

# Systemisch werken in een forensische context

*Sander van Arum*

Inleiding

Kenmerken van forensische hulpverlening

2.1 De rol van de overheid

2.2 Risicotaxatie

Kenmerken van systeemgerichte forensische behandeling

3.1 Veiligheid

3.2 Motiveren tot verandering

3.3 Systeemfactoren die het risico kunnen doen toenemen

3.4 Samenwerking van behandelaar en toezichthouder

Belangrijke ontwikkelingen

## 1 Inleiding

De 23-jarige Johan wordt voor de tweede maal gepakt voor diefstal. Zijn familie is erg teleurgesteld over deze nieuwe misstap en trekt zich terug. Zijn vriendin laat hem niet vallen, maar dat wordt haar erg kwalijk genomen door haar familie. Justitie houdt hem dit keer voorlopig vast. Zijn werkgever laat weten dat hij daarna niet terug hoeft te komen. De reclasseringsambtenaar komt erachter dat Johan de opbrengst van wat hij steelt, gebruikt om indruk te maken op zijn omgeving. Johan heeft geen diploma, hij blowt regelmatig en gebruikt af en toe cocaïne. De ambtenaar stelt Johan voor om justitie te vragen hem te laten gaan met als voorwaarde dat hij in behandeling gaat bij een forensische polikliniek.

Bij overtreding van fundamentele maatschappelijke regels is er in eerste instantie sprake van drie partijen: de pleger, het slachtoffer en de maatschappij. De maatschappij kan 'de overheid' zijn, die als taak heeft de regels te bewaken. Zij komt daarmee op voor het slachtoffer en beschermt toekomstige slachtoffers. De overheid houdt de pleger verantwoordelijk voor zijn of haar grensoverschrijdende gedrag en wil voorkomen dat het zich herhaalt. Maar diezelfde overheid waarborgt ook de rechten van de pleger en geeft hem of haar de kans een andere weg in te slaan. In de relatie tussen pleger en overheid bestaat dus zowel een conflict als ruimte om dat conflict op te lossen. Forensische behandeling biedt een mogelijkheid dat laatste op een voor beide partijen voldoende bevredigende manier te doen. Er ontstaat dan een triade van een 'ingrijpende overheid', een 'cliënt' en 'forensische behandeling'.

Belangrijke maatschappelijke regels kunnen ook door andere partijen dan de overheid dringend of dwingend worden opgelegd. De leiding van een school kan een leerling en zijn ouders voor de keus stellen behandeling te accepteren voor buitensporig agressief gedrag voordat hij op school terug mag komen. Ouders van een door een buurjongen misbruikt kind kunnen afzien van aangifte, mits de buurjongen in behandeling gaat.

## 2 Kenmerken van forensische hulpverlening

### 2.1 De rol van de overheid

Gevraagd naar het verschil tussen forensische en reguliere hulpverlening, wordt vaak het gedwongen karakter van de hulp genoemd. Het is echter niet de hulpverlening die ingrijpt, maar de overheid. Die stelt de cliënt verantwoordelijk voor zijn schending van de grondrechten van andere burgers. Forensische behandeling biedt de cliënt de mogelijkheid zich teweer te stellen tegen de inmenging van de overheid.

In de triade van ingrijpende overheid-client-forensische hulpverlening heeft ieder een eigen positie en rol. De overheid signaleert, onderzoekt, grijpt in, verwijst en bewaakt dat wanneer gekozen wordt voor behandeling, deze ook daadwerkelijk en naar behoren plaatsvindt. De hulpverlening biedt een behandeling aan die, gezien het gedwongen karakter, enerzijds laagdrempelig, outreachend en motiverend van karakter is maar zich anderzijds wat de behandeldoelen betreft, committeert aan de eisen die de overheid stelt: de kans dat de grondrechten van anderen door deze cliënt opnieuw worden geschonden, moet door de forensische behandeling significant afnemen. Dit impliceert dat een behandeling wordt bijgesteld en vervolgens gestaakt als zij niet leidt tot vermindering van het risico op recidive. De cliënt onderkent zijn conflict met de overheid en hoeft niet gemotiveerd te zijn, maar wel motiveerbaar. Dat wil zeggen te moti-

veren om door middel van een therapie gedragsalternatieven te onderzoeken, want therapie aanvaarden kan en mag niet afgedwongen worden. De forensische behandeling biedt de cliënt de mogelijkheid om door verantwoordelijk handelen de overheid terug te laten treden, maar daar moet een autonome keuze van de cliënt aan ten grondslag liggen. Niet een keuze tussen straf of behandeling, maar een keuze om andere gedragsmogelijkheden te onderzoeken en zo herhaling te voorkomen. Zo opgevat, kan ook de keuze voor gevangenisstraf een vorm zijn van verantwoordelijkheid nemen.

Goede afbakening van deze verschillende posities en rollen van de ingrijpende overheid, de cliënt en de hulpverlening is cruciaal, maar in de praktijk niet eenvoudig te realiseren. Rolverwarring en -vervaging liggen voortdurend op de loer. De reclasseringsambtenaar gaat bijvoorbeeld op de stoel van de behandelaar zitten door te willen bepalen hoe de kans op recidive door de behandeling verminderd wordt en beperkt zich niet tot zijn opdracht, namelijk erop toe te zien dat dit gebeurt. De hulpverlener licht niet toe waarom zijn behandeling tot een lagere kans op recidive zal leiden, hoe daarbij de bescherming van grondrechten van anderen voldoende wordt gewaarborgd of blijft behandelen zonder aanwijsbaar resultaat. De cliënt haalt de rollen van ingrijpende overheid en behandelaar door elkaar en ziet hen als een gesloten front, of als respectievelijk vijand en vriend. De kans op een wisselwerking waarin de drie partijen elkaar in dit gedrag versterken, is voortdurend aanwezig en vormt een bedreiging voor de noodzakelijke, nauwe samenwerking van de hulpverlening met de partij die de pleger verantwoordelijk stelt voor zijn grensoverschrijdende gedrag: de overheid.

### Risicotaxatie

Risicotaxatie is een vorm van diagnostiek in het forensische veld, die voortkomt uit onderzoek op het terrein van de ontwikkelingspsychopathologie (Cicchetti & Cohen, 2006). Bij risicotaxatie worden probleemgebieden in het functioneren van de cliënt in kaart gebracht en wordt bekeken of en in welke mate deze probleemgebieden het risico van een herhaling van het delict beïnvloeden. Dit gebeurt aan de hand van een inventarisatie van beschermende factoren en van risicofactoren (Van Horn e.a., 2009). Een beschermende factor kan een buffer zijn voor de invloed van een risicofactor (Cicchetti, 2006).

Risicofactoren worden onderscheiden in dynamische (beïnvloedbare) en statische (niet beïnvloedbare) factoren. Systeemgerichte forensische behandeling richt zich op de wisselwerking tussen beïnvloedbare individuele en omgevingsfactoren bij delictgedrag. Belangrijke dynamische risicofactoren voor delinquentie en geweld bij jongeren zijn onder meer het omgaan met delinquente leeftijdgenoten en geringe opvoedingsvaardigheden van de ouders. Beschermende factoren bij deze jongeren zijn onder andere intensief toezicht en een hechte band met ten minste één opvoeder (Henggeler e.a., 1998). Bij volwassenen zijn het hebben van een intieme relatie en van passend werk belangrijke beschermende factoren (Van Horn e.a., 2007).

Het versterken van de beschermende factoren speelt een heel belangrijke rol in de behandeling en is richtinggevend.

Wanneer bijvoorbeeld in de therapie een goede samenwerking tussen ouders en school bevorderd wordt, versterkt dit meestal onmiddellijk de beschermende factor 'intensief toezicht', wat weer van invloed kan zijn op de risicofactor 'omgang met delinquente leeftijdgenoten'. Bovendien heeft de jongere hierdoor vaak simpelweg minder tijd om een delict te plegen, ook al verandert er verder nog niets.

Bij het in kaart brengen van risicofactoren en beschermende factoren werden in het verleden ouders en de directe sociale omgeving vooral gezien als statische risicofactoren: 'goed' of 'niet goed' voor de ontwikkeling van het kind. Dat is veranderd. Tegenwoordig worden ouders en belangrijke anderen ook gezien als een dynamische en potentieel beschermende factor: mogelijke bondgenoten, met sterke kanten die ontwikkeld en ingezet kunnen worden.

Met behulp van risicotaxatie voor en na de behandeling kan de forensisch behandelaar verantwoording afleggen aan de maatschappij. Hij of zij kan laten zien dat de behandeling zich richt of gericht heeft op probleemgebieden die verbonden zijn met de kans op recidive en dat ten gevolge van de behandeling risicofactoren zijn verminderd en beschermende factoren zijn versterkt.

### 3 Kenmerken van systeemgerichte forensische behandeling

#### 3.1 Veiligheid

Zonder voldoende veiligheid kan er niet aan verandering gewerkt worden, dus de veiligheid van alle betrokkenen bij de behandeling en vanzelfsprekend ook van buitenstaanders moet voldoende gewaarborgd zijn. Veiligheid wordt echter niet als voorwaarde vooraf gesteld: 'Wij kunnen niet behandelen als er te veel dreiging van geweld in het gezin is', maar wordt gezien als het eerste doel van de therapie. Met alle betrokkenen wordt overlegd hoe veiligheid bereikt kan worden. Ook de pleger zelf kan daar bij uitstek veel informatie over geven en zo een eerste stap zetten op weg naar verantwoordelijkheid nemen voor een oplossing. Veiligheid voor alle betrokkenen bepaalt ook wie bij gezamenlijke gesprekken aanwezig zal zijn.

In de risicotaxatie van het acute gevaar op geweld van Richard (15 jaar) wordt met alle betrokkenen het volgende geïnventariseerd: wanneer welk gevaarlijk gedrag in het verleden heeft plaatsgevonden (druwen, knijpen, dreigen, met zware voorwerpen gooien), wat situaties zijn met een hoog risico ('meestal in het weekend als Richard harde muziek draait en die niet zachter wil zetten'), wat signalen zijn dat een dergelijke situatie ontstaat ('als mama gaat huilen'), of er wapens, gevaarlijke objecten gebruikt werden en of deze zaken buiten bereik zijn of veilig opgesloten (keukenmes in afgesloten kast), of er drugs of alcohol gebruikt werden ('als papa gedronken heeft'), welke de-escalatiestrategieën in het verleden bruikbaar waren om de kalmte terug te brengen ('oom Jan bellen').

Ook wordt geïnventariseerd wat andere opties zijn als deze strategieën niet werken ('mama gaat met de kinderen naar de bureu, de bureu bellen de politie').

Maar ook wordt nagegaan wat er in het verleden toe heeft bijgedragen dat dergelijke escalaties werden voorkomen ('als oma er is in het weekend').

Het eigen probleemoplossend vermogen van het gezin wordt hiermee gemobiliseerd en als uitgangspunt genomen voor het vervolg.

De inventarisatie wordt omgezet in een veiligheidsplan. Het bespreken van conflictstof wordt daarbij vermeden en uitgesteld tot een later tijdstip, tenzij dit een barrière vormt voor het creëren van veiligheid. Het veiligheidsplan wordt ondertekend door zo veel mogelijk directbetrokkenen, dus in dit geval door Richards moeder, zijn vader, zijn oma, oom Jan, de bureu, de wijkagent en de toezichthouder van de Jeugdreclassering. Afgesproken wordt wanneer het plan met alle betrokkenen zal worden geëvalueerd en wie daarbij het voortouw neemt. Dit zal gewoonlijk de

verwijzer/toezichthouder zijn die als vertegenwoordiger van de ingrijpende overheid uiteindelijk bepaalt of het plan goed genoeg is om de veiligheid te kunnen borgen. Een veiligheidsplan heeft in sterke mate een contextueel karakter. Een goed veiligheidsplan geeft een gevoel van controle terug aan het slachtoffer en de getuigen, legt een basis voor constructieve verandering en legt de verantwoordelijkheid voor het agressieve gedrag bij de pleger en niet bij de omgeving ('we zijn niet verantwoordelijk voor de agressie, maar binnen onze mogelijkheden wel voor onze veiligheid') met behoud van contact tussen de gezinsleden.

### 3.2 Motiveren tot verandering

Motiveren wordt in de forensische hulpverlening opgevat als een breed begrip. Het klassieke onderscheid tussen *pretreatment* en *treatment*, waarbij therapie pas kan beginnen bij voldoende motivatie, verhoogt in de praktijk de drempel voor behandeling. Het is juist in de eerste contacten dat de behandelaar zicht krijgt op het krachtenveld waarin de cliënt zich bevindt en welke therapeutische vaardigheden nodig zijn om de cliënt te motiveren. Gebrek aan motivatie wordt beschouwd als een intrinsiek onderdeel van de therapie. Om de motivatie te vergroten moet een therapeut snel beschikbaar zijn, op locatie kunnen werken, geen uitgebreide diagnostiek vooraf hoeven doen, nauw met de toezichthouder kunnen samenwerken en externe druk kunnen hanteren.

Maar hij moet ook oog hebben voor de impact van het delict op de pleger en zijn gezin, alert zijn op *windows of opportunity* en daar tijdig gebruik van maken, schaamte kunnen hanteren, rekening houden met de *belief systems* (Carr, 2006) van de cliënt en zijn omgeving, inschatten in welke fase van verandering de cliënt zich bevindt, ambivalenties hanteren, toekomstgericht werken en de eigen doelen van de cliënt koppelen aan de dwingende eisen van de maatschappij.

Vier belangrijke aspecten van motiveren in een forensische setting worden hieronder besproken: inspelen op externe druk, hanteren van ambivalenties, omgaan met schaamte en het verbinden van het delictgedrag met eigen doelen van de cliënt en zijn omgeving.

#### Externe druk

Mensen moeten aan psychologische verandering toe zijn om deze verandering niet alleen te willen, maar ook te kunnen verwezenlijken (Prochaska e.a., 1994). Prochaska onderscheidt daarbij zes fasen (vooroverweging, overweging, voorbereiding, actie, volhouden en terugval) en benadrukt dat de therapeut niet anders kan dan beginnen in de fase waarin de cliënt zich bevindt. Door de confrontatie van de pleger en zijn omgeving met de maatschappij ontstaan er nieuwe mogelijkheden voor de therapeut om met hen te onderzoeken in hoeverre er sprake is van verandering 'willen'. Dat geeft weer zicht op wat er nodig is om het ook te leren 'kunnen'.

Bert slaat Anja in het gezicht en schopt haar, als ze valt, meermalen in haar buik. Anja vlucht gillend de badkamer in. Bert probeert brullend van woede de deur in te trappen. Als de politie, gewaarschuwd door de burens, aanbelt, wordt opengedaan door Marjolein, de oudste dochter, met de woorden: 'Papa en mama zijn boven.' Bert komt rustig de trap aflopen, maakt een beheerste indruk en zegt: 'Mijn vrouw is erg overstuurd, komt u verder.' De politie treft Anja inderdaad overstuurd en razend van woede in de badkamer aan. Ze schrikt van de politie, die van haar verklaring over het gebeurde weinig wijzer wordt. Desgevraagd vertelt Bert dat zijn zoon Pieter bij de burens aan de overkant is. 'Daar is hij altijd,' volgens Marjolein. Bram, de jongste zoon, zit op zijn kamer met een koptelefoon op, het lijkt alsof hij er niets van gemerkt heeft.

De rust van Bert en de reacties van Anja en de kinderen verhullen de gewelddadige gebeurtenissen van even daarvoor. De kans dat het geweld schadelijk is voor de ontwikkeling van de kinderen is groot, in dit voorbeeld ook voor Bram, het kind dat het minst opvalt (Davies & Cummings, 2006).

De politieagenten praten, conform hun professionele richtlijn bij huiselijk geweld, op een rustige wijze apart met Anja en met Bert. Anja komt een beetje tot rust en laat merken dat het niet de eerste keer is dat Bert zo gewelddadig is. Ze wil geen aangifte doen omdat ze de gevolgen daarvan voor het gezin niet kan overzien. Bert zegt dat het inderdaad wat uit de hand is gelopen, maar dat hij zich tot het uiterste getergd voelde door zijn vrouw en dat hij normaal zo iets nooit doet. De agenten luisteren naar hem en leggen uit dat Bert mogelijk ambtshalve vervolgd zal worden op basis van hun rapportage over de kneuzingen die Anja heeft opgelopen. Ze adviseren hem onmiddellijk contact op te nemen met een forensische polikliniek omdat dit een goede indruk zal maken bij de officier van justitie en bij de rechter. De agenten komen de volgende dag opnieuw bij Anja langs om uit te leggen dat ze verplicht zijn het voorval ook te melden bij Bureau Jeugdzorg omdat het getuige zijn van geweld schadelijk kan zijn voor kinderen, ook al laten die dat niet altijd duidelijk merken.

Signalering en het openbaar maken van relationeel geweld kan leiden tot maatschappelijke druk door justitie en/of de kindbescherming. Die signalering verhoogt de motivatie om te werken aan verandering. In het vignet geven de politieagenten de maatschappelijke druk. De behandelaars bieden Bert de kans om die druk te laten afnemen door verantwoordelijkheid te nemen voor het stoppen van het geweld en bieden Anja de kans om controle te krijgen over haar eigen veiligheid en die van haar kinderen. De politieagenten hebben de macht van de overheid achter zich, maar kunnen daar geen behandeling mee afdwingen. De behandelaars van de forensische polikliniek hebben geen macht, maar doen zo snel mogelijk een aanbod dat Bert en Anja kunnen gebruiken om zich op een verantwoordelijke manier teweer te stellen tegen de inmenging van de overheid in hun gezin (Baars, 2006).

### Hanteren van ambivalenties

De meeste mensen zijn niet voor of tegen, maar ambivalent over verandering (Miller & Rolnick, 2005) en die ambivalentie wordt sterk beïnvloed door omgevingsfactoren. Bij een terugval in delictgedrag geeft een analyse van de redenen waarom hulpverlening werd afgewezen, of door de omgeving niet is ondersteund, vaak nieuwe mogelijkheden.

Na zijn eerste delict wilde de 23-jarige Johan uit het eerste kader niet verwezen worden voor behandeling. Nu gaat hij met tegenzin akkoord onder het motto: 'Wat heb ik te verliezen.' Johans eerdere afwijzing van therapie en zijn tegenzin nu blijken samen te hangen met zijn idee dat hulp hem zal verzwakken en dat zijn vriendin hem daarom een zwakkeling zal vinden. Dat geeft ruimte om met hen beiden andere opvattingen te bespreken, bijvoorbeeld hoe controle krijgen over zijn neiging om te stelen, gezien kan worden als een bewijs van kracht. Besproken wordt ook bij wie Johans vriendin steun kan vinden nu de steun van haar familie in ieder geval tijdelijk is weggefallen.

Verzet, actief of passief, van de cliënt of zijn gezin tegen behandeling wordt in het forensische veld snel gezien als 'ontkenning', een interpretatie die het moeilijker maakt om een werkrelatie met de cliënt en zijn omgeving te krijgen (Miller & Rolnick, 2005). Het biedt aanknopingspun-

ten om in het begin van een therapie 'ontkenning', 'bagatellisering' of 'weerstand' vooral te zien als copingmechanismen: zowel de cliënt als zijn gezin en familie proberen een manier vinden om de situatie en de gevoelens die daarbij horen het hoofd te bieden. Pas als er al of niet met behulp van de behandelaar enige rust en overzicht is, kan onderzocht worden of er mogelijkheden tot gedragsverandering zijn.

De ouders van Johan willen niet bij de behandeling betrokken worden: 'Wij hebben toch niets gedaan?' en: 'Hij is nu toch volwassen, hij moet zijn eigen boontjes maar doppen'. Na bemiddeling van de reclaseringsambtenaar stemmen zij in met een huisbezoek. Tijdens het huisbezoek blijken zij toch blij met een therapeut die om te beginnen vooral luistert en open vragen stelt: 'Hoe hoorde u dat het weer mis was met uw zoon, hoe was dat voor u?' Johans ouders laten merken weinig affectie meer te voelen voor een zoon die zoiets doet, maar als de therapeut vraagt naar de sterke, goede kanten van die zoon geeft dat enige ruimte. Ze voelen zich gesteund als de therapeut oppert dat niet de ouders maar de zoon door justitie verantwoordelijk is gesteld voor het delict, maar dat zij als ouders mogelijk kunnen helpen bij de oplossing van zijn problemen. De ouders willen daar bij nader inzien over verder praten.

### **Omgaan met schaamte**

Schaamte komt heel veel voor in situaties waarbij er justitiële bemoeyenis is vanwege maatschappelijk onaanvaardbaar gedrag. De cultuur van het gezin kan dat versterken, maar ook de aard van het delict, bijvoorbeeld als er sprake is geweest van seksueel grensoverschrijdend gedrag. De reactie van de omgeving op wat er gebeurd is, kan de schaamte versterken of verzwakken en is van grote invloed op de contacten van de gezinsleden met de buitenwereld en met de steunsystemen (Sanders, 1999) van het gezin die juist dan hard nodig zijn (Omer, 2010, hoofdstuk 35).

Het gezin van de 15-jarige Gijs, die gedurende een langere periode twee veel jongere buurkinderen misbruikte, wordt door een groot gedeelte van de buurt uitgestoten. Zijn broer en zus zijn woedend op hem omdat zij niet meer worden gevraagd als oppas voor de kinderen in de buurt.

De eerste therapeutische contacten worden gebruikt om het gezin te helpen greep te krijgen op deze gebeurtenissen en zich te handhaven ten aanzien van de afwijzende omgeving – als eerste stap om verdere toename van isolement te voorkomen.

De therapeut inventariseert met de gezinsleden hoe ze zouden kunnen reageren wanneer ze door familie, vrienden, buurtgenoten, op school, op het werk worden aangesproken op wat er gebeurd is, en ook wat ze tegen zichzelf kunnen zeggen als ze worden uitgescholden of genegeerd. Het blijkt voor de gezinsleden makkelijker om elkaar raad te geven dan om voor zichzelf een reactie te bedenken.

Het is voor ouders over het algemeen gemakkelijker met anderen te praten over agressief gedrag dan over seksueel grensoverschrijdend gedrag van hun kind. Dit wordt gevoed door de maatschappelijke afkeer van dergelijk gedrag.

(Deze afkeer komt ook tot uiting in wet- en regelgeving. Een zedendelict blijft onbeperkt in tijd een belemmering voor het verkrijgen van een vog (Verklaring Omtrent het Gedrag, nodig bij solliciteren) in tegenstelling tot delicten die gepaard gaan met agressie, zelfs als dat gevangenisstraf tot gevolg had (Staatscourant, 2012). Ook in gevallen waar het risico op herhaling klein

is. Bovendien wordt er alleen bij zedendelicten geen onderscheid gemaakt tussen volwassenen en jeugdigen.)

De ouders van Gijs worden door de therapeut uitgenodigd deel te nemen aan een groep voor ouders van jonge plegers van seksueel grensoverschrijdend gedrag waarin onderlinge steun en psycho-educatie centraal staan. Vooral door de verhalen van ouders die al langer in de groep zitten en van ex-deelnemers die gebeld mogen worden door ouders die twijfelen over deelname, zien de ouders weer wat licht aan het einde van de tunnel. Dit maakt meer specifiek op dit gezin gerichte hulp, als volgende stap in het therapeutische proces, mogelijk.

Het rechtstreeks spreken over ernstig grensoverschrijdend gedrag kan ook simpelweg niet mogelijk zijn omdat er in de cultuur van de cliënt een taboe op rust.

Samir, een 16-jarige Marokkaans-Nederlandse jongen, wordt verwezen omdat hij samen met anderen een meisje van 15 heeft verkracht. Zowel hijzelf als zijn ouders ontkennen dat iets dergelijks gebeurd is. De oudere zussen van de jongen zeggen dat hij het niet gedaan heeft, maar volgens hen wel te ver is gegaan in het contact met het meisje. De therapeut zegt: 'Ik sprak laatst een Marokkaanse vader met zijn zoon. Die zei: "Mijn zoon heeft het niet gedaan, maar hij moet wel behandeld worden om ervoor te zorgen dat zo iets niet kan gebeuren in de toekomst." De vader knikt opgelucht en zegt (in aanwezigheid van zijn zoon en dochters): "Ja, dat wil ik ook voor Samir!"

### **Verbinden van het delictgedrag met eigen doelen van de cliënt en zijn omgeving**

Ouders worden gemakkelijk afwerend als ze door school, politie en reclassering bij herhaling worden geconfronteerd met het strafbare gedrag van hun zoon en ze niet zien hoe ze daar zelf iets aan kunnen veranderen (Henggeler e.a., 1998).

Fouad, een impulsieve jongen van 15 jaar, wordt voor de derde keer in een jaar door de politie gepakt voor diefstal. De ouders vermoedden al dat het weer niet goed met hem ging omdat hij veel spijbelde, maar als ze controleren waar hij uithangt, wordt hij agressief en komt hij een nacht helemaal niet meer thuis. De ouders weten niet wat te doen, zijn boos op de school omdat die hen niet tijdig waarschuwde, geven de schuld aan de slechte vrienden van hun zoon en zijn doof voor de waarschuwende woorden van de hulpverlening. De school vindt dat de ouders tekortschieten in de opvoeding.

Het risico dat Fouad delicten zal blijven plegen, wordt beïnvloed door zijn gebrek aan contact met 'goede' leeftijdgenoten, door zijn impulsiviteit, door het gebrek aan controle op zijn handel en wandel door zijn ouders, en door de gebrekkige communicatie tussen ouders en school. Maar potentieel beschermende factoren zijn inzet van zijn ouders, een bijdrage van de school en ondersteuning van de therapiedoelen ook door broers en zussen. De ouders van Fouad willen wel hulp bij het bewerkstelligen van een beter contact met school en bij het vinden van manieren om Fouad weg te houden van 'slechte vrienden' en hem in contact te brengen met 'goeie'. Ook willen ze wel, zij het aarzelend, de strijd met hem aangaan over de tijden waarop hij thuis moet komen, mits er dan ook aandacht is voor hoe om te gaan met de dreigende houding die Fouad dan aanneemt. En ook de school blijkt goed te betrekken bij concrete plannen. Broers en zussen zijn vaak bij de therapie te betrekken en kunnen zo bijdragen aan het succes ervan, wanneer er ook oog is voor hun eigen doelen. Vooral wanneer die anders niet of slechts met grote moeite kunnen worden gerealiseerd.



De broer en zus van Gijs zijn razend op hem en willen alleen komen voor een gezinsgesprek als ze het (eerst) over hun eigen problemen mogen hebben. Nadat ze zich hebben kunnen uitspreken blijken ze goed in staat te begrijpen waarom een beter contact met leeftijdgenoten een van de behandeldoelen voor Gijs is. In de laatste fase van de behandeling betrekken zij hem actief bij hun eigen sociale leven. Met name het contact met zijn broer en de vriend van zijn zus geeft Gijs de kans zich op dit terrein te ontwikkelen.

Jongeren met gedragsproblemen zelf zijn gezien hun leeftijd en de aard van hun problematiek vaak vooral gericht op kortetermijndoelen en op snelle resultaten. Maar daar kan in de therapie rekening mee gehouden worden.

Fouad zegt ja tegen de plannen om van de druk af te zijn. Maar hij wordt gemotiveerder wanneer hij merkt dat hij preciezer en sneller gecontroleerd wordt, er daarnaast op positief gedrag snel een beloning volgt, bijvoorbeeld in de vorm van telefoonkaarten en dat zijn ouders openlijk hun waardering uitspreken, wat lange tijd niet gebeurd is.

### 3.3 **Systeemfactoren die het risico kunnen doen toenemen**

Tot de systeemfactoren die het risico kunnen vergroten, behoren opvattingen van familieleden over de cliënt (*belief systems*, Carr, 2006) en bij geweld binnen het gezin ook kenmerken van het slachtoffer. Aangezien hier het eerste doel van systeemgericht werken voorkoming van terugval in maatschappelijk onaanvaardbaar gedrag is, krijgen deze systeemfactoren van meet af aan aandacht in de behandeling.

#### **Opvattingen**

Familieleden hebben opvattingen die de destructieve opvattingen van de pleger in stand kunnen houden. Het is belangrijk om hen in de therapie te vragen naar hun verklaring van het delictgedrag. Soms staan die verklaringen een behandeling in de weg of maken ze de kans op recidive groter. De verklaringen kunnen verbonden zijn met loyaliteit en beschermreflexen, maar het kan ook gaan om verklaringen die de gevoelens van machteloosheid die familieleden vaak ervaren, vergroten en zo een rol spelen in de therapie. Het gaat vaak om al langer bestaande ideeën en het is belangrijk dat de therapeut ze probeert te beïnvloeden als de kans zich voordoet, omdat ze in de behandeling en ook na de behandeling nog lang een rol kunnen spelen.

De vader van Gijs denkt dat Gijs alleen maar experimenteerde en dat het dus eenmalig is geweest. De therapeut waardeert de loyaliteit van vader, en zegt vervolgens dat het dan wel een langdurig experiment is geweest en hij vraagt vader hoelang die denkt dat het experiment nog geduurd zou hebben als het buurjongetje het niet aan zijn moeder had verteld. Dit zet vader aan het denken. Maar hij geeft zijn 'experimenthypothese' pas echt op als Gijs hem, een halfjaar later vertelt wat hij over zichzelf geleerd heeft in de groepstherapie voor jonge plegers: 'Ik dacht dat ik niet gepakt zou worden omdat die kinderen te klein waren om te vertellen dat ik met ze sekste. En dat ze te bang waren om het te vertellen en dat als ze het toch doen, ze niet gelooft zouden worden. En dat ze het ook niet zo erg vonden, want dat ze dan wel meer hadden tegengestribbeld.'

Familieleden kunnen ook verklaringsmodellen hebben voor hoe de pleger 'is' en wat ze van hem verwachten, die de kans op stagnatie en scheefgroei in zijn ontwikkeling vergroten. Ook daardoor wordt de kans op recidive groter.

De gezinsleden van Gijs wisten dat hij weinig contact had met leeftijdgenoten, hij was op de basisschool ook erg gepest. Ook vonden ze hem erg gesloten, maar daar maakten ze zich geen zorgen meer over: 'Onze Gijs is nu eenmaal zo.' Ze hoopten dat het in het voortgezet onderwijs zou veranderen.

Soms hebben familieleden verklaringen voor het gedrag van de pleger, die samenhangen met hun familiegeschiedenis of met specifieke gebeurtenissen. Zo denkt de moeder van Gijs dat dit allemaal niet gebeurd zou zijn als haar moeder nog zou leven.

### **Slachtofferkenmerken**

Tot de systeemfactoren die het risico kunnen doen toenemen, behoren ook kenmerken van het slachtoffer.

In gezinnen waar sprake is van een hoog risico op herhaling van kindermishandeling, spelen vaak meerdere risicofactoren. Bijvoorbeeld problemen bij de ouders en situationele stress, maar ook het ontbreken van bufferfactoren (zie hoofdstuk 35). Tot de systeemfactoren die het risico kunnen doen toenemen, behoren ook kenmerken van het slachtoffer. 'Kindkenmerken' kunnen een rol spelen, zoals leeftijd en geslacht, maar ook een huilbaby, een overmatig druk kind, een kind met een psychische stoornis of handicap, kunnen de kans op intrafamiliaal geweld vergroten. Deze kenmerken moeten dan ook, wanneer er sprake lijkt van hoog risico, worden vastgesteld (De Ruiter & De Jong, 2006) en betrokken in het risicomangement.

Bij relationeel geweld in de partnerrelatie is er soms sprake van vicieuze cirkels waarin ook degene die het slachtoffer is van het geweld, een aandeel heeft (zie hoofdstuk 48).

De al sinds lang bestaande conflicten in het huwelijk van Piet en Dinie escaleren steeds vaker in fors lichamelijk geweld door Piet. Het blijkt dat Dinie in zo'n ruzie meestal iets roept van 'Zo, je hebt niks meer te zeggen, hè? Nou ga je zeker weer je handjes gebruiken, net als die klootzak van een vader van je!' Als Piet de in de behandeling geleerde time-out wil toepassen, doet Dinie woedend de deur op slot zodat hij niet weg kan en steekt de sleutel in haar zak.

Het is belangrijk dat dit ook in de therapie aan de orde komt.

### **3.4 Samenwerking van behandelaar en toezichthouder**

De kwaliteit van de samenwerking tussen de behandelaar en de verwijzer/toezichthouder is een cruciale en kwetsbare omgevingsfactor, die hier daarom apart aandacht krijgt. De kwaliteit van de samenwerking moet aan hoge eisen voldoen met name in situaties waar er sprake is van acuut gevaar. De reclassering, politie of de Raad voor de Kinderbescherming vervullen dan vaak de rol van verwijzer/toezichthouder. De toezichthouder slaat niet alleen de brug naar de behandeling. Hij is ook degene die, vanuit zijn rol als vertegenwoordiger van de ingrijpende overheid, de cliënt en de behandelaars in de loop van de behandeling zal bevragen over de voortgang daarvan. Daardoor heeft hij een grote rol bij het al of niet gemotiveerd blijven van de cliënt. Het is daarom cruciaal om vanaf de allereerste aanmelding de toezichthouder bij de behandeling te betrekken en hem ook door middel van frequente evaluaties betrokken te houden.

Op het consultatiebureau hebben ze een sterk vermoeden dat er bij Bart van 3 jaar, sprake is van kindermishandeling. De Raad voor de Kinderbescherming wordt ingeschakeld en omdat er sprake lijkt van acuut gevaar, wordt Bart in het kader van een voorlopige (snelle) ondertoezichtstelling bij een pleeggezin geplaatst. Er komt een laagfrequente bezoeksregeling onder toezicht van een Raadsmedewerker. De voorwaarde voor uitbreiding is dat zijn moeder, Betty, in therapie gaat. Bureau Jeugdzorg schakelt daarvoor de forensische polikliniek in.

Uit het gezinsdiagnostisch forensisch onderzoek komt naar voren dat Betty toen Bart een baby was, af en toe dacht dat hij haar haatte en haar wilde aanvliegen. Dat gevoel werd minder toen zijn vader, Jan, ook een deel van de verzorging op zich nam en de huisarts Betty medicatie voorschreef en er speciale gezinszorg kwam. Betty leerde hoe ze Bart goed kon verzorgen en genoot van zijn voorspoedige ontwikkeling. Nu hij 3 jaar oud is en vooral als hij driftaanvallen heeft wanneer hij met haar alleen is, bekruipt haar weer dat oude gevoel. Als ze Bart zijn zin geeft, gaat het even goed, maar de driftaanvallen duren steeds langer en hij heeft nu ook driftaanvallen als Jan erbij is. Jan trekt zich daardoor meer terug in zijn werk. Inmiddels is Betty ook stiekem gestopt met de medicatie. Als Betty met Bart alleen is, krijgt ze zelf ook regelmatig woede-uitbarstingen, waarbij ze als Bart begint te krijsen, hem hard knijpt en net zo lang haar hand voor zijn mond houdt tot hij niet meer huilt en niet meer tegenstribbelt. Dan laat ze hem los en brengt hem naar bed. Als Jan thuiskomt, is het rustig en Jan denkt dat het goed is dat hij Bart meer aan Betty overlaat.

De systeemgerichte behandeling van Betty richt zich op gedragingen en factoren die verbonden zijn met de mishandeling en die kunnen veranderen. De toezichthouder stelt de doelen vast die gehaald moeten worden, wil de ondertoezichtstelling afgesloten kunnen worden (Turnell & Edwards, 1999; Turnell & Essex, 2006; Van Arum, 2013).

In overleg met de behandelaar heeft de toezichthouder voor de ouders van Bart vijf doelen geformuleerd, die gehaald moeten worden. De doelen van de behandeling zijn: Betty gebruikt de medicatie zoals voorgeschreven, er is een veiligheidsplan, Betty en Jan hebben gedurende een langere periode laten zien dat ze het veiligheidsplan inzetten wanneer dat nodig is; Betty en Jan houden maandelijkse follow-up-gesprekken met de behandelaar bij wie ze een ouder-kindtherapie hebben gevolgd en tot slot: Bart blijft onder maandelijkse controle van de huisarts.

De toezichthouder bepaalt uiteindelijk of de resultaten van behandeling voldoen aan de voorwaarden van veiligheid en vermindering van recidiverisico die nodig zijn om terug te kunnen treden. Voor de cliënt is het belangrijk te weten wat deze voorwaarden concreet inhouden, omdat hij anders overgeleverd blijft aan onduidelijke einddoelen van behandeling en daarmee in het ergste geval aan de willekeur van de toezichthouder of een behandelaar. De toezichthouder is echter op zijn beurt weer afhankelijk van de behandelaar om de juiste voorwaarden te kunnen stellen.

#### 4 Belangrijke ontwikkelingen

Om de in de vorige alinea beschreven vereiste nauwe samenwerking in hoogrisicosituaties tussen toezichthouder en behandelaar mogelijk te maken, is het nodig om in zekere mate dezelfde taal te spreken in plaats van die per casus opnieuw te ontwikkelen. Veelbelovend als overkoe-

pelende taal in situaties waar sprake is van partnergeweld en kindermishandeling, is de ten behoeve van de kinderscherming ontwikkelde *Signs of Safety*-benadering (Turnell & Essex, 2006). Strikt toezicht op veiligheid wordt daarbij gecombineerd met een focus op de eigen kracht van het gezin en omgeving. Hierop kan zelfs als partners en ouders blijven ont-kennen dat er sprake is van geweld, goed worden aangesloten met een systeemgerichte behan-deling. Een voorbeeld van deze werkwijze is het intersectorale zorgprogramma Veilig, Sterk & Verder (vsv), waarin Bureaus Jeugdzorg, de forensische ggz en de jeugd-ggz samenwerken. Van toenemende invloed in het forensische veld is sinds 2008 de onafhankelijke Erkennings-commissie Gedragsinterventies Justitie (Erkenningscommissie, 2012) die de effectiviteit van ge-dragsinterventies voor jeugdigen en volwassenen toetst. Onder een gedragsinterventie wordt verstaan een programmatisch en gestructureerd geheel van methodische handelingen gericht op het beïnvloeden van iemands gedrag of omstandigheden. Van goedgekeurde interventies mag worden verwacht dat zij terugval in ernstig grensoverschrijdend gedrag verminderen of voorkomen. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat gedragsinterventies met name effectief zijn als ze goed gestructureerd zijn, gericht zijn op de juiste doelgroepen en op de juiste (met het delictgedrag samenhangende) factoren, en zorgvuldig worden uitgevoerd. Gedragsinterventies die ook (nieuwe) vaardigheden aanleren, blijken daarbij over het algemeen het meest effectief. De uitvoering moet structureel goed worden gemonitord en ondersteund door supervisie en regelmatige bij- en nascholing. Na de eerste erkenning moet de uitvoering van een gedrags-interventie gepaard gaan met goed opgezet wetenschappelijk onderzoek. Bij verlenging van de erkenning moet uit dit onderzoek gebleken zijn dat de doelgroep daadwerkelijk bereikt is en de interventie effectief is geweest.

Voor de doelgroep adolescenten tot 18 jaar met ernstige gedragsproblemen (inclusief antisoci-aal en gewelddadig gedrag) zijn sinds 2001 enkele systeemgerichte behandelprogramma's vol-ledig erkend: multisysteemtherapie (MST), *functional family therapy* (FFT), Ouderschap met Lief-de en Grenzen (OLG), multidimensionele familietherapie (MDFT) en *multidimensional treatment foster care* (MTFC). Alle in dit hoofdstuk genoemde aspecten van forensische systeemgerichte behandeling zijn in deze programma's goed uitgewerkt.

Gezien de grote behoefte aan systeemgerichte en outreachende zorg in het forensische veld zijn er inmiddels ook voor adolescenten van 18 tot 23 jaar en volwassenen veelbelovende pro-gramma's in ontwikkeling, zoals Forensisch Functie/Flexibel Assertive Community Treatment (For FACT) (Place e.a., 2011). Een ander voorbeeld is Topzorg, een intensief, outreachend en sys-teemgericht zorgprogramma voor jongvolwassenen (leeftijd 16 tot en met 24 jaar) met een hoog risico op delictherhaling en bij wie eerdere behandeling onvoldoende effect had (Das e.a., in voorbereiding). Topzorg richt zich zowel op de ontwikkelingstaken (onder meer school, werk, vrijetijdsbesteding) van de *high-risk*-jongvolwassene als op de psychische problemen die daar-bij in de weg staan.