
Recht en geestelijke gezondheidszorg

1. Plegers van seksuele misdrijven

*Visietekst van I.T.E.R.-Centrum voor
daderhulp: kader voor opgelegde ambulante
daderhulp aan plegers van zedenfeiten*

Seksueel misbruik is een ernstig maatschappelijk probleem dat veel schade en ellende veroorzaakt. Het is momenteel ook een 'hot topic'. De samenleving heeft ervoor gekozen seksueel misbruik niet enkel repressief, maar ook preventief aan te pakken. Daderhulp aan seksuele delinquenten maakt deel uit van die preventieve strategie. Aangezien dit relatief nieuwe terrein nog volop in ontwikkeling is, zijn de verschillende actoren volop aan het zoeken hoe deze preventieve opdracht het best kan worden vervuld.

I.T.E.R. is het Nederlandstalig daderhulpcentrum voor de regio Brussel-Halle/Vilvoorde. In deze tekst willen we onze visie op het werken met plegers van seksueel misbruik voorstellen. We willen dit op een wetenschappelijk onderbouwde manier doen, maar we vinden dat we er met wetenschap alleen niet komen. In het werken met plegers zijn immers ook overwegingen vanuit een mensvisie aan de orde. De emotionele reacties die deze therapievorm oproept, liegen er niet om.

Dit balanceren tussen wetenschappelijke onderbouw en geëngageerd werken vanuit een positief, maar niet-naïef mensbeeld willen we in onderstaande tekst vormgeven. We doen dit aan de hand van vijf stellingnames die we één na één nader uitwerken.

1. Daderhulp is geen therapie aan forensische patiënten, maar is forensische hulpverlening aan mensen die onverantwoordelijk seksueel gedrag hebben gesteld dat schade heeft berokkend.
2. Daderhulp kan niet 'af-gedwongen' worden, maar is een vorm van opgelegde therapie.
3. Daderhulp is mandaatgebonden therapie en het mandaat is het voorkomen van recidive.

4. Veiligheid is een randvoorwaarde bij daderhulp en dit vergt een toezichhoudende derde.
5. Daderhulp vereist multidisciplinair teamwerk en heeft een eigen instrumentarium.

1. Daderhulp is geen therapie aan forensische patiënten, maar is forensische therapie aan mensen die onverantwoordelijk seksueel gedrag hebben gesteld dat schade heeft berokkend

Dit is geen spitsvondige woordspeling. Forensische hulpverlening beschouwen we als een eigen specialisme. Het is te onderscheiden van justitieel welzijnswerk of van geestelijke gezondheidszorg aan forensische patiënten. Eigen aan daderhulp als forensische therapie vinden we de delictgerichte aanpak: verwerken van de gepleegde feiten (verleden), voorkomen van herhaling (toekomst) en in dat perspectief aanpakken van de problemen in het heden. Verbreiding naar andere hulpthema's moet dus verantwoord worden vanuit de doelstelling van terugvalpreventie of behoeft een bijkomende instemming van de pleger. Uiteraard heeft een pleger recht op goede zorgen zoals elke burger, maar daarvoor is hij niet naar therapie gestuurd.

Een pleger is in eerste instantie geen 'patiënt' in de klassieke medische betekenis van het woord. Slechts een minderheid heeft een ernstige psychiatrische persoonlijkheidsstoornis¹ (gedragsstoornissen buiten beschouwing gelaten – het is in veel gevallen een tautologie om ernstig delinquent gedrag als psychiatrische gedragsstoornis te classificeren). Of psychopathologie rechtstreeks en causaal seksuele delinquentie kan verklaren, moet in vele gevallen als niet-bewezen worden beschouwd. Daarenboven hoeft het wegnemen (of behandelen) van de psychopathologie niet automatisch als gevolg te hebben dat ook het delinquent gedrag verdwijnt. We kunnen ons vinden in de sociale leertheorie die stelt dat eens gedrag aangeleerd is, het onafhankelijk van de oorspronkelijke oorzaken een eigen leven gaat leiden en dus apart en rechtstreeks als probleem kan en moet behandeld

1. Volgens de jaarverslagen van het Universitair Forensisch Centrum kregen er in 2000 op 586 onderzochte plegers 182 (31,2 %) een diagnose op as II van de DSM-IV; in 1999 146 (27,5 %) op 530 onderzochte plegers; in 1998 131 (28,1 %) op 467 onderzochte plegers en in 1997 114 (28,7 %) op 400 onderzochte plegers.

worden.² Forensische therapie gaat ons inziens niet uit van een 'ziektemodel'. Integendeel, plegers waarbij de psychiatrische problematiek vooropstaat (b.v. acute psychose), kunnen beter eerst binnen de klassieke psychiatrische hulpverlening geholpen worden.

Forensische hulpverlening past ook niet binnen het klassieke psychotherapeutische cliënt-model. Een pleger meldt zich zelden aan omdat hij een therapievraag heeft, zoals dit voor vele psychotherapiemodellen een voorwaarde is. De vraag gaat uit van de samenleving. I.T.E.R. is opgericht omdat de Vlaamse Gemeenschap een samenwerkingsakkoord met Justitie afgesloten heeft, niet omdat plegers therapie wensten te kunnen volgen. Er zijn natuurlijk ook plegers die wel een authentieke therapievraag hebben. Die vonden vroeger reeds als witte raven hun weg naar de reguliere centra en zijn nu uiteraard ook bij I.T.E.R. welkom. Specifiek voor onze werking is echter dat we daarnaast vooral in therapie voorzien voor mensen die er nog voor gemotiveerd moeten worden. Motivatie is geen voorafgaandelijke voorwaarde. Wel vragen we van de pleger een minimale bereidheid om te onderzoeken of hij in de doelgroep van I.T.E.R.³ past en om in dat kader over zijn leven na te denken en, indien nodig (dat zal dan in de therapie moeten blijken), naar verandering te streven.⁴

Motivatie is een doelstelling en werkpunt doorheen het hele therapeutische parcours.⁵ We merken dat plegers vaak wel een eigen vraag hebben, als we tijd maken om naar hen te luisteren (i.v.m. seksualiteit, eigen slachtofferschap, terugval voorkomen, niet terug in de gevangenis belanden enz.). Daarnaast merken we dat veel plegers problemen hebben op een aantal specifieke psychische gebieden die met misbruik te maken hebben, zoals cognitieve distorsies, inlevingsvermogen, zelfwaarde, hechting, angst voor intimiteit, *locus of control*, zelfkennis (innerlijke wereld), emotionele eenzaamheid, *coping* (b.v. emotionele probleemoplossingsstijl), woede-, stress- en frustratiemanagement enz.

Wanneer we een pleger in therapie krijgen die het gevoel heeft gedwongen te zijn, die geen eigen vraag en geen lijdensdruk heeft, dan beschouwen we hem als deelnemer aan een programma dat de samenleving voor seksuele de-

linquenten inricht. Het therapiecontract dat we ter ondertekening voorleggen, heet dan ook een toetredingsovereenkomst. Veel plegers komen in de loop van de behandeling bijkomend in een cliënten- en/of patiëntenstatuut terecht. Sommigen bevinden zich vanaf de start in twee of meer statuten, maar alle plegers vertrekken vanuit het deelnemersstatuut.

De termen 'patiënt' en 'cliënt' gebruiken we hier ter definiëring van de therapeutische relatie. Patiënt staat voor een benadering waarbij de hulpzoekende lijdt, recht heeft op verlichting, genezen wil worden en dit door behandeling van zijn ziekte of ziekteverschijnselen. De cliënt is een hulpzoekende die een antwoord zoekt op zijn vraag en samen met zijn therapeut op weg gaat. In plaats van dergelijk ziekte- of cliëntenmodel gaan we uit van een 'verantwoordelijkheidsmodel'. Misbruik beschouwen als onverantwoordelijk gedrag dat schade berokkent, houdt in dat er keuzevrijheid is. Wat iemand ook voor verschrikkelijke dingen in zijn leven heeft meegemaakt, er zijn alternatieve manieren van omgaan met eventuele trauma's. Er moeten keuzes worden gemaakt, vooraleer traumatische ervaringen aanleiding geven tot het plegen van misbruik. Deze keuzevrijheid is niet onbeperkt en is gekleurd door de ervaringen die iemand doorheen zijn leven heeft opgedaan. Er zijn altijd wel mensen te vinden die ergere of gelijkwaardige dingen hebben meegemaakt en niet tot onverantwoordelijk misbruikgedrag overgegaan zijn. Verantwoordelijkheid leren opnemen voor de verwerking van eigen problemen en voor de schade die misbruik aanricht, zijn dan ook belangrijke doelstellingen in dadertherapie.

Een verantwoordelijkheidsmodel houdt twee bewegingen in: verantwoordelijkheid geven aan en laten bij de pleger en verantwoordelijkheid nemen door de therapeut. De therapie is erop gericht de pleger uit te nodigen om verantwoordelijkheid te nemen voor zijn feiten. Een eerste stap in die richting is dat we het keuzemoment waarin de pleger voor therapie kiest sterk benadrukken (zie stelling 2). Als team nemen we op onze beurt verantwoordelijkheid door de best mogelijke therapie in veilige omstandigheden aan te bieden. Verantwoordelijkheid opnemen betekent echter ook risico's durven aangaan. De meest verantwoordelijke therapeut is niet degene die alle therapieën weigert wegens te riskant. Het moet evenwel een berekend risico blijven, vandaar het belang van risicotaxatie als diagnostische discipline. De verantwoordelijkheid van de therapeut is voor een stuk ook een extern gegeven. We dragen immers ook een zekere verantwoordelijkheid ten opzichte van de samen-

2. A. BANDURA, *Aggression: a social learning analysis*, Englewood Cliffs, Prentice Hall, 1973.

3. Onze doelgroep bestaat uit alle personen die strafbare zedenfeiten hebben gepleegd of vrezen dat ze dit zouden kunnen doen.

4. K. VANHOECK EN F. VAN CANGEM, "Informed Consent bij Gedwongen Therapie", *Panopticon* 2000, 21(1), 80-87.

5. K. VANHOECK, "Motivatie voor een psychotherapeutische behandeling binnen een verplichtend kader", *Tijdschrift voor Klinische Psychologi*, 2001, 31(2), 86-95.

ving, de slachtoffers en de potentiële slachtoffers.

Vertrekken vanuit plegerschap mag er ons niet van weerhouden om plegers als mensen met mogelijkheden te zien. Indien er geen mogelijkheden zijn, indien de kansen op mislukking te groot zijn, is het beter er niet aan te beginnen. Het is niet in het belang van de pleger om een tot mislukking gedoemde hulpverlening op te starten. Toch gaan we ervan uit dat het een kleine minderheid van plegers is waarbij hulp geen kans maakt. We willen in elk dossier ernstig nadenken over mogelijkheden en randvoorwaarden om veilig te kunnen starten met een redelijke kans op slagen. Zekerheden bestaan in het forensisch werkveld niet en mislukkingen zullen er altijd bij horen. Een pleger ten onrechte hulp weigeren waardoor hij strafeinde moet doen en zonder hulp de maatschappij weer wordt ingestuurd, zien we echter ook als een beroepsfout.

2. Daderhulp kan niet 'af-gedwongen' worden, maar is een vorm van opgelegde therapie

Gedwongen therapie is een objectieve contradictie. Met het geweer in de rug kan niet aan therapie worden gedaan. Vrijheidsberoving of loonbeslag zijn voorbeelden van juridische dwangmaatregelen, maar voorzover ons bekend voorziet het strafrecht geen u-moet-en-zal-therapievolgen-maatregel (de gedwongen plaatsing van geïnterneerden in een psychiatrische instelling zou hierop een uitzondering kunnen vormen). Gedwongen therapie roept ook verkeerde associaties op (hersenspoeling, heropvoedingskamp). Wie door justitie naar ambulante therapie wordt gestuurd, heeft altijd een andere keuze-mogelijkheid gehad, zoals bijvoorbeeld strafrechtelijke vervolging of hechtenis. Deze alternatieven lijken niet zo aantrekkelijk en het is navolgbaar dat vele plegers het therapieaanbod aannemen om het aversievere alternatief te kunnen vermijden (negatieve-stimulusreductie).

We kiezen voor het begrip 'opgelegde' hulpverlening, omdat het niet de pleger, maar de gerechtelijke instantie is die de details (het kader) van de alternatieve maatregel bepaalt waarbinnen betrokkene therapie mag volgen. Dit kader is te nemen of te laten: indien de pleger instemt, worden hem deze voorwaarden opgelegd. Voor de start van de therapie vinden we het belangrijk dit keuzemoment extra in de verf te zetten. Therapieweigering is legitiem en gebeurt ook meer dan eens. Er zijn plegers die ervoor kiezen hun straf uit te zitten en na strafeinde onbehandeld weer naar de samenleving terug te keren. Hoezeer we ons over deze plegers ook zorgen

kunnen maken, vanuit therapeutisch standpunt heeft het geen zin deze mensen *manu militari* te dwingen. Het heeft wel zin om met deze mensen na te gaan waarom ze weigeren. Velen hebben een verkeerd beeld van therapie ("ze breken je persoonlijkheid tot op de grond af" of "ik ga mijn ziel verliezen") en kunnen pas een gegronde beslissing nemen, nadat ze juiste informatie over therapie hebben gekregen.

Zich gedwongen voelen is dus geen tegenindicatie voor therapie. Een zekere mate van dwang speelt in vele therapievragen een rol.⁶ Wie erg onder een probleem lijdt, kan ook het subjectieve gevoel hebben tegen zijn zin aan zichzelf te moeten werken, omdat het anders niet meer gaat (cf. negatieve-stimulusreductie). Denken we ook even aan de partner die zich met hangende pootjes bij de therapeut meldt, omdat hij anders de deur gewezen wordt. De gerechtelijke dwang die wordt uitgeoefend, is geen dwang in de zin van een regelrechte verplichting tegen iemands wil in. Therapie is geen hersenspoeling en wordt niet uitgevoerd in een heropvoedingskamp. Via een gerechtelijke maatregel wordt de keuzevrijheid van de pleger wel beïnvloedt. Hij kan niet autonoom voor het alternatief kiezen dat hem het aantrekkelijkst lijkt, maar hij moet kiezen uit de alternatieven die de samenleving hem aanbiedt.⁷

Extern gemotiveerd zijn door de voordelen die het volgen van ambulante therapie biedt, beschouwen we als legitiem en menselijk. Het is de moeite waard om met extern gemotiveerde cliënten op weg te gaan. We maken ons eerder zorgen om die cliënten die geen externe therapie-motivatie kennen. Dit zijn bijvoorbeeld de delinquenten die verkiezen om tot strafeinde in de gevangenis te blijven en de mogelijkheid van een vervroegde invrijheidstelling niet wensen te benutten, indien daar een therapieprijkaartje aan vast hangt. Deze delinquenten komen na het uitzitten van hun straf vrij, zonder dat ze in therapie over zichzelf hebben nagedacht. Er zijn echter ook cliënten die elk beetje opkomen voor eigenbelang ontberen. Ze vinden persoonlijke voordelen als strafvermindering of -vermijding onbelangrijk of vinden dat ze er omwille van hun onwaardige persoon geen aanspraak op mogen maken. Het betreft hier cliënten die juist therapeutische zorgen behoeven omwille van

6. M. VANDENBROUCKE, "Vrijheid, Dwang en Hulpverlening: enkele bemerkingen bij de dwang in de hulpverlening aan delinquenten", *Panopticon* 1996, (17), 5-17; P. COSYNS en D. DE DONCKER, "Ambulante Dwangbehandeling van Seksuele Misbruikers", *Panopticon* 1996, (17), 25-36.

7. J.S. CARROLL, "Consent to mental health treatment: A theoretical analysis of coercion, freedom and control", *Behavioral Science and the Law* 1991, (9), 129-142.

hun gebrek aan welgemeend eigenbelang (degenen die dit zeggen uit sociale-wenselijkheids- of manipulatieoverwegingen buiten beschouwing gelaten). Anders is het gesteld met 'oneigenlijk' gemotiveerde plegers. Dit zijn mensen die de therapie starten met een verborgen agenda, zoals de maatschappij op kosten jagen ("ze zullen duur voor mijn therapie betalen"), de zinloosheid van therapie bewijzen ("ah, de rechter wil mij niet geloven dat therapie mij niet kan helpen"), het eigen gelijk willen halen ("ik heb het niet gedaan en ik zal het u eens bewijzen") enz. Indien deze motivatie niet kan worden beïnvloed, stopt de hulpverlening.

We zijn ons ervan bewust dat plegers de weg naar therapie vinden via een gedwongen beperking van keuzemogelijkheden. Deze dwang zet de hulpverlening in een machtspositie. We hebben als het ware *carte blanche* om onze voorwaarden te bepalen waaraan deelnemers moeten voldoen om in aanmerking te komen voor therapie. Ze hebben er immers alle belang bij om zich ernaar te plooiën. Enerzijds zouden we het daarom een goede zaak vinden dat de subsidiërende overheid de algemene toelatingsvoorwaarden die daderhulpcentra hanteren, controleert en met name nagaat of deze niet te arbitrair of te streng zijn en of alle plegers voldoende kansen krijgen in de programma's (denken we bijvoorbeeld aan de zwakbegaafde en mentaal gehandicapte plegers). Anderzijds willen we er zelf over waken ons van deze machtspositie bewust te blijven. We willen steeds op een gemotiveerde en gefundeerde wijze randvoorwaarden stellen of plegers weigeren en daarbij zowel aan het belang van de samenleving (terugvalpreventie), als van de pleger denken. Beroepsfouten zijn er in twee richtingen: een pleger met een te hoog terugvalrisico onterecht in therapie nemen en een pleger onterecht de toegang tot de hulpverlening ontzeggen. Als therapeuten willen we bescheiden blijven. Fouten zullen er altijd worden gemaakt, maar we moeten vermijden dat deze altijd in één richting gebeuren.

3. Daderhulp is mandaatgebonden therapie en het mandaat is het voorkomen van recidive

Daderhulp is niet vrijblijvend, maar in twee richtingen gebonden aan een aantal voorwaarden. Enerzijds draagt de samenleving ons op in het kader van een opgelegde maatregel een therapie aan te bieden die gericht is op terugvalpreventie (want dat is het perspectief waarbinnen de samenleving een relatieve keuzevrijheid voor de pleger wil toestaan); anderzijds stemt de pleger erin toe om deel te nemen aan het programma dat de therapeut voorstelt, d.w.z. dat hij mini-

maal bereid is om te onderzoeken of hij in de doelgroep van I.T.E.R. past en om in dat kader over zijn leven na te denken en, indien nodig, naar verandering te streven. Deze dubbele gebondenheid regelt de onderlinge relaties. Het gedrag dat hiervoor het uitgangspunt vormt, is niet noodzakelijk ziek of pathologisch gedrag, maar delinquent, sociaal onaangepast, strafbaar en/of onverantwoordelijk gedrag. Terugvalpreventie is de centrale doelstelling en andere doelstellingen staan, ofwel in functie van terugvalpreventie, of zijn facultatief. Dit is hetgeen de samenleving aanbelangt en het mandaat waar ook de pleger mee heeft ingestemd. Zijn minimale belang daarbij is om via terugvalpreventie niet (opnieuw) in de gevangenis te belanden.

Terugvalpreventie is echter een zeer ambitieuze doelstelling. Het klinkt alsof hulpverlening zou kunnen bereiken dat terugval de wereld wordt uitgeholpen. Hoe lovenswaardig we dit ook zouden vinden, realistisch is het niet. Het zou eerlijker en bescheidener zijn om van schadebeperking te spreken.⁸ Vanuit dit mandaat proberen we de therapeutische doelstellingen te verruimen, zij het dat dit steeds binnen het kader van terugvalpreventie moet kunnen worden verantwoord. Op korte termijn werken we daarbij aan: groeiend probleembesef en het formuleren van eigen doelstellingen (patiënt- en cliëntgericht werken), verhogen van een psychotherapie-eigen motivatie, cognitieve herstructurering en gedragscontrole. Op lange termijn en steeds in functie van terugvalpreventie: bevorderen van verantwoordelijkheid, bevorderen van betrouwbaarheid, bevorderen van inlevingsvermogen en bevorderen van zelfkennis. Ten slotte houdt dadertherapie ook een volgehouden, maar vrijblijvend, aanbod in om aan het bevorderen van de eigen levenskwaliteit en zelfontplooiing te werken (ook wel met een omstreden woord 'daderzorg' genoemd). Dit kan echter niet opgelegd worden.

4. Veiligheid is een randvoorwaarde en vergt een toezichthoudende derde

Therapie, zeker opstartende therapie, kan op zich geen veiligheid bieden. De therapeut staat niet naast de pleger in zijn dagelijks leven om te controleren of iemand risicogedrag stelt. Het is ook niet de taak van een daderhulpteam om dit te doen. Vandaar dat de evaluatiefase die voorafgaat aan de therapie ook als doel heeft om risico's in te schatten en te beoordelen welke

8. D.R. LAWS, "Harm Reduction or Harm Facilitation? A reply to MALETZKY", *Sexual Abuse: a Journal of Research and Treatment* 1999, 11(3), 233-241.

randvoorwaarden kunnen helpen om een ambulante therapie in (relatief) veilige omstandigheden te laten verlopen. Conclusie na de evaluatiefase kan zijn dat een veilig kader niet realiseerbaar is en dat we ambulante therapie niet wensen op te starten, of dat bepaalde condities moeten vervuld zijn om veilig van start te kunnen gaan. Het realiseren van deze randvoorwaarden is een taak van de hulpverlening, maar van justitie (of van de verwijzer). Indien blijkt dat deze voorwaarden niet realiseerbaar zijn, vinden we het onverantwoord om met ambulante hulpverlening te starten. Deze randvoorwaarden kunnen velerlei vormen aannemen: woonst, werk, dagbesteding, drugscontrole, bijkomende hulpverlening (zoals thuisbegeleiding, gezintherapie, ontwenning) enz. Zoals hoger reeds aangegeven, bevindt de hulpverlening zich hierbij in een machtspositie en willen we erop letten om enkel de minimaal noodzakelijke voorwaarden aan te halen. We gaan er evenwel van uit dat het niet in het belang van de pleger is om een hulpverlening op te zetten waarvan met redelijke zekerheid kan worden voorspeld dat ze zal mislukken. Voor de pleger staat er heel wat op het spel. Vandaar ook dat we *'informed consent'* reeds bij de start van de evaluatiefase zeer belangrijk vinden.⁹

Een duidelijke keuze (opgelegde voorwaarden aanvaarden), die resulteert in een gecontroleerde verplichting en een externe therapiemotivatie, heeft het voordeel dat over de consultaties geen strijd moet worden gevoerd. De consultaties moeten plaatsvinden of de therapeut brengt de toekijkende derde op de hoogte. De therapeut doet dit niet, omdat hij een slecht karakter heeft en de cliënt niet vertrouwt, maar omdat het nu eenmaal zo afgesproken is en bij de voorwaarden hoort. Op die manier kan hij 'relaxed' de vraag stellen of de cliënt mee wil zoeken naar manieren om de tijd nuttig door te brengen. De strijd of er wel of niet therapie nodig is, moet niet tussen therapeut en pleger gevoerd worden. Grenzen en taakomschrijvingen respecteren is juist bij therapie met plegers van zedenfeiten erg belangrijk en heeft een voorbeeldfunctie. Misbruik is schending van vertrouwen en het overschrijden van grenzen. Deze bekommernissen moeten o.i. centraal staan in het uitbouwen van een verantwoordelijke therapeutische relatie. Het mandaat reikt de grenzen aan waarbinnen de therapie plaatsvindt. Goede en juiste afspraken over taakverdeling en samenwerking (b.v. rapportage) tussen therapeutische instantie en justitiële controle-instantie vinden we essentieel. Zo

ontstaat met de pleger erbij een driehoek (triangulatie) die de onderlinge relaties regelt.

(Relatieve) veiligheid zien we als een randvoorwaarde die omhelen de hulpverlening moet worden gerealiseerd. Binnen de therapie moet de pleger zoveel mogelijk vrijheid kunnen ervaren om zich uit te drukken en zijn diepste zielenroerselen te vertellen. Dit wil niet zeggen dat, zoals bij klassieke psychotherapie, het beroepsgeheim de motor is die een therapeutische relatie op gang helpt brengen. We zien het beroepsgeheim niet als de hoeksteen die het hele hulpverleningsgebouw schraagt. De boodschap die daarmee aan een cliënt in een 'gewone' therapeutische context gegeven wordt, luidt: "Vertel gerust alles aan mij, ik ben uw therapeut en het zal u opluchten. U hoeft geen angst te hebben, want ik ben gebonden door het beroepsgeheim." Dit kadert in het opbouwen van een vertrouwensrelatie. De dadertherapeut die echter vanuit een verantwoordelijkheidsmodel vertrekt, moet zich de vraag stellen of een dergelijke boodschap het verantwoordelijkheidsgevoel bij de pleger stimuleert. Indien de pleger het beroepsgeheim zo interpreteert dat hij een pakketje verhalen in alle vertrouwen bij de therapeut mag deponeren, zal dit contraproductief werken. Voor de gepleegde feiten uitkomen, maakt deel uit van het therapeutisch proces. Bekentenissen mogen niet zomaar aan de pleger worden ontfutseld ("vertel mij maar alles in vertrouwen") om pas daarna echt met de therapie van start te gaan. Een therapeut die vertrouwen aanbiedt, kan er niet van op aan dat een pleger dit vertrouwen op dezelfde manier interpreteert. Een pleger is vertrouwd met wantrouwen en met misbruik van vertrouwen, in ieder geval in het kader van de feiten die in eerste instantie het onderwerp van de therapie zullen uitmaken.

In de praktijk loopt het zo'n vaart echter niet. Zelfs met de beste vertrouwelijkheidsgaranties vertellen plegers hun verhaal niet zomaar. Zoals reeds vermeld, houdt het vertellen van hun verhaal ook reeds een therapeutische stap in (doorbreken van de geheimhouding) en is het niet zomaar een 'in vertrouwen nemen' van de therapeut om achteraf de beste hulp te kunnen bekommen. Het vertellen van de feiten maakt deel uit van een proces van verantwoordelijkheid nemen. De boodschap die aan de pleger gegeven wordt, kan als volgt worden omschreven: "Niemand heeft er iets aan dat je me de hele waarheid zonder meer op mijn bord deponeert en er dan van uitgaat dat je er vanaf bent. Je kunt me beter de halve waarheid vertellen, maar voor dat deel dan ook de verantwoordelijkheid willen opnemen." Op die manier anticipeert de therapeut op het feit dat de pleger zijn verhaal wel niet

9. F. VAN CANEGEM en K. VANHOECK, "Informed consent: het dilemma van gedwongen therapie", *Alert* 2001, 27(3-4), 22-38.

volledig zal doen en normaliseert hij dit. Onvolledig zijn betekent niet de therapie hinderen. Het heeft zijn psychologische betekenis. Daarnaast zijn andere bronnen van waarheid natuurlijk onontbeerlijk (dossier, sociale omgeving).

Het beroepsgeheim is daardoor juridisch gezien niet minder van toepassing, maar het neemt therapeutisch gezien een minder centrale plaats in. Aangezien de plegers worden aangesproken als deelnemers die verantwoordelijkheid moeten leren dragen, hebben ze het recht om met kennis van zaken te kunnen oordelen of ze al dan niet in een therapeutische relatie stappen. Alle patiënten/cliënten hebben daar recht op, dat is een ethisch principe. Daarenboven wordt er meer en meer van uitgegaan dat toestemming met kennis van zaken de betrokkenheid van de cliënt bij zijn therapie ten goede komt. 'Informed consent' wordt zo een therapeutische hefboom waarmee de motivatie van cliënten kan worden beïnvloed.¹⁰ Dit is vanzelfsprekend een interessant voordeel bij het werken met plegers van seksueel misbruik, omdat hun motivatie zo problematisch is. 'Informed consent' een centrale plaats toekennen, legt de verantwoordelijkheid op een respectvolle wijze bij de pleger en laat toe het wettelijk beroepsgeheim er gewoon als één van de informatieve elementen in op te nemen.

Veiligheid is een thema voor de samenleving (terugvalpreventie), voor de cliënt (behoeden voor mislukkingen), maar ook voor het team. We willen ons werk professioneel en wetenschappelijk onderbouwd doen. Fouten voorkomen hoort daarbij. Er is echter ook de fysieke en psychische integriteit van de therapeut die in het werken met plegers in het gedrang kan komen. Werken met plegers in een ambulante setting is wellicht niet gevaarlijker dan in sommige andere vormen van hulpverlening. Toch stralen sommige plegers een intimiderende houding uit die de therapeutische relatie hypothekeert. I.T.E.R. voert dan ook een veiligheidsbeleid ten behoeve van haar teamleden. Werken met risico's die toch nooit 100 % uit te sluiten zijn, is zwaar. Daarom vinden we teamwerk onontbeerlijk. Samen verantwoordelijkheid nemen, zien we als enige leefbare mogelijkheid om plegers kans te blijven geven. De veiligste, maar niet de beste, oplossing zou immers zijn om geen enkel risico meer te nemen.

5. Daderhulp vereist multidisciplinair teamwerk en heeft een eigen instrumentarium

Forensisch werk als eigen specialisme en zoals opgevat en uitgevoerd door I.T.E.R. omvat én geestelijke gezondheidszorg én algemeen welzijnswerk én een vrijblijvender vormingsaanbod voor korte begeleidingsopdrachten in het kader van juridisch lichtere feiten (leerproject). Het multidisciplinaire aspect vinden we echter ook op andere terreinen belangrijk. Zo maken twee maatschappelijke werkers, twee psychologen, een psychiater, een criminologe, een criminologe-seksuologe, een coördinatie- en een secretariaatsfunctie deel uit van het team. Ook wat betreft therapeutische strekkingen willen we een breed spectrum in huis hebben: gedragstherapie, systeem- en familitherapie, contextuele en gestalttherapie, *client-centered* therapie en biologische interventies. Er zijn verschillende redenen waarom we er bewust voor kiezen dit werk enkel en alleen als multidisciplinair team uit te voeren. De meest voor de hand liggende is dat de Wet van 13 april 1995 het zo voorziet. Daarenboven betreft het een complexe problematiek en gaat het om werk dat een bepaalde verantwoordelijkheid met zich brengt en waarin vaak moeilijke beslissingen moeten worden genomen. Het gaat ook om welbegrepen zelfbescherming, omdat in de één-één-relatie tussen pleger en hulpverlener het risico bestaat de context uit het oog te verliezen en in het verhaal te worden meegezogen. Tot slot moet een veelheid aan deskundigheden worden samengebracht om samen dossiers te kunnen dragen en het in dit moeilijke werkveld vol te kunnen houden (want het opbouwen van deskundigheid vergt een jarenlange ervaring). Door deze overwegingen kiezen we er niet enkel voor om een multidisciplinair team te zijn, zodat voor elk dossier de beste specialisten kunnen worden gekozen, maar nemen we elk dossier met het volledige team op en dragen we de verantwoordelijkheden die ermee gepaard gaan collegiaal. We ervaren dit als de beste waarborg voor kwaliteit en voor preventie van burn-out van de hulpverlener.

Seksuele delinquenten vragen om verschillende redenen een aparte aanpak: relatief hoog terugvalrisico in vergelijkbaar gedrag, specifieke risicofactoren, escalatierisico naar ernstigere gevolgen voor de slachtoffers, veel slachtoffers en ernstige schade, emotionele reacties bij het publiek en risico op sociale uitsluiting van de betrokkene.¹¹ Om deze redenen opteren we voor

10. I.H. WIPPOO, "Informed consent bij psychotherapie", *Tijdschrift voor Psychotherapie* 1997, 23(6), 394-409.

11. Zie bijvoorbeeld het themanummer van het tijdschrift *Sexual Abuse: a Journal of Research and Treatment* over dynamische risicofactoren en met name het art. van S.M. HUDSON, D.S. WALES,

een gespecialiseerde aanpak voor seksuele delinquenten. Therapeutisch gezien kan deze doelgroep uitgebreid worden naar plegers van huiselijk geweld en andere impulsieve agressiedelicten (b.v. verkeersaggressie). Momenteel stelt de overheid ons echter niet in staat om onze werking in die richting uit te breiden.

Als specifieke therapeutische technieken willen we hier opsommen, zonder ze verder uit te werken: motivatiebevordering, cognitieve herstructurering, rehabilitatie, relationele en seksuele vorming, sociale-vaardigheidstraining, risicotaxatie en triangulatie. We gaan ervan uit dat deze vorm van dadertherapie maar kans op slagen heeft als ze intensief wordt aangeboden. Een wekelijks consultatie is de regel en deze frequentie wordt in principe maar afgebouwd als de nazorgfase aanbreekt (meestal pas na 2 tot 3 jaar therapie). Daarenboven moeten consultaties op het centrum worden aangevuld met huiswerkopdrachten. Therapie beoogt daadwerkelijke veranderingen in het dagelijkse functioneren. Het is dan ook in de thuissituatie dat de persoon moet kunnen nadenken over de leerinhouden en verworvenheden van de therapie.

De typische werkalliantie die we pogen aan te gaan met de pleger is niet als een klassieke vertrouwensrelatie te omschrijven. Eventueel kan het daarnaar evolueren. De relatie kan het best worden omschreven als een relatie van 'verdiend vertrouwen'. De pleger hoeft zijn hulpverlener niet direct te vertrouwen. Waarom zou hij? Hij heeft zijn hulpverlener niet uitgekozen, hij heeft zelfs meestal helemaal niet uit zichzelf voor therapie gekozen. Wat mag hij van ons verwachten? Hebben wij wel iets te bieden dat bruikbaar is? Zijn wij in zijn ogen wel te vertrouwen? Allemaal vragen waarop de antwoorden in de loop van de therapie duidelijker kunnen worden. Hopelijk groeit er dan vertrouwen, omdat we het vanuit deskundigheid verdienen (zonder onze ziel te verkopen). Therapie is geen *carte blanche* (cf. verschil tussen werken vanuit beroepsgeheim en werken vanuit 'informed consent'). Gezond wantrouwen is (in het begin) op zijn plaats. Ook wij als hulpverleners willen niet naïef in de relatie stappen. Plegers zijn niet te vertrouwen, dat is nu juist het probleem. Dit is voor ons geen belijdenis van wantrouwen. Mensen kunnen veranderen. Mensen hebben recht op een (berekende) kans, maar in eerste instantie hebben we het mandaat om aan terugvalpreventie te werken. Naarmate hierin heel gedragsgerichte vorderin-

gen (controle) gemaakt worden, kunnen ook andere terreinen en thema's aan bod komen die hierbij aansluiten. Ook de eigen slachtofferbelevingen kunnen dan bijvoorbeeld een plaats krijgen. In die volgorde, niet andersom.

Plegers hebben in ieder geval recht op een respectvolle bejegening: iemand is altijd meer dan de feiten die hij gepleegd heeft. Indien dat geloof er niet is, maakt hulpverlening geen kans. De verwerping (ja, de afschuw) betreft de feiten en niet de persoon van de pleger. 'Informed consent' als methodiek maakt deel uit van deze respectvolle bejegening, maar ook het besef dat de hulpverlening in een machtspositie zit waarmee voorzichtig moet worden omgesprongen. Daarom kunnen we ons vinden in de denkoefening waarbij opgelegde hulpverlening tegen de lamp van de mensenrechten wordt gehouden. CARROLL kwam hieromtrent tot de volgende principes:¹²

- recht op 'informed consent': wat zijn sancties, welke dwang is er, wat zijn alternatieven;
- er moet een mandaat en een duidelijk doel zijn, met name het voorkomen van recidive;
- opteren voor de minst indringende en minst dwingende methode om het vooropgestelde doel te kunnen bereiken;
- niet zonder expliciete verantwoording vanuit mandaat en doelstelling in het intieme leven van de persoon binnendringen;
- proportionaliteitsbeginsel: ingrijpender methoden inzetten bij ernstiger delicten.

Het laatste principe levert in onze praktijk de meeste problemen op. Enerzijds kunnen we het leerproject aanbieden (zes maanden tot één jaar vorming) voor de juridisch als licht gekwalificeerde feiten. Anderzijds komen de plegers die zeer ernstige feiten gepleegd hebben meestal via een maatregel die een lange opvolging mogelijk maakt (voorwaardelijke invrijheidstelling of internering). Er is echter een grote tussencategorie waarbij die proportionaliteit vanuit therapeutisch standpunt anders ingevuld wordt dan vanuit juridisch standpunt. Een relatief ernstig delict kan een relatief lichter te behandelen therapeutische terugvalproblematiek inhouden en omgekeerd. Het bekendste voorbeeld hiervan vormt exhibitionisme.

I.T.E.R. maakt er een werkpunt van om een breed aanbod voor alle specifieke doelgroepen te ontwikkelen. Alle personen die op basis van hun feiten en problematiek in aanmerking komen, hebben recht op een therapeutische kans. We

→

L. BAKKER en T. WARD, "Dynamic Risk Factors: The Kia Marama Evaluation", *Sexual Abuse: a Journal of Research and Treatment* 2002, 14(2), 103-119.

12. J.S. CARROLL, "Consent to mental health treatment: A theoretical analysis of coercion, freedom and control", *Behavioral Science and the Law* 1991, (9), 129-142.

denken daarbij specifiek aan minderjarigen, jongvolwassenen, zwakbegaafden en mentaal gehandicapten, senioren, vrouwelijke plegers, allochtonen, ontkeners en betrokken systeemleden (b.v. partners).

We hopen met deze visietekst een beeld te hebben gegeven van het werk dat I.T.E.R. in het kader van haar opdracht uitvoert. Reacties op en discussie over de inhoud van deze tekst zijn steeds welkom op iter@pi.be. Meer informatie kan u ook altijd vinden op de webstek www.iter-daderhulp.be.

Jessica OPSTEYN
*criminologe,
werkzaam bij I.T.E.R
via Algemeen Welzijnswerk*
Ina RAYMENANTS
*psychologe,
werkzaam bij I.T.E.R
via de Leerprojecten*
Kris VANHOECK
*psycholoog (lic),
werkzaam bij I.T.E.R
via Geestelijke Gezondheidszorg*

Bibliografie

- BANDURA, A., *Aggression: a social learning analysis*, Engelwood Cliffs, Prentice Hall, 1973.
- CARROLL, J.S., "Consent to mental health treatment: A theoretical analysis of coercion, freedom and control", *Behavioral Science and the Law* 1991, (9), 129-142.
- COSYNS, P. en DE DONCKER, D., "Ambulante Dwangbehandeling van Seksuele Misbruikers", *Panopticon* 1996, (17), 25-36.
- HUDSON, S.M., WALES, D.S., BAKKER, L. en WARD, T., "Dynamic Risk Factors: The Kia Marama Evaluation", *Sexual Abuse: a Journal of Research and Treatment* 2002, 14(2), 103-119.
- LAWS, D.R., "Harm Reduction or Harm Facilitation? A reply to MALETZKY", *Sexual Abuse: a Journal of Research and Treatment* 1999, 11(3), 233-241.
- VAN CANEGEM, F. en VANHOECK, K., "Informed consent: het dilemma van gedwongen therapie", *Alert* 2001, 27(3-4), 22-38.
- VANDENBROUCKE, M., "Vrijheid, Dwang en Hulpverlening: enkele bemerkingsen bij de dwang in de hulpverlening aan delinquenten", *Panopticon* 1996, (17), 15-17.
- VANHOECK, K., "Motivatie voor een psychotherapeutische behandeling binnen een verplichtend kader", *Tijdschrift voor Klinische Psychologie* 2001, 31(2), 86-95.
- VANHOECK, K. en VAN CANEGEM, F., "Informed Consent bij gedwongen therapie", *Panopticon* 2000, 21(1), 80-87.
- WIPPOO, J.H., "Informed consent bij psychotherapie", *Tijdschrift voor Psychotherapie* 1997, 23(6), 394-409.

2. Congressen

2.1. 'Ontwikkelingspsychiatrie: psychiatrie in ontwikkeling' Antwerpen 12 en 13 september 2002

Tijdens dit druk bezochte en geslaagde congres werd in een discussieforum de recente ontwikkelingen in verband met de nieuwe forensisch-psychiatrische voorzieningen besproken. In een eerste deel werd een toelichting gegeven door Prof. Dr. J. CASSELMAN, Gerechtelijke Geestelijke Gezondheidszorg, K.U.Leuven. Het betrof een stand van zaken alsook een kritische evaluatie.

Daarna volgde in een tweede deel een discussie met in het panel: Dr. P. VAN PETHEGEM, Psychiatrisch Centrum te Zelzate, Dr. G. WALPOT, Openbaar Psychiatrisch Ziekenhuis te Rekem en Dr. R. VERELST, Psychiatrisch Centrum te Bierbeek.

A. Toelichting

1) HUIDIGE STAND VAN ZAKEN

Aantal geïnterneerden in de gevangenis

De inleidende spreker wees erop dat de overheid geen continue registratie voorziet inzake de interneringsmaatregel. Er werd tevens verwezen naar de meest recente doorlichting (2001) van de CsBM Antwerpen, Gent en Leuven door S. DE VUYSERE, K.U.Leuven. Vertrekkende van de onderzoeksgegevens kan men vaststellen dat zo'n 450 Vlaamse geïnterneerden in de gevangenis verblijven. De spreker ging ervan uit dat een 300-tal geïnterneerden zich in de medium beveiligingsgroep bevinden en 150 in de hoge beveiligingsgroep.

Nieuwe forensisch-psychiatrische voorzieningen

Het Ministerie van Justitie voorziet 3 afdelingen in algemene psychiatrische ziekenhuizen (APZ) in Vlaanderen (Rekem, Bierbeek, Zelzate) met elk zo'n 32 bedden en extra subsidie voor personeel. Het Ministerie van Volksgezondheid daarentegen voorziet 4 tot 6 afdelingen waarvan 3 in Vlaanderen (Rekem, Zelzate en Bierbeek)