



Universiteit
Leiden
The Netherlands

Gedragdeskundigen in strafzaken

Esch, C.M. van

Citation

Esch, C. M. van. (2012, March 21). *Gedragdeskundigen in strafzaken*. Koninklijke Van Gorcum, Assen. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/20438>

Version: Not Applicable (or Unknown)

License: [Licence agreement concerning inclusion of doctoral thesis in the Institutional Repository of the University of Leiden](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/20438>

Note: To cite this publication please use the final published version (if applicable).

Cover Page



Universiteit Leiden



The handle <http://hdl.handle.net/1887/20438> holds various files of this Leiden University dissertation.

Author: Esch, Cornelia Marianne van
Title: Gedragsdeskundigen in strafzaken
Issue Date: 2012-03-21

Hoofdstuk 10

De verslaglegging

10.1 Inleiding

Zoals uit het voorgaande hoofdstuk blijkt, bestaan er grote verschillen in de manier waarop gedragsdeskundigen in strafzaken onderzoek verrichten. De vraag die in dit hoofdstuk aan de orde is luidt: Hoe is dat bij de verslaglegging?¹

De verschillende aspecten van de verslaglegging die de revue passeren, zullen besproken worden op de volgende punten: diagnostiek, beschrijving van de relatie tussen de stoornis en het delict, toerekeningsvatbaarheid, recidivegevaar en advisering. Deze onderwerpen vormen de hoofdthema's van het onderzoek en de rapportage in strafzaken (zie § 3.3). Voordat ik aan de bespreking van deze punten toekom, wil ik echter enkele complicaties noemen die van grote invloed zijn geweest op de analyse van het onderzoeksmateriaal.

Opvallend is dat de verslaglegging van gedragsdeskundig onderzoek in strafzaken zeer weerbarstige materie betreft. Dit geldt mijns inziens niet alleen voor een onderzoeker die dergelijk materiaal analyseert, maar ook voor de uiteindelijke consument: de rechter, de officier van justitie, de raadsman, de reclassering, etc.

Voor het opstellen van de verslaglegging voor gedragsdeskundige rapportages in strafzaken bestaat sinds de jaren negentig van de vorige eeuw een zogeheten Format.² Hierin wordt aangegeven welke paragrafen een rapport moet bevatten. Bij het Format bestaat een toelichting waarin aangegeven staat wat die verschillende paragrafen behelzen. Daarnaast is in het Format een standaardvraagstelling opgenomen, die geformuleerd is vanuit het NIFP. Aan de hoofdvragen is een aantal subvragen toegevoegd, die ertoe zouden moeten

leiden dat de gedragsdeskundige zijn beweringen inzichtelijk maakt.

De bedoeling van de dataverzameling van het onderhavige onderzoek was om zoveel mogelijk te werken met gesloten antwoordcategorieën, zodat een kwantitatieve analyse kon worden gemaakt. Als uitwijkmogelijkheid werd in de checklist dikwijls de mogelijkheid “anders, namelijk” opgenomen. Hier moest echter zo vaak gebruik van worden gemaakt dat een kwantitatieve analyse niet zonder meer mogelijk bleek.

Hiervoor werd aangegeven dat de verslaglegging weerbarstige materie betreft. Vaak heb ik mensen uit forensisch psychiatrisch en psychologisch vakgebied benaderd met vragen die rapportages bij mij opriepen, waarover zij naar mijn idee iets zouden moeten kunnen zeggen. Niet met de intentie om het vakgebied van de gedragskundige te betreden, maar uit belangstelling. Wat opviel was dat dit vaak heel verschillende informatie opleverde.

Voordat de beschrijving van de onderzoeksresultaten plaatsvindt, besteed ik aandacht aan een onderwerp dat bij de onderhavige analyse een complicerende factor vormt, maar dat tevens aangemerkt kan worden als een belangrijke inhoudelijke bevinding: het taalgebruik dat zich bij de verslaglegging bij de diverse onderdelen van het verslag manifesteert, inconsistenties en de structuur - of beter gezegd het ontbreken daarvan - in de rapportages (§ 10.2). Daarna komt de inhoud van de rapportage Pro Justitia aan de orde. Achtereenvolgens ga ik in op de diagnostiek (§ 10.3), de causaliteit (§ 10.4), de toerekeningsvatbaarheid (§ 10.5) het recidivegevaar (§ 10.6), het behandeladvies (§ 10.7) en het juridisch kader van het behandeladvies (§ 10.8). Voor zover er significante ($p < 0.05$) verschillen zijn, zal een differentiatie plaatsvinden naar arrondissement, discipline, onderzoeksmodaliteit, supervisie en type delict.

1 In de 123 zaken die betrokken zijn in dit onderzoek, zijn 194 rapporten uitgebracht.

2 Zoals eerder aangegeven bedoel ik hiermee het Format dat opgesteld is door een werkgroep van het NIFP. In deze studie duid ik dat kortweg aan met de term Format.

10.2 Gedragsdeskundige rapportage: een weerbarstige materie

Bij gedragsdeskundige rapportages Pro Justitia worden juristen geconfronteerd met een vakgebied dat het hunne niet is. Dit vergt extra inspanning van de gebruiker van een dergelijk verslag om het te begrijpen. Iets dergelijks geldt voor de opstellers van zulke verslagen. Zij hebben wellicht meer uit te leggen wanneer zij schrijven voor juristen, dan wanneer zij dat doen voor vakgenoten. Hoe ingewikkeld het is om vanuit het ene vakgebied een ander voor te lichten, blijkt heel duidelijk bij de analyse van de verslaglegging van gedragsdeskundigen die onderzoek verrichten in strafzaken. Wat voor (forensisch) gedragsdeskundigen vanzelfsprekend lijkt, is dat voor juristen vaak allerminst. Een en ander levert problemen op bij de analyse van de verslaglegging. Voordat ik toekom aan de analyse van een aantal inhoudelijke onderwerpen uit de verslaglegging, geef ik daarom eerst een uiteenzetting van complicerende factoren waarmee de verslaglegging van de diagnostiek, de beschrijving van de relatie tussen stoornis en het tenlastegelegde, de toerekeningsvatbaarheid, het voorspellen van recidive en het (behandel-)advies, veelal gepaard gaat. In vrijwel elk rapport komen één of meer omstandigheden voor die de analyse van het verslag bemoeilijken. Het aantal rapporten waarin die niet zijn aan te treffen, zijn op de vingers van één hand te tellen. Overigens is de conclusie dat op deze rapporten niets aan te merken is wat al te voorbarig. Soms doen zich binnen één van de hiervoor genoemde onderdelen verschillende problemen voor. Bij ongeveer één op de tien rapporten blijven die beperkt tot één onderdeel. Bij ongeveer negen van de tien verslagen doen die zich bij verschillende onderdelen voor. Om een en ander te verduidelijken, zal ik in het vervolg van deze paragraaf op een aantal veel voorkomende complicerende factoren ingaan. Zo besteed ik in § 10.2.1 aandacht aan aanvullende en tegenstrijdige formuleringen. In § 10.2.2 komt vaagheid bij de verslaglegging aan de orde, in § 10.2.3 de structuur van de rapportages en tot slot in § 10.2.4 het gebruik van jargon.

10.2.1 Aanvullende en tegenstrijdige informatie

Bij ruim een derde van de 194 rapportages die in het kader van dit onderzoek zijn geanalyseerd, speelt *verwevenheid* van de verstrekte informatie op enigerlei wijze een rol. Hiermee bedoel ik dat

de antwoorden op verschillende vragen in samenhang met elkaar bezien moeten worden. Soms werkt het verhelderend om bij andere onderdelen van de rapportage te rade te gaan. Beweringen van de gedragsdeskundige bij het ene onderdeel van de rapportage, leveren soms een aanvulling op bij hetgeen hij op een andere plaats beweert.

Een andere keer maakt dat de zaak gecompliceerder, omdat hetgeen de gedragsdeskundige op verschillende plaatsen beweert *inconsistent* is. Dat wil zeggen dat beweringen die de gedragsdeskundige op verschillende plaatsen van het verslag doet, tegenstrijdige informatie opleveren. Soms doen zich inconsistenties voor in dezelfde zin of passage. Een andere keer wisselen de bevindingen van de gedragsdeskundige in de verschillende onderdelen van het verslag. In andere gevallen heeft de inconsistentie geen betrekking op de vindplaats, maar sluit de conclusie niet aan bij de daaraan voorafgaande bewering. Dan weer doen zich inconsistenties voor tussen de antwoorden op verschillende vragen.

Zowel aanvullende als tegenstrijdige informatie trof ik in de verslaglegging aan bij de diagnostiek, de beschrijving van de relatie tussen de stoornis en het tenlastegelegde feit, de toerekeningsvatbaarheid, het voorspellen van recidivegevaar en bij de advisering. Om het een en ander te verhelderen zal ik voorbeelden geven bij de verschillende onderdelen.

Verwevenheid speelt bij de *diagnostiek* in ongeveer één op de tien rapporten een rol. Meestal gaat het daarbij om inconsistenties. Vaak hebben die te maken met de vraag in hoeverre al dan niet sprake is van een stoornis. De checklist bevat onder meer de vraag in hoeverre volgens de psychiater respectievelijk de psycholoog, sprake is van een gebrekkige ontwikkeling en/of ziekelijke stoornis van de geestvermogens. Zo levert de beantwoording van die vraag in het volgende citaat problemen op. De psychiater schrijft over een verdachte, die medeplegen van oplichting en opzetheling is tenlastegelegd:

“Bij betrokkene is sprake van een (mogelijk nu niet meer actuele) harddrugverslaving met als gevolg daarvan chronisch geldgebrek en de neiging te vervallen tot diefstal en valsheid in geschrifte. [niet cursief CvE] Psychotische dan wel depressieve stoornissen zijn in het psychiatrisch onderzoek niet te vinden, maar de psycholoog vindt wel aanwijzingen voor randpsychotische symptomen. Zeker is er sprake van een gemengde persoonlijkheidsstoornis met zowel hysterische als ook borderline kenmerken.”

De vraag dient zich aan of er nog wel gesproken kan worden van een harddrugsverslaving, nu die niet meer actueel is.

Ook komt het bij de diagnostiek voor dat er inconsistenties zijn tussen wat de gedragsdeskundige op verschillende plaatsen beweert. Zo bestaan er soms verschillen tussen diagnostische overwegingen en de beantwoording van de vraagstelling. Een andere keer is er weer een verschil tussen de beschouwing en de beantwoording van de vraagstelling. Overigens verschillen de rapportages nogal qua opbouw, hetgeen het vinden van antwoorden op de checklistvragen vaak niet gemakkelijk maakte (zie § 10.2.3). Veel rapportages voldoen niet aan de opbouw van het NIFP-Format. Soms zijn er inconsistenties tussen antwoorden op verschillende vragen. Dit doet zich voor in een rapport waarin de psycholoog concludeert:

“Tijdens het onderzoek is niet gebleken dat betrokkene lijdt aan een ziekelijke stoornis of gebrekkige ontwikkeling van zijn geestvermogens. Er is sprake van een trage ontwikkeling, die wordt geremd door een angst voor agressie. Er is sprake van sterke narcistische trekken, een laag zelfbeeld en een dwangmatige karakterstructuur. Betrokkene is emotioneel nog jong, zodat nog niet kan worden gesproken van een persoonlijkheidsstoornis.”

Vervolgens schrijft hij:

“Bij voortbestaan van de gebrekkige ontwikkeling/ziekelijke stoornis is er kans op soortgelijke strafbare feiten.”

Hier doet de vraag zich voor in hoeverre nu wel of geen sprake is van een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens. Op de ene plaats geeft de psycholoog aan dat tijdens het onderzoek niet is gebleken dat betrokkene lijdt aan een ziekelijke stoornis of gebrekkige ontwikkeling van zijn geestvermogens. Een paar antwoorden verder geeft hij aan dat bij het voortbestaan daarvan een kans bestaat op soortgelijke strafbare feiten. Dit laatste wekt de suggestie dat wél sprake is van een gebrekkige ontwikkeling en/of ziekelijke stoornis van de geestvermogens.

In andere gevallen is het niet alleen zo dat wanneer verschillende onderdelen van het rapport in samenhang worden bezien dit de duidelijkheid niet vergroot, maar dat dit ronduit verwarrend werkt. Hiervan is bijvoorbeeld sprake bij een rapport, waarin de psychiater bij het “psychiatrisch onderzoek” schrijft:

“Er zijn geen duidelijk psychiatrische symptomen aanwezig met name niet op het gebied van schizofrenie of andere psychotische stoornissen.”

Bij de beantwoording van de vraagstelling schrijft hij vervolgens:

“Betrokkene lijdt aan een ziekelijke stoornis van zijn geestvermogens zich primair voordoend als een cocaïne en cannabisverslaving en secundair daaraan lijdt hij aan een psychotische stoornis gerelateerd aan deze verslaving.”

Waarop hij die psychotische stoornis baseert, nu er geen duidelijke psychiatrische symptomen aanwezig zijn, blijkt niet uit het verslag.

Niet alleen bij de diagnostiek, maar ook bij de beschrijving van de relatie tussen de stoornis en het tenlastegelegde komt verwevenheid om de hoek kijken. Dit komt bij ongeveer één op de zes rapporten voor. Vrijwel altijd betreft het inconsistenties. Die doen zich in verschillende vormen voor. In sommige gevallen lijkt de gedragsdeskundige zonder voorbehoud te concluderen tot een relatie tussen de stoornis en het tenlastegelegde. In de uitleg lijkt die relatie minder duidelijk of lijkt de gedragsdeskundige daarop terug te komen. Bij inconsistenties bij de beschrijving van de relatie tussen stoornis en tenlastegelegd feit, gaat het er vaak om dat de conclusie niet aansluit bij een voorgaande bewering of dat er inconsistenties bestaan tussen hetgeen de gedragsdeskundige op verschillende vindplaatsen betoogt. Zo sluit in het volgende voorbeeld de conclusie niet aan bij een bewering die daaraan voorafgaat. De psychiater schrijft:

“Betrokkene is lijdende aan een defect in zijn persoonlijkheidsstructuur dat te classificeren is als psychopathie. Ten tijde van het plegen van het tenlastegelegde was betrokkene ook lijdende aan deze stoornis. De stoornis speelde een belangrijke rol bij het plegen van het tenlastegelegde. Vanuit het defect in de persoonlijkheidsstructuur kwam betrokkene tot het plegen van het tenlastegelegde. Betrokkene kon echter zeer goed zich realiseren dat het tenlastegelegde tegen de wet inging en beschikt over voldoende andere mentale faculteiten om andere gedragskeuzes te hebben kunnen maken. Het tenlastegelegde dient hem om die reden volledig te worden toegerekend.”

De vraag rijst waarom de onderzochte volledig toerekeningsvatbaar te beschouwen is, nu hij vanuit die stoornis kwam tot het plegen van het tenlastegelegde.

Verwevenheid beperkt zich niet tot de diagnostiek en de beschrijving van de relatie tussen stoornis en tenlastegelegde. Ze doet zich bijvoorbeeld ook voor bij het oordeel over de *toerekeningsvatbaarheid* en de *beschrijving van de relatie tussen stoornis en tenlastegelegde*, die daaraan voorafgaat. Vrijwel altijd betreft die verwevenheid inconsistenties, zoals in het hiervoor genoemde voorbeeld. Toch leverde dit bij het onderhavige onderzoek meestal niet veel problemen op, omdat de gedragsdeskundige daarnaast wel een expliciete uitspraak deed over de mate van toerekeningsvatbaarheid. Vaak doet zich dit voor wanneer het gaat om middelengebruik. In een aantal zaken concludeert de gedragsdeskundige dat sprake is van een ziekelijke stoornis, namelijk middelengebruik. Vervolgens concludeert hij dat de verdachte het tenlastegelegde pleegde onder invloed van die ziekelijke stoornis, namelijk het middelengebruik. Als het gaat om de toerekeningsvatbaarheid acht hij de verdachte vervolgens toerekeningsvatbaar omdat naar zijn mening sprake is van "culpa in causa". Naar mijn idee is die laatste conclusie niet aan de gedragsdeskundige maar aan de rechter. De gedragsdeskundige zal aan moeten geven in hoeverre middelengebruik een stoornis is of iets dat daarvan losstaat. Het zal ook verschil uitmaken of iemand die een avondje aan het stappen is onder invloed van middelen raakt, of dat iemand dat voortdurend is als gevolg van een verslaving. Overigens gaan gedragsdeskundigen heel verschillend om met verdachten die een delict plegen onder invloed van middelen. Bij sommigen werkt dat door in hun oordeel over de mate van toerekeningsvatbaarheid, bij anderen niet.

Een andere inconsistentie die zich voordoet bij het oordeel omtrent de toerekeningsvatbaarheid, is die waarbij de gedragsdeskundige de toerekeningsvatbaarheid *afhankelijk stelt van de behandelbaarheid en niet van de doorwerking van de stoornis*. Dit komt een enkele keer voor, zoals in het rapport van een psychiater die schrijft:

"Naar ons idee is betrokkene volledig toerekeningsvatbaar. Mocht de rechtbank besluiten om naast een detentiestraf een maatregel als TBS met dwangverpleging te overwegen dan is te verwachten dat betrokkene relatief snel de TBS weer zal kunnen verlaten omdat hij zich zal aanpassen en veel sociaal wenselijk gedrag zal vertonen. Naar onze inschatting is het niet mogelijk om betrokkene te leren voelen of te leren zich in anderen te verplaatsen. Een maatregel TBS heeft als doel de maatschappij te beschermen. Dit doet zij door op korte termijn mensen in te sluiten en op de langere termijn hem door behandeling weer de maatschappij in te laten gaan zonder dat zij daarbij nog een ge-

vaar voor anderen zijn. Van deze behandelcomponent zal betrokkene, op grond van zijn persoonlijkheidspathologie, niet kunnen profiteren.

Derhalve [niet cursief CvE] adviseren wij u dan ook om betrokkene ondanks de ernstige persoonlijkheidsstoornis volledig toerekeningsvatbaar te verklaren. Een maatregel als TBS lijkt dan niet wenselijk vanwege het ontbreken van een behandelindicatie en behandel mogelijkheden."

Ik realiseer mij dat de aanwezigheid van een ernstige persoonlijkheidsstoornis niet voldoende is om iemand verminderd toerekeningsvatbaar te beschouwen. Toch vergt het naar mijn idee in bovengenoemd geval nadere uitleg, waarom betrokkene omdat hij op grond van zijn persoonlijkheidspathologie niet kan profiteren van een behandeling in de TBS, *derhalve* toerekeningsvatbaar is. Dit geldt temeer omdat de psychiater eerder had aangegeven dat de stoornis van invloed was geweest op het plegen van het tenlastegelegde.

Ook bij het voorspellen van *recidive* komt verwevenheid enkele keren voor. Bij dit gedeelte van de verslaglegging doet zich dit minder vaak voor dan bij de andere hiervoor genoemde onderdelen. Bij ongeveer één op de tien rapporten is bij de *recidive*voorspelling op enigerlei wijze sprake van verwevenheid. Wel zien we dit soort formuleringen weer vaker bij het antwoord op de vraag in hoeverre het behandeladvies gericht is op het voorkomen van *recidive*. Niet altijd is duidelijk in hoeverre het advies een ander doel dient dan het voorkomen van *recidive*. Ook hier verschaft het betrekken van andere onderdelen uit het rapport soms duidelijkheid. Een andere keer werkt dat juist weer verwarrend. Een enkele keer komt het voor dat het behandeladvies inhoudelijk inconsistent is. De inconsistentie zit dan binnen één subparagraaf van het verslag. Dit is bijvoorbeeld het geval bij het rapport van een psycholoog, die een TBS adviseerde met als voorwaarde trouwe inname van medicatie. Iets verder in het advies schrijft hij dat medicatie betrokkene eerder lijkt te ondermijnen dan te steunen bij het omgaan met de dagelijkse realiteit. De vraag dringt zich in dat geval op, in hoeverre de gedragsdeskundige de rechtbank bedoelde te adviseren de genoemde voorwaarde op te leggen.

Vaker komt het voor dat verschillende onderdelen van het verslag in samenhang bezien, inconsistenties opleveren. Hiervan is bijvoorbeeld sprake in het rapport van een psychiater die in de diagnostische overwegingen schrijft:

“Er is sprake van een ernstige persoonlijkheidsstoornis met afhankelijke, antisociale en passief-agressieve trekken met psychotische overschrijdingen, bij matige begaafdheid. Daarbij is sprake van drugsafhankelijkheid, in de vorm van poly druggebruik. Differentiaaldiagnostisch kan er nog gedacht worden aan een psychotische stoornis ten gevolge van langdurig druggebruik: een schizofrenie of schizofrene ontwikkeling; en een posttraumatische stressstoornis tgv het seksueel misbruik.

In zijn jeugd is er sprake van pedagogische en affectieve verwaarlozing, en langdurig seksueel misbruik. Als er al sprake was van een goede hechting in de hele vroege jeugd, dan hebben zijn latere ervaringen dit overschaduwd. Hij lijkt nu niet meer in staat om tot een normale affectieve relatie te kunnen komen. Hij is niet in staat een positief gevoel uit zichzelf te halen, maar is hiervan afhankelijk van andere zaken, met name drugs. Drugsgebruik lijkt nog de enige manier om zich goed te voelen. Zijn gewetensontwikkeling lijkt lacunair. Hij is niet in staat zich in een ander te verplaatsen.”

Vervolgens komt bij de beantwoording van de vraag naar de aanwezigheid van een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens, het middelengebruik niet meer terug. Hij schrijft namelijk:

“Ten tijde van het begaan van de tenlastegelegde feiten was er bij betrokkene sprake van een gebrekkige ontwikkeling zijner geestvermogens in de vorm van een ernstige persoonlijkheidsstoornis.”

Gezien het gestelde in de diagnostische overwegingen, beantwoordt de psychiater deze vraag heel summier. Uit de diagnostische overwegingen komt het beeld naar voren, dat middelengebruik een belangrijke rol speelt bij verdachte. Wel komt hij in zijn advies weer terug op het middelengebruik. Hij adviseert namelijk:

“Gezien zijn drugsafhankelijkheid is behandeling bij een verslavingsinstelling wel geadviseerd.”

Raadpleging van de *Forensisch psychiatrische beschouwing* maakt niet echt duidelijk welke stoornis op wat voor manier doorgewerkt heeft in het gedrag van verdachte, tijdens het tenlastegelegde. De psychiater schrijft daar:

“Hij lijkt geen berouw te voelen ten aanzien van zijn delict: ‘ze krijgen het toch terug van de verzekering’. Zolang hij werk heeft, geld heeft, zal hij niet stelen. Maar is dit niet het geval dan zal hij spoedig recidiveren. Hij is afhankelijk

van drugs, dus zal hij niet zonder geld kunnen om drugs te kopen.

Wanneer hij zijn delicten pleegt weet hij wat hij doet. Hij doet het niet in opdracht van stemmen. Hij weet ook dat zijn delicten wederrechtelijk zijn. Anderzijds is het een dusdanig beperkte jongen, die maar heel weinig heeft om zich staande te houden, hierdoor wordt hij wel beperkt in zijn keuzevrijheid.

Zijn delicten pleegt hij, voor zover bekend, meestal met anderen. In hoeverre hij zich laat overhalen, of zelf het initiatief neemt is niet duidelijk. Hij neigt wel tot passief afhankelijk gedrag. Als klein voorbeeld: Hij wil een huis, maar wacht tot het maatschappelijk werk hierover contact met hem opneemt, hij neemt niet zelf contact op als het te lang duurt.”

Het zal voor de lezer duidelijk zijn dat bovengenoemde complicatie de analyse van het onderzoeksmateriaal niet eenvoudig heeft gemaakt. Het bleef echter hiertoe niet beperkt. Dit brengt mij bij het volgende probleem waarmee ik werd geconfronteerd.

10.2.2 Vaagheid troef

Rapportages Pro Justitia getuigen in tal van opzichten van vaagheid, zo valt uit het onderzoeksmateriaal op te maken. De ene keer heeft vaagheid te maken met het gebruik van onduidelijk of weinig expliciet taalgebruik of vanwege een gebrek aan precisering. Een andere keer komt het voor in de vorm van een gebrek aan onderbouwing. Dan weer uit vaagheid zich in een gebrek aan stelligheid bij de formulering. Voorts leveren ook conditionele formuleringen, slagen om de arm, ongelukkige of ronduit onbegrijpelijke formuleringen, problemen op bij analyse van het onderzoeksmateriaal. Dit doet zich voor bij de diagnostiek, bij de beschrijving van de relatie tussen stoornis en tenlastegelegde, het voorspellen van recidivegevaar en bij de advisering. Bij het ene onderdeel komt vaagheid bij de formulering vaker voor dan bij het andere. Het vaakst trof ik dit aan bij de beschrijving van de relatie tussen de stoornis en het tenlastegelegde, op korte afstand gevolgd door de voorspelling van recidive. Bij het behandeladvies levert dit iets minder vaak problemen op, namelijk in ongeveer twee op de vijf rapportages. Bij de diagnostiek komt dit het minst vaak voor, dat wil zeggen bij ongeveer één op de vijf rapporten. Nu is de diagnostiek ook bij uitstek het terrein van de gedragsdeskundige. In die zin is dit niet verrassend. Om aan te geven wat ik met een en ander bedoel, volgt hierna een

aantal verschillende vormen van vaagheid. Deze komen bij meer dan de helft van de rapportages voor. Ik trof ze aan in alle hiervoor genoemde onderdelen van het verslag. Soms gebeurt dat bij één onderdeel, maar geregeld trof ik vaagheid bij meer onderdelen aan.

Een vorm van vaagheid die in ongeveer de helft van de rapporten voorkomt, is *onduidelijk of weinig expliciet taalgebruik*. Wat voor gedragsdeskundigen vanzelfsprekend lijkt, blijkt dat in de praktijk voor juristen vaak niet te zijn. Zo wordt de lezer van een dergelijk rapport nogal eens geconfronteerd met taalgebruik waaruit niet valt op te maken of de gedragsdeskundige iets opvoert als *ondergeschikt of nevenschikt*. Deze vorm van vaagheid komt voornamelijk voor bij de beschrijving van de relatie tussen stoornis en tenlastegelegde en bij het behandeladvies. Zo is in het volgende citaat niet duidelijk in hoeverre de gedragsdeskundige alcoholgebruik aanmerkt als onderdeel van de persoonlijkheidsstoornis of iets dat daar los van staat. De relatie tussen stoornis en tenlastegelegde beschrijft de gedragsdeskundige als volgt:

“Voor zover het tenlastegelegde bewezen kan worden, kan men denken dat de persoonlijkheidsstoornis van betrokkene, zoals boven omschreven, zodanig is dat zijn narcistische kwetsbaarheid en de ontremmende invloed van alcohol verband houden met de tenlastegelegde feiten”.

Soms zal een gedragsdeskundige alcoholgebruik aanmerken als ziekelijke stoornis van de geestvermogens. Niet elk alcoholgebruik kan echter als zodanig beschouwd worden. Geregeld zie ik bij de onderzochte rapporten dat gedragsdeskundigen middelengebruik niet als stoornis beschouwen.

Een andere vorm van onduidelijk of weinig expliciet taalgebruik leveren verwijzingen op als “hervan”, “het”, “een en ander”, etc. Dit komt vrij vaak voor bij de beschrijving van de relatie tussen stoornis en tenlastegelegde. Bij de diagnostiek komt dit in ongeveer één op de tien rapporten voor. Bij het behandeladvies gebeurt dit minder vaak, namelijk in ongeveer één op de vijf rapporten. Bij het voorstellen van recidive zien we dit het minst vaak.

Onduidelijk of weinig expliciet taalgebruik manifesteert zich ook in bepaalde *terminologie*. Dit doet zich vooral voor bij de advisering. Soms wordt dit veroorzaakt door het gebruik van algemene termen zoals: een “adequate” behandeling is aangewezen of het recidiverisico “kan substantieel” worden verlaagd door een adequate psychiatrische behande-

ling; “zo nodig” dient hij een klinische behandeling te ondergaan; een “geëigende” behandeling, etc. Wanneer de gedragsdeskundige verder geen toelichting geeft, laat dat advies aan duidelijkheid te wensen over. Een voorbeeld van een dergelijk advies biedt het volgende citaat:

“De persoonlijkheidsstructuur en de alcoholproblematiek maken een gestructureerde behandeling noodzakelijk. Een behandeling in het kader van een TBS met voorwaarden lijkt een geëigende maatregel. Een gevangenisstraf met bijzondere voorwaarden lijkt een onvoldoende ingreep om een noodzakelijke behandeling van de grond te krijgen. De motivatie van betrokkene is daarvoor te gering.”

Waar die gestructureerde behandeling moet plaatsvinden en hoe die eruit moet zijn, vermeldt de psycholoog niet. Hij noemt wel het juridisch kader dat hij aangewezen acht, maar een uitgewerkte inhoudelijke invulling geeft hij niet aan het advies.

Een andere vorm van onduidelijk of weinig expliciet taalgebruik is dat gedragsdeskundigen bij de beschrijving van de relatie tussen de stoornis en het tenlastegelegde, een aantal regels achter elkaar plaatsen, daarmee suggererend dat sprake is van een relatie tussen stoornis en tenlastegelegde. Bij verder lezen blijkt dat dit nergens wordt geëxpliciteerd. Dit komt enkele keren voor. Hiervan is sprake bij de volgende beschrijving:

“Bij betrokkene is sprake van een gebrekkige ontwikkeling en/of ziekelijke stoornis van de geestvermogens in de zin van een borderlinepersoonlijkheidsstoornis en van drugsverslaving. De stoornis is structureel en ontwikkelde zich vanaf zijn middelbare schooltijd. Betrokkene kan in beperkte mate verantwoordelijk gesteld worden voor de beroving. Hij verkeerde onder invloed van harddrugs en sederende medicatie, maar hij heeft vrijwillig gekozen om deze te gaan gebruiken. Het besef dat het plegen van het tenlastegelegde maatschappelijk onaanvaardbaar is was tijdens het plegen van het tenlastegelegde delict niet aanwezig. Omdat hij onder invloed verkeerde had hij te weinig zelfcontrole. De behoefte aan geld om zijn drugs te financieren was te groot.”

Ook in dit geval dringen zich enkele vragen op. Bedoelt de gedragsdeskundige met “De stoornis” de drugsverslaving of de borderlinepersoonlijkheidsstoornis, of beide? En, bedoelt hij misschien dat de stoornis *tot uiting kwam* vanaf zijn middelbare schooltijd?

De beperkte *mate van stelligheid* waarmee gedragsdeskundigen hun beweringen doen, is een vorm van vaagheid die eveneens geregeld voorkomt. Ook dat kan verwarrend zijn. Ik trof dit aan bij alle onderdelen van de verslaglegging die hiervoor genoemd zijn. Uiteraard begrijp ik dat gedragsdeskundigen niet alle uitspraken met evenveel stelligheid kunnen doen. Soms wisselt de mate van stelligheid in één zin. Dit doet zich bijvoorbeeld voor in een rapport waarin de psycholoog concludeert: “De heer(...) lijdt aan ADHD wat *tot zekere hoogte* [cursief CvE] een stoornis van zijn geestvermogens op sommige momenten *kan* veroorzaken. Ten tijde van het plegen van de tenlastegelegde feiten leed hij hier ook aan”. Voor mij is niet geheel duidelijk wat de psycholoog aan wil geven. Bedoelt hij dat verdachte lijdt aan ADHD, en dat deze stoornis, ten tijde van het tenlastegelegde feit, tot zekere hoogte een stoornis van zijn geestvermogens *kan* veroorzaken? Of bedoelt hij dat bij verdachte, op het moment van het tenlastegelegde, tot op zekere hoogte sprake was van een stoornis van zijn geestvermogens? Ook komt het voor dat de mate van stelligheid wisselt in één alinea of in verschillende onderdelen van het verslag. Een ander voorbeeld van een formulering bij de diagnostiek, waarbij de mate van stelligheid wisselt waarmee de psychiater zijn uitspraak doet, is te vinden in het volgende citaat:

“Het huidige onderzoek toont dat er primair sprake lijkt te zijn van een persoonlijkheidsstoornis met vooral antisociale, narcistische en borderline trekken. Tevens is er sprake van een neiging tot verslaving; in het verleden was dat gokken, vervolgens overmatig soft drugs gebruik.

Tijdens dit onderzoek kwam als differentiaal diagnose naar boven een pervasieve ontwikkelingsstoornis in de zin van een Asperger. Hij voldoet niet aan alle criteria maar met name de contactstoornis, het sociaal contactarme, het persevereren in zijn denken en het telkens weer benoemen van hetzelfde in betekenisarme cirkelredeneringen deden daaraan denken.

Maar het is ook mogelijk dat er geen psychiatrische stoornis is en dat hij slechts die indruk tracht te wekken teneinde een behandeling te krijgen.”

Van de diagnose die de psychiater aanvankelijk stelt, zij het met een slag om de arm, lijkt op het laatst niet veel over te blijven. Dergelijke formuleringen zijn tamelijk verwarrend voor de gebruiker. Vooral omdat de onzekerheden die hier genoemd worden, de psychiater er niet van weerhouden een uitspraak te doen over de toerekeningsvatbaarheid, het recidivegevaar en het behandeladvies.

Een andere vorm van vaagheid die veelvuldig voorkomt, is gelegen in wat ik zal aanduiden als *conditionele formulering*. Het gaat er in dat geval om dat “als sprake is van het ene, dan kan sprake zijn van het andere”. Dit komt voor bij allerlei cruciale onderdelen van het verslag, zoals bij de diagnostiek, het voorspellen van recidive en het behandeladvies. Het vaakst trof ik conditionele formuleringen aan bij het voorspellen van recidive. Een enkele keer begint dat al bij de diagnostiek. Het probleem wanneer een complicatie reeds voorkomt bij de diagnostiek is dat dit meestal consequenties heeft voor de overige onderdelen van het rapport. Zo concludeert een psycholoog in een zaak waarin de verdachte moord tenlastegelegd is:

“Voor zover vanuit het psychologisch onderzoek valt na te gaan, is er bij onderzochte geen sprake van een ziekelijke stoornis dan wel een gebrekkige ontwikkeling van de persoon. Mochten de feiten echter wel bewezen geacht worden en mocht de rechtbank voldoende argumenten hebben om van mening te zijn [niet cursief CvE] dat er sprake was van stalkingsgedrag dan wel een andere dreigende houding van onderzochte richting het slachtoffer, dan zou men daaruit kunnen opmaken dat er bij onderzochte toch sprake was van een ziekelijke opstelling die in ieder geval aan het directe zicht van het onderzoek is onttrokken gebleven.

Met betrekking tot het tenlastegelegde, mits en voor zover bewezen geacht, kan onderzochte op grond van de stelling dat er dan toch mogelijk [niet cursief CvE] sprake is geweest van een meer ziekelijke gedragsopstelling, beschouwd worden als zijnde geweest licht verminderd toerekeningsvatbaar.”

De psycholoog stelt hier een “ziekelijke opstelling” afhankelijk van het bewezen zijn van het tenlastegelegde. Dit is naar mijn idee de omgekeerde wereld. De vraag is immers of het tenlastegelegd feit verklaard kan worden vanuit de stoornis.

Een conditionele formulering bij de beantwoording van de vraag of verdachte ten tijde van het tenlastegelegde feit leed aan een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens, wordt geregeld veroorzaakt door de toevoeging van *indien bewezen*. Dit doet zich onder meer voor in het volgende citaat:

“Ten tijde van het plegen van het tenlastegelegde - indien bewezen - leed onderzochte aan een ziekelijke stoornis/ gebrekkige ontwikkeling van zijn geestvermogens. Er is bij hem namelijk sprake van narcistische persoonlijkheidsproblematiek, met ten tijde van het tenlastegelegde alcoholgebruik, in combinatie met partnerrelatieproblematiek,

hetgeen geleid heeft tot extreem agressieve gevoelens die tot uitbarsting kwamen, met het delict en daarna een suicidepoging tot gevolg."

De vraag die zich hier opdringt is hoe het zit met de stoornis indien de tenlastegelegde feiten niet bewezen kunnen worden. Tegengeworpen kan worden dat het in dat geval niet van belang is of betrokkene ten tijde van de tenlastegelegde feiten leed aan een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens. Aan de andere kant zou uit deze formulering geconcludeerd kunnen worden dat de gedragsdeskundige de stoornis afleidt uit het plegen van het tenlastegelegde. Zoals hiervoor gesteld, is dat een onjuiste volgorde.

Bij het voorspellen van recidive komt in ongeveer drie op de tien rapporten een conditionele formulering voor. Een aantal van die voorspellingen is vrij algemeen geformuleerd. Veel voorkomende formuleringen zijn bijvoorbeeld: "Mocht bewezen worden dat betrokkene het tenlastegelegde feit heeft gepleegd dan bestaat er gevaar voor recidive indien betrokkene niet een adequate behandeling ondergaat"; "Wanneer betrokkene wederom in soortgelijke situaties belandt, is de kans op recidive groot"; "Wanneer betrokkene opnieuw in probleemsituaties terecht komt bestaat er kans op recidive." Sommige gedragsdeskundige geven iets specifiek aan welke condities dan een rol spelen. Het betreft formuleringen zoals: "De kans voor recidive is aanwezig zolang betrokkene alcohol en oxazepam gebruikt en wanneer dan ook zijn agressie wordt getriggerd door de situatie" of "De kans op recidive is zonder passende juridische en behandelmaatregelen groot te noemen, tenzij blijkt dat betrokkene inderdaad de afgelopen zeven jaar zijn pedofiele drang onder controle heeft weten te houden zoals hij zelf aangeeft". Een enkele keer is de redenering ingewikkelder. Zoals in een rapport van een psychiater die schrijft:

"Indien het tenlastegelegde bewezen wordt geacht kan dan gesteld worden dat als gevolg van genoemde gebrek er toentertijd hooguit een lichte mate van vermindering van de toerekeningsvatbaarheid aanwezig was omdat betrokkene niet geheel de importantie van wat hij deed kon overzien (causaal verband met de persoonlijkheidsstoornis). Gezien de dan al lang bestaande uitingen van zijn pedofiele activiteit, gezien de aangegeven wijze waarop hij deze activiteiten bij de slachtoffers af zou dwingen en gezien het feit dat hij ondanks inzicht in de ernst van dit handelen toch doorging en nu de waarheid geweld aandoet, lijkt de kans op recidiefors."

Een nog niet genoemde vorm van vaagheid die nogal wat gedragsdeskundigen hanteren, is het houden van een slag om de arm. Gedragsdeskundigen blijken bewust of onbewust, nogal eens formuleringen te gebruiken waarbij ze aangeven dat iets tot een mogelijkheid behoort. Dit komt het meest voor bij de beschrijving van de relatie tussen de stoornis en het tenlastegelegde. Daar trof ik dat in ongeveer een kwart van de rapportages aan. Bij het voorspellen van recidive en het adviseren van een behandeling komt deze manier van formuleren in ongeveer één op de zes rapporten voor. Bij de diagnostiek komt dit het minst vaak voor, namelijk in ongeveer één op de twintig rapportages. Deze manier van formuleren manifesteert zich op verschillende manieren. Zo beschrijven gedragsdeskundigen geregeld één of meer van de hiervoor genoemde onderdelen van het rapport, in termen van mogelijkheden. De gedragsdeskundige brengt dit tot uitdrukking met woorden als: "kan", "kunnen", "lijkt", etc. Een voorbeeld van een rapport waarin de gedragsdeskundige bij de diagnostiek verschillende slagen om de arm houdt is te vinden in het rapport van de psycholoog die schrijft:

"Vooralsnog lijkt [niet cursief CvE] er sprake te zijn van een persoonlijkheidsstoornis. Nadere klinische observatie is nodig om daar uitsluitsel over te geven en om de aard van de stoornis vast te stellen. Die mogelijke stoornis [niet cursief CvE] was ook aanwezig in de periode van de ten laste gelegde zaken. Als die stoornis aanwezig is [niet cursief CvE], staat die in relatie tot de tenlastegelegde zaken voor zover [niet cursief CvE] betrokkene toegeeft er betrokken bij geweest te zijn. Betrokkene had alstoen voldoende inzicht in de wederrechtelijkheid van de begane feiten. In relatie tot en ten tijde van het begaan van de tenlastegelegde feiten was er bij betrokkene mogelijk [niet cursief CvE] sprake van een gebrekkige ontwikkeling zijner geestvermogens."

Als consument van zo een rapport blijf ik onder meer zitten met de vraag, hoe dat zit wanneer de verdachte niet toegeeft bij de tenlastegelegde feiten betrokken te zijn, maar wanneer de rechtbank dat wel bewezen acht. Is er in dat geval ook sprake van een relatie tussen de stoornis en het delict?

Tot slot zijn daar de ongelukkige of ronduit onbegrijpelijke formuleringen die de onderzochte rapportages bevatten. Dit komt voor bij verschillende onderdelen van de gedragsdeskundige rapportages. Zo vraag ik mij bij de volgende formulering af wat de psychiater bedoelt:

"In relatie tot en ten tijde van het begaan van de tenlastegelegde feiten was er bij betrokkene sprake van een zielelijke stoornis in de zin van een drugsverslaving en een gebrekkige ontwikkeling zijner geestvermogens in de vorm van een persoonlijkheidsstoornis, zodat [niet cursief CvE] betrokkene alstoen voldoende inzicht had in de wederrechtelijkheid van de begane feiten, en hij zijn wil licht verminderd conform een dergelijk besef kon bepalen."

Op het eerste oog lijkt de combinatie drugsverslaving en persoonlijkheidsstoornis gunstig. Zodat duidt immers een gevolg aan. De vraag dient zich aan of verdachte dankzij deze stoornissen voldoende inzicht had in de wederrechtelijkheid van de begane feiten en in hoeverre de psychiater dit bedoelt. Deze formulering komt in verschillende varianten voor.

Geregeld maken gedragsdeskundigen bij de beschrijving van het verband tussen stoornis en tenlastegelegde, gebruik van begrippen als *inzicht in de wederrechtelijkheid* en *wilsvrijheid*. Hiermee sluiten zij aan bij elementen die volgens G.A. van Hamel van belang zijn voor het bepalen van de toerekeningsvatbaarheid (zie § 2.4.1.1). De formuleringen van de gedragsdeskundige leiden in een dergelijk geval vaak tot onduidelijkheid. Het heeft iets in zich van de klok wel hebben horen luiden, maar niet weten waar de klepel hangt. Dit is het geval bij de volgende beschrijving:

"Ten tijde van de feiten heeft zij onvoldoende het inzicht gehad dat het plegen daarvan maatschappelijk onaanvaardbaar was. Ze werd overspoeld door gevoelens van machteloosheid en woede en werd daarbij beduidend minder dan de gemiddelde mens bijgestuurd vanuit haar geweten omdat de woede leidt tot dissociatie, depersonalisatie en ander acting-out gedrag. Met dit verminderde inzicht is zij dan ook niet in staat geweest haar wil en handelen overeenkomstig dat inzicht te bepalen. Behept met primitieve afweermechanismen en een tekort aan afweer, hetgeen leidt tot een verlaagde realiteitszin, kan tevens worden gesteld dat dit tot gevolg heeft een verminderde wils- en handelingsbekwaamheid."

Afgezien van onduidelijkheden in de formulering van het inzicht in de wederrechtelijkheid en de wilsvrijheid, is ook de rest van deze alinea, op z'n zachtst gezegd, weinig helder.

10.2.3 Structuur van de rapportages

Een andere complicatie is gelegen in de *sterk wisselende opbouw* van de gedragsdeskundige rappor-

tages. Hoewel er een Format bestaat (zie § 5.2.4), dat de paragrafen noemt die een gedragsdeskundige rapportage moet bevatten, wijken de paragrafen die aangetroffen worden in de rapporten daar meestal van af. Vooral bij de onderdelen van de rapportages die in het vervolg van dit hoofdstuk uitgebreid aan de orde komen, levert dit vaak grote problemen op.

Paragrafen van het rapport waarin bijvoorbeeld de diagnostiek aan de orde moet komen, zijn de "diagnostische overwegingen", de "forensisch psychiatrische/psychologische beschouwing" en de "beantwoording van de vraagstelling". In lang niet ieder rapport zijn deze paragrafen aan te treffen. Soms ontbreekt één of meer van deze onderdelen. Slechts in ongeveer één op de vijf rapporten tref ik "diagnostische overwegingen" aan, of iets dat daar op lijkt. Geregeld kwam ik paragrafen tegen die in de plaats lijken te komen van de "diagnostische overwegingen" en de "forensisch psychiatrische" of "psychologische beschouwing", omdat ze daar raakvlakken mee vertonen. Voor deze paragrafen hanteren de gedragsdeskundige weer heel verschillende benamingen. In plaats van de "diagnostische overwegingen" komt dan onder meer: omschrijving persoonlijkheidsontwikkeling; samenvattende beschouwingen; beschouwing; persoonlijkheidsomschrijving; omschrijving persoonlijkheidsstructuur; persoonlijkheidsontwikkeling; omschrijving persoonlijkheidsstructuur en psychodynamiek; diagnostisch kader. In plaats van de "forensisch psychiatrische" of "psychologische overwegingen" of wat daarvoor moet doorgaan, komen aanduidingen als: persoonlijkheidsstructuur en psychodynamiek; conclusie; nadere beschouwing van de verzamelde gegevens. Hetzelfde geldt voor beantwoording van de vragen die de rechter-commissaris of de officier van justitie aan de gedragsdeskundige stelt. In een aantal rapporten vindt die niet systematisch plaats maar zijn de antwoorden of een deel daarvan, te vinden in een onderdeel van het verslag met een aanduiding als "Samenvatting en conclusies". In sommige rapporten vallen verschillende onderdelen samen. Ook dat verhoogt de duidelijkheid doorgaans niet. Overigens geldt dit niet alleen voor de diagnostiek. Bij de analyse van de relatie tussen stoornis en het tenlastegelegde, en van het voorspellen van recidive etc., liep ik hier eveneens tegenaan.

Een ander probleem wordt gevormd door de *wisselende betekenissen* die gedragsdeskundigen lijken toe te kennen aan de aanduiding van een paragraaf. Dit heeft tot gevolg dat de inhoud van de paragra-

fen met dezelfde naam sterk wisselt. Dit geldt voor wat betreft de diagnostiek vooral voor de inhoud van de “diagnostische overwegingen” en de “beschouwing”. Bij het Format bestaat een toelichting waarin aangegeven wordt welk soort informatie de verschillende paragrafen moeten bevatten. Wat betreft de diagnostiek moet de gedragsdeskundige in het rapport Pro Justitia een beschrijvende diagnose en een DSM-IV-classificatie vermelden (zie § 5.3.8). Voor zover het rapport al een paragraaf diagnostische overwegingen bevat, voldoen veel rapporten niet aan de eisen die daaraan gesteld mogen (en moeten) worden.

Zo bevatten de diagnostische overwegingen soms alleen een DSM-diagnose. Een andere keer staat daar alleen een diagnose vermeld, zonder dat de gedragsdeskundige aangeeft welke overwegingen daaraan ten grondslag liggen. Ook de beschrijvende diagnose voldoet in veel gevallen niet aan hetgeen daarvan verwacht mag worden (zie § 5.3.8). De ene keer vermeldt de gedragsdeskundige onder de beschrijvende diagnose alleen een DSM-IV-diagnose. Dan weer trof ik een paragraaf “Beschrijvende diagnose” aan, waarbij de vlag de lading niet lijkt te dekken, omdat meer sprake lijkt van een conclusie dan van een beschrijvende diagnose.

Een ander probleem is dat wat meer op diagnostische overwegingen lijkt, sommigen aanduiden als “forensisch psychiatrische” of “psychologische beschouwing”. Een voorbeeld kan dit verduidelijken. Bij een rapport waarin de diagnostische overwegingen ontbreken luidt de “Forensisch psychologische beschouwing” als volgt:

“Betrokkene is een vijandige en ik-gerichte man, waarbij sprake is van een gebrekkige gewetensfunctie. Hij heeft de neiging te externaliseren, de schuld altijd aan anderen te geven, anderen als oneerlijk en agressief te beschouwen en daardoor de eigen wantrouwende, vijandige en wraakzuchtige houding te rechtvaardigen. Hij kan worden aangetrokken door gevaar, is niet bang voor straf. Hij is stijfkoppig, ongevoelig, ongenueanceerd en heeft de neiging zichzelf op te blazen. Hij hecht waarde aan een harde, op macht georiënteerde levensstijl. Mogelijk dat bij de vorming van dit beeld het zich door moeder achtergesteld en afgewezen voelen heeft meegespeeld maar dat doet niet af aan wat betrokkene nu geworden is. Als onderzoeker hem met de woede naar zijn moeder confronteert en aan hem vraagt hoe dat nu verder moet met het oog op eventuele gewelddadigheid van zijn kant dan lacht hij en zegt min of meer dreigend: ‘ik weet niet wat er gaat gebeuren als ik vrijkom.’”

De psycholoog geeft niet aan in hoeverre hetgeen hij in deze beschouwing vermeldt, van dien aard is dat gesproken kan worden van een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens. Wat deze eventuele stoornis betekent voor de tenlastegelegde poging tot doodslag op politieagenten, tijdens de viering van oud en nieuw, wordt eveneens niet uit de doeken gedaan. Toch mag dit laatste verwacht worden van een forensisch (psychologische) beschouwing.

Niet alleen wisselt het soort informatie in paragrafen met dezelfde naam. In een aantal rapporten ontbreken één of meer onderdelen en komen daar één of meer nieuwe voor in de plaats. Deze hebben dan veelal weer een geheel eigen, specifieke invulling.

10.2.4 Gebruik van jargon

Ook het gebruik van *jargon* levert geregeld onduidelijkheid op. Jargon komt in menig onderdeel van de verslaglegging voor. Hoewel ik begrijp dat dit gemakkelijk kan gebeuren, is in ieder geval voor mij als jurist niet altijd duidelijk wat de gedragsdeskundige met bepaalde termen bedoelt. Zo is het volgende citaat uit een psychiatrisch rapport, voor mij als leek op gedragsdeskundig gebied moeilijk te begrijpen.

“Er mag gesproken worden van een geleidelijke status van ‘bewuste zijn’, zonder dat er gesproken mag worden van een verlaagd bewustzijn. Het gehele handelen, beleven, heeft plaatsgevonden in een soort seksuele roes beïnvloed door sterke associatieve momenten, meer gedreven door gevoelens en interpretaties dan door de ratio. De beleving van de avond, de beleving van de contacten zijn dan ook heftig geweest en schommelden sterk. Het laatste seksuele contact wat hij heeft gehad, wat hem is afgedwongen, heeft hij geïnterpreteerd als verkrachting (hij heeft hier dan ook uiteindelijk op gereageerd), waarbij de associatieve lijn naar het verleden, naar seksueel contact met zijn broer, met ernstige kleinering, model stond.

Vanuit psychiatrisch oogpunt mag er dus, zeker rond het moment van het plegen van het ten laste gelegde, gesproken worden van een ‘verlaagd bewuste zijn’. De wijze waarop hij met e.e.a. omgaat, de wijze waarop hij e.e.a. beschrijft, komt rationeel en onderkoeld over, maar moet toch meer geïnterpreteerd worden vanuit innerlijke drijfveren, gekleurd door associatieve gevoelens, zoals die benoemd zijn. Hieruit mag niet de conclusie getrokken worden dat betrokkene niet in staat was om zich op het uiterste moment te corrigeren, maar het totale pakket van gevoelens die hij op dat ogenblik niet op adequate manier kon rang-

schikken, hebben hem mede gedreven in het plegen van het ten laste gelegde."

Vragen die deze passage opleverde zijn onder andere: Wat bedoelt de psychiater met een geleidelijke status van "bewuste zijn". Is dat op te vatten als een gebrekkige ontwikkeling of als een ziekelijke stoornis van de geestvermogens?³ Wat is het onderscheid tussen verlaagd bewustzijn en "verlaagd bewuste zijn?" Wat bedoelt de psychiater met "het uiterste moment"?

10.3 Diagnostiek

De rechter-commissaris of officier van justitie pleegt aan de gedragsdeskundige de vraag te stellen in hoeverre bij de verdachte ten tijde van het onderzoek *en* ten tijde van het tenlastegelegde sprake was van een gebrekkige ontwikkeling en/of ziekelijke stoornis van de geestvermogens. Sommige rechtbanken beperken zich tot de laatste vraag; in hoeverre ten tijde van het tenlastegelegde sprake was van een gebrekkige ontwikkeling en/of ziekelijke stoornis van de geestvermogens. Wanneer de rechtbank beide vragen stelt, geeft de gedragsdeskundige vrijwel altijd aan dat de stoornis die aanwezig was ten tijde van het onderzoek, ook aanwezig was ten tijde van het tenlastegelegde. Bij het onderhavige onderzoek beperk ik mij tot bespreking van de beantwoording van de vraag naar de mogelijke aanwezigheid van de stoornis, waarvan de gedragsdeskundige aangeeft dat die aanwezig was ten tijde van het tenlastegelegde. In het vervolg van deze paragraaf ga ik eerst in op de wijze van analyse (§ 10.3.1). Vervolgens presenteer ik de resultaten daarvan. In § 10.3.2 komen de diagnoses aan de orde. In § 10.3.3 ga ik in op de diagnoses die gedragsdeskundigen toekennen aan de onderzochten.

10.3.1 Wijze van analyse

Bij de specifieke aanduiding van de diagnoses die opgenomen zijn in de checklist ten behoeve van het empirisch onderzoek, is aansluiting gezocht bij de diagnoses die volgens het Forensisch Registratie en Informatie Systeem (FRIS) van het NIFP

het meest voorkomen. Met diagnose bedoel ik niet alleen de specifieke aanduiding die een gedragsdeskundige toekent aan iets wat hij aanduidt als gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens. Ook die conclusie op zich, dat sprake is van een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens reken ik daartoe. Niet altijd geven gedragsdeskundigen aan in hoeverre de diagnose die zij noemen, te duiden valt als gebrekkige ontwikkeling dan wel ziekelijke stoornis van de geestvermogens. Wanneer de gedragsdeskundige de min of meer specifiekere aanduiding van een stoornis in verband brengt met de conclusie over het ontbreken of verminderen van de toerekeningsvatbaarheid, dan beschouw ik die als de diagnose die hij stelt. Dus ook wanneer hij dat niet expliciet benoemt als een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens.

Bij dit onderzoek blijken de diagnoses uit de onderzochte zaken vaak niet te passen binnen die van het registratiesysteem van FRIS. Niet altijd is even duidelijk welke diagnose de gedragsdeskundige stelt. Dit werd onder meer veroorzaakt door de complicaties die in de paragrafen hiervoor in hun algemeenheid zijn besproken (§ 10.2). Zo trof ik in de rapporten van de gedragsdeskundigen geregeld aanvullende en tegenstrijdige informatie aan als het gaat om de diagnose. De informatie die op verschillende vindplaatsen van het rapport wordt aangetroffen is niet altijd hetzelfde. Daarnaast komt bij de beantwoording van de vraagstelling geregeld een gebrek aan *consistentie* voor. Dit betekent bijvoorbeeld dat een gedragsdeskundige bij de diagnostische "overwegingen" rept over een *zich ontwikkelende* persoonlijkheidsstoornis, terwijl hij bij de beantwoording van de vraagstelling spreekt over een persoonlijkheidsstoornis. Er is voor gekozen in beginsel uit te gaan van de diagnose die de gedragsdeskundige vermeldt bij de "beantwoording van de vraagstelling". Wanneer die ontbrak is gekozen voor de diagnose uit de "diagnostische overwegingen". Wanneer ook die niet aanwezig waren, ben ik uitgegaan van de stoornis die vermeld stond in de "forensisch psychiatrische" of "psychologische beschouwing", of een paragraaf die daarvoor moet doorgaan.

Vaagheid (zie § 10.2.2) is een fenomeen dat bij dit onderdeel van het verslag eveneens geregeld voorkomt. Niet altijd geeft de gedragsdeskundige antwoord op de vraag, in hoeverre de verdachte ten tijde van het tenlastegelegde feit leed aan een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens. Ongeveer vier van de vijf rap-

3 Navraag bij enkele gedragsdeskundigen leert dat die term bij hen niet bekend is. Dit maakt het voor juristen zeker niet gemakkelijk om te begrijpen wat de gedragsdeskundige bedoelt.

porten bevatten een beantwoording van de vraagstelling. In de gevallen dat de gedragsdeskundige die vraag wel beantwoordt, gebeurt dat niet altijd even duidelijk. Als de gedragsdeskundige de vraag naar de diagnostiek beantwoordt, gebeurt dat op verschillende manieren. Zo verwijst hij soms naar alles wat voorafgaat aan de vraagstelling, terwijl die informatie ook weer allerlei complicaties bevat. Een andere keer geeft de gedragsdeskundige alleen aan dat verdachte lijdt aan een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens, zonder aan te geven waaruit die bestaat. Dan weer noemt hij alleen symptomen, zonder aan te geven in hoeverre sprake is van een stoornis. Soms noemt de gedragsdeskundige noch een diagnose noch symptomen, maar noemt hij slechts factoren die invloed hebben gehad op de ontwikkeling van verdachte. Ook komt het voor dat het rapport alleen een diagnose bevat, zonder dat de gedragsdeskundige aangeeft in hoeverre sprake is van een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens of van iets anders. Af en toe vindt wel een systematische beantwoording van de vraagstelling plaats, maar is die zo vaag dat verder gezocht moet worden bij de “diagnostische overwegingen” en de “forensisch psychiatrische/psychologische beschouwing”, om er achter te komen wat de verdachte eventueel mankeert. In een aantal gevallen ontbreken deze onderdelen echter. Zo ook in het volgende voorbeeld. De vraag in hoeverre betrokkene lijdt aan een gebrekkige ontwikkeling en/of ziekelijke stoornis van de geestvermogens en hoe dat in diagnostische zin te omschrijven valt, beantwoordt de psycholoog als volgt:

“Betrokkene functioneert op normaal intellectueel niveau. Er zijn aanwijzingen voor dyslectische verschijnselen, waarbij met name de schrijfvaardigheid alsook de rekenvaardigheid als zwak omschreven dienen te worden. Verder zijn op grond van het gedrag van betrokkene en van de inhoud van het justitieel dossier aanwijzingen om een antisociale persoonlijkheidsstoornis dan wel antisociale persoonlijkheidstrekken te veronderstellen. Tevens is er incidenteel sprake van overmatig gebruik van alcohol.”

Voor mij als jurist, en ik zal daarin bepaald niet de enige zijn, is onduidelijk in hoeverre hetgeen de psycholoog gevonden heeft, opgevat kan worden als een gebrekkige ontwikkeling en/of ziekelijke stoornis van de geestvermogens. Om daar achter te komen is verder gezocht in het verslag. Daarin ontbreekt echter een paragraaf met “diagnostische overwegingen”, evenals een “forensisch psychologische beschouwing”.

Hiermee ben ik al aangekomen bij een andere complicerende factor, namelijk de onduidelijkheid van structuur in de rapportages. Het gebrek aan structuur is vooral voelbaar bij de diagnostiek. Bij het scoren hiervan is enige welwillendheid aan de dag gelegd, in die zin dat paragrafen die een “beschrijvende diagnose” en een “DSM-IV-diagnose” bevatten, zonder dat gesproken wordt van “diagnostische overwegingen” beschouwd zijn als “diagnostische overwegingen”. Aan de andere kant heb ik hiertoe ook paragrafen gerekend die wel een paragraaf “diagnostische overwegingen” bevatten maar die niet aan de daarvoor gestelde eisen voldoen (zie § 5.3.8). Hiervoor kwam reeds aan de orde dat soms geen beantwoording van de vraagstelling plaatsvindt. Wanneer geprobeerd wordt een antwoord op vragen elders in de rapportage te vinden, dan blijkt dat vaak geen gemakkelijke opgave te zijn. Een belangrijke oorzaak daarvan is de sterk wisselende opbouw van de rapportages.

Ook het gebruik van jargon zorgt voor problemen bij analyse van het antwoord op de vraag naar de diagnose (zie § 10.2.4). Dat geldt tevens voor de vraag die daaraan voorafgaat, namelijk of sprake is van een gebrekkige ontwikkeling en/of ziekelijke stoornis van de geestvermogens (zie § 10.3.2.2 tot en met § 10.3.2.4).

Uit het voorgaande moge blijken dat het niet altijd eenvoudig is vast te stellen welke diagnose de gedragsdeskundige stelt. Hiermee is nog niets gezegd over de onderbouwing die daaraan ten grondslag ligt. Vragen uit de checklist te dier zake blijken moeilijk te beantwoorden omdat de onderbouwing vaak onduidelijk is, of zelfs geheel ontbreekt. Daarom zal op dit onderwerp in het vervolg van deze paragraaf niet diepgaand worden ingegaan.

Bij de analyse van de diagnostiek is in beginsel uitgegaan van hetgeen de gedragsdeskundige aangeeft bij de beantwoording van de vraagstelling. Wanneer de gedragsdeskundige aangeeft dat sprake was van een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens heb ik dat als zodanig genoteerd. Daarnaast is genoteerd hoe de gedragsdeskundige die gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis aanduidt. Dat was niet altijd eenvoudig. In een aantal rapporten is volstrekt onduidelijk naar welke begrippen bepaalde termen verwijzen, en in hoeverre bepaalde begrippen onder- of nevenschikt zijn aan elkaar. Ook is vaak niet helder in hoeverre iets een verbijzondering is van iets anders. Een voorbeeld moge dit verduidelijken. Een gedragsdeskundige beantwoordt de

vraag in hoeverre ten tijde van het tenlastegelegde bij een jongeman, die verdacht werd van moord op een homoseksuele man, sprake was van een gebrekkige ontwikkeling en ziekelijke stoornis van de geestvermogens, als volgt:

“Betrokkene leed op het moment waarop het tenlastegelegde werd gepleegd aan een gebrekkige ontwikkeling van de geestvermogens. Extreme ervaringen op jonge leeftijd op het seksuele vlak hebben de seksuele ontwikkeling in een latere fase (te) sterk belast. Daarnaast lijken feiten als postnatale depressie met als gevolg een opname in een psychiatrische setting, de scheiding van ouders op jonge leeftijd, diverse milieuwisselingen en het ontbreken van een duidelijk identificatiefiguur factoren die de ontwikkeling van betrokkene hebben beïnvloedt.” [letterlijk citaat, CvE]

(Overigens roept bovenstaand citaat de vraag op wie er nu eigenlijk geleden heeft aan een postnatale depressie en wie in een psychiatrische setting opgenomen is geweest. Dit citaat wekt de indruk dat onderzochte dat was.) Sommige gedragsdeskundigen geven aan dat sprake is van “een gebrekkige ontwikkeling en ziekelijke stoornis van de geestvermogens”, waarna zij vervolgens aangeven om welke stoornis(sen) het gaat. Soms volgt dan een aanduiding van één enkele stoornis, een andere keer zijn dat er meer. Anderen schrijven in zo’n geval: “gebrekkige ontwikkeling/ziekelijke stoornis”. Ook komt het voor dat de gedragsdeskundige aangeeft dat sprake is van “een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis”. Wanneer een gedragsdeskundige de vraagstelling op deze manier beantwoordt, heb ik de gevonden stoornissen zowel bij een gebrekkige ontwikkeling, als bij een ziekelijke stoornis genoteerd. Niet altijd beantwoordt de gedragsdeskundige expliciet de vraag in hoeverre sprake is van een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens. Vaak volstaat de gedragsdeskundige door alleen de nadere specificatie te geven van wat hij mogelijk beschouwt als gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens. Wel acht hij die gediagnosticeerde stoornissen die hij niet expliciet bestempelt als een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens, van belang voor zijn advies over de (mate van) toerekeningsvatbaarheid. Daarom heb ik deze specificaties bij mijn analyse aangemerkt als “(andere) aspecten of kenmerken van gedragsdeskundige aard – zonder dat gesproken wordt van een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens – die in verband worden gebracht met de

toerekeningsvatbaarheid tijdens de tenlastegelegde feiten”.

Het voorgaande brengt mij bij de presentatie van het resultaat van de analyse. In § 10.3.2 zal worden ingegaan op de diagnoses die gedragsdeskundigen scharen onder een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens en diagnoses die zij niet als zodanig aanduiden. In § 10.3.3 stap ik van de diagnoses over op de onderzochten. Er volgt dan een uiteenzetting van de onderzochten en de diagnoses die de gedragsdeskundigen hen toekennen.

10.3.2 Resultaat van de analyse: diagnoses

Welke diagnoses stellen gedragsdeskundigen bij onderzoek in een strafzaak? In het vervolg van deze paragraaf besteed ik aandacht aan verschillende aspecten van die vraag. Om te beginnen ga ik in op de diagnoses die bij verschillen *groepen* stoornissen voorkomen (§ 10.3.2.1). Daarna komen in § 10.3.2.2 en § 10.3.2.3 nadere aanduidingen aan de orde van diagnoses, die de gedragsdeskundige opvoert onder de noemer van gebrekkige ontwikkeling dan wel ziekelijke stoornis van de geestvermogens. In § 10.3.2.4 ga ik in op de diagnoses die de gedragsdeskundige niet benoemt als gebrekkige ontwikkeling dan wel ziekelijke stoornis van de geestvermogens maar die ik aanduid als “(andere) aspecten of kenmerken van gedragsdeskundige aard”.

10.3.2.1 Diagnoses van stoornis nader geduid

Bij de beantwoording van de vraag hoe de (eventuele) gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens in diagnostische termen omschreven kan worden, komt een groot aantal dezelfde diagnoses voor. Dat is ook het geval bij diagnoses waarvan de gedragsdeskundige niet aangeeft in hoeverre hij die beschouwt als gebrekkige ontwikkeling dan wel ziekelijke stoornis van de geestvermogens. Zoals hiervoor aangegeven duid ik deze specifiekere aanduidingen van stoornissen aan als “(andere) aspecten of kenmerken van gedragsdeskundige aard”. Opvallend is dat ook bij deze laatste categorie dezelfde diagnoses aan te treffen zijn. De gevonden stoornissen heb ik ondergebracht in de volgende categorieën.

Om te beginnen is er een categorie waarbij het woord “persoonlijkheidsstoornis” voorkomt bij de nadere specificatie, van hetgeen de gedragsdeskundige opvat als een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens. De term “persoonlijkheidsstoornis” blijkt een vlag te zijn die vele ladingen dekt. Zo komen aanduidingen voor als: “gemengde persoonlijkheidsstoornis met cluster B kenmerken”, “persoonlijkheidsstoornis NAO”, “persoonlijkheidsstoornis met hysterische en borderlinekenmerken”, “antisociale persoonlijkheidsstoornis”, “borderline persoonlijkheidsstoornis”, etc. Daarom is ervoor gekozen alle stoornissen waarin de term “persoonlijkheidsstoornis” voorkomt, onder te brengen in een categorie “persoonlijkheidsstoornis”, zonder verdere aanduiding.

Een andere categorie is die waarbij gedragsdeskundigen geregeld *aspecten noemen die te maken hebben met de persoonlijkheid*, zonder dat zij daarbij expliciet het woord “stoornis” gebruiken. Wel noemen zij dat geregeld een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens. Het betreft aanduidingen als: “fragmentarische organisatie van de persoonlijkheid op borderlineniveau”, “gebrekkige ontwikkeling persoonlijkheidsstructuur”, “hypocondrische en dwangmatige persoonlijkheid”, “persoonlijkheid met narcistische en afhankelijke trekken”, “vertraagde en verstoorde rijping en uitgroei van de persoonlijkheid”, “vroege stoornis persoonlijkheid”, etc. Wanneer de gedragsdeskundige een nadere specificatie van iets geeft dat hij als stoornis beschouwt, zonder dat hij dat expliciet stoornis noemt, heb ik daar het label opgeplakt van “gebreken in de persoonlijkheid”.

Als derde categorie zijn daar de gevallen waarbij gedragsdeskundigen de nadere specificatie van hetgeen zij een “gebrekkige ontwikkeling” dan wel “ziekelijke stoornis” van de geestvermogens noemen, rekenen tot iets wat ik opvat als “beperkingen in de intelligentie”. Het gaat dan om termen als: “lichte vorm van zwakbegaafdheid”, “zwakbegaafde man”, “beperkte verstandelijke vermogens”, “beperkte intelligentie”, “performale zwakbegaafdheid”, “functionele zwakbegaafdheid”, etc.

Dan is er een categorie waarbij de specifiekere aanduiding van hetgeen de gedragsdeskundige een gebrekkige ontwikkeling dan wel ziekelijke stoornis van de geestvermogens noemt op enigerlei wijze te maken heeft met middelengebruik. De gedragsdeskundige gebruikt dan etiketten als: “afhankelijkheid van oxazepam, alcoholmisbruik”, “neiging tot vluchten in alcohol”, “periodiek middelennisbruik”, “verslavingsproblematiek”, etc. Al

deze aanduidingen heb ik ondergebracht in een categorie “stoornis gerelateerd aan middelengebruik”.

Vervolgens is er een categorie “overige stoornissen”. Het gaat dan om iets dat de gedragsdeskundige een “gebrekkige ontwikkeling” dan wel “ziekelijke stoornis” van de geestvermogens noemt, maar dat niet in een andere van de in deze subparagraaf ingedeelde categorieën valt onder te brengen. Soms gebruikt de gedragsdeskundige bij die nadere specificatie het woord stoornis. Het betreft formuleringen als: “nagebootste stoornis NAO”, “kinderlijke gedragsstoornis”, “aanlegstoornis”, “waanstoornis”, “leerstoornis”, “contactstoornis”, “ontwikkelingsstoornis”, “stoornis van Asperger”, “pervasieve ontwikkelingsstoornis”, “dissociatieve stoornis NAO”, etc. Soms komen daar ook andere aanduidingen voor waarbij de gedragsdeskundige het woord stoornis niet gebruikt, maar die ook niet onder te brengen zijn in één van de andere in deze subparagraaf genoemde categorieën. Een voorbeeld daarvan is een gebrekkige ontwikkeling van de geestvermogens die de gedragsdeskundige aanduidt als: “organisch bepaalde impulsiviteit, die met name onder invloed van alcohol naar voren kan komen”, “pedofiele geaardheid”, “schizofrenie”, “polymorfe perversie”, “aanleg voor neurotische klachten”, “paranoid schizofreen proces”, “geen indicatie voor een ‘gebrekkige ontwikkeling’ of ‘ziekelijke stoornis’ van de geestvermogens anders dan pedofiele geaardheid”, etc.

Tot slot valt een categorie “stoornissen” te onderscheiden waarbij de gedragsdeskundige aangeeft dat sprake is van een “gebrekkige ontwikkeling” dan wel “ziekelijke stoornis” van de geestvermogens, zonder aan te geven om welke stoornis het gaat. Een voorbeeld moge dit verduidelijken. De vraag “Leed verdachte op het moment waarop het tenlastegelegde is gepleegd aan een gebrekkige ontwikkeling en/of ziekelijke stoornis van de geestvermogens?”, beantwoordt de gedragsdeskundige als volgt: “Betrokkene leed door een opgelopen handicap, wel aan een gebrekkige ontwikkeling maar niet aan een ziekelijke stoornis van de geestvermogens”. Een verdere toelichting geeft de gedragsdeskundige niet. Omdat diagnostische overwegingen, een beschouwing etc. ontbreken, blijkt ook niet uit andere onderdelen van het rapport om welke “handicap” het gaat. In een ander rapport schrijft de gedragsdeskundige als antwoord op die vraag: “Bij betrokkene is sprake van een gebrekkige ontwikkeling. Ook is zij lijdende aan een psychische stoornis als gevolg van ernstige verwaarlozing en traumatisering. Deze stoornis

heeft ongunstige effecten op haar persoonlijk en interpersoonlijk functioneren.”

10.3.2.2 Diagnoses van gebrekkige ontwikkeling van de geestvermogens

In ongeveer de helft van alle rapportages (99 van 194) geeft de gedragsdeskundige aan dat sprake is van een gebrekkige ontwikkeling van de geestvermogens. Vaak blijft dat niet beperkt tot één “stoornis”. In ongeveer een derde (35 van 99) van deze rapporten noemt de gedragsdeskundige twee of meer diagnoses bij hetgeen hij opvat als een gebrekkige ontwikkeling van de geestvermogens. Daarom is het aantal gevonden “stoornissen” hoger dan het aantal rapporten waarin de gedragsdeskundige iets aanduidt als gebrekkige ontwikkeling van de geestvermogens. De diagnoses die de gedragsdeskundige een gebrekkige ontwikkeling van de geestvermogens noemt, leveren de volgende tabel op.

Tabel 10.1: *Diagnoses van gebrekkige ontwikkeling van de geestvermogens*

diagnoses als (type stoornis)	aantal	
persoonlijkheidsstoornis	56	57%
gebreken in de persoonlijkheid	12	12%
beperkingen in intelligentie	17	17%
stoornis gerelateerd aan middelen-gebruik	14	14%
overige stoornissen	41	41%
geen nadere aanduiding gegeven	5	5%
totaal	99	100%

De “gebrekkige ontwikkeling” van de geestvermogens die het meest voorkomt is een *persoonlijkheidsstoornis*. In bijna drie op de vijf rapporten (56 van 99) waarin de gedragsdeskundige aangeeft dat sprake is van een gebrekkige ontwikkeling van de geestvermogens, betreft dat een persoonlijkheidsstoornis. Mogelijk dat het aantal persoonlijkheidsstoornissen hoger of lager ligt. Voor mij is dit niet duidelijk, omdat de gedragsdeskundige een aantal gebreken in de persoonlijkheid niet als zodanig aanduidt. Zo is er bij een multidisciplinair onderzoek een rapport, waarin de ene gedragsdeskundige aangeeft dat sprake is van een borderline *persoonlijkheidsstoornis*. De andere gedragsdeskundige spreekt van een borderline *persoonlijkheidsstructuur*. Deze laatste diagnose is ondergebracht in een

categorie die ik aanduid als “gebreken in de persoonlijkheid”. Een ander voorbeeld is dat bij multidisciplinair onderzoek de onderzochte volgens de ene gedragsdeskundige lijdt aan een “ernstige persoonlijkheidsstoornis”. Volgens de ander is sprake van een “persoonlijkheid met afhankelijke en antisociale trekken”.

Een andere specificatie van een gebrekkige ontwikkeling van de geestvermogens die de gedragsdeskundige geregeld geeft, is één of ander vorm van *beperking in de intelligentie*. Deze komt voor in ongeveer één op de zes rapporten (17 van 99), waarin de gedragsdeskundige het heeft over een gebrekkige ontwikkeling van de geestvermogens.

Ongeveer één op de zeven diagnoses van een gebrekkige ontwikkeling van de geestvermogens wordt gerelateerd aan *middelengebruik*. Bij dit soort stoornissen komt een grote variatie voor, evenals bij de andere categorieën. In al die rapporten waarin de gedragsdeskundige spreekt van een gebrekkige ontwikkeling van de geestvermogens vanwege middelengebruik, is daarnaast sprake van een andere stoornis, die de gedragsdeskundige aanduidt als gebrekkige ontwikkeling van de geestvermogens. Ruim de helft (acht van veertien) daarvan is een vorm van een persoonlijkheidsstoornis.

Ongeveer twee op de vijf diagnoses die de gedragsdeskundige gebrekkige ontwikkeling van de geestvermogens noemt, is niet onder te brengen in één van de hiervoor genoemde categorieën van specifiek aangeduide stoornissen. Een aantal keren komt daarin de diagnose “pervasive ontwikkelingsstoornis” voor, naast stoornissen waarin het woord “schizofrenie”, “waanstoornis” of “psychose” voorkomt. Het betreft dan bijvoorbeeld paranoïde schizofrenie, paranoïde psychotische decompensatie, waanstoornis van achtervolgingstype, etc. Dit wordt in de tabel aangegeven met de aanduiding: *overige stoornissen*.

10.3.2.3 Diagnoses van ziekelijke stoornis van de geestvermogens

In ongeveer twee op de vijf (tachtig van 194) rapporten duidt de gedragsdeskundige een diagnose aan als ziekelijke stoornis van de geestvermogens. In twee op de vijf (32 van tachtig) rapporten betreft het twee of meer diagnoses die hij zo noemt. Diagnoses die de gedragsdeskundige schaarft onder een ziekelijke stoornis van de geestvermogens leveren het volgende beeld op.

Tabel 10.2: *Diagnoses van ziekelijke stoornis van de geestvermogens*

diagnoses als (type stoornis)	aantal	
persoonlijkheidsstoornis	19	24%
gebreken in persoonlijkheid	7	9%
beperkingen in intelligentie	4	5%
stoornis gerelateerd aan middelengebruik	25	31%
overige stoornissen	66	83%
geen nadere stoornis aangegeven	2	3%
totaal	80	100%

Wat opvalt is dat van de stoornissen die de gedragsdeskundige rekent tot een ziekelijke stoornis van de geestvermogens, ongeveer een kwart (negentien van tachtig) bestaat uit een of andere vorm van *persoonlijkheidsstoornis*.

Bijna één op de tien diagnoses van een ziekelijke stoornis van de geestvermogens, zou zijn terug te voeren op *gebreken in de persoonlijkheid*.

Ook bij hetgeen de gedragsdeskundige aanduidt als ziekelijke stoornis van de geestvermogens komen stoornissen voor die gerelateerd zijn aan *beperkingen in de intelligentie*. Wel zien we dat hier minder vaak dan bij de stoornissen die de gedragsdeskundige beschouwt als gebrekkige ontwikkeling van de geestvermogens.

Voorts valt op dat bijna een derde (25 van tachtig) van de diagnoses die de gedragsdeskundige rekent tot een ziekelijke stoornis van de geestvermogens, gerelateerd is aan *middelemisbruik*. Dat is dus ongeveer tweemaal zo vaak als dezelfde categorie, die de gedragsdeskundige aanduidt als gebrekkige ontwikkeling van de geestvermogens.

Bij een beperkt aantal rapporten ontbreekt een nadere aanduiding van hetgeen de gedragsdeskundige een ziekelijke stoornis van de geestvermogens noemt. Hij geeft dan bijvoorbeeld alleen aan dat sprake is van een ziekelijke stoornis van de geestvermogens.

De grootste groep stoornissen die de gedragsdeskundige schaarft onder een ziekelijke stoornis van de geestvermogens wordt gevormd door de categorie "overige stoornissen". Dat is vaker dan bij diagnoses die de gedragsdeskundige een gebrekkige ontwikkeling van de geestvermogens noemt. Wel valt op dat ik ook hier weer dezelfde diagnoses aantrof. Bijna de helft (32 van 66) daarvan wordt gevormd door een groep stoornissen waarvan een deel is verbonden met de term "schizofrenie" (acht

van 32), "psychose" (twaalf van 32) of "depressie" (twaalf van 32).

10.3.2.4 Gebrekkige ontwikkeling? Ziekelijke stoornis?

Zoals hiervoor aangegeven komt het ook geregeld voor dat een gedragsdeskundige niet aangeeft in hoeverre de diagnose die hij stelt, te beschouwen is als een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens. Dit komt voor bij ongeveer twee van de vijf (79 van 194) onderzoeken. Toch gaat (vrijwel) elke onderzoeksopdracht vergezeld van de vraag in hoeverre ten tijde van het tenlastegelegde sprake was van een gebrekkige ontwikkeling en/of ziekelijke stoornis van de geestvermogens. Zo beantwoordt een psychiater de vraag of betrokkene lijdt aan een gebrekkige ontwikkeling en/of ziekelijke stoornis van de geestvermogens, en hoe dat in diagnostische zin te omschrijven valt, als volgt:

"Er was sprake van een collusie van driften en situaties bij een man met ontwikkelingsproblematiek met sterk kinderlijke, niet tot rijping gekomen ontwikkelingsgang, waar betrokkene een soort rationele façade om gebouwd heeft. Daarnaast had betrokkene wel voldoende overzicht en bevattingsvermogen om zich te realiseren wat er gebeurde."

Waar gedragsdeskundigen achterwege laten zo'n specifieke stoornis te bestempelen tot gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens, kunnen leken op gedragsdeskundig gebied (waaronder de consumenten van de rapportage en onderzoekers zoals CvE) die taak moeilijk overnemen. Uit voorgaande subparagrafen blijkt dat de termen "gebrekkige ontwikkeling" en "ziekelijke stoornis" van de geestvermogens bepaald niet verwijzen naar eenduidige begrippen. Zo wordt de persoonlijkheidsstoornis die de ene gedragsdeskundige onder een gebrekkige ontwikkeling van de geestvermogens schaarft, door een ander opgevoerd als ziekelijke stoornis van de geestvermogens, en omgekeerd. Dit komt bij alle categorieën stoornissen voor. Zo ook in een rapport waarin de gedragsdeskundige aangeeft:

"Onderzochte is lijdende aan een gebrekkige ontwikkeling van de geestvermogens [niet cursief CvE] in de vorm van een persoonlijkheidsstoornis, berustend op affectieve en pedagogische verwaarlozing en mogelijk ook psychische gevolgen van het niet tijdig onderkennen van een ernstige somatische stoornis."

In dit citaat beschouwt de gedragsdeskundige een persoonlijkheidsstoornis dus als een gebrekkige ontwikkeling van de geestvermogens. In een volgend rapport lezen we:

“Onderzochte is lijdende aan een ziekelijke stoornis van haar geestvermogens, [niet cursief CvE] te weten een ernstige borderline persoonlijkheidsstoornis die vooral onder spanningen gepaard gaat met fluctuerende psychotische, voornamelijk hallucinatoire belevingen.”

Deze gedragsdeskundige beschouwt een persoonlijkheidsstoornis dus als een ziekelijke stoornis van de geestvermogens. In weer een ander rapport geeft de gedragsdeskundige aan:

“Bij betrokkene was er tijdens het begaan van de feiten sprake van een gebrekkige ontwikkeling of [niet cursief CvE] ziekelijke stoornis van de geestvermogens. Er is bij de heer (...) sprake van een matig ernstige persoonlijkheidsstoornis met vooral narcistische en antisociale trekken. Tevens is er sprake van alcoholmisbruik.”

Bij het laatste citaat is het kennelijk aan de gebruiker om uit te maken wat onder gebrekkige ontwikkeling en wat onder de ziekelijke stoornis begrepen is. Zowel bij persoonlijkheidsstoornissen die de gedragsdeskundige duidt als gebrekkige ontwikkeling dan wel ziekelijke stoornis van de geestvermogens, komen dezelfde soort persoonlijkheidsstoornissen voor. Zo komt de borderline persoonlijkheidsstoornis en de antisociale persoonlijkheidsstoornis voor als gebrekkige ontwikkeling en als ziekelijke stoornis van de geestvermogens.

Geregeld komen rapporten voor waarin de gedragsdeskundige de diagnose(s) die hij stelt zowel een gebrekkige ontwikkeling noemt, als een ziekelijke stoornis van de geestvermogens. Hiervan is sprake in het volgende voorbeeld:

“Uit het persoonlijkheidsonderzoek blijkt dat bij betrokkene sprake is van een paranoïde waanstoornis gekenmerkt door formeel en inhoudelijk gestoord denken als waanachtige denkbeelden en betrekkingsideeën. Mogelijk spelen op de achtergrond psycho-sexuele problemen een rol. Onderzochte is lijdende aan een ziekelijke stoornis en [niet cursief CvE] gebrekkige ontwikkeling van de geestvermogens in de zin van een waanstoornis zoals boven omschreven.”

Andere keren laat de gedragsdeskundige het over aan de gebruiker van het rapport om te beoordelen in hoeverre de diagnose die hij noemt een gebrekkige ontwikkeling dan wel ziekelijke stoornis van

de geestvermogens is. Dit doet zich voor in het volgende voorbeeld:

“Ten tijde van het plegen van het tenlastegelegde - indien bewezen - leed onderzochte aan een ziekelijke stoornis/ gebrekkige ontwikkeling van zijn geestvermogens. Er is bij hem namelijk sprake van narcistische persoonlijkheidsproblematiek, met ten tijde van tenlastegelegde alcoholgebruik, in combinatie met partnerrelatieproblematiek, hetgeen geleid heeft tot extreem agressieve gevoelens die tot uitbarsting kwamen, met het delict en daarna een suïcidepoging tot gevolg.”

Dat de gedragsdeskundige aan de beoordeling van de gebruiker overlaat in hoeverre sprake is van een gebrekkige ontwikkeling dan wel ziekelijke stoornis van de geestvermogens, gebeurt op verschillende manieren. Geregeld gebeurt dat op de manier zoals in het hiervoor geciteerde voorbeeld of door gebruik te maken van een slash. Ook komt het voor dat de gedragsdeskundige aangeeft dat sprake is van een “gibrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis” van de geestvermogens

Volgens sommigen zou het onderscheid tussen gebrekkige ontwikkeling en ziekelijke stoornis van de geestvermogens, juridisch niet relevant zijn. Dat moge zo zijn. Toch geeft het naar mijn idee te denken wanneer een gedragsdeskundige die onderzoek verricht in een strafzaak, het onderscheid tussen beide negeert, respectievelijk aan dat onderscheid voorbijgaat. Ik hoop dan maar dat hij over andere delen van het onderzoek beter geïnformeerd is. Wanneer ik kennis neem van bovenstaande bevindingen, ben ik daar niet helemaal gerust op.

10.3.3 De onderzochten

In het voorgaande heb ik het steeds gehad over de diagnoses, maar die hebben natuurlijk betrekking op onderzochte verdachten. In deze subparagraaf komen de onderzochten centraal te staan. Aan ongeveer 90% van de onderzochten kennen gedragsdeskundigen één of meer diagnoses toe. Met diagnose bedoel ik niet alleen de specifiekere aanduiding die de gedragsdeskundige geeft aan iets wat hij een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens noemt. Het oordeel op zich dat sprake is van een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens reken ik eveneens daartoe. Maar ook beschouw ik als diagnose “andere aspecten of kenmerken van gedragsdeskundige aard”, die de

gedragsdeskundige relevant vindt voor de toerekeningsvatbaarheid, maar die hij niet aanduidt als gebrekkige ontwikkeling dan wel ziekelijke stoornis van de geestvermogens.

In het vervolg van deze paragraaf worden daarom eerst de onderzochten naar soort stoornis ten tonele gevoerd (§ 10.3.3.1). Daarna volgt een differentiatie daarvan naar arrondissement (§ 10.3.3.2).

10.3.3.1 De onderzochten naar soort stoornis

Wat valt na deze beschouwingen over het antwoord op de vraag, in hoeverre onderzochten lijdende zijn (geweest) aan een gebrekkige ontwikkeling en/of een ziekelijke stoornis van de geestvermogens en de desbetreffende specifiekere aanduidingen daarvan, in concreto te zeggen over de aantallen onderzochten en die specifiekere aanduiding van hun stoornis? Ik bedoel het volgende. Bij 56 onderzoeken stelt een gedragsdeskundige de diagnose van een persoonlijkheidsstoornis, die hij aanduidt als gebrekkige ontwikkeling van de geestvermogens. Bij negentien onderzoeken stelt een gedragsdeskundige de diagnose persoonlijkheidsstoornis, waarbij hij aangeeft dat sprake is van een ziekelijke stoornis van de geestvermogens. Dan zijn er ook nog 33 onderzoeken waarbij de gedragsdeskundige aangeeft dat sprake is van een persoonlijkheidsstoornis, maar laat hij achterwege aan te geven in hoeverre die te beschouwen is als een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens. Bij multidisciplinair onderzoek komt het geregeld voor dat één deskundige bij een onderzochte een persoonlijkheidsstoornis diagnoseert en de andere deskundige niet. De vraag die zich voordoet is: hoeveel onderzochten zijn er uiteindelijk die volgens (minstens één van) de gedragsdeskundige(n) aan een persoonlijkheidsstoornis lijden?

De diagnoses die de onderzochten van (minstens één van) de gedragsdeskundige(n) toegekend krijgen, leveren het overzicht van tabel 10.3 op.

Allereerst valt op dat ongeveer één op de tien onderzochten (twaalf van 123) volgens de gedragsdeskundige(n) gevrijwaard is van iedere aanduiding van wat voor relevante stoornis dan ook.⁴ Hoewel dit pas duidelijk is na onderzoek, komt de vraag bij mij op in hoeverre het zinvol was

Tabel 10.3: Onderzochten naar soort stoornis

onderzochten lijdende aan	aantal	
persoonlijkheidsstoornis	62	50%
gebreken in persoonlijkheid	23	19%
bependingen in intelligentie	16	13%
een stoornis gerelateerd aan middelengebruik	49	40%
overige stoornissen	81	66%
g.o. of z.s waarvan nadere aanduiding ontbreekt	6	5%
geen stoornis/gebrek	12	10%
totaal	123	100%

bij deze onderzochten een gedragsdeskundige in te schakelen voor onderzoek en rapportage.

Maar liefst ongeveer de helft (62 van 123) van de onderzochten lijdt volgens de gedragsdeskundige(n) aan een “persoonlijkheidsstoornis”. Ongeveer drie op de vier onderzochten (43 van 62) die de diagnose persoonlijkheidsstoornis krijgen, worden daarnaast gediagnosticeerd met één of meer “stoornissen” uit een andere groep.

Ongeveer één op de vijf (23 van 123) onderzochten wordt door de gedragsdeskundigen bestempeld als iemand met “gebrek(en) in de persoonlijkheid”. Het betreft dan formuleringen die de gedragsdeskundige een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens noemt of iets dat hij niet als zodanige omschrijft, maar dat hij wel relevant vindt voor de toerekeningsvatbaarheid. Bij één op de vier (vijf van twintig) verdachten uit deze groep is dit de enige stoornis die de gedragsdeskundige hem toekent. Bij de overige verdachten komen daar nog één of meer diagnoses bij uit een andere groep.

Ongeveer één op de acht (zestien van 123) onderzochten krijgt van gedragsdeskundigen een etiket dat te maken heeft met “bependingen in de intelligentie”. Het overgrote deel (veertien van zestien) daarvan, krijgt daarnaast een diagnose uit een andere groep toebedeeld.

Middelengebruik is volgens gedragsdeskundigen bij een substantieel deel van de onderzochten aan de orde. Ongeveer twee op de vijf onderzochten (49 van 123) zou een stoornis vertonen die “gerelateerd is aan middelengebruik”. Dat wil overigens niet zeggen dat niet bij meer onderzochten sprake zou zijn van middelengebruik. Alleen be-

4 Wanneer ik in het vervolg van deze paragraaf spreek over gedragsdeskundigen bedoel ik daarmee minstens

één van de gedragsdeskundigen. Voor de leesbaarheid schrijf ik niet steeds “minstens één van”.

steden gedragsdeskundige daar bij de diagnostiek niet altijd aandacht aan. Aan ongeveer negen van de tien (43 van 49) onderzochten uit deze groep kennen gedragsdeskundigen daarnaast een stoornis toe uit een andere groep.

Ongeveer twee derde (81 van 123) van de onderzochten krijgt van de gedragsdeskundigen een diagnose, die niet in één van de specifieke aangeduide categorieën valt onder te brengen. Bij 14% van alle onderzochten (17 van 123) betreft dat een diagnose waarin de term “schizofrenie” voorkomt. Het gaat dan bijvoorbeeld om: “schizofrenie paranoïde type”, “schizofrenie met defectvorming”, “paranoïde schizofrenie proces”, “schizofrenie gesed-organiseerde type”.

Bij ongeveer één op de zes onderzochten (twin-ting van 123) komt in de nadere specificering de term “psychose” voor. Bij stoornissen waaraan de gedragsdeskundige het etiket “psychose” hecht, komen we eveneens verschillende formuleringen tegen. Zo komen we onder meer tegen: “psychotisch beeld met wanen en hallucinaties”, “randpsychotisch toestandsbeeld”, “psychotische episode”, “psychotische stoornis gerelateerd aan verslaving”, “psychiatrische problematiek met o.m. psychotische overschrijdingen”.

Ongeveer één op de tien (twaalf van 123) onderzochten wordt door (minstens één van) de gedragsdeskundige(n) bestempeld met een stoornis waarin de term “stemmingsstoornis” of “depressie” dan wel beide voorkomt. Ook daar komen verschillende formuleringen voor, zoals: “depressieve stemmingsstoornis”, “depressieve verschijnselen”, “manisch depressieve stemmingsstoornis”, “langdurig depressieve toestand”, “reactieve en dysfore depressie”, “depressieve aandoening”, etc.

Ongeveer 7% (acht van 123) van de onderzochten krijgt een stoornis toegekend waarin de term “pedofilie” voorkomt. Bij aanduidingen waarin de term pedofilie terug te vinden is, gaat het om stoornissen zoals “pedofilie”, “pedosexuele stoornis” en “pedofiele geaardheid”.

De overige specificaties in deze categorie vormen een bont scala, zoals: “pervasieve ontwikkelingsstoornis NAO”, “weinig weerbare subasserti-ve vrouw”, “er lijkt sprake van defect/deterioratie gelet op het verloren gaan van premorbide vaardigheden, alsmede negatieve verschijnselen etc.”, “ADHD problematiek”, “nagebootste stoornis”, “Er was sprake van een collusie van driften en situaties bij een man met ontwikkelingsproblematiek met sterk kinderlijke, niet tot rijping gekomen ontwikkelingsgang, waar betrokkene een soort rationele façade om gebouwd heeft.”

Bij een gering aantal onderzochten (zes van 123) ontbreekt een specifiekere aanduiding van hetgeen de gedragsdeskundige beschouwt als een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens of iets wat de gedragsdeskundige niet als zodanige aanduidt, maar wat hij wel relevant vindt voor de toerekeningsvatbaarheid.

10.3.3.2 Differentiatie naar arrondissement

In deze subparagraaf is de vraag aan de orde in hoeverre tussen de arrondissementen verschillen bestaan, op het punt van het soort stoornis waaraan een verdachte volgens de gedragsdeskundige(n) lijdt. De stoornissen die de gedragsdeskundigen vaststellen bij onderzochten in de diverse arrondissementen, leveren het volgende overzicht op.

Tabel 10.4: Onderzochten naar soort stoornis, naar arrondissement

onderzochten lijdende aan	Amsterdam	Arnhem	Assen	Breda	Den Bosch	Dordrecht	totaal							
persoonlijkheidsstoornis en/of gebreken in persoonlijkheid*	15	63%	21	78%	7	70%	6	25%	15	63%	9	64%	73	59%
bependingen in intelligentie	2	8%	4	15%	2	20%	-	0%	5	21%	3	21%	16	13%
stoornis gerelateerd aan middelengebruik*	11	46%	12	44%	6	60%	5	21%	9	38%	6	43%	49	40%
geen nadere stoornis aangegeven en/of geen stoornis of gebrek	2	8%	2	7%	-	0%	9	38%	1	4%	1	7%	15	12%
totaal	24	100%	27	100%	10	100%	24	100%	24	100%	14	100%	123	100%

* p < 0.05

Het totaal aantal onderzochten bij wie geen nadere stoornis wordt aangegeven en/of die niet zouden lijden aan een stoornis of gebrek is gering. Wanneer we Breda afzetten tegen de overige arrondissementen krijgen relatief veel onderzochten uit Breda geen enkele stoornis toegekend. Maar liefst bijna twee van de vijf (negen van 24) onderzochten, die volgens de gedragsdeskundigen *niet* zouden lijden aan een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens of waarbij hij geen specifieke stoornis noemt, komen uit dit arrondissement. Wat opvalt is dat één psychiater bij alle drie verdachten die hij had onderzocht, tot het oordeel komt dat geen sprake was van een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens. Dat is dus ongeveer een derde van alle onderzochten die niet zouden lijden aan een stoornis. Een mogelijke verklaring daarvoor zou kunnen zijn dat de desbetreffende psychiater speciaal zaken toebedeeld krijgt waarin een gebrekkige ontwikkeling dan wel ziekelijke stoornis van de geestvermogens naar alle waarschijnlijkheid niet aan de orde is. Die verklaring ligt evenwel niet erg voor de hand. De indicatiestelling in Breda vond destijds enkel plaats op grond van de processtukken. Een andere verklaring zou kunnen zijn dat de ene gedragsdeskundige sneller iets aanmerkt als een stoornis dan de andere.

Tussen de arrondissementen bestaan verschillen wat betreft het aantal onderzochten dat een persoonlijkheidsstoornis en/of gebreken in de persoonlijkheid toegekend krijgt. In Arnhem zien we dat naar verhouding vrij vaak, terwijl dat in Breda relatief weinig voorkomt.⁵

Dat Breda uit de toon lijkt te vallen ten opzichte van de rest wat betreft het toekennen van stoornissen, is een reden om Breda specifiek af te zetten tegen de andere arrondissementen. Hoewel maar een beperkt aantal onderzochten gebreken in de intelligentie toegekend krijgt, zijn die bij onderzochten in Breda in het geheel niet aan de orde. Stoornissen die gerelateerd zijn aan middelengebruik zijn hier, als ik afga op de informatie uit de gedragsdeskundige rapportages, ook beduidend lager dan elders. De cijfers zullen mogelijk beïnvloed zijn door het relatief hoog aantal verdachten dat verschoond zou zijn van welke stoornis dan ook. Toch vraag ik me af of dat het gehele verschil verklaart.

10.4 Causaliteit

Nadat de gedragsdeskundige heeft vastgesteld dat ten tijde van het tenlastegelegde sprake was van een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens, zal hij als het goed is een beschrijving geven van de relatie tussen de gevonden stoornis(sen) en het tenlastegelegde.⁶ Bij dit onderdeel mag van de onderzoeker verwacht worden dat hij aangeeft op welke manier en in welke mate de eventueel gevonden stoornis(sen) doorgewerkt heeft (hebben) bij het plegen van het tenlastegelegde. In het vervolg van deze paragraaf duid ik dit kortweg aan met de term “causaliteit”.

Lang niet iedereen die lijdt aan een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens, pleegt een delict. Bij meerdere strafbare feiten dient de gedragsdeskundige het verband tussen de gevonden stoornis(sen) en het tenlastegelegde afzonderlijk te beschrijven. Uiteraard is dat niet het geval wanneer er geen verschillen bestaan, hetgeen bij hetzelfde soort delicten het geval kan zijn. Wel moet de gedragsdeskundig in dat geval aangeven dat er geen verschil bestaat.

In het vervolg van deze paragraaf besteed ik aandacht aan de wijze van analyse (§ 10.4.1), het resultaat van de analyse: varianten van causaliteitsbeschrijvingen (§ 10.4.2) en het resultaat van de analyse: prevalentie van causaliteitsbeschrijvingen (§ 10.4.3).

10.4.1 Wijze van analyse: varianten van “causaliteitsbeschrijvingen”

Een belangrijke vraag bij gedragsdeskundig onderzoek in strafzaken is in hoeverre een eventuele gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis heeft doorgewerkt op het gedrag van de verdachte, bij het plegen van het tenlastegelegde. Het antwoord hierop is van belang voor de rechter omdat dit van invloed is op de vraag in hoeverre het tenlastegelegde aan de verdachte kan worden toegerekend. Kan het plegen van een delict aan de verdachte niet worden toegerekend omdat hij handelde vanuit een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens, dan mag de rechter geen straf opleggen.

De aanwezigheid van een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis ten tijde van het plegen van het strafbare feit, is op zich niet voldoende om

5 Wanneer ik dat op deze manier interpreteer dan heb ik dat nog gecontroleerd door Arnhem, resp. Breda af te zetten tegen de rest.

6 Gemakshalve duid ik op deze plaats de gebrekkige ontwikkeling van de geestvermogens ook aan met stoornis.

de strafbaarheid te verminderen of uit te sluiten. Hiervoor is nodig dat de gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis het gedrag van de verdachte beïnvloedde ten tijde van het plegen van die feiten. Dit komt ook duidelijk naar voren in de vraagstelling die de opdrachtgever in veel gevallen aan de onderzoekers Pro Justitia voorlegt. Deze luidt als volgt:

“Beïnvloedde de eventuele ziekelijke stoornis en/of gebrekkige ontwikkeling van de geestvermogens onderzochtes gedragskeuzes, c.q. gedragingen ten tijde van het tenlastegelegde (zodanig dat het tenlastegelegde daaruit verklaard kan worden)? en

zo ja, kan de deskundige dan gemotiveerd aangeven:

- a op welke manier dat geschiedde*
- b in welke mate het geschiedde*
- c welke conclusie met betrekking tot de toerekeningsvatbaarheid op grond hiervan te adviseren is.”*

De checklist die in de onderhavige studie is toegepast bevat diverse vragen om na te gaan in hoeverre, volgens de gedragsdeskundige, sprake is van een eventueel causaal verband tussen een gevonden gebrekkige ontwikkeling en/of ziekelijke stoornis van de geestvermogens en het tenlastegelegde. Bij het ontwerpen van de checklist is uitvoerig stilgestaan bij dit onderwerp. Allereerst wordt in de checklist aandacht besteed aan het onderzoek naar de stoornis. Hetzelfde geldt voor het gesprek met de verdachte over het tenlastegelegde. Raadpleging van de dossiers wijst evenwel uit dat nauwelijks vragen te ontwikkelen zijn, die geschikt zijn om de rapportagepraktijk te analyseren. Deze blijkt namelijk veel grilliger, veel ongrijpbaarder, veel minder gestructureerd dan voorzien. Wat een beschrijving zou moeten zijn van de relatie tussen stoornis en tenlastegelegde, behelst beschouwingen die in alle opzichten sterk uiteenlopen qua vindplaats, qua omvang, qua taalgebruik, qua redenering en *last but not least* qua onderwerpen.

De “forensisch psychiatrische” of “forensisch psychologische overwegingen” moeten duidelijkheid verschaffen over de relatie tussen de gevonden stoornis en het tenlastegelegde. Soms gebeurt dat ook, echter lang niet altijd. Een andere vindplaats die over dit onderwerp duidelijkheid zou moeten verschaffen, is de “beantwoording van de vraagstelling”. De opdrachtgever stelt immers regelmatig de vraag, op welke manier en in welke mate de gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens doorgewerkt heeft tijdens het tenlastegelegde. Ik ben geneigd te denken dat die informatie op beide plaatsen moet overeenstemmen.

Maar dat is lang niet altijd het geval. In een aantal gevallen verschilt die informatie of is die in één van de onderdelen niet te vinden. Het komt ook voor dat de “psychiatrische beschouwing”, noch de “psychologische beschouwing”, noch de “beantwoording van de vraagstelling” duidelijkheid verschaft, maar dat de diagnostische overwegingen of het behandeladvies deze informatie bevat. Soms ontbreken de “diagnostische overwegingen” en de “forensisch psychiatrische” of “psychologische overwegingen”, of beide. Ook de “beantwoording van de vraagstelling” is geregeld hetzij geheel of gedeeltelijk, ver te zoeken.

Om te kunnen analyseren hoe de beschrijving van het mogelijk causaal verband tussen stoornis en delict in de praktijk gebeurt, is daarom bij nader inzien gekozen voor een open tekstveld. Hierin is bij de dataverzameling de beschrijving van de relatie tussen stoornis en tenlastegelegde of wat daarop leek te slaan, als letterlijk citaat weergegeven. De teksten in kwestie, afkomstig uit de “diagnostische overwegingen”, “forensisch psychiatrische” of “psychologische beschouwing”, “beantwoording van de vraagstelling” en soms uit het “advies”, zijn vervolgens behalve door mij, ook geanalyseerd door een rechtenstudent, als onderdeel van haar afstudeerscriptie. Dit heeft geleid tot de beschrijvingen in § 10.4.2. Daarna is een indeling gemaakt van de verschillende antwoordcategorieën, die bij de beschrijvingen gevonden zijn. Dit resulteerde in negentien verschillende categorieën. Al met al bleek dit onderdeel een zeer complexe exercitie te zijn, om redenen die in § 10.2 uiteengezet zijn.

10.4.2 Resultaat van de analyse: varianten van causaliteitsbeschrijvingen

Thans kom ik toe aan de presentatie van het resultaat van de analyse. Als zodanig wordt eerst in § 10.4.2.1 de categorisering van causaliteitsbeschrijvingen die in het onderzoeksmateriaal zijn aangetroffen uit de doeken gedaan. Vervolgens worden de gevonden varianten nader beschreven (§ 10.4.2.2 t/m § 10.4.2.6). Tot slot komt in § 10.4.3 de prevalentie van de causaliteitsbeschrijvingen aan de orde.

10.4.2.1 Categorisering

De categorisering van de verschillende manieren waarop gedragsdeskundigen een causaal verband tussen stoornis en tenlastegelegde beschrijven of

menen te beschrijven, is verricht door twee personen. Om niet volledig afhankelijk te zijn van mijn eigen oordeel en een zekere mate van *observer reliability* te creëren, heb ik de indeling in categorieën ook voorgelegd aan een tweede beoordelaar. Een rechtenstudent heeft in het kader van haar afstudeerproject, zelfstandig een indeling gemaakt van de beschrijvingen in de verschillende varianten. Onafhankelijk van elkaar kwamen wij tot een indeling in de aangetroffen antwoordcategorieën. In ongeveer 88% van de rapporten kwamen wij onafhankelijk van elkaar tot dezelfde indeling. In ongeveer 9% was dit na enige discussie het geval, en bij 3% bleven wij van mening verschillen. Bij deze beschrijvingen is de variant gekozen waarop de relatie tussen stoornis en tenlastegelegde op de meest gunstige wijze werd beschreven.

De beschrijving van de relatie tussen stoornis en tenlastegelegde, of wat de gedragsdeskundige beoogt als zodanig te beschrijven, levert een grote variatie op. Met het begrip “stoornis” ga ik in dit geval ruim om. Ik reken daartoe wat de gedragsdeskundige benoemt als gebrekkige ontwikkeling en als ziekelijke stoornis van de geestvermogens. Ook wat de gedragsdeskundige aanduidt als “stoornis”, maar niet benoemt als gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens, reken ik daartoe. Hetzelfde geldt wanneer de gedragsdeskundige niet uitgaat van een stoornis, maar van een of meer symptomen van een stoornis. Bij middelengebruik is het vaak lastig om uit te maken in hoeverre de gedragsdeskundige dat als een stoornis beschouwt. Daarom ben ik uitgegaan van de beantwoording van de vraagstelling. Als de gedragsdeskundige middelengebruik op deze plaats niet aanduidt als een stoornis, ben ik er bij de indeling in de verschillende varianten van uitgegaan dat het niet als zodanig te beschouwen valt. Overigens doet zich dit probleem niet alleen voor bij middelengebruik.

Geregeld wordt de relatie tussen stoornis en tenlastegelegde op meer plaatsen in de rapportage beschreven. Omdat niet alle onderzochte rapporten dezelfde structuur hebben, verschilt dit per rapport. Soms staat de beschrijving van de causaliteit onder het hoofdje “forensisch psychiatrische” of “forensisch psychologische beschouwing”. Daar hoort het ook thuis. Soms ontbreekt zo’n hoofdje geheel. Een andere keer is er een apart hoofdje “causaliteit”. Geregeld trof ik de beschrijving van de relatie tussen de stoornis en het tenlastegelegde, of wat daarvoor door moet gaan, aan in de “beantwoording van de vraagstelling”. De vraagstel-

ling nodigt daar in veel gevallen toe uit. Wanneer de beschrijving van de causaliteit op verschillende plaatsen voorkomt, is die niet altijd op alle plaatsen hetzelfde. In dat geval wordt in eerste instantie gekozen voor de beschrijving in het onderdeel van de “beschouwing”, althans voor zover dat onderdeel aanwezig is. Globaal laten die beschrijvingen van de causaliteit zich als volgt groeperen:

1. Aanduidingen waarin de gedragsdeskundige een causale relatie aangeeft van een stoornis met het tenlastegelegde.
2. Formuleringen waarin de gedragsdeskundige een causale relatie aangeeft tussen de stoornis en iets anders dan het tenlastegelegde. De gedragsdeskundige maakt zijn redenering niet af. Dat wil zeggen dat hij niet uitkomt bij het tenlastegelegde, maar bij - om een voorbeeld te noemen - verminderde grip op zijn handelen.
3. Formuleringen waarbij de gedragsdeskundige een causale relatie aangeeft tussen iets wat hij niet als een stoornis duidt en het tenlastegelegde.
4. Formuleringen waarbij de gedragsdeskundige een causale relatie aangeeft tussen iets wat hij niet als een stoornis duidt en waarbij hij uitkomt bij een redenering die niet af is.
5. De aanduiding van enig ander verband dan een causaal verband of het ontbreken van een causaal verband.

Categorie 1 tot en met 4 zijn allemaal onderverdeeld in de volgende vier subvarianten:

- a. Formuleringen die een rechtstreeks monocausaal verband aangeven tussen de stoornis en het tenlastegelegde of een redenering die niet af is. Dit geeft de gedragsdeskundige aan met formuleringen als, “op grond van”, “vanwege”, etc.
- b. Formuleringen die een rechtstreeks multicausaal verband aangeven. Naast de stoornis noemt de gedragsdeskundige bij de beschrijving van een causaal verband nog een ander aspect dat invloed heeft gehad op het tenlastegelegde of op de redenering die niet af is. Dat “andere” brengt de gedragsdeskundige in het rapport niet in verband met een stoornis. Hierbij kan gedacht worden aan de omstandigheden waaronder het tenlastegelegde plaatsvond.
- c. Formuleringen die een monocausaal verband aangeven maar waarbij de gedragsdeskundige niet rechtstreeks uitkomt bij het tenlastegelegde of een redenering die niet af is. Het gaat hierbij om formuleringen als: “leidt tot niet

overzien van gedragskeuzes”; “had verdachte weinig andere keuzemogelijkheden als ...”.

- d. Formuleringen als onder c, maar waar sprake is van een multicausaal verband. Dit is een combinatie van b en c.

Categorie 5 bestaat uit drie subvarianten. Bij variant zeventien beschrijft de gedragsdeskundige geen causale relatie, maar geeft hij alleen aan dat een stoornis in tijd samenvalt met het tenlastegelegde. Bij categorie achttien geeft de gedragsdeskundige een meer bestendige samenhang weer tussen een stoornis en het tenlastegelegde. Bij categorie negentien geeft de gedragsdeskundige aan dat geen sprake is van een causale relatie. Schematisch gezien ziet de verdeling er uit als weergegeven in tabel 10.5.

Hierna volgen enkele voorbeelden van de verschillende varianten om een en ander te verduidelijken. Bij deze beschrijvingen komen niet alleen de mankementen naar voren die in de paragrafen aan het begin van dit hoofdstuk zijn beschreven. Zij vertonen ook andere gebreken.

10.4.2.2 Een causale relatie van een stoornis met het tenlastegelegde

De indeling in *variant 1a* komt geregeld voor. De gedragsdeskundige duidt een rechtstreeks causaal verband aan tussen stoornis en tenlastegelegde met

woorden en zinsneden als: “vanuit”; “wat ertoe leidde”; “in verband hiermee”; “heeft mogelijk een belangrijke rol van betekenis gespeeld”; “heeft geleid tot”; “op basis van”; “het tenlastegelegde komt op indirecte wijze voort uit en in hoge mate gekleurd door”; “voortkomend vanuit zijn psychose”; “werd bij het plegen van het tenlastegelegde bepaald door”; “kan voor een zeer belangrijk deel verklaard worden vanuit”; “komt voort uit”; “op grond van”; “uitgaande van de geconstateerde stoornis”; “daardoor”; “daarom”; “vanwege”; “vanuit deze pathologie”; “vanuit zijn waan”; “kan verklaard worden uit”; “veroorzaakt door”; “is ontstaan door”; “welke gerelateerd is aan”; “kan worden begrepen als een uiting van zijn stoornis”; “is betrokkene gekomen tot”; “op grond van”; “welke gerelateerd is aan”; “staat in relatie tot de tenlastegelegde zaken”; “gehandeld vanuit”; “kan worden begrepen als een uiting van”; “de invloed van zijn psychiatrische en persoonlijkheidsproblematiek is in deze omstandigheden heel sterk”; “gesuperponeerd op”; “uitgaande van de geconstateerde stoornis”, etc.

Een voorbeeld van een beschrijving uit variant 1a is te vinden in de volgende passage. De verdachte is verkrachting tenlastegelegd. De psycholoog schrijft:

“Ten tijde van het tenlastegelegde feit, heeft hij zijn behoeften uiteindelijk bevredigd met geweld (‘ik ben sterker’). Het slachtoffer zegt in het proces-verbaal dat ze zich moeilijk kon verweren. Na vruchteloos verzet, heeft ze zich

Tabel 10.5: Inhoud van de vijf beschrijvingsgroepen

	Het verklarende	Formulering van (causale) relatie	Het verklaarde
Beschrijvingsgroep 1	Gebrekkige ontwikkeling en/of ziekelijke stoornis	Een rechtstreeks of een niet rechtstreeks monocausaal of multicausaal verband.	Tenlastegelegde
Beschrijvingsgroep 2	Gebrekkige ontwikkeling en/of ziekelijke stoornis	Een rechtstreeks of een niet rechtstreeks monocausaal of multicausaal verband.	Iets anders dan het tenlastegelegde, bijvoorbeeld ontoerekeningsvatbaarheid
Beschrijvingsgroep 3	Iets anders dan gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis	Een rechtstreeks of een niet rechtstreeks monocausaal of multicausaal verband.	Tenlastegelegde
Beschrijvingsgroep 4	Iets anders dan gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis	Een rechtstreeks of een niet rechtstreeks monocausaal of multicausaal verband.	Iets anders dan het tenlastegelegde, bijvoorbeeld ontoerekeningsvatbaarheid
Beschrijvingsgroep 5	n.v.t.	Ander verband dan causaal verband of helemaal geen verband.	n.v.t.

erbij neergelegd dat hij sterker was dan zij. Ze heeft om hulp geroepen tijdens het tenlastegelegde feit. Een voorbijganger heeft haar gehoord en ingegrepen. In zijn waan, waarvan we mogen veronderstellen dat deze gekleurd wordt door zijn eigen angstige en traumatische ervaringen in zijn jeugd, wordt betrokkene bedreigd door het slachtoffer. Er speelt bij betrokkene dan hoogstwaarschijnlijk een omkering in de waarneming: hij verkeert in de waan dat deze man, de voorbijganger, de vrouw (het slachtoffer) te hulp schiet en hem 'meeverkracht'. De vrouw wordt in zijn beleving van slachtoffer tot dader.

Betrokkene lijdt aan schizofrenie. Op grond van de symptomen van deze ziekte, beïnvloedingswanen en hallucinaties, heeft betrokkene het tenlastegelegde feit gepleegd."

In deze beschrijving geeft de gedragsdeskundige een rechtstreeks verband aan van de stoornis met het tenlastegelegde. Wel begeeft de gedragsdeskundige zich, mijns inziens, met de formulering van de laatste zin op glad ijs. Mocht er al sprake zijn van twijfel aan het bewijs van het tenlastegelegde, dan zou dat door deze formulering in de rapportage weggenomen kunnen worden.

De volgende beschrijving bevat een voorbeeld van variant 1b. Dat betekent dat de gedragsdeskundige naast de stoornis ook één of meer andere factoren noemt, die een rol hebben gespeeld bij het tenlastegelegde. Het gaat in deze zaak om een moord en een poging tot moord. In een uitgebreide beschouwing komt de psychiater tot de volgende beschrijving van de relatie tussen de stoornis en andere factoren met het tenlastegelegde:

"Het is ten tijde van het tenlastegelegde de combinatie van bovenbeschreven mechanismen geweest [biologische factoren; alcoholgebruik, psychologische factoren; narcistische persoonlijkheidsproblematiek en sociale factoren; relatieproblemen, CvE] die geleid heeft tot het delict. De narcistische persoonlijkheidsproblematiek van betrokkene maakt hem kwetsbaar voor krenkingen die bij hem spanning, woede en agressie oproepen, gevoelens waar hij niet goed mee om kan gaan. Door de aaneenschakeling van krenkende situaties ten gevolge van de relatieproblemen zoals eerder omschreven zijn bij hem agressieve gevoelens extreem gaan oplopen, agressie die vervolgens gericht werd op hemzelf en op de schoonouders. Het is vervolgens het effect van de alcoholontremming geweest, waardoor betrokkene zijn handelen niet meer voldoende kon sturen en hij tot handelende agressie en daarna tot een suïcidepoging kwam. Wat betreft het alcoholgebruik geldt de 'culpa in causa' regel en valt hem zijn gedrag dat hiermee te maken heeft wel toe te rekenen. Echter, het alcoholgebruik hoort ook deels bij de narcistische persoonlijkheidsproblematiek,

en voor dit deel is hem dit weer verminderd toe te rekenen. Daarenboven kan gesteld worden dat de agressieve gevoelens zoals boven beschreven al aanwezig waren ten tijde van het delict, de alcohol heeft deze niet veroorzaakt, maar heeft slechts ontremmend gewerkt."

In dit geval geeft de gedragsdeskundige aan dat er naast de stoornis ook andere factoren, zoals sociale factoren en relatieproblemen, van invloed zijn geweest op het plegen van het tenlastegelegde.

Vervolgens kom ik bij variant 1c, dat wil zeggen dat de gedragsdeskundige een monocausaal verband aangeeft tussen de stoornis en het tenlastegelegde. Hij doet dat via een tussenstap. Bij de voorgaande beschrijvingen vloeit het tenlastegelegde feit rechtstreeks voort uit de stoornis (1a) of uit de stoornis gecombineerd met iets wat niet in verband staat met de stoornis (1b).

De tussenstap komt voor in allerlei varianten. Bij de onderzochte zaken komen de volgende formuleringen voor: "leidde ertoe dat zij de controle over haar agressieve impulsen volledig verloren had"; "zodat betrokkene alstoen voldoende inzicht had in de wederrechtelijkheid van de begane feiten, en hij zijn wil licht verminderd conform een dergelijk besef kon bepalen"; "is hij onvoldoende in staat geweest om zijn wil en handelen overeenkomstig dat inzicht, dat het plegen van een dergelijk delict maatschappelijk onaanvaardbaar is, te bepalen"; "kan gesteld worden dat betrokkene enigszins minder dan de doorsnee inwoner van Nederland in staat was om weerstand te bieden aan de verleiding om de ten laste gelegde feiten te plegen"; "kan, indien de feiten bewezen geacht, dan gezien worden als een theatrale vorm van geëxternaliseerde agressie"; "kan daarbij deels worden gezien als symptoom van de psychiatrische stoornis en is daarmee niet geheel onder controle van betrokkenes vrije wil"; "heeft betrokkenes vrijheid van handelen ernstig beperkt"; "op basis waarvan hij de grip op de eigen persoonlijkheid en op eigen gedrag niet goed meer kon uitoefenen"; "leidt mij dit tot de conclusies dat de gedragskeuzen van betrokkene ten tijde van het plegen van het tenlastegelegde eniger mate, doch zeker niet volledig, beïnvloed werden", etc.

Een voorbeeld van de beschrijving van variant 1c vinden we in een zaak, waarin een man het gevoel heeft dat zijn vrouw het bloed onder zijn nagels vandaan haalt. De psychiater concludeert tot een ziekelijke stoornis van de geestvermogens in de zin van een reactieve en dysfore depressie. Verdachte vertrouwt zijn vrouw niet helemaal. De antwoorden die zij hem geeft, vindt hij niet bevred-

digend. Hij dwingt haar van een poeder te snuiven, omdat hij denkt dat ze dan openheid van zaken zal geven. Hem wordt geweldpleging tenlastegelegd, hetgeen hij overigens ontkent. De psychiater komt tot de volgende beschrijving van de relatie tussen de stoornis en het tenlastegelegde:

“Mocht bewezen worden dat betrokkene de ten laste gelegde feiten gepleegd heeft, dan kan gesteld worden dat betrokkene op basis van de depressieve aandoening, ook al komt deze vooral in de dysforie tot uiting, toch enigszins minder dan de doorsnee inwoner van Nederland in staat was om inzicht te verwerven in het ongeoorloofde karakter van de hem ten laste gelegde feiten en vooral om weerstand te bieden aan de verleiding om de ten laste gelegde feiten te plegen.”

Bij deze redenering leidt de stoornis er volgens de psychiater toe, dat de verdachte enigszins minder dan de doorsnee inwoner van Nederland in staat was om inzicht te verwerven in het ongeoorloofde karakter van de hem ten laste gelegde feiten, en vooral om weerstand te bieden aan de verleiding om het tenlastegelegde te plegen. De psychiater geeft aan via welke route de stoornis een rol heeft gespeeld bij het tenlastegelegde. Hierin onderscheidt deze variant zich van 1a.

Bij *variant 1d*, geeft de gedragsdeskundige een multicausaal verband aan tussen stoornis en het tenlastegelegde. Naast de stoornis spelen dus één of meer andere factoren een rol. Een voorbeeld van een dergelijke redenering is te vinden in het volgende citaat:

“Op de avond van het tenlastegelegde had hij een paar pilsjes gedronken. Toen betrokkene vervolgens in het conflict met de buurman terecht kwam, kon hij zijn agressie niet meer ontwijken of kanaliseren. Het is aannemelijk dat alcoholgebruik in combinatie met een hoge dosering oxazepam de rem erafgehaald heeft, waarna betrokkene toen zijn agressie werd getriggerd, tot het delict kon komen. De agressie was dus al aanwezig op basis van zijn persoonlijkheidstrekken en de conflictsituatie, het gebruik van alcohol en oxazepam maakte dat betrokkene geen sturingsmogelijkheden meer had om de agressie af te weren: hij had geen controle meer over zijn handelen, hij was op dat moment in een veranderde bewustzijnstoestand.”

In het hiervoor genoemde voorbeeld spelen verschillende factoren een rol. De gedragsdeskundige noemt hier nadrukkelijk de persoonlijkheidstrekken, de conflictsituatie en middelengebruik. Deze factoren tezamen zorgen ervoor dat betrokkene

“geen sturingsmogelijkheden meer had om zijn agressie af te weren” en dat hij “geen controle meer had over zijn handelen”, waardoor het tot het delict kon komen.

Bovenstaande beschrijvingen hebben alle gemeenschappelijk dat ze uitkomen op het tenlastegelegde. Na deze beschrijvingen kom ik bij een nieuwe categorie, namelijk waarbij de gedragsdeskundige zijn redenering niet afmaakt. De gedragsdeskundige eindigt in zijn redenering niet bij het tenlastegelegde, maar bij iets anders. Ook bij deze categorie komen dezelfde vier varianten voor die bij de hiervoor genoemde voorbeelden voorkomen, en die aan het begin van deze paragraaf zijn genoemd.

10.4.2.3 Een causale relatie van een stoornis met iets anders dan het tenlastegelegde

Een voorbeeld van *variant 2a* betreft een man die ervan verdacht wordt, dat hij een vriendin heeft geslagen en bedreigd met verkrachting en met de dood. In het verslag in de rapportage van het gesprek over het tenlastegelegde is niets te vinden over de toedracht daarvan. De psychiater schrijft onder een hoofdje “Psychiatrische bevindingen tijdens het onderzoek”:

“Ofschoon de exacte psychiatrische toestand van verdachte retrospectief moeilijk is vast te stellen, is het zeer aannemelijk dat hij ten tijde van het tenlastegelegde impulsief en vanuit een gedisreguleerde agressieregulatie op basis van een antisociale en afhankelijke persoonlijkheid heeft gehandeld.”

In de forensisch psychiatrische overwegingen staat het volgende:

“We hebben te maken met een 27-jarige man, die vanaf het 10^e jaar bekend is met toenemende ernstige gedragsproblematiek, wiens persoonlijkheid is uitgegroeid tot een antisociale en afhankelijke persoonlijkheid, waarbij zijn egocentrisme, het bijna volledig ontbreken van empathische vermogens en zijn narcistische gekwetstheid en krenkbaarheid dusdanig zijn, dat hij indien hieraan geappelleerd wordt volledig ten prooi kan vallen aan de agressieve uitingen hiervan, waarbij hij, als slachtoffer van de eigen interne impulsen onvoorspelbaar en zeer gevaarlijk gedrag kan vertonen, met name in de relatie met anderen en vooral tijdens en na een separatie. Betrokkene heeft ten tijde van het hem tenlastegelegde impulsief, ongeremd en onbegrensd vanuit zijn gekrenkte narcisme op basis van deze antisociale en afhankelijke persoonlijkheid gereageerd

en in die zin kan het hem tenlastegelegde in enigszins verminderde mate worden toegerekend.”

De psychiater eindigt bij een reactie van de verdachte ten tijde van het tenlastegelegde. De vraag is evenwel in hoeverre en in welke mate dat geleid heeft tot het tenlastegelegde. Vervolgens maakt de psychiater de sprong van het gedrag ten tijde van het tenlastegelegde feit naar de toerekeningsvatbaarheid.

Overigens dringt zich bij deze beschrijving de vraag op, hoe de psychiater in dit geval tot deze conclusie komt. In het verhaal over het tenlastegelegde staat niets over de toedracht van de tenlastegelegde feiten. In eerste instantie houdt de psychiater ook nog een slag om de arm. In de overwegingen is die verdwenen. De beantwoording van de vragen levert niet veel meer informatie op. Daarin verwijst de psychiater naar de forensisch psychiatrische overwegingen.

Vervolgens kom ik bij *variant 2b*. Bij een dergelijke redenering geeft de gedragsdeskundige een multicauusaal verband aan tussen een stoornis en een redenering die niet af is.

In dit geval gaat het om twee zusjes, waarvan de een de andere met een mes heeft gestoken. Verdachte wordt poging tot doodslag tenlastegelegd. Volgens de psychiater lijdt verdachte aan een gebrekkige ontwikkeling van de geestvermogens in de zin van een symbiotische relatievorming en een persoonlijkheidsstoornis, waarbij afhankelijke, borderline en antisociale persoonlijkheidstrekken spelen. Er is volgens de gedragsdeskundige “geen sprake van een ziekelijke stoornis: de afhankelijkheid van kalmeringsmiddelen is onderdeel van de genoemde problematiek”.

Het rapport heeft een hoofdje met de titel “De samenhang van het psychiatrisch beeld en het tenlastegelegde”. Eerst gaat de psychiater in op het gebruik van oxazepam door de verdachte voorafgaande aan het tenlastegelegde. Zijn conclusie is dat de extra oxazepam die verdachte had ingenomen geen invloed gehad lijkt te hebben op het tenlastegelegde. Vervolgens schrijft hij:

“De beschreven symbiose tussen betrokkene en X [het slachtoffer, CvE] speelt een zeer grote rol in het delict (indien bewezen). De door betrokkene zo verafschuwde afhankelijkheid van X kan gezien worden als een projectie van haar eigen afhankelijkheidsgevoelens. Deze wordt niet verdragen, maar geprojecteerd in X en vervolgens bestreden. Het niet kopen van een pakje sigaretten kan door betrokkene beleefd zijn als een mogelijke verlating, een onafhankelijke daad en geleid hebben tot een immense

uitbarsting van woede. Op grond van het bovenstaande wordt geadviseerd betrokkene het delict (indien bewezen) verminderd toe te rekenen.”

De psychiater komt in deze beschrijving tot een immense uitbarsting van woede. Daar eindigt de beschrijving. Of deze woede-uitbarsting ook het steken met het mes inhoudt lijkt waarschijnlijk, maar is gissen. Van daaruit maakt hij de sprong naar verminderde toerekeningsvatbaarheid. Bij die woede-uitbarsting speelt naast de symbiose [een gebrekkige ontwikkeling van de geestvermogens volgens de psychiater, CvE], het feit dat haar zusje weigerde een pakje sigaretten voor verdachte te kopen.

Ook bij *variant 2c* maakt de gedragsdeskundige zijn redenering niet af. Hij maakt bij de beschrijving van de causaliteit een tussenstapje. In deze variant is sprake van een monocausaal verband. Dat wil zeggen dat de gedragsdeskundige de redenering die niet af is, alleen baseert op de stoornis.

Het voorbeeld van de beschrijving die nu volgt, gaat over een man die verdacht wordt van zware mishandeling en bedreiging met verkrachting van zijn echtgenote. De gedragsdeskundige concludeert dat bij verdachte “sprake is van een ziekelijke storing in de zin van een bi-polaire (manisch-depressieve) stoornis met daarnaast een persoonlijkheidsstoornis met narcistische en ontwijkende kenmerken en excessief alcoholgebruik. De medicatie (in verband met de ziekelijke storing) gecombineerd met alcoholgebruik heeft geleid tot ontremmingstoestanden.” Onder het hoofdje “Samenvatting en forensisch psychologische beschouwing” valt onder meer te lezen:

“Volgens de informatie van betrokkene en anderen (...) is er sprake van een bipolaire stoornis. In verband met deze aandoening gebruikt hij langdurig medicatie. Betrokkene heeft nogal eens gerommeld met de medicatie. Daarnaast gebruikt hij forse hoeveelheden alcohol.

Als gevolg van de combinatie alcohol en medicatie is er regelmatig sprake van ontremmingstoestanden waarbij aangefster zich regelmatig bedreigd heeft gevoeld. Betrokkene heeft mogelijkerwijs niet door gehad hoe bedreigend hij was. Wat dat betreft kent hij zichzelf erg slecht. Rationeel gezien heeft betrokkene veel zelfkennis; hij bestudeert regelmatig psychologische en psychiatrische boeken. Emotioneel gezien heeft hij weinig zelfinzicht. Hij schat de realiteit af en toe niet adequaat in. Mogelijk een gevolg van de bipolaire stoornis en het alcoholgebruik. Betrokkene neigt tot een directe bevrediging van behoeften; daarbij houdt hij weinig rekening met de ander. Is dwingend in zijn

gedrag zonder dat hij daar zelf erg in heeft. Denkt daarentegen dat hij een zeer rationeel ingesteld iemand is die zich verplaatst in anderen. De frustratietolerantie is laag. Betrokkene heeft sterk de neiging anderen verantwoordelijk te houden voor zijn falen. Is sterk geneigd de ander als oorzaak van zijn ongenoegens te zien. Daarbij kan hij zeer dwingend c.q. dreigend overkomen. Op seksueel gebied is hij periodiek impotent geweest ten gevolge van seroxat gebruik. Wellicht een grote frustratie voor betrokkene. Het geconstateerde ziektebeeld, bi-polaire stoornis bij een narcistische persoonlijkheidsstructuur is van invloed op het gedrag. De combinatie medicatie en alcohol leidt tot ontremmingstoestanden waarbij betrokkene grenzen van het oorbare overschrijdt. Ten tijde van het tenlastegelegde was er sprake van een dergelijke ontremming."

Uit de beantwoording van de vragen valt af te leiden dat de gedragsdeskundige zowel de bipolaire stoornis als het alcoholgebruik beschouwt als een ziekelijke stoornis. Men kan dus stellen dat in ieder geval een stoornis (de combinatie medicatie en alcoholgebruik) leidt tot ontremmingstoestanden, waarbij betrokkene grenzen van het oorbare overschrijdt. Zelfs ten tijde van het tenlastegelegde was er sprake van een ontremming. Verder komt de psycholoog echter niet. Ook dringt de vraag zich op, op welke manier de bipolaire stoornis eventueel een rol heeft gespeeld bij het tenlastegelegde. Aan die vraag besteedt de psycholoog geen enkele aandacht.

Afgezien van het hiervoor gestelde, roept dit rapport nog enkele andere vragen op. In de samenvatting die de gedragsdeskundige gemaakt heeft van het proces-verbaal van politie, staat dat onderzochte tien dagen voor het tenlastegelegde stopte met de medicatie, omdat hij zich iets beter voelde. In de speciële anamnese met betrekking tot het tenlastegelegde staat onder meer: "Op het laatst gebruikte hij lithium, seroxat en daarnaast alcohol". Welk tijdstip de psycholoog hiermee bedoelt wordt niet duidelijk. Uit het rapport blijkt ook niet wanneer onderzochte alcohol heeft gebruikt en wat dit gebruik inhield, noch de hoeveelheden. De vraag die zich bij mij opdringt is of het niet zo kan zijn dat het stoppen van lithium heeft geleid tot ontremmingsverschijnselen.

In een andere zaak gaat het om een man die verdacht wordt van het plegen van ontucht met een aan zijn zorg, opleiding of waakzaamheid toevertrouwde minderjarige, meermalen gepleegd. Volgens de psychiater lijdt de verdachte aan een persoonlijkheidsstoornis. Alleen in een samenvatting van de beantwoording van de vragen, beschrijft de

psychiater het verband tussen de stoornis en het tenlastegelegde feit. Hij doet dit als volgt:

"Indien het tenlastegelegde bewezen wordt geacht kan dan gesteld worden dat als gevolg van het genoemde gebrek er toendertijd hooguit een lichte mate van vermindering van de toerekeningsvatbaarheid aanwezig was omdat betrokkene niet geheel de importantie van wat hij deed kon overzien (causaal verband met de persoonlijkheidsstoornis)". [oorspronkelijke onderstreping, CvE]

De persoonlijkheidsstoornis leidt er in dit geval volgens de psychiater toe dat verdachte de importantie van wat hij deed niet kon overzien. Dit leidt vervolgens tot een licht verminderde toerekeningsvatbaarheid. Wat betreft de diagnostiek schrijft de psychiater in de "forensisch psychiatrische overwegingen ter beantwoording van uw vragen" het volgende:

"Alleen indien het tenlastegelegde bewezen wordt geacht [oorspronkelijke onderstreping, CvE] is er tevens sprake van een psychiatrische ziekte en wel pedoflie gericht op jongens onder de 16 jaar, maar niet exclusief. Betrokkene zou in dat geval al verscheidene jaren en tot zeer recent jongens misbruikt hebben. Zijn verstrekte informatie zou dan forse onjuistheden bevatten, onjuistheden die hij zich goed realiseert. Hij zou zich in dat geval dus van de ernst en van het strafbare van zijn handelingen zeer bewust zijn."

De psychiater baseert in geval van bewezenverklaring de stoornis dus op het tenlastegelegde. De vraag dient zich aan, in hoeverre de pedoflie een rol heeft gespeeld in het geval dat het tenlastegelegde bewezen wordt geacht. Want als de rechter de tenlastegelegde feiten bewezen acht, is er volgens de psycholoog ook nog eens sprake van pedoflie. Gezien de aard van het delict lijkt mij die vraag als lesszins relevant.

Vervolgens kom ik bij variant 2d. Hier is sprake van een multicausaal verband tussen een stoornis en iets anders dat niet in causaal verband staat tot een stoornis, met iets anders dan het tenlastegelegde. De gedragsdeskundige maakt zijn redenering niet af. Ik bedoel daarmee dat de gedragsdeskundige niet uitkomt bij het tenlastegelegde. De tenlastegelegde feiten in het voorbeeld betreffen een insluiping en diefstal in een bejaardentehuis en een diefstal en brandstichting in een kerk. De feiten vonden op verschillende tijdstippen plaats. In het rapport ontbreken de diagnostische overwegingen en een forensisch psychologische beschouwing. In

een hoofdje “Conclusies en advies” valt onder meer het volgende te lezen:

“Verdachte functioneert op een zwakbegaafd niveau [de psycholoog heeft de verkorte GIT afgenomen en komt daarbij op een IQ van 75, CvE]. Hij werd geboren als oudste van twee kinderen in een gezin waar beide ouders verslaafd zouden zijn (geweest) aan alcohol en hun kinderen kennelijk dusdanig verwaarloosden en mishandelden dat betrokkene omstreeks zijn derde levensjaar door de kinderbescherming uit huis werd gehaald.

Vervolgens begon een traject van tehuizen, internaten en pleeggezinnen wat rond zijn 14^{de} jaar zou zijn geëindigd. Hij werd in die tijd van school gestuurd en tevens seksueel misbruikt door een oudere man. Vanaf dat moment leidt hij naar eigen zeggen een zwerfend bestaan en hoort hij ‘stemmen’ die hij kan laten verdwijnen met het gebruik van cocaïne. Om in zijn cocaïnebehoefte te voorzien komt hij tot vermogensdelicten en is er ook tenminste een vermoeden van (homo)prostitutie.

De momenteel tenlastegelegde delicten vallen uiteen in enerzijds (poging tot) vermogensdelicten en anderzijds brandstichting uit een bij hem postgevatte haat tegen alles wat met kerken en gelovigen te maken heeft. Gezien de bij verdachte geconstateerde stoornis en gebrek kan hij voor beide (soorten van) feiten als verminderd toerekeningsvatbaar worden aangemerkt. Door zijn ziekte en zwakbegaafdheid, alsmede door de omstandigheden waaronder hij leeft, mogen zijn oordeel- en kritiekfuncties als zeer beperkt worden verondersteld. Hij zal nog wel beseffen dat wat hij doet wettelijk strafbaar is, maar zijn vermogen om zich ook conform dit besef te gedragen is aanmerkelijk beperkt.”

De psycholoog besteedt aandacht aan het feit dat er sprake is van twee verschillende soorten delicten. Op grond van de ziekte en zwakbegaafdheid van de verdachte, alsmede de omstandigheden waaronder hij leeft, mag volgens de psycholoog verondersteld worden dat zijn oordeel en kritiekfuncties zeer beperkt zijn. Dit leidt ertoe dat zijn vermogen om zich te gedragen naar het besef dat wat hij doet wettelijk strafbaar is, aanmerkelijk is beperkt. Daarmee is naar mijn idee evenwel niet inzichtelijk gemaakt waarom dat leidt tot insluiping en diefstal in een bejaardentehuis en brandstichting in een kerk. Wel adviseert de gedragsdeskundige de rechter om de onderzochte verminderd toerekeningsvatbaar te beschouwen.

10.4.2.4 Een causale relatie van iets anders dan een stoornis met het tenlastegelegde

De varianten 3a t/m 3d komen enkele keren voor. In deze gevallen geeft de gedragsdeskundige een causale relatie aan tussen iets wat hij niet als een stoornis duidt en het tenlastegelegde feit. Een voorbeeld hiervan is te vinden in een psychologische rapportage. In een paragraaf “causaliteit” staat het volgende:

“Onderzochte wordt verdacht van meerdere diefstallen. Onderzochte heeft deze diefstallen gepleegd om zijn drugsverslaving te kunnen bekostigen.”

Van dit soort beschrijvingen zegt de psychiater/jurist W. Nieboer dat deze hoogstens explicatief, informatief en instructief zijn. Het delict is doorzichtig, maar hiermee is niets gezegd over de psychische causaliteit.⁷ Overigens acht de psycholoog de verdachte in dit geval verminderd toerekeningsvatbaar.

10.4.2.5 Een causale relatie waar geen stoornis of tenlastegelegd feit aan te pas komt

Variant 4a tot en met 4d komt eveneens slechts enkele malen voor. Het gaat bij deze beschrijvingsgroep om een causaal verband tussen iets anders dan een stoornis en een redenering die niet af is. Afgaande op een dergelijke beschrijving kan hier niet al te veel van verwacht worden.

In één van de beschrijvingen binnen deze groep, gaat het om een man die verdacht wordt van het plegen van ontucht met een minderjarige. De psycholoog schrijft het volgende:

“Betrokkene is een 52 jarige gehuwde man, met een normaal seksueel leven, die daarnaast een voorkeur heeft voor puber jongetjes. Betrokkene werd ook zelf in zijn jeugd seksueel misbruikt, maar heeft dat grotendeels verdrongen. Een deel van de problematiek heeft te maken met het weer goed maken en verwennen van het kleine kind in betrokkene, ten gevolge van een beleefd affectief tekort in de kindertijd.”

Betrokkene erkent een deel van de tenlastelegging, namelijk de masturbatie maar ontkent anale penetratie en geweldpleging

Indien het tenlastegelegde wordt bewezen dan is er een grote kans op herhaling en ook op verdere escalatie. In dat geval lijkt een TBS noodzakelijk met dwangverpleging.

⁷ Nieboer 1970, p. 151.

Indien het tenlastegelegde niet bewezen wordt dan is er sprake van een geringere kans op herhaling, omdat dan blijkt dat betrokkene voor een groot deel in staat is om zijn pedofiele verlangens te beteugelen. Een behandeling zoals nu gestart is (...) kan dan in de voorwaarden van een deels voorwaardelijke straf worden opgenomen. Betrokkene is overigens licht verminderd toerekeningsvatbaar te achten vanwege zijn pedofiele attitude. Er is geen significante aanwijzing voor een persoonlijkheidsstoornis in engere zin."

De enige relatie waarover de psycholoog spreekt is die van een pedofiele attitude met toerekeningsvatbaarheid. In hoeverre de psycholoog een pedofiele attitude beschouwt als stoornis maakt hij niet duidelijk. Bij de beantwoording van de vragen schrijft hij dat bij betrokkene geen indicatie is voor een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens, anders dan de pedofiele geaardheid. Wat opvalt is dat de psycholoog zelfs in geval van vrijspraak een straf adviseert. Maar dat terzijde

10.4.2.6 Ander verband dan een causaal verband of helemaal geen verband.

Tot slot bestaat een vijfde beschrijvingsgroep. Deze bevat onder andere een variant, waarbij de gedragsdeskundige geen causale relatie beschrijft, maar waarbij de stoornis in tijd samenvalt met het tenlastegelegde. Dit komt dan in de plaats van de beschrijving van de relatie tussen de stoornis en het tenlastegelegde. Hiervan is sprake in het volgende citaat:

"Ten tijde dat de tenlastegelegde feiten plaatsvonden was er sprake van een ziekelijke stoornis van de geestvermogens in de vorm van een psychose, waarschijnlijk in het kader van een schizofreen proces. Rapporteur acht betr. daarom [niet cursief CvE] volledig ontoerekeningsvatbaar voor de tenlastegelegde feiten."

Door aan te geven dat hij de verdachte ontoerekeningsvatbaar acht, suggereert de psycholoog dat er een causale relatie bestaat tussen de stoornis en het tenlastegelegde. De enkele aanwezigheid van een stoornis is daarvoor volgens hem voldoende. Verder vindt in het rapport nergens een beschrijving plaats tussen stoornis en tenlastegelegde.

In een volgende variant binnen deze categorie suggereert de gedragsdeskundige dat sprake is van een causale relatie tussen een stoornis en een tenlastegelegd feit, door (een soort) stoornis te noemen, die van invloed lijkt te zijn op de mate van toerekeningsvatbaarheid. Een stoornis kan immers

alleen leiden tot verminderde toerekeningsvatbaarheid, wanneer er een causale relatie bestaat tussen die stoornis en het tenlastegelegde. Bij nadere beschouwing blijkt het dan echter niet te gaan om een verband tussen stoornis en delict, maar om een meer bestendige samenhang tussen verschillende zaken. Een voorbeeld van zo'n redenering is te vinden in een psychologische rapportage, waarin het gaat om een verdachte aan wie onder meer incest met zijn dochter, neefjes en nichtjes, alsmede ontucht met een minderjarige is tenlastegelegd. De psycholoog concludeert:

"Betrokkene is slechts licht verminderd toerekeningsvatbaar te achten voor het ten laste gelegde. Weliswaar was er niet sprake van een dwingende psychiatrische oorzaak, maar echter wel van een jarenlang bestaand patroon van seksueel deviant gedrag, met een obsessief karakter."

Het lijkt er bij deze beschrijving op dat de verminderde toerekeningsvatbaarheid toe te schrijven is aan het feit dat de tenlastegelegde feiten zo lang hebben kunnen plaatsvinden. Overigens lijkt verdachte volgens de psycholoog aan pedofilie. Bij de beschrijving van de relatie tussen de stoornis en het tenlastegelegde, besteedt de psycholoog niet expliciet aandacht aan de pedofilie. Toch komt de vraag bij mij op in hoeverre die mogelijk een rol heeft gespeeld, gezien de aard van het delict. Eveneens dringt de vraag zich bij mij op in hoeverre de psycholoog zich daar niet over had moeten uitlaten, ook in het geval dat die stoornis geen rol heeft gespeeld.

Voorts komt het bij deze categorie voor, dat de gedragsdeskundige in een aantal rapporten niet aangeeft in hoeverre sprake is van een relatie tussen de gevonden stoornis(sen) en het tenlastegelegde. Ook behoren tot deze categorie de rapporten waarin de gedragsdeskundige expliciet aangeeft dat tussen de stoornis en het tenlastegelegde geen relatie bestaat.

Dat de gedragsdeskundige niet aangeeft in hoeverre er een relatie bestaat tussen de stoornis(sen) en het tenlastegelegde kan verschillende oorzaken hebben. Soms gaat de gedragsdeskundige eenvoudigweg aan dit onderwerp voorbij. Een andere keer geeft de gedragsdeskundige aan dat het onderzoek zo beperkt is geweest, dat hij geen uitspraak kan doen over een eventuele relatie tussen een eventuele stoornis en het tenlastegelegde. Ook komt bij deze categorie een rapport voor waarbij de gedragsdeskundige klinisch onderzoek adviseert, omdat uitgebreid somatisch onderzoek geïndiceerd

is. Sommige gedragsdeskundigen geven geen beschrijving van een relatie tussen stoornis en tenlastegelegde wanneer zij van mening zijn dat sprake is van een ontkennende verdachte. Overigens blijkt niet iedere gedragsdeskundige dezelfde betekenis toe te kennen aan ontkennen. Zo spreken sommigen over ontkennen wanneer een verdachte zich beroept op een schulduitsluitingsgrond of wanneer hij zich beroept op een rechtvaardigingsgrond. Ook zijn er enkele zaken waarin de gedragsdeskundige expliciet aangeeft dat tussen de stoornis en het tenlastegelegde geen verband bestaat. Dit doet zich onder meer voor in een zaak waarin de verdachte moord op zijn partner is tenlastegelegd. De verdachte had grote schulden waarvan het slachtoffer niet op de hoogte was. Hij was bang dat zij de relatie zou beëindigen, als zij erachter zou komen dat hij grote schulden had. De psycholoog komt tot de volgende conclusie:

“Er is overduidelijke sprake van ernstige psychopathologie maar betrokkene had gedragsalternatieven kunnen hanteren zoals de relatie op een andere manier beëindigen (zoals bij de twee vorige langdurige relaties) of hij had gewoon kunnen zeggen dat er geldproblemen waren. In die zin is er geen noodzakelijke causale relatie tussen stoornis en delict.”

Daarnaast is er een aantal zaken waarin sprake is van middelengebruik. Sommige gedragsdeskundigen spreken in zo'n geval van een “stoornis”. Anderen reppen daar niet over. Dat tussen gedragsdeskundigen onderling grote verschillen bestaan bij het diagnosticeren van stoornissen die gerelateerd zijn aan middelengebruik blijkt ook uit § 10.3.3.1. Bij onderzoek van dezelfde verdachte diagnosticeert maar de helft van beide gedragsdeskundigen die bij het onderzoek betrokken zijn, een stoornis die gerelateerd is aan middelengebruik. Wanneer een gedragsdeskundige al concludeert tot een stoornis dan gaan gedragsdeskundigen daar op zeer verschillende manier mee om. Volgens de ene gedragsdeskundige heeft middelengebruik geen invloed op de (mate van) toerekeningsvatbaarheid en volgens een ander weer wel. Waarom middelengebruik de ene keer wel en de andere keer geen invloed heeft op de (mate van) toerekeningsvatbaarheid maakt de gedragsdeskundige meestal niet duidelijk. Geregeld worden allerlei redenen aangevoerd om te concluderen tot volledige toerekeningsvatbaarheid, daarmee suggererend dat er geen relatie bestaat tussen die ziekelijke stoornis en het tenlastegelegde. Dit is onder andere het geval

in het volgende voorbeeld, waarin de psychiater aangeeft:

“Weliswaar was er ten tijde van het tenlastegelegde sprake van een ziekelijke stoornis van de geestvermogens in de zin van alcoholintoxicatie maar onderzochte diende op de hoogte te zijn van de onwenselijkheid en de gevaren die gepaard gaan met overmatig alcoholgebruik. Geadviseerd wordt dan ook betrokkene dienaangaande te beschouwen als volledig toerekeningsvatbaar.”

Ook het volgende citaat waarbij middelengebruik een rol speelt, roept vragen op. De psychiater komt tot de volgende conclusie:

“Ten tijde van het tenlastegelegde had O. zeer grote hoeveelheden alcohol en cocaïne op. Daardoor kan O. zich nagenoeg niets meer herinneren van het tenlastegelegde. Aangezien O. behoorlijk onder invloed was van alcohol en cocaïne ten tijde van het hem tenlastegelegde, acht ik hem normaal toerekeningsvatbaar voor het hem tenlastegelegde, voor zover dit zij bewezen.

Tijdens het begaan van de tenlastegelegde feiten was er bij verdachte geen sprake van een gebrekkige ontwikkeling van zijn geestvermogens. Wel was er sprake van een ziekelijke stoornis van zijn geestvermogens in de vorm van chronische alcohol- en cocaïneafhankelijkheid.

- a. *Verdachte had alstoen voldoende inzicht in de wederrechtelijkheid van het begane feit*
- b. *Verdachte kon alstoen voldoende zijn wil overeenkomstig een dergelijk besef bepalen.”*

Overigens doet de vraag zich voor hoe de psychiater kan weten dat verdachte voldoende inzicht had in de wederrechtelijkheid van het begane feit, en dat hij zijn wil overeenkomstig dat besef kon bepalen. Onderzochte kan zich immers vrijwel niets van het delict herinneren.

Voorts komt binnen deze categorie een aantal rapporten voor, waarin de gedragsdeskundige concludeert dat geen sprake is van een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens. Om die reden kan er geen relatie bestaan tussen een stoornis met het tenlastegelegde.

10.4.3 Resultaat van de analyse: de prevalentie van causaliteitsbeschrijvingen

Thans kom ik toe aan een weergave van de frequentie waarmee elke beschrijvingsgroep en de varianten voorkomen. Zo goed en zo kwaad als het kan zijn om te beginnen rechte tellingen verricht. Nadat in § 10.4.3.1 de prevalentie van de groepen

en varianten over het voetlicht zijn gebracht, vindt een differentiatie daarvan plaats naar arrondissement (§ 10.4.3.2) en discipline (§ 10.4.3.3).

10.4.3.1 De prevalentie van groepen en varianten

Zoals eerder aangegeven hebben een rechtenstudent in het kader van haar afstudeerscriptie en ik, de beschrijving van de causaliteit onafhankelijk van elkaar ingedeeld in de beschrijvingsgroepen. Hoewel wij meestal onafhankelijk van elkaar tot dezelfde indeling kwamen, en soms na enige discussie, bleven wij in een beperkt aantal zaken van mening verschillen. Een belangrijke oorzaak hiervoor werd gevormd door de complicerende factoren, die ik heb beschreven in § 10.2. Een voorbeeld van een beschrijving van de relatie tussen stoornis en tenlastegelegde, waarbij verschil van mening was over de indeling, is te vinden in het volgende citaat, dat afkomstig is uit een psychiatrisch rapport. Het betreft een verdachte die brandstichtingen zijn tenlastegelegd. Uit de beantwoording van de vraagstelling blijkt dat bij verdachte sprake is van een persoonlijkheidsstoornis van het paranoïde type. Daarnaast vertoont de persoonlijkheid enkele antisociale kenmerken en is sprake van een beneden gemiddelde intelligentie. De psychiater beantwoordt de vraagstelling als volgt:

“Gezien de bij onderzochte aanwezige paranoïde persoonlijkheidsstoornis is er een basaal aanwezige achterdocht met een duidelijke neiging tot misinterpretatie van gebeurtenissen om hem heen. Dit, in combinatie met de beneden gemiddelde intelligentie, maakt dat onderzochte slechts zeer beperkt in staat is tot planmatig denken. Zijn gedragskeuzes worden hier duidelijk door beïnvloed. Het lukt hem niet om keuzemogelijkheden te hanteren waardoor hij komt tot een impulsieve, ondoordachte wijze van reageren. In hoeverre er sprake was van alcoholmisbruik is niet geheel duidelijk te krijgen. Het is aannemelijk dat onderzoch-

te ten tijde van de delicten alcohol had geconsumeerd en de ontremmende invloed hiervan een rol heeft gespeeld. Bovengenoemde karakterpathologie lijkt echter causale factor te zijn in het komen tot het tenlastegelegde.”

De psychiater noemt bij de beantwoording van de vraagstelling alcoholmisbruik niet als stoornis, dit overigens in tegenstelling tot de psycholoog. Bij de indeling in categorieën verschilden wij van mening over de vraag of de psychiater het tenlastegelegde enkel verklaart vanuit een stoornis, dit gezien de laatste zin van het citaat. Of verklaart de psychiater het tenlastegelegde feit uit een stoornis en iets anders, namelijk alcoholgebruik. In dat geval is de verklarende factor de karakterpathologie en iets anders. Omdat de psychiater aangeeft dat niet geheel duidelijk is te krijgen in hoeverre sprake was van alcoholmisbruik, in samenhang met de laatste zin van het citaat, kwam de één tot een indeling waarbij de verklarende factor alleen uit een stoornis bestaat. De psychiater geeft echter ook aan dat het aannemelijk is dat onderzochte ten tijde van de delicten alcohol had geconsumeerd en dat de ontremmende invloed hiervan een rol heeft gespeeld. Daarom kwam de ander tot een indeling waarbij naast een stoornis iets anders speelt, namelijk alcoholgebruik, hetgeen de psychiater niet als stoornis benoemt. Dit levert een andere variant op.

In totaal zijn in 194 rapporten 202 beschrijvingen te vinden waarin antwoord wordt gegeven op de vraag in hoeverre sprake is van een relatie tussen stoornis en tenlastegelegde. Dit aantal ligt hoger dan de 194 rapporten. Dit komt omdat sommige gedragsdeskundigen bij meerdere tenlastegelegde feiten de relatie tussen stoornis en tenlastegelegde afzonderlijk beschrijven. Ook hier is ervoor gekozen de beschrijving te beperken tot één delict per zaak. Gekozen is voor de meest “gunstige” variant van de beschrijving. Dit betekent dat wanneer één van de beschrijvingen in groep 1 thuishoort of die daar het dichtst bijkomt, de indeling in die groep plaatsvindt.

Tabel 10.6: Prevalentie van de beschrijvingsgroepen

beschrijvingsgroepen	aantal beschrijvingen	
groep 1: causale relatie van stoornis met tlg	60	31%
groep 2: causale relatie van stoornis met iets anders dan tlg	70	36%
groep 3: causale relatie van iets anders dan stoornis met tlg	7	4%
groep 4: causale relatie waar geen stoornis of tlg aan te pas komt	5	3%
groep 5: ander verband dan causaal verband of helemaal geen verband	52	27%
totaal	194	100%

Tabel 10.6 toont de frequentie waarmee elke beschrijvingsgroep van de causaliteit voorkomt.

Beschrijvingsgroep 1 is de beschrijvingsgroep waar het bij de beschrijving van de relatie tussen stoornis en tenlastegelegde om gaat. Al de andere beschrijvingsgroepen voldoen voor zover de gedragsdeskundige aangeeft dat sprake zou zijn van een causaal verband, zonder meer niet aan de eisen waaraan zij zouden moeten voldoen. Zoals tabel 10.6 laat zien komt beschrijvingsgroep 1 bij ongeveer één op de drie beschrijvingen voor. Deze groep is ingedeeld in vier varianten. De eerste twee varianten geven een rechte reeks verband aan tussen de stoornis en het tenlastegelegde. Dat wil overigens niet zeggen dat al die beschrijvingen ideaal zijn. Soms geeft een gedragsdeskundige namelijk enkel aan dat zo'n verband bestaat, zonder dat hij duidelijk maakt op welke manier en in welke mate die stoornis een rol heeft gespeeld bij het tenlastegelegde. De gedragsdeskundige beperkt zich dan enkel tot het aangeven van bijvoorbeeld:

"Zijn agressieve gedrag ten tijde van het delict was vrijwel zeker een uitvloeisel van het psychotische toestandsbeeld."

In sommige andere zaken gaat de gedragsdeskundige wel in op de manier waarop de stoornis een rol heeft gespeeld bij het plegen van de tenlastegelegde feiten (zie § 10.4.2.2).

Bij variant 3 en 4 komt de gedragsdeskundige via een tussenstap bij het tenlastegelegde feit uit.

Variant 1 komt bij ongeveer één op de tien (negentien van 194) rapporten voor. De overige 3 varianten van groep 1 zijn minder vaak aan te treffen. Zo komen we variant 2 in nog geen 10% (vijftien van 194) van de rapporten tegen. Variant 3 en 4 zijn in een nog geringer aantal rapporten aan te treffen (twaalf van 194, resp. veertien van 194).

Beschrijvingsgroep 2 bestaat eveneens uit 4 varianten; variant 5 t/m 8. Deze beschrijvingsgroep zien we in ruim één op de drie rapporten. Kenmerkend voor deze beschrijvingsgroep is dat de gedragsdeskundige niet uitkomt bij het tenlastegelegde, maar dat hij een relatie aangeeft van een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens met iets anders dan het tenlastegelegde. Vaak betreft het een redenering die niet af is. Hiervan is bijvoorbeeld sprake in het volgende citaat:

"Onderzochte was op grond van haar hysterisch psychotische toestand waarin ze verkeerde, niet of nauwelijks in

staat om te beseffen wat de consequenties konden zijn van haar gedrag, om alternatieven te bedenken en weloverwogen beslissingen te nemen."

Ook worden hiertoe gerekend de redeneringen waarbij de gedragsdeskundige voorbijgaat aan het tenlastegelegde feit, maar direct uitkomt bij het oordeel omtrent de toerekeningsvatbaarheid (zie § 10.4.2.3).

Variant 5 komt in bijna één op de tien (zeventien van 194) rapporten voor. Variant 6 daarentegen valt zelden (drie van 194) aan te treffen. Van alle varianten komt 7 het vaakst voor, namelijk bij ruim één op de vijf rapporten (41 van 194). In een gering aantal (negen van 194) rapporten komt variant 8 om de hoek kijken.

Indeling in *groep 3* en *groep 4* komt niet vaak voor. Net als de voorgaande beschrijvingsgroepen bestaan zij uit 4 varianten. Samen zijn ze slechts goed voor 7% van de gevonden beschrijvingen. Een verklaring hiervoor kan zijn dat bij de beschrijving van de causaliteit de gedragsdeskundige bij deze varianten geen gebruik maakt van een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens, als verklarende factor voor het tenlastegelegde. Soms is wel sprake van een stoornis maar die heeft dan blijkbaar geen rol gespeeld bij het tenlastegelegde feit. De gedragsdeskundige voert in ieder geval andere factoren aan als verklarende factor voor het tenlastegelegde dan een stoornis (zie § 10.4.2.4 en § 10.4.2.5).

Beschrijvingsgroep 3 is onderverdeeld in variant 9 t/m 12. Variant 11 komt geen enkele keer voor. Variant 9 en 10 zijn beide sporadisch (drie van 194) aan te treffen. Nog minder vaak (één van 194) komt variant 12 voor.

Beschrijvingsgroep 4 vertoont een vergelijkbaar beeld. Deze groep bestaat uit variant 13 t/m 16, waarvan 14 geen enkele keer wordt aangetroffen. Variant 13 en 15 komen beide slechts twee keer voor en 16 éénmaal.

Tot slot is er een *vijfde beschrijvingsgroep*. Deze groep bestaat uit drie varianten; 17, 18 en 19. In ongeveer één op de vier rapporten treffen we deze variant aan. Kenmerkend voor deze groep is dat geen causaal verband wordt aangegeven tussen een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis en het tenlastegelegde. In plaats daarvan geeft de gedragsdeskundige een ander verband aan dan een causaal verband of helemaal geen relatie tussen een stoornis en het tenlastegelegde feit. Bij die andere relatie kan het gaan om een samenvallen in

Tabel 10.7: Prevalentie van beschrijvingsvarianten

varianten	frequentie		varianten	frequentie	
groep 1: variant 1	19	10%	groep 3: variant 11	-	0%
groep 1: variant 2	15	8%	groep 3: variant 12	1	1%
groep 1: variant 3	12	6%	groep 4: variant 13	2	1%
groep 1: variant 4	14	7%	groep 4: variant 14	-	0%
groep 2: variant 5	17	9%	groep 4: variant 15	2	1%
groep 2: variant 6	3	2%	groep 4: variant 16	1	1%
groep 2: variant 7	41	21%	groep 5: variant 17	11	6%
groep 2: variant 8	9	5%	groep 5: variant 18	15	8%
groep 3: variant 9	3	2%	groep 5: variant 19	26	13%
groep 3: variant 10	3	2%	totaal	194	100%

tijd dat er sprake is van een stoornis en een tenlastegelegd feit. Soms wekt de gedragsdeskundige de indruk dat sprake is van een causale relatie tussen een stoornis en een tenlastegelegd feit, maar blijkt het bij nadere beschouwing te gaan om een meer bestendige samenhang tussen verschillende zaken. Binnen deze beschrijvingsgroep is variant 19 het grootst. Die komt relatief vaak voor, namelijk in ruim één op de zeven (26 van 194) rapporten. De gedragsdeskundige geeft bij deze beschrijvingsgroep geen causale relatie aan. Hieraan kunnen verschillende redenen ten grondslag liggen. Soms gaat hij aan zo'n relatie voorbij. Een andere keer is geen sprake van een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens. Dan weer is er wel sprake van een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis maar is geen sprake van een relatie met het tenlastegelegde, et cetera (zie § 10.4.2.6). Variant 17 en 18 komen relatief minder vaak voor (elf van 194 resp. vijftien van 194).

Al met al levert de indeling van de beschrijvingsgroepen naar varianten het overzicht van tabel 10.7 op.

Bezien we de indeling naar varianten dan valt op dat variant 7 het meest voorkomt, en wel in ongeveer één op de vijf rapporten. Bij deze redenering gaat de gedragsdeskundige wel uit van een gebrekkige ontwikkeling en/of ziekelijke stoornis van de geestvermogens, maar op welke manier die doorwerkt bij het plegen van het tenlastegelegde maakt hij niet duidelijk, omdat hij niet uitkomt bij het tenlastegelegde. Het gaat dan om formuleringen als bijvoorbeeld:

"Indien het tenlastegelegde bewezen wordt geacht kan dan gesteld worden dat als gevolg van genoemde gebrek er toentertijd hooguit een lichte mate van vermindering van de toerekeningsvatbaarheid aanwezig was omdat betrokkene niet geheel de importantie van wat hij deed kon overzien (causaal verband met de persoonlijkheidsstoornis)."

De psychiater geeft in voorgaand citaat geen causaal verband aan tussen de stoornis en het tenlastegelegde maar tussen de stoornis en de toerekeningsvatbaarheid. Hij doet dit via een tussenstap, namelijk omdat verdachte niet geheel de importantie van wat hij deed kon overzien. Het betreft een man die verdacht wordt van het plegen van ontucht met jongens, jonger dan zestien jaar. Volgens de psychiater lijdt hij aan

"een gebrek in psychiatrische zin en wel een stoornis van de persoonlijkheid van het narcistische type. Daarnaast is er indien het tenlastegelegde bewezen wordt geacht [oorspronkelijk cursief, hier niet cursief CvE] ook sprake van een ziekte, en wel pedofilie, seksueel aangetrokken tot minderjarige jongens, niet exclusief."

10.4.3.2 Differentiatie naar arrondissement

Aan de differentiatie naar arrondissement ligt de vraag ten grondslag of zich bij de beschrijving van de causaliteit verschillen voordoen naar arrondissement. Gezien de aantallen die in het geding zijn heb ik alleen voor psychiaters en psychologen die ambulant onderzoek verrichten kunnen nagaan of zij van elkaar verschillen in hun beschrijving van de causaliteit, en of de ene beroepsgroep meer of minder dan de andere geneigd is te kiezen voor

Tabel 10.8: De beschrijvingsgroepen, naar arrondissement

beschrijving	Amsterdam		Arnhem		Assen		Breda		Den Bosch		Dordrecht		totaal	
groep 1: stoornis → tlg feit	11	33%	19	39%	6	32%	4	13%	16	43%	4	17%	60	31%
groep 2: stoornis → ander gevolg	10	30%	19	39%	9	47%	7	22%	10	27%	15	63%	70	36%
groep 3: andere oorzaak → tlg feit	-	0%	1	2%	-	0%	4	13%	2	5%	-	0%	7	4%
groep 4: andere oorzaak → ander gevolg	3	9%	-	0%	-	0%	1	3%	-	0%	1	4%	5	3%
groep 5: andersoortig of geen verband	9	27%	10	20%	4	21%	16	50%	9	24%	4	17%	52	27%
totaal	33	100%	49	100%	19	100%	32	100%	37	100%	24	100%	194	100%

beschrijvingsgroep 1, 2 of 5. Die verschillen blijken er te zijn ($p < 0.01$). Dit geldt ook wanneer we groep 3 en groep 4 buiten beschouwing laten. De differentiatie van beschrijvingsgroep naar arrondissement levert het overzicht van tabel 10.8 op.

Tabel 10.8 laat zien dat beschrijvingsgroep 1 naar verhouding het meest voorkomt in Arnhem en Den Bosch. Ook in Amsterdam en Assen treffen we deze groep relatief vaak aan. In deze vier arrondissementen komen de gedragsdeskundigen dus tot een beschrijving van een duidelijk causaal verband tussen stoornis en tenlastegelegde.

Arrondissementen die uit de top vallen zijn Breda en Dordrecht. Daar komt beschrijvingsgroep 1 naar verhouding weinig voor. Daar staat tegenover dat Breda in verhouding tot de andere arrondissementen en het landelijk gemiddelde heel hoog scoort bij de indeling in groep 5. Een mogelijke verklaring is dat in de helft van die onderzoeken de gedragsdeskundige concludeert dat geen sprake is van een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens. Aan de overige rapporten die in Breda ingedeeld zijn in groep 5, ligt een andere reden ten grondslag (zie § 10.4.3.1). Overigens nodigt ook de vraagstelling in Breda niet uit tot het geven van een beschrijving van een relatie tussen stoornis en tenlastegelegde. Deze gaat daar namelijk aan voorbij, door rechtstreeks te vragen wat de stoornis betekent voor de toerekeningsvatbaarheid.⁸

Ook in Dordrecht komt de indeling in beschrijvingsgroep 1 slechts in één op de zes rapporten

8 De rechter-commissaris of officier van justitie vraagt namelijk aan de gedragsdeskundige:

1 “Leed verdachte op het moment, waarop het tenlastegelegde is gepleegd aan een gebrekkige ontwikkeling en/of ziekelijke stoornis van de geestvermogens?

voor. Daar staat tegenover dat we hier relatief vaak een indeling in groep 2 tegenkomen, namelijk in ongeveer drie op de vijf zaken. Een mogelijke verklaring hiervoor is te vinden in de Dordtse vraagstelling. De rechter-commissaris vraagt hier niet naar een relatie tussen een stoornis en het tenlastegelegde, maar naar een relatie tussen een gebrekkige ontwikkeling en/of ziekelijke van de geestvermogens en de toerekeningsvatbaarheid.⁹

In Assen zien we eveneens vaker een indeling in groep 2 dan in groep 1, hoewel de indeling in groep 1 rond het landelijk gemiddelde ligt. Ook hiervoor valt een mogelijke verklaring te vinden in de vraagstelling.¹⁰ Dat in Assen toch relatief vaak indeling in

- 2 a) Als het antwoord op vraag 1 bevestigend is, kan dan het tenlastegelegde (indien bewezen) aan verdachte worden toegerekend?
- b) Als het antwoord op vraag 2a ontkennend is, is dandeplaatsingvanverdachteineenpsychiatrischziekenhuis geïndiceerd?
- c) Als het antwoord op vraag 2a bevestigend is, levert dan de psychische gesteldheid van verdachte grond op voor het aannemen van een verminderde toerekeningsvatbaarheid en – zo ja – in welke mate of graad?”

9 Die luidt namelijk als volgt:

- A. “Bestond bij verdachte tijdens het begaan van de hem ten laste gelegde feiten een gebrekkige ontwikkeling en/of ziekelijke storing van zijn geestvermogens en zo ja:
- B. In hoeverre moeten de feiten, indien bewezen dat zij door verdachte zijn gepleegd, verdachte worden toegerekend.”

10 Deze luidt in Assen, voor zover de vragen betrekking hebben op de causaliteit, als volgt:

- 1 “Bestaat bij verdachte een ziekelijke storing en/of gebrekkige ontwikkeling van zijn geestvermogens?

Tabel 10.9: De beschrijvingsgroepen, naar discipline

beschrijving	psychiater		psycholoog		PBC	niet tot 1 gd te herleiden			totaal	
groep 1: stoornis → tlg feit	36	38%	18	19%	6	100%	-	0%	60	31%
groep 2: stoornis → ander gevolg	35	37%	35	38%	-	0%	-	0%	70	36%
groep 3: andere oorzaak → tlg feit	4	4%	3	3%	-	0%	-	0%	7	4%
groep 4: andere oorzaak → ander gevolg	-	0%	5	5%	-	0%	-	0%	5	3%
groep 5: andersoortig of geen verband	19	20%	32	34%	-	0%	1	100%	52	27%
totaal	94	100%	93	100%	6	100%	1	100%	194	100%

groep 1 plaatsvindt, is waarschijnlijk te danken aan vraag 4 en 5 van de Assense vraagstelling. Via die vragen komt het tenlastegelegde weer in beeld.

In Amsterdam, Arnhem en den Bosch werd de standaardvraagstelling gehanteerd die ontwikkeld is door medewerkers van het NIFP. In deze vraagstelling wordt expliciet gevraagd naar een relatie tussen stoornis en tenlastegelegde.¹¹ Deze vragen zouden de gedragsdeskundige moeten *dwingen* een

beschrijving te geven van de relatie tussen stoornis en delict. Daarnaast wordt ook duidelijk gevraagd naar de mate waarin de stoornis een rol heeft gespeeld bij het plegen van het tenlastegelegde.

10.4.3.3 Differentiatie naar discipline

In deze subparagraaf bezien we de beschrijvingsgroepen, in samenhang met de verschillende disciplines. Aanleiding daartoe vormt de onderzoeksvraag of er verschillen bestaan tussen de beschrijvingen die we aantreffen bij de verschillende disciplines. Gezien de aantallen die in het geding zijn heb ik alleen voor psychiaters en psychologen die ambulante onderzoek verrichten kunnen nagaan of zij van elkaar verschillen in hun beschrijving van de causaliteit, en of de ene beroepsgroep meer of minder dan de andere geneigd is te kiezen voor beschrijvingsgroep 1, 2 of 5. Daartussen blijven verschillen te bestaan ($p < 0.01$).¹²

De onderzoeksbevindingen leveren het overzicht van tabel 10.9 op.

Wat opvalt is dat alle PBC-rapportages vallen onder beschrijvingsgroep 1. Dat betekent dat alleen

- 2 Deed zich dit ook voor ten tijde van het/de delict(en) waarvan hij thans wordt verdacht?
- 3 Zo ja, is dat dan in die mate geweest, dat verdachte, gesteld dat is bewezen dat hij die feiten heeft gepleegd, daarvoor niet of slechts in beperkte mate verantwoordelijk kan worden geacht?
- 4 Heeft hij ten tijde van het/de feit(en) het inzicht gehad, dat het plegen daarvan maatschappelijk onaanvaardbaar is?
- 5 Is hij, wanneer hij dat inzicht wel had, in staat geweest om zijn wil en zijn handelen overeenkomstig dat inzicht te bepalen?"

Ook hier heeft vraag 3 betrekking op de toerekeningsvatbaarheid.

11 Deze vragen luiden namelijk als volgt:

- 1 "Is onderzochte lijdende aan een ziekelijke stoornis en/of gebrekkige ontwikkeling van zijn geestvermogens en zo ja, hoe is dat in diagnostische zin te omschrijven?"
- 2 hoe was dit ten tijde van het plegen van het tenlastegelegde?"
- 3 beïnvloedde de eventuele ziekelijke stoornis/gebrekkige ontwikkeling van de geestvermogens onderzochtes gedragskeuzes, c.q. gedragingen ten tijde van het tenlastegelegde (zodanig dat het tenlastegelegde daaruit verklaard kan worden?"

- 4 zo ja, kan de deskundige dan gemotiveerd aangeven:

- a. op welke manier dat geschiedde en
- b. in welke mate het geschiedde
- c. welke conclusie met betrekking tot de toerekeningsvatbaarheid op grond hiervan te adviseren is."

12 Wanneer we het PBC en het ambulante onderzoek dat niet tot één gedragsdeskundige te herleiden is, buiten beschouwing laten blijven er verschillen bestaan ($p < 0.05$).

in het PBC gedragsdeskundigen altijd een relatie beschrijven tussen stoornis en tenlastegelegde. Bij ambulante psychiatrische rapportages zien we dat bij ruim één op de drie rapporten en bij psychologen komt dit bij slechts ongeveer één op de vijf verslagen voor.

De indeling in groep 1 betekent dat de gedragsdeskundige een causaal verband aangeeft tussen een gebrekkige ontwikkeling en/of ziekelijke stoornis van de geestvermogens en een tenlastegelegde feit. Dit doet hij rechtstreeks of via een tussenstapje (zie § 10.4.2.2).

Veel ambulante psychiatrische verslagen en de meeste psychologische rapportages vallen in beschrijvingsgroep 2. Bij beide onderzoeksmodaliteiten zien we dat bij ongeveer een derde van de rapporten. Dit betekent dat de gedragsdeskundige een relatie beschrijft tussen een gebrekkige ontwikkeling en/of ziekelijke stoornis van de geestvermogens en iets anders dan het tenlastegelegde (zie § 10.4.2.3).

Een belangrijk verschil tussen de ambulante psychiatrische en psychologische rapportages is dat het aantal psychiatrische rapportages dat valt onder beschrijvingsgroep 1, te vergelijken is met dat van de psychologische rapportages, dat valt onder beschrijvingsgroep 5. Dat wil zeggen dat de beschrijving van ruim één op de drie psychiatrische rapportages valt onder groep 1 en dat ruim één op de drie psychologische rapportages valt onder beschrijvingsgroep 5. Anderzijds geldt dat het aantal psychiatrische rapportages dat valt onder beschrijvingsgroep 5 te vergelijken valt met dat van de psychologische rapportages dat tot beschrijvingsgroep 1 gerekend kan worden. Dit betekent dat ongeveer één op de vijf psychiatrische rapporten valt onder beschrijvingsgroep 5 en ongeveer één op de vijf psychologische rapporten valt onder beschrijvingsgroep 1. Dat een beschrijving valt in groep 5, betekent dat de gedragsdeskundige een ander verband dan een causaal verband tussen een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis en het tenlastegelegde beschrijft, of dat hij helemaal niet zo'n verband aangeeft (zie § 10.4.2.6).

Uit het voorgaande valt te concluderen dat psychiaters vaker dan psychologen tot een duidelijke beschrijving komen van de relatie tussen een gebrekkige ontwikkeling en ziekelijke stoornis van de geestvermogens, en het tenlastegelegde.

10.5 Toerekeningsvatbaarheid

Een vraag die we bij alle onderzoeken tegenkomen is die naar de toerekeningsvatbaarheid van de onderzochte. Sommige opdrachtgevers stellen alleen de vraag óf en dus niet "in hoeverre" het tenlastegelegde aan de verdachte kan worden toegerekend. Zij lijken alleen onderscheid te maken tussen toerekeningsvatbaarheid en ontoerekeningsvatbaarheid. Juridisch gezien is ook alleen maar dat onderscheid van belang. Alleen wanneer de rechter iemand ontoerekenbaar beschouwt, moet hij hem ontslaan van rechtsvervolging. Hij is dan niet strafbaar. Anderen lijken uitgebreider geïnformeerd te willen worden. Zij vragen dan bijvoorbeeld of de eventuele gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens in die mate is geweest, dat de verdachte daardoor niet of slechts in verminderde mate verantwoordelijk kan worden geacht. Bij deze vraag zien we dat de opdrachtgever niet alleen onderscheid maakt tussen toerekeningsvatbaarheid en ontoerekeningsvatbaarheid. Hij is ook geïnteresseerd in de eventuele *mate van toerekeningsvatbaarheid*. Meestal krijgen gedragsdeskundigen de vraag voorgelegd in welke mate de eventuele gebrekkige ontwikkeling/ziekelijke stoornis van de geestvermogens onderzochtes gedragskeuzes c.q. gedragingen ten tijde van het tenlastegelegde beïnvloedde. Deze vraag nodigt dus ook uit tot het aangeven van een gradatie in de mate van toerekeningsvatbaarheid. Wanneer ik het in het vervolg van deze paragraaf heb over toerekeningsvatbaarheid dan bedoel ik daarmee niet alleen het onderscheid tussen toerekeningsvatbaarheid en ontoerekeningsvatbaarheid, maar dan heb ik daarbij ook allerlei gradaties van verminderde toerekeningsvatbaarheid op het oog. Met *toerekeningsvatbaar* bedoel ik *volledig toerekeningsvatbaar*. In deze paragraaf komen de adviezen die gedragsdeskundigen uitbrengen over de mate van toerekeningsvatbaarheid aan de orde. In § 10.5.1 ga ik in op de wijze van analyse. Daarna worden de resultaten daarvan gepresenteerd (§ 10.5.2).

10.5.1 Wijze van analyse

In dit onderzoek is voor de registratie van de adviezen die gedragsdeskundigen uitbrengen, aansluiting gezocht bij de indeling die in de rechtspraktijk gehanteerd pleegt te worden. Dat betekent dat ik ervan ben uitgegaan dat gedragsdeskundigen de mate van toerekeningsvatbaarheid weergeven in één van de volgende gradaties: (volledig) toereke-

ningsvatbaar, enigszins verminderd toerekeningsvatbaar, verminderd toerekeningsvatbaar, sterk verminderd toerekeningsvatbaar en ontoerekeningsvatbaar. Bij het onderhavige onderzoek is deze vijf-puntsschaal aangevuld met een “anders namelijk” en “geen conclusie over toerekeningsvatbaarheid”.

Soms spreekt de gedragsdeskundige niet van enigszins verminderd toerekeningsvatbaar maar bijvoorbeeld van licht verminderd toerekeningsvatbaar. Dit is door mij als gelijkwaardig beschouwd. Sommige gedragsdeskundigen geven de mate waarin zij de verdachte toerekeningsvatbaar achten nog specifiek aan dan de hiervoor genoemde aanduidingen. Men gebruikt dan bijvoorbeeld de aanduiding “verminderd tot sterk verminderd toerekeningsvatbaar”. Deze aanduiding heb ik bij dit onderzoek geplaatst onder “anders, namelijk”. Voorts treffen we ook een aantal malen de aanduiding kan “in licht verminderde mate verantwoordelijk worden gehouden voor”. Dit zien we vooral in het arrondissement Assen.¹³ Gemakshalve is bij dit onderzoek “in verminderde mate verantwoordelijk” genoteerd als “verminderd toerekeningsvatbaar”. De aanduiding “in beperkte mate verminderd verantwoordelijk” en “kan in licht beperkte mate verminderd verantwoordelijk worden gesteld” heb ik aangemerkt als “licht verminderd toerekeningsvatbaar”. Onder “anders, namelijk”: staan ook uitspraken die geen duidelijke uitspraak omtrent de toerekeningsvatbaarheid bevatten. Ik bedoel daarmee uitspraken zoals in het volgende voorbeeld, waarin de gedragsdeskundige schrijft:

“Over de toerekeningsvatbaarheid van betrokkene kan op grond van mijn onderzoek geen sluitende uitspraak worden gedaan. Wel is duidelijk dat er geen sprake was ten tijde van het onderzoek en ten tijde van het delict (indien althans bewezen) van een ernstige psychiatrische stoornis in de zin van een psychotische stoornis dan wel een stemmingsprobleem, terwijl vooral de gegevens van de psycholoog wijzen naar een persoonlijkheidsstoornis waarin een gebrekkig inzicht in eigen mogelijkheden en agressieregulatieproblemen domineren.

13 Waarschijnlijk hangt dat samen met de vraagstelling aan de deskundige. Deze krijgt onder meer de volgende vragen voorgelegd:

1. Bestaat bij verdachte een ziekelijke storing en/of gebrekkige ontwikkeling van zijn geestvermogens?
2. Deed zich dit ook voor ten tijde van het/de delict(en) waarvan hij thans wordt verdacht?
3. Zo ja, is dat dan in die mate geweest, dat verdachte, gesteld dat is bewezen dat hij die feiten heeft gepleegd, daarvoor niet of slechts in beperkte mate verantwoordelijk kan worden geacht?

Haar conclusie dat er sprake is van een verminderde toerekeningsvatbaarheid is op grond van haar gegevens en onderzoek en het overleg dat wij hebben gehad terecht, maar zoals gezegd kon dat door mijn beperkte onderzoek niet worden bevestigd. Zeker is wat mij betreft wel dat betrokkene steeds voldoende in staat is het eventueel wederrechtelijke van daden te beseffen.”

Het voorgaande brengt mij bij het volgende onderdeel, het resultaat van de analyse.

10.5.2 Resultaat van de analyse

In deze subparagraaf komt als eerste het oordeel van de gedragsdeskundige over de mate van toerekeningsvatbaar aan de orde (§ 10.5.2.1). Omdat deze adviezen zouden moeten corresponderen met de beschrijving van de relatie tussen de stoornis en het tenlastegelegde, besteed ik in § 10.5.2.2 aandacht aan de differentiatie naar causaliteitsbeschrijvingen. Daarna volgt de differentiatie naar arrondissement (§ 10.5.2.3), naar onderzoeksmodaliteit (§ 10.5.2.4) en naar soort delict (§ 10.5.2.5).

10.5.2.1 Oordeel ten aanzien van de mate van toerekeningsvatbaarheid

Hoe oordelen gedragsdeskundigen over de mate van toerekeningsvatbaarheid van een verdachte? Dat is de onderzoeksvraag die thans aan de orde is. Plaatsen we het oordeel van de gedragsdeskundige over de toerekeningsvatbaarheid dat we aantreffen in de rapporten in een tabel, dan levert dat het volgende overzicht op:

Tabel 10.10: Rapportages naar oordeel over de mate van toerekeningsvatbaarheid

rapportages met oordeel	aantal	
volledig toerekeningsvatbaar	31	16%
enigszins verminderd toerekeningsvatbaar	43	22%
verminderd toerekeningsvatbaar	72	37%
sterk verminderd toerekeningsvatbaar	17	9%
ontoerekeningsvatbaar	19	10%
anders	6	3%
geen conclusies over toerekeningsvatbaarheid	6	3%
totaal	194	100%

Voorgaande tabel toont ons dat in ongeveer één op de tien rapporten (negentien van 194) de gedragsdeskundige oordeelt dat hij de onderzochte ontoerekeningsvatbaar acht. Het andere uiterste, namelijk dat de gedragsdeskundige de onderzochte volledig toerekeningsvatbaar beschouwt, komt ongeveer anderhalf maal (31 van 194) zo vaak voor. In de meeste rapporten (132 van 194) treffen we een oordeel aan dat daar tussenin zit. Niet altijd geeft de gedragsdeskundige een oordeel over de mate waarin hij iemand al dan niet toerekeningsvatbaar acht. Wanneer de onderzochte het tenlastegelegde ontkent, dan onthoudt de gedragsdeskundige zich vaak van een oordeel over de toerekeningsvatbaarheid.

Het oordeel van gedragsdeskundigen over de mate van toerekeningsvatbaarheid dat we aantreffen in de rapportages zegt nog weinig over de afzonderlijke onderzochten, en de mate waarin deze door gedragsdeskundigen toerekeningsvatbaar worden geacht te zijn. Hierom bezien we in onderstaande tabel ten aanzien van hoeveel onderzochten door minstens één van de gedragsdeskundigen een bepaald oordeel wordt gegeven. Omdat twee gedragsdeskundigen ten aanzien van één en dezelfde onderzochte een verschillend oordeel kunnen geven, wordt de 100% hierbij overschreden.

Tabel 10.11: *Onderzochten naar oordeel over de mate van toerekeningsvatbaarheid*

onderzochten volgens oordeel van minstens één gedragsdeskundige	aantal	
volledig toerekeningsvatbaar	26	21%
enigszins verminderd toerekeningsvatbaar	36	29%
verminderd toerekeningsvatbaar	45	37%
sterk verminderd toerekeningsvatbaar	11	9%
ontoerekeningsvatbaar	10	8%
anders	6	5%
geen conclusies over toerekeningsvatbaarheid	5	4%
totaal	123	100%

Uit bovenstaande tabel valt af te leiden dat de kans niet erg groot is dat een verdachte die gedragsdeskundig wordt onderzocht door de gedragsdeskundige(n) voor ontoerekeningsvatbaar wordt gehouden. Nog niet één op de tien onderzochten zou ten tijde van het tenlastegelegde vol-

gens de gedragsdeskundige(n) ontoerekeningsvatbaar te beschouwen zijn. Een vergelijkbaar percentage wordt sterk verminderd toerekeningsvatbaar geacht. Dit betekent dat bij ongeveer één op de zes onderzochten (21 van 123), een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens een grote of alles bepalende rol wordt toegekend bij het tenlastegelegde.

Uit bovenstaande tabel blijkt dat ruim één op de vijf (26 van 123) onderzochten volledig toerekeningsvatbaar wordt geacht. Dit betekent dat een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens geen invloed gehad zou hebben op het plegen van het tenlastegelegde. Het aantal onderzochten dat voor “enigszins verminderd toerekeningsvatbaar” wordt gehouden, is nog iets groter. Dit betekent dat bij ongeveer de helft van de onderzochten (62 van 123) een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens volgens (minstens één van) de gedragsdeskundige(n) geen of nauwelijks een rol gespeeld zou hebben bij het plegen van het tenlastegelegde.

10.5.2.2 Differentiatie naar causaliteitsbeschrijvingen

In § 10.4 is ingegaan op de manier waarop gedragsdeskundigen enigerlei relatie beschrijven tussen een stoornis en het tenlastegelegde. Uit die beschrijving behoort het oordeel over de toerekeningsvatbaarheid logisch voort te vloeien. In deze paragraaf is de vraag aan de orde hoe (de gradaties van) toerekeningsvatbaarheid zich verhouden met de beschrijvingsgroepen van de causaliteit. Op uiteenlopende wijzen heb ik de mogelijke samenhang van het een met het ander onderzocht.¹⁴ Telkenmale bestaan er verschillen ($p < 0.001$).

Door het oordeel van de gedragsdeskundige over de toerekeningsvatbaarheid in verband te brengen met de beschrijving van de relatie tussen stoornis en tenlastegelegde, valt na te gaan in hoeverre er een samenhang is tussen de beschrijving van de relatie tussen stoornis en tenlastegelegde en

¹⁴ Ik heb dit gedaan door de categorie “anders” en “geen conclusie” over de toerekeningsvatbaarheid buiten beschouwing te laten; door beschrijvingsgroep 3, 4 en 5 samen te voegen; door beschrijvingsgroep 3 en 4 niet mee te rekenen; door het oordeel van de gedragsdeskundige ‘enigszins verminderd’ en ‘verminderd toerekeningsvatbaar’ samen te voegen.

Tabel 10.12: Causaliteitsbeschrijvingen per toerekeningsvatbaarheidsoordeel

beschrijving	volledig toer vatb		enigszins verminderd		sterk verminderd		ontvoer vatb		andere		geen conclusie		totaal			
	nr	%	nr	%	nr	%	nr	%	nr	%	nr	%	nr	%		
groep 1: stoornis → tlg feit	4	13%	11	26%	26	36%	11	65%	6	32%	1	17%	1	17%	60	31%
groep 2: stoornis → ander gevolg	2	6%	20	47%	32	44%	2	12%	11	58%	3	50%	-	0%	70	36%
groep 3: andere oorzaak → tlg feit	4	13%	2	5%	1	1%	-	0%	-	0%	-	0%	-	0%	7	4%
groep 4: andere oorzaak → ander gevolg	3	10%	2	5%	-	0%	-	0%	-	0%	-	0%	-	0%	5	3%
groep 5: andersoortig of geen verband	18	58%	8	19%	13	18%	4	24%	2	11%	2	33%	5	83%	52	27%
totaal	31	100%	43	100%	72	100%	17	100%	19	100%	6	100%	6	100%	194	100%

het oordeel van de gedragsdeskundige over de toerekeningsvatbaarheid. Dit levert tabel 10.12 op.

Een verdachte wordt *toerekeningsvatbaar* beschouwd als geen sprake is van een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens. Ook kan het zijn dat wel sprake is van een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens, maar dat die geen invloed gehad zou hebben op het handelen van de verdachte bij het plegen van het tenlastegelegde. Wanneer de gedragsdeskundige in zijn rapport aangeeft dat er geen causaal verband bestaat tussen de gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens en het tenlastegelegde, dan valt deze beschrijving onder één van de varianten van beschrijvingsgroep 5. Zoals te zien valt in tabel 10.12 valt ruim een kwart (52 van 194) van de onderzochte rapporten in beschrijvingsgroep 5. Uit deze tabel valt echter ook op te maken dat in ongeveer één op de acht (vier van 31) rapporten, waarin de gedragsdeskundige de verdachte toerekeningsvatbaar acht, bij de beschrijving van de causaliteit wordt aangegeven dat de stoornis van invloed is geweest op het plegen van het tenlastegelegde. Dit is merkwaardig. We treffen dit onder meer aan in een rapport dat gaat over een verdachte aan wie een gewapende overval en afpersing tenlastegelegd is. Bij de diagnostische overwegingen schrijft de psychiater:

“Het huidige onderzoek toont dat er sprake is van een antisociale persoonlijkheidsstoornis met afhankelijke en vermijdende trekken en een drugsverslaving waarbij betr. al enkele jaren geen harddrugs meer gebruikt maar wel met softdrugs doorgaat.”

In de forensisch psychiatrische overwegingen staat onder meer:

“Betrokkene pleegt vanaf zijn negentiende jaar vermogensdelicten onder dreiging met geweld, samenhangend met zijn drugsmisbruik en gericht op geld. Het bestaan, afhankelijk van drugs en in de gevangenis komt tegemoet aan zijn afhankelijkheidsbehoefte en ontwijken van verantwoordelijkheden. Die algehele asthenie in de vorm van weinig doorzettingsvermogen ondanks dat hij wel idealen heeft naast een antisociale persoonlijkheidsstoornis hebben mede tot het huidige delict geleid, [niet cursief CvE]. In plaats van te strijden om zonder delicten de financiële problemen op te lossen en de relatie met zijn kinderen op te bouwen, bezwijkt hij voor de drang om op een makkelijke manier geld te bemachtigen. Hij heeft daar bewust voor gekozen.”

Volgens dit citaat heeft onder meer de stoornis waaraan verdachte lijdt tot het delict geleid.¹⁵ Vervolgens concludeert de psychiater dat hij de verdachte volledig toerekeningsvatbaar beschouwt.

Wanneer de gedragsdeskundige een verdachte *ontoerekeningsvatbaar* acht, dan kan het tenlastegelegde vanuit de stoornis worden verklaard. Deze beschrijvingen moeten dan vallen onder beschrij-

¹⁵ Het is mij bekend, dat sommige gedragsdeskundigen van mening zijn dat een antisociale persoonlijkheidsstoornis niet kan leiden tot een vorm van verminderde toerekeningsvatbaarheid. Of in dit geval de gedragsdeskundige die mening deelt blijkt niet uit het verslag. Overigens treffen we in dit onderzoek ook zaken aan waarbij een antisociale persoonlijkheidsstoornis wel leidt tot het advies de onderzochte op enigerlei wijze verminderd toerekeningsvatbaar te achten.

vingsgroep 1. Bij ongeveer één op de drie rapporten waarin de gedragsdeskundige tot dat oordeel komt is dat ook het geval. Het betreft dan beschrijvingen als:

“Onderzochte heeft ten tijde van het tenlastegelegde gehandeld in een toestand van psychotische verwardheid in het kader van een agressieve impulsdoorbraak, nadat ze – reeds in verwarde toestand – kort achter elkaar afgewezen en gekrenkt werd, de laatste keer door het slachtoffer. Door deze krenkingen werd veel woede gegenereerd en een reeds bestaande – sluimerende – woede ten aanzien van haar partner gereactiveerd, waarna ze in deze psychotische verwardheid iedere greep op haar agressieve impulsen verloor. Het tenlastegelegde vloeit zodoende rechtstreeks voort uit onderzochtes ernstige psychische stoornis. Op grond van voorgaande overwegingen concludeert ondergetekende dat onderzochte ten tijde van het plegen van het tenlastegelegde feit lijdende was aan een zodanige ziekelijke stoornis van de geestvermogens dat dit feit – indien bewezen – haar niet kan worden toegerekend.”

Wat opvalt is dat gedragsdeskundigen in ongeveer drie van de vijf (elf van negentien) rapporten waarin zij de onderzochte ontoerekeningsvatbaar achten, bij de beschrijving van de causaliteit niet een relatie aangeven tussen een stoornis en tenlastegelegde, maar tussen een stoornis en iets anders dan het tenlastegelegde. In diverse zaken zien we dat “iets anders” de toerekeningsvatbaarheid betreft. Welke invloed de stoornis heeft gespeeld bij het tenlastegelegde geeft de gedragsdeskundige, anders dan in het hiervoor vermelde voorbeeld, niet aan. Zo zien we dit in het volgende citaat, dat ontleend is aan een psychiatrisch rapport. Overigens ontbreken in dit rapport diagnostische overwegingen en een forensisch psychiatrische beschouwing. Ook vindt geen systematische beantwoording van de vraagstelling plaats. In een paragraaf “Conclusie en advies” staat onder meer:

“Betrokkene wordt verdacht van bedreiging van zijn ex-vriendin, welke tenlastelegging door hem wordt ontkend. Blijkens de bevindingen van het psychiatrisch onderzoek en de gegevens uit het dossier lijdt hij al geruime tijd, hoogst waarschijnlijk ook al ten tijde van het tenlastegelegde, aan een ernstige psychose, met zodanige ziekteverschijnselen en een zodanig beloop dat de diagnose schizofrenie kan worden gesteld. Dientengevolge [niet cursief CvE] kan onderzochte naar het oordeel van rapporteur ontoerekeningsvatbaar [niet cursief CvE] worden geacht voor het tenlastegelegde, wanneer en voor zover dat bewezen wordt geacht.”

Overigens zal het in deze zaak ook niet eenvoudig zijn om een relatie aan te geven tussen de gevonden ziekelijke stoornis en het tenlastegelegde, omdat de verdachte het strafbaar feit ontkent.

Opvallend is dat gedragsdeskundigen bij ongeveer twee derde van de onderzoeken waarin zij de onderzochte sterk verminderd toerekeningsvatbaar beschouwen, wel in beschrijvingsgroep 1 uitkomen. Dit is dus bijna tweemaal zo vaak als bij verdachten die zij voor ontoerekeningsvatbaar houden.

In totaal zijn er zestien rapporten waarin volgens de gedragsdeskundige geen sprake zou zijn van een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens. In drie van die rapporten beschouwt de gedragsdeskundige de verdachte enigszins verminderd toerekeningsvatbaar. Wanneer we die rapporten nader beschouwen, blijken vooral externe omstandigheden een rol te spelen bij die conclusie. Zo treffen we een rapport aan van een psycholoog die aangeeft dat “de onderzochte niet lijdende is aan een ziekelijke stoornis of uitgesproken ‘gebrekkige ontwikkeling’ van de geestvermogens”. Bij de beantwoording van de vraagstelling schrijft hij onder meer:

“Vermoedelijk heeft zijn alcoholgebruik van de vorige dag (hij was nog in lichte mate beneveld, aangeschoten) een faciliterende rol gespeeld. (...) Het waren echter vooral de specifieke, zeer stresserende en ontregelende externe omstandigheden (de langdurige spanningen in het gezin waar aan betrokkene was blootgesteld) die zijn gedrag hebben bepaald.

Derhalve [niet cursief CvE] lijkt het het meest gepast om betrokkene als enigszins verminderd toerekeningsvatbaar te beschouwen.”

De psycholoog maakt in ieder geval duidelijk hoe hij tot zijn oordeel komt. In hoeverre het alcoholgebruik als een stoornis beschouwd kan worden, geeft de gedragsdeskundige niet aan.

10.5.2.3 Differentiatie naar arrondissement

Bestaat er overeenkomst, respectievelijk verschil tussen arrondissementen, wat betreft het oordeel van de gedragsdeskundige over de toerekeningsvatbaarheid van de onderzochten? De uitkomst van dit onderzoek levert het overzicht van tabel 10.13 op.

Tabel 10.13: Rapportages met oordeel over de mate van toerekeningsvatbaarheid, naar arrondissement

rapportages met oordeel	Amsterdam		Arnhem		Assen		Breda		Den Bosch		Dordrecht		Totaal	
volledig toerekeningsvatbaar	6	18%	6	12%	2	11%	11	34%	4	11%	2	8%	31	16%
enigszins verminderd toerekeningsvatbaar	5	15%	7	14%	4	21%	16	50%	8	22%	3	13%	43	22%
verminderd toerekeningsvatbaar	10	30%	24	49%	12	63%	3	9%	11	30%	12	50%	72	37%
sterk verminderd toerekeningsvatbaar	4	12%	3	6%	-	0%	1	3%	8	22%	1	4%	17	9%
ontoerekeningsvatbaar	4	12%	6	12%	-	0%	1	3%	4	11%	4	17%	19	10%
anders	1	3%	1	2%	1	5%	-	0%	1	3%	2	8%	6	3%
geen conclusies toerekeningsvatbaarheid	3	9%	2	4%	-	0%	-	0%	1	3%	-	0%	6	3%
aantal onderzoeken	33	100%	49	100%	19	100%	32	100%	37	100%	24	100%	194	100%

Wat opvalt is dat er tussen arrondissementen nogal verschillen bestaan wat betreft de mate waarin gedragsdeskundigen een verdachte toerekeningsvatbaar achten ($p < 0.001$).¹⁶ In Breda treffen we relatief veel rapporten aan waarin gedragsdeskundigen concluderen dat zij de onderzochte toerekeningsvatbaar beschouwen. Zo'n oordeel treffen we aan in ongeveer één op de drie Bredase rapporten (11 van 32). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat in Breda relatief veel onderzochten niet zouden lijden aan een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens (zie § 10.3.3.2).

Voorts valt op dat gedragsdeskundigen in Assen onderzochten naar verhouding aanmerkelijk vaker voor verminderd toerekeningsvatbaar houden dan in Breda. In Assen achten gedragsdeskundigen relatief veel onderzochten verminderd toerekeningsvatbaar. Assen is ook het enige arrondissement waar gedragsdeskundigen geen enkele onderzochte sterk verminderd toerekeningsvatbaar of ontoerekeningsvatbaar beschouwen. Wat dat betreft verschilt Assen sterk van Den Bosch. In den Bosch concluderen gedragsdeskundige in ongeveer één op de drie rapporten (twaalf van 37) dat de verdachte sterk verminderd toerekeningsvatbaar dan wel ontoerekeningsvatbaar te achten is.

Hiervoor hebben we het gehad over de conclusies die we aantreffen in de rapportages over de mate van toerekeningsvatbaarheid. Dat roept de vraag op wat dat betekent voor de *onderzochten*. Op verschillende manieren ben ik de mogelijke samenhang tussen het een en ander nagegaan. Tussen de arrondissementen blijken verschillen te bestaan wat betreft het oordeel van de gedragsdeskundige omtrent de mate van toerekeningsvatbaarheid ($p < 0.05$).¹⁷

Wanneer we de uitkomsten van het onderzoek naar het antwoord op deze vraag in een tabel plaatsen, komt het beeld uit tabel 10.14 naar voren.

Wie in Breda gedragsdeskundig wordt onderzocht, wordt relatief vaak *volledig toerekeningsvatbaar* beschouwd. Dit zien we bij ongeveer twee op de vijf verdachten. Dit betekent dat gedragsdeskundigen onderzochten in Breda tweemaal zo vaak toerekeningsvatbaar achten als elders. Zoals hiervoor aangegeven is een mogelijke verklaring daarvoor het gering aantal verdachten dat zou lijden aan een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens.

¹⁶ Dat verschil geldt ook wanneer we dat alleen nagaan voor de rapporten waarin gedragsdeskundigen iemand aanmerken als "volledig toerekeningsvatbaar" en "ontoerekeningsvatbaar" met de drie tussenliggende gradaties.

¹⁷ Wanneer ik de antwoordcategorie "anders" en "geen conclusie over toerekeningsvatbaarheid" buiten beschouwing laat, blijven er verschillen bestaan ($p < 0.01$). Wanneer ik de antwoordcategorieën "sterk verminderd toerekeningsvatbaar" voeg bij "ontoerekeningsvatbaar" zien we eveneens verschillen ($p < 0.05$). Die verschillen verdwijnen wanneer ik de onderzochten die gedragsdeskundigen "enigszins verminderd toerekeningsvatbaar" oordelen voeg bij degenen die zij "verminderd toerekeningsvatbaar" achten.

Tabel 10.14: Onderzochten met oordeel over de mate van toerekeningsvatbaarheid, naar arrondissement

onderzochten vlg's oordeel van minstens één gedragsdesk.	Amsterdam		Arnhem		Assen		Breda		Den Bosch		Dordrecht		totaal	
toerekeningsvatbaar	6	25%	3	11%	1	10%	10	42%	4	17%	2	14%	26	21%
enigszins verminderd toerekeningsvatbaar	5	21%	6	22%	3	30%	12	50%	7	29%	3	21%	36	29%
verminderd toerekeningsvatbaar	7	29%	15	56%	7	70%	1	4%	8	33%	7	50%	45	37%
sterk verminderd toerekeningsvatbaar	2	8%	2	7%	-	0%	1	4%	5	21%	1	7%	11	9%
ontoerekeningsvatbaar	2	8%	3	11%	-	0%	1	4%	2	8%	2	14%	10	8%
anders	1	4%	1	4%	1	10%	-	0%	1	4%	2	14%	6	5%
geen conclusies over toerekeningsvatbaarheid	3	13%	1	4%	-	0%	-	0%	1	4%	-	0%	5	4%
aantal onderzochten	24	100%	27	100%	10	100%	24	100%	24	100%	14	100%	123	100%

Verder valt op dat gedragsdeskundigen onderzochten in Breda relatief vaak enigszins verminderd toerekeningsvatbaar beschouwen. Ook dit aantal ligt ruim boven het landelijk gemiddelde. Dit zou volgens gedragsdeskundigen bij de helft van de onderzochten het geval zijn. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de gevonden stoornissen niet sterk doorwerken ten tijde van het tenlastegelegde en dat het daarbij niet gaat om heel ernstige stoornissen.

Dat gedragsdeskundigen verdachten in Assen als sterk verminderd of ontoerekeningsvatbaar aanmerken, is bijzonder. Dit zou volgens hen bij geen enkele onderzochte het geval zijn. Wel dient opgemerkt te worden dat in Assen relatief weinig verdachten in de onderzoeksperiode zijn onderzocht. In Den Bosch daarentegen wordt bijna één op de drie (zeven van 24) onderzochten als sterk verminderd dan wel ontoerekeningsvatbaar aangemerkt.

10.5.2.4 Differentiatie naar de onderzoeksmodaliteit

Maakt het verschil voor de conclusie omtrent de toerekeningsvatbaarheid of de verdachte monodisciplinair psychiatrisch of psychologisch, multidisciplinair of klinisch is onderzocht? Tabel 10.15 leert ons daarover het volgende.

Tussen de onderzoeksmodaliteiten bestaan verschillen wat betreft de conclusies van gedragsdeskundigen inzake de toerekeningsvatbaarheid ($p < 0.001$).¹⁸

Wanneer zich bij een strafzaak een rapport bevindt van een monodisciplinair psychologisch onderzoek, bestaat er een gerede kans dat de onderzochte volledig *toerekeningsvatbaar* wordt beschouwd.¹⁹ Zo'n oordeel treffen we aan bij ruim een derde (elf van dertig) van die rapporten. Bij monodisciplinair psychiatrisch onderzoek geldt dat voor bijna drie op de tien onderzoeken.²⁰ Bij multidisciplinair onderzoek zien we dat in verge-

18 Op verschillende manieren heb ik een mogelijke samenhang met het een en ander onderzocht. Zo heb ik dat gedaan door onderzoeken die niet tot één gedragsdeskundige te herleiden zijn niet mee te rekenen. Ook heb ik dat gedaan door daarnaast "anders" en "geen conclusie over toerekeningsvatbaarheid" niet mee te tellen. Steeds zien we verschillen ($p < 0.001$).

19 Wanneer ik in het vervolg van deze subparagraaf monodisciplinair psychologisch onderzoek bedoel, schrijf ik gemakshalve en voor de leesbaarheid psychologisch onderzoek. Bij monodisciplinair onderzoek is het aantal onderzochten en onderzoeken gelijk. Het advies over de mate van toerekeningsvatbaarheid geldt voor deze categorie onderzoeken dus ook voor de onderzochte. Bij multidisciplinair onderzoek zijn er meer onderzoeken dan onderzochten.

20 Wanneer ik in het vervolg van deze subparagraaf monodisciplinair psychiatrisch onderzoek bedoel, schrijf ik gemakshalve en voor de leesbaarheid psychiatrisch onderzoek.

Tabel 10.15: Oordeel inzake de mate van toerekeningsvatbaarheid, naar onderzoeksmodaliteit

rapportages met oordeel	bij psy- chiatrisch onderzoek		bij psy- chologisch onderzoek		bij multi onderzoek		bij onder- zoek niet tot 1 gd te herleiden		totaal	
volledig toerekeningsvatbaar	9	29%	11	37%	11	9%	-	0%	31	16%
enigszins verminderd toerekeningsvatbaar	10	32%	13	43%	18	14%	2	29%	43	22%
verminderd toerekeningsvatbaar	7	23%	4	13%	56	44%	5	71%	72	37%
sterk verminderd toerekeningsvatbaar	2	6%	1	3%	14	11%	-	0%	17	9%
ontoerekeningsvatbaar	1	3%	-	0%	18	14%	-	0%	19	10%
anders	-	0%	-	0%	6	5%	-	0%	6	3%
geen conclusies over toerekeningsvatbaarheid	2	6%	1	3%	3	2%	-	0%	6	3%
totaal	31	100%	30	100%	126	100%	7	100%	194	100%

lijking met psychiatrisch onderzoek weer minder vaak.²¹ Toch komen we zo'n oordeel bij deze onderzoeksmodaliteit nog bij ongeveer één op de tien (elf van 126) onderzoeken tegen. De vraag die dan bij mij opkomt is in hoeverre in die zaken niet volstaan had kunnen worden met een onderzoek van één gedragsdeskundige. Of, was gedragsdeskundig onderzoek sowieso wel nodig geweest? Overigens treffen we een vergelijkbaar beeld aan wanneer we de frequentie beschouwen waarin de mate van toerekeningsvatbaarheid voorkomt, die grenst aan volledig toerekeningsvatbaar, namelijk *enigszins verminderd* toerekeningsvatbaar. Met het toenemen van de zwaarte van de onderzoeksmodaliteit, neemt naar verhouding het aantal rapportages af, waarin de gedragsdeskundige adviseert de verdachte volledig toerekeningsvatbaar of enigszins verminderd toerekeningsvatbaar te houden.²²

Vanaf het oordeel *verminderd toerekeningsvatbaar* tot en met *ontoerekeningsvatbaar* verschuift het beeld in omgekeerde richting. In psychologische rapportages treffen we naar verhouding het minst vaak het advies aan om de onderzochte verminderd, sterk verminderd of ontoerekeningsvatbaar te beschouwen. Dat een psycholoog de verdachte ontoerekeningsvatbaar acht, komen we in geen en-

kel monodisciplinair rapport tegen. Psychiatrische rapportages bevatten tweemaal zo vaak als psychologische verslagen het oordeel dat de onderzochte verminderd, sterk verminderd of ontoerekeningsvatbaar te beschouwen is. Bij multidisciplinair onderzoek neemt het aantal rapporten waarin één van die drie adviezen te vinden is sterk toe. We zien dat bij ruim twee van de drie (88 van 126) onderzoeken. Wanneer we psychiatrisch onderzoek als *zwaarder* beschouwen dan een psychologisch onderzoek, en multidisciplinair onderzoek als *zwaarder* dan monodisciplinair onderzoek, dan betekent dit dat naarmate de onderzoeksmodaliteit *zwaarder* wordt, de mate waarin iemand toerekeningsvatbaarheid wordt geacht, relatief sterker afneemt. De adviezen van gedragsdeskundigen in de rapportages omtrent de toerekeningsvatbaarheid, gelden bij monodisciplinair onderzoek en bij onderzoek dat niet tot één gedragsdeskundige te herleiden is, ook voor de onderzochten. Per onderzochte is er dan immers maar één rapport. Bij multidisciplinair onderzoek is dat niet het geval.²³ Bij die onderzoeksmodaliteit brengen gedragsdeskundigen meestal afzonderlijk hun verslag uit. De mogelijkheid bestaat dat beide adviezen niet gelijkluidend zijn. Zoals aangegeven in § 10.3.3.1 komt het geregeld voor dat gedragsdeskundigen bij multidisciplinair onderzoek niet dezelfde diagnose(s) stellen. De diagnose kan van invloed zijn op de toerekeningsvatbaarheid. Dat roept de vraag op in hoeverre er overeenkomst, respectievelijk verschil bestaat tussen die adviezen wat betreft de toere-

21 Met multidisciplinair onderzoek wordt in deze subparagraaf *ambulant* multidisciplinair onderzoek bedoeld.

22 Ik beschouw monodisciplinair psychiatrisch onderzoek als een zwaardere modaliteit dan monodisciplinair psychologisch onderzoek. Ik realiseer mij dat dit standpunt vatbaar is voor discussie. Multidisciplinair onderzoek merk ik als zwaarder aan dan monodisciplinair onderzoek en klinische observatie zwaarder dan ambulant multidisciplinair onderzoek.

23 Met multidisciplinair onderzoek bedoel ik op deze plaats ambulant onderzoek waar minstens twee gedragsdeskundigen ieder afzonderlijk een verslag uitbrengen.

Tabel 10.16: *Multidisciplinair onderzochten, naar mate van toerekeningsvatbaarheid volgens één resp. beide gedragsdeskundigen*

multidisciplinair onderzochten met oordeel	volgens één gd	volgens beide gd's	totaal
toerekeningsvatbaar	1	5	6
enigszins verminderd toerekeningsvatbaar	6	6	12
verminderd toerekeningsvatbaar	6	25	31
sterk verminderd toerekeningsvatbaar	2	6	8
ontoerekeningsvatbaar	-	9	9

keningsvatbaarheid. De adviezen van gedragsdeskundigen dienaangaande bij multidisciplinair onderzoek, leveren tabel 10.16 op.

Uit bovenstaande tabel kunnen we afleiden dat bij multidisciplinair onderzoek, waarbij gedragsdeskundigen afzonderlijk verslag uitbrengen, die adviezen in het merendeel van de zaken gelijkloend zijn.

Het ligt voor de hand om nog even de adviezen inzake de mate van toerekeningsvatbaarheid te bezien bij de zes verdachten die zowel ambulante als klinische zijn onderzocht.

Hoewel het aantal onderzochten gering is, lijkt het erop dat de uitkomsten qua mate van toerekeningsvatbaarheid zeker niet eensluidend zijn. Zo treffen we bij het eerste onderzoek geen enkele onderzochte aan die de gedragsdeskundige(n) volledig toerekeningsvatbaar of ontoerekeningsvatbaar acht(en). Bij het tweede onderzoek treffen we beide conclusies aan. Zo wordt een onderzochte die bij een tweede onderzoek volgens de gedragsdeskundigen ontoerekeningsvatbaar beschouwd moet worden, bij het eerste onderzoek volgens andere deskundigen verminderd toerekeningsvatbaar geacht. Niet meer dan drie van de zes onderzochten

krijgen op basis van het tweede onderzoek dezelfde mate van toerekeningsvatbaarheid toegekend als op basis van het eerste onderzoek.

10.5.2.5 Differentiatie naar soort delict

Treden er verschillen op als het oordeel van gedragsdeskundigen over de mate van toerekeningsvatbaarheid wordt gedifferentieerd naar het soort delict waarvan onderzochte wordt verdacht?

Voor het oordeel van de gedragsdeskundige omtrent de toerekeningsvatbaarheid blijkt het verschil te maken van welk soort delict iemand wordt verdacht ($p < 0.05$). Ook wanneer we 'anders' en "geen conclusie omtrent de toerekeningsvatbaarheid" niet meerekenen, bestaat er verschil ($p < 0.01$). Degenen die verdacht worden van een *zedemisdrijf* worden in geringen getale (twee van 36) volledig toerekeningsvatbaar beschouwd. Daar staat tegenover dat deze groep onderzochten in verhouding tot andere delictsoorten vaak enigszins verminderd toerekeningsvatbaar wordt gehouden. Dat zien we bij bijna de helft van de onderzochten aan wie een zedendelict tenlastegelegd is. Zie tabel 10.17.

Tabel 10.17: *Rapportages met oordeel over de mate van toerekeningsvatbaarheid, naar soort delict²⁴*

rapportages met oordeel	"leven"		"zeden"		"vermogen"		"overig"		totaal	
toerekeningsvatbaar	17	22%	2	6%	7	20%	5	11%	31	16%
enigszins verminderd toerekeningsvatbaar	10	13%	17	47%	9	26%	7	15%	43	22%
verminderd toerekeningsvatbaar	32	42%	9	25%	13	37%	18	38%	72	37%
sterk verminderd toerekeningsvatbaar	6	8%	2	6%	1	3%	8	17%	17	9%
ontoerekeningsvatbaar	8	11%	4	11%	1	3%	6	13%	19	10%
anders	1	1%	1	3%	2	6%	2	4%	6	3%
geen conclusies toerekeningsvatbaarheid	2	3%	1	3%	2	6%	1	2%	6	3%
totaal	76	100%	36	100%	35	100%	47	100%	194	100%

10.6 Recidivegevaar

Een volgende vraag aan de gedragsdeskundige is veelal in hoeverre te verwachten valt dat de veroordeelde in de toekomst (vanuit zijn eventuele stoornis) opnieuw komt tot het plegen van delicten. Voordat maatregelen genomen kunnen worden om recidive te voorkomen, is eerst de vraag aan de orde in hoeverre gevaar daarvoor aanwezig is. Wanneer de gedragsdeskundige van oordeel is dat er recidivegevaar bestaat, is een volgende vraag hoe groot dat eventuele risico is en welke factoren dat gevaar veroorzaken. Zo zal het verschil maken of recidivegevaar samenhangt met sociale factoren, of dat daaraan een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis ten grondslag ligt, of dat beide daarbij een rol spelen. Een gedragsdeskundige kan recidive voorspellen op grond van factoren die voortkomen uit een stoornis en op grond van andere omstandigheden. Aan beide moet hij aandacht besteden en ook aan de wisselwerking daarvan. Gedragsdeskundigen zijn naar mijn idee bij uitstek degenen die aandacht moeten besteden aan de vraag, in hoeverre factoren die voortkomen uit een stoornis, eventueel in samenhang met andere omstandigheden een rol spelen bij het recidivegevaar. Die vraag ligt immers speciaal op het terrein van hun deskundigheid. Dat factoren die voortkomen uit een stoornis veel gewicht in de schaal leggen, blijkt onder meer bij de last tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis en de TBS.²⁴ Voor het opleggen van deze maatregelen is het noodzakelijk dat het (recidive-)gevaar voortkomt uit een stoornis.

In deze paragraaf is de vraag aan de orde hoe gedragsdeskundigen in de praktijk in hun verslaglegging omgaan met het voorspellen van recidive van strafbare feiten. In het vervolg van deze paragraaf ga ik eerst in op de wijze van analyse (§ 10.6.1) en daarna op het resultaat daarvan (§ 10.6.2).

10.6.1 Wijze van analyse

Zoals blijkt uit het voorgaande, is een belangrijk onderdeel van de gedragsdeskundige rapportage de voorspelling van eventueel recidivegevaar voor strafbare feiten. De vragen dienaangaande die in veel arrondissementen aan de gedragsdeskundigen worden voorgelegd, luiden als volgt:

- Welke factoren, voortkomend uit de stoornis van betrokkene kunnen van belang zijn voor de kans op recidive?
- Welke andere factoren en condities dienen hierbij in ogenschouw genomen te worden?
- Is iets te zeggen over eventuele onderlinge beïnvloeding van deze factoren en condities?

In enkele arrondissementen wordt expliciet gevraagd naar het gevaar dat nodig is voor het opleggen van een strafrechtelijke maatregel tot behandeling. Zo treffen we onder meer de volgende vragen aan:

- Is verdachte gevaarlijk voor zichzelf, voor anderen of voor de algemene veiligheid van personen of goederen?
- Vordert de veiligheid van anderen of de algemene veiligheid van personen of goederen dat verdachte ter beschikking wordt gesteld met of zonder dwangverpleging?
- Is verdachte in zodanige mate gevaarlijk voor zichzelf, voor anderen of voor de algemene veiligheid voor personen of goederen dat hij in een psychiatrisch ziekenhuis dient te worden geplaatst?

Bij beschouwing van deze vragen zal men wellicht geneigd zijn te denken dat het ontwikkelen van vragen voor een checklist, en de beantwoording daarvan niet al teveel problemen zullen opleveren. Om na te gaan in hoeverre gedragsdeskundigen bij de verslaglegging van het voorspellen van recidivegevaar doen wat ze mogen en moeten doen, zijn onder meer de volgende kwesties onderzocht:

- Wat concludeert de gedragsdeskundige omtrent recidivegevaar ten aanzien van delicten?
- Wat concludeert de gedragsdeskundige omtrent de omvang van recidivegevaar ten aanzien van delicten?
- Uit welke onderdelen van de rapportage draagt de gedragsdeskundige expliciet bouwstenen aan voor de uitspraak over recidivegevaar ten aanzien van delicten?
- Op welke bouwstenen baseert de gedragsdeskundige zijn uitspraak omtrent recidivegevaar ten aanzien van delicten?

24 Delictsoort 1 betreft misdrijven tegen het leven gericht (art. 287-289); delictsoort 2: misdrijven tegen de zeden (art. 239-249 Sr); delictsoort 3: vermogensdelicten: diefstal, afpersing, (art. 310-339, 416 Sr, art. 225 Sr) afdreiging, verduistering en bedrog, heling, valsheid in geschrifte; delictsoort 4: overige delicten: brandstichting, mishandeling (art. 157 Sr, art. 300-306 Sr) misdrijven tegen de persoonlijke vrijheid, (art. 274-286 Sr) en Opiumwet (zie § 7.6.2).

25 Artikel 37 Sr respectievelijk art. 37a Sr.

5. Concludeert de gedragsdeskundige dat verdachte op grond van zijn stoornis gevaarlijk is voor zichzelf, voor anderen, of voor de algemene veiligheid van personen en/of goederen?
6. Geeft de gedragsdeskundige aan waarop het gevaar dat verdachte vormt op grond van zijn stoornis betrekking heeft?

Ongeveer één op de tien rapporten (negentien van 194) bevat geen antwoord op de vraag naar het recidivegevaar. Soms geven gedragsdeskundigen aan waarom zij menen die vraag niet te kunnen beantwoorden. Argumenten die zij daarvoor aanvoeren zijn onder meer: “afwezigheid van een gebrekkige ontwikkeling en ziekelijke stoornis van de geestvermogens”, “ontkenning van de verdachte”, “toestandsbeeld van de verdachte ten tijde van het onderzoek” en “enigszins verminderde toerekeningsvatbaarheid van de verdachte”. Sommige gedragsdeskundigen zijn van mening dat wanneer zij iemand “enigszins verminderd toerekeningsvatbaarheid” beschouwen, zij geen uitspraak kunnen doen over recidivegevaar. Volgens hen is daarvoor de relatie tussen stoornis en tenlastegelegde in dat geval te gering. Een andere keer blijkt niet uit het verslag waarom de gedragsdeskundige zich onthoudt van een uitspraak over dit onderwerp.

In het vervolg van deze paragraaf besteed ik alleen aandacht aan de rapporten waarin de gedragsdeskundige wel een voorspelling doet over recidivegevaar. De beantwoording van de onderzoeksvragen die hiervoor vermeld zijn over dit onderwerp, blijkt in de praktijk behoorlijk gecompliceerd te zijn. Vooral vragen die gaan over de onderbouwing van het recidivegevaar blijken weinig op te leveren. In de meeste rapporten dragen gedragsdeskundigen weinig en geregeld zelfs geen enkel argument aan voor die voorspelling. Bij het oogsten van de bevindingen bleek dat in de checklist heel vaak gebruik gemaakt moest worden van de antwoordcategorie “anders, namelijk ...”. Dit heeft ertoe geleid dat daarna alsnog ervoor is gekozen, om alle citaten die betrekking hebben op het voorspellen van het recidiverisico, als letterlijk citaat te noteren en opnieuw te analyseren. Ook bij het voorspellen van recidive blijkt de praktijk vaak ongrijpbaar, weerbarstig en grillig vanwege factoren zoals genoemd in § 10.2. Zo speelt bij het voorspellen van recidive onder meer verwevenheid tussen verschillende onderdelen van het verslag enkele malen een rol. Soms werkt het verhelderend om te rade te gaan bij een ander onderdeel van het verslag. Daarin staat dan aanvullende informatie. Een andere keer is dat

juist complicerend omdat hetgeen in een ander onderdeel staat, tegenstrijdige informatie oplevert met hetgeen de gedragsdeskundige op een andere plaats schrijft. Voorts lijkt menig advies dat betrekking heeft op het voorspellen van recidive aan vaagheid. Zo komen we in ongeveer drie op de tien rapporten één of meer conditionele formuleringen tegen. Ook de structuur van veel rapportages levert bij dit onderdeel problemen op. Zo zijn de teksten die betrekking hebben op het voorspellen van recidive afkomstig uit allerlei onderdelen van het verslag. Op de plaats waar de recidivevoorspelling aan de orde moet komen, gebeurt dat vaak niet. De vragen van de rechter-commissaris of officier van justitie, beantwoordt de gedragsdeskundige vaak niet of onduidelijk. De hiervoor genoemde werkwijze heeft geleid tot de categorisering, die hieronder voor het voetlicht wordt gebracht.

10.6.2 Resultaat van de analyse

Thans kom ik toe aan de presentatie van het resultaat van de analyse. Als zodanig wordt eerst de categorisering van de recidivevoorspellingen uit de doeken gedaan die in het onderzoeksmateriaal is aangetroffen (§ 10.6.2.1). Vervolgens zal ik de aangetroffen varianten nader beschrijven. Dat betekent dat achtereenvolgens aan de orde komt: Recidivegevaar in het verlengde van gebrekkige ontwikkeling en/of ziekelijke stoornis (§ 10.6.2.2), Recidivegevaar in het verlengde van een gebrekkige ontwikkeling en/of ziekelijke stoornis en iets anders (§ 10.6.2.3), Recidivegevaar in het verlengde van iets anders dan een stoornis (§ 10.6.2.4), Recidivegevaar als *deus ex machina* (§ 10.6.2.5) en Recidivegevaar? (§ 10.6.2.6).

10.6.2.1 Categorisering

Globaal laten de manieren waarop gedragsdeskundigen recidive voorspellen zich als volgt groeperen:

1. Recidivegevaar in het verlengde van gebrekkige ontwikkeling en/of ziekelijke stoornis.
2. Recidivegevaar in het verlengde van gebrekkige ontwikkeling en/of ziekelijke stoornis en iets anders.
3. Recidivegevaar in het verlengde van iets anders.
4. Recidivegevaar als *deus ex machina*.
5. Recidivegevaar?

De indeling in categorieën bij de voorspelling van recidive, levert in een aantal gevallen problemen op. Zo is voor mij niet altijd duidelijk in hoeverre bepaalde aspecten die de gedragsdeskundige noemt samenhangen met een stoornis of niet. Onduidelijkheid of iets behoort tot een stoornis of niet, doet zich voor in het volgende voorbeeld, waar de gedragsdeskundige aangeeft:

“Betrokkene heeft nauwelijks probleeminzicht, betrokkene is geneigd zijn eigen situatie te bagatelliseren. Op grond hiervan is een kans op recidive, zoals tijdens het plegen van het tenlastegelegde aanwezig.”

De vraag die zich opdringt is in hoeverre het nauwelijks hebben van probleeminzicht en de neiging de eigen situatie te bagatelliseren (onderdeel van) een stoornis is of iets anders. Ook andere plaatsen uit het rapport verschaffen daarover geen duidelijkheid. Deze onduidelijkheid doet zich ook geregeld voor bij andere formuleringen, zoals: “Betrokkene heeft nauwelijks ziektebesef- of -inzicht”. “Betrokkene weigert medicatie te gebruiken”.

In het vervolg van deze subparagraaf zal bij elke hiervoor genoemde variant afzonderlijk worden stilgestaan.

10.6.2.2 Recidivegevaar in het verlengde van gebrekkige ontwikkeling en/of ziekelijke stoornis

In ongeveer één op de drie rapporten voorspelt de gedragsdeskundige een nieuw strafbaar feit, enkel op grond van een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis waaraan de verdachte lijdt. Bij deze indeling is de nodige welwillendheid jegens de rapporteur aan de dag gelegd. Zo kom ik formuleringen tegen, waarbij de gedragsdeskundige niet expliciet een oorzakelijke factor voor het recidivegevaar noemt, maar aangeeft: “Zonder adequate behandeling is de kans op recidive groot”. Of: “De kans op recidive is, indien betrokkene niet behandeld wordt, zeer duidelijk aanwezig”. Bij dit soort formuleringen ga ik er vanuit dat de gedragsdeskundige een stoornis beschouwt als oorzakelijke factor voor recidivegevaar, hoewel hij dat niet expliciet aangeeft. Binnen de in deze subparagraaf beschreven categorie, treffen we dit soort formuleringen in ongeveer één op de vijf verslagen aan. Hoewel in een groot aantal rapporten de gedragsdeskundige niet aangeeft waarop de recidive betrekking heeft, heb ik ook hier enige welwillend-

heid aan de dag gelegd, in die zin dat ik ervan uitga dat die betrekking heeft op strafbare feiten. Dit lijkt vooral verantwoord in gevallen, waarin het antwoord betrekking heeft op de vraag welke factoren van belang zijn voor recidive van strafbare feiten. Maar zo vanzelfsprekend als dit misschien lijkt, is het ook weer niet. Het komt namelijk ook voor dat het antwoord dat de gedragsdeskundige geeft, niet aansluit op de vraag die daaraan voorafgaat.

In de categorie waarin de gedragsdeskundige recidivegevaar voorspelt “in het verlengde van een gebrekkige ontwikkeling en/of ziekelijke stoornis van de geestvermogens”, treffen we een gevarieerd beeld aan. In het vervolg van deze subparagraaf laat ik enkele voorbeelden de revue passeren. Geregeld komen we uitspraken tegen waarbij met enige welwillendheid ervan kan worden uitgegaan dat de voorspelling van recidive gebaseerd is op een stoornis, omdat de gedragsdeskundige een behandeling adviseert. Hiervan is sprake in een verslag van een psycholoog, die schrijft:

“De kans op recidive is zonder passende juridische en behandelmaatregelen groot te noemen, tenzij blijkt dat betrokkene inderdaad de afgelopen zeven jaar zijn pedofiele drang onder controle heeft weten te houden zoals hij zelf aangeeft.”

Enkele keren treffen we uitspraken aan, waarbij de gedragsdeskundige recidivegevaar voorspelt omdat sprake is van een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens. Het gaat om algemene uitspraken als:

“Recidive van dergelijke delicten is te verwachten wanneer de ziekelijke stoornis niet adequaat wordt behandeld.”

Soms verwijst de gedragsdeskundige in zijn algemeenheid naar de gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis, die hij eerder genoemd heeft. Expliciet zijn gedragsdeskundigen die de stoornis met name noemen. Nog duidelijker zijn gedragsdeskundigen die bij het voorspellen van recidive aangeven welke invloed de stoornis heeft op het gedrag van betrokkene. Dat komt enkele keren voor. Een voorbeeld daarvan biedt het volgende citaat:

“Verdachte is behept met een narcistische persoonlijkheidsstoornis en een daarbij passend afweerpatroon, waardoor de realiteit vertekend kan worden waargenomen, met name in een intieme relatie. Er is een tekort aan empathie en een neiging tot externaliseren. Zonder enige vorm van

behandeling zal deze pathologie onverminderd voortbestaan en valt voor recidive op termijn te vrezen.”

Een enkele keer zien we dat de gedragsdeskundige naast factoren uit de stoornis die het gevaar voor recidive van strafbare feiten vergroten, ook aspecten noemt die het recidivegevaar verminderen. Dat doet zich zelden voor. Toch komt het mij voor dat wanneer zulke factoren er zijn, het zeker de moeite waard is die te benoemen.

In een beperkt aantal rapporten sluit de gedragsdeskundige bij het voorspellen van recidivegevaar aan bij de beschrijving van de relatie tussen de stoornis en het tenlastegelegde. Het lijkt logisch dat factoren vanuit de stoornis die een rol hebben gespeeld bij het tenlastegelegde, ook bij het voorspellen van recidivegevaar op grond van die stoornis terugkomen.

Een enkele keer zien we dat bij het voorspellen van recidive een stoornis die geen rol lijkt te spelen bij de beschrijving van de relatie tussen de stoornis en het tenlastegelegde, dat wel lijkt te doen bij het voorspellen van recidive. De volgende passage is daarvan een voorbeeld.

“Indien het tenlastegelegde bewezen wordt geacht kan dan gesteld worden dat als gevolg van genoemde gebrek er toentertijd hooguit een lichte mate van vermindering van de toerekeningsvatbaarheid aanwezig was omdat betrokkene niet geheel de importantie van wat hij deed kon overzien (causaal verband met de persoonlijkheidsstoornis [niet cursief CvE]). Gezien de dan al lang bestaande uitingen van zijn pedofiele activiteit, gezien de aangegeven wijze waarop hij deze activiteiten bij de slachtoffers af zou dwingen en gezien het feit dat hij ondanks inzicht in de ernst van dit handelen toch doorging en nu de waarheid geweld aandoet, lijkt de kans op recidief fors.”

Uit bovenstaande beschrijving blijkt vooral de persoonlijkheidsstoornis bij het tenlastegelegde een rol te hebben gespeeld. Bij het voorspellen van recidive lijkt vooral de pedofilie van belang. In een paragraaf “forensische overwegingen”, schrijft de psychiater dat als het tenlastegelegde bewezen kan worden er sprake is van een ziekte, en wel van pedofilie, seksueel aangetrokken tot minderjarige jongens, niet exclusief. In hoeverre die ziekte, zoals de psychiater het noemt, dan ook een rol heeft gespeeld bij het delict geeft hij niet aan. Of bedoelt hij misschien dat wanneer het tenlastegelegde bewezen wordt, door de combinatie van de pedofilie met die persoonlijkheidsstoornis het recidivegevaar groot is?

Ongeveer één op de vijf onderzoeken die ingedeeld is in deze categorie, kan ook in een andere categorie geplaatst worden. Dit betreft onder meer de voorspelling van recidive zoals in het volgende citaat:

“Zonder klinisch/psychiatrische behandeling is de kans op recidive onverminderd aanwezig.”

Deze zin is een losse alinea tussen twee andere alinea's in. Het citaat lijkt gespeend van enige context. Omdat deze passage uit het rapport geen antwoord behelst op de vraag naar recidivegevaar voor delicten, is niet duidelijk op wat voor soort recidive de psycholoog het oog heeft. Het kan zowel betrekking hebben op de stoornis als op recidive ten aanzien van delicten. Ten tijde van het tenlastegelegde leed verdachte volgens de psycholoog namelijk aan een waanstoornis.²⁶

10.6.2.3 Recidivegevaar in het verlengde van een gebrekkige ontwikkeling en/of ziekelijke stoornis en iets anders

In bijna één op de vijf rapporten voorspelt de gedragsdeskundige recidivegevaar voor delicten op grond van een “gebrekkige ontwikkeling/ziekelijke stoornis” in combinatie met iets anders, dat hij niet in verband brengt met een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens. Bij *iets anders* gaat het dan bijvoorbeeld om de justitiële voorgeschiedenis, de leefomgeving van verdachte, ontbreken van een reguliere baan, etc. Ook hier geldt dat niet in alle gevallen duidelijk is, in hoeverre iets al dan niet samenhangt met een “gebrekkige ontwikkeling en/of ziekelijke stoornis” van de geestvermogens. Dezelfde soort onderbouwingen zoals beschreven in de vorige subparagraaf, treffen we ook aan bij de op deze plaats beschreven categorieën. Het gaat dan om formuleringen waarbij niet altijd duidelijk is, in hoeverre hetgeen de gedragsdeskundige noemt onderdeel uitmaakt van een gebrekkige ontwikkeling en/of ziekelijke stoornis van de geestvermogens. Te denken valt aan uitspraken als: “betrokkene geeft onvoldoende blijk van ziektebesef en ziekte inzicht”, of “in vergelijkbare omstandigheden is de kans op recidive groot”. Wat de gedragsdeskundige met die verge-

²⁶ Ik heb ook bij dit soort formuleringen de nodige welwillendheid aan de dag gelegd en geef de gedragsdeskundige het voordeel van de twijfel. Dat betekent dat ik dit citaat aanmerk als recidivegevaar voor delicten.

lijkbare omstandigheden bedoelt, geeft hij niet aan. Dit zien we in ongeveer één op de vijf rapporten binnen deze categorie. Dat kan dus van alles zijn. Het kan gaan om omstandigheden die samenhangen met een stoornis, maar ook om andere omstandigheden. Soms verschaffen andere onderdelen van het rapport, daarin duidelijkheid. Niet altijd is dat het geval.

Ook komt het voor dat het erop lijkt dat een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens een rol speelt bij het recidivegevaar, maar dat zulks bij nadere beschouwing toch minder duidelijk is. Zo beantwoordt een psycholoog de vraag naar gevaar voor recidive op grond van een stoornis als volgt:

"Ik acht de delictprognose ongunstig. Betrokkene heeft een grote behoefte aan een intieme relatie en zoekt daarmee de situatie op, waarin hij het risico loopt afgewezen te worden. Zo'n afwijzing kan gemakkelijk aanleiding geven tot hernieuwd agressief gedrag. Daarnaast is hij al herhaaldelijk betrokken geweest bij geweldsdelicten en heeft geen spijt van zijn daden. Hij is van mening dat hij in zijn recht staat en zal een volgende keer vanuit zijn verhoogde krenkbaarheid en zijn slechte impulsbeheersing wederom zo handelen. Er is zonder behandeling hooguit een mogelijkheid dat betrokkene wat milder wordt bij het voortschrijden der jaren, waardoor de kans om in dit soort gedrag te vervallen vermindert."

Dit lijkt aan te sluiten bij de diagnostiek. De psycholoog schrijft namelijk:

"Vanuit de onderzoeksbevindingen kan gesproken worden van een gebrekkige ontwikkeling van de geestvermogens, meer speciaal van een verhoogde krenkbaarheid, een gebrekkige gewetensvorming en een gebrekkige impulsbeheersing. Dit is echter niet zodanig dat gesproken kan worden van een persoonlijkheidsstoornis."

Hoewel geen sprake is van een persoonlijkheidsstoornis, is volgens de psycholoog wel sprake van "een gebrekkige ontwikkeling van de geestvermogens", in de zin van een "verhoogde krenkbaarheid, een gebrekkige gewetensvorming en een gebrekkige impulsbeheersing", die een rol spelen bij de ongunstige delictprognose. Het gaat om een man, die onder meer verdacht is van een poging tot doodslag en die ook nog enkele andere geweldsdelicten heeft gepleegd. Hij is "al jarenlang bekend bij de GGZ in verband met agressieregulatieproblematiek, met daarop gesuperponeerd een depressieve stoornis en mogelijk dysthymie", zo blijkt uit de hetero-anamnese. De psycholoog beschouwt de

onderzochte volledig toerekeningsvatbaar omdat de problematiek waaraan hij lijdt zodanig licht is, dat die volgens hem niet meegerekend hoeft te worden. Volgens de beantwoording van de vraagstelling, lijkt een behandeling het recidiverisico te kunnen verminderen. De psycholoog denkt aan een gedragstherapeutische behandeling, die gericht is op het verbeteren van de agressieregulatie. Omdat betrokkene evenwel weigert mee te werken aan een (opgelegde) behandeling adviseert hij de keuze om al dan niet in behandeling te gaan, over te laten aan verdachte. Al met al lijkt de psycholoog in dit verslag op diverse plaatsen aan de stoornis een verschillend gewicht toe te kennen.

Wat opvalt bij de in deze subparagraaf behandelde variant, is dat gedragsdeskundigen slechts in een enkel rapport aangeven welk gewicht zij aan welke factor toekennen. Met andere woorden, niet duidelijk is welke rol de stoornis en welke rol andere factoren die de gedragsdeskundige noemt, spelen bij het inschatten van het recidivegevaar. Toch lijkt dat niet onbelangrijk omdat bij een geringe invloed van een stoornis op het recidivegevaar, het opleggen van een eventuele behandeling niet veel soelaas biedt bij het terugdringen van het recidiverisico. Soms kan indirect uit de redenering van de gedragsdeskundige het gewicht worden afgeleid dat deze aan een stoornis toekent, zoals in het volgende citaat:

"Mocht bewezen worden dat betrokkene het hem ten lastegelegde heeft gepleegd, dan vormen de huidige ontkenning, in het licht van de ernst van het delict en het ontbreken van ziektebesef, een groot gevaar voor recidive, indien betrokkene geen gepaste behandeling ondergaat."

Omdat volgens de psychiater groot gevaar bestaat voor recidive indien betrokkene geen gepaste behandeling ondergaat, zou hieruit geconcludeerd kunnen worden dat de stoornis volgens hem een grote rol speelt bij de kans op herhaling.²⁷

In een enkel advies geeft de gedragsdeskundige expliciet aan, wat volgens hem factoren zijn die samenhangen met een stoornis of met iets anders. Dit zou naar mijn idee bij elk advies moeten gebeuren.

27 Wel lijkt het mij riskant om het recidivegevaar mede te baseren op de ontkenning. Want hoe zit het daarmee als blijkt dat de onderzochte het tenlastegelegde niet heeft gepleegd?

10.6.2.4 Recidivegevaar in het verlengde van iets anders dan een stoornis

In ongeveer één op de acht rapporten geeft de gedragsdeskundige als verklarende factor voor recidivegevaar geen gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens, maar alléén iets anders aan. Ook hier zien we een gevarieerd beeld. Mogelijk is dat sommige aspecten die de gedragsdeskundige noemt, onderdeel uitmaken van een stoornis of iets dat daarmee samenhangt, maar dat blijkt in ieder geval niet uit die formulering. Ook uit andere onderdelen van het verslag wordt dat bij de indeling van deze categorie niet duidelijk. Een voorbeeld van een voorspelling van recidive waaraan geen stoornis te pas lijkt te komen, biedt het volgende citaat:

“Betrokkene houdt zich niet aan algemeen aanvaarde normen. Dit doet ze willens en wetens en ook zonder schroom of schuldgevoelens en zonder de intentie hierin te willen veranderen. Ze doet dit voor eigen gewin: voor haar en haar kinderen die niets tekort mogen komen.

Aan de steunfraude komt een einde, omdat ze in de maand juni van dit jaar zal trouwen, maar andere parasiterende levenswijzen, zoals het stelen uit winkels, zullen onverminderd en zonder gêne doorgaan.”

Geregeld noemt de gedragsdeskundige als verklarende factor voor een gering recidivegevaar iets als “omstandigheden ten tijde van het delict” of “situatie ten tijde van het tenlastegelegde”. Zelden geeft de gedragsdeskundige aan wat die omstandigheden behelzen. Sommige gedragsdeskundigen doen dat wel. Hiervan is sprake in een psychologische rapportage, waarin staat:

“De kans op een recidief lijkt gezien de voorgeschiedenis en de bijzondere omstandigheden ten tijde van het delict (het mishandeld worden) klein. Betrokkene zal in de toekomst zo mogelijk nog meer gericht zijn op het vermijden van dreigende conflicten. Wellicht dat hij van de situatie geleerd heeft dat hij makkelijk in paniek kan raken. Hij zal alles eraan doen om een herhaling van een dergelijke situatie te voorkomen.”

Volgens het verslag betreft het een zwakzinnige man met een IQ van 64. Waar de voorgeschiedenis op doelt, geeft de psycholoog niet expliciet aan. Dit soort onduidelijkheden treffen we geregeld aan, zoals ook in het volgende voorbeeld:

“De kans op herhaling van het tenlastegelegde lijkt gering omdat het vooral gekoppeld is aan een voor betrokkene

kritieke situatie. Betrokkene zal echter recidiveren ten aanzien van illegale drugshandel, omdat hij dat als een geaccepteerde vorm van bestaan ervaart.”

Wat de psycholoog hier bedoelt met “kritieke situatie”, maakt hij niet duidelijk. De argumenten waarop de gedragsdeskundige recidive van illegale drugshandel baseert, behalve dat hij noemt dat verdachte dat als geaccepteerde vorm van bestaan ervaart, is onduidelijk. Dat feit is niet tenlastegelegd. Ook blijkt niet dat betrokkene daarvoor eerder is veroordeeld.

Enigszins vergelijkbaar is recidivevoorspelling die gebaseerd is op “boven beschreven dynamiek”. Een dergelijke verwijzing treffen we enkele keren aan in vrijwel gelijklopende formulering, bij overigens verschillende onderzoekers. Het gaat dan om een citaat als “Het is zo goed als zeker dat de betrokkene in de toekomst, vanuit bovenbeschreven dynamiek, opnieuw tot agressief gedrag zal komen”. Omdat vervolgens niet duidelijk is waar die dynamiek beschreven is in het verslag, blijft onduidelijk wat de gedragsdeskundige daarmee bedoelt.

Zelden maken gedragsdeskundigen gebruik van risicotaxatie-instrumenten. In één verslag zien we dat de psychiater voor het voorspellen van recidive verwijst naar de HCR-20. Hij schrijft:

“Wanneer de checklist van de HCR-20 een meetinstrument ter beoordeling van het herhalingsrisico voor gewelddadig gedrag gescoord wordt blijkt een gematigd verhoogd risico te bestaan.”

Ik blijf bij deze manier van recidivevoorspelling zitten met de vraag in hoeverre stoornissen of andere factoren hierbij een rol spelen. Het verslag bevat daarover geen enkele informatie. Wanneer een gedragsdeskundige zo'n instrument gebruikt, lijkt het mij aangewezen dat de gedragsdeskundige uitlegt welke factoren in welke mate een rol spelen bij dat verhoogde risico. Wellicht is zo'n citaat duidelijk voor gedragsdeskundigen maar voor juristen (zoals onderzoekster) is dat allerm minst het geval. Sommige gedragsdeskundigen die gebruik maken van een instrument om recidivegevaar te voorspellen, geven aan welke factoren daarbij de revue passeren. Dit zien we in het volgende citaat:

“Recidive taxatie (SVR-20)

Uit de beoordeling op de recidivekans, blijkt dat betrokkene eerder in contact was met justitie in verband met hinderen en lastig vallen. Er zijn geen verslavingsproblemen. Ook geen psychiatrische stoornissen zoals psychose of depressie, evenmin is er sprake van een persoonlijkheidsstoornis.

Geen suïcidale gedachten. Geen geweldsdelicten (voor zover bekend). Betrokkene ontkent het tenlastegelegde en bagatelliseert zijn eigen aandeel, vooral middels projectie en agressie op derden. Betrokkene is normaal begaafd. Wel relatieproblematiek. Indien de tenlastegelegde feiten worden bewezen, is de kans op recidive aanzienlijk tot groot. Betrokkene zou dan immers zijn slachtoffers hinderlijk volgen, telefonisch lastig vallen, voordeur besmeuren en autoportieren insmeren met zijn sperma."

Wat opvalt is dat de gedragsdeskundige aan verschillende punten aandacht besteedt. Wel dringt de vraag zich op wat er te bagatelliseren valt aan het aandeel van verdachte, nu hij het tenlastegelegde ontkent. Ook lijkt het dat de psycholoog, ondanks het gebruik van een risicotaxatie-instrument, het gevaar voor herhaling vooral baseert op het delictgedrag zelf. Overigens is dat iets wat ik geregeld aantref. Al met al biedt deze manier van voorspellen van recidivegevaar weinig informatie over de rol die een eventuele stoornis daarbij speelt.

10.6.2.5 Recidivegevaar als deus ex machina

In ongeveer één op de tien rapporten voorspelt de gedragsdeskundige herhaling van strafbare feiten, maar geeft hij op geen enkele manier aan waarop hij die voorspelling baseert. Deze komt als het ware uit de lucht vallen. Ook binnen deze categorie treffen we een gevarieerd beeld aan wat betreft de voorspelling van recidive. In de meeste zaken binnen deze categorie beperkt de gedragsdeskundige zich tot de constatering dat het gevaar voor recidive groot is. Dit zien we in formuleringen als:

"De kans op herhaling van soortgelijke en andere delicten moet als sterk verhoogd worden beschouwd."

Omdat gedragsdeskundigen dit soort formuleringen op geen enkele wijze onderbouwen, is niet duidelijk welke basis daaraan ten grondslag ligt. Een enkele keer treffen we een rapport aan waarin de gedragsdeskundige zich lijkt te baseren op de visie van de onderzochte ten aanzien van het te verwachten recidivegevaar. Ook komen we enkele rapporten tegen waarin de gedragsdeskundige zich beperkt tot het aangeven van positieve factoren of beter gezegd soms maar één positieve factor, die volgens de gedragsdeskundige zoveel gewicht in de schaal legt, dat recidive *niet* waarschijnlijk is. Voorts wordt dan niet duidelijk in hoeverre de gedragsdeskundige ook heeft gekeken naar factoren die het recidivegevaar zouden kunnen verhogen.

Een voorbeeld daarvan is de volgende voorspelling van recidive.

"De kans op herhaling van feiten als deze lijkt door zijn aanhouding en daarmee het alarmeren van zijn naaste omgeving reeds aanmerkelijk verminderd. Ditzelfde zal hij m.i. niet meer snel doen."

Het ging in deze zaak volgens de psycholoog om een bovengemiddeld intelligente man, die leed aan een "autistische ontwikkelingsstoornis (tegenwoordig komend aan de criteria van het syndroom van Asperger), die zijn belevingswereld en gedrag in aanmerkelijke mate beïnvloedt." Betrokkene werd onder meer verdacht van opzatheling van computers en het voorhanden hebben van een vuurwapen.²⁸

10.6.2.6 Recidivegevaar?

Tot slot treffen we een aantal uitspraken aan over recidivevoorspelling, waaruit niet valt op te maken in hoeverre de gedragsdeskundige herhaling van strafbare feiten op het oog heeft of herhaling van iets anders. Dit betreft een gering aantal rapporten. Dit is bijvoorbeeld het geval in het volgende citaat, dat afkomstig is uit een psychologisch rapport.

"De recidivekans wordt als substantieel ingeschat: Betrokkene vertoont reeds enkele jaren probleemgedrag, ook in het land van herkomst. Mede omdat niet precies duidelijk

28 Dat het voorspellen van recidive erg lastig is, blijkt uit de reactie van de rechter-commissaris. Zij schrijft onder meer in een brief aan de gedragsdeskundigen: "Omtrent de kans op herhaling geeft u in uw rapport aan dat deze door de aanhouding en door het alarmeren van zijn naaste omgeving reeds aanmerkelijk verminderd is. Hetzelfde zal hij naar uw oordeel niet snel meer doen. [naam verdachte, CvE] is door de rechtbank met ingang van [datum, CvE] geschorst uit de voorlopige hechtenis. Reeds korte tijd na zijn vrijlating kwamen er meldingen bij de CID dat hij weer bezig was. Op [datum, CvE] heb ik een doorzoeking gedaan in de woning van verdachte. Gelijktijdig zijn [naam verdachte, CvE] en zijn moeder aangehouden onder meer in verband met de heling van gestolen [aanduiding goederen, CvE]. Bij deze zoeking zijn wederom grote hoeveelheden goederen in beslag genomen. In verband met het vorenstaande verzoek ik u aan te geven of uw oordeel omtrent de recidive kans nog steeds hetzelfde is." Dit is overigens de enige keer dat in het dossier vragen van de rechter-commissaris werden aangetroffen over het advies aangaande de recidivevoorspelling.

is wat het beeld doet opvlammen kan gesteld worden dat gevaar voor herhaling in de toekomst groot is. Waarschijnlijk is betrokkene gebaat bij een onderhoudsdosering van een neurolepticum.”

Vooraf gezien de laatste twee regels lijkt het dat de psycholoog wanneer hij het heeft over de recidivekans, het oog heeft op het ziektebeeld. De vraag is hoe de rechter in zo'n geval kan weten, wat de psycholoog bedoelt. Tot slot volgt nog een passage uit een psychologisch rapport, waarin de formulering onduidelijkheid oplevert.

“Het valt niet uit te sluiten dat betrokkene zonder behandeling opnieuw in ongewenste situaties terechtkomt.”

Niet duidelijk is in hoeverre de psycholoog met ongewenste situaties het oog heeft op recidive van strafbare feiten of op iets anders. Niet iedere ongewenste situatie betreft immers strafbare feiten.

Zoals uit het voorgaande duidelijk moge zijn, zitten aan de indeling in categorieën de nodige haken en ogen. Zo goed en zo kwaad als het kon heb ik voorgaande indeling gemaakt. Daarom laat ik een afsluitende beschouwing over de mate waarin de beschreven varianten voorkomen verder achterwege. Dit is ook de reden dat ik afzie van verder onderzoek naar eventuele verschillen tussen arrondissementen, onderzoeksmodaliteit, etc.

10.7 Behandeladvies

Na de diagnostiek, de beschrijving van de eventuele relatie tussen stoornis en tenlastegelegde, en het voorspellen van recidivegevaar voor delicten, komt thans het behandeladvies aan bod. Bij het behandeladvies gaat het om de vraag welk advies de gedragsdeskundige de rechter geeft voor behandeling en/of begeleiding, om herhaling van strafbare feiten in de toekomst te voorkomen. Dat wil niet zeggen dat de gedragsdeskundige geen advies mag geven uit *bestwil*-overwegingen. Wel zal hij mijns inziens moeten aangeven welk (deel van het) advies gericht is op het voorkomen van recidive en welk (deel) niet. In sommige zaken adviseert de gedragsdeskundige naast of in plaats van een behandeling, ook een bepaalde straf op te leggen. Hoewel straffen uiteraard ligt op het terrein van de rechter, kunnen er voor de gedragsdeskundige soms redenen zijn een bepaalde straf te adviseren. In het vervolg van deze paragraaf ga ik achtereenvolgens in

op de wijze van analyse (§ 10.7.1) en het resultaat daarvan (§ 10.7.2).²⁹

10.7.1 Wijze van analyse

Van belang bij het behandeladvies dat een gedragsdeskundige uitbrengt in een strafzaak, is dat dit gericht moet zijn op het voorkomen van nieuwe strafbare feiten. Het “beter maken van patiënten” is immers niet primair het doel dat de rechter nastreeft wanneer hij in het vonnis een behandeling oplegt (zie onder andere § 2.5 en § 5.3.10). Wat dat betreft zijn de vragen die sommige rechtbanken stellen enigszins verwarrend. Zo stelt de rechtbank Assen de vraag: Welke praktische richtlijnen kunt u geven en/of welke voorstellen kunt u doen om een genezing van betrokkene te bevorderen en/of recidive te voorkomen? Ook de vraag die de rechtbank Dordrecht stelt is ruimer dan alleen de vraag welke behandeling de gedragsdeskundige adviseert om herhaling van strafbare feiten in de toekomst te voorkomen. Genoemde rechtbank vraagt namelijk aan de gedragsdeskundige: “Welke straffen [cursief CvE] of maatregelen, op verdachte toegepast, zijn geschikt om in de toekomst herhaling van strafbare feiten te voorkomen”. Andere vraagstellingen die we tegenkomen zijn: “Kan de deskundige zo concreet mogelijk aangeven welke maatregelen te adviseren zijn om de kans op herhaling in de toekomst te voorkomen of te beperken, en binnen welk juridisch kader zou dit gerealiseerd kunnen worden?” Of, enigszins vergelijkbaar met deze vraag: “Welke aanbevelingen van gedragsdeskundige en van andere aard zijn te doen voor interventies op deze factoren en condities en hun eventuele onderlinge beïnvloeding, en binnen welk juridisch kader zou dit gerealiseerd kunnen worden?” Deze laatste vraag volgt op de vraag naar die van het gevaar voor recidive van strafbare feiten op grond van de stoornis en op grond van andere factoren.

Bij het ontwerpen van de checklist werd ervan uitgegaan dat het registreren van het behandeladvies niet al te veel problemen zou opleveren. Er werd een aantal gesloten antwoordcategorieën opgenomen en daarnaast een “anders, nl...”. Van deze laatste mogelijkheid moest ook bij dit onderdeel heel vaak gebruik worden gemaakt. Voor het behandeladvies geldt hetzelfde als voor alle voorgaande onderdelen; de praktijk is veel weerbarstiger dan

²⁹ Bij dit onderdeel laat ik onderzoek naar verdere differentiatie zoals naar arrondissement etc. achterwege.

bij het ontwikkelen van de checklist kon worden voorzien. Zo blijken sommige checklistvragen eenvoudigweg niet te beantwoorden. Het betreft dan vooral de vragen die gaan over de onderbouwing van het advies, zoals: "Uit welke onderdelen van de rapportage draagt de gedragsdeskundige expliciet bouwstenen aan voor zijn advies?" Dat die vraag niet te beantwoorden is, komt niet alleen omdat de structuur in de rapporten sterk wisselt. De belangrijkste oorzaak is dat heel vaak een onderbouwing geheel ontbreekt.

Wat opvalt is dat de adviezen die gedragsdeskundigen geven voor behandeling en/of begeleiding, erg verschillen qua uitgebreidheid en duidelijkheid. Ook bij de analyse van het behandeladvies, spelen de complicaties die aan het begin van dit hoofdstuk zijn aangegeven. Hiermee bedoel ik dat informatie die de gedragsdeskundige op verschillende plaatsen geeft, de ene keer aanvullend is en de andere keer tegenstrijdig lijkt te zijn. Vooral aan vaagheid gaat menig behandeladvies mank. Dit betreft niet alleen het soort behandeling, maar ook de instelling of therapeut die de gedragsdeskundige op het oog heeft om een eventuele behandeling uit te voeren. Dit doet zich bijvoorbeeld voor in een rapport van een psychiater die als behandeling het volgende adviseert:

"... onder de mantel van de bijzondere voorwaarde van een verplicht reclasseringscontact, waarbij in eerste aanzet ofwel een laag-frequente deeldagbehandeling, of wel een poliklinisch psychiatrisch contact noodzakelijk is ..."

Voor de rechter wordt het wel erg moeilijk op grond van zo'n advies een beslissing te nemen inzake een behandeling die hij opneemt in zijn vonnis. Uiteindelijk is ook bij dit onderdeel ervoor gekozen om alle behandeladviezen letterlijk te noteren, om ze daarna afzonderlijk te analyseren. Dit heeft geleid tot de indeling, die te vinden is in § 10.7.2.

Daarnaast speelt ook het probleem dat niet altijd duidelijk is in hoeverre het advies gericht is op het voorkomen van recidive van strafbare feiten of op het verhinderen van iets anders. Dit speelt niet alleen in het arrondissement Assen, waar de vraagstelling onduidelijkheid in de hand kan werken. Ook in alle andere arrondissementen komt dit voor. Om daar duidelijkheid over te verkrijgen zijn alle behandeladviezen bekeken, in samenhang met de voorspelling van het recidivegevaar. Althans voor zover de gedragsdeskundige daarover een uitspraak doet. Soms gaat de gedragsdeskundige namelijk voorbij aan het recidivegevaar, maar geeft hij wel een behandeladvies. Er zou van uitgegaan

mogen worden dat de adviezen die de gedragsdeskundige geeft, als antwoord op de vraag "Kan de deskundige zo concreet mogelijk aangeven welke maatregelen te adviseren zijn om de kans op herhaling in de toekomst te voorkomen of te beperken, en binnen welk juridisch kader zou dit gerealiseerd kunnen worden?" gericht zijn op het voorkomen van recidive van delicten. In die zin is bij de indeling in categorieën in beginsel ervan uitgegaan, dat het antwoord op deze vraag gericht is op het voorkomen van recidive van strafbare feiten. Tenzij dat duidelijk blijkt dat dit niet het geval is. Hiervan is onder meer sprake bij de hiervoor gestelde vraag die de psychiater als volgt beantwoordt:

"Hulp moet worden gegeven in medisch psychiatrische zin, als ook in maatschappelijk sociale zin. Dit laatste ingebed bij iemand die de Marokkaanse cultuur kent en begrijpt. Terzake kan wellicht het best contact worden opgenomen met het RIAGG dan wel met een psychiatrische afdeling van het Leids academisch ziekenhuis. Een verplichtend contact van de reclassering kan hierbij van groot nut zijn. Het is belangrijk dat betrokkene een vertrouwenspersoon leert kennen in de medische sector."

Bezien we de vraagstelling en dit antwoord, dan lijkt dit advies gericht op het voorkomen van recidive van strafbare feiten. De vraag "Kan de deskundige gemotiveerd aangeven in welke mate en op welke wijze de eventuele ziekelijke stoornis en/of gebrekkige ontwikkeling bij voortbestaan ervan opnieuw aanleiding kan geven tot soortgelijke of andere strafbare feiten als waarvan verdachte nu verdacht wordt?" beantwoordt de psychiater als volgt:

"Adequate hulp zowel van medisch psychiatrische als in sociaal maatschappelijke zin heeft betrokkene tot nu toe op adequate wijze ontbeerd. Een recidief lijkt niet voorhanden gezien betrokkenes toestandsbeeld. Wel is hulp noodzakelijk."

Afgezien van de vraag waarop het advies van de psychiater zich richt, is dit advies duidelijk niet bedoeld om recidive van strafbare feiten te voorkomen. Dat lijkt volgens de psychiater immers niet voorhanden.

Bij sommige adviezen lijkt een deel duidelijk wel gericht op het voorkomen van strafbare feiten en een ander deel niet. In dergelijke gevallen is ervoor gekozen, het advies als totaal in te delen bij een categorie waarbij het advies gericht is op het voorkomen van strafbare feiten.

Een andere onduidelijkheid bij de adviezen is dat vaak niet helder is wat voor soort behandeling de gedragsdeskundige op het oog heeft, en waar die behandeling kan plaatsvinden. Het volgende voorbeeld is wat dat betreft wel duidelijk, niet alleen als het gaat om de therapie die geboden moet worden, maar ook qua instelling die de behandeling moet uitvoeren. De psycholoog adviseert:

“Voor wat betreft de behandelaspecten kan gesteld worden dat betrokkene een persoonlijkheidsprofiel heeft dat niet gemakkelijk middels therapie te beïnvloeden is. Ondanks dat oprecht beloofd wordt te zullen veranderen, blijkt het uiteindelijk uitageren van boosheid meestal weinig beïnvloedbaar. Effectieve therapie zal met name behelzen: het duidelijk stellen van grenzen, een verandering van omgeving en warmhartige, intensieve en langdurige begeleiding. Daarnaast zal zij, daar zij vrij gevoelig is voor de invloed van gelijken/leeftijdgenoten, eerder kunnen profiteren van een groepsbehandelsetting dan van een individuele setting. Vanwege voornoemde bevindingen is het aan te bevelen om betrokkene te laten doen deelnemen aan het programma dat het dagtrainingscentrum biedt en een ambulante psychotherapeutische behandeling te laten starten bij het DOK (de Kijvelanden).”

Dit soort duidelijkheid wordt helaas zelden aange troffen.

Ook wanneer de gedragsdeskundige begeleiding door de reclassering adviseert, bestaat een grote diversiteit in de rol die de gedragsdeskundige de reclassering toedicht. De ene keer beperkt zich het advies tot een algemene opmerking als “reclasseringsbegeleiding is gewenst”. Een andere keer geeft de gedragsdeskundige expliciet aan wat die begeleiding moet behelzen.

10.7.2 Resultaat van de analyse

Thans komen we toe aan de presentatie van het resultaat van de analyse. Eerst volgt een indeling in categorieën (§ 10.7.2.1). Daarna volgt een schets van de aangetroffen varianten (10.7.2.2 tot en met § 10.7.2.8).

10.7.2.1 Categorisering

De adviezen die gedragsdeskundigen uitbrengen in strafzaken zijn rijk geschakeerd. Soms adviseert de gedragsdeskundige alleen een behandeling, dan weer enkel begeleiding of een combinatie van

beide. Begeleiding is (meestal) een taak voor de reclassering.

Soms adviseert een gedragsdeskundige naast of in plaats van een begeleiding of behandeling, een straf. Meestal is het advies dat de gedragsdeskundige de rechter geeft gericht op het voorkomen van recidive van strafbare feiten. Het kan daarbij gaan om dezelfde of andersoortige feiten. In sommige gevallen geeft de gedragsdeskundige expliciet aan waar het advies zich op richt. Het komt ook voor dat dit (met enige welwillendheid) kan worden afgeleid uit de beantwoording van de vraagstelling. Dit neemt niet weg dat er ook adviezen worden gegeven, die niet gericht lijken te zijn op het voorkomen van recidive.

Ook bij de advisering geldt dat de adviezen die de gedragsdeskundige op verschillende plaatsen geeft, soms wisselen. Wanneer dat consequenties heeft voor de indeling in een bepaalde categorie, is dat advies in verschillende categorieën ingedeeld. Dit doet zich onder meer voor in een rapport van een psychiater, die bij de beantwoording van de vraagstelling schrijft dat hij geen uitspraak doet over recidivegevaar, omdat de verdachte het tenlastegelegde ontkent. Om diezelfde reden geeft hij geen advies voor begeleiding of behandeling om recidive van strafbare feiten te voorkomen. In de “forensisch psychiatrische beschouwing” schrijft hij echter:

“Ik beperk mij ertoe op te merken dat behandeling voor zijn neiging tot middelenmisbruik en psychosen zeer wenselijk is.”

Hiermee geeft de psychiater wel een advies, hoewel niet duidelijk is in hoeverre dit zich (tevens) richt op het voorkomen van strafbare feiten.

Globaal laten de behandelingen die gedragsdeskundigen adviseren zich als volgt groeperen:

1. Geen advies.
2. Advies tot behandeling en/of begeleiding, gericht op het voorkomen van recidive.
3. Advies tot behandeling en/of begeleiding, niet (primair) gericht op het voorkomen van recidive.
4. Advies tot behandeling en/of begeleiding en ander advies, gericht op het voorkomen van recidive.
5. Advies tot behandeling en/of begeleiding en ander advies, niet (primair) gericht op het voorkomen van recidive.
6. Ander advies, al dan niet gericht op het voorkomen van recidive.
7. Behandeladvies?

Wat een en ander betekent zal ik in het vervolg van deze paragraaf uit de doeken doen. Al met al leveren de hiervoor uiteengezette behandeladviezen naar het doel van de behandeling het volgende overzicht op.

volgens de psychiater aan een atypische manie. Ten tijde van het tenlastegelegde was hij floride psychotisch en ontbrak elke realiteitstoetsing. In zijn rapport gaat de psychiater voorbij aan recidivegevaar ten aanzien van delicten. Volgens de psychiater

Tabel 10.18: Rapportages naar doel van het behandeladvies

rapportages met behandeladvies	aantal ¹	
gericht op voorkomen van recidive	118	61%
niet (primair) gericht op voorkomen recidive	30	15%
behandeling/begeleiding en ander advies gericht op voorkomen recidive	11	6%
behandeling/begeleiding en ander advies niet (primair) gericht op voorkomen recidive	6	3%
ander advies, al dan niet gericht op voorkomen recidive	5	3%
behandeladvies?	5	3%
geen advies	19	10%
totaal	194	100%

10.7.2.2 Geen advies

In bijna één op de tien de rapporten (negentien van 194) adviseert de gedragsdeskundige behandeling noch begeleiding, noch iets anders. Qua mate van toerekeningsvatbaarheid betreft het zowel verdachten die de gedragsdeskundige geheel of deels toerekeningsvatbaar acht als die hij ontoerekeningsvatbaar beschouwt. Bij sommige onderzoeken gaat het om een verdachte, waarbij volgens de gedragsdeskundige geen sprake is van een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens. Er valt in dat geval niets te behandelen om recidive te voorkomen. Om die reden geeft de gedragsdeskundige in die zaken meestal aan dat hij een advies over een eventuele behandeling niet van toepassing vindt.

In enkele andere zaken gaat het om een verdachte die de gedragsdeskundige enigszins verminderd toerekeningsvatbaar beschouwt. Sommige gedragsdeskundigen zijn van mening dat in dat geval geen uitspraak te doen valt over de kans op herhaling, vanwege het beperkte verband tussen stoornis en tenlastegelegde. Om die reden zouden zij geen aanleiding zien de rechtbank te adviseren een TBS of anderszins een behandeling in een strafrechtelijk kader op te leggen.

Ook treffen we een zaak aan waarin het gaat om een verdachte, die door de psychiater voor sterk verminderd toerekeningsvatbaar werd gehouden. Het ging om een man die verdacht werd van mishandeling van een politieagent die hem aanhiel. Als gevolg van alcohol- en cannabisgebruik leed hij

zijn er vanuit psychiatrische discipline geen nadere aanbevelingen te geven met betrekking tot eventuele straffen en/of maatregelen, geschikt om in de toekomst strafbare feiten te voorkomen. Het lijkt hem waarschijnlijk "dat onderzochte door zijn huidige ervaringen met het gebruik van drugs deze zeer waarschijnlijk zal vermijden in de toekomst".

Tot slot adviseert een psychiater ook geen behandeling bij een verdachte die hij ontoerekeningsvatbaar achtte. Dit is verrassend, hoewel het natuurlijk niet uitgesloten is dat geen behandeling nodig is. Het kan zo zijn dat er tijdens het tenlastegelegde feit sprake was van een zodanige stoornis dat verdachte daardoor ontoerekeningsvatbaar te beschouwen is, maar dat die stoornis later verdwenen is. Enige uitleg lijkt mij in dat geval zeker gewenst. Die ontbrak is het desbetreffende verslag. De conclusies daarin waren zeer summier. De psychiater ging voorbij aan recidivegevaar voor delicten. Zijn advies luidde:

"Sinds betr's begeleiding via vluchtelingenwerk is verscherpt, hebben er zich, voor zover bekend, geen recidieven meer voorgedaan.

Betrokkene is volledig ontoerekeningsvatbaar te achten en het is niet nodig betrokkene een maatregel op te leggen."

Bij iemand die de rechter ontoerekeningsvatbaar oordeelt, mag hij alleen een behandeling opleggen via een strafrechtelijke maatregel. Met dit advies gaf de psychiater tevens aan dat een behandeling niet nodig was. Overigens ontbrak in het verslag over deze verdachte een duidelijke diagnose. De

psychiater kwam niet verder dan dat “betrokkene een man is van buitenlandse origine die van een ongeval met hersenletsel maar gedeeltelijk hersteld was, toen hij met zijn vrienden op pad was. Door zijn lichamelijke en geestelijke gemoedstoestand was hij op dat moment ook erg afhankelijk van zijn vrienden. Daardoor heeft hij tijdens het plaatsvinden van de delicten ook niet adequaat kunnen handelen.”

Naast de hiervoor genoemde adviezen treffen we binnen deze categorie een aantal adviezen aan, waarbij volgens de gedragsdeskundige wel sprake is van gevaar voor recidive van strafbare feiten, maar waarbij de gedragsdeskundige geen behandeling adviseert, omdat die op voorhand weinig kans van slagen lijkt te hebben. Zo treffen we een advies aan over een vrouw die geen lijdensdruk ervaart en die niet de minste behoefte heeft om iets aan haar problemen te doen. De psychiater komt in zijn advies tot het volgende:

“Aangezien betrokkene geen echte lijdensdruk ervaart in samenhang met de feiten waarvan zij verdacht wordt en zij ook geen enkele behoefte gevoeld om haar problemen door middel van behandeling aan te pakken, acht ik een advies met betrekking tot een eventuele (gedwongen) behandeling niet ter zake doend.”

Ook in een andere zaak komen zowel de psychiater als de psycholoog uiteindelijk niet tot een behandeladvies, omdat een behandeling niet haalbaar lijkt vanwege het ontbreken van motivatie bij de verdachte. De psychiater schrijft:

“Een psychiatrische behandeling in een gestructureerde omgeving zou zeer aan te bevelen zijn indien dit praktisch gezien tot de mogelijkheden zou behoren. Een verplicht reclasseringscontact na detentie zou zeker aangewezen zijn maar is niet haalbaar gezien het totale gebrek aan motivatie en medewerking van betrokkene. De reclasseringsambtenaar heeft de mogelijkheden daarvan onderzocht en achtte een verplichte begeleiding zinloos. Een behandeling op vrijwillige basis is ook gedoemd te mislukken. Mede omdat een behandeling niet haalbaar blijkt te zijn wordt het recidivegevaar als groot ingeschat.”

De psycholoog in deze zaak komt tot een vergelijkbaar advies. Volgens hem zal een behandeling gedoemd zijn te mislukken dan wel een averechts effect hebben, omdat verdachte daarvoor niet gemotiveerd is.

Tot slot zijn er ook enkele rapporten waarin niet duidelijk is in hoeverre de gedragsdeskundige

nu wel of niet een begeleiding of behandeling adviseert. Dit doet zich onder meer voor in het volgende voorbeeld dat ik ontleen aan een psychiatrisch rapport.

“In samenhang met hetgeen ik hieraan voorafgaand heb gezegd en omdat betrokkene jegens mij zijn handelingen wel heeft toegegeven maar die niet als eventueel laakbaar heeft verteld, meer een ongelukkige reactie die hem overkomen is zonder de bedoeling wie dan ook daar bewust schade mee te berokkenen, kan ik over betrokkene geen advies ten aanzien van de straf (hij ontkent immers impliciet) en ook niet ten aanzien van de eventuele noodzaak en mogelijkheden van behandeling geven.

Maar uitgaande van de zeer gedegen gegevens van de psychologe in deze kan ik mij geheel achter haar conclusie scharen dat het voor betrokkene wenselijk zou zijn zich aan een behandeling te onderwerpen. Mijn twijfels over betrokkenes gemotiveerdheid daartoe zijn echter groot, ook weer vooral ingegeven door de wijze waarop hij over gebeurtenissen spreekt, jegens de psychologe ontkennend en tegenover mij ontkrachtend.”

In bijna één op de vijf rapporten binnen deze laatstgenoemde categorie adviseert de gedragsdeskundige een nader onderzoek in het Pieter Baan Centrum. Enkele keren geven gedragsdeskundigen zo'n advies “om de mogelijkheid van een TBS nader te onderzoeken”. Ook acht een keer een psychiater nadere rapportage in het Pieter Baan Centrum aangewezen “vanwege onduidelijkheid betreffende de diagnostiek”.

10.7.2.3 Advies tot behandeling en/of begeleiding, gericht op het voorkomen van recidive

In ongeveer drie op de vijf rapporten (117 van 194) adviseert de gedragsdeskundige een behandeling en/of een begeleiding ter voorkoming van recidive. Dat wil niet zeggen dat al deze adviezen ideaal zijn. Verre van dat. Zij wisselen sterk. Niet alleen qua inhoud maar ook wat betreft onderbouwing, duidelijkheid, etc. Geregeld zijn daar adviezen bij waarbij ik niet ontkom aan de vraag: Wat kan de raadsman daarmee in zijn pleidooi, de officier in zijn requisitoir en de rechter in zijn vonnis? Dit lijkt mij onder meer het geval met het volgende advies:

“Geprobeerd kan worden betrokkene te motiveren tot het gebruik van antipsychotische medicatie. Hiermee zou zijn paranoïde psychose kunnen verbleken. De kans

op dreigend en agressief gedrag vanuit zijn paranoïde en/of religieuze wanen zou dan kleiner kunnen worden. Het psychiatrisch beeld op zich vormt geen reden tot opname in een psychiatrisch ziekenhuis. (...) Toch zou het kunnen zijn dat zijn gedrag milder zou kunnen worden wanneer zijn psychose afneemt als gevolg van medicatiegebruik en wanneer zijn (sociale) omstandigheden zouden verbeteren. Daarnaast is er een slecht behandelperspectief omdat hij geen motivatie om behandeld te worden toont. Een opgelegde ambulante psychiatrische behandeling onder toezicht van de reclassering lijkt evenmin kans van slagen te hebben. Verdere adviezen om de kans op herhaling in de toekomst te beperken zijn er vanuit psychiatrisch perspectief niet te geven."

Ik ontkom bij dit advies niet aan de indruk dat er iets met de onderzochte moet gebeuren. Ik realiseer mij dat het ook voor gedragsdeskundigen niet altijd mogelijk zal zijn een haalbaar advies te formuleren.

Een ander aspect dat opvalt bij de advisering is de (on-)duidelijkheid waarmee de gedragsdeskundige aangeeft welke behandeling hij op het oog heeft om daarmee recidive te voorkomen. Voor de gebruikers van de rapportages zal dat niet altijd helder zijn. Dat is iets wat we geregeld aantreffen. De aanduiding van het soort behandeling die de gedragsdeskundige adviseert, varieert van uiterst vaag tot soms vrij nauwkeurig. Vage adviezen hebben de overhand. Zij zijn eerder regel dan uitzondering. Zo'n vaag advies treffen we onder meer aan in een rapport van een psycholoog, die schrijft:

"De persoonlijkheidsstructuur en de alcoholproblematiek maken een gestructureerde behandeling noodzakelijk. Een behandeling in het kader van een TBS met voorwaarden lijkt een geëigende maatregel. Een gevangenisstraf met bijzondere voorwaarden lijkt een onvoldoende ingreep om een noodzakelijke behandeling van de grond te krijgen. De motivatie van betrokkene is daarvoor te gering."

De vraag dringt zich op in hoeverre dit advies de rechter voldoende informatie biedt om tot een beslissing te komen over het juridisch kader voor een op te leggen behandeling. Zo is voor mij als onderzoekster allermindst duidelijk welke behandeling de psycholoog bij een "gestructureerde" behandeling op het oog heeft. Bedoelt hij daarmee een klinische, poliklinische, dagbehandeling of nog een ander soort behandeling? Andere vragen die zich bij dit advies aandienen zijn: waar kan die behandeling plaatsvinden? Wie moet die uitvoeren? Hoe

kan de rechter weten wat voor soort behandeling de gedragsdeskundige op het oog heeft? Waarom lijkt een behandeling in het kader van een TBS met voorwaarde een geëigende maatregel? Overigens komt bij dit advies de vraag op ons af in hoeverre de verdachte wel de vereiste motivatie heeft voor een TBS met voorwaarde. Een enkele keer treffen we een meer gedegen advies aan. Zoals in de volgende passage, die afkomstig is uit een psychologisch rapport.

"Teneinde de kans op herhaling van delicten zoals thans tenlastegelegd tot aanvaardbare proporties terug te brengen is het noodzakelijk dat onderzochte behandeld wordt. Ondergetekende adviseert Uw college ter recidivepreventie ondergetekende op grond van artikel 37 wetboek van strafrecht te plaatsen in een psychiatrisch ziekenhuis voor de duur van maximaal een jaar. Ondergetekende verwacht dat een dergelijke plaatsing toereikend zal zijn om het gevaar in te dammen, aangezien er binnen dat juridische kader en die klinische situatie voldoende waarborgen voor de maatschappelijke veiligheid zijn en voldoende mogelijkheden om onderzochte op een effectieve wijze psychiatrisch te begeleiden. Onderzochte beschikt immers over een duidelijk ziektebesef, is voor zover valt na te gaan medicatietrouw, en is al met al redelijk gemotiveerd voor behandeling en begeleiding. Het accent in de behandeling zal dienen te liggen op medicamenteuze ondersteuning, terwijl ook getracht kan worden om ondergetekende [sic], de gedragsdeskundige is de enige die het verslag ondertekent, CvE] in relaties weerbaarder en zelfredzamer te maken. Afhankelijk van het verloop van de behandeling kan een eerste intramurale fase gevolgd worden door een poliklinische begeleiding. De prognose kan als niet ongunstig worden ingeschat."

Dit soort adviezen is vrij zeldzaam; de psycholoog besteedt aandacht aan allerlei aspecten.

Naast de hiervoor genoemde verschillen in explicietheid qua soort behandeling, zien we ook grote verschillen bij de formulering van de instelling of degene die de geadviseerde behandeling kan uitvoeren. De aanduidingen variëren ook hier van duidelijk tot uiterst vaag. Sommige adviezen lijken helder wat betreft de instelling die een behandeling moet uitvoeren, maar zijn bij nadere beschouwing toch wel zeer vrijblijvend. Zo is bij het volgende advies allermindst duidelijk in hoeverre het advies dat de psycholoog geeft, haalbaar is. Hij adviseert:

"Geadviseerd wordt om hem in eerste instantie aan te melden bij Kairos met medenemen van de bevindingen van de huidige rapportages. Indien Kairos onvoldoende in staat

zal zijn om hem, gelet op de ernst van de problematiek, te behandelen, zal naar een klinisch forensische behandeling uitgeweken moeten worden."

Het probleem bij dit soort adviezen is dat onduidelijk is wat de reden is om een behandeling in Kairos te adviseren. Dat roept vragen op als: Welk soort behandeling heeft de onderzochte nodig? Wat behelst de "ernst van de problematiek"? Wat voor soort beveiligingsniveau is aangewezen? Heeft de gedragsdeskundige bij Kairos een ambulante of klinische behandeling op het oog? Soms treffen we adviezen aan, waarin de gedragsdeskundige verschillende mogelijkheden van behandeling ter keuze aan de rechter voorlegt. Op zich is dat toe te juichen. Het is dan wel wenselijk dat de gedragsdeskundige aangeeft in hoeverre de genoemde alternatieven haalbaar zijn, en wat de voor- en nadelen zijn bij de verschillende opties. Dat laatste gebeurt dan vaak weer niet.

In ongeveer één op de vier rapporten binnen deze categorie adviseert de gedragsdeskundige *reclasseringsbegeleiding*. Bij een aantal van die adviezen adviseert de gedragsdeskundige een reclasseringscontact *naast* een behandeling. Een enkele keer noemt de gedragsdeskundige een termijn gedurende welke die begeleiding dient plaats te vinden. Zo schrijft een psychiater in een rapport dat hij "zou willen pleiten voor een verplicht reclasseringscontact voor de duur van twee jaar". In een ander rapport adviseert een psychiater een behandeling in de Forensisch Psychiatrische Kliniek. Vervolgens schrijft de psychiater "Na de behandeling in de FPK zal verder een langdurig controlecontact noodzakelijk zijn voor de duur van vier jaar". Ook bij dit soort adviezen is vaak niet duidelijk hoe een behandeling die de gedragsdeskundige adviseert eruit moet zien. Zo is afgezien van de vraag waarop begeleiding van de reclassering gericht moet zijn, in onderstaand voorbeeld niet duidelijk waarom de gedragsdeskundige van mening is, dat met het advies herhaling in de toekomst beperkt of voorkomen kan worden. Zij schrijft:

"Om de kans op herhaling in de toekomst te voorkomen/ beperken adviseert onderzoekster een verplicht reclasseringscontact waarbij betrokkene zich dient te houden aan de aanwijzingen van de reclassering. Naast begeleiding door de reclassering adviseert onderzoekster een ambulante behandeling bij een forensisch psychiatrisch instituut."

De vraag die het hiervoor vermelde citaat bij mij oproept is wat die ambulante behandeling moet in-

houden en waarop die zich moet richten. Ik vraag me bij zo'n advies af hoe andere procesdeelnemers die hiermee aan de slag moeten dat kunnen weten.

Soms beperkt de gedragsdeskundige het advies van begeleiding door de reclassering door enkel aan te geven: "Begeleiding van de reclassering zou gewenst zijn". In enkele gevallen formuleert de gedragsdeskundige zijn advies stelliger zoals: "Reclasseringscontact cq verslavingszorg contact is nodig om recidive te voorkomen".

Bij de meeste adviezen waarin reclasseringsbegeleiding aan de orde is, geeft de gedragsdeskundige expliciet aan wat de inbreng van de reclassering moet zijn. Dit toont een gevarieerd beeld. Om enkele voorbeelden te noemen: "Een intensieve begeleiding door een verstandige en ook pedagogisch onderlegde maatschappelijk werker bij de reclassering in het kader van een opgelegd reclasseringscontact, alsook RIAGG begeleiding die betrokkene al krijgt, lijken mij dan ook de enige mogelijkheden haar steun te bieden en in het gareel te houden". In een ander rapport geeft de gedragsdeskundige aan "dat om recidive te voorkomen gedacht kan worden aan een klinische en/of dagbehandeling, waarbij de reclassering het een en ander kan regelen alsmede O. kan motiveren en de naleving daarvan te controleren". Ook bij dit advies komt de vraag bij mij op hoe de rechter, officier van justitie en raadsman kunnen weten in hoeverre een klinische of dagbehandeling nodig is. De gedragsdeskundige geeft niet aan waarop die behandeling zich moet richten, hoe die eruit moet zien, etc. Daarom lijkt me dat dit advies meer vragen opwerpt dan beantwoordt.

10.7.2.4 Advies tot behandeling en/of begeleiding, niet (primair) gericht op het voorkomen van recidive

In ongeveer één op de zes rapporten (dertig van 194) adviseert een gedragsdeskundige een behandeling en/of begeleiding, die niet primair gericht is op het voorkomen van recidive van strafbare feiten. In ongeveer één op de drie van die rapporten ontbreken argumenten voor dat advies. Ook binnen deze categorie is vaak niet duidelijk waar die behandeling moet plaatsvinden en wie die behandeling moet uitvoeren. Ook bij deze adviezen gaat het om allerlei soorten van behandeling, zoals opname in een psychiatrisch ziekenhuis; opname in een verslavingskliniek; ambulante behandeling bij RIAGG; instellen op antipsychotische medicatie; begeleiding door de reclassering, etc. Hoewel ook

hier soms dat advies geformuleerd is als antwoord op de vraag welk advies gegeven kan worden om recidive in de toekomst te voorkomen, noemt de gedragsdeskundige in sommige gevallen zelf een ander doel, zoals "hulp bij het verwerken van de recente gebeurtenissen". Ook komt het voor dat de gedragsdeskundige een behandeling adviseert, hoewel hij aangeeft dat gevaar voor recidive niet aanwezig is, of dat hij de kans daarop aanvaardbaar klein acht. Soms adviseert de gedragsdeskundige een behandeling, ondanks het feit dat hij de verdachte volledig toerekeningsvatbaar acht. Hiermee geeft de gedragsdeskundige in feite aan, dat de stoornis niet van invloed is geweest bij het plegen van het tenlastegelegde. Een behandeling lijkt in zo'n geval dan ook niet primair gericht op het terugdringen van recidivegevaar. In sommige gevallen ontbreekt een uitspraak over recidivegevaar of doet de gedragsdeskundige daarover geen uitspraak omdat de verdachte het tenlastegelegde ontkent. De ene keer adviseert een gedragsdeskundige bij een ontkennende verdachte wel een behandeling, in andere gevallen doet hij dat niet, omdat hij van mening is dat hij geen uitspraak kan doen over het recidivegevaar.

In ongeveer de helft van het aantal adviezen binnen de categorie die in deze subparagraaf aan de orde is, voorspelt de gedragsdeskundige een kleine kans op recidive. Dit komt tot uitdrukking in formuleringen als: "de kans op recidive is klein", "de kans op recidive is vrij klein, geen verhoogd risico voor soortgelijke of andere delicten", "de kans op recidive is aanvaardbaar klein", etc. Sommige gedragsdeskundigen stellen in zo'n geval alleen een begeleiding voor op vrijwillige basis. Een enkele keer weerhoudt een beperkt gevaar voor recidive een gedragsdeskundige er niet van tot een zwaarwegend behandeladvies te komen, zoals een last tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis voor de termijn van een jaar. Een voorbeeld daarvan is te vinden in een rapport van een psycholoog, die schrijft:

"De kans op recidive is momenteel beperkt te noemen. Mocht betrokkene de psychiatrische medicatie staken dan neemt de kans op recidive toe. Ook zonder medicatie acht ik de kans op recidive eerder beperkt. Betrokkene is ondanks zijn post-psychotische toestand en gedeeltelijke ontkenning van het tenlastegelegde, toch dermate onder de indruk van hoe het hem het afgelopen jaar is vergaan dat ik aanneem dat hij zich verre zal houden van daadwerkelijke agressieve handelingen naar derden toe.

Mede gezien het feit dat betrokkene goed reageert op psychiatrische medicatie en de facto zich nu ook wel lijkt te schikken, in acht genomen het tenlastegelegde en de relatief beperkte kans op recidive, lijkt het opleggen van TBS met bevel tot verpleging van overheidswege een te forse maatregel. Gezien het huidige toestandbeeld is een gedwongen plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis voor betrokkene meer geschikt."

Volgens de psycholoog is er een beperkte kans op recidive, zelfs als betrokkene geen medicatie gebruikt. Blijkbaar heeft deze verdachte zichzelf goed in de hand. Waarom het "huidige toestandbeeld" een gedwongen plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis rechtvaardigt, is voor mij dan ook volstrekt onduidelijk. In andere adviezen waarbij een gedragsdeskundige spreekt van een gering risico op recidive, klinken wat meer zogenoemde bestwil argumenten door. Hiervan lijkt sprake in het volgende citaat, dat afkomstig is uit een psychiatrisch rapport. De psychiater schrijft:

"Gezien de toch wel zeer bijzondere omstandigheden waarin de nu ten laste gelegde feiten hebben plaatsgevonden, met name dan de depressieve aandoening en een aanlegstoornis alsmede de enorme impact van het verlies van zijn ex partner op betrokkene zelf, is de kans op recidive van feiten zoals de nu tenlastegelegde aanvaardbaar klein.

Wel is het van groot belang dat betrokkene afdoende behandeld wordt. De behandeling dient zich in de eerste plaats toe te spitsen op behandeling van de depressieve aandoening, die nog gecompliceerd wordt door de rouw en de zeer moeizame verwerking van wat nu gebeurd is. Medicamenteuze ondersteuning moet gecombineerd worden met psychosociale hulp. De reclassering kan in deze een belangrijk bemiddelende rol spelen."

In bijna de helft van de adviezen binnen deze categorie, waarbij de gedragsdeskundige het recidivegevaar klein inschat, adviseert hij een combinatie van een behandeling met reclasseringsbegeleiding of alleen behandeling. In de overige adviezen betreft het advies alleen begeleiding door de reclassering. Soms lijkt het erop dat de gedragsdeskundige ervan uitgaat dat hij op zijn minst reclasseringsbegeleiding móet adviseren. Dit zien we onder meer in een verslag van een man die verdacht wordt van moord. De psychiater schrijft in dat rapport:

"Gezien de premorbide persoonlijkheidsstructuur van betrokkene en zijn gedrag na het delict behoeft er niet op een opvallende wijze met recidive rekening te worden gehouden. Er kan dus [niet cursief CvE] met het opleggen van

verplichte reclasseringsbegeleiding, voor zo'n lang mogelijke proeftijd, worden volstaan."

Wat reclasseringsbegeleiding toevoegt in dit geval, geeft de psychiater niet aan. In andere zaken zien we dat de gedragsdeskundige ondanks een geringe kans op recidive, reclasseringsbegeleiding adviseert en daarbij tevens aangeeft welk doel dat dient. Een voorbeeld daarvan biedt het volgende citaat:

"De kans op een recidief van het tenlastegelegde of een soortgelijk delict lijkt mij vrij klein, omdat O. ondanks zijn zwakbegaafdheid er van geleerd heeft om met dergelijke situaties anders om te gaan. (...) Behandeling in psychiatrische of in psychologische zin is niet nodig. Begeleiding door de reclassering is gewenst en wel om O. te helpen weer terug te keren in zijn woonomgeving."

Andere argumenten die we tegenkomen om ondanks gering recidiverisico toch reclasseringsbegeleiding en/of behandeling te adviseren zijn: "Begeleiding door de reclassering is gewenst om het gebeuren een plaats te geven en betrokkene terug te kunnen laten keren naar zijn 'gewone' bestaan"; "Te verwachten valt dat, zodra de nevelen van het tenlastegelegde voor betrokkene wat meer opgetrokken zijn en hij de volle omvang van wat hij aangericht heeft onder ogen gaat zien, er een moeizaam rouwproces op gang zal komen, waarbij betrokkene zeker enige steun en begeleiding kan gebruiken"; "Betrokkene dient uit eigen belang een contact met zowel psychiatrische hulpverlening alsmede verslavingszorg te initiëren indien hij daarvoor gemotiveerd is"; "Vanuit de persoonlijkheidsstructuur is het niet te verwachten dat er een recidive gaat komen. Toch is het verstandig dat betrokkene in behandeling gaat om een en ander een plaats te kunnen geven. Advies psychotherapeutische behandeling"; "Het verdient toch aanbeveling om betrokkene door de reclassering te laten begeleiden, niet alleen om een vinger aan de pols te houden maar ook om betrokkene te wijzen op adequate mogelijkheden om met spanningen en wrijvingen in het contact met zijn familie om te gaan". In een gering aantal zaken is niet duidelijk in hoeverre het advies dat de gedragsdeskundige geeft gericht is op het voorkomen van strafbare feiten, omdat aan die vraag voorbijgegaan wordt. Dat neemt niet weg dat gedragsdeskundigen in een deel van die zaken toch een behandeling en/of begeleiding adviseren. Ook zien we weleens dat een gedragsdeskundige een behandeling adviseert, ondanks het feit dat hij meent dat de vraag naar recidivegevaar niet van toepassing is. Waarom dat zo is, geeft

hij dan weer niet aan. Dat zien we bijvoorbeeld in een zaak die gaat over een man, die verdacht werd van enig misdrijf tegen het leven gericht en verkrachting. Overigens geeft de psychiater in deze zaak niet aan waarom hij de vraag naar recidivegevaar niet van toepassing acht. Wel adviseert hij reclasseringstoezicht en eventueel hulp van het RI-AGG. Hij schrijft:

*"Betrokkene is een primitief gestructureerde man met weinig diepgang, analfabeet, iemand die vanuit een eenvoudig gestructureerde plattelandssamenleving uit het Berbergebied in Noord Marokko zich geplaatst zag in een Westerse cultuur. Een cultuur die hem volledig onbekend was en die hij gezien zijn vermogens zeker niet op een adequate wijze wist te schatten. Het huwelijk waarin hij werd betrokken, overigens met wederzijdse instemming, zal voor hem een andere betekenis hebben gehad dan voor iemand die meer westers georiënteerd is zoals zijn echtgenote. In hoeverre binnen dit huwelijk duidelijke gedragspatronen dan wel afwijkingen van gedragspatronen hebben plaatsgevonden valt door onderzoeker moeilijk te beoordelen, maar dat er sprake was van grote culturele verschillen is wel duidelijk. Tegen deze achtergrond kan betrokkene misschien als licht verminderd toerekeningsvatbaar worden aangemerkt. Tegen deze achtergrond lijkt maatschappelijke hulp aan betrokkene na zijn detentie en indien hij in Nederland wil blijven noodzakelijk. Wellicht kan bij eventueel uitbrengen van een vonnis hiërmede rekening worden gehouden en reclasseringstoezicht met eventuele inschakeling van hulp van het RIAGG daadwerkelijk rekening worden gehouden."*³⁰

De psychiater geeft in hetzelfde rapport aan, dat de reclassering "bij voicemail heeft laten weten dat men geen mogelijkheden aanwezig acht voor betrokkene, gezien het gebeurde en betrokkene kennende, deze in verplichtende zin bij te staan". Daarmee lijkt de haalbaarheid van het advies op losse schroeven te staan.

Ook in een geval waarin de verdachte zich lijkt te beroepen op noodweer, adviseert de gedragsdeskundige, zij het enigszins terughoudend, een behandeling. Ook dat advies lijkt niet primair gericht op het voorkomen van recidive van strafbare feiten. Een enkele keer treffen we een advies aan waarin de gedragsdeskundige aangeeft dat hij geen uitspraak kan doen over recidivegevaar omdat de verdachte het tenlastegelegde ontkent. Desondanks adviseert hij dan toch een behandeling.

³⁰ Dit is een letterlijk citaat.

10.7.2.5 Advies tot behandeling en/of begeleiding en ander advies, gericht op het voorkomen van recidive

Bij een beperkt aantal onderzoeken (elf van 194) adviseert de gedragsdeskundige naast een behandeling en/of begeleiding nog iets anders, met als doel het voorkomen van recidive. Bij deze indeling heb ik opnieuw enige welwillendheid aan de dag gelegd, in die zin dat wanneer een deel van het advies is gericht op het voorkomen van recidive en het andere deel niet, ik dit advies beschouw als te zijn gericht op het voorkomen van recidive. Bij "iets anders" gaat het meestal om een of andere vorm van straf, maar dat hoeft niet per se. Het kan bijvoorbeeld ook gaan om een straatverbod. In sommige rapporten geeft de gedragsdeskundige expliciet aan waarom hij een bepaalde straf adviseert. Hiervan is sprake in het volgende voorbeeld, waarin de psycholoog aangeeft waarom hij een voorwaardelijke dan wel taakstraf adviseert.

"Als betr. opnieuw de echtelijke woning betreft is recidive niet uitgesloten. Betrokkene is op dit moment niet voldoende in staat op eigen kracht een nieuwe weg in te slaan, maar deze is waarschijnlijk met adequate ondersteuning wel te mobiliseren.

Onderzoeker adviseert reeds tijdens de hechtenis een reclasseringscontact met een vrouwelijke begeleidster op te starten, waardoor betrokkene steun en begeleiding ervaart. Het is te overwegen dat dit vooralsnog het beste kan plaatsvinden in de beschermende en structurerende omgeving van een Fiom-huis, waar betrokkene weerbaarder kan worden en hulpverleningsprogramma's kan volgen. In dit contact zou wellicht alsnog toegewerkt kunnen worden naar echtscheiding, afhankelijk van de wens van betrokkene. Onderzoeker geeft in overweging een (deels) voorwaardelijke straf op te leggen c.q. een taakstraf. Betrokkene blijft hierdoor in staat de zorg voor de nog jonge kinderen op zich te nemen."

In bovenstaand voorbeeld is niet het gehele advies gericht op het voorkomen van recidive. Wel maakt de deskundige duidelijk welk deel daar niet op is gericht.

In sommige gevallen kreeg ik de indruk dat de gedragsdeskundige een (deels) voorwaardelijke detentie adviseert, om een begeleiding of behandeling veilig te stellen. Verschillende keren komen we adviezen tegen als:

"De kans op recidive is zonder passende juridische en behandelmaatregelen groot te noemen, tenzij blijkt dat be-

trokkene inderdaad de afgelopen zeven jaar zijn pedofiele drang onder controle heeft weten te houden zoals hij zelf aangeeft.

Advies: Een (deels) voorwaardelijke detentie [niet cursief CvE] met begeleiding door reclassering en in de voorwaarden afspraken over het project gedwongen daderhulpverlening, zoals dat geboden wordt door GGZ."

Waarom de psycholoog nu juist aan detentie denkt, geeft hij niet aan. Voor het opleggen van behandeling en/of begeleiding in het kader van een bijzondere voorwaarde bij een voorwaardelijke straf, is immers niet per se een (deels) voorwaardelijke detentie geboden. Afgezien daarvan lijkt het mij dat de bouwstenen waarop de recidivevoorspelling rust, wankel zijn.

10.7.2.6 Advies tot behandeling en/of begeleiding en ander advies, niet (primair) gericht op het voorkomen van recidive

Binnen deze categorie treffen we een gering aantal adviezen (zes van 194) aan die niet duidelijk gericht zijn op het voorkomen van recidive. Soms adviseert een gedragsdeskundige een specifieke straf. Niet altijd geeft hij aan waarom hij aanraadt een bepaalde straf op te leggen. Zo wordt in het volgend advies voor mij niet duidelijk waarom de gedragsdeskundige een gevangenisstraf adviseert. Hetzelfde geldt voor de begeleiding door de reclassering. Hij schrijft namelijk:

"Gezien het bovenstaande adviseert rapporteur om, indien het tenlastegelegde wordt bewezen, betrokkene te veroordelen tot een detentie, alsmede bij ontslag nazorg en begeleiding door reclassering, alhoewel de motivatie daartoe gering lijkt."

In hoeverre "het bovenstaande" alleen de beantwoording van de vraagstelling betreft – die gaat daar namelijk aan vooraf – of het gehele rapport is niet duidelijk. In de beantwoording van de vraagstelling komt de voorspelling van recidive niet aan de orde. Wel schrijft de psycholoog daarover elders in het rapport:

"De kans op herhaling van het tenlastegelegde lijkt gering omdat het vooral gekoppeld is aan een voor betrokkene kritieke situatie. Betrokkene zal echter recidiveren ten aanzien van illegale drugshandel, omdat hij dat als een geaccepteerde vorm van bestaan ervaart."

Overigens is illegale drugshandel niet tenlastegelegd en verdachte is daar ook niet eerder voor veroordeeld.

Andere deskundigen motiveren soms wel waarom zij een gevangenisstraf adviseren, zoals in het volgende citaat:

“Hoewel de kans op recidive van feiten zoals de nu tenlastegelegde gezien de affectieve verwaarlozing, het gebrek aan een uitgekristalliseerde objectkeuze en algemeen de polymorfe perversie niet helemaal uitgesloten kan worden, is ondergetekende de mening toegedaan dat opleggen van een maatregel niet noodzakelijk is. Hoewel betrokkene stelt dat hij de contacten met de reclassering niet altijd op prijs stelt, kan een verplicht reclasseringscontact wel een mogelijkheid inhouden om een vinger aan de pols te houden en betrokkene te wijzen op de mogelijkheden van de hulpverlening. Een eventuele straf beantwoordt aan de verwachtingen van betrokkene en zijn op zich invoelbaar streven naar loutering. In dit opzicht zou een eventuele detentie de innerlijke spanningen kunnen reduceren en het schuldgevoel verminderen.”

In hoeverre de psychiater in dit rapport met een maatregel, een juridische behandelmaatregel zoals een TBS bedoelt, is niet duidelijk. Gezien de formulering van de mate van het recidiverisico, lijkt dat niet voor de hand liggend.

10.7.2.7 Ander advies, al dan niet gericht op het voorkomen van recidive

In enkele rapporten (vijf van 194) adviseert de gedragsdeskundige iets anders dan behandeling of begeleiding. Soms is dat advies gericht op het voorkomen van recidive van strafbare feiten. In andere gevallen is dat minder duidelijk het geval. Bij twee onderzoeken in dezelfde zaak adviseren beide gedragsdeskundigen een gevangenisstraf om recidive te voorkomen. Het betrof een man die verdacht werd van moord op zijn partner. Wat betreft het recidivegevaar schrijft de psycholoog onder meer:

“De kans op recidivering in de toekomst, indien betrokkene opnieuw een langdurige relatie aangaat is aanwezig. De kans op geldproblemen, niet eerlijk zijn, stiekem naar de prostituties gaan ook. Maar ook is de kans zeer aannemelijk dat hij van een langdurige detentiestraf dermate geschrokken is dat dit hem een volgende keer toch weer op het rechte pad houdt. Er zijn geen behandelmodaliteiten voorhanden om de ernstige psychopathologie van betrokkene te genezen. Naar de kennis van de wetenschap is zijn

stoornis op dit moment niet te genezen, noch medicamenteus noch gedragsmatig.”

Dat vanuit psychologisch standpunt bezien een gevangenisstraf heilzaam kan zijn, blijkt uit het advies. De psycholoog schrijft namelijk:

“Een detentiestraf zal, naar verwachting, in de directe toekomst recidivering voorkomen. Wellicht dat na een detentiestraf er een zeker leereffect optreedt en dat betrokkene, indien hij onverhoopt ooit weer in een dergelijke situatie komt als ten tijde van het delict, dan kan kiezen voor een gedragsalternatief als het beëindigen van de relatie zonder delictgedrag.”

De psychiater die in deze zaak onderzoek heeft verricht, komt tot een soortgelijk advies. Volgens hem lijdt verdachte aan een “defect in zijn persoonlijkheidsstructuur, dat te classificeren is als psychopathie”. Met enige goede wil kan ik dit advies beschouwen als gericht op het voorkomen van recidive van strafbare feiten, gezien de rol die de psychiater toekent aan resocialisatie vanuit een detentietraject. Het advies luidt:

“Een behandeling biedt weinig perspectieven om de kans op recidive te verminderen. Een TBS zal dan ook alleen beveiligen door middel van opsluiting. Dit lijkt ook in de gevangenis te kunnen gebeuren. In de gevangenis kan ook een praktische training gegeven worden om met geld om te gaan en kan gewerkt worden aan het zoveel mogelijk saneren van de schulden van betrokkene. Gezien betrokkenes vermogens om zich in de gevangenis snel aan te passen en ook weer werk te vinden lijkt er wat dat betreft een goede prognose te zijn op een resocialisatie vanuit een detentietraject.”

Niet altijd is een ander advies dan behandeling of begeleiding duidelijk gericht op het voorkomen van recidive. In het volgende voorbeeld lijkt dat niet het geval te zijn wat betreft de taakstraf die de psychiater adviseert. Het betreft in deze zaak een hulpverlener, die met justitie in aanraking is gekomen vanwege seksueel contact met een patiënte. Wanneer hij opnieuw als hulpverlener zou optreden acht de psychiater die hem heeft onderzocht, recidive niet uitgesloten. Hij adviseert het volgende:

“Het lijkt me verstandig dat verdachte niet meer zal optreden als hulpverlener. Wat betreft een eventuele behandeling heeft verdachte zelf stappen ondernomen en is er een aanvang gemaakt bij de Ambulante Forensische Psychiatrie te (...), waarbij mijns inziens een praktische directieve

therapie mogelijk nog enige verbetering kan geven. Gezien de boven beschreven persoonlijkheidsproblematiek lijkt mij de behandelbaarheid echter gering. Verdachte is niet detentieongeschikt maar juist gezien zijn eigen initiatief richting hulpverlening zou onderzoeker, indien dit juridisch haalbaar is, willen pleiten voor een alternatieve werk- of taakstraf om zodoende zijn insufficiënte zelfgevoel niet verder te kwetsen."

Hoewel de eerste zin wel gericht lijkt op het voorkomen van recidive, lijkt de taakstraf die de deskundige adviseert, er vooral op gericht om de verdachte zoveel mogelijk te ontzien. Met name de slotzin van het advies wekt die indruk.

10.7.2.8 Behandeladvies?

Soms (vijf van 194 zaken) acht een gedragsdeskundige een behandeling aangewezen, maar adviseert hij die behandeling niet via een vonnis op te leggen. Dit soort adviezen is voor de onderzochte tamelijk vrijblijvend. Een voorbeeld van een dergelijk advies is te vinden in een rapport van een psycholoog, die schrijft:

"Op basis van deze rapportage zou gedacht kunnen worden aan een gedragstherapeutische behandeling, gericht op het verbeteren van de agressieregulatie. Betrokkene weigert echter mee te werken aan een (opgelegde) behandeling. Hij lijkt niet afwijzend te staan ten opzichte van een zelf verkozen behandeling. Het verdient de voorkeur betrokkene deze eigen keuze te laten, om de kans op resultaat zo groot mogelijk te laten zijn. Het advies is daarom om in de strafrechtelijke afhandeling betrokkene's eigen verantwoordelijkheid voor zijn handelen (indien en voor zover bewezen) als uitgangspunt te nemen en ook zijn eigen verantwoordelijkheid voor het voorkomen van nieuwe gewelddadigheden centraal te stellen."

10.8 Juridisch kader van het behandeladvies

Een veel gestelde vraag bij gedragsdeskundig onderzoek in een strafzaak is die binnen welk juridisch kader een eventuele behandeling het best gerealiseerd kan worden (zie § 8.3). Eén van de checklistvragen luidt dan ook: "Welk juridisch kader stelt de gedragsdeskundige voor, waarbinnen de geadviseerde behandeling geëffectueerd kan worden?" In het vervolg van deze paragraaf komen de juridische kaders van de behandeladviezen aan de orde die ik heb aangetroffen in de gedragsdeskundige rapportages. Ik begin in § 10.8.1 met de

wijze van analyse, gevolgd door de resultaten daarvan in § 10.8.2.

10.8.1 Wijze van analyse

Bij de analyse van het juridisch kader van het behandeladvies deden zich relatief weinig van de complicaties voor die beschreven zijn in § 10.2. Dit soort vragen leent zich waarschijnlijk eerder voor een concreet antwoord. Dat betekent overigens niet dat die complicaties geheel ontbraken. Wel is het zo dat daar in dit onderdeel makkelijker mee om te gaan viel. Meestal bood bij de dataverzameling de antwoordcategorie: "anders, namelijk ..." uitkomst. Wanneer de gedragsdeskundige bijvoorbeeld naast een juridisch haalbaar advies, een advies gaf dat juridisch niet haalbaar was, heb ik alleen dat eerste advies genoteerd. Dit kwam enkele keren voor, zoals in het volgende citaat, dat tevens een voorbeeld is van een conditionele formulering:

"Indien [niet cursief CvE] het ten laste gelegde wordt bewezen dan is er sprake van een grote kans op herhaling en ook op verdere escalatie. In dat geval [niet cursief CvE] lijkt een TBS noodzakelijk met dwangverpleging. Indien [niet cursief CvE] het ten laste gelegde niet wordt bewezen dan [niet cursief CvE] is er sprake van een geringe kans op herhaling, omdat dan blijkt dat betrokkene voor een groot deel in staat is zijn pedofiele verlangens te beteugelen. Een behandeling zoals nu gestart is, gebaseerd op terughvalpreventie model voor seksuele delicten (...) kan dan in de voorwaarden van een deels voorwaardelijke detentie worden opgenomen."

Bij een vrijspraak mag de rechter geen straf oplegen, dus ook geen voorwaardelijke straf. Dat betekent dat het advies dat de gedragsdeskundige geeft voor het geval het tenlastegelegde niet bewezen kan worden, juridisch niet haalbaar is. Daarom heb ik van dit advies alleen de TBS met dwangverpleging geregistreerd. Wanneer een gedragsdeskundige enkel een juridisch kader voor behandeling adviseert waarbij niet duidelijk is welk juridisch kader hij op het oog heeft, is dat genoteerd bij "anders, namelijk ...". Een dergelijk advies treffen we bijvoorbeeld aan in een rapport waarin de gedragsdeskundige adviseert als voorwaarde in het vonnis op te nemen, dat de verdachte zich vrijwillig laat behandelen. Ik vraag me bij zo een advies af wat de meerwaarde is om een dergelijke voorwaarde in het vonnis op te nemen. Een mogelijkheid is zo'n advies te registreren als bijzondere voorwaarde bij een voorwaardelijke straf. Ook zou een dergelijk

advies beschouwd kunnen worden als een behandeling in een vrijwillig kader. Ik heb ervoor gekozen dit advies te registreren als “anders, namelijk ...”. Overigens treffen we zulk soort adviezen niet vaak aan. Een enkele keer stelt een gedragsdeskundige verschillende opties voor, voor een eventuele behandeling. In dat geval heb ik de eerste voorkeur van de gedragsdeskundige genoteerd als het juridisch kader dat hij adviseert.

Dat de adviezen wat het juridisch kader betreft dat gedragsdeskundigen adviseren voor een behandeling “onderzoekstechnisch” in het algemeen weinig problemen opleveren, wil nog niet zeggen dat altijd duidelijk is waarom de gedragsdeskundige het desbetreffende juridisch kader adviseert. Zo vraag ik mij bij het volgende citaat af in hoeverre een TBS met verpleging wel de meest aangewezen maatregel is.

“Deze combinatie van actueel recidiefgevaar, persoonlijkheidsgebrek en mogelijkheid tot preventieve therapie leidt ertoe dat er mijnerzijds het advies TBS met dwangverpleging wordt gegeven. Aangezien betrokkene ook een gebrek in de persoonlijkheid heeft hetwelk tot lichte vermindering van de toerekeningsvatbaarheid leidt en aangezien hij een ‘heldere geest’ heeft is er zeer waarschijnlijk wel een therapeutisch perspectief ter preventie.”

Er bestaat volgens de psychiater weliswaar gevaar voor recidive, maar in hoeverre een stoornis daarbij een rol speelt maakt hij niet duidelijk. Afgaande op de invloed van de stoornis op het tenlastegelegde, lijkt een stoornis daarbij geen grote rol te spelen. Bovendien lijkt de behandelprognose gunstig. Ik vraag me bij zo’n advies af in hoeverre een minder ingrijpende maatregel niet voldoende soelaas biedt.

Een ander probleem bij de advisering van het juridisch kader is het ontbreken van een (adequate) *onderbouwing*. Daardoor is vaak niet duidelijk waarom het juridisch kader dat de gedragsdeskundige adviseert, aangewezen zou zijn. Zo blijkt een onderzoeksvraag als: “Uit welke onderdelen van de rapportage draagt de gedragsdeskundige expliciet bouwstenen aan voor het juridisch kader van dit advies?” veelal niet te beantwoorden. Dit heeft niet alleen te maken met de onduidelijke structuur van veel rapporten, maar veel meer met het ontbreken van zulke argumenten.

Vooraf wanneer de gedragsdeskundige een strafrechtelijke maatregel tot behandeling adviseert, zoals een TBS, lijkt me de onderbouwing daarvan van cruciaal belang. Overigens kan dat

in bepaalde gevallen juist gelden wanneer een gedragsdeskundige géén TBS adviseert. Zo is voor mij in het volgende voorbeeld, dat gaat over een man bij wie bij eerder onderzoek een TBS was geadviseerd, niet duidelijk waarom die maatregel niet geïndiceerd zou zijn. De psychiater schrijft:

“In samenspraak met de klinisch psycholoog komt ondergetekende tot de conclusies dat behandeling noodzakelijk is. Het opleggen van de maatregel tot TBS met dwangverpleging wordt bij deze beperkt Nederlands sprekende man in de huidige omstandigheden niet als een eerste keuze advies gezien.

Een klinische opname in een psychiatrisch ziekenhuis ex art. 37 Sr heeft de voorkeur.”

Voorgaand citaat roept de vraag op waarom een TBS niet als eerste keuze wordt gezien, en waarom juist een plaatsing op grond van artikel 37 Sr de voorkeur verdient. Zeker nu bij eerder onderzoek wel een TBS was geadviseerd, verdient naar mijn idee zo’n advies enige toelichting. Die ontbreekt evenwel. De psycholoog is in deze zaak nog beknopter. Zijn advies, inclusief *onderbouwing*, luidt:

“Gezien het huidige toestandsbeeld is een gedwongen plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis voor betrokkene meer geschikt.”

Wat het “huidige toestandsbeeld” behelst en in hoeverre dat ook consequenties heeft voor de toekomst, maakt de psycholoog niet duidelijk.

Ook checklistvragen die gaan over het gevaar dat betrokkene oplevert vanuit zijn stoornis, blijken niet of nauwelijks te beantwoorden. Die informatie ontbreekt eenvoudigweg. Toch komt het mij voor dat procesdeelnemers bij een zogeheten maatregeladvies, behoefte hebben aan die informatie (§ 2.4.8). En wie zou zulke informatie beter kunnen verstrekken dan gedragsdeskundigen? Zelden treffen we bij de onderbouwing van een TBS-advies of bij een last tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis argumenten aan waarmee een gedragsdeskundige aangeeft waarom de onderzochte op grond van zijn stoornis gevaarlijk zou zijn. Toch worden dergelijke vragen geregeld aan gedragsdeskundigen voorgelegd. In één arrondissement vraagt de opdrachtgever expliciet aan de gedragsdeskundige: “Is verdachte gevaarlijk voor zichzelf, voor anderen of voor de algemene veiligheid van personen of goederen?” Het antwoord op die vraag is meestal een kortweg “ja” of “nee”. Want opvalt is dat de vraagsteller dit gevaar niet in verband brengt met een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis

van de geestvermogens. In andere arrondissementen wordt de vraag gesteld: "Vordert de veiligheid van anderen of de algemene veiligheid van personen of goederen dat verdachte ter beschikking wordt gesteld met of zonder dwangverpleging?" En: "Is verdachte in zodanige mate gevaarlijk voor zichzelf, voor anderen of voor de algemene veiligheid van personen of goederen dat hij in een psychiatrisch ziekenhuis dient te worden geplaatst?" Ook dit soort vragen beantwoordt de gedragsdeskundige vaak kortweg met "ja" of "nee". Overigens lijken mij dit eerder vragen die de rechter zou moeten beantwoorden dan de gedragsdeskundige. Als het gaat om de vraag in hoeverre het opleggen van een TBS of last tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis nodig is, dient de vraag aan de gedragsdeskundigen zich mijns inziens te beperken tot die van welk gevaar voortkomt uit de stoornis. In hoeverre dat een gevaar oplevert voor de veiligheid van anderen dan wel voor de algemene veiligheid van personen of goederen, is naar mijn idee een vraag die de rechter moet beantwoorden.

Wanneer gedragsdeskundigen hun advies al onderbouwen, baseren zij dat vaak op de ernst van het tenlastegelegde. Vooral bij een TBS-advies komt het niet zelden voor dat de gedragsdeskundige alleen of onder meer de ernst van het tenlastegelegde noemt. Wanneer de gedragsdeskundige daarnaast andere factoren aandraagt, is niet altijd duidelijk waarom die een rol zouden spelen en op welke manier. Een voorbeeld van een advies dat bij mij meer vragen oproept dan beantwoordt, is te vinden in het volgende citaat:

"De aard en de ernst van de ten laste gelegde feiten rechtvaardigt de maatregel van TBS, evenals de aard der psychische en alcoholproblematiek. Tevens lijkt de kans op generalisatie van het tenlastegelegde naar derden aanmerkelijk."

De vraag dringt zich op wat de gedragsdeskundige bedoelt met de aard van de psychische en alcoholproblematiek, en waarom die nu juist in combinatie met de ernst van het tenlastegelegde het opleggen van een TBS zou rechtvaardigen. Dat maakt de psychiater niet duidelijk. Dat een ernstig feit is tenlastegelegd, wil nog niet zeggen dat een dergelijk feit ook bewezen wordt. Ook het omgekeerde komt voor. Zo komen we enkele keren een advies tegen waarin de gedragsdeskundige geen juridisch kader voor een behandeling adviseert, vermoedelijk gezien de zijns inziens geringe ernst van het feit. Dit blijkt dan uit een citaat als:

"Gelet op de aard van het tenlastegelegde is er geen juridisch kader waarin een behandeling gerealiseerd kan worden."

Overigens ging het in deze zaak om enkele gewelddadige straatrovers. Naar mijn idee misstaat hier enige toelichting niet, waarin de gedragsdeskundige uiteenzet waarom er naar zijn idee "gezien de aard van het tenlastegelegde", geen juridisch kader is waarin een behandeling gerealiseerd kan worden.

10.8.2 Resultaat van de analyse

Het vervolg van deze subparagraaf is op dezelfde manier opgebouwd als de voorgaande subparagrafen waarin onderzoeksbevindingen zijn gepresenteerd. Dat betekent dat eerst de prevalentie van de juridische kaders van de adviezen aan de orde komt (§ 10.8.2.1). Daarna vindt achtereenvolgens een differentiatie daarvan plaats naar arrondissement (§ 10.8.2.2) en onderzoeksmodaliteit (§ 10.8.2.3).

10.8.2.1 Prevalentie van de adviezen

Welke juridische kaders van behandeling treffen we aan in rapportages van gedragsdeskundigen in strafzaken? Wanneer we de onderzoeksbevindingen in een tabel plaatsen, levert dat het overzicht van tabel 10.19 op.

Tabel 10.19: *Rapportages naar geadviseerd juridisch kader voor een behandeling*

rapportages met advies	aantal	
bijz.voorw. bij voorw. straf	76	39%
artikel 37 (plaatsing PZ)	16	8%
TBS met verpleging	16	8%
TBS met voorwaarde(n)	21	11%
ander advies	10	5%
vrijwillig kader	7	4%
gd gaat aan juridisch kader voorbij	20	10%
n.v.t. (geen behandeladvies)	28	14%
totaal	194	100%

Uit bovenstaande tabel blijkt dat wanneer iemand in een strafzaak gedragsdeskundig wordt onderzocht, gedragsdeskundigen geregeld een strafrech-

telijke maatregel tot behandeling adviseren. Dat wil zeggen een TBS-advies of een last tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis. In ruim een kwart van de rapporten (53 van 194) is zo'n advies aan de orde. In bijna één op de vijf (37 van 194) rapportages adviseert een gedragsdeskundige de zwaarste maatregel die we kennen; een TBS. Iets vaker gaat het daarbij om een TBS met voorwaarde(n) dan om een TBS met verpleging. Dit zou betekenen dat al die onderzochten op grond van hun stoornis gevaarlijk zouden zijn voor anderen of voor de algemene veiligheid van personen of goederen.

Dat in een rapport *geen enkel juridisch kader* voor een eventuele behandeling wordt aangetroffen komt bijna even vaak voor als dat daarin een maatregeladvies te vinden is. In ongeveer evenveel rapporten (55 van 194), dus ook bij ruim een kwart, adviseren gedragsdeskundigen geen enkel juridisch kader voor een behandeling. Dat kan verschillende oorzaken hebben. Bij een gering aantal zaken geven zij niet zo'n advies omdat zij behandeling in een vrijwillig kader voldoende achten. Bij ongeveer één op de tien onderzoeken (twintig van 194) besteedt de gedragsdeskundige in het geheel geen aandacht aan de vraag in welk juridisch kader de behandeling die hij adviseert, dient plaats te vinden. Bij ongeveer één op de zeven (28 van 194) onderzoeken is de vraag in welk juridisch kader een behandeling zou moeten plaatsvinden niet aan de orde, omdat de deskundige geen behandeling adviseert.

Het juridisch kader dat gedragsdeskundigen het meest adviseren is een *bijzondere voorwaarde bij een voorwaardelijke straf*. Dat advies komen we in ongeveer twee van de vijf (76 van 194) rapporten tegen. Vaak betreft het reclasseringsbegeleiding. Bij sommige adviezen ontkom ik niet aan de indruk dat gedragsdeskundigen ervan uitgaan dat het minste wat zij moeten doen, het adviseren is van een behandeling in het kader van een bijzondere voorwaarde. Zo treffen we een advies aan in een zaak die gaat over een man, die ervan wordt verdacht dat hij zijn vriendin heeft gedood. Daarna heeft hij geprobeerd zichzelf van het leven te beroven door in zijn hoofd te schieten. Hij is hierbij ernstig geïnvalideerd geraakt. De psycholoog adviseert:

“Onderzochte is te beschouwen als detentieongeschikt. Het verblijf in het penitentiair ziekenhuis te Scheveningen gevolgd door een revalidatieperiode is hier in feite toch de enige weg. Mogelijkerwijs ziet de rechtbank termen om

zulks binnen een deel voorwaardelijk vonnis te omschrijven. Recidivegevaar lijkt niet aanwezig.”

Recidivegevaar lijkt volgens de psycholoog dus niet aanwezig. Ik vraag mij daarom af waarom hij de rechter adviseert revalidatie op te leggen als bijzondere voorwaarde.

Bij een gering percentage onderzoeken treffen we een minder gangbaar juridisch kader aan voor een behandeling. Dit toont een gevarieerd beeld. In één advies heeft de psycholoog het over een “zogenaamde grote Schorsing”. Hij bedoelt hiermee waarschijnlijk een schorsing van de preventieve hechtenis. Daarnaast treffen we nog een keer in één zaak aan, dat zowel de psychiater als de psycholoog een behandeling adviseert in het kader van een schorsing van de preventieve hechtenis. In één zaak, waarin de verdachte niet gemotiveerd is voor een behandeling, adviseert de psycholoog toepassing van “artikel 15 van het gevangeniswezen”. Waarschijnlijk bedoelt hij de Penitentiaire Beginselectiewet.

Tot de onderhavige categorie reken ik ook de onduidelijke adviezen. Het betreft dan adviezen waarbij niet duidelijk wordt, welk juridisch kader de gedragsdeskundige aangewezen acht. Zo noemt een gedragsdeskundige dat hij TBS noodzakelijk vindt. Hij geeft echter niet aan of hij een TBS met verpleging of met voorwaarden bedoelt. Een andere psychiater schrijft “dat als de ernst van het delict het toelaat een behandeling in een gedwongen kader in Veldzicht of Hoeve Boschoord te overwegen is”. Dat hij hiermee een TBS met verpleging bedoelt, lijkt waarschijnlijk, maar dat noemt hij niet. Voorts adviseert een psychiater een “vorm van coaching, *al dan niet* [cursief CvE] in het kader van een voorwaardelijk strafdeel”. Enkele gedragsdeskundigen geven aan dat een behandeling moet plaatsvinden in een sterk gestructureerde setting, maar dat er gezien de aard van het tenlastegelegde (diefstal met geweld op de openbare weg, meermalen gepleegd) geen juridisch kader is, waarbinnen dat gerealiseerd kan worden. Tot slot treffen we een advies aan waarin een gedragsdeskundige verschillende opties weergeeft, zonder dat hij een voorkeur uitspreekt. Hij eindigt zijn advies met de conclusie: “Ondergetekende matigt zich, als niet-jurist niet aan in deze juridisch complexe casus onderbouwde adviezen te kunnen geven. Slechts de dilemma's worden bovenstaand beschreven. Het oordeel is aan de rechtbank”.

Wat kunnen we na deze beschouwingen nu zeggen over de *onderzochten* en het juridisch kader dat

(minstens één van) de gedragsdeskundigen adviseert om hem te laten behandelen? Wanneer we die adviezen van gedragsdeskundigen in een tabel plaatsen, zien we het volgende beeld.

Tabel 10.20: Onderzochten naar juridisch kader dat (minstens één van) de gedragsdeskundige(n) adviseert voor behandeling³¹

rapportages met advies	aantal	
bijz. voorw. bij voorw. straf	58	47%
artikel 37 (plaatsing PZ)	8	7%
TBS met verpleging	12	10%
TBS met voorwaarde(n)	12	10%
ander advies	9	7%
vrijwillig kader	7	6%
gd gaat aan juridisch kader voorbij	17	14%
n.v.t. (geen behandeladvies)	23	19%
totaal	123	100%

Bovenstaande tabel toont ons dat gedragsdeskundigen bij ongeveer één op de vier (32 van 123) onderzochten een strafrechtelijke maatregel tot behandeling adviseren. Bij ongeveer één op de vijf (24 van 123) onderzochten betreft dat een TBS. Het gaat daarbij even vaak om een TBS met verpleging als om een TBS met voorwaarde(n).

Bij een relatief gering aantal onderzochten adviseert de gedragsdeskundige een last tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis. Dit is voor de verdachte een relatief “gunstige” maatregel. Meestal zijn onderzochten meer beducht voor een TBS. Bij een aantal onderzochten komen gedragsdeskundigen niet toe aan het adviseren van een last tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis. Eén van de voorwaarden is namelijk dat zij de onderzochte ten tijde van het tenlastegelegde ontoerekeningsvatbaar beschouwen.

Het juridisch kader dat voor onderzochten het vaakst wordt geadviseerd is een bijzondere voorwaarde bij een geheel of gedeeltelijk voorwaardelijke straf (58 van 123).

Bij ongeveer twee op de vijf (47 van 123) onderzochten adviseert de gedragsdeskundige geen juridisch kader voor een eventuele behandeling.

Dit kan verschillende oorzaken hebben. Soms acht de gedragsdeskundige een vrijwillig kader voldoende. Een andere keer gaat de gedragsdeskundige aan dat onderwerp voorbij. Het komt ook geregeld voor dat de gedragsdeskundige geen behandeladvies geeft.

10.8.2.2 Differentiatie naar arrondissement

Zijn er overeenkomsten, respectievelijk verschillen tussen de verschillende arrondissementen bij het juridisch kader dat gedragsdeskundigen adviseren voor een behandeling? Wanneer de juridische kaders die gedragsdeskundigen per arrondissement adviseren in een tabel worden geplaatst, levert dat het overzicht van tabel 10.21 op.

Tussen de arrondissementen bestaan verschillen wat betreft het juridisch kader dat een gedragsdeskundige adviseert voor een behandeling ($p < 0.05$).³²

Bij verdachten die in Assen gedragsdeskundig worden onderzocht, adviseren gedragsdeskundigen relatief vaak een TBS. Dat gebeurt in dit arrondissement bij ongeveer één op de drie onderzoeken (zeven van negentien). Dat is ongeveer tweemaal zo vaak als elders. Vrijwel altijd betreft dat een TBS met voorwaarde(n). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat gedragsdeskundigen in Assen relatief minder vaak een behandeling adviseren in het kader van een bijzondere voorwaarde bij een voorwaardelijke straf. In plaats daarvan lijken zij eerder een TBS met voorwaarde(n) te adviseren. Zoals hiervoor ook al aangegeven valt bij bestudering van de adviezen op dat gedragsdeskundigen vaak zeer summier onderbouwen waarom zij een bepaald juridisch kader adviseren. Meestal is niet duidelijk waarom een behandeling in het kader van een bijzondere voorwaarde niet zou voldoen. Dat doet zich bijvoorbeeld voor in het volgende advies, waarin de gedragsdeskundige aangeeft:

32 Dat verschil blijft bestaan wanneer we de TBS-adviezen (TBS met voorwaarde en TBS met verpleging), de juridische kaders die niet vallen onder een “maatregeladvies” (“bijzondere voorwaarde bij een voorwaardelijke straf” en “ander advies”) en de adviezen zonder enig juridisch kader (“vrijwillige kader”, “de gedragsdeskundige gaat aan dat onderwerp voorbij” en “geen behandeladvies”) bij elkaar voegen. Dat verschil blijft eveneens bestaan wanneer we alle maatregeladviezen (“TBS” en “last tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis”) bij elkaar voegen.

31 Voor de leesbaarheid vermeld ik in het vervolg van deze subparagraaf niet telkens (minstens één van) de gedragsdeskundige(n). Ik volsta met de gedragsdeskundige.

Tabel 10.21: Rapportages naar geadviseerd juridisch kader voor behandeling, naar arrondissement

rapportages met advies	Amsterdam		Arnhem		Assen		Breda		Den Bosch		Dordrecht		totaal	
bijz.voorw. bij voorw. straf	12	36%	19	39%	5	26%	15	47%	16	43%	9	38%	76	39%
artikel 37 (plaatsing PZ)	4	12%	6	12%	-	0%	-	0%	2	5%	4	17%	16	8%
TBS met verpleging	-	0%	3	6%	1	5%	3	9%	7	19%	2	8%	16	8%
TBS met voorwaarde(n)	-	0%	6	12%	6	32%	-	0%	4	11%	5	21%	21	11%
ander advies	3	9%	4	8%	1	5%	-	0%	2	5%	-	0%	10	5%
vrijwillig kader	2	6%	-	0%	-	0%	2	6%	2	5%	1	4%	7	4%
gd gaat aan juridisch kader voorbij	5	15%	6	12%	1	5%	4	13%	2	5%	2	8%	20	10%
n.v.t. (geen behandeladvies)	7	21%	5	10%	5	26%	8	25%	2	5%	1	4%	28	14%
aantal	33	100%	49	100%	19	100%	32	100%	37	100%	24	100%	194	100%

“Indien het tenlastegelegde wordt bewezen adviseert rapporteur om de betrokkene de maatregel van TBS op te leggen met de voorwaarde dat hij een behandeling zal ondergaan, bij voorkeur in de vorm van een traject binnen een Forensisch Psychiatrisch Circuit.”

In hoeverre dit advies nodig is ter beveiliging van de maatschappij, blijkt hier niet uit. Ook andere delen van het verslag verschaffen daarover geen duidelijkheid. Hetzelfde geldt voor het gevaar dat samen zou hangen met de stoornis waaraan betrokkene volgens de gedragsdeskundige lijdt. Ook het volgende voorbeeld roept wat dat betreft de nodige vragen op.

“Mocht bewezen worden dat betrokkene het hem tenlastegelegde heeft gepleegd, dan vormen de huidige ontkenning [niet cursief CvE], in het licht van de ernst van het delict en het ontbreken van ziektebesef, een groot gevaar voor recidive, indien betrokkene geen gepaste behandeling ondergaat. Daarbij vormt het ontbreken van enig ziektebesef bovendien een risicofactor voor het zich onttrekken aan enigerlei vorm van behandeling in een vrijwillig kader. (...). Gezien de geringe motivatie van betrokkene wordt dringend geadviseerd een dergelijke behandeling binnen een dwingend kader te realiseren. Een TBS met voorwaarden is hierbij de meest voor de hand liggende optie.”

Overigens dringt bij dit advies de vraag zich op waarom een TBS met voorwaarden de meest voor de hand liggende optie is, nu betrokkene blijk geeft van een geringe motivatie. Het komt mij voor dat dit eerder als een contra-indicatie te beschouwen is. Een andere vraag die om een antwoord vraagt, is hoe het zit als blijkt dat de onderzochte het tenlastegelegde niet gepleegd heeft.

Ook in Dordrecht adviseren gedragsdeskundigen bijna tweemaal zo vaak als elders een TBS met voorwaarde(n). In dit arrondissement lijken die adviezen niet ten koste te gaan van die waarin de gedragsdeskundige een behandeling adviseert in het kader van een bijzondere voorwaarde bij een voorwaardelijke straf. Dat laatste aantal ligt in Dordrecht rond het landelijk gemiddelde.

Als het gaat om een TBS met verpleging dan valt op dat relatief veel rapporten in Den Bosch zo'n advies bevatten. Dat treffen we aan in ongeveer één op de vijf (zeven van 37) rapporten. In Amsterdam is het zeer uitzonderlijk dat gedragsdeskundigen een TBS adviseren. Daar lijken gedragsdeskundigen zeer terughoudend met het adviseren van die maatregel.

In Dordrecht adviseren gedragsdeskundige opvallend vaak een last tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis. Dat gebeurt hier tweemaal zo vaak als gemiddeld landelijk. Een mogelijke verklaring daarvoor is dat in Dordrecht gedragsdeskundigen relatief meer onderzoeken ontoerekeningsvatbaar achten dan elders. Aan die voorwaarde moet onder meer voldaan zijn, voordat de rechter een last tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis mag gelasten. Ook bij die adviezen lijken gedragsdeskundigen vaak voorbij te gaan aan andere wettelijke criteria die nodig zijn voordat de rechter die maatregel mag opleggen. Zo zal de rechter in zijn vonnis aan moeten geven dat verdachte op grond van zijn stoornis gevaarlijk is voor zichzelf, voor anderen of voor de algemene veiligheid van personen of goederen. Als gebruiker van het verslag blijf ik nadat ik het rapport gelezen heb geregeld met de vraag zitten wat het gevaar is, dat voortkomt uit

de stoornis. Dit doet zich bijvoorbeeld voor in het advies van een gedragsdeskundige die schrijft:

“Zoals onderzochte ten tijde van het onderzoek functioneerde is allereerst klinische behandeling aangewezen. Gezien haar wisselende stemmingen is te verwachten dat ze er soms toe zal neigen een vrijwillige opname af te breken. Het is daarom aan te bevelen haar een strafrechtelijke machtiging (artikel 37 Sr) op te leggen.”

Meestal adviseren gedragsdeskundigen bij een onderzochte die zij ontoerekeningsvatbaar beschouwen, een last tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis. Slechts bij twee onderzoeken, overigens in dezelfde zaak, adviseren de gedragsdeskundigen een TBS met verpleging. Eén keer treffen we een advies aan van een psychiater, die bij iemand die hij ontoerekeningsvatbaar acht, adviseert geen behandeling op te leggen. Het ging in de desbetreffende zaak om een verdachte, aan wie een roofoverval tenlastegelegd was. Ten gevolge van hersenletsel als gevolg van een ongeval, achtte de psychiater hem ontoerekeningsvatbaar. Overigens ontbrak een verdere diagnose. Hetzelfde geldt voor een beschrijving van de relatie tussen de stoornis en het tenlastegelegde feit. Het advies luidde kort maar krachtig:

“Betrokkene is volledig ontoerekeningsvatbaar te achten en het is niet nodig betrokkene een maatregel op te leggen.”

Breda en Amsterdam zijn de arrondissementen waar gedragsdeskundigen relatief vaak geen enkel specifiek juridisch kader aangeven voor een behandeling. In deze arrondissementen komt dat ruim driemaal zo vaak voor als in Den Bosch en Dordrecht, en ongeveer tweemaal zo vaak als in Arnhem. Dit komt onder meer omdat gedragsdeskundigen in Breda en Amsterdam geregeld geen behandeladvies geven. In dat geval is een juridisch kader om een behandeling veilig te stellen niet aangewezen. In Breda zouden onderzochten ook niet zo vaak lijden aan een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens. Er valt dan niets te behandelen. Een andere reden is dat gedragsdeskundigen bij enkele onderzoeken een behandeling adviseren in een vrijwillig kader. In hoeverre de verschillen tussen Den Bosch en Dordrecht enerzijds en Amsterdam en Breda anderzijds verklaard kunnen worden uit de manier waarop de inschakeling van een gedragsdeskundige plaatsvindt, is mij niet duidelijk. Wel is het zo dat in de onderzoeksperiode in de arrondissementen

Den Bosch en Dordrecht aan de inschakeling van gedragsdeskundige(n) een onderzoek door een NIFP-psychiater voorafging. Deze adviseerde de rechter-commissaris vervolgens over de inschakeling van de gedragsdeskundige(n).

10.8.2.3 Differentiatie naar onderzoeksmodaliteit

In deze subparagraaf is de vraag aan de orde in hoeverre er overeenkomsten, respectievelijk verschillen bestaan tussen de verschillende onderzoeksmodaliteiten bij het advies van het juridisch kader dat gedragsdeskundigen aangewezen achten, wanneer zij een behandeling adviseren. Dit levert tabel 10.22 op.

Tussen de verschillende onderzoeksmodaliteiten bestaan verschillen wat betreft de geadviseerde behandeling ($p < 0.001$).³³ Uit de tabel blijkt dat bij multidisciplinair onderzoek (minstens één van) de gedragsdeskundige(n) eerder een strafrechtelijke maatregel tot behandeling adviseert dan bij monodisciplinair onderzoek. Bij één op de drie (21 van 63) multidisciplinair onderzochten adviseert minstens één van de gedragsdeskundigen een TBS. Bij ongeveer één op de acht onderzochten betreft het advies een last tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis. Ook bij onderzoek dat niet tot één gedragsdeskundige te herleiden is, treffen we een enkele keer een TBS-advies aan. Een mogelijke verklaring voor het feit dat we dit soort adviezen vrijwel alleen aantreffen bij multidisciplinair onderzoek, is dat de rechter dit soort maatregelen alleen mag opleggen wanneer hij beschikt over een advies van twee gedragsdeskundigen van verschillende discipline, waaronder een psychiater. Mogelijk dat bij de inschakeling van gedragsdeskundigen al rekening is gehouden met de kans dat een strafrechtelijke maatregel tot behandeling geadviseerd zou gaan worden. Wat opvalt is dat we één keer een TBS-advies aantreffen bij monodisciplinair psychologisch onderzoek. Het betrof een TBS met voorwaarde.

Wanneer alleen een psychiater onderzoek verricht, volgt het vaakst geen behandeladvies. Dat gebeurt naar verhouding bijna driemaal zo vaak als wanneer een verdachte monodisciplinair psychologisch of multidisciplinair wordt onderzocht.

³³ Die verschillen blijven bestaan wanneer we de monodisciplinaire psychiatrische onderzoeken voegen bij de monodisciplinaire psychologische en daarnaast alle multidisciplinaire onderzoeken samen te nemen.

Tabel 10.22: Onderzochten naar geadviseerde behandeling

onderzochten naar door minstens één van de gedragsdeskundige(n) geadviseerde behandeling	monodisciplinair psychiater		monodisciplinair psycholoog		multidisciplinair onderzoek		niet tot één gd te herleiden		totaal	
bijz.voorw. bij voorw. straf	15	48%	19	63%	23	37%	1	14%	58	47%
artikel 37 (plaatsing PZ)	-	0%	-	0%	8	13%	-	0%	8	7%
TBS met verpleging	-	0%	1	3%	9	14%	2	29%	12	10%
TBS met voorwaarde(n)	-	0%	-	0%	12	19%	-	0%	12	10%
ander advies	2	6%	1	3%	6	10%	-	0%	9	7%
vrijwillig kader	2	6%	3	10%	2	3%	-	0%	7	6%
gd gaat aan jur.kader voorbij	3	10%	3	10%	11	17%	-	0%	17	14%
n.v.t. (geen behandeladvies)	9	29%	3	10%	7	11%	4	57%	23	19%
totaal aantal onderzochten	31	100%	30	100%	63	100%	7	100%	123	100%

Bij monodisciplinair psychiatrisch onderzoek volgt bij bijna de helft (veertien van 31) van de onderzochten geen specifiek juridisch kader voor een behandeling.³⁴ Bij monodisciplinair psychologisch onderzoek en multidisciplinair onderzoek, komt dit bij ongeveer drie op de tien (negen van dertig, respectievelijk twintig van 63) verdachten voor.

Wanneer een psycholoog een verdachte monodisciplinair onderzoekt, volgt naar verhouding het vaakst een advies van behandeling in het kader van een bijzondere voorwaarde bij een voorwaardelijke straf. Bij ruim drie op de vijf onderzochten geven psychologen zo'n advies. Wanneer alleen een psychiater onderzoek verricht, adviseert die bij bijna de helft van de onderzochten een behandeling als bijzondere voorwaarde bij een voorwaardelijke straf. Bij multidisciplinair onderzoek adviseert (minstens één van) de gedragsdeskundige(n) bij ruim een derde van de onderzochten dit juridisch kader om een behandeling te garanderen. Dat dit aantal relatief laag is in vergelijking tot monodisciplinair onderzoek komt wellicht omdat bij multidisciplinair onderzoek gedragsdeskundigen relatief vaak een strafrechtelijke maatregel tot behandeling adviseren.

Het voorgaande brengt mij bij de vraag in hoeverre het juridisch kader dat minstens één van de gedragsdeskundigen bij multidisciplinair onderzoek adviseert, overeenkomt, resp. verschilt van

dat van de andere gedragsdeskundige. Dit levert het volgende overzicht op.

Tabel 10.23: Multidisciplinair onderzochten naar geadviseerd juridisch kader voor een behandeling (N=63)

multidisciplinair onderzochten tav wie wordt geadviseerd	door één gd	door beide gds
bijz.voorw. bij voorw. straf	5	18
artikel 37 (plaatsing PZ)	-	8
TBS met verpleging	5	4
TBS met voorwaarde(n)	3	9
ander advies	5	1
vrijwillig kader	2	-
gd gaat aan jur. kader voorbij	8	3
n.v.t. (geen behandeladvies)	2	5
totaal	30	48

Uit bovenstaande tabel blijkt dat bij iemand die multidisciplinair wordt onderzocht niet altijd beide gedragsdeskundigen hetzelfde juridisch kader voor een behandeling adviseren. Een last tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis (artikel 37 Sr) is de enige maatregel tot behandeling die gedragsdeskundigen altijd beiden adviseren. Dat betekent evenwel niet dat wanneer nieuw onderzoek wordt verricht of eerder onderzoek verricht is, dat advies ook zo luidt.

34 Daarmee heb ik het oog op rapportages waarin de gedragsdeskundige een "vrijwillig kader" adviseert, waarin hij aan het juridisch kader voorbijgaat en wanneer hij geen behandeladvies geeft.

10.9 Samenvatting

Een belangrijke onderzoeksbevinding is dat de analyse van de onderzoeksgegevens met betrekking tot de verslaglegging ernstig werd belemmerd door een aantal complicerende factoren. Zo werd in de rapporten veel verwevenheid tussen verschillende onderdelen aangetroffen, die niet zelden tegenstrijdige informatie opleverde. Voorts werden de rapporten in hoge mate gekenmerkt door vaagheid, gebrek aan structuur en het gebruik van jargon. Desalniettemin konden enkele cruciale onderdelen van de rapportages, die hierna voor het voertlicht worden gebracht, worden geanalyseerd.

Wat betreft de diagnostiek valt op dat de meeste verdachte wel lijden aan een of andere vorm van gebrekkige ontwikkeling en/of ziekelijke stoornis van de geestvermogens. Opvallend is evenwel dat in het arrondissement Breda relatief veel verdachten geen enkele stoornis toegekend krijgen.

Aangaande de vraag in hoeverre sprake is van een relatie tussen een stoornis en het tenlastegelegde, mag van gedragsdeskundigen verwacht worden dat zij, wanneer zij aangeven dat sprake is van een dergelijke relatie, aangeven waaruit die relatie bestaat. Wat opvalt is dat wanneer gedragsdeskundigen melding maken van een dergelijke relatie, zij meestal een ander verband beschrijven, zoals een relatie tussen een stoornis en iets anders dan het tenlastegelegde. Slechts bij bijna een derde van de rapporten treffen we een beschrijving aan van een relatie tussen een stoornis en het tenlastegelegde. Wat betreft die beschrijving bestaan tussen de arrondissementen verschillen. Zo treffen we in Breda en Dordrecht relatief weinig een beschrijving aan van een stoornis met het tenlastegelegde. Mogelijk zijn die verschillen terug te voeren op de vraagstelling. Voorts valt op dat psychiaters zich beter van deze taak kwijten dan psychologen.

Uit de beschrijving van de relatie tussen de stoornis en het tenlastegelegde moet het advies over de (mate van) toerekeningsvatbaarheid logisch voortvloeien. Hier doet zich geregeld iets merkwaardigs voor. Zo zien we in een aantal rapporten dat de gedragsdeskundige aangeeft dat er een relatie bestaat tussen een stoornis en het tenlastegelegde, maar dat hij de onderzochte toch volledig toerekeningsvatbaar acht. Aan de andere kant zien we geregeld dat een gedragsdeskundige iemand (volledig) ontoerekeningsvatbaar beschouwt, terwijl hij dat niet baseert op een beschrijving van een relatie tussen een stoornis met het tenlastegelegde, maar op een beschrijving van een verband tussen bijvoorbeeld een stoornis met iets anders dan het

tenlastegelegde. Ook komt het voor dat volgens de gedragsdeskundige geen sprake zou zijn van een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens, maar dat hij iemand toch voor enigszins verminderd toerekeningsvatbaar houdt. Ook hier doen zich verschillen voor tussen de arrondissementen. Zo worden in Breda in vergelijking tot andere arrondissementen, relatief veel onderzochten volledig toerekeningsvatbaar geacht. Verschillen zien we ook tussen de onderzoeksmodaliteiten en tussen de delictsoorten. Zo worden degenen die verdacht worden van een zedendelict, naar verhouding zelden volledig toerekeningsvatbaar beschouwd.

Bij het voorspellen van het recidivegevaar wrenken zich niet alleen de complicerende factoren die aan het begin van dit hoofdstuk zijn beschreven. Daar komen ook nog de tekortkomingen bij van de diagnostiek, de beschrijving van de relatie tussen de stoornis(sen) en het tenlastegelegde en het advies omtrent de toerekeningsvatbaarheid. Bij nog niet één op de vijf onderzoeken voorspelt de gedragsdeskundige recidivegevaar van delicten op grond van een stoornis met iets anders, dat hij niet in verband brengt met een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens. Dat is voor zover sprake is van een stoornis, wat we op zijn minst mogen verwachten. Dat wil overigens niet zeggen dat wanneer wel aan die eis wordt voldaan al die beschrijvingen ideaal zijn. Verre van dat. Opvallend is dat vrijwel nooit aandacht wordt besteed aan beschermende factoren die een rol zouden kunnen spelen bij het voorkomen van recidive. Ook de onderbouwing van deze adviezen schiet doorgaans schromelijk tekort.

Het behandeladvies moet gericht zijn op het voorkomen van recidive van strafbare feiten. In ongeveer één op de drie rapporten adviseert de gedragsdeskundige een behandeling die gericht is op het voorkomen van nieuwe strafbare feiten. Deze adviezen zijn sterk wisselend qua inhoud, duidelijkheid en onderbouwing.

Wat betreft het juridisch kader van het behandeladvies kan opgemerkt worden dat gedragsdeskundigen bij ongeveer een kwart van de onderzochten een strafrechtelijke maatregel tot behandeling adviseren. Bij ongeveer één op de vijf onderzochten is dat een TBS al dan niet met verpleging. Ook hier zien we opvallende verschillen tussen de arrondissementen. Gedragsdeskundigen in Assen adviseren relatief vaak, namelijk bij ongeveer een op de drie onderzochten een TBS. Meestal gaat het om een TBS met voorwaarden. Ook in Dordrecht zien we dat relatief vaak. Daarnaast valt op

dat gedragsdeskundigen in Dordrecht naar verhouding vaak een last tot plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis adviseren. In Amsterdam daarentegen is een TBS-advies zeer zeldzaam.