

Forum TBS Symposium Daders & slachtoffers: hoe verder?

29 november 2013, Radboud Universiteit Nijmegen, 10.00 – 17.00 uur

Drs. Karin ten Brinck

directeur behandeling FPC Veldzicht

De ingewikkelde relatie tussen dader en slachtoffer in de behandelrelatie tijdens behandeling in de TBS

Op dit symposium vervang ik prof.dr. David Bernstein. U begrijpt dat u van mij niet zijn geweldige (Amerikaanse) manier van presenteren en zijn interessante benadering vanuit de schematherapie kunt verwachten.

Ik zal spreken vanuit de klinische praktijk meer in het algemeen, hoewel in het forensisch psychiatrisch centrum Veldzicht ook met Schema Focus Therapy (een behandelmethode waaraan David Bernstein veel aandacht besteedt) wordt gewerkt.

Ik realiseer me goed dat het voor mensen vanuit de slachtofferverenigingen en voor mensen die zelf slachtoffer zijn van een ernstig delict heel erg moeilijk is om over dit onderwerp te praten. De tbs-behandeling van daders is er in de eerste plaats op gericht om nieuwe slachtoffers te voorkomen. De tbs is een maatregel waarmee dat ook het beste bereikt kan worden. Dan gaat het dus over mogelijk toekomstige slachtoffers. Een aantal deelnemers aan dit symposium heeft echter een slachtofferervaring en dat betekent toch een andere positie.

In deze bijdrage komen een aantal algemene punten in de behandeling van de tbs op het gebied van het betrekken van slachtoffers aan de orde. Enkele gevalsbesprekingen laten zien hoe ingewikkeld en complex de relatie tussen daders en slachtoffers in de tbs-behandeling kan zijn.

Eerst een aantal algemene punten:

- Het is de verdienste van de huidige politiek dat belangen van slachtoffers meer in de aandacht zijn gekomen en dat deze ook in de tbs-behandeling meer nadrukkelijk van belang zijn.
- Voorheen was de focus van de klinieken vooral gericht op de behandeling van de daders en vanuit dat perspectief was er veel minder aandacht voor de slachtoffers in de zin van directe betrokkenheid, hoewel klinieken op dit gebied ook al stappen hadden gezet.
- In de tbs bestaat al heel lang de ontwikkeling naar verbetering van de behandeling, waarin meer methodisch gewerkt wordt aan risicomangement en waarin delictscenario-procedures belangrijk zijn. In die zin worden in de behandeling al langer potentieel gevaarlijke situaties centraal gesteld. Dit is een meer indirecte manier van aandacht voor het

slachtofferperspectief, waarbij wordt gewerkt aan het vergroten van het besef wat een patiënt het slachtoffer heeft aangedaan. Bij delictscenario-procedures is belangrijk dat de patiënt verantwoordelijkheid neemt voor zijn daad en onder ogen leert zien welk effect zijn gedrag op het slachtoffer heeft.

- Dat ook meer vanuit het perspectief van slachtoffers wordt gewerkt, is een recente ontwikkeling. Over een aantal jaren kan meer over de ervaringen worden gezegd.

Mede door de opkomst van organisaties als verenigingen voor slachtoffers, Slachtofferhulp Nederland, Slachtoffer In Beeld en politieke druk is de regelgeving aangepast en vormen de belangen van slachtoffers een onderdeel van de behandeling van daders.

Dit manifesteert zich onder andere in:

- Het feit dat in de verlofsituatie rekening moet worden gehouden met belangen van slachtoffers. Daders mogen vaak niet naar de plaats waar het delict heeft plaatsgevonden of mogen er alleen begeleid naar toe (bijvoorbeeld bij familiebezoek) als het van deur tot deur is en mogen zich dan niet buiten het huis van de familie begeven.
- Ten aanzien van de financiële situatie van de tbs-patiënten worden afspraken gemaakt over de betaling van schuld aan slachtoffers. Deze moeten door de patiënten worden nagekomen voordat verlof mogelijk is.
- De eerder genoemde delictscenario-procedures moeten ook door de patiënten doorlopen en afgerond worden. Er moeten signalerings- en terugvalpreventieplannen gemaakt worden, waarbij de behandelaars altijd uitgaan van het gedrag jegens (potentiële) slachtoffers. Patiënten moeten leren hoe zij delicten kunnen voorkomen. Zij moeten een behoorlijke ontwikkeling hebben doorgemaakt alvorens zij voor verlopen in aanmerking komen.

Per definitie is de relatie tussen daderschap en slachtofferschap ingewikkeld:

- Veel daders (in de tbs zelfs de meeste daders) zijn zelf eerder slachtoffer geweest. Denk daarbij aan ernstige verwaarlozing, mishandeling of seksueel misbruik. Hiernaar is niet veel onderzoek gedaan maar wat er over bekend is wijst op een sterke neiging tot 'doorgeven van daderschap naar de volgende generatie'. Zie in dit verband de publicatie uit 2012 van de WHO over de verwevenheid slachtofferschap-daderschap en ook het artikel *Gezin en seksueel misbruik* van Carolien Bijleveld en Joyce Hendriks (Tijdschrift voor Criminologie, 2007, 49, 123-136). Van de daders van seksuele delicten is 60% zelf slachtoffer geweest van seksueel misbruik. Dit geldt ook voor ernstig agressieve delicten. Het mechanisme bij het doorgeven van ernstige agressie is niet altijd dat patiënten dit 'direct' aan den lijve hebben ondervonden, maar wel is een opvoedingsgeschiedenis waarin ernstige agressie is voorgekomen (bijv. vader jegens moeder of kinderen) een voorbode van ernstig agressief gedrag bij de patiënten die een tbs-behandeling ondergaan. Dit is bij ruim meer dan de helft van het aantal tbs-patiënten die veroordeeld zijn voor ernstige geweldsdelicten het geval.
- In de behandeling geldt dat slachtofferschap een van de verklaringen kan zijn voor het daderschap maar het is nooit een excuus voor het gepleegde delict. Met de constatering dat een dader zelf een slachtoffer was is het ook niet afgelopen, want dan begint het pas en komt het erop aan dat aspect in de behandeling mee te nemen.

Ik spreek in dit verband over tbs-patiënten. Zij zijn daders die als gevolg van een psychische stoornis geheel of gedeeltelijk ontoerekeningsvatbaar zijn ten aanzien van het door hen gepleegde delict. De stoornissen van deze daders vinden nogal eens hun oorsprong in de trauma's die hen zijn aangedaan.

In de tbs-behandeling moet er zeker aandacht zijn voor slachtofferschap in de vorm van bijvoorbeeld traumabehandeling (zoals EMDR). Stoornissen die als gevolg van trauma's nog steeds van invloed zijn op het gedrag van patiënten (PTSS) moeten worden behandeld omdat anders risico's op herhaling van delictgedrag blijft bestaan.

Als voorbeeld geef ik de casus van een incestpleger die in zijn jeugd zelf is misbruikt door zijn eigen vader en die is opgegroeid in verwaarlozende omstandigheden waarin ook zijn moeder hem niet in bescherming nam. Bij deze patiënt wordt geprobeerd in de behandeling ook aan deze achtergrond te werken, waarbij aan de orde komt:

- Leren dat de omstandigheden waarin hij opgroeide niet 'normaal, gewoon' zijn.
- Pijn, angst en vernedering, de gevoelens behorend bij het ondergane misbruik, bewerken in de therapeutische relatie.
- Afhankelijk van de mogelijkheden tot inzicht bij de betreffende patiënt is het mogelijk met bijvoorbeeld Schematherapie te werken (patiënten met mogelijkheden tot inzicht, leren veranderen) of te werken met meer educatieve programma's.

Een ander punt waarom de relatie tussen dader en slachtoffer ingewikkeld is:

- Daders en slachtoffers zijn in een groot aantal gevallen bekenden van elkaar:
 - ouder-kind (misbruik, mishandeling, geweld van de ouder naar het kind);
 - kind-ouder (bij psychotische patiënten en bij patiënten met bijvoorbeeld ernstige verslavingsproblematiek zien we nogal eens ernstige geweldsdelicten van het kind naar de ouder);
 - man-vrouw (relationeel geweld tot aan dodingsdelicten als de crime passionel of, zoals we in de laatste jaren ook nogal eens tegenkomen, de ernstige delicten in gezinsverband, waar vaders of moeders hun partner en vaak ook de kinderen doden);
 - bekenden in het drugscircuit;
 - enz.

Ook hier is het lastig om exacte cijfers te achterhalen maar we denken dat in ongeveer 60 tot 70% van de gepleegde delicten het slachtoffer een bekende is van de dader.

Dit geeft direct aan dat de relatie tussen dader en slachtoffer een zeer ingewikkelde is, zeker ook omdat in een groot aantal gevallen ook na het delict dader en slachtoffer contact met elkaar houden, bijvoorbeeld in het geval van agressie van kind naar ouders (of naar partner). Dat maakt dat slachtoffers vaak vanaf het begin bij de behandeling betrokken zijn. Dat is op zich goed maar vaak ook heel ingewikkeld.

Voor de situatie dat het slachtoffer een onbekende is voor dader/patiënt, zijn er inmiddels (wettelijke) regelingen, waardoor een slachtoffer kan aangeven of hij/zij op de hoogte gehouden wil worden van de stappen die een patiënt/dader maakt in het tbs-traject. Het gaat hierbij vooral om de verlostappen. We zien dat dit in de praktijk per casus en per slachtoffer nogal verschilt. Er zijn

slachtoffers die dat heel graag willen en er zijn ook slachtoffers die dat helemaal niet willen. Denk bijvoorbeeld aan delicten als overvallen met geweld. In de huidige regelingen zullen wellicht nog verbeteringen worden aangebracht. Ook in geval dat slachtoffer en dader 'onbekenden' van elkaar zijn kan het slachtoffers helpen om in gesprekken de confrontatie met daders aan te gaan. Dit zijn ingewikkelde processen waarbij heel goede begeleiding nodig is. Dit is voor de klinieken een nog minder ontgonnen terrein dan de gevallen waar het slachtoffer een bekende is van de dader.

In de tbs heeft het betrekken van slachtoffers in de behandeling van daders een steeds meer belangrijke plek ingenomen, maar er lijken zeker ook grenzen aan de mogelijkheden hiervan. In hoeverre deze betrokkenheid slachtoffers kan helpen is moeilijk te zeggen, want dit verschilt per geval. Het is belangrijk dat er op dit terrein in de klinieken 'op maat' wordt gewerkt.

Tenslotte stip ik twee tendensen aan die vooral in de buitenwereld 'geleefd' hebben en misschien nog 'leven':

- Klinieken werken van oudsher vooral vanuit het perspectief van de 'gestoorde dader' en willen vooral aandacht geven aan de stoornissen van de dader. Ik heb in mijn voordracht iets laten zien van de ontwikkeling dat klinieken zeker ook met het slachtofferperspectief rekening zijn gaan houden en hoe dat ook in de werkwijze zichtbaar is.
- Misschien wordt er ook nog te veel gewerkt vanuit het idee dat de slachtoffers beschermd moeten worden en wordt er van daaruit (ten onrechte) nog te weinig of te traag contact gelegd met slachtoffers. Dit lijkt vooral zo te zijn in de gevallen waarbij het slachtoffer een onbekende is van de dader/patiënt.

Mede dankzij de sterk (ook professioneel) gegroeide organisaties als Slachtoffer in Beeld en Slachtofferhulp Nederland wordt de aandacht voor de positie van slachtoffers sterker ingebracht. We zien dat dit ook de behandeling van de dader kan ondersteunen en versterken. In verschillende klinieken zijn al (positieve) ervaringen waarin herstelgesprekken tussen slachtoffers en daders hebben plaatsgevonden.

Het is ook goed om te noemen dat er na een conferentie, twee jaar geleden op het Ministerie van Veiligheid en Justitie, contacten tot stand gekomen tussen LBHIV (Landelijk Beraad Hoogst Inhoudelijk Verantwoordelijken (overlegorgaan van de behandeldirecteuren van de FPC's) met de slachtofferorganisaties om ervaringen uit te wisselen en zorgvuldige samenwerking mogelijk te maken.

Laten we er met elkaar aan werken dat het perspectief van slachtoffers zo goed als mogelijk betrokken wordt in de tbs-behandelingen. En dat in overleg met elkaar een goede afstemming en verbetering wordt gezocht.

Hieronder geef ik nog enkele gevalsbeschrijvingen die tevens de complexiteit van de praktijk illustreren.

Casuïstiek

A.

De patiënt had een jeugdvriend gedood. Ten tijde van dit delict bestond nog geen regelgeving op het gebied van zorg voor slachtoffers. De patiënt kende de vader van het slachtoffer goed en zocht tijdens behandeling via het maatschappelijk werk contact hem. De vader van de vriend wilde dat ook graag. Als eerste schreef de patiënt hem een brief. Daarna namen het maatschappelijk werk en de hoofdbehandelaar contact op met de vader om een en ander door te spreken. Zij maakten een afspraak voor een gesprek in de kliniek, waarbij ook de patiënt aanwezig zou zijn. Het was een emotioneel zwaar traject maar de vader wilde graag begrijpen wat er was gebeurd. In de week van het geplande gesprek zegde de vader echter toch af, omdat hij het niet aankon. Het maatschappelijk werk sprak de vader later nog een keer, maar dat leidde er niet toe dat hij op zijn besluit terugkwam.

B.

Het delict in deze casus speelde zich af in de familiesfeer. De patiënt had zijn broer neergestoken, maar deze had het overleefd. De familiebanden waren hecht. Tijdens de behandeling had de patiënt de behandelonderdelen met betrekking tot het delictscenario goed doorlopen en ook zicht gekregen op de achtergronden en eigen rol in de aanloop tot het delict. De familie was bij de behandeling betrokken, maar de broer wilde aanvankelijk geen contact. In het overleg tussen patiënt, zijn familie en het maatschappelijk werk lukte het voorzichtig aan ook de broer bij de gesprekken te betrekken. Het bleek mogelijk voldoende contactherstel te bereiken, zodat de patiënt in de resocialisatiefase weer in de thuissituatie kon verblijven.

C.

De patiënt had in een psychotische toestand een oom gedood. Tijdens de behandeling had patiënt zicht gekregen op zijn ziekte schizofrenie waarvoor hij adequaat werd behandeld. Met de nabestaanden, zijn nichten en neef, werd hierover in systeemgesprekken uitvoerig gesproken. Na enige tijd concludeerden de nabestaanden dat zij weliswaar begrepen dat hun neef ziek was, maar dat dat voor hen niet voldoende was om contact te willen blijven houden.