



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

## Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij  
**de Stichting Cognitie en Psychose.**

Voor alle vragen:  
[info@gedachtenuitpluizen.nl](mailto:info@gedachtenuitpluizen.nl)

# 'Ik moet zelf weten wat ik met mijn geld doe'. Frustraties in een TBS–kliniek

Wouter Radius\*

---

## Samenvatting

*Dit artikel beschrijft de mislukte behandeling van een man die wegens doodslag is opgenomen in een zogenaamde tbs–kliniek. In de kliniek wordt gewerkt volgens leertheoretische principes. Tijdens de behandeling lukte het de behandelaars niet om de patiënt te motiveren voor de doelen die in hun ogen bereikt moesten worden om de kans op herhaling van delicten voldoende te verkleinen. Dit kwam onder meer doordat de patiënt deze doelen associeerde met minderwaardigheid en afwijzing. Pogingen om middels een operante benadering binnen het leefmilieu van de patiënt toch de door de behandelaars gewenste gedragsverandering te bewerkstelligen leden schipbreuk. In de discussie wordt ingegaan op de factoren die mogelijk bijdroegen tot het mislukken van de behandeling.*

## Inleiding

De hierna besproken behandeling vond plaats in een kliniek voor mannen met een zogenaamde terbeschikkingstelling (TBS). De kliniek is gespecialiseerd in de behandeling van mannen met psychische problemen die één of meer ernstige delicten pleegden. De behandelingswijze in de instelling veranderde de afgelopen drie jaar: deze maakte een overgang door van een eclecticische naar een gedragstherapeutische. De hierna beschreven behandeling illustreert, dat (ook) deze aanpak niet altijd succes heeft.

Een TBS kan door de rechter worden opgelegd aan iemand die een ernstig misdrijf heeft gepleegd. De rechter doet dit als hij meent dat de betreffende persoon tijdens het plegen van het misdrijf niet of slechts gedeeltelijk toerekeningsvatbaar was en er bovendien gevreesd moet worden voor recidive. Om dit te kunnen beoordelen vraagt de rechter gewoonlijk een psychodiagnostisch onderzoek, dat meestal wordt uitgevoerd in het Pieter Baan Centrum te Utrecht. In de praktijk wordt een TBS vrijwel uitsluitend opgelegd bij ernstige geweldsdelicten, waaronder ernstige seksuele delicten. TBS is formeel geen 'straf' maar een 'maatregel', die wordt genomen ter bescherming van de maatschappij.

Een terbeschikkinggestelde weet, in tegenstelling tot iemand die een gevangenisstraf krijgt, niet wanneer hij weer vrij zal zijn. De patiënt wordt na het opleggen van de maatregel opgenomen in een TBS–selectie–instituut, om van daaruit geplaatst te worden in één van de TBS–klinieken. De term 'dwangverpleging' duidt op de eerste doelstelling van de TBS: beveiliging van de maatschappij op korte termijn, door de betrokkene 'uit de roulatie' te nemen. Voor de beveiliging van de maatschappij op

---

\* WOUTER RADIUS is werkzaam als psycholoog/psychotherapeut in Veldzicht, een rijksinrichting voor TBS–gestelden. Correspondentieadres: Veldzicht, Postbus 20, 7707 ZG Balkbrug.

langere termijn is meestal meer nodig: een behandeling. Behandeling vergt enige motivatie, die niet altijd aanwezig of te bewerkstelligen is.

De kliniek kan na verloop van tijd, na toestemming van het Ministerie van Justitie, de patiënt in het kader van zijn behandeling (al dan niet begeleide) verloven verlenen.

Een TBS wordt in eerste instantie voor twee jaar opgelegd. Daarna beoordeelt de rechter in een zogenaamde verlengingszitting of voortzetting van de verpleging (en eventueel de behandeling) noodzakelijk is. De TBS kan na die eerste zitting steeds met één of twee jaar verlengd worden. Na het verstrijken van die periode volgt weer een verlengingszitting, enzovoort. De gemiddelde TBS-duur is zes jaar.

In de kliniek waarvan in dit artikel sprake is verblijven veel patiënten die in hun jeugd langdurig affectief en pedagogisch zijn verwaarloosd. Velen van hen zijn bovendien mishandeld en seksueel misbruikt, of hebben andere nare herinneringen. Mede als gevolg van deze ellende is het hun niet gelukt om op te groeien tot evenwichtige mensen. Kenmerkende gedragingen zijn een achterdochtige en wantrouwende opstelling, heftige stemmingswisselingen en impulsief gedrag. Ze hebben vaak weinig zicht op hun eigen gevoelens en beweegredenen en kunnen moeilijk kritisch kijken naar (de effecten van) hun eigen gedrag. Wanneer er in hun leven problemen ontstaan leggen ze de schuld hiervoor gewoonlijk bij anderen.

Veel van deze patiënten hebben grote moeite met het reguleren van gevoelens van kwaadheid, die ze soms in extreem hevige mate ervaren. Het lukt hun nauwelijks om stabiele relaties op te bouwen met de mensen om zich heen. Zij raken snel met anderen in conflict en zijn dan meestal van mening dat zij daar zelf niets aan konden doen. Zeker bij aanvang van de behandeling zeggen ze vaak dat zij geen hulp nodig hebben. Zij zien zichzelf als slachtoffer van een hen vijandige wereld. Niet zichzelf, maar de omgeving moet veranderen.

Het zal duidelijk zijn dat het niet eenvoudig is met hen een goede therapeutische relatie op te bouwen. Pogingen hiertoe stranden vaak in een vroeg stadium door hun gebrek aan vertrouwen en medewerking en hun geringe behoefte tot verandering.

Overigens zijn er binnen de groep TBS-patiënten wel verschillen. Met sommige patiënten is beter contact te leggen en samen te werken dan met andere. Sommige behandelaars hebben meer succes dan andere. Er zijn echter ook patiënten die hun behandelaars tot wanhoop drijven. Ter illustratie daarvan wordt op de volgende pagina's de behandeling van Piet de Gier beschreven.

## Voorgeschiedenis

---

*Piet de Gier werd in 1950 geboren, als vierde in een gezin van negen kinderen. Zijn vader had al lang geen werk meer en was aan de drank. Zijn moeder kon het gezin absoluut niet aan. Op driejarige leeftijd verbleef Piet wegens meningitis een halfjaar in het ziekenhuis. Hij bleef achter in zijn groei en was een buitengewoon drukke en lastige kleuter, op wie de ouders nauwelijks invloed hadden.*

Toen hij acht jaar was werden zijn ouders uit de ouderlijke macht ontzet. Tot zijn achttiende jaar verbleef hij in zes verschillende kindertehuizen. In deze periode volgde hij BLO-onderwijs. Hoewel hij gedurende deze hele periode hunkerde naar contact met zijn familieleden, kreeg hij hen zelden op bezoek. De indruk van de maatschappelijk werker van het Pieter Baan Centrum, die in 1975 het milieu-onderzoek verrichtte, was dat Piet door de overige leden van het gezin beschouwd werd als een 'debiel', iemand die men niet serieus hoefde te nemen. Na het overlijden van vader keerden de kinderen één voor één terug naar hun moeder. Om onduidelijke redenen mocht alleen Piet niet terug naar huis. Moeder vertelde hem dat ze zich inspande hem weer thuis te krijgen, maar, zo was de indruk van de maatschappelijk werker, zij hield in feite de boot af.

Toen Piet uiteindelijk toch in het gezin terugkeerde kwam hij, vanwege een inbraak, in aanraking met justitie. Tucht schoolstraf was het gevolg. In de jaren daarna pleegde hij veelvuldig delicten: diefstallen, inbraken, en ook een aanranding. Plaatsing in allerlei jeugdinstellingen en diverse pogingen om hem tot een zekere mate van zelfstandigheid te brengen wierpen geen vruchten af. Ten slotte legde de rechter, vooral vanwege de recidiverende diefstallen en inbraken, Piet een TBR (zoals het in die tijd nog werd genoemd) op. Hij was toen vijftientig.

Uit de diagnostiek van het Pieter Baan Centrum en het TBS -selectie-instituut kwam Piet naar voren als een zwakbegaafde (in een tweede onderzoek laag-gemiddeld intelligente), sterk pedagogisch en affectief verwaarloosde man, bij wie aanwijzingen bestonden voor organisch-cerebraal disfunctioneren. Uit de organiciteitstests bleken concentratiestoornissen en stoornissen in het visueel geheugen. Ook het EEG vertoonde lichte afwijkingen, waaraan echter geen specifieke betekenis kon worden toegekend. Men stelde tevens vast dat Piet last had van sterke insufficiëntiegevoelens en een sterke angst niet voor vol aangezien te worden. Men veronderstelde dat de desinteresse van het gezin van herkomst had bijgedragen aan zijn gestoorde emotionele ontwikkeling. Piets delicten werden gezien als de gevolgen van zijn geringe zelfredzaamheid, zijn gebrekkige gewetensfunctie en het feit dat hij, om erbij te horen, zich door anderen gemakkelijk liet overhalen tot het plegen van misdrijven. Uit het feit dat hij de delicten vaak zelf kwam melden, leidde men af dat Piet soms delicten pleegde om zich weer te kunnen laten opnemen.

Geadviseerd werd om hem in een milieu te plaatsen dat duidelijkheid en geborgenheid zou bieden. Door middel van behandeling zou Piet moeten leren aanvaarden dat hij blijvend hulp nodig zou hebben.

Van zijn zesentwintigste tot zijn dertigste jaar werd Piet behandeld in een TBS-kliniek. De rapportage die over deze periode beschikbaar was (gebundeld in de zgn. wettelijke aantekeningen) vermeldde onder meer het volgende:

Hij betoonde zich een aanhankelijke en vriendelijke man, die vanwege zijn wat sjofele voorkomen, zijn dikke brilleglazen en zijn wat schlemielige uitstraling veelal door zijn medepatiënten niet serieus genomen werd. Met clownesk gedrag – zo kon hij voor zijn voortdurende blunders bij het kaarten de meest onwaarschijnlijke excuses bedenken – wist hij anderen echter aan het lachen te brengen en tot een beschermende houding te bewegen. Hij kwam zo toch niet buiten de groep te staan. Op dezelfde wijze kreeg hij het voor elkaar medepatiënten dingen te laten doen die hij zelf niet kon, zonder dat dit laatste in het oog liep. Toch bleef hij voor het 'overleven' binnen de afdeling erg afhankelijk van zijn behandelaars, die bijvoorbeeld moesten zorgen dat hij niet 'geplukt' werd door zijn medepatiënten, zijn financiën moesten regelen, en hem soms moesten beschermen tegen pogingen van medepatiënten hem voor 'dubieuze karretjes' te spannen.

Piet kon slecht tegen ruzie, kon niet voor zichzelf opkomen en vermeed conflicten door zich 'in te kopen' met leningen en cadeaus die hij niet kon betalen. In het algemeen had hij het wel

*naar zijn zin en soms leek het alsof hij zich voor zijn behandeling inzette en enig inzicht kreeg in zijn functioneren. [Uit het dossier blijkt niet waaruit deze inzet en dit inzicht bestonden.] Na verloop van tijd ontstond het volgende patroon. Piet functioneerde enige tijd zonder al te grote problemen binnen de beschermende structuur die rond hem was aangebracht. Daarop werd in het team gesproken over mogelijkheden tot resocialisatie [het dossier geeft geen informatie over de argumenten waarop deze stap was gebaseerd], waarop Piet aangaf niet begeleid te willen wonen maar zichzelf te willen redden, hooguit met wat begeleiding door de reclassering voor zijn financiën. Wanneer dan met hem werd overlegd hoe hij dit zou kunnen bereiken en er een concreet programma werd opgesteld, liet hij het afweten. Hij liep vaak weg en pleegde tijdens deze deserties meestal delicten (inbraken, diefstallen). Toch werd na verloop van bijna vier jaar een proefverlofplan opgesteld. [Weer blijkt niet uit het dossier waarop deze stap gebaseerd is; we hebben de indruk dat men bij gebrek aan vooruitgang in de behandeling uit arren moede maar tot resocialisatie overging.] In het plan werd voorzien in zelfstandige woonruimte, een baan en wekelijkse begeleiding door de reclassering. Piet zei ernaar uit te kijken, maar liep, kort nadat hij had gehoord dat het ministerie het plan had goedgekeurd, weg. Na zijn terugkeer besloot men het proefverlof toch door te zetten. Helaas werd hij, buiten zijn schuld, al snel ontslagen. Hij verliet zijn eigen woning en trok bij een broer in. Een halfjaar wist hij zich met behulp van de reclassering redelijk te handhaven, wat voor de rechtbank reden was de TBS te beëindigen. In de periode daarna verbrak Piet al snel zijn contacten met de reclassering. Vooral met de begeleiding van zijn geldbeheer had hij moeite. Na een ruzie met zijn broer kreeg hij een eigen woning toegewezen, waarvoor de sociale dienst alle vaste lasten betaalde. Daarna ging het snel mis: Piet verleende onderdak aan drugs- en alcoholverslaafden die hem bestalen, gaf grote cadeaus aan zijn familie, gokte en besteedde veel geld aan prostituées. Hij ging weer op het dievenpad en moest diverse malen een gevangenisstraf uitzitten. Op een gegeven moment besloot hij, beïnvloed door enige kennissen, een hem bekende man geld af te persen. Toen hij eenmaal bij het slachtoffer binnen was bedreigde hij hem met een vuurwapen. Toen het slachtoffer zich verzette schoot hij. Hij vuurde daarna nog enige malen op de reeds liggende man, die daarop aan zijn verwondingen overleed.*

## Behandeling

### Diagnostiek en prognose

In het kader van zijn tweede TBR werd Piet de Gier twee jaar later in Veldzicht opgenomen. De rapportage van het Pieter Baan Centrum (PBC) was somber van toon; de diagnostische bevindingen weken niet af van die uit het onderzoek in 1975. Men concludeerde tot een ontwikkelingspsychopathie – danwel antisociale persoonlijkheidsstoornis – bij een zwakbegaafde man, die in zijn jeugd ernstig affectief was verwaarloosd. Een citaat:

Minderwaardigheidsgevoelens en ontkennen van de eigen beperkingen spelen een rol. Opvallend is dat patiënt's beeld van zichzelf door het dodingsdelict niet is veranderd. Hij acht zichzelf niet gevaarlijk en beschouwt het delict als een 'bedrijfsongeval' dat zich zeker niet zal herhalen. Schuldgevoelens als gevolg van wat hij heeft aangericht heeft hij niet. Hij lijkt de ernst van het gebeurde niet te beseffen. Hij is dan ook absoluut niet gemotiveerd tot verandering.

Men adviseerde zijn behandeling te laten plaatsvinden in een structurerende, beschermende en niet te veeleisende omgeving, maar betwijfelde of behandeling enige zin zou hebben. In de behandeling zou Piet moeten leren accepteren dat hij duurzaam een beschermende omgeving nodig heeft en nooit in staat zal zijn zelfstandig te functioneren. Men achtte voor hem een vorm van (zeer) beschermd wonen het hoogst haalbare. De psycholoog en de psychiater die Piet – op dat moment in het Huis van Bewaring – onderzochten in het kader van de TBS-selectieprocedure, waren het met deze conclusies eens. Wat betreft het gestelde doel merkten zij op dat dit een wezenlijke innerlijke verandering bij Piet zou vergen. Zij betwijfelden of het ooit zover zou komen. Overigens hadden zij de indruk dat Piet aan het werk dat hij in het Huis van Bewaring deed een gevoel van eigenwaarde ontleende. Zij achtten dit een essentieel punt van aandacht voor de behandeling:

Voorkomen moet worden dat Piet in de toekomst gedoemd is tot nietsdoen. Hij zal op een zinvolle wijze inhoud aan zijn leven moeten geven. Wanneer dit lukt zal hij minder snel geneigd zijn zich te laten meeslepen in crimineel gedrag.

NB: zowel het PBC als de selectiedeskundigen betwijfelden of Piet wel behandelbaar was. Ze lieten discreet in het midden wat er met Piet moest gebeuren wanneer zou blijken dat hij inderdaad niet behandelbaar zou zijn.

### *Eerste fase van de behandeling*

De behandelaars in de kliniek concludeerden uit de rapportage dat Piet overging tot delicten als hij zich aan begeleiding onttrokken had, geen werk of andere vaste structuur had, en dreigende vereenzaming probeerde tegen te gaan door de sympathie van mensen te 'kopen' met het verlenen van onderdak en het geven van geld en cadeaus. Wanneer hij, door ook op andere manieren onverantwoord met zijn geld om te gaan, op zwart zaad kwam te zitten, werd de verleiding om te gaan inbreken en stelen hem te groot. Hij werd dan bovendien gemakkelijk door anderen meegetrokken. Men concludeerde dat een voldoende reductie van zijn delictgevaarlijkheid alleen kon worden bereikt wanneer tenminste de volgende doelen gerealiseerd zouden worden: acceptatie van begeleiding, in het bijzonder bij het geldbeheer, vinden van voor hem plezierig en zinvol (vrijwilligers)werk, en leren om dit werk vol te houden.

Daarnaast zou op termijn moeten worden getracht zijn sociale en zelfredzaamheidsvaardigheden te verbeteren, ter vergroting van zijn zelfvertrouwen en zijn vermogen om op adequate wijze sociale aansluiting te vinden. De verwachting was dat daarmee ook zijn behoefte om aandacht en sympathie te 'kopen' en dus zijn financiële nood zouden verminderen, en daarmee zijn bereidheid om mee te doen aan inbraken en diefstallen.

Om dit te bereiken richtte de kliniek zich aanvankelijk op het creëren van een veilig (weinig eisenstellend, weinig confronterend) milieu, waarin getracht werd een vertrouwensrelatie met Piet op te bouwen. Hij zelf kon geen doelen voor zijn behandeling formuleren, maar hij wilde graag werken op de tuinderij van de kliniek. Daarnaast gaf hij desgevraagd, maar niet erg overtuigd, aan dat het leren omgaan met zijn geld misschien wel belangrijk was. Verder wilde hij zo snel mogelijk weer bij zijn

familieleden (die allen in of rond dezelfde stad woonden) op bezoek. Hij gaf aan niet te verwachten dat zij hem zouden komen opzoeken. Hij toonde daarvoor begrip: voor hen was de reis te ver en te duur.

Een weekprogramma werd opgesteld, met onder meer arbeidstherapie op de tuinderij en wekelijkse begeleiding door de sociotherapie bij het beheer van zijn geld. In het team werd afgesproken om in de therapeutische benadering de nadruk te leggen op vriendelijke overreding en bekrachtiging van (pogingen tot) gewenst gedrag. De hoop was dat heel geleidelijk – het team dacht hier eerder aan jaren dan aan maanden – met behulp van 'shaping'–procedures, nieuwe gedragspatronen zouden inslijten, en dat met deze aanpak ook het risico van vluchtpogingen zou afnemen. De behandeling vond plaats op de woonafdeling (een gesloten afdeling met negen andere patiënten en het sociotherapeutisch team), de arbeidstherapie en (later) op de afdeling vorming en onderwijs.

Gaandeweg ontstond het volgende beeld van Piet. Over het algemeen was hij vriendelijk; in de groep wist hij zich, met zijn clowneske manier van doen, al snel in de rol van 'underdog' te manoeuvreren, waarmee hij medepatiënten ertoe bracht hem goedmoedig in bescherming te nemen. Hij bleek er bijzonder bedreven in om zijn omgeving op een subtiele manier voor zijn karretje te spannen, zodanig dat het zijn eigen beperkingen versluisde. Dit was zo sterk dat medepatiënten op den duur ongevraagd bepaalde karweitjes van hem overnamen.

Hij nestelde zich al snel op een plekje binnen de tuinderij–afdeling van de arbeidstherapie, waar hij over zeer weinig praktische vaardigheden bleek te beschikken. Hoe en waarom hij de werkzaamheden moest uitvoeren begreep hij nauwelijks. Piet zelf vond echter dat hij het uitstekend deed. Hij toonde dan ook geen enkele ambitie om zijn vaardigheden te vergroten of nieuwe dingen te leren. Hij kwam vooral voor de gezelligheid en beschouwde het uitvoeren van taken in de tuinderij als iets wat hij alleen deed als hem dat toevallig uitkwam.

Ook bij de sociotherapeuten riep hij in eerste instantie een beschermende reactie op. Zijn naam veranderde van Piet in Pietje, en al snel ontstond de neiging verantwoordelijkheden van hem over te nemen 'om faalervaringen te voorkomen'. Hij bleek op subtiele wijze een sterk appel te kunnen doen op de behoefte van een aantal behandelaars om steun te bieden en te verzorgen. Non–verbaal presenteerde hij zich, kortom, als iemand die men maar niet al te serieus moet nemen, waarvan het niet alleen te gek, maar ook erg flauw zou zijn om hem 'gevaarlijk' te noemen. Ook verbaal gaf hij aan 'geen behandeling nodig' te hebben en zich buiten best te kunnen redden. De oorzaken voor het delict en de financiële problemen legde hij bij anderen. Herhaalde pogingen om hem wat meer inzicht te laten verwerven in het delictscenario <sup>1</sup>, waardoor hij in de toekomst sneller in staat zou zijn bij zichzelf vast te stellen dat hij 'de fout' dreigde in te gaan, stuitte af op rationalisaties en bagatelliseren.

Over het budgetteren (en eigenlijk op elk gebied waarop het behandelteam via uitleg van eenvoudige inzichten Piets gedrag poogde te veranderen) ontstond al snel strijd. Piet ging volstrekt onverantwoordelijk met zijn geld om, kocht en verkocht zonder nadenken (om bij anderen in de smaak te vallen, erbij te horen), leende, en vulde het ene gat met het andere. Zodoende 'dwong' hij zijn behandelaars in te grijpen en hem 'tegen zichzelf in bescherming te nemen'. Daarna, en dit was typerend voor Piet, ging

hij over deze inmenging uitgebreid de strijd aan. Hij beschouwde deze als betuttelend, wees erop dat anderen niet 'als een debiel' werden behandeld, ontkende evidente feiten en gaf alles en iedereen de schuld van zijn financiële gerommel, behalve zichzelf.

Een en ander kreeg het karakter van een ritueel of 'spel' dat de begeleiders op den duur tot wanhoop dreef, maar waarvan Piet geen genoeg leek te krijgen. Hij was geneigd zich over elke beperking van zijn bewegingsvrijheid te beklagen, tot vervelens toe, op een stereotiepe, klagerige toon. Hij bestempelde zichzelf als een slachtoffer wiens capaciteiten door anderen stelselmatig werden ontkend, die keer op keer werd achtergesteld bij anderen, louter en alleen omdat hij geen 'grote mond' had, enzovoort.

De kliniek had direct na de start van de behandeling contact gezocht met Piets familieleden en hij ging met een zekere regelmaat begeleid bij hen op bezoek. De maatschappelijk werker die regelmatig contact met hen onderhield beschreef de familie als sociaal zwak, en de afzonderlijke gezinnen als chaotisch. In het algemeen stonden ze wantrouwend tegenover justitie en vonden ze dat Piet 'te zwaar gestraft' was. Men wilde hem wel thuis ontvangen, maar veel verder ging de bereidheid niet. In het algemeen beschouwde men Piets onvermogen om met geld om te gaan als de grootste oorzaak van zijn moeilijkheden. Men geloofde niet dat Piet dit zou kunnen veranderen. Duidelijk was dat Piet zeer aan zijn familie hing (veel meer dan omgekeerd) en dat hij, bij toekomstige resocialisatie, zeker dicht bij zijn familie zou moeten wonen.

Na ongeveer twee jaar was hij volledig ingeburgerd in de kliniek. Hoewel hij veel klaagde over het zijns inziens te trage tempo waarin hem vrijheden werden verleend, leek hij het voor het overige goed naar zijn zin te hebben. Hij kende veel mensen, klampte hen makkelijk aan voor een praatje en zocht steeds de gezelligheid. Het dagelijks leven verliep zonder grote moeilijkheden. Hij had inmiddels onbegeleide vrijheden naar zijn familie gekregen en ging hier goed mee om, afgezien van een incident waarbij hij wegliep om carnaval te vieren, om platzak terug te keren. Toch constateerde het behandelteam dat van de beoogde gedrags- en attitudeveranderingen weinig was gerealiseerd. Piet bleef weliswaar trouw deelnemen aan de arbeidstherapie, maar accepteerde niet dat hij begeleid moest worden. Met zijn geld ging hij nog net zo onverantwoordelijk om als altijd. Nieuwe vaardigheden aanleren vond hij niet nodig en dus niet interessant, alle prachtige voornemens voor 'shaping' of 'inslijten' ten spijt.

### ***Evaluatie van de behandeling en bijstelling***

Een wisseling van hoofdbehandelaar vond plaats. Naar aanleiding daarvan werd het tot dusver gevoerde beleid uitgebreid geëvalueerd. Men concludeerde dat de operante technieken niet hadden geleid tot de vooraf gewenste gedragsverandering. In feite was er helemaal niets veranderd, behalve bij de behandelaars: Piet leek sommigen van hen zo te hebben 'geconditioneerd' dat zij zijn problemen al haast voor hem oplosten voordat ze ontstonden. Al met al leek hij zich met zijn ontwapenende act binnen de kliniek goed te kunnen handhaven. Nauwkeuriger bekeken bleek hij hiervoor wel erg afhankelijk van het behandelteam. Bij conflicten zocht hij direct de bescherming van de sociotherapeuten en liet hij hen het probleem oplossen. Dat hij niet in grote schulden raakte was eveneens te danken aan de bemoeienissen van het behandelteam. Ook in andere opzichten, zoals zelfverzorging en hygiëne, moest hij regelmatig worden bijgestuurd. Hoewel hij in gezelschap heel grappig kon zijn was hij in individuele



contacten erg langdradig, klagend, en nauwelijks in staat om naar een ander te luisteren. Hierdoor ontlieten anderen individuele contacten met hem, waardoor hij extra 'claimend' werd als hij wel iemand voor een praatje had gestrikt. Al met al was het team ervan overtuigd dat terugkeer in de maatschappij geen enkele kans van slagen had. Piet zelf bleef elke gedachte aan begeleid wonen afwijzen.

Het team zag twee opvallende, sterk met elkaar verbonden patronen in zijn leven. Het eerste was dat hij 'buiten' snel vastliep, waarna hij via het plegen van delicten weer 'vluchtte' naar de veiligheid van een inrichting (of bajes), om daar vervolgens weer te ontkennen dat er voor dit verlies van zelfstandigheid enige noodzaak bestond. Het tweede was dat hij, eenmaal binnen de kliniek, de begeleiders 'dwong' tot ingrijpen in de wijze waarop hij zijn leven leidde, waarna hij vervolgens heftig streed tegen deze 'betutteling'. De afwisseling van deze patronen leek voor hem een 'levensstijl' geworden; het vermoeden was dat hij hiermee een compromis vond tussen zijn begrijpelijke behoefte voor 'vol' te worden aangezien en de noodzaak regelmatig terug te vallen op hulpverlening. De voortdurende strijd van Piet tegen begeleiding, zijn geklaag, maar ook de subtiele wijze waarop hij anderen ertoe bewoog verantwoordelijkheden van hem over te nemen, werden door het team opgevat als actieve vermijding van door hem gevreesde minachting en verstoting. Dit gedrag leek tevens positief te worden bekrachtigd door de vele aandacht die het opleverde van behandelaars en medepatiënten, en doordat Piet op deze manier niets hoefde te doen waar hij geen zin in had.

Er was dus voor hem geen enkele reden om gedrag te leren dat hem zou kunnen helpen zich wel geaccepteerd en volwaardig te voelen, wat volgens het team noodzakelijk was om recidive van misdrijven te voorkomen. Het werd duidelijk dat vriendelijke overreding, 'modelling', training van vaardigheden, vergroting van 'inzichten' over (bijvoorbeeld) zijn geldbeheer, en bekrachtiging van adequaat gedrag geen zoden aan de dijk zouden zetten zolang Piet niet zou ervaren dat zijn inadequate gedrag tot negatieve consequenties leidde.

Hoe nu de behandeling voort te zetten? Voor het team vielen enkele invalshoeken af. Voor psychotherapie ontbrak bij Piet de motivatie, en ook alle andere noodzakelijke voorwaarden. De familie was niet over te halen tot actievere deelname aan de behandeling. Ondanks het feit dat ze zich tegenover de maatschappelijk werker negatief over Piet uitlieten, bevestigden ze Piet tijdens zijn bezoeken in zijn ontkenning van de problematiek. Uiteindelijk werd besloten consequenter een operante benadering binnen het leefmilieu toe te passen. Afgesproken werd dat Piets gebruikelijke vermijdingsstrategieën niet langer door het team zouden worden bekrachtigd, en dat zij de negatieve consequenties van zijn inadequate gedrag niet langer zouden wegnemen, in de hoop dat hij aldus gemotiveerd zou raken om ander gedrag te proberen. Er werd rekening mee gehouden dat Piet de neiging had op de vlucht te slaan zodra het allemaal wat moeilijker werd, met toenemend risico op misdrijven. Concreet werd besloten niet langer in te gaan op zijn klagen en zielig doen, en elke strijd, bijvoorbeeld rond zijn geldbeheer, te vermijden. Pogingen van het team om Piet 'inzichten' bij te brengen zouden achterwege worden gelaten, pogingen van Piet om op de gebruikelijke wijze de teamleden zijn problemen te laten oplossen zouden niet worden gehonoreerd. Alleen gewenst gedrag, bijvoorbeeld uitdrukkelijk vragen om hulp, zou met aandacht worden beloond.

De behandelaars boden Piet aan hem bij het beheer van zijn geld te begeleiden. Hij mocht echter kiezen: vond hij begeleiding niet zinvol, dan mocht hij zijn geld geheel naar eigen inzicht beheren. De consequenties van mogelijke mislukking zou hij wel zelf moeten aanvaarden. Dit zou bijvoorbeeld inhouden dat hij enige tijd niets meer zou kunnen aanschaffen, maar het zou hem ook de mogelijkheid bieden om te besluiten het in het vervolg anders te doen. Op deze wijze vastlopen zou hem veel kunnen leren. Uiteraard werd hem hulp toegezegd als hij daar om zou vragen. Het team trachtte op deze wijze te voorkomen dat Piet bij financiële problemen gezichtsverlies zou lijden. Tegelijkertijd werd hem hiermee de mogelijkheid ontnomen om de verantwoordelijkheid bij anderen te leggen.

Mocht een dergelijke leerervaring leiden tot sterke angst voor afwijzing, dan zou daarop door het team empathisch worden gereageerd, zonder Piets eigen verantwoordelijkheid te bagatelliseren. Men hoopte via de daarbij opgeroepen emoties een 'brug' te kunnen slaan naar pijnlijke ervaringen uit het verleden en deze ervaringen met hem te kunnen bespreken. Verder werd afgesproken aandacht en bekrachtiging steeds te koppelen aan adequaat zelfredzaam gedrag. Ook als Piet zou laten blijken rekening te houden met zijn beperkingen, zou hij worden geprezen.

### ***Tweede fase van de behandeling***

Piets eerste reactie op het gewijzigde beleid was hoopgevend. Hij koos voor begeleiding en wist hier, tot verbazing van het team, enkele weken redelijk mee om te gaan. Ook klaagde hij een stuk minder. Helaas deserteerde hij daarna voor de tweede keer, waarbij hij twee weken wegbleef. Bij terugkeer wist hij de oude strijd- en klaagcultuur in ere te herstellen. Hij vertelde dat hij was weggelopen omdat hij vond dat hij, vergeleken met andere patiënten, de laatste tijd nauwelijks aandacht van het team had gekregen. Verder bestreed hij met grote felheid de geleidelijke herinvoering van zijn onbegeleide verlot; hij wilde alles ineens terug en ging heel ver in zijn pogingen om dit af te dwingen. Toen hij ernstige bedreigingen begon te uiten naar het personeel werd een grens gesteld. Hij gooide er nog een schepje bovenop, weigerde naar zijn kamer te gaan en moest worden gesepareerd.

Het team was verrast over zijn heftige agressie. Het duurde enkele weken voor hij weer in zijn normale doen was. Piets vluchtpoging werd door het team opgevat als een manoeuvre om de oude situatie, waarin hij veel meer ruimte kreeg om te vermijden, te herstellen. Besloten werd vast te houden aan de afgesproken benadering, al begonnen sommigen te twijfelen of het niet beter was terug te keren naar de oude aanpak.

In de daarop volgende maanden verliepen de zaken beter. Piet wees begeleiding bij zijn geldbeheer nu af. Kort daarna kon hij wegens geldgebrek niet mee met een door hem fel begeerd afdelingsuitje. Tot vreugde van het team concludeerde hij: 'Dan had ik maar verstandiger met mijn geld moeten omgaan.' Tevens besloot hij enkele malen af te zien van voorgenomen aankopen, met als reden: 'Bruin kan het niet trekken.'

Toen ontstond, voor het team vrij plotseling, een crisis. Piet had uitgebreid voorbereidingen getroffen voor een leuk verlot met één van zijn favoriete sociotherapeuten. Het weekeinde voordat dit verlot zou plaatsvinden vertelde hij aan een teamlid voor dit uitje geen geld te hebben. Plotseling liepen de emoties hoog op.

Hij huilde en vreesde de afwijzing door de betreffende sociotherapeut. Ook was hij bang dat het team zou denken dat hij weer 'uit stelen' zou gaan. Het team reageerde volgens de afspraken. Begrijpend en respectvol, zonder zijn eigen verantwoordelijkheid te bagatelliseren. Toen de emoties wat waren gezakt werd aan Piet gevraagd wat hij wilde doen, waarop hij advies vroeg hoe een en ander nu verder aan te pakken. Dit werd uiteraard ingewilligd. Samen werd bekeken hoe hij zijn geldproblemen zou kunnen oplossen en hoe met de bewuste sociotherapeut nieuwe afspraken over een uitje te maken.

De volgende dag leek hij opgelucht en goed gestemd. Hij vertrok dan ook naar zijn (vrijwilligers)werk op een tuinderij, waar hij sinds enige maanden met plezier werkte. 's Middags vernam het team dat Piet daar diezelfde ochtend een groot bedrag uit de kas had ontvreemd en was weggelopen.

### ***Poging tot resocialisatie***

Hij bleef deze keer verscheidene maanden weg. Bij terugkeer was hij een en al zelfbeklag, en vol verwijten naar het team. Het aanvankelijke besef tekort geschoten te zijn in het beheer van zijn geld was hij kwijt. Het weglopen en het stelen werden door het team opgevat als uitingen van zijn woede over wat hij beleefd had als een krenking die hem door anderen was aangedaan.

Het behandelteam raakte op dat moment verdeeld over de te volgen lijn. Een aantal teamleden vond nu wel aangetoond dat het maatschappelijk niet verantwoord was om Piet pas zo laat 'bij te sturen'. Toch werd uiteindelijk besloten de eerder gekozen lijn nog niet te verlaten. Uiteindelijk had Piet tijdens zijn lange afwezigheid, buiten de diefstal, niets strafbaars gedaan. De kans op realisatie van de behandelingsdoelen bij terugkeer naar de oude strategie (bescherming) leek bovendien erg klein.

Uiteindelijk werd besloten Piet over te plaatsen naar de resocialisatie–afdeling. De verwachting was dat hierin de beoogde leersituaties vaker zouden kunnen ontstaan, en bovendien dat ze meer zouden aansluiten bij het leven dat Piet later in de maatschappij wilde leiden.

Na enige tijd op de resocialisatie–afdeling klaagde Piet minder en zocht hij minder de strijd. Hij deed weer zijn vrijwilligerswerk. Goed met geld omgaan bleef echter een probleem, maar Piet wilde geen begeleiding. Hij had het op de resocialisatie–afdeling echter zo naar zijn zin, dat hij, als halverwege de maand zijn geld op was, gewoon binnen bleef en wat rondscharrelde op het erf. Hij kreeg geen grote schulden.

Na verloop van tijd werd toegewerkt naar plaatsing in een beschermde woonvorm. Piet uitte zich hierover ambivalent. Hij betwijfelde of de instelling die men voor hem op het oog had hem wel zou bevallen. Hij vreesde dat men zich weer met zijn geld zou gaan bemoeien. Liever bleef hij nog een tijdje op de resocialisatie–afdeling, maar als hij dan toch weg moest, prefereerde hij zelfstandig wonen. Niettemin werd de plaatsing doorgezet, waarna hij weer verviel in klagen, strijd zoeken, en onverantwoordelijk geldbeheer. Na enkele maanden liep hij weg en vervolgens werd hij weer in de kliniek opgenomen, waar hij momenteel nog verblijft.

## Discussie

Het belangrijkste doel van de behandelaars, namelijk dat Piet zou inzien dat hij de rest van zijn leven in elk geval bij zijn geldbeheer begeleiding nodig zou hebben, werd niet gehaald. Dit leek vooral het gevolg van de negatieve psychologische betekenis die dit doel voor Piet had. De meeste mensen vinden het belangrijk zelf over hun geld te kunnen beschikken, maar voor Piet was dit blijkbaar een cruciale pijler voor zijn gevoel van eigenwaarde. Piet leed gedurende een groot gedeelte van zijn jeugd onder het pijnlijke gevoel niet mee te tellen. Waarschijnlijk werd hij door zijn zwakbegaafdheid inderdaad vaak niet voor vol aangezien. Het was daarom begrijpelijk dat Piet elke situatie schuwde waarin anderen hem als minderwaardig zouden kunnen beschouwen. Zich neerleggen bij de visie van zijn behandelaars zou voor hem zoiets hebben betekend als zichzelf afschrijven. Het behandelteam was er echter van overtuigd dat hij pas minder gevaarlijk zou worden als hij zou hebben geleerd dat begeleiding hem uiteindelijk meer voor- dan nadelen zou opleveren.

Het is juist de delictgevaarlijkheid die maakt dat behandelaars in een TBS-kliniek niet kunnen zeggen: 'Als ons behandelplan u niet bevalt, dan gaat u maar weer.' De lijdensdruk die ervoor zorgt dat mensen uit eigen vrije wil het (vaak pijnlijke) proces van psychotherapie ondergaan is bij TBS-patiënten, zeker in het begin van de opname, vaak afwezig. Ook bij Piet was duidelijk dat hij pas zou veranderen als hij zelf de nadelen van zijn gedrag zou ervaren.

Waarom mislukte deze behandeling nu? In de eerste plaats kon Piet tijdens zijn eerste TBS met succes zijn vermijding in stand houden. Hij werd hiervoor beloond met een eigen woning, werk, veel aandacht, en inspanningen van reclasseringsambtenaren om de gevolgen van zijn inadequate gedrag voor hem op te lossen. Men bedenke hierbij wel dat van een dodingsdelict toen nog geen sprake was.

Uit de summiere gegevens van de eerste TBS had men al kunnen afleiden dat vriendelijkheid en toegeven weinig effect zouden hebben. Niettemin werd Piet ook in de eerste fase van de tweede TBS behandeling sterk bekrachtigd voor zijn (op de lange duur) ondoelmatige gedrag. Bovendien begon men hem al heel snel verlof te geven, in de hoop dat hij het geschonken vertrouwen zou beantwoorden met motivatie tot verandering. In feite leerde Piet hierdoor waarschijnlijk dat hij de wensen van zijn behandelaars kon frustreren zonder dat hem dit iets kostte.

De eerste keer dat er in de behandeling iets van gewenste gedragsverandering werd opgemerkt was nadat het behandelingsplan op basis van holistische theorie en functionele analyses was bijgesteld. Piet klaagde nauwelijks meer en het strijd zoeken verminderde. Hij dacht voor het eerst zelf na voordat hij besloot iets te kopen. Een zwak punt van het uitgestippelde beleid was dat Piet al zijn vrijheden behield en dus de ruimte had om weg te lopen. Dit deed hij dan ook, en toen het team daarna beleidsmatig voet bij stuk hield liep hij niet alleen weg, maar pleegde hij ook, voor het eerst sinds lange tijd, een delict. Een echte financiële noodzaak om te stelen was er beslist niet, zodat het vermoeden gerechtvaardigd was dat Piet op deze wijze uiting gaf aan zijn woede jegens het team. Zijn huilbui leek niet alleen een teken van verdriet om de vermeende afwijzing, maar ook van onmacht en frustratie.

De verwachting dat Piets traumatische jeugdervaringen met hem besproken zouden kunnen worden lijkt achteraf naïef, niet zozeer vanwege zijn zwakbegaafdheid, maar omdat Piet er nu juist alles aan gelegen was de (illusoire) band met zijn familie te behouden.

Het is moeilijk om patiënten, na een wijziging van het behandelbeleid, eerder verworven vrijheden af te nemen. Dit stuit bij de patiënt, maar ook bij een behandelingsteam begrijpelijkerwijs op veel bezwaren. Toch was het voor de behandeling zoals die na de evaluatie werd uitgevoerd, beter geweest wanneer Piet geen vrijheden had gehad. Niet alleen was er geen gevaar voor ontvluchting geweest in de eerste en voor Piet moeilijkste fase, ook had het team, wanneer Piet had volhard in zijn weigering om over gedragsalternatieven na te denken, gemakkelijker achterover kunnen leunen. Piets gebruikelijke gedrag had daardoor veel eerder onaangename consequenties gehad; bovendien had het team veel ruimer kunnen beschikken over door Piet begeerde bekrachtigers in de vorm van begeleide uitjes.

Dit allemaal vanuit de veronderstelling: pas als Piet ander gedrag laat zien kan hij ervaren wat hem dat oplevert, en pas wanneer hij dat langere tijd achtereen doet zal het nieuwe gedrag intrinsiek bekrachtigd worden.

Ten slotte nog de resocialisatie-afdeling. Piet deed het hier redelijk, hoewel hij zich bleef verzetten tegen inmenging in zijn geldzaken. Deze relatieve harmonie bestond echter mede dankzij de dwang van de TBS. Er was helaas geen enkele aanwijzing dat hij zich, in een soortgelijke setting maar zonder TBS, blijvend zou schikken naar begeleiding.

---

### **Abstract**

*The difficulties in the behavioral treatment of a man who was admitted for murder in a state-forensic hospital are described. The treatment team did not succeed in motivating the patient for the goals they considered minimally necessary to prevent relapse (recidivism). This was partly caused by the fact that the patient associated the goals of the treatment team with rejection and inferiority. An operant approach by means of the environment also proved to be unsuccessful. The question as to which factors may have contributed to failure of treatment is considered in the discussion.*

### **Noot**

- 1 Een delictscenario bevat een systematische inventarisatie van de context waarin het delict plaatsvond, zowel van antecedente en consequente factoren, als van gedrag en beleving van de dader voor, tijdens en na het plegen van het delict. Dit komt dus neer op een functieanalyse van het delict. Bespreking van het delictscenario met de patiënt vormt een belangrijk, terugkerend aspect van de behandeling, omdat doelen van gedragsverandering en therapeutische strategieën bij voorkeur ook voor de patiënt verbonden moeten zijn met het uiteindelijke doel van de behandeling: vermindering van het risico op misdrijven.