

# EEN OPLOSSINGSGERICHTE VISIE IN DE FORENSISCHE BEHANDELAFDELING

Jonas Denduyver

Eindwerk Korzybski

# INHOUD

|       |                                           |    |
|-------|-------------------------------------------|----|
| 1     | Inleiding.....                            | 3  |
| 2     | Context.....                              | 4  |
| 2.1   | Forensische opname-afdeling .....         | 4  |
| 2.1.1 | Doelpubliek .....                         | 4  |
| 2.1.2 | Behandelverloop .....                     | 4  |
| 2.1.3 | Behandelteam .....                        | 5  |
| 2.2   | Therapeutische aanpak .....               | 6  |
| 2.2.1 | Risk-need-responsivity (RNR).....         | 6  |
| 2.2.2 | De ketting.....                           | 7  |
| 2.2.3 | Individuele begeleiding/GLM.....          | 7  |
| 2.2.4 | Andere therapieën .....                   | 8  |
| 3     | Interventie.....                          | 9  |
| 3.1   | Oplossingsgerichte principes .....        | 9  |
| 3.1.1 | Theorie .....                             | 9  |
| 3.1.2 | Verwachtingen .....                       | 13 |
| 3.2   | Therapeutische sessies.....               | 16 |
| 3.2.1 | Observatiefase .....                      | 16 |
| 3.2.2 | Vroege behandelfase.....                  | 18 |
| 3.2.3 | Late behandelfase .....                   | 21 |
| 3.2.4 | Reclasseringsfase.....                    | 24 |
| 3.2.5 | Vroegtijdig afgeronde behandelingen.....  | 25 |
| 4     | Beschouwing .....                         | 27 |
| 4.1   | Feedback door patiënten .....             | 27 |
| 4.2   | Algemene Bedenkingen .....                | 30 |
| 4.2.1 | Een gepast model in gepaste context?..... | 30 |
| 4.2.2 | Een andere visie?.....                    | 34 |
| 4.2.3 | Eenzelfde visie? .....                    | 35 |
| 5     | Besluit .....                             | 37 |
| 6     | Bronnenlijst .....                        | 38 |

# 1 INLEIDING

Vier jaar geleden startte ik aan het Korzybski-instituut met de opleiding tot oplossingsgericht therapeut. Op dat moment had ik welgeteld één jaar praktijkervaring in de geestelijke gezondheidszorg. Als arts in opleiding tot psychiater was de wereld van de psychotherapie mij nog grotendeels vreemd. Laat staan dat ik wist welke therapievorm mij het beste lag. Ik had voornamelijk ervaring op een spoeddienst (EPSI) en was daarom op zoek naar een pragmatische en gebruiksklare aanpak, die zowel mij als mijn patiënt al iets zou kunnen opleveren na één gesprek. Aangezien ik mijn eerste stagejaar bovendien in Brugge had gelopen, was de stap naar het Korzybski-huis snel gezet.

Nu, vier jaar later, kan ik met voldoening zeggen dat het Korzybski-model haast naadloos aansluit bij mijn persoonlijke visie op geestelijke gezondheidszorg en op het leven in het algemeen. Vermoedelijk zal mijn visie ook voor een groot deel gevórm zijn door de opleiding. Ik stel vast dat mijn interesse voornamelijk ligt bij het maatschappelijk herstel en functioneren van een patiënt. Mijn behandelfocus zal vaker stimulerend dan analyserend zijn. Bovendien ben ik over de jaren altijd voor de pragmatische aanpak gebleven, snelle/korte interventies liggen mij.

Voor het onderwerp van mijn eindwerk zocht ik een setting waarvan ik dacht dat ze mijn therapeutische principes zou uitdagen. Over oplossingsgerichte therapie wordt gezegd dat het vaak aan de oppervlakte blijft, wat ook erkend en zelfs gecultiveerd wordt door de beoefenaars ervan. Sommige problematieken of behandelingen botsen intuïtief met het idee van oppervlakkigheid. Bijvoorbeeld in de context waar ik de voorbije maanden aan de slag was: Een behandelafdeling voor veroordeelden van seksuele delicten ten aanzien van minderjarigen. Het gaat hier over intensieve residentiële behandelingen van erg lange duur (anderhalf jaar en langer), waar je als behandelaar meerdere verantwoordelijkheden tegelijk in balans moet proberen houden: Maatschappelijk, juridisch, maar uiteraard ook het therapeutisch mandaat ten aanzien van de patiënt.

In de volgende pagina's zal ik beschrijven hoe er therapeutisch gewerkt wordt op deze afdeling, om daarna de bedenking te maken wat de overeenkomsten of verschillen zijn met de oplossingsgerichte visie. Enkele maanden lang benaderde ik de patiënten in individuele sessies vanuit een oplossingsgerichte hoek, ik vraag aan hen hoe zij het hebben ervaren. Ik probeer een antwoord te bieden op de centrale vraag: Wat kan de waarde kan zijn van een oplossingsgerichte aanpak of visie in deze behandelafdeling?

## 2 CONTEXT

### 2.1 Forensische opname-afdeling

Als achtergrond schets ik eerst de opname-afdeling waar ik mijn onderzoek heb uitgevoerd.

#### 2.1.1 DOELPUBLIEK

Het is een behandelafdeling die zich richt op mannen die veroordeeld zijn voor zedendelicten op minderjarige slachtoffers. Hierbij kan het zowel gaan over zogenaamde 'hands-off' feiten (het bekijken of verspreiden van beelden waarin minderjarigen seksueel misbruikt worden), als over 'hands-on' feiten (het aanzetten van minderjarigen tot seksuele handelingen – zowel online als real-life – of het stellen van seksuele handelingen ten aanzien van minderjarigen). Mannen die in aanmerking komen voor opname en behandeling zijn niet uitsluitend geïnterneerden, maar kunnen ook een detentiestatuut hebben via strafrechtelijke veroordeling. Om te oordelen of iemand een kandidaat is voor behandeling, wordt er voor gescreend via intakegesprekken (afgenomen door afdelingsverantwoordelijke, afdelingspsycholoog en/of sociale dienst). Tijdens deze intakegesprekken wordt van de kandidaat verwacht dat hij een minimum aan inzicht heeft in de reden waarom hij is veroordeeld en moet er spijt of schuldbesef aanwezig zijn.

Tijdens de behandeling worden de patiënten opgedeeld in 3 verschillende 'leefgroepen'. In deze groepen zullen ze letterlijk 'samen leven': Samen huishouden doen, samen eten, samen ontspannen. Daarnaast zijn dit ook de groepen waarin ze therapieën zullen volgen. De groepen zijn opgedeeld volgens de intellectuele capaciteiten van de patiënten en de therapieën zullen hier ook op afgestemd zijn. Over de leefgroepen heen zijn er in totaal 30 opnameplaatsen.

De afdeling wordt gezien als een fase tussen de geslotenheid van detentie of internering en de vrijheid van de gewone samenleving. Daarom heeft de afdeling een gesloten deur en is er nog een belangrijke mate van toezicht. Patiënten kunnen vrij rondbewegen op de afdeling, maar er wordt wel verwacht dat ze stipt op therapieën aanwezig zijn en de hun toebedeelde taken uitvoeren. Naarmate de opnameduur vordert, krijgen patiënten steeds meer vrijheden.

#### 2.1.2 BEHANDELVERLOOP

Eénmaal een iemand in opname is, wordt zijn behandeling grofweg ingedeeld in 3 fases: Een observatiefase, een behandelfase en een reclasseringsfase. Alles samen zal de opname gemiddeld anderhalf tot twee jaar duren.

De **observatiefase** duurt minimaal 3 maanden, hierin staat de kennismaking met de patiënt centraal: Hoe heeft hij gefunctioneerd voor zijn feiten of veroordeling, wat zijn de factoren die

tot de feiten hebben geleid, hoe kijkt hij tegen zijn feiten aan, wat hoopt hij met de behandeling te bereiken, hoe gaat hij in interactie met behandelaar en medepatiënten, wie zijn de mensen die hem omringen? Na 3 maanden kan de patiënt meestal naar de behandelphase gaan en worden er specifieke behandeldoelen geformuleerd. In sommige gevallen (voornamelijk bij afwezig schuldbesef (geveinsd bij intakegesprek) of gebrek aan behandelwens, of bij het creëren van vijandige groepsdynamiek door manier van interageren) wordt de opname na de observatiefase afgerond of wordt er beslist om de observatiefase te verlengen met een maand, waarna een nieuwe inschatting wordt gemaakt.

De **behandelfase** is de belangrijkste fase van de opname. Via specifieke therapeutische modellen is het de bedoeling dat patiënt inzicht krijgt in wat er hem heeft toe geleid om feiten te plegen, en hoe hij ervoor kan zorgen dat hij in de toekomst dit patroon – **de delictketen** - kan doorbreken. Deze therapie volgt de patiënt voornamelijk in (kleine) groep, maar er zijn ook individuele gesprekken met psycholoog, psychiater en individueel begeleider. Een meer uitgebreide bespreken van de therapeutische modellen volgt verder (hoofdstuk 'Therapeutische Aanpak').

Tijdens de **reclasseringsfase** wordt ervan uitgegaan dat de patiënt de essentie van de behandeling heeft doorlopen en wordt therapeutisch voornamelijk ingezet op bestendigen van de verkregen inzichten. Dankzij toegenomen uitgangsmogelijkheden kan patiënt zijn inzichten ook meer aftoetsen aan de gewone samenleving. De voornaamste focus is samen met de patiënt zoeken hoe hij op een duurzame manier terug kan integreren in de maatschappij: Er wordt gezocht naar een woonvorm, er wordt gezocht naar daginvulling (activiteitscentrum, vrijwilligerswerk, betaald werk) en er wordt gezocht naar psychiatrische/psychologische nazorg en zo nodig andere professionele omkadering (thuisverpleging, budgetbeheer,...). Dit alles dient afgestemd te worden met justitie. Pas als het volledige netwerk op punt staat, kan de opname definitief worden afgerond.

### 2.1.3 BEHANDELTEAM

Het team ziet er eigenlijk niet anders uit dan dat van een gemiddelde psychiatrische opname-afdeling. Er is een **ploeg van verpleegkundigen/zorgkundigen/opvoeders, onder leiding van een afdelingshoofd**, die instaat voor de dagelijkse omkadering van de patiëntengroep. Eerder dan de gewoonlijke zorgende rol, zullen zij voornamelijk een coördinerende en ondersteunende rol op zich nemen. Ook belangrijk is de controlerende rol: Er zijn strikte afdelingsregels waar iedereen zich aan dient te houden en daarnaast hebben de meeste van de patiënten ook juridische voorwaarden (meestal omtrent contact met minderjarigen en omtrent internet- en smartphonegebruik). Als de regels of voorwaarden niet worden nageleefd kunnen patiënten hiervoor worden gestraft, waarbij de straf steeds in proportie is

met de misstap, gaande van een reflectie-opdracht, over opschorten van uitgangsvrijheden, tot stopzetting van het behandeltraject. Hoewel de controlerende functie van het behandelteam op het eerste gezicht lijkt te botsen met de therapeutische functie – hierover later meer – is dit op langere termijn weldegelijk essentieel voor een goede verstandhouding tussen patiënt en behandelaar.

Gedurende de week leiden de **ergotherapeuten** de groepstherapieën in goede banen. Deze therapieën kunnen zowel gericht zijn op de psychische gezondheid, als op creatieve, fysieke en motorische vaardigheden van de patiënt. De **psychologen** geven dan weer zowel individuele, als groepstherapieën, zij maken ook een continue risicotaxatie voor herval bij de patiënten. De **psychiater** ziet de patiënten individueel ter evaluatie van de therapeutische vorderingen en heeft oog voor het medisch-somatische luik. De **sociale dienst** buigt zich over alle sociaal-administratieve zaken van de patiënt; vaak zal dit een grotere rol zijn dan op een gemiddelde opname-afdeling gezien de lange verblijfsduur en de vaak gecompliceerde maatschappelijke situatie van de patiënt. Daarnaast staat de sociale dienst in voor de communicatie met justitie.

Het behandelteam komt wekelijks samen om de vooruitgang van een aantal patiënten te evalueren, hun eigen observaties af te stemmen en zo nodig de behandeldoelen per patiënt bij te stellen. Elke patiënt komt minstens één keer per drie weken aan bod.

## 2.2 Therapeutische aanpak

### 2.2.1 RISK-NEED-RESPONSIVITY (RNR)

De theoretische grond van de behandeling op deze forensische dienst is het Risk-Need-Responsivity model (RNR). Dit betekent dat de behandeling vorm krijgt op basis van drie principes. Het **risk-principe** zal de *intensiteit* van de behandeling aanpassen aan het risico op herval; sowieso worden mensen met een lager risico op herval eerder verwezen naar een ambulante behandeling en komen deze nooit in opname terecht. Het **need-principe** zal de blik richten op *wat* we precies willen aanpakken bij de patiënt, afhankelijk van zijn criminogene kenmerken/noden (bijvoorbeeld gebrekkige betrokkenheid of hechting met netwerk, weinig vrijetijdsinvulling, middelenmisbruik). Het **responsivity-principe** ten slotte vraagt aanpassing van therapievorm aan de intrinsieke kenmerken van de patiënt en aan de omstandigheden (bijvoorbeeld de persoonlijke emotionele stijl, de culturele achtergrond of de motivatie voor behandeling).

Om de verschillende factoren uit deze drie principes te objectiveren, zijn er risicotaxatieschalen ontwikkeld. Voorbeelden van zo'n schalen zijn de *STATIC-99R*, de *STABLE-*

2007 en de ACUTE-2007. De ene schaal geeft meer aandacht aan de statische risicofactoren, terwijl de andere zich meer focust op dynamische risicofactoren. De schalen worden afgenomen door de afdelingspsycholoog en vormen de basis om behandel doelstellingen op te maken.

### 2.2.2 DE KETTING

De centrale therapie tijdens de opname is *De Ketting*. Deze is gebaseerd op een gekend principe binnen de forensische psychiatrische zorg, nl. de *delictketen* of het *delictscenario*. De Ketting zal de aanleiding en de gebeurtenis van het delict opdelen in verschillende stappen. De bedoeling is om met de patiënt elke stap te gaan analyseren en er de individuele potentiële risico's uit te filteren. Simpel bekeken kunnen deze stappen worden ingedeeld in de 5 G's: De gebeurtenis, de gedachten, de gevoelens, het gedrag en de gevolgen. De Ketting is dan ook vooral een **cognitief gedragstherapeutische benadering** van de problematiek: Via *inzicht* wordt ervan uitgegaan dat de patiënt in toekomstige situaties *bewust* anders gaat handelen.

De Ketting is opgebouwd in verschillende fases of hoofdstukken. Tussen de hoofdstukken door wordt er van de patiënt verwacht dat hij, op een onverwacht moment, hetgeen hij net heeft aangeleerd gekregen kan toepassen op zijn eigen situatie in een ondervragingsmoment. Indien de patiënt kan bewijzen dat hij de kennis voldoende heeft geïntegreerd, krijgt hij toegenomen uitgangsvrijheden. Op die manier kan het behandelteam de patiënt met enig vertrouwen zijn vaardigheden in de praktijk (i.e. de samenleving buiten het ziekenhuis) laten toepassen. Bovendien kunnen deze uitgangsvrijheden een extra motivatie zijn voor de patiënt, al gaan we ervan uit dat een patiënt in dit stadium van zijn traject wel voldoende intrinsieke motivatie heeft.

Concreet evolueren de uitgangsvrijheden van enkel het ziekenhuisdomein, naar enkele uren buiten het ziekenhuisdomein (alleen of met een naaste), tot weekends met overnachtingen buiten het ziekenhuis. De uitgangen die de patiënt wil nemen, moet hij steeds op voorhand concreet motiveren (waar hij naartoe gaat en waarom). De motivatie kan geweigerd worden, bijvoorbeeld als ingeschat wordt dat de plek die de patiënt wil bezoeken te veel risico's voor hem inhoudt. Indien achteraf blijkt dat de patiënt zich niet strikt aan zijn gemotiveerde uitgangen heeft gehouden, wordt hier een sanctie aan gekoppeld.

### 2.2.3 INDIVIDUELE BEGELEIDING/GLM

Tijdens een opname die meerdere maanden, tot zelfs jaren duurt, is het belangrijk dat patiënten ook een eigen vertrouwenspersoon kunnen hebben binnen het behandelteam. De insteek is dat de patiënt deze persoon laagdrempelig kan aanspreken bij bezorgdheden over het traject, over moeilijkheden met medepatiënten, of over allerlei andere thema's. Het zal dus voornamelijk belangrijk zijn om in deze gesprekken een open en veilige sfeer te

creëren. De vertrouwenspersoon wordt de *‘individueel begeleider’* of *IB* genoemd, deze rol wordt gewoonlijk opgenomen door iemand van het verpleegteam.

Ook de deze gesprekken met de IB vertrekken vanuit een theoretische basis, namelijk het *Good Lives Model (GLM)*. Dit model is net zoals het RNR-model specifiek voor de forensisch psychiatrische setting ontwikkeld. Kort uitgelegd: Waar het RNR-model zich voornamelijk zal richten op het aanpakken van de criminogene factoren om secundair het algemeen welzijn van de patiënt te bevorderen, gaat het GLM-model specifiek inzetten op het bevorderen van het algemeen welzijn van de patiënt, om secundair ervoor te zorgen dat het risico op herval lager wordt. Met andere woorden gaat het bij het RNR-model voornamelijk over de *risicofactoren* en gaat het bij het GLM-model voornamelijk over *beschermende factoren*.

De gesprekken die de patiënt met zijn IB heeft zullen dus voornamelijk gaan over de kwaliteiten waar de patiënt zelf trots op is, over de waarden die hij belangrijk vindt in het leven, over de activiteiten die hij zelf leuk vindt.

Voorlopig is er – in tegenstelling tot het RNR-model – weinig evidentie dat de GLM methode herval in feiten kan voorkomen. Wel zorgt het ervoor dat patiënten meer gemotiveerd zijn voor behandeling en dat er een lagere drop-out is.

#### 2.2.4 ANDERE THERAPIEËN

Naast deze centrale therapieën worden er nog heel wat andere belangrijke therapieën in groep aangeboden. Deze hebben allen een – rechtstreeks of onrechtstreeks – bewezen effect in de behandeling van plegers van een seksueel delict. Ik som er enkele op zonder er al te diep op in te gaan.

- **Internettherapie** is qua aanpak erg gelijkaardig aan de ketting, maar focust zich enkel op het online-gedrag van de patiënt.
- **Emotieregulatietherapie (ERT)** helpt de patiënten om hun gevoelens beter te herkennen en er op een constructieve manier uiting aan te geven.
- **Seksuele vorming** leert patiënten aan wat gezonde intimiteit en seksualiteit betekent en waar de grenzen van het maatschappelijk en juridisch aanvaardbare worden getrokken.
- **Inlevingstherapie** confronteert patiënten met de verhalen van slachtoffers van delicten en hun nabije omgeving, en laat hen hier samen over reflecteren.
- **Sociale vaardigheidstraining** leert patiënten om op een correcte manier *social cues* te interpreteren en hier op een gepaste, maar zelfverzekerde manier op in te spelen.

## 3 INTERVENTIE

### 3.1 Oplossingsgerichte principes

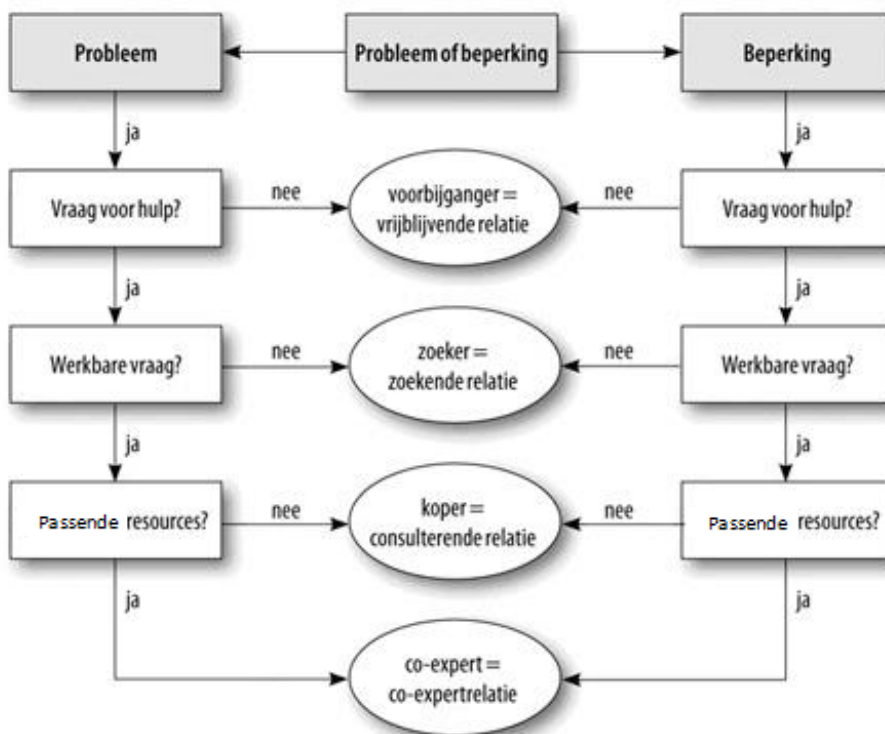
Vooraleer ik in het volgende hoofdstuk mijn persoonlijke contacten met de patiënten beschrijf, met welke therapieën ik heb toegepast en welk resultaat dit had, wil ik eerst enkele belangrijke theoretische uitgangspunten van Korzybski herhalen die volgens mij relevant zijn in deze context én ga ik nog even in op mijn aanvankelijke verwachtingen.

#### 3.1.1 THEORIE

Voor de theoretische basis heb ik teruggerepen naar het boek *'De Therapeutische Alliantie'* van Geert Lefevere en Luc Isebaert.

##### *A. De therapeutische relatie*

De belangrijkste vraag die een Korzybski-therapeut zich dient te stellen wanneer hij met een patiënt aan de slag gaat, is *'Wat is mijn mandaat?'*. Hiervoor is een flowchart ontwikkeld, die ik hieronder nog eens laat zien omdat ik er verder in dit werk nog regelmatig naar refereer.



Een therapeut kan, afhankelijk van zijn mandaat, op vier verschillende manieren in relatie staan met de patiënt. Als er een verschil is tussen het mandaat dat de therapeut van de patiënt krijgt en de manier waarop de therapeut de relatie aangaat, leidt dit tot frustratie aan beide kanten. De patiënt zal zich in dat geval niet gehoord voelen, en de therapeut zal de indruk hebben dat de patiënt niet gemotiveerd is.

Elk mandaat/elke relatievorm vraagt een aparte aanpak, met specifieke vragen en gesprekstechnieken. Voor elk van de vier mandaten overweeg ik welke technieken zinvol kunnen zijn in de forensische context.

In de **vrijblijvende relatie** heeft de patiënt zelf geen vraag naar onze hulp ('ik ben hier omdat mijn justitie-assistent dit had aangeraden'). Hier zal het voornamelijk belangrijk zijn om met een open geest te proberen luisteren naar de patiënt en niet veroordelend te zijn over de factoren die hem tot de feiten hebben geleid. De techniek om de problematiek van de patiënt te normaliseren of in perspectief te plaatsen van mensen met ernstigere problemen lijkt me hier niet aan de orde, omdat dit ethisch en juridisch niet oké zou zijn. Hoewel we aan de ene kant **joinen** en respect tonen, kunnen we ons ook een bepaalde strengheid tegenover de patiënt veroorloven: Zich verschuilen achter 'ik ben een monster, ik kan er niets aan doen' gaat niet op; de patiënt heeft zelf een keuze gemaakt om grensoverschrijdend en onwettig gedrag te stellen. Dat wil niet zeggen dat hij daarom controle had over alle factoren die hem geleid hebben om dit gedrag te stellen of dat hij er zich zelf ten volle van bewust was dat hij een keuze had. Hierop zal het belangrijk zijn de patiënt ervan te overtuigen dat de behandeling hem zal helpen om in de toekomst wel bewuster keuzes te maken en meer controle te hebben over omgevingsfactoren. Bij gebrek aan intrinsieke motivatie tot verandering, kan het interessant zijn om de vraag te stellen wat er nodig zou zijn om justitie/de maatschappij tevreden te stellen.

In de **zoekende relatie** is de patiënt al tot een hulpvraag gekomen, maar is die nog externaliserend ('ik wil niet meer naar websites met beelden van misbruik van minderjarigen surfen, maar men stuurt mij die steeds door'), zelfinvalidierend ('ik zou willen dat ik niet aangetrokken ben tot minderjarigen, maar ik val nu eenmaal op vrouwen met een kleine taille') of slecht gedefinieerd ('ik wil met een schone lei starten en geen feiten meer stellen'). We kunnen de patiënt dan helpen om zijn hulpvraag scherper te krijgen door bijvoorbeeld een **mirakelvraag** te stellen: 'Stel dat je morgen wakker wordt en je problemen zijn opgelost, wat is het eerste waaraan je dit ziet of voelt? Waaraan is het eerste dat anderen dit merken?' Ik formuleer de vraag bewust breed omdat het antwoord daarna een richting kan geven over welke 'problemen' de patiënt het belangrijkste vindt om aan te pakken. Ook mogelijk richtinggevend voor patiënt en therapeut is de **behoudensvraag**: 'Je bevindt je op dit moment in een erg uitzonderlijke situatie. Zijn er desondanks zaken die je niet wil veranderen? Welke dingen wil je behouden nadat de therapie hier is afgerond?'

In de zoekende relatie kunnen we ook verder gaan met de bewustmaking dat de patiënt controle heeft over zijn eigen gedrag. We bekrachtigen de patiënt onrechtstreeks dat zijn

feiten niet nóg ernstiger waren, of dat zijn feiten niet eerder voorvielen, en vragen hem daarna hoe hij dit zelf heeft kunnen vermijden.

Als de patiënt tot een werkbare hulpvraag kan komen, bijvoorbeeld 'ik wil mijn aandacht kunnen verleggen wanneer ik een minderjarige op straat zie, door meer te focussen op hetgeen waarmee ik op dat moment bezig ben', zitten we in een *consulterende relatie*. Aan de hand van een *schaalvraag* kunnen we hem helpen om zijn eigen passende resources aan te spreken: Kan hij de weg om zijn doelstelling te bereiken in kleine stapjes opdelen? Heeft hij sommige stapjes al gezet (zonder dat hij zich ervan bewust was)? Is er een moment geweest in zijn leven dat hij verder stond in het zetten van deze stapjes en hoe heeft hij dat toen gedaan?

Het zal vooral belangrijk zijn om te blijven vasthouden aan een positieve hulpvraag ('Ik wil gezonde seksuele fantasieën') en niet aan een negatieve hulpvraag ('Ik wil geen seksuele fantasieën over minderjarigen'), want de patiënt die constant niet aan minderjarigen wil denken zal paradoxaal genoeg net voortdurend aan minderjarigen aan het denken zijn.

De patiënten die in staat zijn tot een *expertenrelatie* zullen vermoedelijk al op het einde van hun behandeltraject zitten, meer bepaald in de reclasseringsfase. Deze patiënten hebben alle therapieën doorlopen en hebben op een succesvolle manier hun eigen feitenketting kunnen brengen tegenover het behandelteam. In deze relatie kan de therapeut bij wijze van spreken achterover leunen en vragen naar hoe weekends zijn gelopen, of patiënt zelf risicosituaties heeft herkend en hoe hij ermee is omgegaan. Daarnaast kunnen we de patiënt actief waarderen in de stappen die hij neemt om zijn leven na de behandeling vorm te geven (met betrekking tot vrijetijdsinvulling, relaties, ondersteuningsdiensten,...).

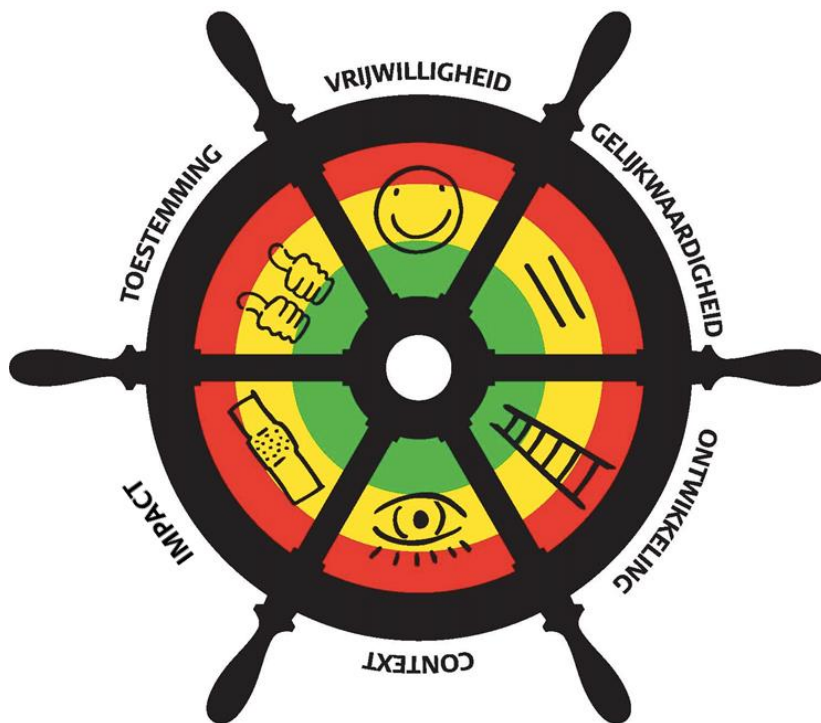
### *B. Oplossingsgerichte therapie bij seksuele moeilijkheden*

Naast de algemene theorie over Korzybski staan er in het boek '*De Therapeutische Alliantie*' nog 2 hoofdstukken die interessant kunnen zijn in de context van de huidige behandelafdeling. Een eerste hoofdstuk is dat over *seksuele moeilijkheden*, door Alexander Witpas. Tevens baseer ik me voor het volgende op de cursus over van Sam Geuens over *Seks in Therapie* die ik volgde in mijn Korzybski-opleiding.

Ik heb voornamelijk geleerd dat 'seks' een uitzonderlijk breed begrip is, dat voor iedereen een andere betekenis heeft; bijvoorbeeld moet er penetratie zijn om over seks te kunnen spreken? Moet er überhaupt fysiek contact zijn om over seks te kunnen spreken (ik denk aan online contact/sexting)? Het is belangrijk om eerst en vooral een duidelijk beeld te hebben over wat de patiënt onder 'seks' verstaat, want een aberrante definiëring kan leiden tot aberrant gedrag. Hierbij zal het wel belangrijk zijn om door te vragen, máár steeds met aftoetsing of de

patiënt zich comfortabel voelt om erover te spreken én met voldoende uitleg waarom deze informatie voor jou als behandelaar zo belangrijk is.

Een tweede aspect dat belangrijk kan zijn, is dat afwijkend seksueel gedrag niet per se hoeft te betekenen dat de volledige seksualiteitsbeleving afwijkend is. Volgens het **vlaggensysteem** van Sensoa kan seksueel gedrag worden opgedeeld in zes verschillende deelaspecten. Voor elk deelaspect kan een aparte inschatting worden gemaakt of het gedrag als normaal kan worden beschouwd (groen), ernstig afwijkend is (zwart) of ergens tussenin (geel, rood).



Deze benadering kan helpen om voor patiënt duidelijk te krijgen wát er precies niet oké was aan zijn gedrag. Bovendien kan het alliantie-bevorderend zijn als niet alle aspecten van het gedrag veroordeeld worden. Voor alle duidelijkheid dien ik wel te zeggen dat voor een deel van de patiënten alle zes de deelaspecten zwart of 'ernstig grensoverschrijdend' zijn.

### **C. Oplossingsgerichte therapie in forensische context**

Een tweede relevant hoofdstuk in *'De Therapeutische Alliantie'* gaat over behandeling in de forensische context, geschreven door Marjan Gryson.

In dit hoofdstuk wordt de bedenking gemaakt of de forensische context wel zo fundamenteel anders is dan de reguliere geestelijke gezondheidszorg. Er wordt erkend dat er een aantal factoren erg specifiek zijn voor forensische zorg: Er is een bepaalde machtsverhouding tussen de therapeut en de patiënt, de focus ligt meestal eerder op risico's of negatieve kenmerken van de patiënt, er wordt gewerkt vanuit polaire termen ('dader' versus 'slachtoffer'; 'goed' versus 'slecht'). Maar uit ervaring merkt de auteur dat de gewone oplossingsgerichte

uitgangspunten even goed toepasbaar zijn in deze context als ergens anders. Enkele van haar bedenkingen blijven bij mij hangen:

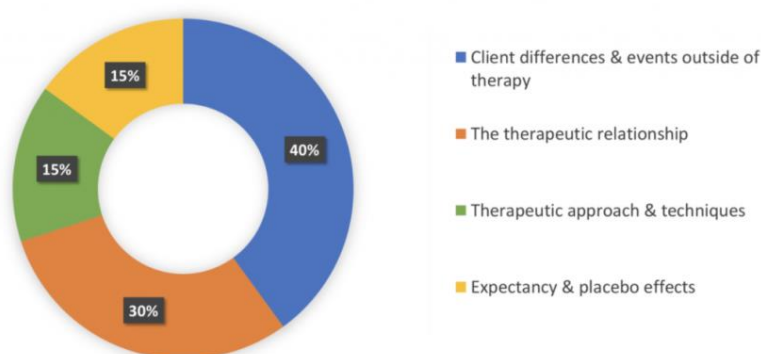
- Korzybski staat voor zoeken naar krachtbronnen of **resources**. Bij gedetineerden krijg je al één specifieke resource cadeau: Hoe lukt het hem om in de spiegel te blijven kijken? Hoe gaat hij om met de fouten die hij in het verleden heeft gemaakt?
- In Korzybski is het ook belangrijk om een **oprechte, positieve blik** te behouden op de patiënt. Wat hierbij kan helpen is om zonder voorkennis van het dossier de eerste interactie(s) aan te gaan. Het is ook belangrijk om in communicatie met collega's te blijven zoeken naar het goede, in plaats van te vervallen in klagen over de negatieve eigenschappen van de patiënt.
- De **double bind** is een terugkerende term bij Korzybski. Het betekent dat een patiënt wel keuzevrijheid heeft, maar dat de uitkomst steeds gelijkaardig zal zijn. Bij een positieve of therapeutische double bind zal de uitkomst steeds positief uitdraaien voor de patiënt, bij een negatieve double bind net het omgekeerde. In de forensische context moeten we ons steeds bewust zijn van een specifieke negatieve double bind die in ons denken kan kruipen, namelijk: 'Als de patiënt meewerkt is het omdat hij moet, als een patiënt niet meewerkt is hij niet gemotiveerd'. Bij deze double bind zal de conclusie steeds zijn dat we met een ongemotiveerde patiënt te maken hebben. Veel zinvoller is om steeds te blijven op zoek gaan naar waar de patiënt wél toe gemotiveerd is, want volgens Korzybski is *iedereen* in de regel tot *iets* gemotiveerd.

### 3.1.2 VERWACHTINGEN

Na een eerste kennismakingsperiode met de afdeling: Wat verwacht ik zelf? Denk ik dat ik voor patiënten een verschil zal kunnen maken met een oplossingsgerichte aanpak? Denk ik dat dit te rijmen valt met het bestaande therapeutische aanbod op de afdeling?

Korzybski is een therapievorm die het verschil wil maken op vlak van de **relatiegebonden factoren** (de 30% uit de figuur hieronder).

What makes therapy work?



De therapeut dient de patiënt als zijn gelijke te beschouwen: De therapeut is de expert van het proces, de cliënt is de expert van zichzelf. Om die gelijkheid te bekomen moet er een oprecht respect zijn ten opzichte van de cliënt en de keuzes die hij maakt. Dat voelt voor mij persoonlijk zeer natuurlijk aan, maar ik stel mij de vraag in welke mate ik zal kunnen joinen met patiënten die de keuze hebben gemaakt om seksueel grensoverschrijdend gedrag te stellen naar minderjarigen, zeker met de patiënten die nog in een vrijblijvende relatie staan en slechts weinig motivatie tonen om zelf te veranderen.

Ik vraag mij ook af in welke mate het *gevaarlijk* is om met de patiënt te joinen. Er is mogelijk een dunne lijn tussen het niet veroordelend in gesprek gaan over de feiten van de patiënt en het – al dan niet bewust – meegaan of bevestigen van *‘goedpraters’*. Eventueel kan het dan helpend zijn om het Sensoa-vlaggensysteem te gebruiken bij goedpraters. Als een patiënt bijvoorbeeld zegt dat het slachtoffer zelf toestemming gaf voor seksuele handelingen, dan is de vlag wel groen bij het deelaspect vrijwilligheid, maar wel zwart bij de deelaspecten gelijkheid en impact.

Daarnaast voorspel ik moeilijkheden met de evolutie van de therapeutische relatie. Vanuit een Korzybski-blik is het absoluut geen probleem is om niet voorbij de vrijblijvende relatie te geraken (positieve double bind: Als de patiënt tot een hulpvraag komt dan kunnen we verder aan de slag in een zoekende of consulterende relatie, als de patiënt niet tot een hulpvraag komt wil dit zeggen dat hij zijn leven voldoende aanvaardt zoals het nu is en dat hij inschat dat hij de hulp van de therapeut niet nodig heeft om verder te komen). Helaas is de relatie op de forensische dienst zelden vrijblijvend: De meeste patiënten zouden namelijk niet in behandeling zijn gekomen als ze niet eerst veroordeeld waren. Je zou kunnen stellen dat het vrijblijvend is in de zin dat de patiënt er altijd voor kan kiezen om terug te keren naar de gevangenis. In de praktijk kiezen patiënten er op deze afdeling slechts zeer uitzonderlijk voor om terug te keren naar de gevangenis, zelfs al geraken ze in therapie niet tot een werkbare hulpvraag. Ze kiezen dus voor een behandelafdeling, ook al hebben ze op het eerste zicht weinig vraag naar intrinsieke verandering. Op dat moment is hun enige vraag dat ze willen verlost zijn van de straf die het justitieel apparaat hen heeft opgelegd of dat ze willen verlost zijn van de stempel die nu op hen kleeft.

Het feit dat ze kiezen voor een *behandelafdeling* – die streeft naar verandering – maar niet kiezen voor *verandering*, kan ervoor zorgen dat de therapie alsnog verzandt in een vrijblijvende/zoekende fase. Dit kan bijvoorbeeld gebeuren wanneer een patiënt niet meer oprecht is in het contact met de therapeut of wanneer hij schuldbesef of een hulpvraag veinst. Dit leidt zowel bij de therapeut als bij de cliënt op termijn tot frustratie.

Als ik op voorhand stilsta bij hoe ik op een oplossingsgerichte manier kan anticiperen op dit probleem, denk ik dat het in de eerste plaats belangrijk zal zijn om het regelmatig in gesprek te benoemen ('Ik besef dat het voor jou op een gegeven moment verleidelijk kan worden om de dingen te zeggen waarvan je denkt dat ik ze wil horen, om moeilijkheden te vermijden. Maar weet dat dat op lange termijn enkel meer frustratie zal opleveren, voor mij, maar ook voor jou'). In een volgende stap kan ik deze motivatie, om wel op de afdeling te blijven ondanks het gebrek aan vraag naar intrinsieke veranderingen, aanwenden om eventueel wél tot een (werkbare) hulpvraag te komen: 'Wat zorgt ervoor dat je hier wil blijven?', 'In welk opzicht is het hier voor jou draaglijker dan in de gevangenis?', 'Heb je daar zelf een aandeel in?', 'Hoe zou je jouw verblijf hier nog meer in jouw voordeel kunnen uitspelen?'.

Als ik met de patiënt wél voorbij de vrijblijvende/zoekende relatie geraak, verwacht ik dat er regelmatig zal moeten geschakeld worden tussen de verschillende relatiëniveaus. Ik merk namelijk een grote *verzamelhulpvraag* ('help mij om te kunnen functioneren in de maatschappij') die in verscheidene deelhulpvragen zal moeten worden opgedeeld ('ik wil mijn seksuele fantasieën onder controle krijgen', 'ik wil niet meer hervallen in alcoholgebruik', 'ik wil mijn agressie onder controle krijgen', 'ik wil een vaste daginvulling', 'ik wil op een veilige manier internet kunnen gebruiken'). Voor elk van deze deelhulpvragen zal de patiënt op een ander motivatieniveau staan, dus tijdens het ene gesprek kunnen we in een zoekende relatie staan, terwijl we in het andere gesprek al op een expertenrelatie staan.

De reden waarom patiënten op deze afdeling met zo'n verzamelhulpvraag zitten, kan het gevolg zijn van het feit dat zij voornamelijk *indirect lijden* onder hun problematiek. Ze zouden niet uit zichzelf om hulp hebben gevraagd, maar doen dit pas nadat ze als gevolg van hun problematiek gebotst zijn met de maatschappij/met justitie. Met andere woorden: Eerder dan hun onderliggend psychisch lijden te willen aanpakken, willen ze vooral niet meer botsen met de maatschappij. Dit is anders dan bij bijvoorbeeld een stemmingsproblematiek of een psychotische problematiek, maar wel vergelijkbaar met persoonlijkheidsproblematieken of sommige verslavingsproblematieken.

Een laatste vraag die ik mij voorzichtig durf te stellen is of een strikte, afgesloten en erg stabiele afdelingscontext wel voldoende geschikt is voor veranderingsgerichte technieken. Binnen Korzybski wordt vaak aan patiënten gevraagd om *eens iets anders* te doen dan het alledaagse. Zal dat wel mogelijk zijn op deze afdeling? Ik denk bijvoorbeeld aan het variëren van het uur waarop de patiënt gaat slapen of opstaat, aan veranderingen in het eetpatroon, aan aanpassing van dagactiviteiten of aan veranderingen in interactie met anderen. Het zal wat extra creativiteit van patiënt en therapeut vragen.

Daarnaast merk ik op dat de afdeling eigenlijk een erg kunstmatige omgeving is, die voor veel patiënten helemaal niet overeenkomt met de omgeving waar ze hun verdere leven zullen doorbrengen. Gelukkig biedt de afdeling wel uitgangsvrijheden, afgestemd op de behandelvooruitgang. Tijdens deze uitgangen kan de patiënt terug ontdekken hoe het leven na opname er voor hem zal uitzien én het geeft meer speling voor potentiële veranderingsgerichte interventies.

## 3.2 Therapeutische sessies

In dit hoofdstuk ga ik inhoudelijk in op hoe de therapeutische sessies met de patiënten verlopen zijn. Aangezien mijn ‘studieperiode’ slechts over een periode van ongeveer acht maanden loopt, kan ik bij geen enkele patiënt een volledig (geslaagd) behandeltraject van begin tot einde beschrijven. In totaal heb ik 17 patiënten begeleid, elk in hun eigen fase van de behandeling. Een beschrijving van elke begeleiding zou te uitgebreid zijn en misschien ook niet zinvol. Daarom neem ik een – wat kunstmatige – steekproef, verdeeld over de verschillende behandelfases van het opnameverloop.

Bij elke patiënt probeer ik een antwoord te bieden op de volgende drie vragen:

- 1) Wie is deze persoon, hoe is hij in contact?
- 2) Waar bevindt deze persoon zich op de flowchart?
- 3) Welke oplossingsgerichte interventies heb ik gedaan (en wat was het resultaat)?

### 3.2.1 OBSERVATIEFASE

Op het moment dat ik dit verslag schrijf, zit er slechts **één patiënt (A)** in de observatiefase. Hij is net 3 maanden in opname, dus binnenkort volgt het evaluatiemoment waarbij de beslissing wordt gemaakt of hij de stap kan maken naar de behandelfase.

**A** werd veroordeeld omwille van seksueel grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van een minderjarig buurmeisje. Eerder werd hij ook al veroordeeld voor het bezitten en delen van beelden van kindermisbruik. Wat de contacten met **A** typeert is dat hij de indruk geeft zeer open te vertellen, maar dat de inhoud van zijn verhalen – en dan vooral over de feiten die hij heeft gepleegd – opvallend inconsistent is. Tevens geeft hij duidelijk aan dat hij de feiten waarvoor hij eerder werd veroordeeld liever niet wenst te bespreken, omdat hij van de overtuiging is dat de huidige behandeling enkel hoort binnen de repercussies van zijn laatste veroordeling. Het is dus vrij duidelijk dat **A** zelf de grenzen van de behandeling wenst te bewaken; wanneer zijn IB een poging doet om deze grenzen wat te rekken, doet **A** zijn beklag tegenover andere leden van het behandelteam. De laatste weken geeft **A** wel toe – in tegenstrijd met eerdere beweringen – dat hij beelden van kindermisbruik heeft opgezocht en

gedeeld met anderen. Helaas heeft hij ondertussen voor zichzelf een erg onbetrouwbare reputatie opgebouwd en blijft hij bij de bekentenissen opvallend emotioneel onbewogen.

Deze patiënt stelt vragen die heel typerend zijn voor een *zoekende relatie*: 'Ik wil kunnen herstarten met een rustig en stabiel leven, ver weg van mijn vroegere contacten' (slecht gedefinieerde en externaliserende hulpvraag), 'Ik wil dat jullie mij laten inzien wat ik moet doen en mij op het rechte pad brengen' (slecht gedefinieerde en passieve hulpvraag), 'ik wil dat de mensen die een foute invloed op mij hebben gehad geen contact meer zoeken' (externaliserende hulpvraag). Bovendien komt A omwille van hierboven genoemde redenen niet zeer oprecht over in het contact. Dit doet de vraag rijzen of hij zich zelfs niet eerder in een *vrijblijvende relatie* bevindt. Stelt hij niet vooral een hulpvraag omdat hij weet dat dit van hem wordt verwacht? Is hij er zelf wel van overtuigd dat hij verandering wenst in zijn leven?

Om de hulpvraag van A beter te kunnen definiëren, stel ik hem eerst de vraag wat hij denkt dat nodig is om het behandelteam of justitie te kunnen tevreden stellen. Hierop antwoordt hij dat er van hem voornamelijk vriendelijkheid en eerlijkheid wordt verwacht, en dat hij zich aan zijn gerechtelijke voorwaarden moet houden. Wat zou hem kunnen helpen om zich aan de voorwaarden te houden? 'Een vaste woonst, een vaste hobby, geen internettoegang, opvolging door een psychiater'. Wat zou hij op dit moment zelf kunnen doen om hiernaartoe te werken? 'Ik kan op dit moment niet veel doen, ik moet jullie je werk laten doen en het traject hier uitzitten'. Zijn er zaken uit zijn oude leven die hij nog graag zou willen meenemen naar zijn nieuwe leven? 'Ik wil contact met mijn ouders houden, zij betekenen veel voor mij. Voor zover mogelijk wil ik ook mijn oude job behouden, maar dan in een ander filiaal'.

Uit onze contacten leid ik af dat A voornamelijk 'praktische' vragen heeft: Door concrete, externe zaken aan te passen (nieuwe woonst in andere omgeving, vaste daginvulling, geen toegang tot internet, externe controle door opvolgend psychiater) denkt hij dat hij anders in het leven zal staan en dat hij niet meer zal botsen met de maatschappij. Hij staat duidelijk minder open voor interventies die een rechtstreekse invloed hebben op zijn eigen visie, op zijn eigen denken. Dit bevestigt hij door zelf duidelijk aan te geven tot waar onze vraagstelling mag reiken.

Dit geeft meer duidelijkheid over hoe het verdere traject van A het best vorm krijgt. Indien hij in opname blijft, zullen wij blijven inzetten op een verandering in zijn denken. Dit zal vermoedelijk tot frustraties leiden aangezien het niet in overeenstemming is met zijn hulpvraag. Om deze frustraties te omzeilen kunnen we aanvankelijk vooral proberen inzetten op *psycho-educatie*: A doen inzien dat zijn denken op sommige vlakken afwijkt van de norm en dit hem in de problemen kan brengen. Een andere manier om de frustraties te omzeilen is door de behandeling stop te zetten en A te laten terugkeren naar de gevangenis; de hulpvraag

die hij heeft kan namelijk even goed aangepakt worden door de maatschappelijk werker van de gevangenis en de justitie-assistent. Het nadeel voor **A** is dat hij dan voor een langere periode van zijn vrijheid is beroofd.

Volgens mij kan door deze oplossingsgerichte benaderingswijze beter aan de patiënt worden verwoordt waarom er precies gedacht wordt aan terugkeer naar de gevangenis, eerder dan hem gewoon mee te delen dat de behandeling nergens op uitdraait. Je creëert een soort van *positieve double bind*: Welke richting hij ook kiest (voor zover hij er zelf in kan kiezen), hij kiest voor een beter leven voor zichzelf.

### 3.2.2 VROEGE BEHANDELFASE

Zoals gezegd in de inleidende hoofdstukken, kan een patiënt pas overgaan naar een behandel fase als er een minimum aan schuldinzicht is en een hiermee gepaard gaande hulpvraag. In principe wil dit vanuit een Korzybski-standpunt zeggen dat we met de patiënt voorbij een vrijblijvende relatie zijn gegroeid. Ik maak bewust het onderscheid tussen patiënten in een vroege behandel fase en een late behandel fase, omdat vaak ook merkbaar is in de contacten. Patiënten in de late behandel fase hebben ook heel wat meer uitgangsvrijheden dan patiënten in de vroege behandel fase, waardoor hun alledaagse leven er vaak iets anders uitziet.

#### *Patiënt B*

Een eerste patiënt die ik wil bespreken is **B**. Hij werd veroordeeld voor seksueel grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van zijn 5-jarig petekind en het bezit van beelden van kindermisbruik. Op het moment van veroordeling woonde **B** samen met zijn echtgenoot en jongste (mentaal gehandicapte) zoon, tijdens zijn detentieperiode kreeg hij op regelmatige basis bezoek van zijn echtgenote, zoon en dochter. Met zijn oudste zoon heeft hij slechts zelden contact.

**B** brengt in gesprekken een oprecht overkomend schuldbesef. Aan de andere kant kan hij opvallend defensief uit de hoek komen wanneer er wordt gepolst naar mogelijke kwetsbaarheden. Dit zorgt ervoor dat hij gevoelig is voor goedpraters: 'ik ben al jaren jeugdvoetbalcoach en heb nooit een vinger uitgestoken naar de kinderen', 'Er was slechts éénmalig rechtstreeks contact met het geslachtsdeel bij mijn slachtoffer, verder was het altijd boven de kleren', 'ik ben enkel op die sites terechtgekomen doordat die link mij was doorgestuurd'. Hij ontkent ook hyperseksualiteit bij zichzelf, ondanks een objectief sterke seksuele drive.

Dit zorgt ervoor dat het bij **B** erg zoeken is naar een werkbare hulpvraag. Hij lijkt zijn consultatiemomenten bij mij als arts voornamelijk te gebruiken om een oplossing te krijgen voor zijn lichamelijke klachten. Aanvankelijk ging ik hier vrij vlot in mee, enerzijds om band op

te bouwen, anderzijds omdat zijn klachten vrij ernstig van aard waren. Helaas merk ik dat zijn lichamelijke klachten steeds trivialisierender worden en hij ook steeds meer eisend wordt naar behandelingen of onderzoeken die vanuit medisch perspectief niet noodzakelijk of tegenaangewezen zijn. Door onenigheid over deze somatische zaken, merk ik dat ons therapeutisch contact ook verzuurt. Het zal dus in de eerste plaats belangrijk zijn om voorbij deze frustratie te geraken. Sinds kort scheid ik daarom de 'lichamelijke consultaties' van de 'psychiatrische consultaties'. Ik heb die reden ook verduidelijkt aan B, en hij gaat hiermee akkoord. Ik probeer ook zijn defensieve reacties te benoemen en hierover te spreken.

Om meer duidelijkheid te krijgen in de hulpvraag, is het duidelijk dat we weinig zullen bereiken met het verder doorgraven in de kwetsbaarheden van B. Wanneer wij een observatie met hem delen, reageert hij stevast door ontkenning of met verongelijkte kwaadheid. Hoe meer wij onze bezorgdheid uiten over mogelijk herval in grensoverschrijdend gedrag naar kinderen, hoe meer hij de neiging zal voelen om ons te overtuigen dat dat risico onbestaand is. We merken dan ook dat B snel afhaakt bij het bestaand therapie-aanbod op de afdeling, hij lijkt de inhoud niet altijd volledig te vatten.

Bij deze patiënt is het oplossingsgerichte principe, dat het meest kan bereikt worden door vanuit de *resources* te vertrekken, absoluut van toepassing. Tijdens onze gesprekken komt naar boven dat B veel waarde hecht aan zijn kerngezin; het is ook duidelijk dat dit wederzijds is, aangezien zijn echtgenote en kinderen hem niet hebben laten vallen nadat de feiten aan het licht kwamen en ze hem in de gevangenis zo vaak als mogelijk kwamen bezoeken. B lijdt erg onder het feit dat het ziekenhuis zo ver weg ligt van zijn woonplaats, waardoor zijn familie bijna 2 uur onderweg is voor een bezoek. Toch komen ze elke week. Verder spreekt B met trots over hoe hij al zijn hele leven accordeon speelt, jeugdtrainer is in het voetbal, zijn job als schilder/behanger met plezier heeft uitgeoefend.

Indien we inhoudelijk verder ingaan op zijn hobby in het jeugdvoetbal zullen we ons weer op gevaarlijk terrein begeven om vast te lopen, maar op zijn andere zingevers kunnen we wel verder ingaan. Zo kunnen we bijvoorbeeld meer proberen inzetten op muziektherapie, aangezien dit een taal is die B wel spreekt. En als ik navraag wat hem zo aantrok in zijn job als schilder, was het niet zozeer het esthetische aspect, maar wel de voorspelbaarheid (duidelijk afgelijnde en repetitieve taakinhoud, steeds met dezelfde collega's werken). Deze voorspelbaarheid is ook iets wat hij wenst in zijn toekomst: 'Ik zou graag verhuizen naar Spanje met mijn vrouw en jongste zoon, alle dagen mogen er hetzelfde uitzien, niet te veel variatie of avontuur'. Een verhuis naar Spanje zal de eerste jaren misschien nog niet aan de orde zijn, maar we kunnen wel zoeken naar hoe we dat gevoel van voorspelbaarheid zoveel mogelijk kunnen najagen wanneer B in België blijft wonen. Zou een verhuis naar Spanje niet net meer

onvoorspelbaarheid brengen, want hij is de taal niet machtig? We kunnen ook educatief aan de slag gaan vanuit zijn vaderrol: Wat zou het bij hem teweegbrengen als hij te weten komt dat er grensoverschrijdend gedrag werd gesteld naar zijn zoon?

Ook vanuit de afdeling wordt er oplossingsgericht gedacht om voorbij de drempel te geraken dat patiënt niet lijkt aan te haken op het therapeutische aanbod: Recent krijg hij een aangepast therapieschema met meer individuele sessies.

### *Patiënt C*

In de vroege behandelfase wil ik ook nog C bespreken. In tegenstelling tot de vorige patiënt, heeft C van bij de eerste dag van opname een zeer duidelijke wens om zelf te veranderen. Hij zegt zichzelf te zien als een monster, hij uit zelfs op regelmatige basis op een erg hopeloze en appellerende manier een doodswens. C werd veroordeeld omwille van seksueel grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van 2 neefjes, die beiden tussen de 12 en de 16 jaar waren. C heeft over het verloop van verschillende jaren herhaaldelijk feiten gepleegd. C had een vrij stabiel huwelijk met 4 – ondertussen volwassen – dochters en had een job als zelfstandig thuisverpleegkundige. Bij opname is een scheidingsprocedure lopend, hij heeft nog slechts afstandelijk contact met zijn echtgenote en dochters. Hij zegt dat hij zich al zijn hele leven meer aangetrokken voelt tot mannen. In zijn jeugd is C zelf het slachtoffer geweest van seksueel grensoverschrijdend gedrag door verschillende daders (waaronder zijn broer).

Waar de vorige patiënt liefst zo weinig mogelijk stilstond of kon stilstaan bij zijn eigen kwetsbaarheden, is dat bij C bijna het enige wat hem doorheen de dag bezighoudt. Hij zegt deze opname als laatste kans te zien 'om aan zichzelf te werken', anders is de enige uitweg suicide. C neemt tijdens groepstherapieën veel plaats in om over zichzelf te reflecteren, en laat zich inspireren door medepatiënten die al verder in het traject staan om reeds taken te maken die voor hem pas op een later moment aan bod zullen komen. Waar andere patiënten in contact met mij zeer aftastend zijn en soms meerdere weken/maanden nodig hebben om mij in vertrouwen te kunnen nemen, geeft C zich reeds in het eerste contact als het ware volledig aan mij over. Wanneer wij als hulpverlener op de rem proberen te staan (bijvoorbeeld door niet meteen in te gaan op zijn vraag naar frequentere individuele contacten of naar geïndividualiseerde aanpak), reageert hij vaak geprikkeld en emotioneel, maar ik heb niet het gevoel dat dit leidt tot wantrouwen in de relatie. Naar mij toe formuleert hij meerdere – nog concreter/werkbaarder te maken – hulpvragen: 'Hoe kan ik mezelf afleiden van seksuele fantasieën over adolescente jongens?', 'Hoe kan ik omgaan met mijn soms allesoverheersende doodsgedachten?', 'Wat kan ik doen om minder onrustig te slapen?'.

In elk gesprek sta ik opnieuw versteld hoe snel C de theoretische gedragstherapeutische basis van de groepssessies onder de knie heeft en hoe vlot hij deze ook kan toepassen in zijn

dagelijkse leven. Hij probeert elke (lichte) spanning of aanvaring met medepatiënten, hulpverleners of eigen omgeving te analyseren. Ik doe ook steeds mijn best om deze inspanningen te valoriseren. Aan de andere kant probeer ik met C stil te staan wat zijn leergierige houding in de leefgroep teweegbrengt, want zoals eerder vermeld neemt hij veel tijd en ruimte in beslag tijdens de groepssessies en kan hij betweterig overkomen naar hulpverleners. Hoewel het niet tot zijn oorspronkelijke hulpvraag behoort, pols ik of het volgens hem de moeite kan lonen om stil te staan bij zijn manier van interageren met anderen. Hierop antwoordt C dat hij inderdaad merkt dat verzuurde relatie met verschillende leefgroeppsgenoten en met het thuisfront de progressie op zijn andere hulpvragen (suïcidaliteit, slaapmoeilijkheden) in de weg staat. Zelf wijt hij dit aan het feit dat afdelingsleven voor hem erg prikkelend is (als gevolg van traumatisch verblijf in jeugdinstelling in verleden), dat medepatiënten onvoldoende geëngageerd zijn in therapie, dat zij het slecht met hem voorhebben. Op dit vlak merk ik dus dat we nog op een erg zoekende relatie zitten.

Ik probeer hem een observatie-opdracht mee te geven: Voor elk van zijn medepatiënten iets noteren wat hij apprecieert. Wanneer dit hem lukt probeer ik over te stappen op een doe-opdracht: Als hij de aandrang voelt om een opmerking te maken over een medepatiënten, moet hij dit steeds koppelen aan een compliment/appreciatie (bijvoorbeeld als iemand hem onderbreekt tijdens therapie 'ik apprecieer dat je even gretig deelneemt als ikzelf, ik probeer snel nog mijn gedachte af te maken en luister dan graag naar jou idee'). Ik hoop hem op deze manier actiever te doen stilstaan bij waarom medepatiënten handelen zoals ze doen, dat dit niet per se is om hem te viseren.

Als ik hem vraag wat het voornaamste is dat wij als therapeut al voor hem gedaan hebben in deze vroege behandelfase, antwoordt hij: 'Mij ondersteunen, af en toe zeggen als ik het goed doe'. Ik stel zelf vast dat dit inderdaad is waar ik bij hem al vooral op heb ingezet. Bij zijn uitingen van een doodswens bij emotionele overspoeling zal het belangrijk zijn om met hem te blijven stilstaan wat dit betekent: Hij wil dat iets stopt, liefst meteen en alles tegelijk. Maar wat wil hij precies stoppen? Hij is duidelijk (bewust of onbewust) op zoek naar een andere manier om dit te stoppen, anders zou hij hier niet zijn. Als we samen duidelijkheid kunnen krijgen in wát hij precies wil stoppen, kan het misschien op een andere manier dan de dood.

### 3.2.3 LATE BEHANDELFASE

Verschillende van de patiënten bevonden zich reeds in de behandelfase op het moment dat ik de afdeling leerde kennen. Deze patiënten hadden reeds een weg afgelegd, en bij de meesten werd dit ook duidelijk in de contacten. Dankzij de therapieën hadden ze zicht gekregen op hun risico's en kwetsbaarheden. Ik wil er graag één patiënt uitpikken, *patiënt D*.

*D* werd veroordeeld voor herhaaldelijke feiten van seksueel grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van verschillende minderjarigen. Hij verbleef meerdere jaren in de gevangenis alvorens hij werd opgenomen op deze behandeldienst. *D* heeft een traumatische jeugd gekend, hij is verwekt als gevolg van een verkrachting. Hij heeft zijn vader nooit gekend, in zijn familie was hij niet gewenst. *D* kende in zijn volwassen leven een lange periode van dakloosheid, hij had seks met andere mannen voor geld, was verslaafd aan verschillende illegale middelen. Hij zegt zelf een seksuele aantrekking te voelen naar adolescente jongens, had seks met minderjarige jongens tegen betaling. Hij is HIV-positief.

*D* komt vlot met verscheidene hulpvragen, over verschillende levensdomeinen: 'Ik wil minder gevoelig zijn voor angsten', 'ik wil mijn seksuele verlangens onder controle krijgen', 'ik wil een gestructureerd leven', 'ik wil een gezondere levensstijl'.

*D* heeft duidelijk geen veilige hechting gekend. Tijdens de opname heeft zijn halfbroer, de enige stabiele persoon met wie hij nog contact had, meer afstand van hem genomen. Dit zorgt voor een belangrijk eenzaamheidsgevoel en zelfs voor angst. Als ik *D* bevroeg wat zijn kwaliteiten zijn, dan antwoordt hij 'trouw, goed kunnen luisteren, vrijgevig': Deze kwaliteiten zijn duidelijk niet compatibel met iemand zonder netwerk of naasten. Tijdens de opname valt het op dat *D* vooral angstig decompenseert wanneer hij wordt aangesproken op (milde) overtredingen van afdelingsregels: Er komen meteen catastrofale gedachten op, over terugsturing naar gevangenis. Dit gaat gepaard met meer actieve suïcidale gedachten. Een duidelijke angst voor afwijzing en voor het verliezen van de enige vertrouwde gezichten die hij op dit moment kent. Al sinds zijn verblijf in de gevangenis (en mogelijk al vroeger) voert hij dwanghandelingen uit om intrusieve doemgedachten onder controle te krijgen: Lichten aan- en uitknippen, met vinger op tafel tikken, keelgeluiden maken, herhaaldelijk handen wassen.

Wat betreft de obsessief-compulsieve en angstklachten zijn we geëvolueerd van een zoekende relatie naar een consulterende relatie. Aanvankelijk was de hulpvraag voornamelijk zelf-invaliderend: 'Ik wil van deze angsten en doemgedachten af, maar ik heb er geen controle over'. Ik heb voor *D* een observatie-opdracht opgesteld om te kijken wanneer hij angstgevoelens had, wanneer hij compulsief gedrag vertoonde en welke elementen er eventueel invloed op hadden. Wanneer ik merkte dat *D* deze opdracht trouw uitvoerde probeerde ik dit te koppelen aan *ACT-technieken*: De doemgedachten en angst proberen vormgeven als iets fysiek om het op die manier gemakkelijker te beschouwen (*D* beschreef het als 'een zwarte bol'). We hadden ook kunnen stilstaan bij wat volgens hem het beschermende of helpende effect was van de obsessies/compulsies (zijn huidig toegepaste resources).

Enerzijds merkten we dat de klachten vooral opkwamen bij terechtwijzingen door een hulpverlener, anderzijds voornamelijk in het weekend wanneer de afdelingsstructuur gedeeltelijk wegviel. Bij verder navragen bleek *D* het weekend voornamelijk in bed of voor televisie door te brengen uit verveling, hij wist niet welke activiteiten hij anders kon ondernemen. Na verdere gesprekken met zijn IB en met mij, staat hij in het weekend nu op regelmatige uren op, heeft hij een fiets aangekocht, zet hij zich regelmatig aan zijn bureau om te tekenen.

Het is duidelijk dat de hulpvraag van *D*, wat zijn angstklachten betreft, ondertussen geëvolueerd is naar een consulterend niveau. Hij doet zijn best om observatie- en doe-opdrachten uit te voeren, wat het idee geeft dat de therapeutische band goed zit. Mede dankzij opstart van medicatie (SSRI), zijn de angsten nu veel minder in ernst en frequentie en zijn ook de dwanghandelingen nog maar zelden aanwezig.

De medicatie werd trouwens met een dubbele reden opgestart. SSRI's hebben namelijk ook een libidoremmend effect, wat bij deze patiëntenpopulatie wel gewenst is. Het feit dat *D* – in tegenstelling tot veel van zijn medepatiënten – bijna meteen bereid was om deze medicatie een kans te geven, is een indicatie dat hij zich ook op dit vlak op consulterend niveau bevindt.

Het is ook niet zo dat hij enkel passief de behandeling ondergaat, hij is ook bereid om aangeleerde technieken uit de therapie toe te passen in de praktijk. *D* vertelt steeds eerlijk wanneer hij in het weekend een adolescente jongen op straat heeft gezien, die seksuele fantasieën bij hem ontlokte. De manier waarop hij hiermee omgaat is over de voorbije maanden geëvolueerd. Aanvankelijk ging hij die persoon uit de weg, maar zou hij op een later moment wel masturberen terwijl hij aan die persoon dacht. Heden kan hij, op het moment dat hij een 'aantrekkelijke' minderjarig ziet, zijn seksuele verlangens onder controle houden en afleiding zoeken met iets anders; op het moment dat hij terug op de afdeling is, denkt hij al niet meer aan de persoon. *D* neemt het zichzelf steeds erg kwalijk wanneer hij een initiële fysieke aantrekking voelt ten opzichte van een vreemde jongen. Hij lijkt zichzelf in een *negatieve double bind* te plaatsen: Als hij zich aangetrokken voelt tot een minderjarige en hij handelt naar deze fantasieën is hij fout, als hij zich aangetrokken voelt maar hij probeert meteen zijn gedachten te verzetten is hij ook fout. Het moment dat de aantrekking er is, is om het even wat hij doet fout in zijn ogen en blijft hij met een negatief gevoel achter. Ik heb dit met hem proberen omvormen naar een *therapeutische double bind*: Hij voelt zich fysiek aangetrokken tot minderjarigen, dat is iets waar hij geen controle over heeft. Als hij ervoor kiest om zijn gedachten te verzetten, handelt hij *goed*. Als hij ervoor kiest om met die aantrekking te blijven zitten en op een later moment te masturberen, handelt hij ook *niet*

*slecht*, want hij heeft geen grensoverschrijdend gedrag gesteld of stappen daarnaartoe, wat hij in het verleden misschien wel zou gedaan hebben.

Ondanks het zware levensverhaal en de zware feiten van D, zorgen de therapeutische alliantie en de hierdoor reeds bereikte verandering ervoor dat het een aangename begeleiding is. Toch zitten we niet voor alle behandeldoelstellingen met een (werkbaar) hulpvraag. Ik zie dat *D* een uiterst ongezonde levensstijl heeft, wat zich onder andere vertaalt in een snel oplopend lichaamsgewicht. Als zijn arts probeerde ik hem hier reeds op aan te spreken en veranderingen in het voedingspatroon voor te stellen, maar voorlopig zonder veel effect. Misschien ga ik er te gemakkelijk van uit dat we ook op dit vlak al een alliantie hebben opgebouwd en dien ik eerst een stap terug te nemen: Hoe kijkt hij hier tegenaan? Heeft hij er last van? Welk nut heeft het voor hem (bijvoorbeeld rust vinden, verzadigd gevoel creëren)? Als het voor hem effectief een (bewust/onbewust) nut heeft, zal ik dit gedrag eerst en vooral moeten waarderen als zijn huidige resource, alvorens te vragen of hij er ook last van heeft en of hij eventueel op een andere manier zijn doel (verzadiging, rust) kan bereiken.

#### 3.2.4 RECLASSERINGSFASE

Ik heb *één patiënt (E)* gevolgd die de volledige reclasseringsfase heeft doorlopen en die ondertussen het behandeltraject op de afdeling ook heeft afgerond. *E* was veroordeeld omwille van seksueel grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van zijn dochter. Tijdens de behandelfase was er gewerkt rond ‘cognitieve distorsies, beperkt slachtofferempathie en moeite met aanvoelen van grenzen in interpersoonlijk contact’, tevens was er libidoremmende medicatie via intramusculaire toediening opgestart. *E* heeft opnieuw contact met zijn – ondertussen meerderjarige – dochter, via een moderator.

In theorie zou je denken dat de therapeutische relatie met *E* zich op een *expertenniveau* bevindt, aangezien hij reeds de volledige behandelfase met succes heeft doorlopen. Toch blijkt voornamelijk de libidoremmende medicatie een struikelblok voor patiënt, hoewel er eerder duidelijk een probleem van hyperseksualiteit werd vastgesteld. *E* blijft onderhandelen over stopzetting van medicatie, met als argument dat hij op dat moment een stabiele relatie heeft (sinds enkele maanden) en dat hij ‘gezonde seksualiteit’ wil beleven met partner.

Tijdens de gesprekken probeer ik deze negatieve hulpvraag, zijnde het niet meer krijgen van medicatie, om te buigen naar een misschien meer relevante vraag: ‘Wat is voor u een ‘gezonde’ seksualiteit en hoe kan je dit toch proberen te bereiken ondanks de *beperking* van libidoremmende medicatie?’ In de praktijk merk ik dat het voor *E* moeilijk is om aan de slag te gaan met deze vraag, aangezien hij de medicatie eerder als een probleem blijft zien, dan als een beperking. Tijdens meerdere gesprekken lopen we vast in een verwijtenregen, waarbij *E* ook in volle emotie overweegt of het niet beter is om terug te keren naar de gevangenis.

Op de momenten dat het mogelijk is, probeer ik het thema van medicatie te vermijden om toch tot een enigszins constructief gesprek te komen. Ik stel bijvoorbeeld de vraag: 'Eerder dreigde je om terug te keren naar de gevangenis, welke elementen zorgen ervoor dat je voorlopig toch kiest om hier te blijven?'. Hierop antwoordt E dat hij ondertussen vast werk heeft gevonden en dat hij dit graag zou behouden. Hij wil ook de contacten met zijn partner behouden.

Tijdens onze gesprekken probeer ik regelmatig de focus te leggen op de job die E samen met de sociale dienst en GTB heeft gevonden. Het is een job als arbeider met vrij repetitief werk in shiften, maar hij doet het zeer graag. Hij wordt door de werkgever geapprecieerd omdat hij erg betrouwbaar is, hard doorwerkt en een goed contact heeft met zijn rechtstreekse collega's. E heeft in de wintermaanden regelmatig last van reumatoïde gewrichtsklachten aan zijn vingers, maar kan dit *relativeren* in het licht van zijn job.

Uiteindelijk gaat ook het verzet tegen de medicatie liggen, wanneer E toestemming krijgt om bij zijn partner in te trekken in de plaats van in beschut wonen, wat het oorspronkelijke plan was. E gaat akkoord met verdere ambulante psychiatrische nazorg in de regio waar hij zal wonen. Na zijn definitieve ontslag van de afdeling komt E af en toe nog eens langs om het behandelteam en ex-medepatiënten te groeten.

### 3.2.5 VROEGTIJDIG AFGERONDE BEHANDELINGEN

Van de 17 patiënten die ik persoonlijk heb opgevolgd, is het traject van 5 patiënten vroegtijdig afgerond. Deze personen zijn allemaal teruggekeerd naar de gevangenis, om daar hun verdere straf uit te zitten. Meer dan een kwart van de patiënten deed zijn behandeltraject dus niet uit zoals gepland. Dit had verschillende redenen: 2 patiënten verbraken hun justitievoorwaarden/pleegden nieuwe feiten, 2 patiënten verbraken afdelingsregels, 1 patiënt toonde na observatiefase onvoldoende schuldinzicht. De relevante vraag hier is of een oplossingsgerichte aanpak een rol heeft gespeeld in het foutlopen van het traject. Had een andere aanpak een ander resultaat opgeleverd?

Een eerste opmerking die ik hierbij wil maken is dat al deze patiënten moeite hadden om aan te haken bij de therapieën, en dit bij meerdere disciplines. De 'klassieke' therapie op de afdeling heeft dus evenmin de gang van zaken kunnen verhinderen, als de oplossingsgerichte gesprekken bij mij als arts.

Anderzijds is de rol van de arts – onder meer - het voorschrijven van libidoremmende medicatie. Een meer directieve en minder joinende aanpak, zou ertoe kunnen leiden dat patiënten sneller de medicatie krijgen die hen kan helpen om hun seksuele verlangens meer onder controle te krijgen. Dit zou in theorie het risico op het plegen van nieuwe feiten/overtreden van bepaalde afdelingsvoorwaarden moeten verlagen. Maar ik stel vast dat

meerdere van bovengenoemde patiënten reeds libidoremmende medicatie namen op het moment van stopzetting van behandeling. Bovendien is er bij een directieve aanpak meer risico dat patiënten oneerlijk zijn over trouwe medicatie-inname.

Ten derde hoeft – zoals reeds eerder gezegd - een vroegtijdig afgeronde behandeling niet per se te betekenen dat de behandeling mislukt is. Het moet vooral gezien worden als een signaal dat het aanbod van de afdeling niet in overeenstemming is met de vraag van de patiënt op dat moment. Het belangrijkste is dat de patiënt een beeld heeft gekregen van wat de forensische psychiatrie kan bieden en dat hij in de toekomst nog geneigd zal zijn om opnieuw een stap te zetten in deze richting als zijn hulpvraag alsnog geëvolueerd is. Hierbij uiteraard de opmerking dat sommige schendingen van justitievoorwaarden of afdelingsregels zo ernstig waren dat de patiënt zich bij een toekomstige hulpvraag best tot een andere dienst wendt.

## 4 BESCHOUWING

### 4.1 Feedback door patiënten

Korzybski is een cliëntgestuurd therapiemodel. Dit houdt in dat er in therapie steeds gewerkt wordt naar doelen die door de cliënt worden gesteld, niet door de therapeut. Indien we deze doelen uit het oog verliezen, zijn we geen goed werk aan het leveren en haakt de cliënt na een tijdje vanzelf af. Daarom is het zinvol om op regelmatige basis te peilen naar hoe de cliënt de contacten ervaart en hem te vragen wat er eventueel beter kan. *Barry Duncan* en collega's ontwikkelden hiervoor de *Session Rating Scale (SRS)*.

Over het algemeen ben ik geen erg grote voorstander van de SRS. Ten eerste heb ik de indruk dat de manier waarop een patiënt de SRS invult vaak meer zegt over zijn persoonlijkheid dan over de therapeutische relatie. Ten tweede heb ik meer de neiging om meer in de loop van de gesprekken naar alliantie te peilen, dan om hiervoor een apart moment te voorzien. Toch vond ik het belangrijk om in het kader van dit eindwerk de feedback van de patiënten enigszins te objectiveren aan de hand van deze schaal. Ik heb de SRS minimaal bijgewerkt, zodat ze toepasbaar was op mijn praktijk. Ik heb de patiënten duidelijk uitgelegd dat het om een therapeutisch feedbackinstrument ging, niet om een tevredenheidsenquête. Op de volgende pagina staat een voorbeeld van een ingevulde SRS door een patiënt.

Ik heb de patiënten die door mij werden begeleid minstens één keer de schaal laten invullen. Meteen valt op dat *alle* patiënten op *alle* deelschalen een kruisje hebben geplaatst voorbij  $\frac{3}{4}$  van de lijn, de meeste zelfs volledig aan het rechter uiteinde. Dit zou inhouden dat elke patiënt voor minstens 75% akkoord is met mijn werkwijze, met de gestelde doelen en met de algemene verstandhouding. Ik licht er ook de mondelinge opmerkingen uit van de patiënten die ik in vorig hoofdstuk uitgebreid heb besproken:

- **Patiënt A** (gaf een mindere score op subschaal *Aanpak & Werkwijze*): 'Ik ben tevreden over de manier van aanpakken, alleen vind ik dat er nog wat meer mag doorgevraagd worden. Je mag mij op de rooster leggen.'
- **Patiënt B** (gaf een mindere score op subschalen *Aanpak & Werkwijze, Relatie*): 'Ik voel mij onvoldoende gehoord in mijn lichamelijke problemen. Het duurt te lang voor de juiste therapie wordt opgestart.'
- **Patiënt C** (gaf een mindere score op subschaal *Doelen & Onderwerpen*): 'Ik heb veel aan de gesprekken en leer veel bij. Voor mij mogen gesprekken wel langer duren en frequenter zijn.'

## SESSION RATING SCALE (Miller, Duncan, Johnson)

Hoe vond jij de bijeenkomst/begeleiding?

NAAM

Zet op elke lijn een kruisje bij de beschrijving die het best bij jouw gevoel past.

### RELATIE



Ik voelde mij niet gehoord,  
begrepen, gerespecteerd

Ik voelde mij helemaal  
gehoord, begrepen, gerespecteerd

### DOELEN & ONDERWERPEN



We hebben niet gewerkt/gepraat  
over de dingen die ik belangrijk vind

We hebben voldoende  
gewerkt/gepraat over de dingen  
die ik belangrijk vind

### AANPAK & WERKWIJZE



De manier van werken van  
de auto past niet goed bij mij

De manier van werken van  
de auto past goed bij mij

### ALGEMEEN



Er moet iets in het contact  
tussen mij en de auto

Over het algemeen vind ik  
het contact tussen mij en  
de auto in orde.

- **Patiënt D** (gaf op alles een perfecte score): 'Ik voel mij begrepen, gehoord en gerespecteerd'
- **Patiënt E**: Geen SRS laten invullen.

### **A. Interpretatie van de scores**

Bovengenoemde scores kunnen op verschillende manieren geïnterpreteerd worden. Een eerste mogelijke interpretatie is dat oplossingsgerichte therapie een wonderbaarlijk goed effect heeft op patiënten in de forensische context en dat ik als therapeut ongelooflijk goed ben in het smeden van allianties.

Een andere – en misschien meer realistische – interpretatie, is dat de schalen niet 100% oprecht worden ingevuld. En daarom niet steeds met kwaadaardige bedoelingen. We moeten ervan uitgaan dat de patiënt zijn best beschikbare middelen aanwendt om zijn levensdoelen te bereiken (*autopoëtische mechanismen*). Bij alle patiënten zal één van de voornaamste doelen zijn om terug meer zelfstandigheid en vrijheid te krijgen. Hiervoor zullen ze zoveel mogelijk gelegenheden gebruiken om een goede indruk op het behandelteam te maken. De SRS is dan een dankbaar middel: 'Als ik de arts laat zien dat we op dezelfde lijn zitten, zal dat onze band bevorderen en zal hij een gunstiger beeld van mij krijgen'.

Door het laten invullen van een SRS wil de therapeut meta-communicatie (communicatie over de communicatie) op gang brengen. Mijn idee is dat de relatie cliënt-therapeut op de forensische dienst in die mate complex is – wij zijn niet alleen behandelaar, maar beslissen mee over de vrijheid van de patiënt, en zijn in sommige gevallen ook voornaamste vertrouwenspersoon – dat het zeer moeilijk is om een oprechte vorm van meta-communicatie te bereiken. Dat zorgt ervoor dat de SRS-resultaten moeilijker interpreteerbaar zijn.

### **B. Interpretatie van de opmerkingen**

Ik ben eerder terughoudend om met de scores van de SRS verder aan de slag te gaan, maar de opmerkingen die de patiënten erbij gaven kunnen ook waardevolle informatie opleveren.

**Patiënt A** zijn voornaamste opmerking is dat er meer doorgevraagd mag worden. Ten eerste is dit een erg ambivalente uitspraak: Je zou ervan uitgaan dat de patiënt in een oprecht contact zelf alle zinvolle informatie deelt en de verantwoordelijkheid hiervoor niet bij de therapeut legt. Ten tweede staat deze opmerking lijnrecht tegenover de observaties die wij als behandelaar maken: We proberen op alle manieren verder door te vragen over hoe zijn leven er voor de veroordeling uitzag, maar hij blijft steeds weerstand tonen door inconsistente verhalen te brengen of kwaad te worden. Op die manier geeft hij aan dat we ons nog in een vrijblijvende relatie bevinden en dat het volgens het Korzybski-model net aan *hem* is om enkel de informatie te delen die hij wil. Hij creëert een negatieve double bind. We kunnen dit

proberen te doorbreken door te vragen waartegen hij dan precies kwaad wordt of te vragen welke vragen hij denkt dat we beter zouden stellen.

**Patiënt B** bemerkte dat er volgens hem te weinig aandacht wordt gespendeerd aan zijn lichamelijke klachten. Hoewel ik het inhoudelijk niet eens ben met zijn opmerking, ben ik wel gelukkig dat hij ze maakt. Het was namelijk een onmiskenbaar issue in onze vorige contacten en het feit dat hij hier eerlijk over durft communiceren, toont aan dat er wel een bepaalde alliantie is. De regeling om lichamelijke en psychiatrische consulten van elkaar te spreiden, kan hopelijk helpen om tegemoet te komen aan de opmerking van de patiënt.

**Patiënt C** vond dat er te weinig en te korte contacten waren. Ook hier ben ik het inhoudelijk niet met hem eens, aangezien ik objectief gezien met geen enkele patiënt langer samen zit dan met hem. Het bevestigt wel de onderliggende onveilige hechting uit zijn verleden. Zijn opmerking is een dankbaar gegeven om deze hechtingsproblemen te benoemen en hier verder op een oplossingsgerichte manier mee aan de slag te gaan.

## 4.2 Algemene Bedenkingen

### 4.2.1 EEN GEPAST MODEL IN GEPASTE CONTEXT?

Oplossingsgerichte therapie in het algemeen en het Korzybski-model in het bijzonder maken zich sterk dat ze breed toepasbaar zijn, omdat het gaat om een procesmodel eerder dan een techniekmodel. Je zou Korzybski kunnen toepassen voor alle soorten problemen, in alle omgevingen en zelfs buiten de hulpverleningscontext. Ik wil graag stilstaan bij wat volgens mij de sterktes en de beperkingen van het model zijn in de forensische behandelafdeling.

#### *A. Het Dubbele Mandaat*

Op de forensische afdeling wordt er duidelijk met een dubbel mandaat gewerkt: Enerzijds verlangen justitie en maatschappij van ons dat we ervoor zorgen dat de patiënten simpelweg niet hervallen in het plegen van zedenfeiten, anderzijds is er het mandaat en de hulpvraag van de individuele patiënt. Via de intakeprocedure wordt ervoor gezorgd dat deze mandaten niet 100% uit elkaar liggen (m.a.w. dat de patiënt zich nog in een vrijblijvende relatie bevindt wat betreft het plegen van zedenfeiten), maar toch zal er in de praktijk nog regelmatig een wezenlijk verschil zijn.

Voor elke hulpverlener is het werken met dubbele mandaten een complexe opdracht die steeds een geïndividualiseerde aanpak vraagt, dit geldt niet enkel voor de oplossingsgerichte therapeut. Korzybski vertrekt wel steeds vanuit het mandaat van *de patiënt zelf*. Dan is onze vraag: 'In hoeverre wil jij je schikken in de *beperkingen* die het justitieel apparaat jouw oplegt en wat is volgens jou de beste manier om dat te doen?'. Die *beperkingen* zijn in de context

van forensische psychiatrie wel een stuk *strikter* dan ergens anders. Het niet nakomen van deze beperkingen – oftewel justitiële voorwaarden – zal namelijk meteen leiden tot een terugkeer naar de gevangenis, en dus een stopzetting van de therapie.

Helaas zal die striktheid een extra druk uitoefenen op de rol van de therapeut. Waar een oplossingsgericht therapeut in een andere setting (bijvoorbeeld in geval van alcoholstop) steeds beroep zal doen op de *autopoëtische mechanismen* van de patiënt, en het overschrijden van de beperkingen (herval in gebruik) zal beschouwen als een leermoment, zal de therapeut in deze context de patiënt meer in bescherming willen nemen, om te vermijden dat er onomkeerbare en verstrekkende gevolgen zullen zijn. De patiënt meer in bescherming nemen zal onvermijdelijk leiden tot een meer strikte tot zelfs repressieve aanpak, waardoor de therapeut zich (onbewust) meer achter het mandaat van justitie zal scharen, dan achter het mandaat van de patiënt.

Als we *hard-line* oplossingsgericht therapeut willen zijn, moeten we proberen de striktheid van de justitie-voorwaarden naast ons neer te leggen en *respect opbrengen* voor elke keuze die de patiënt tijdens het traject maakt. Deze aanpak zal waarschijnlijk leiden tot meer overtredingen van justitievoorwaarden (daarom niet per se herval in zedenfeiten) en dus meer stopzetting van behandelingen. Aan de andere kant zou het waarschijnlijk de alliantie wel bevorderen en de oprechtheid van de patiënt ten goede komen.

### **B. Patiënt als verantwoordelijke van zijn eigen therapie**

Een oplossingsgericht therapeut zal bewust het principe van naïviteit hanteren. Dit wil zeggen dat de therapeut 100% uitgaat van wat de patiënt aan hem vertelt. Er kunnen wel bijvragen worden gesteld om een duidelijker beeld te krijgen, maar het is in principe niet de bedoeling om te gaan graven waar een patiënt ons niet naar leidt of waar hij niet actief over wenst te spreken. Vragen moeten steeds tot doel hebben om een *gewenste toekomst te visualiseren, geen ongewenst verleden*. We hebben er met andere woorden vertrouwen in dat de informatie die de patiënt met ons deelt, alle informatie is die wij nodig hebben, en dat de patiënt, uit eigenbelang, geen onwaarheden vertelt of zaken achterhoudt.

De reden waarom we dit principe van naïviteit hanteren is omdat wij verwachten dat de patiënt zelf aan het stuur staat van zijn therapie. De taak van de therapeut is om hem de informatie die hij ons geeft terug te voeden op een manier dat hij zicht krijgt op de zaken waar hij wel invloed op heeft of op de zaken die hij wil veranderen. Het is allerm minst de bedoeling om de cliënt zelf in een bepaalde richting te sturen.

Ik heb gemerkt dat patiënten in de forensische behandelsetting regelmatig de keuze maken om in het therapeutisch contact bepaalde feiten te verdraaien of achter te houden. Dit is in overeenstemming met mijn verwachtingen (zie desbetreffende hoofdstuk). De reden hiervoor

is dat ze bang zijn om een slechte indruk te maken op de behandelaar. Want de behandelaar behandelt niet alleen, maar kan ook de beslissing maken om de behandeling stop te zetten, wat dan weer een grote impact zou hebben op hun verdere leven. Dit kan ook een verklaring zijn voor de manier waarop de SRS werd ingevuld.

De patiënten hoeven zich echter helemaal geen zorgen te maken over het *oordeel* dat de oplossingsgericht therapeut over hen heeft; dit zal nooit meespelen in de beslissing of de opname al dan niet wordt afgerond. Wat wél meespeelt is de *inschatting* of de patiënt op een punt staat om zelf, met behulp van de therapeut, te gaan zoeken wat zijn gewenste toekomst is en hoe hij hier zelf een invloed op heeft. Uiteraard betekent dit dat hij gedeeltelijk zaken in zijn leven zal moeten veranderen. Indien hij niet tot dit inzicht komt, is een therapie-afdeling niet de omgeving voor hem, en doet hij bij voorkeur zijn straf uit in de gevangenis.

Van onze kant als therapeut hebben wij de verantwoordelijkheid om geen te ver doorgedreven *inschikkelijkheid* aan de dag te leggen voor de *white lies* van de patiënten. Want zo zetten ze enkel zichzelf vast in hun proces. Een meer succesvolle aanpak is de *ouderlijke strengheid*: Op een begrijpende en ‘liefdevolle’ manier in vraag stellen wat de patiënt ons vertelt. Zoals het voorbeeld dat ik eerder gaf: ‘Ik besef dat het voor jou verleidelijk kan zijn om de dingen te zeggen waarvan je denkt dat ik ze wil horen, om moeilijkheden te vermijden. Maar weet dat dat op lange termijn enkel meer frustratie zal opleveren, voor mij, maar ook voor jou’. Het is aan ons om de patiënt te laten stilstaan bij het feit dat hij een ‘wijze’ keuze heeft gemaakt, door te kiezen voor een therapeutische afdeling boven gevangenis. Wat hij precies doet met de therapie is zijn keuze, maar zijn keuzes zullen ook implicaties hebben: ‘Wat moet je volgens jezelf doen om niet terug naar de gevangenis te moeten?’, ‘Wat denk je dat er zal veranderen als je interesse of hulpvragen veinst?’.

Ouderlijke strengheid – de term zegt het zelf – zorgt ervoor dat er een niveauverschil komt, met de therapeut in de hogere positie. Dit lijkt op het eerste zicht in te gaan tegen de oplossingsgerichte principes, maar het brengt een *circulair mandaat* op gang. Wij nemen tegelijk het mandaat op over het proces (via bovenstaande uitspraken aan cliënt duidelijk maken dat hij met vleierij niet bezig is om zijn *eigen* situatie te verbeteren) en geven tegelijk het mandaat over de inhoud terug aan de cliënt.

### C. ‘Multiproblematiek’

Het valt op dat de patiënten die ik heb begeleid erg uiteenlopende persoonlijkheden, achtergronden, eventuele onderliggende psychiatrische problematiek, hulpvragen hebben. Hoewel patiënten dus allemaal worden opgenomen met min of meer dezelfde reden (‘seksueel delict ten aanzien van minderjarige’), zijn de achterliggende verhalen zeer divers. Bovendien – en dit is wat ik al in hoofdstuk ‘Verwachtingen’ beschreef – zal het delinquent

gedrag van de patiënt zelden vanuit één afgelijnde problematiek te verklaren zijn. We zien een combinatie van eventuele stemmingsproblemen, verslavingsgevoeligheid, verstandelijke beperking, persoonlijkheidsproblematiek, sociale problematiek,...

Gezien de zeer heterogene problematieken, wordt van de behandelaar verwacht dat hij van alle markten thuis is. Sowieso wordt daar op de afdeling op in gespeeld door multidisciplinair te werken. De therapieën die worden aangeboden spelen in op verschillende thema's: emotieregulatie, sociale vaardigheden, omgaan met stressoren, psycho-educatie,...

Maar in individuele therapie is Korzybski een uitgelezen model, omdat het kan dienen als 'kameleon'-model. Zoals reeds eerder aangegeven wordt er vraaggestuurd/cliëntgestuurd gewerkt, eerder dan probleemgestuurd/therapeutgestuurd. De oplossingsgerichte therapeut zal niet met een vaste techniek of algoritme aan het werk gaan per aparte problematiek, maar zal elke cliënt zijn eigen doelstellingen laten kiezen en de weg ernaartoe faciliteren.

#### *D. Complementariteit*

Al het bovenstaande, over cliëntgestuurd werken met geïndividualiseerde doelstellingen, is natuurlijk wel mooi, maar in een langdurige opname met vaak zeer brede hulpvragen, bestaat het risico dat we met de patiënt wat verloren lopen of tot stilstand komen. Daarom vind ik het persoonlijk niet slecht dat dit gelijkloopt met een vastgelegd (groeps)therapeutisch kader, in dit geval met een voornamelijk gedragstherapeutische insteek.

Anders gezegd bieden de *vaste groepstherapieën* een gericht einddoel (dat gelijkloopt met de verwachtingen van justitie): Een zo goed mogelijk inzicht in het eigen delict en de factoren die hiertoe hebben geleid, met daarnaast preventieve en crisisstrategieën om een gelijkaardig scenario in de toekomst te vermijden. De afstand tot het einddoel is enigszins meetbaar met behulp van risicotaxatieschalen.

Parallel hieraan zijn er de *individuele therapieën*, waar de patiënt meer aan het roer staat. De soms confronterende groepstherapieën kunnen een brandstof zijn voor de individuele behandeling om tot nieuwe hulpvragen te komen of om te evolueren doorheen de *flowchart*. Bijvoorbeeld een patiënt met een conflictzoekende communicatiestijl, die hierrond in individuele therapie geen hulpvraag heeft, merkt dat hij in groepstherapie steeds botst met zijn medepatiënten, wat lijden veroorzaakt. Dit zorgt ervoor dat hij plots wel een hulpvraag hierover heeft. In een ander voorbeeld kan een patiënt psychische spanning of angst ervaren, reactief op de confronterende inhoud van groepstherapieën. Deze angstklachten kunnen geëxploreerd en aangepakt worden in individuele therapie.

#### 4.2.2 EEN ANDERE VISIE?

Het is geenszins mijn bedoeling om de bestaande therapeutische context op de korrel te nemen. Er wordt evidence-based werk geleverd, waarvan reeds bewezen is dat het helpt om herval in delinquent gedrag te voorkomen. Aan de andere kant kan oplossingsgericht denken mogelijk een nieuw perspectief bieden. Kan het passen in deze behandelsetting en kan het eventueel een meerwaarde zijn?

Wat mij opvalt is dat er op de afdeling nog grotendeels vanuit het *perspectief van de behandelaar* wordt gewerkt, eerder dan vanuit het *perspectief van de patiënt*. Bijvoorbeeld getuige hiervan zijn de benamingen van de behandelfases: Observatiefase, behandelfase, reclasseringsfase. Hierin neemt de behandelaar de actieve rol in (hij observeert, behandelt en reclassert), terwijl de patiënt het passieve object is. In bijvoorbeeld een 'kennismakingsfase' of 'oriëntatiefase' wordt de patiënt in een actieve positie geplaatst.

Een nog duidelijker voorbeeld dat er gewerkt wordt vanuit het behandelaarsperspectief is het feit dat behandel doelstellingen worden opgemaakt vanuit risicotaxatieschalen. Dit is wel een efficiënte manier om risico's op herval te verminderen, maar geeft het gevaar dat patiënten gemakkelijker afhaken omdat ze zelf mogelijk minder zeggenschap hebben over hun behandeling. Risicotaxatieschalen kunnen wel op een oplossingsgerichte manier gebruikt worden. Ze zetten jou als behandelaar namelijk in een luxepositie, want het is een 'objectief instrument' dat aangeeft waar de pijnpunten liggen, los van elke interpretatie door de behandelaar. Je kan met de patiënt de coalitie aangaan door de resultaten te bespreken en te gebruiken als *wegwijzer*, het is in samenspraak dat er wordt beslist om deze wegwijzer volledig te volgen of om een alternatieve route (met gelijkaardige eindbestemming) te kiezen.

Een volgende punt dat ik vaststel is dat patiënten voor een heel lange periode op de afdeling verblijven en dat dit tot *onthechting* kan leiden. Ze zijn lange tijd weg van huis, leven samen in een kunstmatig samengestelde groep met vaak uitgesproken karakters, hebben zeer weinig private ruimte (zowel letterlijk als figuurlijk). Daar wordt uiteraard rekening mee gehouden, bijvoorbeeld door de leefruimte gezelliger te maken, door groepsbindende activiteiten buiten het ziekenhuis te organiseren, door in een verder stadium uitgebreidere uitgangen toe te staan, door patiënten zelf verantwoordelijk te stellen voor huishoudelijke taken (boodschappen, koken, afwas, kledij wassen). Maar vaak wordt hier toch nog steeds licht over gegaan.

Mijn bezorgdheid hierin is dat de patiënten zonder vertrouwensfiguur dreigen te vallen en emotioneel dreigen te vereenzamen. Ze zijn namelijk beperkt in hetgeen ze mogen delen met hun medepatiënten, en alle gesprekken met leden van het behandelteam worden gerapporteerd. Als ze geluk hebben, hebben ze nog een eigen netwerk, maar ook die mensen

kunnen ze maar enkele uren per week zien. De patiënten hebben – vaak terecht – het gevoel dat ze in elk gesprek op elk moment op een denkfout kunnen betrapt worden en hierin gecorrigeerd worden. Het kan leiden tot apathie ('ik zal maar wat zeggen') of tot terugtrekking ('ik durf niets meer te delen'). Het kan helpen om bepaalde gesprekken, in de eerste plaats die met de IB, minder met een technische of strak therapeutische insteek te gaan voeren, maar voornamelijk te beschouwen als een gesprek van mens tot mens (joinen). Er is dan ook geen meerwaarde om de inhoud van deze gesprekken te rapporteren in het dossier of te delen met collega's, tenzij met expliciete toestemming van de patiënt.

Een derde gegeven waar ik mij vragen bij stel is het *evalueren van vooruitgang* in de kettingtherapie door middel van een 'onverwachte' opvraging in aanwezigheid van meerdere teamleden. Het uitgangspunt is op zich toe te juichen: De patiënt weet uit het hoofd welke situaties, gedachten, gevoelens voor hem een risico inhouden en hoe hij zich hieraan kan aanpassen, en hij voelt zich bovendien comfortabel genoeg om dit in groep te delen. In de realiteit merkte ik dat deze vaste evaluatievorm het risico inhield om te degenereren in een verplicht ingestudeerd nummertje zonder enige beleving, waarbij ook de onderliggende bedoeling verloren ging. Vaak was ook te voorspellen bij welke patiënten deze ondervragingen een eerder teleurstellend resultaat zouden opleveren (patiënten die weinig betrokkenheid tonen bij de vaste therapieën, patiënten die zich eerder defensief opstellen in contact met hulpverleners). Dan kan het zinvol zijn om bij deze patiënten op voorhand al na te denken over een alternatieve *vorm* van evalueren of zelfs een alternatieve *inhoud* om te evalueren, om te vermijden dat er afgestevend wordt op een 'voorspelbare mislukking'.

#### 4.2.3 EENZELFDE VISIE?

De verschillen in visie die ik hierboven heb beschreven voelen voor mij op sommige punten wat kunstmatig aan. Het is namelijk niet zo dat het behandelteam een absolute blinde vlek heeft voor de genoemde pijnpunten. Binnen het strikte afdelingskader is er absoluut ruimte voor zorg op maat van de patiënt, voor coalitievorming, voor tolerantie en geduld. Het *Good Lives Model*, één van de belangrijke therapeutische principes op de behandelafdeling, is een toonbeeld van een cliëntgestuurd en oplossingsgericht model. In de observatiefase wordt er bovendien veel aandacht besteed aan welke zaken de patiënt uit zijn oude leven wenst te behouden en op welke zaken hij trots is, dit wordt samengevat in zijn *wapenschild*.

Ook in de interactie tussen collega's is de oplossingsgerichte visie het niet team vreemd. Er bestaat een groot vertrouwen in elkaars competenties. Er wordt elkaar de vrijheid en de ruimte gegeven om zelf beslissingen te nemen in het traject met de patiënt. Bovendien wordt er veel belang gehecht aan elkaars integriteit. Op een afdeling als deze geraak je als behandelend teamlid onvermijdelijk persoonlijk betrokken in het leven van de

patiënten. Dat het zo'n beladen verhalen zijn maakt het er absoluut niet gemakkelijker op. Wanneer iemand aangeeft dat er over de grenzen wordt gegaan, wordt dit door collega's serieus genomen en wordt er nagedacht hoe hier gehoor aan kan worden gegeven.

## 5 BESLUIT

De opzet van dit eindwerk was een beeld schetsen van wat een oplossingsgerichte visie in een forensische behandelafdeling kan betekenen. Het gaat over een beschouwend werk, dus het was niet de bedoeling om objectief te gaan meten wat de effectiviteit was van een Korzybski-aanpak in verhouding tot hervulpreventie. Daarvoor was mijn observatieperiode te kort én dat zou een veel systematischer onderzoek vragen. Mijn insteek was wél om te observeren wat mijn aanpak teweegbracht bij de patiënten en bij mezelf als therapeut. Ik probeerde ook een vergelijking te maken tussen de oplossingsgerichte visie en de gangbare manier van werken op de afdeling.

De *Session Rating Scales* leerden mij dat patiënten unaniem tevreden waren over de therapeutische benadering. Ik maak hierbij de belangrijke kanttekening dat ik er mijn twijfels over heb of de schalen volledig oprecht werden ingevuld. Toch durf ik hier ook de hoopvolle boodschap uit halen dat er een bepaalde arts-patiënt alliantie werd gesmeed, waardoor patiënten zich mogelijk gemakkelijker laten motiveren voor veranderingen op vlak van gezondheid, stabiliteit en algemeen welzijn.

Het is niet alleen belangrijk om ‘succesvolle’ therapie te bieden. Op een afdeling als deze zijn er hoe dan ook minstens evenveel vroegtijdige stopzettingen van behandeling als geslaagde afrondingen. Dan is het als hulpverlener belangrijk om de zinvolheid van je werk te blijven zien. Korzybski biedt, met de *flowchart*, een geschikt kader om te kijken naar de behandelingen die minder goed lopen. Vroegtijdig afgeronde therapieën moeten niet meteen gezien worden als ‘mislukkingen’.

In de voorbije maanden zag ik vooral een sterke complementariteit tussen de individuele oplossingsgerichte benadering enerzijds en het strikte afdelingskader met gedragstherapeutische groepstherapieën anderzijds. De groepstherapieën geven de patiënt een idee geven van welk gedrag van hem verwacht wordt, waar de grenzen liggen, welke manieren er bestaan om deze grenzen te bewaken. De oplossingsgerichte therapeut laat de patiënt dan de vrijheid om te kiezen waar hij wil gaan binnen deze grenzen, en om te kiezen of hij überhaupt binnen deze grenzen wenst te blijven.

De patiënt zal in het contact met de behandelaar de neiging hebben om zaken te zeggen die binnen de grenzen vallen, uit schrik voor beoordeling en in het ergste geval stopzetting van de behandeling. Hier komt de strengheid van de afdeling goed van pas, om de patiënt steeds erop te blijven wijzen dat zijn therapie zijn verantwoordelijkheid is. Dat hij degene is die kiest voor verandering of verder voor hetzelfde, met alle gevolgen van dien.

## 6 BRONNENLIJST

Isebaert, L., Lefevere, G. (Red.). (2022). *De Therapeutische Alliantie*. Gent: Academia Press.

Goethals, K., Meynen, G., Popma, A. (Red.). (2019). *Leerboek Forensische Psychiatrie*. Amsterdam: De Tijdstroom.

Vrinten, M., Keulen – de Vos, M., Schel, S., Cima, M., Bulten, E. (2015). *De Delictanalyse in de Forensische Zorg*. Kwaliteit Forensische Zorg.