

Het zorgaanbod voor geïnterneerden in België

ANJA BOERS^{*}
STIJN VANDEVELDE^{**}
VEERLE SOYEZ^{***}
STEFAN DE SMET^{****}
W. TING TO^{*****}

ABSTRACT

Door verschillende auteurs werd herhaaldelijk gewezen op de precare situatie waarin geïnterneerden in België zich bevinden. Inmiddels werden een aantal concrete beleidsinitiatieven genomen die kunnen gelden als een aanzet tot een mogelijke grondige hervorming van het interneringssysteem. Zo voorziet het Masterplan Internering in de oprichting van twee Forensisch Psychiatrische Centra voor de opvang van geïnterneerden. In dit artikel trachten we het huidige zorgaanbod voor geïnterneerden in België te beschrijven, met het oog op het formuleren van aanbevelingen voor de behandeling van geïnterneerden in een Forensisch Psychiatrisch Centrum. De gegevens zijn verzameld door middel van documentanalyse en interviews met 29 medewerkers uit 18 verschillende zorginstellingen voor geïnterneerden. De theoretische uitgangspunten, het zorgaanbod en de invloed van de juridische context op de behandeling ervaren door de medewerkers van de zorginstellingen worden beschreven en een aantal inhoudelijke, structurele en settingspecifieke randvoorwaarden voor de behandeling van geïnterneerden worden geformuleerd.

Kernwoorden: Internering – Behandeling – Zorg – Forensisch Psychiatrisch Centrum – Forensisch Zorgcircuit

1. INLEIDING¹

Het verwijderen van “geestesgestoorde” delinquenten uit de maatschappij en het onderwerpen van deze personen aan een psychiatrische behandeling zijn centrale doelstellingen in de Belgische interneringswet (1964)². Toch voorzag de overheid (tot voor kort) in onvoldoende financiële middelen om deze taak naar behoren te kunnen vervullen (Cosyns e.a., 2007). Zo verblijft één op de vier geïnterneerden in een penitentiaire inrichting (dit is 10% van de gevangenispopulatie), waar zij ondanks de aanwezigheid van de zorgequipes verstoken blijven van de therapeutische zorg die zij nodig hebben (De Clerck, 2010). Door verschillende auteurs werd de laatste jaren dan ook herhaaldelijk gewezen op de precare situatie waarin geïnterneerden in België zich bevinden (Brouckaert, 2007; Casselman,

^{*} Voormalig wetenschappelijk medewerker Departement Sociaal-Agogisch Werk Hogeschool Gent

^{**} Docent Departement Sociaal-Agogisch Werk Hogeschool Gent en gastdocent Vakgroep Orthopedagogiek Universiteit Gent

^{***} Doctor-assistent Vakgroep Orthopedagogiek Universiteit Gent

^{****} Lector Departement Gezondheidszorg Vesalius Hogeschool Gent

^{*****} Wetenschappelijk medewerker Departement Sociaal-Agogisch Werk Hogeschool Gent

¹ Met dank aan de Onderzoeksraad Hogeschool Gent, de participanten van het onderzoek, de stuurgroep en Dhr. Heimans voor hun steun, medewerking en feedback.

² Wet van 1 juli 1964 tot bescherming van de maatschappij tegen abnormalen, gewoontemisdadigers en plegers van bepaalde seksuele strafbare feiten. B.S., 17 juli 1964.

De Wet tot bescherming van de maatschappij van 1964 bestaat tot op heden. Op 21 april 2007 werd een nieuwe wet betreffende de internering van personen met een geestesstoornis (WIPG) aangenomen, maar deze is nog niet van kracht. In de WIPG wordt het dubbel doel van de interneringsmaatregel behouden.

2004; Cosyns e.a., 2007; Heimans, 2001; Heimans & Brad, 2003; Goorden & Oei, 2007; Vanden Hende, Caris & De Block-Bury, 2005).

Mede onder druk van nationale en internationale veroordelingen, plaatste de overheid recent de behandeling van geïnterneerden op de politieke agenda (Cosyns e.a., 2007; Cosyns, Koeck & Verellen, 2008; Goorden & Oei, 2007). Inmiddels werden een aantal concrete beleidsinitiatieven genomen die kunnen gelden als een aanzet tot een mogelijke grondige hervorming van het interneringssysteem. Zo voorziet het Masterplan Internering – op voorstel van de werkgroep Forensisch Psychiatrisch Zorgcircuit (Cosyns, 2005) – in de oprichting van twee Forensisch Psychiatrische Centra (FPC) in Vlaanderen voor de opvang van geïnterneerden.

Gezien de nood aan een wetenschappelijk onderbouwd therapeutisch programma voor dergelijke FPC's – aangepast aan de specifieke noden en behoeften van de verschillende doelgroepen (De Wilde e.a., 2007; Drake & Wallach, 2000; Hollin, 1999; Peters & Bartoi, 1997; Singleton e.a., 1997; Vandeveld & Broekaert, 2006), startte de Hogeschool Gent op 15 november 2008 een driejarig onderzoeksproject getiteld “Behandeling van geïnterneerden in forensisch psychiatrische contexten”³. Het onderzoeksproject is ingedeeld in drie op elkaar voortbouwende onderzoeksfasen. In de eerste fase wordt het actuele zorgaanbod voor geïnterneerden in België verkend. Het tweede luik beslaat een expertenbevraging over de organisatie en inhoud van de behandeling voor geïnterneerden in de toekomstige FPC's. In de derde fase worden een aantal forensische voorzieningen nader onderzocht met als doel de sleutelprocessen van de behandelingsvormen in kaart te brengen. Deze onderzoeksbevindingen worden tenslotte vertaald naar een aantal aanbevelingen voor de werking van een FPC, met aandacht voor de regelgeving rond internering.

Dit artikel focust op de resultaten van de eerste fase van de studie. Deze fase beoogde het huidige zorgaanbod voor geïnterneerden in België in kaart te brengen, en op basis hiervan mogelijke algemene aanbevelingen te formuleren voor de behandeling van geïnterneerden in een FPC. De aandacht ging hierbij uit naar verschillende behandelingsgerelateerde aspecten, zoals eventuele settingspecifieke voorwaarden, het opnameverloop, de diagnostiek, de eigenlijke behandeling en de aangeboden nazorg. Daarnaast werd ook aandacht besteed aan de invloed van het justitiële kader op de behandelingscontext.

2. METHODOLOGIE

2.1 Selectie instellingen

Internering kan plaatsvinden in instellingen die ressorteren onder de Federale Overheidsdienst Justitie. Hiertoe behoren de Psychiatrische Afdelingen van de gevangnissen (PA), de Afdelingen Bescherming Maatschappij (ABM's) en de Instellingen tot Bescherming van de Maatschappij (IBM's). Daarnaast verblijven geïnterneerden ook in privé-instellingen die ressorteren onder de FOD Volksgezondheid of de Gemeenschappen, in IBM's die ressorteren onder het Waals gewest en in inrichtingen georganiseerd door lokale overheden (Cosyns e.a., 2007; Smets, Verelst & Vandenbergh, 2009). Cosyns (2005, 2007) onderscheidt zes

³ Deze studie wordt opgevolgd door Hogeschool Gent – Departement Sociaal-Agogisch Werk en Departement Gezondheidszorg Vesalius – en de Vakgroep Orthopedagogiek van de Universiteit Gent, in samenwerking met de Universiteit Gent – Vakgroep Orthopedagogiek en Vakgroep Strafrecht en Criminologie – en het Platform Forensisch Psychiatrisch Centrum Gent.

subgroepen van geïnterneerden naar psychiatrische pathologie: 1. persoonlijkheidsstoornissen, 2. psychotische stoornissen, 3. mentale handicap, 4. parafilieën, 5. middelengebruik en afhankelijkheid en 6. impulscontrolestoornis. In het kader van het onderzoek werden negentien instellingen geselecteerd – waarvan er achttien instellingen deelnamen (cf. Tabel 1) – met aandacht voor residentiële en ambulante behandelingen en voor bovengenoemde subgroepen van geïnterneerden. Gezien de hoofddoelstelling van het artikel eruit bestaat voorstellen te formuleren voor een zorgprogramma in een FPC, werd ervoor geopteerd een groot aantal (forensisch) psychiatrische afdelingen binnen algemeen psychiatrische ziekenhuizen op te nemen in de bevraging. In onderstaande tabel en tekst omschrijven we kort de participerende instellingen.

TABEL 1: INSTELLINGEN

| | |
|---|---|
| RESIDENTIEEL | n |
| Psychiatrische Afdeling Penitentiaire Inrichting – Zorgequipe | 1 |
| Afdeling of Instelling Bescherming Maatschappij – Zorgequipe | 3 |
| Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis | |
| Forensisch Psychiatrische Eenheid | 4 |
| Forensisch Psychiatrische Afdeling – Seksueel Delinquenten | 3 |
| Psychiatrische Afdeling – Dubbele Diagnose | 1 |
| Tehuis Niet-Werkenden – Verstandelijke Beperking | 3 |
| AMBULANT | n |
| Ambulant zorgaanbod – Seksueel Delinquenten | 1 |
| Ambulant zorgaanbod – Verstandelijke Beperking | 2 |

2.1.1 Penitentiaire instellingen

De zorgequipes voor geïnterneerden van een Psychiatrische Afdeling, een Afdeling tot Bescherming van de Maatschappij en twee Instellingen tot Bescherming van de Maatschappij ressorteren onder de Federale Overheidsdienst Justitie. Een zorgequipe voor geïnterneerden is samengesteld uit een psychiater, een psycholoog, een maatschappelijk assistent, een ergotherapeut, een psychiatrisch verpleger, een bewegingstherapeut en een opvoeder. Ze wordt bijgestaan door penitentiaire beampten die daartoe een specifieke opleiding hebben genoten. De zorgequipes richten zich tot beklagden die opgenomen zijn ter observatie, tot geïnterneerden waarvan de situatie al dan niet definitief is en tot andere gedetineerden die op beslissing van de behandelende arts geplaatst zijn in de psychiatrische afdeling.

2.1.2 Psychiatrische afdelingen ziekenhuizen

De psychiatrische afdelingen lokaliseren zich in acht verschillende psychiatrische ziekenhuizen. De forensisch psychiatrische eenheden – de pilootprojecten van Justitie en Volksgezondheid – voorzien open en gesloten opvang voor medium-risk geïnterneerden met psychotische of persoonlijkheidsstoornissen. In het onderzoek werden enkel de forensische ziekenhuisafdelingen betrokken (m.a.w. niet het forensisch psychiatrisch verzorgingstehuis en het forensisch geïntegreerd wonen). De gesloten afdelingen voor de behandeling van seksueel delinquenten richten zich tot volwassen mannelijke plegers

van strafbaar seksueel gedrag. Eén van de afdelingen voorziet eveneens bedden voor zwakbegaafde daders van seksuele delicten. De afdeling voor dubbele diagnose biedt een residentiële behandeling voor patiënten met een middelengerelateerde stoornis én met een psychotische problematiek die niet door middelen wordt geïnduceerd. Het betreft een half-open setting.

2.1.3 Tehuizen niet-werkenden

De drie woonprojecten genieten een erkenning door het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) als tehuis niet-werkenden voor de opvang van mannelijke geïnterneerden met een verstandelijke beperking. De residentiële units bieden half-open en gesloten opvang, ressorteren onder een orthopedagogisch of dienstverleningscentrum maar zijn elk gelokaliseerd op het domein van een psychiatrisch centrum.

2.1.4 Ambulante opvang

Het centrum voor daderhulp aan plegers van zedenfeiten is een samenwerkingsverband tussen het CAW, CGGZ en de Leerprojecten in het gerechtelijk arrondissement. Het is een lokale uitwerking van het samenwerkingsprotocol tussen de Vlaamse Gemeenschap en het Ministerie van Justitie betreffende de begeleiding en behandeling van daders van seksueel misbruik. Het volwassenteam richt zich tot personen die strafbare zedenfeiten gepleegd hebben of vrezen dat ze dit zouden kunnen doen én die ervoor kiezen voor deze problematiek behandeling en begeleiding te volgen.

De projecten voor de ambulante begeleiding van geïnterneerden met een verstandelijke beperking, die ingeschreven en erkend zijn door het Vlaams Agentschap (of ervoor in aanmerking komen) en verblijven in de gevangenis, ressorteren onder een dag- of dienstverleningscentrum en worden erkend en gesubsidieerd door het VAPH.

2.2 Procedure

Aan de instellingen werd gevraagd om één of meerdere medewerkers aan te duiden die een praktijkgericht beeld konden weergeven met betrekking tot de aangeboden behandeling. De verschillende participanten werden bevraagd aan de hand van een interviewschema of topiclijst (Baarda, de Goede & Van der Meer-Middelburg, 2007; Migchelbrink, 2006). De topics en subtopics werden op basis van een literatuurstudie in onderling overleg tussen de auteurs van het artikel geselecteerd en werden voorgelegd aan experts uit het werkveld. Gedurende de periode maart – juni 2009 werden interviews afgenomen van in totaal negentwintig medewerkers werkzaam in de achttien participerende instellingen. Qua samenstelling vormt de groep geïnterviewden een goede afspiegeling van de multidisciplinaire equipes werkzaam in de instellingen. Aanvullend bij het interview werden documenten opgevraagd over de werking van de instelling.

2.3 Data-analyse

Op basis van de verzamelde gegevens werd per instelling een syntheseverslag opgesteld, dat teruggemild werd naar de desbetreffende instelling om er aanvullende bemerkingen en suggesties bij te formuleren. Uit de eerste manuele verwerking kwam de nood aan een gemeenschappelijke taal en een integratief kader waarin logische verbanden gelegd

worden naar voor. Aangezien het zorgcircuit-denken haar ingang maakt in de forensisch(e) (psychiatrische) sector werd ervoor gekozen het “pragmatisch en patiëntgericht raamkader voor de geestelijke gezondheidszorg” van De Meulemeester e.a. (1998) als theoretisch kader te hanteren bij het opstellen van de boomstructuur. Een boomstructuur is een ordening in codes en subcodes, die een weerspiegeling vormen van de thema’s die voorkomen in het onderzoeksmateriaal of thema’s naar waar men op zoek wil gaan in het materiaal; de boomstructuur stuurt de verdere analyse. Drie onderzoekers namen individueel de syntheseverslagen door en stelden elk afzonderlijk een structuur op. Na overleg werden deze geïntegreerd tot één boomstructuur. Tot slot werden de onderzoeksdata gecodeerd en geanalyseerd in het software-programma NVivo8 gebruikmakend van deze boomstructuur.

3. RESULTATEN

TABEL 2: OVERZICHTSTABEL VAN THERAPEUTISCHE KADERS, ZORGOELSTELLINGEN EN ZORGFUNCTIES VAN DE DEELNEMENDE VOORZIENINGEN

| | Psychiatrische afdeling PI | Instelling Bescherming Maatschappij 1 | Instelling Bescherming Maatschappij 2 | Instelling Bescherming Maatschappij 3 | Forensisch Psychiatrische Eenheid 1 | Forensisch Psychiatrische Eenheid 2 | Forensisch Psychiatrische Eenheid 3 | Forensisch Psychiatrische Eenheid 4 | Forensisch Psychiatrische Afdeling 1 | Forensisch Psychiatrische Afdeling 2 | Forensisch Psychiatrische Afdeling 3 | Psychiatrische Afdeling | Tehuis Niet-Werkenden 1 | Tehuis Niet-Werkenden 2 | Tehuis Niet-Werkenden 3 | Ambulant Seksueel | Ambulant Verstandelijke Beperking 1 | Ambulant Verstandelijke Beperking 2 |
|------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Psychotherapeutisch kader | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Psychodynamische therapie | | | x | x | | | x | x | x | | | x | | | x | | | x |
| Clïëntgerichte therapie | | | | | | x | | | | x | | | x | | | x | | |
| Cognitieve gedragstherapie | | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | | x | x | | x | | |
| Systeemtherapie | x | | x | x | x | x | x | x | | x | | x | x | x | x | x | | x |
| Zorgdoelstellingen | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Prebehandeling | x | x | x | x | | | | | | | | | | | | | | x |
| Behandeling | | | | | | x | x | | | | | | | | | | | |
| Recidivevermindering | | | | | x | x | x | | x | x | x | | x | x | | x | | |
| Levenskwaliteit | | | | | x | | | | | x | x | x | x | x | x | x | x | |
| Reïntegratie | x | x | | | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | | | x | x |
| Zorgfuncties | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Verzorging (ADL) | x | x | x | | x | x | x | | | | | x | | | | | x | x |
| Behandeling | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Medisch-Psychiatrische behandeling | x | x | x | | | x | x | x | x | | x | x | | x | x | x | | |

| | Psychiatrische afdeling PI | Instelling Bescherming Maatschappij 1 | Instelling Bescherming Maatschappij 2 | Instelling Bescherming Maatschappij 3 | Forensisch Psychiatrische Eenheid 1 | Forensisch Psychiatrische Eenheid 2 | Forensisch Psychiatrische Eenheid 3 | Forensisch Psychiatrische Eenheid 4 | Forensisch Psychiatrische Afdeling 1 | Forensisch Psychiatrische Afdeling 2 | Forensisch Psychiatrische Afdeling 3 | Psychiatrische Afdeling | Tehuis Niet-Werkenden 1 | Tehuis Niet-Werkenden 2 | Tehuis Niet-Werkenden 3 | Ambulant Seksueel | Ambulant Verstandelijke Beperking 1 | Ambulant Verstandelijke Beperking 2 |
|-------------------------|----------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Psychotherapie | | | x | | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | | |
| Vaktherapie | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | | x | x |
| Animal Assisted Therapy | | | | | x | | x | | | | | | | | | | | |
| Activering | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Arbeidstraining | x | x | x | | x | x | x | | x | x | x | x | x | x | x | | x | x |
| Vrijtijdsplanning | | | | | x | x | x | | x | | | | x | x | | | | |
| Uitstappen | | | | | x | x | | x | | | | x | x | x | | | x | x |

3.1 Theoretisch kader

Gezien de complexiteit van de doelgroep werken de instellingen meestal vanuit meerdere therapeutische kaders, modellen en methodieken (cf. Tabel 2). In heel wat gevallen blijkt de scholing van het personeel mede bepalend voor de invulling van het therapeutisch kader.

Een meerderheid van de instellingen hanteert overwegend behandeltechnieken vanuit een systeemtherapeutisch kader of met een gedragstherapeutische inslag – voornamelijk cognitieve gedragstherapie. Meer specifiek werkt men in één instelling bescherming maatschappij en in twee forensisch psychiatrische eenheden voor geïnterneerden met een psychotische- of persoonlijkheidsstoornis volgens de principes van Schema-Focussed Therapy⁴ van Young & Klosko (2003). Verder worden de psychoanalyse en cliëntgerichte therapie vernoemd als belangrijke kaders om de behandeling te sturen.

Aanvullend bij het therapeutisch kader worden een aantal verklaringsmodellen voor psychische (on)-gezondheid gehanteerd, zoals bijvoorbeeld het BioPsychoSociaal Model⁵ en het Dynamisch Stress Kwetsbaarheidmodel⁶ (Ruijsenaars, van den Bergh & School, 2008).

⁴ Schema-focussed Therapy is een vorm van cognitieve therapie die mensen helpt om lange termijn patronen van reageren te veranderen, waaronder de manieren waarop ze omgaan met andere mensen. Het doel van Schema-Focussed Therapy is om de schema's (d.i. stabiel en langdurig patroon van reageren) waar een cliënt last van heeft zoveel mogelijk te verzwakken en de positieve factoren van de persoon te versterken.

⁵ Het BioPsychoSociaal Model stelt dat biologische, psychologische en sociale factoren (multifactorieel) een belangrijke rol spelen in de context van psychische (on)-gezondheid. Het model is circulair, m.a.w. de verschillende factoren hebben onderling invloed op elkaar.

⁶ In het Dynamisch Stress-Kwetsbaarheidmodel 'wordt aangegeven hoe mensen, omgeving en gebeurtenissen elkaar beïnvloeden waardoor het risico op psychische ongezondheid wordt vergroot' (Ruijsenaars, van den Bergh & School, 2008, p. 188).

In niet-penitentiaire inrichtingen is het terugvalpreventiemodel één van de krachtlijnen. Sommigen hanteren het Risk-Needs-Responsivity Model⁷ van Andrews & Bonta (Andrews & Bonta, 1994) of het Good Lives Model⁸ van Ward & Brown (Ward & Brown, 2004) als uitgangspunt voor terugvalpreventie. De veranderingscirkel⁹ van Prochaska en DiClemente (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992) wordt in een aantal psychiatrische afdelingen binnen algemene ziekenhuizen aangewend. Ten slotte vernoemen respondenten ook het gebruik van enkele specifieke *modellen en methodieken* voor subdoelgroepen, zoals de chronische valkuil¹⁰ van Martin Appelo (psychosen) (Appelo, 1997), het ontwikkelingsdynamisch model¹¹ van Došen (verstandelijke beperking) (Došen, 2007) en de Gentle Teaching methode¹² (verstandelijke beperking) (De Corte, 1996).

3.2 Zorgaanbod

3.2.1 Zorgplan

Algemene zorgdoelen

De zorgactiviteiten van de ambulante projecten voor geïnterneerden met een verstandelijke beperking en van de zorgequipes in de penitentiaire inrichtingen zijn gericht op het activeren en motiveren van de geïnterneerden voor behandeling (pre-behandeling) en op het beperken van de detentieschade.

Hoewel van psychiatrische ziekenhuizen kan verondersteld worden dat zij behandeling bieden voor psychiatrische patiënten, formuleerden slechts twee forensisch psychiatrische eenheden de *behandeling van de psychiatrische problematiek* expliciet als algemene doelstelling.

Het zorgaanbod van de psychiatrische afdelingen voor personen met een psychotische-, persoonlijkheids- of seksuele problematiek, de woonprojecten voor geïnterneerden met

⁷ Het Risk-Need-Responsivity Model omschrijft de beginselen van effectieve interventies gericht op de vermindering van recidive. Het 'risk'-principe wijst erop dat de intensiteit van het aangeboden programma dient te worden afgestemd op het risico van herval. Het 'need'-principe stelt dat de interventies gericht moeten zijn op dynamische risicofactoren (beïnvloedbare factoren), waarvan bekend is dat ze recidive vergroten. Het 'responsivity'-principe stelt dat de behandeling moet aangepast worden aan de leerstijl, mogelijkheden en motivatie van de persoon.

⁸ In het Good Lives Model ligt de nadruk zowel op het bevorderen van welzijn van de persoon als op de vermindering van het risico op recidive. In het Good Lives Model wordt de cliënt geleerd zich op een positieve manier te richten op zijn primaire levensbehoeften. Het bevorderen van positieve factoren draagt bij tot het voorkomen van terugval in risicogedrag.

⁹ Prochaska en DiClemente hebben vijf stadia van gedragsverandering in kaart gebracht. Ze zien gedragsverandering als een circulair proces, waarbij men verschillende stadia doorloopt en soms terugvalt naar een vorige fase.

¹⁰ *'De chronische valkuil waarin patiënten met een schizofrenie terecht kunnen komen, is te diep om ze er met één interventie uit te kunnen halen. Het valkuilmodel, waarin de verschillende niveaus van contact, psychologische overzicht, cognitieve controle, praktische doelen, vaardigheden en rolfunctioneren worden onderscheiden, geeft de mogelijkheid om de terugkeer stapsgewijs en op het niveau van de patiënt te plannen en uit te voeren'* (Appelo, 1997, p.331).

¹¹ Het ontwikkelingsdynamisch model ontwikkeld door Došen geeft inzicht in hoe gedragsproblemen en psychische stoornissen bij personen met verstandelijke beperkingen tot stand komen (voor een overzicht van deze benadering, zie Došen, 2007).

¹² Gentle teaching, ontwikkeld door John McGee, *'is een begeleidingsvorm en methodiek die zich richt op het ontwikkelen van onvoorwaardelijke veilige en liefdevolle relaties met kinderen en volwassenen met bijzondere kwetsbaarheden'* (Gentle Teaching Foundation in the Netherlands, 2010).

een verstandelijke beperking en het centrum voor daderhulp aan plegers van zedenfeiten is gericht op een maximale beperking van het recidiverisico.

Een groot aantal niet-penitentiaire inrichtingen stellen zich tot doel de persoonlijke levenskwaliteit en zelfontplooiing van de geïnterneerden te maximaliseren. Het recht op een kwaliteitsvol leven en/of de hypothese dat levenskwaliteit een belangrijke buffer kan vormen voor het plegen van strafbare feiten ligt aan de basis van deze keuze.

Algemeen kan gesteld worden dat de voornaamste zorgdoelstelling van de voorzieningen bestaat uit het bevorderen van de reïntegratie in de maatschappij. De concrete invulling hiervan wordt mee bepaald door de mogelijkheden en de beperkingen van de geïnterneerde zelf, zijn netwerk, het zorgaanbod en de maatschappij in zijn geheel. Vier organisaties stellen deze reïntegratie niet (expliciet) voorop, waarvan één (tehuis niet-werkenden) eerder een veilig eindstation wil zijn voor personen die reeds een lange voorgeschiedenis in het zorglandschap achter de rug hebben.

Individuele zorgdoelen

Met uitzondering van twee instellingen tot bescherming van de maatschappij, wordt in alle voorzieningen gewerkt met een *individueel zorgtraject*, aangestuurd volgens de principes van Individuele Handelingsplanning (Rink & van Lokven, 1986).

Tijdens de eerste maanden van het zorgtraject vindt een gevalsbespreking plaats, waarop de initiële beeldvorming en diagnostiek, de probleemformulering, de doelstellingenbepaling en het actieplan besproken worden. In het actieplan wordt per doelstelling omschreven waarom men deze vooropstelt en welke teamleden instaan voor de opvolging ervan.

Op de evaluatiebesprekingen worden de vooropgestelde doelstellingen geëvalueerd en nieuwe doelstellingen geformuleerd. Volgende aspecten kunnen eveneens aan bod komen: verfijning beeldvorming en diagnostiek, taakverdeling en vrijheden en andere vragen van de geïnterneerde.

Enkele instellingen trachten de participatie van de geïnterneerde doorheen het zorgtraject te bevorderen. Eén forensisch psychiatrische eenheid en één tehuis niet-werkenden geven aan dat op vraag van de geïnterneerde, zijn familie of de begeleiders een bijkomende bespreking kan plaatsvinden. In een afdeling voor seksueel delinquenten wordt de patiënt uitzonderlijk op een teamvergadering uitgenodigd, bijvoorbeeld om gewenst gedrag aan te moedigen of om de delictketting van de betrokken te bespreken. Op de afdeling dubbele diagnose wordt elke bespreking opgevat als "*een samenkomst van de patiënt en de teamleden die hem het meest intens volgen*".

3.2.2 Zorgtraject

Het zorgaanbod verloopt gefaseerd en is georganiseerd als een zorgtraject. Dit traject moet gezien worden als een leerroute die maximaal bestaat uit vier fasen: onthaal en observatie, begeleiding en behandeling, resocialisatie en nazorg.

Zowel de penitentiaire inrichtingen als de psychiatrische afdelingen binnen algemene ziekenhuizen voorzien een *onthaal- en observatieperiode* – van één tot vier maanden – waarin de geïnterneerde geïnformeerd wordt over de werking van de zorgeenheid, kan wennen aan de nieuwe omgeving en stapsgewijs ingeschakeld wordt in een zorg- en/of behandelprogramma dat gericht is op observatie, oriëntatie en motivatie.

De module *begeleiding en/of behandeling* omvat een zorgaanbod op maat van de geïnterneerde. De forensisch psychiatrische eenheden voorzien hiervoor – in navolging van het contract met de minister van Volksgezondheid – een periode van zes tot twaalf maanden. Tegelijkertijd geven zij aan dat deze termijn scherp gesteld is, gezien de complexe problematiek van de doelgroep. De behandelingsfase voor seksueel delinquenten duurt meestal zes tot twaalf maanden voor normaalbegaafde plegers en twaalf tot achttien maanden voor plegers met een verstandelijke beperking.

De psychiatrische afdelingen binnen algemene ziekenhuizen voorzien vervolgens een *resocialisatiefase* waarin er gewerkt wordt aan een reclasseringsplan van de specifieke (bescherming) noden van de patiënt en de maatschappij. Samen met de patiënt wordt gezocht naar een opleiding en/of werk, een dagbesteding, een woning en begeleiding en/of behandeling in functie van een stabiele levensstijl. Verworven vaardigheden worden geoptimaliseerd en ingeoeft. Tijdens de ontslagvoorbereiding worden belangrijke steunfiguren geïnformeerd.

De niet-justitiële inrichtingen organiseren ten slotte een vorm van *nazorg*. Nazorg op maat varieert van ondersteuning tot intensieve regelmatige contacten. Slechts een aantal instellingen voorzien zelf in deze nazorg. Ingeval van doorstroom naar een andere instelling, garanderen de instellingen crisisinterventie en adviesverlening ten aanzien van de nieuwe zorgeenheid.

Een rode draad doorheen het zorgtraject is het *gefaseerd of getrapt vrijheidssysteem*. In geval van een positieve behandelrevolutie ontvangt de geïnterneerde progressief specifieke en welomschreven vrijheden. Hierbij wordt in toenemende mate een appel gedaan op diens verantwoordelijkheid en vermindert de externe controle gradueel. Het vrijheidssysteem is geen rechtlijnig traject: vaak is het een proces van “vallen en opstaan”. Een forensisch psychiatrische eenheid komt hieraan tegemoet door mutaties tussen de verschillende afdelingen – die voornamelijk verschillen in het niveau van gegeven verantwoordelijkheden aan de patiënt – vlot mogelijk te maken.

3.2.3 Zorgfuncties¹³

a. Aanmelding

De zorgfunctie “aanmelding” is niet van toepassing in de penitentiaire inrichtingen. In niet-penitentiaire instellingen kan de *aanmelding* door iedere betrokkene gebeuren. Uit de bevraging blijkt dat de psychosociale dienst (PSD) van de gevangenis de belangrijkste verwijzende instantie is. Na de aanmelding volgt een *opname- of selectieprocedure*. Op basis

¹³ Voor definities van de zorgfuncties zie: De Meulemeester, P., Nassen, E., Molenberghs, G., Bellings, P. (1998). “Een pragmatisch en patiëntgericht raamkader voor de geestelijke gezondheidszorg”, Acta Hospitalia. Online raadpleegbaar op www.spiller.be (geraadpleegd op 26.08.2009).

van informatie verkregen uit de opgevraagde dossiers en uit de intakegesprekken wordt in multidisciplinair team beslist of de kandidaat in aanmerking komt voor begeleiding. Belangrijke criteria hierbij zijn de psychiatrische diagnose en het ziekteverloop (bv. exclusie van acute psychiatrische problematiek, acute crisissituatie of suicidaliteit), de risicobeoordeling (bv. exclusie van “high risk”, kernpsychopathie, personen die de feiten ontkennen, personen met een hoge vluchtgevaarlijkheid en bepaalde vormen van zware agressie) en de motivatie. Daarnaast vormen het juridisch statuut (bv. interneringsmaatregel, in de gevangenis verblijven) en persoonskenmerken (bv. leeftijd, geslacht) inclusiecriteria. In geval van een positieve beslissing doorloopt de kandidaat veelal een *wachttijd*, waarna een overeenkomst of contract afgesloten wordt.

b. Indicatiestelling

De indicatiestelling krijgt vorm op basis van een brede waaier aan zorgactiviteiten zoals diagnostiek, groeps gesprekken gericht op observatie en oriëntatie en familiegesprekken om de hulpvragen van de geïnterneerde en van de directe omgeving in kaart te brengen.

Om de diagnostische activiteiten van de voorzieningen in kaart te brengen, baseren we ons op de ‘wegwijzer forensische diagnostiek’ (Centrum Obra vzw, 2006). In dit artikel worden vier categorieën beschreven: structurele diagnose, diagnostiek van de criminogene factoren, risicotaxatie en behandelingsgerelateerde diagnostiek.

De *structurele diagnostiek* in de participerende instellingen richt zich op volgende aspecten: intelligentie, persoonlijkheid, psychopathologie, ontwikkelingsstoornissen, cognitieve stoornissen, neurologisch onderzoek en functioneren. In een aantal instellingen vindt structurele diagnostiek enkel op indicatie plaats. De afdeling dubbele diagnose vermeldt geen vorm van structurele diagnostiek aangezien de diagnose reeds helder moet zijn voor opname. In de overige instellingen behoort structurele diagnostiek standaard tot de indicatiestelling.

Diagnostiek van de *criminogene factoren* gebeurt uitsluitend in de drie Vlaamse forensisch psychiatrische eenheden en in de instellingen die zich richten op de behandeling van personen met seksuele stoornissen. Op grond van gegevens uit het gerechtelijk dossier, informatie vanuit de strafinrichting en gesprekken met de geïnterneerde wordt een criminogenese of delictanalyse opgemaakt. Daarnaast gebeurt een screening van specifieke criminogene factoren (geweld en agressie, seksuele problematiek en/of verslavingsproblematiek) op basis van gestandaardiseerde vragenlijsten en schalen¹⁴.

Risicotaxatie is gericht op het identificeren van statische en dynamische risicofactoren en op het inschatten van het recidiverisico. Risicotaxatie gebeurt (herhaaldelijk) bij geïnterneerden die verblijven in de penitentiaire inrichtingen (PSD/extern expert), de forensisch psychiatrische eenheden en de afdelingen voor seksuele delinquenten. Het risico wordt geëvalueerd met instrumenten voor risicotaxatie (HCR-20, PCL-R, Static-99, SVR-20 en VPS)¹⁵ en risicotaxatie op basis van het klinisch oordeel.

¹⁴ Bv. Abel & Becker Cognitions Scale, Attitudes Towards Woman Scale, Buss-Durkee Hostility Inventory-Dutch, Buss-Perry Aggression Questionnaire, Dickman’s Impulsivity Inventory, Multiphasic Sex Inventory, Rape Myth Acceptance Scale, etc.

¹⁵ De “Historical, Clinical and Risk Management-20” (HCR-20) taxeert de kans op geweld, de “Psychopathy Checklist-Revised” (PCL-R) taxeert psychopathie, de “Static-99” taxeert het risico op

Twee instellingen voeren ook *diagnostiek* uit betreffende *motivatie* en *sociale wenselijkheid*: een forensisch psychiatrische eenheid maakt gebruik van een motivatievragenlijst en een afdeling voor seksueel delinquenten gebruikt de “Marlowe-Crowne Social Desirability Scale”¹⁶ (MCSDS).

c. Verzorging

Heel wat instellingen (cf. Tabel 2) bieden ondersteuning bij “*Activiteiten Dagelijks Leven*”. “*Nogal wat personen hebben namelijk omwille van hun mentale handicap of omwille van hun (acute) psychiatrische situatie hierbij ondersteuning nodig*”, aldus de zorgcoördinator van een penitentiaire inrichting. De ondersteuning is voornamelijk gericht op basale zelfzorg (persoonlijke hygiëne, nette kamer/cel, gezondheid en voeding, medicatie en bioritme).

d. Begeleiding

De instellingen bieden *individuele begeleiding* bij dagdagelijkse en persoonlijke problemen. In niet-penitentiaire instellingen en in één instelling bescherming maatschappij specifiek voor de doelgroep personen met een verstandelijke beperking, wordt bij de start van het zorgtraject een “aandachtsbegeleider” toegewezen. Deze tracht aansluiting te vinden bij de specifieke mogelijkheden, wensen en frustraties van de geïnterneerde, treedt op als verbindingspersoon tussen cliënt en behandeling en draagt bij aan het ontwikkelen van specifieke werkhypothesen aangaande vertrouwen en wantrouwen.

De instellingen bieden *sociaal-administratieve begeleiding* op sociaal, juridisch en budgettair vlak enerzijds en op gebied van wonen, werken, studeren, en dagbesteding anderzijds. In de penitentiaire inrichtingen nemen de zorgequipes en de ambulante projecten deze taak op zich, in de overige instellingen bestaat het aanbod uit individuele begeleiding van de sociale dienst en/of criminoloog en uit een groepsgericht aanbod (bv. gerechtelijke procedure).

De *training huishoudelijke vaardigheden* valt eveneens onder de zorgfunctie begeleiding. Vermeldingswaardig zijn de kooksessies die zowel in penitentiaire als niet-penitentiaire inrichtingen aangeboden worden. De sessies zijn naast het aanleren van sociale, administratieve en technische vaardigheden gericht op het bevorderen van zelfstandigheid en verantwoordelijkheid en op het versterken van het zelfvertrouwen en zelfbeeld.

Ten slotte bieden de instellingen *begeleiding op vlak van sociaal-emotioneel leven*. Een belangrijk accent ligt hier op het samenleven op zich. In de instellingen waar de geïnterneerden heel wat tijd in groep doorbrengen, worden overlegmomenten georganiseerd. Tijdens deze momenten kunnen ergernissen besproken worden, kan het groepsproces geëvalueerd worden en worden praktische afspraken gemaakt. Daarnaast is er ook aandacht voor het onderhouden, bijsturen of terug uitbouwen van het sociaal netwerk. Heel wat niet-penitentiaire instellingen vermelden de mogelijkheid tot bezoek als onderdeel

recidivisme van seksueel geweld, de “Sexual Violence Risk-20” (SVR-20) taxeert het risico op het plegen van seksueel geweld en de “Violence Prediction Scheme Webster” (VPS) taxeert de kans op geweld.

¹⁶ De “Marlowe-Crowne Social Desirability Scale” (MCSDS) meet de neiging om sociaal wenselijk te antwoorden.

van de dagbesteding. Er is ook aandacht voor familiegesprekken of -therapie. Indien er in het geheel geen sociaal netwerk meer aanwezig is wordt gezocht naar nieuwe contacten (bv. via vrijetijdsbesteding).

e. *Psycho-educatie*

De bevroegde instellingen bieden een brede waaier aan zorgactiviteiten die kunnen ondergebracht worden onder deze zorgfunctie: vorming gericht op *praktische vaardigheden*, vorming gericht op *sociale en communicatieve vaardigheden*, vorming betreffende *lichaamswelzijn en gezondheid, empathietraining, seksuele en relationele vorming, stress- en woedemanagement* (bv. Aggression Replacement Training van Goldstein), vorming gericht op een *realistisch zelfbeeld* en psycho-educatie voor *specifieke doelgroepen* (bv. omgaan met psychose, persoonlijkheidsstoornis, verslaving, verstandelijke beperking, medicatie). Kenmerkend voor deze zorgfunctie is de overwegend groepsgerichte aanpak.

f. *Behandeling*

De instellingen voorzien in een *medisch-psychiatrische opvolging en ondersteuning*. Deze varieert van medicatieopvolging en het verlenen van attesten tot psychiatrisch consult en reclasseringsactiviteiten (bv. contacten met psychiatrische ziekenhuizen). De zorgequipes werkzaam binnen de penitentiaire inrichtingen geven aan dat de beperkte wettelijke basis voor time-out, dwangmedicatie en fixatie erg oncomfortabel is.

Daarnaast wordt zowel individuele *psychotherapie* als verschillende vormen van groepspsychotherapie aangeboden. De individuele psychotherapie is doorgaans een facultatief aanbod – eventueel voorafgegaan door een aantal verplichte sessies – van de psycholoog. Aanvankelijk ligt het accent op het in beeld brengen van de problematiek en het versterken van de behandelmotivatie, vervolgens vormt hervalpreventie de rode draad. Acute en meer onderliggende kwetsende ervaringen (trauma's), persoonlijkheidsproblemen en thema's van de cliënt (bv. zelfvertrouwen) kunnen eveneens aan bod komen (d.i. hervalpreventie op lange termijn). De groepstherapie is meestal gericht op hervalpreventie, daarnaast zijn er ook groepsbijeenkomsten voor specifieke doelgroepen (bv. Clean Ex, Woman Only). De hervalpreventie heeft doorgaans een verplichtend karakter en verloopt vrij directief, thematisch en gestructureerd. Een aantal instellingen werken met een open groep, waardoor er een wisselwerking ontstaat tussen mensen in verschillende fasen van de behandeling. De groep wordt begeleid door een psycholoog of criminoloog en een ergotherapeut of verpleegkundige. Aan de hand van schrijfoopdrachten (normaal begaafden) of creatieve opdrachten (verstandelijke beperking) probeert de geïnterneerde zijn eigen levensverhaal en de eigen delictketting¹⁷ te reconstrueren. Concrete probleemsituaties (mogelijk herval) worden openlijk besproken. De nadruk wordt gelegd op het ombuigen van cognitieve distorsies, het verhogen van de slachtofferempathie, het verhogen van het ziekte-inzicht, het onderkennen van het eigen aandeel in het delict en het verhogen van de introspectieve kwaliteiten van de cliënt. De uiteindelijke doelstelling is het aanleren van alternatief gedrag om de delictketting te doorbreken, m.a.w. de noodzaak tot externe controle te doen afnemen en de interne controle te verhogen.

¹⁷ Delictketting = onbalans in levensstijl – gebeurtenis – verlangen om zich te laten gaan – behoefte aan onmiddellijke bevrediging – schijnbaar onbelangrijke beslissingen – hoge-risico-situatie – controleverlies – struikeling – overtredingseffect – terugval.

Alle voorzieningen bieden daarnaast ook één of meerdere vormen van *vaktherapie* (psychomotore therapie, creatieve therapie, muziektherapie, dramatherapie en filmtherapie) aan. De doelstellingen variëren van het leren omgaan met grenzen of frustraties, het leren differentiëren van gevoelens en het leren uiten van emoties en spanningen op non-verbale wijze tot het ontdekken van plezierige activiteiten.

Ten slotte bieden twee forensisch psychiatrische eenheden een vorm van *'Animal Assisted Therapy'* aan.

g. Activering

Arbeidstraining is in alle instellingen, met uitzondering het ambulante centrum voor daderhulp, onderdeel van het zorgaanbod. De invulling van arbeid is afhankelijk van de interesses en de mogelijkheden van de geïnterneerde: het kan gaan om industrieel werk, semi-industrieel werk of zinnvolle dagbesteding. Het aanbod varieert van atelieractiviteiten tot zelfstandig werk. De geïnterneerden beschikken ook over de mogelijkheid om een opleiding in functie van arbeid te volgen. Arbeid is gericht op activatie en structurering. Aandachtspunten doorheen de arbeidstraining variëren van het stimuleren van een normaal bioritme, het ontwikkelen van een werkattitude en het leren omgaan met regels en afspraken tot het leren in groep functioneren en leren samenwerken. De werksituaties, intern en extern, vormen een oefenterrein en bieden een ideale observatiegelegenheid wat betreft de persoonlijke voorkeur, werkattitude en creativiteit.

Vrijtijdsplanning is in een aantal niet-penitentiaire instellingen een onderdeel van het programma. In eerste instantie moet de geïnterneerde zijn actuele vrijetijdsinvulling in kaart brengen, vervolgens moet hij actief op zoek gaan naar vrijetijdsinvullingen aangepast aan zijn mogelijkheden (al dan niet doorheen gestructureerde oefeningen) en deze ook zelf organiseren.

Niet-penitentiaire instellingen organiseren op regelmatige basis *individuele of groepsuitstappen* onder begeleiding. De uitstappen kunnen gericht zijn op een onderdompeling in een gezonde sociale context (bv. markt onder begeleiding), het ervaren van concrete leersituaties of het bewustmaken van een aantal maatschappelijke voorzieningen en verplichtingen. Daarnaast worden uitstappen georganiseerd om de cliënt te belonen voor de geleverde inspanningen en/of louter ter ontspanning.

3.2.4 Zorgklimaat

Hoewel het klimaat primair gericht is op veiligheid, voorzien de participerende *penitentiaire inrichtingen* aparte secties voor geïnterneerden om stress en andere schadelijke effecten van detentie te reduceren. De mogelijkheden om binnen deze secties een gepast zorgklimaat te realiseren verschillen van instelling tot instelling, afhankelijk van de beschikbaarheid van voldoende therapeutisch geschoold personeel en van een gedegen infrastructuur (bv. beschikbaarheid van een time-out kamer, een crea-ruimte). De secties kennen echter een capaciteitsprobleem, waardoor sommige geïnterneerden nog steeds gemengd worden onder de gewone gevangenispopulatie.

In de *niet-penitentiaire instellingen* beschouwt men het zorgklimaat als een essentieel onderdeel van het zorgaanbod. Het zorgklimaat is aangepast aan de specifieke noden van

de subdoelgroep en – in de forensisch psychiatrische eenheden – eveneens aan de fase van het zorgtraject waarin de geïnterneerden zich bevinden.

a. Basisprincipes

De instellingen hanteren *milieutherapie of sociotherapie* als referentiekader voor de invulling van het zorgklimaat.

Sleutelbegrippen zijn *structuur, vrijheid* en *verantwoordelijkheid*. De invulling van deze begrippen wordt, onder andere, bepaald door de draagkracht van de geïnterneerde. Een klimaat voor personen met minder draagkracht vertaalt zich bijvoorbeeld in een gesloten en gestructureerde werking, met een verantwoorde manier van begrenzing en veel aandacht voor ondersteuning, begeleiding en “holding”. De mate waarin een zekere vrijheid geboden wordt is verder afhankelijk van de inzet en verantwoordelijkheid van de patiënt; het vertrouwen dat de patiënt geniet van het team en het verloop van het individueel zorgtraject.

Er wordt gestreefd naar een *ondersteunend* en *veilig klimaat* waarin de geïnterneerde leert omgaan met grenzen van zichzelf en van anderen en zo veel mogelijk positieve, constructieve ervaringen kan opdoen. De zorgenheid wordt beschouwd als een oefenterrein waar voldoende experimenteer- en faalruimte aanwezig moet zijn en waar de geïnterneerde zijn mogelijkheden kan verkennen op vlak van wonen, werken, vrije tijd, zich kan ontwikkelen en nieuw gedrag kan aanleren.

Duidelijke en rechtvaardige afspraken bepalen de grenzen, maar bieden tegelijkertijd structuur, veiligheid en houvast waardoor de geïnterneerde rust kan vinden. Er wordt gestreefd naar een *klimaat van wederzijds respect*.

De *individuele begeleider* is de spilfiguur. Dit vertaalt zich op drie niveaus: de afdeling (bv. eetmomenten verzorgen, openen van deuren), de individuele begeleiding van de patiënt (bv. individuele of groepsgesprekken) en de leefgroep (bv. activiteiten, uitstappen).

De medewerkers streven een *grondhouding* na die gekenmerkt wordt door ondubbelzinnige afkeuring van het delictgedrag, onvoorwaardelijke aanvaarding van de persoon, echtheid en empathie. De begeleiders hanteren een motiverende basishouding en trachten consequent te handelen.

b. Het klimaat in functie van het zorgtraject

Op de *opnameafdelingen* wordt gestreefd naar een huiselijke sfeer waarin de nieuwe geïnterneerde een positieve ervaring kan opdoen en zich welkom kan voelen. Het klimaat op een crisisafdeling kenmerkt zich door een prikkelarme en rustgevende omgeving waarin de nadruk ligt op hoop, herstel en een eventuele nieuwe start. Een duidelijke structuur en consequente basisattitude van personeel zijn belangrijk. Op de *behandelafdelingen* worden structuur en toezicht geleidelijk afgebouwd en nemen vrijheden en verantwoordelijkheden progressief toe. *Resocialisatieafdelingen* hebben een open karakter en werken volgens de methodiek van “campuswonen”. Het klimaat is huiselijk, met een zo groot mogelijke focus op zelfstandig (leren) functioneren. De sociotherapie heeft grotendeels een groepsopondersteunende functie.

c. Het klimaat in functie van de doelgroep

Het klimaat voor *geïnterneerden met een psychotische problematiek* is structurerend (infrastructuur, dagindeling, afspraken) – gericht op voorspelbaarheid en controleerbaarheid – egoversterkend en ondersteunend. Interacties met de begeleiding zijn erop gericht gedrag en omgangsvormen te duiden en waar nodig te sturen.

Voor *geïnterneerden met een persoonlijkheidsstoornis* wordt gestreefd naar een huiselijk en veilig therapeutisch klimaat waar de geïnterneerden zoveel mogelijk verantwoordelijkheid kunnen opnemen. Er zijn duidelijke grenzen, de afspraken bieden voorspelbaarheid en structuur. Het klimaat is openlegend, explorerend en met een zekere mildheid confronterend.

De participerende afdeling *dubbele diagnose* vormt een soort toevluchtsoord waar bescherming kan geboden worden tegen bedreiging van buitenaf (uitsluiting) en van binnenuit (gedachten). De afdelingsregels worden opgevat als minimale krijtlijnen met maximale structuur die het gemeenschapsleven garanderen. De begeleiding is nabij, maakt actief gebruik van de kracht van de “peer group” en delegeert macht en bevoegdheden.

Op afdelingen voor *personen met een seksuele problematiek* wordt gestreefd naar een evenwicht tussen het aanbieden van een warm klimaat (“holding environment”) en confrontatie. Confrontatie wordt gedoseerd en blijft ondergeschikt aan een motiverende basishouding die eerder beroep doet op verantwoordelijkheid, zelfonthulling en zelfwerkzaamheid om het veranderingsproces te stimuleren. Het is belangrijk voor het team om zelf grenzen en taakomschrijvingen te respecteren, dit heeft een voorbeeldfunctie en het bevordert het opbouwen van een therapeutische relatie.

Voor *geïnterneerden met een verstandelijke beperking* tracht men een ortho-agogische leefomgeving aan te bieden. Men streeft naar een veilig en gestructureerd leefklimaat, gericht op voorspelbaarheid. Eigen aan de werking is het balanceren tussen het bieden van mogelijkheden enerzijds en controle anderzijds. De begeleiders creëren een klimaat dat de persoonlijkheidsgroei van de geïnterneerde bevordert. De begeleiding moet voortdurend nabij zijn en oog hebben voor groepsdynamische processen.

3.3 Implicaties juridische context

Behandeling voor geïnterneerden is geen eenduidig begrip, zo blijkt uit de bevraging. De juridische context begrenst altijd de behandeling en positioneert de behandelaar in een aantal spanningsvelden.

Ten eerste wordt de behandelaar geconfronteerd met het *spanningsveld* tussen de *ratio van de strafrechtsbedeling* en de *ratio van de geestelijke gezondheidszorg*. Daar waar de interneringswet uitgaat van de rigide tweedeling toerekeningsvatbaarheid – ontoerekeningsvatbaarheid, is behandeling gestoeld op vrijwilligheid van handelen en verantwoordelijkheid. De behandeling beoogt de geïnterneerde uit te nodigen om verantwoordelijkheid te nemen voor de gepleegde feiten en voor de verwerking van eigen problemen.

Ten tweede speelt de behandeling zich af in het *grensgebied* tussen *dwang* en *vrijwilligheid*. Bij forensische behandeling speelt externe druk via een juridische maatregel als stok achter de deur een belangrijke rol. Justitie laat slechts een beperkte keuzemogelijkheid toe en appelleert daarmee aan motivatie en eigen verantwoordelijkheid. De behandelaar vat behandeling op als een contractueel gebeuren gebaseerd op vrijwillige samenwerking. Bij de gemiddelde forensische cliënt is initieel echter veelal geen sprake van (interne) motivatie. Motiveren wordt een behandeldoel op zich.

Het derde spanningsveld heeft betrekking op de *dubbele finaliteit* van de interneringsmaatregel. Forensische behandeling is gericht op het reduceren van het risico op herval en een succesvolle reïntegratie in de maatschappij. Hierdoor krijgt de behandeling, naast haar therapeutische functie (zorg, behandeling), ook een maatschappelijke functie (bescherming, controle) toebedeelt. Ook al is de primaire preoccupatie van de behandelaar de zorg voor de individuele geïnterneerde, hij oefent daarnaast eveneens sociale controle uit. Behandeling en risicomangement vormen aldus een twee-eenheid.

Deze twee-eenheid impliceert dat de *behandelaar verantwoordelijkheid* moet nemen door de best mogelijke behandeling in veilige omstandigheden aan te bieden. Verantwoordelijkheid geven aan de pleger en verantwoordelijkheid nemen als behandelaar betekent ook het nemen van berekende risico's. Het nemen van berekende risico's is enkel mogelijk binnen de grenzen van specifieke justitiële voorwaarden opgelegd aan de geïnterneerde. We kunnen dan ook besluiten dat justitie in deze zin de *therapeutische vrijheid* van de behandelaar deels beknot. Justitie wordt als het ware een derde partij naast de cliënt en de behandelaar.

4. Conclusies

In dit artikel trachten we een status questionis van het zorgaanbod voor geïnterneerden in België te schetsen. Hiertoe werden interviews gevoerd met 29 medewerkers uit 18 verschillende voorzieningen die instaan voor de opvang van geïnterneerden. Eerst en vooral kan besloten worden dat het moeilijk is om algemene uitspraken te doen over het zorgaanbod voor geïnterneerden in België. Deze moeilijkheid houdt verband met het feit dat de term 'geïnterneerde' een juridisch paraplubegrip is, dat gehanteerd wordt voor een erg heterogene (op vlak van demografie, diagnose, delict eigenschappen, risico en behandelnoten) doelgroep. Bovendien kan internering plaatsvinden in verschillende "types" instellingen, die gefinancierd worden vanuit verschillende regelgevingen en departementen met vaak verschillende logica's (Decoene, 2007). Dit leidt tot een grote diversiteit in algemene uitgangspunten, visie en doelstellingen in de participerende instellingen. Toch kunnen de resultaten aanleiding geven tot een aantal krachtlijnen en mogelijke aanbevelingen. Deze worden ingedeeld in drie categorieën: inhoudelijke aspecten, structureel-organisatorische elementen en settingspecifieke randvoorwaarden.

Inhoudelijke aspecten

Gezien de heterogeniteit van de doelgroep werken de instellingen – met behulp van multidisciplinaire teams – vanuit *meerder therapeutische kaders, modellen en methodieken*. Voor de instellingen voor geïnterneerden met een verstandelijke beperking is bijvoorbeeld het vinden van een werkzame combinatie van agogische en therapeutische componenten

in het aanbod een uitdaging (Maes e.a., 2009). Het zorgaanbod is gekenmerkt door verschillende zorgdoelstellingen, namelijk prebehandeling, behandeling, recidivevermindering, levenskwaliteit en reïntegratie. In de werkingsprincipes van de participerende instellingen zijn sporen terug te vinden van zowel het Risk-Needs-Responsivity Model van Andrews & Bonta (Andrews & Bonta, 1994) als van het Good Lives Model van Ward & Brown (Ward & Brown, 2004) als reïntegratiemodel. Recentelijk wijzen verschillende auteurs op het feit dat modellen van daderbegeleiding per definitie hybride zijn en als complementair opgevat kunnen worden (Bauwens & Snacken, 2010). Zo is volgens Wilson & Yates (2009) de integratie van interventies gericht op risicovermindering enerzijds en op algemeen welzijn en pro sociaal functioneren anderzijds een nastrevenswaardig behandel doel voor seksueel seksueel delinquenten.

De voorzieningen stellen een *individueel zorgtraject* voorop dat maximaal bestaat uit vier fasen: onthaal en observatie, begeleiding en behandeling, resocialisatie en nazorg. In geval van een gunstig verloop van het individueel zorgtraject ontvangt de geïnterneerde gradueel meer bewegingsvrijheid en verantwoordelijkheid en vermindert de externe controle. Passieve aanpassing stopt namelijk enkel wanneer de stok achter de deur wegvalt (Tervoort, 2003). Het markeren van deze vooruitgang – bijvoorbeeld door afzonderlijke afdelingen voor elke fase te voorzien (zoals in de forensisch psychiatrische eenheden) – werkt motivatiebevorderend (ten Wolde, 2006).

De *zorgactiviteiten* zijn gericht op het afbakenen en verhelderen van de problematiek, het verhogen van het inzicht in de eigen problematiek, het trainen van vaardigheden, hervallpreventie op korte en lange termijn, het verhogen van zelfstandigheid en verantwoordelijkheid, het verhogen van zelfvertrouwen en zelfbeeld en op het onderhouden, het bijsturen of opbouwen van een sociaal netwerk. De interventies zijn gekenmerkt door een zekere structuur en systematiek en hebben zowel aandacht voor de individuele geïnterneerde als voor groepswork. Hoewel de instellingen een zorgaanbod vooropstellen dat aansluit bij het niveau van functioneren (mogelijkheden en beperkingen), de eigenheid en interesses en de individuele behandelnoten van de geïnterneerde, is volgens Decoene (2007) het begeleiding- en zorgaanbod voor geïnterneerden onvoldoende gedifferentieerd. Met het oog op een geïndividualiseerde en holistische behandeling is een multidimensionele – eerder dan een categoriale – aanpak aangewezen (Adams & Ferrandino, 2008; Wilson & Yates, 2009). Bij het categoriseren van geïnterneerden in subgroepen of categorieën bestaat namelijk het risico dat de behandeling gereduceerd wordt tot aandacht voor slechts één probleemgebied tegelijkertijd. In een multidimensionele en geïntegreerde aanpak wordt tegelijk tegemoetgekomen aan verschillende probleemgebieden.

Het zorgklimaat wordt beschouwd als een essentieel onderdeel van de behandeling. Het samenleven en de dagelijkse routine van wonen, werk en vrije tijd wordt bewust gebruikt als een oefensituatie/leersituatie voor de geïnterneerde. Er wordt gestreefd naar een ondersteunend en veilig klimaat, gekenmerkt door wederzijds respect. Deze invulling van de notie zorgklimaat sluit aan bij de bevindingen in de literatuur betreffende “integratief behandelen” (Ten Wolde, 2006) en “sociaal leren” (Jones, 1976; Murto, 1991; Vandeveldde & Broekaert, 2009) voor vergelijkbare doelgroepen. Belangrijk is dat het klimaat voldoende gedifferentieerd wordt naargelang de basisproblematiek (Casselmann, 2004) en de behandelingsfase waarin de geïnterneerde zich bevindt, zonder hierbij evenwel het multidimensionele karakter van de totale behandeling uit het oog te verliezen. Op afdelingen voor geïnterneerden met een psychotische problematiek wordt bijvoorbeeld

gestreefd naar een structurerend, egoversterkend en ondersteunend klimaat, terwijl op afdelingen voor geïnterneerden met een persoonlijkheidsstoornis meer de nadruk gelegd wordt op een huiselijk en veilig therapeutisch klimaat waar de geïnterneerden zoveel mogelijk verantwoordelijkheid kunnen opnemen binnen duidelijke grenzen.

Tot slot blijkt uit de bevraging dat de behandeling van geïnterneerden geen eenduidig begrip is. De juridische context begrenst de behandeling en positioneert de behandelaar in een aantal spanningsvelden. Zo werken professionals werkzaam binnen de forensische sector voortdurend in het spanningsveld van veiligheid (risicobeheersing) versus zorg (gedragsverandering en reïntegratie). Volgens Decoene (2007) heeft het forensisch werk momenteel een (te) sterke oriëntatie op risicobeheersing en controle. Het gevaar bestaat erin dat de behandeling “an sich” als een vorm van risicomangement beschouwd wordt, gericht op de bescherming van de maatschappij (Adams & Ferrandino, 2008). Uit onderzoek blijkt nochtans dat een gecombineerde aanpak, ook wel de hybride benadering genoemd, het meest effectief is (Hermanns & Menger, 2009). Bij deze aanpak worden sanctionerende, controlerende en normerende interventies gecombineerd met motiveren, ondersteunen, werken aan gedragsverandering en aan integratie. Dergelijk werk vraagt om een specifieke professionaliteit. Deze professionaliteit omvat onder meer een heldere samenwerking met justitie, het benutten van de context van dwang, het kunnen onderhouden van een werkaliantie met veel verschillende soorten mensen, het herkennen en bewerken van gedragingen die horen bij verzet tegen autonomiebeperking (“reactance”) en het systematisch motiveren tot gedragsverandering (Menger, 2008).

Structureel-organisatorische elementen

De kans op resocialisatie van de geïnterneerde wordt in belangrijke mate mede bepaald door de beschikbaarheid van een zorgaanbod in voldoende kwaliteit, kwantiteit en continuïteit (Tervoort, 2003). In de praktijk blijkt dit een ernstige tekortkoming. Factoren zoals de beperkte aandacht voor het forensisch werk op universiteiten en hogescholen, het gebrek aan voldoende en gekwalificeerd personeel, het groot personeelsverloop, de uitval van programmaonderdelen wegens het personeelsgebrek en het hanteren van achterhaalde of niet-aangepaste behandelingsmodellen, doen vragen stellen bij de kwaliteit van de behandeling (Decoene, 2007). Ten tweede is het forensisch landschap erg versnipperd, het bestaat uit eilandjes die nauwelijks met elkaar verbonden zijn (Decoene, 2007). Bovendien kent de sector een schrijnend tekort aan residentiële en ambulante opvangmogelijkheden. Tot slot veronderstelt continuïteit een consistente en coherente visie op forensische zorg, circuitvorming en de realisatie van een interneringstraject, deze ontbreken echter (Casselmann, 2004; Decoene, 2007; Kaal, Wits & van Ooyen-Houben, 2010). De nood aan een *forensisch (psychiatrisch) zorgcircuit* werd dan ook reeds scherp geformuleerd (Cosyns, 2005; Decoene, 2007).

Vanuit ethisch perspectief dient men bij de uitbouw van een forensisch zorgcircuit aandacht te hebben voor *doelgroepen* die tot op heden nauwelijks tot niet doorstromen vanuit de penitentiaire inrichtingen. Zo weigeren de residentiële behandelunits voor seksueel delinquenten personen die de feiten “totaal ontkennen”, terwijl recent onderzoek naar de behandeling van seksueel delinquenten aantoonde dat ontkenning (breed gedefinieerd) de kans op seksuele recidive bij “high risk” plegers niet vergroot (Harkins, Beech & Goodwill, 2010).

Tot slot dient men bij de uitbouw van een forensisch zorgcircuit waakzaam te zijn dat een *doorstroming naar reguliere settings* (ambulante en residentiële) steeds mogelijk blijft (Vermeiren, 2010; Meas e.a., 2009). Zo niet, bestaat het risico dat de nieuwe FPC's op korte tijd dichtslibben, een probleem waarmee de forensisch psychiatrische eenheden vandaag geconfronteerd worden (Casselmann, 2004; Decoene, 2007; Vermeiren, 2010). Om de verwijzing te faciliteren is ondersteuning vanuit de forensische sector belangrijk. De participerende instellingen bieden deze ondersteuning in de vorm van informatie-overdracht, adviesverlening en/of een opnamegarantie in geval van crisis. Dit gebeurt echter op vrijwillige basis, voor de nieuwe FPC's zou dit op een structurele wijze moeten vormgegeven worden (Vermeiren, 2010). Daarnaast kan men incentives voorzien voor de "reguliere" diensten en voorzieningen die extra inspanningen willen leveren om geïnterneerden op te vangen (Maes e.a., 2009).

Settingspecifieke randvoorwaarden

Werken in gedwongen kader veronderstelt een *werkklimaat* waarin het vragen om advies, het uiten van twijfels en het toegeven van inschattingfouten wordt beschouwd als een teken van "effectieve professionaliteit". De organisatie moet de ruimte en het klimaat bieden voor het organiseren van collegiale, gestructureerde en gegeneraliseerde (wetenschappelijke kennis) feedback. Gedragsinterventies kunnen immers maar effectief worden ("what works") in handen van effectieve professional ("who works"). (Menger, 2009)

Daarnaast vormen de beschikbaarheid van *voldoende personeel*, een *beveiligd behandelkader* (procedurele, materiële en personele beveiligingsmaatregelen) en een *aangepaste en degelijke infrastructuur* essentiële randvoorwaarden voor de realisatie van een zorgaanbod voor geïnterneerden (Casselmann, 2004; Decoene, 2007; Goorden & Oei, 2007; Maes e.a., 2009).

Tot slot spelen *maatschappelijke voorwaarden* een rol. Het werken met risico's veronderstelt een samenleving die risico's aanvaardt en zich wil organiseren om deze risico's te verlagen en aan te pakken. Het sociale weefsel waarbinnen de forensische zorg plaats vindt dient bereid te zijn om ethisch en praktisch te investeren en te werken aan reïntegratie. (Decoene, 2007) De forensische sector kan hiertoe bijdragen door te werken aan positieve beeldvorming bij de reguliere voorzieningen en de brede samenleving. De publieke mening beïnvloedt op haar beurt de politieke besluitvorming om al dan niet middelen voor therapeutische zorg voor geïnterneerden in te zetten (Tervoort, 2003).

Samenvattend kan gesteld worden dat de bevindingen van deze bevraging duidelijk maken dat, bij de uitbouw van een FPC niet alleen inhoudelijke aspecten in overweging kunnen genomen worden. Structureel-organisatorische elementen en settingspecifieke voorwaarden zijn in deze context, meer dan elders, zeer nauw verweven met de inhoudelijke aspecten.

5. Bibliografie

- ADAMS, K., FERRANDINO, J. (2008). "Managing mentally ill inmates in prison", *Criminal Justice & Behavior*, 35(8): 913-927.
- APPELO, M.T. (1997). "De chronische valkuil", *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 39(4): 321-333.

- ANDREWS, D.A. & BONTA, J. (1994). *The psychology of criminal conduct*. Cincinnati, Anderson Press.
- BAARDA, D.B., DE GOEDE, M.P.M., VAN DER MEER-MIDDELBURG, A.G.E. (2007). *Basisboek interviewen: handleiding voor het voorbereiden en afnemen van interviews*. 2^{de} herziene druk. Groningen, Wolters-Noordhoff.
- BOUWENS, A. & SNACKEN, S. (2010). "Modellen van daderbegeleiding: op weg naar een geïntegreerd model?", *Panopticon*, 31(2): 42-56.
- BROUCKAERT, J. (2007). "Geïnterneerden geïntegreerd? Werking 'Ontgrendeld' in de gevangenis van Gent", *Vlaams Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 26(2): 36-47.
- CASSELMAN, J. (2004). "Recente ontwikkelingen in verband met de opvang van geïnterneerden in Vlaanderen", In: Van Deale, D. & Van Welzenis, I. (red.) *Actuele thema's uit het strafrecht en de criminologie*. Leuven, Universitaire Press. p. 77-88.
- Centrum Obra vzw (2006). "Wegwijzer in forensische diagnostiek: zoekmodule". Online raadpleegbaar op <http://www.obra.be/forensischediagnostiek.htm> (geraadpleegd op 26.08.2009).
- COSYNS, P. (2005) [Voorzitter]. *Werkgroep Forensisch Psychiatrisch zorgcircuit. Syntheseverlag mei 2005*. Niet gepubliceerd.
- COSYNS, P., D'HONT, C., JANSSEN, D., MAES, E. & VERELLEN, R. (2007). "Geïnterneerden in België. De cijfers", *Panopticon*, 28(1): 46-61.
- COSYNS, P., KOECK, S., VERELLEN, R. (2008). "De justitiabele met een psychische stoornis in Vlaanderen", *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50(2): 63-68.
- DE CLERCK S. (2010). "Straf- en strafuitvoeringsbeleid. Overzicht & ontwikkeling". Brussel, Februari 2010.
- DECOENE, S. (2007). "Aanbevelingen voor de ontwikkeling van een kwaliteitsvol forensisch zorgcircuit", *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 37(2), 84-96.
- DE CORTE, K. (1996). "Gentle Teaching : een nieuwe inspirerende kijk op onze hulpverlening", *Vlaams Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 15(1): 3-7.
- DE MEULEMEESTER, P., NASSEN, E., MOLENBERGHS, G., BELLINGS, P. (1998). "Een pragmatisch en patiëntgericht raamkader voor de geestelijke gezondheidszorg", *Acta Hospitalia*. Online raadpleegbaar op www.spiller.be (geraadpleegd op 26.08.2009).
- DE WILDE, J., SOYEZ, V., VANDEVELDE, S., BROEKAERT, E., VANDER BEKEN, T., GUILLAUME, R., DUMORTIER, E., CAELS, Y. (2007). *Druggebruik en psychopathologie in gevangenen. Een exploratieve studie tot methodiekontwikkeling*. Programmatorische Federale Overheidsdienst Wetenschapsbeleid. Gent, Academia Press.
- DOŠEN, A. (2007). *Psychische stoornissen, gedragsproblemen en verstandelijke handicap. Een integratieve benadering bij kinderen en volwassenen*. Assen, Van Gorcum.
- DRAKE, R. E., & WALLACH, M. A. (2000). "Dual diagnosis: 15 years of progress", *Psychiatric Services*, 51(9): 1126-1129.
- Gentle Teaching Foundation in the Netherlands (2010). "Gentle Teaching". Online raadpleegbaar op www.gentleteaching.nl (geraadpleegd op 10.10.2010).
- HARKINS, L., BECH, A.R. & GOODWILL, M. (2010). "Examining the influence of denial, motivation and risk on sexual recidivism", *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 22(1): 78-94.
- HEIMANS, H. (2001). "Is er nog hoop voor geïnterneerden?", *De Orde van de Dag*, 15, 7-24.
- HEIMANS H. & BRAD P. (2003). *Internering doorgelicht – internationaal perspectief. Stage- en opvolgingsverslag 2001-2002-2003*. Brussel, Koning Boudewijnstichting in samenwerking met CBM Gent.
- HERMANN, J. & MENGER, A. (2009). *Walk the line. Over continuïteit en professionaliteit in het reclasseringswerk*. Amsterdam, SWP.

- HOLLIN, C. R. (1999). "Treatment programmes for offenders: meta analysis 'What works and beyond'", *International Journal of Law and Psychiatry*, 22, 361-372.
- JONES, M. (1976). *The maturation of the therapeutic community. An organic approach to Health and Mental Health*. New York, Human Sciences Press.
- KAAL, H., WITS, E. & VAN OOYEN-HOUBEN, M. (2010). "Zorg als bijzondere voorwaarde voor justitiabelen met triple-problematiek", *Proces*, 2:96-107.
- MAES, B., GOETHALS, J., VERLINDEN, S. & LAMBEIR, B. (2009) "Begeleiding van geïnterneerden met een verstandelijke handicap", *Alert*, 35(4):60-66.
- MENGER, A. (2008). "Professioneel werken in gedwongen kader", *Justitiële Verkenningen*, 34(3): 42-56.
- MENGER, A. (2009). "Wie werkt? Over het vakmanschap van de reclasseringswerker", *Proces*, 88(3): 155-165.
- MIGCHELBRINK, F. (2006). "Het open interview", In: Migchelbrink, F. (red.) *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*. 11^{de} herziene druk. Amsterdam, SWP. p. 205-213.
- MURTO, K. (1991). *Towards the well functioning community. Jyväskylä studies in education, psychology and social research Nr. 79*. Jyväskylä, University of Jyväskylä.
- GOORDEN, J.C. & OEI, T.I. (2007). "TBS en internering, actuele ontwikkelingen in België", *Proces*, 1: 17-25.
- PETERS, R. H., & BARTOI, M. G. (1997). Screening and assessment of co-occurring disorders in the justice system. Unpublished manuscript. Florida, National GAINS Center.
- PROCHASKA, J.O., DiCLEMENTE, C.C. & NORCROSS, J.C. (1992). "In search of how people change – Applications to addictive behaviors", *American Psychologist*, 47(9): 1102-1114.
- RINK, J.E. & VAN LOKVEN, H.M. (1986). *Handelingsplanning en teambegeleiding in het orthopedagogische veld. Inleiding in begrippen en werkprincipes*. Baarn, H. Nelissen B.V.
- RUIJSSENAARS, A.J.J.M., VAN DEN BERGH, P.M. & SCHOORL, P.M. (2008). *Orthopedagogiek. Ontwikkelingen, theorieën en modellen: een inleiding*. Antwerpen, Apeldoorn, Garant.
- SINGLETON, N., MELTZER, H., GATWARD, R., COLD, J., & DEASY, D. (1997). *Psychiatric morbidity among prisoners. A survey carried out in 1997 by the Social Survey Division of ONS on behalf of the Department of Health*. London, Stationery Office.
- SMETS, H., VERELST, J., VANDENBERGHE, J. (2009). "Geestesziek en gevaarlijk: gedwongen opname of internering?", *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 51(4): 217-225.
- TEN WOLDE, A.C. (2006). *Kenmerken van de doelgroep, consequenties voor behandeling en de uitwerking hiervan in gespecialiseerde behandelprogramma's*. Drenthe, Hoeve Boschoord.
- TERVOORT, M.G.A. (2003). "Dwang, drang en motivatie tot forensisch psychiatrische zorg", In: Groen, H. & Drost, M. (Eds.). *Handboek forensische geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht, De Tijdstroom. p. 219-227.
- TERVOORT, M.G.A. (2003). "Over behandelbaarheid", In: Groen, H. & Drost, M. (Eds.). *Handboek forensische geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht, De Tijdstroom. p. 155-165.
- VANDEN HENDE, M., CARIS, K., DE BLOCK-BURY, L. (2005). *Ontgrendeld. Beschrijvend wetenschappelijk onderzoek naar geïnterneerden met een verstandelijke handicap en hun verblijf in de Vlaamse gevangenissen*. Gent, Academia Press.
- VANDEVELDE, S. & BROEKAERT, E. (2006). "Middelenmisbruik, motivatie en behandeling bij (justitiële) personen met verstandelijke beperkingen", *Vlaams Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 25 (4): 29-42.
- VANDEVELDE, S. & BROEKAERT, E. (2009). *A pioneer of milieu therapy: The life and work of Maxwell Jones*. Antwerpen & Apeldoorn, Garant.
- VERMEIREN, R. (2010). "Verslag workshop 'Recht en geestelijke gezondheidszorg'", *Panopticon*, 1: 61-64.

- YOUNG, J.E., KLOSKO, J.S. & WEISHAAR, M. (2003). *Schema therapy: a practitioner's guide*. Guilford Publications, New York.
- WARD, T. & BROWN, M. (2004). "The good lives model and conceptual issues in offender rehabilitation", *Psychology, Crime & Law*, 10(3): 243-257.
- WILSON, R.J. & YATES, P.M. (2009). "Effective interventions and the Good Lives Model: Maximizing treatment gains for sexual offenders", *Aggression and Violent Behavior*, 14: 157-161.