

Hoofdstuk 6:

De Schone en het Beest: werken aan persoonlijk herstel binnen een forensische context

“De Franse semioticus Roland Barthes (1915-1980) spreekt over de paradox van de ‘ingesloten verworpene’ (le déchet incorporé): in bijna alle gemeenschappen worden bepaalde typen van uitgeslotenen omarmd zonder dat zij daarom hun status van uitgeslotene of ‘paria’ verliezen. Zo wordt het vreemde of het Andere onschadelijk gemaakt.”
(Uit: Psychische kwetsbaarheid als kracht, Vandenbroeck, & De Rynck, 2014, p. 35)

De afgelopen decennia wordt het medisch-psychiatrische referentiekader steeds meer uitgedaagd en bekritiseerd omdat dit kader eerder de beperking/het probleem dan de persoon achter het label belicht en omdat bepaalde diagnoses leiden tot stigma en discriminatie (Williams & Heslop, 2005). Een discours dat hierop de afgelopen jaren internationaal een antwoord biedt, is de herstelbenadering (Le Boutillier, Leamy, Bird, Davidson, Williams, & Slade, 2011; Amering, & Schmolke, 2009). Deze herstelbeweging kent haar oorsprong in de groeiende aandacht voor psychosociale ondersteuning binnen de psychiatrische rehabilitatie en in de opmars van consumentenverenigingen in de jaren '60 en '70 (Pouncey, & Lukens, 2010). Recent wordt deze effectieve benadering gepromoot om personen met een psychiatrische problematiek een stem te geven en gericht te ondersteunen (Oades, Deane, Crowe, Lambert, Kavanagh, & Lloyd, 2005; Slade, 2010).

‘Recovery’ verwijst naar een langdurig proces waarbij individuen –door problemen op uiteenlopende leefgebieden aan te pakken- werken richting een menswaardig en kwaliteitsvol leven (McLellan, 2002; Mead, & Copeland, 2000). Deze benadering wordt algemeen aanvaard als sterktegerichte filosofie voor consumenten binnen de geestelijke gezondheidszorg, gericht op een betere levenskwaliteit en op een grotere participatie in de samenleving (EFP, 2015; Farkas, 2007; Gagne, White & Anthony, 2007; Laudet, 2008). Simultaan daarmee rijzen initiatieven die gericht zijn op de praktijk en het beleid van herstelondersteunende zorg als paddestoelen uit de grond. Community-based of gemeenschapsgerichte initiatieven haken in op deze paradigmatische beweging. Zo zien we op het niveau van de zorgverlening een evolutie van residentieel naar ‘zorg in de thuissituatie’, van medische expertise naar ervaringsdeskundige ondersteuning, van

aanbodgestuurde naar vraaggerichte zorg,... Ook de participatie van familieleden en het sociale en informele netwerk beoogt een bredere gedragenheid van het ondersteuningstraject en verlaat het traditioneel lineaire denken over het ziektebeloop. Dit veranderende referentiekader, brengt een verschuiving teweeg van paternalistische, institutionele zorg naar sociaal-maatschappelijke ondersteuning vanuit een krachten- en contextgericht denken. Parallel aan deze ideologische verschuiving, zorgde de publicatie van de DSM-5 opnieuw voor verhitte discussies over de aard van psychiatrische stoornissen: biologische realiteit of sociaal construct, strikt afgebakende entiteit of te situeren binnen een continuüm, gedefinieerd door hulpverlener of patiënt? Vragen worden gesteld over de validiteit van de categorieën, het toenemend aantal stoornissen, het pathologiseren van normaal menselijk lijden en gedrag, het gebruik ervan door overheden en financiers (De Fruyt & Matthys, 2014).

Empowerment, hoop, verantwoordelijkheid, peer-support, belangenbehartiging en kwaliteit van leven zijn belangrijke begrippen in het hersteldiscours, maar deze worden niet compatibel geacht met de behandeling van delictplegers met een psychiatrische problematiek. Deze visie veronderstelt immers dat delictplegers met een psychiatrische problematiek worden beschouwd als de primaire actoren van hun herstelproces (Vanderplasschen, Rapp, Pearce, Vandeveld, & Broekaert, 2013). Om herstel te realiseren, wordt daarenboven een strengths-based benadering genomen als uitgangsbasis, die gericht is op de capaciteiten en mogelijkheden van individuen in plaats van op zijn of haar tekortkomingen (Farall, & Maruna, 2004; Saleebey, 2005). Recente internationale ontwikkelingen op het gebied van de forensische geestelijke gezondheidszorg wijzen op een aantal innovatieve strategieën om personen met een psychiatrische problematiek te ondersteunen. Zo werden vanuit een sterktegericht perspectief een aantal herstelgerichte methoden ontwikkeld (Vandeveld, Soye, Vander Beken, De Smet, Boers, Broekaert, 2011). We zien hierbij een accentverschuiving door oa. het What Works-principe van Andrews en Bonta (2010) en het Good Lives Model van Ward en Maruna (2007) die zich specifiek focussen op de rehabilitatie van delictplegers met een psychiatrische problematiek. Deze principes vereisen een expliciete sterktegerichte visie, met de focus op capaciteiten en positieve eigenschappen van het individu, eerder dan tekortkomingen.

Een belangrijke impasse stelt zich wanneer men vanuit de herstelbenadering geïnterneerde personen wil ondersteunen (Henagulph, McIvor & Clarke, 2012; Mezey, Kavuma, Turton, Demetriou & Wright, 2010; Viljoen, Nicholls, Greaves, de Ruiter, & Brink, 2011). Herstel in penitentiaire en forensische settings betekent immers een nieuwe en interessante uitdaging binnen de forensische geestelijke gezondheidszorg. De belangrijkste barrières om de herstel filosofie te implementeren zijn de restricties waarmee deze groep van patiënten te maken heeft en het gebrek aan keuzes die men kan maken zoals

vb. uitgangen en 'positive risk taking' (Corlett, & Miles, 2010). Daarom is het voor de forensische sector geen evidentie om herstelprincipes vorm te geven, omdat de rol van de verschillende belanghebbenden niet alleen beoogt om de personen te behandelen, maar ook om te voldoen aan de juridische eisen en om de maatschappij te beschermen. Er bestaat dan ook geen consensus of deze benadering minimale dan wel grondige aanpassingen vereist in deze specifieke context (Drennan, & Alred, 2012; South London and Maudsley NHS Foundation Trust and South West London and St George's Mental Health NHS Trust, 2010).

In wat volgt, gaan we in op 'herstel' en wat dit inhoudt, zowel als begrip als herstel als proces. We belichten daarna kort de actuele situatie van geïnterneerde personen. Daaropvolgend schetsen we de specificiteit van het herstelproces van personen die een strafbaar feit hebben gepleegd, geïllustreerd met een voorbeeld. We sluiten af met een slotbeschouwing op de ondersteuning van herstel binnen een forensische context.

1. *HERSTEL als begrip*

Herstel kent vele vormen en gedaanten. Een eerste stap is daarom het begrijpen van herstel als begrip. Vanuit de geestelijke gezondheidszorg wordt persoonlijk herstel vaak omschreven aan de hand van de definitie van W.A. Anthony (1993), vooraanstaand figuur binnen het herstelparadigma. Hij omschrijft het concept als "een diep persoonlijk, uniek proces van verandering van attitudes, waarden, gevoelens, doelen, competenties en rollen. Het gaat om het leiden van een bevredigend, hoopvol en zinvol leven ondanks de beperkingen die de ziekte met zich meebrengt".

Persoonlijk herstel wordt eveneens vaak gedefinieerd vanuit de verschillen met het klinisch herstel (Slade, 2010). Dit laatste is een concept dat wordt gehanteerd binnen specialistische, biomedische vakliteratuur. Het richt zich op de duurzame reductie van symptomen en op het herwinnen van het eigen functioneren. Het is onveranderlijk tussen individuen en het wordt gebruikt om herstel meetbaar te maken en cijfermatig in kaart brengen. Persoonlijke herstel ontstaat daarentegen uit de narratieven van ervaringsdeskundigen (bv. Brown, & Kandirikirira, 2006). De focus ligt op het leiden van een bevredigend, hoopvol leven, zelfs met de beperkingen veroorzaakt door ziekte. De invulling van dit begrip verschilt van individu tot individu, en de empirische bewijzen hebben betrekking op stadia van verandering eerder dan op generaliseerbaarheid (Slade, Amering, & Oades, 2008). Andere onderzoekers karakteriseren deze vorm van herstel door het streven naar het herwinnen van de regie over het eigen leven, het optimaliseren van de levenskwaliteit met de focus op het ontwikkelen van betekenisvolle relaties en competenties, en door een zoektocht naar positieve elementen die een meerwaarde betekenen voor het individu (Bonney, & Stickley, 2008;

Gudjonsson, Webster, & Green, 2010; Simpson, & Penney, 2011; Drennan, & Alred, 2012). De South London and Maudsley NHS Foundation Trust (2010) Social Inclusion and Recovery (SIR) omschrijven persoonlijk herstel als “living as well as possible”.

Met betrekking tot de definities van herstel, stuiten we hier reeds op een eerste vaststelling: de omschrijvingen zijn zeer heterogeen en er is geen consensus met betrekking tot de conceptualisering van dit begrip. Ervan uitgaande dat herstel een erg individueel en subjectief proces is dat bij elk individu een andere invulling krijgt (NIMHE, 2005), verklaart waarom een eenvormige definitie zoeken niet haalbaar is en artificieel zou overkomen (Simpson, & Penney, 2011). Desondanks zijn er algemene principes en kernideeën die breed gedragen zijn. Zo beschrijven Leamy en collega's (Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams, & Slade, 2011) ‘recovery’ samenvattend in hun ‘CHIME-framework’. Op basis van een systematische review van de literatuur en een narratieve synthese, concluderen zij dat Connectedness (verbondenheid), Hope (hoop), Identity (identiteit), Meaning (betekenis) Empowerment (CHIME) een internationale synthese omvatten van best practices die herstel ondersteunen, empirische pro-recovery interventies identificeren en dat deze begrippen een overzicht geven van de lacunes in de huidige wetenschappelijke kennis.

2. *HERSTEL als proces*

Herstel binnen verslavingsonderzoek wordt door van der Stel (2013) omschreven als een meerdimensionaal, individueel, subjectief proces dat veranderlijk is in de tijd. Het impliceert een interactie tussen vier determinanten die in verband staan met elkaar en elkaar beïnvloeden. Klinisch herstel leunt het sterkste aan bij het medische model (cf. supra), met een duidelijk focus op de afwezigheid van symptomen, ondersteund door medische of psychologische interventies. Functioneel herstel heeft betrekking op het herwinnen van lichamelijke, psychische of sociale functies door bv. het trainen van cognitieve, sociale en communicatieve vaardigheden (Vanderplasschen, Dekkers, Vandeveld, & Broekaert, 2015). Dit herstel kennen we beter onder de noemer ‘rehabilitatie’ of ‘revalidatie’. Wanneer we het hebben over het opnieuw positioneren van het individu in de samenleving, zowel praktisch als relationeel, spreekt van der Stel over maatschappelijk herstel. Persoonlijk herstel tenslotte is de vierde component en de belangrijkste drijfveer die andere vormen van herstel verbindt en laat interageren.

Het initiëren, bevorderen en behouden van het herstelproces is geen statische resultante van professionele interventies (Slade, Williams, Bird, Leamy, & Le Boutillier, 2012). Het is daarentegen een dynamisch proces dat mede wordt geregisseerd door persoonlijke verantwoordelijkheden en steun

vanuit het bredere sociale netwerk (van Gestel-Timmermans, 2011). Van Audenhove onderscheidt vijf opeenvolgende stadia binnen het herstelproces (Van Audenhove, 2015). De eerste fase laat zich kenmerken door oa. verwarring en hulpeloosheid: het moratorium. Wanneer men zich bewust wordt dat herstel mogelijk is, bevindt men zich in de tweede fase. De derde fase houdt in dat men het eigen herstel beschouwelijk maakt door oa. de eigen krachten te onderkennen en te inventariseren. Wanneer men zich in de vierde fase bevindt, het opnieuw opbouwen, gaat men zich bv. een nieuwe, positieve identiteit aanmeten. De laatste fase kenmerkt zich door groei, het hebben van veerkracht, optimisme, zelfvertrouwen.

Per definitie is persoonlijk herstel dus een zeer variabel en een evolutief proces, wat impliceert dat het moeilijk maar niet onmogelijk is om te operationaliseren (Dorkins, & Adshead, 2014). Een voorbeeld van een vertaling naar de praktijk is het 'shared decision-making' en andere vormen van partnerschappen tussen professionals en consumenten. Deze laatsten zijn hierbij hun eigen expert en persoonlijk verantwoordelijk voor en eigenaar van hun herstelproces.

Pas recent werden specifieke, herstelgerichte interventies ontwikkeld die personen met psychische problemen ondersteunen in het bereiken van een hogere mate van levenskwaliteit. Een wetenschappelijk onderbouwd voorbeeld hiervan is WRAP –Wellness Recovery Action Planning (Copeland, 1999)- een zelfmanagement instrument dat wordt opgesteld in ondersteuning met lotgenoten (Scott, & Wilson, 2011; Jonikas, Grey, Copeland, Razanno, Hamilton, Floyd, Hudson, & Cook, 2011; Cook, Copeland, Jonikas, Hamilton, Razzano, Grey, Floyd, Hudson, Macfarlane, Carter, & Boyd, 2012; Pratt, MacGregor, Reid, & Given, 2012). Gebaseerd op de resultaten van gerandomiseerde onderzoeken met controlegroep (RCT's), concluderen deze onderzoekers dat "zelfmanagementtraining door middel van lotgenotencontact psychiatrische symptomen reduceert, hoop optimaliseert en bijdraagt tot een betere levenskwaliteit. Dit bevestigt het belang van zelfmanagementinstrumenten, zoals bv. WRAP, als onderdeel van wetenschappelijk onderbouwd, herstelgeoriënteerd aanbod" (Cook et al., 2012, p.881).

3. *De ACTUELE SITUATIE van geïnterneerde personen*

Een grootschalige Europese studie met betrekking tot geestelijke gezondheidszorg voor gedetineerden toont aan dat beschikbare gegevens omtrent psychiatrische stoornissen alarmerend beperkt zijn (Salize, Dressing, & Kief, 2007). Hoewel erkend wordt dat delictplegers met een psychiatrische problematiek recht hebben op adequate behandeling en zorg, wordt in België een groot aantal onder hen (1143 van de 3876 geïnterneerden op 31 12 2013, FOD Volksgezondheid) opgesloten in

reguliere penitentiaire instellingen, zonder of met slechts beperkte toegang tot geestelijke gezondheidszorg (Vandeveldt et al., 2011). België plaatste slechts recent de behandeling van geïnterneerden als beleidsthema op de politieke agenda (Boers, Vandeveldt, Soye, De Smet, & Ting To, 2011). Naar aanleiding van het Masterplan Internering, werden een aantal concrete beleidsinitiatieven genomen. Dit Masterplan behelst, op voorstel van de werkgroep Forensisch Psychiatrisch Zorgcircuit, onder andere de oprichting van Forensisch Psychiatrische Centra (FPC) in Vlaanderen. Voortbouwend op de filosofie van de vermaatschappelijking van de zorg, wil men ook voor geïnterneerden een adequaat zorgnetwerk uitbouwen. Dit met de belangrijkste doelstellingen om enerzijds de uitstroom van geïnterneerden uit de gevangenis te bevorderen, anderzijds de doorstroom tussen verschillende vormen van hulpverlening te faciliteren. Om deze redenen werden er binnen de actuele hulpverlening aan geïnterneerden met betrekking tot de psychologische en criminologische opvolging en met het oog op de verdere uitbouw van het zorgtraject voor geïnterneerden, in 2013 netwerkcoördinatoren internering aangesteld vanuit de FOD Volksgezondheid. Deze dienen samen met de coördinatoren extern zorgcircuit voor geïnterneerden vanuit de FOD Justitie de brug te slaan tussen justitie en het GGZ-netwerk (Aga, Rowaert, Vanderplasschen, & Wuyts, in press).

In relatie tot de bestaande behandelingen, wijzen beschikbare studies er op dat de focus grotendeels gericht is op het reduceren van het recidiverisico door vooral de aandacht te vestigen op het criminogene proces (bv. Andrews, & Bonta, 2010). Deze risicogerichte benadering heeft als gevolg dat de aandacht voor het welzijn en de zorgbehoeften van de betrokkenen lange tijd op de achtergrond bleef. Onderzoekers stelden eveneens eerder vast dat de kwaliteit van forensische hulpverlening over het algemeen laag is, wanneer men deze vergelijkt met de vigerende standaarden binnen de algemene geestelijke gezondheidszorg en dat het zorgaanbod zelden evidence-based is (Salize et al., 2007; EFP, 2015). Daarnaast verhogen de gepercipieerde stigma's en het zelfstigma die deze personen ervaren omwille van zowel hun justitiële als hun klinische traject, de individuele draaglast (Davidson, O'Connell, Tondora, Lawless, & Evans, 2005; Slade et al., 2008; Tew, Ramon, Slade, Bird, Melton, & Le Boutillier, 2012; LeBel, 2012). We kunnen stellen dat, met betrekking tot de huidige ondersteuning van geïnterneerde personen, de herstellfilosofie over het hoofd wordt gezien of onvoldoende aangewend wordt binnen de ondersteuning van deze personen.

4. *PERSOONLIJK FORENSISCH HERSTEL als bijkomende vorm van herstel*

Hoewel hier geen consensus over bestaat, benadrukken verschillende auteurs (Corlett, & Miles, 2010; Dorkins, & Adshead, 2011; Drennan, & Alred, 2012; Ferrito, Vetere, Adshead, & Moore, 2012) het belang van een duidelijk onderscheid tussen de herstelvisie in de reguliere en categorale zorg. Zij geven aan dat deze herstelvisie geherinterpreteerd en hertaald moet worden binnen forensische settings, vanuit de historiek van de centrale persoon. Deze specifieke aanpassing benoemt men als 'dual recovery' of 'secure recovery'. Zij stellen dat men rekening dient te houden met een bijkomend proces, nl. 'offender recovery'. Dit houdt het herdefiniëren in van de dader als persoon na het plegen van feiten, het begrip hiervan door de dader en de perceptie van de betrokkene die daar aan gekoppeld is. Dit nieuwe identificatieproces wordt gehanteerd als centrale component. Herstel van het feit dat men een delict heeft gepleegd en van het eigen daderschap is uitermate belangrijk, en in vele gevallen, zeer moeilijk. Dit proces wordt dan ook gezien als één van de grootste uitdagingen wanneer men herstelgericht wil werken met personen die een delict hebben gepleegd (Corlett, & Miles, 2010).

Aansluitend hierop stellen O'Sullivan en collega's (O'Sullivan, Boulter, & Black, 2013) vast dat herstel impliceert dat men zich bewust moet zijn van de beschikbare post-diagnose identiteiten, die tegemoetkomen aan de eigen leefwereld. Binnen de nieuwe eigen leefwereld, moet er ook plaats worden gemaakt voor de misdaad an sich en de context waarin deze plaatsgreep. Een studie bij personen die een levensdelict hebben gepleegd, suggereert dat thema's zoals herstel en het inlossen van schuld, bijdraagt aan het opbouwen van een nieuwe identiteit (Ferrito et al., 2012). Deze studie schetst ook de verschillende dynamieken die -volgens de daders- mee aan de basis liggen om te komen tot het plegen van een levensdelict en schetst daarnaast dimensies die het herstelproces kunnen in de weg staan, zoals bv. stigmatisatie en het stopzetten van professionele ondersteuning. Stigmatisatie hangt samen met een belangrijke factor binnen de 'offender recovery'. Het impliceert namelijk dat iemand de sociale en persoonlijke gevolgen dient te dragen van het plegen van een delict. Dit proces hangt samen met het leren leven met gevoelens van schuld, spijt en schaamte. Om te komen tot een nieuwe identiteit na het plegen van een levensdelict is de nodige tijd vereist.

De aard van herstel binnen een juridische context wordt daarnaast ook sterk beïnvloed door een maatschappelijk gedefinieerde finaliteit en de -vaak talrijk- betrokken stakeholders. De veruitwendiging van deze juridische context, nl. de verblijfsomgeving en de verschillende ondersteunings- en evaluatievormen, maken dit proces uiterst complex. De buitenwereld stelt de verwachtingen dat deze personen zich beter leren gedragen en daarnaast dat hun psychiatrische aandoening voldoende verbeterd dient te zijn vooraleer de maatregel wordt opgeheven. Patiënten die zich van de ene -al dan niet-beveiligde voorziening naar de andere begeven, zijn zelden 'hersteld' van hun psychische stoornissen, maar worden veeleer geacht om psychisch

voldoende stabiel te zijn om een grotere mate van autonomie aan te kunnen. Echter, hun identiteit van 'dader' blijft bestaan. Daarnaast is het niet duidelijk of iedereen kan herstellen, niet in het minst omdat –wanneer men werd veroordeeld voor zware misdrijven- de autonomie van de patiënt voor een lange termijn beperkt blijft (Mezey, & Eatsman, 2009).

Recent onderzoek gebaseerd op interviews met bewoners van een Brits forensisch ziekenhuis, wijst ook op deze bijzonderheid binnen de herstelbenadering (Mezey, et al., 2010; Corlett, & Miles, 2010). Mezey en collega's voerden onderzoek binnen een medium securityafdeling in een psychiatrisch ziekenhuis in Londen. Zij brachten een aantal hinderpalen in kaart in relatie tot de implementatie van het herstelconcept binnen deze afdeling. Zij stelden vast dat het juridische traject de mogelijkheid verhindert om zelf keuzes te maken en controle te hebben over de behandelingsmodaliteiten. Uit de verhalen van de bewoners leidden ze af dat het binnen de forensisch-psychiatrische zorg moeilijk is om hoop en optimisme te genereren en zelfzorg, autonomie en onafhankelijkheid te promoten. Daarnaast vergt de huidige therapeutische benadering motivatie en confrontatie, eerder dan het bevestigen of het aanvaarden van maladaptieve patronen van het gedrag en de identiteit van de patiënt. Naast de contextuele factoren, draagt ook de zelfperceptie van delictplegers met een psychiatrische problematiek bij tot het verhinderen van het internaliseren van het herstelconcept. Zij percipiëren herstel als iets wat men bereikt door het nemen van medicatie, door te werken aan psychologische werkpunten en door een goede relatie met de professionelen en de medepatiënten uit te bouwen. Ook het verblijf in een medium securityafdeling an sich ervaren ze als een element van herstel. Met andere woorden: ze stellen herstel gelijk aan therapietrouw. Binnen hetzelfde onderzoek, stelt men ook vast dat de kernelementen van herstel meer problematisch zijn en minder betekenisvol voor delictplegers met een psychiatrische problematiek die opgevolgd worden voor het plegen van ernstige gewelddadige feiten.

Een metasynthese uitgevoerd door Shepherd en collega's (Shepherd, Doyle, Sanders, & Shaw, 2015) van vijf kwalitatieve studies over persoonlijk herstel binnen forensische settings, identificeert drie overkoepelende thema's (Stanton, Simpson, & Wouldes, 2000; Laithwaith, & Gumley, 2007; Mezey et al., 2010; Ferrito et al., 2012; O'Sullivan et al., 2013). Ten eerste is het gevoel van veiligheid en bescherming noodzakelijk als basis om te komen tot herstel. Dit heeft zowel betrekking op de fysieke omgeving als op de relaties met anderen. Een mogelijkheid om zich te kunnen afzonderen, is een voorwaarde om bovenstaande elementen te kunnen uitbouwen. Ten tweede zijn de dynamieken die hoop en het sociale netwerk kunnen bewerkstelligen, fundamenteel. Hoop kan men putten uit activiteiten die een beroep doen op de persoonlijke autonomie of door het geven van verantwoordelijkheid. Steun vinden bij anderen is essentieel om een opstap te kunnen maken naar

herstel en genereert op haar beurt opnieuw hoop. Het werken aan identiteit werd als derde thema beschreven. Deze voorwaarde bestaat op haar beurt uit drie verschillende componenten, nl. het verleden begrijpen, informatie krijgen over de ziekte die iemand heeft en ruimte maken om toch al enige vorm van identiteit te kunnen realiseren. Dit laatste kan inhouden dat iemand opnieuw een rol opneemt binnen zijn of haar familie.

Een Zweeds onderzoek naar keerpunten binnen forensische hersteltrajecten beschrijft drie domeinen die gebaseerd zijn op drie terugkerende thema's in de verhalen van 10 personen (Olssen, Strand, & Kristiansen, 2014). Deze personen hadden een historiek gekenmerkt door gewelddadigheid, scoorden recent lager op de HCR-20 en konden met succes een lagere mate van beveiliging hanteren. Een eerste domein wordt gekenmerkt door een hoge mate van emotionele negativiteit. Geleidelijk aan komt men uit deze fase oa. door medicatie op punt te stellen en een overplaatsing naar een rustige omgeving. Een tweede keerpunt wordt gekenmerkt door een mate van zelfreflectie en de eerste stappen in de richting van een nieuwe identiteit. Een laatste domein dat werd geïdentificeerd, is een keerpunt dat gebaseerd is op gevoelens van herkenning, aanvaarding en een hogere mate van volwassenheid. Deze fase wordt benoemd als de 'recovery'-fase.

Gezien de enorme complexiteit van het juridische kader en de subjectieve gelaagdheid van herstel, worden sterktegerichte benaderingen op de proef gesteld, maar blijven ze relevant. Naast de hierboven beschreven identiteit van 'dader' en de beperkingen van een forensische setting, is er bijkomend ook nog de balans die moet worden overwogen tussen het persoonlijk herstel en de bescherming van de maatschappij. Samenvattend kunnen we stellen dat 'persoonlijk forensisch herstel' een bijkomend proces is, naast het herstel zoals beschreven binnen de geestelijke gezondheid. Dit persoonlijk forensisch herstel vereist een nieuwe visie op forensisch-psychiatrische zorg.

5. Een voorbeeld van HERSTELGERICHTE ONDERSTEUNING binnen een forensische zorgcontext

Wetenschappelijke evidentie voor het inzetten van ervaringsdeskundigheid binnen de forensische psychiatrie is nagenoeg onbestaande. Binnen de reguliere zorg is vastgesteld dat interventies door ervaringsdeskundigen kunnen leiden tot positieve resultaten, op voorwaarde dat dit wordt gerealiseerd binnen een herstelgerichte cultuur van een setting, gedragen door de medewerkers binnen deze setting.

Hoewel in de reguliere geestelijke gezondheidszorg al langere tijd wordt gewerkt met het inzetten van ervaringsdeskundigen, staat deze ontwikkeling in de forensische psychiatrie nog in de kinderschoenen. De reguliere geestelijke gezondheidszorg kan hiervoor rekenen op een maatschappelijk

en politiek draagvlak door het beleidsmatig inzetten op de vermaatschappelijking van de zorg. Gezien het accent op risicobeheersing in de forensische zorg, kreeg het belang van het werken met ervaringsdeskundigen hier weinig tot geen aandacht. De sector dreigt achterop te hinken op de huidige GGZ-transformaties. Ervaringsdeskundigen met een gelijksoortige achtergrond zouden echter wel forensische patiënten kunnen helpen bij vaak terugkerende problemen in het re-integratietraject, zoals het verlies van een sociaal netwerk en omgaan met een beladen geschiedenis of stigma's (van Gestel-Timmermans, Place, van Vught, van Rooijen, & van Nieuwenhuizen, 2015). Een mogelijke eerste stap zou het inzetten van mentoren-patiënten kunnen zijn voor bv. patiënten die net opgenomen werden op een specifieke afdeling (Ferrito et al., 2012).

Binnen de Vlaamse forensische zorgverlening, zien we hier en daar een verhoogde inzet voor de ondersteunen van personen met een ervaringsdeskundigheid en neemt men bv. initiatieven waarbij geïnterneerde personen na een opname worden uitgenodigd voor een samenkomst met geïnterneerde personen die nog in behandeling zijn. Ook personen waarvan de interneringsmaatregel werd opgeheven, krijgen af en toe nog een rol als vrijwillige ondersteuner binnen een ziekenhuiscontext.

De welzijnsinterventie WRAP gebaseerd op lotgenotencontacten, biedt binnen deze sector ook een kader. Het plan wordt zowel aangewend binnen penitentiaire systemen als binnen outreach forensisch-psychiatrische zorgtrajecten om herstel en welbevinden te bevorderen (cf. <http://mentalhealthrecovery.com/info-center/wrap-in-the-criminal-justice-system/>; The Orchard Clinic, Edinburgh, UK; De Woenselse Poort, Eindhoven, Nederland; van Gestel-Timmermans et al., 2015; Dorkins, & Adshead, 2011).

6. *De spanning ontsluiten door de ondersteuning van PERSOONLIJK FORENSISCH HERSTEL*

Over de hertaling van het herstelconcept binnen een gedwongen hulpverleningstraject, is weinig bekend. Risicomanagement en een zekere mate van controle binnen een forensische setting lijken onvermijdelijk. Toch is het belangrijk om de tendens van de reguliere geestelijke gezondheidszorg mee te volgen en het belang van de focus op risico's te verschuiven naar een bredere behandel- en ondersteuningsvisie. Uit bovenstaande blijkt dat de ontwikkeling van een theoretisch model, dat vorm geeft aan het persoonlijk forensisch herstel zich opdringt om van herstel een realiteit te maken voor deze uiterst kwetsbare populatie.

De geringe onderzoeken die beschikbaar zijn over de ontwikkeling en het verloop van herstelproces van geïnterneerde personen, worden vaak

gevoerd op basis van de setting waarin ze verblijven. Daarin zien we dat personen het verblijf in deze setting an sich definiëren als een belangrijke component van het herstelproces, waarbij factoren zoals het naleven van de leefregels en de relatie met de staf indicatoren zijn voor herstel. Daarnaast is het opmerkelijk dat deze personen voor zichzelf de nood aanduiden om stil te staan bij de multiple trauma's die de resultante zijn van het plegen van de feiten en de daaropvolgende opsluitingen, behandelingen, ervaringen rond discriminatie, publieke angst, sociale uitsluiting (Brooker, & Ullmann, 2008) en stigma's,... Aanvullend is er weinig bekend over het herstelproces van personen die reeds de overstap hebben gemaakt naar de vrije samenleving. Het is daarom van belang om meer empirisch onderzoek te voeren naar de beleving van personen die onderworpen zijn aan een vorm van gedwongen behandeling. Verder is er meer onderzoek vereist naar de manier waarop men herstelondersteunende zorg kan bieden, dit zowel op het niveau van het leefklimaat van een forensische setting/organisatie, als op het niveau van concrete interventies, als op het niveau van het individu.

Herstel werd de komende jaren een leidend principe worden binnen de geestelijke gezondheidszorg. De implementatie van het herstelparadigma zet diegene die zorg vraagt centraal binnen alle discours. Narratieven van gebruikers winnen hierdoor meer en meer aan belang, aangezien de 'patiënt' de expert wordt. De narratieven van forensische patiënten worden echter vaak beschouwd als onbetrouwbaar op een antisociale manier (Adshead, Pyszora, Thomas, Gopie, Edward, & Tapp, 2013). Bijkomstig is er ook nog de complexiteit waarin een geïnterneerde persoon zich begeeft. Verschillende belanghebbenden, -vanuit psychologische, morele, sociale en juridische hoek (McNeill, 2012)- hebben telkens een andere finaliteit binnen eenzelfde 'dossier'. Belangrijke inspanningen zullen moeten worden geleverd om van herstel een realiteit te maken, ondanks de gepercipieerde beperkingen van morele en justitiële aard.

Het herstelmodel vanuit de GGZ benadrukt de persoonlijke verantwoordelijkheid van betrokkene voor de ziekte en het omgaan met de aandoening. Toch staat een hele sector nog in de kinderschoenen bij het ondersteunen van personen die deze verantwoordelijkheid niet wensen te dragen of dit niet kunnen dragen. Daarbovenop rijzen er opnieuw obstakels wanneer de uitkomsten van dit persoonlijk herstel niet sociaal wenselijk zijn en mogelijk kunnen leiden tot een grotere mate van sociale exclusie. Daarnaast komt men voor de moeilijkheid te staan hoe men opnieuw perspectief – lees: hoop- biedt aan personen met een verleden van institutionalisering, met detentieschade of met andere psychotrauma's. Of aan personen waarvan elke motivatie ontbreekt om vooruit te gaan. Dit vraagt van de betrokken hulpverleners de vaardigheid om de realistische perspectieven te valideren en rouw te accepteren en te erkennen waar een verwachting niet kan worden ingewilligd (Dorkins, & Adshead, 2011). De personen die onderworpen zijn aan een gedwongen hulpverleningstraject,

moeten kunnen worden ondersteund in de definiëring van hun persoonlijk traject dat accordeert met maatschappelijk bepaalde doelstellingen.

In deze tekst trachtten we een aanzet te geven om de onverenigbaarheid van herstel en gedwongen statuten te weerleggen. Problematische elementen werden beschreven. Een nieuwe denkrichting werd geïntroduceerd die “de herstelagenda (die kijkt naar het beste in mensen) en de forensische agenda (die het slechtste in mensen in overweging neemt” (Dorkins, & Adshead, 2010, p. 178) kan koppelen. Alle betrokkenen bij dit traject moeten dus op zoek naar een nieuw evenwicht tussen een meetbare ‘dwang’ en de subjectiviteit van het herstelproces van geïnterneerde personen. De dualiteit binnen dit gegeven moet concepten samenbrengen in plaats van ze diametraal tegenover elkaar te plaatsen. Individuele keuzes en verantwoordelijkheid kunnen afgewogen worden binnen de nodige aangeboden structuur. Vragen die centraal staan binnen het herstelparadigma kunnen samen met de betrokkenen worden beantwoord en getoetst aan de realiteit. Zo kan men in samenspraak komen tot een persoonlijk forensisch herstel, naast het persoonlijk herstel, zoals actueel gedefinieerd binnen de reguliere geestelijke gezondheidszorg.

7. Referenties

Adshead, G., Pyszora, N., Deryk, T., Ramesh, G., Edwards, J., & Tapp, J. (2013). “The waiting room”: narratives of recovery and departure of men leaving high secure psychiatric care. *Recht & Psychiatrie*, 32(1), 12-20.

Aga, N., Rowaert, S., Vanderpasschen, W., & Wuyts, Y. (2015). Geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en volwassenen met psychische problemen, in: Claes, C., Vandevelde, S., Vanderplasschen, W., *Orthopedagogiek: een situering van praktijk, onderzoek en beleid*. Gent: ACCO (in press).

Amering, M., & Schmolke, M. (2009). Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit. Bonn: *Psychiatrie Verlag*. Geraadpleegd op 16/10/2015 op <http://www.psychiatrie-verlag.de>

Andrews, D.A., & Bonta, J. (2010). The psychology of criminal conduct. 5th edition. Elsevier Science.

Anthony, W.A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23.

Boers, A., Vandevelde, S., Soye, V., De Smet, S. & Ting To, W. (2011). Het zorgaanbod voor geïnterneerden in België. *Panopticon*, 2, 17-38.

Bonney, S., & Stickley, T. (2008). Recovery and mental health: a review of the British Literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 140–153.

Brooker, C., & Ullmann, B. (2008). *Out of sight, out of mind. The state of mental health care in prison*. Geraadpleegd op 05/11/2015 op http://eprints.lincoln.ac.uk/2612/1/Out_of_sight_out_of_mind.pdf

Brown, W., & Kandirikirira, N. (2007). *Recovering mental health in Scotland. Report on narrative investigation of mental health recovery*. Glasgow: Scottish Recovery Network.

Cook, J.A. , Copeland, M.E., Jonikas, J.A., Hamilton, M.M., Razzano, L.A., Grey, D.D., Floyd, C.B, Hudson, W.B., Macfarlane, R.T., Carter, T.M., & Boyd, S. (2012). Results of a randomized controlled trial of mental illness self-management using Wellness Recovery Action Planning. *Schizophrenia Bulletin*, 38(4), 881-891.

Copeland, M. (1999). *Wellness Recovery Action Plan*. Venice: Peach Press.

Corlett, H., Miles, H. (2010). An evaluation of the implementation of the recovery philosophy in a secure forensic service. *British Journal of Forensic Practice*, 12(4), 14-25. doi: 10.5042/bjfp.2010.0611

Davidson, L., O'Connell, M. J., Tondora, J., Lawless, M., & Evans, A. C. (2005). Recovery in serious mental illness: A new wine or just a new bottle? *Professional Psychology: Research and Practice*, 36, 480–487. doi:10.1037/0735-7028.36.5.480

De Fruyt, J., & Matthys, F. (2014). Congresboek: *Wie ben ik voor u? Mensbeelden in de geestelijke gezondheidszorg*. Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg, in opdracht van de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie, ter gelegenheid van het zevende Vlaamse Geestelijke Gezondheidscongres, op 16 en 27 september 2014, Antwerpen.

Dorkins, E., & Adshead, G. (2011). Working with offenders: challenges to the recovery agenda. *Advances in psychiatric treatment*, 17, 178–187. doi: 10.1192/apt.bp.109.007179

Drennan, G., & Alred, D. (2012). *Secure Recovery: approaches to recovery in forensic mental health settings*. Oxon: Routledge.

Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (2015). Basis zorgprogramma. Landelijk zorgprogramma voor forensisch psychiatrische patiënten, versie 2.4. Geraadpleegd op 08/11/2015 op <http://www.efp.nl/web/images/uploads/>

Farkas, M. (2007). The vision of recovery today: what it is and what it means for services. *World Psychiatry*, 6(2), 68-74.

Farral, S. & Maruna, S. (2004). Desistance-focussed criminal justice policy research: introduction to a special issue on desistance from crime and public policy. *Howard Journal of Criminal Justice*, 43(3), 358-367.

Ferrito, M., Vetere, A., Adshead, G., & Moore, E. (2012). Life after homicide: accounts of recovery and redemption of offender patients in a high security hospital – a qualitative study. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 23(3), 327-344. doi: 10.1080/14789949.2012.668211

Gagne, C., White, W. & Anthony, W.A. (2007). Recovery: A common vision for the fields of mental health and addictions. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(1), 32-37.

Gudjonsson, G., Webster, G., & Green, T. (2010). The recovery approach to care in psychiatric services: staff attitudes before and after training. *Psychiatric Bulletin*, 34, p. 326-329. doi: 10.1192/pb.bp.109.028076.

Henagulph, S., McIvor, R., & Clarke, A. (2012). Risk and recovery group for offenders with mental disorders. *Psychiatric Services*, 63(1), 94-95.

Jonikas, J.A., Grey, D.D., Copeland, M.E., Razanno, L.A., Hamilton, M.M., Floyd, C.B., Hudson, W.B., & Cook, J.A. (2011). Improving propensity for patient self-advocacy through Wellness Recovery Action Planning: results of a randomized controlled trial. *Community Mental Health Journal*, 49, 260-269.

Laithwaite, H., & Gumley, A. (2007). Sense of self, adaptation and recovery in patients with psychosis in a forensic NHS setting. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 14, 302-316. doi:10.1002/cpp.538

Laudet, A.B. (2008). The Road to recovery: Where are we going and how do we get there? Empirically driven conclusions and future directions for service development and research. *Substance Use & Misuse*, 43, 2001-2020.

Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199, 445-452. doi: 10.1192/bjp.bp.110.083733

LeBel, T.P. (2012). Invisible Stripes? Formerly Incarcerated Persons' Perceptions of Stigma. *Deviant Behavior*, 33(2), 89-107. doi: 10.1080/01639625.2010.538365

- Le Boutillier C, Leamy M, Bird V, Davidson L, Williams J, & Slade M (2011). What does recovery mean in practice? A qualitative analysis of international recovery-oriented practice guidance. *Psychiatric Services*, 62, 1470-1476.
- McLellan, A. T. (2002). Have we evaluated addiction treatment correctly? Implications from a chronic care perspective. *Addiction*, 97, 249-252.
- McNeill, F. (2012). Four forms of 'offender' rehabilitation: towards an interdisciplinary perspective. *Legal and Criminological Psychology*, 17(1), 18-36.
- Mead, S., & Copeland, M. E. (2000). What recovery means to us: Consumers' perspectives. *Community Mental Health Journal*, 36(3), 315-28. doi: 228358674
- Mezey, G. C., & Eastman, N. (2009). Choice and social inclusion in forensic psychiatry: acknowledging mixed messages and double think. *The Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 21(5), 683-696.
- Mezey, G. C., Kavuma, M., Turton, P., Demetriou, A., & Wright, C. (2010). Perceptions, experiences and meanings of recovery in forensic psychiatric patients. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 21 (5), 683-696.
- National Institute for Mental Health in England (2005). *NIMHE Guiding Statement on Recovery*. Geraadpleegd op 08/11/2015 op <http://studymore.org.uk/nimherec.pdf>
- Oades, L.G., Deane, F.P., Crowe, T.P., Lambert, G., Kavanagh, D., & Lloyd, C. (2005). Collaborative Recovery: An integrative model for working with individuals who experience chronic and recurring mental illness. *Australasian Psychiatry*, 13(3), 279-284. doi: 10.1111/j.1440-1665.2005.02202.x
- Olsson, H., Strand, S., & Kristiansen, L. (2014). Reaching a turning point – how patients in forensic care describe trajectories of recovery. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28, 505-514. doi: 10.1111/scs.12075
- O'Sullivan, M., Boulter, S., & Black, G. (2013). Lived experiences of recalled mentally disordered offenders with dual diagnosis: a qualitative phenomenological study. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 24, 403-420. doi: 10.1080/14789949.2013.795238.

- Pouncey, C.L., & Lukens, J.M. (2010). Madness versus badness: the ethical tension between the recovery movement and forensic psychiatry. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 31, 93–105.
doi: 10.1007/s11017-010-9138-9
- Pratt, R., MacGregor, A., Reid, S., & Given, L. (2012). Wellness Recovery Action Planning (WRAP) in Self-Help and Mutual Support Groups. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(5), 403–405.
doi: 10.1037/h0094501
- Saleebey, D. (2005). *The strengths perspective in social work practice*. Boston: Pearson Education.
- Salize, H. J., Dressing, H., & Kief, C. (2007). *Mentally disordered persons in European prison systems – Needs, programmes and outcome (EUPRIS)*. European Commission. Geraadpleegd op 16/04/2015 op ec.europa.eu
- Scott, A., & Wilson, L. (2011). Valued identities and deficit identities: Wellness Recovery Action Planning and self-management in mental health. *Nursing Inquiry*, 18(1), 40–49.
- Shepherd, A., Doyle, M., Sanders, C., & Shaw, J. (2015). Personal recovery within forensic settings – Systematic review and meta-synthesis of qualitative methods studies. *Criminal Behaviour and Mental Health*.
doi: 10.1002/cbm.1966
- Simpson, A.I.F., & Penney, S.R. (2011). The recovery paradigm in forensic mental health services. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 21, 299–306.
doi: 10.1002/cbm.823
- Slade, M. (2010). Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches. *Health Services Research*, 10(26). Geraadpleegd op 16/10/2015 op
<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/26>
- Slade, M., Amering, M., & Oades, L. (2008). Recovery: an international perspective. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 17 (2), 128-137. doi: 10.1017/S1121189X00002827
- Slade, M., Williams, J., Bird, V., Leamy, M., Le Boutillier, C. (2012). Recovery grows up. *Journal of Mental Health*, 21(2), 99–104. doi: 10.3109/09638237.2012.670888
- Stanton, J., Simpson, A., & Woulides, T. (2000). A qualitative study of filicide by mentally ill mothers. *Child Abuse & Neglect*, 24, 1451–1460.

South London and Maudsley NHS Foundation Trust (2010). *Social Inclusion and Recovery (SIR) Strategy 2010-2015*. London: SLAM.

South London and Maudsley NHS Foundation Trust, South West London, & St George's Mental Health NHS Trust (2010). *Recovery is for all. Hope, Agency and Opportunity in Psychiatry. A Position Statement by Consultant Psychiatrists*. London: SLAM/SWLSTG.

Tew, J., Ramon, S., Slade, M., Bird, V., Melton, J., & Le Boutillier, C. (2012). Social factors and recovery from mental health difficulties: a review of evidence. *British Journal of Social Work*, 42, 443-460.

Vandenbroeck, P., De Rynck, P. (2014). *Psychische kwetsbaarheid als kracht*. Brussel: Koningin Fabiolafonds, Fond Julie Renson en de Koning Boudewijnstichting.

Vanderplasschen, W., Dekkers, A., Vandeveld, S., & Broekaert, E. (2015). Orthopedagogiek en verslavingsonderzoek aan de UGent: een zoektocht naar methoden en interventies om herstel en kwaliteit van leven te bevorderen. *Orthopedagogiek: onderzoek en praktijk*, 54(6-7), 258-269.

Vanderplasschen, W., Rapp, R. C., Pearce, S., Vandeveld, S., & Broekaert, E. (2013). Mental health, recovery, and the community. *The scientific world journal*, Article ID 926174.

Vandeveld, S., Soye, V., Vander Beken, T., De Smet, S., Boers, A., & Broekaert, E. (2011). Mentally ill offenders in prison: the Belgian case. *International Journal of Law and Psychiatry*, 34(1), 71-78.

Van Audenhove, C. (2015). *Herstellen kan je zelf. Hoopvol leven met een psychische kwetsbaarheid*. Leuven: LannooCampus.

van der Stel, J. (2013). Innovatie rond herstel, vragen en opgaven. Verslaving: *Tijdschrift over Verslavingsproblematiek*, 9(4), 5-18.

van Gestel-Timmermans, J.A.W.M. (2011). *Recovery is up to you. Evaluation of a peer-run course*. Ridderprint: Ridderkerk. Geraadpleegd op 08/11/2015 op http://www.kcco.nl/doc/kennisbank/recovery_up_to_you.pdf

van Gestel-Timmermans, H., Place, C., van Vught, M., van Rooijen, S., & van Nieuwenhuizen, C. (2015). *Herstelondersteunende interventies voor forensisch-psychiatrische patiënten met een psychotische stoornis: een overzicht van de wetenschappelijke evidentie*. Programma kwaliteit forensische zorg.

- Viljoen, S., Nicholls, T., Greaves, C., de Ruiter, C., & Brink, J. (2011). Resilience and successful community integration among female forensic psychiatric patients: A preliminary investigation. *Behavioral Sciences and the Law*, 29, 752-770.
- Ward, T., & Maruna, S. (2007). *Rehabilitation*. Abingdon: Taylor & Francis.
- Williams, V. J., & Heslop, P. (2005). Mental health support needs of people with a learning disability: a medical or social model? *Disability and Society*, 20, 231 - 245.