

# Erkenning in de forensische psychiatrie

Swanny Kremer, Wim van der Velde en Heidi Wolf

Terbeschikkingstelling (tbs) ligt de laatste tijd onder vuur. De samenleving accepteert namelijk geen onttrekkingen aan toezicht en recidives. Aandacht komt steeds meer te liggen op veiligheid en minder op behandeling. Tegelijkertijd is er minder geld waardoor de bezetting van sociotherapeutische behandelaars op de woon- of behandelafdelingen in forensisch psychiatrische centra (fpc's) vermindert. Dat heeft consequenties voor de kwaliteit van de behandeling die gegeven wordt aan de tbs-patiënten. Hoe kan in deze tijd van beperktere middelen nog steeds goede zorg worden gegeven aan de individuele patiënt? En wat is eigenlijke goede zorg in een fpc? In dit artikel staan beide vragen centraal. Aan de hand van inzichten uit de zorgethiek, en van denkers als Levinas, Ricoeur en Bourdieu, wordt het concept goede zorg verder uitgewerkt en onderzocht wat nodig is om deze conceptie van zorg in de bestaande situatie van een forensisch psychiatrisch centrum te realiseren.

## Zuur

Inktzwart lover loopt over grijze paden  
en woekert gierig met het dunne licht,  
dat op de bodem staat van dit gesticht,  
vergeten door de nachten en de dagen.

Zuur voor de ziel, waaraan de wormen  
knagen,  
vermindert het ons in elkanders ogen  
tot vluchtige verschijning onder hoge  
steenbogen, die de dode hemel schragen.

*Gerrit Achterberg, 1969*

Gerrit Achterberg<sup>1</sup> wordt wel gezien als een van de belangrijkste dichters van de vorige eeuw, en hij had tbs, wat toen nog tbr heette. Door zijn gedichten geeft Achterberg zicht op zijn leven als tbr-patiënt. Hij gunt ons een mooie individuele beleving, een blik achter de muren en in de mens die opgesloten en behandeld wordt. In dit gedicht beschrijft Gerrit Achterberg hoe hij zijn bestaan als mens moet 'bevechten' in de tbr. Hij beschrijft zichzelf als een man in nood, en de behandeling binnen de tbr als zuur voor de ziel, als zuur voor het individu (Fokkema, 1973). Het zuur van de tbs reduceert medemensen tot

vluchtige verschijning. Hoe zit dat met het zuur van tbs instellingen anno 2013?

Wordt er tegenwoordig wel recht gedaan aan het individu in een forensisch psychiatrische setting?

Dat is maar de vraag.

Tegenwoordig ligt de tbs namelijk onder vuur en daarmee onder een vergrootglas. De samenleving accepteert geen onttrekkingen aan toezicht, of erger, geen recidive in delictgedrag. Dat heeft als consequentie, dat de nadruk nog meer dan ervoor, bij een instelling ligt op het voldoen aan landelijke richtlijnen.

Men is bijvoorbeeld steeds meer geneigd om individuen in groepsgegevens te willen 'vangen', dit blijkt onder andere uit het invoeren van verplichte risicotaxaties. Bij een risicotaxatie wordt het risico van een individu geschat op basis van een score gebaseerd op groepsgegevens en een klinische blik. Een vraag hierbij is in hoeverre een individu gegeneraliseerd wordt door groepsgegevens (of statistische gegevens) te gebruiken als uitgangspunt voor een individueel oordeel. Daarnaast is er in toenemende mate minder geld beschikbaar voor deze instellingen, dat direct consequenties heeft voor de hoeveelheid behandelaars op de woon- of behandelafdelingen. Aandacht voor het individu komt hiermee in toenemende mate in de knel. Voordat we verder gaan kijken hoe de aandacht voor het individu in de forensisch psychiatrische centra vermeerderd kan worden, willen we een ding voorop stellen. We vinden het niet meer dan logisch dat de maatschappij heel kritisch kijkt naar de tbs. Men wil graag veilig zijn of een gevoel van veiligheid hebben. Iedere onttrekking of recidive doet afbreuk aan het gevoel van veiligheid.<sup>2</sup> Patiënten die met een tbs-maatregel opgenomen worden hebben zeer ernstige delicten gepleegd. Dat men individuen in groepsgegevens probeert te vangen, is dan ook niet iets wat we bij voorbaat afwijzen: het is een streven naar een goede behandelbeoordeling en een

veilige resocialisatie. Desondanks moeten we er voor waken dat deze (logische) nadruk op veiligheid en, helaas onvermijdelijke, bezuinigingen in tijd van crisis, niet resulteert in een tbs behandeling dat als een zuur knaagt aan de ziel, aan het individu.

Ons inziens is het de taak van de behandelaar om ervoor te waken dat patiënten gereduceerd worden tot vluchtige verschijningen. We zullen dan ook onderzoeken hoe een behandelaar recht kan doen aan de individuele patiënt onder de zojuist genoemde omstandigheden.

In dit essay beschrijven we eerst wat behandelen in een forensisch psychiatrisch centrum op dit moment inhoudt alvorens wij onze eigen visie geven over de goede zorg in de specifieke situatie waarbij het gaat om behandeling in een gedwongen kader en de behandelaars geconfronteerd zijn met beperktere middelen en vermarkting van zorg. Daarbij maken we gebruik van inzichten uit de zorg- of relationele ethiek, Levinas en Ricoeur en van Bourdieu. We eindigen met handvatten voor de professional om te gaan met de moeilijkheden om patiënten te erkennen en het zuur van de tbs tegen te gaan.

## Werken in een forensisch psychiatrisch centrum

Werken in een forensisch psychiatrische setting richt zich op zowel behandeling als beveiliging. Dit houdt echter meer in dan dat patiënten behandeling krijgen aangeboden binnen duidelijke grenzen van beveiliging. Natuurlijk zijn er hoge muren, gesloten deuren en overal camera's, maar veiligheid wordt in de eerste plaats bewerkstelligd door het contact dat medewerkers en patiënten onderling aangaan. Niet alleen zal een patiënt een medewerker dan eerder in vertrouwen nemen als hij voelt dat het niet goed met hem gaat, een medewerker zal ook eerder signaleren dat een patiënt ongewoon gedrag

vertoont als hij deze goed kent. Kortom, een goede behandeling komt ook de veiligheid ten goede.

Patiënten in een forensisch psychiatrische centrum hebben meestal een tbs-status. Zij worden veelal gekenmerkt door een complexe pathologie die de behandeling niet eenduidig maakt. Op basis van wetenschappelijk onderzoek en praktijkkennis van professionals is er een specifiek zorgaanbod ontwikkeld voor elke categorie patiënt.

De 'oplettende' lezer voelt in de formulering van de auteurs al een kleine terughoudendheid met dergelijke zorgprogramma's die uitgaan van categorieën patiënten. Gelukkig kunnen behandelaars van 'gebaande (zorg) paden' deels afwijken, waarmee er wat ruimte is voor individuele vormgeving.

Desondanks blijft de vraag of hiermee aan het individu recht kan worden gedaan. Die twijfel wordt versterkt doordat het belangrijkste doel van dit zorgaanbod het verkleinen van delict risico's is. Het individu wordt dan vooral bekeken in relatie tot zijn<sup>3</sup> delict, delictgeschiedenis, problematiek en stoornis. Dat zijn immers factoren die inzicht geven in het risico van recidive van de patiënt.

Behandeling van tbs-patiënten wordt vormgegeven binnen een multidisciplinair team dat onder andere bestaat uit een behandelcoördinator (psycholoog), een psychiater, maatschappelijk werker, specifieke therapeuten zoals psychomotore- of beeldend therapeuten en uiteraard sociotherapeuten. In dit artikel focussen we op de sociotherapie omdat zij de dagelijkse zorg leveren aan tbs-patiënten. Sociotherapeuten geven samen met collega's en patiënten vorm aan het klimaat op een woonafdeling. Sociotherapie richt zich op het omgaan met elkaar, op communicatie en interactie als leersituaties. Het doel hiervan is dat patiënten binnen deze leeromgeving anders leren omgaan met hun (on)mogelijkheden.

Sociotherapeuten zijn het eerste en laatste contact met een patiënt op een dag.

Er is in het leefmilieu aandacht voor het contact tussen patiënten en de sociotherapie, en voor het contact tussen patiënten onderling. Zeer invloedrijke personen in de behandeling zijn medepatiënten. Wanneer de contacten tussen patiënten onderling niet gezien en geëvalueerd worden kunnen zij een ongewenste invloed hebben op de behandeling van een patiënt. Op zich concurreren sociotherapeuten met de invloed die er uit kan gaan van medepatiënten, van de 'peergroep van inmates'. Sociotherapeuten moeten telkens weer pogen om zich binnen de groep patiënten te bewegen. Als er niet voldoende contact is zal de sociotherapeut hoogstwaarschijnlijk als verliezer uit de bus komen in de concurrerende (re)socialisatie. Een 'goede' sociotherapeut is een rolmodel, en om dit rolmodel goed te kunnen observeren is het belangrijk dat de sociotherapie veel op de woonafdeling van de patiënten aanwezig is. Dat voorkomt deels het risico van een wij/zij cultuur. Wanneer sociotherapeuten veel op 'de groep' zijn als rolmodel, kunnen oude aannames en ideeën van patiënten worden uitgedaagd en kunnen zij alternatief gedrag observeren en leren.

Maar het leefmilieu biedt ook andere kansen. Patiënten nemen soms eerder iets aan van medepatiënten. Dat houdt niet in dat men dat op zijn beloop moet laten. Maar medepatiënten kunnen juist methodisch ingezet worden. Door de herkenning (identificatie met medepatiënten) te gebruiken in groeps gesprekken is het bijvoorbeeld mogelijk de motivatie en betrokkenheid van patiënten te vergroten.

Niet iedere patiënt is even goed in staat om deel te nemen aan een 'groepsbehandeling'. Daarom wordt er soms ook individueel gewerkt vanuit de sociotherapie. Denk aan patiënten met een autisme spectrum stoornis die veelal extra structuur en duidelijkheid nodig hebben, of aan iemand die een

crisis(plaatsing) heeft. Soms wordt er een blijvend individueel programma aangeboden, soms ook wordt er een individueel programma aangeboden met als doel (terug te keren naar) een groepsgerichte behandeling. Echter, sociotherapie is merendeels een groepsbehandeling waarbij een sociotherapeut als rolmodel nog steeds actueel is. Binnen een gestandaardiseerd zorgprogramma is de basisattitude van een sociotherapeut zeer belangrijk, waarbij aansluiting zoeken bij de ander leidend is. Aansluiting kan alleen bereikt worden door oprecht aandachtig te zijn en te proberen de ander te duiden, ook als een (hulp)vraag niet direct gesteld wordt.

Oprechte aandacht kan zitten in kwantiteit, in de zin van voldoende personeel op een afdeling, plus een aandachtige basishouding. Maar moet je het dan opgeven als er weinig personeel is, of als er sprake is van inkrimping van teams? Hoe moeilijk het ook is, sociotherapeuten moeten blijven proberen om oprechte aandacht te geven aan een individuele patiënt. Zij moeten proberen om een patiënt te *erkennen*.

In de tijd dat zorg steeds meer lijkt te draaien om geld, efficiency en declareerbare tijd, willen wij een lans breken voor erkenning van de patiënt opdat de zorg niet verschaalt (Heijst, Van, 2008).

Maar wat verstaan we hier onder *erkenning*? Voor een uitwerking van dit concept maken we gebruik van elementen uit de zorgethiek, en uit het denken van Levinas, Ricoeur en Bourdieu, waarbij we die elementen proberen samen te nemen en te komen tot wat volgens ons goede sociotherapeutische zorg kan zijn.

## Goede zorg als erkenning

Van Heijst, een Nederlandse zorgethicus, ontwikkelt in *Iemand zien staan* nieuwe gedachten over zorgethiek. Ze doet dat aan de hand van het thema 'erkenning en miskenning'. Eén ding hebben professionals en ontvangers van zorg namelijk gemeen, ze willen dat iemand hen ziet staan.<sup>4</sup> Van Heijst is van mening dat de hedendaagse zorginstituties te doelmatig of te functioneel met zorg omgaan. De mens, de zorgverlener en de zorgontvanger, moet als het ware gehoord en gezien worden door de ander, de mens moet erkend worden. In de zorg zijn mensen over en weer afhankelijk van hoe ze elkaar ervaren. Het maakt verschil hoe mensen elkaar zien en of ze elkaar daadwerkelijk zien staan. Wanneer je het hebt over het 'in elkaars ogen bestaan' kun je spreken over de dynamiek van *erkenning* (Heijst, Van, 2008).

Zorgethiek is het nadenken over wat goede zorg is in een concrete situatie, voor deze persoon op dit moment, in deze omstandigheid. Is het eigenlijk wel goed, wat wij doen? Doen we er eigenlijk wel goed aan om zó te zorgen?

De zorgethiek vertrekt dus vanuit de erkenning van de kwetsbaarheid en de wederkerigheid van de mens. Mensen hebben elkaar nodig, om wederkerig voor elkaar te zorgen. Iedere mens en situatie is uniek, en de zorgverlener moet zich iedere keer weer afvragen wat deze persoon in deze concrete context voor zorg nodig heeft. Het gaat om erkenning van de ander in zijn eigen bijzonderheid.

De filosoof Levinas vindt dat de erkenning van de ander in zijn eigen bijzonderheid eigenlijk onvermijdelijk is. Levinas heeft een

krachtige impuls gegeven aan de bezinning op hulpverlening (Duyndam & Poorthuis, 2003). Het is verleidelijk om het werk van Levinas als 'ethiek' op te vatten, echter Levinas schrijft nergens voor hoe men zou moeten handelen als men het goede beoogt. Hij beschrijft wel waar het goede of waardevolle in huist (Duyndam & Poorthuis, 2003). De relatie tot de ander is cruciaal in het denken van Levinas. Wanneer we zijn denken toepassen op de sociotherapeutische hulpverlening stelt Levinas dat de aard van de relatie tussen hulpverleners en cliënten in ieder geval wederkerig moet zijn. Dat kan niet anders in de optiek van Levinas, want door de ander word je pas jezelf gewaar.

Een hulpverlener die goede raad, kennis en andere deskundigheid overdraagt op de cliënt is niet alleen te afstandelijk maar houdt de cliënt te afhankelijk. De relatie tussen een hulpverlener en een cliënt is weliswaar asymmetrisch, maar door een ethisch appel vanuit het gelaat van de ander ontstaat er een vorm van verantwoordelijkheid nemen voor elkaar. Dit is geen verplichting op basis van een morele wet, het gaat om een werkelijkheidservaring: de ontmoeting met de andere mens. De ontmoeting met het gelaat van de ander komt van buitenaf. In die zin staat de ander 'hoger' dan de ontvanger waardoor de cliënt niet alleen ontvanger is van de hulp van de hulpverlener: 'De mens is het enige wezen dat ik niet kan ontmoeten zonder tegenover hem aan deze ontmoeting zelf uitdrukking te geven' (Levinas, 1969). Iedere ontmoeting met een cliënt of patiënt doet op een sociotherapeut een uniek appel. Een wederzijds appel tot een menselijke interactie van gelaat tot gelaat. Met andere woorden, een appel tot zorg, om de ander echt te zien en te horen. Een appel tot erkenning.

Voor wat nu de ander echt zien en horen is zijn wij bij de filosoof Ricoeur te raden gegaan. Ricoeur heeft veel gedacht en geschreven over wat een persoon tot een individu maakt. Volgens Ricoeur is de identiteit van iemand zijn levensverhaal. Om het verhaal

van de ander te kunnen bevatten is het van belang om heel aandachtig te zijn en te kijken naar de rode draad die door de verhalen loopt. Maar mensen vertellen niet alles over zichzelf. Zij maken een selectie. En juist door die selectie die mensen zelf maken, de feiten die zij benadrukken en die zij weglaten, wordt duidelijk wat voor hen van waarde is en wat anderszins indruk maakt.

Wanneer men aansluiting wil vinden bij een persoon, een patiënt, is het belangrijk om aandacht te hebben voor het verhaal van de ander. Door ons levensverhaal te vertellen, vertellen wij aan anderen 'wie wij zijn'. Wij schrijven onze eigen identiteit, die veelal gelinkt is aan onze achtergrond. Als achtergrond bij het levensverhaal refereren we alvast kort aan de filosoof Bourdieu. Deze beschouwt de samenleving als opgedeeld in verschillende, deels overlappende, velden. Bijvoorbeeld wetenschap, politiek en kunst. In ieder veld zijn onderliggende waarden en regels aanwezig waaraan personen die zich tot dat veld verhouden zich moeten houden: in ieder veld ontwikkelen mensen een habitus.

Volgens Ricoeur wordt het verhaal van onze eigen identiteit ook door anderen geschreven, bijvoorbeeld door de relaties die wij aangaan, en de ervaringen die wij gezamenlijk opdoen. Het is natuurlijk mogelijk dat het verhaal van een tbs-patiënt verschilt van dat van zijn netwerkleden, slachtoffer(s), onderzoekers en hulpverleners. Daarmee hoeft het verhaal van de patiënt niet 'verworpen' te worden, dit verhaal kan juist licht werpen op hoe een persoon zichzelf ziet en ervaart. Deze narratieve identiteit kan voor de (sociotherapeutische) behandeling informatief zijn. Soms is het 'dominante' verhaal dat iemand over zichzelf vertelt bijvoorbeeld niet passend binnen de samenleving. Denk aan een tbs-patiënt die zichzelf beschrijft als een 'gek' of als een 'crimineel'. Hij schrijft zichzelf dan een bepaald label toe.

Er is dan soms een reconstructie nodig omdat een dergelijk narratief schade kan brengen aan de moraliteit van een individu. Of iemand bagatelliseert juist wat hij heeft gedaan. In de behandeling zou dan ondersteuning moeten zijn voor het 'herschrijven' van de eigen narratieven. Uiteraard moet het bij een dergelijke herschrijving wel gaan om narratieven die de ander recht doen, en die ook passen bij de persoon en de sociale context van de persoon. En dat kan pas in dialoog met anderen. Narratieve identiteit impliceert al dat er iemand een verhaal vertelt, en dat er iemand luistert. Niemand kan een persoon zijn zonder een ander. Iedereen heeft weliswaar een eigen identiteit maar onze identiteit is altijd verbonden aan anderen.

Het herschrijven van een levensverhaal kan ook getriggerd worden wanneer iemand verschuift tussen verschillende velden. De habitus van iemand, waar Bourdieu over spreekt, refereert aan iemands levensstijl, waarden, disposities en verwachtingen die iemand heeft van zijn sociale omgeving, en is '*a durable way of standing, speaking, walking, and thereby of thinking and feeling*' (Bourdieu 1990, 69-70). De habitus is een manier van denken en doen die past in hun veld, waardoor zij zich goed kunnen handhaven in hun omgeving. Wanneer men zich lang in een veld bevindt heeft men de habitus meestal geïnternaliseerd (Bourdieu, 1984). Het gaat niet meer om bewust aanwenden van bepaald gedrag, het gaat om een diep geïnternaliseerde denkwijze, houding en voor-reflexief handelen. Dat kan gunstig zijn zolang men in de habitus verblijft die men geïnternaliseerd heeft, echter wanneer men naar een ander veld verschuift kan het zijn dat men de aansluiting (met anderen) mist. Men begrijpt niet precies hoe anderen denken en handelen.

Voor sociotherapeuten ligt hier een grote uitdaging: zij ontmoeten een patiënt die in een vreemd veld gedwongen wordt te wer-

ken aan de herschrijving van de persoonlijke narratieven. De nieuwe habitus als sociale leeromgeving.

### **Sociotherapeutische zorg en 'de schoenen van de ander'**

Tbs-patiënten maken doordat zij opgenomen zijn een verschuiving door binnen de velden. Neem als voorbeeld een patiënt die opgroeit in een crimineel milieu waar de grens tussen mijn en dijn niet per se gerespecteerd wordt. Tijdens detentie kan het zijn dat er een kleine veldverschuiving zal zijn tussen het oorspronkelijke milieu en de gevangenissetting. Een echte kloof tussen de velden valt te verwachten tussen het criminele milieu en de therapeutische setting van een fpc. De patiënt komt in een zodanig andere omgeving terecht dat hij niet meer weet hoe hij zich moet gedragen, wat er van hem verwacht wordt. Andersom kan het voor (socio)therapeuten heel ingewikkeld zijn om deze patiënt goed te begrijpen. De kunst is dan om in de schoenen van de ander te gaan staan. Om te proberen door de ogen van de ander te kijken. Dit klinkt wellicht eenvoudiger dan het is. Wie is deze ander, en hoe is het om deze ander in dit veld te zijn? Dat houdt in dat sociotherapeuten vragen moeten stellen, bespreekbaar moeten maken wat hen opvalt, aandachtig moeten luisteren naar de ander om te proberen de ander zou goed mogelijk te begrijpen, vanuit zijn eigen habitus. Want pas wanneer de habitus van de ander begrepen wordt, kan de ander begrepen worden. In de voorgaande paragraaf hebben wij met de zorgethiek en Levinas allereerst aanneemelijk willen maken dat een mens individuele aandacht moet krijgen en tegelijk gezien moet worden in relatie tot anderen.

Uit de narratieve benadering van Ricoeur leiden we af dat echte erkenning draait om het individuele levensverhaal dat iemand vertelt, maar in relatie tot anderen want iemand luistert naar het verhaal, speelt een rol in het

verhaal of helpt een verhaal te interpreteren of geeft erkenning aan de persoon. Bourdieu beargumenteert vervolgens dat mensen in relatie tot anderen in een bepaald veld een ontwikkeling doormaken waardoor zij bepaalde waarden, visies, denkwijzen en handelingen internaliseren die in hun eigen veld weliswaar vaak maken dat men elkaar goed begrijpt, maar in een ander veld kunnen veroorzaken dat men elkaar juist niet kan plaatsen. Men moet in de schoenen van de ander gaan staan en proberen door diens ogen te kijken om de ander te begrijpen.

Deze grove schets van invloedrijke denkers en stromingen gebruiken wij om te illustreren dat de gangbare visie in de forensisch psychiatrische centra waar het individu vooral bekeken wordt vanuit het delict, de delictgeschiedenis, de stoornis en problematiek, weliswaar wel op het individu is gericht, maar te weinig aandacht heeft voor de vervlechtingen van een persoon met anderen. Om de ander te erkennen met alles erop, eraan, eraf en erbij moeten we het plaatje zo groot mogelijk maken. Pas dan is er sprake van erkenning. Maar waarom moet er meer aandacht komen voor erkenning in de forensische zorg?

### **Erkenning in de forensische psychiatrie**

Meer erkenning draagt bij aan een betere kwaliteit van de zorg en ook aan een groter gevoel van tevredenheid van de verschillende partijen (patiënten, hulpverleners, sociaal netwerk) in de zorg. Goede zorg is meer dan zorgen dat iemand overeind blijft, het is ook met die persoon in wisselwerking treden en hem of haar het gevoel geven dat die wordt opgemerkt, dat die er mag zijn zoals hij is (Heijst, Van, 2008). Goede zorg gaat verder dan zorgen dat iemand zijn eten en drinken en zijn medicatie krijgt, het gaat erom dat men een wederkerig proces met een ander aangaat, het gaat erom of je de ander hoort en ziet. Of zoals Van Heijst zegt, dat je el-

kaar 'ziet staan'. De veronderstelling van Van Heijst is dat erkenning een veel belangrijker rol speelt in zorgprocessen dan we tot nu toe weten, zowel in patiënttevredenheid als in arbeidssatisfactie (Heijst, Van, 2008).

Erkenning in de forensische psychiatrie is echter ingewikkeld. De uitgangssituatie is geheel anders dan mensen die vrijwillig zorg zoeken of ontvangen. De behandeling van tbs patiënten speelt zich af binnen een gesloten setting waar patiënten (meestal) niet uit vrije wil verblijven. Er is sprake van (zachte) dwang van therapieën. Want therapie wordt belangrijk gevonden om het recidiverisico te verkleinen. Verder zijn er ook ideeën over wat wenselijk gedrag is, en ook wat onwenselijk is. Aan de ene kant willen we de ander zien, horen, begrijpen en ermee in relatie staan. Aan de andere kant willen medewerkers patiënten ook vormen naar een delictvrij mens. Er is dus zeker erkenning voor het feit dat patiënten delicten hebben gepleegd. De behandeling vindt plaats in het spanningsveld tussen behandelen en beveiligen, tussen erkenning en 'omvorming'. Het is een continu balanceren tussen deze invloeden en tussen de verschillende belangen die daaraan gekoppeld zijn.

Daarnaast is het soms heel moeilijk om te zien wat er in iemand omgaat. Zoals wanneer een patient zeer in zichzelf gekeerd is bijvoorbeeld door een psychose. Neem het voorbeeld van een psychotische patiënt die op de wandelplaats in de regenpijp klimt. Een medewerker die bij de beveiliging werkt zal dit gedrag wellicht interpreteren als een (onhandige) ontsnappingspoging. Echter het gedrag kan eventueel ook verklaard worden vanuit de psychose van de patiënt, misschien voelt hij zich in de regenpijp veiliger dan op de grond.

En een patiënt met een hoge mate van psychopathie kan wel eens 'allergisch' zijn voor erkenning. Erkenning appelleert aan iets kwetsbaars, aan iets idealistisch. Het kan

best zijn dat de sociotherapeut die oprecht aandachtig is te dicht bij een patiënt komt. Erkenning kan dan in eerste instantie ontregelen omdat het een weg zoekt door het beschermende bolster heen.

Ondanks deze spanningen en moeilijkheden, is juist in de forensische psychiatrie erkenning van de individuele patiënt belangrijk. Patiënten hebben in hun jeugd namelijk vaak een gebrek aan erkenning gehad. Als men de patiëntendossiers erop naslaat valt vaak te lezen dat straffen gangbaarder was dan belonen. Patiënten werden vaak aangesproken op wat niet goed ging in plaats van wat wel goed ging. Aan de erkenningsbehoefte werd in die zin in hun jeugd veelal niet voldaan. In gesprek met sociotherapie op de werkvloer wordt bijvoorbeeld verteld dat de ervaring is dat patiënten 'groeien' als je ze hoort en ziet. Als je aandachtig bent en echt luistert naar hun verhaal. Erkenning is van belang om uiteindelijk samen tot gedragsveranderingen te komen. Oprechte aandacht hebben ze vaak gemist. Als dat stuk wordt overgeslagen of genegeerd missen ze ook een stuk sociale omgang. En als een sociotherapeut al geen aandacht heeft voor de patiënt, hoe moeten patiënten dan zelf in contact met anderen gaan staan? Daarbij komt het nut van verder kijken dan alleen naar het individu: kijk ook naar het individu in relatie tot anderen.

### **Handvatten voor het handelen**

Hoe kunnen we van erkenning van de ander de dagelijkse gang van zaken in forensische zorg maken? Het doel is om het fpc te benutten als een therapeutische leerklimaat waarin recht aan elkaar wordt gedaan. Wat is daar voor nodig? Allereerst zou er een reeks leersituaties aangeboden moeten worden aan de patiënten om (nieuw aangeleerd) gedrag te kunnen oefenen. In de behandeling kan men een beroep doen op de eigen (keuze)-verantwoordelijkheid van de patiënt. Dit binnen de mogelijkheden van de externe dwang vanuit

de setting waarin zij verblijven, en de eventuele interne dwang vanuit hun ziektebeeld of kwetsbaarheid. Zonder dit uitgangspunt kan men een patiënt niet aanspreken op zijn negatieve gedrag, maar, minstens zo belangrijk, ook niet op zijn positieve gedrag. Door gedragstherapeutische interventies op een juiste manier in te zetten, kan men het maken van de 'goede' keuzes versterken en stapsgewijs toewerken naar een steeds grotere verantwoordelijkheid voor de patiënt. Het oefenen met verantwoordelijkheden binnen een therapeutisch klimaat is een onderdeel van erkenning van de ander. Al met al vraagt het niet alleen om inspanning van de sociotherapie, maar ook van de patiënt. Het gaat immers om een wederkerig proces, in relatie staan tot elkaar. En hoe moeilijk dat kan zijn voor een patiënt mogen we ook erkennen. Het therapeutische leerklimaat wordt dan een nieuw veld waarin een patiënt kan oefenen met nieuw gedrag. Als de waarden en gedragingen binnen het nieuwe veld beklijven, kan men spreken van een nieuw gevormde habitus.

Kortom: het is cruciaal om een therapeutisch leerklimaat te bieden waarbij men ontmoetingen organiseert tussen patiënten en diverse disciplines/professionals waarbij doelgerichte activiteiten op individueel niveau en/of op groepsniveau plaatsvinden. Het gaat hierbij dus nadrukkelijk niet alleen om georganiseerde ontmoetingen in de zin van het volgen van therapieën. Juist de ontmoetingen die op de woonafdeling, tussen patiënten onderling en tussen personeel en patiënten plaatsvinden, lenen zich bij uitstek voor het oefenen met nieuw gedrag. Geleerd gedrag vanuit therapieën kan toegepast en geoefend worden op de woonafdeling. Het gaat er dan vooral om in hoeverre patiënten in staat zijn rekening te houden met een ander, hetzij met medepatiënten, hetzij met personeel. Als men het organiseert is de unit een doorlopende oefensituatie voor de patiënten. Er is oprechte aandacht, van persoon tot persoon, en van gelaat tot gelaat, met oog voor de persoon-



lijke narratieven en achtergronden nodig om te komen tot een nieuwe habitus.

De cultuur op een afdeling of in een instelling kan heel hardnekkig zijn. De setting is soms beheersmatig, soms conservatief. Zo kan het zijn dat men gewend is om op een bepaalde manier te werken en men er geen baat in ziet waarom dit anders zou moeten. Daarom is tijd voor reflectie voor medewerkers en begeleiding van deze reflectie noodzakelijk. De zorg voor medewerkers door tijd vrij te maken voor reflectie resulteert als het goed is in een verbeterde patiëntenzorg. Want door reflectie op het handelen kan een bepaalde cultuur of werkhouding besproken worden. Men kan van en met elkaar leren door ook even een stapje achteruit te doen en bepaalde situaties en handelingen gestructureerd door te spreken. Eventuele klachten en leerpunten kunnen met elkaar besproken worden. Het gaat niet alleen om erkenning van de patiënt, maar ook van zijn achtergrond en systeem, erkenning van zichzelf en collega's. Om tijd te vragen voor reflectie in een forensische psychiatrisch centrum is een draagvlak creëren een eerste voorwaarde.

## Conclusie en discussie

Dit artikel begon met een persoonlijk gedicht van Gerrit Achterberg, waarna de vraag werd gesteld of tbs een zuur is dat knaagt aan de ziel, aan het individu? Is Achterberg nog actueel anno 2013? We hebben beschreven dat tbs door vermarkting en verschraling van de zorg, plus de angst van de samenleving voor tbs-ers, zou kunnen leiden tot het niet recht doen aan een individu in zijn behandeling.

Vervolgens hebben we bepleit dat wanneer sociotherapeutische behandelingen een heel bewuste basishouding hebben zij bij kunnen dragen aan de erkenning van een patiënt. Doordat er oprechte aandacht is voor de patiënt, zijn narratieven, zijn habitus en zijn sociale vervlechtingen kan er recht aan het

individu worden gedaan. Tbs hoeft dan geen zuur te zijn dat aan een individu knaagt. Sterker nog, het zou een vruchtbare grond kunnen zijn waarop en waaruit men kan groeien.

Daarvoor is het van belang dat een instelling de gelegenheid aan haar medewerkers en patiënten moet geven om op een structurele manier tijd te maken voor reflectie op het handelen. Dat lijkt misschien niet direct bij te dragen aan de behandeling van een patiënt, toch doet het dat wel. Reflectie op het eigen handelen, en op het handelen van anderen leert ons of onze basishouding wel de juiste is. De basishouding van de sociotherapeut ten opzichte van deze vaak moeilijke patiënten bepaalt mede het al dan niet welslagen van de behandeling. Er vallen vele vruchten te plukken uit de ontmoeting met de ander, uit de dialoog, uit de erkenning van de ander.

*Alle auteurs van deze bijdrage zijn momenteel werkzaam bij Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC) Dr S. van Mesdag, Groningen.*

*Swanny Kremer, MA*

*Kremer is master filosofie en promovendus. In haar werk richt zij zich op de professionele ethiek in de forensische psychiatrie. Momenteel houdt ze zich als onderzoeker bezig met moreel beraad in het bestuur van FPC, en ethische kwesties in forensisch psychiatrische beleid en zorg.*

*Wim van der Velde, BA*

*Van der Velde is bachelor diploma verpleegkundige. Momenteel is hij werkzaam in de afdeling 'professionele ontwikkeling', waar hij betrokken is bij visie- en beleidsontwikkeling ten aanzien van personeelseducatie binnen de FPC. Sinds zijn studie is hij gefascineerd door filosofie, sociologie en psychologie.*

*Heidi Wolf, MA*

*Wolf studeerde andragogie en werkt momenteel als sociotherapeut op een Zeer Intensieve en Spe-*

cialistische Zorg unit. Zij houdt zich bezig met de dagelijkse verzorging en behandeling van forensisch psychiatrische patiënten in een gestructureerde en beveiligde omgeving.

## Noten

- 1 Gerrit Achterberg (1905-1962) kreeg in 1937 TBR voor het doden van zijn hospita en het verwonden van haar dochter. Tot 1943 verbleef Achterberg in verschillende forensisch psychiatrische centra. Tijdens zijn opnames schreef hij vele gedichten, waaronder gedichten over zijn behandeling in de TBR. Deze gedichten zijn postuum uitgegeven in de bundel *Blauwzuur* in 1969.
- 2 De samenleving kan bang zijn voor recidives van tbs-gestelden hetgeen zorgt voor 'subjectieve' onveiligheid. Het percentage ex-terbeschikking-gestelden dat binnen twee jaar na beëindiging van de maatregel opnieuw werd vervolgd voor een delict met een maximale strafdreiging van 4 jaar of meer (de zogenaamde 'ernstige' recidive) is in de laatste 25 jaar gedaald van 36,4% naar 17,0%. De 'tbs-waardige' recidive, die bestaat uit misdrijven die kunnen leiden tot een nieuwe maatregel, nam in dezelfde periode af van 12,9% naar 4,4%. (Factsheet Recidive TBS 1974-2008 van het WODC, het onderzoeksbureau van het ministerie). Gedetineerden die gevangenisstraf uitzitten, recidiveren veel vaker. Binnen twee jaar gaat bijna de helft (49,3 procent) opnieuw in de fout ([www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl)).
- 3 In de Mesdag zijn alleen mannelijke patiënten opgenomen. Daarom hebben we voor de mannelijke aanspreekvorm gekozen. Echter, overall waar de mannelijke aanspreekvorm staat kan desgewenst ook de vrouwelijke worden gelezen.
- 4 Verdere symmetrie tussen deze partijen wordt hiermee overigens niet gesuggereerd.

## Literatuur

- Achterberg, G. (1969), *Blauwzuur*, Bert Bakker, Den Haag.
- Bourdieu, P. (1987), Choses dites, Eng. In *Other Words: Essays toward a Reflective Sociology*, Stanford, 1990.
- Bourdieu, P. (1993), *Sociology in Question*. Trans.

R. Nice, London: Sage (origineel gepubliceerd als *Questions de Sociologie* by editions de Minuit, Paris 1984).

- Duyndam, J. & Poorthuis, M., (2003) *Levinas. Kopstukken Filosofie*. Lemniscaat, Rotterdam.
- Fokkema, R.L.K. (1973), *Variante bij Achterberg. Deel 2. De commentaar*. Em. Querido's Uitgeverij, Amsterdam.
- Gilligan, Carol (1982) *In a different voice*. Harvard University press.
- Heijst, Annelies van (2008), *Iemand zie staan. Zorgethiek over erkenning*. Kampen: Uitgeverij Klement.
- Kremer, S., Beintema, H., Spreen, M. (2011), Ethical Dilemma's in Structured professional Judgements – Ethical Issues in Risk Assessments in Forensic psychiatry: What does a Prediction based on Group Data say about an Individual in his Specific Context? *Progression in Forensic Psychiatry. About Boundaries*. Onder redactie van Oei, T.I. en Groenhuijsen, M., 91-99.
- Levinas, E., (1969), Is de ontologie fundamenteel? In *Het menselijk gelaat (L'ontologie est-elle fondamentale?)* Ambo, Baarn.
- Nistelrooy, I. van (2008), *Basisboek Zorgethiek*, Heeswijk, Uitgeverij Abdij van Berne.
- Ricoeur, P., (2005), *The course of recognition*, Harvard University Press, London, England.
- Ricoeur, P., *Fallible Man*, 1986 (1960). rev. trans. Charles A. Kelbley, New York: Fordham University Press.
- Ricoeur, P., *Oneself as Another*, 1992 (1990). trans. Kathleen Blamey, Chicago: University of Chicago Press.
- Tol, N. van, (1995) *Beroepsprofiel voor Sociotherapeuten*, Vereniging ter bevordering van Sociotherapie, Uitgeverij SWP.
- Tronto, J. (1993), *Moral boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*, New York/London, Routledge.

([www.rijksoverheid.nl](http://www.rijksoverheid.nl)).

Factsheet 2011-6

Recidive TBS 1974-2008

Ontwikkelingen in de strafrechtelijke recidive van ex-terbeschikkinggestelden

Auteurs: I.M. Bregman, B.S.J. Wartna