Forensische psychiatrie en de rechtspraktijk

TWEEDE, HERZIENE DRUK

Redactie:
dr. mr. M.J.F. van der Wolf
dr. R.J. Verkes
dr. J.W. Hummelen

Boom | deTijdstroom

Forensische psychiatrie en de rechtspraktijk

Prof. dr. mr. M.J.F. van der Wolf, Prof. dr. R.J. Verkes,
Prof. dr. em. J.W. Hummelen (redactie)

Forensische psychiatrie en de rechtspraktijk

Tweede, herziene druk

Boom | deTijdstroom

Eerste druk, augustus 2018
Tweede, herziene druk 2026

© Boom, 2026.
De Tijdstroom is een imprint van Koninklijke Boom uitgevers
Uitgegeven door Boom
Prinsengracht 747-751
1017 JX Amsterdam

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Auteursrecht ten aanzien van tekst- en datamining en machinelearning is nadrukkelijk voorbehouden.
Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (Postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912. Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bijvoorbeeld een (digitale) leeromgeving of een reader in het onderwijs (op grond van artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting pro (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-pro.nl).
No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher. No part of this publication may be reproduced in the context of text and data mining for any other purpose which is not expressly permitted by law without permission of the publisher.
De uitgever heeft ernaar gestreefd de rechten van de illustraties en de artikelen volgens wettelijke bepalingen te regelen. Degenen die desondanks menen zekere rechten te kunnen doen gelden, kunnen zich alsnog tot de uitgever wenden.

Ontwerp en verzorging omslag: Michiel van Kleef, Schoon Ontwerp.
Ontwerp en verzorging binnenwerk: Karin van Duuren, BoekenWijs.

ISBN 978 90 2442 257 9
NUR 876

www.boom.nl

Inhoud kort

Voorwoord bij de tweede, herziene druk 21
Voorwoord bij de eerste druk 31

Deel 1 Psychische stoornissen, diagnostiek en behandeling 33
1 Psychische stoornissen, diagnostiek en behandelmethoden 35
2 Neurocognitieve stoornissen 71
3 Psychotische stoornissen 83
4 Stemmingsstoornissen en suïcidaal gedrag 101
5 Posttraumatische-stressstoornis en dissociatieve stoornissen 119
6 Verslavingsstoornissen 131
7 Parafiele stoornissen 155
8 Gedragsstoornissen 171
9 Persoonlijkheidsstoornissen 189
10 Autismespectrumstoornis 209
11 Aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis 221
12 Verstandelijke beperking 231

Deel 2 Gedragsdeskundig onderzoek voor de rechtspraktijk 241
13 Het gedragsdeskundig onderzoek pro Justitia 243
Appendix 13: Simulatie en delictamnesie 271
14 Toerekeningsvatbaarheid en toerekenen 279
15 Risicotaxatie 303

Deel 3 Juridische kaders voor gedwongen zorg 327
16 Rechtsposities in de gedwongen zorg 329
17 Zorg in strafrechtelijk kader 345
18 Gedwongen zorg in civielrechtelijk kader 371

Deel 4 Forensische behandeling en doelgroepen 391
19 Forensische behandelsettingen voor volwassenen 393
20 Forensische behandelkaders voor jeugdigen 405
21 Forensische zorg en interventies 419
22 Behandeling van personen met agressief gedrag 443
Appendix 22: Medicijngebruik, agressie en strafrechtelijke verantwoordelijkheid 463
23 Behandeling van zedendelinquenten 469
Appendix 23: Libidoremmende middelen bij de behandeling van zedendelinquenten 493

24 Stalking en brandstichting: typologie en behandeling 499
25 Vrouwen 513
26 Cultuur 525

Afkortingen 537

Over de auteurs 543

Register 547

Inhoud uitgebreid

Voorwoord bij de tweede, herziene druk 21

Voorwoord bij de eerste druk 31

Deel 1 Psychische stoornissen, diagnostiek en behandeling **33**

1 Psychische stoornissen, diagnostiek en behandelmethoden 35
1 Inleiding 35
2 Wat is een psychische stoornis? 35
2.1 Lichamelijk versus psychisch 35
2.2 Ziek versus gezond 36
2.3 Ziekte versus functiestoornis 37
3 Doelen en onderdelen van psychiatrische diagnostiek 39
3.1 Doelen 39
3.2 Onderdelen 42
3.3 Diagnose 44
3.4 Classificatie 45
3.5 Methodisch dualisme 47
3.6 De rol van context en intacte psychische functies 48
3.7 Betrouwbaarheid van een diagnose 49
4 Behandelmethoden 50
4.1 Inleiding 50
4.2 Behandelsettingen 51
4.3 Psychofarmaca 52
4.4 Elektroconvulsietherapie (ECT) 58
4.5 Psychotherapie 59
4.6 Psychosociale behandelmethoden 65
Noten 68

2 Neurocognitieve stoornissen 71
1 Inleiding 71
2 Delirium 71
2.1 Kenmerken 71
2.2 Ontstaan 72
2.3 Behandeling 72
2.4 Beloop 73
3 Dementiesyndroom 73
3.1 Kenmerken 73

3.2 Bijkomende stoornissen 76
3.3 Behandeling 76
4 Amnestische stoornis 76
4.1 Kenmerken 76
4.2 Behandeling 77
4.3 Beloop 77
5 Traumatisch hersenletsel 77
5.1 Definitie 77
5.2 Symptomen 77
6 Forensische aspecten 78
6.1 Delirium 78
6.2 Dementie 78
6.3 Hersenletsel 80
Noten 81

3 Psychotische stoornissen 83
1 Inleiding 83
2 Psychotische symptomen 84
2.1 Hallucinaties 84
2.2 Wanen 86
2.3 Verward denken 87
3 Schizofrenie 87
3.1 Kenmerken 88
3.2 Ontstaan 90
3.3 Beloop 91
3.4 Behandeling 92
4 Waanstoornis 93
4.1 Kenmerken 93
4.2 Behandeling 94
5 Schizoaffectieve stoornis 95
6 Kortdurende psychotische stoornis 95
7 Psychotische stoornis door drugs 95
8 Psychotische stoornis door een somatische aandoening 96
9 Forensische aspecten 96
Noten 100

4 Stemmingsstoornissen en suïcidaal gedrag 101
1 Inleiding 101
2 Depressieve stoornis 102
2.1 Kenmerken 102
2.2 Peripartumdepressie 104
2.3 Depressie met psychotische kenmerken 104

2.4 Bijkomende stoornissen 104
2.5 Ontstaan 104
2.6 Behandeling 105
2.7 Beloop 106
3 Manie 106
3.1 Ontstaan 107
3.2 Behandeling 107
3.3 Beloop 107
4 Kraambedpsychose 108
4.1 Kenmerken 108
4.2 Behandeling 108
5 Suïcidaal gedrag 109
5.1 Risico- en beschermende factoren bij het ontstaan van suïcidaal gedrag 109
5.2 Entrapment 111
5.3 Voorspellen van suïcide 111
5.4 Diagnostiek 111
5.5 Behandeling 113
6 Forensische aspecten 114
Noten 117

5 Posttraumatische-stressstoornis en dissociatieve stoornissen 119
1 Inleiding 119
2 Posttraumatische-stressstoornis 120
2.1 Kenmerken 120
2.2 Bijkomende stoornissen 122
2.3 Ontstaan 122
2.4 Behandeling 123
2.5 Beloop 124
3 Dissociatieve stoornissen 125
3.1 Dissociatieve amnesie 125
3.2 Depersonalisatie-/derealisatiestoornis 125
3.3 Dissociatieve identiteitsstoornis (DIS) 126
3.4 Acute dissociatieve reacties op stressvolle gebeurtenissen 126
4 Forensische aspecten 126
Noten 129

6 Verslavingsstoornissen 131
1 Inleiding 131
2 Stoornis in het gebruik van een middel 133
2.1 Kenmerken 133
3 Dubbele-diagnoseproblematiek 134

4 Motiveren voor behandeling 135
5 Behandelprincipes 136
6 Alcohol 138
6.1 Effecten 138
6.2 Onttrekkingsverschijnselen 139
6.3 Psychiatrische stoornissen 139
6.4 Lichamelijke gevolgen 140
6.5 Behandeling 140
7 Stimulantia 141
7.1 Effecten 141
7.2 Onttrekkingsverschijnselen 142
7.3 Psychiatrische stoornissen 142
8 Cocaïne 143
8.1 Effecten 143
8.2 Onttrekkingsverschijnselen 144
8.3 Psychiatrische stoornissen 144
9 Opioïden (morfine, heroïne en methadon) 144
9.1 Effecten 145
9.2 Onttrekkingsverschijnselen 146
9.3 Psychiatrische stoornissen 146
9.4 Behandeling 146
10 Cannabis (hasj en marihuana) 146
10.1 Effecten 147
10.2 Onttrekkingsverschijnselen 147
10.3 Psychiatrische stoornissen 147
11 Xtc (ecstasy) 148
11.1 Effecten 148
11.2 Onttrekkingsverschijnselen 148
11.3 Psychiatrische stoornissen 148
12 Gammahydroxyboterzuur (GHB) 148
12.1 Effecten 149
12.2 Onttrekkingsverschijnselen 149
13 Forensische aspecten 149
Noten 153

7 Parafiele stoornissen 155
1 Inleiding 155
2 Typen parafiele stoornissen 157
2.1 Hands-off parafiele stoornissen 157
2.2 Hands-on parafiele stoornissen 158
2.3 Overige parafiele stoornissen 162
2.4 Ontstaan 163

2.5 Behandeling 163
3 Forensische aspecten 164
3.1 Gevolgen van seksueel misbruik 164
3.2 Dadertypen 165
Noten 168

8 Gedragsstoornissen 171
1 Inleiding 171
2 Periodiek explosieve stoornis 173
2.1 Kenmerken 173
2.2 Ontstaan 174
2.3 Behandeling 174
2.4 Beloop 174
3 Kleptomanie 174
3.1 Kenmerken 175
3.2 Ontstaan 175
3.3 Bijkomende stoornissen 175
3.4 Behandeling 176
3.5 Beloop 176
4 Pyromanie 176
4.1 Kenmerken 177
4.2 Behandeling 177
4.3 Beloop 177
5 Gokstoornis 178
5.1 Kenmerken 178
5.2 Behandeling 179
5.3 Beloop 179
6 Normoverschrijdend-gedragsstoornis 179
6.1 Kenmerken 180
6.2 Bijkomende stoornissen 181
6.3 Ontstaan 181
6.4 Behandeling 181
6.5 Beloop 182
7 Oppositionele-opstandige stoornis 182
8 Forensische aspecten 183
8.1 PES 183
8.2 Kleptomanie 183
8.3 Pyromanie 184
8.4 Normoverschrijdend-gedragsstoornis 184
Noten 186

9 Persoonlijkheidsstoornissen 189
1 Inleiding 189
2 Algemene kenmerken 190
2.1 Clusters 191
2.2 Criteria 191
2.3 Ontstaan 192
3 Paranoïde-persoonlijkheidsstoornis 193
3.1 Bejegening 193
3.2 Behandeling 194
4 Borderline-persoonlijkheidsstoornis 194
4.1 Bejegening 195
4.2 Behandeling 195
5 Narcistische-persoonlijkheidsstoornis 196
5.1 Bejegening 197
5.2 Behandeling 197
6 Antisociale-persoonlijkheidsstoornis en psychopathie 198
6.1 Bejegening 200
6.2 Behandeling 201
7 Forensische aspecten 202
Noten 206

10 Autismespectrumstoornis 209
1 Inleiding 209
2 Kenmerken 210
2.1 Beperkingen in de sociale interactie en communicatie 210
2.2 Stereotiepe gedragingen en interesses 210
3 Diagnostiek 212
3.1 Klinisch beeld en ontwikkelingsanamnese 212
3.2 Psychologisch onderzoek 212
3.3 Invloed van de omgeving op symptomen 213
3.4 Bijkomende stoornissen 213
4 Ontstaan 214
5 Behandeling 214
6 Forensische aspecten 215
Noten 219

11 Aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis 221
1 Inleiding 221
2 Kenmerken 222
2.1 Onoplettend beeld 223
2.2 Hyperactief-impulsief beeld 223
2.3 Bijkomende stoornissen 224

3 Ontstaan 224
4 Behandeling 224
5 Forensische aspecten 226
Noten 228

12 Verstandelijke beperking 231
1 Inleiding 231
2 Kenmerken 232
2.1 Aanwijzingen voor een verstandelijke beperking 233
2.2 Conceptuele vaardigheden 233
2.3 Sociale vaardigheden 233
2.4 Praktische vaardigheden 234
2.5 Bijkomende stoornissen 235
3 Ontstaan 235
4 Behandeling 236
5 Forensische aspecten 237
Noten 239

Deel 2 Gedragsdeskundig onderzoek voor de rechtspraktijk 241

13 Het gedragsdeskundig onderzoek pro Justitia 243
1 Inleiding: de relevantie van een psychische stoornis voor het recht 243
2 Historische en internationale context 244
2.1 Historische context 244
2.2 Internationale context 247
3 Inhoud van de rapportage pro Justitia 249
3.1 Volwassenenstrafrecht 249
3.2 Jeugdstrafrecht 253
4 Methode van onderzoek 255
4.1 Indicatiestelling: soorten onderzoek 255
4.2 Ethische kwesties en rechten van de onderzochte 256
4.3 Eisen aan onderzoek en rapport 257
5 Kwaliteitsborging 259
5.1 Kwaliteit van de rapportage 259
5.2 Kwaliteit van de rapporteur 261
6 Knelpunten in de praktijk 262
6.1 Ontkennende verdachten 262
6.2 Geclaimde amnesie voor het ten laste gelegde 263
6.3 Weigerende verdachten 263
6.4 Transculturele aspecten 264
6.5 Vertekening van het beoordelingsvermogen 264
Noten 266

Appendix 13: Simulatie en delictamnesie 271
Simulatie 271
Delictamnesie 272
Amnesie door een (genees)middel of een somatische aandoening 272
Gesimuleerde amnesie 274
Noten 275

14 Toerekeningsvatbaarheid en toerekenen 279
1 Inleiding 279
1.1 Strafrechtelijke context 279
1.2 Terminologie 281
2 Historische en internationale context 282
2.1 Een universele morele traditie 282
2.2 Veel cultuurspecifieke uitwerkingen 282
3 Betekenis van het begrip toerekeningsvatbaarheid in Nederland 286
4 Methode van onderzoek 288
4.1 Mogelijke aanwezigheid van een psychische stoornis ten tijde van het tenlastegelegde 289
4.2 Betekenisverband 289
5 Kwaliteitsaspecten: zijn de gradaties betrouwbaar te onderscheiden? 291
6 Knelpunten in de praktijk 293
6.1 Algemene kritiekpunten 293
6.2 Geen scherpe afgrenzing psychische stoornis 293
6.3 Invloed van psychoactieve stoffen: culpa in causa 294
Noten 296

15 Risicotaxatie 303
1 Inleiding 303
2 Historische ontwikkelingen en internationale context 303
3 De ontwikkeling van risicotaxatie-instrumenten 305
3.1 Actuariële risicotaxatie-instrumenten 305
3.2 Instrumenten voor het gestructureerd professioneel oordeel 307
3.3 Instrumenten voor screening 310
4 Risicotaxatie-instrumenten: kritieken, mogelijkheden, beperkingen 311
5 De praktijk van de risicotaxatie 316
5.1 Scoring 316
5.2 Risicotaxatie in de rapportage pro Justitia 317
6 Besluit 318
Noten 321

Deel 3 Juridische kaders voor gedwongen zorg 327

16 Rechtsposities in de gedwongen zorg 329
1 Inleiding: via strafrecht of 'civiel' recht 329
2 Internationale en historische context 331
2.1 Internationaal recht 331
2.2 Historische context 332
2.3 Een relatief nieuw beleidsterrein: forensische zorg 334
3 Systematiek en regeling van rechtspositie 335
3.1 Externe versus interne rechtspositie 335
3.2 Volwassenen versus jeugd 337
3.3 Gedwongen versus vrijwillig 338
3.4 Materiële en formele rechtspositie 338
3.5 Bepaling rechtspositie: dak en/of titel 338
4 Praktijk en knelpunten 339
4.1 De 'interne' rechtspositie bij een ambulante maatregel 340
4.2 Grensverkeer tussen de terreinen: gebrek aan harmonisatie 340
Noten 341

17 Zorg in strafrechtelijk kader 345
1 Inleiding 345
2 Internationale en historische context 346
2.1 Internationale context 346
2.2 Ontstaan van het onderscheid tussen straf en maatregel 346
2.3 Vervaging van het onderscheid tussen straf en maatregel 347
3 Relevantie van stoornis en zorg in de fasen van het strafproces 348
3.1 Vervolging 349
3.2 Berechting 350
3.3 Tenuitvoerlegging van sancties 351
3.4 Een civielrechtelijke (zorg)machtiging in alle fasen 352
4 Regeling en rechtspraktijk: de strafrechtelijke kaders 354
4.1 Kaders gerelateerd aan vervolging 354
4.2 Kaders opgelegd bij berechting 356
4.3 Kaders tijdens tenuitvoerlegging 359
5 Knelpunten vanuit het oogpunt van zorg 362
5.1 Kwantiteit en kwaliteit van zorg in het gevangeniswezen 362
5.2 Continuïteit van zorg 363
5.3 Belemmering van zorg 363
Noten 365

18 Gedwongen zorg in civielrechtelijk kader 371
1 Inleiding 371
2 Internationale en historische context 372
2.1 Internationale context 372
2.2 Historische context: ontwikkeling onder de Bopz 372
3 Van knelpunten onder de Bopz naar nieuwe systematiek en knelpunten onder de Wvggz en Wzd 374
3.1 Veranderde inzichten 374
3.2 Wetgeving per zorgsector 375
3.3 De systematiek van de Wvggz-zorgmachtiging 376
3.4 Verhouding tot het strafrecht 378
3.5 Regelingen voor klacht- en tuchtrecht 379
3.6 Knelpunten van Wvggz en Wzd in de praktijk 380
4 Bestaande kaders voor gedwongen zorg 381
4.1 Wvggz 381
4.2 Wzd 384
4.3 Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) 385
Noten 386

Deel 4 Forensische behandeling en doelgroepen 391

19 Forensische behandelsettingen voor volwassenen 393
1 Inleiding 393
2 Organisatie van forensisch psychiatrische zorg voor volwassenen 393
3 Indicatiestelling en plaatsing 395
4 Psychiatrische zorg in detentie voor volwassenen 396
5 Klinische forensische zorg buiten de detentiesetting 399
6 Inrichting voor stelselmatige daders 401
7 Verblijfszorg, ambulante begeleiding en ambulante behandeling 403
Noten 404

20 Forensische behandelkaders voor jeugdigen 405
1 Inleiding 405
2 Forensisch psychiatrische zorginstellingen voor jeugdigen 406
2.1 De JJI en de PIJ-maatregel 406
2.2 Orthopsychiatrische klinische ggz-afdelingen 408
2.3 Detentie 408
2.4 Jeugdzorginstellingen 409
2.5 Kleinschalige Voorziening Justitiële Jeugd (KVJJ) 409
2.6 Meisjes en vrouwen 409
3 Poliklinische forensisch psychiatrische zorginstellingen voor jeugdigen 410
3.1 Poliklinische behandeling 410

3.2 GBM 410
4 Straffen waar jongeren van leren 411
4.1 Halt-straf 411
4.2 Taakstraf 411
5 Overige interventies 411
5.1 Ondertoezichtstelling/maatregel uithuisplaatsing 411
5.2 Jeugdreclassering 411
6 Inhoud van de behandeling 412
6.1 Ernst van het feit en recidiverisico 412
6.2 Systemische invalshoek 413
6.3 Good Lives-model 413
6.4 Individuele programma's 414
6.5 Motivering 414
6.6 Type probleem 414
Noten 417

21 Forensische zorg en interventies 419
1 Inleiding 419
2 Historische en internationale context 419
3 Theoretische kaders en modellen voor behandeling 420
3.1 Risk-Needs-Responsivity Model 420
3.2 Good Lives en beschermende factoren 422
3.3 Kwaliteit van leven 423
3.4 Herstel 423
4 Forensische behandeling 424
4.1 Diagnostiek 424
4.2 Delictanalyse 424
4.3 Behandeldoelen algemeen 425
4.4 Behandeldoelen specifiek 426
4.5 Motivatie en behandelbereidheid 427
4.6 Voorbeelden van (behandel)interventies 428
4.7 Effectiviteit 430
5 Milieutherapie en leefklimaat 430
5.1 Leefklimaat 430
5.2 Sociotherapie 432
5.3 Speciale groepen 432
5.4 Vroegsignalering 433
6 Risicomanagement 434
7 Resocialisatie en verlof 435
8 Besluit 435
Noten 437

22 Behandeling van personen met agressief gedrag 443
1 Typen agressie en geweld 443
2 Prevalentie 444
3 Agressie en psychologische disfuncties 445
3.1 Agressie als aangeleerd gedrag 445
3.2 Vijandige interpretatiebias 446
3.3 Emotieregulatie 446
3.4 Impulsiviteit en overgaan tot agressief gedrag 446
3.5 Beperkte copingvaardigheden 447
3.6 Instrumentele agressie 447
4 Neurobiologie 448
4.1 Hersenregio's 448
4.2 Neurotransmissie en farmacologie 448
4.3 Genetica 448
5 Omgevingsfactoren 449
6 Alcohol- en middelenmisbruik 449
7 Uitgangspunten van behandeling 450
7.1 Veiligheid voorop, time-outprocedure 450
7.2 Anger management 450
7.3 Socialevaardigheidstraining 451
7.4 Moreel redeneren 451
7.5 Systeembenadering 452
8 Samengestelde interventies 452
8.1 Algemeen 452
8.2 Relationeel geweld 453
8.3 Agressie in het verkeer 454
9 Responsiviteit 455
9.1 Groeps- versus individuele therapie 455
9.2 Motivatie 455
10 Farmacotherapie 456
Noten 458

Appendix 22: Medicijngebruik, agressie en strafrechtelijke verantwoordelijkheid 463
Psychofarmaca en agressie 463
SSRI's 463
Benzodiazepinen 464
Medicijngebruik en ontoerekeningsvatbaarheid 464
Causaal verband tussen het medicijngebruik en het delict 465
Welk oordeel over de toerekeningsvatbaarheid? 465
Medicijngebruik en culpa in causa 466
Besluit 466
Noten 467

23 Behandeling van zedendelinquenten 469
1 Inleiding 469
1.1 Zedencriminaliteit 469
1.2 Mannen daders en vrouwen slachtoffers? 470
2 Historische en internationale context 471
2.1 Jeugdigen 473
3 Typen zedendelinquenten 473
4 Risicofactoren 474
4.1 Risicotaxatie-instrumenten voor seksuele delicten 475
5 Delictgerelateerde factoren 476
5.1 Hyperseksualiteit en seksuele preoccupatie 476
5.2 Drempelverlagende factoren 477
5.3 Cognitieve vervormingen 478
6 Behandeling 480
6.1 Uitgangspunten van de behandeling 480
6.2 Motivatie voor behandeling 480
6.3 Sekspositieve visie, seksuele gezondheid en consent 481
6.4 Aanranders en verkrachters 482
6.5 Kindermisbruikers 482
6.6 Downloaders van kindermisbruikbeelden 483
6.7 Jeugdigen 483
6.8 Vrouwelijke plegers 483
6.9 Plegers met een licht verstandelijke beperking (LVB) 484
6.10 Resocialisatie 484
6.11 Telefonische hulplijn 485
Noten 488

Appendix 23: Libidoremmende middelen bij de behandeling van zedendelinquenten 493
SSRI's 493
Testosteronverlagende middelen 493
Cyproteron 494
GnRH-agonisten 494
Bijwerkingen van testosteronverlagende middelen 495
Preventie van bijwerkingen 495
Welk middel heeft de voorkeur? 495
Ethische aspecten 496
Noten 497

24 Stalking en brandstichting: typologie en behandeling 499
1 Inleiding 499
2 Stalking 499

2.1 Classificatie van stalkers 501
2.2 Recidiverisico 503
2.3 Behandeling 503
3 Brandstichting 505
3.1 Typologie 506
3.2 Behandeling 507
Noten 508

25 Vrouwen 513
1 Inleiding 513
2 Diagnostiek 514
3 Behandeling 515
4 Forensische aspecten 515
4.1 Delictpleging door vrouwen 515
4.2 Achtergrondkenmerken van vrouwelijke delinquenten 516
4.3 Diagnostiek en risicotaxatie 517
4.4 Genderresponsieve bejegening 518
4.5 Genderresponsieve behandeling 520
Noten 522

26 Cultuur 525
1 Inleiding 525
2 Rapportage pro Justitia 527
3 Het cultureel verweer 529
4 Diagnostiek 529
4.1 Psychiatrische diagnostiek 530
4.2 Psychologische testdiagnostiek 530
4.3 Risicotaxatie-instrumenten 530
5 Schuld en schaamte 531
6 Cultuursensitieve behandeling 531
7 Ethische dilemma's 532
Noten 535

Afkortingen 537

Over de auteurs 543

Register 547

Voorwoord bij de tweede, herziene druk

Noodzaak en verantwoording van herziening

Na zeven jaar van intensief gebruik in het hoger onderwijs, was er alle aanleiding om een herziene druk te maken van dit boek. Niet zozeer omdat zevenjaarscycli een vrij regelmatig voorkomend fenomeen zijn in biologische, (ontwikkelings)psychologische en levensbeschouwelijke modellen, maar toch vooral omdat we merkten dat de eerste druk uit 2018 diens uiterste houdbaarheidsdatum begon te bereiken wat betreft (een deel van) de inhoud. In de laatste jaren moesten we studenten elk jaar meer nieuwe en actuele informatie verstrekken in aanvulling op het boek om ze *up to date* te houden. Een terrein zoals de forensische psychiatrie, dat zich bevindt op het grensvlak van gedragskunde en recht, is voortdurend aan veranderingen vanuit beide disciplines onderhevig. Van juridische zijde zijn er bijvoorbeeld in deze periode een aantal relevante wetswijzigingen geweest, zoals de opvolging van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz) door de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) en de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten – die we in dit boek kortweg de Wet zorg en dwang (Wzd) zullen noemen – in 2020. Dat was ook het jaar dat de Wet forensische zorg (Wfz) voor het eerst in volle omvang gelding kreeg, inclusief een inmiddels al veelbesproken mogelijkheid voor de strafrechter om een (zorg)machtiging in het kader van de hiervoor genoemde civiele zorgwetten af te geven, die tevens de strafrechtelijke maatregel van plaatsing in het psychiatrisch ziekenhuis verving. In 2018 konden we deze toekomst slechts nog in theorie schetsen, thans is er al vrij veel ervaring met de nieuwe praktijk. Ook is er in deze periode belangwekkende jurisprudentie gewezen, bijvoorbeeld door de Hoge Raad in de zaak Thijs H. in 2023, een *landmark case* voor de vaderlandse forensische gedragskunde. Van de kant van de gedragskunde zijn er voorts ook enkele ontwikkelingen geweest, zoals het in zwang raken van nieuwe behandelmethoden, (risicotaxatie)instrumenten en een nieuwe richtlijn voor psychiatrisch onderzoek pro Justitia uit 2024.

De inhoudsopgave laat zien dat de wijzigingen ten opzichte van de eerste druk niet beperkt blijven tot het actualiseren van de hoofdstukken. Zo zijn enkele hoofdstukken van auteur(s) gewisseld omdat sommige auteurs van de vorige druk inmiddels van een welverdiend pensioen genieten – terwijl Henk Nijman ons tragischerwijs ontvallen is – en is een aantal (nieuwe) hoogleraren en docenten die ons boek in het eigen onderwijs gebruiken, bij de totstandkoming van deze nieuwe druk betrokken. Bovendien willen wij als redactie bij deze tweede druk tegemoetkomen aan enkele tekortkomingen die gesignaleerd zijn door recensenten en door onszelf in het onderwijs. Gemene deler in de recensies was dat Deel I van het boek, dat psychopathologie bespreekt, te uitvoerig was en te weinig vanuit forensisch perspectief geschreven.[I]

Om die reden focust het eerste deel in deze tweede druk nadrukkelijker op forensisch relevante stoornissen. Sommige hoofdstukken zijn ingekort, samengevoegd of verplaatst naar een appendix bij een ander hoofdstuk, en enkele hoofdstukken (over somatisch-symptoomstoornissen en anorexia nervosa) zijn geschrapt. In de gehandhaafde hoofdstukken van Deel 1 zijn vignetten toegevoegd die de forensische relevantie van een bepaalde psychische stoornis concreet illustreren aan de hand van forensische casuïstiek. De casussen zijn ontleend aan de openbare en geanonimiseerde database van gerechtelijke uitspraken op rechtspraak.nl (waarnaar in zo'n geval dan ook verwezen wordt), en in een aantal gevallen aan eigen ervaringen van de auteur(s) – zodanig aangepast dat herleiding tot een specifieke persoon niet mogelijk is. Ook aan enkele hoofdstukken in Deel 4, waar het gaat om (behandeling van) specifieke doelgroepen in de forensische psychiatrie, zijn enkele vignetten toegevoegd. Als redactie misten we in de eerste druk aandacht voor vrouwen en personen met een migratieachtergrond als specifieke doelgroepen. Hoewel deze nieuwe hoofdstukken psychodiagnostische, forensisch diagnostische en behandelelementen bevatten, hebben we ze aan het eind van Deel 4 geplaatst omdat de lezer dan alle voorkennis heeft om de tekst van begin tot eind te kunnen volgen. Specifieke feedback die bepaalde hoofdstukken betrof, hebben we ter plaatse verwerkt. Wat ons betreft is deze tweede druk dan ook met recht een herziene druk, waarin meer balans en focus is aangebracht.
Voor het overige is aan de reikwijdte en doelstellingen van het boek niets veranderd, daarvoor verwijzen we naar het voorwoord bij de eerste druk. Wel willen we hieronder tegemoetkomen aan de feedback betreffende het vorige voorwoord, dat te kort werd geacht om de forensisch psychiatrische discipline van een maatschappelijk en juridisch kader te voorzien en de samenhang van de verschillende onderdelen van dit handboek voor de lezer te verhelderen.

Forensische psychiatrie: een afbakening

Forensische psychiatrie wordt in dit boek als overkoepelende term gebruikt voor een veld waarin naast forensisch psychiaters ook andere forensische (gedragskundige) disciplines, zoals de klinische psychologie, een rol spelen. Met name voor wat betreft de diagnostiek ligt in dit boek de nadruk op de terminologie en de methodiek van de psychiatrie.
De forensische psychiatrie richt zich op individuen bij wie (vermoedelijk) sprake is van een psychische stoornis en die in aanraking (dreigen te) komen met wet- en regelgeving. Het gaat hierbij niet alleen over het strafrecht, al ligt daar in dit boek wel de nadruk op, maar ook om bijvoorbeeld gedwongen zorg op basis van de reeds genoemde Wvggz en Wzd. Deze twee wetten worden in de praktijk aangeduid als civielrechtelijke wetgeving (zie hoofdstuk 18). Het woord 'forensisch' komt van het Latijnse woord *forum*: het centrale plein waar markt werd gehouden en rechtszittingen plaatsvonden. Dit boek gaat dus over psychiatrie in dienst van het recht.

Binnen de forensische psychiatrie kan een onderscheid worden gemaakt tussen advisering en zorgverlening. Advisering aan de rechter in het strafrecht vindt met name plaats in de vorm van een rapportage pro Justitia. Hierbij komen onder andere vragen aan de orde of er bij de verdachte sprake is van een psychische stoornis en zo ja, of deze stoornis invloed heeft gehad op het ten laste gelegde gedrag. Advisering in het kader van de Wvggz en Wzd bestaat onder andere uit het opstellen van een medische verklaring. Forensische zorg betreft, volgens de Wfz, behandeling in de geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg of verstandelijk gehandicaptenzorg als dit plaatsvindt in strafrechtelijk kader, bijvoorbeeld in het geval van een (voorwaardelijke) straf of maatregel (zoals tbs). Behandeling kan ambulant of in een klinische setting plaatsvinden. Ook begeleiding kan onder forensische zorg vallen, bijvoorbeeld in het kader van beschermd wonen.
Vanuit ethisch oogpunt levert de forensische psychiatrie, als onderdeel van de geneeskunde, enige spanning op met medische uitgangspunten zoals 'weldoen' en 'niet schaden'. Naast het belang van de patiënt is immers in de forensische psychiatrie nadrukkelijker ook het belang van de samenleving relevant. Deze spanning treedt met name aan het licht bij de zorgverlening in strafrechtelijk kader. De behandelcultuur in de algemene psychiatrie is gericht op vermindering van de klachten. Bij een forensisch psychiatrische behandeling ligt het primaat bij de vermindering van het recidiverisico. Daarbij kan worden opgemerkt dat het streven naar een delictvrij leven steeds vaker wordt gezien als onderdeel van het herstel, en dus als 'weldoen'.[2] Maar zeker in de advisering wordt deze spanning ervaren, bijvoorbeeld omdat het belangrijke principe van vertrouwelijkheid (het beroepsgeheim) wordt geschonden. Ook is het de vraag in hoeverre het aanreiken van argumenten voor ingrijpende sanctionering te rijmen valt met 'niet schaden'. Om recht te doen aan deze dilemma's wordt in het hoofdstuk over de rapportage pro Justitia (hoofdstuk 13) uitvoeriger dan in de eerste druk stilgestaan bij ethische principes en de tuchtrechtelijke normen die daaruit voortvloeien. Die normen gelden over het algemeen ook voor andere forensisch gedragskundigen die vallen onder de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG).

Juridische en maatschappelijke context

De forensische psychiatrie bestaat omdat het recht om inbreng van die deskundigheid vraagt. Zowel in civielrechtelijke als in strafrechtelijke wetteksten staan begrippen die door de rechter moeten worden toegepast maar die ook op het terrein van de gedragskundige liggen. In de internationale literatuur wordt dan gesproken van 'medicolegale' of 'psycholegale' concepten. Voorbeelden van zulke concepten zijn de begrippen 'psychische stoornis' en 'gevaarlijkheid' (in een of andere omschrijving), die zowel in strafrechtelijke als in civielrechtelijke wetteksten voorkomen. Voorts betreft het onder meer bepaalde juridisch relevante capaciteiten die mogelijk door een psychische stoornis worden aangetast, zoals de begrippen 'wilsbekwaamheid' in het civiele recht en '(on) toerekeningsvatbaarheid' in het Wetboek van strafrecht (Sr) om strafbaarheid vast te

stellen,[3] of het begrip 'procesbekwaamheid' in het Wetboek van strafvordering (Sv) om de (mate van) kwetsbaarheid van de verdachte in het strafproces vast te stellen.
Daarnaast vraagt het recht ook om zorg of behandeling. Niet alleen om aan penologische doelen van individuele recidivepreventie, bescherming van de samenleving (via recidivevermindering) of resocialisatie (vroeger werd gesproken in termen van 'onschadelijkmaking' en 'verbetering') inhoud te geven, maar ook omdat personen die onder de verantwoordelijkheid van Justitie vallen evenveel recht hebben op zorg als degenen in de samenleving, een recht dat sterker wordt als eventuele vrijheidsbeneming (mede) op de aanwezigheid van een psychische stoornis is gebaseerd.
Hiermee heeft de forensische psychiatrie binnen het strafrecht meteen een vrij grote rol, want er komen relatief veel mensen met een psychische stoornis in aanraking met politie en justitie. Zo is forensische gedragskunde de discipline die met afstand de grootste groep ingeschreven deskundigen telt in het Nederlands Register voor Gerechtelijk Deskundigen (NRGD). Het percentage personen met een psychische stoornis wordt steeds groter naarmate men naar een verdere fase van het strafproces kijkt (vervolging, berechting, tenuitvoerlegging van sancties). Wereldwijd blijkt uit onderzoek dat 40 tot 90% van de gedetineerden aan een psychische aandoening lijdt.[4] Uiteraard hangt de flinke spreiding in gevonden percentages samen met internationale verschillen in de bestudeerde populaties en gebruikte definities. In vergelijking met de cijfers in de algemene bevolking kan echter geconcludeerd worden dat personen met psychische stoornissen oververtegenwoordigd zijn in het gevangeniswezen. Hetzelfde geldt voor specifieke categorieën van psychische stoornissen: ook al beschikken we niet over exacte cijfers, gedetineerden vertonen vooral stoornissen in middelengebruik, persoonlijkheidsstoornissen en relatief vaak een psychotische stoornis of een traumagerelateerde stoornis. In een recente internationale vergelijking worden de verklaringen voor deze oververtegenwoordiging als volgt samengevat (eigen vertaling):

> *'Het beeld [ontstaat] van een verdachte met een psychische stoornis – die om de een of andere reden niet als zodanig wordt herkend en/of doorgesluisd naar zorg – die overweldigd wordt door het strafrechtsysteem en naar de gevangenis wordt gestuurd, waar behandeling schaars is en de omgeving anti-therapeutisch, en die uiteindelijk wordt overgebracht naar reclasseringsdiensten die over te beperkte middelen beschikken om de psychische problemen daadwerkelijk aan te pakken. Het is dan ook geen verrassing dat de recidivecijfers over het algemeen hoog zijn onder gedetineerden met een psychische stoornis.'*[5]

Ook in Nederland is er sprake van een vrij grote oververtegenwoordiging van personen met een psychische stoornis in het gevangeniswezen; rond de 70% van de gedetineerden in gevangenissen en bijna 40% van de personen in voorarrest – stoornissen in middelengebruik niet meegerekend.[6] En dat terwijl Nederland verhoudingsgewijs wereldwijd de grootste hoeveelheid forensische zorgbedden voorradig heeft.[7] Nederlandse rechters hebben kennelijk een voorkeur voor sancties die forensische zorg inhouden,

waarschijnlijk vooral vanwege het recidivereducerende effect,[8] een voorliefde die waarschijnlijk ook wortelt in een lange traditie van forensische diagnostiek en zorg.
Deze juridische contexten staan niet los van bredere maatschappelijke opvattingen ten aanzien van de omgang met deze doelgroep. Zo is in de afgelopen decennia het beleidsterrein betreffende personen met verward of onbegrepen gedrag opgekomen. Sinds 2011 registreert de Nederlandse politie meldingen van 'verwarde personen'. Uit de cijfers die de politie daarover publiceert, blijkt dat sindsdien elk jaar het aantal meldingen is gestegen, tot ongeveer 460 telefoontjes per dag in 2026.[9] Voor deze enorme stijging zijn meerdere verklaringen mogelijk.
De wellicht meest voor de hand liggende verklaring krijgt de minste aandacht in beleidsdocumenten. De cijfers betreffen namelijk niet direct het aantal verwarde personen, maar het aantal meldingen van burgers over personen die in de ogen van de melder verward zijn. Ze zeggen dus misschien meer over de tendens om een melding te doen in onze dichtbevolkte samenleving dan over het daadwerkelijke aantal verwarde personen. Het lijkt dat we minder tolerant worden voor gedrag dat we niet begrijpen. Dat is wellicht weer te verklaren vanuit geruchtmakende ernstige incidenten, waardoor gemakkelijk het verband wordt gelegd tussen verwardheid en risico's, ook al gaat het grote merendeel van de meldingen over overlast en slechts ongeveer 5% over daadwerkelijk gevaarlijke situaties.[10] Dat de politie daardoor veelvuldig onnodig moet opdraven, heeft twee nadelige gevolgen: de politie heeft minder tijd voor andere politietaken en verwarde personen worden vaak zonder goede zorg in politiecellen opgesloten waardoor hun klachten doorgaans verergeren.[11]
De hier beschreven ontwikkeling ligt, samen met het feit dat verwardheid in de psychiatrie een symptoom is en niet een diagnose, ook ten grondslag aan de eerste naamsverandering van dit beleidsterrein, namelijk die van 'verwarde personen' naar 'personen met verward gedrag', waarbij de persoon niet langer gelijk werd gesteld aan zijn daden. De tweede naamsverandering was de toevoeging 'onbegrepen gedrag'. Ook deze benaming sluit beter aan bij wat er feitelijk wordt geregistreerd, omdat ze meer zegt over de melder dan over de persoon die verward lijkt.[12]
De meest genoemde verklaring voor meer 'verwarde mensen' op straat is het falende systeem van de geestelijke gezondheidszorg, onder meer als gevolg van bezuinigingen of de-institutionalisering (vermindering van het aantal beveiligde bedden).[13] Dit is precies dezelfde verklaring die traditioneel wordt gegeven voor de toestroom van mensen met psychische stoornissen in het strafrechtsysteem, gebaseerd op een criminologische theorie die in de jaren twintig van de twintigste eeuw door Penrose werd geformuleerd.[14] Hoewel deze hypothese vrij moeilijk te verifiëren of te falsificeren is, heeft ze een aanzienlijke *face validity*, ook al zou een gebrek aan tolerantie voor mensen met psychische stoornissen in de samenleving wel eens een robuustere verklaring kunnen zijn voor hun oververtegenwoordiging in gevangenissen.[15] Het is in elk geval ook een veelgebruikte verklaring voor de steeds moeilijkere uitstroom uit de tbs.[16]

De hier geschetste juridische en maatschappelijke context onderstreept het belang van de forensische psychiatrie binnen de disciplines (straf)recht, criminologie en gedragskunde.

Internationale en historische context

Voor een goed begrip van de huidige stand van de Nederlandse forensische psychiatrie is een vergelijking met andere landen en een schets van haar ontwikkeling door de tijd heen aangewezen. Waar de reguliere psychiatrische diagnostiek met name in de westerse wereld vrij gelijkvormig is, gedomineerd als zij wordt door classificatiesystemen zoals de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), ligt dat anders voor de forensisch psychiatrische diagnostiek. Elk rechtsgebied heeft eigen procedures, definities van psycholegale concepten en tradities van omgang met psychisch gestoorde justitiabelen. En die zijn dan weer de resultante van een historische ontwikkeling. Waar Deel 1 van dit boek over de diagnostiek grofweg de relevante categorieën van de DSM volgt en Deel 4 over de forensische behandeling ook vooral uitgaat van internationaal bekende therapieën en modellen – zoals Risk Need Responsivity (RNR) –, wordt aan de hoofdstukken in Deel 2 en Deel 3 dan ook internationale en historische context toegevoegd waar dit voor een goed begrip aangewezen is.
Een belangrijk onderscheid in het (theoretische denken over het) strafrecht, dat veel van de specifiekere historische ontwikkelingen die in de betreffende hoofdstukken worden geschetst omvat, is dat tussen de 'klassieke' en de 'moderne' (of nieuwe) richting. Emeritus hoogleraar Forensische psychiatrie Antoine Mooij, die veel historisch onderzoek heeft gedaan, relateerde dat onderscheid fraai aan de forensische psychiatrie: waar de 'klassieke richting' het ontstaan van de forensische psychiatrie mogelijk heeft gemaakt, heeft de 'moderne richting' haar bloei mogelijk gemaakt.[17]
In de forensische psychiatrie staat tegenwoordig de 'dader' centraal; de rechter is geïnteresseerd in de persoon van de verdachte en diens omstandigheden. Dit is niet altijd zo geweest. Vóór de Franse Revolutie werd er gestraft naar de willekeur van de vorst. Aan het eind van de achttiende eeuw wilde men de burger beschermen tegen deze willekeur en werden wetten ingevoerd waarin strafbare gedragingen (delicten) nauwkeurig werden omschreven (codificatie). Zo kreeg de burger rechtsbescherming: alleen wanneer iemands gedrag overeenkwam met de delictsomschrijving was degene strafbaar. In dit 'klassieke' strafrecht stond de 'daad' centraal, en de verantwoordelijkheid voor en proportionele vergelding van de schuld. Van belang was in welke mate men de verdachte de daad kon toerekenen. Niet lang na deze codificatie begon men onderscheid te maken tussen 'gestoorden' en 'marginalen' (waaronder criminelen). Voorheen werd dat onderscheid niet gemaakt en werden allen opgesloten. Behandeling van de 'gestoorden' vond niet plaats. Aan het maken van dit onderscheid (tussen *mad* en *bad*, zo men wil) is de naam van Philippe Pinel verbonden, die in 1792 de gestoorden letterlijk van hun ketenen bevrijdde en hen opnam in inrichtingen waar ook behandeling plaatsvond. In de

loop van de negentiende eeuw stelde men zich de vraag of er ook individuen bestonden die zowel 'gestoord' als crimineel waren. Hierdoor kwam er ruimte voor een forensische psychiatrie die zich ging bezighouden met een grotere groep 'gestoorden' die ook een delict hadden gepleegd.
Eind negentiende eeuw ontwikkelde zich de 'nieuwe richting'. Men had de overtuiging dat ook inzichten vanuit sociologie en criminologie betrokken dienden te worden bij de strafrechtstoepassing. Misdaad had oorzaken die moesten worden aangepakt. Het mensbeeld ging niet uit van vrijheid en verantwoordelijkheid, maar van determinisme. Niet schuld maar gevaarlijkheid kwam centraal te staan. Achterliggende gedachte was dat straffen alleen de samenleving onvoldoende kan beschermen tegen gevaarlijke individuen. De voorgestelde aanpak was het identificeren van gevaarlijke individuen en vervolgens deze te behandelen teneinde de kans op recidive te verkleinen. Voor deze selectie was het noodzakelijk onderzoek te doen naar de persoon en diens omstandigheden. Door deze aandacht voor de 'dader' werd de inbreng vanuit de forensische psychiatrie bij de rechtspraktijk veel belangrijker en kon het zich inhoudelijk verder ontwikkelen. De 'nieuwe richting' won steeds meer terrein en zo kwam begin twintigste eeuw de dadergerichte maatregel 'terbeschikkingstelling van de regering' (thans tbs) tot stand, die overigens wordt beschouwd als een compromis met de 'klassieke richting' vanwege de beperking tot daders met een psychische stoornis en de mogelijkheid om verminderd toerekeningsvatbaren in combinatie een straf op te leggen.[18] De maatregel was bedoeld om gevaarlijk geachte individuen te behandelen voordat zij terugkeerden in de maatschappij: de forensische psychiatrie beperkte zich niet langer tot advisering aan de rechter maar ontwikkelde zich ook tot forensische zorg.
Globaal vanaf de jaren tachtig van de twintigste eeuw ontwikkelde de forensische psychologie risicotaxatie-instrumenten. Deze ontwikkeling kan mede worden gezien tegen de achtergrond van het steeds grotere belang dat in de samenleving wordt toegekend aan het voorkomen van recidive. Waar eerst binnen de rechtspraktijk de aandacht vooral uitging naar de mate van toerekeningsvatbaarheid, verschuift dit naar een strafrechtelijk oordeel gericht op het optimaliseren van de recidivepreventie. Men duidt dit aan met de term 'risicostrafrecht', hetgeen mooi aansluit bij de geschetste maatschappelijke ontwikkeling in de voorgaande paragraaf.

Indeling van het boek

In grote lijnen volgt de opzet van dit boek de volgorde van de standaardvraagstelling van de strafrechter aan de gedragsdeskundige rapporteur pro Justitia. Deze moet achtereenvolgens conclusies trekken over de aanwezigheid van een psychische stoornis (ten tijde van het delict), de mate van doorwerking van die stoornis in het delict oftewel de mate van toerekeningsvatbaarheid, het recidiverisico dat van de verdachte uitgaat, de behandeling die nodig is om dat risico te reduceren en het juridisch kader (mogelijk ook civielrechtelijk) waarbinnen die behandeling moet of kan plaatsvinden.

Deel 1 gaat dan ook over psychische stoornissen. Voor een goed begrip van de rechtspraktijk is basale kennis van psychische stoornissen zeer wenselijk. Deze kennis is dienstig bij het begrijpen van de belevingswereld van de verdachte. Wanneer de belevingswereld beter wordt begrepen leidt dit tot het vermogen om beter het contact aan te gaan. Het gesprek kan zich verdiepen waarbij niet meer alleen feitelijke gedragingen aan de orde komen maar ook de achterliggende beweegredenen zichtbaar kunnen worden. Dit laatste is van belang bij de beoordeling van de toerekeningsvatbaarheid. Hierbij gaat het immers om welke symptomen van een psychische stoornis hebben doorgewerkt in het gedrag van de verdachte voorafgaand aan en tijdens het tenlastegelegde. Kennis van psychische stoornissen en de bijhorende behandelingen maakt tevens dat een eventueel behandeladvies van een gedragsdeskundige beter kan worden begrepen en beoordeeld. Het is vanwege deze overwegingen dat er in dit boek voor gekozen is om relatief veel aandacht te besteden aan de voor de forensische psychiatrie relevante psychische stoornissen.
Waar het eerste deel weliswaar forensisch relevante, maar in de kern reguliere psychodiagnostiek betreft, ziet Deel 2 op de 'forensische diagnostiek': de advisering over psycholegale concepten ten behoeve van de rechtspraktijk. In Deel 3 en Deel 4 ten slotte worden de vragen naar het juridisch kader en de behandeling – in de standaardvraagstelling in omgekeerde volgorde vallend binnen één vraag – besproken.
Aan het eind van dit voorwoord past het ons als redactie om woorden van dank en waardering uit te spreken aan de auteurs voor hun bereidheid een bijdrage te leveren aan dit boek en voorts ook aan de uitgever die de noodzaak van een tweede druk onderkende.

De redactie,
Michiel van der Wolf, Robbert-Jan Verkes en Ko Hummelen,
februari 2026

Noten

[1] Hjalmar van Marle in *Tijdschrift voor Psychiatrie*, Marko Jelicic in *Expertise en Recht* en Timon den Boer in *Sancties*.

[2] Schaftenaar, P. (2025), Waarom risicogestuurd werken herstelgericht is. *Tijdschrift voor Forensische Psychiatrie en Psychologie*, (3).

[3] Sinds het arrest Thijs H. houdt ook de bepaling van de ontoerekeningsvatbaarheid nadrukkelijk bekwaamheden ten tijde van het delict in; zie hoofdstuk 14.

[4] Bloem, O., Verkes, R.J. & Bulten, E. (2021). Mentally disordered in prison? Prevalence, development of symptoms and recidivism. In P.H. van Kempen & M. Krabbe (Red.), *Mental health and criminal justice: international and domestic perspectives on defendants and detainees with mental illness* (p. 109-132). Eleven.

[5] Krabbe, M.J.M. (2021). A legal perspective on the worldwide situation of defendants and detainees with mental illness. In P.H. van Kempen & M. Krabbe (Red.), *Mental health and criminal justice: international and domestic perspectives on defendants and detainees with mental illness* (pp. 3-44), Eleven.

[6] Bloem e.a. 2021, a.w.

[7] De vergelijking ten aanzien van forensische bedden is uit 2013, zie Tomlin, J. (2021), Forensic mental health in Europe: some key figures, *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 56(1), 109-117. Omdat sindsdien de Nederlandse forensische zorgcapaciteit is gegroeid, is het aannemelijk dat Nederland ook nadien de toppositie heeft behouden (zie Van der Wolf, M.J.F., Reef, J. & Wams, A.C. (2020). *Wie zijn geschiedenis niet kent... Een overzichtelijke tijdlijn van de stelselwijzigingen in de forensische zorg sinds 1988*. Textcetera).

[8] Drieschner, K., Hill, J. & Weijters, G. (2018), *Recidive na tbs, ISD en overige forensische zorg* (WODC-cahier 2018-22). WODC. Om dezelfde reden houden Nederlandse rechters ook van alternatieve straffen in plaats van detentie, wat samengenomen het relatief lage percentage gedetineerden verklaart (al hebben we relatief juist weer een hoog percentage voorlopig gehechten en is het algemene percentage stijgende doordat rechters steeds hogere straffen opleggen). Zie Wermink, H.T. (2022). Een oude vraag opnieuw onderzocht: effecten van korte gevangenisstraffen ten opzichte van niet-vrijheidsbenemende straffen op recidive op basis van een instrumentele variabele benadering. *Tijdschrift voor Criminologie*, 64(2), 147-169.

[9] Zie https://www.binnenlandsbestuur.nl/bestuur-en-organisatie/recordaantal-incidenten-met-verwarde-personen. (januari 2026).

[10] Koekkoek, B. (2019). *De kwestie verwarde personen. Naar een andere benadering van onbegrepen gedrag*. LannooCampus.

[11] Vergelijk Inspectie Justitie en Veiligheid. (2021). *Noodhulp incidentafhandeling door de politie*. (Rapport Noodhulp). https://www.inspectie-jenv.nl/documenten/2021/09/09/rapport-noodhulp.

[12] Vergelijk Van der Wolf M.J.F. (2024). Strafrecht en geestelijke gezondheidszorg: internationaal en Nederlands perspectief. *Sancties* 59(5), 238-247. Ook andere delen van deze paragraaf zijn aan dit artikel ontleend.

[13] Zie bijvoorbeeld Baneke, I. (2022). De politie krijgt iedere dag ruim 350 belletjes over personen met verward gedrag. *Trouw,* 20 januari. Baneke meent dat dit slechts 10% van de genoemde trend van stijgende meldingen verklaart. Ook eerder onderzoek liet eigenlijk geen duidelijk verband zien (zie *Factsheet Verwarde personen of mensen met een acute zorgnood* (2016). Trimbos-instituut).

[14] Zie Roza, S. (2020), Leidt ambulantiseren tot meer gevangenschap van psychiatrische patiënten? *Tijdschrift voor Psychiatrie,* 94-96. Zie ook Mundt, A.P. (2019). Asylums and deinstitutionalization: The Penrose hypothesis in the twenty-first century. In B. Völlm & P. Braun (Ed.), *Long-term forensic psychiatric care* (pp. 7-14). Springer. De hypothese van Penrose is sinds de eerste formulering verder uitgewerkt, bijvoorbeeld via wetgeving (onder meer strafbaarstelling) aangaande drugsgebruik en stoornisgerelateerd gedrag.

[15] Vergelijk Koekkoek, B. (2024). Factsheet Verward/onbegrepen gedrag. *Parlement en Wetenschap,* 29 februari. www.tweedekamer.nl/kamerstukken/detail?id=2024Z05048&did=2024D11789. Koekkoek betoogt in het kader van een parlementaire verkenning dat er op basis van de cijfers geen relatie is tussen de stijging van het aantal meldingen van personen met onbegrepen gedrag en strafrechtelijke interventies.

[16] Vergelijk Van der Wolf, M. & van Heumen, L. (2025). Een rondje langs het veld. Enkele algemene observaties over recente ontwikkelingen in de tbs. *Tijdschrift voor Forensische Psychiatrie en Psychologie,* 3(2), 225-231.

[17] Mooij, A.W.M. (1998/2004). *Psychiatrie, recht, en de menselijke maat. Over verantwoordelijkheid.* Boom. Zie ook De Jong, F. (2022). Woorden en andere daden: een introductie tot de hermeneutische antropologie van Antoine Mooij. In F. de Jong (Red.), *Strafrecht, psychiatrie en de menselijke conditie.* Boom.

[18] Van der Wolf, M.J.F. (2012). *TBS – veroordeeld tot vooroordeel. Een visie na analyse van historische fundamenten van recente knelpunten, het systeem en buitenlandse alternatieven* (dissertatie), Wolf Legal Publishers.