

Boekbespreking

T.I. Oei*

P.J.A. Panhuis, *De psychotische patiënt in de TBS. Van kwaad tot erger. Een forensisch-psychiatrische studie*, Gouda Quint, Deventer 1997, 273 p.

1. Dit proefschrift op 6 maart 1997 aan de Rijksuniversiteit te Leiden verdedigd, is een belangwekkende studie. Niet zozeer vanwege het thema van de psychotische patiënt. Echter wél door de combinatie van ernstige psychiatrische problematiek met de strafrechtelijke maatregel van TBS.

De titel van bedoeld boek duidt op een psychiatrische studie van strafrechtelijk veroordeelden met een ernstige stoornis. De ondertitel 'Van kwaad tot erger' doet vermoeden, dat de auteur het oneens is met de vaste praktijk dat psychotische patiënten strafrechtelijk kunnen worden vervolgd én veroordeeld, indien ze een (ernstig) feit begaan (hebben).

2. Het boek betreft: inleiding (hoofdstuk 1), veranderde maatschappelijke expressie van psychiatrische ziekte (2), psychiatrische pathologie in penitentiaire inrichtingen (3), geweld en psychiatrische ziekte (4), ontwikkelingen in de psychiatrie (5), ontwikkeling van de krankzinnigenwetgeving (6), regelingen in het strafrecht voor psychiatrische patiënten: plaatsing op last van de strafrechter in een krankzinnigengesticht en TBR/TBS (7), de TBS: forensische psychiatrie als categorale psychiatrische zorg (8), van literatuur naar probleemstelling (9), van probleemstelling naar empirisch onderzoek (10), het onderzoek; de proefpersonen (11), het onderzoek; het instrumentarium (12), het onderzoek; de uitvoering (13); de antwoorden op de vragen (14); gevaar en/of bestwil (15); beschouwing, conclusie en aanbevelingen (16).

In mijn betoog zal ik - zo nodig - gebruik maken van schrijvers visie en stellingen, en in mijn commentaar geef ik zo mogelijk

* *Hoogleraar forensische psychiatrie KU Brabant.*

aan waar het belang van het onderzoek van betrokkene naar mijn smaak vooral in ligt. De kritische toon waarop ik een en ander vervat is geen poging betrokkenes wetenschappelijke prestatie onderuit te halen, maar wil een bijdrage zijn aan de discussie over dit actuele onderwerp.

3. Moedig en ambitieus toont Panhuis zich, wanneer hij de hoop koestert (als een van zijn doelstellingen) dat zijn studie misschien ook een bijdrage levert aan het voorkómen dat psychotische patiënten in een TBS-instelling terechtkomen (p. 5). Hieruit spreekt waarschijnlijk de (al wat langer?) vaststaande mening van de auteur dat psychotici niet thuishoren in het gevang of in de TBS-inrichting. Voor Panhuis wellicht een heuse veldtocht, maar een qua doelstelling, naar ik vrees, toch moeilijk te realiseren visie (zie ook conclusie, TO).

Aan psychotici kan voor een begaan delict gevangenisstraf en/of TBS met dwangverpleging worden opgelegd. Zij zijn nogal eens verminderd toerekeningsvatbaar. Wanneer psychotici in een TBS-inrichting niet aan hun trekken komen, ligt dat niet aan de rechter. Anderzijds hebben ook psychotische justitiabelen recht op adequate (re)socialisatie, d.w.z. verpleging en behandeling teneinde verminderd recidivegevaarlijk te worden. Of zulks al dan niet in een TBS-setting dient te gebeuren, lijkt mij, en dat ben ik met de auteur eens, voor discussie vatbaar.

Behalve TBS-inrichtingen zijn er ook TBS-passantenafdelingen. Deze worden thans op korte termijn in gebruik genomen in Amsterdam, teneinde aan de voortdurende aanwas van TBS-gestelde wachtenden enigszins het (behandel)hoofd te bieden. Of de invoering van speciale *verpleeg- en behandelafdelingen* voor psychiatrisch gestoorde (al dan niet TBS-gestelde) justitiabelen in penitentiaire inrichtingen ook elders zal worden bewerkstelligd is dan niet meer een principiële vraag. Wanneer zoiets zal worden geïmplementeerd lijkt meer een kwestie van tijd. Ik ben van mening dat er een grote groep psychisch gestoorde justitiabelen is, die niet per se opname in een TBS-inrichting behoeven ter behandeling van hun stoornis. Het zou de (her)integratie van psychisch gestoorde in de maatschappij bevorderen, indien zij niet allemaal in een bepaalde kliniek of ziekenhuis zouden worden gehuisvest, maar gewoon verspreid over het land in de penitentiaire inrichting verblijven. Het stigma van de justitiabele in de penitentiaire inrichting is al erg genoeg; daar hoeft geen extra label van een psychiatrisch ziekenhuis op te worden geplakt. De enige beperking voor een dergelijke ontwikkeling lijkt mij de financiering. Immers, de uitvoering van zo'n gedachtegang behoeft, behal-

ve specifieke opvang, de aanstelling van meer gedragsdeskundigen in de inrichtingen. En dát gaat aanzienlijk drukken op het budget van de inrichtingen dat - getuige de vestiging van sobere regimes en daardoor minder sociale contacten tussen de gedetineerden - toch al niet ruimbemeten was. Bovendien is het onbeperkt aantrekken van nieuwe TBS-plaatsen niet de aangewezen oplossing voor het doorstromingsprobleem (van psychisch gestoorde justitiabelen) tussen justitie en algemene geestelijke gezondheidszorg (aggz).

4. Het boek van Panhuis is, door de bank genomen, vlot, maar soms ook gehaast, geschreven. De onduidelijkheid die dan ontstaat, belemmert verdieping en doordénking van de aangewende argumentatie of illustratie, wat aan de oprechte motivering van de auteur in zekere zin afbreuk doet. Een paar voorbeelden mogen dit adstrueren.

a. 'Door het gevaarscriterium kunnen patiënten, als het gevaar dat tot de dwangopname leidde, geweken is, maar de psychiatrische stoornis, waar het uit voortkwam, niet, niet meer behandeld worden.' (p. 80) De schrijver (of is het Cohen Stuart, die hij eerder aanhaalde?) veronderstelt hier dat het ziekte-besef of -inzicht van de patiënt dan kennelijk nog niet of onvoldoende ten gunste is veranderd door de medicatie en/of de psychiatrische zorg/bejegening, zodat de behandeling moet worden stopgezet, aangezien deze of de opname onder dwang geschiedde. Dit geldt niet zo in zijn algemeenheid. Vaak (en ik denk vaker dan men wellicht denkt) is het dat de psychoticus door rust en (daardoor ook) verbetering van zijn vermogen de realiteit beter te onderkennen en te toetsen - als gevolg van specifieke medicatie of behandeling - een voortzetting van de behandeling, c.q. medicatie wel accepteert, mits/indien de behandelaar hem voldoende en naar genoegen over de noodzaak ervan heeft geïnformeerd. Immers, het ontbreekt de gemiddelde psychoticus, zeker als hij in een floride (acute) fase verkeert, veelal aan rust om over elementaire zaken zoals de noodzaak van eten, drinken en slapen na te denken, en de behoefte aan genezing en vrijwaring van de storende ziekteverschijnselen bij zichzelf te bespeuren en te koesteren. Indien de meest storende verschijnselen (wanen, hallucinaties, psychomotore onrust) van de ziekte zijn verbleekt en de zin voor de realiteit en de hang naar gezondheid en psychische stabiliteit zijn toegenomen, is de patiënt ontvankelijker voor voortzetting van de behandeling.¹ Een storend element vormt evenwel in het gevang het gevaar dat zo'n justitiabele door medege-

¹ Zie hierover ook F.C.B. van Wijmen, *De weigerende patiënt*, Medisch Contact, 52, 1997, p. 887-889.

detineerden ongunstig wordt beïnvloed: bij voorbeeld door verkeerde, misleidende of negatief gekleurde, informatie of zelfs door de verleiding zich te goed te doen aan soft- of harddrugs.² Deze laatste middelen hebben zoals bekend een averechtse, demotiverende werking op het gebruik van anti-psychotica.

b. 'Het is gebleken dat GGZ-instituten maar moeizaam bereid zijn TBS-patiënten in het kader van een proefverlof over te nemen. Die patiënten zijn immers in een zeer ruim van personeel voorziene situatie "gehospitaliseerd"' (p. 106). Bedoelt de auteur met het voorgaande, dat de TBS-inrichting dusdanig goed van personeel is voorzien dat dat hospitalisatie in de hand werkt en daardoor overplaatsing naar de GGZ bemoeilijkt wordt? Of is er een innerlijke (weerstand, emotionele bezwaren van de hulpverleners, de angst voor 'boeven') en externe (bijvoorbeeld geen plaats of weinig personeel of onvoldoende beveiliging) rem van de GGZ om TBS-gestelden op te nemen? Zulks mede omdat zij gehospitaliseerd³ zijn, en de kans op ontregeling derhalve is vergroot? De auteur heeft, als ik hem goed begrijp, in ieder geval het laatste bedoeld, wanneer hij meent dat 'de ontregeling bij zo'n plotseling ontslag (c.q. overplaatsing naar de GGZ, TO), zeker als medicatie achterwege blijft, fors (kan) zijn'.

5. Verbazing wekt het feit dat de auteur elementaire straf- en gezondheidsrechtelijke noties hanteert en er over uitweidt (bijvoorbeeld (p. 69): '... In de krankzinnigenwet van 1884 is het bestwilprincipe als beoordelingsgrond duidelijk vastgelegd: "Geen krankzinnige in een gesticht te doen plaatsen hetzij (waarschijnlijk - in de betekenis van - tenzij, TO) dit in het belang van de openbare orde of in dat van den lijder zelve wordt vereischt" (artikel 12)') doch deze niet aan de praktijk toetst. Met name mis ik, al lezend, een - merkbare - vertegenwoordiger van (één van) genoemde disciplines in de promotiecommissie, wanneer hij uitweidt over specifiek juridische ontwikkelingen (zie hoofdstukken 6, 7 en 8). Forensische psychiatrie is - zo schiet me nu weer te binnen - niet alleen maar psychiatrie voor juristen, maar heeft ook een eigen denkkader. Deze wijze van denken stoelt voornamelijk op en wordt (in een elkaar beïnvloedende dynamiek) onderhouden door juridische en (in haar verlengde) maatschappelijke concepten en vraagstellingen. Zo kan men zich afvragen: voor

² Zie T.I. Oei, *Ik weet, ik weet, wat jij niet weet*, *Proces*, 9, 1997, p. 163-165.

³ De situatie waarin mensen zich dusdanig afhankelijk weten van een bepaald zorgregime, dat verandering daarvan hen in psychische zin uitgesproken negatief zal beïnvloeden.

wie geldt 'bestwil'? De patiënt alléén, of de patiënt en diens familie, of de patiënt en diens behandelaar of zij die met de juridische (bijvoorbeeld de raadsman, de rechter) en gedragskundige (zoals huisarts, bedrijfsarts, specialist, psycholoog, RIAGG e.d.) instanties al dan niet van doen hebben? Hierover doormijmerend vond ik in noot 36 hoe de auteur vertelt dat (juridische, TO) ijver in feite ook uit bestwildenken voortkomt: 'In deze optiek is het beste voor iemand dan niet een adequate behandeling van zijn ziekte, maar het recht op zelfbeschikking'. En, in noot 86 wordt gewag gemaakt van de interpretatie door Van Ginneken (1992) die, anders dan het inzicht van juristen dat een bepaald moment niet op zich staat, maar deel uitmaakt van het continuüm van een chronisch ziekteproces, meent dat 'zelfs' rechters en advocaten gaan 'bestwildenken'. Mijns inziens maken genoemde voorbeelden de verwarring over dit begrip alleen maar groter. Voortbordurend op hetgeen Van Ginneken meende en Van Panhuis vond, is het recht op zelfbeschikking een grondrecht, dat geen specifieke betekenis heeft, tenzij het een zaak van leven en dood (of uitersten) betreft. Dat is bij psychotici het geval wanneer zij zonder medicatie zichzelf van het leven zouden benemen vanwege hun psychose, d.w.z. in geval van ernstige psychotische suïcidaliteit. De dokter is dan gehouden zo'n iemand toch te behandelen, dus eventueel medicatie te verstrekken, aangezien het gebrek aan adequate wilsbekwaamheid bij de patiënt terzake aan de orde is, en de dokter vanuit de eigen verantwoordelijkheid in noodsituaties moet handelen naar bevind van zaken.

Mijn indruk is dat 'bestwil' aanvankelijk door medici werd gehanteerd als synoniem voor 'alles wat voor de genezing van de patiënt noodzakelijk is'. Later werd dit begrip meer 'het voorkómen dat de patiënt ziek of gevaarlijk blijft'. En ten slotte evolueerde het begrip in de richting van 'al datgene dat voorkómt dat de patiënt zichzelf of anderen - fysiek en/of mentaal - kan beschadigen'. Het begrip 'bestwil' is dus aan verandering en wellicht aan feitelijke erosie blootgesteld. Wat voor de een bestwil is, is dat voor de ander niet of niet meer. Het begrip is moeilijk te objectiveren en voor een wettelijke omschrijving weinig consistent. Een dergelijk gemis aan conceptuele substantie is waarschijnlijk er mede de oorzaak van dat de wetgever met 'bestwil' weinig uit de voeten kon/kan. Daarom leek me een straf- en/of gezondheidsrechtelijke expertise hier wel op zijn plaats.

6. Op p. 141 e.v. worden de cohorten TBS-gestelden beschreven tegen de achtergrond van hun leeftijd, burgerlijke staat, culturele

herkomst, leefsituatie, het aantal kinderen, opleiding, bron van inkomsten en beroepsniveau. Telkens vermeldt de schrijver (al dan niet aanwezige) gegevens uit de algemene bevolking. Helaas wordt er geen vergelijking getrokken met die justitiabelen die wel vastzitten maar geen TBS opgelegd hebben gekregen. Het gaat toch ook om de vraag of TBS-gestelden vanwege hun stoornis én hun delict zo anders zijn, dan hun (criminele) medeburgers. Met name is zo'n vraag aan de orde, wanneer de schrijver het heeft over de culturele achtergrond van justitiabelen. Ik mis daarom een vergelijking met niet TBS-gestelde justitiabelen. Het zou bij voorbeeld tot een beschouwing hebben kunnen leiden, waarin de opvang van (al dan niet psychotische) allochtonen niet alleen maar binnen een justitieel kader, maar ook in de 'gewone maatschappij' te wensen overlaat. Waarom zou justitie het 'beter' moeten/kunnen doen dan de maatschappij tot nu toe te bieden heeft? Ik denk dat TBS-gestelden niet zo anders zijn dan de rest van de bevolking, aangezien onder zowel TBS-gestelden en justitiabelen die een straf uitzitten, als onder de algemene psychiatrische patiëntenpopulatie delicten worden begaan, die de maatschappelijke orde schokken.

Daarnaast ging het bij de studie van Panhuis om die groep psychotici die TBS-gesteld zijn en hun al dan niet terechte plaats in het penitentiaire systeem. Er zijn psychotici die een ernstig delict plegen en er zijn velen die dat niet doen. Dat aan alle psychotici professionele opvang en behandeling dient te worden verstrekt, los van hun al dan niet criminele loopbaan, lijkt, zeker voor hen die door een GGZ-bril kijken, voor de hand liggend. Voor de maatschappij (zij die ten opzichte van de GGZ als leek kunnen worden beschouwd) spreekt zo een antwoord echter niet vanzelf, aangezien in dat geval de beveiliging een klemmender rol speelt dan het doelgericht behandelen van degenen met een stoornis.

7. De indruk wordt gewekt dat de auteur het drugsprobleem onder justitiabelen hoofdschuddend opvat. Bij voorbeeld op p. 147 wordt vermeld '... dat onder de door de rechter-commissaris (RC) in bewaring gestelden was gebleken, dat "gebruik" van alcohol en softdrugs de standaardsituatie betreft en "helemaal niets gebruiken" uitzonderlijk is'. Ik betwijfel of dat zo is. Binnen het politiebureau en/of Huis van Bewaring (HvB), wellicht in de grote steden, zou zo'n *indruk* gewekt kunnen worden. Maar de feitelijke cijfers van 40 à 50% drugsverslaafden of -gebruikers in de penitentiaire inrichting, gaan toch niet zóver. Op p. 166 vermeldt de schrijver overigens zelf getallen: 43 van de 116 psychisch gestoorde justitiabelen die de RC in een

bepaalde periode zag, waren van middelen afhankelijk of gebruikten deze. Ik kan me voorstellen dat de huiver voor een totaal drugsmilieu, eventueel gedragen door een drugslijn, binnen de inrichtingen een dergelijke indruk ten negatieve zou kunnen vertekenen. Toch meen ik, dat de uitdaging voor de medische zorg en behandeling daarin gelegen is, dat justitiabele drugsgebruikers minstens zo'n goede opvang binnen penitentiaire inrichtingen krijgen als bij instellingen daarbuiten het geval is. In hoeverre methadonverstrekking daarin een vaste plaats zou moeten krijgen is nog maar de vraag. Immers, zulk een beleid valt onder de specifieke verantwoordelijkheid van de arts terzake, en kan niet een eenheidsworst zijn voor iedere, al dan niet psychisch gestoorde, drugsafhankelijke justitiabele. Justitie heeft toch andere prioriteiten dan Volksgezondheid, en ik denk dat behandeling in engere zin de verantwoordelijkheid van Volksgezondheid is, terwijl bejegening (al dan niet in de vorm van verpleging en/of behandeling) in combinatie met (delict)recidivepreventie een eigenstandige taak voor Justitie vormt.

8. Op p. 168 vergelijkt Panhuis zijn 'depressiecijfers' met ondermeer de gegevens van Bulten e.a., die hun studie deden bij jeugdgedetineerden, een subgroep (adolescenten) derhalve, waarbij bij uitstek depressie en depressiviteit als psychisch lijden te verwachten is. Het lijkt me daarom ook minder raadzaam om Panhuis' cijfers zonder meer te vergelijken met die van Bulten e.a. Dit leidt alleen maar tot verwarring. En het is uit de studies van Paykel en Brown uit de jaren zeventig en tachtig bekend, dat zelfbeoordelingslijsten betrekkelijk onbetrouwbaar zijn voor het inventariseren van life events en (de betekenis ervan voor) depressies.⁴ Zelfbeoordelingslijsten zijn helaas vaak toch teleurstellend in hun diagnostisch vermogen. Tevens is depressiviteit een betrekkelijk 'gewoon' gegeven, in tegenstelling tot een depressieve stoornis (major depression). Ik neem daarom maar aan dat de groep depressieven van de schrijver waarschijnlijk een categorie bevat met 'slechts' depressiviteit (minor depression).

9. Op p. 194 wordt geconcludeerd dat de klinische realiteit meer dimensies bevat dan in een ééndimensionale gevaarslijst kunnen worden vastgelegd. Hier kan ik de auteur wel in volgen, maar wat ik moeilijk vind is dat hij deze uitspraak min of meer doet op basis van

4 Zie ook T.I. Oei en F.M. Zwart, *The Role and Development of some methodological questions in life event, social support and depression research*, *Stress Medicine*, 6, 1990, p. 127-132.

een pilotstudie over de begrippen bestwil en gevaar. Wat mij in tabel 15.2 op p. 193 vooral trof was de tendens dat naarmate de psychiater meer ervaring had - dus niet per se ouder was - hij bij de beoordeling van gevaar zich minder liet leiden door het 'bestwildenken'.

De bevindingen, resp. opmerkingen van Hoekstra en Leuw, 1996, (p. 194) kon ik helaas niet verder natrekken, aangezien hun literatuurreferentie ontbrak. Wel werd uit de door schrijver geciteerde passage uit hun studie: '... de enquête wijst uit dat lang niet voor alle participanten duidelijk is welke handelingen en gedragingen wel en welke niet als "gevaarlijk in de zin van de wet" mogen worden aangemerkt' duidelijk, dat de wetskennis terzake onder psychiaters wellicht te wensen overlaat, en daardoor de interpretatie van het begrip gevaar soms moeilijk blijkt.

10. Ten slotte nog twee kritische noten. De literatuurlijst bevat - naast een aantal (naar ik meen ook wel elders optredende, en soms niet geheel te vermijden) onvolkomenheden - een inconsistent gebruik van hoedanigheden. Bij voorbeeld: in negen gevallen waarin sprake is van een proefschrift, wordt dit wél vermeld, in negen gevallen daarentegen níet, terwijl in twee gevallen het synoniem dissertatie wordt gebezigd. Een zaken- en personenregister had het bestuderen en raadplegen van dit informatieve boek kunnen vergemakkelijken.

11. De studie van Van Panhuis heb ik met plezier en interesse gelezen. De bovengenoemde opmerkingen mogen niet anders dan vanuit deze bewogenheid worden verklaard. De schrijver heeft in zijn districtopsychiatrische praktijk gemerkt dat nogal wat justitiabelen lijden onder het juk van een geestesstoornis. Niet alleen worden zij geboeid en vooral gekweld door zo'n akelige abnormale binnenwereld, zij zijn bovendien door hun detentie ook letterlijk aan hun cel gekluisterd. De vier celmuren trekken zich dagelijks als in een dreigende omarming langs hen omhoog: het geboeid zijn wordt driedimensionaal!

De gedetineerde die wat aan bezigheden weet op te brengen is een relatief gelukkig mens. Hij weet zich namelijk te onttrekken aan de ellende van de verveling. Degene zonder bezigheden tracht aan de dagelijkse sleur te ontkomen door het gebruik van soft- of harddrugs. Als dit hem niet kan helpen te ontvluchten aan zo'n reële 'waanwereld', dan is het wel de slaapmedicatie, of zelfs het zich terugtrekken in de feitelijke waanwereld, de psychose.

De vraag of psychotici in het gevang thuishoren, een vraag die ik destilleer als belangrijk kristallisatiepunt van onderhavige studie, is

mijns inziens niet eenduidig te beantwoorden. Wanneer zij in het gevang terechtkomen, is dat voornamelijk het gevolg van twee situaties: 1. de wereld om de psychoticus heen heeft hem niet adequaat kunnen opvangen noch hem van gevaarlijke uitpattingen kunnen vrijwaren; en 2. de maatschappij heeft nog geen afdoende antwoord op het verschijnsel misdaad, laat staan op de vraag hoe criminele psychotici eigenlijk dienen te worden bejegend, en naar genoegen behandeld. Of dáárvoor 'continuering van de zorg "door de muren heen"' (p. 201) dé panacee is voor genoemd dilemma, waag ik te betwijfelen. Misschien moeten we wel leven met de gedachte dat duurzaam behandelen (uiteindelijk pas) effect heeft, indien de (al dan niet gedetineerde) patiënt dat ook zelf blijft vinden. Het recht op behandeling kan hoe dan ook niet de plaats innemen van het persoonlijk geweten dat in laatste instantie van een dergelijk recht afziet en de beschikking over het eigen lot weer in handen wil nemen.