

Van ouders naar patiënten:

Hoe het middelengebruik van de ouders en het antisociale netwerk van de patiënt het behandel succes van de tbs-patiënt beïnvloedt.

Bachelorwerkstuk

Naam: Sterre Boerma

Studentnummer: S4726790

Mail: S.boerma.2@student.rug.nl

Docenten: M. Spreen (eerste lezer), R. Veenstra (tweede lezer)

Cursusnaam: Bachelorwerkstuk (SOBA3131A)

Inhoud

1. Abstract	2
2. Inleiding	3
3. Theoretisch kader	7
3.1 Het conceptuele model	7
3.2 Middelengebruik ouder(s).....	7
3.3 Netwerkinvloeden	12
3.4 Behandelsucces	13
3.5 Leeftijd ten tijde van ontslag tbs-maatregel	14
3.6 Justitiële voorgeschiedenis.....	15
3.7 IQ	15
4. Methode	16
4.1 Deelnemers aan het onderzoek	16
4.2 Onderzoeksdesign en procedure.....	17
4.3 Operationalisatie	18
4.4 Analyse-opzet	21
5. Resultaten.....	22
5.1 Beschrijvende statistiek.....	22
5.2 Modevaluatie.....	24
5.3 Hypothesetoetsing	27
6. Conclusie	33
7. Discussie	37
8. Bronnenlijst	42
9. Bijlage 1	46
10. Bijlage 2	61
11. Bijlage 3	71
12. Bijlage 4	76

1. Abstract

Een goede opvoeding met liefde en betrokkenheid is cruciaal voor een kind om zich te ontwikkelen tot een zelfstandige volwassene. Ouders met een middelenverslaving kunnen deze opvoeding echter niet altijd bieden, wat kan leiden tot een grotere kans op herhaaldelijk crimineel gedrag en een tbs-behandeling voor het kind. De verwachting van dit onderzoek was daarom dat het middelengebruik van ouders een negatief effect zou hebben op het behandelingsucces van de tbs-patiënt en dat dit effect deels te verklaren zou zijn door het antisociale netwerk van de patiënt. Deze verwachtingen zijn onderbouwd met de acht grootste recidive risicofactoren uit de Central Eight van Andrews & Bonta (2017). Daarnaast wordt er gebruik gemaakt van de dataset uit het onderzoek "*Verkorten verblijfsduur tbs: forensisch prognose*", waarin 450 ex-tbs-patiënten opgenomen zijn. Uit twee logistische regressies, één lineaire regressie en één logistische mediatie regressie zijn de volgende resultaten gekomen. Tegen de verwachting in, recidiveerden tbs-patiënten die opgevoed waren door verslaafde ouders minder vaak dan patiënten met niet-verslaafde ouders. Het hebben van verslaafde ouders bleek echter wel de kans op een antisociaal netwerk te vergroten. Tot slot bleek, tegen verwachting in, dat het hebben van een antisociaal netwerk ervoor zorgde dat een patiënt met verslaafde ouders nog minder vaak recidiveerde dan patiënten die 'alleen' waren opgevoed door verslaafde ouders. Er is hier dus geen sprake van een mediërend effect, maar van een suppressie-effect. Bij het trekken van deze conclusies, moeten we echter wel in ons achterhoofd houden dat niet alle resultaten significant waren.

2. Inleiding

Een solide opvoeding is de basis van een kind om zich te ontwikkelen tot een zelfstandige en sociale volwassene. In de opvoeding is het daarom belangrijk dat de ouders liefde, zorgzaamheid, betrokkenheid en veiligheid bieden (Meij, 2011). Daarnaast zijn emotionele ondersteuning, positieve motivatie, een heldere structurering en duidelijke begrenzing van essentieel belang. In deze omstandigheden kan het kind zich optimaal ontwikkelen tot een volmaakte volwassene (Meij, 2011).

Echter, niet alle ouders zijn in staat om deze opvoeding aan hun kinderen te bieden. Een voorbeeld hiervan zijn ouders die kampen met een verslaving aan alcohol en/of drugs. De gevolgen van een verslaving hebben immers niet alleen impact op de ouder zelf, maar ook op het gezin en de kinderen (Trimbos instituut, z.d.).

Een verslaving kan namelijk zorgen voor onvoorspelbaar gedrag bij de ouder, wat het risico op zowel emotionele als fysieke mishandeling binnen het gezin vergroot (Hammink et al., 2012). Daarnaast kan een verslaving leiden tot een gebrek aan stabiliteit, structuur, veiligheid, emotionele steun en betrokkenheid, wat kan resulteren in verwaarlozing (Trimbos instituut, z.d.). Tot slot kan een verslaving leiden tot een verschuiving van ouderlijke rollen, ook wel parentificatie genoemd. Hierbij neemt het kind de taken van de ouder op zich, zoals de huishoudelijke taken of de zorg voor een broertje of zusje (Spijkerman et al., 2015).

In Nederland groeien naar schatting 117.000 kinderen op met een ouder die verslaafd is aan alcohol of drugs (Van Dorsselaer et al., z.d.). De gevolgen van deze 'verslaafde' opvoeding kunnen jarenlang voortduren en zelfs op volwassen leeftijd nog voor veel problemen zorgen (GGZ Standaarden, 2020).

Zo kan het opgroeien met verslaafde ouders ervoor zorgen dat het kind op latere leeftijd psychiatrische problemen ontwikkelt (GGZ Standaarden, 2020). Door de stressvolle, angstige en traumatische omstandigheden tijdens de opvoeding hebben deze kinderen namelijk meer moeite met het verwerken van hun emoties. Hierdoor zijn ze kwetsbaarder voor het ontwikkelen van

psychiatrische problemen, zoals een angststoornis, persoonlijkheidsstoornis, gedragsstoornis of psychose (UMC Utrecht, z.d., GGZ Standaarden, 2020).

Daarnaast vergroot een verslaafde opvoeding de kans dat het kind op latere leeftijd antisociaal gedrag gaat vertonen (Van Heerwaarde & Pijpers, 2016). Het gemis aan warmte, liefde, emotionele ondersteuning, structuur en prosociale normen, zorgt er namelijk voor dat de kans op crimineel gedrag toeneemt (Andrews & Bonta, 2017).

Wanneer het kind op latere leeftijd antisociaal gedrag gaat vertonen en daadwerkelijk wordt opgepakt voor een delict, kan deze persoon een gevangenisstraf krijgen en hoogstwaarschijnlijk, vanwege de aanwezigheid van psychiatrische problemen, ook een terbeschikkingstellingmaatregel (tbs-maatregel) opgelegd krijgen.

De tbs-maatregel wordt opgelegd wanneer een persoon een delict heeft gepleegd waar minimaal vier jaar gevangenisstraf op staat, zoals misbruik of moord, of dat er een delict is gepleegd die specifiek genoemd wordt in de wet, zoals bedreiging. Daarnaast moet de persoon tijdens het delict (deels) onder invloed van een persoonlijkheidsstoornis, psychose of verstandelijke beperking hebben gehandeld. Als laatste moet er een risico op herhaling van crimineel gedrag zijn, waardoor de veiligheid van de mensen in de samenleving in gevaar is (Rechtspraak, z.d.).

De tbs-maatregel heeft als doel om ervoor te zorgen dat een persoon veilig, voor zowel de persoon zelf als de samenleving, terug kan keren in de maatschappij (Rechtspraak, z.d.). Wanneer dit lukt en de persoon niet opnieuw gewelddadig crimineel gedrag vertoont (recidiveert), spreken we van een behandelingsucces.

In de criminologie en de forensische psychiatrie is er al veel onderzoek gedaan naar het behandelingsucces en de factoren die de kans op recidive kunnen beïnvloeden (Spreeen et al., 2013, Douglas et al., 2013, Andrews & Bonta, 2017). Om de veiligheid van de mensen in de Nederlandse samenleving te kunnen waarborgen, is het namelijk belangrijk om te onderzoeken hoe we het recidivecijfer zo laag mogelijk kunnen houden (Rechtspraak, z.d.).

In deze onderzoeken zijn onder andere het Risk-Need-Responsivity (RNR) Model en The Central Eight (Andrews & Bonta, 2017) ontwikkeld. Zo blijkt uit de Central Eight dat de acht grootste risicofactoren voor recidive: *een geschiedenis van antisociaal gedrag, een antisociaal persoonlijkheidspatroon, antisociale cognities, antisociale netwerkcontacten, de afwezigheid van liefde/zorgzaamheid in familiäre/huwelijksomstandigheden, slechte betrokkenheid naar de opleiding/werk, criminele vrijetijdsbesteding en middelenmisbruik*, zijn (Andrews & Bonta, 2017).

Wanneer we kijken naar tbs-patiënten die opgevoed zijn door verslaafde ouders, is te zien dat deze patiënten meerdere risicofactoren uit de Central Eight hebben die de kans op recidive na tbs-behandeling doen vergroten.

Tbs-patiënten die zijn opgevoed door verslaafde ouders hebben ten eerste *de afwezigheid van liefde en zorgzaamheid in familiäre omstandigheden* meegemaakt. Door de verslaving hebben de ouders deze patiënten namelijk tijdens de opvoeding niet genoeg liefde, ondersteuning en structuur kunnen geven, waardoor de kans op crimineel gedrag en recidive stijgt (Andrews & Bonta, 2017). Ten tweede hebben deze patiënten, door de 'verslaafde' voorbeeldrol van de ouders, meer kans op het ontwikkelen van een *eigen middelenverslaving en antisociale cognities*, waardoor zij eerder hun behoeften zullen bevredigen aan de hand van crimineel gedrag (Van der Maaten, 2017, Bandura & Walters, 1977). Ten slotte hebben patiënten die zijn opgevoed door verslaafde ouders, op basis van het 'soort zoekt soort' principe, ook meer kans op het ontwikkelen van antisociale relaties en een *antisociaal netwerk*, wat de kans op crimineel gedrag en recidive kan verhogen (McPherson et al., 2001).

Op basis hiervan is te verwachten dat de kans op behandel succes van een tbs-patiënt die is opgevoed door verslaafde ouders kleiner is dan die van een tbs-patiënt die niet is opgevoed door verslaafde ouders. Dit kunnen we echter nog niet met zekerheid zeggen, omdat er nog geen onderzoek is gedaan naar het verband tussen het behandel succes van de tbs-patiënt, het netwerk van de patiënt en het middelengebruik van de ouders. Dit willen we met dit onderzoek veranderen. Daarom wordt

op basis van bovenstaande verwachtingen de volgende onderzoeksvraag in dit onderzoek onderzocht:

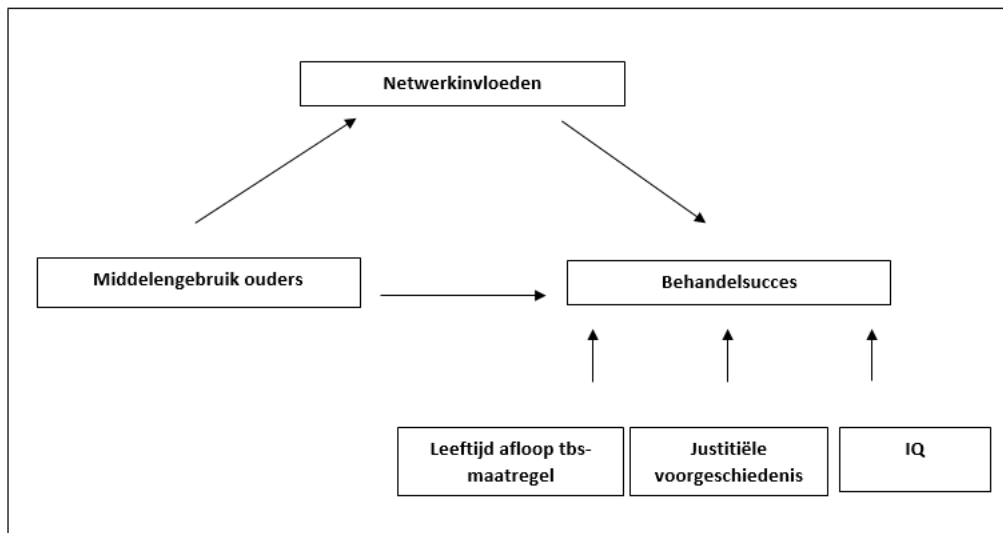
Wat is de invloed van het middelengebruik van de ouders op het behandelsucces van de tbs-patiënt?

En is dit verband deels te verklaren door het antisociale netwerk van de tbs-patiënt?

3. Theoretisch kader

3.1 Het conceptuele model

Bij de bovenstaande hoofdvraag hoort het volgende conceptuele model.



Figuur 1: Het conceptuele model.

3.2 Middelengebruik ouder(s)

De eerste recidive risicofactor uit de Central Eight die aanwezig is bij tbs-patiënten die zijn opgevoed door verslaafde ouders, is de *afwezigheid van liefde en zorgzaamheid in de familiare omstandigheden*. De afwezigheid van liefde en zorgzaamheid kan er, volgens de zelfcontroletheorie van Gottfredson en Hirschi (1990), namelijk voor zorgen dat een persoon een lagere zelfcontrole ontwikkelt. Deze lagere zelfcontrole gaat vaak gepaard met een grotere kans op herhaaldelijk crimineel gedrag (Gottfredson & Hirschi, 1990).

Zelfcontrole is de beheersing en controle die een persoon heeft over zijn of haar gedrag, waardoor we onze behoeften kunnen uitstellen en de juiste keuzes kunnen maken (Nofziger, 2008). Een persoon ontwikkelt een hoge zelfcontrole door een goede opvoeding met veel betrokkenheid, supervisie, grenzen en consequenties (Nofziger, 2008). Wanneer een persoon echter wordt

opgevoed door ouders met weinig liefde en zorgzaamheid, krijgt het kind deze supervisie en grenzen niet, en leert het kind niet wat goed en wat fout gedrag is. Hierdoor ontwikkelt een persoon een lagere zelfcontrole, wat resulteert in impulsief, risicovol en kortzichtig gedrag (Nofziger, 2008). Mensen met een lagere zelfcontrole zullen daarom eerder geneigd zijn hun verlangens op korte termijn te bevredigen door middel van antisociaal en crimineel gedrag dan op lange termijn op basis van de geaccepteerde sociale normen (Andrews & Bonta, 2017). Daarnaast ontwikkelt een persoon, volgens Gottfredson en Hirschi (1990), zijn of haar zelfcontrole tussen de leeftijd van 8 en de 10 jaar, waarna deze gedurende het hele leven stabiel blijft (Turner & Piquero, 2002). Deze permanente lage zelfcontrole blijft daarom, ongeacht levenservaring, justitiële voorgeschiedenis of een eventuele behandeling, een risicofactor voor herhaaldelijk crimineel gedrag is (Turner & Piquero, 2002).

Tbs-patiënten die zijn opgevoed door verslaafde ouders ervaren deze afwezigheid van liefde en zorgzaamheid in hun familiere omgeving ook. De verslaafde ouders zijn namelijk voortdurend bezig met het verkrijgen van verslavende middelen, waardoor er weinig aandacht en steun is voor het kind (Dekker & Haagmans, 2014). Bovendien kunnen alcohol en drugs ervoor zorgen dat een persoon agressiever wordt en sneller gewelddadig gedrag vertoont (Blaauw & Huberts, 2021), wat resulteert in een verhoogd risico op huiselijk geweld en lichamelijke mishandeling (Blaauw & Huberts, 2021).

Deze opvoeding zorgt er naar alle waarschijnlijkheid voor dat tbs-patiënten die zijn opgevoed door verslaafde ouders een lagere zelfcontrole hebben. Hierdoor vinden deze tbs-patiënten het moeilijk om hun verlangens te beheersen en zijn ze eerder geneigd om hun behoeften op korte termijn met behulp van crimineel gedrag te bevredigen. Daarnaast blijft door de stabiliteit van zelfcontrole, ook na een eventuele tbs-behandeling, de lage zelfcontrole van de tbs-patiënt intact. Hierdoor blijft het risico op crimineel gedrag na de tbs-behandeling bestaan. Dit kan daarom gedeeltelijk verklaren waarom patiënten die zijn opgevoed door verslaafde ouders na hun tbs-behandeling een grotere kans op recidive hebben.

De tweede recidive risicofactor uit de Central Eight die aanwezig is bij tbs-patiënten die opgevoed zijn door verslaafde ouders, is het risico op *middelenmisbruik*. Patiënten die zijn opgevoed door verslaafde ouders hebben 3 tot 13 keer meer kans op het ontwikkelen van een middelenverslaving dan patiënten die opgevoed zijn door ouders zonder alcohol en/of drugsverslaving (Van der Maaten, 2017). Deze overdracht van verslaving van ouder op kind wordt ook wel *de transgenerationale overdracht van verslaving* genoemd (Van der Maaten, 2017).

Deze overdracht van verslaving kan verklaard worden aan de hand van de sociale leertheorie van Bandura. Volgens de sociale leertheorie leert een kind namelijk hoe hij of zij zich moet gedragen door het observeren en imiteren van het gedrag van anderen in zijn of haar omgeving (Bandura & Walters, 1977). Een kind dat opgroeit met verslaafde ouders, ziet regelmatig zijn of haar ouders alcohol en/of drugs gebruiken. Hierdoor normaliseert het kind dit gedrag en wordt het gebruik van alcohol en/of drugs als normaal gezien (Andrews & Bonta, 2017). Dit heeft als gevolg dat het kind later in zijn leven op moeilijke momenten sneller naar alcohol en drugs grijpt en een groot risico loopt om zelf verslaafd te raken.

Deze verslaving aan alcohol en/of drugs zorgt ervoor dat een tbs-patiënt die opgevoed is door verslaafde ouders meer moeite heeft om na de tbs-behandeling uit de criminaliteit te blijven. Overmatig alcoholgebruik zorgt er namelijk voor dat een persoon minder goed zijn eigen impulsen en emoties kan controleren, waardoor de kans op agressie en geweld toeneemt (Blaauw & Huberts, 2021). Daarnaast kan een drugsverslaving ervoor zorgen dat een persoon crimineel gedrag gaat vertonen om drugs te kunnen kopen. Dit kan variëren van inbraak en diefstal tot het zelf verkopen van drugs. Dit fenomeen wordt ook wel verwervingscriminaliteit genoemd (Blaauw & Huberts, 2021). Ten slotte kan het gebruik van drugs leiden tot veranderingen in gedrag. Een persoon kan impulsiever en roekelozer worden, wat kan resulteren in meer gewelddadig en crimineel gedrag (Blaauw & Huberts, 2021).

Daarnaast zijn de omstandigheden op het moment dat een patiënt uit de tbs-kliniek komt een trigger voor een terugval in verslaving. Een terugval in een verslaving komt namelijk meestal door het ontstaan van stress, angst en/of somberheid (Van den Brink, 2005). Daarnaast kan een bepaalde situatie of plek waar de patiënt vroeger alcohol en/of drugs gebruikte, de verslaving aanwakkeren (Van den Brink, 2005). Wanneer een patiënt uit de tbs-kliniek komt, is de patiënt weer volledig vrij en verdwijnt de controle die erin de tbs-kliniek was. Dit zorgt ervoor dat de persoon de vrijheid heeft om te beslissen wat hij of zij wil doen. Deze vrijheid gaat vaak gepaard met veel stress en angst, waardoor de kans op terugval in verslaving en daardoor terugval in crimineel gedrag na de tbs-behandeling groot is (De Kogel et al., 2005). De gevoeligheid voor verslaving en het risico op terugval kunnen daarom als tweede deels verklaren waarom patiënten die opgevoed zijn door verslaafde ouders een grotere kans op recidive hebben.

De laatste risicofactor uit de Central Eight die aanwezig is bij tbs-patiënten die opgevoed zijn door verslaafde ouders is de *aanwezigheid van antisociale cognities* (Andrews & Bonta, 2017). Dit zijn waarden, normen, ideeën, attitudes en overtuigingen die positief tegenover crimineel gedrag staan (Andrews & Bonta, 2017). De aanwezigheid van deze antisociale cognities zorgen ervoor dat een persoon niet inziet dat crimineel gedrag onwenselijk is. De persoon heeft deze antisociale cognities namelijk geïnternaliseerd en genormaliseerd, waardoor crimineel gedrag als onschadelijk wordt gezien. Deze denkwijze zorgt er daarom voor dat een persoon sneller crimineel gedrag vertoont (Andrews & Bonta, 2017).

Tbs-patiënten die opgevoed zijn door verslaafde ouders hebben naar alle waarschijnlijkheid ook antisociale cognities (Andrews & Bonta, 2017). Dit kan verklaard worden aan de hand van de differentiële associatietheorie van Sutherland (Sutherland et al., 1992). Sutherland stelt namelijk dat een persoon crimineel gedrag aangeleerd krijgt via de interactie met de omgeving. De omgeving leert

de persoon namelijk positieve normen, waarden, ideeën, attitudes en overtuigingen aan op het gebied van crimineel gedrag (Sutherland et al., 1992).

In de omgeving van een kind die opgevoed is door verslaafde ouders, is naast het gebruik van alcohol en/of drugs, vaak crimineel gedrag te zien. Alcohol en drugs worden namelijk, zoals hierboven uitgelegd, gezien als grote risicofactoren voor crimineel gedrag. Dit zorgt ervoor dat een kind die is opgevoed door verslaafde ouders crimineel gedrag normaliseert en antisociale ideeën, overtuigingen, normen en waarden ontwikkelt.

Deze antisociale cognities zitten naar alle waarschijnlijkheid diep geworteld in een persoon die opgevoed is door verslaafde ouders, omdat de grootste rolmodellen (de ouders) van deze persoon deze antisociale cognities hebben aangeleerd (Reg, 2004). Dit zorgt ervoor dat deze antisociale cognities, ook na een tbs-behandeling, naar alle waarschijnlijkheid nog steeds invloed hebben op het denkvermogen van de patiënt, waardoor het risico op crimineel gedrag blijft bestaan. Deze antisociale cognities kunnen daarom als laatste deels verklaren waarom patiënten die opgevoed zijn door verslaafde ouders, sneller opnieuw een gewelddadig delict plegen.

Op basis van deze drie aanwezige recidive risicofactoren, kunnen we naar alle waarschijnlijkheid stellen dat patiënten die opgevoed zijn door verslaafde ouders meer kans hebben op recidive dan patiënten die niet opgevoed zijn door verslaafde ouders. De eerste hypothese die hieruit voortvloeit is daarom:

H1: Patiënten die opgevoed zijn door ouders met verslavingsproblemen, zullen eerder recidiveren dan tbs-patiënten die niet opgevoed zijn door ouders met verslavingsproblemen.

3.3 Netwerkinvloeden

Een “verslaafde” opvoeding heeft veel invloed op de vrienden en het netwerk die het kind later in zijn leven ontwikkelt. Zoals hierboven genoemd, hebben kinderen die opgevoed zijn door verslaafde ouders vaak geen stabiele opvoeding, wat kan leiden tot crimineel gedrag. Het kind krijgt namelijk vanuit zijn of haar ouders te weinig steun, liefde, betrokkenheid en structuur. Daarnaast is er ook meer kans op emotionele verwaarlozing en mishandeling (Trimbos instituut, z.d.). Deze verwaarloosde, onveilige en angstige opvoeding zorgt ervoor dat een kind zich niet begrepen, geliefd en geaccepteerd, waardoor de kans op crimineel gedrag stijgt (Van Dorp et al., 2019).

De aanwezigheid van crimineel gedrag kan ervoor zorgen dat een persoon sneller een antisociaal en crimineel netwerk ontwikkelt. Dit kan verklaard worden aan de hand van The Principle of Homophily (McPherson et al., 2001). Volgens dit principe zoeken mensen namelijk een homogeen sociaal netwerk, waarbij de leden van het netwerk op elkaar lijken qua sociaal demografische kenmerken, gedragskenmerken, normen, waarden en attitudes (Laninga-Wijnen & Veenstra, 2021). Een persoon die dus crimineel gedrag vertoont, zoekt daarom naar alle waarschijnlijkheid vrienden die ook crimineel gedrag vertonen.

Hieruit kunnen we dus concluderen dat de kans groot is dat een persoon die is opgevoed door verslaafde ouders, sneller antisociale vrienden maakt en een antisociaal netwerk ontwikkelt. De

tweede hypothese van het onderzoek is daarom:

H2: Patiënten die opgevoed zijn door ouders met verslavingsproblemen, zullen eerder een antisociaal netwerk hebben.

3.4 Behandelsucces

Zoals hierboven uitgelegd heeft een persoon die opgevoed is door verslaafde ouders naar alle waarschijnlijkheid eerder antisociale vrienden en een antisociaal netwerk. Dit netwerk en de bijbehorende vrienden hebben tot het moment dat een persoon wordt opgepakt en in de tbs-kliniek terechtkomt, veel invloed op het gedrag van de patiënt. Dit zorgt ervoor dat het hebben van *antisociale netwerkcontacten* volgens de Central Eight van Andrews & Bonta (2017) een extra risicofactor voor recidive is.

Dit kan worden verklaard aan de hand van de bindingstheorie van Hirschi (Gibbons & Hirschi, 1970). Volgens Hirschi is een persoon minder snel geneigd om crimineel gedrag te vertonen als hij/zij sterke banden heeft met de samenleving. Denk hierbij aan een goede relatie met de familie, school, het werk en de gemeenschap. Hirschi zegt dat deze banden een soort sociale controle zijn, waardoor een individu geen crimineel gedrag vertoont (Gibbons & Hirschi, 1970).

Een tbs-patiënt heeft echter door zijn jeugd naar alle waarschijnlijkheid een antisociaal netwerk gevormd en zijn prosociale vrienden verloren door het gebruik van alcohol, drugs en crimineel gedrag. Hierdoor heeft de tbs-patiënt deze band met de samenleving en de bijkomende sociale controle niet. Dit zorgt ervoor dat een tbs-patiënt minder motivatie heeft om zich aan de normen van de samenleving te houden en daarom eerder antisociaal en crimineel gedrag zal gaan vertonen (Gibbons & Hirschi, 1970).

Daarnaast wordt dit effect versterkt op het moment dat de patiënt uit de tbs-kliniek komt. In de tbs-kliniek is het voor de patiënt namelijk lastig om een prosociaal netwerk op te bouwen, waardoor de persoon op het moment dat de tbs-maatregel afloopt naar alle waarschijnlijkheid terugvalt op zijn oude antisociale netwerk. Daarnaast ligt er in de samenleving een stigma op ex-tbs'ers, waardoor het voor de patiënt erg lastig is om een nieuw sociaal netwerk op te bouwen (Goffman, 2009). Dit zorgt

ervoor dat de patiënt sneller opnieuw in aanraking komt met alcohol, drugs en crimineel gedrag en sneller terugvalt in de oude patronen. Op basis hiervan kunnen we dus stellen dat het hebben van een antisociaal netwerk een risicofactor voor recidive is.

Als laatste wordt in dit onderzoek, zoals bij hypothese 2 uitgelegd, verwacht dat het effect van een middelenverslaving bij de ouders op het behandel succes van de patiënt (deels) verklaard kan worden door het ontstaan van een antisociaal netwerk van de patiënt. In dit onderzoek zien we het netwerk van de patiënt dus als mediërende variabele. De derde hypothese uit dit onderzoek is daarom:

H3: Patiënten die opgevoed zijn door ouders met verslavingsproblemen, zullen eerder een antisociaal netwerk creëren, waardoor deze patiënten naar alle waarschijnlijkheid eerder zullen recidiveren na tbs-behandeling

Er zijn echter nog andere factoren die invloed kunnen hebben op het behandel succes van een ex-tbs'er. Dit zijn onder andere de leeftijd ten tijde van ontslag uit de tbs-maatregel, de justitiële voorgeschiedenis en het IQ.

3.5 Leeftijd ten tijde van ontslag tbs-maatregel

Wanneer een persoon op jonge leeftijd uit de tbs-kliniek komt, is de kans groter dat hij opnieuw crimineel gedrag gaat vertonen dan op oudere leeftijd. Volgens de Identity Theory of Desistance blijft iemand namelijk crimineel gedrag vertonen, zolang de opbrengsten hiervan groter zijn dan de kosten. Wanneer een persoon echter ouder wordt, heeft de persoon steeds meer te verliezen (sociale relaties, werk, geld etc.) (Paternoster et al., 2015). Daarnaast heeft een ouder persoon steeds minder kansen om nog "iets goeds van zijn leven te maken". Hierdoor worden de kosten van criminaliteit hoger dan de opbrengsten, waardoor oudere mensen minder vaak opnieuw crimineel gedrag vertonen dan jongere mensen (Paternoster et al., 2015).

3.6 Justitiële voorgeschiedenis

Ten tweede is de kans groter dat een persoon met een zware justitiële voorgeschiedenis opnieuw crimineel gedrag vertoont in vergelijking met een persoon die een minder zware justitiële voorgeschiedenis heeft. Een zware justitiële voorgeschiedenis betekent dat de tbs-patiënt, voor zijn tbs-behandeling, al veel ernstige strafbare feiten heeft gepleegd. Het verband tussen de justitiële voorgeschiedenis en het behandel succes kan verklaard worden via de sociale leertheorie van Bandura (Bandura & Walters, 1977). Volgens deze theorie leert een persoon namelijk hoe hij zich moet gedragen door naar het gedrag van anderen te kijken. Mensen gaan het gedrag van de sociale groep waarin ze horen daarom imiteren en internaliseren (Bommelé et al., 2016). Wanneer een persoon zijn hele leven in een antisociaal netwerk verblijft, waarbij crimineel gedrag is genormaliseerd, ziet de persoon het criminele gedrag als een gewoonte en een gewenning. Hierdoor is de kans groter dat de persoon opnieuw crimineel gedrag gaat vertonen.

Daarnaast zorgt een justitiële voorgeschiedenis ervoor dat een persoon moeilijker opnieuw kan integreren in de samenleving na zijn tbs-maatregel, omdat de justitiële voorgeschiedenis ervoor zorgt dat de persoon bepaalde banen en vrijwilligerswerk niet mag uitvoeren. Deze ex-tbs'ers hebben dus een gebrek aan prosociale kansen, waardoor ze sneller terugvallen in crimineel gedrag (Jeltes & Zand, 2021).

3.7 IQ

Als laatste is uit onderzoek gebleken dat mensen met een lager IQ een grotere kans hebben om opnieuw crimineel gedrag te vertonen dan mensen met een hoger IQ. Er is namelijk gebleken dat mensen met een lager IQ, minder goed de gevolgen van hun acties kunnen inschatten (Murray & Farrington, 2010). Daarnaast zijn mensen met een lager IQ makkelijker te beïnvloeden, impulsiever en hebben ze meer moeite met het uitstellen van hun behoeftes (Platje et al., 2017). Hierdoor is de kans groter dat ex-tbs patiënten met een lager IQ eerder opnieuw crimineel gedrag vertonen (recidive) dan mensen met een hoger IQ.

4. Methode

In deze methodeparagraaf wordt inzicht gegeven in hoe het onderzoek is uitgevoerd, welke beslissingen er zijn genomen met betrekking tot de meetinstrumenten en welke hercoderingen er zijn gedaan om de data bruikbaar te maken voor het onderzoek.

4.1 Deelnemers aan het onderzoek

De dataset die gebruikt is, komt uit het onderzoek "*Verkorten verblijfsduur tbs: forensisch prognose*", dat in september 2019 is uitgebracht. Het onderzoek is deel van het Programma KFZ, dat zich inzet voor de Kwaliteit in de Forensische Zorg. In het onderzoek wordt onderzocht welke variabelen invloed hebben op de behandelduur van tbs-patiënten in Nederland.

Voor de dataset zijn de gegevens gebruikt van de tbs-patiënten die in de periode van 1 januari 2009 t/m 31 december 2014 ontslag hebben gekregen van de tbs-maatregel met dwangverpleging. In totaal waren er 887 ex-tbs-patiënten waarvan de gegevens zijn aangeleverd. Hieruit zijn de overleden patiënten, de patiënten met gelimiteerde tbs, de patiënten die uitgezet waren en de patiënten waarvan de reden van beëindiging van de tbs-maatregel onbekend was, eruit gehaald. Uiteindelijk bleven er 728 ex-tbs-patiënten over, waarvan 69 vrouwen en 659 mannen. Van de mannelijke ex-tbs-patiënten is er een representatieve steekproef getrokken, waardoor er 400 mannen geselecteerd zijn. Voor de vrouwen werden alle 69 dossiers geselecteerd. Uiteindelijk zijn er, door het bestaan van inhoudelijk incomplete dossiers, nog een aantal dossiers verwijderd uit de dataset en zijn er nog een paar nieuwe complete dossiers opgevraagd. Hierdoor zijn er 468 dossiers opgenomen in de dataset, waarvan 405 mannen en 63 vrouwen.

Uit de oorspronkelijke dataset is voor de analyse een selectie gemaakt. In het theoretisch kader wordt namelijk de invloed van het middelengebruik van de ouders op het behandel succes van de tbs-patiënt verklaard via de opvoeding van biologische ouder(s) met middelenproblematiek. Dit betekent dat alle patiënten voor deze verklaring (deels) opgevoed moeten zijn door minstens één biologische ouder. Daarom zijn alle patiënten die in hun jeugd niet zijn opgevoed door minstens één van de twee

biologische ouders, verwijderd uit de dataset (n=18). Alle patiënten die wel opgenomen zijn in de dataset, zijn daarom deels of hun gehele leven opgevoed door de biologische ouder(s) (n=450).

4.2 Onderzoeksdesign en procedure

Na akkoord van de Dienst Justitiële Inrichtingen zijn de behandeldossiers van de patiënten die in de periode van 1 januari 2009 t/m 31 december 2014 ontslag hebben gekregen, opgevraagd. Deze dossiers zijn vervolgens gecodeerd. De codeurs hebben de informatie over de patiënt chronologisch ten opzichte van het daadwerkelijke tbs-traject ontvangen. Dit betekent dat de codeurs eerst alleen de levensgeschiedenis voor het tbs-indexdelict codeerden en daarna pas de levensgeschiedenis gedurende de Pro Justitia (PJ) fase.

Om ervoor te zorgen dat de codeurs wisten hoe ze moesten coderen, hebben zij aan het begin van het traject uitleg gekregen over het onderzoek en het KFZ-programma. Daarnaast hebben alle codeurs een drieweekse training gehad waarin geoefend werd met het coderen van de dossiers. Uiteindelijk zijn de dossiers door 30 masterstudenten gecodeerd, waarvan 26 klinische/forensische psychologie masterstudenten, twee toegepaste psychologie masterstudenten en twee sociologie masterstudenten. Het coderen van één dossier duurde tussen de 12 en 16 uur en het invoeren van een dossier duurde 4 uur.

Om de betrouwbaarheid van de scores te garanderen, zijn alle gecodeerde dossiers van de studenten gecontroleerd door professionele codeurs. Uiteindelijk zijn de definitieve scores gezamenlijk bepaald door de student en de professionele codeur aan de hand van een consensusgesprek.

Uit de coderingen van de dossiers zijn meerdere variabelen voortgekomen die opgenomen zijn in de dataset. Deze variabelen zijn verdeeld in verschillende blokken, zoals demografische variabelen, delictvariabelen, diagnostische variabelen, levensloopvariabelen en variabelen die gericht zijn op het klinische beeld tijdens de verschillende fasen van de tbs-behandeling.

In de uitgereikte dataset voor dit onderzoek waren echter niet alle variabelen opgenomen. De variabelen die gericht zijn op het klinisch beleid tijdens de verschillende fasen van de tbs-behandeling stonden bijvoorbeeld niet in de dataset. Dit heeft geresulteerd in een dataset van in totaal 231 variabelen.

4.3 Operationalisatie

Om de hoofdvraag: *Wat is de invloed van het middelengebruik van de ouders op het behandelsucces van de tbs-patiënt? En is dit verband deels te verklaren door het antisociale netwerk van de tbs-patiënt?* te beantwoorden zijn de volgende variabelen uit de dataset gebruikt. De exacte bewerkingen die gedaan zijn op de variabelen zijn te zien in bijlage 1.

Behandelsucces

Om het behandelsucces van de tbs-patiënt te bepalen is er gekeken naar de recidieven. Het doel van de tbs-maatregel is namelijk om ervoor te zorgen dat een persoon veilig, voor zowel de persoon zelf als de samenleving, terug kan keren in de maatschappij. Dit betekent dat de persoon niet opnieuw crimineel gedrag vertoont en dus niet meer gewelddadig recidiveert. We spreken daarom van behandelsucces als de patiënt niet gewelddadig recidiveert. Als de patiënt wel gewelddadig recidiveert, spreken we van geen behandelsucces. Hier is de volgende nominale variabele voor gebruikt:

Behandelsucces:

0 = Nee, wel recidive.

1 = Ja, geen recidive.

Middelengebruik ouders

Om het middelengebruik van ouders te bepalen is er gekeken naar de alcohol en/of drugsproblematiek van de ouder(s) (> 1 jaar). Hier is de volgende nominale variabele met twee categorieën voor gebruikt:

Middelengebruik_Ouders:

0 = Ouders hebben geen alcohol of drugsproblematiek.

1 = Ouders hebben wel alcohol en/of drugsproblematiek.

Netwerkinvloeden

Om het netwerk van de tbs-patiënt te bepalen is er gebruik gemaakt van de ordinale variabele

Netwerkinvloeden:

1 = Patiënt had een prosociale oriëntatie en/of een sociaal netwerk.

2 = Tussen 0 en 2.

3 = Patiënt liet zich deels negatief beïnvloeden door criminele of antisociale netwerkleden, patiënt liet zich ook deels positief beïnvloeden door prosociale netwerkleden.

4 = Tussen 2 en 4.

5 = Patiënt richtte zich voornamelijk op criminele of antisociale netwerkleden die zijn crimineel Gedrag negatief beïnvloedden.

IQ

Om het intelligentieniveau te meten is er gekeken naar de volgende ordinale variabele.

IQ_categorie:

1 = Zwakbegaafd IQ <80

2 = Laagbegaafd IQ 80-89

3 = Gemiddeld begaafd IQ 90-109

4 = Bovengemiddeld begaafd IQ 110-119

5 = Begaafd IQ 120-130

6 = Hoogbegaafd IQ > 130

Leeftijd afloop tbs

De leeftijd waarop de patiënt de tbs-maatregel heeft afgerond, wordt weergegeven met de interval variabele *Leeftijd_afloop_tbs*. Hierbij zijn de leeftijden afgerond op 0 decimalen.

Justitiële voorgeschiedenis

Om de justitiële voorgeschiedenis van de patiënt weer te geven is er gebruik gemaakt van de volgende ordinale variabele.

Justitiële voorgeschiedenis:

1 = De door de patiënt gepleegde delicten vallen binnen 1 categorie.

2 = De door de patiënt gepleegde delicten vallen binnen 2 categorieën.

3 = De door de patiënt gepleegde delicten vallen binnen 3 verschillende categorieën.

4 = De door de patiënt gepleegde delicten vallen binnen 4 verschillende categorieën.

5 = De door de patiënt gepleegde delicten vallen binnen 5 of meer verschillende categorieën.

Om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden maken we dus gebruik van de volgende zes variabelen:

Behandelsucces, Middelengebruik_Ouders, Netwerkinvloeden, Leeftijd_afloop_tbs,

Justitiële_Voorgeschiedenis en IQ_categorie. In deze variabelen zitten niet veel missende waarden

(zie tabel 4 bijlage 1). Het grootste aantal missende waarden is te zien bij het IQ. Van 33 patiënten is

namelijk het IQ onbekend.

4.4 Analyse-opzet

Om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden zijn er in totaal vier analyses gedaan. Ten eerste zijn er twee logistische regressie analyses gedaan, gevolgd door een lineaire regressie analyse. Tot slot is er een logistische mediatie analyse gedaan, waarbij het mediatie effect van de netwerkinvloeden wordt getoetst.

Bij deze analyses is de afhankelijke variabele het behandelsucces en zijn de onafhankelijke variabelen het Middelengebruik_Ouders en de Netwerkinvloeden. Daarnaast zijn de onafhankelijke controlevariabelen de Leeftijd_afloop_tbs, de Justitiële_Voorgeschiedenis en de IQ_categorie.

Als eerste wordt er een logistische regressie uitgevoerd om het effect van de controlevariabelen op het behandelsucces te toetsen. Hierbij wordt dus de relatie tussen de leeftijd_afloop_tbs, de justitiële voorgeschiedenis, het IQ en het behandelsucces getoetst.

Ten tweede wordt er een logistische regressie uitgevoerd om hypothese 1 te toetsen. Hierbij wordt de relatie tussen het middelengebruik van de ouders en het behandelsucces van de patiënt getoetst. In deze regressie worden ook de controlevariabelen meegenomen.

Ten derde wordt er een lineaire regressie uitgevoerd om hypothese 2 te toetsen. Hierbij wordt de relatie tussen het middelengebruik van de ouders en de netwerkinvloeden getoetst. In deze analyse is de variabele: netwerkinvloeden, dus de afhankelijke variabele. In deze analyse worden wederom de controlevariabele meegenomen.

Als laatste wordt er een logistische mediatie regressie uitgevoerd om hypothese 3 te toetsen. Hierbij wordt de relatie tussen het middelengebruik en het behandelsucces via de netwerkinvloeden getoetst. De variabele: netwerkinvloeden is in deze analyse dus een mediatievariabele. Ook hier worden de controlevariabelen meegenomen in de analyse.

5. Resultaten

5.1 Beschrijvende statistiek

In de operationalisatie van de methodeparagraaf en in bijlage 1 is te zien welke aanpassingen er zijn gedaan aan de variabelen van dit onderzoek. Op basis van deze variabelen zijn onderstaande tabellen van de beschrijvende statistieken (tabel 1) en de correlaties/associatiematen (tabel 2) gemaakt. Het aantal observaties (N) verschilt per variabele als gevolg van missende waarden. Aangezien de uitkomsten van de correlaties/associatiematen bijna overeenkwamen in de dataset zonder als in de dataset met missende waarden (zie bijlage 2), is er besloten om de missende waarden in de dataset te laten.

<i>Variabele</i>	<i>Gemiddelde</i> <i>(Standaarddevi</i> <i>atie)</i>	<i>Minimum</i>	<i>25%</i>	<i>50%</i>	<i>75%</i>	<i>Maximum</i>	<i>N totaal</i>
<i>Behandelsucces</i> <i>(nee=0, ja=1)</i>	17,8% nee 81,8% Ja	0	x	x	x	1	448
<i>Middelgebruik_ Ouders</i> <i>(nee=0, ja =1)</i>	69,1% nee 30,9% ja	0	x	x	x	1	450
<i>Netwerkinvloeden</i>	4,024 (0,952)	1	4	4	5	5	450
<i>Justitiële voorgeschiedenis</i>	3,296 (1,513)	1	2	3	5	5	450
<i>IQ</i>	2,837 (1,149)	1	2	3	3	6	417
<i>Leeftijd ten tijde van ontslag tbs-</i> <i>maatregel</i>	42,127 (9,906)	22,750	34,688	41,167	47,980	81,000	448

Tabel 1: Beschrijvende statistieken

		Behandel- succes (nee = 0, ja =1)	Middelengebruik_Oud (nee=0, ja =1)	Netwerk invloeden	Justitiële voorgeschiedenis	IQ	Leeftijd ten tijde afloop tbs
Behandelsucces (nee=0, ja=1)	Correlatie	X					
	Sig.						
	N						
Middelgebruik_Ouders (nee=0, ja =1)	Correlatie	0,017a	X				
	Sig.	0,717					
	N	448					
Netwerkinvloeden HKT-item H05	Correlatie	-0,129b	0,135b	X			
	Sig.	0,006	0,004				
	N	448	450				
Justitiële voorgeschiedenis	Correlatie	-0,229b	0,121b	0,320b	X		
	Sig.	<0,001	0,010	<0,001			
	N	448	450	450			
IQ	Correlatie	0,020b	-0,051b	-0,181b	-0,130b	x	
	Sig.	0,681	0,301	<0,001	0,008		
	N	415	417	417	417		
Leeftijd ten tijde van ontslag tbs-maatregel	Correlatie	0,113b	0,010b	0,040b	-0,032b	0,000b	x
	Sig.	0,017	0,831	0,395	0,500	0,995	
	N	448	448	448	448	415	

Tabel 2: Correlatie en associatiematen, a = Cramer's 'V, b= Pearson Correlation

In tabel 1 van de beschrijvende statistieken zijn enkele opvallende observaties te zien. Ten eerste blijkt dat het grootste gedeelte (81,8%) van de tbs-patiënten niet recidiveert en dus succesvol behandeld is. Een klein deel, om precies te zijn 17,8%, behaalt echter geen behandelsucces en pleegt opnieuw een gewelddadig delict. Ten tweede is het opvallend dat 30,9% van de patiënten is opgevoed door ouders met alcohol- en/of drugsproblematiek. Dit is een redelijk groot percentage. De meerderheid van de patiënten (69,1%) is echter opgevoed door ouders zonder alcohol- en/of drugsproblematiek. Daarnaast blijkt dat de gemiddelde score op de netwerkinvloeden redelijk hoog ligt (4 op een schaal van 5). Dit betekent dat de meeste tbs-patiënten in deze dataset in een (deels) antisociaal netwerk leven. Ook is te zien dat het gemiddelde IQ van de patiënten redelijk laag is, namelijk 2,84. Dit betekent dat de patiënten over het algemeen laagbegaafd/gemiddeld begaafd zijn. Tot slot is het interessant om te kijken naar de leeftijd van de patiënt na afloop van de tbs-maatregel.

Uit de tabel blijkt namelijk dat de gemiddelde leeftijd na afloop van de tbs-maatregel 42 jaar is. Dit is een redelijk hoge leeftijd.

In tabel 2 van de correlaties en de associatiematen wordt de samenhang tussen variabelen onderzocht. Om de relatie tussen het behandelsucces en het middelengebruik van de ouders te meten, is er gebruik gemaakt van de Cramer's V. Deze samenhang is zeer klein, namelijk 0,017. Daarnaast wordt de samenhang tussen de andere variabelen berekend met behulp van de Pearson Correlation. De grootste positieve samenhang is te zien tussen de netwerkinvloeden van de patiënt en de justitiële voorgeschiedenis ($r = 0,320$). De grootste negatieve samenhang is te zien tussen het behandelsucces en de justitiële voorgeschiedenis ($r = -0,229$). Dit zijn echter nog steeds kleine effecten, waardoor we kunnen concluderen dat er geen sterke samenhangen te vinden zijn tussen de variabelen.

5.2 Modevaluatie

Voordat we de specifieke effecten van de variabelen op het behandelsucces interpreteren, bekijken we eerst naar de volledige modellen die uit de vier regressieanalyses zijn voortgekomen. Deze resultaten zijn weergegeven in tabel 3.

Modelfit

Wanneer model 1, 2 en 4 van de logistische regressie worden vergeleken, blijkt dat model 4 de beste voorspeller is van het behandelsucces van de tbs-patiënt (zie tabel 3). Dit blijkt ten eerste uit de Deviance. Bij vergelijking van de Deviances van de modellen (Model 1: $-2LL = 366,449$; Model 2: $-2LL = 366,438$; Model 4: $-2LL = 364,008$) is te zien dat de -2 Log Likelihood van model 4 het laagste is. Dit betekent dat model 4 het beste bij de data past en dus het behandelsucces het beste kan voorspellen.

Ten tweede is dit effect te zien aan de hand van de Omnibus test. Hieruit blijkt namelijk dat de toevoeging van Middelengebruik_Ouders bij het IQ, de leeftijd en de justitiële voorgeschiedenis in

model 2 ervoor zorgt dat het model beter het behandelingsucces van de patiënt kan schatten ($X^2_{step(1)} = 0,012, p=0,914$). De toevoeging van middelengebruik van de ouders is echter geen statistisch significante toevoeging. Daarnaast is te zien dat de extra toevoeging van de netwerkinvloeden in model 4 de fit van het model nog iets beter maakt ($X^2_{step(1)} = 2,429, p=0,119$). Ook hier is er echter geen sprake van een statistisch significante toevoeging, waardoor we voorzichtig moeten zijn met het trekken van conclusies. Wanneer de effecten van het middelengebruik van de ouders en de netwerkinvloeden van de patiënt met elkaar worden vergeleken, is in zowel de Deviance als in de Omnibus-test te zien dat de toevoeging van de netwerkinvloeden een grotere bijdrage levert aan de modelfit dan de toevoeging van het middelengebruik van de ouders. De daling van de -2 Log Likelihood en de stijging van de Chi-square zijn namelijk het grootst wanneer de netwerkinvloeden worden toegevoegd aan het model.

Als laatste wordt er nog gekeken naar de Hosmer and Lemeshow test. Hierbij wordt gekeken naar de verschillen tussen de geobserveerde en geschatte waarden in de modellen. Wanneer de verschillen in waarden groot zijn, past het model niet goed bij de data. Uit de resultaten blijkt dat de Chi-squares in alle drie de modellen niet significant zijn (Model 1: $X^2(8) = 6,834, p = 0,555$; Model 2: $X^2(8) = 6,237, p = 0,621$; Model 4: $X^2(8) = 15,448, p = 0,51$), waardoor we mogen concluderen dat alle modellen goed bij de data passen. Model 2 heeft echter de kleinste Chi-square en de grootste p-waarde, wat betekent dat volgens de Hosmer and Lemeshow-test model 2 het beste bij de data past. Echter, omdat model 4 volgens de Hosmer and Lemeshow test ook goed bij de data past, en model 4 volgens de Deviance en de Omnibus-test het beste model is, concluderen we dat model 4 het beste bij de data past. Het middelengebruik van de ouders, de netwerkinvloeden van de patiënt, het IQ, de leeftijd afloop tbs en de justitiële voorgeschiedenis van de tbs-patiënt zijn daarom de beste voorspellers voor het behandelingsucces van de patiënt.

Naast de logistische regressies wordt in model 3 een lineaire regressie uitgevoerd om het effect van het middelengebruik van de ouders op het netwerk van de patiënt te onderzoeken. De R^2 in dit

model is 0,132. Dit betekent dat 13,2% van de variatie in de netwerken van de patiënt kan worden verklaard door het middelengebruik van de ouders, rekening houdend met dat de leeftijd ten tijde van ontslag tbs, justitiële voorgeschiedenis en het IQ van de patiënt constant blijven. Dit is een redelijk goede verklaarde variantie.

Assumpties

Voor het testen van de assumpties wordt model 4 beoordeeld. In dit onderzoek is de enige geldige assumptie van de logistische regressie, de veronderstelling van onafhankelijke waarnemingen. Deze assumptie kan echter niet getoetst worden. Tijdens het verzamelen van de data is hier wel rekening mee gehouden door middel van een aselechte steekproef. Daarom is er geen reden om aan te nemen dat deze aanname geschonden is.

Multicollineariteit

Bovendien kan in dit onderzoek worden gekeken naar eventuele multicollineariteit in model 4. Dit is de samenhang tussen de onafhankelijke variabelen. Op basis van de VIF-scores (zie bijlage 3, figuur 6) mogen we concluderen dat er weinig tot geen samenhang is tussen de onafhankelijke variabelen, waardoor er geen sprake is van multicollineariteit.

Uitbijters en invloedrijke punten

Om uitbijters en invloedrijke punten te detecteren in de logistische regressie, wordt er gekeken naar de Leverage score. Na het berekenen van deze uitbijterscore (zie bijlage 3, figuur 7), zijn er 2 tbs-patiënten geïdentificeerd als uitbijters. Om het effect van deze uitbijters te onderzoeken, zijn de regressieanalyses opnieuw uitgevoerd zonder deze tbs-patiënten (zie bijlage 3, figuur 8). Uit deze regressieanalyse blijkt dat de verschillen in effecten met en zonder de uitbijters minimaal zijn.

Bovendien zijn de twee uitbijters geen foutieve gegevens of casussen, waardoor de gegevens als betrouwbaar worden beschouwd. Op basis hiervan is besloten om de uitbijters in de dataset te behouden.

5.3 Hypothesetoetsing

Zoals beschreven in sectie 3.4, omvat de analyseopzet van dit onderzoek vier regressieanalyses: twee logistische regressieanalyses, één lineaire regressieanalyse en één logistische mediatieanalyse. De eerste twee logistische regressieanalyses onderzoeken het effect van de controlevariabelen en het middelengebruik van de ouders op het behandelsucces van de tbs-patiënt (hypothese 1). De lineaire regressieanalyse kijkt naar het effect van het middelengebruik van de ouders op de netwerkinvloeden van de patiënt (hypothese 2). Ten slotte onderzoekt de logistische mediatieanalyse het effect van de netwerkinvloeden op het behandelsucces van de patiënt én onderzoekt of deze netwerkinvloeden fungeren als mediërend effect tussen het middelengebruik van de ouders en het behandelsucces.

Op de volgende pagina (tabel 3) zijn de resultaten van de analyses te zien.

Variabele	Model 1a		Model 2a		Model 3b			Model 4a		VIF
	Odds-ratio	BHI	Odds-ratio	BHI	B	SE	P	Odds-ratio	BHI	
Constante	7,428	X	7,410	X	3,464	0,247	<0,001	20,068	X	X
Middelengebruik_Ouders	X	X	1,031	0,595 - 1,784	0,190	0,094	0,044	1,084	0,623 - 1,886	1,025
Netwerkinvloeden	X	X	X	X	X	X	X	0,771	0,550 - 1,081	1,152
Leeftijd_afloop_tbs	1,033	1,004 - 1,062	1,033	1,004 - 1,062	0,005	0,004	0,234	1,034	1,005 - 1,062	1,004
Justitiele_voorgeschiedenis	0,615	0,504 - 0,751	0,615	0,503 - 0,751	0,183	0,029	<0,001	0,635	0,517 - 0,781	1,127
IQ	0,967	0,760 - 1,230	0,967	0,761 - 1,231	-0,114	0,038	0,003	0,935	0,732 - 1,194	1,041
Deviance	366,449		366,438		X			364,008		X
Omnibus test	31,697 (<0,001)		0,012 (0,914)		X			2,429 (0,119)		X
Chi square Step										
Hosmer-Lemeshow	6,834 (0,555)		6,237 (0,621)		X			15,448 (0,051)		X

Tabel 3: Resultaten van de stapsgewijze regressieanalyse met het behandelingsucces als afhankelijke variabele, Middelengebruik_Ouders als onafhankelijke variabele en de netwerkinvloeden als mediatievariabele.

a=afhankelijke variabele: Behandelingsucces, b= afhankelijke variabele: Netwerkinvloeden

Model 1

Om de effecten uit de analyses te kunnen interpreteren wordt er gekeken naar de Odds-ratio's en de betrouwbaarheidsintervallen van de verschillende variabelen. Op basis hiervan blijkt uit model 1 ten eerste dat recidive iets vaker voorkomt bij patiënten die op een oudere leeftijd uit de tbs-kliniek komen dan bij patiënten die op jongere leeftijd uit de tbs-kliniek komen ($EXP(B) = 1,033$). We spreken hier van een significant, maar klein effect ($BHI = 1,004-1,062$).

Daarnaast blijkt dat recidive iets waarschijnlijker is voor tbs-patiënten die een zwaardere justitiële voorgeschiedenis hebben dan voor tbs-patiënten die een lichtere justitiële voorgeschiedenis hebben ($EXP(B)=0,615$). We spreken hier van een redelijk sterk en significant effect ($BHI = 0,504 - 0,751$).

Als laatste is in model 1 te zien dat recidive iets vaker voorkomt bij patiënten met een hoger IQ dan bij patiënten met een lager IQ ($EXP(B)=0,967$). We spreken hier van een klein en niet significant effect ($BHI = 0,760 - 1,230$).

Model 2

Hypothese 1: Patiënten die opgevoed zijn door ouders met verslavingsproblemen, zullen eerder recidiveren dan tbs-patiënten die niet opgevoed zijn door verslaafde ouders.

In model 2 wordt de onafhankelijke variabele Middelengebruik_Ouders toegevoegd aan de analyse. Hieruit blijkt dat recidive iets minder vaak voorkomt bij patiënten die opgevoed zijn door verslaafde ouders dan bij patiënten die niet opgevoed zijn door verslaafde ouders ($EXP(B)=1,031$). Dit is een klein niet significant effect ($BHI=0,595-1,784$). Dit resultaat gaat tegen hypothese 1 in. In dit onderzoek werd er namelijk verwacht dat recidive juist vaker voor zou komen bij patiënten die opgevoed zijn door verslaafde ouders. Op basis van de resultaten moeten we daarom hypothese 1 naar alle waarschijnlijkheid verwerpen.

Als laatste kijken we nog naar de effecten van de controlevariabelen in model 2. Hierin is te zien dat deze gelijk zijn gebleven aan model 1.

Model 3

Hypothese 2: Patiënten die opgevoed zijn door ouders met verslavingsproblemen, zullen eerder een antisociaal netwerk hebben.

Uit de lineaire regressie blijkt dat de helling van middelengebruik van de ouders 0,190 is. Dit is een kleine significantie helling ($p = 0,044$). Hieruit blijkt dus dat de kans op het hebben van een antisociaal netwerk toeneemt, wanneer de ouders van een patiënt verslaafd zijn aan alcohol en/of drugs.

In deze lineaire regressie zijn ook de controlevariabelen meegenomen. Zo blijkt dat bij zowel een hogere leeftijd ($b=0,005$, $p = 0,004$) als bij een zwaardere justitiële voorgeschiedenis ($b=0,183$, $p < 0,001$), de kans op het hebben van een antisociaal netwerk significant groter is. Daarnaast is te zien dat de kans op het hebben van een antisociaal netwerk significant kleiner wordt, wanneer het IQ van de persoon omhoog gaat ($b = -0,114$, $p = 0,003$). Wanneer de effecten met elkaar worden vergeleken is te zien dat het effect van de justitiële voorgeschiedenis het grootst is, gevolgd door het IQ en de Leeftijd_afloop_tbs.

Op basis van bovenstaande resultaten is dus te zien dat een patiënt die is opgevoed door ouders met verslavingsproblemen, naar alle waarschijnlijkheid eerder een antisociaal netwerk creëert. Daarnaast is hier sprake van een significantie helling. We mogen daarom op basis van de resultaten hypothese 2 aannemen.

Model 4

Hypothese 3: Patiënten die opgevoed zijn door ouders met verslavingsproblemen, zullen eerder een antisociaal netwerk creëren, waardoor deze patiënten naar alle waarschijnlijkheid eerder zullen recidiveren na tbs-behandeling.

In model vier wordt de mediatievariabele Netwerkinvloeden toegevoegd en wordt de derde hypothese van dit onderzoek getoetst. Uit de resultaten van model vier blijkt dat recidive vaker voorkomt bij patiënten die een antisociaal netwerk hebben dan bij patiënten die een meer pro sociaal

netwerk hebben ($EXP(B)=0,771$). Dit betekent dus dat patiënten die een pro sociaal netwerk hebben, naar alle waarschijnlijkheid eerder behandel succes behalen dan patiënten die een antisociaal netwerk hebben. We spreken hier van een redelijk sterk, maar niet significant effect ($BHI=0,550-1,081$).

Ten tweede blijkt opnieuw dat recidive na tbs-behandeling iets minder vaak voorkomt bij patiënten die opgevoed zijn door verslaafde ouders, dan bij patiënten die niet opgevoed zijn door verslaafde ouders ($EXP(B)= 1,084$). Dit effect is, door de toevoeging van de netwerkinvloeden, iets sterker geworden. Het is echter nog steeds een klein niet significant effect ($BHI = 0,623-1,886$).

De versterking van het effect van het middelengebruik van de ouders op het behandel succes van de patiënt, door de toevoeging van de netwerkinvloeden, wijst erop dat er in dit onderzoek geen sprake is van een mediërend effect. Dit is daarnaast ook te zien aan de overlap van de betrouwbaarheidsintervallen van het Middelengebruik_Ouders in model 2 ($BHI = 0,595 - 1,784$) en het Middelengebruik_Ouders in model 4 ($BHI = 0,623 - 1,886$). Er is namelijk veel overlap te zien tussen de betrouwbaarheidsintervallen, waardoor er weinig bewijs is voor een mediërend effect.

Daarnaast is op basis van de stijging van de helling van Middelengebruik_Ouders te zien dat we niet te maken hebben met een mediërend effect, maar met een suppressor effect. Het hebben van een antisociaal netwerk zorgt er namelijk voor dat een patiënt die is opgegroeid met verslaafde ouders nog minder vaak recidiveert dan patiënten die 'alleen' zijn opgevoed door verslaafde ouders.

Als laatste worden in dit model wederom de controlevariabelen meegenomen. Als we kijken naar de effecten van de controlevariabelen in vergelijking met model 1 en 2, is te zien dat deze bijna volledig gelijk zijn gebleven.

Op basis van bovenstaande resultaten kunnen we hypothese 3 grotendeels verwerpen. Zoals hierboven te zien is, zal een tbs-patiënt die is opgevoed door verslaafde ouders niet vaker, maar juist minder vaak recidiveren. Dit is niet in lijn met de hypothese. Daarnaast is er geen sprake van een mediërend effect van netwerkinvloeden, maar juist een suppressor effect. Ook dit is niet in lijn met

de hypothese. Als laatste is echter wel te zien dat de kans op behandel succes afneemt wanneer het netwerk van de patiënt antisocialer wordt. Dit is wel in overeenstemming met de hypothese.

Op basis van deze resultaten kunnen we dus concluderen dat we hypothese 1 en hypothese 3 van dit onderzoek moeten verwerpen en dat we hypothese 2 mogen aannemen.

6. Conclusie

Het doel van dit onderzoek was om de hoofdvraag: *Wat is de invloed van het middelengebruik van de ouders op het behandel succes van de tbs-patiënt? En is dit verband deels te verklaren door het antisociale netwerk van de tbs-patiënt?* te beantwoorden. Op basis van de literatuur zijn er voorafgaand aan de analyses drie hypothesen geformuleerd.

Zo werd als eerste in dit onderzoek verwacht dat *patiënten die opgevoed zijn door verslaafde ouders, eerder zouden recidiveren dan patiënten die niet opgevoed zijn door verslaafde ouders* (hypothese 1).

Dit is onderbouwd op basis van The Central Eight van Andrews & Bonta (2017). Volgens hen zijn er namelijk acht grote risicofactoren die de kans op recidieven doen vergroten. Bij patiënten die opgevoed zijn door verslaafde ouders spelen drie van deze risicofactoren.

Ten eerste werd namelijk verwacht dat tbs-patiënten die opgevoed zijn door verslaafde ouders *de afwezigheid van liefde en zorgzaamheid in de familiale omstandigheden* hebben meegemaakt. De afwezigheid van liefde en zorgzaamheid kan er, volgens de zelfcontroletheorie van Gottfredson en Hirschi (1990), voor zorgen dat een persoon een lagere zelfcontrole ontwikkelt. Deze lage zelfcontrole zorgt ervoor dat een persoon eerder impulsief, risicovol en kortzichtig gedrag vertoont (Nofziger, 2008), waardoor de kans op crimineel gedrag toeneemt (Andrews & Bonta, 2017).

Daarnaast is, volgens Gottfredson en Hirschi (1990), de zelfcontrole van een persoon gedurende het hele leven stabiel (Turner & Piquero, 2002). In dit onderzoek werd daarom verwacht dat deze permanente lage zelfcontrole, ongeacht levenservaring, justitiële voorgeschiedenis of een eventuele behandeling, een risicofactor voor herhaaldelijk crimineel gedrag zou zijn (Turner & Piquero, 2002).

Ten tweede werd verwacht dat tbs-patiënten die opgevoed zijn door verslaafde ouders meer risico op *middelenmisbruik* lopen. De kans is namelijk groot dat er een transgenerationale overdracht van verslaving plaatsvindt (Van der Maaten, 2017). Dit wordt in dit onderzoek verklaard aan de hand van de sociale leertheorie van Bandura. Volgens de sociale leertheorie, leert een kind namelijk hoe hij of zij zich moet gedragen door het observeren en imiteren van het gedrag van anderen in zijn of haar

omgeving (Bandura & Walters, 1977). Een kind dat opgroeit met verslaafde ouders, normaliseert en imiteert daardoor het verslaafde gedrag van de ouders, waardoor de kans op een eigen verslaving toeneemt. Deze verslaving maakt het lastig om na de tbs-behandeling uit de criminaliteit te blijven. Zowel een alcohol- als drugsverslaving zijn namelijk risicofactoren voor crimineel gedrag (Blaauw & Huberts, 2021). Daarnaast zijn de omstandigheden op het moment dat een patiënt uit de tbs-kliniek komt een trigger voor een terugval in verslaving is (De Kogel et al., 2005).. Het ontslag uit de tbs-kliniek gaat namelijk vaak gepaard met stress en angst waardoor de kans op terugval in verslaving en dus crimineel gedrag groot is. Op basis hiervan werd in dit onderzoek daarom verwacht dat middelenmisbruik een risicofactor voor recidive zou zijn.

De laatste risicofactor uit de Central Eight waarvan verwacht werd dat die aanwezig zou zijn bij tbs-patiënten die opgevoed zijn door verslaafde ouders is de *aanwezigheid van antisociale cognities*. Dit wordt in dit onderzoek verklaard aan de hand van de differentiële associatietheorie van Sutherland (Sutherland et al., 1992). Sutherland stelt namelijk dat een persoon crimineel gedrag aangeleerd krijgt via de interactie met de omgeving. In de omgeving van een kind die opgevoed is door verslaafde ouders, is naast het gebruik van alcohol en/of drugs, vaak crimineel gedrag te zien is (Blaauw & Huberts, 2021). Dit zorgt ervoor dat een kind die is opgevoed door verslaafde ouders crimineel gedrag normaliseert en antisociale ideeën, overtuigingen, normen en waarden ontwikkelt. In dit onderzoek werd daarom verwacht dat deze diepgewortelde antisociale cognities hebben, ook na een tbs-behandeling, naar alle waarschijnlijkheid nog steeds invloed hebben op het denkvermogen van de patiënt, waardoor het risico op recidive stijgt.

Ten tweede werd in dit onderzoek verwacht dat *patiënten die opgevoed zijn door ouders met verslavingsproblemen, eerder een antisociaal netwerk zouden hebben (hypothese 2)*. Zoals hierboven uitgelegd, gaat een opvoeding door verslaafde ouders vaak gepaard met crimineel gedrag. De aanwezigheid van dit criminele gedrag, kan ervoor zorgen dat een persoon sneller een antisociaal en crimineel netwerk ontwikkelt. Dit wordt in dit onderzoek verklaard aan de hand van The Principle of

Homophily (McPherson et al., 2001). Volgens dit principes zoeken mensen namelijk een homogeen sociaal netwerk, waarbij de leden van het netwerk op elkaar lijken qua sociaal demografische kenmerken, gedragskenmerken, normen, waarden en attitudes. Op basis hiervan werd dus in dit onderzoek verwacht dat een persoon die crimineel gedrag vertoont, naar alle waarschijnlijkheid ook een antisociaal netwerk heeft.

Als laatste werd in dit onderzoek verwacht dat *Patiënten die opgevoed zijn door ouders met verslavingsproblemen, eerder een antisociaal netwerk zouden creëren, waardoor deze patiënten naar alle waarschijnlijkheid eerder recidiveren na tbs-behandeling (hypothese 3)*. Zoals hierboven uitgelegd heeft een persoon die opgevoed is door verslaafde ouders naar alle waarschijnlijkheid eerder antisociale vrienden en een antisociaal netwerk. Deze *antisociale netwerkcontacten* zijn volgens de Central Eight van Andrews & Bonta (2017) een extra risicofactor voor recidive is.

Dit wordt in dit onderzoek verklaard aan de hand van de bindingstheorie van Hirschi. Volgens Hirschi is een persoon namelijk minder snel geneigd om crimineel gedrag te vertonen als hij/zij sterke banden heeft met de samenleving (Gibbons & Hirschi, 1970). Een tbs-patiënt heeft echter door zijn jeugd naar alle waarschijnlijkheid een antisociaal netwerk gevormd en is zijn pro sociale vrienden verloren door het gebruik van alcohol, drugs en crimineel gedrag. Hierdoor heeft de tbs-patiënt deze band met de samenleving en de bijkomende sociale controle niet, waardoor de kans groter is dat de persoon crimineel gedrag gaat vertonen. Dit effect wordt versterkt op het moment dat de patiënt uit de tbs-kliniek komt. In de tbs-kliniek is het voor de patiënt namelijk lastig om een prosociaal netwerk op te bouwen, waardoor de persoon op het moment dat de tbs-maatregel afloopt, naar alle waarschijnlijkheid terugvalt op zijn oude antisociale netwerk. Dit zorgt ervoor dat de ex-tbs-patiënt eerder opnieuw in aanraking komt met alcohol, drugs en crimineel gedrag, waardoor de kans op recidieven stijgt.

Naast deze factoren werd er in dit onderzoek verwacht dat er ook nog andere factoren invloed hadden op het behandelingsucces van een tbs-patiënt. Dit waren de leeftijd ten tijde van ontslag uit tbs-

maatregel, de justitiële voorgeschiedenis en het IQ. Deze variabelen zijn daarom in het onderzoek meegenomen als controle variabelen.

Om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden hebben we in dit onderzoek gebruikt gemaakt van de dataset die komt uit het onderzoek "*Verkorten verblijfsduur tbs: forensisch prognose*". In de dataset waren alle tbs-patiënten die in de periode van 1 januari 2009 t/m 31 december 2014 ontslag hebben gekregen van de tbs-maatregel met dwangverpleging opgenomen (n=887). Na een aantal selecties en aanpassingen zijn er in dit onderzoek 450 patiënten gebruikt voor de analyses.

In het onderzoek hebben we vier analyses gedaan. Ten eerste zijn er twee logistische regressie analyses gedaan om hypothese 1 te toetsen, gevolgd door een lineaire regressie analyse voor hypothese 2. Tot slot is er een logistische mediatie analyse gedaan voor hypothese 3, waarbij het mediatie effect van Netwerkinvloeden werd getoetst. Uit de analyses zijn de volgende resultaten gekomen.

Ten eerste hebben we gekeken naar de modelfit en de assumpties. Op basis van de Deviance, de Omnibus test en Hosmer and Lemeshow test, bleek dat model 4 de beste voorspeller van het behandelsucces was. Het middelengebruik van de ouders, de netwerkinvloeden van de patiënt, het IQ, de leeftijd afloop tbs en de justitiële voorgeschiedenis van de tbs-patiënt kunnen dus het beste het behandelsucces van de tbs-patiënt voorspellen.

Ten tweede hebben we in dit onderzoek gekeken naar de hypothesen. Uit de analyses zijn zowel resultaten gekomen die in lijn liggen met de hypothesen als resultaten die niet in lijn liggen met de hypothesen.

Zo blijkt ten eerste uit model 2 dat recidive iets minder vaak voorkomt bij patiënten die opgevoed zijn door verslaafde ouders dan bij patiënten die niet opgevoed zijn door verslaafde ouder. Dit is een niet significant resultaat dat tegen hypothese 1 in gaat.

Uit model 3 blijkt daarnaast dat de kans op het hebben van een antisociaal netwerk toeneemt op het moment dat de ouders van een patiënt verslaafd zijn aan alcohol en/of drugs. Dit is een significant effect die in lijn is met hypothese 2. Op basis hiervan mogen we hypothese 2 dus aannemen.

Als laatste blijkt uit model 4 dat recidive vaker voorkomt bij patiënten die een antisociaal netwerk hebben, dan bij patiënten die een meer prosociaal netwerk hebben. Dit is een niet significant effect dat wel in lijn ligt met de hypothesen. Daarnaast blijkt opnieuw uit model 4 dat recidive na tbs-behandeling iets minder vaak voorkomt bij patiënten die opgevoed zijn door verslaafde ouders, dan bij patiënten die niet opgevoed zijn door verslaafde ouders. Dit effect is in vergelijking met model 2 toegenomen. Op basis hiervan kunnen we concluderen dat we in dit onderzoek niet te maken hebben met een mediërend effect, maar met een suppressor effect. Het hebben van een antisociaal netwerk zorgt er dus voor dat een patiënt die is opgegroeid met verslaafde ouders nog minder vaak recidiveert dan patiënten die 'alleen' zijn opgevoed door verslaafde ouders. Op basis hiervan moeten we hypothese 3 dus grotendeels verwerpen.

7. Discussie

Voordat we daadwerkelijk conclusies kunnen trekken uit deze resultaten en de hoofdvraag kunnen beantwoorden, moet er eerst gekeken worden naar de beperkingen van het onderzoek.

De eerste beperking van dit onderzoek betreft de significantieniveaus. Zo blijkt uit tabel 3 dat het effect van Middelengebruik_Ouders op het Behandelsucces van de tbs-patiënt, in zowel model 2 als model 4 niet significant is. We kunnen daarom alleen voor de patiënten die in deze dataset zitten, concluderen dat de patiënten die opgevoed zijn door verslaafde ouders, minder vaak recidiveren dan patiënten die niet opgevoed zijn door verslaafde ouders. We kunnen dit resultaat dus niet generaliseren naar de samenleving. Daarnaast is het effect van de netwerkinvloeden op het behandelsucces van de patiënt ook niet significant. Dit betekent dus dat we ook hier niet kunnen generaliseren, en dus alleen voor de patiënten in deze dataset kunnen concluderen dat patiënten

met een antisociaal netwerk vaker zullen recidiveren dan patiënten met een meer pro sociaal netwerk.

Een tweede beperking van dit onderzoek is te vinden in de dataset van dit onderzoek. In dit onderzoek zijn ouders die verslaafd zijn aan alcohol en/of drugs samengevoegd in één variabele: Middelengebruik_Ouders. Deze keuze is gemaakt vanwege het geringe aantal patiënten in de dataset die opgevoed zijn door ouders met een drugsverslaving (n=9). De resultaten uit dit onderzoek zijn daarom vooral gebaseerd op het effect dat een alcoholverslaving van de ouders heeft op het behandelsucces van de tbs-patiënt.

Uit onderzoek is echter gebleken dat een drugsverslaving sterker samenhangt met crimineel gedrag dan een alcoholverslaving. Dit komt door het illegale karakter van drugs (Andrews & Bonta, 2017). Wanneer de ouders van een kind drugs willen kopen, moeten ze per definitie in contact komen met mensen die illegaal drugs verkopen. Voor alcohol hoeft dit niet. Dit vergroot de kans dat het kind in aanraking komt met crimineel gedrag en een crimineel netwerk wanneer de ouders verslaafd zijn aan drugs ten opzichte van een verslaving aan alcohol. Hierdoor hebben een alcoholverslaving en een drugsverslaving bij de ouders verschillende gevolgen voor het kind.

Op basis van dit verschil is de kans dus aanwezig dat de effecten van een drugsverslaving van de ouders heeft op het behandelsucces van de patiënt, verschilt van de effecten die een alcoholverslaving van de ouders op het behandelsucces van de patiënt heeft. Voor vervolg onderzoek is het daarom sterk aan te raden om opnieuw deze analyse te doen met een dataset waarin meerdere ouders drugsproblematiek hebben, zodat de effecten van alcohol en drugs afzonderlijk kunnen worden onderzocht. Dit zou een beter inzicht geven in de specifieke impact van zowel een alcohol- als een drugsverslaving van ouders op het behandelsucces van tbs-patiënten.

Een laatste beperking van dit onderzoek is te vinden bij de variabelen Middelengebruik_ouders en Netwerkinvloeden. Met deze twee variabelen wordt namelijk de hele jeugd van de patiënten samengevat met één cijfer. Als we bijvoorbeeld naar Middelengebruik_Ouders kijken, wordt hier

alleen maar gekeken naar of de ouder van de patiënt langer dan één jaar last heeft gehad van alcohol en/of drugsproblematiek. Hiermee weten we dus bijvoorbeeld niet in welke tijdsperiode de ouder hier last van heeft gehad, hoe lang de ouder hier exact last van heeft gehad en/of allebei de ouders alcohol en/of drugsproblematiek hebben gehad of één van de twee.

Dit geldt ook voor de netwerkinvloeden. Alle sociale contacten die een patiënt voor zijn tbs-maatregel heeft, worden namelijk samengevat met één cijfer tussen de 1 en de 5. Op basis hiervan weten we bijvoorbeeld niet hoeveel antisociale vrienden iemand heeft en of deze vrienden veel invloed op hem uitoefenen. Dit gebrek aan detail maakt het moeilijk om specifieke conclusies te trekken over de invloed van het sociale netwerk op het behandelingsucces. Voor vervolgonderzoek zou ik daarom aanraden om variabelen te gebruiken die het alcohol- en/of drugsgebruik van de ouders en de netwerkinvloeden van de patiënten nauwkeuriger meten.

Naast de bovenstaande beperkingen van het onderzoek, moeten we ook kijken naar eventuele alternatieve verklaringen die het verschil tussen de hypothesen en de resultaten kunnen verklaren.

Zo blijkt uit dit onderzoek dat recidiveren niet vaker, maar juist minder vaak voorkomt bij tbs-patiënten die opgevoed zijn door verslaafde ouders, dan bij tbs-patiënten die niet opgevoed zijn door verslaafde ouders. Een eventuele verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat er in de tbs-klinieken effectieve behandelingen worden aangeboden, die de gevolgen van een verslaafde opvoeding verminderen. Deze behandelingen kunnen bijvoorbeeld gericht zijn op het afkicken van de verslaving, het ontwikkelen van hogere zelfcontrole en/of het aanleren van nieuwe prosociale normen, waardoor de kans op recidive afneemt. Dergelijke therapieën worden ook daadwerkelijk toegepast in tbs-klinieken. Zo kunnen patiënten die opgevoed zijn door verslaafde ouders bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapieën, schemagerichte therapieën, psycho-educatie en motiverende gespreksvoeringen krijgen, waardoor ze beter leren omgaan met hun gedachten, gevoelens en verslaving. Hierdoor wordt de kans op recidive verkleind (Nieuwenhuizen et al., 2011).

Ten tweede is te zien dat het hebben van antisociale netwerken het effect van verslaafde ouders op het behandelingsucces van de patiënt positief versterkt. Een reden hiervoor zou kunnen zijn dat patiënten die zijn opgevoed door ouders met alcohol- en/of drugsproblemen inzien wat de gevolgen kunnen zijn van een antisociaal netwerk, waarin alcohol, drugs en crimineel gedrag voorkomen. Hierdoor zouden deze tbs-patiënten meer inzet en motivatie kunnen tonen tijdens hun behandeling, wat de kans op recidive verkleint.

Daarnaast is het eventueel mogelijk dat een behandeling die gericht is op het omgaan met antisociale netwerkcontacten, ook een positieve invloed heeft op de manier waarop de patiënt omgaat met de verslaafde ouders. Deze therapie, die dus in eerste instantie gericht is op het antisociale netwerk, kan er daarom ook voor zorgen dat de patiënt niet alleen resistenter wordt voor de invloed van het antisociale netwerk, maar ook voor de invloed van de verslaafde ouders.

Als laatste kan het verschil tussen de hypothesen en de resultaten ook verklaard worden aan de hand van de gebruikte theorieën. In de gebruikte criminologische theorieën, dus in de zelfcontroletheorie, de sociale leertheorie, de differentiële associatietheorie en de bindingstheorie, wordt crimineel gedrag namelijk verklaard door te kijken naar verschillen tussen mensen die geen crimineel gedrag vertonen en mensen die wel crimineel gedrag vertonen. Zo blijkt uit de theorieën dat mensen met bijvoorbeeld een lagere zelfcontrole en/of een slechtere binding met de samenleving, meer kans op het plegen van een crimineel delict hebben.

In deze dataset van de tbs-patiënten zitten echter alleen maar mensen die al crimineel gedrag hebben vertoond en dus naar alle waarschijnlijkheid allemaal een slechtere binding en/of een lagere zelfcontrole hebben. Bij de tbs-patiënten zitten de verschillen meer in onder andere het soort, het aantal en de zwaarte van het delict. Dit zou eventueel kunnen verklaren waarom deze theorieën niet goed de verschillen in behandelingsucces van tbs-patiënten kunnen voorspellen. Om het behandelingsucces van de tbs-patiënten in de toekomst beter te kunnen voorspellen, is het daarom belangrijk om te kijken naar de verschillen *tussen* mensen die crimineel gedrag vertonen.

Deze alternatieve verklaringen, zijn echter nog niet goed genoeg onderbouwd met literatuur en onderzoek. Voor vervolg onderzoek wordt er daarom aangeraden om deze alternatieve verklaringen verder uit te zoeken, zodat we in de toekomst het behandelingsucces van de tbs-patiënten beter kunnen voorspellen.

Na het bespreken van alle resultaten en met de beperkingen van het onderzoek in ons achterhoofd, kunnen we op de hoofdvraag: *Wat is de invloed van het middelengebruik van de ouders op het behandelingsucces van de tbs-patiënt? En is dit verband deels te verklaren door het antisociale netwerk van de tbs-patiënt?* het volgende antwoord geven:

Wanneer een tbs-patiënt is opgevoed door ouders die verslaafd zijn aan alcohol en/of drugs, recidiveert deze patiënt minder vaak dan patiënten die niet opgevoed zijn door verslaafde ouders. Uit dit onderzoek blijkt dus dat de middelengebruik van de ouders een beschermende factor voor recidive is. Daarnaast zorgt het hebben van verslaafde ouders er wel voor dat de kans op het ontwikkelen van een antisociaal netwerk groter wordt. Dit antisociale netwerk is echter niet de mediator tussen het middelengebruik van de ouders en het behandelingsucces, maar juist de suppressor. Het hebben van een antisociaal netwerk zorgt er dus voor dat een patiënt die is opgegroeid met verslaafde ouders nog minder vaak recidiveert dan patiënten die 'alleen' zijn opgevoed door verslaafde ouders. Voordat we echter deze conclusies kunnen generaliseren, moet er nog wel vervolgonderzoek worden gedaan met specifiekere variabelen en meer significante effecten.

8. Bronnenlijst

- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2017). *The psychology of criminal conduct*. 6th. New Providence, NJ: LexisNexis Matthew Bender.
- Bandura, A., & Walters, R. H. (1977). *Social learning theory* (Vol. 1). Prentice Hall: Englewood cliffs.
- Blaauw, E., & Huberts, J. (2021). De relatie tussen middelengebruik en (huiselijk) geweld. In K. 't Lam, M. Lancel, & F. Koenraadt (Eds.), *Gevangen in ontembaar verlangen* (pp. 131-144). Wolf Legal Publishers.
https://research.hanze.nl/ws/portalfiles/portal/41551080/hoofdstuk_middelengebruik_en_criminaliteit.pdf
- Bommel , J., Van Laar, M., Kleinjan, M.(2016). NOTITIE. ZIEN ROKEN, DOET ROKEN?. *Nationaal Expertisecentrum Tabaksontmoediging*. <https://assets.trimbos.nl/docs/aeabf496-e894-4e92-bcbb-5c679dd7b2e9.pdf>
- De Kogel, C. H. (2005). *Contraire beëindiging van de TBS-maatregel: aantal, aard en verband met recidive*. Boom Koninklijke Uitgevers. https://repository.wodc.nl/bitstream/handle/20.500.12832/1181/0-b-236-volledige-tekst_tcm28-68330.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Dekker, M., Haagsmans M., AL, C., Mulder T. (2014). Impact van psychische en verslavingsproblemen van ouders op de veiligheid van kinderen. Achtergronden bij de Kindcheck. *Augeo*.
[https://www.augeo.nl/-/media/Files/Kindcheck/Augeo-achtergronden-bij-de-Kindcheck.ashx#:~:text=Kinderen%20van%20ouders%20met%20psychische,hoofdstuk%201\)%20in%20het%20geding.](https://www.augeo.nl/-/media/Files/Kindcheck/Augeo-achtergronden-bij-de-Kindcheck.ashx#:~:text=Kinderen%20van%20ouders%20met%20psychische,hoofdstuk%201)%20in%20het%20geding.)
- DJI (2023). *Verhalen uit de praktijk: Het netwerk van de tbs-patiënt: Risico-verlagend*.
<https://www.dji.nl/actueel/verhalen-uit-de-praktijk/weblogs/2023/het-netwerk-van-de-tbs-patient-risico-verlagend>
- Douglas, K.S., Hart, S.D., Webster, C.D., & Belfrage, H. (2013). *HCR-20V3: historical clinical risk management-20 versie 3 : risicotaxatie van geweld*. [https://dfzs.nl/files/hcr-20v3-\(compleet\).pdf](https://dfzs.nl/files/hcr-20v3-(compleet).pdf)

- GGZ Standaarden. (2020). Generieke module Zorg voor ouders met psychische en/of verslavingsproblematiek en hun (volwassen) kinderen (KOPP/KOV). In *GGZ Standaarden [Report]*. https://www.ggzstandaarden.nl/uploads/pdf/project/project_8f7c10cd-7a2f-4ffa-bccf-4e24e1f61bac_zorg-voor-ouders-met-psychische-en-of-verslavingsproblematiek-en-hun-volwassen-kinderen-kopp-kov_authorized-at_28-11-2019.pdf
- Gibbons, D. C., & Hirschi, T. (1970). Causes of Delinquency. *The Journal Of Criminal Law, Criminology, And Police Science*, 61(2), 235. <https://doi.org/10.2307/1142213>
- Goffman, E. (2009). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Simon and schuster.
- Gottfredson, M. R., & Hirschi, T. (1990). A General Theory of Crime. In *Stanford University Press eBooks*. <https://doi.org/10.1515/9781503621794>
- Hammink, A., Altenburg, M., & Schrijvers, C. (2012). De sociale gevolgen van verslaving. *IVO Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving*. <https://ivo.nl/wp-content/uploads/2018/11/2012-07-Sociale-gevolgen-van-verslaving-reeks-71.pdf>
- Jeltes, M., & Zand, E. van 't. (2021). Nadelige gevolgen van een strafrechtelijke veroordeling: VOG- en DNA-regelgeving. In I. Weijers (Ed.), *Jeugdstrafrecht. In internationaal perspectief* (pp. 185-210). Den Haag: Boom criminologie. Retrieved from <https://scholarlypublications.universiteitleiden.nl/handle/1887/3283699>
- Laninga-Wijnen, L., & Veenstra, R. (2021). Peer similarity in adolescent social networks: Types of selection and influence, and factors contributing to openness to peer influence. In B. Halpern-Felsher (ed.) *The Encyclopedia of Child and Adolescent Health*. Elsevier.
- McPherson, M., Smith-Lovin, L., & Cook, J. M. (2001). Birds of a feather: Homophily in social networks. *Annual review of sociology*, 27(1), 415-444.
- Murray, J. A., & Farrington, D. P. (2010). Risk Factors for Conduct Disorder and Delinquency: Key Findings from Longitudinal Studies. *The Canadian Journal Of Psychiatry*, 55(10), 633–642. <https://doi.org/10.1177/070674371005501003>

- Meij, H. (2011). De basis van opvoeding en ontwikkeling. *Nederlands jeugdinstituut*.
<https://repository.officiële-overheidspublicaties.nl/externebijlagen/exb-2018-32453/1/bijlage/exb-2018-32453.pdf> ‘
- Nieuwenhuizen, C., Bogaerts, S., De Ruijter, E. A. W., Bongers, I. L., Coppens, M., & Meijers, R. A. A. C. (2011). *TBS-behandeling geprofileerd*. <http://hdl.handle.net/20.500.12832/1837>
- Nofziger, S. (2008). The "cause" of low self-control: The influence of maternal self-control. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 45(2), 191–224. <https://doi.org/10.1177/0022427807313708>
- Paternoster, R., Bachman, R., Bushway, S. D., Kerrison, E. M., & O’Connell, D. J. (2015). Human Agency and Explanations of Criminal Desistance: Arguments for a Rational Choice Theory. *Journal Of Developmental And Life-Course Criminology*, 1(3), 209–235. <https://doi.org/10.1007/s40865-015-0013-2>
- Platje, E., Cornet, L. J. M., & De Kogel, C. (2017). Intelligentie, executieve functies en licht verstandelijke beperking in justitiecontext. *Justitiële Verkenningen*, 43(6), 49–62.
<https://doi.org/10.5553/jv/016758502017043006005>
- Rechtspraak. (z.d.). *TBS*. Geraadpleegd op 2 maart 2024, van <https://www.rechtspraak.nl/Themas/Tbs>
- Reg, N. W. R. V. H. (2004). *Waarden, normen en de last van het gedrag*.
<https://doi.org/10.5117/9789053566596>
- Spijkerman, R., Müller, M., De Glopper, A., Rosenberg, E., Willems, W., & Hendriks, V. (2015). Programma Verslaving & Ouderschap (PVO) Handboek voor professionals in de verslavingszorg en geestelijke gezondheidszorg. *ZorgOnderzoek Nederland* . <https://www.trimbos.nl/docs/cfa8f06f-a5cb-4440-b2ab-5ce10d41f680.pdf>
- Spreen, M., Brand, E., Ter Horst, P., & Bogaerts, S. (2014). *Handleiding en Methodologische Verantwoording HKT-R, Historisch, Klinische en Toekomstige - Revisie*. Dr. van Mesdag kliniek.
- Sutherland, E. H., Cressey, D. R., & Luckenbill, D. F. (1992). *Principles of criminology*. Altamira Press.
- Trimbos instituut (z.d.). *Kinderen van ouders met psychische of verslavingsproblemen*.
<https://www.trimbos.nl/docs/cfa8f06f-a5cb-4440-b2ab-5ce10d41f680.pdf>

Turner, M. G., & Piquero, A. R. (2002). The stability of self-control. *Journal of Criminal Justice*, 30(6), 457-471. [https://doi.org/10.1016/S0047-2352\(02\)00169-1](https://doi.org/10.1016/S0047-2352(02)00169-1)

UMC Utrecht. (z.d.) Trauma: ziektebeeld. Geraadpleegd op 3 juni 2024, van

<https://www.umcutrecht.nl/nl/ziekte/trauma>

Van den Brink, W. (2005). Verslaving, een chronisch recidiverende hersenziekte. *Verslaving*, 1, 47-53.

<https://doi.org/10.1007/BF03075325>

Van der Maaten, M. (2017). Van Kindsbeen af: Stand van zaken transgenerationele verslavingszorg.

Trimbos instituut. Geraadpleegd op 3 maart 2024, van

<https://www.verslavingskundenederland.nl/documents/2022/09/transgenerationele-verslavingszorg-stand-van-zakentransgenerationele-verslavingszorg-stand-vanzaken-pdf.pdf>

Van Dorp, M., Aytemur, S., & Swart, N. (2019). Jeugdige delinquenten. In *Bohn Stafleu van Loghum*

eBooks. <https://doi.org/10.1007/978-90-368-1440-9>

Van Dorselaer, S., Ramaker, V., ten Have, M., de Gee, A. (z.d.). KOPP/KOV: Feiten en cijfers. *Landelijke*

omvang KOPP/KOV-groep. Geraadpleegd op 28-5-2024, van <https://www.trimbos.nl/kennis/kopp-kov/feiten-en-cijfers/>

Van Heerwaarden, Y., & Pijpers, F., (2016). Antisociaal gedrag op jonge leeftijd. De rol van de JGZ bij het

signaleren van antisociaal gedrag en het bijdragen aan het voorkomen van criminaliteit bij

kinderen. *Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ)*. [https://www.ncj.nl/wp-](https://www.ncj.nl/wp-content/uploads/media-import/docs/0c3ef2a9-ae13-406e-839b-239f3c8db71a.pdf)

[content/uploads/media-import/docs/0c3ef2a9-ae13-406e-839b-239f3c8db71a.pdf](https://www.ncj.nl/wp-content/uploads/media-import/docs/0c3ef2a9-ae13-406e-839b-239f3c8db71a.pdf)

9. Bijlage 1

Ten eerste zijn alle casussen die niet (deels) opgevoed zijn door opvoedingssituatie 1,2,3,4 of 5 uit de dataset gehaald:

```
SELECT IF (opvoedingssituatie1 = 1 OR opvoedingssituatie2 = 1 OR opvoedingssituatie3 = 1 OR  
opvoedingssituatie4 = 1 OR opvoedingssituatie5 = 1).  
EXECUTE.
```

Alleen de casussen waarbij de patiënt dus (deels) is opgevoed door één van de biologische ouders zijn meegenomen in de dataset. Dit betekent dat alle tbs-patiënten die niet (deels in hun leven) door minimaal 1 biologische ouder zijn opgevoegd uit de dataset zijn verwijderd. Dit waren totaal 18 casussen. Op basis van deze dataset zijn de bewerkingen op de variabelen gedaan.

Daarnaast is er bij alle blijvende casussen een casusnummer toegevoegd:

```
COMPUTE casusnummer= $casenum.
```

```
EXECUTE.
```

Behandelsucces

Om het behandelsucces van de tbs-patiënt te bepalen is er gekeken naar de variabele van de recidieven:

Gewelds_recidive → Nee, geen recidive (0), Ja, wel recidive (1)

```
FREQUENCIES VARIABLES=gewelds_recidive  
  /STATISTICS=STDDEV MINIMUM MAXIMUM MEAN  
  /HISTOGRAM NORMAL  
  /ORDER=ANALYSIS.
```

**Na einde tbs-maatregel opnieuw veroordeling voor
gewelddadige delict(en)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	368	81,8	82,1	82,1
	1	80	17,8	17,9	100,0
	Total	448	99,6	100,0	
Missing	System	2	,4		
Total		450	100,0		

Statistics

Na einde tbs-maatregel opnieuw

N	Valid	448
	Missing	2
Mean		,18
Std. Deviation		,383
Minimum		0
Maximum		1

Voor de interpretatie van de resultaten is het echter handiger om de antwoorden te spiegelen.

Daarom is de variabele aangepast naar:

RECODE gewelds_recidive (0=1) (1=0) INTO Behandelsucces.

VARIABLE LABELS Behandelsucces '0= nee, wel recidive 1= ja, geen recidive'.

EXECUTE.

Behandelsucces:

0 = Nee, wel recidive

1 = Ja, geen recidive

FREQUENCIES VARIABLES=Behandelsucces

/STATISTICS=STDDEV MINIMUM MAXIMUM MEAN

/HISTOGRAM NORMAL

/ORDER=ANALYSIS.

Behandelsucces

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	80	17,8	17,9	17,9
	1	368	81,8	82,1	100,0
	Total	448	99,6	100,0	
Missing	System	2	,4		
Total		450	100,0		

Statistics

0= nee, wel recidive 1= ja, geen

N	Valid	448
	Missing	2
Mean		,82
Std. Deviation		,383
Minimum		0
Maximum		1

Middelengebruik ouders

Om het middelengebruik van ouders te bepalen is er gekeken naar de alcohol en/of drugsproblematiek van de ouder(s) (> 1 jaar). Hiervoor zijn de volgende variabelen gebruikt:

Alcoholproblematiek → *Achtergrond_ouders2* → Nee (0), Ja (1)

FREQUENCIES VARIABLES=*Achtergrond_ouders2*

/STATISTICS=STDDEV MINIMUM MAXIMUM MEAN

/HISTOGRAM NORMAL

/ORDER=ANALYSIS.

ouder(s) hebben alcoholproblematiek (> 1 jaar)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nee	320	71,1	71,3	71,3
	ja	129	28,7	28,7	100,0
	Total	449	99,8	100,0	
Missing	System	1	,2		
Total		450	100,0		

Statistics

ouder(s) hebben alcoholprobleer

N	Valid	449
	Missing	1
Mean		,29
Std. Deviation		,453
Minimum		0
Maximum		1

Drugsproblematiek → *Achtergrond_ouders3* → Nee (0), Ja (1)

FREQUENCIES VARIABLES=*Achtergrond_ouders3*

/STATISTICS=STDDEV MINIMUM MAXIMUM MEAN

/HISTOGRAM NORMAL

/ORDER=ANALYSIS.

ouder(s) hebben drugsproblematiek (> 1 jaar)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nee	431	95,8	96,0	96,0
	ja	18	4,0	4,0	100,0
	Total	449	99,8	100,0	
Missing	System	1	,2		
Total		450	100,0		

Statistics

ouder(s) hebben drugsprobleem:

N	Valid	449
	Missing	1
Mean		,04
Std. Deviation		,196
Minimum		0
Maximum		1

Deze twee variabelen zijn samengevoegd in de variabele: *Achtergrond_ouders2en3*:

COMPUTE *Achtergrond_ouders2en3*=*achtergrond_ouders2* + *achtergrond_ouders3*.

EXECUTE.

0 = Ouders hebben geen alcohol of drugsproblematiek

1 = Ouders hebben OF alcohol OF drugsproblematiek

2 = Ouders hebben alcohol EN drugsproblematiek

FREQUENCIES VARIABLES=Achtergrond_ouders2en3

/STATISTICS=STDDEV MINIMUM MAXIMUM MEAN

/HISTOGRAM NORMAL

/ORDER=ANALYSIS.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	311	69,1	69,3	69,3
	1	129	28,7	28,7	98,0
	2	9	2,0	2,0	100,0
	Total	449	99,8	100,0	
Missing	System	1	,2		
Total		450	100,0		

Statistics

Achtergrond_ouders2en3

N	Valid	449
	Missing	1
Mean		,33
Std. Deviation		,511
Minimum		0
Maximum		2

Voor de analyse is deze variabele aangepast naar de variabele: *Middelengebruik_ouders* met twee categorieën:

RECODE Achtergrond_ouders2en3 (0=0) (ELSE=1) INTO Middelengebruik_ouders.

VARIABLE LABELS Middelengebruik_ouders '0= Geen alcohol of drugs problematiek bij ouders, 1 = alcohol en/of drugsproblematiek bij ouders'.

EXECUTE.

Middelengebruik_Ouders:

0 = Ouders hebben geen alcohol of drugsproblematiek

1 = Ouders hebben wel alcohol en/of drugsproblematiek

FREQUENCIES VARIABLES=Middelengebruik_ouders

/STATISTICS=STDDEV MINIMUM MAXIMUM MEAN

/HISTOGRAM NORMAL

/ORDER=ANALYSIS.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	311	69,1	69,1	69,1
	1	139	30,9	30,9	100,0
Total		450	100,0	100,0	

Statistics

0= Geen alcohol of drugs proble

N	Valid	450
	Missing	0
Mean		,31
Std. Deviation		,463
Minimum		0
Maximum		1

Netwerkinvloeden

Om het netwerk van de tbs-patiënt te bepalen is er gebruik gemaakt van de variabele

Netwerkinvloeden HKT-item H05 met de volgende antwoordmogelijkheden:

0 = Patiënt had een prosociale oriëntatie en/of een prosociaal netwerk.

1 = Tussen 0 en 2.

2 = Patiënt liet zich deels negatief beïnvloeden door criminele of antisociale netwerkleden, patiënt

liet zich ook deels positief beïnvloeden door prosociale netwerkleden.

3 = Tussen 2 en 4.

4 = Patiënt richtte zich voornamelijk op criminele of antisociale netwerkleden die zijn criminele

gedrag negatief beïnvloedden

FREQUENCIES VARIABLES=H05

/STATISTICS=STDDEV MINIMUM MAXIMUM MEAN

/HISTOGRAM NORMAL

/ORDER=ANALYSIS.

Netwerkinvloeden HKT-item H05

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	,0	17	3,8	3,8	3,8
	,5	4	,9	,9	4,7
	1,0	14	3,1	3,1	7,8
	1,5	1	,2	,2	8,0
	2,0	41	9,1	9,1	17,1
	2,5	14	3,1	3,1	20,2
	3,0	219	48,7	48,7	68,9
	3,5	28	6,2	6,2	75,1
	4,0	112	24,9	24,9	100,0
	Total		450	100,0	100,0

Statistics

Netwerkinvloeden HKT-item H0:

N	Valid	450
	Missing	0
Mean		2,972
Std. Deviation		,9432
Minimum		,0
Maximum		4,0

In het codeboek van de dataset staat echter dat de antwoordmogelijkheden van 1 t/m 5 lopen.

Daarnaast waren er in de dataset ook waarden afgerond op 0,5. Deze zijn allemaal naar boven afgerond (3,5 wordt dus 4). Ook is de variabele naam veranderd naar Netwerkinvloeden.

RECODE H05 (0=1) (0.5=2) (1=2) (1.5=3) (2=3) (2.5=4) (3=4) (3.5=5) (4=5) INTO H05_NIEUW.

VARIABLE LABELS H05_NIEUW 'Netwerkinvloeden HKT-Item H05'.

EXECUTE.

Netwerkinvloeden:

1 = Patiënt had een prosociale oriëntatie en/of een prosociaal netwerk.

2 = Tussen 0 en 2.

3 = Patiënt liet zich deels negatief beïnvloeden door criminele of antisociale netwerkleden, patiënt liet zich ook deels positief beïnvloeden door prosociale netwerkleden.

4 = Tussen 2 en 4.

5 = Patiënt richtte zich voornamelijk op criminele of antisociale netwerkleden die zijn crimineel

Gedrag negatief beïnvloedden

FREQUENCIES VARIABLES= Netwerkinvloeden

/STATISTICS=STDDEV MINIMUM MAXIMUM MEAN

/HISTOGRAM NORMAL

/ORDER=ANALYSIS.

Statistics

Netwerkinvloeden_HO5

N	Valid	450
	Missing	0
Mean		4,0244
Std. Deviation		,95177
Minimum		1,00
Maximum		5,00

Netwerkinvloeden_HO5

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	17	3,8	3,8	3,8
	2,00	18	4,0	4,0	7,8
	3,00	42	9,3	9,3	17,1
	4,00	233	51,8	51,8	68,9
	5,00	140	31,1	31,1	100,0
	Total		450	100,0	100,0

IQ

Om het intelligentieniveau te meten is er gekeken naar de variabele: *IQ_categorie* met de volgende antwoordmogelijkheden:

1 = Zwakbegaafd IQ <80

2 = Laagbegaafd IQ 80-89

3 = Gemiddeld begaafd IQ 90-109

4 = Bovengemiddeld begaafd IQ 110-119

5 = Begaafd IQ 120-130

6 = Hoogbegaafd IQ > 130

```
FREQUENCIES VARIABLES=IQ_categorie
```

```
/STATISTICS=STDDEV MINIMUM MAXIMUM MEAN
```

```
/HISTOGRAM NORMAL
```

```
/ORDER=ANALYSIS.
```

Statistics

Intelligentie niveau gemeten via

N	Valid	417
	Missing	33
Mean		2,84
Std. Deviation		1,149
Minimum		1
Maximum		6

Intelligentie niveau gemeten via IQ

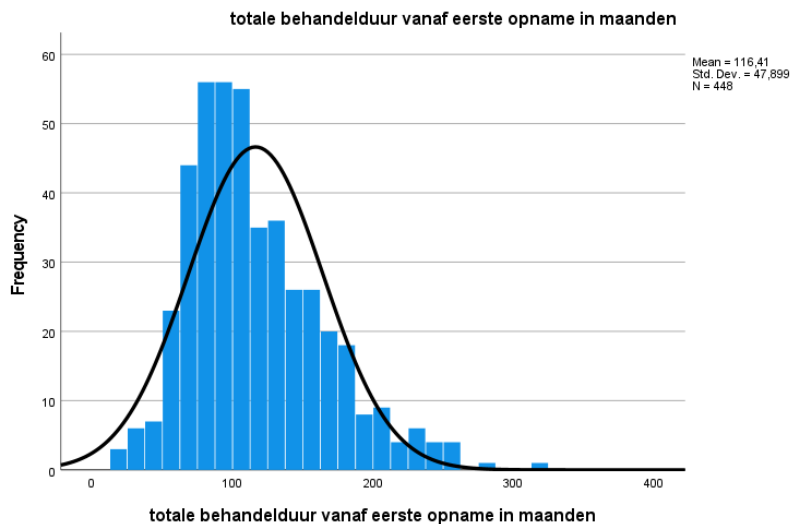
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Zwakbegaafd IQ < 80	61	13,6	14,6	14,6
	Laagbegaafd IQ 80 - 89	85	18,9	20,4	35,0
	Gemiddeld begaafd IQ 90 - 109	173	38,4	41,5	76,5
	Bovengemiddeld begaafd IQ 110 - 119	62	13,8	14,9	91,4
	Begaafd IQ 120 - 130	31	6,9	7,4	98,8
	Hoogbegaafd IQ > 130	5	1,1	1,2	100,0
	Total	417	92,7	100,0	
Missing	System	33	7,3		
Total		450	100,0		

Leeftijd afloop tbs

De leeftijd van de patiënt ten tijde van de afloop van de tbs-maatregel is berekend door de maanden van de behandelduur op te tellen bij de leeftijd die de patiënt had op het begin van zijn tbs-maatregel. Hiervoor zijn twee variabelen gebruikt:

- **Totale_behandelduur in maanden**

```
FREQUENCIES VARIABLES=Totale_behandelduur
/STATISTICS=STDDEV MINIMUM MAXIMUM MEAN
/HISTOGRAM NORMAL
/ORDER=ANALYSIS.
```



Statistics

totale behandelduur vanaf eerste

N	Valid	448
	Missing	2
Mean		116,41
Std. Deviation		47,899
Minimum		22
Maximum		314

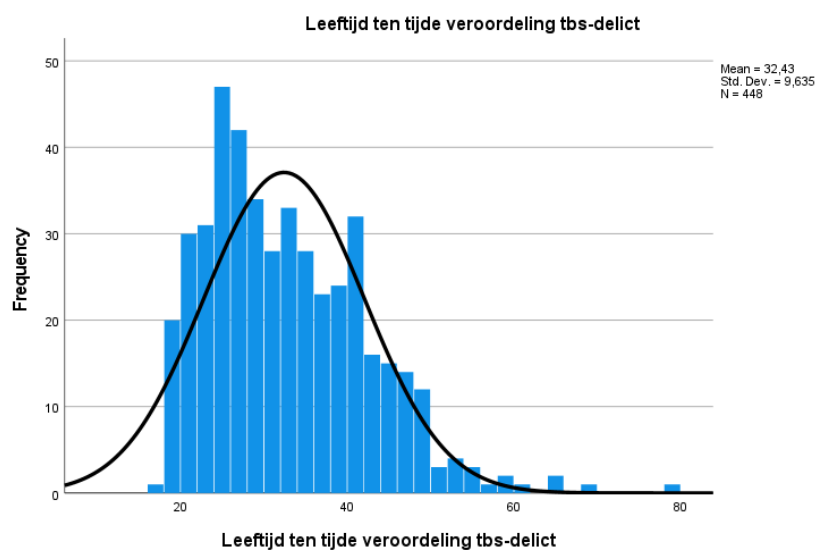
- Lft_veroordeling_tbsdelict in jaren

FREQUENCIES VARIABLES=LFT_veroordeling_tbsdelict

/STATISTICS=STDDEV MINIMUM MAXIMUM MEAN

/HISTOGRAM NORMAL

/ORDER=ANALYSIS.



Statistics

Leeftijd ten tijde veroordeling tbs

N	Valid	448
	Missing	2
Mean		32,43
Std. Deviation		9,635
Minimum		17
Maximum		79

Om de leeftijd ten tijde van afloop tbs te berekenen, is eerst de variabele behandelduur_in_jaren gemaakt, waarbij de totale behandelduur gedeeld is door 12:

```
COMPUTE Behandelduur_in_jaren=Totale_behandelduur / 12.  
EXECUTE.
```

Vervolgens is deze variabele opgeteld bij de variabele Lft_veroordeling_tbsdelict, waardoor de leeftijd ten tijde van afloop tbs berekend wordt.

De leeftijd waarop de patiënt de tbs-maatregel heeft afgerond wordt weergegeven met de ordinale variabele Leeftijd_afloop_tbs. Hierin worden de leeftijden weergegeven afgerond op 0 decimalen.

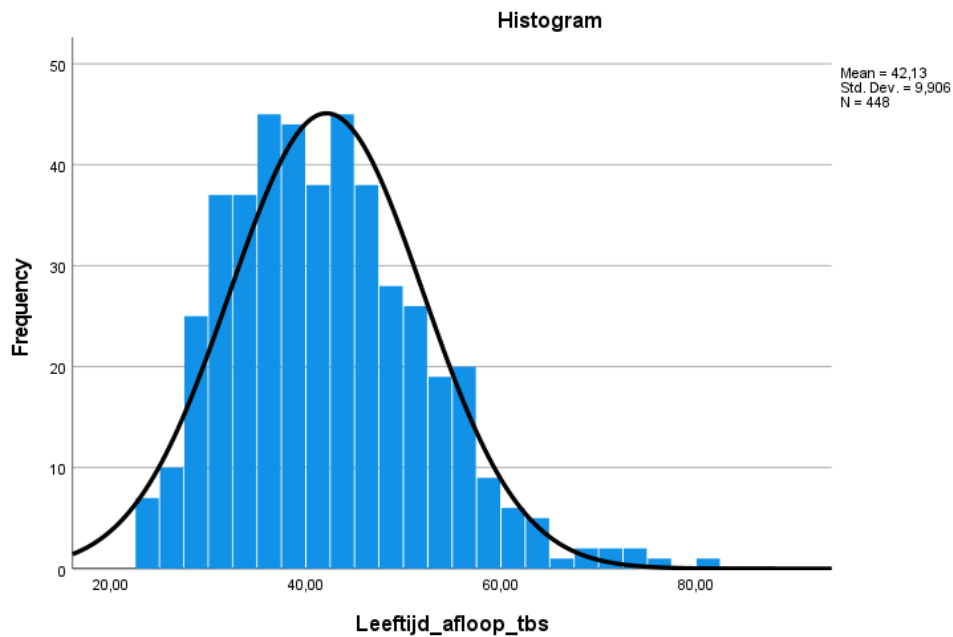
```
COMPUTE Leeftijd_afloop_tbs=Behandelduur_in_jaren + lft_veroordeling_tbsdelict.  
EXECUTE.
```

```
FREQUENCIES VARIABLES= Leeftijd_afloop_tbs  
/STATISTICS=STDDEV MINIMUM MAXIMUM MEAN  
/HISTOGRAM NORMAL  
/ORDER=ANALYSIS.
```

Statistics

Leeftijd_afloop_tbs

N	Valid	448
	Missing	2
Mean		42,1270
Std. Deviation		9,90559
Minimum		22,75
Maximum		81,00



Justitiële voorgeschiedenis

Om de justitiële voorgeschiedenis van de patiënt weer te geven is er gebruik gemaakt van de variabele: Justitiële voorgeschiedenis HKT-item H01 met de volgende antwoordmogelijkheden:

0 = De door de patiënt gepleegde delicten vallen binnen 1 categorie.

1= De door de patiënt gepleegde delicten vallen binnen 2 categorieën

2 = De door de patiënt gepleegde delicten vallen binnen 3 verschillende categorieën.

3 = De door de patiënt gepleegde delicten vallen binnen 4 verschillende categorieën.

4 = De door de patiënt gepleegde delicten vallen binnen 5 of meer verschillende categorieën

FREQUENCIES VARIABLES=H01

/STATISTICS=STDDEV MINIMUM MAXIMUM MEAN

/HISTOGRAM NORMAL

/ORDER=ANALYSIS.

Justitiële voorgeschiedenis HKT-item H01

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	79	17,6	17,6	17,6
	1	79	17,6	17,6	35,1
	2	73	16,2	16,2	51,3
	3	68	15,1	15,1	66,4
	4	151	33,6	33,6	100,0
	Total		450	100,0	100,0

Statistics

Justitiële voorgeschiedenis HKT

N	Valid	450
	Missing	0
Mean		2,30
Std. Deviation		1,513
Minimum		0
Maximum		4

In het codeboek van de dataset staat echter dat de antwoordmogelijkheden van 1 t/m 5 lopen, daarom zijn de antwoorden hercodeerd naar:

1 = De door de patiënt gepleegde delicten vallen binnen 1 categorie.

2 = De door de patiënt gepleegde delicten vallen binnen 2 categorieën

3 = De door de patiënt gepleegde delicten vallen binnen 3 verschillende categorieën.

4 = De door de patiënt gepleegde delicten vallen binnen 4 verschillende categorieën.

5 = De door de patiënt gepleegde delicten vallen binnen 5 of meer verschillende categorieën

Daarnaast is de naam van de variabele aangepast naar: Justitiële_vorgeschiedenis.

```
RECODE H01 (0=1) (1=2) (2=3) (3=4) (4=5) INTO Justitiële_vorgeschiedenis.
```

```
VARIABLE LABELS Justitiële_vorgeschiedenis 'Justitiële voorgeschiedenis H01-item'.
```

```
FREQUENCIES VARIABLES= Justitiële_vorgeschiedenis
```

```
/STATISTICS=STDDEV MINIMUM MAXIMUM MEAN
```

```
/HISTOGRAM NORMAL
```

```
/ORDER=ANALYSIS.
```

Statistics

Justitiële voorgeschiedenis H01

N	Valid	450
	Missing	0
Mean		3,2956
Std. Deviation		1,51289
Minimum		1,00
Maximum		5,00

Justitiële voorgeschiedenis H01-item

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,00	79	17,6	17,6	17,6
	2,00	79	17,6	17,6	35,1
	3,00	73	16,2	16,2	51,3
	4,00	68	15,1	15,1	66,4
	5,00	151	33,6	33,6	100,0
Total		450	100,0	100,0	

Missende waarden

In de onderstaande tabel is te zien dat de gebruikte variabelen niet veel missende waarden hebben. Het grootste aantal missende waarden is te zien bij het IQ. Van 33 patiënten is namelijk het IQ onbekend.

	Valide waarden (N)	Missende waarden (N)
Behandelsucces	448	2
Middelengebruik_Ouders	450	0
Netwerkinvloeden	450	0
Justitiële_Voorgeschiedenis	450	0
<i>IQ-categorie</i>	417	33
Leeftijd_afloop_tbs	448	2

Tabel 4: Missende waarden

10. Bijlage 2

Met behulp van de volgende SPSS uitvoeringen zijn de beschrijvende statistieken en de correlaties/associatiematen van de variabelen berekend:

Beschrijvende statistieken:

```
FREQUENCIES VARIABLES= Behandelsucces Middelengebruik_ouders Netwerkinvloeden  
Justitiële_voorgeschiedenis IQ_categorie Leeftijd_afloop_tbs  
/NTILES=4  
/STATISTICS=STDDEV MINIMUM MAXIMUM MEAN MEDIAN  
/ORDER=ANALYSIS.
```

		Behandelsucces	Middelengebruik_ouders	Netwerkinvloeden	Justitiële_voorgeschiedenis	IQ_categorie	Leeftijd_afloop_tbs
N	Valid	448,0	450,0	450,0	450,0	417,0	448,0
	Missing	2,0	,0	,0	,0	33,0	2,0
Mean		,821	,309	4,024	3,296	2,837	42,127
Median		1,000	,000	4,000	3,000	3,000	41,167
Std. Deviation		,3834	,4625	,9518	1,5129	1,1487	9,9056
Minimum		,0	,0	1,0	1,0	1,0	22,8
Maximum		1,0	1,0	5,0	5,0	6,0	81,0
Percentiles	25,0	1,000	,000	4,000	2,000	2,000	34,688
	50,0	1,000	,000	4,000	3,000	3,000	41,167
	75,0	1,000	1,000	5,000	5,000	3,000	47,979

Univariate statistieken:

CORRELATIONS

```
/VARIABLES=Behandelsucces Middelengebruik_ouders Netwerkinvloeden  
Justitiële_voorgeschiedenis  
Leeftijd_afloop_tbs IQ_categorie  
/PRINT=TWOTAIL NOSIG FULL  
/MISSING=PAIRWISE.
```

CROSSTABS

```
/TABLES=Behandelsucces BY Middelengebruik_ouders  
/FORMAT=AVALUE TABLES  
/STATISTICS=PHI  
/CELLS=COUNT  
/COUNT ROUND CELL.
```

Correlations

		Behandelsucces	Middelengebruik_ouders	Netwerkinvloeden	Justitiële_voorgeschiedenis	Leeftijd_afloop_tbs	IQ_categorie
Behandelsucces	Pearson Correlation	1	-,017	-,129**	-,229**	,113*	,020
	Sig. (2-tailed)		,718	,006	<,001	,017	,681
	N	448	448	448	448	448	415
Middelengebruik_ouders	Pearson Correlation	-,017	1	,135**	,121*	,010	-,051
	Sig. (2-tailed)	,718		,004	,010	,831	,301
	N	448	450	450	450	448	417
Netwerkinvloeden	Pearson Correlation	-,129**	,135**	1	,320**	,040	-,181**
	Sig. (2-tailed)	,006	,004		<,001	,395	<,001
	N	448	450	450	450	448	417
Justitiële_voorgeschiedenis	Pearson Correlation	-,229**	,121*	,320**	1	-,032	-,130**
	Sig. (2-tailed)	<,001	,010	<,001		,500	,008
	N	448	450	450	450	448	417
Leeftijd_afloop_tbs	Pearson Correlation	,113*	,010	,040	-,032	1	,000
	Sig. (2-tailed)	,017	,831	,395	,500		,995
	N	448	448	448	448	448	415
IQ_categorie	Pearson Correlation	,020	-,051	-,181**	-,130**	,000	1
	Sig. (2-tailed)	,681	,301	<,001	,008	,995	
	N	415	417	417	417	415	417

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Behandelsucces X Middelengebruik_ouders

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	-,017	,717
	Cramer's V	,017	,717
N of Valid Cases		448	

Missende waarden

Om te onderzoeken of de correlaties (te) veel verschillen tussen de dataset met en zonder missende waarden zijn ook de correlaties en associatiematen berekend in de dataset zonder missende waarden.

Zoals in onderstaande tabel te zien is, zijn de verschillen tussen de correlaties en associatiematen minuscuul. Hieruit kunnen we concluderen dat we de voor het berekenen van de associatiematen en de correlaties de missende waarden in de dataset kunnen laten.

Missende waarden uit dataset halen:

```
LOGISTIC REGRESSION VARIABLES Behandelsucces
/METHOD=ENTER Leeftijd_afloop_tbs Justitiële_voorgeschiedenis IQ_categorie
/METHOD=ENTER Middelengebruik_ouders Justitiële_voorgeschiedenis IQ_categorie Leeftijd_afloop_tbs
/METHOD=ENTER Middelengebruik_ouders Netwerkinvloeden Justitiële_voorgeschiedenis IQ_categorie
  Leeftijd_afloop_tbs
/SAVE=LEVER DFBETA RESID
/PRINT= CI(95) GOODFIT
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5).
```

```
*RES_1 hercoderen.
RECODE RES_1 (SYSMIS=0) (ELSE=1).
EXECUTE.
```

```
USE ALL.
COMPUTE filter_$=(RES_1 = 1).
VARIABLE LABELS filter_$ 'RES_1 = 1 (FILTER)'.
VALUE LABELS filter_$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.
FORMATS filter_$ (f1.0).
FILTER BY filter_$.
EXECUTE.
/COUNT ROUND CELL
```

Nogmaals correlaties en associatiematen berekenen ZONDER missende waarden.

```
CORRELATIONS
/VARIABLES=Behandelsucces Middelengebruik_ouders Netwerkinvloeden Justitiële_voorgeschiedenis
  Leeftijd_afloop_tbs IQ_categorie
/PRINT=TWOTAIL NOSIG FULL
/MISSING=PAIRWISE.
```

```
CROSSTABS
/TABLES=Behandelsucces BY Middelengebruik_ouders
/FORMAT=AVALUE TABLES
/STATISTICS=PHI
/CELLS=COUNT
/COUNT ROUND CELL.
```

Op de volgende pagina zijn de correlaties en associatiematen te zien vanuit de dataset met en van de dataset als zonder missende waarden te zien. Zoals te zien is in tabel 5, komen de correlaties/associatiematen bijna overeenkwamen in de dataset zonder als in de dataset met missende waarden. Daarom is er besloten om voor de correlaties en associatiematen de missende waarden in de dataset te laten.

		<i>Behandel- succes (nee = 0, ja =1)</i>	<i>Middelengebruik_ Ouders (nee=0, ja =1)</i>	<i>Netwerk invloeden</i>	<i>Justitiële voorgeschiedenis</i>	<i>IQ</i>	<i>Leeftijd ten tijde afloop tbs</i>
<i>Behandelsucces (nee=0, ja=1)</i>	<i>Correlatie</i>	X	0,020	-0,128	-0,233	0,020	0,107
	<i>Sig.</i>		0,683	0,009	<0,001	0,681	0,029
	<i>N</i>		415	415	415	415	415
<i>Middelgebruik_Ou- ders (nee=0, ja =1)</i>	<i>Correlatie</i>	0,017	X	0,134	0,114	-0,050	0,000
	<i>Sig.</i>	0,717		0,006	0,020	0,314	0,998
	<i>N</i>	448		415	415	415	415
<i>Netwerkinvloeden HKT-item H05</i>	<i>Correlatie</i>	-0,129	0,135	X	0,317	-0,181	0,049
	<i>Sig.</i>	0,006	0,004		<0,001	<0,001	0,324
	<i>N</i>	448	450		415	415	415
<i>Justitiële voorgeschiedenis</i>	<i>Correlatie</i>	-0,229	0,121	0,320	X	-0,132	-0,022
	<i>Sig.</i>	<0,001	0,010	<0,001		0,007	0,660
	<i>N</i>	448	450	450		415	415
<i>IQ</i>	<i>Correlatie</i>	0,020	-0,051	-0,181	-0,130	x	0,000
	<i>Sig.</i>	0,681	0,301	<0,001	0,008		0,995
	<i>N</i>	415	417	417	417		415
<i>Leeftijd ten tijde van ontslag tbs- maatregel</i>	<i>Correlatie</i>	0,113	0,010	0,040	-0,032	0,000	x
	<i>Sig.</i>	0,017	0,831	0,395	0,500	0,995	
	<i>N</i>	448	448	448	448	415	

Tabel 5: Correlaties en Associatiematen

Regressieanalyse

Syntax logistische regressie (Model 1,2 en 4):

```
LOGISTIC REGRESSION VARIABLES Behandelsucces  
/METHOD=ENTER Leeftijd_afloop_tbs Justitiële_voorgeschiedenis IQ_categorie  
/METHOD=ENTER Middelengebruik_ouders Justitiële_voorgeschiedenis IQ_categorie Leeftijd_afloop_tbs  
/METHOD=ENTER Middelengebruik_ouders Netwerkinvloeden Justitiële_voorgeschiedenis IQ_categorie  
Leeftijd_afloop_tbs  
/SAVE=LEVER DFBETA RESID  
/PRINT=GOODFIT  
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5).
```

Syntax Lineaire regressie (Model 3)

```
REGRESSION  
/MISSING LISTWISE  
/STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA  
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)  
/NOORIGIN  
/DEPENDENT Netwerkinvloeden  
/METHOD=ENTER Middelengebruik_ouders Justitiële_voorgeschiedenis Leeftijd_afloop_tbs  
IQ_categorie.
```

Model 1: Binaire logistische regressie met behandelsucces en de controlevariabelen

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	31,697	3	<,001
	Block	31,697	3	<,001
	Model	31,697	3	<,001

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	366,449 ^a	,074	,119

a. Estimation terminated at iteration number 5 because parameter estimates changed by less than ,001.

Hosmer and Lemeshow Test

Step	Chi-square	df	Sig.
1	6,834	8	,555

Contingency Table for Hosmer and Lemeshow Test

		0= nee, wel recidive 1= ja, geen recidive = ,00		0= nee, wel recidive 1= ja, geen recidive = 1,00		Total
		Observed	Expected	Observed	Expected	
Step 1	1	13	15,496	29	26,504	42
	2	16	13,265	26	28,735	42
	3	13	11,578	29	30,422	42
	4	8	9,716	34	32,284	42
	5	7	7,847	35	34,153	42
	6	7	6,204	35	35,796	42
	7	7	4,818	35	37,182	42
	8	1	3,634	41	38,366	42
	9	2	2,757	40	39,243	42
	10	3	1,685	34	35,315	37

Classification Table^a

Observed		Predicted		Percentage Correct
		0= nee, wel recidive 1= ja, geen recidive = ,00	1,00	
Step 1	0= nee, wel recidive 1= ja, geen recidive	,00	77	,0
		1,00	338	100,0
Overall Percentage				81,4

a. The cut value is ,500

Variables in the Equation

Step 1 ^a		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
	Leeftijd_afloop_tbs	,032	,014	4,975	1	,026	1,033	1,004	1,062
	Justitiële voorgeschiedenis H01-item	-,486	,102	22,686	1	<,001	,615	,504	,751
	Intelligentie niveau gemeten via IQ	-,033	,123	,073	1	,787	,967	,760	1,230
	Constant	2,005	,793	6,388	1	,011	7,428		

a. Variable(s) entered on step 1: Leeftijd_afloop_tbs, Justitiële voorgeschiedenis H01-item, Intelligentie niveau gemeten via IQ.

Model 2: Behandelsucces, Middelengebruik_ouders en controle variabelen

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	,012	1	,914
	Block	,012	1	,914
	Model	31,708	4	<,001

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	366,438 ^a	,074	,119

a. Estimation terminated at iteration number 5 because parameter estimates changed by less than ,001.

Hosmer and Lemeshow Test

Step	Chi-square	df	Sig.
1	6,237	8	,621

Contingency Table for Hosmer and Lemeshow Test

Step 1		0= nee, wel recidive 1= ja, geen recidive = ,00		0= nee, wel recidive 1= ja, geen recidive = 1,00		Total
		Observed	Expected	Observed	Expected	
		1	14	15,503	28	
	2	14	13,269	28	28,731	42
	3	14	11,566	28	30,434	42
	4	9	9,726	33	32,274	42
	5	6	7,833	36	34,167	42
	6	7	6,213	35	35,787	42
	7	7	4,808	35	37,192	42
	8	1	3,643	41	38,357	42
	9	2	2,756	40	39,244	42
	10	3	1,685	34	35,315	37

Classification Table^a

Observed		Predicted		Percentage Correct
		0= nee, wel recidive 1= ja, geen recidive ,00	0= nee, wel recidive 1= ja, geen recidive 1,00	
Step 1	0= nee, wel recidive 1= ja, geen recidive	,00	77	,0
		1,00	338	100,0
	Overall Percentage			81,4

a. The cut value is ,500

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 ^a								
Leeftijd_afloop_tbs	,032	,014	4,940	1	,026	1,033	1,004	1,062
Justitiële voorgeschiedenis H01-item	-,487	,103	22,528	1	<,001	,615	,503	,751
Intelligentie niveau gemeten via IQ	-,033	,123	,073	1	,787	,967	,761	1,231
0= Geen alcohol of drugs problematiek bij ouders, 1 = alcohol en/of drugsproblematiek bij ouders	,030	,280	,012	1	,914	1,031	,595	1,784
Constant	2,003	,794	6,367	1	,012	7,410		

a. Variable(s) entered on step 1: Leeftijd_afloop_tbs, Justitiële voorgeschiedenis H01-item, Intelligentie niveau gemeten via IQ, 0= Geen alcohol of drugs problematiek bij ouders, 1 = alcohol en/of drugsproblematiek bij ouders.

Model 3: Middelengebruik netwerkinvloeden en de controlevariabelen (lineaire regressie)

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,363 ^a	,132	,123	,88728

a. Predictors: (Constant), Intelligentie niveau gemeten via IQ, Leeftijd_afloop_tbs, 0= Geen alcohol of drugs problematiek bij ouders, 1 = alcohol en/of drugsproblematiek bij ouders, Justitiële voorgeschiedenis H01-item

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	49,067	4	12,267	15,582	<,001 ^b
	Residual	322,778	410	,787		
	Total	371,846	414			

a. Dependent Variable: Netwerkinvloeden_HO5

b. Predictors: (Constant), Intelligentie niveau gemeten via IQ, Leeftijd_afloop_tbs, 0= Geen alcohol of drugs problematiek bij ouders, 1 = alcohol en/of drugsproblematiek bij ouders, Justitiële voorgeschiedenis H01-item

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	3,464	,247		14,043	<,001
	0= Geen alcohol of drugs problematiek bij ouders, 1 = alcohol en/of drugsproblematiek bij ouders	,190	,094	,094	2,022	,044
	Justitiële voorgeschiedenis H01-item	,183	,029	,289	6,193	<,001
	Leeftijd_afloop_tbs	,005	,004	,055	1,192	,234
	Intelligentie niveau gemeten via IQ	-,114	,038	-,138	-2,980	,003

a. Dependent Variable: Netwerkinvloeden_H05

Model 4: Behandelsucces, netwerkinvloeden, Middelengebruik_ouders en controle variabelen

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	2,429	1	,119
	Block	2,429	1	,119
	Model	34,138	5	<,001

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	364,008 ^a	,079	,128

a. Estimation terminated at iteration number 5 because parameter estimates changed by less than ,001.

Hosmer and Lemeshow Test

Step	Chi-square	df	Sig.
1	15,448	8	,051

Contingency Table for Hosmer and Lemeshow Test

		0= nee, wel recidive 1= ja, geen recidive = ,00		0= nee, wel recidive 1= ja, geen recidive = 1,00		Total
		Observed	Expected	Observed	Expected	
Step 1	1	16	16,134	26	25,866	42
	2	16	13,082	26	28,918	42
	3	9	11,437	33	30,563	42
	4	12	9,720	30	32,280	42
	5	7	8,047	35	33,953	42
	6	3	6,256	39	35,744	42
	7	8	4,700	34	37,300	42
	8	1	3,574	41	38,426	42
	9	1	2,672	41	39,328	42
	10	4	1,379	33	35,621	37

Classification Table^a

Observed		Predicted		Percentage Correct	
		0= nee, wel recidive 1= ja, geen recidive = ,00	1,00		
Step 1	0= nee, wel recidive 1= ja, geen recidive	,00	1	76	1,3
		1,00	0	338	100,0
Overall Percentage					81,7

a. The cut value is ,500

Variables in the Equation

Step 1 ^a		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
								Lower	Upper
	Leeftijd_afloop_tbs	,033	,014	5,273	1	,022	1,034	1,005	1,063
	Justitiële voorgeschiedenis H01-item	-,454	,105	18,537	1	<,001	,635	,517	,781
	Intelligentie niveau gemeten via IQ	-,067	,125	,291	1	,590	,935	,732	1,194
	0= Geen alcohol of drugs problematiek bij ouders, 1 = alcohol en/of drugsproblematiek bij ouders	,080	,283	,081	1	,776	1,084	,623	1,886
	Netwerkinvloeden_HO5	-,260	,172	2,272	1	,132	,771	,550	1,081
	Constant	2,999	1,045	8,238	1	,004	20,068		

a. Variable(s) entered on step 1: Leeftijd_afloop_tbs, Justitiële voorgeschiedenis H01-item, Intelligentie niveau gemeten via IQ, 0= Geen alcohol of drugs problematiek bij ouders, 1 = alcohol en/of drugsproblematiek bij ouders, Netwerkinvloeden_HO5.

11. Bijlage 3

Multicollineariteit

REGRESSION

/MISSING LISTWISE

/STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA COLLIN TOL

/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)

/NOORIGIN

/DEPENDENT Behandelsucces

/METHOD=ENTER Middelengebruik_ouders Netwerkinvloeden

Leeftijd_afloop_tbs Justitiële_voorgeschiedenis IQ_categorie.

		Coefficients ^a						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	,960	,127		7,530	<,001		
	0= Geen alcohol of drugs problematiek bij ouders, 1 = alcohol en/of drugsproblematiek bij ouders	,011	,040	,014	,281	,779	,976	1,025
	Netwerkinvloeden_HO5	-,028	,021	-,067	-1,320	,187	,868	1,152
	Leeftijd_afloop_tbs	,004	,002	,106	2,218	,027	,996	1,004
	Justitiële voorgeschiedenis H01-item	-,058	,013	-,224	-4,439	<,001	,888	1,127
	Intelligentie niveau gemeten via IQ	-,007	,016	-,021	-,429	,668	,961	1,041

a. Dependent Variable: 0= nee, wel recidive 1= ja, geen recidive

In een logistische regressie wordt er gekeken naar multicollineariteit aan de hand van de VIF-scores. Dit is de samenhang tussen de onafhankelijke variabelen. In onderstaande tabel zijn de VIF-scores te zien. Hoe hoger de VIF-scores, hoe meer samenhang er is tussen de onafhankelijke variabelen. Zoals in onderstaande tabel te zien is, is geen enkele VIF-score hoger dan 1,2 en de vuistregel voor de VIF is lager dan 2. Hierdoor mogen we dus concluderen dat er geen tot weinig samenhang is tussen de variabelen in het eindmodel.

Variabelen	VIF-score
Middelengebruik_Ouders	1,025
Netwerkinvloeden	1,152
Leeftijd_afloop_tbs	1,004
Justitiële voorgeschiedenis	1,127
IQ	1,041

Tabel 6: VIF-scores

Uitbijters en invloedrijke punten

```
LOGISTIC REGRESSION VARIABLES Behandelsucces
/METHOD=ENTER Leeftijd_afloop_tbs Justitiële_voorgeschiedenis IQ_categorie
/METHOD=ENTER Middelengebruik_ouders Justitiële_voorgeschiedenis IQ_categorie
Leeftijd_afloop_tbs
/METHOD=ENTER Middelengebruik_ouders Netwerkinvloeden Justitiële_voorgeschiedenis
IQ_categorie
Leeftijd_afloop_tbs
/SAVE=LEVER DFBETA RESID
/PRINT=GOODFIT
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5).
```

Leverage:

Om de uitbijters en invloedrijke punten te kunnen detecteren in een logistische regressie wordt er gekeken naar de Leverage score. De Leverage score kijkt naar een uitbijter in de y richting.

Wanneer, volgens de formule, wordt bepaald wanneer de Leverage-score wijst op een uitbijter is er in deze dataset sprake van een uitbijter bij een score van $0,04((3*6)/450)$. In de tabel hieronder zijn de casussen te zien die een hogere Leverage score hebben dan 0,04.

Tabel 7: Leverage scores

Casusnummers	Leverage-score
108,00	0,06524
244,00	0,05133

Om het effect van deze uitbijters te schatten wordt de logistische regressie analyse nogmaals uitgevoerd zonder deze twee casussen. In de onderstaande tabel zijn deze resultaten te zien.

```
DATASET ACTIVATE DataSet1.
```

```
USE ALL.
```

```
COMPUTE filter_$=(LEV_1 < 0.027).
```

```
VARIABLE LABELS filter_$ 'LEV_1 <= 0.027 (FILTER)'.

```

```
VALUE LABELS filter_$ 0 'Not Selected' 1 'Selected'.

```

```
FORMATS filter_$ (f1.0).

```

```
FILTER BY filter_$.

```

```
EXECUTE.
```

```
LOGISTIC REGRESSION VARIABLES Behandelsucces
```

```
  /METHOD=ENTER Leeftijd_afloop_tbs Justitiële_voorgeschiedenis IQ_categorie
```

```
  /METHOD=ENTER Middelengebruik_ouders Justitiële_voorgeschiedenis IQ_categorie
```

```
Leeftijd_afloop_tbs
```

```
  /METHOD=ENTER Middelengebruik_ouders Netwerkinvloeden Justitiële_voorgeschiedenis
```

```
IQ_categorie
```

```
  Leeftijd_afloop_tbs
```

```
  /SAVE=LEVER DFBETA RESID
```

```
  /PRINT= CI(95) GOODFIT
```

```
  /CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10) ITERATE(20) CUT(.5).
```

```
REGRESSION
```

```
  /MISSING LISTWISE
```

```
  /STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA
```

```
  /CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)
```

```
  /NOORIGIN
```

```
  /DEPENDENT Netwerkinvloeden
```

```
  /METHOD=ENTER Middelengebruik_ouders Justitiële_voorgeschiedenis Leeftijd_afloop_tbs
```

```
IQ_categorie.
```

Variabele	Model 1a		Model 2a		Model 3b			Model 4a		VIF
	Odds-ratio	BHI	Odds-ratio	BHI	B	SE	P	Odds-ratio	BHI	
Constante	7,750	X	7,730	X	3,405	0,240	<0,001	17,696	X	X
Middelengebruik_Ouders_	X	X	1,028	0,593 – 1,782	0,202	0,092	0,804	1,075	0,617 – 1,872	1,026
Netwerkinvloeden	X	X	X	X	X	X	0,292	0,802	0,565 – 1,137	1,172
Leeftijd_afloop_tbs	1,033	1,004 – 1,063	1,033	1,004 – 1,063	0,005	0,004	0,027	1,034	1,005 – 1,063	1,003
Justitiële_voor-geschiedenis	0,610	0,499 – 0,745	0,609	0,593 – 1,782	0,196	0,029	<0,001	0,629	0,511 – 0,775	1,149
IQ	0,954	0,749 – 1,215	0,954	0,749 – 1,215	-0,098	0,037	0,640	0,932	0,730 – 1,189	1,038
Deviance	364,766		364,756		X			363,136		X
Omnibus test	32,557 (<0,001)		0,010 (0,921)		X			1,620 (0,203)		X
Chi square Step										
Hosmer-Lemeshow	3,472 (0,301)		5,145 (0,742)		X			19,126 (0,014)		X

Tabel 8: Resultaten van de stapsgewijze regressieanalyse zonder uitjitters met het behandelingsucces als afhankelijke variabele, Middelengebruik_Ouders als onafhankelijke variabele en de netwerkinvloeden als mediatievariabele.

a=afhankelijke variabele: Behandelingsucces, b= afhankelijke variabele: Netwerkinvloeden

In de tabel is te zien dat er geen grote verschillen in effecten zijn in vergelijking met de regressie met de twee uitbijters. Het enige grotere verschil is dat zonder de uitbijters model 4 volgens de Hosmer-Lemeshow significant is. Dit betekent dat model 4 zonder uitbijters minder goed bij de data passen. Volgens de Deviance en de Omnibus Test is model 4 echter nog wel steeds het model die het beste bij de data past. Daarnaast zijn de twee uitbijters geen foute gegevens / casussen, waardoor de gegevens wel betrouwbaar geacht kunnen worden. Op basis hiervan wordt er daarom besloten om de uitbijters wel in de dataset te houden.

12. Bijlage 4

Met deze bijlagen wil ik u laten weten dat ik ChatGPT heb gebruikt tijdens het schrijven van mijn Bachelorwerkstuk. Ik heb ChatGPT voor twee verschillende dingen gebruikt.

Ten eerste heb ik ChatGPT voor extra inspiratie tijdens de brainstormsessie voor mijn inleiding en mijn theoretisch kader gebruikt. Hierbij wil ik direct vermelden dat ik nooit de output van ChatGPT heb overgenomen in mijn Bachelorwerkstuk. Ik heb deze output puur gebruikt om specifieker naar de goede literatuur te kunnen zoeken.

Daarnaast heb ik ChatGPT in de afrondingsfase van het Bachelorwerkstuk gebruikt als extra controle op spelling, grammatica en zinsopbouw. Als ik bijvoorbeeld niet wist of een woord met een d of t eindigde, heb ik dit gevraagd aan ChatGPT.

Zoals hierboven genoemd, heb ik nooit de output van ChatGPT overgenomen en heb ik altijd verdere research gedaan om mijn argumenten te onderbouwen met goede literatuur. Zo heb ik bijvoorbeeld aan ChatGPT gevraagd wat de eventuele gevolgen van een verslaving zouden kunnen zijn. ChatGPT antwoordde hierop dat een verslaving onder andere gevolgen zou kunnen hebben op het ontwikkelen van crimineel gedrag, omdat je door een verslaving sneller betrokken bent bij bijvoorbeeld illegale activiteiten. Ik ben daarom verder gaan zoeken in de literatuur om te kijken of dit effect van verslaving daadwerkelijk plaatsvindt. Uit de literatuur bleek dit verband aanwezig te zijn, waardoor ik dit effect op basis van de wetenschappelijke literatuur (Hammink et al., 2012, Trimbos instituut, z.d.) in mijn Bachelorwerkstuk heb verwerkt.

Ten tweede heb ik bijvoorbeeld aan ChatGPT gevraagd welke behandelingen er allemaal in de Tbs-klinieken worden gegeven, zodat ik voor mijzelf hierin een overzicht had. ChatGPT meldde echter dat er in de klinieken veel gebruik wordt gemaakt van de Multi Systematische therapie (MST). In de wetenschappelijke literatuur kon ik hier echter geen bewijs voor vinden. Op basis hiervan heb ik besloten om deze informatie niet te gebruiken voor mijn scriptie.

Daarom ben ik van mening dat ik, door het nachecken en verder onderzoeken van de ChatGPT output, mijn verantwoordelijkheid als waarheidszoeker heb genomen en ik altijd mijn academische integriteit heb bewaard.

Als ik reflecteer op mijn gebruik van ChatGPT concludeer ik dat ChatGPT mij heeft geholpen op de momenten dat ik niet uit mijn argumentatie kwam. Door een vraag te stellen aan ChatGPT kreeg ik opnieuw inspiratie, waardoor ik weer beter en specifieker onderzoek kon gaan literatuur en mijn argumentatie kon verbeteren. Ik heb ChatGPT echter nooit gezien als “vervanger van mijn eigen hersens”, waardoor ik verwacht dat het gebruik van ChatGPT geen invloed heeft gehad op mijn leerproces.