

OPSPORING EN POLITIE / POLICE AND INVESTIGATION (1)

Verhoren van mensen met psychische stoornissen

MARC BOCKSTAELE^a

^a (Ere-)hoofdcommissaris Federale Gerechtelijke Politie Gent; inhoudelijk coördinator van de nationale cursusteksten verhoortechnieken (corresp.: marc.bockstaele@skynet.be).

Wij hadden het in deze rubriek reeds over het verhoren van mensen met een *verstandelijke beperking* (BOCKSTAELE, 2014) en hebben erop gewezen dat de ondervrager bij het begin van het verhoor zelf de kwetsbaarheid dient in te schatten. Deze bijdrage gaat over het verhoren van mensen met een *psychische stoornis*. Evenmin daarover krijgen verhoorders opleiding, zodat verwarring tussen beide problematieken nooit veraf is (HELLENBACH, 2011). In beide gevallen is het opmerken ervan door de verhoorder van belang, want dan moet hij de regels voor het verhoor van minderjarigen toepassen, wat onder meer betekent dat de verhoorde geen afstand kan doen van bijstand van een advocaat¹.

Ook voor advocaten die voor bijstand aan dergelijke verhoren geconsulteerd worden, is dit een complexe opdracht (MERGAERTS, VAN DAELE & VERVAEKE, 2014-15). Hun gedragscode bepaalt dat zij moeten controleren of de cliënt fysisch en/of psychisch in staat is om verhoord te worden en kan vragen dat het verhoor wordt uitgesteld². Als risicofactoren niet worden geïdentificeerd, bestaat de mogelijkheid dat sommige verdachten met een psychische stoornis heel spontaan en gedetailleerd over hun gepleegde feiten spreken, daar waar verdachten zonder die stoornis dit niet spontaan zouden doen. Dit is welgekomen voor de politie, want zij moet uitsluitend aan waarheidsvinding doen. Voor de advocatuur ligt dat anders, de advocaat is niet iemand die beroepshalve zijn medewerking dient te verlenen in het onderzoek; daarin is hij de raadsman van een partij, geen onderzoeker of een speler die professionele diensten aan het onderzoek of een onderzoeker verschaft (HOFSTRÖSSLER, 2011). De advocaat dient niet aan waarheidsvinding te doen en zal er over waken dat zijn psychisch kwetsbare cliënt zichzelf niet 'aan de galg praat'. Vraag is of ook zij opgeleid zijn om deze risicofactoren effectief te identificeren in een concrete zaak.

Uitstel van verhoor kan misschien voordelig zijn voor de cliënt, maar nadelig voor de waarheidsvinding en waarschijnlijk ook voor de rechten van de slachtoffers. Voor het onderzoek is het inderdaad belangrijk dat het eerste verhoor zo spoedig mogelijk begint (NIEROP & VAN DEN ESHOF, 2008: 22, 63 en 72). Een *niet gecontamineerd* (bv. door een vertrouwelijk overleg met de advocaat vooraf), zorgvuldig afgenomen eerste verhoor, zeker als dit onmiddellijk na de feiten gebeurt, kan voor diegenen die later over ontoerekeningsvatbaarheid moeten oordelen (bv. impulscontroleverlies³) een belangrijke informatiebron zijn (JEURISSEN, 2011). Anderzijds kunnen koelbloedigheid en vastberadenheid bij de uitvoering redenen zijn om toerekeningsvatbaar te verklaren⁴. Het Hof van Cassatie oordeelde dat 'krankzinnigheid alle vormen van geestesziekte omvat, maar enkel die waarbij de zieke de controle over zijn psychische vermogens kan verliezen en dat dit begrip onder meer niet van toepassing is op woede, dat immers geen ziekelijke stoornis van de psychische functies is'⁵. Uitstel van verhoor kan dus ook nadelig zijn voor een psychisch gestoorde cliënt.

¹ Omzendbrief Col. 8/2011, versie 22 mei 2013, houdende richtlijn inzake de organisatie van de bijstand door een advocaat vanaf het eerste verhoor binnen het kader van het Belgisch strafprocesrecht.

² Orde van Vlaamse Balies, Salduz-gedragscode, 7 december 2011, Internet.

³ Antwerpen, 17 januari 2002 (onuitg.), geciteerd in Juristenkrant, 2002/46, 5.

⁴ Cass. 6 mei 2009, www.cass.be.

⁵ Cass. 18 maart 1992, Arr.Cass. 1991-92, 699.

Psychische stoornissen of psychische problemen onder arrestanten zijn prominent aanwezig (OGLOFF *et al.*, 2011). Personen met een psychische stoornis plegen vijf keer zo vaak geweldsdelicten als personen in de algemene bevolking (BRENNAN, MEDNICK & HODGINS, 2000; WALSH, BUCHANAN & FAHY, 2002) en ze hebben minstens zeven keer meer kans om het slachtoffer te worden van een misdrijf (TEPLIN, 1999). In een onderzoek van LIEM & VINKERS (2012) was de meest voorkomende diagnose schizofrenie (24,39%), gevolgd door een psychotische stoornis niet anderszins omschreven (NAO, 15%), waanstoornis (15%), en overige psychotische stoornissen (31%), waaronder schizo-affectieve stoornis, depressieve stoornis met psychotische verschijnselen en overige psychotische stoornissen. Bij 21% verdachten werd tevens een persoonlijkheidsstoornis geconstateerd.

1. WAT IS EEN PSYCHISCHE STOORNIS

De Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), 5^e uitgave van 2014, van de American Psychiatric Association is een classificatie van psychische stoornissen en de bijhorende criteria, die *getrainde klinici* (psychiaters en psychologen) gebruiken om psychische stoornissen te herkennen. Een psychische stoornis wordt erin beschreven als een syndroom, gekenmerkt door klinisch significante symptomen op het gebied van cognitieve functies, de emotieregulatie of het gedrag van een persoon, dat een uiting is van een disfunctie in de psychologische, biologische, of ontwikkelingsprocessen die ten grondslag liggen aan het psychisch functioneren. Psychische stoornissen gaan gewoonlijk gepaard met significante lijdensdruk of beperkingen in het functioneren op sociaal of beroepsmatig gebied of bij andere belangrijke bezigheden. Een reactie op een veelvoorkomende stressor of een verlies, bijvoorbeeld het overlijden van een dierbare, is *geen* psychische stoornis. Sociaal deviant gedrag (politiek, religieus of seksueel bijvoorbeeld) en conflicten die zich vooral afspelen tussen een individu en de maatschappij zijn *geen* psychische stoornissen tenzij ze het gevolg zijn van disfunctioneren van het individu (DSM-5: 72). De DSM kan geen vervanger zijn voor de vele andere psychiatrische handboeken en vormt slechts één tool in een ruimer aanbod van diagnose en zorg. Bovendien zijn heel wat psychologen en psychiaters kritisch over het gebruik van de DSM (VERHAEGHE, 2009; FRANCES, 2013).

Het gebruik van de DSM door iemand die geen clinicus of arts is en niet voldoende is opgeleid om de aanwezigheid van een psychische stoornis vast te stellen, wordt afgeraden. Ook dienen mensen zonder klinische achtergrond, die beslissingen moeten nemen, zich ervan bewust te zijn dat de aanwezigheid van voornoemde stoornissen niet impliceert dat de verhoorde per definitie kwetsbaar is. Het verhoor is immers een dynamisch, interactief proces, dat nooit door slechts één geïsoleerde factor bepaald kan worden. Indien een of meer kwetsbaarheden worden vastgesteld, betekent dit nog niet dat de persoon in kwestie geen bruikbare en valide informatie kan geven (UZIEBLO, 2014). Er is geen duidelijke demarcatie tussen normaliteit en pathologie (VERHAEGHE, 2009: 122). En zelfs als verminderde controle over het eigen gedrag een kenmerk is van de stoornis, toont de classificatie nog niet aan dat *een bepaald persoon* op een bepaald tijdstip niet in staat is (of was) om zijn of haar gedrag tijdens de feiten of het verhoor onder controle te houden (DSM-5: 80). Een classificatie is immers geen diagnose.

De DSM-5 bevat honderden beschrijvingen van psychische stoornissen, waarvan een groot deel met een verminderde controle op het eigen verbaal en non-verbaal gedrag (AUDENAERT *et al.*, 2015). De diagnostische criteria zijn complex en vereisen een zorgvuldige training alvorens ze te kunnen toepassen. *Het mag duidelijk zijn dat van de politie, de geconsulteerde advocaat en magistraat niet kan verwacht worden al die diagnostische criteria te kennen.* Studies uit diverse landen bevestigen de realiteit dat ze niet steeds opgemerkt worden door

politiediensten (MERCIER & CROCKER, 2010; DOUGLAS & CUSKELLY, 2012; HENSHAW & THOMAS, 2012), en waarschijnlijk ook niet door de geconsulteerde advocaten. *Dit betekent dat moet ingecalculeerd worden dat de inschatting van een psychische stoornis bij het eerste verhoor verkeerd kan zijn en dat hen die 'verkeerde inschatting' achteraf niet kan aangerekend worden.*

2. HOE EEN MENTALE STOORNIS DETECTEREN?

Doorgaans zullen personen met een *zware psychische stoornis*, waarvan schizofrenie de meest bekende is, wel tijdig herkend worden. Het probleem zit hem in de detectie van subtielere vormen die eigenlijk het meest voorkomen. Wat is voor een leek het verschil tussen iemand die het tijdelijk psychisch moeilijk heeft en een chronisch ziektebeeld? Er zijn ook verdachten die een psychische stoornis veinzen (bv. geheugenverlies of wanen), om de justitiële actoren (EDENS *et al.*, 2007; PORTER *et al.*, 2010; GIGER *et al.*, 2010; VAN OORSOUW & MERCKELBACH, 2010) en zelfs artsen (MERCKELBACH, 2011: 34; RAES & VAN KUIJK, 2012) te misleiden. MERCKELBACH (2011: 73) stipt aan dat symptomen van een PTSS⁶ gemakkelijk te imiteren zijn en dat compassie met 'slachtoffers' het stellen van kritische vragen in de weg staat.

Er zijn verschillende instrumenten ontwikkeld om mentale stoornissen te identificeren. Zo bestaan er psychologische tests en instrumenten voor:

- de evaluatie van de geschiktheid om verhoord te worden en terecht te staan (GUDJONSSON, 1995; RIX, 1997; NORFOLK, 2001, 5-12; VILJOEN *et al.*, 2006; ZAPF & ROESCH, 2009; ZAPF & ROESCH, 2013;
- het meten van specifieke aan het verhoor gerelateerde persoonlijkheidstrekken, zoals meegaandheid (GCS)⁷, suggestibiliteit (GSS)⁸, de geneigdheid tot fantaseren (CEQ)⁹ en cognitieve stoornissen (CFQ)¹⁰;
- het detecteren van geveinsde symptomen (SIMS)¹¹.

Deze instrumenten zijn ontworpen voor psychiaters, psychologen en andere experts op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg. Binnen de beperkte tijdspanne na een arrestatie kunnen ook zij die tests onmogelijk uitvoeren. Bovendien kunnen gedragsdeskundigen grondig verschillen in hun oordeel over hetzelfde geval (SMIT, 2015). Zo relateert MERCKELBACH (2011: 26) een test waarbij een psychiater, een psycholoog en een psychiatrisch verpleegkundige moesten oordelen welke vijf uit tien personen mentaal 'gezond' waren. Deze 'experten' zadelden twee van de vijf gezonde kandidaten op met een psychiatrische stoornis. In een studie van ROSENHAN (1973) kregen acht 'normale' vrijwilligers de opdracht om zich met eenzelfde klacht (beperkte auditieve hallucinaties) aan te bieden aan Amerikaanse psychiatrische instellingen. Ze werden alle acht opgenomen. Eenmaal patiënt gedroegen ze zich normaal en beantwoordden ze alle vragenlijsten en interviews waarheidsgetrouw. Niemand werd ontmaskerd en op één na kregen ze de diagnose schizofrenie.

Verbale signalen die *kunnen* wijzen op diverse psychische stoornissen

- **Wanen** zijn vaststaande overtuigingen die niet vatbaar zijn voor feiten die ermee in tegenspraak zijn. Er is een scala van thema's mogelijk, zoals achtervolgingswaan, betrek-

⁶ Posttraumatische Stressstoornis, DSM-5, 390-403.

⁷ Gudjonsson Compliance Scale (GUDJONSSON, 1989).

⁸ Gudjonsson Suggestibility Scale (GUDJONSSON, 1984).

⁹ Creative Experiences Questionnaire (MERCKELBACH *et al.*, 2001).

¹⁰ Cognitive Failures Questionnaire (MERCKELBACH & MURIS, 2008).

¹¹ Structured Inventory of Malingered Symptomatology (MERCKELBACH & SMITH, 2003).

kingswaan, wereldondergangswaan, somatische, religieuze of grootheidswanen. Het onderscheid tussen een waan en een sterke overtuiging is soms lastig (*DSM-5: 159*). De nieuwslezer op de radio of TV vertelt gecodeerde boodschappen over hem. Hij denkt dat men vergif in het eten heeft gedaan, dat in zijn ingewanden kleine spinnetjes zitten die alles aanvreten, dat zijn hersenen worden leeggezogen door een hele meute larven, dat mieren hun gangen graven in zijn skelet. Maar hij is geen slachtoffer, wel een heilige martelaar en uitverkoren door de Heer. Bewijs: ieder ander zou allang gestorven zijn aan zoveel inwendige verminking (DE ROUCK, 2012: 80).

- **Hallucinaties** zijn zintuiglijke ervaringen die plaatsvinden zonder dat er een externe stimulus is. Ze kunnen in elke zintuiglijke modaliteit optreden, maar bij schizofrenie en aanverwante stoornissen komen auditieve hallucinaties (stemmen van buitenaf) het meest voor (*DSM-5: 160*). Seppe heeft het lemmet van een mes zien blinken, verborgen onder de jas van zijn kamergenoot, terwijl er geen mes is; Didier ziet zijn vader in de deuropening staan of achter het raam terwijl de man al twee jaar overleden is; Joppe ziet vurige stralen uit de straatverlichting komen; Simonne ziet haar kindje liggen in het geïmproviseerde bedje en aait zelfs haar hoofdje, dat er helemaal niet is; Johan hoort de elektriciteit met een klaaglijk gejammer door de leidingen lopen; Nadia hoort op het kerkhof de stem van haar grootmoeder (DE ROUCK, 2012: 90). Deze mensen praten dikwijls tegen zichzelf.
- **Gedesorganiseerd denken** (spreken) wordt meestal afgeleid uit het vaak veranderen van onderwerp, van de hak op de tak springen. Hun antwoorden op vragen kunnen slechts zijdelings of helemaal niet met de vraag te maken hebben (*DSM-5: 160*).
- Gebruik van **neologismen** (nieuw uitgevonden woorden), ongewoon gebruik of een ongewone combinatie van woorden (hand- en voetschoenen), het ongecontroleerd herhalen van woorden en uitspraken, vreemde zinsbouw en verhoogde afleidbaarheid (*DSM-5: 786*; SCHRAMEIJER, 2008: 183).

Non-verbale signalen die *kunnen wijzen op diverse psychische stoornissen*

- **Abnormale psychomotoriek** die allerlei vormen kan aannemen, variërend van kinderachtig gedrag, verzet tegen instructies, het aannemen van een ongepaste bizarre lichaamshouding, herhaalde stereotype bewegingen, tot onvoorspelbare uitingen van emoties, overreageren in situaties op een overdreven boze of angstaanjagende manier (*DSM-5: 160*). Toenemende agitatie kan onder de vorm van mopperen, boze blikken, gefronste wenkbrauwen, gebalde vuisten, vergrote pupillen, transpireren, heen en weer lopen, harder praten tot schreeuwen, dreigend taalgebruik, uitschelden, kleineren en intimideren. De agressie richt zich vaak op een persoon, maar is niet persoonlijk (COTTENIE *et al.*, 2015: 176).
- **Affectieve vervlakking**, zoals vermindering of afwezigheid in de expressie van emoties in het gezicht, het oogcontact, de intonatie bij het spreken en in de bewegingen van handen, hoofd en gezicht, die normaal emotionele kracht bijzetten aan de spraak. In lachen uitbarsten als er allesbehalve te lachen valt (*DSM-5: 161*).
- **Initiatiefverlies** is een afname in de hoeveelheid gemotiveerde en door de betrokkene zelf geïnitieerde doelgerichte activiteiten (*DSM-5: 161*). Het lusteloos en traag uitvoeren van bewegingen en spreken (*DSM-5: 842*).
- **Sterk reageren** op onverwachte prikkels, een overdreven schrikreactie vertonen, schrikachtig reageren bij harde geluiden of onverwachte bewegingen (*DSM-5: 397*).
- **Concentratieproblemen** bij het voeren van een langdurig gesprek (*DSM-5: 397*).
- **Verwarring** en zich niet bewust zijn van de omgeving waar ze zijn (*DSM-5: 419*).
- **Zelfmoordpogingen** of zichzelf verwondingen toebrengen (*DSM-5: 422*).

- **Bizarre kleding**, make-up of tatoeages. Die zijn belangrijk voor hun imago en kunnen een gespreksonderwerp vormen om vertrouwen op te bouwen. Wat betekenen ze voor hem?

Observatie van de plaatstoestand (MASON *et al.*, 2014)

- Allerlei vreemde of kinderachtige objecten binnen handbereik.
- Misbruik van huishoudelijke artikelen.
- Ophoping van afval.
- Aanwezigheid van feces of urine op de vloer of de wanden.

Een screeningsinstrument dat observeerbare en bevraagbare indicatoren van psychologische en situationele risicofactoren omvat kan een oplossing zijn. Maar er zijn ook gevaren aan verbonden. De vragen kunnen leiden tot vals positieven én vals negatieven, waarbij men ten onrechte kan denken dat het gaat over een persoon mét of zonder psychische stoornis. Dergelijke screeningsinstrumenten op grote schaal verspreiden in politiekorpsen, zonder begeleidende opleiding, zal ertoe leiden dat ze niet op een goede manier gebruikt worden.

3. HOE HANDELEN IN DE PRAKTIJK

Het verhoren van mensen met een psychische stoornis, en vooral van schizofrene verdachten, is omwille van hun hoge suggestibiliteit de hogeschool van de politieverhoren (MERCKELBACH, 2011: 141). Het is nog steeds niet duidelijk of schizofrenie één bepaalde aandoening betreft, dan wel een verzameling van aparte syndromen of zelfs een willekeurige groepering van symptomen. Dezelfde patiënt krijgt in een vierde tot een derde van de gevallen bij verschillende diagnostici een andere diagnose (VERHAEGHE, 2009: 50). De verhoorder moet zorgvuldig zijn vragen voorbereiden zodat ze helder en vooral ondubbelzinnig overkomen. Verhoren van mensen met een psychische stoornis zijn maatwerk. De verhoorder moet goed inschatten hoeveel tijd hij aan het verhoor wil besteden, wetende dat deze personen niet lang geconcentreerd kunnen blijven en dat het verhoortempo (veel) lager zal liggen. De verhoorder moet dus prioriteiten stellen en vooraf goed afwegen welke onderwerpen zeker aan bod moeten komen.

Mensen met een psychische stoornis kunnen minder goed overweg met de **stress vanwege een arrestatie**, opsluiting en verhoor. Daarom moet de verhoorder er alles aan doen om de spanning te verminderen. Omwille van hun beperkt concentratievermogen gebeurt het verhoor bij voorkeur door slechts één verhoorder in het verhoorlokaal. Het **geslacht en de leeftijd van de verhoorder** kunnen kritisch zijn voor een succesvol verhoor. Schizofrenen voelen zich meer comfortabel bij iemand die ouder is; een moeder- of vaderfiguur is gewenst. Het verhoor moet gebeuren in een lokaal met een minimum aan afleiding. Vooral schizofrenen kunnen van alles vastknopen aan binnenkomende geluiden. Om dezelfde redenen wordt bij voorkeur geen vertrouwenspersoon toegelaten in de verhoorkamer, maar dat is een feitenkwestie: soms kan een familielid mensen met een psychische stoornis kalmeren of geruststellen.

Zoals bij elk verhoor is het aangewezen bij de voorbereiding zoveel mogelijk **informatie over de te verhoren persoon te verzamelen** (BOCKSTAELE, 2008: 255 e.v.). Bij psychologen, psychiaters, geneesheren en hulpverleners bij wie de persoon in behandeling is en dus weten wat er met hem aan de hand is, botst de politie op de grenzen van hun beroepsgeheim. Daarom zijn verhoorders heel dikwijls aangewezen op familieleden.

Zoals bij het verhoor van mensen met een verstandelijke beperking is ook hier een **audiovisueel verhoor** absoluut aangewezen. Deze mensen zijn dikwijls verbaal niet zo sterk en drukken zich daarom vaak non-verbaal uit. Ook op vraag van de verhoorder kunnen zij hun uitspraak of situatie uitbeelden, wat belangrijk is voor de beoordeling van hun gedrag in de verdere rechtsgang.

Een **deskundige, gespecialiseerd in gedragswetenschappen**, kan adviseren bij de voorbereiding van het verhoor en eventueel vanuit de regiekamer. In (zeer) uitzonderlijke omstandigheden, bijvoorbeeld bij ernstige psychische stoornissen, kan na overleg met de leidend magistraat worden besloten een deskundige bij het verhoor aanwezig te laten zijn.

Mensen met een psychische stoornis hebben baat bij structuur, wat betekent dat de verhoorder bij het begin zichzelf en zijn opdracht moet uitleggen, hoe lang het verhoor zal duren, dat er (plas)pauzes zijn, dat er kan gedronken worden en eetmalen voorzien zijn. Hij zal de gebruikte apparatuur, bv. computer of video uitleggen en de verhoorde keuzes laten maken, zodat die een controlegevoel kan ontwikkelen. Bij de eerste contacten is het respecteren van de persoonlijke ruimte van belang. Sommigen kunnen angstig reageren als iemand op hen afkomt wat soms een risico van uitbarsting inhoudt (VAN DONGEN, 2013). De verhoorder kan bij de eerste contacten de naam van de verhoorde noemen en hem vragen hem met de voornaam te mogen aanspreken. Maar de hand schudden kan een negatief effect hebben. Bij de introductie niet spreken van een 'verhoor', maar van een 'gesprek'; niet spreken van 'de feiten', maar over het 'voorval' of 'de gebeurtenis'. Dus neutrale woorden gebruiken die de verhoorde niet het gevoel kunnen geven in de problemen te zitten (ACKLEY *et al.*, 2011).

Personen met paranoïde wanen vertrouwen niemand, zeker geen verhoorder. De acties van de verhoorder zijn voor hen niets meer dan pogingen hen aan te vallen, te bedriegen, te misleiden of te schaden. Oogcontact zien ze nogal vlug als intimiderend (ACKLEY *et al.*, 2011). Als gevolg daarvan is het niet ongewoon dat een persoon met een paranoïde waan verbaal agressief wordt, sarcastisch, neerbuigend, vijandig of beschuldigend. Mensen met een paranoïde waan zijn extreem gevoelig aan kritiek en kunnen jarenlang wrok tegen iemand koesteren. Het is dan begrijpelijk dat verhoorders *onbewust* reageren met irritatie, woede of verdediging. Maar dat gedrag correspondeert precies met wat de verhoorde denkt. Ook familiair, overdreven vriendelijk of empathisch gedrag kan de verhoorde interpreteren als een valstrik. Dus geen uitspraken in de zin van: *'Ik begrijp hoe je je voelt'*. Zou wel kunnen: *'Het klinkt voor mij alsof je je kwaad maakte toen dat gebeurde'*.

Het is belangrijk dat de verhoorder zijn negatieve gevoelens over de onmogelijkheid om te communiceren beheerst. Hij moet open, tolerant en geduldig zijn als de verhoorde weer eens 'op wandel' gaat en uitwijdt over zijn bovennatuurlijke krachten. De verhoorder toont best geen non-verbaal gedrag; geen negatieve emoties (beoordelend, afkeurend, ongelooft, ...) noch positieve (ACKLEY, *et al.*, 2011). Hij mag vooral niet lacherig reageren als de verhoorde bijvoorbeeld zegt dat hij achtervolgd wordt door een geheime dienst. Dit kan aanleiding geven tot gewelddadige incidenten, zeker als hij zich ingesloten voelt (VAN DONGEN, 2013). Iemand die psychotisch is kan zich tegelijk ook (gedeeltelijk) bewust zijn van zijn omgeving. Ze registreren de soms niets ontziende reacties van de omgeving: uitgelachen worden, uitgescholden, uitgemaakt voor geschift. Mensen met schizofrenie hebben vaak moeite om **ge-laatsuitdrukkingen** te interpreteren. Ze kunnen bijvoorbeeld een glimlach niet van een valse grijns onderscheiden. Een pokerface opzetten dus (SCHRAMMEIJER, 2008:160). De houding van de verhoorder moet respectvol, acceptierend, werkelijk geïnteresseerd en gelijkwaardig zijn. Een kritisch of beoordelend gedrag van de verhoorder zal negatieve reacties uitlokken. Wel telkens terugkoppelen naar de informatie die men nodig heeft terwijl men de verhoorde in zijn 'waan' laat, zonder hem te bruuskeren. De druk niet verhogen, want dat kan resulteren

in het afbreken van het verhoor. Dus heel geduldig met een omtrekkende beweging (tangentieel) verhoren, wat het verhoor ook langer maakt. Ze hebben immers ook momenten van stilte nodig om hun spanning te verminderen (ACKLEY *et al.* 2011). Het is trouwens ontzettend moeilijk (onmogelijk?) om iemand met een waan van het tegendeel te overtuigen, ook al legt men de meest overtuigende bewijzen op tafel.

Bij vermoeden van een psychische stoornis kan de verhoorder enkele oriënterende vragen stellen en die samen met de antwoorden noteren op het verhoorblad. Bijvoorbeeld:

- welke schoolse opleiding heb je gehad;
- wat is uw huidige beroepsactiviteit;
- hoe vul je je vrije tijd in;
- wie doet je administratie en de geldzaken;
- krijg je ondersteuning van een persoon of dienst;
- bij wie kan je terecht als je problemen hebt;
- hoe is je woonomgeving;
- vragen naar oriëntatie in tijd, plaats en omstandigheden. Welke dag of maand van het jaar zijn we nu. Vragen naar een gebeurtenis of feest in het verleden;
- weet hij waar hij zich nu bevindt, weet hij wat de politie doet en wat denkt hij dat er met hem zal gebeuren? Sommige mensen met een psychische stoornis beseffen niet goed de ernst van hun situatie en de gevolgen voor hun toekomst. Ze hebben waanachtige ideeën over wat er zal gebeuren, bijvoorbeeld dat ze levenslang zullen krijgen of op water en brood zullen komen te zitten;
- hen eenvoudige rekensommetjes uit het hoofd laten doen, bijvoorbeeld over het aantal werkuren van hun werkdag;
- uitleg vragen wat veel voorkomende spreekwoorden betekenen;
- welke kranten of tijdschriften leest hij;
- geheugentesten, bijvoorbeeld vragen naar adressen en (eigen) telefoonnummers;
- hen laten uitleggen welke lichamelijke klachten of problemen ze hebben;
- aansluitend hierop (onopvallend) vragen stellen bij welke dokter, psycholoog of psychiater zij voor wat in behandeling zijn, en over hun gebruik van geneesmiddelen.

Wanneer aldus het vermoeden van een psychiatrische stoornis bevestigd wordt of wanneer derden de verhoorder informeren over een psychiatrische stoornis, moet deze zijn verhoortechniek absoluut aanpassen. Hoe meer ervaring men ter zake heeft, hoe meer kennis men over deze personen bezit waardoor men ze beter kan verhoren (LAMB, WEINBERGER & DECUIR, 2002; WATSON, CORRIGAN & OTATTI, 2004). Mensen met een psychische stoornis hebben dikwijls moeite klaar te zien welke informatie uit hun geheugen afkomstig is van werkelijke gebeurtenissen en welke gebeurtenissen of informatie zij zelf hebben verzonnen of 'gehoord'. Zij zijn daardoor bijzonder gevoelig voor beloningen, suggesties en emoties van anderen (VAN DEN BERGH, 2002: 539; NIEROP & VAN DEN ESHOF, 2008). Ze zijn ook dikwijls zeer meegaand (compliance) wat betekent dat ze soms dingen zeggen of gedrag vertonen waarmee ze het intrinsiek oneens zijn, maar waartoe ze zich door de sociale context verplicht voelen. Zoals bij het verhoor van mensen met een verstandelijke beperking moet de verhoorder er dus bijzonder goed op letten niet zelf informatie in te brengen (BOWLES & SHARMAN, 2014a). Bij de uitvoering van het verhoor kan men rekening houden met volgende aandachtspunten:

- gesloten vragen zoveel mogelijk vermijden. Maar het antwoorden op open vragen is voor mensen met een psychische stoornis dikwijls een probleem zodat ze moeten 'gestuurd'

worden. Bovendien genereren open vragen bij deze mensen weinig details, zodat wel moet doorgevraagd worden om relevante informatie te bekomen (BOWLES & SHARMAN, 2014b). Meerkeuzevragen kunnen hier een oplossing zijn;

- de verhoorder moet zelfverzekerd zijn en controle over zijn emoties houden. Als hem dat bijvoorbeeld bij agressie van de verhoorde niet goed lukt kan de psychisch gestoorde nog agressiever worden (COTTENIE *et al.*, 2015: 178);
- hen niet plagen, kleineren, betuttelend of 'kinderachtig' behandelen, maar met waardigheid en respect;
- eerlijk en open zijn in alle situaties;
- een gevoel van samenwerking ontwikkelen ('*Help mij om te begrijpen wat er met je gebeurt*');
- spreektempo laag en rustig houden met een stevige, zachte hulpgevende stem (GERRITSEN, 2000: 231);
- dezelfde woordenschat gebruiken als de verhoorde;
- eenvoudige, duidelijke en korte vragen stellen;
- ze nemen dikwijls taal letterlijk en ernstig. Vandaar dat het geen goed idee is om grappig te zijn tegen iemand die in een psychotische toestand is. Het kan best zijn dat hij kwaad wordt omdat hij de humor niet inziet (DE ROUCK, 2012: 95);
- niet vragen '*Is dat duidelijk*' of '*Heb je dat begrepen?*', want ze zullen 'ja' zeggen. Wel laten herhalen of laten uitleggen wat er aan hen gezegd werd in het verhoor, om na te gaan of ze het werkelijk begrepen hebben;
- zeker checken wat de verhoorde met een bepaalde term of woord bedoelt;
- dingen laten tekenen of laten uitbeelden en daarbij uitleg laten geven;
- vragen moeten herhaald worden omdat de aandacht van de betrokkene afdwaalt of omdat hij persevereert met een antwoord op een eerdere vraag in plaats van de aandacht adequaat op de laatst gestelde vraag te richten (DSM-5: 793).
- woorden méér dan anders herhalen én uitleggen, totdat de betrokkene het begrijpt;
- meer antwoordtijd laten;
- korte en meer parafraseringen gebruiken;
- vragen over handelingen en de daaraan gekoppelde locaties waar ze plaatsvonden zijn beter dan vragen over tijdstippen;
- handelingen traag uitvoeren en verwittigen wat men zal doen;
- bij het opmerken van spanning spreken over iets wat ze goed kennen, hun hobby bijvoorbeeld;
- het verhoor samen nalezen in korte stukken en telkens vragen of dit goed genoteerd is;
- uit het proces-verbaal of het verhoor moet de fysieke en mentale toestand van de verhoorde blijken.

4. SUGGESTIES VOOR DE TOEKOMST

1. Men kan zich afvragen welke zin het heeft de 'Salduzrechten' aan mensen met een psychische stoornis mee te delen. In het Verenigd Koninkrijk (GENDLE & WOODHAMS, 2005), de Verenigde Staten (FULERO & EVERINGTON, 1995; PERSKE, 2010), Australië (COCKRAM, JACKSON & UNDERWOOD, 1998; SPIVAK & THOMAS, 2013) en Canada (JONES, 2007) werd er reeds op gewezen dat deze mensen de inhoud van meegedeelde rechten niet ten volle begrijpen. En als zij ze al begrijpen, kunnen ze ook die rechten met kennis van zaken toepassen? Zo moet volgens artikel 47bis Sv. de verhoorder aan de verhoorde mededelen dat hij het recht heeft de gestelde vragen niet te beantwoorden. Dit is voor iemand met een psychische stoornis een moeilijk of niet te begrijpen boodschap: de verhoorder stelt

vragen maar zegt er bij dat ze niet moeten beantwoord worden. Is een persoon met een psychische stoornis 'verstandig' genoeg om te beoordelen om al dan niet een antwoord te geven? Toekomstige wetgeving zou *uitzonderingen* moeten voorzien dat de verbalisant die kennisgeving van rechten, eventueel na samenspraak met de magistraat en de advocaat, niet moet doen.

2. Men moet toch opletten voor publicaties die personen tijdens verhoren nogal vlug als 'kwetsbaar' bestempelen. Volgens onderzoekers kan de minste suggestie in de vraagstelling de antwoorden van de ondervraagde sterk beïnvloeden, zelfs via non-verbaal gedrag, bijvoorbeeld door te knikken wanneer een antwoord gegeven wordt (MILNE & BULL, 1999). Zelfs een glimlach van de verhoorder na een gegeven antwoord is volgens sommige onderzoekers suggestief en dus te vermijden (MCGROARTY & BAXTER, 2007). Hoe dit te koppelen is aan de resultaten van andere onderzoeken die het opbouwen van een vertrouwensrelatie voorstaan en dat bijvoorbeeld mensen met schizofrenie moeite hebben om gelaatsuitdrukkingen te interpreteren, vermelden die onderzoeken niet. Het gaat hier bijna altijd over experimenten in een labo met studenten en er wordt geen rekening mee gehouden dat de mate van suggestibiliteit binnen een verhoorcontext verschilt per persoon. Dergelijke wetenschappelijke onderzoeken illustreren de groeiende afstand tussen academische onderzoekers en de praktijk.
3. In Nederland is er kritiek op onnodige 'psychiatisering' en gaan er stemmen op om psychiatrische patiënten ook juridisch aan te spreken op hun gedrag. Dit geldt zowel voor ernstige misdrijven als voor lichtere feiten zoals agressie, bedreiging, overlast, vernieling of schade. Iemand die zijn huis in brand steekt kan verward zijn, maar daarom nog geen psychische stoornis hebben (VISSCHER *et al.*, 2015). *Iedereen* kan tijdens een verhoor een psychologische kwetsbaarheid vertonen en vatbaar zijn voor suggestie (UZIEBLO, 2014: 201). Zo is KAGAN (2012), ontwikkelingspsycholoog met internationale faam, diep teleurgesteld over de manier waarop psychologie vandaag wordt bedreven, vooral het overdiagnosticeren neemt hij op de korrel. En volgens FRANCES (2013: 122), die betrokken was bij de ontwikkeling van de DSM-IV, mag een psychiatrische diagnose geen excuus vormen voor het falen op andere domeinen van het leven.
4. Er zou een opening moeten gecreëerd worden in het beroepsgeheim van psychologen, psychiaters, geneesheren en medisch personeel die een te verhoren persoon met een psychische stoornis in behandeling hebben. Zij kennen de persoon met zijn problemen en een gepaste aanpak door de politie is alleen in het voordeel van de patiënt. Sommigen geven 'verdoken' uitleg aan de politie over de psychiatrische stoornis van hun patiënt. Is een officiële regeling niet beter?
5. De meerwaarde van de aanwezigheid van de advocaat bij het verhoor van mensen met een psychische stoornis kan niet liggen in het herkennen ervan, want zij zijn ter zake ook leek, maar wel in het toezicht of de verhoorder zijn verhoortechniek aanpast aan de verhoorde. Maar heeft de advocaat voldoende kennis van verhoortechnieken en weet hij welke verhoortechniek aangewezen is in een concreet geval?
6. Ten slotte, en misschien nog het belangrijkste, binnen de politieorganisatie moet eenvoudig worden geïnvesteerd in een praktische opleiding voor het verhoren van personen (vooral verdachten) met een psychische stoornis of een verstandelijke beperking. Het herkennen van dergelijke personen en weten hoe ermee om te gaan zou in de *basisopleiding* van elke politieambtenaar moeten meegegeven worden (LAMB, WEINBERGER & DECUIR, 2002; VAN OIJEN, 2011). Er is een groeiend aantal wetenschappelijke publicaties rond dit thema, maar in België volgen de opleidingen niet.

REFERENTIES

- ACKLEY, C.N., MACK, S.M., BEYER, K. & ERDBERG, P. (2011). *Investigative and forensic interviewing. A personality-focused approach*. Londen: CRC Press, 143-162.
- ANGERMEYER, M. & DIETRICH, S. (2006). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 113, 169-175.
- AUDENAERT, K., WITTOUCK, C., DECLERCO, F., VANDER LAENEN, F. & PEREMANS, K. (2015). Neurobiologie van agressief gedrag. In C. WITTOUCK, K. AUDENAERT, & F. VANDER LAENEN (eds.), *Handboek forensische wetenschappen*. Antwerpen: Maklu, 153-174.
- BOCKSTAELE, M. (2008). *Handboek verhoren*. Antwerpen: Maklu.
- BOCKSTAELE, M. (2014). Verhoren van mensen met verstandelijke beperkingen. *Panopticon*, 6, 538-546.
- BOWLES, P.V. & SHARMAN, S.J. (2014a). The effect of different types of leading questions on adult eyewitnesses with mild intellectual disabilities. *Applied Cognitive Psychology*, 129-134.
- BOWLES, P.V. & SHARMAN, S.J. (2014b). A review of the impact of different types of leading interview questions on child and adult witnesses with intellectual disabilities. *Psychiatry, Psychology and Law*, 205-217.
- BRENNAN, P.A., MEDNICK, S.A. & HODGINS, S. (2000). Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, 57, 494-500.
- COCKRAM, J., JACKSON, R. & UNDERWOOD, R. (1998). People with an intellectual disability and the criminal justice system: the family perspective. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 23(1), 41-56.
- COTTENIE, J., VANDEVELDE, S., AUDENAERT, K. & WITTOUCK, C. (2015). *Omgaan met agressief en suïcidaal gedrag*. In C. WITTOUCK, K. AUDENAERT & F. VANDER LAENEN (eds.), *Handboek forensische wetenschappen*. Antwerpen: Maklu, 175-212.
- DE ROUCK, B. (2012). *Psychose beter begrijpen*. Leuven: Davidsfonds.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*, 5^e uitgave van 2014. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- DOUGLAS, L. & CUSKELLY, M. (2012). A focus group study of police officers' recognition of individuals with intellectual disability. *Psychiatry Psychology and Law*, 19(1), 35-44.
- EDENS, J.F., POYTHRESS, N.G. & WATKINS-CLAY, M. (2007). Detection of malingering in psychiatry unit and general population prison inmates: A comparison of the PAI, SIMS and SIRS. *Journal of Personality Assessment*, 33-42.
- FRANCES, A. (2013). *Terug naar normaal*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- FULERO, S.M. & EVERINGTON, C. (1995). Assessing competency to waive Miranda Rights in defendants with mental retardation. *Law and Human Behavior*, 19(5), 533-543.
- GENDLE, K. & WOODHAMS, J. (2005). Suspects who have a learning disability. Police perceptions toward the client group and their knowledge about learning disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities*, 9(1), 70-81.
- GERRITSEN, K. (2000). (On)duidelijkheden rondom ongeoorloofde pressie in het verdachtenverhoor. Verdacht mistig. *Ars Aequi*, 228-238.
- GIGER, P., MERTEN, T., MERCKELBACH, H. & OSWALD, M. (2010). Detection of feigned crime related amnesia: A multimethod approach. *Journal of Forensic Psychological Practice*, 440-463.
- GUDJONSSON, G. (1984). A new scale of interrogative suggestibility. *Personality and Individual Differences*, 303-314.
- GUDJONSSON, G.H. (1989). Compliance in an interrogative situation: A new scale. *Personality and Individual Differences*, 535-540.
- GUDJONSSON, G.H. (1995). Fitness for interview during police detention: A conceptual framework for forensic assessment. *The Journal of Forensic Psychiatry*, 185-197.

- HELLENBACH, M. (2011). Learning disabilities and criminal justice: custody sergeants' perceptions of alleged offenders with learning disabilities. *British Journal of Learning Disabilities*, 40, 15-22.
- HENSHAW, M. & THOMAS, S. (2012). Police encounters with people with intellectual disability: prevalence, characteristics and challenges. *Journal of Intellectual Disability Research*, 56(6), 620-631.
- HOFSTRÖSSLER, P. (2011). Beroepsgeheim, geheim van het onderzoek en persmededelingen door een advocaat. In M. BOCKSTAELE, E. DEVROE & P. PONSAAERS (eds.), *Salduz – Bijstand van advocaten bij verhoren*. Antwerpen: Maklu, 95-118.
- JEURISSEN, A. (2011). Het morele element in hoofd van de geestesgestoorde delinquent. *Nul-lum Crimen*, 127-178.
- JONES, J. (2007). Persons with intellectual disabilities in the criminal justice system. Review of issues. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 51(6), 723-733.
- KAGAN, J. (2012). *Psychology's ghost. The crisis in the profession and the way back*. Londen: New Haven.
- LAMB, R.H., WEINBERGER, L.E. & DECUIR, W.J. (2002). The police and mental health. *Psychiatric Services*, 53, 1266-1271.
- LIEM, M.C.A. & VINKERS, D.J. (2012). Levensdelicten door verdachten met een psychotische stoornis in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 6, 509-516.
- MASON, C., BURKE, T.W. & OWEN, S.S. (2014). Responding to persons with mental illness: Can screening checklists aid law enforcement? *FBI-Law Enforcement Bulletin*, februari.
- MCGROARTY, A. & BAXTER, J.S. (2007). Interrogative pressure in simulated forensic interviews: The effects of negative feedback. *British Journal of Psychology*, 98, 455-465.
- MERCIER, C. & CROCKER, A.G. (2010). The first critical steps through the criminal justice system for persons with intellectual disabilities. *British Journal of Learning Disabilities*, 39, 130-138.
- MERCKELBACH, H. & MURIS, P. (2008). Cognitive Failures Questionnaire. In T. GIESBRECHT, C. DE RUITER & M. JELICIC (eds.), *Forensisch psychodiagnostisch gereedschap. Malingering, psychopathie en andere persoonlijkheidstrekken*. Amsterdam: Harcourt Assessment, 129-135.
- MERCKELBACH, H. & SMITH, G.P. (2003). Diagnostic accuracy of the structured inventory of malingered symptomatology (SIMS) in detecting instructed malingering. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 145-152.
- MERCKELBACH, H. (2011). *De leugenmachine*. Antwerpen: Contact.
- MERCKELBACH, H., HORSELENBERG, R. & MURIS, P. (2001). The Creative Experiences Questionnaire (CEQ): A brief self-report measure of fantasy proneness. *Personality and Individual Differences*, 987-995.
- MERGAERTS, L., VAN DAELE, D. & VERVAEKE, G. (2014-15). Rechtsbijstand voorafgaand aan en tijdens het verhoor van kwetsbare verdachten: een complexe opdracht voor de advocaat. *RW*, 36, 1403-1413.
- MILNE, R. & BULL, R. (1999). *Investigative interviewing: Psychology and practice*. Chichester: Wiley.
- NIEROP, N.M. & VAN DEN ESHOF, P. (2008). Misbruik, misleiding en misverstanden: Onderzoeksverslag van de landelijke Expertisegroep Bijzondere Zedenzaken over de periode 2003-2007. *Internet*
- NORFOLK, G. (2001). Fit to be interviewed by the police – An aid to assessments. *Medicine, Science and the Law*, 2001, 5-12.
- OGLOFF, J., WARREN, L., TYE, C., BLAHER, F. & THOMAS, S. (2011). Psychiatric symptoms and histories among people detained in police cells. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(9), 871-880.

- PERSKE, R. (2010). Misunderstood responses in police interrogation rooms. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 48(1), 75-77.
- PORTER, S., JUODIS, M., TEN BRINKE, L.M., KLEIN, R. & WILSON, K. (2010). Evaluation of the effectiveness of a brief deception detection training program. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 21(1), 66-76.
- RAES, D. & VAN KUIJK, Y. (2012). De nagebootste stoornis, gedragskundige en strafrechtelijke benaderingen. *Proces*, 5, 379-384.
- RIX, K.J.B. (1997). Fit to be interviewed by the police? *Advances in Psychiatric Treatment*, 33-40.
- ROSENHAN, D.L. (1973). On being sane in insane places. *Science*, 179, 250-258.
- SCHRAMMEIJER, F. (2008). *Hoe te leven met schizofrenie*. Amsterdam: Olympus.
- SMIT, T. (2015). Pittige cliënten. Werken met mensen met een verstandelijke beperking. *De Psycholoog*, september, 24-32.
- SPIVAK, B.L. & THOMAS, D.M. (2013). Police contact with people with an intellectual disability: the Independent Third Person perspective. *Journal of Intellectual Disability Research*, 57(7), 635-646.
- TEPLIN, L.E. (2000). Keeping the peace: police discretion and mentally ill persons. *National Institute of Justice Journal*, 8-15.
- UZIEBLO, K. (2014). Kwetsbare verdachten. In R. SCHELLINGEN & N. SCHOLTEN (eds), *Het verdachtenverhoor meer dan het stellen van vragen*, Mechelen: Kluwer.
- VAN DEN BERGH, P.M. (2002). Verstandelijke handicap in zedenzaken. In P.J. VAN KOPPEN et al. (eds.), *Het Recht van Binnen. Psychologie van het Recht*. Deventer: Kluwer 2002, 531-539.
- VAN DONGEN, S. (2013). Zorg dat de situatie niet escaleert. *Blauw*, 8, 10-13.
- VAN GAMPELAERE, V. (2013). *Wat denkt politie over personen met een psychiatrische stoornis?* Antwerpen: Maklu.
- VAN OIJEN, G. (2011). De verstandelijk beperkte verdachte verhoord. *Proces*, 3, 142-154.
- VAN OORSOUW, K. & MERCKELBACH, H. (2010). Detecting malingered memory problems in the civil and criminal arena. *Legal and Criminological Psychology*, 15, 97-114.
- VERHAEGHE, P. (2009). *Het einde van de psychotherapie*. Amsterdam: De Bezige Bij.
- VILJOEN, J.L., VINCENT, G.M. & ROESCH, R. (2006). Assessing adolescent defendants' adjudicative competence: Interrater reliability and factor structure of the Fitness Interview Test-Revised. *Criminal Justice and Behavior*, 467-487.
- VISSCHER, A.J.E., VAN DE KRAATS, G.B., VAN DER GOOT, B. & BRAAM, A.W. (2015). Bad or mad? Invloed van psychiatrische problematiek bij verdachten op strafrechtvervolgning. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, juli, 480-487.
- WATSON, A.C., CORRIGAN, P.W. & OTATTI, V. (2004). Police officers' attitudes toward and decisions about persons with mental illness. *Psychiatric Services*, 55, 49-53.
- WALSH, E., BUCHANAN, A. & FAHY, T. (2002). Violence and schizophrenia: examining the evidence. *British Journal of Psychiatry*, 180, 490-495.
- ZAPF, P.A. & ROESCH, R. (2009). *Evaluation of competence to stand trial*. New York: Oxford University Press.
- ZAPF, P.A. & ROESCH, R. (2013). Evaluation of competence to stand trial in adults. In R. ROESCH & P.A. ZAPF (eds.), *Forensic Assessments in Criminal and Civil Law: A Handbook for Lawyers*. New York: Oxford University Press, 17-46.