

Hoofdstuk 7

De ervaringen, noden en behoeften van familieleden tijdens het herstelproces van een delictpleger met een psychiatrische problematiek, met aandacht voor een sterktegericht perspectief¹

Sara Rowaert²
Stijn Vandevelde³

Sinds het midden van de jaren '50 van vorige eeuw komt het perspectief van familieleden van personen met een psychiatrische problematiek naar voor in wetenschappelijk onderzoek (Baronet, 1999; Thompson, & Doll, 1982; Loukissa, 1995). Toch is het opvallend dat wetenschappelijke literatuur over familieleden van delictplegers met een psychiatrische problematiek, in dit hoofdstuk ook forensisch psychiatrische cliënten genoemd, niet of nauwelijks voorhanden is. Het is net daarom van groot belang om de ervaringen, noden en behoeften van deze groep in kaart te brengen, zodat eventuele ondersteuning hierop kan worden afgestemd. In dit hoofdstuk zullen we kort ingaan op de geschiedenis van het ontstaan van familiestudies met specifieke aandacht voor families en ondersteuning van sociale netwerken binnen forensische contexten. In een tweede deel zullen we aandacht besteden aan wat we vanuit onderzoek reeds weten omtrent de ervaringen, noden en behoeften van familieleden van delictplegers met een psychiatrische problematiek om in een derde en vierde deel ook aandacht te hebben voor mogelijke interventies ter ondersteuning van familieleden. Doorheen de literatuur ligt de focus vooral op een probleemgeoriënteerde kijk met betrekking tot de ervaren draaglasten en emoties van families. Een meer sterktegericht perspectief kan familieleden evenwel helpen mogelijkheden te vinden en te hanteren met betrekking tot het omgaan met de ervaren moeilijkheden en problemen. In het hoofdstuk zal er aandacht besteed

¹ Gebaseerd op: Rowaert, S., Vandevelde, S., Lemmens, G., Vanderplasschen, W., Vander Beken, T., Vander Laenen, F., & Audenaert, K. (in press). The role and experiences of family members during the rehabilitation of mentally ill offenders. *International Journal of Rehabilitation Research*

² S. Rowaert is PhD-onderzoeker aan de vakgroep Orthopedagogiek, Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen, Universiteit Gent.

³ S. Vandevelde is docent tenure track aan de Vakgroep Orthopedagogiek, Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen, Universiteit Gent.

worden aan een sterktegericht perspectief door in te gaan op de algemeen ervaren krachten van familieleden, waaronder bijvoorbeeld veerkracht die ze aanwenden om met bepaalde situaties of problemen om te gaan.

1. Familiestudies

De eerste familiestudies zijn uitgevoerd in de Verenigde Staten in het midden van de jaren '50 (Baronet, 1999; Thompson, & Doll, 1982; Loukissa, 1995). Tijdens deze jaren is er een deinstitutionaliseringbeweging op gang gekomen, waarbij niet enkel de instituties (psychiatrische instellingen) de zorg voor psychiatrische patiënten opnamen, maar ook familieleden hierin een informeel-zorgende rol begonnen te spelen (Magliano et al., 1998; Caqueo-Urizar, Gutiérrez-Maldonado, & Miranda-Castillo, 2009). De deinstitutionaliseringbeweging had tot doel om het aantal bedden in psychiatrische ziekenhuizen af te bouwen en een verscheidenheid aan zorgvormen te voorzien door de verantwoordelijkheid te spreiden over verschillende personen, waaronder professionelen en mantelzorgers, voornamelijk familie (Bachrach, 1989). Onderzoekers hebben sinds deze ontwikkelingen meer aandacht besteed aan hoe deze ondersteuning vorm krijgt en welke impact dit heeft op de kwaliteit van leven van de mantelzorgers. In elk geval staat vast dat de familieleden deze zorgende rol vaak met weinig ondersteuning uit de samenleving hebben moeten opnemen (Baronet, 1999; Rose, 1996).

In het begin van de jaren '70 is er een tweede deinstitutionaliseringbeweging op gang gekomen, ook "vermaatschappelijking van de zorg" genoemd, waardoor veel patiënten gedwongen opnieuw bij hun ouders zijn ingetrokken (Rose, 1996). In België is dit vooral tot stand gekomen door de oprichting van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) in 1975 en door alternatieve voorzieningen in de maatschappij zoals psychiatrische verzorgingstehuizen en voorzieningen beschut wonen. Het begrip "vermaatschappelijking" verwijst hier naar het opnemen van psychiatrische zorg in de maatschappij door sociale integratie en humanisering van de zorg (De Rick & Loosveldt, 2003). Hierdoor kunnen we ook stellen dat de focus op re-integratie in de samenleving de familieleden van de personen met een psychiatrische problematiek in een centrale zorgende rol heeft "geduwd" (Thompson & Doll, 1982). Families worden sinds dan ook meer en meer gezien als een belangrijke ondersteuningsbron en er zijn psycho-educatieve initiatieven ontstaan om familieleden te ondersteunen bij het opnemen van deze opdracht. Psycho-educatie is gericht op het verschaffen van correcte informatie rond het ziekteproces van

hun verwante, informatie waar families nood aan hebben. Door de uitbouw van deze initiatieven wordt erkend dat familieleden een belangrijke rol spelen in het herstelproces van de psychisch zieke persoon (cf. hoofdstuk 5 en 6), maar dat deze zorgende rol ook heel wat stress, onzekerheid en moeilijkheden met zich meebrengt (McFarlane, et al., 2003; Loukissa, 1995).

Het is duidelijk dat familieleden doorheen de loop der jaren steeds meer zorg voor hun psychisch zieke naaste hebben opgenomen, waardoor hun eigen noden en verlangens vaak wat op de achtergrond zijn verzeild geraakt. Grad en Sainsburry hebben naar dit fenomeen onderzoek gedaan en hebben in 1963 het concept: *“family burden”* of *“familiale draaglast”* geïntroduceerd. Hiermee wilden ze te weten komen of de terugkeer van de patiënt in de samenleving (en dus de facto vaak in het gezin) resulteerde in bepaalde “negatieve gevolgen” voor de familie, en dit op verschillende levensgebieden, waaronder werk, vrije tijd en relaties (Maurin, & Boyd, 1990; Magliano, et al., 1998; Tsang, Pearson, & Yuen, 2002; Caqueo-Úrizar, Gutiérrez-Maldonado, & Miranda-Castillo, 2009). Later hebben Hoening en Hamilton het concept *“familiale draaglast”* onderverdeeld in een objectief en subjectief aspect (Thompson & Doll, 1982; Loukissa, 1995; Baronet, 1996; Fadden, Bebbington, & Kuipers, 1987; Foldemo, Gullberg, Ek, & Bogren, 2005; Wong et al., 2012). Objectieve draaglast verwijst naar het feit dat familieleden moeten leren omgaan met de symptomen van de psychiatrische ziekte, hun verantwoordelijkheid met betrekking tot het zorg dragen voor hun verwante en de stigmatisering door de samenleving. Subjectieve draaglast verwijst naar de intense emotionele beleving, die tot uiting komt in bijvoorbeeld gevoelens van verdriet, ongeloof, angst, schuld en schaamte, als gevolg van de confrontatie met de psychische ziekte van hun familielid (Thompson & Doll, 1982; Fadden, Bebbington, & Kuipers, 1987; Maurin, & Boyd, 1990; Loukissa, 1995; Baronet, 1999; Marsh, & Johnson, 1997; Foldemo, Gullberg, Ek, & Bogren, 2005). De meeste studies focussen zich op de stresservaringen van families, hoewel andere ook hebben aangetoond dat families hun leven kunnen veranderen en over de tijd heen familieveerkracht kunnen opbouwen (Marsh, & Johnson, 1997; Wynaden, 2007; Mokgothu, Du Plessis, & Koen, 2015). Dit toont aan dat families na verloop van tijd ondersteund en “empowered” (bekrachtigd) kunnen worden wanneer hun familiale sterktes (h)erkend worden. Deze sterktes worden gedefinieerd als: *“het geheel aan relaties en processen die families ondersteunen en beschermen, vooral gedurende tijden van tegenslag en verandering; ze helpen om de cohesie binnen de familie te bewaren”* (Moore, Chalk, Scarpa, & Vandivere, 2002, p.1). Families worden daardoor gezien als een belangrijke bron van ondersteuning gedurende het herstelproces van hun ziek familielid. Het zijn als het ware “crisis-

interventie-specialisten” omdat ze om kunnen gaan met herval, onverwachte gebeurtenissen en daarnaast ook kwetsbare familieleden kunnen beschermen (Marsh, & Johnson, 1997; Wynaden, 2007; Loukissa, 1995). Dit zorgt er evenwel voor dat ondersteunende familieleden door opeenvolgende cycli van hoop en wanhoop gaan, al ontwikkelen ze net hierdoor een hoger niveau van assertiviteit omdat ze meer durven opkomen voor zichzelf en hun naaste (Spaniol, 2010). Daarnaast is het van groot belang dat ook professionelen het uitbouwen van familiale krachten mee ondersteunen, zodat familieleden beter kunnen leren omgaan met nieuwe vormen van stress, wanneer ze bijvoorbeeld met criminele feiten door hun gezinslid ge-confronteerd worden (Zegwaard, et al., 2011).

2. De ervaringen, noden en behoeften van familieleden van delictplegers met een psychiatrische problematiek

Het bieden van steun aan een familielid met een psychiatrische problematiek kan leiden tot emotionele stress, die verhoogt als deze naaste ook betrokken is in criminele activiteiten (Ferriter, & Huband, 2003; Marsh & Johnson, 1997). Families van psychisch zieke personen zonder een criminele geschiedenis krijgen te maken met negatieve emoties (bv. schuld, schaamte, stigma, afwijzing, frustratie, angst en hulpeloosheid), financiële problemen (bv. vervroegd pensioen of stoppen met werken) en sociale isolatie en discriminatie (Tsang, Tam, Chan, & Chang, 2003; Marsh, & Johnson, 1997; Schene, van Wijngaarden, & Koeter, 1998). Familieleden van forensisch psychiatrische cliënten worden bovendien geconfronteerd met verschillende bijkomende stressoren, zoals het in contact komen met de rechtsprocedure, de media, gespecialiseerde psychiatrische ziekenhuizen of afdelingen, contact met de politie en het juridisch systeem en gewelddadig gedrag van hun naaste. Deze stressoren leiden tot verschillende specifieke ervaren draaglasten waaronder symptoom-specifieke, sociale, financiële en emotionele lasten. Familieleden ervaren vaak sociale discriminatie, doordat ze minder deelnemen aan sociale activiteiten of omdat sociale contacten verwateren. Daarnaast leidt zorg dragen voor een psychisch ziek persoon vaak tot financiële problemen doordat de zorgdrager zijn werk opgeeft of vermindert of doordat hun psychisch zieke naaste schulden heeft die afbetaald dienen te worden. Tot slot ervaart familie ook vaak verschillende emoties zoals schuld, schaamte, afwijzing en hopeeloosheid, wat kan leiden tot depressieve symptomen of een verhoogde angst. Deze angstgevoelens kunnen ook veroorzaakt of verder versterkt worden door

agressief gedrag van de patiënt ten aanzien van zijn familie (Tsang, Pearson, & Yuen, 2002).

2.1. De rol van families in het herstelproces van een delictpleger met een psychiatrische problematiek

Families van delictplegers met een psychiatrische problematiek worden vaak beschouwd als de primaire verzorgers van hun naaste. Toch ontvangen deze familieleden slechts weinig of geen “formele” opleiding, waardoor velen slecht voorbereid zijn om deze verantwoordelijkheid op zich te nemen (James, 1996; MacInnes, & Watson, 2002). Het opnemen van een dergelijke verantwoordelijkheid kan dagelijkse activiteiten of levensloopperspectieven op langere termijn in de war brengen en verstoren. Families van deze personen nemen veelal minder deel aan sociale activiteiten, laten job-mogelijkheden aan hen voorbij gaan en hebben minder sociale contacten met vrienden of familie. Het zorgen voor een ziek familielid heeft dan ook zowel een impact op hun identiteit, hun levensloop, hun welvaart en hun welzijn (Pearson, & Tsang, 2004; Nordström, Kullgren, & Dahlgren, 2006; Ridley et al., 2014). Hoewel de meeste families zich onvoorbereid voelen in deze taak, blijven ze toch hun naaste ondersteunen tijdens zijn of haar herstelproces, ook als ze binnen een beveiligde omgeving (bv. gevangenis of gesloten afdeling van een psychiatrische voorziening) leven (Marsh, & Johnson, 1997; Wynaden, 2007; Loukissa, 1995; Pearson, & Tsang, 2004; Nordström, Kullgren, & Dahlgren, 2006; Ridley et al., 2014). Families zien zichzelf niet als de ‘bewakers’ van de persoon, maar blijven hem of haar vaak onvoorwaardelijk beschermen, bijvoorbeeld door de politie niet te betrekken als de persoon gewelddadig gedrag stelt (Ferriter, & Huband, 2003; Nordström, Kullgren, & Dahlgren, 2006). Toch toont een recente studie met betrekking tot Elektronisch Toezicht aan dat familieleden zichzelf soms zien als assistenten, sociaal werkers en bewakers van hun naaste (Vanhaelemeesch, & Vander Beken, 2014) en dit naast de andere rollen die familieleden opnemen. Als men geconfronteerd wordt met forensische diensten, dan zullen familieleden hun naaste vaak zowel praktisch als emotioneel ondersteunen door hen te bezoeken of door professionelen te informeren over gewoontes of algemene zaken van hun naaste (Nordström, Kullgren, & Dahlgren, 2006; Ridley et al., 2014). Toch voelen ze zich in een aantal gevallen ook inadequaet, geïnstitutionaliseerd en geïntimideerd in hun rol, wat hun levensperspectief, identiteit en welzijn beïnvloedt (Ridley et al., 2014). Veerkracht blijkt hier een belangrijke factor, vooral omdat het de ontwikkeling van copingstrategieën toelaat (McCann, McKeown, & Porter,

1996). Onder invloed van copingstrategieën als bijvoorbeeld: concentreren op positieve zaken, relativeren en positief herinterpreteren kunnen familieleden omgaan met bepaalde moeilijkheden en krachtiger worden door zich op andere zaken te concentreren (Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2006).

2.2. Drempels en behoeften

Vanuit de literatuur wordt duidelijk dat familieleden van een psychisch ziek persoon door een “rollercoaster” aan emoties gaan omwille van de confrontatie met de ziekte, de stigmatisering en de beperkte sociale contacten. Familieleden van delictplegers met een psychiatrische problematiek krijgen te maken met dezelfde emoties, hoewel er toch ook sprake is van een verschil in ervaren lasten (Tsang, Pearson, & Yuen, 2002). Het grootste verschil is dat deze families een hogere mate van stress ervaren, onder meer omwille van de confrontatie met de politie en het juridische systeem. Dit creëert negatieve emoties omdat familieleden geconfronteerd worden met gewelddadig gedrag, dubbele stigmatisatie en, in sommige gevallen, een desintegratie van sociale relaties (Tsang, Pearson, & Yuen, 2002). De mogelijke oorzaken van de verhoogde stress in deze families worden hieronder kort aangehaald.

2.2.1. Gewelddadig gedrag

Familieleden worden vaak geconfronteerd met geweld binnen het gezin, nog vooraleer politie of forensische diensten hiervan op de hoogte zijn. Het is opmerkelijk dat vooral moeders het slachtoffer zijn van dit geweld (MacInnes, & Watson, 2002). Familieleden zijn vaak ontgoocheld over eerdere psychiatrische hulp of hun zoektocht naar ondersteuning en zorg, ook omdat ze dit vaak zien als een oorzaak voor de latere criminele feiten en de problemen met de politie (Nordström et al., 2006). De confrontatie met geweld van familieleden en hierdoor met politie en justitie, veroorzaakt gevoelens van ongeloof en destructie. In sommige studies geven deelnemers aan dat de berichtgeving van de media over de gepleegde feiten en hun naaste, het meeste stress veroorzaakt, waardoor stigma in dit opzicht ongunstiger is en een grotere stressor blijkt, dan de confrontatie met de justitiële afwikkeling en procedures (Pearson, & Tsang, 2004).

2.2.2. Dubbel stigma

Families van forensische cliënten worden geconfronteerd met een dubbel stigma, omdat hun naasten gezien worden als *'mad and bad'* (Tsang, Pearson, & Yuen, 2002). Dit verhoogt de emotionele lasten op families, die aangeven schuld, hopeloosheid, frustratie en schaamte te ervaren. Dit veroorzaakt vaak meer stress, wat kan leiden tot diepgewortelde schuldgevoelens en sociale isolatie (McCann, McKeown, & Porter, 1996; Nordström, Kullgren, & Dahlgren, 2006). Het is voor familieleden moeilijk om het stereotiepe beeld dat in de media vaak rond hun psychisch zieke naaste wordt opgehangen te doorbreken. Dit zorgt ervoor dat ze met hun verhaal vaak niet naar buiten durven komen en zich afsluiten van de buitenwereld. De media heeft hierdoor een belangrijke functie in het tot stand komen van het stigmatiserend beeld en zou daarom ook een rol kunnen opnemen in de de-stigmatisatie (Wynaden, 2007). Ondanks een positieve wending de laatste jaren, blijven veel familieleden het toch moeilijk hebben om hun problemen bijvoorbeeld met vrienden te bespreken (Pearson, & Tsang, 2004; Absalom-Hornby, Gooding, & Tarrier, 2011).

Samengevat zien we dus dat het ervaren van een sociaal stigma heel wat negatieve effecten heeft op familieleden, en bijvoorbeeld kan leiden tot een lager zelfwaardergevoel; moeilijkheden in het omgaan met sociale relaties die beschadigd zijn; gevoelens van sociale isolatie en schaamte; en moeite om over hun problemen te praten met anderen (Marsh, & Johnson, 1997; Machin, & Repper, 2013). Stigma vormt daarom een groot obstakel voor familieleden, met als gevolg dat angst voor dit stigma gevoelens van hopeloosheid kan versterken (Tsang et al., 2003).

2.2.3. Desintegratie van de familie en verminderde sociale contacten

Internationaal onderzoek toont aan dat familieleden van een delictpleger met een psychiatrische problematiek zich vaak terugtrekken uit groepsactiviteiten omwille van de vijandige reacties van mensen in de samenleving. Dit kan hen aan de ene kant isoleren en uitsluiten van sociale activiteiten, hoewel ze aan de andere kant toch hun verhaal willen delen en contacten met familie, zelfhulpgroepen en politie als ondersteunend ervaren. Studies hebben aangetoond dat familieleden deze steunbronnen vaak als meer helpend beleven, dan contact met psychologen, sociaal werkers en psychiaters. Ondanks dit hebben de meeste families geen goed zicht op de mogelijke aanwezigheid van "community based"-ondersteuning voor hun ziek familielid na hun vrijlating uit

de gevangenis of andere residentiële forensische diensten. Families geven ook het beperkte contact aan met professionals, waardoor ze zich vaak niet goed genoeg geadviseerd voelen, hoewel ze echter wel willen dat deze professionals naar hen luisteren en dat ze betrokken willen worden in de behandeling van hun naaste door deelname aan bijvoorbeeld familiedagen of aan teamvergaderingen samen met hun naaste. Professionals worden door verschillende families als onbetrouwbaar beschouwd, wat leidt tot bijvoorbeeld woede en andere negatieve emoties. Enkele positieve emoties zijn ook aangehaald door familieleden, zoals niet schuldig bevonden worden of zich niet genegeerd voelen, hoewel in het geheel familieleden toch vooral ontgoocheld zijn in de behandeling en de informatie die zij krijgen. Deze ontgoocheling wordt internationaal aangehaald, waarbij voornamelijk het tekort aan ondersteuning, uitleg en informatie over de ziekte van hun naaste als problematisch wordt ervaren om te kunnen omgaan met de eigen moeilijkheden (Ferriter & Huband, 2003; Pearson & Tsang, 2004; Nordström, Kullgren, & Dahlgren, 2006; Absalom-Hornby, Gooding & Tarrier, 2011; Ridley et al., 2014). Familieleden blijven in de meeste gevallen toch hoopvol voor een verbeterde kwaliteit van leven van hun naaste in de toekomst, wat als een belangrijke krachtbron wordt beschouwd (Nordström, Kullgren, & Dahlgren, 2006). Familieleden zijn ervan overtuigd dat vroege en gepaste psychiatrische behandeling gewelddadig gedrag en criminele feiten kan voorkomen. Dit geeft aan dat familieleden in vele gevallen een verhoogde ondersteuning wensen van forensische diensten en organisaties (James, 1996; MacInnes, & Watson, 2002; Ferriter, & Huband, 2003; Pearson, & Tsang, 2004; Nordström, Kullgren, & Dahlgren, 2006; Absalom-Hornby, Gooding & Tarrier, 2011; Ridley et al., 2014).

2.2.4. Gevoelens

Familieleden van delictplegers met een psychiatrische problematiek ervaren, zoals ook hierboven reeds aangegeven, vaak schuldgevoelens, omdat ze zichzelf verantwoordelijk achten voor de problemen van hun naaste. Schuld wordt dan ook vaak gerapporteerd, vooral door ouders en partners (Ferriter, & Huband, 2003). Sommigen onder hen zijn ervan overtuigd dat als ze de ziekte vroeger hadden ontdekt, het allemaal niet zo erg zou zijn geweest of dat ze beter zouden kunnen omgaan met de situatie. Anderen zien zichzelf als de oorzaak van de ziekte en de problemen. Families gaan daardoor vaak op zoek naar verklaringen voor de ziekte, wat kan leiden tot gevoelens van hopeloosheid en angst als er geen antwoord gevonden wordt. Dit leidt op zijn beurt tot negatieve gevoelens tussen een delictpleger en zijn familie en ook tussen familieleden en

professionelen. Als gevolg van deze negatieve spiraal kunnen maladaptieve copingstrategieën ontstaan die gekarakteriseerd worden door het niet in staat zijn over hun problemen te praten, zich sociaal terug te trekken en door vijandige reacties (James, 1996; McCann, McKeown, & Porter, 1996; Ferriter, & Huband, 2003; Nordström, Kullgren, & Dahlgren, 2006).

3. De invloed van een sterktegericht perspectief

Familieleden kunnen, ondanks alle draaglasten waarmee ze geconfronteerd worden, toch adaptieve copingstrategieën ontwikkelen (Ferriter, & Huband, 2003). Hieronder wordt bijvoorbeeld (lotgenoten)contact met andere familieleden verstaan. Daarnaast wordt ook een bezoek aan hun naaste vaak als iets positiefs ervaren, aangezien het hun gevoelens met betrekking tot vergevingsgezindheid, verantwoordelijkheid en tolerantie aanwakkert. Dit alles kan samengevat worden onder de noemer 'hoop', wat als een belangrijke sterkte wordt gezien voor familieleden. Familieleden geven hierbij aan dat hoe langer hun naaste in een (forensisch) psychiatrische behandelsetting verblijft, hoe meer zij kunnen en durven hopen voor een betere toekomst voor zichzelf en hun naaste (Nordström, Kullgren, & Dahlgren, 2006). Hoop wordt in onderzoek gezien als een belangrijke psychologische kracht die binnen de "*hoop-theorie*" van Snyder is uitgewerkt. Hoop houdt volgens Snyder en collega's (1991) in dat een persoon bepaalde waardevolle doelen heeft, waarvoor hij via bepaalde strategieën een aantal wegen uitstippelt en gemotiveerd is om deze te gebruiken om zijn doelen te bereiken. Hoop leidt in die zin tot het succesvol bereiken van bepaalde doelen en zorgt ervoor dat mensen zich sterker zullen voelen om bepaalde mislukte doelen, via andere 'wegen' te bereiken (Snyder, 2002). Naast hoop, wordt optimisme ook vaak omschreven als een element dat families sterker kan maken (Nordby, Kjonsberg, & Hummelvoll, 2010).

Familieleden geven aan dat ze graag ook willen praten over hun situatie en problemen, maar dat dit vaak niet eenvoudig is. Ze voelen zich vaak alleen in het omgaan met deze lasten, zonder hulp en steun van familie, vrienden of professionelen (McCann, McKeown, & Porter, 1996). Het contact met deze laatsten wordt ook meestal omschreven als inadequaar, omdat ze vaak niet de informatie krijgen die ze wensen. MacInnes en Watson (2002) geven aan dat professionelen bewust dienen te worden van de ernstige draaglasten waar familieleden mee geconfronteerd worden (Absalom-Hornby, Gooding & Tarrier, 2011; Ridley et al., 2014). Daarenboven willen families meer betrokken zijn in de behandeling van hun naaste door een duidelijke communicatie hier-

over met de betrokken psychiater en hulpverleners (James, 1996; MacInnes, & Watson, 2002; Ferriter, & Huband, 2003; Pearson, & Tsang, 2004; Nordström, Kullgren, & Dahlgren, 2006; Absalom-Horby, Gooding, & Tarrier, 2011; Ridley et al., 2014). Hiertoe kunnen familiale interventies een oplossing zijn, want onderzoek heeft reeds gewezen op de mogelijke positieve invloed van interventies, doordat ze gericht zijn op empowerment in het omgaan met ervaren lasten (McCann, McKeown, & Porter, 1996; James, 1996; Ferriter, & Huband, 2003; Nordström, Kullgren, & Dahlgren, 2006; Absalom-Hornby, Gooding, & Tarrier, 2011).

4. Interventies ter ondersteuning van families

Families hebben, zoals hierboven reeds aangegeven, bepaalde sterktes nodig om moeilijke beslissingen te kunnen nemen, een doelstelling waarop familie-interventies, zoals psycho-educatieve programma's, formele feedbacksessies in de behandelsetting van hun naaste en psychologische ondersteuning, gericht zijn (McCann, McKeown, & Porter, 1996; James, 1996; Ferriter, & Huband, 2003; Pearson, & Tsang, 2004; Nordström, Kullgren, & Dahlgren, 2006; Absalom-Hornby, Gooding, & Tarrier, 2011; Ridley, McKeown, Machin, Rosengard, Little, Briggs, Jones, & Deypurkaystha, 2014).

Psycho-educatieve programma's worden binnen wetenschappelijke literatuur het meest beschreven, wat verklaard kan worden door het feit dat familieleden, zoals aangegeven, vaak het tekort aan bruikbare informatie aanhalen. In deze interventies wordt aandacht besteed aan verschillende thema's waaronder bijvoorbeeld de psychische ziekte, de behandeling en hoe daarvoor coping-strategieën en aanpassingsvaardigheden ontwikkeld kunnen worden (Solomon, Draine, Mannion, & Meisel, 1996). Als families de informatie die ze nodig hebben, krijgen dan verhoogt hun zelfvertrouwen. Het is wel van belang dat de informatie voor de families verstaanbaar, bruikbaar en niet te technisch is (James, 1996). Daarnaast bestaan er ook interventies die erop gericht zijn om de communicatievaardigheden te verbeteren en heftige emoties van familieleden te verminderen doordat er probleemoplossend gewerkt wordt. Recent is er een ontwikkeling ontstaan, waarin gebruik wordt gemaakt van ervaringsdeskundigen die focussen op krachten en herstel. Dit zijn personen die allen dezelfde ervaring delen en gezien kunnen worden als rolmodellen voor andere familieleden. Dit kan bijdragen tot het ontwikkelen van hoop en kan familieleden laten geloven in hun eigen mogelijkheden om met de situatie om te gaan (Machin, & Repper, 2013). Enkele voorbeelden van interventies die binnen een

(forensisch) psychiatrische praktijk gebruikt kunnen worden om familiale relaties in kaart te brengen of om het algemeen welzijn van een familie te verhogen, zijn:

4.1. Forensische Sociale Netwerkanalyse (FSNA)

Forensische Sociale Netwerkanalyse (FSNA) is gebaseerd op de Sociale Netwerkanalyse (SNA) en is in 2002 ontwikkeld in het Forensisch Psychiatrisch Centrum Dr. S. Mesdag in Nederland (Pomp, & Bogaerts, 2008). Het is een risicomangement-instrument, waarbij men uitgaat van het idee dat het delictgedrag niet los kan gezien worden van de sociale omgeving van een persoon. FSNA is erop gericht om het sociaal netwerk van een TBS-cliënt⁴ in kaart te brengen, waarbij zowel de risico's als de protectieve factoren worden geanalyseerd en beschreven (Kremer, Stam, & Pomp, 2013). Hiertoe maakt men gebruik van drie verschillende informatiebronnen, namelijk: een dossierstudie, een patiënten-interview en een netwerkleiden-interview. Door al deze informatie te verzamelen kan er per individu in kaart worden gebracht welke factoren in zijn sociaal netwerk risicovol zijn en welke beschermend. Hierdoor krijgt men zicht op het delict- en het terugkeernetwerk van een persoon, waardoor er bijvoorbeeld aan contactherstel tussen een patiënt en zijn familie gewerkt kan worden (Pomp, & Bogaerts, 2008; Kremer, Stam, & Pomp, 2013).

4.2. Multi-Family Therapy (MFT)

Het idee voor MFT in de jaren '60 is uitgewerkt door Laqueur en zijn collega's en heeft doorheen de jaren verschillende veranderingen ondergaan (Laqueur, La Burt & Morong, 1964; Asen, Dawson, & McHugh, 2001; McFarlane, 2002). Initieel werkte men met patiënten met schizofrenie, maar later is dit uitgebreid naar personen met drug- en alcoholgebruik, chronische ziekten en eetstoornissen (Asen, 2002). Het doel van MFT is om de inter- en intra-familiale communicatie te verbeteren, zodanig dat familieleden onder andere beter kunnen omgaan met het moeilijk gedrag van hun naaste (Asen, Dawson, & McHugh, 2001). Het werk van Laqueur en zijn collega's heeft verschillende klinici beïnvloed, waaronder McFarlane. Hij geeft aan dat MFT ertoe leidt dat families een beetje van zichzelf herkennen in anderen, waardoor dit leidt tot

⁴ TBS-cliënt, betekent voluit terbeschikkingstelling-cliënt en is in Nederland de term voor een persoon die ontoerekeningsvatbaar verklaard wordt voor zijn gepleegde feiten. Dit is vergelijkbaar met de interneringsmaatregel in België.

kennis zonder dit expliciet onder woorden te brengen (McFarlane, 2002). Daarnaast hebben ook Anderson en haar collega's in 1980 een psycho-educatieve MFT ontwikkeld. Het doel van deze MFT is om families in contact te brengen met lotgenoten en het sociaal netwerk uit te bereiden. Daarnaast heeft het ook tot doel om het ervaren stigma en de draaglast te doen afnemen, doordat educatie de ervaren schaamte en schuld van families kan verminderen (McFarlane, 2002). Door familieondersteuning te bieden in dergelijke therapeutische groepen, kan er een brug gecreëerd worden tussen families en psychiatrische contexten (Asen, Dawson, & McHugh, 2001). Daarnaast kan er ook tussen familieleden onderling een bepaalde communicatie op gang komen die hen kan helpen in het omgaan met het moeilijk gedrag van hun psychisch zieke naaste. Er kan geconcludeerd worden dat MFT een direct en indirect leerproces inhoudt voor families, waar onder andere de-stigmatisatie en solidariteit een belangrijk onderdeel van zijn om veerkracht op te bouwen, doordat men ervaringen deelt en elkaar advies geeft (Asen, Dawson, & McHugh, 2001; Asen & Schuff, 2006).

4.3. *Family WRAP*®

Family WRAP, is net zoals WRAP aangehaald in hoofdstuk 6, een methodiek die als doel heeft om het leven van mensen die geconfronteerd worden met bepaalde problemen (o.a. psychische problemen, zelfmoordgedachten, ontwikkelings- en verslavingsproblemen en trauma's), te verrijken en versterken (Copeland, 2015). Het is, zoals WRAP, ontwikkeld door Mary Ellen Copeland en brengt alle personen uit een familie samen die veel tijd met elkaar spenderen en dus individuele en gezamenlijke noden hebben (Copeland, 2013). Binnen wetenschappelijke literatuur is er over deze methodiek nog maar weinig geschreven, maar er kan wel vastgesteld worden dat de levens van families verbeteren door bepaalde WRAP-tools aan te spreken. Het kan ervoor zorgen dat men elkaar kan ondersteunen en opnieuw leert vertrouwen in een onderlinge samenwerking, waaruit men kracht kan halen (Copeland, 2013).

5. Conclusie

Op basis van de beschikbare literatuur stellen we vast dat families van delictplegers met een psychiatrische problematiek geconfronteerd worden met een verhoogde mate van stress door het geweld, het dubbel stigma en de mogelijke desintegratie van de familie (McCann, McKeown, & Porter, 1996;

James, 1996, Tsang, Pearson, & Yuen, 2002; Ferriter, & Huband, 2003; Pearson, & Tsang, 2004; Absalom-Hornby, Gooding, & Tarrrier, 2011). Het criminele feit zorgt ervoor dat men in contact komt met politie en het juridische systeem, wat bepaalde lasten met zich meebrengt. De berichtgeving in de media, de bijhorende publieke aandacht en een confrontatie met het juridisch systeem worden ervaren als belangrijke bronnen van verhoogde stress (Pearson, & Tsang, 2004).

Na verloop van tijd zijn families in staat om deze stress te verminderen en familieveerkracht op te bouwen (Marsh, & Johnson, 1997; Wynaden, 2007; Mokgothu, Du Plessis, & Koen, 2015). Veel familieleden zijn op zoek naar informatie en mogelijkheden om hun emoties te ventileren en naar contact met andere familieleden. Psycho-educatieve programma's zijn hierin belangrijk, (Solomon, Draine, Mannion, & Meisel, 1996; James, 1996). Familieleden zijn ook graag actief betrokken in de behandeling en in de toekomstplannen van hun familielid (Drapalski et al., 2008; Cook, Lefley, Pickett, & Cohler, 1994; Bernheim, 1989). Goede communicatie en samenwerking met de familieleden zelf is, zeker vanuit een sterktegericht perspectief, essentieel om zowel het herstelproces en de kwaliteit van leven van de psychische zieke persoon als zijn familie te ondersteunen (Nordby, Kjongsberg, & Hummelvoll, 2010). Families vinden het belangrijk om over hun problemen te kunnen praten met anderen, ook met professionelen, en hebben hiervoor veelal nood aan psychologische steun (Absalom-Hornby, Gooding, & Tarrrier, 2011). Naast het krijgen van informatie en educatie via therapeutische interventies, is ook hoop een belangrijke krachtbron, die mensen sterkt in de gedachte dat hun toekomstbeeld positiever kan worden en hen motiveert om door te zetten (Nordström, Kullgren, & Dahlgren, 2006; James, 1996; Ferriter, & Huband, 2003).

Onderzoek over de noden en behoeften van familieleden van delictplegers met een psychiatrische problematiek is eerder beperkt en studies naar de ervaren sterktes zijn erg zeldzaam. Het onderzoek is vooral probleemgeoriënteerd en minder op een sterktegericht perspectief gebaseerd. Het is dan ook belangrijk om hier naar de toekomst toe meer aandacht aan te besteden omdat een sterktegericht perspectief als aanvullend kan gezien worden en familieleden kan helpen in het omgaan met de ervaren problemen. Het lijkt ons belangrijk dat familieleden meer betrokken worden in de zorg voor en ondersteuning van hun naasten om te vermijden dat ze als een 'tweede patiënt' worden aanzien en dat we ons nog meer moeten gaan concentreren op de eigen veerkracht en mogelijkheden van mensen.

6. Referenties

- Absalom-Hornby, V.L., Gooding, P. & Tarrier, N. (2011). Coping with schizophrenia in forensic services: the needs of relatives. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 199 (6), 398-402. doi: 10.1097/NMD.0b013e3182cd394.
- Asen, E. (2002). Multiple family therapy: an overview. *Journal of Family Therapy*, 24, 3-16.
- Asen, E. & Schuff, H. (2006). Psychosis and multiple family group therapy. *Journal of Family Therapy*, 28, 58-72.
- Asen, E., Dawson, N., & McHugh, B. (2001). *Multiple Family Therapy: The Marlborough Model and its wider applications*. Londen en New York: Karnac.
- Bachrach, L.L. (1989). Deinstitutionalization: a semantic analysis. *Journal of Social Issues*, 45 (3), 161-171.
- Baronet, A. (1999). Factors associated with caregiver burden in mental illness: A critical review of the research literature. *Clinical Psychology Review*, 19(7), 819-841.
- Bernheim, K. F. (1989). Psychologists and Families of the Severely Mentally Ill. *American Psychosocial Association*, 44(3), 561-564.
- Caqueo-Urizar, A., Gutiérrez-Maldonado, J., & Miranda-Castillo, C. (2009). Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia: A literature review. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7(84). doi: 10.1186/1477-7525-7-84.
- Cook, J., Lefley, H., Pickett, S., & Cohler, B. (1994). Age and family burden among parents of offspring with severe mental illness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64, 435-448.
- Copeland, M. E. (2013). *Family WRAP: a wellness recovery action plan for families*. Vermont: Peach Press Dummerston.
- Copeland, M. E. (2015). *Overview WRAP*. Opgehaald op 22 oktober 2015 van WRAP and recovery books: <http://www.mentalhealthrecovery.com/about/overview.php>.

De Rick, K. & Loosveldt, G. (2003). *De vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg*. Lucas: KU Leuven (pp. 1-261).

Drapalski, A.L., Marshall, T., Seybolt, D., Medoff, D., Peer, J., Leith, J., & Dixon, L.B. (2008). Unmet needs of families of adults with mental illness and preferences regarding family services. *Psychiatric Services*, 59, 655-662.

Fadden, G., Bebbington, P., & Kuipers, L. (1987). The Impact of Functional Psychiatric Illness on the Patient's Family. *British Journal of Psychiatry*, 150, p.285-292. doi: 10.1192/bjp.150.3.285.

Ferriter, M., & Huband, N. (2003). Experiences of parents with a son or daughter suffering from schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 552-560. doi: 10.1046/j.1365-2850.2003.00624.x

Foldemo, A., Gullberg, M., Ek, A-C., & Bogren, L. (2005). Quality of life and burden in parents of outpatients with schizophrenia. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 40, p. 133-138. doi: 10.1007/s00127-005-0853-x.

Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2006, versie 1.03). *Handleiding van de Cognitive Emotion Regulation Questionnaire*. Leiderdorp: Datec, pp. 1-47.

James, L. (1996). Family centred outreach for forensic psychiatric clients. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 5, 63-68.

Kremer, S., Stam, G., & Pomp, L. (2013). Een systemische blik op een delictvrije toekomst? Sociale-netwerkanalyse toegepast in een forensisch-psychiatrisch centrum. *Systeemtherapie*, 25(3), 211-224.

Laqueur, H. P., La Burt, H. A., & Morong, E. (1964). Multiple family therapy: further developments. *International Journal of Social Psychiatry*, 10, 69-80.

Loukissa, D. (1995). Family burden in chronic mental illness: a review of research studies. *Journal of Advanced Nursing*, 21, p. 248-255.

Machin, K., & Repper, J. (2013). Recovery: a carer's perspective. Centre for Mental Health and Mental Health Network, NHS Confederation, 1-16 (*briefing*).

MacInnes, D.L., & Watson, J.P. (2002). The differences in perceived burdens between forensic and non-forensic caregivers of individuals suffering from

schizophrenia. *Journal of Mental Health*, 11(4), 375-388. doi: 10.1080/09638230020023741.

Magliano, L., Fadden, G., Madianos, M., de Almeida, J.M., Held, T., Guarneri, M., et al. (1998). Burden on the families of patients with schizophrenia: Results of the BIOMED I study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, p.405-412.

Marsh, D.T., & Johnson, D.L. (1997). The family experience of mental illness: implications for intervention. *Professional Psychology: Research and Practice*, 28(3), p. 229-237.

Maurin, J.T., & Boyd, C.B. (1990). Burden of Mental Illness on the Family: A Critical Review. *Archives of Psychiatric Nursing*, IV(2), 99-107.

Moore, K.A., Chalk, R., Scarpa, J., & Vandivere, S. (2002). Family strengths: often overlooked, but real. *Child Trends* [Research Brief]. Van: www.childtrends.org

McCann, G., McKeown, M., & Porter, I. (1996). Understanding the needs of relatives of patients within a special hospital for mentally disordered offenders: a basis for improved services. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 346-352. doi: 10.1111/j.1365-2648.1996.tb02677.x

McFarlane, W.R. (2002). *Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorders*. New York: A division of Guilford Publications, Inc. (pp. 3-403).

McFarlane, W.R., Dixon, L., Lukens, E., & Lucksted, A. (2003). Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(2), 223-245.

Mokgothu, M.C., Du Plessis, E., & Koen, M.P. (2015). The strengths of families in supporting mentally-ill family members. *Curationis*, 38, E1-E8.

Nordby, K., Kjonsberg, K., & Hummelvoll, J. K. (2010). Relatives of persons with recently discovered serious mental illness: in need of support to become resource persons in treatment and recovery. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17, 304-311.

Nordström, A., Kullgren, G., Dahlgren, L. (2006). Schizophrenia and violent crime: The experience of parents. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29, 57-67.

Pearson, V., & Tsang, H.W.H. (2004). Duty, burden, and ambivalence: Families of forensic psychiatric patients in Hong Kong. *International Journal of Law and Psychiatry*, 27, 361-374.

Pomp, L., & Bogaerts, S. (2008). Sociale netwerkanalyse in het tbs-systeem. *Justitiële verkenningen*, 34(5), 60-76.

Ridley, J., McKeown, M., Machin, K., Rosengard, A., Little, S., Briggs, S., Jones, F., & Deypurkaystha M. (2014). *Exploring family carer involvement in forensic mental health services*. Scotland: Support in Mind Scotland, University of Central Lancashire, & Forensic Mental Health Services Managed Care Network, 1-87 (paper).

Rose, L. E. (1996). Families of Psychiatric Patients: A critical Review and Future Research Directions. *Archives of Psychiatric Nursing*, X(2), 67-76.

Schene, A. H., van Wijngaarden, B., & Koeter, M. W. J. (1998). Family Caregiving in Schizophrenia: Domains and Distress. *Schizophrenia Bulletin*, 24(4), p. 609-618.

Snyder, C.R., Harris, C., Anderson, J.R., Holleran, S.A., Irving, L.M., Sigmon, S.T., et al. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, p. 570-585.

Snyder, C.R. (2002). Hope theory: Rainbows of the mind. *Psychological Inquiry*, 13, p. 249-275.

Solomon, P., Draine, J., Mannion, E., & Meisel, M. (1996). Impact of Brief Family Psychoeducation on Self-Efficacy. *Schizophrenia Bulletin*, 22(1), 41-50.

Spaniol L. (2010). The Pain and the Possibility: The Family Recovery Process. *Community Mental Health Journal*, 46, p.482-485.

Thompson, E., & Doll, W. (1982). The Burden of Families Coping with the Mentally Ill: An Invisible Crisis. *National Council on Family Relations*, 31(3), p. 379-388.

Tsang, H.W.H., Pearson, V., & Yuen, C.H. (2002). Family needs and burdens of mentally ill offenders. *International Journal of Rehabilitation Research*, 25, 25-32.

Tsang, H.W.H., Tam, P.K.C., Chang, F., & Chang, W.M. (2003). Sources of burdens on families of individuals with mental illness. *International Journal of Rehabilitation Research*, 26(2), 123-130. 77

Vanhaelemeesch, D., & Vander Beken, T. (2014). Between convict and ward: the experiences of people living with offenders subject to electronic monitoring. *Crime law and social change*, 62 (4), p. 389-415.

Wong, D.F.K., Lam, A.Y.K., Chan, S.K., & Chan, S.F. (2012). Quality of life of caregivers with relatives suffering from mental illness in Hong Kong: roles of caregiver characteristics, caregiving burdens, and satisfaction with psychiatric services. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10(15), p.3-9.

Wynaden, D. (2007). The experience of caring for a person with a mental illness: a grounded theory study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16, 381-389.

Zegwaard, M., Aarsten, M., Cuijpers, P. & Grypdonck, M. (2011). Review: A conceptual model of perceived burden of informal caregivers for older persons with a severe functional psychiatric syndrome and concomitant problematic behaviour. *Journal of Clinical Nursing*, 20(15-16), p. 2233-2258. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03524.x