
AMBULANTE DWANGBEHANDELING VAN SEKSUELE MISBRUIKERS

Paul Cosyns¹ en Dirk De Doncker²

1. Ten geleide

Het behandelen van plegers van seksuele geweldsdelicten is geen nieuwe ontwikkeling (MARSHALL et al., 1990)³, maar de ambulante behandeling is dat relatief gezien wel, zowel in ons land als elders in Europa of Noord-Amerika. Heel wat behandelingsprogramma's werden beschreven voor de intrapenitentiaire behandeling van seksuele geweldplegers met al dan niet een voortgezette behandeling na ontslag uit de gevangenis (MALTETZKY, 1991; PENDERGAST, 1991).⁴ Een behandelingsmodel uitsluitend gericht naar de ambulante behandeling van deze doelgroep blijft een originele onderneming.

Het Universitair Forensisch Centrum te Antwerpen startte in 1993 met een gespecialiseerde consultatie voor diagnose en behandeling van parafiele stoornissen. Gedurende de eerste 24 maanden werden 152 consecutieve cliënten onderzocht in het UFC. Deze bijdrage is de weerspiegeling van de ervaring opgedaan door het behandelteam met deze specifieke cliëntengroep.

Het probleem van de gedwongen behandeling is beslist in België aan de orde van de dag voor seksuele misbruikers die in aanraking kwamen met het strafrecht. De wet van 13 april 1995 'betreffende seksueel misbruik ten aanzien van minderjarigen' stelt nieuwe eisen met betrekking tot de voorwaardelijke invrijheidstelling van veroordeelde delinquenten voor misdrijven van pedoseksuele aard (PREUMONT, 1995 a; 1995 b).⁵ Artikel 7 vereist het advies van een dienst die gespecialiseerd is in de begeleiding of de behandeling van seksuele delinquenten. Artikel 8 gaat nog een stap verder in de richting van dwangbehandeling door te eisen dat (1) aan de invrijheidstelling de voorwaarde moet worden verbonden van het volgen van een begeleiding of een behandeling en (2) de nadere regels met betrekking tot die begeleiding of behandeling en de duur ervan bepaald worden in de beslissing tot invrijheidstelling. Ook voor geïnterneerden wegens pedoseksuele handelingen

1. Hoogleraar Psychiatrie Universiteit Antwerpen en Forensische Psychiatrie Vrije Universiteit Brussel.

2. Klinisch psycholoog, Dienst Psychiatrie, Universitair Ziekenhuis Antwerpen.

3. MARSHALL, W.L., LAWS, D.R. & BARBAREE, H.E., (Eds.), (1990), *Handbook of sexual assault: Issues, theories and treatment of the offender*, New York: Plenum Press.

4. MALETZKY, B.M., (1991), *Treating the sexual offender*, London: Sage Publications.

PRENDERGAST, W.E., (1991), *Treating sex offenders in correctional institutions and outpatients clinics*, London: Haworth Press.

5. PREUMONT, M., (1995a), 'Evolution et réforme en droit pénal des mœurs: trois nouvelles législations (première partie)', *Journal des Procès*, 285, 6-12.

PREUMONT, M., (1995b), 'Evolution et réforme en droit pénal des mœurs: trois nouvelles législations (deuxième partie)', *Journal des Procès*, 286, 10-12.

wordt een advies van een gespecialiseerde dienst vereist (art. 8 W. 13 april 1995). Bovendien kan de Commissie tot Bescherming van de Maatschappij bijkomende verboden opleggen zoals (1) het deelnemen aan onderwijs in een instelling die minderjarigen opvangt en (2) het deel uitmaken, in welke hoedanigheid ook, van een groep waarvan de activiteit in hoofdzaak op minderjarigen is gericht.

De wijze waarop deze wet geïnterpreteerd zal worden, ligt nog niet vast. Wie kan het bedoeld advies vragen? Welke zijn de criteria voor een 'gespecialiseerd centrum'? Wat over de inhoud van het advies? Zal eenzelfde procedure gevolgd worden voor verkrachters van volwassen personen? Is het huidig hulpverleningsaanbod voor de opgedrongen behandeling of begeleiding voorhanden in onze gezondheidssector? Deze evolutie toont duidelijk aan dat deze problematiek van gedwongen behandeling van seksuele misbruikers in België een belangrijke ontwikkeling gaat kennen.

2. Socioculturele context

Seksueel geweld en seksueel misbruik vertegenwoordigen een ernstig maatschappelijk probleem wegens de pijnlijke gevolgen die seksuele misbruikers verwekken bij hun slachtoffers. De huidige belangstelling voor deze thema's kan niet los gezien worden van de maatschappelijke en culturele evolutie die zich sinds de vroege tachtiger jaren heeft voorgedaan. Binnen deze evolutie dienen vooral onderstaande drie sleutelfactoren in het daglicht geplaatst te worden.

1. Rond het begin van de jaren '80 staakten de pedofiele activisten hun poging om pedofilie niet langer als een psychiatrische stoornis te aanzien, doch veeleer als een valabel alternatief van seksualiteitsbeleving, die geen schadelijke gevolgen heeft voor de betrokken kinderen. Voorheen werden ze in hun pogingen onder andere gestimuleerd door het succes van homoseksuele activisten, die ertoe bijgedragen hebben dat de American Psychiatric Association in 1973 besloot homoseksualiteit niet langer als een psychopathologische diagnose te weerhouden.

2. In de loop van de jaren '80 werd steeds meer wetenschappelijke evidentie gevonden voor het feit dat seksueel misbruik van kinderen zowel op korte als op lange termijn ernstige psychopathologische effecten kan hebben (FINKELHOR et al., 1986; SHELDRIK, 1991)⁶.

3. De publieke opinie begon zich in toenemende mate zorgen te maken over het lot van slachtoffers van crimineel geweld in het algemeen en van kinderen en vrouwen als belangrijkste slachtoffers van mannelijke seksuele misbruikers in het bijzonder. Tevens werd een meer passende slachtofferbenadering en aanpak van de kant van de medische en gerechtelijke instanties geëist en werd gepleit voor een hardere aanpak van seksuele misbruikers.

6. FINKELHOR, D., et al., (1986), *A sourcebook on child sexual abuse*, London: Sage Publications.
SHELDRIK, G., (1991), 'Adult sequelae of child sexual abuse', *British Journal of Psychiatry*, 158 (suppl. 10), 55-62.

Deze evolutie versterkte de zienswijze van feministen, die seksueel geweld en seksueel misbruik aanzien als een uiting van mannelijke macht en als een middel tot overheersing over en onderdrukking van de vrouw.

Ingevolge de grotere gevraagde aandacht voor slachtoffers van seksueel geweld nam Minister Miet SMET, sinds 1985 Minister van Gelijke-Kansen-beleid, verschillende initiatieven met betrekking tot preventie, detectie en aanpak van slachtoffers van seksuele agressie, zoals bijvoorbeeld de 'kit seksuele agressie' voor geneesheren in spoedgevallendiensten, de 'traumakamer' in politiekantoren en de telefoonlijn voor gevallen van ongewenste seksuele intimiteiten op het werk. Deze evolutie leidde eveneens tot de nieuwe wet op de verkrachting van 4 juli 1989. In deze wet wordt het begrip 'verkrachting' zeer ruim opgevat als elke daad van penetratie van welke aard en met welk middel ook, gepleegd op een persoon die daar niet in toestemt (HUTSEBAUT, 1990).⁷ Tevens werden zwaardere straffen voorzien in geval van verkrachting.

Deze nieuwe juridische definitie van het misdrijf verkrachting heeft het aantal correctionele veroordelingen hiervoor doen toenemen. Inderdaad vertegenwoordigde verkrachting tijdens de periode 1984-87 15% van alle veroordelingen wegens een seksueel misdrijf. Tijdens de jaren 1989-91 steeg het aandeel van verkrachting tot 30% van alle seksuele misdrijven, en dit niettegenstaande zich na 1989 een globale daling met 9,5% van het totaal aantal veroordelingen wegens een seksueel misdrijf voordeed (NIS, 1989, 1990, 1992, 1993, 1994).⁸

Parallel met de wetgevende initiatieven met betrekking tot seksuele delinquenten werd in de jaren '90 ook een toenemende bezorgdheid waargenomen voor de behandeling van deze personen, en dan zeker vooral van diegenen die feiten van pedoseksuele aard gepleegd hadden.

Belangstelling voor de behandeling van seksuele misbruikers komt zeker niet van de kant van de publieke opinie. Zij wordt echter wel gedeeld door (1) de gerechtelijke instanties die uit ervaring weten dat het bestraffen alleen niet helpt om de hoge recidivecijfers van seksuele misbruikers te verminderen en die daarenboven geconfronteerd worden met een toenemend aantal opgesloten seksuele misbruikers in de reeds overbevolkte gevangenissen en (2) mensen die de feministische benadering aankleven en het belang inzien van de zogenaamde 'tertiaire preventie' (of slachtofferpreventie). Als rationale voor dit type van preventie wordt weerhouden dat geïdentificeerde seksuele misbruikers in de regel nieuwe slachtoffers maken. Indien via een aangepaste behandeling echter een terugval effectief kan voorkomen worden, is het verstandig hen te behandelen met het oog op het vermijden dat nieuwe slachtoffers zouden vallen.

In de context van deze socioculturele evolutie heeft Minister Miet SMET het initiatief genomen om onderzoeksprojecten te financieren die de bedoeling hadden de mogelijkheden te onderzoeken van een specifieke ambulante en intrapenitentiaire behandeling van seksuele misbruikers. Bij deze projecten die essentieel de bedoeling hadden om een behandelingsmodel, gericht op het voorkomen van terugval, te

7. HUTSEBAUT, F., (1990), 'De nieuwe wetgeving op de verkrachting', *Panopticon*, 11, (1), 32-54.

8. Nationaal Instituut voor de Statistiek (jaren 1989, 1990, 1992, 1993 en 1994): Brussel. Ministerie van Economische Zaken.

ontwikkelen werden twee centra betrokken, het CRASC (Centre de Recherche-Action en Sekuo-Criminologie) te Brussel en het UFC (Universitair Forensisch Centrum) te Antwerpen. Dit initiatief werd nadien verdergezet door de Justitieministers M. WATHELET en S. DE CLERK.

3. Wie zijn die seksuele misbruikers?

Een overzicht van de internationale literatuur leert dat er geen betrouwbare gegevens beschikbaar zijn over de prevalentie (het voorkomen van een bepaald verschijnsel op een bepaald ogenblik in de tijd) en de incidentie (het aantal nieuwe gevallen over een bepaalde tijdsperiode) van seksueel misbruik. Rechtstreekse metingen van het fenomeen blijken onmogelijk te zijn zodat men aangewezen is op onrechtstreekse metingen zoals politionele cijfers of gegevens bekomen via slachtofferenquêtes.

Politionele gegevens (VAN KERCKVOORDE, 1994; VANDERWAEREN, 1995)⁹ leren ons dat de cijfers met betrekking tot seksueel misbruik voor de jaren 1990-1992 vrij stabiel zijn. Voor deze jaren werden jaarlijks gemiddeld 2.024 gevallen geregistreerd (gemiddeld 1.220 gevallen van aanranding der eerbaarheid en 804 gevallen van verkrachting) met een gemiddelde ophelderingsgraad van 65% (55% voor aanrandingen der eerbaarheid en 81% voor verkrachtingen).

De slachtoffers van deze seksuele misbruiken waren in 80% à 90% der gevallen vrouwen; 50% van de vrouwelijke en 80% van de mannelijke slachtoffers was minderjarig. De daders waren in alle gevallen mannen en overwegend (in 87% van de gevallen) volwassenen.

Via slachtofferbevraging werd in een onderzoek van BRUYNOOGHE, et al. (1991)¹⁰ bij een representatieve steekproef van 20- tot 40-jarige vrouwen een incidentie vastgesteld van 33% ongewenste seksuele contacten voor de leeftijd van 16 jaar. In Nederland werd een vergelijkbaar onderzoek verricht door DRAIJER (1988)¹¹ die een representatieve steekproef van 1054 volwassen vrouwen interviewde met betrekking tot seksueel geweld. Het is opvallend dat zij komt tot een vergelijkbaar percentage van 34% ongewenste seksuele contacten voor de leeftijd van 16 jaar.

Op basis van de geregistreerde kenmerken van de eerste 100 seksuele misbruikers die zich consecutief op de ambulante consultatie van het UFC aangeboden hebben, kunnen volgende gegevens vermeld worden. Voornamelijk 3 categorieën van sek-

9. VAN KERCKVOORDE, J., (1994), 'Overheidsinformatie over criminaliteit, criminaliteitsbeheersing en de bredere veiligheidsthematiek VI', *Panopticon*, 15 (2), 158-178.

VANDERWAEREN, L., (1995), 'Overheidsinformatie over criminaliteit, criminaliteitsbeheersing en de bredere veiligheidsthematiek VII', *Panopticon*, 16 (2), 129-152.

10. BRUYNOOGHE, R., CARMEN, I., HINNEKINT, B., HUTSEBAUT, F. & VANSTEENWEGEN, A. (1991), 'Violence physique et sexuelle à l'égard des femmes. Situation en Belgique 1991', in L. VAN VELDHoven & D. EVERS (Red.), *Première Conférence des Ministres Européens sur la violence physique et sexuelle à l'égard des femmes*, Bruxelles: Inbel.

11. DRAIJER, N., (1988), *Seksueel misbruik van meisjes door verwanten*, Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

suele misbruikers worden verwezen, namelijk personen die pedoseksuele activiteiten gepleegd hebben (66%), exhibitionisten (17%) en verkrachters (7%). De gemiddelde leeftijd bedraagt 35% (min. 16 jaar, max. 61 jaar). Voor de groep cliënten opgenomen in het behandelingsprogramma, werd gemiddeld een intelligentiequotiënt van 113 (± 16) vastgesteld.

De cliënten worden voor ambulante behandeling verwezen door justitiële instanties (51%) en door de gezondheidssector (25%, voornamelijk psychiaters en vertrouwensartscentra), terwijl 24% op eigen initiatief contact neemt. De belangrijkste justitiële verwijzers zijn de volgende: leden van probatiecommissies (41%), onderzoeksrechters (19%), advocaten (16%) en de Commissies tot Bescherming van de Maatschappij (9%).

4. Seksuele misbruikers: zowel cliënt van justitie als volksgezondheid

De meeste verwezen seksuele misbruikers behoren zowel tot het justitieel als het gezondheidssysteem en komen bijgevolg zowel in aanmerking voor straf als behandeling of een combinatie van beide. Bijgevolg moeten therapeuten die zich engageren in de behandeling van seksuele misbruikers een 'deal' maken met de justitiële verwijzers. De therapeut-cliënt relatie is niet zoals gebruikelijk in de gezondheidszorg beperkt tussen deze 2 termen van de relatie. Er is steeds een derde aanwezig in de therapie, namelijk de justitiële verwijzer die de therapie oplegt en waarvan geen abstractie kan gemaakt worden tijdens de behandeling.

Hulpverleners uit de medische discipline staan weigerachtig tegenover werk in een domein waar intrusie van het gerechtelijk apparaat onvermijdelijk is. Dit kan één van de redenen zijn waarom in de medische literatuur zo weinig aandacht besteed wordt aan parafiele patiënten. De strafwet legt de nadruk op de bescherming van de maatschappij, op sociale deviantie en beoogt door middel van controle en straf de reïntegratie van delinquenten in de maatschappij. Hulpverleners zijn geïnteresseerd in psychopathologie (en niet in de eerste plaats in sociale deviantie, die in feite buiten het bereik van hun deskundigheid valt) en in het behandelen van mensen met de bedoeling hun welzijn en peil van geestelijke gezondheid te bevorderen. De strafwet hanteert een publiek tegensprekelijk paradigma, terwijl hulpverleners gebruik maken van een vertrouwelijk samenwerkingsverband (of therapeutische alliantie) met hun cliënten (COSYNS, 1995).¹² De beide partijen beogen volledig verschillende doelstellingen en functies, hetgeen een zekere mate van spanning uitlokt indien ze elkaar ontmoeten. Deze situatie is echter gezond in een democratische maatschappij en het strafrechtstelsel moet als strafrechtstelsel niet overgaan tot het 'behandelen' van mensen, net zomin het de bedoeling is dat hulpverleners mensen zouden gaan 'controleren'. Een dergelijke rolverwarring zet zonder meer de deuren wijd open voor misbruiken. Desalniettemin is er een samenwerkingsverband nodig tussen de twee systemen, hetgeen impliceert dat dezelfde doelstellingen nagestreefd worden en dat bruggen geslagen worden met het oog op een betere communicatie tussen de beide partijen.

12. COSYNS, P., (1995), 'Themis en aesculapius. Beginselen van een gedwongen huwelijk', in P. COSYNS & J. CASSELMAN (Red.), Leuven: *Gerechtelijke Psychiatrie*, Garant, pp. 21-37. Apeldoorn: Garant.

Gerechtelijke instanties en hulpverleners zijn het er over eens dat de doelstellingen van behandeling zijn: (1) het voorkomen van recidive van seksuele geweldpleging, (2) niet een genezing van de dader maar controle om het risico op herval te verminderen en (3) de aanvaarding door de dader van de volledige verantwoordelijkheid voor zijn deviant seksueel gedrag. Verder bestaat er consensus over het feit dat straffen alleen niet helpt om recidive te voorkomen en dat een behandeling nuttig kan zijn.

Het is nodig dat bruggen geslagen worden tussen de twee partijen in een klimaat van vertrouwen en respect voor elkaars rol in de samenleving. Gewoonlijk staat het hulpverleningscircuit nogal achterdochtig ten overstaan van het gerechtelijk apparaat (HAVEMAN & STAFFELEU, 1990)¹³ en dit dient zeker ondervangen te worden. Vooraleer het project in Antwerpen op te starten werd veel tijd gependeed aan het contacteren van magistraten, te beginnen met de hoogsten in rang, om hen uit te leggen wat we van plan waren met hun cliënten. Een sfeer van vertrouwen is een noodzakelijke voorwaarde om gerechtelijke instanties ertoe te bewegen uittrekfels uit het gerechtelijk dossier – die handelen over de feitelijke gebeurtenissen – ter beschikking te stellen, zodat de dader in een bepaalde fase van de therapie met dit materiaal geconfronteerd kan worden. Respect voor elkaars rol in de samenleving houdt in dat een therapeut een therapeut moet blijven en geen nieuw instrument van sociale controle mag worden. De voornaamste functie van een aanklager is de maatschappij te beschermen en niet mensen te behandelen. Het samenwerkingsverband kan slechts succesrijk zijn indien werkend aan eenzelfde geval, elke partij meer succesrijk kan zijn in het vervullen van zijn specifieke sociale rol.

Deze kwestie is belangrijk in België. De impuls voor de behandeling van plegers van seksueel geweld werd hier gegeven door een minister die helemaal niet betrokken was bij justitiële materies of problemen in verband met de volksgezondheid, maar vooral begaan was met het vermijden van potentiële nieuwe vrouwelijke slachtoffers.

Momenteel is het project overgenomen door het Ministerie van Justitie maar we hebben hier een potentiële gevaarlijke weg ingeslagen, waar de behandeling van seksuele geweldplegers wordt georganiseerd en gefinancierd door het gerechtelijk apparaat. Dit opent de deur voor rolverwarring en mogelijk misbruik.

5. Welke ambulante behandeling?

Het UFC heeft een ambulante behandelingsmodel voor deze doelgroep uitgewerkt op basis van de theoretische achtergrond van het terugval-preventie-model (LAWS, 1989).¹⁴

13. HAVEMAN, R., STAFFELEU, J., (1990), *Daders van sexueel geweld: Straffen of behandelen*, Houten/Antwerpen: Bohn, Stafleu, Van Loghum.

14. LAWS, D.R., (1989), *Relapse prevention with sex offenders*, London: Guilford Press.

De kerngedachte bij dit model bestaat erin dat het deviant seksueel gedrag op zich wordt aanzien als een eindpunt van een lange ketting van gebeurtenissen. De cliënt leert dat het deviant gedrag niet 'zomaar ineens, plots' uit de lucht komt vallen, maar laat hem inzien dat er aan het stellen van het deviant gedrag een hele reeks opeenvolgende gedragingen en beslissingen van zijnentwege zijn voorafgegaan. Door de cliënt bewust te maken van deze ketting van gedachten, gevoelens en gedrag en de daarmee gepaard gaande beslissingen die hij neemt in de richting van het deviant gedrag, wordt de verantwoordelijkheid voor het gedrag bij de dader gelegd en worden argumenten zoals 'ik kon er niets aan doen', 'plots voelde ik een drang opkomen waar ik niet kon aan weerstaan' tegengesproken. Eens de cliënt de verantwoordelijkheid voor dat gedrag volledig bij zichzelf legt, kan vervolgens op zoek gegaan worden naar adequate manieren om de (gedrags)keten tijdig te verbreken. Het hele behandelingsproces kan onderverdeeld worden in zes fasen die hierna kort geschetst worden. De behandeling is sterk individueel gericht en de modulaire opbouw in zes fasen laat een soepele toepassing van de behandeling toe. De volgorde kan gewijzigd worden en zonodig kunnen sommige fasen overgeslagen of meer uitgewerkt worden.

5.1. INTAKEFASE

Deze fase heeft essentieel de bedoeling na te gaan of er een therapeutisch samenwerkingsverband mogelijk is met de betrokken persoon of m.a.w. in hoeverre de vraag van de persoon aansluit bij het therapeutisch aanbod van het UFC. Dit betekent automatisch dat tijdens deze fase uiteraard heel wat informatie zal dienen ingewonnen te worden, doch anderzijds ook heel wat gegevens (b.v. over de gevolgde werkwijze) zullen moeten verstrekt worden aan de potentiële cliënt.

Om tot het behandelingsprogramma toegelaten te worden, dienen een aantal voorwaarden vervuld te worden. De kandidaat moet:

- een probleem erkennen in verband met seksueel afwijkend gedrag;
- het principe aannemen van een behandeling voor dat probleem, dit wil zeggen een bereidheid vertonen om hier iets aan te veranderen;
- een 'kandidaatstellingscontract' ondertekenen (zie verder);
- tevens mag bij de kandidaat sprake zijn van een significante psychiatrische hoofd co-morbiditeit;
- tenslotte moet een ambulante behandeling mogelijk zijn (mag de kandidaat bijvoorbeeld niet opgesloten zijn in de gevangenis).

12% van de cliënten werden geweigerd wegens totale ontkenning van enig seksueel probleem, 6% wegens weigering van een behandeling ervoor, 6% wegens contractweigering en 4,5% voor ernstige psychiatrische co-morbiditeit.

Indien bij de intakefase blijkt dat er geen duidelijke tegenindicaties zijn om een samenwerkingsverband met de betrokken persoon aan te gaan, wordt hem een 'kandidaatstellingscontract' ter ondertekening voorgelegd. In dit contract verbindt hij zich er onder andere toe gedurende een aantal weken (in de regel 6 à 8) ten minste één keer per week op consultatie te komen om – in de loop van de diagnostische fase – tot een grondige oppuntstelling van zijn problematiek te komen en tijdens

deze periode geen afwijkend seksueel gedrag te stellen. In dit contract wordt ook gestipuleerd dat na deze periode het kandidaatstellingscontract eventueel zal omgezet worden in een 'behandelingscontract'; indien dit echter niet het geval is (omdat de cliënt niet in aanmerking komt voor dit behandelingsmodel) verbindt het UFC er zich echter wel toe hem een geschikt (behandelings)alternatief voor te stellen.

5.2. BEVEILIGINGSFASE

In deze fase wordt nagegaan welke voorwaarden dienen vervuld te zijn opdat het risico op recidive zo klein mogelijk kan gehouden worden. Deze voorwaarden kunnen eventueel in een bijlage van het kandidaatstellingscontract opgenomen worden.

In concreto komt het hierop neer dat vanuit de bekommernis voor (reeds gemaakte en potentiële) slachtoffers in deze fase aan de cliënt een aantal ruwe en soms slechts tijdelijke middelen geboden worden om recidive te voorkomen. De rationale hiervoor is dat het voor de meerderheid van de cliënten in de beginfase van de behandeling onzeker is of zijzelf voldoende controle kunnen uitoefenen op hun afwijkend gedrag.

Het is immers juist de bedoeling van de voorlaatste fase van het behandelingsmodel, gecentreerd rond de eerste component van het terugvalpreventiemodel, om de interne controle over het deviante gedrag te verhogen en dus kan in deze tweede fase nog niet verwacht worden dat de cliënten nu reeds (voor de eigenlijke behandeling van start is gegaan) over voldoende zelfcontrole zouden beschikken.

In deze fase zullen dan ook mogelijke toekomstige slachtoffers gelocaliseerd worden en vervolgens zal samen met de cliënt gezocht worden naar middelen om recidive te voorkomen. Wat deze middelen betreft, kunnen vier types van interventies weerhouden worden, met name stimuluspreventie, externe controle, libidoremmende medicatie en aversietherapie. De eerste twee types van interventies komen hierop neer dat er inspanningen gedaan worden om ervoor te zorgen dat er zich geen gelegenheid zou voordoen tot het stellen van het deviante gedrag terwijl de laatste twee types van interventies zich op de drang zelf richten.

5.3. DIAGNOSTISCHE FASE

Tijdens deze fase worden diagnostische gegevens verzameld die betrekking hebben op verschillende domeinen, met name op psychologisch, psychopathologisch, sociaal, criminologisch en medisch/biologisch gebied.

Van zodra voldoende diagnostische gegevens voorhanden zijn om te kunnen besluiten dat geen tegenindicaties gevonden worden om met een behandeling van start te gaan, krijgt de cliënt een 'behandelingscontract' ter ondertekening voorgelegd. Dit contract, dat afgesloten wordt voor de duur van 15 sessies, geeft een overzicht van de spelregels van de behandeling en stipuleert nauwkeurig de verantwoordelijkheden van zowel cliënt als therapeut.

5.4. MOTIVATIEFASE

Drie types van motivatieverhogende strategieën kunnen onderscheiden worden: (1) pedagogische interventies, in essentie gericht op het geven van informatie op het gebied van seksualiteit in het algemeen en gevolgen van seksueel misbruik voor het slachtoffer in het bijzonder, (2) detectie en opheffing of correctie van cognitieve distorsies (zijnde opvattingen of meningen die niet met de realiteit stroken – waarbij de realiteit dient aanzien te worden als datgene wat volgens de maatschappelijke normen, regels en verwachtingen gangbaar is – en die in bepaalde gevallen als het ware tot mythen kunnen uitgroeien) en (3) slachtofferaanwezigheid, waarmee bedoeld wordt dat tijdens de behandeling de therapeut de cliënt zal herinneren en confronteren met het feit dat er slachtoffers gemaakt werden.

5.5. TERUGVALPREVENTIE COMPONENT I

Deze eerste component richt zich voornamelijk op het detecteren en adequaat omgaan met risicosituaties en/of -factoren, waardoor de cliënt leert de interne of zelfcontrole over het deviant gedrag te verhogen.

5.6. TERUGVALPREVENTIE COMPONENT II

Deze tweede component richt zich in essentie op het verhogen van de levenskwaliteit van de cliënt met het oog op het doen dalen van zijn kwetsbaarheid voor een terugval. In deze fase van de behandeling wordt dan ook gezocht naar de functionaliteit van het deviante seksuele gedrag om vervolgens valabele maar onschadelijke gedragsalternatieven, die aan deze functionaliteit tegemoet komen, op te sporen.

6. Rol en plaats van dwang in de behandeling

In de psychiatrische en psychotherapeutische literatuur leeft het als een evidentie dat om – althans op lange termijn – doeltreffend te zijn, om het even welke behandeling uit eigen vrije beweging van een cliënt van start dient te gaan. Dergelijk credo van heel wat clinici blijkt in de praktijk echter niet op te gaan. Zo blijkt uit de ervaring van het UFC met de behandeling van seksuele misbruikers dat het feit dat iemand onder dwang in behandeling komt zeker geen succesrijk behandelingsengagement in de weg hoeft te staan.

Het percentage cliënten dat uit eigen beweging de aangegeven behandeling opgeeft bedraagt 9,1% (op een totaal van 132). Cliënten onder juridische dwang vertonen een 'drop-out' van 10,3% tegenover 7,8% voor de overige cliënten die zich voor behandeling aanbieden buiten elke juridische context.

Een persoon die onder juridische dwang, en dus zonder spontane expliciete hulpvraag, in contact gebracht wordt met het UFC kan een nieuw gevoel van bevrijding ervaren indien het therapeutisch aanbod aansluit bij zijn probleem. Van hieruit wordt vaak vrijwillig een behandeling verder gezet, die eigenlijk onvrijwillig van start gegaan is. Het element 'dwang' in een therapeutische relatie wordt best niet aanzien als één of andere bijzondere eigenschap die in bepaalde therapeu-

tische situaties aanwezig zou zijn en in andere niet. Integendeel dient 'dwang' beschouwd te worden als een kenmerk dat – op een continuum – in zekere mate aanwezig is in de meeste (zoniet alle) therapieën bij volwassenen (Group for the Advancement of Psychiatry, 1994)¹⁵, bijvoorbeeld al was het maar omdat therapeuten hun prestige en/of macht gebruiken in de interactie met hun cliënten. Daarenboven dient men zich te realiseren dat de bron van de dwang zowel extern als intern kan zijn. De aanwezigheid van een externe dwang kan het meest verhelderend geïllustreerd worden met het voorbeeld van seksuele misbruikers die door gerechtelijke instanties voor behandeling verwezen worden, terwijl als voorbeeld van interne dwang kan verwezen worden naar een persoon die hulp zoekt wegens de rampzalige gevolgen van zijn onbehandelde seksuele voorkeurstoornis (parafilie). Er dient tevens nog op gewezen te worden dat een externe dwang niet altijd even zichtbaar in het oog springt, maar – zij het soms erg verdoezeld – toch onloochenbaar aanwezig kan zijn. Neem als voorbeeld de onmiskenbare externe (zij het niet-juridische) dwang indien een cliënt zich 'spontaan, op eigen initiatief' aanbiedt omdat zijn echtgenote ermee dreigt het echtelijk dak te verlaten indien hij zich niet laat behandelen wegens zijn exhibitionisme of omdat de directie van een normaal-school weigert hem een diploma af te leveren wegens pedo-seksuele activiteiten met jongeren.

Zoals reeds vermeld leidt een behandeling onder dwang niet noodzakelijkerwijze tot een slecht behandelingsengagement en -resultaat. Een viertal factoren zijn relevant in dit verband.

(1) De geschiktheid en efficiëntie van de voorgestelde behandeling voor het psychopathologisch probleem van de betrokken cliënt

Van psychiatrische stoornissen die, welke behandeling ook ingesteld wordt, altijd een slechte prognose kennen, kan verwacht worden dat ze niet veel zullen verbeteren met een gedwongen behandeling. Dit gegeven noopt therapeuten ertoe zich steeds ten volle bewust te zijn van zowel de mogelijkheden als de beperkingen van hun behandelingsprogramma en bijgevolg ook de limieten van hun therapeutische inspanningen te aanvaarden.

(2) De mogelijke voordelen van de behandeling voor de betrokken cliënt

De gerechtelijke overheid legt vaak een behandeling op als een noodzakelijke voorwaarde voor bepaalde expliciete of impliciete gunstmaatregelen (b.v. een opschorting van een voorlopige hechtenis, een voorwaardelijke invrijheidstelling of invrijheidstelling op proef of de verwachting van een mildere sanctie).

De behandeling wordt voorgesteld en/of opgelegd aan een persoon die hiermee formeel instemt. De behandeling kan niet verplichtend opgelegd worden aan een persoon tegen zijn wil in. Er kan een probleem bestaan voor de therapeut wanneer hij geconfronteerd wordt met een cliënt die toestemt uitsluitend uit opportuniteits-

15. Group for the Advancement of Psychiatry, (1994), *Forced into treatment, report N° 137*, Washington DC: American Psychiatric Press.

overweging. Een teambenadering is noodzakelijk om dergelijke situaties op te vangen.

(3) *De mate waarin een vertrouwensrelatie kan opgebouwd worden tussen de therapeut en de betrokken cliënt*

Zonder twijfel kan gesteld worden dat indien een begeleiding of een behandeling enige kans op slagen wil maken, een vertrouwensrelatie met de seksuele misbruiker moet opgebouwd worden. M.a.w. wil een behandeling kans op slagen maken moet dus, zelfs ingeval van een opgelegde behandeling, zo snel mogelijk een klimaat van vertrouwen tussen therapeut en cliënt bewerkstelligd worden, die aan de basis ligt van het tot stand brengen van een therapeutische alliantie. De cliënt moet progressief evolueren van een basispositie van wantrouwen naar een positie van actieve inschakeling in en medewerking aan het therapeutisch proces (of compliantie) en vervolgens bondgenootschap (of alliantie) met de therapeut.

De opgelegde behandeling impliceert niet dat de cliënt zich onderwerpt aan de therapie (SERON & WITTEZAELE, 1991).¹⁶ Via de negociatie van het eerder reeds besproken kandidaatstellingscontract en behandelingscontract wordt in het UFC namelijk ruimte gecreëerd om in samenspraak met de cliënt de regels van het eigenlijke therapeutische spel in onderling overleg en akkoord vast te stellen. Het is uiteraard niet onze bedoeling hiermee het gedwongen aspect van de behandelingscontext te ontkennen of te veronachtzamen, maar eerder al het mogelijke te doen om de cliënt mogelijk bij zijn behandeling te betrekken. Met dit doel voor ogen zullen zoveel mogelijk de positieve kenmerken en gevolgen (en eventuele beloningen) van de geboden hulp benadrukt worden (en dit vooral door ze te contrasteren tegen de negatieve kenmerken en gevolgen die leiden tot het opleggen van een straf door gerechtelijke instanties).

Van bij het begin wordt in het UFC dus – binnen de gedwongen context – de mogelijkheid gecreëerd van een actieve betrokkenheid van de cliënt. Om die reden zijn de gehanteerde contracten beperkt in de tijd, zeer duidelijk en precies geformuleerd en leggen ze zeer sterk de nadruk op de voordelen voor de cliënt en op het engagement en de beschikbaarheid van de teamleden waar hij op kan rekenen. Uiteraard worden ook de gevolgen van een gebrekkige medewerking of het niet respecteren van afspraken duidelijk gestipuleerd. De cliënt weet aldus op voorhand met zekerheid wat er in dergelijk geval zal gebeuren en wordt ook verantwoordelijk en aansprakelijk gesteld voor zijn daden. Het opstellen van het contract betekent dat de cliënt in staat moet zijn om dergelijke verbintenis te begrijpen en met de therapeut te negociëren, dat hij in staat moet zijn om – ten minste op een minimale manier – samen te werken en erop te vertrouwen dat compliantie aan de therapie de gevreesde negatieve gevolgen zal voorkomen (Group for the Advancement of Psychiatry, 1994).

16. SERON, C. & WITTEZAELE, J.J., (1991), *Aide ou contrôle: l'intervention thérapeutique sous contrainte*, Bruxelles: De Boeck Université.

(4) Het ontzeggen van het recht aan de cliënt om vrij een therapeut te kiezen

Aan het in de Belgische medische deontologie ingeschreven recht van elke cliënt om voor zijn stoornis of ziekte vrij een therapeut te kiezen kan in het geval van een seksuele geweldpleger niet tegemoet gekomen worden omdat er een gebrek bestaat aan gespecialiseerde behandelingsmogelijkheden. Om te vermijden dat cliënten zich tot onervaren therapeuten wenden voor een 'netherapie' vermelden gerechtelijke instanties trouwens meer en meer de naam van het behandelingscentrum waar ze zich moeten naar wenden. Dit laatste vormt een cruciaal probleem omdat er tot op heden een totaal gebrek is aan kwaliteitscriteria; inderdaad is momenteel nergens vastgelegd aan welke kwaliteitsnormen een centrum dient te beantwoorden om dergelijke behandeling te kunnen uitvoeren.