

# 25 jaar forensische psychiatrie in Nederland, een beknopt overzicht

B. C. M. RAES

**SAMENVATTING** De ontwikkelingen in de Nederlandse forensische psychiatrie in de laatste 25 jaar betreffen ondermeer kwaliteitsverbetering in de gedragskundige voorlichting aan de rechter, veranderingen in de psychopathologische kenmerken van de patiëntenpopulatie, verschuivingen van het behandelparadigma en toename van wetenschappelijk onderzoek.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)JUBILEUMNUMMER 1959-2008, 71-75]

**TREFWOORDEN** forensische psychiatrie, forensisch psychiatrische behandeling, penitentiaire psychiatrie

De drie belangrijkste werkerterreinen van forensische gedragskundigen in het kader van de strafrechtspleging zijn penitentiaire psychiatrie (prison mental health care), gedragskundige voorlichting aan de rechter en forensisch psychiatrische behandeling. De forensische psychiatrie heeft de afgelopen 25 jaar te maken gehad met veranderingen in wet- en regelgeving, het beleid van het ministerie van Justitie, het politiek-maatschappelijke debat daarover en met voortdurende capaciteitsproblemen. Daarnaast werd de forensische psychiatrie vanaf de jaren negentig in toenemende mate beïnvloed door de opkomst van empirisch wetenschappelijk onderzoek, dat daarvoor nagenoeg ontbrak.

In deze korte bijdrage bespreek ik de volgende vragen: welke ontwikkelingen hebben zich voorgedaan in de voorlichting aan de rechter (gedragskundige rapportage pro Justitia)? Welke verschuivingen waren er in de opvattingen over behandeling in de forensische psychiatrie? Zijn de tbs-populatie en het voorzieningenbeleid veranderd? Wat is de invloed van empirisch wetenschappelijk onderzoek? Tot slot ga ik in op de vraag hoe de zorg eruit ziet voor gedetineerden met een psy-

chische stoornis. Er blijft daarmee onvoldoende ruimte over om recht te doen aan de ontwikkelingen in de forensische kinder- en jeugdpsychiatrie en de reclassering.

## DE GEDRAGSKUNDIGE RAPPORTAGE PRO JUSTITIA

Het Pieter Baan Centrum (PBC), de voormalige Psychiatrische Observatie Kliniek voor het Gevangeniswezen, verschaftte sinds haar oprichting in 1949, een 'gouden standaard' voor de gedragskundige rapportage pro Justitia. De wijze van onderzoek werd bepaald door een visie die haar basis heeft in de fenomenologie (hermeneutiek), psychoanalyse, antropologische psychiatrie en de Daseinsanalyse. De multidisciplinaire observatie wordt aangevuld met psychometrisch en specialistisch lichamelijk onderzoek (door internist en neuroloog).

Naast de klinische observatie kwam er ruimte voor andere modaliteiten. De oprichting van de arrondissementsgewijze georganiseerde district-psychiatrische diensten (DPD) en de wetswijziging van 1988 speelden hierbij een rol. De rechter-

commissaris en ook de officier van justitie kunnen deze dienst om advies vragen over de eventuele wenselijkheid van een gedragskundig onderzoek en over de keuze voor een modaliteit van dit onderzoek. Daarbij is de keuze: monorapportage (door psychiater of psycholoog); dubbelrapportage (door psychiater én psycholoog), deze rapportage is wettelijk noodzakelijk als een tbs-vonnis verwacht wordt; tripelrapportage (idem, aangevuld met een gespecialiseerd maatschappelijk werkende); multidisciplinaire klinische observatie (merendeels in het PBC).

Inmiddels nam de behoefte aan rapportages toe. Zowel de beperkte capaciteit van het PBC als de toegenomen expertise bij de DPD (inmiddels van naam veranderd in Forensisch Psychiatrische Dienst: FPD) leidden ertoe dat steeds vaker onderzoek ambuland, d.w.z. in huizen van bewaring, verricht werd. De kwaliteit van de rapportages bleek in de praktijk nogal uiteen te lopen. Dit had tot gevolg dat in overleg met de magistratuur eenduidige onderzoeksvragen werden geformuleerd en er voorts richtlijnen voor de opzet van rapportages werden vastgesteld, te gebruiken door alle rapporteurs.

Een volgende stap was het onderbrengen van het PBC en de voorlichtingstaken van de FPD in één organisatie: het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIPP). Dit instituut streeft ernaar de rapportages te laten voldoen aan *evidence-based criteria* en *best practisecriteria*.

#### VERSCHUIVINGEN IN BEHANDELPARADIGMATA

Forensisch psychiatrische behandeling beperkte zich lange tijd hoofdzakelijk tot de tenuitvoerlegging van de maatregel terbeschikkingstelling (tbs; tot 1988 'Ter Beschikking stelling van de Regering'; tbr) in daartoe aangewezen beveligde inrichtingen en van de strafrechtelijke machtiging in psychiatrische ziekenhuizen.

In 1928 werden de 'psychopathenwetten' van kracht en daarmee werd de strafrechtelijke maatregel tbr geïntroduceerd, die dwangverpleging

van verminderd en ontoerekeningsvatbare delinquenten mogelijk maakte.

Tot omstreeks 1950 was er sprake van sobere dwangverpleging met weinig therapeutische ambities, de populatie bestond grotendeels uit verminderd toerekeningsvatbaren met een persoonlijkheidsstoornis, toen nog aangeduid met de verzamelnaam 'psychopathen'. De ongeveer 10% volledig ontoerekeningsvatbare (psychotische) tbs-gestelden werd in merendeel verpleegd in de voormalige Rijks Psychiatrische Inrichting in Eindhoven.

Ontwikkelingen, zoals de opkomst van de Utrechtse School, het maatschappelijk verzet tegen het medisch paternalisme, de antipsychiatrie en de invloed van psychologie en sociologie op het denken in de psychiatrie, leidden tot een therapeutisch optimisme dat pretendeerde de persoonlijkheid van de 'criminele psychopaath' ingrijpend te kunnen veranderen. De tbs-inrichtingen kozen elk expliciete theoretische uitgangspunten voor de behandeling: het model van de therapeutische gemeenschap, de humanistische psychologie, de psychoanalyse, de leertheorie en de systeemtheorie. De sociotherapie, verantwoordelijk voor het scheppen van een therapeutisch milieu op de afdelingen, werd gezien als een belangrijke factor in de behandeling. Immers, binnen de gesloten setting van de afdeling werd de onontkoombaarheid van contacten met de sociotherapeuten en medepatiënten beschouwd als een middel voor de patiënten om nieuwe (corrigerende) cognitieve en emotionele leerervaringen op te doen. De 'holding environment' binnen de inrichting moest ernstig *acting-outgedrag* zoveel mogelijk voorkomen.

Geleidelijk drong zich evenwel het inzicht op dat dit optimisme onvoldoende realistisch was. Conform de ontwikkelingen in de algemene gezondheidszorg (ggz) verschoof het behandelparadigma naar het handicapmodel, waarbij rehabilitatie en revalidatie de overhand kregen en beschouwd werden als methoden om tot resocialisatie te komen. Acceptatie van en het omgaan met de handicap (psycho-educatie) en het ontwikkelen en het versterken van de (nog) aanwezige

capaciteiten kwamen voorop te staan.

Vanaf de jaren tachtig manifesteerde zich een nieuwe ontwikkeling. De factoren die hadden bijgedragen aan het tot stand komen van het indexdelict en aan eventuele toekomstige delicten werden focus van de behandeling. De invloed van de cognitieve psychologie en de ontwikkeling van de gestructureerde klinische risicotaxatie waren hierbij sterk bepalend. Deze leidden tot delictanalyse, de delictscenariomethode, cognitieve psychotherapie, signaleringsplannen, terugvalpreventie en risicomangement, gebaseerd op het onderkennen van al dan niet door de behandeling beïnvloedbare risicofactoren.

Het sociotherapeutisch milieu werd eerder beschouwd als voorwaardenscheppend voor de behandeling dan als onderdeel ervan. Dit is herkenbaar in de nieuwe Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden (1997), waarin voor het eerst de termen ‘verzorgen’, ‘verplegen’ en ‘behandelen’ in de tekst van de wet werden vastgelegd.

#### VERANDERINGEN IN POPULATIE

In 1988 werd een wetswijziging van kracht waarin bepaald werd dat tbs met verpleging nog slechts kon worden opgelegd voor delicten waarop een vrijheidsbenemende straf van vier jaar of meer kan worden opgelegd. Deze wijziging vond onder andere plaats op grond van het proportionaliteitsbeginsel. Reeds in de aanloop naar deze wijziging verdwenen vermogensdelinquenten uit de tbs-populatie. De maatregel werd voortaan slechts opgelegd bij geweldsdelicten, seksueel-agressieve delicten en brandstichting met gevaar voor personen.

Ook in psychopathologisch en demografisch opzicht veranderde de tbs-populatie vanaf de jaren tachtig en negentig van de vorige eeuw ingrijpend. Het aantal tbs-gestelden met een chronisch psychotische stoornis is toegenomen tot 25-30%. Veelal wordt bij hen tevens een persoonlijkheidsstoornis vastgesteld. Een factor die de behandeling vaak compliceert, is bovendien dat meer dan 60% een voorgeschiedenis heeft met misbruik of afhankelijkheid van alcohol en/of drugs. Ongeveer 13%

heeft een IQ lager dan 80. In meerderheid hebben de tbs-gestelden voorheen contact gehad met de ggz. Het aantal vrouwen met een tbs-maatregel bedraagt ruim 6%. Bijna 30% van de gehele tbs-populatie heeft een niet-Nederlandse afkomst (Raes 2007).

De gestage toename van het aantal tbs-gestelden heeft geleid tot ernstige en voortdurende capaciteitsproblemen, ondanks de uitbreiding van het aantal bedden van 450 in 1983 tot 1637 in 2005. Het gevangeniswezen met 10% gedetineerden met een ernstige psychische stoornis werd in ongeveer dezelfde periode uitgebreid van 5000 tot 17.000 cellen.

Voor de toename van het aantal psychisch gestoorde justitiabelen werden onder meer de volgende verklaringen gegeven:

- het repressiever worden van de samenleving;
- de extramuralisatie van de psychiatrie: de afbouw van de grote psychiatrische ziekenhuizen leidde ook tot het verdwijnen van hun asielfunctie;
- de aanscherping van het gevaarscriterium ten koste van het bestwilcriterium bij onvrijwillige opnames;
- misbruik en afhankelijkheid van psychoactieve stoffen als complicerende factor bij psychische stoornissen;
- de hogere prevalentie van psychotische stoornissen onder sommige etnische minderheden.

#### VERANDERINGEN IN VOORZIENINGENBELEID

De ggz vergrootte haar aanbod voor opname van psychisch gestoorde delinquenten door het vestigen van twee nieuwe forensisch psychiatrische klinieken, naast de reeds bestaande in Eindhoven, van forensisch psychiatrische afdelingen bij ggz-instellingen, het openen van beschermde woonvormen voor forensisch psychiatrische patiënten en het door de tbs-sector opzetten van transmurale voorzieningen. Hiermee werd tevens beoogd het lang bestaande isolement van de tbs-inrichtingen ten opzichte van de ggz te vermindern en vorming van een circuit tussen de forensi-

sche en algemene geestelijke gezondheidszorg te bevorderen.

Vanuit de klinische forensisch psychiatrische voorzieningen werden poliklinieken en deeltijd-behandelingen ontwikkeld, waarmee nieuwe doelgroepen bereikt konden worden, onder anderen plegers van huiselijk geweld, al dan niet in het kader van een vonnis met een bijzondere voorwaarde.

#### EMPIRISCH WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK

Wetenschappelijk onderzoek in de forensische psychiatrie heeft lang op zich laten wachten. De eerste aanzet daartoe werd gegeven in de jaren tachtig met recidivestudies na beëindiging van de maatregel tbs. Deze worden tot op heden voortgezet. De resultaten hiervan droegen tot voor kort bij aan een politiek-maatschappelijk draagvlak voor de maatregel tbs: een vrij constante bevinding in deze studies is dat ongeveer 20% van de ex-tbs-gestelden binnen vijf jaar na beëindiging van de maatregel komt tot een recidive met een delict waar een gevangenisstraf op staat van een half jaar of meer (Wartna e.a. 2005).

Ernstige incidenten met tbs-gestelden in een samenleving, waarin het streven naar veiligheid hoog op de agenda staat, hebben geleid tot de eis dat het recidivecijfer moest dalen. Mede als gevolg hiervan kwam het tot een stringenter verlofbeleid, een langere intramurale verblijfsduur en mogelijk waren deze ontwikkelingen ook van invloed op het sterk toenemende aantal blijvend delictgevaarlijk geachte tbs-gestelden. Voor deze categorie patiënten werden longstay-afdelingen in het leven geroepen. Een nadeel van deze recidivestudies is dat de uitkomsten ongeschikt zijn voor behandelingsevaluatie.

Publicaties van Monahan en Steadman in de jaren tachtig en negentig (o.a. 1994) liggen aan de basis van een stormachtige ontwikkeling van risicotaxatie-instrumenten op basis van het onderscheid in historische (niet-beïnvloedbare) en dynamische (beïnvloedbare) risicofactoren, aangevuld met items over risicomangement. In Neder-

land heeft dit geleid tot een toenemend aantal publicaties en dissertaties over empirisch onderzoek op dit gebied. Een resultaat was onder meer een instrument voor gestructureerde klinische risicotaxatie, gericht op de Nederlandse tbs-populatie: de HKT-30 (Historie Kliniek Toekomst; Van den Brink 2000).

Het effect van deze ontwikkelingen was tweevoudig: de betrouwbaarheid van uitspraken over recidiverisico's werd vergroot en, zoals boven beschreven, de behandeling werd meer expliciet gericht op beïnvloedbare risicofactoren.

Klinisch evaluatief en prospectief onderzoek naar effecten van de behandeling komt langzamer op gang. Hierbij speelde ongetwijfeld lange tijd een rol het gebrek aan samenwerking op onderzoeksgebied tussen de forensisch psychiatrische instituten, die tezamen een onderzoeksformatie hebben die een universitaire vakgroep niet zou misstaan. Het inmiddels opgerichte Expertisecentrum Forensische Psychiatrie heeft mede als doelstelling hierin verandering te brengen.

#### DE ZORG VOOR GEDETINEERDEN MET EEN PSYCHISCHE STOORNIS

De aanzienlijke uitbreiding van de celcapaciteit in het gevangeniswezen en de invloed van de hierboven reeds genoemde factoren hebben ertoe geleid dat bij meer dan 10% van de gedetineerden een ernstige psychische stoornis kan worden vastgesteld. Dit heeft geleid tot een aantal differentiaties binnen het gevangeniswezen. In 1981 werd de Forensische Observatie en Begeleidings Afdeling (FOBA) geopend in de Penitentiaire Inrichting Amsterdam, een landelijke voorziening voor psychiatrische crisisinterventie met 66 plaatsen. Deze afdeling neemt gedetineerden op die op een reguliere afdeling vanwege hun stoornis niet die zorg krijgen die zij behoeven.

Daarnaast zijn er verspreid over de penitentiaire inrichtingen ongeveer twaalf IBA's (individuele begeleidingsafdelingen) met een totale capaciteit van meer dan 250 plaatsen voor gedetineerden die om meerdere redenen kwetsbaar zijn voor psychische detentieschade. In elke detentie-inrich-

ting vindt regulier zorgoverleg plaats, waaraan deelnemen de psycholoog, huisarts en verpleegkundige van de inrichting en een psychiater van het NIFP.

Inherent aan dit onderwerp is de voortgaande discussie tussen de ministeries van Justitie en Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de vraag wie (financieel en inhoudelijk) verantwoordelijk is voor de zorg voor deze groep patiënten (die nagevoel even groot is als de tbs-populatie).

Vragen die hierbij rijzen, betreffen de mogelijkheid dat de ggz deze zorg in de penitentiaire inrichtingen op zich neemt, het oprichten van behandelgevangenissen of van een penitentiair psychiatrisch ziekenhuis.

#### TOT SLOT

De forensische psychiatrie maakt deel uit van twee systemen: een vorm van categoriale zorg binnen het systeem van de ggz en het systeem van de strafrechtspleging, zowel in de vorm van voorlichting als in de zorg tijdens de executie van straffen en maatregelen. Daarnaast wordt de relatie hulpverlener-patiënt (of rapporteur-verdachte) mede bepaald door de juridische context en daarmee ook door ethische implicaties. Dit alles vergt dan ook bijzondere kennis en vaardigheden; deze verdienen een plaats binnen en na de opleiding van de verschillende disciplines (Groen & Drost 2003)

#### LITERATUUR

- Brink, W. van den (2000). *Risicotaxatie in de forensische psychiatrie: een Nederlands instrument in ontwikkeling*. Zoetermeer: Ministerie van Justitie.
- Commissie Instrumentarium Forensische Psychiatrie (2000). *Risicotaxatie in de forensische psychiatrie: een Nederlands instrument in ontwikkeling*. Den Haag: Ministerie van Justitie.
- Groen, H., & Drost, M. (Red.) (2003). *Handboek forensische geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Monahan, J., & Steadman, H.J. (Red.) (1994). *Violence and mental disorders: developments in risk assessment*. Chicago/London: The University of Chicago Press.
- Raes, B.C.M. (2007). De tenuitvoerlegging van de maatregel tbs. In B.C.M. Raes & F.A.M. Bakker, *De psychiatrie in het Nederlandse recht* (pp.191-203). Deventer: Kluwer.
- Wartna, B.S.J., el Harbachi, S., & van der Knaap, L.M. (2005). *Buiten behandeling: een cijfermatig overzicht van de strafrechtelijke recidive van ex-terbeschikkinggestelden*. Den Haag: WODC (Onderzoek en Beleid nr. 230).

#### AUTEUR

B.C.M. RAES is hoogleraar Forensische Psychiatrie aan de Faculteit der Rechtsgeleerdheid van de Vrije Universiteit en de Rijksuniversiteit Groningen en (plv.) Raad bij de Penitentiaire Kamer van het Gerechtshof in Arnhem.

Correspondentieadres: prof. dr. B.C.M. Raes, Hugo de Grootstraat 4 bis, 3581 XS Utrecht.

E-mail: d.raes@wxs.nl.

Geen strijdige belangen meegeedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 20-3-2008.

#### SUMMARY

25 years of forensic psychiatry in the Netherlands, a concise review – B.C.M. Raes –  
*In the past 25 years of forensic psychiatry in the Netherlands, there have been improvements in the quality of information made available for pre-trial assessments, changes in the psychopathological characteristics of the patient population, shifts in the treatment paradigm and an increase in scientific research.*

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)JUBILEUMNUMMER 1959-2008, 71-75]

**KEY WORDS** forensic psychiatric treatment, forensic psychiatry, penitentiary psychiatry