

Een systemische blik op een delictvrije toekomst?

Sociale-netwerkanalyse toegepast in een forensisch-psychiatrisch centrum

Swanny Kremer, Gerbrand Stam & Lydia Pomp

Samenvatting

Forensisch-psychiatrische centra zijn verplicht op klinisch relevante momenten in de behandeling recidiverisico's in te schatten. De forensische sociale-netwerkanalyse (FSNA) is een risicomanagementinstrument dat het risico taxeert, maar ook handvatten voor risicomanagement aanlevert. De FSNA brengt in kaart welke relaties risicovol en beschermend zijn voor een patiënt in de toekomst. De grondgedachte van de FSNA is dat delictgedrag niet los kan worden gezien van de sociale omgeving van de patiënt. De FSNA geeft een goede analyse en de uitkomsten bieden aanknopingspunten voor (systemische) behandelinterventies. Het is daarom van belang de resultaten van de FSNA te gebruiken voor de verdere behandeling.

Inleiding

Het aanbieden van een effectieve behandeling, die de kans op herhaling van delicten effectief vermindert, is een van de kerndoelen van een terbeschikkingstellingmaatregel, kort gezegd een tbs-maatregel (Ministerie van Justitie, 1998). Om te toetsen in hoeverre het recidiverisico is afgenomen zijn forensisch-psychiatrische centra verplicht op klinisch relevante momenten in de behandeling recidiverisico's in te schatten. Dit inschatten vindt plaats met behulp van risicotaxatie-instrumenten (Bartels, Spreen, Schuringa, & Teeken, 2008).

De meest gebruikte risicotaxatie-instrumenten zijn gevalideerd voor een gemiddelde tbs-patiënt (Hildebrand, Hesper, Spreen, & Nijman, 2005).

Met risicotaxatie-instrumenten komen behandelaren tot een individuele risicotaxatie; aan de hand van de indicatoren kan worden gecheckt in hoeverre deze risicovol of protectief werken voor de patiënt in kwestie. In de behandelpraktijk echter wijkt iedere patiënt in meer of mindere mate af van de gemiddelde tbs-patiënt. Vaak voldoet de patiënt net niet aan de omschrijving van de indicatoren of spelen andere risicofactoren een rol die niet beschreven staan in het instrument. Met alleen het checken van de risico-indicatoren is men er dan ook niet; iedere patiënt heeft immers zijn eigen unieke kenmerken en eigenschappen. En iedere patiënt komt uit een uniek systeem en keert weer terug in een systeem. Het ligt dus voor de hand om bij een risicotaxatie naast individuele factoren ook het bijbehorende systeem in beschouwing te nemen.

Forensisch Psychiatrisch Centrum Dr. S. van Mesdag heeft in een samenwerkingsverband tussen wetenschappers en maatschappelijk werkers een instrument ontwikkeld dat aandacht heeft voor de sociale context, voor omgevingsfactoren en hun onderliggende werking. Dit instrument heet de forensische sociale-netwerkanalyse, ofwel FSNA. De FSNA is een risicomangementinstrument dat niet alleen het risico taxeert, maar ook handvatten voor risicomangement aanlevert. In tegenstelling tot bestaande risicotaxatie-instrumenten richt de FSNA de focus op mogelijke protectieve en risicofactoren in iemands sociale netwerk (Pomp & Bogaerts, 2008; Pomp, Hendriks, Kremer, Spreen, 2007). Met behulp van de FSNA analyseert de onderzoeker in samenspraak met de patiënt zijn persoonlijke netwerk met aandacht voor twee soorten relaties, namelijk relaties die risicovol zijn en relaties die beschermend zijn voor hem of haar in de toekomst. De rationale van de FSNA is dat delictgedrag niet los kan worden gezien van de sociale omgeving waarin de patiënt functioneert.

Dit artikel is verdeeld in zes paragrafen. We starten met uitleg over de maatregel terbeschikkingstelling en de rol die een risicotaxatie vervult binnen deze maatregel. Vervolgens bespreken we de FSNA en lichten we deze toe aan de hand van een casus. In de daarop volgende paragraaf geven we de systemisch gerichte therapeut handvatten voor de behandeling, en we sluiten af met een conclusie.

Terbeschikkingstelling en de rol van risicotaxatie

In Nederland kan iemand door de rechter een terbeschikkingstelling opgelegd krijgen indien hij of zij een delict heeft gepleegd waarop vier of meer jaren straf staat, en door een psychiater en een psycholoog als niet volledig, of helemaal niet, toerekeningsvatbaar is bevonden ten tijde van het delict (Wetboek van Strafrecht, artikel 37 a, b). Daarnaast is een blij-

vend risico op herhaling van een delict zonder behandeling een belangrijke overweging voor de beslissing van de rechter. Het doel van tbs is het beschermen van de maatschappij tegen delinquenten met een psychiatrische stoornis, en het bieden van behandeling die de kans op recidive effectief vermindert. Uiteindelijk is het doel van een tbs-behandeling een geleidelijke terugkeer naar de maatschappij. De meeste tbs-patiënten zitten eerst hun straf in de gevangenis uit alvorens hun behandeling in een forensisch-psychiatrisch centrum wordt opgestart. De verpleging in de tbs is verplicht, behandeling is echter vrijwillig.

Een tbs-patiënt is afhankelijk van beslissingen van een ander. Niet alleen wordt de patiënt gesepareerd van de maatschappij, de duur van deze separatie staat van te voren niet vast en ieder jaar of iedere twee jaar wordt bij de rechter getoetst of een verlenging van de maatregel noodzakelijk wordt geacht. Terugkeer van een tbs-patiënt geschiedt alleen als zijn recidiverisico tot een aanvaardbaar niveau is afgenomen. De mate van recidivegevaar van een tbs-patiënt wordt in forensisch-psychiatrische centra bepaald met behulp van risicotaxatie-instrumenten. Alle verplichte instrumenten zijn gebaseerd op het gestructureerd klinisch eindoordeel: de taxateurs checken een aantal bekende risico-indicatoren en wegen deze mee in het eindoordeel. Hoewel deze instrumenten wetenschappelijk goed zijn onderzocht, kleven er een aantal beperkingen aan het gebruik van deze risicotaxatie-instrumenten (Werkgroep Risicotaxatie Forensische Psychiatrie, 2003).

De eerste beperking is dat verbanden die op groepsniveau gerelateerd zijn aan recidive niet voor een individu hoeven te gelden. Een tweede beperking is dat een eventuele recidive kan plaatsvinden na beëindiging van de maatregel. Op de maatschappelijke processen zoals bijvoorbeeld onverwachte werkloosheid die zich tussen onvoorwaardelijk ontslag en een eventuele recidive afspelen, hebben behandelaars immers geen zicht. De derde beperking is dat de huidige instrumenten uitgaan van een enkele, globale risico-inschatting per persoon. Deze manier van taxeren is te beperkt, omdat de ontwikkeling die de patiënt na onvoorwaardelijk ontslag in de samenleving doormaakt een dynamisch proces is. Als een patiënt zich in een bepaalde context bevindt, heeft hij of zij een bepaald recidiverisico. Is er verandering van situatie, dan zal er ook een andere inschatting van het recidivegevaar van de patiënt zijn.

De forensische sociale-netwerkanalyse (FSNA)

De FSNA is een instrument dat eerst de risico's taxeert en de protectieve factoren in kaart brengt en dat vervolgens wordt gebruikt als risicoma-

nagement-instrument voor het forensisch maatschappelijk werk. Deze ontwikkeling kwam voort uit het gebrek aan aandacht voor het systeem rondom een patiënt in de bestaande risicotaxatie-instrumenten. Hoewel in de meeste instrumenten het sociale netwerk wel erkend wordt als risico- en/of beschermende factor, blijft het bij deze instrumenten beperkt tot een grove inschatting. Vanuit het risicomangement-perspectief is het belangrijk ook te weten uit welke mensen het netwerk precies bestaat, zodat vroegtijdig geïntervenieerd kan worden in en met het netwerk bij probleemsituaties.

De FSNA beoogt de individuele karakteristieken van de individuele sociale situatie in risicotaxaties en risicomangement mee te nemen. Per individuele casus wordt bekeken welke rol de relaties en sociale situaties ten tijde van het delict, tijdens de behandeling en in de toekomstige netwerkomgeving spelen.

De vergelijking tussen het delictnetwerk met het terugkeernetwerk ligt aan de basis van de FSNA. Het terugkeernetwerk wordt gedefinieerd als de betekenisvolle personen en hun onderlinge relaties met wie de patiënt ten tijde van de intramurale fase contact onderhoudt en de personen met wie hij of zij in de toekomst buiten de muren van de kliniek naar alle waarschijnlijkheid contact zal houden. De drie fundamentele vragen waar de FSNA zich op richt, gebaseerd op de theorieën van Bem & Funder (1978) zijn: 1) welke netwerkontwikkelingen in combinatie met de delictcontext waren specifiek voor deze patiënt? 2) wat zijn de verwachte netwerkontwikkelingen in het terugkeernetwerk? en 3) wat zijn de overeenkomsten en verschillen tussen deze twee netwerken? Bij het in kaart brengen van de overeenkomsten en verschillen worden de netwerken geanalyseerd op twee soorten relaties, namelijk risicovolle en beschermende relaties.

De FSNA gebruikt een gestructureerde methode om informatie over het netwerk van de individuele patiënt te verzamelen. Daarbij maakt de analyse gebruik van drie verschillende bronnen: dossierstudie, interviews met patiënten en interviews met netwerkleden (Pomp, Hendriks, Kremer, & Spreen, 2007). Hieronder wordt elke databron kort toegelicht.

(1) Dossierstudie Met behulp van informatie uit het dossier wordt de voorgeschiedenis van de patiënt beschreven. In het dossier wordt specifiek onderzoek gedaan naar de delictsituatie en de mogelijke invloed die de mensen in de omgeving van de patiënt hadden op het delictgedrag van de patiënt. Ook wordt erop gelet hoe de patiënt zich tijdens zijn of haar behandeling opstelt in het contact met de medepatiënten en behandelaren in de kliniek en zijn netwerkleden. Ten slotte wordt er in het dossier algemene informatie verzameld over de kenmerken van de netwerkleden van patiënt, zoals werk, hobby's, of risicovolle kenmerken zoals een

criminele achtergrond of drugsgebruik.

(2) Het interview met de patiënt Aan de hand van een gestructureerde vragenlijst wordt van de patiënt informatie verkregen over het netwerk ten tijde van het delict en het terugkeernetwerk. Per periode wordt systematisch in kaart gebracht met welke personen in welke context de patiënt contacten onderhield en eventueel nog steeds onderhoudt.

(3) Het interview met netwerkleden Aan de patiënt wordt toestemming gevraagd om zijn netwerkleden te benaderen voor een netwerkonderzoek. Een belangrijk aspect hierbij is dat de netwerkonderzoeker bepaalt welke mensen er worden bezocht. Het gaat erom dat juist die mensen geselecteerd worden die in staat zijn de meest essentiële informatie over de patiënt te verstrekken. Idealiter wordt vanuit ieder domein waarin de patiënt zich begeeft een netwerklid gesproken, bijvoorbeeld een familielid, een vriend, een collega, iemand van de sportclub etcetera. Het interviewen van zowel mensen die dicht bij de patiënt staan als verderaf is noodzakelijk voor het verkrijgen van een zo compleet en betrouwbaar mogelijk beeld van de patiënt. Aan de netwerkleden worden algemene vragen gesteld over de inhoud van hun relatie met de patiënt. Er wordt bijvoorbeeld gevraagd of zij voorafgaand aan of na het delict, dus met terugwerkende kracht, delictsignalen detecteerden bij de patiënt.

Daarnaast bevat het FSNA-interview voor netwerkleden een aantal gestructureerde vragen afkomstig uit het bestaande risicotaxatie-instrument de Historisch Klinische Toekomst-Revisie. In de FSNA gaat het om de klinische (K), en toekomst-(T)items (Werkgroep Risicotaxatie Forensische Psychiatrie, 2003). De FSNA-methode gebruikt de klinische items van de HKT-R om te voorspellen in hoeverre de patiënt mogelijk in risicovolle situaties terecht zal komen tijdens verlofsituaties en na beëindiging van de tbs. Bijvoorbeeld met betrekking tot het item 'attitude ten opzichte van de behandeling' wordt aan de netwerkleden gevraagd in hoeverre de patiënt zich voornamelijk positief of negatief over de behandeling heeft uitgelaten in het afgelopen jaar. Een ander voorbeeld is dat het netwerklid wordt gevraagd in hoeverre hij of zij erop vertrouwt dat de patiënt bepaalde vaardigheden beheerst. Heeft het netwerklid er bijvoorbeeld vertrouwen in dat de patiënt na vrijlating geen alcohol of drugs zal gebruiken?

Zoals eerder beschreven is het betrekken van netwerkleden een noodzakelijk en verplicht onderdeel van de FSNA. Dit heeft zowel een ondersteunende als controlerende functie. Door netwerkleden bijvoorbeeld te vragen in hoeverre zij de patiënt emotioneel, sociaal en financieel willen

en kunnen ondersteunen, komt er beter zicht op het sociale vangnet van de patiënt. Door de gestructureerde vragenlijst worden netwerkleden aangemoedigd expliciet te reflecteren over hun rol in het leven van de patiënt en de mate waarin zij de patiënt kunnen ondersteunen in een delictvrije toekomst (Hoeben, Spreen, Van den Berg, & Bogaerts, 2011).

De controlerende functie van het netwerk is van belang voor de behandeling. Netwerkleden kunnen de informatie die gegeven is in het interview met de patiënt verifiëren of specificeren. Het interview gaat in op de visie van netwerkleden op het risicovolle en/of protectieve gedrag van de patiënt. Hierdoor wordt niet alleen de mening van de deskundigen in de kliniek meegenomen, maar ook de visie van het netwerk. Netwerkleden ontmoeten de patiënt in sociale situaties en omstandigheden waarbij de kliniek niet aanwezig is. Daardoor kunnen ze beter beoordelen of de patiënt de geleerde vaardigheden ook in praktijk weet te brengen buiten de gecontroleerde setting van het forensisch-psychiatrisch centrum. Een patiënt kan bijvoorbeeld aan zijn netwerkleden vertellen dat hij het nut van verdere behandeling niet inziet en wordt hier door zijn netwerk in gesteund, terwijl hij in de kliniek juist bekend staat als een coöperatieve patiënt. Hij kan volgens de cognitieve-dissonantietheorie (Festinger, 1957; Vroom & Deci, 1992) zeggen dat hij behandeling niet ziet zitten om kritiek binnen zijn netwerk te voorkomen, maar hij kan ook zijn kerncognitie hebben vastgehouden, die hij in zijn vertrouwde netwerk wel durft te uiten.

Wanneer netwerkleden een risico vormen voor herstel van de patiënt, dan wordt dit met behulp van de FSNA blootgelegd en kan individueel risicomangement worden opgesteld. Daarbij is het ook van belang te weten welke netwerkleden juist gezien kunnen worden als protectief. Vooral deze contacten zouden kunnen worden geactiveerd, zodat zij de tbs-patiënt ondersteuning geven bij de behandeling, rehabilitatie of resocialisatie, en daarna.

Een voorbeeld van een FSNA

In deze paragraaf illustreren we de FSNA-methode aan de hand van een casestudie. In de casus noemen we betrokkene Marcel. Om de anonimiteit van de patiënt te waarborgen zijn enkele feitelijkheden aangepast, wat verder geen afbreuk doet aan de analyse. Marcel heeft de maatregel terbeschikkingstelling opgelegd gekregen omdat hij meerdere vrouwen heeft verkracht. Hij is gediagnosticeerd met 'persoonlijkheidsstoornis NAO (niet anderszins omschreven)'.

FSNA deel 1: delictnetwerk

In het eerste gedeelte van de FSNA ligt de focus op het delictnetwerk. Gekeken wordt naar welke netwerkontwikkelingen in combinatie met de delictcontext specifiek waren voor deze patiënt. Hierbij wordt gekeken naar meerdere perioden.

Periode 1: de periode voor de gepleegde delicten

- ▶ Informatie gebaseerd op de perceptie van Marcel: Marcel was 40 jaar oud en woonde samen met zijn 37-jarige vriendin en haar 15-jarige dochter. Hij werkte als technicus en hield van zijn werk. Met zijn vriendin had hij een stressvolle relatie. Ook ondervond hij spanningen in de relatie met zijn ouders en broers, omdat die zijn vriendin niet mochten en daarom niet in de familie accepteerden. Marcel voelde zich eenzaam en ongelukkig. Ondanks de onbevredigende relatie met zijn vriendin kon hij wel goed opschieten met haar dochter. Hij praatte met haar over zijn persoonlijke problemen. De relatie werd steeds intenser en na een tijdje ontstond een seksuele relatie tussen Marcel en deze dochter. Hij voelde zich niet langer eenzaam.
- ▶ Aanvullende informatie gebaseerd op de perceptie van de netwerkleden: de interviewer heeft zowel met de moeder van Marcel als zijn broers gesproken. Zij gaven aan dat zij de partnerkeuze van Marcel toentertijd niet ondersteunden. Zij vonden zijn vriendin asociaal in haar gedrag.
- ▶ Aanvullende informatie gebaseerd op de perceptie van het behandelteam: het seksuele contact tussen Marcel en het meisje was strafbaar, omdat zij minderjarig was. Tijdens de seksuele contacten met het meisje kleinerde Marcel haar door zowel psychisch als lichamelijk geweld te gebruiken. Het meisje had een gespannen relatie met haar moeder. Ze had haar moeder niet op de hoogte gesteld van haar seksuele relatie. Dit gaf Marcel de vrijheid om de in zijn ogen bevredigende relatie voort te zetten. Het meisje zag in hem een manier om bij haar moeder vandaan te komen.

Periode 2: de periode net voor de gepleegde delicten

- ▶ Informatie gebaseerd op de perceptie van Marcel: het meisje kreeg onverwachts voor Marcel verkering met een jongen. In een kort tijdsbestek besloot zij om bij haar nieuwe vriend in te trekken. Marcel had het gevoel dat het meisje wel weer naar hem terug wilde, maar daarin werd tegengehouden door haar nieuwe vriend.

-
- ▶ Aanvullende informatie gebaseerd op de perceptie van de netwerkleden: de familie was niet op de hoogte van de relatie tussen Marcel en het meisje. Zij wisten dan ook niet wat voor impact het had dat het meisje uit zijn leven verdween.
 - ▶ Aanvullende informatie gebaseerd op de perceptie van het behandelteam: het meisje deed wat ze al langere tijd wilde: ze ging weg bij haar moeder. Toen ze verkering kreeg met de jongen vroeg ze hem om zo snel mogelijk te gaan samenwonen.

Periode 3: de periode waarin de gepleegde delicten plaatsvonden

- ▶ Informatie gebaseerd op de perceptie van Marcel: Marcel ging, omdat hij zich eenzaam voelde, vaak een stukje autorijden. Tijdens de toertochtjes kwam hij meerdere malen vrouwen tegen die hem aan het meisje deden denken. De slachtoffers hadden duidelijke uiterlijke overeenkomsten met het meisje. Enkele malen was zijn drang zo groot om in contact te komen met zo'n vrouw, dat hij de vrouw met geweld meenam. Bij de gesprekken die Marcel na de aldus gepleegde delicten voerde met behandelaars, vertelde hij dat hij met deze vrouwen wilde praten om weer hetzelfde gevoel te krijgen dat hij had gevoeld in aanwezigheid van het meisje. Nadat hij een gesprek had gevoerd met de slachtoffers, verkrachtte hij hen.
- ▶ Aanvullende informatie gebaseerd op de perceptie van de netwerkleden: toen de familie hoorde dat Marcel voor de delicten was gearresteerd, schrokken zij enorm. Dit hadden zij nooit van hem verwacht.
- ▶ Aanvullende informatie gebaseerd op de perceptie van het behandelteam: Marcel was enorm gewelddadig naar zijn slachtoffers toe.

Concluderend kan gesteld worden dat de volgende actoren een plaats hadden in het netwerk van Marcel in de aanloop naar en ten tijde van het delict: zijn familie, zijn vriendin, de dochter van zijn vriendin en de slachtoffers. Het valt op dat er geen relatie is tussen de familie van Marcel en zijn vriendin en haar dochter. Door het toetreden van de vriendin in het netwerk haakte zijn familie deels af. Marcells relatie met zowel het meisje als met zijn vriendin stond ten tijde van de periode voor de delicten onder spanning. Marcel had behoefte zijn partner te domineren en dat te uiten door het gebruik van lichamelijk en psychisch geweld tijdens seksueel contact. Belangrijk is hier dat Marcel de relatie met het meisje als positief zag. Met het wegvallen van het meisje verdween zijn enige positieve relatie uit zijn netwerk. Hij gebruikte vervolgens zijn slachtoffers om zonder relatieopbouw in zijn acute behoefte te voorzien, door eerst met hen te praten en ze vervolgens onder dwang en met geweld te

verkrachten. Hierdoor kon Marcel zich tijdelijk weer goed voelen en was zijn eenzaamheid korte tijd verdwenen.

FSNA deel 2: behandelnetwerk en terugkeernetwerk

Het tweede gedeelte van de FSNA richt zich op het behandelnetwerk en het terugkeernetwerk. In deze fase wordt gekeken naar de te verwachten netwerkontwikkelingen in de huidige situatie en de nabije toekomst en naar de overeenkomsten en verschillen tussen deze twee netwerken.

- ▶ Informatie gebaseerd op de perceptie van Marcel: Marcel is in de kliniek een patiënt die gemotiveerd is en deelneemt aan de therapieën die hem aangeboden worden. Daarnaast werkt hij vijf dagen per week op de afdeling in de kliniek. Hij vindt zelf dat hij geen risico meer vormt voor de samenleving. Hij is in staat om een delictvrij leven vorm te geven. Tijdens het FSNA-interview noemt Marcel meerdere belangrijke contacten. Hij heeft contact met zijn familie en zij komen regelmatig op bezoek. Het contact dat Marcel met zijn familie onderhoudt is in de kliniek sterk verbeterd vergeleken met de periode ten tijde van het delict. Daarnaast heeft Marcel vanuit zijn gezichtspunt een goede relatie met een specifieke behandelaarster, zo vertelt hij in het interview. Marcel vindt dit contact erg belangrijk omdat hij goed met haar kan praten. Hij ziet haar ook als een toekomstig contact, mocht hij weer een leven opbouwen buiten de muren van de tbs-kliniek. Later blijkt dat deze behandelaarster uiterlijke overeenkomsten heeft met 'het meisje' en de latere slachtoffers. De behandelaarster zelf was zich op dat moment niet bewust van Marcells ideeën over hun relatie en het parallelle proces.
- ▶ Als er op een gegeven moment sprake van is dat de behandelaarster uit vrije keuze op een andere afdeling gaat werken, neemt Marcel dat de manager kwalijk. Volgens Marcel wil de behandelaarster zelf helemaal niet overgeplaatst worden. Familieleden geven aan de behandelaarster geen leuke vrouw te vinden. Marcel deelt deze mening niet. In de kliniek beschouwt hij, buiten de behandelaarster, niemand als zijn vriend.
- ▶ Aanvullende informatie gebaseerd op de perceptie van de netwerkleden: de familie toont interesse in Marcel en zijn behandeling. Zij hebben vertrouwen in een delictvrije toekomst. Ze blijven het heel moeilijk vinden dat Marcel ernstige seksuele delicten heeft gepleegd, en begrijpen de oorzaak niet.
- ▶ Aanvullende informatie gebaseerd op de perceptie van het behandelteam: het behandelteam heeft nog grote twijfels. Is Marcel in staat om

geen delicten meer te plegen? Hij gedraagt zich als een modelpatiënt, maar de delicten zijn zeer ernstig van aard. Zij hopen dat het FSNA-onderzoek meer inzicht geeft in de eventuele delictisico's van Marcel.

Concluderend zien we veel overeenkomsten tussen de periode van de delicten en het behandelnetwerk. Marcel ondervindt in het heden weer het gemis van een liefdespartner. Hierbij moet wel in ogenschouw worden genomen dat de opsluiting in een tbs-kliniek mogelijkheden tot het vinden van een liefdespartner sterk beperkt.

Een belangrijke overeenkomst zien we ook in de wijze waarop de familie opnieuw een negatieve houding heeft tegenover een vrouw waar Marcel gevoelens voor heeft. Stel dat Marcel een relatie met de behandelaarster krijgt, dan zal dit een mogelijk negatieve uitwerking hebben op het positieve contact dat hij nu met zijn familie heeft. Daarnaast vertoont het gedrag dat Marcel laat zien in de relatie met zijn behandelaarster gelijkenissen met zijn relaties met vrouwen in het verleden. Als we kijken naar de wijze waarop hij het contact met zijn behandelaarster vormgeeft, lijkt Marcel in het heden niet in staat te zijn om een duurzame conflictloze relatie op te bouwen. Op het moment dat hij het gevoel heeft dat de behandelaarster als belangrijk contact wegvalt, zoekt hij net als in de periode ten tijde van het delict de oorzaak van het mogelijk wegvallen van het contact niet bij zichzelf of de ander, maar geeft hij andere mensen, in dit geval de manager, de schuld. Daarnaast is het primaire netwerk van Marcel erg summier. Naast zijn familie en het vanuit zijn gezichtspunt goede contact met de behandelaarster heeft Marcel geen vrienden.

FSNA deel 3: het vormgeven van het terugkeernetwerk

Het derde gedeelte van de FSNA richt zich op het in kaart brengen van toekomstige situaties, gerelateerd aan eventuele recidiverisico's.

Liefdesrelaties speelden in het leven van Marcel een prominente rol. Het is dan ook zeer waarschijnlijk dat hij na onvoorwaardelijk ontslag op zoek zal gaan naar een vrouw. Met zijn behandelaarster heeft hij voor zichzelf een vervangend contact, mogelijk vergelijkbaar met dat met de dochter van zijn ex-vriendin. Bij het wegvallen van het contact met de behandelaarster zal dat contact vervangen moeten worden. Dit toekomstige contact zal mogelijk claimend zijn; in de geschiedenis van patiënt liggen immers voor deze aanname voldoende aanwijzingen. Het is dan ook op dit moment onwaarschijnlijk dat Marcel in staat zal zijn om een duurzame, conflictloze liefdesrelatie op te bouwen. Hij mist daartoe de vaardigheden.

Andere restricties zijn het tbs-verleden en de ernst van zijn delicten. Als Marcel over zijn delictgeschiedenis open is jegens toekomstige contacten en over meer vaardigheden beschikt, zal hij misschien in staat zijn een vrouw voor zich te winnen die met deze feiten kan leven. De vraag kan opgeworpen worden in hoeverre een 'goede' vrouw in staat is een relatie aan te gaan met Marcel.

In het verleden hebben vrienden nooit een heel belangrijke rol in het leven van Marcel vervuld. Het is te verwachten dat dit ook in de toekomst het geval zal zijn. Om deze reden wordt Marcel in de eventuele resocialisatiefase van zijn behandeling gestimuleerd en begeleid in het uitbreiden van zijn sociale netwerk met vrienden en kennissen die een mogelijke bron van sociale steun kunnen vormen.

Het contact met zijn familie is ten tijde van de detentieperiode en tbs-periode van Marcel verbeterd. Het lijkt waarschijnlijk dat dit goede contact stand zal houden. Dit contact met de familie zou opnieuw kunnen verslechteren als Marcel een relatie met een vrouw krijgt die zijn familie wederom niet goedkeurt. De mogelijkheid moet uiteraard onder ogen worden gezien dat geen enkele vrouw in de ogen van zijn familie voldoet. Dit kan betekenen dat Marcells probleemgedrag en delicten door zijn familie altijd aan zondebokken worden geweten en Marcel zelf in hun ogen deels slachtoffer, deels dom en eigenwijs is om met zulke vrouwen iets te beginnen. Als Marcells familie een toekomstige vriendin van Marcel zal afwijzen, zal hij weer in eenzelfde soort situatie terecht kunnen komen als ten tijde van de relatie met zijn ex-vriendin: een verslechterde relatie met zijn familie en een mogelijk slechte relatie met zijn vriendin.

Het gestructureerde leven in de kliniek vormt op dit moment een stabiliserende factor in het leven van Marcel. Waarschijnlijk zal het terugkeernetwerk voor de patiënt niet zo'n stabiliserende factor kunnen zijn. De kans is groot dat Marcel zich opnieuw in eenzelfde soort risicovolle situatie zal gaan bevinden als ten tijde van het delict, mochten er geen verdere interventies plaatsvinden in zijn huidige netwerk.

De systemische hulpverlener aan zet

De systeemgerichte hulpverlener vormt een belangrijke schakel in het oppakken van de uitkomsten van de FSNA door het behandelteam en in de vertaalslag naar interventies. Systeemgerichte werkers dienen allereerst samen met de patiënt te bespreken hoe hij zijn sociale contacten ervaart en waardeert. Denk hierbij aan de waarde van deze relaties voor het welzijn van de tbs-patiënt. Op papier kan een lid van iemands sociale netwerk wel risicovol zijn, maar wat als de patiënt bijvoorbeeld juist heel

goed kan praten met die criminele vriend? Is het dan niet beter om in plaats van een dergelijk contact te verbieden, het contact juist te bewaken door in gesprek te gaan met de patiënt en het desbetreffende netwerk lid?

Een ander voorbeeld: een patiënt ontmoet tijdens zijn verlof een vrouw op wie hij verliefd wordt, en zij op hem. De patiënt is open jegens haar over zijn achtergrond, en zij is ook open tegen hem dat ze nog getrouwd is. Ze wil echter niet met haar echtgenoot verder, en wel met hem. Wat is wijs? Dit contact ontmoedigen, het contact begeleiden? Een behandeling zal oude cognities of overtuigingen moeten losweken en nieuwe cognities daarvoor in de plaats moeten zetten. De patiënt zal moeten worden gesteund in nieuwe overtuigingen die hij of zij zich eigen maakt. Als hulpverlener werken met een patiënt houdt in dat hulpverlener en patiënt samen kijken naar de mogelijkheden die de patiënt heeft om op een meer prosociale manier betekenis te geven aan de dingen die hij of zij doet en aan de waarde die hij of zij geeft aan zijn of haar eigen bestaan. Daarmee is het werken aan een nieuw sociaal netwerk, of het opnieuw inhoud geven aan de relatie met een oud netwerk, een fundamentele bijdrage aan de persoonlijkheidsverandering die een kliniek tot stand wil brengen.

In het geval van Marcel zijn er verschillende openingen voor systemische interventies. De systeemtherapeut kon bij het gezin van herkomst van Marcel uitgaan van een positieve instelling. Het waarden- en normensysteem was intact en leek zelfs wat rigide. De familie was bereid gesprekken aan te gaan en stond open voor hulp. Er is in dit geval voor gekozen om met enige regelmaat gesprekken met de familieleden te voeren over de plaats van de patiënt in hun systeem. Marcel had ten tijde van de delicten een slechte relatie met zijn gezin van herkomst, waardoor hij zich eenzaam voelde. Deze eenzaamheid had een negatieve invloed op Marcel, en eenzaamheid wordt in het heden nog steeds als risicovol gezien.

Allereerst werd de gezinscultuur besproken. De familie had een gezinscultuur van niets bespreken en alles oplossen en keurig en netjes houden. Langzaam werd duidelijk hoe iedereen over bepaalde zaken zo z'n eigen gedachten had maar daar vooral niet over sprak om een eventueel conflict te vermijden. Behalve een broer had geen van hen het buitengesloten zijn van Marcel gemerkt. Deze broer had aanvankelijk Marcells positie in het gezin willen aankaarten, maar dat werd hem niet in dank afgenomen, waardoor deze broer zelf uit de gratie van het kerngezin dreigde te geraken.

Daarnaast werd gekeken naar hoe precies iedereen meende zijn zaak op orde te moeten hebben. Zo werd op een gegeven moment duidelijk dat

zelfs de plek van het margarinekuipje in de koelkast onwrikbaar vaststond. Na deze gesprekken was het mogelijk mensen te vergeven en meerdere ruzies in de familie bij te leggen. Het margarinekuipje mocht af en toe ook een andere plek hebben en er kon worden gelachen over dit soort familie-trekjes. Hierdoor ontstond ruimte binnen het gezin om te praten.

Als deze ruimte in het verleden al zou hebben bestaan, had dat ertoe kunnen bijdragen dat Marcel zaken die hem emotioneel in moeilijkheden deden belanden eerder had kunnen bespreken met een van zijn broers. Hij had zich kunnen laten corrigeren door de familie, die wel degelijk het beste met hem voor had, maar waarvan hij toch altijd de indruk had dat hij er niets aan kwijt kon. Het had hem bovendien opgeleverd dat hij zelf had kunnen nadenken over de waarden en normen die hij hanteerde en er had een ontwikkeling in kunnen zitten waarbij hij zich die meer eigen had kunnen maken. Op het moment van de delicten was hij waar het om de meest wezenlijke dingen ging afgesloten van zijn familie. Hij was afgesloten van zijn vriendin omdat de verhouding was verslechterd. Ten leste was er alleen de dochter van zijn vriendin, met wie hij een onoorbare relatie aanging, waarop hij niet werd gecorrigeerd. Ook zij liet hem in de steek, zoals hij dat ervoer. De eenzaamheid kon niet groter.

Conclusie en discussie

De FSNA brengt het netwerk ten tijde van het delict en het netwerk in het heden in kaart en probeert aan de hand van de bevindingen van deze twee tijdsperiodes uitspraken te doen over het netwerk in de toekomst. De FSNA is een uitgebreide studie en analyse van een sociaal netwerk door de tijd heen. Dat is meteen het minpunt aan de FSNA: het is arbeidsintensief. De tijdsinvestering voor een eerste onderzoek bedraagt ongeveer zestig uur. De meerwaarde is echter groot, omdat de FSNA een goede analyse geeft en omdat de uitkomsten aanknopingspunten bieden voor belangrijke behandelinterventies op cliëntniveau. Het is daarom naast de informatie die het oplevert voor het risicomanagement, evenzo zeer belangrijk om met de resultaten van de FSNA aan de slag te gaan zodat deze kunnen dienen ter lering en verdere behandeling. Doen we dat niet, dan blijven tal van behandelaspecten onberoerd.

Swanny Kremer is filosoof en PhD-student en werkt als junior-onderzoeker bij FPC Dr. S. van Mesdag te Groningen. E-mail: s.kremer@fpcvanmesdag.nl.

Gerbrand Stam is psychotherapeut en systeemtherapeut en werkzaam bij FPC Dr. S. van Mesdag te Groningen. E-mail: g.stam@fpcvanmesdag.nl.

Lydia Pomp is socioloog en PhD-student bij Stenden Hogeschool, FPC Dr. S. van Mesdag, en INTERVICT, Universiteit van Tilburg. E-mail: lydia.pomp@stenden.com.

Literatuur

- Bartels, A., Spreen, M., Schuringa, E., & Tee-ken, V. (2008). *N=1 – Nauwkeurige en sensitive behandel-evaluatie op individueel niveau. Eerste versie van verhandeling over de N=1-methode voor dataverwerking*. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.
- Bem, D.J., & Funder, D.C. (1978). Predicting more of the people more of the time – Assessing the personality of situations. *Psychological Review*, 85, 485–501.
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Hildebrand, M., Hesper, B.L., Spreen, M., & Nijman, H.L.I. (2005). *De waarde van gestructureerde risicotaxatie en van de diagnose psychopathie*. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.
- Hoeben, E., Spreen, M., Berg, M. van den, & Bogaerts, S. (2011). Informeel toezicht tijdens de resocialisatie in een tbs-behandeling – Toepassing van FSNA als sociale interventie in de forensische psychiatrie. *PROCES, Tijdschrift voor Strafrechtspleging*, 90(1), 26-41.
- Ministerie van Justitie (1998). *About TBS*. Ontleend aan: <http://English.justitie.nl/themes/tbs/about-tbs>.
- Pomp, L., & Bogaerts, S. (2008). Sociale netwerk-analyse in het tbs-systeem. *Justitiële Verkenningen*, 34(5), 60–77.
- Pomp, L., Hendriks, G., Kremer, S., & Spreen, M. (2007). Een blik over de muren. *GGZet Wetenschappelijk*, 1(2), 29–53.
- Vroom, V.H., & Deci, E.L. (1992). *Management and motivation*. London: Penguin Press, 2nd edition.
- Werkgroep Risicotaxatie Forensische Psychiatrie (2003). *Handleiding HKT-30*, versie 2002. 's-Gravenhage: Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen.