



Oplossingsgericht werken met personen met een interneringsstatuut binnen een penitentiaire setting

door

Arthur Dauwe

Eindwerk tot afronding van de vierjarige opleiding in de
oplossingsgerichte cognitieve en systemische psychotherapie
aan het Korzybski-instituut te Brugge.

Juni 2023

1. Inhoud

1. Inhoud	1
2. Inleiding	2
3. De therapeutische alliantie	3
3.1 Inleiding	3
3.2 Therapeutgebonden factoren	3
Nieuwsgierigheid, interesse en begrip	3
Aanvaarding en respect	4
Empathie en sympathie	7
3.2 Cliëntgebonden factoren	8
4. De flow chart	8
4.1 De flow chart	8
4.2 Problemen en beperkingen	9
4.3 De vrijblijvende relatie	10
4.4 De zoekende relatie	12
5. Nuttige aannames	17
5.1 De meeste mensen deugen	17
5.2 Alles is altijd in verandering	18
5.3 Het huidige gedrag is de voorlopig beste oplossing	18
5.4 De oplossing heeft weinig te maken met het probleem	19
6. Samenwerken met personeel	20
6.1 Inleiding	20
6.2 De kracht van taal	20
6.3 Positieve commentaren en complimenten	23
6.4 Zoeken naar uitzonderingen	24
7. Besluit	26
8. Referenties	27

2. Inleiding

Het aantal geïnterneerde personen dat in de Belgische gevangenissen verblijft neemt de laatste jaren weer toe (1). Het betreft hier personen die strafbare feiten hebben gepleegd en die, omwille van een psychiatrisch ziektebeeld, niet toerekeningsvatbaar verklaard zijn en dus niet dienen bestraft te worden maar wel behandeld. De interneringswet benadrukt dat internering enerzijds het doel heeft de maatschappij te beschermen en anderzijds de geïnterneerde de nodige zorg te verstrekken met oog op een menswaardig leven en re-integratie in de maatschappij (2, 3). De gevangenis lijkt hiervoor verre van de meest geschikte setting te zijn maar de forensische psychiatrische centra (FPC's) in Gent en Antwerpen zijn inmiddels volzet en ook bij de forensische afdelingen in psychiatrische ziekenhuizen is er sprake van aanzienlijke wachttijden die kunnen oplopen tot 1 à 2 jaar. De gevangenis vormt in ons huidige justitiële systeem dus een eerste, langdurige, tussenstop voor een groot deel van deze kwetsbare groep mensen. Bovendien komt het ook voor dat personen worden teruggestuurd naar de gevangenis wanneer men in een psychiatrische behandelsetting beslist dat een verblijf aldaar niet langer werkbaar of zinvol is.

Sinds januari 2022 werk ik als psychiater op de afdeling voor geïnterneerde vrouwen in de gevangenis van Brugge (na een viertal jaar met gedetineerde mannen) en heb ik aan den lijve mogen ondervinden hoezeer dit een populatie is die te kampen heeft met gevoelens van machteloosheid en uitzichtloosheid. Het opgesloten zitten, de machtsverhoudingen, de focus op (on)veiligheid en het negatieve binnen justitie en de onzekerheid over de toekomst zijn allen elementen die hiertoe bijdragen. Tegelijkertijd stel ik vast dat deze mensen elke keer opnieuw aan hun dag beginnen en blijven volhouden. Bovendien is er in de gevangenis ook zorg- en ander personeel aan de slag, dat zich steeds weer inzet voor deze kwetsbare groep, ondanks de suboptimale omstandigheden qua middelen, infrastructuur en gevangeniscultuur.

Het is net de grote hoeveelheid uitdagingen die gepaard gaan met de levens van en het werken met deze groep mensen die maakt dat een oplossingsgerichte aanpak mij zo waardevol lijkt. Immers, waar de hopeloosheid om de hoek loert, is er pas echt nood aan hoop en waar probleemgericht denken de standaard is, is nood aan oplossingsgericht tegengewicht. Ik ben ervan overtuigd dat hier echt verschil mee gemaakt kan worden en in deze scriptie wens ik dan ook de voor mij belangrijkste aspecten hiervan toe te lichten, aan de hand van het Brugs model van oplossingsgerichte cognitieve systeemtherapie.

Ik zal dit onder andere doen aan de hand van voorbeelden uit de praktijk. Dit zijn niet altijd exacte beschrijvingen van specifieke individuele casussen. Wel zijn ze stevast gebaseerd op (combinaties van) situaties die ik daadwerkelijk heb ervaren tijdens mijn werk. Ik gebruik hierbij fictieve voornamen.

3. De therapeutische alliantie

3.1 Inleiding

Een goede therapeutische alliantie is dé condition sine qua non voor een succesvolle psychotherapeutische behandeling en vormt de basis van het Brugs Model van oplossingsgerichte cognitieve systeemtherapie (4). Deze therapeutische alliantie is het geheel van gemeenschappelijke factoren die instaan voor het grootste deel van de efficiëntie van een therapeutisch parcours (5, 6). Het zijn factoren die niet gebonden zijn aan een specifieke therapeutische stroming en deze zijn op te delen in cliëntgebonden factoren, placebofactoren en therapeutgebonden factoren.

3.2 Therapeutgebonden factoren

In verband met de therapeutgebonden factoren wordt in het Brugs model van oplossingsgerichte psychotherapie beschreven hoe belangrijk bepaalde eigenschappen, vaardigheden en attitudes van de therapeut zijn. Die hele basishouding wordt gezien als de voedingsbodem waardoor verandering mogelijk wordt gemaakt.

Het gaat hier dan met name over het tonen van interesse, nieuwsgierigheid en begrip, het belang van aanvaarding en respect voor de persoon, de rol van empathie en sympathie, en de rol van intelligentie, authenticiteit en humor. Graag ga ik op enkele van deze items wat dieper in, in de context van het werken met geïnterneerde personen.

Nieuwsgierigheid, interesse en begrip

“Aandacht werkt als een zaklamp in het donker. Je ziet plotseling dingen die je eerder niet zag.”

- Olaf Hoenson

Op het eerste gezicht lijken geïnterneerde personen sterk te verschillen van onszelf. Het zijn mensen die gebeurtenissen hebben meegemaakt die we ons amper kunnen voorstellen en zich in een leefwereld bewegen die ons weinig vertrouwd is. Het belang van niet-aflatend nieuwsgierig zijn en geïnteresseerd doorvragen valt dan ook niet te overschatten. Dit gegeven sluit aan bij de not-knowing stance, de houding van niet-weten, die zo kenmerkend is voor het oplossingsgericht werken.

Tegelijkertijd is dit zogenaamde anders-zijn soms relatiever dan het op het eerste zicht lijkt. Het binaire en arbitraire systeem van internering in ons land en het continuüm van (psychische) ziekte vs. gezondheid maakt dat de grens tussen een

geïnterneerde persoon die in de gevangenis verblijft en een vrije burger zoals jezelf als therapeut een stuk dunner is dan men op het eerste zicht zou vermoeden. Dit brengt ons bij een ander belangrijk aspect van het oplossingsgerichte werken, namelijk het verlaten van hokjesdenken en (probleemgericht) labelen van de cliënt. Therapie blijft altijd een gesprek van mens tot mens en dat is met deze doelgroep niet anders. Hierbij mogen we er enerzijds niet zomaar van uitgaan dat we de ander helemaal begrijpen en kennen (niet-weten), we kunnen er alleen naar streven. En anderzijds kunnen er soms wel verbazingwekkende punten van herkenning zijn, ook wanneer het verhaal van iemand op het eerste gezicht een ver-van-je-bedshow schijnt te zijn.

Uit de praktijk - Nieuwsgierigheid, interesse en begrip

Ik maak kennis met Claudia, een 44-jarige vrouw die in onze gevangenis arriveert en in de zorgwerking wordt opgenomen. Zij heeft heel wat automutilatielittekens op haar lichaam, die echter gemaskeerd worden door uitgebreide tatoeages met Disneyfiguren, op armen en hals. Ik noem één van de personages die ik herken en geef aan dat ik die film toevallig afgelopen weekend nog zag. Er ontstaat een gesprek over hoe Disneyfilms een passie van haar zijn, een houvast, en hoe de Disneytatoeages haar helpen om te gaan met automutilatiedrang en haar moeilijke verleden.

Aanvaarding en respect

In een gevangeniscontext is het niet altijd gemakkelijk om ten allen tijde een onbevooroordeelde, open houding te bewaren. De strafbare feiten die mensen hebben gepleegd alsook de soms vele daaropvolgende incidenten tijdens hun parcours in detentie en/of psychiatrie maken dat personeel zich onvermijdelijk al een idee vormt van personen, of zich op de één of andere manier voorbereidt. Agressie en (soms overgebruikte woorden als) “manipulatie” en “splitting” zijn geen zeldzaamheden (zie ook verder onder 6.2 De kracht van taal) .

Toch is het voor therapeutisch werken essentieel dat we de cliënten aanvaarden zoals ze zijn, inclusief alle mogelijke “slechte” gewoonten en fouten die ze hebben gemaakt. Er wordt wel eens gezegd dat het goedkeuren van gedrag en het aanvaarden van de persoon op zich twee verschillende zaken zijn en dat men het veroordelen van daad en mens kan opsplitsen.

Deze opsplitsing lijkt echter toch geen ideale oplossing want het veroordelen van een daad is al gauw een verdoken manier om de persoon te veroordelen. Bovendien is het respecteren van de persoon nu eenmaal een onmisbare pijler van de therapeutische alliantie, die de basis is waarop je al de rest bouwt. Ik denk dus dat het meer helpend is om te onthouden dat álle mensen feilbaar zijn en fouten maken, en dat waar de grens ligt tussen aanvaardbare en onvergeeflijke/onaanvaardbare fouten per definitie arbitrair en subjectief is.

Misschien is het voor dit schrijven dan ook interessant om de aanvaarding als volgt te verwoorden, teruggaand naar de fundamenten van therapie en hulpverlening: als hulpverlener heb je ervoor gekozen mensen te helpen. Als hulpverlener in een forensische context heb je er bovendien voor gekozen mensen te helpen die keuzes hebben gemaakt met grote nadelige gevolgen, en die complexe problemen en moeilijkheden hebben, in zichzelf en in interactie met hun omgeving. Het verleden kunnen we niet veranderen en kunnen we alleen beschouwen als beperking (zie verder) en de toekomst kan de cliënt, met onze hulp, misschien wel (een beetje) veranderen.

Deze ingesteldheid brengt ons naar mijn aanvoelen al een heel stuk verder in het werken met mensen in de gevangenis op een onbevooroordeelde, respectvolle manier.

Uit de praktijk - Aanvaarding en respect

Sarah is een 21-jarige dame die naar onze gevangenis wordt overgebracht vanuit een andere gevangenis, naar aanleiding van agressie tegenover personeel. We krijgen ook de info dat zij alle mannen haat vanuit de overtuiging dat zij allemaal pedofielen zijn. Zowel bewakend personeel als zorgpersoneel in de gevangenis waar ik werkzaam ben zetten zich schrap voor een mogelijk moeilijk "onthaal". Wanneer ik haar ontmoet bevindt zij zich uit voorzorg in een "naakte cel" (een cel waar, behalve een bed en een tv achter een plexieglazen scherm hoog tegen het plafond, geen meubels of ander materiaal aanwezig zijn). Zij zit rustig op haar bed en ik probeer mezelf op een verwelkomende manier voor te stellen en vraag het mandaat om even kennis te maken. Ik leg haar uit dat wij ernaar uitkijken met haar aan de slag te gaan en vraag haar naar haar noden op korte en iets langere termijn. Zij gaat op een meewerkende, adequate manier met mij in gesprek. Op het einde van het gesprek is de conclusie dat ik de directie zal vragen of ze naar een gewone cel kan verhuizen en ze bedankt mij voor de kennismaking. Later die dag verhuist zij zonder incidenten naar een gewone cel.

In het geval waarbij je als therapeut tot de vaststelling komt dat geen respect meer voor de cliënt kan opgebracht worden, is het beter de therapie te staken en de cliënt te verwijzen. Binnen een gevangeniscontext is dit echter niet altijd mogelijk. Op de afdeling waar ik werk is er bijvoorbeeld slechts één psychiater en één psycholoog, werkzaam. Het advies dient hier dan ook te zijn extra hard op zoek te gaan naar die kanten van de cliënt die je kan appreciëren. Hierbij kan bv. de oefening gemaakt worden, alleen of met teamgenoten, een lijst te maken van "positieve hypothesen" over het gedrag van de cliënt. Zo wordt dan gezocht naar mogelijke "positieve" verklaringen waarom de cliënt bijvoorbeeld weerstand heeft, of grensoverschrijdend gedrag stelt.

Het belangrijkste hierbij is niet wat de waarheid is; het doel is de therapeutische alliantie te redden. In mijn ervaring is dit een oefening die kan helpen een nieuwe kijk te krijgen op de cliënt. Dit kan resulteren in een vorm van hernieuwd respect en acceptatie van de cliënt, en zo toelaten er toch verder mee aan de slag te gaan.

Uit de praktijk - Aanvaarding en respect

Lies, één van de vrouwen die op de afdeling verblijft is, met behulp van camerabeelden, betrapt op het stelen van materiaal en geld uit één van de naaiateliers op de afdeling, hetgeen ze zelf ontkent. Het is een dame die sinds geruime tijd alle gesprekken weigert en vaak in conflict komt met zowel zorgpersoneel als medepatiënten.

Wanneer ik de oefening maak te zoeken naar “positieve hypothesen” kom ik tot een lijst met mogelijke verklaringen. Misschien komt ze niet op gesprek omdat ze bang is dat dit haar kansen tov de rechtbank zal schaden? Bang om “gek” verklaard te worden? Bang om (gedwongen) medicatie te krijgen? Misschien heeft ze gestolen als een vorm van zelfbestraffend, zelfdestructief gedrag? Misschien heeft ze dit gedaan in opdracht van iemand anders, om iets voor die persoon te betekenen? Deze verschillende hypothesen helpen mij om op een open, welwillende manier een therapeutisch gesprek met haar aan te gaan en in te zetten op de alliantie.

Humor

Humor is een krachtig instrument in menselijke (en dus ook therapeutische) relaties. Het is een manier om een metapositie in te nemen en helpt om gevestigde, ingesleten visies en overtuigingen te ondermijnen en in een ander perspectief te plaatsen. Het is als het ware een speelruimte waarin even “out of the box” gedacht kan worden over de werkelijkheid. Humor biedt een (meestal) veilige manier om dit te doen, omdat er als het ware een ongeschreven contract is dat dit vrijblijvend en “alsof” is, terwijl het in feite gewoon een andere manier is om over de werkelijkheid te praten en te denken. *The map is not the territory* zei Alfred Korzybski en humor kan nieuwe “maps” bieden om de *territory* te helpen ontdekken.

We weten dat humor al eeuwenlang een rol speelt in maatschappelijke debatten en dat maatschappijen via narren, comedians en cartoonisten manieren vinden om wantoestanden aan te klagen en verandering in gang te zetten. Net zo kan humor in een therapeutisch proces een manier zijn om “in opstand te komen” tegen huidige realiteiten en nieuwe mogelijkheden te vinden om ernaar te kijken en mee om te gaan.

Bovendien is het delen van een lach een prachtig sociaal gebeuren, dat de band tussen twee mensen versterkt. Vandaar dat het ook in de therapeutische alliantie haast onmisbaar is. Het kan ook bijzonder ontmijnend zijn wanneer er spanning aanwezig is, bv. de spanning die veel mensen automatisch ervaren wanneer ze bij een hulpverlener komen en niet weten wat te verwachten.



Figuur 1. Oplossingsgerichte humor in de gevangenis. Bron: <https://lectr.be>

Empathie en sympathie

Therapie blijft altijd een contact van mens tot mens en fenomenen als empathie en sympathie zijn haast onvermijdelijke producten ervan die, indien ze juist worden ingezet, zeer nuttig kunnen zijn voor het vooruit helpen van onze cliënten. Ze kunnen ook valkuilen inhouden wanneer ze onze objectieve kijk zouden vertroebelen en ons daardoor weg leiden van het eigenlijke doel. We mogen immers niet uit het oog verliezen dat het doel van de therapie niet de band is op zich. Het doel van therapie is de cliënt te helpen de meer gewenste situatie te bereiken, door keuzevrijheid te bevorderen. En de therapeutische band is noodzakelijk om onze hulp mogelijk te maken. Empathie en sympathie kunnen in grote mate bijdragen tot deze band en kunnen op die manier dan ook van grote waarde zijn.

Uit de praktijk - Empathie en sympathie

Delphine, een 42-jarige vrouw die verschillende veroordelingen en detenties kende en uiteindelijk werd geïnterneerd naar aanleiding van diefstallen en drugsfeiten, vertelt mij over haar leven. Ze blijkt een bijzonder traumatische voorgeschiedenis te hebben, met onder andere seksuele uitbuiting als kind en zware mishandeling, misbruik en uitbuiting door partners als volwassene. Ik kan niet anders dan ontzag voelen voor en geraakt zijn door de strijd die deze vrouw al heeft gevoerd en kan haar feiten ook beter kaderen binnen haar overlevingsstrijd. Delphine is in contact vriendelijk, goedlachs en dankbaar. Ik voel sympathie voor deze vrouw en dit geeft me motivatie om met haar aan de slag te gaan.

3.2 Cliëntgebonden factoren

De personen die in de gevangenis verblijven omwille van hun internering kampen met complexe problematieken zoals psychose, autisme en persoonlijkheidsstoornissen. Ik heb ondervonden dat hierdoor het risico bestaat dat er gesproken wordt over “moeilijke mensen” of “moeilijke gevallen”, dat men in een wij-zijdenken gaat vervallen.

Daarom is het, voor het werken met de geïnterneerde personen die in de gevangenis verblijven, helpend te beseffen dat er niet zoiets bestaat als moeilijke mensen. Er zijn alleen moeilijke interacties. We zijn altijd met twee voor een interactie en als we het gevoel hebben dat er in het contact een conflict is of uitdaging, is deze uitdaging gesitueerd tussen de twee mensen, op het niveau van de verbinding tussen de twee, niet bij één van de twee personen. Het is met andere woorden belangrijk ons de vraag te stellen hoe wij invloed hebben op de interactie. Complimenteren en valideren zijn hierbij misschien wel onze belangrijkste wapens. Ik ga hier in het volgende hoofdstuk dieper op in.

4. De flow chart

4.1 De flow chart

“Gras groeit niet door eraan te trekken.”

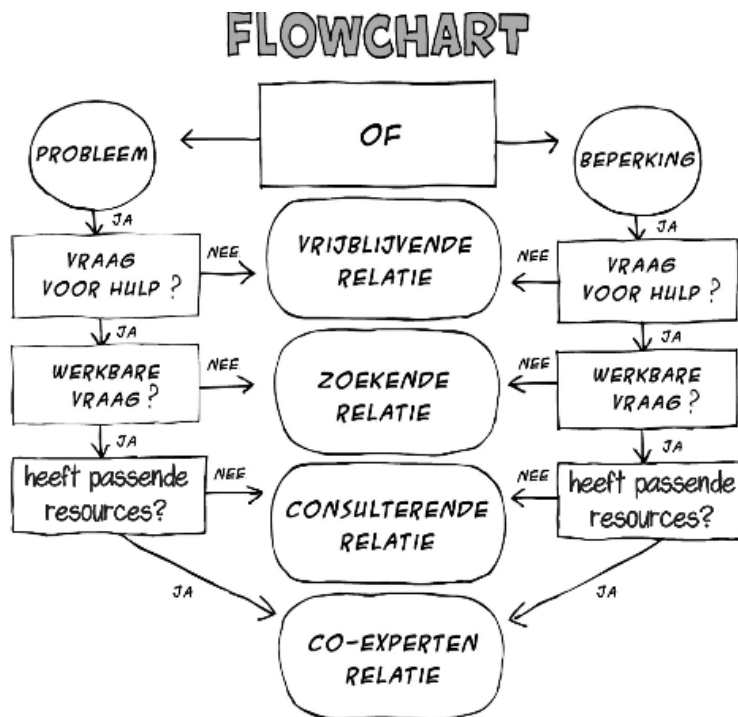
- Afrikaans spreekwoord

Het Brugs model van oplossingsgerichte psychotherapie introduceerde de flow chart (figuur 2), die bedoeld is om de meest passende en nuttige interventies te kunnen inzetten. Aan de hand van vier relevante vragen kunnen we het niveau van de therapeutische relatie bepalen en onze therapeutische interventies hierop afstemmen.

Veel van de ruis die in therapeutische trajecten ontstaat kan verklaard worden aan de hand van deze flow chart, waarbij deze ruis niet zelden het gevolg is van een onvoldoende bewustzijn bij de therapeut van het verkregen mandaat en hieraan gekoppelde niveau van de therapeutische relatie. Vaak komt het erop neer dat de therapeut de cliënt dan iets te snel en graag wil helpen, terwijl therapie in feite enkel werkzaam kan zijn als vertrokken wordt van wat de cliënt op dat ogenblik bij de therapeut komt zoeken (4, 7). Zoniet kan vermijdbare weerstand, of net afhankelijkheid ontstaan.

Volgens het Brugs model van oplossingsgerichte cognitieve systeemtherapie is het uitgangspunt dat de cliënt zelf uiteindelijk expert van zijn eigen therapie dient te

worden. Alleen zo kan de cliënt zicht krijgen op zijn existentiële keuzes en de hierbij aansluitende gewenste situatie, en deze bereiken.



Figuur 2. De flow chart. Bron: Korzybski Instituut.

4.2 Problemen en beperkingen

“Geef me de sereniteit om te aanvaarden waaraan ik niets kan veranderen, de moed om de dingen te veranderen die ik kan veranderen, en de wijsheid om het verschil tussen beiden te kunnen zien”

- Epictetus

De eerste vraag die in een therapeutisch traject dient te worden gesteld (figuur 2) is of er, redelijkerwijs, een denkbare oplossing bestaat voor de moeilijkheden die cliënten brengen. In dat geval is sprake van een probleem. Als er geen dergelijke oplossing denkbaar is, kan men dat deel van de moeilijkheden niet als een probleem beschouwen maar als een beperking.

Het onderscheid tussen problemen en beperkingen is een terugkerend en belangrijk element bij het werken met geïnterneerde personen en heel vaak vallen de benoemde klachten volgens bovenstaand onderscheidend principe in de tweede categorie. Ik denk hierbij bv. aan de verschillende patiënten die geen of slechts heel beperkt contact (mogen) hebben met hun kinderen of andere familie. Sommigen mogen hun kinderen slechts één keer per maand spreken via een videocall, anderen helemaal niet. Nog zo'n beperking is uiteraard de internering zelf. De manier waarop de vrouwen die ik begeleid omgaan met hun interneringsstatuut en verblijf in de

gevangenis varieert van woede, over ontkenning tot berusting. Sommigen starten samen met hun advocaat een beroepsprocedure, die niet zelden emotioneel slopend is zonder dat uiteindelijk het gehoopte resultaat wordt geboekt. Anderen zien de internering net als hun grote redding en het begin van een nieuw hoofdstuk, of als iets waar ze nu eenmaal niets aan kunnen veranderen.

Uit de praktijk - probleem vs. beperking

Anneleen is een 50-jarige vrouw die geïnterneerd is naar aanleiding van belaging en bedreigingen. Zij zou, vanuit de waanidee dat oa. haar burens haar jarenlang probeerden te vergiften door middel van chemische stoffen in het drinkwater, in de tegenaanval zijn gegaan door dreigbrieven te verspreiden, alles in haar straat te filmen en online te zetten en dergelijke meer. Nu zij in de gevangenis verblijft, is ze ervan overtuigd dat haar internering gewoon ook een deel is van het complot dat haar burens (en bij uitbreiding haar gemeente en de lokale politie aldaar) tegen haar hadden gesmeed. Zij gaat in hongerstaking en hoopt de rechtbank op die manier te overtuigen van haar onschuld en het onrecht dat haar is aangedaan.

Ik heb ondervonden dat de vrouwen die erin slaagden de realiteit van hun statuut en gevangenisverblijf als dusdanig te aanschouwen, zonder voortdurende ontkenning of strijd, er beter in slaagden zich te richten op die zaken die ze wel konden beïnvloeden en veranderen. Wanneer we spreken over beperkingen is er, therapeutisch gesproken, immers geen andere weg vooruit dan die van de aanvaarding.

Het is echter belangrijk ons bewust te zijn van het feit dat dit vaak een verre van gemakkelijke opgave is. De mensen waarover we hier spreken kampen met psychische problemen die geleid hebben tot het plegen van strafbare feiten, zijn door de politie (al dan niet op hardhandige wijze) opgepakt, in de gevangenis terechtgekomen, hierdoor gescheiden van familie, vrienden enzovoort. We spreken hier over bijzonder disruptieve gebeurtenissen en het spreekt voor zich dat een begripvolle, ondersteunende houding een essentiële voorwaarde is om met deze mensen een nuttig gesprek te hebben over het omgaan met deze beperkingen. Het belang van het geven van voldoende erkenning voor het feit dat de bestaande beperkingen (detentie, internering, zeer beperkt contact met naasten) bijzonder zwaar zijn valt niet te overschatten. De quote “never take the validation for granted” lijkt mij hier dan ook van toepassing. Met dit als basis kunnen we beginnen met de cliënt te helpen richting aanvaarding.

4.3 De vrijblijvende relatie

De volgende vraag die volgens de flow chart dient te worden gesteld is of de cliënt een (concrete) hulpvraag heeft. Wanneer dit niet zo is, wordt gesproken over een vrijblijvende relatie. De cliënt is dan als het ware een voorbijganger, een window shopper die even in de vitrine komt kijken.

Aangezien geen enkele van de vrouwen waarmee ik werk vrijwillig heeft gekozen voor een internering en verblijf in de gevangenis, is het niet te verwonderen dat er vaak sprake is van een vrijblijvende therapeutische relatie. Niet zelden komt men bij mij op gesprek op vraag van een lid van het zorgteam, eerder dan op eigen initiatief.

Uit de praktijk - vrijblijvende relatie

Mieke, een dame van 65, is geïnterneerd naar aanleiding van feiten van jarenlange stalking en belaging van een kennis van haar, volgens het gerechtelijk deskundigheidsonderzoek kaderend binnen een erotomane waanstoornis (de overtuiging dat deze man verliefd is op haar en ze er een relatie mee heeft). Ze vertelt mij geen psychiater nodig te hebben daar ze geen psychische problemen heeft en nooit gehad heeft. Dit terwijl het zorgteam zijn bezorgdheid uit over haar gebrek aan ziektebesef en nood aan behandeling. Volgens Mieke is alles wat er justitieel gebeurd is één groot onrechtvaardig misverstand.

Ik geef terug dat ik haar verhaal best heftig vind, dat het vreselijk voor haar moet zijn en ik complimenteer haar met haar vechtlust. Tegelijkertijd haal ik aan dat het team blijkbaar erg bezorgd is over haar en er voor haar wil zijn (vandaar ook de verwijzing naar mij). Hoewel ze aangeeft dat die bezorgdheid nergens voor nodig is, zegt ze expliciet dat ze onze betrokkenheid wel apprecieert en “dat ik een goede mens ben”.

Wanneer een therapeutische relatie zich op het vrijblijvende niveau bevindt, zijn de fundamentele elementen van een goede basishouding, zoals hoger beschreven, onze belangrijkste instrumenten. Respectvol, geïnteresseerd, niet-veroordelend luisteren zijn de ingrediënten die de kans vergroten dat iemand toch aanhaakt aan wat we als zorgverstrekker te bieden hebben. Het belang van valideren en complimenteren is eveneens van onschatbare waarde. Voor veel mensen kan hulpverlening en spreken over zichzelf en hun emoties bedreigend voelen en daarom zijn alle middelen om deze dreiging naar beneden te halen zinvol. Zoals hoger beschreven kan ook humor daarbij een werkzaam hulpmiddel zijn. Zoals in het bovenstaande voorbeeld beschreven kan ook het prijzen van verwijzers (in dit voorbeeld het zorgteam) een nuttige strategie zijn bij een vrijblijvende relatie.

Uit de praktijk - vrijblijvende relatie

Laurence, 52 jaar, komt mijn bureau binnen en wanneer ik de vraag stel wat ik voor haar kan doen trekt ze de schouders op. “Ze zeiden dat ik moest komen. Ik had eigenlijk geen zin, want ik heb het niet voor psychiaters. Ik los mijn problemen altijd zelf op”. Ik zeg dat ik het dan wel heel fijn vind dat ze toch tot bij mij geraakt is en ga verder in op het feit dat ze iemand is die de dingen meestal alleen heeft proberen op te lossen. Ik prijs haar hiervoor en geef aan dat dit sterk is, want toch niet altijd gemakkelijk, zeker niet in een setting als de gevangenis. Laurence reageert bevestigend en komt al wat minder defensief over. Uiteindelijk hebben we een gesprek van drie kwartier over waar ze mee bezig is en naartoe wil.

4.4 De zoekende relatie

Wanneer wel sprake is van een hulpvraag dient onderzocht te worden of deze hulpvraag werkbaar is. Als het antwoord daarop negatief is, wordt binnen het Brugs model gesproken over een zoekende relatie. Er kunnen verschillende redenen bestaan waarom een hulpvraag niet werkbaar geacht wordt. Zo kan dit te wijten zijn aan het onvermogen van de cliënt om een heldere voorstelling te geven van de hulpvraag, kan er sprake zijn van een zelfverlammende houding, of is er de overtuiging dat niet zichzelf maar anderen dienen te veranderen.

Veel van de vrouwen die ik in de gevangenis spreek hebben een bepaald idee van wat ik als psychiater voor hen wel of niet kan betekenen en dit blijkt niet altijd te stroken met hoe ik mijn rol zie.

Uit de praktijk - zoekende relatie

Joni, een 35-jarige dame die bij ons verblijft, heeft last van spanningsklachten. Ze geeft aan moeilijk tot rust te kunnen komen en dit, voor ze in de gevangenis zat, altijd te hebben opgevangen door inname van grote hoeveelheden benzodiazepines. Haar vraag is nu om ook hier een voldoende hoge dosis kalmeerpillen voorgeschreven te krijgen. Andere hulpmiddelen die haar werden aangereikt door mij of collega's (relaxatie- en ademhalingsoefeningen, afleiding zoeken, mindfulness...) brachten volgens haar geen zoden aan de dijk en dus verwacht ze van mij alleen dat ik de nodige voorschriften maak. Ook zegt ze geen andere types (minder verslavende) medicatie te wensen.

In bovenstaand voorbeeld is er wel een hulpvraag, maar deze is niet werkbaar omdat de verandering buiten zichzelf wordt gezocht en niet compatibel is met de geneeskundige richtlijnen die ik volg. Het is een situatie die zich regelmatig voordoet tijdens het werken in een penitentiaire context.

Het oplossingsgerichte model, de flow chart en de hieraan gekoppelde nuttige interventies kunnen hier redding bieden. Enerzijds zijn er de verschillende interventies die in de categorieën “oriëntatie op het hier en nu” en “oriëntatie op het toekomst” op te delen zijn (zie verder op p. 15). Anderzijds heb ik ook ondervonden dat een vriendelijke, eerlijke uitleg van mijn kijk op de zaken en mijn intenties helpend kan zijn. Dit komt er meestal op neer dat ik aan de patiënt uitleg dat ik een goede arts voor hen wens te zijn, die de geneeskunde op een correcte manier beoefent. Met andere woorden dat ik vind dat zij verdienen op dezelfde juiste, kwalitatieve manier, behandeld te worden als dit buiten de gevangenis het geval zou zijn. Soms voeg ik er met een kwinkslag aan toe dat het voor mij eigenlijk gemakkelijker zou zijn hen gewoon de pillen voor te schrijven die ze mij vragen, maar dat ik me dan geen goede arts zou voelen. Ik heb ondervonden dat hierdoor vaak meer ruimte in het gesprek kan ontstaan. Het is voor mensen immers al goed

om te horen dat mijn reactie geen onwil is, niet te wijten is aan iets dat zij verkeerd hebben gezegd of gedaan, geen uiting van onverschilligheid en dat deze niet voortvloeit uit het minimaliseren van hun klachten. Mijn uitleg, gekoppeld aan het benadrukken van het feit dat ik de klachten wel degelijk ernstig neem, kan dan de aanzet zijn tot een gesprek over de vraag hoe die beide zaken, de last die erkend wordt enerzijds en het feit dat bepaalde medicatie geen optie is, met elkaar verenigd kunnen worden.

Bovendien gaat van deze reactie een geloof uit in de cliënt. Met de cliënt op zoek gaan naar wat zij zélf kunnen doen geeft immers de impliciete boodschap dat je ervan overtuigd bent dat zij zelf in staat zijn oplossingen voor hun moeilijkheden te vinden. Het belet ook dat je als therapeut de afhankelijkheid en externalisatie nog gaat versterken, door over te nemen van de cliënt. Echter, cliënten in een zoekende relatie hebben dit geloof zelf vaak niet en dat is waarom we bepaalde strategieën aan de dag kunnen leggen om hen hiervan bewust te helpen maken.

Dit geloof in het feit dat je cliënt een competent wezen is, is één van de fundamentele pijlers van het oplossingsgerichte werken en is ook op een afdeling voor geïnterneerde personen in de gevangenis cruciaal. Binnen deze context worden we als hulpverlener blootgesteld aan tal van risico's om in de valkuil te trappen dat we dit basisprincipe uit het oog verliezen. Gerechtelijke dossiers, expertiseverslagen, uitspraken van personeel en vaak ook de houding van de cliënt zelf kunnen aanzetten tot een vorm van fatalisme die nefast is voor het therapeutische proces. Immers: de verandering zal onvermijdelijk gesitueerd zijn in onze cliënt. Als we niet langer geloven dat een cliënt iets kan veranderen, waarom dan nog therapeutisch werken? Daarom is het essentieel ons niet blind te staren op de grote hoeveelheid beladen informatie die we bij dit publiek vaak hebben en samen met hen op zoek te gaan naar de manieren waarop ze wél competent geweest zijn en nog steeds zijn en hoe dit uitgebreid of nog effectiever ingezet kan worden om hun doelen te bereiken.

Uiteraard zijn er beperkingen mogelijk (zie hoger) en is het nuttig die als dusdanig te identificeren; iemand met een hersenletsel zal de gevolgen hiervan bv. elke dag ondervinden. De beperkingen zijn echter nooit allesomvattend, altijd is er ruimte voor verandering vanuit competenties van de cliënt.

Uit de praktijk - competentie

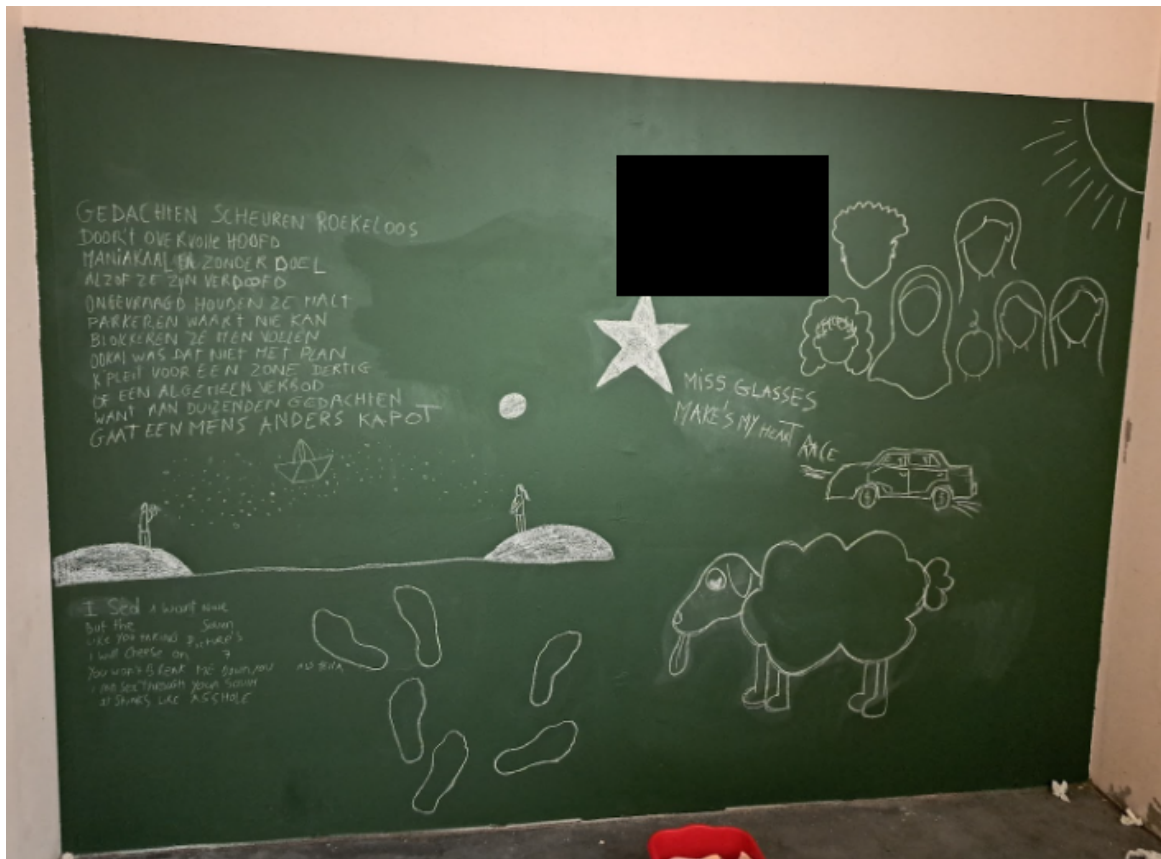
Lieve is een 29-jarige dame die op onze afdeling verblijft. Ze heeft een lichte verstandelijke beperking en kreeg ook een diagnose borderline persoonlijkheidsstoornis. Ze kende verschillende opnames in de psychiatrie naar aanleiding van zelfmoordpogingen en werd uiteindelijk geïnterneerd naar aanleiding van brandstichting. Tijdens haar verblijf in de gevangenis blijkt ze mooi te kunnen tekenen en vertelt ze te houden van hennatattoos. Samen met het zorgteam wordt het plan opgevat een hennaworkshop te organiseren voor de vrouwen op de sectie. Lieve ontpopt zich tot een schitterende gastvrouw tijdens deze workshop en iedereen (zowel deelnemers als zorgteam) is na afloop bijzonder enthousiast. Het

zien van deze kant herinnert ons aan het feit dat deze vrouw heel wat krachten en vaardigheden bezit. Krachten en vaardigheden die zij kan inzetten om uiteindelijk gewenste verandering te bekomen.

Uit de praktijk - competentie

Ik verneem bij aankomst 's ochtends dat er afgelopen week een vrij ernstig incident heeft plaatsgevonden tussen Fatima, een dame van 24 jaar, en de bewaking. Zij zou bijzonder gewelddadig tekeer zijn gegaan en werd naar de veiligheidscel (een onbemeubelde isoleercel met een slaapblok in het midden) overgebracht. Daar is ze enkele uren gefixeerd geweest en intussen verblijft ze er al 5 dagen. Wanneer ik in gesprek ga is er veel spijt en veel hopeloosheid. Fatima is bang nu alles verkorven te hebben, bang dat de kansen op een reclassering richting reguliere residentiële psychiatrie door het incident teniet zijn gedaan. Ze vertelt de laatste tijd cannabis te hebben gebruikt, zich geïsoleerd te hebben gevoeld en angstig en dat haar stoppen zijn doorgeslagen. Nu zegt ze niet meer te geloven in de toekomst.

In de veiligheidscel bevindt zich een krijtmuur waar Fatima tekeningen en teksten op heeft gemaakt (figuur 3). Ik ben onder de indruk hiervan en benoem dit. Ze vertelt dat de gezichten haar familie voorstellen, de mensen voor wie ze alles blijft doen; ze hoopt uiteindelijk terug bij hen te kunnen zijn en dit geeft haar kracht. Ik zeg dat ik vind dat de krijtmuur een mooie illustratie is van hoe ze meer is dan alleen haar problemen, hoe ze ook (verborgen) talenten bezit en het vormt een aanknopingspunt voor een oplossingsgericht, toekomstgericht gesprek.



Figuur 3. Krijttekeningen in veiligheidscel. De echte voornaam van de patiënt, die ook op de krijtmuur was getekend, werd omwille van de vertrouwelijkheid doorgehaald

Zoals eerder gezegd zijn het ook vaak de cliënten zelf die niet langer geloven in hun mogelijkheden om zélf dingen te veranderen en de verandering buiten zichzelf gaan zoeken. Dit is het resultaat van het geheel van ervaringen, oordelen, tegenslagen... die mensen reeds te verwerken kregen en bij mensen die met een interneringsstatuut in de gevangenis verblijven is dit vaak een stevige waslijst. Net daarom is het onze taak als therapeut het onze cliënt met een grote verbetenheid te helpen zien dat ze al heel wat krachten en overlevingsstrategieën aanwenden waarmee ze hun leven nu aan het leiden zijn en hen anderzijds helpen visualiseren hoe de (gewenste) toekomst eruit zou kunnen zien. De bedoeling is als het ware een gewenste self-fulfilling prophecy te installeren.

Tal van vragen kunnen worden gesteld om dit te bewerkstelligen. Deze vragen kunnen ingedeeld worden in de oriëntatie op het hier en nu enerzijds en op de toekomst anderzijds.

Wat betreft het hier en nu kunnen onder meer vragen gesteld worden over de vaardigheden en goede gewoontes die er al bestaan bij cliënten, over variaties in de ongewenste gewoontes, over goede aspecten van die ongewenste gewoontes, over zaken die cliënten zouden willen behouden en over uitzonderingen. Het komt erop neer om op zoek te gaan naar die zaken die de cliënt wil en wanneer deze zich

eigenlijk al (een beetje) voordoen. Ook wanneer iemand zegt de problemen “altijd” te ervaren zijn er gradaties en variaties, die we als uitzonderingen beschouwen en uitzonderingen worden binnen het oplossingsgerichte denken benaderd als stukjes oplossing die al bestaan (4).

Om de cliënt te helpen de aandacht nog meer te richten op deze uitzonderingen, op zijn competenties, verworvenheden en mogelijkheden kan het ook zinvol zijn observatieopdrachten mee te geven. Er wordt dan gevraagd aan de cliënt om de komende tijd op een aantal van deze elementen extra te letten, bv door de cliënt de symptomen te laten inschalen (zie ook lager).

Voor de oriëntatie op de toekomst kunnen onder meer technieken zoals de wondervraag aangewend worden.

Bij de wondervraag, ontwikkeld door Steve de Shazer en Insoo Kim Berg (8), wordt aan de cliënt gevraagd wat hij of zij zou opmerken indien er ‘s nachts een mirakel zou gebeuren waardoor alle moeilijkheden waarvoor de cliënt in therapie komt zouden zijn opgelost. De vraag is dan waaraan de cliënt, die bij opstaan niet weet dat er een wonder heeft plaatsgevonden, zou merken dat er een wonder is gebeurd. De creativiteit en volharding van de therapeut zijn hier belangrijk; enerzijds om een passende formulering te kiezen die werkt voor de individuele cliënt, anderzijds om goed door te vragen (“en wat nog?”, “en wat zou je partner merken?”, “en je kinderen?” ...).

Als alternatief voor de wondervraag kan bv. de brief uit de toekomst gebruikt worden. De cliënt wordt gevraagd zich te verplaatsen naar een punt in de toekomst, zo ver als nodig om de moeilijkheden te overwinnen, en een brief te schrijven vanuit deze gewenste toekomst naar een vertrouwenspersoon. Hierbij kan de cliënt in detail beschrijven wat hij of zij heeft gedaan om zover te komen, hoe een dag er dan uitziet, enzovoort.

Zowel bij een gesprek gericht op het nu als op de toekomst kunnen schaalvragen een bruikbaar middel zijn. Ze zijn nuttig omdat ze nuance kunnen aanbrengen in de tweedeling in zwart en wit. Door mensen te “verplichten” een cijfer te geven op een schaal (gewoonlijk van 0 tot 10) ontstaat als het ware een spectrum waardoor veralgemening en zwart-wit-denken al (een beetje) worden opgeheven.

Schaalvragen kunnen op zich staan of gebruikt worden als aanvulling bij andere technieken, zoals de wondervraag (“als 0 op 10 je slechtste toestand is van het laatste jaar en 10 op 10 is wanneer het wonder al is gebeurd, waar zou je zeggen dat je nu staat?”). Ook hier kan heel wat nuttige info uit gehaald worden door vragen als “wat maakt dat je niet lager staat dan 4 op 10?” of copingvragen, zoals “je vertelt me dat je al zo lang op 1/10 zit, wat helpt jou om dit vol te houden? Hoe doe je dit?”. Er kan via schaalvragen ook gekeken worden naar uitzonderingen met vragen als “was er de afgelopen tijd een moment dat je (een beetje) hoger stond op de schaal? Wat heb je toen gedaan om daar te komen?” of naar de toekomst met een vraag als “wat is ervoor nodig om één punt hoger te komen op de schaal?”. Ook voor

observatieopdrachten kunnen schalen van pas komen: “kun je er de komende tijd eens op letten wanneer je een heel of een half punt hoger staat op de schaal?”.

Voor meer uitgebreide uitleg over het gebruik van schaalvragen en andere werkzame technieken in een zoekende relatie verwijs ik naar de beschikbare literatuur hieromtrent (4, 7).

4.5 De consulterende relatie en de expertenrelatie

In een consulterende relatie vervolgens hebben cliënten wel degelijk een werkbare hulpvraag. Zij willen immers geholpen worden én zien in dat zij hun problemen zelf moeten aanpakken. Er is echter nog onvoldoende zicht op de eigen passende krachten en hulpbronnen (resources) en hoe deze precies te benutten en dit is waar de therapeut om de hoek komt kijken.

In de expertenrelatie tenslotte is er een werkbare hulpvraag én heeft de cliënt bovendien goed zicht op de eigen krachten en hulpbronnen en hoe deze in te zetten om zijn/haar doelen te bereiken.

De kunst is dan om als therapeut vooral niet te veel te interfereren en de zelfhelende capaciteiten van de cliënt de kans te geven.

5. Nuttige aannames

5.1 De meeste mensen deugen

Graag haal ik hier het boek “De meeste mensen deugen: een nieuwe geschiedenis van de mens” van historicus Rutger Bregman aan (9).

Rutger Bregman wijst ons in dit boek op een aantal mythes in de psychologie, die door methodologisch dubieuze studies en verdraaide verhalen in ons collectieve geheugen zijn geslopen. Hij haalt het idee onderuit dat de beschaving maar een laagje vernis is over de opportunistische, beestachtige natuur van mensen en doet dit aan de hand van concrete voorbeelden en bewijzen uit de menselijke geschiedenis. Een volledige bespreking van dit boek zou ons te ver leiden. De reden dat ik dit boek in deze scriptie wil aanhalen is dat ik vind dat het een bijzonder oplossingsgerichte boodschap verkondigt die relevant is voor het onderwerp van dit schrijven. Het is welgekomen tegengewicht tegen de achterdocht en vooroordelen die om de hoek kunnen komen loeren bij het werken met mensen in een penitentiaire context.

In het bijzonder haal ik er de volgende vier elementen uit die mooi aansluiten bij het oplossingsgerichte denken:

- Niemand staat 's ochtends op met het idee een ander pijn te doen of schade te veroorzaken
- Slecht nieuws krijgt meer aandacht dan goed nieuws terwijl er van dit laatste eigenlijk meer is
- Zodra je ergens regels / omheining omheen zet begint een gevecht
- Wie vriendelijk doet, wie goed ontmoet

Ik heb ondervonden dat het doordringen worden van bovenstaande overtuigingen, na het lezen van dit boek in combinatie met de opleiding oplossingsgerichte cognitieve- en systeemtherapie, helpend is om geduldig en gemotiveerd aan de slag te blijven met deze doelgroep.

5.2 Alles is altijd in verandering

“Panta rei / alles stroomt”

- *Heraclitus, 5e eeuw voor Christus*

Veel van de vrouwen die ik in de Brugse gevangenis zie hebben het gevoel stil te staan. Ze doen uitspraken als “mijn leven staat op pauze” en “men heeft alles on hold gezet”.

Ook bij zowel zorg- als bewakingspersoneel in de gevangenis kan bovendien wel eens een sentiment ontstaan dat iemand “terug naar af is” of iemand “vast zit”. Op zo’n momenten is het belangrijk stil te staan bij deze fundamentele waarheid: niets staat ooit stil, alles is altijd in verandering. Het is een hoopvol gegeven dat in elk gesprek en elke teambespreking kan worden ingebracht; dat morgen, of volgende week, of over een jaar, onmogelijk álles hetzelfde zal gebleven zijn. Het is aan ons om de cliënt deze verandering in de gewenste richting te helpen sturen.

5.3 Het huidige gedrag is de voorlopig beste oplossing

In aansluiting bij de stelling dat onze cliënten competente wezens zijn die zelf de verandering zullen bewerkstelligen (zie 4.4 De zoekende relatie) wil ik hier nog even het oplossingsgerichte idee aanhalen dat de huidige gewoonten, symptomen, inclusief de zaken die cliënten en wijzelf “klachten” noemen, te benaderen zijn als de *voorlopig beste oplossing* die mensen hebben.

Eerder dan bv. de automutilatie of de verslaving te zien als een vijand die chirurgisch moet worden verwijderd is het nuttiger deze te zien als gewoontes met een functie, die eventueel plaats kunnen maken voor andere, meer gewenste, gewoontes. Therapie is er dan vooral op gericht het gevoel van keuzevrijheid te vergroten en meer keuzemogelijkheden te ontdekken.

Uit de praktijk - keuzevrijheid

Shari, 36, verblijft in de gevangenis nadat ze gedurende drie weken ontvlucht was uit de psychiatrische inrichting waar ze verbleef. Tijdens deze drie weken heeft ze quasi dagelijks drugs gebruikt en is ze in verschillende onveilige situaties beland. Er is reeds een lange voorgeschiedenis van middelenmisbruik en een verleden in de prostitutie.

Tijdens de gesprekken geeft ze aan alle hoop op een normaal leven te zijn verloren. Ze zegt dat de drang om middelen te gebruiken sterker is dan zichzelf en ze nooit in staat zal zijn clean te blijven. In de loop van het gesprek wordt duidelijk dat dit gebruik voor haar onder andere een manier is om intrusieve, post-traumatische gedachten en herbelevingen te onderdrukken en ze komt erop uit dat ze waarschijnlijk al suïcide had gepleegd indien ze zich niet had kunnen verdoven met drugs. Vervolgens worden voorbeelden gevonden van momenten waarop ze er toch in geslaagd is op een andere manier te “overleven” dan door middelen te gebruiken en hoe haar leven eruit zou kunnen zien indien ze minder post-traumatische klachten zou hebben.

5.4 De oplossing heeft weinig te maken met het probleem

Zoals ik eerder (zie 4.4 De zoekende relatie) al aanstipte: het kan tijdens het werken met personen in een penitentiaire omgeving gebeuren dat we ons tegenover een bepaalde cliënt moedeloos beginnen voelen, als het ware lam geslagen door de berg verslagen, opgestapelde diagnoses en schijnbaar onophoudelijke crisissen. Vanuit het klassieke, niet-oplossingsgerichte (medische) denken duiken we dan in deze dossiers in de hoop hierin toch een oplossing te vinden en de knoop als het ware te ontwarren. We gaan met de cliënt in gesprek over de vele problemen die er geweest zijn en we lezen ons in of winnen informatie in bij vorige hulpverleners. Soms kan hierdoor net het omgekeerde gebeuren van het vinden van oplossingen: we verliezen net onze hoop op verandering, murw geslagen door alles wat we lezen en horen.

Eén van de uitgangspunten van het oplossingsgerichte werken is net dat een uitgebreide analyse van het probleem meestal niet de weg naar de gewenste situatie oplevert. “Problem talk creates problems, solution talk creates solutions”, zei Steve de Shazer (8). Soms moeten problemen wel degelijk opgelost worden, maar heel wat problemen worden net gevoed door de aandacht die we eraan geven en kijken naar existentiële keuzes van mensen en naar manieren om deze in de realiteit te brengen kan problemen pas echt doen verschrompelen.

Het komt er met andere woorden op aan de cliënt te benaderen op een manier die gericht is op het heden en op de (gewenste) toekomst, op krachten en hulpbronnen, op existentiële keuzes en op hoe die gewenste toekomst eigenlijk al af en toe (een heel klein beetje) aan het gebeuren is.

Ik ben ervan overtuigd dat het idee dat de complexiteit en ernst van de problemen niet rechtevenredig hoeft te zijn met de kans op het bereiken van een gewenste situatie nieuwe moed en hoop kan geven aan ons als therapeut, bij het werken met onze ogenschijnlijk meest uitdagende cliënten.

In het kader van de rehabilitatie van mensen die strafbare feiten hebben gepleegd wil ik hierbij opmerken dat deze aspecten van het oplossingsgericht werken mooi aansluiten bij het Good Lives model, ontwikkeld door Tony Ward en collega's (10). Dit is een model dat ontwikkeld werd met oog op de rehabilitatie van (oorspronkelijk vooral seksuele) delinquenten waarbij het welzijn en de sterktes en capaciteiten van het individu centraal staan. Het uitgangspunt is dat iemand die een goed leven heeft, bij wie aan de belangrijkste behoeftes is voldaan, automatisch minder snel nieuwe strafbare feiten zal plegen. Het bevorderen van het welzijn en het cultiveren van de sterktes en capaciteiten van individuen is volgens dit model dus de weg naar preventie van recidive. Het oplossingsgerichte gedachtegoed hoeft op die manier dus niet haaks te staan op het idee van rehabilitatie, integendeel.

6. Samenwerken met personeel

6.1 Inleiding

Deze scriptie zou onvolledig voelen als ik niet minstens een deel ervan zou wijden aan het samenwerken met het personeel in de gevangenis. Ik heb het hier dan zowel over de collega's-zorgverleners als over bewakingspersoneel, directie en psychosociale dienst (PSD, de dienst die gedetineerden en geïnterneerden begeleidt naar re-integratie, en de rechtbank adviseert met betrekking tot strafuitvoeringsmodaliteiten). Tijdens mijn werk in de gevangenis, zowel met gedetineerden als met geïnterneerden, heb ik ondervonden dat een aantal aspecten van het oplossingsgericht werken nuttig en helpend zijn in het samenwerken met de verschillende professionele actoren. Het is onmogelijk om hier een volledig overzicht van te geven dus tracht ik hier enkele van de voor mij belangrijkste aan te halen.

6.2 De kracht van taal

Hoewel het belang van de kracht van taal ook in het directe contact met cliënten van belang is, heb ik ervoor gekozen het te bespreken onder het hoofdstuk over het samenwerken met anderen. De reden hiervoor is dat ik ervan overtuigd ben dat de mensen die met de cliënten werken sterk beïnvloed worden door de taal die in contact met hun collega's wordt gebruikt. Een teambespreking over een cliënt waarin bepaalde woorden of uitdrukkingen worden gebruikt zal automatisch zorgen voor een "besmetting" van de rechtstreekse individuele contacten met de cliënt. Het goede nieuws is natuurlijk dat het hier ook kan gaan om een nuttige, helpende

besmetting en daarom is het stilstaan bij de taal die in teams gebruikt wordt zo belangrijk.

Ik heb ervoor gekozen enkele concrete voorbeelden van taalgebruik met valkuilen uit te lichten.

De eerste term waar ik op zou willen ingaan is *manipulatie*. Manipuleren is een leenwoord uit het Frans, dat stamt van het Latijnse woord voor “met de hand aanpassen / hanteren”. Het heeft tegenwoordig een negatieve connotatie, in de zin dat het meestal gebruikt wordt voor een vorm van omgaan met anderen die sluw en bedrieglijk is, om opportunistische redenen. In psychiatrische context wordt het vaak genoemd als een kenmerk van bepaalde persoonlijkheidsstoornissen zoals borderline persoonlijkheidsstoornis, antisociale persoonlijkheidsstoornis of narcistische persoonlijkheidsstoornis, drie diagnoses die nota bene niet zelden gesteld zijn bij gedetineerden of geïnterneerden in de gevangenis.

Wanneer we deze term echter op een objectieve manier trachten te bekijken, gestript van zijn beladen connotatie, kunnen we stellen dat manipuleren niets meer is dan het trachten bereiken van bepaalde doelen met behulp van anderen. Op deze manier verwoord kunnen we niet anders dan toegeven dat zowat alle vormen van intermenselijke interactie (niet in het minst therapie!) manipulatie zijn. In feite manipuleren we elkaar allemaal, voortdurend, vanaf de dag dat we ter wereld komen. Een baby huilt om gevoed te worden, we betalen de bakker om een brood te bemachtigen, we gaan om met onze familie, vrienden, kinderen, collega's op een bepaalde manier om zelf ook graag gezien, gehoord, gesteund te worden....

Uiteraard zijn er vele mogelijke manieren om onze behoeftes te vervullen en onze doelen te bereiken en dus zit het hem net daarin: we manipuleren allemaal, het is de manier waarop die sterk kan verschillen. Je zou kunnen stellen dat iemand waarvan we het gevoel hebben dat die ons manipuleert (met de negatieve connotatie) dit vooral op een minder gezonde, weinig sociaal aanvaarde manier doet. Verwijzend naar het stukje over “het huidige gedrag is de voorlopig beste oplossing” kun je er vervolgens van uitgaan dat wat wij “manipuleren” noemen op dit moment de beste strategie is die de cliënt heeft om met de situatie om te gaan. Alleen is het een oplossing met een aantal nadelige bijwerkingen en loont het waarschijnlijk de moeite om te zoeken naar en oefenen met alternatieven. Op deze manier hoeft de term “manipuleren” niet de dooddoener te zijn die het nu vaak is: een label met een grote negatieve emotionele lading, die de valkuil in zich draagt dat de therapeutische alliantie erdoor in het gedrang kan komen.

Een ander woord dat zich in dezelfde sfeer bevindt is *splitting*. Dit woord wordt in de praktijk bv. gebruikt wanneer verschillende betrokken professionals, of familie en vrienden tegen elkaar lijken te worden opgezet door de cliënt. In hulpverleningscontext kunnen dit dan leden van hetzelfde team zijn, of actoren uit verschillende teams, settings en disciplines. De cliënt hemelt dan bv de ene hulpverlener op, terwijl de andere door de cliënt met de grond gelijk wordt gemaakt. Voor deze scriptie wil ik hierbij op twee belangrijke elementen wijzen.

Eenzijds is er het gegeven dat, hoewel het begrijpelijk en terecht is dat men streeft naar een zekere eendracht en eensgezindheid tussen de betrokken partijen voor een bepaalde cliënt, hulpverleners ook feilbare figuren zijn. We geven soms tegenstrijdige boodschappen, kunnen de cliënt niet altijd exact op dezelfde manier bejegenen, laten soms een steek vallen. We moeten er dus bedacht op zijn dat we het woord splitting niet te haastig gebruiken als deel van onze defensieve reactie. Immers, zo'n reactie kan, hoe menselijk en begrijpelijk ook, het gevaar inhouden dat we de cliënt minder serieus gaan nemen of dat we, zoals ik eerder al aangaf, de therapeutische band tussen cliënt en onszelf én onze teamgenoten in het gedrang gaan brengen.

Ten tweede is het belangrijk te zien dat splitting zelf ook een helpende strategie kan zijn voor de cliënt. De wereld opdelen in zwart en wit, goed en kwaad kan een mechanisme zijn om met moeilijke en overspoelende emoties om te gaan.

Tot besluit zou ik dan ook graag willen pleiten voor een oplossingsgerichte manier van spreken over dit fenomeen. Eén waarbij we er niet blind voor zijn wanneer we zelf steken hebben laten vallen en waarbij we anderzijds oog hebben voor de moeilijkheden van de cliënt en splitting, net zoals manipulatie als “voorlopig beste oplossing” kunnen benaderen.

In dezelfde sfeer zit een uitspraak als “ze doet het voor de aandacht”. Ook dit is een uitdrukking die meestal een negatieve lading draagt hoewel, oplossingsgericht bekeken, het zoeken van aandacht niets negatiefs hoeft te zijn. Immers zoeken we allemaal wel de aandacht van anderen, alleen zijn we niet allemaal even goed in het moment en de manier waarop we dit doen.

Uit de praktijk - de kracht van taal

Karin is een 66-jarige vrouw die als geïnterneerde in de zorgwerking in de gevangenis is opgenomen. Ze heeft verschillende lichamelijke aandoeningen, waaronder diabetes type 2 en een vergrote hartspier (linker ventrikelhypertrofie). Na een periode waarbij binnen het team regelmatig ongerustheid bestond over haar lichamelijke toestand, omwille van episodes waarbij zij allerlei lichamelijke klachten en gewaarwordingen bracht (waaronder bizarre, hallucinatoire sensaties), rijst (na medische uitklaring) steeds meer het vermoeden dat patiënte deze haar klachten opzettelijk aggraveert of veinst. Leden van het team geven aan zich bespeeld te voelen, of zeggen dat ze het allemaal deed voor de aandacht.

“Er valt niet mee te werken”, “er valt niet mee te praten”, “ze blokkeert alles” en “het zit vast” zijn andere voorbeelden van de lange lijst veel gehoorde uitspraken. Hier wil ik opnieuw wijzen op het belang de cliënt te zien als een competent iemand, in wie de verandering gesitueerd zal zijn. “Er valt niet mee te praten” is trouwens eerder een soort praten over een aandoening / probleem dan praten over of met de persoon zelf. “Het zit vast” is dan weer een uitspraak die voorbijgaat aan de realiteit dat niets voor altijd hetzelfde blijft; alles is altijd in verandering (zie 5.2). Er zijn altijd

uitzonderingen op de regel, altijd kleine zaken die de ene dag anders zijn dan de andere.

Wanneer iemand de indruk geeft “alles te blokkeren” moeten we er ons dan weer van bewust zijn dat er voor de cliënt goede redenen kunnen bestaan om zaken (zelfs als wij die “klachten” noemen) te behouden. Ook is het, bij het voelen van “weerstand”, belangrijk de flow chart (zie hoofdstuk 4) erbij te nemen. De weerstand kan immers bijvoorbeeld voortvloeien uit het feit dat we als therapeut te snel aan het gaan zijn (zoals bij een zoekende relatie kan gebeuren) of misschien is er gewoon nog geen vertrouwen of vraag voor ons (vrijblijvende relatie).

6.3 Positieve commentaren en complimenten

Net zoals het voor cliënten erg nefast kan zijn voor hun zelfvertrouwen als ze het gevoel hebben alleen maar te mislukken, kan het ook bij hulpverleners of ander personeel gebeuren dat de moed in hun schoenen zinkt en ze zich alleen nog machteloos en gefrustreerd voelen. Omgekeerd weten we uit onderzoek dat oprechte commentaar, validatie, complimenteren erg krachtige instrumenten zijn, die mensen nieuw perspectief bieden, hoop en zelfvertrouwen versterken en de therapeutische relatie verbeteren.

Voor de hulpverleners en andere actoren waarmee men samenwerkt is dit niet anders. Ik wil hier dan ook graag wat dieper op ingaan.

Het werken met mensen die in de gevangenis verblijven en ernstige psychiatrische problemen hebben is een veeleisende klus. De geïnterneerde vrouwen die in de gevangenis verblijven zijn vrouwen voor wie nog geen plaats gevonden is in een psychiatrische setting, of die helaas “terug naar afzender” zijn gestuurd door de instelling waar ze verbleven. Het voelt vaak alsof ze letterlijk zijn afgeschreven door de maatschappij én door (delen van) het hulpverleningslandschap wegens “te complex”, “te gevaarlijk”... Het gaat hier met andere woorden over één van de meest uitdagende populaties in de geestelijke gezondheidszorg.

Toen ik als psychiater begon binnen de zorgwerking voor de geïnterneerde vrouwen in de gevangenis, kon ik dan ook alleen maar de grootste bewondering voelen voor het team dat al jaren dag in dag uit met deze groep mensen werkt. Enkelen onder hen doen deze job al meer dan 10 jaar en ik kon vaststellen dat dit nog steeds met de grootste bevoegenheid en hart voor de mensen gebeurt.

Het lijkt mij erg nuttig om deze vaststelling af en toe expliciet uit te spreken als oprecht compliment, wanneer er duidelijk zichtbare successen geboekt worden en zéker ook wanneer net het gevoel heerst dat het een bijzonder moeilijke periode is. Het team eraan herinneren dat we met zijn allen ons best aan het doen zijn voor iets dat bijzonder uitdagend en complex is, dat wij geen doorsnee job hebben en we niet met doorsnee mensen werken, dat wij tenminste wél nog aan het werken zijn met deze persoon, zijn interventies die opnieuw ademruimte en kracht kunnen geven om er verder tegenaan te gaan.

Verwijzend naar mijn eerder verhaal over “de kracht van taal”, wil ik hier ook even benadrukken dat enige mildheid op zijn plaats is. Het is normaal en zelfs gezond dat men wel eens grijpt naar fatalistisch en probleemgericht taalgebruik wanneer men zich machteloos voelt in de begeleiding van bepaalde cliënten. Ik kijk er dus naar als een én-én-verhaal: enerzijds is het goed te streven naar een meer oplossingsgericht taalgebruik om de therapeutische alliantie met onze cliënten te behouden en versterken, anderzijds blijven we zelf ook mensen en is het te vergeven dat we wel eens vervallen in minder oplossingsgericht taalgebruik wanneer de dingen lastig zijn.

Uit de praktijk - positieve commentaren

Colleen is een 26-jarige jongedame die sinds enkele weken in de gevangenis te Brugge verblijft. Er wordt een maniform psychotisch toestandsbeeld vermoed, van waaruit zij erg storend gedrag stelt. Ze is zowel overdag als 's nachts soms luidruchtig en is seksueel ontremd. Door de bewaking wordt haar gedrag soms als treiterend ervaren. Zo plaste ze bv op de benen van een lid van het bewakingspersoneel, toen die aan haar celdeur stond.

Vanuit de zorg kwam de vraag aan bewaking om dagelijks hun observaties op mail te zetten ivm Colleen, zodat we de evolutie kunnen opvolgen. De bewaking volgt dit nauwgezet op en ik beslis een mail te sturen naar de voltallige bewaking van de afdeling om hen te bedanken voor hun inzet, aangezien ik besef dat de omstandigheden waarin ze op dit moment moeten werken bijzonder lastig is. Dat ze desondanks de moeite doen om mooie observaties op te stellen apprecieer ik en ik liet dit ook zo weten.

Uit de praktijk - positieve commentaren

Kim is een 42-jarige vrouw die er extreemrechtse sympathieën en racistische ideeën op nahoudt. Daardoor brengt ze heel wat teweeg in de leefgroep, die onder andere uit personen van allochtone afkomst bestaat. Om die reden wordt, in samenspraak met haar, beslist dat ze (nog) niet deelneemt aan alle groepsactiviteiten en ze bv. individueel gaat wandelen. De ergotherapeute doet enkele keren per week een individuele activiteit met haar. Ik zeg aan de ergotherapeute dat ik het sterk vindt hoe zij zich op zo'n menselijke, warme, onbevooroordeelde manier over deze dame ontfermt.

6.4 Zoeken naar uitzonderingen

Zoeken naar uitzonderingen kan een nuttige interventie zijn in therapie en het lijkt me dan ook zinvol dit in teamvergaderingen en andere contacten met collega's binnen te brengen. Het komt er dan op neer, wanneer ongewenste zaken (klachten, gedrag...) bij één van de patiënten worden besproken of gemeld, stil te staan bij: wat is dan wél de gewenste situatie én wanneer doet die zich soms al (een klein beetje) voor? Veralgemeningen (“ze komt nooit uit haar cel”, “ze maakt altijd ruzie”) kunnen zo genuanceerd worden en het kan nuttige info opleveren over de mogelijke weg naar (meer) verandering.

Uit de praktijk - zoeken naar uitzonderingen

Alesia, een 32-jarige vrouw met een verstandelijke beperking en een ernstige traumatische voorgeschiedenis, stelt sinds jaren regelmatig ernstig automutilatief gedrag. De laatste tijd betreft het vooral het opsteken van objecten in haar urethra, met medische complicaties tot gevolg. Dit is geëscaleerd tot een punt waarbij zij, sinds haar opname in de psychiatrie, voor ze naar de gevangenis werd teruggestuurd, een speciaal smeerpak draagt waar haar handen het grootste deel van de dag aan vastgebonden zijn. Bij bewaking en zorgpersoneel leeft het idee dat zij elke kans aangrijpt om toch automutilatief gedrag te stellen en ze dus "misbruik" maakt van elke poging tot versoepelen / weglaten van het smeerpak. Toch blijkt ze in feite soms uren- tot dagenlang in staat dit gedrag niet te stellen. Wanneer tijdens de teamvergadering wordt gesproken over hoe het opnieuw is foutgelopen, trachten we tevens te kijken naar het feit dat het een tijdlang goed ging en stellen we ons de vraag hoe we dit opnieuw zouden kunnen bereiken met haar.

7. Besluit

“Het dal is vruchtbaarder dan de top.”

- *Toon Hermans*

Ik hoop dat ik met deze scriptie heb kunnen aantonen dat oplossingsgericht werken met personen met een interneringsstatuut binnen de gevangensismuren mogelijk is en zelfs bijzonder geschikt. Bepaalde facetten ervan komen in het bijzonder van pas, waaronder de hoopvolle basishouding, het geloof in de competentie van de cliënt, het besef van de flow chart en de kracht van taal. Ze bieden een noodzakelijk tegenwicht voor de hopeloosheid die door cliënten en personeel gevoeld kan worden bij het verblijven en respectievelijk werken in de gevangenis. Ik ben ervan overtuigd dat dit nieuwe ademruimte kan geven om onze cliënten beter te helpen.

Voor mijzelf was het in ieder geval een zinvolle oefening om dit eindwerk te schrijven. Ik ben er extra vastberaden door geworden het oplossingsgerichte gedachtegoed in de praktijk te blijven brengen tijdens mijn werk in de gevangenis, zowel in mijn contacten met cliënten als onder de vorm van het “besmetten” van de mensen met wie ik samenwerk.

8. Referenties

1. VRT Nieuws. Aantal geïnterneerden in Belgische gevangenissen neemt weer toe: waar loopt het fout? Beschikbaar via <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2023/03/21/meer-geïnterneerden> [Geraadpleegd op 26 mei 2023].
2. De Morgen. En weer loopt het in ons land verkeerd met internering. Beschikbaar via: <https://www.demorgen.be/meningen/en-weer-loopt-het-in-ons-land-verkeerd-met-internering~b95caede>. [Geraadpleegd op 26 mei 2023].
3. De Morgen. De te volgen weg naar veiligheid? Die van de zorgzame veiligheid. Beschikbaar via: <https://www.demorgen.be/meningen/de-te-volgen-weg-naar-veiligheid-die-van-de-zorgzame-veiligheid~b8828e70/> [Geraadpleegd op 26 mei 2023].
4. Isebaert L, Lefevere G. De Therapeutische Alliantie. Het Brugs model van oplossingsgerichte cognitieve systeemtherapie. Gent: Academia Press; 2022.
5. Tschuschke V, Cramer A, Koehler M, Berglar J, Muth K, Staczan P, Von Wyl A, Schulthess P, Koemeda-Lutz M. (2015). The role of therapists' treatment adherence, professional experience, therapeutic alliance, and clients' severity of psychological problems: Prediction of treatment outcome in eight different psychotherapy approaches. Preliminary results of a naturalistic study. *Psychother Res.* 2015;25(4):420-34. doi: 10.1080/10503307.2014.896055. Epub 2014 Apr 1. PMID: 24689912.
6. Weck F, Grikscheit F, Jakob M, Höfling V, Stangier U. (2015). Treatment failure in cognitive-behavioural therapy: therapeutic alliance as a precondition for an adherent and competent implementation of techniques. *Br J Clin Psychol.* 2015 Mar;54(1):91-108. doi: 10.1111/bjc.12063. Epub 2014 Aug 13. PMID: 25124829.
7. Van Dam C. Coachen naar verandering. Een praktisch boek over oplossingsgericht coachen voor de personal coach de teamcoach en de coachende hulpverlener. Antwerpen-Cambridge: Intersentia; 2015.
8. De Shazer S. Keys to Solution in Brief Therapy. New York: Norton; 1985.
9. Bregman R.. De meeste mensen deugen. Tweeëntwintigste druk. De Correspondent; 2022.
10. Ward, T, Mann, RE, Gannon, TA (2007). The good lives model of offender rehabilitation: Clinical implications. *Aggression and Violent Behavior: A Review Journal*, 12, 87-107.