

Dresseren of responsabiliseren

Wat doen we met psychisch zieke delinquenten?

Werner Leys¹ & Koen Mattheeuws²

Abstract – To drill or to empower: how to handle mentally ill offenders? In this article we focus on the “ethics in forensic psychiatry”. We will start by introducing forensic psychiatry and its components typical for the Belgian situation. By drawing a theoretical continuum we aim to visualize the two goals inherent in forensic treatment. For describing one aim we refer to Foucault, the other aim will be described by the work of Arendt. Practical reality, however, incorporates aspects of both ends. To encourage further reflection and discussion on the ethics of this subject, we will use the model of therapeutic jurisprudence. To conclude some structural and practical considerations are made.



Hoewel er vanuit zowel neurobiologische als neurochemische hoek een zekere gedetermineerdheid valt te weerhouden rond het begrip “keuzevrijheid” willen we in het kader van dit artikel toch vertrekken vanuit de premisse dat iedereen de “mogelijkheid heeft om keuzes te maken”. Naast een uitgebreide schets van de forensische psychiatrie willen we een aanzet geven om na te denken over “de ethiek van de forensische psychiatrie”. Binnen de forensische psychiatrie zitten we structureel gevangen tussen enerzijds een “beschermende opdracht” waarbij het onze plicht is de maatschappij te beschermen tegen nieuw crimineel gedrag en anderzijds hebben we een “behandelende opdracht” waarbij we de patiënten dienen te behandelen, hen “beter” dienen te maken. Dit laatste doen we onder andere door hen bewust te laten worden van het hebben van keuzemogelijkheden. Beide uitersten willen we plaatsen op een continuüm. Naast een schets van beide uitersten, waarbij we enerzijds vertrekken vanuit de theorieën van Michel Foucault en anderzijds vanuit het werk van Hannah Arendt, geven we ook een aanzet hoe we hier verder rond kunnen werken en denken.

-
1. Werner Leys is als psychotherapeut verbonden aan het Psychiatrisch Centrum Sint-Jan-Baptist, Zelzate.
 2. Koen Mattheeuws is als criminoloog verbonden aan het Schakelteam internering Oost- en West-Vlaanderen.

Forensische psychiatrie

De forensische psychiatrie bestaat uit twee componenten, zoals de naam reeds suggereert. Doorheen deze bijdrage zal duidelijk worden dat deze twee-eenheid zich op verschillende niveaus en verschillende manieren uit.

Forensisch verwijst naar het *forum*, de plaats waar bij de oude Romeinen recht gesproken werd. In deze hedendaagse samenstelling refereert het naar een link met justitie, het gerechtelijke. Psychiatrie is de geneeskunde van de ziel. Weg van deze letterlijke vertaling en beeldspraak en meer concreet valt dit te omschrijven als de geneeskunde van de geest. In onze hedendaagse context komt dit neer op een combinatie van mensen met een geestesstoornis die in aanraking zijn gekomen met justitie. Deze mensen ondergaan een psychiatrische behandeling en dragen tegelijkertijd een justitieel statuut dat voor de nodige implicaties zorgt, bijvoorbeeld naar bewegingsvrijheid toe. Dit artikel wordt geschreven met de Vlaamse praktijk van de forensische psychiatrie in het achterhoofd, meer specifiek de behandeling van geïnterneerden.

Internering

Om de praktijk te verduidelijken en de gevolgen van de uitspraak tot internering wat te kaderen volgt een toelichting bij het gegeven internering. Internering is een justitieel statuut dat tot op heden nog altijd geregeld wordt door de Wet tot bescherming van de maatschappij tegen abnormalen en de gewoontemisdadigers van 1 juli 1964.³ Het is belangrijk om mee te geven dat de filosofie van deze wet inhoudt dat internering een maatregel is van onbepaalde duur en geen straf. In België kennen we een schuldstrafrecht. Dit houdt in dat iemand enkel gestraft kan worden als hij of zij schuldbequaam is. Indien er een vermoeden bestaat dat een persoon zijn daden niet kan controleren omwille van een staat van krankzinnigheid, ernstige staat van geestesstoornis of zwakzinnigheid, kan er een deskundige aangesteld worden om de toerekeningsvatbaarheid van deze persoon te onderzoeken. In de praktijk komt dit erop neer dat een psychiater – soms samen met een psycholoog – na onderzoek een verslag met zijn of haar bevindingen neerlegt bij de rechter. De rechter beslist alsnog autonoom over de bewijswaarde van het verslag, maar bijna altijd wordt het advies van de deskundige gevolgd. Er dient ook nog aangegeven te worden dat dit expertiseverslag tegensprekelijk is door de verdediging: er kan dus een tegenexpertise aangevraagd worden.

Eens de internering van een persoon is uitgesproken, valt het individu voor de tenuitvoerlegging van deze maatregel onder de commissie tot bescherming van de

3. De wet van 21 april 2007 zal deze vervangen, maar is tot op heden nog altijd dode letter wegens het ontbreken van de noodzakelijke uitvoeringsbesluiten.

maatschappij. Dit gerechtelijk orgaan, geregeld door de hierboven reeds vernoemde wet van 1964, bestaat uit een magistraat-voorzitter, een geneesheer en een advocaat. De geïnterneerde heeft het recht – geen plicht – om elke zes maanden te verschijnen voor deze commissie om als het ware geëvalueerd te worden. Deze commissie beslist welke modaliteit van uitvoer in de volgende periode van toepassing zal zijn op de geïnterneerde. Concreet beslist deze instantie dus of de geïnterneerde in de gevangenis moet verblijven of “vrij op proef” mag om bijvoorbeeld behandeling voor zijn of haar problematiek aan te vatten.

De situatie in België is van dien aard dat er te weinig plaatsen zijn voor deze doelgroep in zorginstellingen allerhande en bijgevolg verblijven veel geesteszieke geïnterneerden in de gevangenis. De focus van dit artikel ligt echter niet bij het opnieuw maken van het proces van de internering, die materie is immers reeds vaak beschreven en besproken (Brouckaert 2007; Casselman 2004; Cosyns et al. 2007).

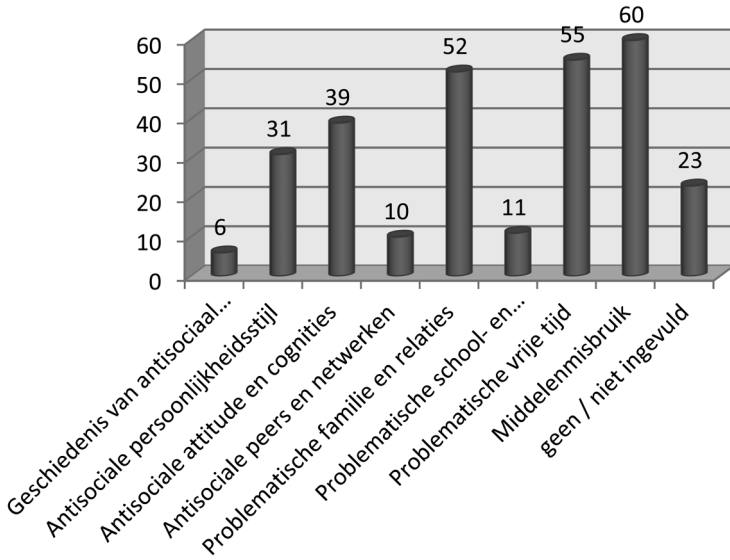
Schets forensische psychiatrie in Zelzate: de populatie

De doelgroep geïnterneerden is zeer heterogeen samengesteld. In deze paragraaf wordt dit geïllustreerd aan de hand van de twee componenten binnen de forensische psychiatrie: het delict en de pathologie. Beiden zijn zeer uiteenlopend.

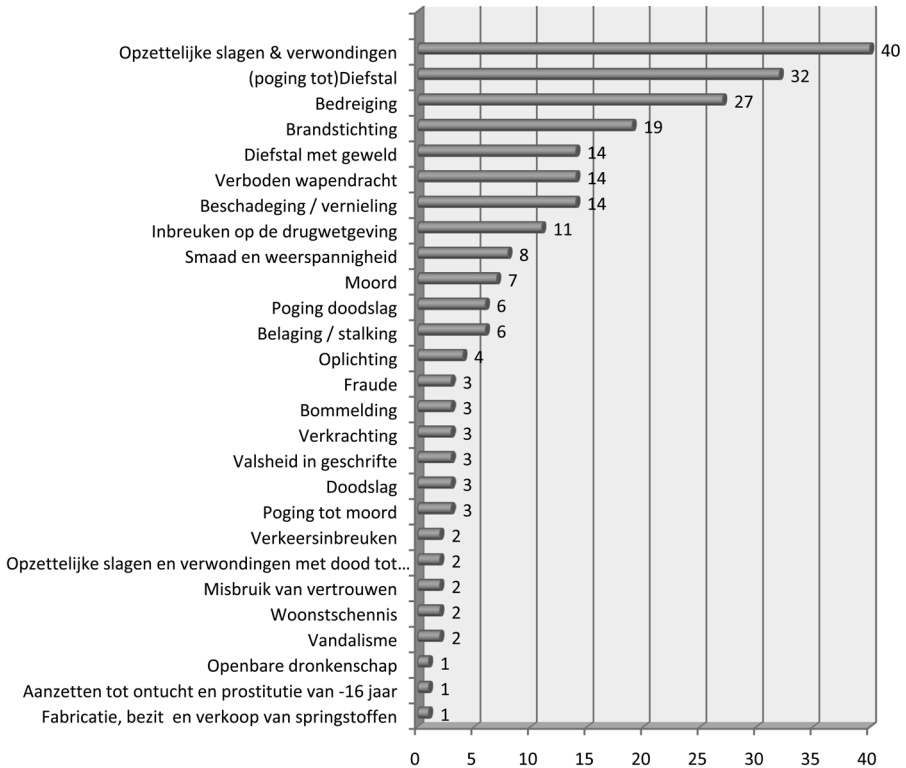
Zoals hoger beschreven kan er voor veel verschillende feiten een internering worden uitgesproken, van een minimaal vermogensdelict zoals een fietsendiefstal tot zware zedenfeiten of een levensdelict. Op het gebied van pathologie zien we in de mid-security te Zelzate enerzijds vooral psychotische stoornissen en anderzijds cluster B persoonlijkheidsstoornissen. Daarnaast is er vaak een comorbiditeit met verslavingsproblematiek en zien we gemiddeld een intelligentie die zich situeert op de grens tussen laagnormaal begaafd en zwakbegaafd.

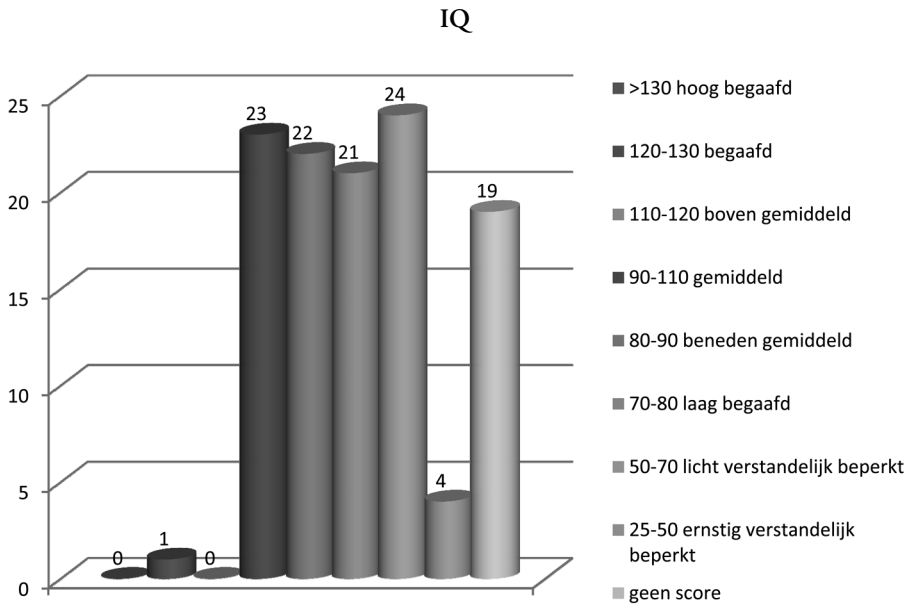
Bij de onderstaande grafieken (waarbij $n=114$) weerhouden we uit de eerste grafiek “criminogene factoren” dat we vooral antisociale attitudes en cognities en een antisociale persoonlijkheidsstijl merken. Let ook op de hoge aanwezigheid van middelenmisbruik ($n/114=60$). De grafiek rond “delict” toont de grote diversiteit aan feiten. Belangrijk om te weten is dat in deze grafiek enkel de interneringsfeiten opgenomen zijn. Deze grafiek houdt dus geen rekening met voorgaande veroordelingen waarvoor bijvoorbeeld correctionele straffen zijn uitgesproken. De derde grafiek “IQ” geeft een overzicht van het totaal IQ bij de forensische populatie in Zelzate. De cijfers dateren van 29.01.2014.

Criminogene factoren



Delict





De praktijk van de forensische psychiatrie: risico, behoefte en responsiviteit

Nu het justitiële statuut wat klaarder is en de populatie enigszins geduid werd, kan er dieper ingegaan worden op de praktijk van de forensische psychiatrie zelf. Eenmaal de persoon klaar is voor een behandeling⁴ en de CBM beslist tot een invrijheidstelling op proef kan er een opname volgen in de forensische psychiatrie. Er zijn hier – afhankelijk van risico en pathologie – heel wat mogelijkheden, maar vanuit onze ervaring beperken we ons tot het Forensisch ZorgCircuit, de mid-security unit in Zelzate.

Het heersende denkkader binnen forensische psychiatrie en meer algemeen binnen daderbehandeling is het zogenaamde *Risk, Need & Responsivity*-model, verderop afgekort tot RNR. Dit model is reeds 25 jaar in ontwikkeling en is sterk empirisch gevalideerd door de jaren heen (Andrews & Bonta 2010). RNR is gebaseerd op de sociale leertheorie van Bandura. Deze theorie stelt menselijk gedrag voor als een wederkerige interactie tussen het cognitieve, het gedragsmatige en de omgeving (Bandura 1977, vii). Mensen leren gedrag door dat gedrag te observeren bij andere mensen, zonder dat daarvoor dwang of drang nodig is. De sociale leertheorie is zodoende gebaseerd op de differentiële associatietheorie van Sutherland: antisociale kennissen en vrienden hangen samen met crimineel gedrag. Het

4. Dit geldt uiteraard voor de meest ideale situatie. In de praktijk is het niet zo evident en heeft een geïnterneerde te maken met wachtlijsten en exclusiecriteria op basis van delict en/of pathologie.

wederkerige tussen het cognitieve, gedragsmatige en de omgeving wordt ondersteund door het principe van de operante conditionering. De auteurs van het RNR-model stellen dat de manier waarop daders behandeld moeten worden bestaat uit cognitief gedragsmatige therapie en sociaal leren.

Het RNR-model behelst drie beginsels. Het eerste is het *risicobeginsel (Risk)*. Dit stelt dat de intensiteit van de behandeling evenredig moet zijn met het risico dat de dader stelt. Daarnaast moeten interacties tussen daders met een laag en hoog risico vermeden worden, de hoger vernoemde sociale leertheorie en onderliggende differentiële associatietheorie stellen immers dat antisociale kennissen en vrienden (crimineel) gedrag beïnvloeden. Het *behoeftebeginsel (Need)* stelt dat behandeling de behoeften of noden van de dader moet behandelen die crimineel zijn, dit wil zeggen de behoeften of noden die aan de basis liggen van het crimineel gedrag. Behoeften of noden zijn in se dynamische risicofactoren: de onvervulde behoefte van de dader (i.e. het werken aan een criminogene nood) vormt immers een risico voor de maatschappij volgens dit model. Welke behoeften crimineel zijn, wordt in de literatuur evidence-based bepaald. Vanuit deze empirische onderbouwing hebben Andrews en Bonta vier grote en vier matige categorieën van behoeften of noden opgesteld. De vier grote zijn geschiedenis van antisociaal gedrag, de antisociale persoonlijkheidsstijl, antisociale cognities en antisociale kennissen. De matige vier betreffen familie en relaties, werk en school, vrijetijdsbesteding en middelenmisbruik (Andrews & Bonta 2010, 58-60). Het *responsiviteitsbeginsel (Responsivity)* vervolledigt dit model en gaat over factoren die effectiviteit van behandeling beïnvloeden. Algemene responsiviteit verwijst naar eigenschappen van de behandelaar. Zo zal een agressieve reactie naar een dader in een behandelcontext ervoor zorgen dat het effect van behandeling geminimaliseerd of zelfs omgekeerd wordt. Specifieke responsiviteit gaat over eigenschappen van de behandelde dader. Hierbij valt te denken aan een beperkte intelligentie of een bepaald psychiatrische ziektebeeld dat het niet toelaat dat behandeling effect heeft op een dader.

Een specifieke responsiviteitsfactor die apart vernoemd dient te worden is de motivatie. Vanuit de literatuur die kritisch is ten aanzien van het RNR-model wordt motivatie vaak als de zwakke schakel binnen het RNR-model omschreven. In RNR wordt perfect omschreven wat er gedaan moet worden met het oog op vermindering van herval in criminele feiten. Hoe dat echter juist op individueel én sociaal niveau in zijn werk gaat, krijgt weinig aandacht.

Zonder verder in te gaan op de maatschappelijke en praktische repercussies, willen wij hier wel stellen dat RNR heden ten dage valt te kaderen in een neoliberale context gericht op marktwerking, effectiviteit en risicobeheersing. Dit resulteert in meer aandacht voor de collectiviteit ten koste van het individu – de dader. Dit is een paradoxaal gegeven, want RNR is juist ontstaan vanuit meer

aandacht voor de dader. RNR is ontwikkeld door de What Works-beweging. Deze beweging was in de jaren 1980 en 1990 een antwoord op het gedachtegoed dat niks zou werken in de behandeling. Als respons daarop – en met nieuwe wetenschappelijke evidentie dat er wel zaken zijn die werken – wilde men opnieuw aan de slag met daders. (Andrews et al. 1990, 384)

De drie beschreven beginselen van het RNR-model resulteren, in combinatie met sociaal leren en cognitieve gedragstherapie, in therapieprogramma's gericht op dynamische risicofactoren. Deze therapieprogramma's worden veelal in groepsvorm aangeboden.

De “ethiek” van de forensische psychiatrie uitgezet op een continuüm

In het kader van dit artikel willen we de focus leggen op de “ethiek van de forensische psychiatrie”.

We willen dit doen aan de hand van het schetsen van een continuüm. Zoals eerder aangegeven valt de term forensische psychiatrie uiteen in twee delen. Enerzijds is er het juridische luik en anderzijds het psychiatrisch luik. Wanneer we dit uitzetten op een lijn dienen we aan de ene kant “het beschermen van de maatschappij” te zetten en aan de andere kant “het zorg dragen voor de patiënt”.

Wanneer we spreken over het “beschermen van de maatschappij” staan begrippen als beschermen, bewaken en controleren centraal. Wanneer we het hebben over “het zorg dragen voor de patiënt” willen we begrippen als keuzevrijheid, autonomie en zelfbeschikking centraal stellen. Verderop wordt hier dieper op ingegaan.

In het dagdagelijks werk met de forensische patiënt worden we heen en weer geslingerd tussen beide uitersten. Enerzijds hebben we als taak erover te waken dat de maatschappij voldoende beschermd wordt tegen mogelijk nieuw crimineel gedrag. Anderzijds willen we de patiënt maximaal de kans geven zich te gaan reintegreren in de maatschappij waarbij het opnemen van verantwoordelijkheid en het zich bewust zijn van de keuzemogelijkheden centraal staat. Uiteindelijk is het de patiënt zelf die de “keuze” maakt om al dan niet te gaan hervallen in oude gedragspatronen en eventueel nieuw crimineel gedrag.

De “ethiek van de forensische psychiatrie” bestaat er dan ook in om te balanceren tussen beide uitersten van dit continuüm.

Naast het eerder genoemde uitgangspunt (RNR-model) is een ander fundamenteel uitgangspunt in onze forensische psychiatrie het principe van de “keuzemogelijkheid”. In navolging van I. Kant onderschrijven we het idee dat “ethisch handelen” mogelijk is.

We vertrekken met andere woorden vanuit de premisse dat elk individu – ongeacht de omstandigheden – de mogelijkheid heeft om keuzes te maken. Wel zijn er factoren die deze keuze kunnen beperken. Hierbij kan gedacht worden aan het onder invloed zijn van drugs of alcohol, het doormaken van een acute psychotische episode of het psychotisch gestructureerd zijn op zich. Dit zijn allen elementen die invloed kunnen hebben op een “verminderde keuzemogelijkheid”.

Zoals reeds hierboven aangegeven hebben we binnen de forensische psychiatrie een tweeledige doelstelling. Enerzijds wordt de “zieke geest” van de patiënt behandeld, anderzijds wordt de maatschappij beschermd tegen eventuele “gevaarlijkheid” van de patiënt. Parallel met deze twee doelstellingen beweegt de praktijk van de forensische psychiatrie zich theoretisch dus op een zeker continuüm.

De dressuur van de forensische patiënt

Aan het ene uiterste van deze glijdende schaal vinden we puur risicomangement. De forensisch psychiatrische patiënt wordt gereduceerd en geobjectiveerd tot een risico voor de maatschappij dat beheersbaar gemaakt moet worden. Lukt dit niet, dan wordt de patiënt als onbeheersbaar risico deels of volledig onttrokken aan deze maatschappij.

In dit kader lijkt het zinvol te verwijzen naar het werk van Michel Foucault. In zijn werk *Surveiller et Punir. Naissance de la prison* vertaald als *Discipline, toezicht en straf. De geboorte van de gevangenis* beschrijft Foucault onder meer hoe het disciplineren van het subject doorheen de eeuwen heen tot stand is gekomen. Zo merken we dat reeds op het einde van de 18^{de} eeuw het inzicht ontstaat dat het wezenlijke van het straffen niet het straffen op zich is maar wel het streven naar een “verbeteren”, corrigeren of genezen (Foucault 1989 [1975], 19). Verder lezen we dat een belangrijke functie van de disciplinerende macht erin bestaat te “dresseren”. “Le pouvoir disciplinaire en effet est un pouvoir qui, ..., a pour fonction majeure de ‘dresser’” (Foucault 1975, 172). Om deze disciplinerende functie mogelijk te maken wordt een systeem verondersteld dat “de blik” een dwingende kracht verleent. Foucault gebruikt het panopticon⁵ als voorbeeld bij uitstek. Ook vandaag zien we in de forensische psychiatrie dergelijke mechanismen nog steeds terug. Voorbeelden hiervan zijn de centrale ligging van de verpleegpost, gebruik van camerabewaking, maar ook het “meten van de patiënt” door middel van risicoherteringsinstrumenten zoals de HCR-20. Het zijn allen middelen gericht op

5. Het panopticon is een architectonisch model ontwikkeld door Jeremy Bentham dat veelal toegepast werd en wordt in bijvoorbeeld gevangnissen om maximale controle uit te kunnen oefenen. Het gaat hier om een stervorm waarbij zich in het centrum de macht bevindt in de vorm van bijvoorbeeld bewaking. De subjecten die gecontroleerd dienen te worden bevinden zich in cellen in gangen. Deze gangen komen allen uit in het hart van de stervorm, zodat de bewaking maximaal overzicht heeft.

het “dresseren” van de patiënt, of het beheersbaar maken van het risico op nieuw crimineel gedrag. Is het risico “te hoog”, dan kan er gekozen worden voor een volledige onttrekking van de patiënt uit de maatschappij. Om dit te bereiken kunnen de uitgangsmogelijkheden van de patiënt ingetrokken worden.

Vanuit deze benadering kunnen we dus stellen dat onze opdracht erin bestaat om de forensische patiënt zodanig te gaan “dresseren” en controleren opdat hij zich maximaal kan inschrijven en aanpassen aan de heersende moraal. Deze moraal vertaalt zich in regels en normen die binnen onze maatschappelijke context als correct en wenselijk worden gezien. Deze praktijk houdt derhalve doorlopend rekening met het risico op nieuw crimineel gedrag.

Wanneer Foucault schrijft:

we kunnen de vaststelling dat de gevangenis faalt in het terugdringen van de misdaad dus beter vervangen door de hypothese dat de gevangenis slaagt in het produceren van de delinquentie als specifieke vorm van illegalisme, die politiek en economisch minder gevaarlijk en uiteindelijk zelf bruikbaar is; in het produceren van een ogenschijnlijk marginaal maar centraal gecontroleerd delinquent milieu en in het produceren van de delinquent als pathologisch subject. (Foucault 1989 [1975], 384)

kunnen we dit vanuit de forensische psychiatrie wel onderschrijven. We gaan immers de forensische patiënt door testing, observatie en behandeling “onderscheiden” van de niet-forensische patiënt, om hem dan vervolgens vanuit de principes van het RNR model maximaal te gaan laten “aanpassen” aan de huidige maatschappij. De inschatting op kans tot recidive vormt hierin de centrale vraag.

Het ontsnappen uit “de banaliteit van het Kwaad”

Aan het andere uiteinde van het continuüm wordt de forensisch psychiatrische patiënt bekeken als mens die nood heeft aan verzorging, zonder acht te slaan op gepleegde feiten of het risico dat deze persoon bij re-integratie in de maatschappij vertegenwoordigt. Hierbij valt te denken aan schade die de persoon kan aanrichten in materiële, fysieke of psychische zin bij zichzelf of andere mensen.⁶

In onze forensische praktijk stellen we vast dat veel patiënten echter snel vervallen in wat Hannah Arendt “de banaliteit van het kwaad” noemt. Dit concept beschreef H. Arendt in “Eichmann in Jerusalem”. Als medewerkster van de *New York Times* volgde ze het proces van Eichmann. Reeds een aantal dagen nadat ze het proces volgde, schreef ze in een brief naar Karl Jaspers: “Er (Eich-

6. We willen er hier nogmaals op wijzen dat dit een louter theoretische opsplitsing is. In de praktijk is er altijd sprake van een mengvorm.

mann) ist eigentlich dumm aber auch irgendwie nicht” (Arendt 2006 [1963], 18). Verderop lezen we “with the best will in the world one cannot extract any diabolical or demonic profundity from Eichmann” (Arendt 2006 [1963], 541). Dat Arendt op een of andere manier gefascineerd was door Eichmann vond zijn vertaling in bovenvermeld werk en in het uitwerken van het begrip “the banality of evil”. Hoewel dit concept pas helemaal op het eind van het werk opduikt, merken we dat het gehele boek vanuit dit frame gelezen dient te worden. In de epiloog schrijft Arendt: “He was no stupid. It was sheer thoughtlessness – something by no means identical with stupidity – that predisposed him to become one of the greatest criminals of that period” (Arendt 2006 [1963], 540).

Wanneer we de aangehaalde citaten vertalen naar onze forensische praktijk gaan we hiermee op zoek naar enkele “verklaringsmodellen” rond crimineel gedrag. Het zou inderdaad te eenvoudig zijn om te stellen dat onze patiënten “dom” zijn (waarbij we zouden kunnen vertrekken van de grafiek rond IQ) en te stellen dat ze daardoor feiten gaan plegen. Bovendien is het ontoereikend om “diabolische” of “demonische” eigenschappen te gaan toeschrijven aan onze patiënten. Noch intelligentie noch “monsterlijke” eigenschappen vormen een verklaaringsmodel voor crimineel gedrag. Er is dus duidelijk meer nodig. Hannah Arendts concept van de “thoughtlessness” lijkt hierbij zinvol te zijn. Het is met name net dit gegeven dat we terugzien bij onze forensische patiënten. We merken we dat veel van onze patiënten vastzitten in een bepaalde manier van denken. Vanuit die manier van denken gaan ze als het ware “automatisch handelen” zonder kritisch te reflecteren op hun eigen handelen, zonder “na te denken”. Elke dag opnieuw kiest een groot deel ervoor om drugs te blijven gebruiken of geweld te blijven gebruiken zonder daar kritische vragen rond te stellen. Wanneer we een criminogenese⁷ opmaken met onze patiënten horen we dan ook vaak uitspraken als “ik kon toch niet anders dan...” of “ik had toch geen andere keuze”. Vanuit het diverse therapieaanbod leert de patiënt zicht krijgen op zijn eigen functioneren maar vooral stilstaan bij het feit dat er andere “keuzemogelijkheden” zijn. Door te gaan experimenteren met “nieuw gedrag” leert hij inzien dat er andere mogelijkheden zijn om frustraties te hanteren, dat hij op een andere manier aan driftbeheersing kan werken. Zoals Commers in zijn “Kritiek van het ethisch bewustzijn” schrijft, gaat het in de moderniteit wel degelijk om de vrijheid van de mens. Hij schrijft: “De absolute vrijheid – ik doe wat ik wil omdat ik er zin in heb, wat er ook van zij – gaat samen met de verplichtende vrijheid – ik doe omdat ik redelijk heb ingezien dat er iets moet worden gedaan” (Commers 2009, 45). Levinas spreekt in dit verband over de “beklede vrijheid”. “Niet mijn individuele rechten, niet mijn liberale vrijheid, maar mijn verantwoordelijkheid voor de

7. Een criminogenese is het beschrijven van het proces van het tot stand komen van een misdrijf.

ander, mijn beklede vrijheid” (Levinas 2012 [1961], 332ff.), ligt volgens Levinas ten grondslag aan de samenleving met haar wetten. Het is dan ook – deels – onze opdracht om patiënten te sensibiliseren in het opnemen van die verantwoordelijkheid voor de ander.

Vanuit dit kader kunnen we ons dan ook de vraag stellen of we binnen de forensische behandeling niet net moeten investeren in patiënten meer kritisch te leren kijken naar hun particuliere geschiedenis, of dat we niet meer moeten investeren in het hen laten inzien dat er keuzemogelijkheden bestaan. Hiermee bevinden we ons aan het andere uiteinde van het eerder geschetste continuüm.

Wanneer we beide kanten van dit continuüm naast elkaar zetten komen we dus terecht in twee – op het eerste zicht – eerder tegenstrijdige principes. Ofwel gaan we onze patiënt maximaal controleren, door bijvoorbeeld het installeren van “de blik”, ofwel gaan we net zoveel mogelijk verantwoordelijkheid bij onze patiënt zelf leggen door hem kritisch te laten kijken naar zichzelf en hem zodoende bewust te maken van zijn “keuzevrijheid” die hij heeft wanneer hij zich terug in de maatschappij gaat begeven.

Beide uiteinden van dit continuüm leveren een bijdrage aan de dubbele taak die de forensische psychiatrie uitvoert. Deze beide uiteinden in hun puurste vorm lijken op het eerste zicht onverenigbaar. In de praktijk zien we dat het forensische onderdeel van de forensische psychiatrie veelal als repressief wordt beschouwd. Internering mag dan wel een maatregel zijn, de uitwerking ervan wordt door degene die de maatregel ondergaat als een straf ervaren. In functie van de bescherming van de maatschappij wordt immers de vrijheid beperkt of volledig afgenomen. Daarenboven staat er in België geen termijn op deze maatregel. Dit versterkt de ervaring van bestraffing. Deze maatregel onbeperkt in tijd, gecombineerd met – aan de andere kant van het continuüm – een onvoldoende uitgewerkt zorgcircuit voor geïnterneerden in België, zorgt voor een eerder uitzichtloze situatie voor de betrokken geïnterneerde die in de gevangenis verblijft. Hierbij valt te denken aan verdere psychische aftakeling en – veelal vanuit een overlevingsstrategie – versterking van antisociaal gedrag, kortom detentieschade in de ruime zin. De keuzemogelijkheden voor de betrokkenen zijn in deze situatie zeer beperkt. Dat het ook anders kan vanuit de forensische component wil de stroming van de therapeutische jurisprudentie duidelijk maken.

Therapeutische jurisprudentie

De centrale these van dit kader stelt dat wetgeving en rechtspraak een therapeutisch effect moeten beogen. Therapeutische jurisprudentie, hierna TJ, bevindt zich in die zin eerder aan de kant van het continuüm die zich bezighoudt met zorg

voor mensen. Het stelt dat de geest van de wet, in de brede zin met al zijn actoren, nageleefd moet worden. Therapeutische jurisprudentie is reeds twintig jaar in ontwikkeling (Wexler 1999). Astrid Birgden heeft TJ verder uitgewerkt met het oog op daderbehandeling (Birgden 2004, 285-286).⁸ In een forensische behandeling is het bevorderen van autonomie een therapeutisch effect dat nagestreefd dient te worden. Zowel autonomie als verantwoordelijkheid kunnen het welbevinden van de dader en de maatschappij verhogen. Deze autonomie kan bekomen of verhoogd worden door het uitbreiden van de keuzemogelijkheden die mensen hebben (Birgden 2008, 455). De zelfbeschikking, de eigen wil en de daadkracht van een persoon worden hierbij aangesproken. Dit staat lijnrecht tegenover het percipiëren van een individu als willoos en volgzzaam of – sterker nog – het objectiveren van personen. TJ wil streven naar een geïnformeerde vrije keuze die personen kunnen maken voor het kiezen voor een behandeling. Dat houdt tegelijkertijd in dat hier geen plaats is voor absolute dwang of relatieve drang met betrekking tot behandeling. Die drang of dwang is immers tegenstrijdig met de beoogde autonomie en het versterken van de persoon. Het maken van keuzes bestaat uit een wil en een weg volgens Birgden. De wil tot behandeling ligt grotendeels bij de dader en kan enkel versterkt worden door middel van motivationele technieken. De weg echter, kan grotendeels gefaciliteerd worden door de dichte omgeving en ruimer, de volledige maatschappij.

Zoals eerder gesteld heeft Birgden vanuit TJ een kader ontwikkeld voor daderbehandeling. Daaruit zijn zeven principes voortgekomen die hieronder kort toegelicht zullen worden in het licht van de praktijk. Ten eerste heeft de wet altijd een invloed op rehabilitatie. In het kader van dit artikel behelst dat de forensische behandeling of zorg. Dit houdt in dat therapeutische effecten van de wet volledig benut moeten worden wanneer ze zich voordoen. Ten tweede moet er in rehabilitatie tegemoet getreden worden aan psychische noden van de dader. Zodoende dient er versterkend en opbouwend opgetreden te worden. Dit in tegenstelling tot het eerder vermijdende aspect van het denken in termen van risico's. Ten derde is het van belang dat beslissingen door de dader autonoom kunnen genomen worden. Zoals hierboven al aangehaald moet men weg van verplichtingen. Ten vierde stelt Birgden dat rehabilitatie een multidisciplinaire onderneming is met meerdere mensen die het roer in handen hebben. Evenwicht tussen enerzijds actoren van de wet en anderzijds klinici is hier belangrijk. Ten vijfde wijst men

8. De toepassing van TJ op daderbehandeling valt te kaderen in een wetenschappelijke tendens die zich gaandeweg ontwikkeld heeft als tegenhanger van en later als aanvulling op het RNR-model. Belangrijke exponenten hierin zijn de verschillende desistance theorieën, het Good Lives Model en de strength-based benadering die gericht is op herstelgerichte inclusie van daders. Deze theorieën uitwerken zou ons hier te ver leiden, maar voor de geïnteresseerde lezer willen we verwijzen naar Farrall (2002), Farrall & Calverley (2006), McNeill (2006, 2012), Ward & Maruna (2007) en Ward, Yates & Willis (2012).

erop dat rehabilitatie een individueel gegeven is. Groepsprogramma's (cf. RNR) volstaan dus niet. Een individuele opbouwende benadering is de aangewezen methodiek. Ten zesde mag niet uit het oog verloren worden dat rehabilitatie gebonden is aan waarden. De heersende moraal, vertaald in de wet, geeft richting aan het proces van 'beter worden'. Deze moraal is geen statisch gegeven en staat onder invloed van de tijdsgeest. Tenslotte wordt er gesteld dat rehabilitatie de noden van de maatschappij enerzijds en de dader anderzijds moet afwegen. Concreet betekent dit dat het risico dat de dader stelt afgewogen moet worden tegenover zijn individuele zorgbehoefte (Birgden 2002, 183).

Zoals uit de principes duidelijk naar voren komt, hecht TJ vanuit ethisch oogpunt belang aan het maximaliseren van een geïnformeerde vrije keuze, ook voor mensen die feiten hebben gepleegd. Dit is een idee weg van dwang en drang. Verder stelt het dat verantwoordelijkheid voor rehabilitatie zowel bij de maatschappij als bij de dader ligt. Ook bij TJ komt de dualiteit van forensische psychiatrie opnieuw naar boven. Het belang van de maatschappij tegenover het belang van de dader: veiligheid versus zorg. Therapeutische jurisprudentie tracht deze twee belangen te verenigen met aandacht voor de ethische kant van de zaak.

In de *Kritiek van de Praktische Rede* van I. Kant lezen we

Nu kan met het begrip straf als zodanig beslist niet het deel hebben aan geluk verbonden worden. Want hoewel degene die straft tegelijkertijd het goede oogmerk kan hebben zijn straf ook op dat doel te richten, moet de straf op zichzelf, d.w.z. als iets louter kwalijks, gerechtvaardigd zijn, zodat de gestrafte,..., zelf moet erkennen dat hem recht is gedaan, en dat zijn lot volkomen strookt met zijn gedrag. In elke straf als zodanig moet in de eerste plaats gerechtigheid liggen. (Kant 2009 [1788], 80)

Wanneer we de gedachtegang van Kant doortrekken zouden we kunnen stellen dat wanneer mensen er steeds voor kiezen het "moreel goede" te doen, dit straf overbodig zou maken. Immers kiezen mensen er steeds voor geen afbreuk te doen aan hun eigen geluk. (Kant 2009[1788], 81) In dit licht kan TJ beschouwd worden als een denkkader dat van straffen iets 'goeds' wil maken. Het gaat vanuit de kritiek op straffen en controleren – die Foucault formuleerde – proberen een ethische en opbouwende benadering te construeren.

Discussie

De praktijk van de forensische psychiatrie in Zelzate

In de forensische psychiatrie in Zelzate komen – bijna – alle patiënten rechtstreeks uit de gevangenis. De detentieperiode aldaar kan variëren van enkele maanden tot verschillende jaren. Wanneer patiënten hier opgenomen worden komen ze terecht in een sterk gestructureerde en gecontroleerde omgeving. Het accent ligt in de eerste periode op observatie en controle. Systematisch kunnen patiënten via een “uitgangsprogramma” meer individuele vrijheid bekomen. Dit gaat van het onder begeleiding naar de markt gaan tot het op weekend kunnen gaan onder toezicht van bonafide⁹ anderen. We kiezen ervoor patiënten op weekend te laten gaan met bonafide anderen omdat we hiermee het belang willen ondersteunen van het uitwerken en onderhouden van familiale en sociale netwerken. Naarmate patiënten meer uitgangen (lees: vrijheden) verdienen, krijgen ze ook meer verantwoordelijkheid. Samen met deze verantwoordelijkheid zal men ook werken rond het “leren omgaan met keuzemogelijkheden”. Er wordt met andere woorden in de eerste fase van het programma gewerkt rond het principe van de keuzevrijheid. Waar er aanvankelijk weinig tot geen keuzevrijheid is gaat het team meer en meer keuzevrijheden installeren bij de patiënt en vermits ethiek keuzevrijheid veronderstelt, komen we hier op het domein van het omgaan met keuzemogelijkheden.

Toch stellen we in de praktijk vast dat het vaak moeilijk is om de grens te hanteren tussen enerzijds het beschermende aspect en anderzijds het loslaten hiervan. Twee voorbeelden hiervan zijn het omgaan met middelen en het aangaan van (intieme/seksuele) relaties.

Wat het omgaan met middelen betreft, is er een expliciete visie waarbij het beschermen en controleren centraal staan. Voor alle patiënten geldt gedurende de gehele opname een uitdrukkelijk verbod op gebruik van alcohol en drugs. Hierin wordt op geen enkel moment enige keuzevrijheid geboden. Er is als het ware de “verwerping” van alle gebruik. Nochtans zou men – bijvoorbeeld vanuit de motivationele gespreksvoering¹⁰ – er kunnen voor opteren om gebruik niet te gaan verwerpen, doch patiënten zelf de keuzemogelijkheid te gaan bieden hierrond.

Het aangaan van intieme/seksuele relaties wordt in onze instelling “niet aangemoedigd”. In de praktijk komt dit vaak neer op een beschermende en controlerende blik op elk “verdacht” contact. Het is echter net binnen dit “niet aangemoedigd”

9. Met bonafide bedoelen we mensen die een prosociale invloed hebben op de patiënt. De bonafiditeit van iemand wordt bepaald door het behandelend team en is derhalve niet sluitend. Ervaring echter vormt daarin een belangrijk gegeven.

10. Motivationele gespreksvoering is een therapeutisch model dat ontwikkeld is door Miller en Rollnick. Belangrijk in dit model is dat er geen waarde uitspraken gedaan worden. De kracht van het model zit hem in het gegeven dat patiënt zelf tot de “juiste” motivatie komt om iets aan het gedrag te gaan veranderen. De geïnteresseerde lezer willen we verwijzen naar Miller & Rollnick (2005).

digd worden” dat er een grijze zone ontstaat. Enerzijds lijkt er geen totaal verbod te zijn, we gaan met andere woorden hier niets opleggen, anderzijds stellen we dat het aangaan van een relatie geen deel uitmaakt van de keuzevrijheid van de patiënt. Dit laatste biedt ons de mogelijkheid om controle uit te oefenen bijvoorbeeld door middel van de dialoog aan te gaan met de patiënt op het moment dat het thema verliefdheid aan de oppervlakte komt.

Een visie op daderbehandeling ethisch bekeken

De rode draad doorheen deze bijdrage betreft de dualiteit in de praktijk van de forensische psychiatrie. De afweging tussen enerzijds het risico voor de maatschappij en anderzijds de individuele zorgbehoefte van de geïnterneerde is doorlopend aanwezig in de praktijk. In deze afweging spelen verschillende actoren elk met hun belangen een rol. Dit is niet zonder consequenties voor de praktijk van de forensische psychiatrie.

In de paragraaf omtrent risico, behoefte en responsiviteit werd heel kort al een stukje historie geschetst omtrent de visie op daderhulp doorheen de laatste decennia, meer specifiek het ontstaan van het RNR-model. Hierin werd duidelijk gemaakt dat hoe RNR vandaag de dag wordt aangewend, niet volledig strookt met het ontstaan van het model. In tegenstelling tot de periode van het ontstaan van RNR, ligt er in onze hedendaagse maatschappij een sterke nadruk op het beheersen van risico's. Zoals eerder gesteld resulteert dit in meer aandacht voor de maatschappij dan voor het individu. Er zou zelfs gesteld kunnen worden dat het individu in zekere mate herleid wordt tot een risicofactor. De hedendaagse maatschappelijke context – die zich vooral richt op economische effectiviteit en efficiëntie – heeft in die zin minder aandacht voor de subjectieve aspecten van de zaak. Het is de verdienste van RNR dat daderbehandeling opnieuw een plaats heeft gekregen en een stevige wetenschappelijke onderbouw heeft ontwikkeld. Er kunnen echter vragen bij het model gesteld worden wanneer het aankomt op persoonlijke beleving van de dader, motivationele aspecten en de re-integratie in de maatschappij. Re-integratie in de maatschappij is immers het sluitstuk van een succesvolle behandeling. Als er echter voornamelijk gefocust wordt op risico's, zal er telkens een argument gevonden worden – hoe minimaal ook – om deze maatschappelijke re-integratie te blokkeren of vertragen. Een proefbuissituatie in een beveiligde residentiële setting is immers niet altijd en niet helemaal representatief voor gedrag in de samenleving. Is dit een valkuil voor de behandeling van daders? Vanuit zowel een waardenethiek als vanuit een consequentialistische ethiek kunnen we ons de vraag stellen of het te verantwoorden is de dader te reduceren tot een “risicofactor”, hem enkel te zien als een pleger van zijn feiten. Met de paragraaf over therapeutische jurisprudentie willen we een aanzet geven om verder

na te denken over de ethische aspecten van de forensische psychiatrie. Vermits we onze patiënten in de eerste plaats zien als subjecten is het interessant om – naast dynamische risicofactoren (zie eerder) – subjectieve factoren en sociaal kapitaal¹¹ altijd mee in overweging te nemen bij de behandeling van een dader, in ons concreet geval de behandeling van geïnterneerden in de forensische psychiatrie. Tot slot willen we de vraag stellen of de inherent negatieve benadering door middel van het in kaart brengen en reduceren van risico's volstaat. Dient dit niet aangevuld te worden door een positieve benadering die gaat focussen op sterktes van een individu?

Bibliografie

- Andrews, Don A. et al. 1990. "Does Correctional Treatment Work? A Clinically Relevant and Psychologically Informed Meta-Analysis." *Criminology* 28: 369-404.
- Andrews, Don A. & James Bonta. 2010. *The Psychology of Criminal Conduct*. 5th edition. New Providence: Matthew Bender.
- Arendt, Hannah. 2006 [1963]. *Eichmann in Jerusalem. A Report on the Banality of Evil*. New York: Penguin.
- Bandura, Albert. 1977. *Social learning theory*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall Inc.
- Birgden, Astrid. 2002. "Therapeutic jurisprudence and 'Good Lives': A Rehabilitation Framework for Corrections." *Australian Psychologist* 37,3:180-186
- Birgden, Astrid. 2004. "Therapeutic Jurisprudence and Responsivity: Finding the Will and the Way in Offender Rehabilitation." *Psychology, Crime & Law* 10: 283-295.
- Birgden, Astrid. 2008. "Offender rehabilitation: a normative framework for forensic psychologists." *Psychiatry, Psychology and Law* 15,3: 450-468.
- Brouckaert, Johanna. 2007. "Geïnterneerden geïntegreerd? Werking 'Ontgrendeld' in de gevangenis van Gent." *Vlaams Tijdschrift voor Orthopedagogiek* 26,2: 36-47.
- Casselmann, Joris. 2004. "Recente ontwikkelingen in verband met de opvang van geïnterneerden in Vlaanderen." In *Actuele thema's uit het strafrecht en de criminologie*, red. Dirk Van Daele & Ingrid Van Welzenis, 77-88. Leuven: Universitaire Press.
- Commers, Ronald. 2009. *Kritiek van het ethisch bewustzijn. Vol. 1. Van liefde met recht en rede*. Leuven: Acco.
- Cosyns, Paul e.a. 2007. "Geïnterneerden in België. De cijfers." *Panopticon* 28,1: 46-61.
- Foucault, Michel. 1989 [1975]. *Discipline, toezicht en straf. De geboorte van de gevangenis*. Groningen: Historische Uitgeverij.
- Foucault, Michel. 2003 [1975]. *Surveiller et punir. Naissance de la prison*. Paris: Ed. Gallimard.

11. Het concept "sociaal kapitaal" wordt hier gezien als het sociaal netwerk dat een bron vormt voor positieve wendingen in het leven, weg van crimineel gedrag.

- Kant, Immanuel. 2009 [1788]. *Kritiek van de praktische rede*. Amsterdam: Boom.
- Levinas, Emmanuel. 2012 [1961]. *Totaliteit en oneindigheid*. Amsterdam: Boom.
- Wexler, David B. 1999. "Therapeutic Jurisprudence: An Overview". Beschikbaar op <http://www.law.arizona.edu/depts/upr-intj/intj-o.html>.