

Forensisch-psi­chiatrische diagnostiek

Hoog tijd om er een echt vak van te maken

Eric Rassin & Harald Merckelbach¹

Bij de beantwoording van de derde en vierde hoofdvraag uit artikel 350 Sv laat de rechter zich bijstaan door gedragsdeskundigen. Het gaat dan om forensisch psychiaters en psychologen, die via hun Pro Justitia rapportages de rechter voorlichten over de symptomen en vervolgens de (on)toerekeningsvatbaarheid van de verdachte. Maar in de diagnostiek van deze deskundigen gaat het nodige mis. In deze bijdrage wordt dit type voorlichting van een paar kritische kanttekeningen voorzien. Ook mogelijke oplossingen voor de problemen die worden geïdentificeerd worden besproken.

De forensische psychiatrie is al langere tijd onderwerp van discussie. Zo werd in dit tijdschrift nog onlangs betoogd dat strafrechtelijke sancties bij voorkeur een voorlopig karakter behoren te dragen, omdat de psychiatrische inzichten waarop zulke sancties zijn gestoeld, nu eenmaal traag rijpen.² Stel bijvoorbeeld dat een verdachte van een levensdelict een vrijheidsstraf krijgt opgelegd, terwijl later blijkt dat het delict in een psychotische toestand werd gepleegd. Dan, zo zeggen de auteurs van het artikel, zou het strafrecht de flexibiliteit moeten kunnen opbrengen om de straf in te ruilen voor een behandeling. Ook menen zij dat het Nederlandse strafrecht een uitgangspunt hanteert dat juist voor de categorie van psychiatrische verdachten problematisch is. De auteurs doelen daarbij op het principe dat volwassen verdachten voor toerekeningsvatbaar worden gehouden totdat er duidelijke blijken van het tegendeel zijn. De boodschap van deze auteurs en andere auteurs uit hun kring is dat de rechter beter naar de psychiater moet luisteren. Dat is een stichtende boodschap, maar het veronderstelt dat de psychiater over solide kennis kan beschikken. Maar beschikt hij³ daar ook over? Wij hebben daar zo onze twijfels over en leggen hieronder uit waar die vandaan komen.

Psychiatrische diagnostiek in het algemeen

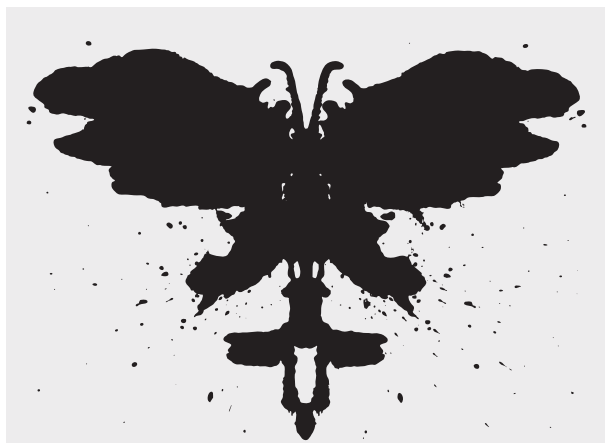
Zoals in veel andere westerse landen, laten ook in Nederland psychiaters zich bij het stellen van hun diagnoses veelal leiden door de Amerikaanse *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, kortweg de DSM-5.⁴ Dit boek catalogiseert een paar honderd breed erkende psychiatrische stoornissen. Het biedt daartoe de nomenclatuur – zoals ‘post traumatische stressstoornis’, ‘antisociale

persoonlijkheidsstoornis’ en ‘obsessief-compulsieve stoornis’ – en de criteria waaraan een patiënt moet voldoen, wil hij in aanmerking komen voor een van de diagnostische labels uit de DSM-5.

Het voordeel van het volgen van deze nomenclatuur is dat het in beginsel consensus over diagnoses mogelijk maakt. Zoiets bevordert de kennisaccumulatie voor dokters en wetenschappers. Maar de DSM-5 beschermt niet tegen diagnostische missers. Zo komt het wel voor dat een patiënt die last heeft van nachtmerries, aanvankelijk de diagnose posttraumatische stressstoornis krijgt, terwijl later toch blijkt dat er sprake is van een obsessief-compulsieve stoornis.⁵ Om een ander voorbeeld te geven: er bestaat een aanzienlijke kans dat als de ene psychiater met de DSM-5 in de hand een antisociale persoonlijkheidsstoornis vaststelt bij de verdachte, een andere psychiater het daar – eveneens met de DSM-5 in de hand – niet mee eens is. Een van de twee kan hoogstens gelijk hebben, terwijl tenminste één expert een diagnostische fout maakt.⁶

Wij kennen de precieze onzekerheidsmarge van psychiatrische diagnoses niet, maar stellen ons zo voor dat missers hier in de regel niet zo erg zijn. De patiënt die fout is gediagnosticeerd, zal een onwerkzame behandeling krijgen, de klachten zullen aanhouden en de diagnose zal uiteindelijk worden ingewisseld tegen een betere met dito behandeling. Het wordt pas ernstig als de behandeling danig invasief is, hetgeen bij psychiatrische en psychotherapeutische interventies vaak niet – maar soms wel⁷ – aan de hand is.

Diagnostische missers zijn één ding, maar hoe ze zoveel mogelijk zijn te voorkomen, is een andere kwestie. Voor psychologen geldt dat fouten worden vermeden door het gebruik van gevalideerde meetinstrumenten, waarbij



Figuur 1. Voorbeeld van een inktvlek vergelijkbaar met die uit de Rorschachtest.

te denken valt aan vragenlijsten en tests. Van psychologen mag derhalve worden verwacht dat ze hun diagnostische conclusies trekken op grond van instrumenten die aantoonbaar meten wat ze beogen te meten. Foutloze tests bestaan niet, maar de foutenmarge moet wel binnen de perken blijven. Het is inmiddels vele malen aangetoond dat het gebruik van goede tests psychologen tot betere diagnostiek in staat stelt dan professionele ervaring, mensenkennis en vrijblijvende gesprekken met de patiënt of de verdachte.⁸ Ter illustratie: psychologen kunnen zich hetzij op tests, hetzij op hun klinische intuïtie verlaten om te voorspellen of iemand in de toekomst gewelddadig wordt; op elke 1000 voorspellingen die ze aldus doen, zullen de tests zo'n 90 geweldsincidenten meer correct voorspellen dan intuïtie.⁹

Het aantal psychologische tests dat op de markt is, valt nauwelijks nog te tellen, maar ze zijn niet allemaal even goed gevalideerd. In de praktijk worden dus ook slechte tests gebruikt. Een berucht voorbeeld is de Rorschach-test. Deze test, ook wel de inktvlekkentest genoemd, bestaat eruit dat de geteste persoon een verhaal vertelt over wat hij ziet in abstracte inktvlekken. Dat verhaal wordt achteraf door de psycholoog of psychiater geïnterpreteerd. De validiteit van deze test is kwetsief omdat niet duidelijk is welke verhalen waarop zouden

Is het normaal of getuigt het van een verontrustend gebrek aan creativiteit om in Figuur 1 een vlinder te zien? Niemand die het weet

duiden. Is het normaal of getuigt het van een verontrustend gebrek aan creativiteit om in Figuur 1 een vlinder te zien? Niemand die het weet. Toch wordt de Rorschach-test op ruime schaal gebruikt, ook ten behoeve van pro Justitia-rapportages. De experts die deze test hanteren, geloven dat de verhalen inzicht bieden in verborgen motieven waarover de testpersoon in een vraaggesprek niet zomaar zou uitweiden. De kracht van de Rorschach-test zou dus zijn dat hij informatie uit de testpersoon haalt, die anders ontoegankelijk zou blijven.¹⁰ Dat is op zichzelf geen gekke gedachte, maar ondertussen blijkt dat het gebruik van de Rorschach-test niets toevoegt aan de kwaliteit van de diagnose; de foutenmarge van de test ligt ergens tussen 20 en 70%.¹¹

Waar psychologen zich beschermen tegen fouten door gebruik te maken van goede tests, geldt voor psychiaters paradoxaal genoeg dat zij zich zelden verlaten op tests. Psychiatrische diagnoses worden doorgaans gesteld op grond van gesprekken, ook wel diepte-interviews genoemd. Deze aanpak – zelfs als hij gestuurd wordt door de DSM-5 nomenclatuur – levert vaak een gebrekkige overeenstemming op tussen psychiaters die moeten oordelen over een en dezelfde persoon.¹² Consensus is al helemaal ver te zoeken als psychiaters op grond van hun diagnoses een oordeel moeten vellen over toerekeningsvatbaarheid. In een Amerikaans onderzoek werden 483 rapporten over 165 verdachten met elkaar vergeleken om te bezien hoe vaak experts tot eenzelfde oordeel kwamen. Overeenstemming over de toerekeningsvatbaarheid bleek er maar voor 55% van de verdachten te zijn.¹³ Dat percentage stemt tot nadenken.

Auteurs

1. Prof. mr. dr. E.G.C. Rassin is verbonden aan de Erasmus Universiteit Rotterdam; rassin@fsw.eur.nl. Prof. dr. H.L.G.J. Merckelbach is verbonden aan de Maastricht Universiteit; h.merckelbach@maastrichtuniversity.nl.

Noten

2. A. Loonen, P. van Panhuis & R. Meester, 'Belangrijke beperkingen van de gerechtelijke onderzoeksmethode', *NJB* 2014/721, afl. 14, p. 902-908.
3. We doelen hier en elders met 'hij' op mannen en vrouwen.
4. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition*, Washington: APA 2013.

5. J.F. Lipinski & H.G. Pope, 'Do "flashbacks" represent obsessional imagery?', *Comprehensive Psychiatry*, 1994/35, p. 245-247.

6. Technisch gesproken: de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid voor deze DSM-5 categorie is armoedig ($\kappa = 0.21$); zie voor een overzicht: S. Vanheule, M. Desmet, R. Meganck, R. Inslegger, J. Willemssen, M. de Schryver & I. Devisch, 'Reliability in psychiatric diagnosis with the DSM: Old wine in new barrels', *Psychotherapy and Psychosomatics*, 2014/83, p. 313-314.
7. S.O. Lilienfeld, Psychological treatments that cause harm. *Perspectives on Psychological Science*, 2007/2, p. 53-70.
8. W.M. Grove, D.H. Zald, B.S. Lebow, B. E. Snitz & C. Nelson, 'Clinical versus mechani-

cal prediction: A meta-analysis', *Psychological Assessment*, 2000/12, p. 19-30.

9. Zie voor meer voorbeelden: S. Aegisdottir, M.J. White, P.M. Spengler, A.S. Magerman et al., 'The meta-analysis of clinical judgment project', *The Counseling Psychologist*, 2006/34, p. 341-382.
10. H.N. Garb, J.M. Wood, S.O. Lilienfeld & M.T. Nezworski, 'Roots of the Rorschach controversy', *Clinical Psychology Review*, 2005/25, p. 97-118; S.O. Lilienfeld, J.M. Wood & H.N. Garb, 'Why questionable psychological tests remain popular', *The Scientific Review of Alternative Medicine*, 2006/10, p. 6-15.
11. Een telkens terugkerende diagnose die Rorschach-experts aan de verhalen van

gezonde mensen geven is 'psychose'. Zie voor een overzicht: W.M. Grove & R.C. Barnden (1999), 'Protecting the integrity of the legal system. The admissibility of testimony from mental health experts under Daubert/Kumho analysis', *Psychology, Public Policy, and Law*, 1999/5, p. 224-242; zie voorts: G. Ben-Shakhar, M. Bar-Hillel, Y. Bilu & G. Shefler, 'Seek and ye shall find: Test results are what you hypothesize they are', *Journal of Behavioral Decision Making*, 1998/11, p. 235-249.
12. S. Vanheule et al., 2014.
13. W.N. Gowensmith, D.C. Murrie & M.T. Boccaccini, 'How reliable are forensic evaluations of legal sanity?', *Law and Human Behavior*, 2013/37, p. 98-106.

We hebben wel een idee over waarom het met die consensus zo droevig gesteld is. Wie zijn oordeel stoelt op gesprekken met een patiënt of verdachte, zet de deur open voor cognitieve illusies, variërend van confirmatiebias (wie overtuigd is van de ziekte van een patiënt, zal alle ambigue informatie interpreteren vanuit die overtuiging) tot pathologiebias ('daar komt er weer een, die zal ook wel weer een antisociale persoonlijkheidsstoornis hebben').¹⁴

Foutenbronnen in de forensisch-psychiatrische diagnostiek

Het kan niet anders dan dat de forensisch-psychiatrische diagnostiek geplaagd wordt door een aanzienlijke foutenmarge, iets wat door beoefenaren van dat vak ook wel wordt erkend.¹⁵ Want vergeleken met een gewone psychiater, moet de forensisch psychiater werken onder omstandigheden waarin fouten goed gedijen. Om te beginnen: waar patiënten in de regel naar de psychiater gaan om beter te worden, geldt voor forensische patiënten dat ze vaak niet gemotiveerd zijn en er ook geen belang bij hebben om mee te werken aan forensisch-psychiatrische diagnostiek. Een deel van hen zal niet eens vrijwillig naar de psychiater zijn gekomen. Ook zullen forensische patiënten zich nogal eens beter of juist slechter willen voordoen dan dat zij er in werkelijkheid aan toe zijn. Psychiaters blijken, net als ieder ander, notoir slecht te zijn in het doorzien van veinzen.¹⁶ In de psychologie is er inmiddels een aantal tests ontworpen om veinzen te detecteren.¹⁷ Onze indruk is dat zulke tests slechts sporadisch worden ingezet bij de forensisch-psychiatrische diagnostiek. Om redenen die we eerder hebben uiteengezet, zijn in dat veld nog steeds experts op de been die een voorkeur hebben voor de Rorschach-test, als zij willen nagaan of de verdachte zijn klachten op een onwaarachtige manier presenteert.¹⁸ Het percentage forensische patiënten – verdachten en gedetineerden – dat klachten veinst, wordt ondertussen geschat op enkele tientallen procenten.¹⁹ We mogen dus aannemen dat de meerderheid van hen onder de radar van de forensisch-psychiatrische diagnostiek vliegt.

Dan is er ook deze foutenbron: de forensisch psychiater die zich moet uitspreken over toerekeningsvatbaarheid, beoordeelt niet de huidige toestand van de verdachte, maar die ten tijde van het delict. Tussen het delict en het forensisch-psychiatrisch onderzoek kunnen weken, maanden, of zelfs jaren verstrijken. De forensisch psychiater moet dus retrospectieve diagnostiek bedrijven, maar hoe dat in zijn werk gaat, blijft in nevelen gehuld.²⁰

Er bestaan in ieder geval geen tests die terug in de tijd kijken. Dit probleem denken experts in de praktijk op te lossen door vooral diagnoses te stellen die een aura

Vergeleken met een gewone psychiater, moet de forensisch psychiater werken onder omstandigheden waarin fouten goed gedijen

van permanentie hebben. Denk aan de antisociale persoonlijkheidsstoornis. Dat klinkt stabiel, en suggereert dat wie er vandaag aan lijdt, daar hoogstwaarschijnlijk een jaar geleden ook al aan leed. Maar die intuïtieve vanzelfsprekendheid gaat er ten eerste aan voorbij dat zo'n diagnose – zoals gezegd – weinig solide is en ten tweede dat ook een persoonlijkheidsstoornis – net als de persoonlijkheid – wel degelijk veranderlijk is.²¹

Een volgende foutenbron: de forensisch psychiater moet niet alleen in zijn tijdmachine stappen en een diagnose terug in de tijd stellen, maar hij moet ook nog eens de rechter voorlichten over de oorzakelijke samenhang tussen diagnose en delict. Een verdachte is immers niet strafbaar indien hij het delict heeft gepleegd onder invloed van een 'gebrekige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van zijn geestvermogens' (artikel 39 Sr). Wat is 'onder invloed van'? De beroepsgroep van forensisch psychologen en psychiaters verkeert daarover in dubio. Terwijl sommigen een psychiatrische diagnose zo relevant vinden dat zij liberalere standaards voor ontoerekeningsvatbaarheid adviseren,²² weten anderen het zo net nog niet. In die laatste categorie valt de forensische expert Brand: 'Of iemand een stoornis heeft, is absoluut niet relevant. Van de honderd schizofrenen plegen er misschien vijf een delict. Bovendien is een schizofreen die op het ene moment een parfum jat, omdat hij denkt daarmee de duivel te kunnen verdrijven, op een ander moment prima in staat om bewust te frauderen met zijn telefoonrekening'.²³ Het gebrek aan consensus over hoe diagnose en delict met elkaar samenhangen zal zeker debet zijn aan de tegenstrijdige conclusies die forensische experts debiteren over toerekeningsvatbaarheid.²⁴

14. R.S. Nickerson, 'Confirmation bias: A ubiquitous phenomenon in many guises', *Review of General Psychology*, 1998/2, p. 175-220; D.L. Rosenhan, 'On being sane in insane places', *Science*, 1973/179, p. 250-258; D. Faust & J. Ziskin, 'The expert witness in psychology and psychiatry', *Science*, 1988/241, p. 31-35.

15. Loonen et al., 2014 a.w.

16. E. Rassin, *Het Spinoza-effect: Goedgevoligheid en de zoektocht naar de waarheid*. Schiedam: Scriptorum 2013.

17. H. Merckelbach, *De leugenmachine: Over fantasten, patiënten en echte boeven*. Amsterdam: Contact 2011.

18. R. Hoogerwerf, W. van Kordelaar, J. Pauw, T. Verheugt & I. van Woudenberg, *Best practice ambulant: Forensisch psychologisch onderzoek en rapportage in het strafrecht voor volwassenen*. Almere: Plan-tijn Casparie 2007.

19. I.J.M. Niesten, L. Nentjes, H. Merckelbach & D.P. Bernstein (in druk), 'Antisocial features and faking bad: A critical note', *International Journal of Law and Psychiatry*.

20. In jargon heet dit probleem dat van 'de postdictie van diagnostische status' en het duikt voortdurend op in het forensische

doein. Neem dit voorbeeld: een forensisch psychiater stelt vast dat de verdachte leed aan een posttraumatische stressstoornis ten tijde van het delict. Maar hoe kan de expert uitsluiten dat deze stoornis het gevolg is van het delict waarmee de verdachte ook zichzelf heeft getraumatiseerd? En hoe valt uit te sluiten dat de stoornis het gevolg is van detentie?

21. E. Rassin, *Niemand is uniek, behalve ik: Hoe je persoonlijkheid voortdurend verandert*, Amsterdam: Bert Bakker 2010.

22. Loonen et al., 2014; p. 906: 'Dit heeft als consequentie dat in ieder geval statistisch gezien onder de plegers van levensdelicten vaker mensen met dit soort psychische stoornissen worden aangetroffen dan hun frequentie van voorkomen is binnen de algemene bevolking. Dit maakt de stelling dat iedere delinquent toerekeningsvatbaar is zolang het tegendeel niet is bewezen, onhoudbaar.' De globale strekking van deze zin snappen we, maar de finesses vinden we bepaald raadselachtig.

23. D. van der Neut, 'Moordenaar of patiënt?' *Psychologie Magazine*, juli-augustus 2003, p. 15-17, citaat p. 17.

24. Gowensmith et al., 2013.



Bij forensisch-psychiatrische diagnose draait het trouwens niet meer 'alleen maar' om de aanwezigheid van een stoornis en de oorzakelijke samenhang met het delict. De diagnosticus wordt ook geacht de vraag naar de kans op herhaling te beantwoorden.²⁵ Het voorspellen van toekomstig gedrag (risicotaxatie in casu) is niet onmogelijk, maar wel moeilijk, zeker als dat moet gebeuren binnen de contouren van het strafrecht. Niettemin dicteert het systeem dat mede op grond van deze taaie kwestie het vervoltraject voor de verdachte wordt bepaald. Beschikbare tests om recidive te voorspellen, zoals de Psychopathic Checklist (PCL-R), presteren matig²⁶ en een van de redenen daarvoor is dat ze getroebleerd worden door de zogenaamde 'allegiance bias': forensische experts die op verzoek van de verdediging rapporteren schatten de risico's lager in dan experts die op verzoek van het Openbaar Ministerie rapporteren.²⁷ Maar een matige test is nog altijd beter dan geen test. Hoe een forensisch psychiater op grond van een diepte-interview tot een inschatting van het recidive-risico kan komen, snappen we niet. Wij betwijfelen ook of de psychiater wel de geëigende deskundige is om de vraag naar zulke risico's te beantwoorden. Uit ervaring weten we in ieder geval wel dat psychiaters zich in hun pro Justitia-rapportages nogal eens uitspreken over recidiverisico's.

Weeffouten

Tot zover hebben we enkele foutenbronnen in de praktijk van de forensisch-psychiatrische diagnostiek belicht. Maar die praktijk stuit ook op een paar weeffouten in het Nederlandse strafprocesrecht. Het gaat om problemen die allicht juridisch te rijmen zijn, maar als relatieve buitenstaanders vinden wij ze tenminste opmerkelijk. Het springende punt daarbij is dit: de antwoorden op de vraag naar psychiatrische stoornis, causaliteit ten opzichte van het delict, en recidiverisico worden door de forensisch psychiater gebundeld in één advies over toerekeningsvatbaarheid. Het advies wordt door de rechter gebruikt om de sanctie te bepalen. Maar aangezien de rechter dat advies ook al kent op het moment dat hij de schuldvraag beantwoordt, kan niet worden uitgesloten dat het advies doorwerkt in de beantwoording van de prealabele schuldvraag. Stel dat de rechter op weg is om overtuigd te raken van de schuld van de verdachte en dan het pro Justitia-rapport openslaat. In het rapport wordt geconcludeerd dat de verdachte een ernstige persoonlijkheidsstoornis heeft met gemengde antisociale, ontwijkende en passief-agressieve trekken. Zo'n diagnostische conclusie kan zomaar het laatste stukje overtuiging opleveren.²⁸ Het risico van diagnostische vervuiling zou vermeden moeten worden. Maar prospectieve bevuiling – rechterlijke overtuiging die gevoed wordt door een aan een pro Justitia-rapport ontleend recidiverisico – is helemaal kwestieus. Het komt er dan in essentie op neer dat de verdachte mede wordt veroordeeld vanwege mogelijk toekomstige criminaliteit.

Sommige forensisch psychologen blijven laconiek onder de problemen die we hier schetsen: 'De onderzoeker ontkomt er nagenoeg niet aan om met het beschrijven van de persoon(lijke)structuur van de verdachte toch een bijdrage te leveren aan de overtuiging van de rechter, die immers, wil hij tot een veroordeling komen, het ten laste gelegde wettig en overtuigend bewezen moet ach-

ten'.²⁹ Maar wat heeft de persoon(lijke)structuur van de verdachte er überhaupt mee te maken? Justitie behoort toch blind te zijn en te oordelen zonder aanzien des persoons? Terzijde zij opgemerkt dat een deel van de hier genoemde problematiek ook speelt in civiele procedures (BOPZ) waarbij psychiatrische en psychologische diagnostiek een rol speelt.

Een andere, maar gerelateerde weeffout is de manier waarop met ontkenkende verdachten wordt omgegaan. Forensisch psychiater Van Marle zegt er dit over: 'The problem with this examination is that no discussion about the crime in question can take place because the person claims to know nothing about it. In order to be able to provide the judge with proper advice, it is advisable to assume that the person being examined committed the crime in question'.³⁰ De forensisch psycholoog Koenraadt en zijn collega's vallen Van Marle bij, zij het dat ze de kwestie nogal omfloerst formuleren: 'The assessment does however need to consider the significance of the offence (if proven) within the detainee's personality structure or life story. In the case of a defendant who denies the charges this is a delicate matter, which is difficult if not impossible to discuss with him, so the psychologist will

Zo'n diagnostische conclusie kan zomaar het laatste stukje overtuiging opleveren

need to formulate a few hypotheses and develop them in the course of the assessment and in the report. He will therefore need to stick to the facts described in the case file'.³¹ Hoe dan ook, de praktijk die hier wordt beschreven is in regelrechte strijd met de presumptie van onschuld. Geldt die presumptie even niet tijdens opname in het Pieter Baan Centrum of tijdens het ambulante psychiatrische onderzoek van de verdachte?

Behalve dat de uit bovenstaande citaten blijkende presumptie van schuld vreemd aandoet, kan zij makkelijk leiden tot overdiagnostiek. Stel dat de verdachte Kees B. ontkent tijdens zijn verblijf in het Pieter Baan Centrum en voor het overige een rustige bewoner is van het observatiecentrum. Idealiter zouden de forensisch deskundigen dan een beroep doen op artikel 37 lid 3 Sr: onder deze omstandigheden is geen zinnig rapport te schrijven. Voor de deskundige die uitgaat van B's schuld, ligt dat anders: B. is passief-agressief, antisociaal, psychopaat, en zijn ontkenning maakt deel uit van de psychiatrische problematiek, want die geeft blijk van ontwijkende persoonlijkheidskenmerken.³²

Oplossingen

In het voorgaande is betoogd dat forensisch-psychiatrische diagnosen met grote problemen zijn omgeven. Diagnostiek is sowieso al moeilijk en de forensische context wakkert fouten alleen maar aan. Sommige van de door ons signaleerde problemen zijn wellicht onoplosbaar, maar andere zijn te repareren. Een drastisch voorstel is

om het instituut van de ontoerekeningsvatbaarheid af te schaffen. De mens wordt daarmee de kleinste voor het strafrecht relevante eenheid. We maken niet langer onderscheid tussen een mens en zijn zieke geest. Elk individu dat zich niet aan de regels houdt, wordt bestraft, zelfs als de regeloverschrijding is toe te schrijven aan een ziekte.³³ Dat lijkt weinig humaan. Toch is onze huidige praktijk niet veel beter. Om te beginnen is het aantal daders dat tbs krijgt opgelegd slechts een fractie van het aantal gedetineerden. Over de periode 1997-2009 werd in de categorie van levensdelicten en brandstichting bij 6% van de gevallen een tbs opgelegd.³⁴ Het 'tbs-probleem' is daarmee bescheiden, maar gaat wel hand in hand met een jaarlijkse productie van duizenden pro Justitia-rapportages.³⁵

Bovendien is het nog maar de vraag of daders tegenwoordig ontoerekeningsvatbaar worden verklaard op grond van humanitaire beginselen. Er zijn nu eenmaal meerdere strafdoelen, zoals vergelding, specifieke preventie (recidivepreventie), generieke preventie (voorbeeld stellen), onschadelijkmaking, herstel van de morele balans en rehabilitatie.³⁶ Van al deze strafdoelen zijn alleen de eerste twee relevant voor tbs. Voor de onschadelijkmaking maakt het bijvoorbeeld niet uit of de dader wordt opgesloten in een gevangenis of een tbs-kliniek. Voor vergelding geldt echter dat het discutabel is om te willen vergelden als de dader ziek is. Voor de specifieke preventie geldt dat het systeem er blijkbaar vanuit gaat dat ontoerekeningsvatbare daders niet leren van straf. In de huidige praktijk ligt de nadruk inderdaad sterk op deze overweging. Denk aan het gevaarscriterium uit artikel 37a Sr. Daders worden veroordeeld tot tbs in plaats van gevangenisstraf, niet uit humaan oogpunt, maar uit angst dat ze weer in de fout zullen gaan.³⁷ Waarmee we dit willen zeggen: het instituut van ontoerekeningsvatbaarheid is niet alleen klein in termen van aantallen tbs-ers, maar ook in verhouding tot de strafdoelen.

Een ander voorstel is om wettelijk vast te stellen voor welke delicten daders veroordeeld worden tot tbs. Net zoals je voor inbraak een maximale gevangenisstraf kunt hanteren, zou je aan bijvoorbeeld daders van serieverkrachting standaard een tbs kunnen opleggen. Daarmee wordt de forensisch-psychiatrische diagnose goeddeels overbodig. Veel van de hierboven gesignaleerde problemen zouden dan verdwijnen. Hoewel het aanvanke-

Diagnostiek is sowieso al moeilijk en de forensische context wakkert fouten alleen maar aan

lijk wellicht vreemd lijkt om bij de strafbaarstelling tevens een toerekeningsvatbaarheidsdefinitie op te nemen, geldt ook hier dat de praktijk daar nu al toe neigt. Zo bepaalt artikel 37a lid 1 sub 1 dat tbs alleen mogelijk is in geval van delicten waarop minstens vier jaar gevangenisstraf staat, of voor specifiek omschreven delicten. Verder blijkt uit onderzoek dat plegers van bepaalde misdrijven eerder in aanmerking komen voor een tbs dan plegers van andere misdrijven: in de meeste gevallen gaat het om (bedreiging met en poging tot) levensdelicten (32%), (poging tot) geweldsdelicten (31%), zedendelicten (16%) en brandstichting (7%).³⁸ Dat is een opvallend kleine selectie uit alle definities die zijn te vinden in het Wetboek van Strafrecht. Een vergelijkbare selectie tekent zich overigens af voor de erbij horende psychiatrische diagnoses. Meestal 'blijkt' er sprake van een persoonlijkheidsstoornis (39%), een psychotische stoornis (17%), een stemmingsstoornis (12%), en/of een parafilie (5%). Daarom: ons voorstel om bepaalde delicten wettelijk te pareren met ontoerekeningsvatbaarheid is slechts een codificatie van de bestaande praktijk, maar dan wel een die problematische diagnostiek overbodig maakt.

Een variant is om gevangenisstraf en tbs te verwerpen. Je zou bijvoorbeeld daders die veroordeeld worden tot minstens vier jaar gevangenisstraf, in hun laatste jaar standaard aan een 'tbs-achtige' behandeling kunnen onderwerpen, zodat hun terugkeer in de maatschappij soepel zal verlopen. Vreemd voorstel? De huidige praktijk, waarin daders nogal eens worden veroordeeld tot een combinatie van gevangenisstraf en tbs is niet minder vreemd. Moeten daders, die deels ontoerekeningsvatbaar zijn, eerst behandeld worden om vervolgens optimaal te kunnen 'leren' van hun straf? Of moeten ze eerst worden gestraft, ondanks dat ze deels ontoerekeningsvatbaar zijn? In de praktijk is gekozen voor dat laatste.

We geven toe: onze verbetervoorstellen zijn dras-

25. www.nifpnet.nl.

26. S. Fazel, J.P. Singh, H. Doll & M. Grann, 'Use of risk assessment instruments to predict violence and antisocial behaviour in 73 samples involving 24827 people: Systematic review and meta-analysis', *British Medical Journal*, 2012, DOI: 10.1136/bmj.e4692.

27. D.C. Murrie, M.T. Boccaccini, L.A. Guarnera & K. Rufino (in druk), 'Are forensic experts biased by the side that retained them?', *Psychological Science*.

28. E. Rassin, 'Oneigenlijke beïnvloeding, onmogelijke onderzoeksopdrachten, ontkennende verdachten en onscherpe diagnoses: Enkele TBS-gerelateerde problemen', *De Psycholoog*, 2005/40, p. 378-384.

29. F. Koenraadt & S.J. Steenstra (red.), *Forensische psychologie: Rapportage en behandeling in het straf(proces)recht*. Arnhem: Gouda Quint 1995, citaat: p. 84.

30. H. Van Marle, 'The Dutch medico-legal health system in forensic psychiatry', in: E. Blaauw, M. Hoeve, H. van Marle & L. Sheridan (red.), *Mentally disordered offenders: International perspectives on assessment and treatment*, Den Haag: Elsevier 2002, p. 145-170, citaat: p. 157.

31. F. Koenraadt, A. Mooij & J. van Mulbregt (red.), *The mental condition in criminal law: Forensic psychiatry and psychological assessment in a residential setting*, Amsterdam: Dutch university press 2007,

citaat: p. 117.

32. En zo is het ook gegaan: P.J. van Koppen, *De Schiedammer parkmoord: Een rechtspsychologische reconstructie*. Nijmegen: Ars Aequi 2003.

33. F. Frenkel, 'Toerekeningsvatbaarheid: Een schijnprobleem', *De Psycholoog*, 1989/24, p. 499-503. Strafdooelen

34. E.M.H. van Dijk, *Daling oplegging tbs met dwangverpleging. Memorandum 2011-1*, Den Haag: WODC 2011.

35. W.F. Kordelaar & G.R.C. Veurink, 'De indicatiestelling voor gedragsdeskundige expertise', in: H. van Marle & P. Mevis (red.), *Gedragskundige rapportage in het strafrecht*, p. 125-135, Lisse: Kluwer 2008.

36. J.M. De Keijser, R. van der Leeden & J.L. Jackson, 'From Moral Theory to Penal Attitudes and Back: A Theoretically Integrated Modeling Approach', *Behavioral Sciences and the Law*, 2002/20, p. 317-335.

37. M.J.F. van der Wolf, *TBS: Veroordeeld tot veroordeel: Een visie na analyse van historische fundamentele van recente knelpunten, het systeem en buitenlandse alternatieven*, Oosterwijk: Wolf Legal Publishers 2012.

38. B.A. Blansjaar, M.M. Beukers & W.F. van Kordelaar (red.), *Stoornis en delict: Handboek psychiatrische en psychologische rapportage in strafzaken*, Utrecht: De Tijdstroom 2008.

Het is nog maar de vraag of daders tegenwoordig ontoerekeningsvatbaar worden verklaard op grond van humanitaire beginselen

tisch, maar ze zijn minder drastisch dan het voorstel van Loonen en collega's om de forensisch-psychiatrische foutenmarge te compenseren met herroepbare veroordelingen. Dat scheidt, zoals ook door anderen is opgemerkt, een grote rechtsonzekerheid.³⁹ Een minder vergaand voorstel, dat wellicht zonder al te veel wetgeving zou kunnen worden geïmplementeerd, is gelegen in de manier waarop forensisch psychiaters en psychologen met elkaar samenwerken. Artikel 37 lid 2 Sr luidt: 'De rechter geeft een last als bedoeld in het eerste lid slechts nadat hij zich een met redenen omkleed, gedagtekend en ondertekend advies heeft doen overleggen van ten minste twee gedragsdeskundigen van verschillende disciplines - waaronder een psychiater - die de betrokkene hebben onderzocht. Zodanig advies dient door de gedragsdeskundigen gezamenlijk dan wel door ieder van hen afzonderlijk te zijn uitgebracht. Indien dit advies eerder dan een jaar voor de aanvang van de terechtzitting is gedagtekend, kan de rechter hiervan slechts gebruik maken met instemming van het openbaar ministerie en de verdachte'. In de praktijk is er veelal een werkverdeling tussen de forensisch psychiater en de forensisch psycholoog, waarbij de eerste de vraag naar de psychiatrische stoornis beantwoordt en de tweede het recidiverisico bepaalt. Uiteindelijk komen beiden in overleg tot één conclusie en één advies. Deze benadering, die schijnconsensus in de hand werkt, zou kunnen worden vervangen door een waarbij psychiater en psycholoog onafhankelijk van elkaar alle relevante vragen beantwoorden. Waarschijnlijk blijkt dan dat ze het in niet veel meer dan de helft van de gevallen met elkaar eens zijn,⁴⁰ wat voor de rechter relevant is om te weten en als uitgangspunt kan dienen voor vergaande protocollering van de forensisch-psychiatrische diagnostiek. Wat dat betreft kan de forensisch psychiater, die in artikel 37 Sr onterecht wordt aangeduid als gedragskundige (hij is immers geneeskundige) en in het algemeen een hogere vergoeding ontvangt voor een Pro

Justitia-rapportage dan een forensisch psycholoog, nog wat leren van de psychologische literatuur over tests en die over cognitieve biases.⁴¹

Toontje lager

Wanneer is iemand een echte expert? De vakliteratuur zegt daar het volgende over: de expert weet verschillende gevallen die aan zijn oordeel zijn onderworpen te onderscheiden en hij doet dat op een consistente manier. Stel dat een dokter vier patiënten met vier verschillende aandoeningen ziet. En stel voorts dat deze patiënten in eenzelfde toestand na een half jaar de dokter nogmaals consulteren. Dan kan de dokter als expert gelden indien hij vier verschillende ziektebeelden weet te discrimineren en daarbij geen inconsistenties begaat. In jargon: zijn Cochran-Weiss-Shanteau (CWS)-index is hoog, omdat hij verschillende diagnoses goed discrimineert en dat ook nog eens consistent doet (CWS = discriminatie/inconsistentie).⁴² Wij vermoeden dat de CWS-index van forensisch psychiaters laag is. Dat vermoeden is gebaseerd op de analyse waar de lezer hierboven kennis van heeft kunnen nemen en op de ruiterlijke erkenning van die inconsistenties door forensisch psychiaters zelf.⁴³ Sommigen van hen leggen die inconsistenties uit als een vorm van vertraagd inzicht en zij zouden graag zien dat het strafrecht – via een stelsel van herroepbare veroordelingen – daarmee rekening houdt. Dat lijkt ons een mal voorstel, want dan moet het strafprocesrecht zich aanpassen aan de armoedige kwaliteit van de forensisch-psychiatrische diagnostiek. Verstandiger is het om de forensisch-psychiatrische diagnostiek een minder voorname plaats te geven. Dat kan door het stelsel van straf en tbs met elkaar te combineren. En als dat niet mogelijk is, dan moet de forensisch-psychiatrische diagnostiek gedisciplineerd worden via protocollen zodat inconsistenties en daarmee rechtsongelijkheid worden vermeden. •

39. W. van Hattum, 'Sancties zonder houdbaarheidsdatum: Reactie op 'Belangrijke beperkingen van de gerechtelijke onderzoeksmethode'. *NJB* 2014/1227, afl. 25, p. 1675-1680.

40. Gowensmith et al., 2013.

41. D. Kahneman, *Ons feilbare denken*. Amsterdam: Business contact 2011.

42. D.J. Weiss & J. Shanteau, 'Who's the best? A relativistic view of expertise',

Applied Cognitive Psychology, 2014/28, p. 447-457.

43. Loonen et al., 2014; en zie ook: W.

Derks, *Het oordeel van Hippas: Over de deskundigheid van psychiaters en psycho-*

logen en hun invloed op de strafrechtspraak, Amsterdam: De Arbeiderspers 2001.