

Visietekst van het team : kader voor opgelegde ambulante daderhulp aan plegers van zedenfeiten

Seksueel misbruik is een ernstig maatschappelijk probleem dat veel schade en ellende veroorzaakt. Het is ook een “hot topic” geworden. De samenleving heeft ervoor gekozen seksueel misbruik niet enkel repressief, maar ook preventief aan te pakken. Daderhulp maakt deel uit van die strategie. Dit relatief nieuwe terrein moet nog vorm krijgen en de verschillende actoren op het terrein zijn bezig te zoeken hoe die preventieve opdracht het best kan worden vervuld.

I.T.E.R. is het Nederlandstalig centrum voor de regio Brussel-Halle/Vilvoorde. In deze tekst willen we onze visie op het werken met plegers van seksueel misbruik uitwerken. We willen dit op een wetenschappelijk onderbouwde manier doen. Van deze tekst zal dan ook een wetenschappelijke versie met referenties aan vaktijdschriften worden aangeboden. We vinden echter dat we er met wetenschap alleen niet komen. In het werken met plegers zijn ook overwegingen vanuit een mensvisie aan de orde. De emotionele reacties die dit werk oproept, liegen er niet om.

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

1. Daderhulp is geen therapie aan forensische patiënten, maar is forensische hulpverlening aan mensen die onverantwoordelijk seksueel gedrag hebben gesteld dat schade heeft berokkend.
2. Daderhulp kan niet “af-gedwongen” worden, maar is een vorm van opgelegde therapie.
3. Daderhulp is mandaatgebonden therapie en het mandaat is het voorkomen van recidive.
4. Veiligheid is een randvoorwaarde bij daderhulp en dit vergt een toezichthoudende derde.
5. Daderhulp vereist multidisciplinair teamwerk en heeft een eigen instrumentarium.

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

We hebben het hier niet over een spitsvondige woordspeling. Forensische hulpverlening beschouwen we als een eigen specialisme. Het is te onderscheiden van justitieel welzijnswerk of van geestelijke gezondheidszorg aan forensische patiënten. Eigen aan onze visie op daderhulp als forensisch werk is het delictgerichte

werk: verwerken van de gepleegde feiten (verleden) en voorkomen van herhaling (toekomst). Verbreding naar andere hulpthema's moet van daaruit verantwoord worden of behoeft een bijkomende instemming van de pleger. Uiteraard heeft een pleger alle recht op goede zorgen zoals elke burger, maar daarvoor is hij niet naar therapie gestuurd.

Een pleger is dus in eerste instantie geen "patiënt" in de klassieke medische betekenis van het woord. Slechts een minderheid heeft een ernstige psychiatrische stoornis (gedragsstoornissen buiten beschouwen gelaten – het is in veel gevallen een tautologie om ernstig delinquent gedrag als gedragsstoornis te classificeren). Deze patiënten hebben uiteraard recht op alle goede zorgen zoals elke medeburger. Of psychopathologie rechtstreeks en causaal seksuele delinquentie kan verklaren moet in vele gevallen als niet bewezen worden beschouwd. Daarenboven hoeft het wegnemen (of behandelen) van de psychopathologie niet automatisch als gevolg te hebben dat ook het delinquent gedrag verdwijnt. We kunnen ons vinden de sociale leertheorie die stelt dat eens gedrag aangeleerd is, het onafhankelijk van de oorspronkelijke oorzaken een eigen leven gaat leiden en dus apart en rechtstreeks als probleem kan en moet behandeld worden. Forensische therapie gaat ons inziens niet uit van een "ziektemodel". Integendeel, plegers waarbij de psychiatrische problematiek voorop staat (bv. acute psychose), kunnen beter eerst binnen de klassieke psychiatrische hulpverlening geholpen worden.

Forensische hulpverlening past ook niet binnen het klassieke psychotherapeutische cliëntmodel. Een pleger meldt zich zelden aan, omdat hij een therapievraag heeft, zoals dit voor vele psychotherapiemodellen een voorwaarde is. De vraag gaat uit van de samenleving. I.T.E.R. is opgericht, omdat de Vlaamse Gemeenschap een samenwerkingsakkoord met Justitie afgesloten heeft, niet omdat plegers therapie wensten te kunnen volgen. Er zijn altijd plegers geweest die wel een authentieke therapievraag hebben. Die vonden vroeger reeds hun weg naar reguliere centra en die zijn nu uiteraard ook bij I.T.E.R. welkom. Specifiek voor onze werking is echter in therapie voorzien voor mensen die nog gemotiveerd moeten worden voor therapie. Motivatie is geen voorafgaandelijke voorwaarde voor therapie. Wel vragen we van de pleger een minimale bereidheid om te willen onderzoeken of hij in de doelgroep van I.T.E.R. past en om in dat kader over zijn leven te willen nadenken en, indien nodig (dat zal dan in de therapie moeten blijken), naar verandering te streven. Onze doelgroep bestaat uit alle personen die strafbare zedenfeiten hebben gepleegd of vrezen dat ze dit zouden kunnen doen.

We zien motivatie als doelstelling en werkpunt doorheen het hele therapeutisch parcours. We merken dat als we er tijd voor maken en naar de pleger luisteren, er wel velen zijn die een eigen vraag hebben (bv. seksualiteit, eigen slachtofferschap, niet terug in de gevangenis belanden, enzovoort). Daarnaast merken we ook dat veel plegers problemen hebben op een aantal specifieke psychische gebieden die met misbruik te maken hebben, zoals cognitieve distorties, inlevingsvermogen, zelfwaarde, hechting, angst voor intimiteit, locus of control, zelfkennis (innerlijke wereld), emotionele eenzaamheid, coping (bv. "emotionele probleemoplossingsstijl"), woede-, stress- en frustratiemanagement, enzovoort.

Wanneer we een pleger in therapie krijgen die zelf het gevoel heeft dat hij gestuurd werd, die geen eigen vraag en geen lijdensdruk heeft, dan beschouwen we hem als

een deelnemer aan een programma dat de samenleving inricht en waarin hij mag instappen. Het therapiecontract dat we hem ter ondertekening voorleggen, heet dan ook een toetredingsovereenkomst. Veel plegers komen in de loop van de behandeling bijkomend in het cliënt- en/of patiëntstatuut. Sommigen bevinden zich vanaf de start in twee of meer statuten, maar alle plegers vertrekken vanuit het deelnemersstatuut. De termen “patiënt” en “cliënt” gebruiken we hier in het kader van een theoretisch model dat de therapeutische relatie definieert. Patiënt staat dan voor een benadering waarbij de hulpzoekende lijdt, recht heeft op verlichting, genezen moet worden en dit wel door bestrijding van zijn ziekte of zijn ziekteverschijnselen. De cliënt is een hulpzoekende die een antwoord zoekt op zijn vraag en samen met zijn therapeut op weg gaat. In plaats van zo’n ziekte- of een cliëntmodel gaan we uit van een “verantwoordelijkheidsmodel”. Misbruik beschouwen als onverantwoordelijk gedrag dat schade berokkent, houdt in dat we van keuzevrijheid uitgaan. Wat iemand ook voor verschrikkelijke dingen in zijn leven heeft meegemaakt, er zijn alternatieve manieren van omgaan met trauma’s en er dienen keuzes gemaakt te worden, vooraleer traumatische ervaringen aanleiding geven tot het plegen van misbruik. Keuzevrijheid is niet onbeperkt en is gekleurd door de ervaringen die iemand heeft meegemaakt, maar er zijn altijd wel mensen te vinden die ergere of gelijkaardige dingen hebben meegemaakt en niet tot onverantwoordelijk misbruikgedrag overgegaan zijn. Verantwoordelijkheid leren opnemen voor de verwerking van eigen problemen en voor de schade die misbruik aanricht, zijn belangrijke doelstellingen in dadertherapie.

Een verantwoordelijkheidsmodel houdt twee bewegingen in: verantwoordelijkheid geven aan de pleger en verantwoordelijkheid nemen door de therapeut. De therapie is erop gericht de pleger uit te nodigen om verantwoordelijkheid te nemen voor zijn feiten. Een eerste stap in die richting is reeds dat we het keuzemoment waarin de pleger voor therapie kiest in de verf willen zetten (zie stelling 2). Als team nemen we verantwoordelijkheid door de best mogelijke therapie in veilige omstandigheden aan te bieden. Verantwoordelijkheid nemen betekent echter ook risico’s nemen. De meest verantwoordelijke therapeut is niet degene die alle therapieën weigert wegens te riskant. Het moet evenwel een berekend risico zijn, vandaar het belang van risicotaxatie als diagnostische discipline. Er is ook een externe kant aan die verantwoordelijkheid van de therapeut, namelijk t.o.v. de samenleving, de slachtoffers en potentiële slachtoffers.

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

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

Gedwongen therapie is een objectieve contradictie. Met het geweer in de rug kan niet aan therapie worden gedaan. Juridische dwangmaatregelen komen neer op vrijheidsberoving of loonbeslag, maar voor zover ons bekend nooit op “u moet en zal therapie volgen” (de gedwongen plaatsing van geïnterneerden in een psychiatrische instelling zou hierop een uitzondering kunnen vormen). Gedwongen therapie roept ook de verkeerde associaties op (hersenspoelingen, heropvoedingskampen). Wie door justitie naar ambulante therapie wordt gestuurd, heeft altijd een andere keuzemogelijkheid gehad, zoals bijvoorbeeld strafrechtelijke vervolging of hechtenis. Deze alternatieven lijken niet zo aantrekkelijk en het is navolgbaar dat vele plegers het therapie-aanbod aannemen om het andere aversievere alternatief te kunnen vermijden (negatieve-stimulusreductie).

We kiezen voor het begrip “opgelegde” hulpverlening, omdat het niet de pleger, maar de gerechtelijke instantie is die de details (het kader) van de alternatieve maatregel bepaalt waarbinnen betrokkene therapie mag volgen. Dit kader is te nemen of te laten. Indien de pleger instemt, worden hem deze voorwaarden opgelegd. Voor de start van de therapie vinden we het belangrijk dit keuzemoment extra in de verf te zetten. Therapieweigering is legitiem en gebeurt ook. Er zijn plegers die ervoor kiezen hun straf uit te zitten en na strafeinde onbehandeld weer naar de samenleving terug te keren. Hoezeer we ons over deze plegers ook zorgen kunnen maken, vanuit therapeutisch standpunt heeft het geen zin deze mensen “manu militari” te dwingen. Wel heeft het zin om met deze mensen na te gaan waarom ze weigeren. Velen hebben een verkeerd beeld van therapie (“ze breken je persoonlijkheid tot op de grond af” of “ik ga mijn ziel verliezen”) en kunnen pas een gegronde beslissing nemen, nadat ze een juist beeld van therapie hebben gekregen.

Zich gedwongen voelen is dus geen tegenindicatie voor therapie. Een zekere mate van dwang speelt in vele therapievragen een rol. Wie erg onder een probleem lijdt, kan ook het subjectieve gevoel hebben tegen zijn zin aan zichzelf te moeten werken, omdat het anders niet meer gaat (cf. negatieve-stimulusreductie). En denken we ook even aan de partner die met hangende pootjes naar therapie meegaat, omdat hij anders aan de deur wordt gezet wordt. De dwang die uitgeoefend wordt, is echter geen dwang in de zin van een regelrechte verplichting tegen iemands wil in. Therapie is geen hersenspoeling en wordt niet uitgevoerd in een heropvoedingskamp. Dwang is dus geen tegenindicatie, omdat ze niet absoluut is. Wat gebeurt, is dat de keuzevrijheid van de pleger beperkt wordt. Hij kan niet autonoom voor het alternatief kiezen dat hem het aantrekkelijkst lijkt, maar hij moet kiezen uit de alternatieven die de samenleving hem aanbiedt. In die zin wordt er wel dwang op hem uitgeoefend.

Extern gemotiveerd zijn door bijvoorbeeld de voordelen die het volgen van ambulante therapie biedt, beschouwen we als legitiem en menselijk. Het is de moeite waard om in het kader van opgelegde therapie met extern gemotiveerde cliënten op weg te gaan. We kunnen ons eerder zorgen maken om die cliënten die geen externe therapiemotivatie kennen. Dit zijn bijvoorbeeld de delinquenten die verkiezen om tot strafeinde in de gevangenis te blijven en de mogelijkheid van een vervroegde invrijheidstelling niet wensen te benutten, indien daar een therapieprijkaartje aan vast hangt. Deze delinquenten komen na het uitzitten van hun straf vrij, zonder dat

ze in therapie over zichzelf hebben nagedacht. Er zijn echter ook cliënten die elk beetje opkomen voor eigenbelang ontberen. Ze vinden persoonlijke voordelen als strafvermindering of –vermijding onbelangrijk of vinden dat ze er omwille van hun onwaardige persoon geen aanspraak op mogen maken. Het betreft hier cliënten die juist therapeutische zorgen behoeven omwille van hun gebrek aan welgemeend eigenbelang, degenen die dit zeggen uit sociale-wenselijkheids- of manipulatie-overwegingen buiten beschouwing gelaten.

Anders is het gesteld met “oneigenlijk” gemotiveerde plegers. Dit zijn mensen die de therapie starten met een verborgen agenda: bijvoorbeeld de maatschappij op kosten jagen (“ze zullen duur voor mijn therapie betalen”), de zinloosheid van therapie willen bewijzen (“ah, de rechter wil mij niet geloven dat therapie mij niet kan helpen”), het eigen gelijk willen halen (“ik heb het niet gedaan en ik zal het u eens bewijzen”), enzovoort. Gelukkig komt deze motivatiesoort weinig voor in onze praktijk. Indien deze motivatie niet kan worden beïnvloed, stopt de hulpverlening.

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

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

Seksuele delinquenten vragen om verschillende redenen een aparte aanpak: relatief hoog terugvalrisico in vergelijkbaar gedrag, escalatierisico naar ernstigere gevolgen voor de slachtoffers, veel slachtoffers en ernstige schade, emotionele reacties bij het publiek en risico op sociale uitsluiting van de betrokkene. Om al die redenen opteren we voor een gespecialiseerde aanpak voor seksuele delinquenten. Therapeutisch gezien zou deze doelgroep kunnen worden uitgebreid naar plegers van huiselijk geweld en andere impulsieve agressiedelicten (bijvoorbeeld verkeersagressie). Momenteel stelt de overheid ons echter niet in staat om onze doelgroep in die richting uit te breiden.

We vertrekken met een dubbel mandaat: enerzijds draagt de samenleving ons op in het kader van een opgelegde maatregel terugvalpreventietherapie aan te bieden (want dat is het perspectief waarbinnen de samenleving een keuzevrijheid voor de

pleger wil toestaan); anderzijds stemt de pleger erin toe om deelnemer te zijn in het programma dat de therapeut voorstelt, d.w.z. dat hij minimaal bereid is om te onderzoeken of hij in de doelgroep van I.T.E.R. past en om in dat kader over zijn leven na te denken en, indien nodig, naar verandering te streven. Dit dubbele mandaat regelt de onderlinge relaties. Het gedrag dat het uitgangspunt voor de mandaten vormt, is niet noodzakelijk ziek of pathologisch gedrag, maar delinquent, sociaal onaangepast of onverantwoordelijk gedrag. Terugvalpreventie is de centrale doelstelling en andere doelstellingen staan ofwel in functie van terugvalpreventie of zijn facultatief, vrijblijvend (cf. mandaat). I.T.E.R. is als benaming voor een ambulante centrum voor daderhulp aan plegers van zedenfeiten afgeleid van het Latijns woord *iter* dat “reisweg” of “tocht” betekent. We kozen I.T.E.R.-met-puntjes-tussen ook als letterwoord, omdat het staat voor de therapeutische doelstellingen I-mpulscontrole, T-erugvalpreventie, E-mpathiebevordering en R-esponsabilisering.

Terugvalpreventie is de centrale doelstelling. Dit is het belang van de samenleving en het mandaat waar ook de pleger mee heeft ingestemd om aan te werken. Zijn minimale belang daarbij is om via terugvalpreventie niet (opnieuw) in de gevangenis te belanden. Terugvalpreventie is een zeer ambitieuze doelstelling. Het klinkt alsof hulpverlening zou kunnen bereiken dat terugval de wereld uitgeholpen wordt. Hoe lovenswaardig we dit ook zouden vinden, realistisch is het niet. Het zou eerlijker en bescheidener zijn om van schadebeperking te spreken. Vanuit dit mandaat verruimen we onze doelstelling waarbij we voor onszelf de oefening maken dat deze verruiming steeds binnen een terugvalpreventiekader verantwoord moet kunnen worden. Op korte termijn werken we daarbij aan: groeiend probleembesef en het formuleren van eigen doelstellingen (patiënt- en cliëntgericht werken), verhogen van een psychotherapie-eigen motivatie, cognitieve herstructurering en gedragscontrole. Op lange termijn en steeds in functie van terugvalpreventie: bevorderen van verantwoordelijkheid, bevorderen van betrouwbaarheid, bevorderen van inlevingsvermogen en bevorderen van zelfkennis. Tenslotte houdt dadertherapie ook een volgehouden, maar vrijblijvend aanbod in om aan het bevorderen van de eigen levenskwaliteit en zelfontplooiing te werken (ook wel met een omstreden woord “daderzorg” genoemd). Dit kan echter niet “opgelegd” worden.

4. Veiligheid is een randvoorwaarde en vergt een toezichthoudende derde

Therapie, zeker opstartende therapie, kan op zich geen veiligheid bieden. De therapeut staat niet naast de pleger in zijn dagelijks leven om te kijken en te controleren of iemand risicogedrag stelt. Het is ook niet de taak van het daderhulpteam om dit te doen. Vandaar dat de evaluatiefase die voorafgaat aan de therapie, ook als doel heeft om risico's in te schatten en te beoordelen welke randvoorwaarden kunnen helpen om een ambulante therapie in (relatief) veilige omstandigheden te laten verlopen. Conclusie na de evaluatiefase kan zijn dat een veilig kader niet realiseerbaar is en dat we ambulante therapie niet wensen op te starten, of dat bepaalde condities moeten vervuld zijn om veilig van start te kunnen gaan (= randvoorwaarden). Het realiseren van deze randvoorwaarden is geen taak van de hulpverlening, maar van justitie (of van de verwijzer). Indien blijkt dat deze voorwaarden niet realiseerbaar zijn, vinden we het onverantwoord om met ambulante hulpverlening te starten.

Deze randvoorwaarden kunnen velerlei vormen aannemen: bijvoorbeeld woonst, werk, dagbesteding, drugscontrole, bijkomende hulpverlening (zoals thuisbegeleiding, gezinstherapie, ontwenning, enzovoort). Zoals hoger reeds aangegeven beseft de hulpverlening zich hierbij in een machtspositie te bevinden en willen we erop letten om enkel de noodzakelijke minimale voorwaarden aan te halen. Nochtans gaan we ervan uit dat het ook niet in het belang van de pleger is om een hulpverlening op te zetten waarvan met redelijke zekerheid kan worden voorspeld dat ze zal mislukken. Anderzijds blijft risicotaxatie een hachelijke onderneming en we beseffen op een slappe koord te lopen waarbij fouten in de twee richtingen kunnen voorkomen: therapie ten onrechte starten, maar ook therapie ten onrechte niet starten. Ook deze laatste mogelijkheid beschouwen we als een fout die helaas niet uit te sluiten is, maar die we wel willen beperken. Voor de pleger staat er heel wat op het spel en vandaar ook dat we “informed consent” ook bij de start van de evaluatiefase als heel belangrijk beschouwen.

Veiligheid is een thema voor de samenleving (terugvalpreventie), voor de cliënt (behoeden voor mislukkingen), maar ook voor het team. We willen ons werk professioneel en wetenschappelijk onderbouwd doen en fouten voorkomen hoort daarbij. Maar er is ook de fysieke en psychische integriteit van de therapeut die in het werken met plegers in het gedrang kan komen. Werken met risico's die toch nooit 100 % uit te sluiten zijn, is zwaar. Daarom vinden we teamwerk onontbeerlijk. Samen verantwoordelijkheid nemen zien we als enige leefbare mogelijkheid om plegers toch ook kansen te blijven geven. De veiligste, maar niet de beste oplossing zou immers zijn om dan maar geen enkel risico meer te nemen.

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

Relatieve veiligheid zien we dus als een randvoorwaarde die door een kader omheen de hulpverlening zelf moet gerealiseerd worden. Binnen het therapeutisch kader moet de pleger zoveel mogelijk vrijheid kunnen ervaren om zich uit te drukken en zijn diepste zielenroerselen te kunnen vertellen. Dit wil niet zeggen dat, zoals bij klassieke psychotherapie het beroepsgeheim de motor is die een therapeutische relatie op gang moet helpen brengen. We zien het beroepsgeheim dus niet als de

hoeksteen die het hele hulpverleningsgebouw schraagt. De boodschap die daarmee aan een cliënt in een “gewone” therapeutische context gegeven wordt, luidt: “Vertel gerust alles aan mij, ik ben uw therapeut en het zal u opluchten. U hoeft geen angst te hebben, want ik ben gebonden door het beroepsgeheim”. Dit kadert in het opbouwen van een vertrouwensrelatie. De dadertherapeut die echter vanuit een verantwoordelijkheidsmodel wil vertrekken, moet zich de vraag stellen of een dergelijke boodschap het verantwoordelijkheidsgevoel bij de pleger stimuleert. In zoverre de pleger het beroepsgeheim zo interpreteert dat hij een pakketje verhalen in alle vertrouwen bij de therapeut mag deponeren, zal dit contraproductief werken. Het uitkomen voor de gepleegde feiten maakt deel uit van het therapeutisch proces en mag niet zomaar aan de pleger ontfutseld worden om pas daarna echt van start te gaan. Een therapeut die vertrouwen aanbiedt, kan er niet vanop aan dat een pleger dit vertrouwen op dezelfde manier interpreteert. Een pleger is vertrouwd met wantrouwen en met misbruik van vertrouwen, in ieder geval in het kader van de feiten die aanleiding zijn voor het therapiemandaat en die dus in eerste instantie het onderwerp van de therapie zullen uitmaken. Het beroepsgeheim is uiteraard onverkort van kracht, evenwel niet als therapeutische hefboom die de relatie op gang moet trekken, maar als wettelijk kader en recht van de pleger. Vanzelfsprekend werken we graag met “de hele waarheid”, maar dan vertelt door een pleger die met kennis van zaken over de draagwijdte daarvan handelt. Daarnaast zijn andere bronnen van waarheid natuurlijk onontbeerlijk (dossier, sociale omgeving).

In de praktijk loopt het zo’n vaart echter niet. Zelfs met de beste vertrouwelijkheidsgaranties vertellen plegers hun verhaal niet zomaar. Psychologisch gezien houdt het vertellen van hun verhaal ook reeds een therapeutische stap in (doorbreken van de geheimhouding) en is het niet zomaar een “in vertrouwen nemen” van de therapeut om achteraf de beste hulp te kunnen bekomen. Het vertellen van de feiten maakt deel van een proces van verantwoordelijkheid nemen. De boodschap die aan de pleger gegeven wordt, kan als volgt worden omschreven: “Niemand heeft er iets aan dat je me de hele waarheid zondermeer op mijn bord deponeert en er dan vanuit gaat dat je er vanaf bent. Je kunt me beter de halve waarheid vertellen, maar voor dat deel dan ook de verantwoordelijkheid willen opnemen.” Op die manier anticipeert de therapeut op het feit dat de pleger zijn verhaal wel niet volledig zal doen en normaliseert hij dit. Onvolledig zijn betekent niet de therapie hinderen. Het heeft zijn psychologische betekenis.

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

Tenslotte is veiligheid ook een thema waar we ons als hulpverleners direct persoonlijk bij betrokken voelen. Werken met plegers in een ambulante setting is wellicht niet gevaarlijker dan andere vormen van ambulante hulpverlening, althans is ons hierover geen onderzoek bekend. Toch stralen sommige plegers een intimiderende houding uit die de therapeutische relatie hypothekeert. I.T.E.R. voert dan ook een veiligheidsbeleid ten behoeve van haar teamleden.

5. Daderhulp vereist multidisciplinair teamwerk en heeft een eigen instrumentarium

Forensisch werk als eigen specialisme en zoals opgevat en uitgevoerd door I.T.E.R. omvat én geestelijke gezondheidszorg én algemeen welzijnswerk én een vrijblijvender “vormingsaanbod” voor korte begeleidingsopdrachten in het kader van juridisch lichtere feiten (leerproject). Het multidisciplinaire vinden we echter ook op andere terreinen belangrijk. Zo maken twee maatschappelijk werkers, twee psychologen, een psychiater, een criminologe, twee criminoloog-seksuologen, een coördinatie- en een secretariaatsfunctie deel uit van het team. Ook wat betreft therapierichtingen willen we een breed spectrum in huis hebben : gedragstherapie, systeem- en familie therapie, contextuele therapie, client-centered therapie.

Er zijn verschillende redenen waarom we er bewust voor kiezen dit werk enkel en alleen als multidisciplinair team uit te voeren:

De meest voor de hand liggende is dat de wet van 13 april 1995 het zo voorziet (maar dat is natuurlijk niet alles);

De zwaarte die dit werk met zich meebrengt (zie hoger), de verantwoordelijkheid die het met zich mee brengt, de moeilijke beslissingen die genomen dienen te worden, enzovoort;

Ook uit welbegrepen zelfbescherming, omdat in de één-één relatie tussen pleger en hulpverlener het risico bestaat de context uit het oog te verliezen en in het verhaal meegezogen te worden;

Omwille van de complexiteit van de problematiek en de veelheid aan deskundigheden die samengebracht dienen te worden;

Om samen dossiers te kunnen dragen en dit moeilijke werkveld ook vol te kunnen houden (want het opbouwen van deskundigheid vergt een jarenlange ervaring).

Daarom kiezen we er niet enkel voor om een multidisciplinair team te zijn, zodat voor elk dossier de beste specialismen kunnen worden gekozen worden, maar nemen we elk dossier met het volledige team op en dragen we de verantwoordelijkheden die ermee gepaard gaan collegiaal. We ervaren dit als de beste waarborg voor kwaliteit en voor preventie van burn-out van de hulpverlener.

De typische werkalliantie die we pogen aan te gaan met de pleger, is niet als een klassieke vertrouwensrelatie te omschrijven. Eventueel kan het daar naartoe evolueren. De relatie kan nog het best omschreven worden als een relatie van “verdiend vertrouwen”. De pleger hoeft zijn hulpverlener niet direct te vertrouwen. Waarom zou hij? Hij heeft zijn hulpverlener niet uitgekozen, hij heeft meestal niet uit zichzelf voor therapie gekozen. Wat mag hij van ons verwachten? Hebben wij wel iets te bieden dat bruikbaar is? Wat is bruikbaar voor hem? Zijn wij in zijn ogen wel te vertrouwen? Allemaal vragen waarop de antwoorden in de loop van de therapie duidelijker kunnen worden. Hopelijk groeit er dan vertrouwen, omdat we het

verdienen (zonder onze ziel te verkopen). Therapie is geen carte blanche (cf. verschil tussen werken vanuit beroepsgeheim en werken vanuit informed consent). Gezond wantrouwen is (in het begin) op zijn plaats. Ook wij als hulpverleners willen niet naïef in de relatie stappen. Plegers zijn niet te vertrouwen, dat is nu juist het probleem. Dit is voor ons geen belijdenis van wantrouwen. Mensen kunnen veranderen. Mensen hebben recht op een (berekende) kans. Maar in eerste instantie hebben we het mandaat om aan terugvalpreventie te werken. Naarmate hierin heel gedragsgerichte vorderingen ("controle") gemaakt worden, kunnen ook andere terreinen en thema's aan bod komen die hierbij aansluiten (zie hoger bij doelstellingen). Ook de eigen slachtofferbelevingen kunnen dan een plaats krijgen. In die volgorde, niet andersom.

Plegers hebben in ieder geval wel recht op een respectvolle bejegening. Een algemene vertrekhouding vinden we de idee dat iemand altijd meer is dan de feiten die hij gepleegd heeft. Indien dat geloof er niet is, maakt hulpverlening geen kans. De verwerping (terugvalpreventie) richt zich op de feiten en niet op de persoon van de pleger. Informed consent als methodiek maakt deel uit van deze respectvolle bejegening, maar ook het besef dat de hulpverlening in een machtspositie zit waar voorzichtig mee moet worden omgesprongen worden. Daarom kunnen we ons vinden in de denkoefening om opgelegde hulpverlening tegen de lamp van de mensenrechten te houden. Daarbij kwamen specialisten tot de volgende principes: Informed consent: wat zijn sancties, welke dwang is er, wat zijn alternatieven?; Een mandaat en een duidelijk doel: voorkomen van recidive; Opteren voor de minst indringende en minst dwingende methode om het vooropgestelde doel te kunnen bereiken; Niet zonder expliciete verantwoording vanuit mandaat en doelstelling in het intieme leven van de persoon binnendringen; Proportionaliteitsbeginsel: ingrijpender methoden inzetten bij ernstiger delicten. Het laatste principe levert in onze praktijk het meest problemen op. Enerzijds kunnen we het leerproject aanbieden (zes maanden tot één jaar vorming) voor de juridisch als licht gekwalificeerde feiten. Anderzijds komen de plegers die zeer ernstige feiten gepleegd hebben, ook in statuten die een lange opvolging mogelijk maken (voorwaardelijke invrijheidstelling, internering). Er is echter een grote tussencategorie waarbij die proportionaliteit vanuit therapeutisch standpunt anders ingevuld moet worden dan vanuit een juridisch standpunt. Een relatief ernstig delict kan een relatief lichter te behandelen therapeutische terugvalproblematiek inhouden en omgekeerd. Het bekendste voorbeeld vormt exhibitionisme.

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

I.T.E.R. maakt er een werkpunt van om een breed aanbod voor alle specifieke

doelgroepen te ontwikkelen. Alle personen die op basis van hun feiten en problematiek in aanmerking komen, hebben recht op een therapeutische kans. We denken daarbij specifiek aan:

- Minderjarigen;
- Jongvolwassenen;
- Zwakbegaafden en mentaal gehandicapten;
- Senioren;
- Vrouwelijke plegers;
- Alloctonen;
- Ontkenners;
- Betrokken systeemleden (bijvoorbeeld partners).

We hopen met deze visietekst een beeld te hebben gegeven van het werk dat I.T.E.R. in het kader van haar opdracht uitvoert. Reacties op en discussie over de inhoud van deze tekst zijn steeds welkom op iter@pi.be.

Meer informatie kan u ook altijd vinden op de webstek www.iter-daderhulp.be