

Mijn ervaringen bij het werken als permanentielid op een forensische psychiatrische afdeling

Paper module forensische psychiatrie

Yvo Du Laing
Voortgezette opleiding in de GGZ
Katholieke hogeschool Leuven
Departement verpleeg- en
vroedkunde
Academiejaar 2002 -2003

INLEIDING

In deze paper zou ik de vergelijking willen maken tussen het themanummer over forensische psychiatrie¹ en de werking die ik op FPB² heb mogen zien en waar ik heb aan mogen deelnemen (observaties en eigen mening).

Ik heb voor dit onderwerp gekozen omdat binnen deze relatief nieuwe afdeling sterk de vraag rond een visie op de afdeling leeft. (Waar willen we naartoe, wat is de taak van een permanentielid,...). Tijdens mijn stage heb ik hier met de teamleden ook over kunnen meedenken. Omdat het als stagiair vrij uniek is om hier aan kunnen deel te nemen zou ik, zonder in grote abstracte denkkaders te vervallen, hier dan ook in de vorm van deze paper even bij willen blijven stilstaan.

Het is wel belangrijk om op voorhand te vermelden dat dit themanummer vanuit forensische patiënten met een persoonlijkheidsstoornis geschreven is en dat op mijn stageplaats het vooral een psychotische problematiek is.

Ik ga per artikel een aantal besproken onderwerpen aanhalen en hier verder bij stilstaan en een aantal bedenkingen formuleren mbt tot mijn stageplaats.

Het is niet de bedoeling van een samenvatting te maken van dit themanummer. Ik ga een aantal artikels selecteren die ik belangrijk vind voor het functioneren als verpleegkundige binnen deze eenheid... (is in de lesdag over forensische weinig aan bod kunnen komen)

Ik geef mijn mening/bedenkingen/observaties weer in het cursief.

¹ Tijdschrift: Themanummer "forensische psychiatrie", psychiatrie en verpleging, 2002, 78^{ste} jaargang, nr. 5, p 277-331

² Een van de drie forensisch psychiatrische afdelingen binnen het UPC St-Kamillus te Bierbeek. FPB is de laatst opgerichte afdeling (november 2002)

De forensisch psychiatrische patiënt aan het woord

Persoonlijk vind ik dit heel interessant. Wat vindt de patiënt van de aangeboden diensten? Ik denk dat hier soms te weinig bij wordt stilgestaan.

In dit artikel wordt aan een tiental patiënten gevraagd om een neerslag te maken van hun ervaringen op een forensisch psychiatrische unit. Het is een heterogene groep, zowel in hun aantal maanden verblijf als in hun pathologie.

Opvallend was ook nog dat er een vrij grote overeenkomst was tussen de verschillende aangegeven punten.

Verplicht karakter

De meest voorkomende kritiek is het sterk gestructureerd zijn van de afdeling en het verplichtend karakter van de verschillende activiteiten, zeker in het begin van een opname.

Zeven op de tien ervaren het begin van het verblijf als een verderzetting van hun gevangenisverblijf. (“veel moeten en weinig mogen”)

In de gevangenis konden patiënten vaak hun “dagindeling bepalen”. Men was er vaak passief en men kwam tot weinig.

Deze opmerking heb ik ook gehoord op de afdeling. Patiënten vonden dat het toch wel lang duurde vooraleer men iets van vrijheid kreeg. (“Het duurt vijf maand alvorens dat ik een half uurke buiten mag.”) Bij navraag komt dit ook ergens omdat FPB een nieuw project is en er nog maar weinig ervaring is met deze populatie. Het is natuurlijk niet iets om lichtzinnig over te gaan. Men werkt tenslotte met geïnterneerden. Je kan merken dat bij de tweede “lichting” patiënten al iets sneller vrijheden worden gegeven.

Als tweede moet ik ook nog vermelden dat er ook nog een derde partij in de werking meespeelt: het CBM (Commissie ter Bescherming van de Maatschappij). Het CBM moet bij iedere vrijheid zijn goedkeurig geven. Dit is volgens mij het grote verschil met andere psychiatrische patiënten. Dit is een patiëntengroep waarbij een derde partij uiteindelijk beslist over hoe lang de behandeling van de patiënt moet duren.

Ivm het verplichtend karakter is het mijns inziens ook belangrijk om stil te staan bij het aspect vrijheid. Dit is een groep van patiënten die beperkt is in zijn vrijheid. En deze groep weet ook niet wanneer hun behandeling gaat stoppen. Ze zijn aan anderen overgeleverd om hun vrijheid terug te krijgen. Je merkt dit soms ook wel in sommige contacten. Sommige patiënten stellen sociaal wenselijk gedrag in de hoop van zo een gunstig verslag te krijgen voor het CBM.

(Onder andere mijn volgpatiënt stelt zulks gedrag. Hij bracht zelf heel weinig. Als men over psychose begon dan blokte hij dit steeds af. Hij volgt nu de lessen psychoeducatie en je merkt dat dit wel een positieve invloed heeft. Bij bevraging bij de psychologe blijkt dat hij in deze lessen meer en meer over zichzelf brengt).

Het is mijns inziens dan belangrijk om rond ziekteinzicht te werken en in de eerste plaats aan een vertrouwensrelatie te bouwen (eerste stap in motivatie bevorderen).

Aantal patiënten

60% van de patiënten vinden het erg moeilijk om in een grote groep patiënten terecht te komen. Patiënten stellen dan ook voor om meer te werken in kleinere groepen. Het werken in kleinere groepen heeft als voordeel dat je een intensievere begeleiding kan krijgen, maar ook dat je je minder kan wegsteken in de groep. De grote groep ervaren ze als “te druk” waardoor er te weinig tijd is om “stil te staan bij jezelf” of te weinig tijd om “tot rust te komen”.

Op FPB ging vroeger overdag de deur naar de patiëntenkamers op slot. Dit had tot gevolg dat de patiënten de gehele dag in de leefruimte verbleven. Deze regel is ingetrokken. Als de patiënten vrij zijn mogen ze ook op hun kamer. Hierover is op voorhand wel afgesproken dat als er problemen uit zouden voorkomen dat deze regel terug ingevoerd kon worden. Het is ook wel zo dat men op deze eenheid sterk individueel wilt werken. Als er bij een bepaalde patiënt hier rond problemen zouden zijn dan kan dit individueel aangepast worden.

Vanuit een resocialisatiegedachte en vanuit een filosofie dat men recidive wilt voorkomen vind ik het belangrijk om met een kleine groep te kunnen werken. (zie lager)

praktische hulp

De praktische hulp en de bereidheid die er is om te helpen word unaniem aangegeven als een positieve ervaring. De inspanningen die geleverd worden door de sociale dienst bijvoorbeeld bij overlegmomenten met juridische instanties worden ten zeerste geapprecieerd.

Verhaal doen

Wat patiënten tevens waarderen is dat ze hun verhaal kunnen doen. 7 op de 10 geven aan een vertrouwensband te kunnen creëren met hun individueel begeleider en/of psycholoog.

Dit toont aan dat het belangrijk is dat een patiënt het gevoel heeft dat als het nodig is, hij iemand kan aanspreken. Persoonlijk vind ik het dan ook belangrijk om zo veel mogelijk ook tussen de groep te zijn (wel rekening houden met feit dat een mens regelmatig wel eens behoefte heeft om alleen te zijn: zie regeling rond het sluiten van kamerdeur). Het tussen de groep zijn is volgens mij ook belangrijk om te kunnen aanvoelen wat er leeft in de groep; je kan de sfeer maar waarnemen als je ook in de groep aanwezig bent. (vb. agressie voelen aankomen)

Er wordt van mijn patiënt ook gezegd dat hij zich beter voelt dan de andere patiënten. Je kan als je in de groep aanwezig bent bijvoorbeeld merken hoe hij tegenover andere patiënten doet. Vb. Ze gingen op een avond met een paar een gezelschapsspel spelen en je hoort hem bijvoorbeeld zeggen: “Kom, kom, kom” tegen een andere patiënt. (met een begeleidend lachje)

Ander praktijkvoorbeeld: meedoen met therapieën. Je kan als permanentielid heel gemakkelijk meedoen met therapieën. Dit moet ook voor een deel vanuit het veiligheidsaspect/bewakingsaspect. Dit zorgt er ook voor dat je als permanentielid ook een breder zicht krijgt op de patiënt. Je kan hem ook in andere situaties meemaken (observatietaak). Bij mijn volgpatiënt kan je zo zien dat hij verbaal sterk staat in de groep. Hij probeert op die manier zijn laag zelfbeeld te camoufleren.

Ik vind het belangrijk dat ik als verpleegkundige aanspreekbaar ben. Als men bij patiënten die tegen hun wil opgenomen zijn iets wilt bereiken dan moet men in de eerste plaats proberen een band uit te bouwen. Het is niet zozeer de inhoud die belangrijk is maar wel dat

er contact gelegd wordt. Bijv. praten over hobby's, iets kleins en concreet ter sprake brengen, interesse tonen als de ander iets zegt. Ik vind dat ik hier gemakkelijk het principe van de one-down positie kan gebruiken. (Je beetje van de "domme" houden). Het is een uitnodigende houding waarvan ik vind dat ze heel werkzaam is bij dit soort patiënten. Vb. mijn volgpatiënt gaat naar de smidse. Hij heeft op school hier ook les over gekregen. Ikzelf ken hier niets van. Hierop dan vanuit een geïnteresseerde houding reageren en hem laten uitleggen hoe het dan werkt en waar hij mee bezig is. Het is in dit voorbeeld niet zo belangrijk wat de inhoud is maar wel dat er communicatie is. Je werkt aan een soort band.

Welke alternatieven worden voorgesteld door de patiënten:

Kleinschaligheid

Patiënten vragen naar kleinschaligheid. Zowel naar samenleven als naar therapeutisch bezig zijn. Ze omschrijven als ideaal: woongroepen van zo een zes tot acht patiënten waarbij diverse problematieken niet gemengd zijn.

Op FPB werkt men met een patiëntengroep van acht patiënten. Dit heeft inderdaad voordelen zoals de patiënten bij het rubriekje aantal patiënten aanhalen:

- intensieve begeleiding mogelijk
- het is moeilijk(er) om je als patiënt weg te steken
- Het is een prikkelarme omgeving (bij psychotische patiënten kan dit sterk van belang zijn)

Persoonlijk ervaar ik deze kleine patiëntengroep ook als iets positief. Het maakt het inderdaad mogelijk om heel individueel te werken. Je kan al je aandacht echt op een patiënt concentreren. Deze kleine groep maakt het ook overzichtelijk. Je weet makkelijker wat er leeft in een groep. Het is overzichtelijker.

Het feit dat je je moeilijker kan wegsteken zorgt soms ook wel eens voor spanningen merk ik. Zo komt er van de patiënten uit de vraag of dat als ze aan het eten zijn wij daar met zovelen moeten bijstaan. Het maakt het inderdaad soms, hoe moet ik het zeggen, een beetje onevenwichtig. In de zin dat er vele hulpverleners kunnen zijn voor weinig patiënten wat bij een patiënt inderdaad het gevoel kan doen oproepen van bekeken te worden. (gezond evenwicht zoeken tussen toezicht en observatie / privacy patiënt)

Therapeutische activiteiten

Er wordt gevraagd naar meer groepsactiviteiten. Het samenwerken in kleine groepen wordt als zinvoller ervaren dan activiteiten in grote groep (vb. semi-industriële activiteiten in de reva.)

Misschien is een punt om bij stil te staan...

Ik vind persoonlijk dat er inderdaad ook veel "industriële activiteiten" plaatsvinden. Dit heeft ook wel zijn nut(dagstructuur...) maar er zijn op deze afdeling niet zoveel groepstherapieën. Bij navraag aan de psychologe blijkt dat zij dit ook vindt en dat ze inderdaad aan het denken zijn om, in de toekomst, het aanbod van groepstherapieën uit te breiden(SVT,...). (Hier kan je ook merken dat het een afdeling is die nog aan het groeien is. Er wordt nagedacht over het therapieaanbod, wat kan er anders, wat kan er nog bij...)

SAMENVATTEND:

- Patiënten hebben het gevoel dat er iets aan hun problematiek gedaan wordt.
- Men heeft het gevoel dat men zijn verhaal kan doen. (wat door patiënten als erg belangrijk wordt aangegeven)
- Men ervaart vaak de structuur en de regelgeving als te streng.
- Patiënten vragen naar een meer individuele aanpak en structuur volgens noodzaak.
- Er is een vraag naar kleinschaligheid.

De auteur geeft ook nog aan dat men de inhoud van dit artikel wat moet relativiseren. Het is een kleine groep patiënten (10) en het is een momentopname.

Ik volg de auteur op het vlak dat dit zeker geen wetenschappelijk artikel is. Anderzijds vind ik persoonlijk dat het toch wel punten aanhaalt waarbij het belangrijk is om even bij stil te staan.

Als ik naar de eenheid kijk waar ik stage doe dan zie ik dat er op deze vlakken al gewerkt wordt. Er is nog steeds een structuur op deze afdeling (belangrijk bij psychose) maar de patiënten mogen bijvoorbeeld buiten de therapie-uren vrij op de kamer. Hier wordt hen voor een deel de verantwoordelijkheid over het eigen functioneren gegeven. Ze weten als groep ook dat als het ontspoorde dat er dan opnieuw ingegrepen wordt. Op deze eenheid wordt al heel individueel gewerkt.

Persoonlijk zie ik hier misschien ook een minpuntje:

Als iedereen een individueel programma heeft dan gaan er tussen de patiënten onderling ook verschillen merkbaar worden. Dit kan misschien zorgen voor enige wroeging. ("Ik ben hier al langer dan hij en waarom mag hij dat wel al en ik nog niet?") Ik denk dat het belangrijk is om hier alert voor te zijn. Wij weten van waar deze verschillen komen maar de patiënten ervaren dit misschien anders.

Forensische psychiatrie: psychopathologie en behandeling

Een eerste interessante bemerking vind ik gaat over het begrip forensische:

Het begrip forensische an sich is geen diagnostische term maar een juridisch omschreven statuut die in de benadering en de opvolging van de patiënt een steeds in te calculeren factor is. (Zie boven: rol CBM en toekennen van vrijheden)

Op het stageterrein zie ik inderdaad dat de werking wat overeen komt met een vorige stageplaats, st Agnes, UPC st Jozef, Kortenberg. Dit is een gesloten eenheid waar in hoofdzaak psychotische patiënten opgenomen waren. Het grote verschil bij het werken met forensische patiënten is dat justitie over de schouder meekijkt. Als men met gedwongen opgenomen patiënten werkt dan is het het team van het ziekenhuis dat beslist welke vrijheden een patiënt krijgt. Bij geïnterneerden is er steeds een derde partij die meebeslist. Ik merk ook dat wij regelmatig niet als hulpverleners bekeken worden maar als diegenen die mee instaan voor het afnemen van hun vrijheid. Langs de andere kant hebben we als hulpverlener ook een grote stok achter de deur. Als het fout loopt dan kunnen deze patiënten terug overgeplaatst worden naar de gevangenis. Dit zorgt er denk ik voor dat deze groep van patiënten minder "moeilijk" is dan gedacht. (een beeld dat mijn inziens leeft in de buitenwereld)

Ik denk dat dit het belangrijkste is wat specifiek is voor deze eenheden: de invloed van de steeds aanwezige derde (Justitie):

- als stok achter de deur
- ze bekijken ook onze werking
- patiënten maken soms niet het onderscheid tussen het gerecht en ons als hulpverlener
- Sommige patiënten vertonen ook sociaal wenselijk gedrag om een goed verslag te krijgen voor het CBM (We worden bekeken als een mogelijkheid om weg te geraken uit de gevangenis, niet als een mogelijkheid tot behandeling)

Ik vind dat je je hier als hulpverlener ook moet van bewust zijn. Je blijft voor een deeltje ook cipier in de ogen van de patiënt... En je wordt voor een gedeelte ook beperkt in je "vrijheid" als hulpverlener. De vrijheden of misschien beter gezegd, de beperktheid van sommige patiënten hun vrijheden zorgt ervoor dat je soms niet alle activiteiten kunt laten plaatsvinden. Zo waren we bezig met een uitstap naar Brussel voor te bereiden maar bleek dat deze niet kon doorgaan omdat sommige dit niet mochten met de vrijheden die ze hadden van het CBM (beperkt in tijd en plaats)

Behandeling van forensische patiënten: een aantal opmerkingen vooraf

Een eerste knelpunt in de behandeling van forensische patiënten. Datgene wat Lacan omschreef als: "gardez-vous de comprendre".

Daar waar we spreken van behandeling moet men zich bewust zijn van de inhoud van het woord. Behandeling wordt vaak gezien als het aanbieden van oplossingen voor problemen waarbij de hulpverlener overtuigd is van de vraag tot behandeling van de patiënt.

Hulpverleners raken verstrikt in datgene wat zij van hun patiënt verwachten en datgene wat de patiënt zelf meent te willen.

Hier komt volgens mij het aspect van wat is nu de vraag van de patiënt naar boven... Ik denk dat hier vaak overgegaan wordt. Wat bedoelen we bijvoorbeeld met behandelen? Bedoelen we binnen het team allemaal hetzelfde? Wat bedoelen patiënten met de term behandeling? Gebruiken ze deze term wel of spreken ze over "hier vastzitten"? Ik denk dat hier vaak niet lang genoeg bij stilgestaan wordt. Wat vraagt de patiënt... Hoe kan je van behandelen spreken als het niet duidelijk is wat we onder behandelen verstaan.

Het zichzelf positioneren als voorbeeld van hoe men dan wel zou moeten functioneren in de maatschappij ligt als hulpverlener nooit ver af.

Hulpverleners moeten zich ervan bewust zijn dat mensen verplicht kunnen worden tot behandeling maar nooit tot het meewerken hieraan.

Vanuit deze gedachte moet men een behandelplan opstellen:

De zoektocht naar een behandelplan

Drie fasen

In de eerste fase wordt het fundamenteel wantrouwen dat forensische patiënten hebben, afgebroken. Deze fase houdt een wederzijds leren in. De patiënt dient te weten wat je bedoelt als je een afspraak met hem maakt en omgekeerd. Het is hierbij van fundamenteel belang dat de patiënt ervaart dat datgene wat je als hulpverlener zegt te gaan doen, ook doet. Het niet stipt en correct naleven van afspraken vormt vaak een eerste struikelblok in de behandeling. We moeten ons er van bewust zijn dat het de hulpverlener is die het vertrouwen van de patiënt moet verdienen en niet omgekeerd.

In deze fase is het volgens mij niet zozeer de inhoud van onze communicatie die belangrijk is. Het komt er op neer dat men een relatie uitbouwt met de patiënt. Hier staat of valt de behandeling; ik denk dat een valkuil is dat men te snel door deze fase wilt doorgaan en naar een volgende fase gaan.

In een tweede fase wordt de patiënt geconfronteerd met de realiteit, met de geboden en verboden van de maatschappij. De wereld zit niet in elkaar zoals wij het zouden willen. Het verwoorden van interpretaties, gevoelens e.d. is hierbij uitermate belangrijk. De patiënt leert het onder woorden brengen tussen het verschil van hoe de dingen zijn en hoe hij ze interpreteert. Wat betekent een act, een uitgesproken woord voor iemand. De derde fase legt de nadruk op de psychotherapie. Het zoekt een antwoord op het waarom van de acts van de patiënt.

Deze fases zijn op FPB ook wel ergens te herkennen. Alhoewel dat er op FPB misschien meer de nadruk ligt op medicatie, structuur en ziekteinzicht krijgen (vooral in het begin dan toch). Ik denk dat dit verschil ook wel te begrijpen is vanuit de pathologie. De auteurs van het artikel werken met patiënten met persoonlijkheidsstoornissen. Op mijn stageplaats werken we met psychotische mensen.

Verlenen van vrijheden

Hiernaast staat het verlenen van vrijheden.

Binnen de eerste fase zal de patiënt in het overgrote deel van de behandeling vertoeven in de aanwezigheid van zijn hulpverleners. Willen we bouwen rond het basisvertrouwen dan moeten mensen op zijn minst in elkaars aanwezigheid vertoeven en in relatie tot elkaar staan. *Momenteel is er nog een patiënt in de fase dat hij nog niet buiten mag.*

In een tweede fase zal de patiënt stapsgewijs de wereld rondom zich en zijn plaats daarin leren kennen. Deze wereld is groter dan de afdeling of de ziekenhuiscampus waar hij vertoeft. Er worden mogelijkheden geboden om zijn eigen vrije tijd in te vullen. In de derde fase moet de patiënt een inzicht hebben in het waarom hij bepaalde dingen doet. Het zou duidelijk moeten zijn dat deze benadering verder gaat dan “straffen en belonen” dat enkel zou gebaseerd zijn op het feit dat wie het goed doet meer vrijheden krijgt en dat wie het fout doet vrijheden verliest. Mochten we louter deze benadering volgen dan hervallen we snel in onszelf zien als het referentiepunt in de behandeling.

Dit aspect komt ook op FPB voor. In het begin van de behandeling zijn er geen vrijheden en deze worden ook in stappen opgebouwd. Er is zijn nu twee patiënten die zelfstandig van de ziekenhuiscampus mogen (wel met afspraken: max. tijd, doel,...)

Risicotaxatie: onderdeel van behandeling

Het inschatten van de kans op delictgedrag wordt een steeds belangrijkere taak van de forensische psychiatrie. Hierdoor komt de psychiatrie in een dubbele positie te staan. Enerzijds moet men behandelen, anderzijds moet men justitie adviseren. *Zie eerder: patiënten kunnen ons ook zien als “de slechte”...*

Hoe ervaar ik, als psychiatrisch verpleegkundige vanuit onze basisfilosofie, het werken op de forensisch psychiatrische afdeling in Zelzate?

In dit artikel worden een aantal kernwoorden binnen het werkveld opgesomd.

Gestructureerd:

Het klimaat dient zekerheid en vertrouwen te bieden en een bevordering van de fysieke en psychische gezondheid.

Deze structuur is in bierbeek nog meer van belang. Als een patiënt acuut psychotisch is dan is structuur bieden een van de hoekstenen van de behandeling. Dit begint bijvoorbeeld al met het therapieprogramma dat de patiënten per week in hun bezit hebben. Er wordt ondertussen ook al wel vrijer gewerkt. Op dit moment is er geen patiënt aanwezig waarbij dat je echt hand-in-hand moet werken omdat hij anders compleet de controle verliest. Ik denk bij een klimaat van zekerheid en vertrouwen ook aan milieutherapie. Je moet ergens de goede vader en moeder “spelen”.

Gesloten:

De auteur omschrijft dit als een zeer relatief begrip.

Het is op de afdeling waar ik nu stage volg eveneens zo. De meeste patiënten mogen zich momenteel vrij naar de therapieën begeven. Ik vind dit ook belangrijk dat er vrijheden worden gegeven. Anders kan je ook niet bepalen of het goed gaat blijven gaan. Het kan zijn dat iemand binnen het ziekenhuis perfect functioneert maar eens erbuiten dat hij dan hervalt. Het is belangrijk dat dit gradueel verlenen van vrijheid gebeurt. Anders kan men mijns inziens ook geen goede inschatting maken ivm risico op hervalt.

Het is volgens mij ook belangrijk om goed te beseffen dat deze patiënten voor iedere vrijheid van ons afhankelijk zijn. En dit 24uur op 24uur. Ik denk dat dit gemakkelijk vergeten wordt. Na onze shift gaan wij gewoon naar huis. Zij blijven 24u/24u binnen dit gesloten systeem zitten (de eenheid en dezelfde kleine patiëntengroep). Ikzelf probeer me hier terdege van bewust te zijn. Als er een vraag komt die enigszins met het aspect vrijheid te maken heeft dan zal ik deze nooit minimaliseren.

Langdurig:

Het is een langdurige behandeling. Dit wilt natuurlijk niet zeggen dat men gedurende deze gehele tijd op een forensische afdeling moet blijven.

Nu is er bijvoorbeeld sprake of een van de patiënten niet naar een gewone open afdeling kan gaan en een andere, op langere termijn, oriënteren naar een vorm van begeleid wonen. Het is ook langdurig omdat het een verplichte behandeling is (verloopt moeizamer, je moet eerst sterk werken rond vertrouwen en motivatie om dan geleidelijk aan tot een ziekteinzicht te komen).

Behandeling:

De nadruk moet liggen op verandering, evolutie, aanleren van nooit of verkeerd geleerde communicatie, luisteren naar eigen behoeften, rekening houden met anderen, ... kortom veranderingsprocessen die tijd, ruimte en vooral veel energie vergen. Het accent ligt in eerste instantie op verandering en slechts in een later stadium op rehabilitatie en resocialisatie.

Ik denk dat bij ons de medicatie, structuur en krijgen van ziekteinzicht centraal staan in de behandeling. Dit ook omdat het doel van forensische psychiatrie ook is: recidive voorkomen. En bij deze groep van patiënten is er een grote kans dat als de psychose goed wordt behandeld dat er dan ook weinig kans op recidive is. In een latere fase werkt men ook rond resocialisatie.

Forensisch:

De straf/boete stopt en de behandeling start bij opname, doch de meeste patiënten ervaren het begin van de opname als een verder zetting van hun straf (zie eerder). Het juridisch aspect in de behandeling blijft gedurende de gehele behandeling een constante.

Ik vind het belangrijk om te blijven beseffen dat de feiten die deze patiënten gepleegd hebben gebeurt zijn vanuit een psychose. Ik vind dat dit het "werkbaarder" maakt als je dit blijft beseffen. Dit neemt niet weg dat je niet waakzaam moet blijven! Ze hebben tenslotte toch een bepaalde geschiedenis waarin geweld gebruiken in meer of mindere mate voorkwam. Het beseffen dat het vanuit een stoornis gebeurde mag er niet voor zorgen dat je geen aandacht meer hebt voor het algemene veiligheidsaspect. Een tweede aspect is dat een deel van de patiënten hun motivatie bij opname is: weg zijn uit de gevangenis.

Psychiatrisch:

In Zelzate zijn het voornamelijk persoonlijkheidsstoornissen en/of gedragsproblemen die opgenomen worden.

In Bierbeek zijn het vooral mensen met een psychose die opgenomen worden. Persoonlijk vind ik dat psychose me beter ligt dan persoonlijkheidsstoornissen.

Medicatie:

In de behandeling van psychose speelt de medicatie een grote rol. Het is dan ook van belang dat men op dit vlak ook goed geschoold moet zijn (FPB: op dit moment: bijscholing voor niet-verpleegkundigen).

Ziekteinzicht:

Ziekteinzicht is iets dat centraal staat in de therapie. Het is een belangrijke stap in de behandeling van psychose. En als je weet dat een juiste behandeling van de psychose er voor zorgt dat de kans op recidive klein is bij psychotische patiënten dan wordt het wel duidelijk dat ziekteinzicht heel belangrijk is. Tijdens mijn stage is men ook begonnen met psychoeducatie in groep (6 tot 8 patiënten) te geven. Er worden gedurende drie maanden 10 sessies gegeven rond wat een psychose is, wat de invloed van alcohol en drugs is, wat de behandeling inhoud, nut van de medicatie.

BESLUIT: “TOP 5 VAN DE INZICHTEN” (voor de leesbaarheid niet meer in cursief)

- Naast de patiënt en het team speelt er ook nog een derde partij mee in de werking met geïnterneerden: het CBM:
 - o Het CBM beslist steeds mee in de behandeling. Ze hebben zelfs het laatste woord.
 - o Het CBM is in de behandeling, in zekere zin, een stok achter de deur. Als de behandeling mis loopt moet de patiënt terug naar de gevangenis.
 - o ze bekijken ook onze werking (soort controlefunctie)
 - o Patiënten maken soms niet het onderscheid tussen het gerecht en ons als hulpverlener (dubbele rol die de forensische psychiatrie moet spelen: behandelen maar tegelijk ook adviseren aan het CBM)
 - o Sommige patiënten vertonen ook sociaal wenselijk gedrag om een goed verslag te krijgen voor het CBM (We worden bekeken als een mogelijkheid om weg te geraken uit de gevangenis, niet als een mogelijkheid tot behandeling)

- Het is volgens mij ook belangrijk om goed te beseffen dat deze patiënten voor iedere vrijheid van ons afhankelijk zijn. En dit 24uur op 24uur. Ik denk dat dit gemakkelijk vergeten wordt. Na onze shift gaan wij gewoon naar huis. Zij blijven 24u/24u binnen dit gesloten systeem zitten (de eenheid en dezelfde kleine patiëntengroep). Ikzelf probeer me hier terdege van bewust te zijn. Als er een vraag komt die enigszins met het aspect vrijheid te maken heeft dan zal ik deze nooit minimaliseren.

- Door dat geïnterneerden verplicht opgenomen zijn is een eerste heel belangrijke stap: werken aan een vertrouwensrelatie. Deze vertrouwensrelatie is een eerste stap om de motivatie tot behandeling op te bouwen. Als je dan weet dat patiënten het erg waarderen dat ze hun verhaal kunnen doen dan kan men hier uit afleiden dat dit een belangrijke toegangspoort is. Kleinschaligheid maakt het mogelijk om heel individueel te werken. Dit is belangrijk omdat men zo per patiënt heel specifieke doelstellingen kan uitwerken.

- Een belangrijk aspect bij werken met geïnterneerden is het veiligheids- en bewakingsaspect. Dit kan negatief werken (patiënten voelen zich bekeken), langs de andere kant is het ook positief in de zin van dat men dan de patiënten ook in andere situaties kan observeren (vb. begeleiding tijdens therapieën) Eveneens positief is dat men hierdoor ook op andere manieren contact kan leggen met de patiënt en dit is bevorderlijk om een vertrouwensrelatie met hen uit te bouwen.

- Wat ik ook nog ga meedragen uit het tijdschrift is het citaat van Lacan: “Gardez-vous de comprendre” Ik denk persoonlijk dat er heel wat misverstanden vermeden kunnen worden als men zich hier van bewust is.

BRONNEN

- Tijdschrift: Themanummer “forensische psychiatrie”, psychiatrie en verpleging, 2002, 78^{ste} jaargang, nr. 5, p 277-331
- Infomap FPB, 2002
- Mondelinge bronnen: mentor, andere leden uit permanentieteam, teamleden
- Eigen observaties