van crisis vanuit voorlopige hechtenis of vanuit detentiesituatie: betrokkene kan niet langer in het huis van bewaring of de gevangenis verblijven en stemt in met de overplaatsing.

Artikel 15 lid 5 PBW, met rechterlijke machtiging

Kan in geval van crisis vanuit voorlopige hechtenis of vanuit detentiesituatie: vergelijk de vorige situatie met dit verschil: betrokkene stemt nu niet in met de overplaatsing.

Voorwaardelijk sepot officier van justitie

Beslissing om de strafrechtelijke vervolging te staken onder voorwaarde van behandeling.

Pro Justitia-rapportage (196 wetboek van strafvordering)

Onderzoek naar de geestvermogens van betrokkene.

TBS waarvan de verpleging voorwaardelijk beëindigd is (38g e.v. wetboek van strafrecht)

Volgt over het algemeen na de proefverlof-fase. voorwaarden (bijvoorbeeld behandeling, medicatiegebruik) moeten worden nageleefd.

Bijzondere voorwaarden bij een voorwaardelijke veroordeling (14a en 14c wetboek van strafrecht)

Voorwaarden dienen te worden nageleefd, bij overtreding kan detentie volgen.

Schorsing voorlopige hechtenis (80 wetboek van strafvordering)

Onderbreking van de strafvervolging onder bepaalde voorwaarden, bij overtreding gaat de voorlopige hechtenis weer verder en kan veroordeling volgen.

Plaatsing in een inrichting voor jeugdigen (PIJ, 77s wetboek van strafrecht)
De 'jeugd-TBS'.

ISD-maatregel (art. 38 m t/m u wetboek van strafrecht)

Deze maatregel maakt het mogelijk zeer actieve veelplegers maximaal twee jaar van hun vrijheid te beroven door: plaatsing in een Inrichting voor Stelselmatige Daders (ISD). De Strafrechtelijke Opvang Verslaafden gaat op in de ISD-maatregel.