

# **Academische contra-expertise bij Wvggz-dwang**

Beperkingen van DSM-labels, ontbreken van biomarkers, chemical-imbalancekritiek, drug-centred model, dwangschade, dwangiatrogenese, herstel en mensenrechten

Recht op Geest - academisch achtergrondstuk bij de analyse over contra-expertise in Wvggz-zaken

## Samenvatting

Dit stuk ontwikkelt een academisch kader voor contra-expertise in Wvggz-zaken. De centrale stelling is dat verplichte psychiatrische zorg niet mag worden gelegitimeerd door diagnostische labels, algemene risicotaal of standaardverwijzingen naar medicatie als vanzelfsprekend herstelmiddel. Een zorgmachtiging is geen klinisch advies, maar een rechterlijke machtiging tot dwang. Zij kan leiden tot opname, toezicht, beperking van bewegingsvrijheid, gedwongen medicatie, insluiting, onderzoek aan lichaam of kleding, beperkingen van communicatie en diepe aantasting van persoonlijke autonomie. Daarom moet de kennisbasis waarop zo'n machtiging rust individueel, actueel, controleerbaar en juridisch relevant zijn.

Academische contra-expertise is in dit verband geen anti-psychiatrisch manifest. Zij is een methode om te onderzoeken of de brug tussen psychiatrische classificatie en juridische dwang werkelijk is gelegd. Die brug bestaat uit verschillende schakels: psychische stoornis, gedrag, ernstig nadeel, causaliteit, noodzaak, subsidiariteit, proportionaliteit en te verwachten effectiviteit. Als een van die schakels zwak is, kan een machtiging niet worden gedragen door de autoriteit van het dossier alleen. De rechter moet dan afwijzen, beperken of nader onderzoek laten verrichten.

Een dwangmachtiging mag niet rusten op een onbewezen correctie-model of op niet-geïndividualiseerde effectvoorspellingen. Dat uitgangspunt is vooral belangrijk bij psychofarmaca. Het feit dat een middel neurologische en psychoactieve effecten heeft, bewijst niet dat bij deze betrokkene een objectief aangetoonde biochemische afwijking wordt gecorrigeerd. Evenmin bewijst het dat juist dit middel, in deze dosis, in deze vorm, onder dwang, het juridisch vereiste gewenste effect zal bereiken. Contra-expertise moet daarom niet alleen vragen of medicatie richtlijnconform is, maar of de voorgestelde dwangmedicatie noodzakelijk, proportioneel, subsidiair, veilig en effectief is voor deze persoon.

## 1. Wvggz-dwang als kennisprobleem

De Wvggz presenteert verplichte zorg als een juridische procedure met medische inhoud. Formeel beslist de rechter. Materieel wordt de feitelijke grondslag vaak geleverd door de psychiatrische instelling: medische verklaring, zorgplan, bevindingen van de geneesheer-directeur, verpleegkundige rapportages, eerdere opnames, incidentnotities en risicotaxaties. Daardoor ontstaat een asymmetrie. De instelling beschikt over dossiercontinuïteit, professionele taal, classificaties en verslagleggingsmacht. De betrokkene beschikt vaak over een kort zittingsmoment, een advocaat met weinig voorbereidingstijd en een eigen verhaal dat gemakkelijk als symptoom of gebrek aan inzicht kan worden gelezen.

Die asymmetrie is niet slechts praktisch. Zij is epistemisch: zij gaat over wie als betrouwbare bron van kennis wordt erkend. In Wvggz-zaken wordt de betrokkene geregeld object van kennis in plaats van subject van kennis. Hij wordt beschreven, geduid en geclassificeerd. Zijn eigen verklaring telt mee, maar onder voorbehoud. Wanneer hij de diagnose betwist, kan dat als gebrek aan ziekte-inzicht worden gelezen. Wanneer hij medicatie weigert, kan dat therapieontrouw worden genoemd. Wanneer hij eerdere dwangervaringen aanvoert, kan dat als achterdocht of rigiditeit terugkeren in het dossier. Zo kan tegenspraak zelf worden opgenomen in het bewijs voor dwang.

Academische contra-expertise probeert deze cirkel te doorbreken. Zij vraagt niet alleen of de psychiater een diagnose kan noemen, maar of de diagnose in deze zaak juridisch verklarend werkt. Zij vraagt niet alleen of risico denkbaar is, maar welk concrete nadeel waarschijnlijk is, op welke termijn en op basis van welke feiten. Zij vraagt niet alleen of medicatie gebruikelijk is, maar of gedwongen medicatie bij

deze persoon noodzakelijk en effectief is, gelet op eerdere bijwerkingen, alternatieven en de betekenis die betrokkene zelf aan zijn klachten en verzet geeft.

## **2. De beperking van DSM-labels**

DSM-classificaties zijn beschrijvende ordeningen van symptomen en gedrag. Zij kunnen communicatie tussen professionals ondersteunen, onderzoek structureren en toegang tot zorg organiseren. Maar een classificatie is niet hetzelfde als een individuele verklaring. Het label "psychotische stoornis", "bipolaire stoornis" of "schizofreniespectrumstoornis" bewijst niet automatisch waardoor concreet gedrag ontstaat, welk ernstig nadeel dreigt of waarom dwang noodzakelijk is.

In Wvggz-zaken is dit onderscheid cruciaal. De wet vraagt niet slechts of een psychische stoornis kan worden vastgesteld. De wet vraagt of gedrag als gevolg van die stoornis leidt tot ernstig nadeel, en of verplichte zorg noodzakelijk is om dat nadeel af te wenden. Een DSM-label is dus hoogstens het begin van de analyse. Het mag niet fungeren als snelkoppeling naar causaliteit, gevaar en dwang. Als het dossier zegt dat iemand een psychotische stoornis heeft, moet nog steeds worden uitgelegd welk concreet gedrag uit die stoornis voortvloeit, welk nadeel daardoor ontstaat, waarom dat nadeel ernstig en actueel is, en waarom vrijwillige alternatieven tekortschieten.

Een belangrijk gevaar is dat classificatie wordt gebruikt als retrospectieve verklaringsmachine. Conflicten, boosheid, wantrouwen, medicatieweigering, juridisch verzet, slaapgebrek, rouw, trauma, armoede of institutionele escalatie kunnen dan worden herordend als symptomen van dezelfde stoornis. Daardoor wordt de diagnose niet meer getoetst aan alternatieve verklaringen; zij absorbeert die verklaringen. Contra-expertise moet juist differentiaaldiagnostisch en contextueel werken. Zij moet vragen welke niet-psychiatrische of minder pathologiserende verklaringen zijn onderzocht en waarom die zijn verworpen.

Voor de rechter betekent dit dat de vraag "is er een diagnose?" onvoldoende is. De juiste vraag is: draagt deze diagnose de juridische conclusie die eraan wordt verbonden? De diagnose moet worden teruggebracht tot haar procesrechtelijke functie. Zij is geen vrijbrief, maar een te toetsen premisse. De rechter moet kunnen zien waarom het label in deze zaak relevant is voor ernstig nadeel en verplichte zorg.

## **3. Ontbreken van biomarkers en de grenzen van medisch bewijs**

Veel psychiatrische diagnoses worden niet vastgesteld met een objectieve laboratoriumtest, hersenscan of biomarker. Dat betekent niet dat psychisch lijden onwerkelijk is. Het betekent wel dat de bewijsvorm anders is dan bij veel somatische diagnoses. Zij berust op gesprekken, observaties, anamnese, heteroanamnese, gedragspatronen, uitsluiting van alternatieven en professionele interpretatie. Die interpretatie kan deskundig zijn, maar zij blijft interpretatie.

In vrijwillige zorg hoeft dat niet problematisch te zijn. Mensen kunnen hulp zoeken, diagnoses gebruiken als taal voor hun ervaring en samen met professionals behandelingen uitproberen. In dwangcontext verandert de normatieve inzet. Wanneer de staat iemands lichaam, vrijheid of verblijfplaats tegen zijn wil mag reguleren, is het onvoldoende om te zeggen dat het klinisch aannemelijk is dat een diagnose past. Er moet worden uitgelegd waarom de diagnose de specifieke dwangmaatregel rechtvaardigt.

Het ontbreken van biomarkers is vooral relevant wanneer medicatie wordt gepresenteerd als correctie van een onderliggende biologische afwijking. Als bij betrokkene geen objectief aangetoonde

neurotransmitterafwijking, dopaminedisbalans of andere meetbare stoornis is vastgesteld, kan dwangmedicatie niet worden gelegitimeerd alsof zo'n afwijking wordt hersteld. Medicatie kan effecten hebben, soms ook gewenste effecten. Maar de juridische onderbouwing moet dan eerlijk zijn: het gaat om een psychoactieve interventie met verwachte symptoomdemping of gedragsbeïnvloeding, niet om het aantoonbaar repareren van een gemeten defect.

Contra-expertise moet daarom onderscheid maken tussen drie niveaus. Ten eerste: bestaat er in wetenschappelijke literatuur een gemiddeld effect van een middel bij een groep? Ten tweede: is er bij deze betrokkene reden om te verwachten dat dit middel het gewenste effect zal hebben? Ten derde: is dwangtoediening noodzakelijk, proportioneel en minder schadelijk dan vrijwillige alternatieven? Alleen het eerste niveau is nooit genoeg voor een zorgmachtiging. De machtiging vereist individualisering.

## **4. Chemical-imbalancekritiek**

De kritiek op het chemical-imbalanceverhaal is niet dat psychofarmaca geen biologische effecten hebben. Zij hebben die effecten duidelijk wel. Antidepressiva, antipsychotica, benzodiazepinen en stemmingsstabilisatoren beïnvloeden lichamelijke en neurologische processen. De kritiek is dat deze effecten niet zonder meer mogen worden voorgesteld als correctie van een bewezen onderliggende chemische stoornis.

De serotoninediscussie rond depressie is illustratief. De umbrella review van Moncrieff en anderen concludeerde dat er geen consistente aanwijzingen zijn dat depressie wordt veroorzaakt door verlaagde serotonineconcentraties of verlaagde serotonineactiviteit. UCL communiceerde dit als het ontbreken van duidelijk bewijs dat lage serotonineniveaus of serotonineactiviteit verantwoordelijk zijn voor depressie. Deze conclusie betekent niet dat antidepressiva nooit subjectieve verlichting kunnen geven. Zij betekent wel dat het populaire correctiemodel wetenschappelijk zwakker is dan vaak wordt aangenomen.

In Wvggz-context is de les breder. Als een instelling zegt dat medicatie nodig is omdat iemand een onderliggende biologische ontregeling heeft, moet worden gevraagd: welke ontregeling, hoe vastgesteld, bij wie, met welke methode en met welke relevantie voor dwang? Zonder individuele bewijsvoering mag het correctiemodel niet als brug dienen van diagnose naar gedwongen toediening. De rechter mag niet volstaan met de gedachte dat medicatie "de stoornis behandelt" wanneer de juridische vraag is of dwangmedicatie noodzakelijk is om concreet ernstig nadeel af te wenden.

Proceswaardig geformuleerd luidt het argument: het dossier mag psychofarmaca niet presenteren als bewezen correctie van een niet-aangetoonde chemische onbalans. Als medicatie wordt voorgesteld, moet zij worden onderbouwd als concrete interventie met concrete verwachte baten, concrete risico's, concrete alternatieven en concrete redenen waarom vrijwilligheid niet volstaat. Een dwangmachtiging mag niet rusten op een onbewezen correctie-model of op niet-geïndividualiseerde effectvoorspellingen.

## **5. Het drug-centred model**

Het drug-centred model, bekend uit het werk van Joanna Moncrieff, biedt een nuttige contra-expertisevraag. In een disease-centred model wordt medicatie voorgesteld als behandeling van een onderliggende ziekteproces. In een drug-centred model wordt medicatie gezien als een stof die zelf een veranderde lichamelijke en mentale toestand veroorzaakt. Die toestand kan sommige ervaringen dempen, activeren, afvlakken, verdoven of anderszins veranderen.

Voor de Wvvggz is dit onderscheid normatief krachtig. Als medicatie een psychoactieve toestand produceert, dan moet dwangmedicatie worden beschouwd als een directe ingreep in bewustzijn, affect, motoriek, alertheid, seksualiteit, slaap, metabolisme, motivatie en subjectieve beleving. Dat raakt lichamelijke integriteit en persoonlijke identiteit. Het is dan niet genoeg om te zeggen dat iemand "medicatie nodig heeft". De vraag is wat de medicatie precies doet, wat zij bij deze persoon eerder heeft gedaan, welke schade of bijwerkingen zijn opgetreden en of het verwachte voordeel opweegt tegen de inbreuk.

Het drug-centred model helpt ook om het woord "effectief" te preciseren. Een middel kan effectief zijn in het verminderen van expressie, agitatie, slapeloosheid of intensiteit van ervaringen. Maar in een instelling kan "effectief" soms betekenen: makkelijker beheersbaar, rustiger op de afdeling, minder zichtbaar verzet. De Wvvggz vraagt meer. Effectiviteit moet worden verbonden aan het afwenden van ernstig nadeel, herstel, veiligheid en een zo beperkt mogelijke inbreuk op autonomie. Institutionele rust is niet automatisch rechtsstatelijke effectiviteit.

Contra-expertise moet daarom vragen: welk effect wordt eigenlijk beoogd? Gaat het om herstel van betrokkene of om beheersbaarheid? Is de verwachte werking gebaseerd op eerdere individuele respons of op algemene aannames? Zijn bijwerkingen en subjectieve schade meegewogen? Is het doel ook bereikbaar met slaapherstel, vrijwillige begeleiding, netwerksteun, traumabehandeling, crisiskaart, time-out-afspraken of tijdelijke praktische ondersteuning?

## 6. Dwangschade en dwangiatrogenese

Dwang wordt in Wvvggz-dossiers vaak voorgesteld als noodzakelijk om schade te voorkomen. Dat kan soms waar zijn. Maar dwang kan zelf ook schade veroorzaken. Dwangschade omvat lichamelijke schade, psychische schade, verlies van vertrouwen, traumatisering, zorgmijding, escalatie, sociaal stigma, verlies van woning of werk, familiebreuk en beschadiging van iemands publieke identiteit. Dwangiatrogenese is de specifieke gedachte dat de interventie die als zorg wordt gepresenteerd zelf klachten, verzet, wantrouwen of ontregeling veroorzaakt of versterkt.

Dit is juridisch relevant voor proportionaliteit, subsidiariteit, veiligheid en effectiviteit. Als eerdere gedwongen opname of medicatie heeft geleid tot trauma, langdurig wantrouwen, vermijding van hulp, paniek bij hulpverleners, ernstige bijwerkingen of relationele escalatie, dan moet dat worden meegewogen. Het is te smal om te zeggen: betrokkene werkt niet mee, dus dwang is nodig. Misschien werkt betrokkene niet mee omdat eerdere dwang de zorgrelatie heeft beschadigd. Dan kan herhaling van dwang het gestelde probleem verdiepen in plaats van oplossen.

Contra-expertise moet dwangschade concreet maken. Welke dwang is eerder toegepast? Wie was erbij? Wat gebeurde daarna? Welke lichamelijke of psychische klachten ontstonden? Welke medicatiebijwerkingen waren er? Welke schade aan vertrouwen, slaap, seksualiteit, concentratie, werk, woning of relaties volgde? Zijn die gevolgen in het dossier benoemd, of worden zij hervertaald als symptoom van de stoornis?

Bij medicatie is ook afbouw relevant. Abrupt stoppen of snelle dosisverlaging kan klachten veroorzaken die vervolgens als terugval worden geïnterpreteerd. Literatuur over voorzichtige afbouw van antipsychotica laat zien dat tapering een serieuze klinische vraag is. Dat betekent niet dat afbouw altijd moet of dat stoppen zonder begeleiding verstandig is. Het betekent wel dat onttrekking, neuroadaptatie en eerdere medicatieblootstelling niet uit het juridische beeld mogen verdwijnen.

## 7. Herstel, autonomie en mensenrechten

Herstel is meer dan symptoomreductie. In herstelgerichte benaderingen gaat het om betekenis, regie, relaties, identiteit, hoop, veiligheid, participatie en een leven dat voor de betrokkene zelf de moeite waard is. Een Wvggz-machtiging die alleen kijkt naar risicodemping kan herstel juist ondermijnen wanneer zij autonomie, vertrouwen en relationele steun beschadigt.

Mensenrechtelijke benaderingen, zoals zichtbaar in WHO-richtingen voor community mental health en in CRPD-georiënteerde kritiek op dwang, leggen nadruk op vrijwillige, persoonsgerichte, relationele en community-based ondersteuning. De Raad van Europa heeft gewezen op de noodzaak om dwang in geestelijke gezondheidszorg terug te dringen en mensenrechtengebaseerde alternatieven te ontwikkelen. Deze bronnen betekenen niet automatisch dat elke nationale Wvggz-bepaling buiten toepassing moet blijven. Zij versterken wel de interpretatieve eis dat dwang strikt als ultimum remedium moet worden getoetst.

Voor contra-expertise betekent dit dat alternatieven niet decoratief mogen zijn. De deskundige moet onderzoeken of het gestelde ernstig nadeel kan worden verminderd door vrijwillige ambulante begeleiding, crisiskaart, Open Dialogue-achtige netwerkgesprekken, time-outvoorziening, respijtzorg, slaapinterventie, praktische hulp bij woning of financiën, vaste vertrouwenspersoon, huisartsbetrokkenheid, peer support of medicatieafspraken zonder dwang. Als zulke opties niet serieus zijn onderzocht, is subsidiariteit onvoldoende onderbouwd.

Het mensenrechtelijke punt is dus niet abstract. Het wordt concreet in vragen als: is de persoon gehoord? Is zijn eigen verklaring als kennis behandeld? Zijn zijn bezwaren tegen medicatie wilsbekwaam onderzocht? Is het eigen plan van aanpak serieus beoordeeld? Is het netwerk betrokken? Is vrijwilligheid geprobeerd? Is de maatregel beperkt in duur, plaats, vorm en intensiteit? Zijn minder ingrijpende alternatieven niet alleen genoemd maar werkelijk gewogen?

## 8. Het Power Threat Meaning Framework

Het Power Threat Meaning Framework biedt een taal om gedrag niet onmiddellijk als symptoom te lezen. Het vraagt: wat is iemand overkomen, welke machtsverhoudingen spelen, welke bedreigingen worden ervaren, welke betekenis geeft iemand daaraan en welke overlevingsreacties zijn ontstaan? Voor een Wvggz-zaak kan dit helpen om juridische causaliteit scherper te maken.

Stel dat iemand wantrouwig is tegenover hulpverlening. Een dossier kan dat lezen als paranoïde overtuiging. Een contextuele analyse kan vragen of eerdere dwang, separatie, gedwongen medicatie, politie-inzet of onvoldoende uitleg dat wantrouwen begrijpelijk maken. Stel dat iemand boos wordt bij de zitting. Het dossier kan dat lezen als ontregeling. Een contextuele analyse kan vragen of boosheid ook een reactie is op verlies van regie, angst voor medicatie of eerdere vernedering. Stel dat iemand medicatie weigert. Het dossier kan dat lezen als gebrek aan ziekte-inzicht. Een contra-expertise kan vragen of bijwerkingen, seksuele disfunctie, emotionele afvlakking, akathisie of eerdere slechte ervaringen rationele redenen vormen.

PTMF is geen vervanging van juridisch bewijs. Het is een bron van alternatieve hypothesen. Die hypothesen zijn belangrijk omdat een zorgmachtiging alleen kan worden verleend wanneer de noodzakelijke juridische schakels voldoende zijn onderbouwd. Als gedrag ook begrijpelijk is vanuit macht, dreiging, betekenis en respons, moet de rechter extra zorgvuldig toetsen voordat dat gedrag als stoornisgestuurd ernstig nadeel wordt gebruikt.

## 9. De procesvorm van academische contra-expertise

Een academische contra-expertise kan verschillende vormen aannemen. De zwaarste vorm is een rechterlijk deskundigenbericht door een onafhankelijke psychiater of klinisch farmacologisch deskundige. Daarnaast kan een partijdeskundige een rapport schrijven. Soms is een volledig onderzoek niet haalbaar voor de zitting, maar kan een kort deskundigenmemorandum volstaan om twijfel te objectiveren. Zo'n memorandum hoeft niet alle diagnostiek te doen. Het kan uitleggen dat het bestaande dossier onvoldoende basis biedt voor dwangmedicatie of opname omdat de causaliteit, farmacologische individualisering of alternatievenanalyse ontbreekt.

De advocaat moet de vertaalslag maken. Een academisch stuk dat alleen zegt dat DSM-labels beperkt zijn, helpt weinig als het niet wordt gekoppeld aan de Wvvggz. Een bruikbaar verzoek zegt: de diagnose is classificierend maar niet verklarend; het dossier toont onvoldoende causaliteit tussen stoornis en ernstig nadeel; medicatie wordt voorgesteld zonder individuele effectvoorspelling; bijwerkingen en eerdere dwangschade zijn niet gewogen; vrijwillige alternatieven zijn onvoldoende onderzocht; daarom moet het verzoek worden afgewezen, aangehouden of beperkt.

De processtrategie hoort gelaagd te zijn. Primair: afwijzing omdat de wettelijke criteria niet zijn vervuld. Subsidiair: aanhouding voor contra-expertise. Meer subsidiair: beperking van de machtiging, bijvoorbeeld geen gedwongen medicatie, geen depot, geen opname, geen insluiting, kortere duur en snelle herbeoordeling. Uiterst subsidiair: expliciete motivering per vorm van verplichte zorg en vastlegging dat de bezwaren zijn aangevoerd.

## 10. Modelvragen voor de deskundige

De kracht van contra-expertise hangt af van de vraagstelling. De deskundige moet niet alleen worden gevraagd of een diagnose kan worden gesteld. De vragen moeten de Wvvggz-criteria en de academische kritiek verbinden.

Ten aanzien van diagnose: welke classificatie volgt uit eigen onderzoek, welke differentiaaldiagnosen zijn overwogen, welke onzekerheden blijven bestaan en in hoeverre verklaart de classificatie het gestelde ernstige nadeel? Ten aanzien van causaliteit: welk gedrag veroorzaakt welk nadeel, op welke feiten berust dat, en kan het gedrag mede worden verklaard door trauma, slaaptekort, stress, rouw, middelen, somatische factoren, autisme, medicatiebijwerkingen, onttrekking of institutionele escalatie?

Ten aanzien van medicatie: welk middel wordt voorgesteld, waarom deze dosis en toedieningsvorm, welke eerdere respons is gedocumenteerd, welke bijwerkingen zijn relevant, is een objectief aangetoonde biochemische afwijking vastgesteld, en is het redelijker om de medicatie te beschouwen als psychoactieve interventie met mogelijke symptoomdemping? Ten aanzien van proportionaliteit en subsidiariteit: welke alternatieven zijn beschikbaar, wat is het minst ingrijpende middel en is de kans groot dat de voorgestelde dwang het gewenste resultaat bereikt?

Ten aanzien van wilsbekwaamheid: begrijpt betrokkene de voor- en nadelen van medicatie of opname, kan hij zijn bezwaren waarderen en verwoorden, en zijn die bezwaren rationeel te verklaren vanuit eerdere ervaringen? Ten aanzien van herstel: draagt de voorgestelde maatregel bij aan duurzaam herstel en veiligheid, of vooral aan onmiddellijke beheersbaarheid?

## 11. Bewijsdiscipline en toon

Een contra-expertise verliest kracht wanneer zij te absoluut of polemisch wordt. Zinnen als "psychiatrie is pseudowetenschap" of "medicatie is altijd vergif" zijn processtrategisch zwak. Zij maken het makkelijk om de betrokkene als ideologisch of onvoldoende inzichtelijk neer te zetten. De academische kritiek moet strenger en rustiger zijn.

Sterke formuleringen zijn: de diagnose is onvoldoende verklarend voor dit concrete nadeel; de medicatie is onvoldoende geïndividualiseerd onderbouwd; het dossier onderscheidt onvoldoende tussen symptoom, context en begrijpelijke reactie; bijwerkingen en dwangschade zijn niet zichtbaar gewogen; vrijwillige alternatieven zijn niet uitputtend onderzocht; de effectiviteitsvoorspelling is onvoldoende toetsbaar. Zulke zinnen zijn scherp, maar blijven juridisch controleerbaar.

Ook bewijsdiscipline is nodig. Maak een tijdlijn. Verzamel medicatiegeschiedenis. Noteer bijwerkingen met datum, middel, dosis en gevolg. Beschrijf eerdere dwangervaringen feitelijk. Benoem vrijwillige hulp die wel wordt geaccepteerd. Laat naasten feiten verklaren, niet alleen meningen. Vraag huisarts of andere professionals om korte feitelijke brieven over somatiek, slaap, bijwerkingen of vrijwillige behandelbereidheid. Een academisch argument wordt sterker wanneer het wordt verbonden aan concrete feiten.

## **12. Cassatiebewuste vastlegging**

Omdat Wvggz-zaken geen gewone hogerberoepsronde kennen, moet de eerste aanleg cassatiebewust worden gevoerd. Dat betekent niet dat de zitting een cassatiecollege wordt. Het betekent dat kernverweren zichtbaar in het procesdossier moeten komen. Als contra-expertise wordt gevraagd, moet duidelijk zijn waarom. Als medicatie-individualisering wordt betwist, moet dat worden vastgelegd. Als bijwerkingen, afbouw, onttrekking of dwangschade zijn aangevoerd, moeten zij in de beschikking of het proces-verbaal herkenbaar zijn.

De rechter kan een verzoek om contra-expertise afwijzen, maar moet dan kunnen uitleggen waarom het bestaande dossier ondanks gemotiveerde twijfel voldoende is. Juist bij medicatiedwang moet zichtbaar worden waarom het middel noodzakelijk en proportioneel is, waarom vrijwillige alternatieven niet volstaan, en waarom het verwachte effect meer is dan algemene klinische verwachting. Als die motivering ontbreekt, kan cassatie zich richten op het passeren van een essentieel verweer, onvoldoende motivering of onbegrijpelijke verwerking van twijfel.

## **13. Rechterlijke motivering en deskundigengezag**

De rechter hoeft geen psychiater te worden, maar moet wel kunnen uitleggen waarom hij psychiatrisch deskundigengezag volgt wanneer daar gemotiveerde academische tegenspraak tegenover staat. Dat is een eigen rechtsstatelijke taak. Deskundigheid kan de rechter informeren, maar zij kan de rechterlijke normtoets niet vervangen. In Wvggz-zaken is die normtoets bijzonder zwaar, omdat de beschikking niet alleen een behandeling mogelijk maakt, maar ook dwang legitimeert.

Een beschikking die zegt dat de rechtbank de medische verklaring overtuigend acht, is daarom onvoldoende wanneer betrokkene concreet heeft aangevoerd dat de diagnose niet verklarend is, dat de medicatie niet individueel is onderbouwd, dat bijwerkingen zijn genegeerd, dat eerdere dwang schade heeft veroorzaakt of dat vrijwillige alternatieven niet zijn onderzocht. De rechter moet dan laten zien hoe die punten zijn gewogen. Niet elk argument hoeft uitvoerig te worden besproken, maar essentiële verweren mogen niet verdwijnen in algemene instemming met het verzoek.

Bij academische contra-expertise gaat het om meer dan een botsing tussen twee meningen. Het gaat om de vraag welke bewijsvorm past bij dwang. Als de instelling spreekt in waarschijnlijkheden, classificaties en behandelverwachtingen, terwijl betrokkene concrete onzekerheden aandraagt, moet de rechter expliciteren waarom de resterende onzekerheid toch verenigbaar is met verplichte zorg. Dat geldt in het bijzonder voor medicatiedwang. De motivering moet niet alleen zeggen dat medicatie volgens de psychiater aangewezen is, maar ook waarom dwangtoediening noodzakelijk is, waarom de gekozen stof en dosis passend zijn, waarom bijwerkingen aanvaardbaar zijn en waarom minder ingrijpende routes tekortschieten.

Daarmee krijgt contra-expertise een dubbele functie. Zij kan inhoudelijk twijfel zaaien, maar zij kan ook de motiveringsplicht activeren. Zelfs wanneer de rechter de machtiging toch verleent, dwingt een goed opgebouwd tegenrapport tot preciezere rechtspraak. Het maakt zichtbaar waar de beslissing steunt op feiten, waar zij steunt op deskundigeninschatting en waar zij normatief kiest voor dwang boven vrijwilligheid. Die zichtbaarheid is essentieel voor cassatie, voor publieke controle en voor latere evaluatie van de Wvvgz.

## **14. Conclusie**

Academische contra-expertise in Wvvgz-zaken is geen luxe en geen sabotage. Zij is een noodzakelijke vorm van tegenspraak wanneer een rechterlijke machtiging tot dwang leunt op diagnostische labels, algemene risicotaal, medicatie-automatismen of onvoldoende onderzochte alternatieven. Zij herinnert de procedure eraan dat psychiatrische deskundigheid belangrijk kan zijn, maar niet samenvalt met rechtsstatelijke toereikendheid.

De kern is eenvoudig. DSM-labels zijn geen bewijs van causaliteit. Het ontbreken van biomarkers vraagt om bescheidenheid bij biologische claims. Chemical-imbalanceverhalen mogen niet als individuele dwanggrond fungeren. Het drug-centred model laat zien dat psychofarmaca psychoactieve ingrepen zijn die afzonderlijk moeten worden gelegitimeerd. Dwang kan schade veroorzaken en zelfs de problemen versterken die zij zegt te behandelen. Herstel en mensenrechten vragen om vrijwillige, relationele en contextuele alternatieven voordat de staat iemands lichaam of vrijheid overneemt.

Daarom moet de contra-expertise de rechter steeds terugbrengen naar de beslissende vraag: is deze dwang, voor deze persoon, op dit moment, met deze middelen, op basis van deze feiten, werkelijk noodzakelijk, proportioneel, subsidiair en effectief? Als het antwoord daarop niet overtuigend en individueel kan worden gegeven, moet de rechtsstaat eerst onderzoeken voordat zij ingrijpt.

## Bronnen en literatuur

Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg, [wetten.overheid.nl/BWBR0040635/](https://wetten.overheid.nl/BWBR0040635/).

Rechtspraak.nl, Procedures Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg, [www.rechtspraak.nl/onderwerpen/wvggz/procedure](https://www.rechtspraak.nl/onderwerpen/wvggz/procedure).

Moncrieff e.a., The serotonin theory of depression: a systematic umbrella review of the evidence, *Molecular Psychiatry*, 2022.

UCL News, No evidence that depression is caused by low serotonin levels, 2022.

Joanna Moncrieff, *The Myth of the Chemical Cure*, Palgrave Macmillan, 2008.

Joanna Moncrieff, *The Bitterest Pills: The Troubling Story of Antipsychotic Drugs*, Palgrave Macmillan, 2013.

Horowitz e.a., A Method for Tapering Antipsychotic Treatment That May Minimize the Risk of Relapse, *Schizophrenia Bulletin*, 2021.

British Psychological Society, *The Power Threat Meaning Framework*.

World Health Organization, *Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches*, 2021.

Parliamentary Assembly of the Council of Europe, Resolution 2291 (2019), Ending coercion in mental health.

VN-Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap.