

Cahier 2009-14

In de grondverf zetten

Planevaluatie van de prétherapie voor zedendelinquenten in PI Breda

M.H. Nagtegaal
J. Mulder

Bestelgegevens

Exemplaren van deze publicatie kunnen schriftelijk worden besteld bij

Bibliotheek WODC, kamer TN-3A03
Postbus 20301, 2500 EH Den Haag
Fax: (070) 370 45 07
E-mail: wodc@minjus.nl

Cahiers worden in beperkte mate gratis verspreid zolang de voorraad strekt.
Alle nadere informatie over WODC-publicaties is te vinden op Justweb en op www.wodc.nl

Inhoud

Afkortingen — 5

Samenvatting — 7

1 Inleiding en methoden — 13

- 1.1 Inleiding — 13
- 1.2 Beleidscontext — 14
 - 1.2.1 Aanleiding onderzoek — 14
 - 1.2.2 Ontwikkelingen in het gevangeniswezen — 15
 - 1.2.3 Modernisering gevangeniswezen — 17
 - 1.2.4 Ontwikkelingen in de forensisch psychiatrische zorg — 18
- 1.3 Doelstelling en onderzoeksvragen — 19
- 1.4 Onderzoeksmethoden — 20
 - 1.4.1 De 'What Works' benadering — 21
 - 1.4.2 De 'Realist Evaluation' — 22
 - 1.4.3 Kwaliteitscriteria Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie — 23
- 1.5 Verzameling en selectie van literatuur — 24

2 De behandeling — 27

- 2.1 Doelstellingen van de prétherapie — 27
- 2.2 In- en exclusiecriteria voor de prétherapie — 27
- 2.3 De behandelmethodiek — 29
 - 2.3.1 Het afdelingsklimaat: therapeutische gemeenschap — 29
 - 2.3.2 Cognitieve gedragstherapie — 30
 - 2.3.3 Psychomotorische en dramatherapie — 35
- 2.4 Theoretische onderbouwing van de prétherapie — 39
 - 2.4.1 Cognitieve gedragstherapie — 39
 - 2.4.2 Psychomotorische en dramatherapie — 42

3 Veronderstelde werkzame mechanismen — 45

- 3.1 Context-Mechanism-Outcome model — 45
- 3.2 Doelstellingen van de prétherapie — 46
- 3.3 Veronderstelde werkzame mechanismen — 47

4 Evaluatie van de behandeling — 53

- 4.1 Beantwoording van de onderzoeksvragen — 53
- 4.2 Doeltreffendheid van de therapie — 64
 - 4.2.1 De prétherapie en de 'What Works' benadering — 64
 - 4.2.2 De prétherapie en de 'Realist Evaluation' — 66
 - 4.2.3 De prétherapie en de Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie — 67
 - 4.2.4 Conclusie — 69

Summary — 71

Literatuur — 77

Bijlagen

- 1 Samenstelling begeleidingscommissie — 83
- 2 Het delictscenario gecombineerd met het terugvalpreventiemodel — 85
- 3 Persoonlijke (seksuele) geschiedenis — 87
- 4 Slachtofferempathie — 89

Afkortingen

BOB	Behoeftte aan Onmiddellijke Bevrediging
BZA	Bijzondere Zorg Afdeling
CGT	Cognitieve Gedragstherapie
CMO	Context-Mechanism-Outcome
DGP	Doorgeleidingsprogramma
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen
DSP	Directie Sanctie- en Preventiebeleid
EFP	Expertisecentrum Forensische Psychiatrie
EHRM	Europese Hof voor de Rechten van de Mens
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
EZV	Extra Zorg Voorziening
FPC	Forensisch Psychiatrisch Centrum
GZ	Gezondheidszorg (psycholoog)
GGz	Geestelijke Gezondheidszorg
GGzE	GGz Eindhoven
HvB	Huis van Bewaring
ICL-R	Interpersonal Check List-Revised
MCG	Motivatie Capaciteit en Gelegenheid
MGW	Modernisering Gevangeniswezen
PI	Penitentiaire Inrichting
PIW-er	Penitentiair Inrichtingswerker
PKB	Préklinische Behandeling
PKI	Préklinische Interventie
PMDT	Psychomotorische en Drama Therapie
RCT	Randomized Clinical Trial
RNR	Risk-Need-Responsivity
SMS	Scientific Methods Scale
SOB	Schijnbaar Onbelangrijke Beslissing
SP	Socialistische Partij
SSCI	Social Sciences Citation Index
TBS	Terbeschikkingstelling
TG	Therapeutische Gemeenschap
TR	Terugdringen Recidive
VBA	Verslavingsbegeleidingsafdeling
VWS	Volksgesondheid Welzijn en Sport
WODC	Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum

Samenvatting

Achtergrond

Sinds 1990 bestaat er binnen het Huis van Bewaring (HvB) van de penitentiaire inrichting (PI) de Boschpoort in Breda de afdeling 'beschermd wonen'. Deze afdeling was oorspronkelijk bestemd voor het bieden van bescherming en beveiliging aan kwetsbare gedetineerden¹ binnen de PI Breda, maar is langzaam uitgegroeid tot een behandelafdeling voor alleen zedendelinquenten (sinds 1999). Het programma wordt prétherapie genoemd, omdat de meeste delinquenten op deze afdeling (naar schatting van de behandelaren ongeveer 95%) na verloop van tijd op diverse plekken voor een vervolgbehandeling terechtkomen, zoals een Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC) of een instelling binnen de Geestelijke Gezondheidszorg (GGz). Het algemene doel van de prétherapie is het voorbereiden van de delinquenten op vervolgbehandeling. De afdeling heeft 36 cellen.

Het onderhavige onderzoek is gestart naar aanleiding van een beleidsvraag over de werkzaamheid van de prétherapie. Het onderzoek dient als antwoord op Kamervragen van het Kamerlid Van Velzen (SP) op 13 september 2007² en is onderdeel van een kamertoezegging³. De Kamervragen betreffen het in kaart brengen van het behandel aanbod van de prétherapie en de populatie voor wie de behandeling bestemd en geschikt is, een beoordeling van het behandel aanbod, en een verzoek om onderzoek naar de haalbaarheid van de beoogde effecten van de prétherapie. Door beleidsmakers worden ook vragen gesteld wat betreft het bestaansrecht van het programma en de meerwaarde van de prétherapie zoals deze in de PI Breda gegeven wordt. De resultaten van het onderzoek, in combinatie met de resultaten van de procesevaluatie,⁴ zijn voor de staatssecretaris bepalend bij de keuze of deze therapie in deze of een doorontwikkelde vorm ook in de toekomst in het gevangeniswezen moet worden aangeboden.⁵

Methoden van onderzoek

Het primaire doel van het onderhavige onderzoek is nagaan op welke assumpties de prétherapie in PI Breda gestoeld is en wat het plan van aanpak van de prétherapie is. Allereerst zal uitgezocht worden uit welke onderdelen het programma precies

¹ In de gevangenis heerst een bepaalde cultuur en hiërarchie waarin sommige gedetineerden meer aanzien genieten dan anderen. Vooral zedendelinquenten staan onderaan de hiërarchische ladder en worden regelmatig gepest, bedreigd en/of fysiek mishandeld. Dit vanwege de aard van hun delict, maar vaak ook vanwege een gebrek aan sociale weerbaarheid. Daarnaast heeft slechts 5% van de gehele populatie gedetineerden een zedendelict gepleegd en vormen zij ook in die zin een minderheid (verslag 22 maart 2006, Tweede Kamer, vergaderjaar 2005-2006, 30 250, nr. 6).

² Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, Aanhangsel, nr. 287.

³ Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, 24 587, nr. 247.

⁴ Nagtegaal, M.H. & Mulder, J. (2010). *Procesevaluatie van de prétherapie voor zedendelinquenten in PI Breda*. Den Haag: WODC. Cahier 2010-1.

⁵ Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, 24 587, nr. 247.

bestaat. De doelstellingen en de veronderstelde werkzame mechanismen achter het programma zullen ontrafeld worden en er zal onderzocht worden op welke criminogene factoren het programma zich richt. Bij deze vragen zal ook de context betrokken worden. Verder wordt onderzocht waarom de interventie in welke context verondersteld wordt te werken. Een dergelijk onderzoek staat ook wel bekend onder de naam 'planevaluatie'. De effectiviteit van de interventie komt in dit onderzoek niet aan de orde. Uit de planevaluatie moet duidelijk worden of en waarom dit programma, op basis van de plannen, veelbelovend is.

In deze planevaluatie is gebruik gemaakt van verschillende onderzoeksmethoden. Er is literatuuronderzoek verricht en er zijn interviews gehouden. Verder werden beleidsdocumenten en wetenschappelijke publicaties die ten grondslag liggen aan de ontwikkeling van de prétherapie bestudeerd. Onderwerpen die in de semi-gestructureerde interviews aan bod gekomen zijn, zijn onder andere de inhoud van de behandeling, de motieven voor de gekozen methodiek, en de beoogde doelstellingen. Daarnaast zijn de bevindingen uit de publicaties en documenten van de behandelaren, en uit de interviews met hen, vergeleken met bevindingen en aanbevelingen uit de (inter)nationale literatuur over de behandeling van zedendelinquenten.

Er zijn verschillende onderzoekstradities aan te duiden voor het verrichten van een planevaluatie. Voor deze planevaluatie is gebruik gemaakt van de principes uit de *What Works* en de *Realist Evaluation* tradities. Daarnaast zijn de criteria van de Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie gebruikt bij het opstellen van de onderzoeksvragen. In de *What Works* traditie wordt de effectiviteit van een interventie bepaald aan de hand van hoogstaand wetenschappelijk onderzoek, het liefst een Randomized Controlled Trial (RCT). Aanhangers van de *Realist Evaluation* hechten bij het bepalen van de effectiviteit van een programma meer belang aan het ontrafelen van de veronderstelde werkzame mechanismen daarachter en de context waarin deze verondersteld worden te werken, ook bij onderzoek met een minder sterk methodologisch design.

Resultaten

Doelstellingen prétherapie

De prétherapie zoals deze in de PI Breda gegeven wordt, heeft vier doelstellingen:

- 1 voorkomen van verslechtering psychische klachten;
- 2 voorbereiden op vervolgbehandeling;
- 3 verkorten van (de duur van) de vervolgbehandeling;
- 4 bijdrage leveren aan het voorkomen van recidive.

Inhoud behandelprogramma

De prétherapie bestaat uit drie verschillende onderdelen. Ten eerste heerst er op de afdeling een klimaat waarin continu gewerkt wordt aan het bereiken van de behandeldoelen. De deelnemers aan de therapie worden door alle personeelsleden doorlopend aangesproken op hun gedrag, bijvoorbeeld tijdens het sporten of gewoon op de gang. Ook worden zij onderling op (on)wenselijk gedrag gewezen. Het klimaat op de afdeling vertoont overeenkomsten met een therapeutische gemeenschap. De prétherapie bestaat voorts uit twee wekelijkse sessies van 1,5 uur, één sessie cognitieve gedragstherapie (CGT), en één sessie psychomotorische en dramatherapie (PMDT). In beide onderdelen wordt gewerkt in dezelfde groepssamenstelling van maximaal acht deelnemers en vaste behandelaren, die in duo's werken. Ten tijde van het onderhavige onderzoek namen er drie groepen van acht deelnemers deel

aan de prétherapie. Daarnaast was er één groep voor zes deelnemers met een verstandelijke beperking.

Verder zijn er soms individuele gesprekken met de behandelaren. Naast de groepstherapie wordt in sommige gevallen *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR) ingezet. Naast deze groepssessies en individuele gesprekken is er op de afdeling een facultatieve sociogroep. Het doel van de sociogroep is het voorkomen van een gevoel van sociale isolatie en het werken aan sociale vaardigheden. In de sociogroep praten gedetineerden over allerlei zaken over hun detentie, zoals consequenties voor gezin of baan. Het delict zelf wordt hier niet besproken. De sociogroep valt buiten het officiële programma van de prétherapie.

In- en exclusiecriteria

Deelname aan de prétherapie staat open voor alle zedendelinquenten, die willen en kunnen meedoen. Daarmee wordt bedoeld dat er geen ernstige psychische problematiek, beperkte intellectuele vaardigheden, psychopathie of persoonlijkheidsstoornissen aanwezig mogen zijn. Bovendien moet iemand het delict bekennen, of ten minste erkennen dat hij problemen heeft met seksueel deviant gedrag.

Theoretische onderbouwing van de prétherapie

De behandelaren werken voornamelijk vanuit een cognitief-gedragstherapeutisch kader. Hierbij staan verschillende modellen centraal: de delictscenarioprocedure, het terugvalpreventiemodel, de biopsychosociale leertheorie van Marshall en Barbaree, Young's schemagerichte therapie en het zelfregulatiemodel van Ward en Hudson.

Doelstellingen en veronderstelde werkzame mechanismen

Bij de hierboven genoemde behandeldoelen, zijn een aantal veronderstelde werkzame mechanismen ontrafeld. Deze worden hieronder één voor één besproken.

Mechanisme 1: Beschermd woonomgeving

Voor het eerste doel, voorkomen van verslechtering van de psychische toestand worden drie mechanismen verondersteld (1-3). Zedendelinquenten staan onderaan de hiërarchie die onder de gedetineerden in een gevangenis heerst. Regelmatig zijn zij doelwit van bedreiging en mishandeling. Om deze reden wordt in de PI Breda een beschermd woonomgeving geboden voor de zedendelinquenten. Door de groep zedendelinquenten fysiek te scheiden van de andere delinquenten, worden bedreiging en mishandeling voorkomen. Hierdoor wordt verondersteld dat de kans op sociaal isolement en op depressies en suïcide lager wordt.

Mechanisme 2: Informatieverstrekking

De gedachte achter het informeren van de betrokkene over de gang van zaken in de vervolgbehandeling is dat de psychische toestand van de betrokkene kan verslechteren doordat hij onzeker is over het moment waarop hij in een instelling voor vervolgbehandeling geplaatst wordt. Ook kan hij onzeker zijn over de inhoud van de vervolgetherapie. Door hem informatie te geven over de inhoud van de therapie, kan een deel van deze onzekerheid worden weggenomen. In gesprekken met hulpverleners kan verder duidelijk worden gemaakt wat de voordelen van behandeling kunnen zijn.

Mechanisme 3: Start van de behandeling

De gedachte achter het al in de PI starten met behandelen, is dat in plaats van het opsluiten van betrokkene op een reguliere afdeling binnen de PI (normale gang van zaken), de kans op verslechtering van de psychische stoornissen wordt verminderd door de psychische klachten alvast aan te pakken.

Mechanisme 4: Bewustwording

Voor het tweede doel, voorbereiden op (vervolg)behandeling, worden eveneens drie mechanismen (4-6) veronderstelt. Bij het starten van een bewustwordingsproces over risicofactoren wordt getracht de zedendelinquent bewust te laten worden van de achtergrond en de risicofactoren die hebben bijgedragen aan het plegen van het delict. Dit bewustwordingsproces wordt verondersteld te helpen bij het bieden van een voorbereiding op de vervolgbehandeling. Daarnaast wordt gewerkt aan het verminderen van inadequate oplossingen en rechtvaardigingen die betrokkene hanteert om met zijn problemen om te gaan. Het bewustwordingsproces betreft ook inzicht in de deviante aard van het gepleegde delict (het feit dat het delict normoverschrijdend en schadelijk is). Bewustwording wordt uiteindelijk verondersteld aanknopingspunten op te leveren voor het doorbreken van de keten die leidt tot delictgedrag, waardoor een toekomstig delict voorkomen kan worden.

Mechanisme 5: Motivatie

Ook motivatie wordt verondersteld nodig te zijn ter voorbereiding op vervolgbehandeling. Hierbij wordt door de behandelaren veel aandacht gegeven aan de betrokkenen en er wordt verondersteld dat dit het gevoel kan geven dat zij 'de moeite waard zijn', waardoor zij gemotiveerd raken voor behandeling. Hiermee wil men ook bereiken dat de zedendelinquent zich weer onder de mensen durft te begeven, uit zijn schulp durft te komen en actief wordt.⁶ Verder kan aandacht van behandelaren er toe leiden dat het eigen ziektebeeld geaccepteerd kan worden en kan het besef en de motivatie ontstaan om iets aan hun problemen te doen.

Mechanisme 6: Therapievaardigheden

Bij het aanleren van therapievaardigheden hoort bijvoorbeeld het wennen aan deelname aan groepsessies en individuele therapeutische gesprekken. Ook de terminologie van therapeuten is vaak onbekend. Een open houding (bereidheid tot praten), begrip van (behandel)terminologie en zelfreflectie zijn noodzakelijk om optimaal te kunnen profiteren van de (vervolg)behandeling.

Mechanisme 7: Verkorten van de instroomfase in de vervolgbehandeling

De behandelaren veronderstellen dat de duur van de vervolgbehandeling (doel 3) vooral verkort zou kunnen worden door de instroomfase in de vervolgbehandeling te vergemakkelijken. Een aantal van de activiteiten die hierboven besproken zijn en de werkzame mechanismen hierbij, is van invloed op het verkorten van de duur van de vervolgbehandeling. Denk bijvoorbeeld aan het eerder genoemde vergroten van de motivatie voor behandeling en het aanleren van therapievaardigheden. De werkzaamheid van dit mechanisme hangt dan ook af van de werkzaamheid van bovengenoemde mechanismen.

Discussie

Na bestudering van de plannen van de prétherapie luidt de conclusie dat: Binnen de gestelde doelen en bovengeschetste beperkingen lijkt het programma, na bestudering van de plannen, in aangepaste vorm mogelijk een zinvolle aanvulling op het standaard regime in de gevangenis. Vooral het veilige afdelingsklimaat en de

⁶ Tweede Kamer, vergaderjaar 2005-2006, 30 250, nr. 6, verslag 22 maart 2006.

positieve bejegening van de zedendelinquenten in de PI Breda zijn positief. Echter, op een aantal punten is de prétherapie onvoldoende ontwikkeld en is verbetering nodig.

De belangrijkste tekortkoming van het programma is dat het theoretische kader achter de prétherapie gedateerd is. Zo wordt de delictscenarioprocedure, die een belangrijke rol speelt in de prétherapie, niet volgens de meest recente wetenschappelijke inzichten toegepast. Ook de *Risk Need Responsivity*-principes, recente theoretische inzichten welke een vermindering van het risico op recidive met zich meebrengen, worden niet toegepast in de prétherapie. Het Good Lives Model, dat een zinvolle aanvulling is gebleken op de RNR-benadering komt in de prétherapie eveneens niet aan de orde. De beperkingen zijn:

- Er wordt geen gebruik gemaakt van gestructureerde risicotaxatieinstrumenten (*Risk principle*).
- Het niveau en de intensiteit van het programma wordt niet op gestructureerde wijze aangepast aan de heterogene groep deelnemers die voor de prétherapie in aanmerking komen (*Responsivity principle*).
- In de prétherapie gelden in- en exclusiecriteria waarbij kanttekeningen te plaatsen zijn. Bijvoorbeeld, het uitsluiten van psychopaten en ongemotiveerde zedendelinquenten is volgens de huidige wetenschappelijke inzichten niet helemaal terecht. Deze groepen zedendelinquenten hebben juist een hoog risico op recidive en zouden om die reden juist betrokken moeten worden in de prétherapie (*Risk principle*).
- Er zijn geen indicaties dat er in de prétherapie Breda op systematische, betrouwbare wijze rekening gehouden wordt met de criminogene behoeften van de deelnemers. Bovendien wordt delictgedrag gezien als (alleen) voortkomend uit een verkeerde spanningsregulatie, terwijl belangrijke andere oorzaken van delinquent gedrag als parafillie en hyperseksualiteit buiten beschouwing gelaten worden (*Need principle* en inzichten vanuit het zelfregulatiemodel).
- Er is geen programmaleider die de programma-integriteit bewaakt en er is wel een handleiding, maar die wordt alleen losjes gevolgd (programma-integriteit).
- Er wordt geen instrumentarium gebruikt om vast te stellen of en in welke mate de doelstellingen van de prétherapie behaald worden.
- De prétherapie heeft tot doel om zedendelinquenten voor te bereiden op behandeling na detentie. Er staan echter geen overleggen of bijeenkomsten in de plannen waaruit blijkt dat er communicatie of overdracht met instellingen voor vervolgbehandeling plaatsvindt.

Ten slotte

Bovenstaande conclusies en beperkingen kwamen tot stand na bestudering van de plannen. Het is mogelijk dat er een ander beeld ontstaat na bestudering van de interventie in de praktijk (een procesevaluatie) of na bestudering van de effecten van de interventie (een effectstudie). Bij een eventuele voortzetting van het (aangepaste) programma moet rekening gehouden worden met het feit dat bovenstaande beperkingen niet zomaar 1 op 1 door te voeren zijn als veranderingen aan het programma. Hier zijn verschillende redenen voor aan te voeren. Het programma wordt gegeven in een Huis van Bewaring, waarin vanwege het daar heersende regime en de detentiesetting allerlei beperkingen aan een behandelprogramma gelden. Ook wordt de prétherapie aan een heterogene groep zedendelinquenten gegeven en is het wellicht nodig om verschillende varianten van het programma te ontwikkelen, voor verschillende subgroepen binnen de heterogene populatie. Ten slotte dient de interventie rekening te houden met de keten waar zij onderdeel van uitmaakt en moet de prétherapie, die immers een voorbereiding op de vervolgb-

behandeling tot centrale doelstelling heeft, dan ook goed aansluiten op het vervolgt-
traject dat de zedendelinquent aflegt.

1 Inleiding en methoden

1.1 Inleiding

Sinds 1990 bestaat er binnen het Huis van Bewaring (HvB) van de penitentiaire inrichting (PI) de Boschpoort in Breda de afdeling 'beschermd wonen'. Deze afdeling was oorspronkelijk bestemd voor het bieden van bescherming en beveiliging aan kwetsbare gedetineerden⁷ binnen de PI Breda, maar is langzamerhand uitgegroeid tot een behandelafdeling voor zedendelinquenten (sinds 1999). De afdeling bevindt zich in een apart gebouw van de PI Breda genaamd Unit drie. Dit gebouw kent drie verdiepingen met elk 24 cellen (totaal 72 cellen), die verschillende bestemmingen hebben. De capaciteit wordt als volgt verdeeld. In principe zijn er 24 cellen beschikbaar voor deelnemers aan de prétherapie, 24 cellen voor (overige) bijzondere zorg (BZA), 12 cellen voor de begeleiding van verslaafden (VBA) en 12 cellen voor zedendelinquenten die hun delict ontkennen. Deze bestemmingen gaan in het kader van de Modernisering Gevangeniswezen (zie paragraaf 1.2.3) veranderen. Op het moment van het schrijven van de onderhavige rapportage (april 2009) volgen drie groepen van elk acht deelnemers de prétherapie. Daarnaast neemt er één groep van zes licht verstandelijk gehandicapten deel aan de prétherapie. De verdeling van de capaciteit is schematisch weergegeven in tabel 1.

Tabel 1 Verdeling capaciteit Unit drie

	Aantal cellen (eenpersoons)	Bestemming in de praktijk	Officiële bestemming zoals bekend bij DJI	Geplande be- stemming vanaf 2010
Begane grond	24	BZA	12 cellen BZA 12 cellen HvB	EZV
1 ^e verdieping	24	VBA (12) + ontkeners (12)	HvB	DGP (12) HvB (12)
2 ^e verdieping	24	Deelnemers prétherapie	HvB	HvB (24)

BZA = Bijzondere Zorg Afdeling, EZV = Extra Zorg Voorziening, VBA = Verslaving Begeleiding Afdeling, DGP = Doorleidingsprogramma⁸

Het behandelprogramma is bekend geworden als de 'prétherapie bij zedendelinquenten'. Het programma wordt prétherapie genoemd, omdat de meeste delinquenten op deze afdeling (ongeveer 95%) na verloop van tijd op diverse plekken voor een vervolgbehandeling terechtkomen, zoals een Forensisch Psychiatrisch

⁷ In de gevangenis heerst een bepaalde cultuur en hiërarchie waarin sommige gedetineerden meer aanzien genieten dan anderen. Vooral zedendelinquenten staan onderaan de hiërarchische ladder en worden regelmatig gepest, bedreigd en/of fysiek mishandeld. Dit vanwege de aard van hun delict, maar vaak ook vanwege een gebrek aan sociale weerbaarheid. Daarnaast heeft slechts 5% van de gehele populatie gedetineerden een zedendelict gepleegd en vormen zij ook in die zin een minderheid (verslag 22 maart 2006, Tweede Kamer, vergaderjaar 2005-2006, 30 250, nr. 6).

⁸ Het DGP is een methodiek waarbij verslaafden in de preventieve fase onder drang naar de verslavingszorg toe worden geleid, in nauwe samenwerking met het Openbaar Ministerie, het gevangeniswezen en het coördinatiebureau Terugdringen Recidive (TR). Daarbij vindt voorwaardelijke schorsing van de preventieve hechtenis plaats en/of wordt een voorwaardelijke sanctie voorbereid. Wanneer er niet voldoende mogelijkheden zijn voor een drangtraject, wordt toeleiding naar vrijwillige zorg voorbereid (www.svg.nl/watdoenwij.php/3/8/gedragsinterventies.html).

Centrum (FPC) of een instelling binnen de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). Het algemene doel van de prétherapie is het voorbereiden van de delinquenten op de vervolgbehandeling.

Het primaire doel van de onderhavige planevaluatie is nagaan op welke assumpties de prétherapie in PI Breda gestoeld is en wat het plan van aanpak van de prétherapie is. De veronderstelde werkzame mechanismen achter het programma zullen ontrafeld worden en er zal uitgezocht worden op welke criminogene factoren het programma zich richt. Bij deze vragen zal ook de context betrokken worden en zal de vraag gesteld worden waarom de interventie in welke context verondersteld wordt te werken. Een dergelijk onderzoek staat ook wel bekend onder de naam 'planevaluatie' (Wartna, 2005). De effectiviteit van de interventie komt in dit onderzoek niet aan de orde.

Leeswijzer

In dit hoofdstuk wordt eerst ingegaan op de beleidscontext van het onderhavige onderzoek. Hierbij komen gedragstherapeutische behandelingen in detentie, het programma Modernisering Gevangeniswezen en ontwikkelingen in de forensische zorg aan de orde (paragraaf 1.2). Vervolgens wordt aandacht besteed aan enkele methodologische aspecten van het onderzoek: de doelstellingen en onderzoeksvragen (paragraaf 1.3), de onderzoeksmethoden (paragraaf 1.4) en de selectie en verwerking van de literatuur (paragraaf 1.5). In hoofdstuk twee wordt het behandelprogramma uitgebreid omschreven. In hoofdstuk drie worden de veronderstelde werkzame mechanismen achter het programma beschreven, die door de onderzoekers zijn ontrafeld. In hoofdstuk vier worden de onderzoeksvragen beantwoord en worden de gevonden resultaten bediscussieerd.

1.2 Beleidscontext

1.2.1 Aanleiding onderzoek

Het onderhavige onderzoek is gestart naar aanleiding van een beleidsvraag over de werkzaamheid van het prétherapie programma van de PI Breda. Het onderzoek dient als antwoord op Kamervragen van het Kamerlid Van Velzen (SP) op 13 september 2007⁹ en is onderdeel van een kamertoezegging¹⁰. De vragen betreffen het in kaart brengen van het behandelaanbod van de prétherapie en de populatie voor wie de behandeling bestemd en geschikt is, een beoordeling van het behandelaanbod, en een verzoek om onderzoek naar de haalbaarheid van de beoogde effecten van de prétherapie (onder andere verkorting van de duur van de maatregel terbeschikkingstelling, tbs). Door beleidsmakers worden ook vragen gesteld wat betreft het bestaansrecht van het programma en de meerwaarde van de prétherapie zoals deze in de PI Breda gegeven wordt. De resultaten van het onderzoek, in combinatie met de procesevaluatie (Nagtegaal & Mulder, 2010), zijn voor de staatssecretaris bepalend bij de keuze of deze therapie in deze of een doorontwikkelde vorm ook in de toekomst in het gevangeniswezen moet worden aangeboden.¹¹

⁹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, Aanhangsel, nr. 287.

¹⁰ Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, 24 587, nr. 247.

¹¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, Aanhangsel, nr. 287.

De prétherapie in Breda wordt sinds 1999 gegeven. Wetenschappelijk onderzoek naar de werkzaamheid van het programma ontbreekt echter. In maart 2006 sprak de parlementaire onderzoekscommissie tbs (de Commissie Visser) de betrokken GZ psycholoog en systeemtherapeut van de afdeling over het programma. Volgens hem zouden gedetineerden die het behandelprogramma gevolgd hebben en daarna een tbs-behandeling volgen, deze laatste behandeling sneller kunnen doorlopen: 'gedetineerden maken tijdens de eerste fase van de tbs-behandeling een vliegende start, die kan oplopen tot zes à zeven maanden per gedetineerde.'¹² Ook denkt hij aan een verlaging van de kosten (die bij tbs-gestelden hoger liggen dan bij personen die in een PI verblijven) en een verlichting van de druk wat betreft de wachtlijstproblematiek.¹³

1.2.2 Ontwikkelingen in het gevangeniswezen

Aan het eind van de jaren '90 van de vorige eeuw werd voor het eerst gedacht aan de mogelijkheid om in de gevangenis te behandelen. Voor die tijd heerste in het gevangeniswezen de overtuiging dat behandeling van (zeden)delinquenten in detentie geen positieve resultaten zou opleveren. Behandelen tijdens detentie werd gezien als strijdig met de tenuitvoerlegging van detentie (DJI, 2002). In een onderzoek naar de effectiviteit van interventies bij zeden- en geweldsdelinquenten in het gevangeniswezen, bleek dat dergelijke behandelprogramma's dan ook nauwelijks bestonden (Beenackers, 2000, 2001). Alleen PI de Boschpoort in Breda had ten tijde van bovengenoemd onderzoek een programma speciaal gericht op zedendelinquenten, namelijk het prétherapie programma dat in het onderhavige onderzoek centraal staat. Verschillende ontwikkelingen aan het einde van de 20e eeuw/begin van de 21e eeuw geven het (langzaam maar zeker) veranderde denken over behandelen van delinquenten in het gevangeniswezen weer.

Motie Dittrich

In november 1999 werd een motie ingediend waarin de regering verzocht werd om op korte termijn een commissie in te stellen die voorstellen moest doen voor een behandelprogramma ter bestrijding van seksueel misbruik van en seksueel geweld tegen kinderen.¹⁴ Deze motie sloot aan bij al ingezet beleid van de ministers van Justitie en van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) richting behandeling in detentie. In een brief van 15 juni 2000 reageerde de minister van Justitie met een overzicht van dit ingezette beleid en gaf hij een aantal punten van nieuw en/of te intensiveren beleid aan.¹⁵ Met deze brief wordt afstand genomen van een taboe: voortaan mag gesproken worden over behandeling in detentie en hoeft er niet langer teruggegrepen te worden naar verhullende termen als 'bijzondere bejegening' (DJI, 2002).

Eind 2000 werd door de sectordirecteur van het gevangeniswezen nader invulling gegeven aan de motie Dittrich, door het oprichten van een werkgroep met als opdracht: 'te onderzoeken in hoeverre het praktisch mogelijk is tijdens detentie zeden-

¹² Tweede Kamer, vergaderjaar 2005-2006, 30 250, nr. 6, p. 316, verslag 22 maart 2006.

¹³ De 'wachtlijstproblematiek' betreft de tijd die een tbs patiënt in een penitentiaire inrichting moet wachten op plaatsing in een forensisch psychiatrisch centrum.

¹⁴ Motie Dittrich; Tweede Kamer, vergaderjaar 1999-2000, 26 800 VI, nr. 22 en nr. 38.

¹⁵ Tweede Kamer, vergaderjaar 1999-2000, 26 800, nr. 75.

delinquenten op een behandelingspoor te zetten' (DJI, 2002). De conclusies van deze werkgroep waren dat de groep zedendelinquenten in het gevangeniswezen heterogeen en klein is (iets minder dan 0.6% van de totale geregistreeerde criminaliteit; tussen de 4 en 5% van de delinquenten in detentie), maar dat bij een deel van deze groep behandeling zinvol zou kunnen zijn. Verder werd geadviseerd om vanuit beheersmatig oogpunt zedendelinquenten op beschermde afdelingen te plaatsen en daar te werken aan motivatie voor behandeling en aan het uitvoeren van prébehandeling. Feitelijk werd door deze werkgroep aanbevolen dat er breder ingezet moest worden op de behandeling zoals deze al jaren in PI Breda in ontwikkeling was (DJI, 2002).

Motie Van de Beeten

Sinds die tijd zijn er meerdere werkgroepen geweest die zich gericht hebben op de ontwikkeling van behandelen in detentie (bijvoorbeeld de commissie 'Behandeling in detentie', zie DJI, 2003a, 2003b). Met de motie Van de Beeten in 2004¹⁶ werd vastgesteld dat een penitentiair regime voor (de meeste) verslaafden met psychische problemen, psychiatrische patiënten en geestelijk gehandicapten ongeschikt is en werd de regering verzocht om te voorzien in 'een noodzakelijke samenhang tussen curatieve en penitentiaire voorzieningen'. De commissie Houtman werd ingesteld om deze verandering tot stand te brengen en een en ander heeft geresulteerd in het programma Vernieuwing Forensische Zorg (VFZ). Eén van de belangrijkste aanbevelingen van de commissie Houtman die overgenomen is door het kabinet was het overhevelen van het budget voor forensische geestelijke gezondheidszorg naar het ministerie van Justitie (DJI, 2008).

Commissie Visser

Rond dezelfde tijd dat de commissie Houtman haar onderzoek verrichtte, vond het parlementair onderzoek naar de tenuitvoerlegging van de tbs maatregel plaats, onder voorzitterschap van dhr. Visser.¹⁷ De aanleiding voor dit onderzoek waren twee ernstige incidenten waarbij tbs-ers ontsnapten tijdens begeleid verlof, halverwege het jaar 2005, en daarbij een ernstig delict pleegden. De commissie Visser concludeerde in haar onderzoek dat het tbs-systeem als zodanig niet ter discussie stond. Wel deed zij 17 concrete aanbevelingen ter verbetering van de uitstroom, de uitvoering van de maatregel, de instroom en het systeem (in die volgorde). Eén van de aanbevelingen betreft psychiatrische zorg in detentie. De commissie Visser onderschreef de aanbevelingen van de commissie Houtman en beval aan om na te gaan of al tijdens de detentieperiode, voorafgaand aan de start van de tbs behandeling, een vorm van behandeling voor tbs patiënten wenselijk en noodzakelijk is (aanbeveling 17). De aanbevelingen van de parlementaire commissie zijn overgenomen in het kabinetsstandpunt van 16 juni 2006¹⁸ en nader uitgewerkt in een plan van aanpak¹⁹.

Ook op andere terreinen werd vastgesteld dat er meer gebruik gemaakt zou moeten worden van behandelen in detentie. Zo stelde Vegter (1999) in zijn inaugurele rede bij het aanvaarden van zijn benoeming tot bijzonder hoogleraar in het penitentiair

¹⁶ Eerste Kamer, vergaderjaar 2003-2004, 28 979, E.

¹⁷ Tweede Kamer, vergaderjaar 2005-2006, 30 250, nr. 4-5.

¹⁸ Tweede Kamer, vergaderjaar 2005-2006, 30 250, nr. 9.

¹⁹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2006-2007, 29 452 en 30 250, nr. 48.

recht bijvoorbeeld: 'De ruimte die in het kader van penitentiaire programma's bestaat om gestoorde gedetineerden te behandelen dient ten volle te worden benut' ... en ... 'Het gevangeniswezen dient nader beleid te ontwikkelen teneinde inhoud te kunnen geven aan de behandeling van gedetineerden binnen de muren van de gevangenis' (pp. 44-45).

1.2.3 Modernisering gevangeniswezen

In het programma Modernisering Gevangeniswezen (MGW)²⁰ wordt nader vorm gegeven aan de plannen tot behandelen in detentie, zoals deze naar aanleiding van de motie Van de Beeten naar voren gekomen zijn. Volgens recente kamerstukken is deze vernieuwing om vier redenen geïndiceerd. Ten eerste wordt in toenemende mate psychiatrische en verslavingsproblematiek onder gedetineerden geconstateerd, waardoor de vraag om adequate zorg toeneemt. Ten tweede is er behoefte aan verbetering van de samenwerking met de ketenpartners, om detentie beter te laten aansluiten op nazorgtrajecten. Ten derde is er behoefte aan het efficiënter en effectiever omgaan met de beschikbare celcapaciteit en ten slotte (ten vierde) heeft het gevangeniswezen te maken met een financiële taakstelling om de kosten te reduceren.²¹

De hoofdlijnen van de modernisering van het gevangeniswezen sluiten nauw aan bij deze vier ontwikkelingen binnen het gevangeniswezen. Het programma omvat:

- 1 een persoonsgerichte aanpak,
- 2 een betere samenwerking met de ketenpartners,
- 3 een passend zorgaanbod voor de steeds complexere psychiatrische en verslavingsproblematiek bij gedetineerden
- 4 en een flexibel capaciteitsbeheer.

De persoonsgerichte aanpak is hierbij vooral van belang, het gaat om het doorbreken van het levenspatroon van de betrokkene en het voorkomen van terugval na detentie. Naast vergelding dient de tijd tijdens detentie dan ook optimaal benut te worden, om te voorkomen dat de gedetineerde detentieschade oploopt en om een succesvolle terugkeer in de samenleving mogelijk te maken.²² Het programma omvat in totaal 12 projecten. De projecten 'inkomsten en plaatsing', 'Extra Zorg Voorziening' en 'forensische zorg voor gedetineerden' worden in het kader van het onderhavige onderzoek kort besproken.

Het project 'inkomsten en plaatsing' is gericht op het indelen van de totale populatie gedetineerden in een kleiner aantal subgroepen dan op dit moment bestaat. Het is de bedoeling de ruim veertig differentiaties in het gehele gevangeniswezen, terug te brengen naar zes doelgroepen.²³ Het project 'Extra Zorg Voorziening' (EZV) is

²⁰ Het programma Detentie en Behandeling op maat (DBM) is de voorloper van MGW. Dit programma werd vanwege de hoeveelheid kritiek niet uitgevoerd.

²¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, 24 587 en 31 200 VI, nr. 236.

²² Brief aan de Tweede Kamer met kenmerk 5569885/08/DSP; Programma Modernisering Gevangeniswezen. Voortgangsrapportage december 2008.

²³ De zes doelgroepen zijn preventief gehechten, kortverblijvenden, langverblijvenden, vrouwen, strafrechtelijke vreemdelingen en bijzondere groepen: gedetineerden met een extra zorg- of beheersbehoefte. Het streven is aan alle gedetineerden vanaf begin 2010 een dagprogramma te bieden, dat voor een deel bestaat uit standaardacti-

de opvolger van de bestaande Bijzondere Zorg Afdelingen (BZA). De EZV is bedoeld voor het stabiliseren en beschermen van kwetsbare gedetineerden die (psycho-sociale) zorg nodig hebben. De EZV moet een veilige en gestructureerde omgeving bieden, met een vast dag- en nachtritme, een dagprogramma, arbeid en onderwijs. In iedere vestiging van het gevangeniswezen komt een aparte afdeling voor de EZV. Bij de 'forensische zorg voor gedetineerden' gaat het om gedetineerden die meer geestelijke gezondheidszorg nodig hebben dan op de afdeling geboden kan worden. Voor hen wordt het aantal zorgplaatsen met 700 uitgebreid tot een totaal van 1200 zorgplaatsen eind 2010. De helft van deze zorgplaatsen wordt in de GGZ ingekocht en de andere helft wordt op vijf locaties in het gevangeniswezen geconcentreerd.²⁴

1.2.4 Ontwikkelingen in de forensisch psychiatrische zorg

Naast de ontwikkelingen in het gevangeniswezen, vond gelijktijdig (eind jaren '90) een ontwikkeling in de forensisch psychiatrische zorg plaats waarin de mogelijkheid tot behandelen in detentie onderzocht werd. Er waren lange wachttijden voor delinquenten die een intramurale tbs-maatregel opgelegd hadden gekregen, maar voor wie geen plek was in een forensisch psychiatrisch centrum. Deze tijd brachten zij door in een penitentiaire inrichting. Voor deze zogenaamde 'tbs passanten' zou de lange wachttijd in de PI een nadelige invloed hebben op de psychische toestand, vanwege onzekerheid over het moment van plaatsing in de tbs en onzekerheid over wat hen in de tbs-kliniek te wachten stond. Het bieden van behandeling in detentie zou de verslechtering van de psychische toestand kunnen voorkomen en daarnaast zouden deze zogenaamde 'préklinische interventies' kunnen bijdragen aan een verkorting van de duur van de tbs. Dat stelde de deelprojectgroep 'préklinische interventie' die deel uitmaakte van het verbetertraject 'TBS Terecht' (DJI, 2001).

Het verbetertraject was opgezet om de uitvoering van de tbs-maatregel efficiënter en effectiever te laten verlopen. In enkele PI's werden daarop pilots opgezet waarin préklinische interventies (pki) en préklinische behandelingen (pkb) aangeboden werden. De préklinische interventie bestond uit vier onderdelen:

- 1 voorlichting over de maatregel tbs en de tbs behandeling,
- 2 diagnostiek, risicotaxatie en selectie,
- 3 psycho-educatie en voorlichting over de stoornis(sen)
- 4 en contact leggen met het netwerk van de patiënten

De préklinische behandeling ontstond uit de wens om de pki programma's nader invulling te geven en gaat verder in de mate van behandeling dan pki. De volgende onderdelen komen in pkb aan bod:

- 1 gesprekken met een psycholoog,
- 2 diagnostiek,
- 3 psychotherapie met delictanalyse en delictbespreking,
- 4 psychomotorische therapie,
- 5 bespreken financiële situatie,
- 6 contact leggen met het netwerk,

viteiten (geestelijke verzorging, sport, bezoek, luchten, recreatie, persoonlijke verzorging en bibliotheekbezoek) en voor een deel uit variabele activiteiten (onderwijs, zorg en gedragsinterventies).

²⁴ Brief aan de Tweede Kamer met kenmerk 5569885/08/DSP; Programma Modernisering Gevangeniswezen. Voortgangsrapportage december 2008.

- 7 volledig psychiatrisch onderzoek
- 8 en deelname aan een therapeutische gemeenschap op de afdeling waar de passant verblijft.

Onlangs is door het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP) een evaluatie-rapport over de werkzaamheid van pki en pkb verschenen (EFP, 2008b). De onderzoekers concludeerden dat pilots met betrekking tot pki en pkb: 'nuttig zijn, maar met voorwaarden'. De projecten pki en pkb vertonen deels overlap met de pré-therapie Breda en in paragraaf 4.1 (onderzoeksvraag 12) worden de resultaten uit dit onderzoek nader besproken.

Kortom

Het WODC is gevraagd onderzoek te verrichten naar de effectiviteit van het pré-therapie programma zoals dat in Breda gegeven wordt. Het onderhavige rapport vormt een evaluatie wat betreft de te verwachten effectiviteit van de interventie, zoals deze op basis van de plannen naar voren komt (een planevaluatie). De resultaten uit de onderhavige planevaluatie zijn voor de staatssecretaris van justitie bepalend bij de keuze of deze therapie in deze of een doorontwikkelde vorm ook in de toekomst in het gevangeniswezen moet worden aangeboden.²⁵ Tevens zouden de resultaten gebruikt kunnen worden bij de nadere invulling van het dagprogramma voor één van de nieuw te definiëren doelgroepen in het gevangeniswezen, namelijk de gedetineerden die forensische zorg nodig hebben, in één van de vijf zorglocaties binnen het gevangeniswezen. Daarnaast zouden de resultaten gebruikt kunnen worden bij de nadere invulling van forensische zorg in detentie van tbs-gestelden. Er wordt ook een procesevaluatie van de prétherapie Breda verricht. De resultaten van dit onderzoek staan in Nagtegaal en Mulder (2010).

1.3 Doelstelling en onderzoeksvragen

Bij een planevaluatie is de hoofdvraag: waarom zou de interventie werken? Om die vraag te kunnen beantwoorden is het van belang om de plannen, motieven, theorieën, assumpties en overwegingen te onderzoeken, die ten grondslag liggen aan de prétherapie en vast te stellen van welke (veronderstelde) onderliggende mechanismen effecten kunnen worden verwacht. Uit de planevaluatie moet duidelijk worden of en waarom dit programma, op basis van de plannen, veelbelovend is. Als de prétherapie voldoende theoretisch onderbouwd is, beantwoordt aan de kwaliteitscriteria van een strafrechtelijke interventie, afgezet kan worden tegen recente richtlijnen ten aanzien van dergelijke interventies en bovendien wordt uitgevoerd conform de programmadoelen en -richtlijnen, dan mag gesproken worden van een veelbelovende interventie gestoeld op theoretische grondslagen. Deze planevaluatie biedt inzicht in genoemde onderdelen, op basis van de plannen die over de prétherapie bekend zijn. De volgende subvragen zullen aan bod komen (zie ook Wartna, 2005²⁶):

²⁵ Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, 24 587, nr. 247.

²⁶ Wartna (2005) heeft het onderzoek naar de effectiviteit van strafrechtelijke interventies opgedeeld in drie afzonderlijke onderdelen: een planevaluatie, een procesevaluatie en een effectevaluatie. Hierbij staan de volgende vragen centraal: waarom zou de interventie werken (planevaluatie), hoe werkt de interventie (procesevaluatie) en is de interventie effectief (effect/productevaluatie)? Voor een uitgebreidere bespreking van de verschillende typen onderzoek naar de effectiviteit van strafrechtelijke interventies wordt verwezen naar Wartna (2005).

- 1 Wat zijn de doelstellingen van de prétherapie?
- 2 Wat is de inhoud van de prétherapie?
- 3 Welke theorieën en overwegingen liggen ten grondslag aan de prétherapie?
- 4 Op welke doelgroep richt het programma zich?
- 5 Op welke criminogene factoren richt het programma zich en hoe zijn deze factoren van invloed op het criminele gedrag van de doelgroep?
- 6 Waaruit bestaat de behandeling van deze criminogene factoren?
- 7 In welke setting of context vindt de interventie plaats?
- 8 Kunnen de doelstellingen gekoppeld worden aan specifieke programmaonderdelen? Met andere woorden, is er overeenstemming tussen de beoogde doelstellingen en de wijze waarop deze doelstellingen op grond van het programma worden gerealiseerd?
- 9 Wat zijn de werkzame mechanismen achter deze vorm van prétherapie? Dat wil zeggen, op welke manier zouden de interventies die men pleegt, kunnen leiden tot de gewenste veranderingen van gedrag? Worden deze mechanismen ook in de literatuur beschreven als veelbelovend?
- 10 Welke verwachtingen over de werkzame mechanismen leven bij de direct betrokkenen?
- 11 Zijn er vanuit de literatuur indicaties dat deze vorm van prétherapie bij iedereen werkt of zijn er contextspecifieke in- en exclusiecriteria en wordt hier in de PI Breda rekening mee gehouden?
- 12 Welke effecten komen in de internationale literatuur naar voren op het gebied van prétherapie en zijn er theoretische indicaties om te veronderstellen dat de prétherapie in Breda veelbelovend kan worden genoemd?

In hoofdstuk 2 wordt een omschrijving van de prétherapie gegeven. In hoofdstuk 3 worden bovengenoemde subvragen één voor één beantwoord. Hieronder wordt eerst ingegaan op de verschillende onderzoeksmethoden die gebruikt zijn bij deze planevaluatie (paragraaf 1.4) en de verzameling en selectie van de literatuur (paragraaf 1.5).

1.4 Onderzoeksmethoden

In deze planevaluatie is gebruik gemaakt van verschillende onderzoeksmethoden. Er is literatuuronderzoek verricht en er zijn interviews²⁷ gehouden. Verder werden beleidsdocumenten en wetenschappelijke publicaties die ten grondslag liggen aan de ontwikkeling van de prétherapie bestudeerd. Onderwerpen die in de semi-gestructureerde interviews aan bod gekomen zijn, zijn onder andere de inhoud van de behandeling, de motieven voor de gekozen methodiek, en de beoogde doelstellingen. Daarnaast zijn de bevindingen uit de publicaties en documenten van de behandelaars, en uit de interviews met hen, vergeleken met bevindingen en aanbevelingen uit de (inter)nationale literatuur over de behandeling van zedendelinquenten.

²⁷ Met de volgende personen werd gesproken: de GZ psycholoog en systeemtherapeut van de PI Breda, de psychotherapeut van GGz-Eindhoven (de Woenselse Poort), de senior dramatherapeut GGzE (de Woenselse Poort) en GGz-Breburg, de psychomotorische therapeut PI Breda en Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis ('PAAZ, Amphia ziekenhuis Breda), het afdelingshoofd BZA, VBA en 'beschermd wonen' van PI Breda, en vier gedetineerden die deelnamen aan het prétherapie programma.

Er zijn verschillende onderzoekstradities aan te duiden voor het verrichten van een planevaluatie. Voor deze planevaluatie is gebruik gemaakt van de principes uit de *What Works* en de *Realist Evaluation* tradities. Daarnaast zijn de criteria van de Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie (Ministerie van Justitie, 2008) gebruikt bij het opstellen van de onderzoeksvragen. De verschillende onderzoekstradities en de manier waarop die bij de onderhavige planevaluatie gebruikt zijn, worden hieronder kort nader toegelicht.

1.4.1 De 'What Works' benadering

De *What Works* benadering is ontstaan in reactie op een invloedrijk artikel uit 1974, waarin gesuggereerd werd dat geen enkele interventie in de rehabilitatieprogramma's voor gedetineerden zou werken ter voorkoming van recidive (Martinson, 1974). In *Martinson's review* werden 231 evaluatieonderzoeken naar rehabilitatieprogramma's betrokken, die tussen 1945 en 1967 verschenen waren. Bijna geen van deze programma's had effect op de recidivecijfers. De reacties op dit artikel waren tweezijdig. Enerzijds leidde het artikel tot veel scepticisme over de werkzaamheid van rehabilitatieprogramma's, anderzijds leidde het juist tot een roep om beter gefundeerde programma's, met een goede theoretische onderbouwing en duidelijk omschreven behandeldoelen en interventiemethoden. Dit heeft ertoe geleid dat er veel bekend is geworden over de effectiviteit van behandelprogramma's voor delinquenten in het algemeen. Duidelijk is nu dat programma's die de *risk-need-responsivity* (RNR) principes volgen, het meeste effect hebben op het reduceren van recidive (Hanson, Bourgon, Helmus, & Hodgson, 2009; Olver, Wong, & Nicholaichuk, 2009). Deze principes zijn (Andrews & Bonta, 1994; Andrews, Bonta, & Hoge, 1990; Andrews, Bonta, & Wormith, 2006; Cullen & Gendreau, 2001; Gendreau, Cullen & Bonta, 1994; McGuire, 1995):

1 Het risicoprincipe (risk principle)

Het niveau en de intensiteit van de interventie moeten worden afgestemd op het recidiverisico van de delinquent.²⁸ Interventies dienen zich vooral te richten op personen met een gemiddeld tot hoog risico op recidive. Hoe hoger het risico op recidive, hoe intensiever het programma dient te worden aangeboden. Een gestructureerde risicotaxatie moet worden afgenomen voor het bepalen van de risico's.

2 Het behoefteprincipe (need principle)

Het programma dient zich te richten op (vermindering van) de individuele criminogene behoeften, de veranderbare risicofactoren voor recidive, ook wel dynamische risicofactoren genoemd.

3 Responsiviteit (responsivity principle)

De wijze waarop het programma wordt aangeboden, dient aangepast te worden aan kenmerken van de delinquent (zoals intellectuele en sociale capaciteiten, motivatie, en de manier waarop hij leert), waardoor de kans van slagen van het programma geoptimaliseerd wordt. Er moet worden ingezet op multimodale programma's die zich op meerdere factoren richten, waaronder gedrag, cognities en vaardigheden.

²⁸ Voor een meta-analyse over dit onderwerp wordt verwezen naar Andrews en Dowden (2006).

Programma-integriteit

Hierbij is het vooral belangrijk te checken of het programma wordt uitgevoerd conform de plannen, het draaiboek en de protocollen. Daarnaast is het van belang dat er tegemoet gekomen wordt aan de theoretische integriteit: de behandelaars dienen vanuit een overkoepelend theoretisch kader te werken. Er zijn nog meer factoren van belang: het programma dient een duidelijke programmaleider te hebben, de behandelaars dienen goed getraind te worden, er dient een gedegen evaluatie plaats te vinden, er moet ruimte zijn voor intervisie en supervisie en steun vanuit het management.

Het resultaat dat behandelprogramma's voor delinquenten in het algemeen het meeste effect hebben op het terugdringen van recidive als de programma's de RNR principes volgen, is een resultaat dat gevonden is voor verschillende typen onderzoek (aselecte toewijzing en niet-aselecte toewijzing) en door verschillende onafhankelijke onderzoeksgroepen (Andrews & Bonta, 2006; Landenberger & Lipsey, 2005; Wilson, Bouffard, & Mackenzie, 2005).

Doelstelling van de 'What Works' benadering

De overkoepelende doelstelling van de *What Works* benadering is te komen tot een bredere *evidence-base* onder interventies. Dit laatste zou volgens De Beurs en Barendregt (2008) drie stappen omvatten: (1) het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek om de effecten van de therapie in kaart te krijgen, (2) het opstellen van richtlijnen op basis van het wetenschappelijke onderzoek en (3) het implementeren van die richtlijnen op het niveau van de individuele behandelaar of patiënt. Binnen de *What Works* traditie zijn ook eisen opgesteld voor onderzoek op basis waarvan metastudies gedaan kunnen worden. De Campbell Collaboration is een organisatie die meta-analyses verricht op het gebied van sociale interventies. Het is een zusterorganisatie van de Cochrane Collaboration, die meta-analyses in de gezondheidszorg verricht. De Campbell Collaboration ontstond in 1999 en kan als een parallelle ontwikkeling aan de *What Works* principes gezien worden. De organisatie stelt hoge eisen aan de kwaliteit van de onderzoeken die opgenomen worden in de meta-analyses en waarbij gewerkt wordt volgens een nauwgezet protocol (www.campbellcollaboration.org; zie ook Petrosino, Boruch, Soydan, Duggan, & Sanchez-Meca, 2001). Zo worden studies alleen opgenomen in de meta-analyse wanneer de interventie of het programma goed wordt omschreven, gebruik wordt gemaakt van een (quasi)experimenteel design, en wanneer uitspraken gedaan worden over de grootte en statistische significantie van gevonden effecten.

1.4.2 De 'Realist Evaluation'

Een andere onderzoekstraditie is de *Realist Evaluation* (Pawson, 2002; Pawson, Greenhalgh, Harvey, & Walshe, 2005; Pawson & Tilley, 1994, 1997). Aanhangers van deze manier van onderzoek stellen dat er te veel kennis verloren gaat als alleen informatie over de effectiviteit van een interventie op basis van meta-analyses en studies met een SMS score van 4 en 5 wordt verricht.²⁹ Kort gezegd, dit zijn onder-

²⁹ De Maryland Scientific Methods Scale kan gebruikt worden om een score te geven (de SMS score) aan de methodologische kwaliteit van een onderzoek (Farrington, Gottfredson, Sherman & Welsh, 2002). Het gaat er hierbij vooral om de mate van interne validiteit van het betreffende onderzoek in kaart te brengen. Hoe hoger de SMS score, hoe beter tegemoet gekomen wordt aan de interne validiteit.

zoeken die een streng onderzoeksdesign hanteren. Meta-analyses en RCT's³⁰ geven in hun ogen geen duidelijkheid over de generaliseerbaarheid van de bevindingen, of over de externe validiteit. Hiermee wordt bedoeld dat op basis van RCT's en meta-analyses niet duidelijk is onder welke omstandigheden een interventie tot het gewenste effect leidt. Bovendien bieden RCT's geen inzicht in de werkzame mechanismen achter bepaalde interventies. De *Realist Evaluation* legt om die redenen sterk de nadruk op de externe validiteit. Er wordt binnen deze benadering gezocht naar de context waarbinnen een interventie effect kan hebben, de werkzame mechanismen die ten grondslag liggen aan de effectiviteit van de interventie en de uitkomsten (zowel bedoeld als onbedoeld). Dit noemen zij het *Context Mechanism Outcome*-model (Pawson & Tilley, 1997). In het *CMO*-model wordt expliciet benadrukt dat om te komen tot inzicht in de veronderstelde werkzame mechanismen, en daarmee tot een realistische evaluatie van een interventie waarmee gedragsverandering beoogd wordt, het nodig is te weten:

- 1 binnen welke context de interventie werkt (Context);
- 2 welk mechanisme aan de verandering ten grondslag ligt (Mechanism);
- 3 welke verandering precies bereikt wordt (Outcome).

Bijvoorbeeld, de aanwezigheid van het afdelingsklimaat met kenmerken van een therapeutische gemeenschap is mede-bepalend voor de effecten die bereikt kunnen worden met het prétherapie-programma. De verwachting is dat het programma effectiever is binnen de context van een steunegend afdelingsklimaat. Het afdelingsklimaat vormt dus de context waarbinnen de gedragsinterventie werkzaam is.

1.4.3 Kwaliteitscriteria Erkeningscommissie Gedragsinterventies Justitie

Ten behoeve van de inzet en evaluatie van gedragsinterventies door het ministerie van Justitie, zijn kwaliteitscriteria geformuleerd door de Erkeningscommissie Gedragsinterventies Justitie (Ministerie van Justitie, 2008). De kwaliteitscriteria van de Erkeningscommissie Gedragsinterventies Justitie zijn afgeleid van bovengenoemde *What Works* en *evidence-based* principes. Enerzijds worden dergelijke principes gebruikt om interventies zelf aan te toetsen, anderzijds worden deze gebruikt om het evalueren van gedragsinterventies in goede banen te leiden. De tien criteria van de Erkeningscommissie zijn:

- 1 Theoretische onderbouwing: de gedragsinterventie is gebaseerd op een analyse van het delictgedrag en een expliciet veranderingsmodel waarvan de werking wetenschappelijk is aangetoond.
- 2 Selectie van Justitiabelen: het type justitiabele waarop de gedragsinterventie zich richt wordt duidelijk gespecificeerd en geselecteerd.

³⁰ De onderzoeksmethode waarmee de meest harde uitspraken gedaan kunnen worden wat betreft de effectiviteit van een interventie betreft de *Randomized Controlled Trial (RCT)*. Het RCT-design is een experimentele onderzoekszet, waarin te behandelen personen *random* (dus aselekt) worden toegewezen aan twee condities: wel of geen behandeling. Nu is het onthouden van behandeling ethisch gezien niet altijd uitvoerbaar, daarom wordt ook wel gewerkt zonder aselekte toewijzing aan behandelingscondities. Dit wordt een quasi-experimenteel design genoemd (Cook & Campbell, 1979; Shadish, Cook & Campbell, 2002). Belangrijk is dat personen in de twee groepen van wel of geen behandeling niet verschillen op andere kenmerken (zoals leeftijd, ernst van pathologie), zodat de effecten van de behandeling zo sec mogelijk geanalyseerd kunnen worden.

- 3 Dynamische criminogene factoren en protectieve factoren: de gedragsinterventie is gericht op het beïnvloeden van veranderbare risicofactoren en op protectieve factoren die samenhangen met het criminele gedrag.
- 4 Effectieve (behandel)methoden: er worden (behandel)methoden toegepast die aantoonbaar effectief of veelbelovend zijn.
- 5 Vaardigheden: de aanpak is mede gericht op het leren van praktische, sociale en probleemoplossende vaardigheden.
- 6 Fasering, intensiteit en duur: de intensiteit en duur van de gedragsinterventie sluiten aan bij de problematiek van de deelnemer.
- 7 Betrokkenheid en motivatie: betrokkenheid van de deelnemer bij de gedragsinterventie en motivatie voor deelname moeten worden bevorderd en gestimuleerd.
- 8 Continuïteit: er moeten duidelijke verbindingen zijn tussen de gedragsinterventie en de totale begeleiding van de justitiabele.
- 9 Interventie-integriteit: de gedragsinterventie wordt uitgevoerd zoals het bedoeld is.
- 10 Evaluatie: een doorlopende evaluatie geeft inzicht in de effectiviteit van de gedragsinterventie.

Kortom

In deze planevaluatie is gekozen voor een onderzoeksopzet die bovenstaande elementen combineert. De prétherapie in Breda zal beoordeeld worden aan de hand van de *What Works* principes en ook de veronderstelde werkzame mechanismen komen aan bod (vergelijk met Leeuw, 2005; Leeuw, Van der Knaap & Bogaerts, 2007; Rovers, 2007). Daarnaast zijn de kwaliteitscriteria van de Erkeningscommissie Gedragsinterventies Justitie gebruikt bij het vaststellen van de onderzoeksvragen.

1.5 Verzameling en selectie van literatuur

Er werd in de volgende databases gezocht:

- Federatie Vaktherapeutische Beroepen:
www.vaktherapie.nl/pages/nl/over_vaktherapie
- Google Scholar
- ISI Web of Knowledge
- KenVak (kenvak.hszuyd.nl: een website gewijd aan kennis op vaktherapeutisch gebied)
- SAGE Journals Online
- Social Sciences Citation Index (SSCI)
- Wiley InterScience

De volgende zoektermen zijn gebruikt:

'zedendelinquenten'; 'zedendelinquenten' + 'behandeling'; 'zedendelinquenten' + 'behandeling' + 'detentie'; 'zedendelinquenten' + 'delictscenario'; 'zedendelinquenten' + 'vaktherapie'; 'sex offenders'; 'sex offenders' + 'treatment'; 'sex offenders' + 'treatment' + 'prison'; 'sex offenders' + 'relapse prevention'; 'sex offenders' + 'drama therapy'; 'sex offenders' + 'psychomotor therapy'; 'therapeutic' + 'skills'; 'therap*' + 'skill'; 'therap*' + 'skill' + 'inmates'; 'prison therapeutic community'; 'prison therapeutic community' + 'sex offenders'.

Er is een internetsearch uitgevoerd met behulp van Google en Google Scholar. Dat leverde onder andere de volgende boeken op, waarvan de literatuurlijsten zijn gebruikt:

Laws, D.R., Hudson, S.M., & Ward, T. (2000). *Remaking relapse prevention with sex offenders: A sourcebook*. Londen: Sage Publications.

Marshall, W.L., Marshall, L.E., Serran, G.A., & Fernandez, Y.M. (2006). *Treating sexual offenders: An integrated approach*. New York: Routledge.

Ward, T., & Maruna, S. (2007). *Rehabilitation: Beyond the risk paradigm*. New York: Routledge.

Daarnaast zijn leden van de Federatie Vaktherapeutische Beroepen aangeschreven met de vraag of zij informatie over vaktherapeutische interventies bij zedendelinquenten wilden toezenden. Dit leverde een aantal publicaties op die verschenen zijn in vaktijdschriften en boeken van en voor vaktherapeuten.

2 De behandeling

Dit hoofdstuk is gebaseerd op documenten afkomstig van de behandelaren en uitspraken gedaan tijdens interviews met betrokkenen bij de prétherapie (september en oktober 2008). Voor de leesbaarheid wordt niet telkens aan deze documenten en interviews gerefereerd. Er worden alleen referenties gegeven als de informatie afkomstig is uit andere bronnen. Het hoofdstuk heeft een beschrijvend karakter en omvat nadrukkelijk nog niet de evaluatie van de prétherapie. Die komt in hoofdstuk 3 aan de orde. Hieronder worden kort de doelstellingen van de prétherapie besproken (paragraaf 2.1). Daarna komen de in- en exclusiecriteria voor de prétherapie aan de orde (paragraaf 2.2), de behandelmethodiek (paragraaf 2.3) en een theoretische onderbouwing van de prétherapie, zoals deze door de behandelaren is gegeven (paragraaf 2.4).

2.1 Doelstellingen van de prétherapie

De prétherapie voor zedendelinquenten in Breda is opgezet door de betrokken GZ psycholoog en systeemtherapeut van de afdeling 'beschermd wonen' in PI De Boschpoort in Breda, in samenwerking met collega's van de GGZ instelling De Grote Beek te Eindhoven. Zoals al eerder vermeld, wordt het programma prétherapie genoemd, omdat de meeste deelnemers aan deze therapie na verloop van tijd op diverse plekken voor vervolgbehandeling terechtkomen, zoals een Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC) of een instelling binnen de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). Een deel van hen komt voor intramurale behandeling in een forensisch psychiatrische instelling terecht, een deel stroomt uit naar extramurale (forensische) behandelinstellingen (al dan niet met een tbs met voorwaarden), een deel komt onder toezicht van de reclassering te staan en een klein deel komt zonder verdere behandeling terug in de maatschappij.³¹ Naar schatting van de behandelaren komt ongeveer 95% van de deelnemers aan het programma op een plek voor vervolgbehandeling terecht. De doelen van de prétherapie zijn:

- 1 het voorkomen van verslechtering van psychische klachten;
- 2 het voorbereiden op vervolgbehandeling;
- 3 het verkorten van de duur van de vervolgbehandeling;
- 4 een bijdrage leveren aan het voorkomen van recidive.

2.2 In- en exclusiecriteria voor de prétherapie

Voor de prétherapie zoals hierboven omschreven zijn in- en exclusiecriteria opgesteld. De inclusiecriteria zijn: het gaat om preventief gehechten en veroordeelden van een zedendelict op grond van wetsartikelen 240 tot en met 249 (zie tabel 2). De range van indexdelicten die deelnemers hebben gepleegd, betreffen alle typen zedendelicten. Het kan daarbij gaan om 'hands-on' (bijvoorbeeld verkrachting) of 'hands-off' delicten (bijvoorbeeld bezit van kinderporno), met of zonder geweld of

³¹ Op de afdeling 'beschermd wonen' verblijven daarnaast ook enkele zedendelinquenten die niet mee willen of kunnen doen aan de behandeling.

dwang gepleegd. Slachtoffers kunnen volwassenen en/of kinderen zijn geweest. Het kan gaan om één slachtoffer, maar ook om meerdere. Er kan eventueel ook sprake zijn van een combinatie met ernstiger delicten, zoals moord of doodslag (in de voor-geschiedenis), maar de ernst van het delict mag het groepsproces niet in de weg staan. Dat betekent, afhankelijk van de reactie van de groep (met name: bestaat er nog steeds een gevoel van veiligheid, wat een voorwaarde is om vrij te kunnen spreken) wordt besloten of de betreffende deelnemer in de groep kan blijven of dat hij individuele gesprekken krijgt. Verder dient de deelnemer te bekennen dat hij het delict waarvoor hij in Breda vastzit gepleegd heeft of, indien hij ontkent, ten minste te erkennen dat hij een probleem heeft met seksueel grensoverschrijdend gedrag.

Tabel 2 Overzicht wetsartikelen zedendelinquentie

Wetsartikel	Zedenmisdrif
240	Pornografie
240a	Bescherming van jeugdigen beneden 16 jaar tegen vertoning van een schadelijk te achten vertoning
240b	Kinderpornografie
242 ^a	Verkrachting
243	Seksueel binnendringen van een bewusteloze, onmachtige of Gestoorde
244	Seksueel binnendringen van iemand beneden 12 jaar
245	Seksueel binnendringen bij iemand beneden 16 jaar
246	Feitelijke aanranding van de eerbaarheid
247	Ontucht met bewusteloze, onmachtige, gestoorde of kind ^b
248	Jeugdprostitutie
249	Ontucht met misbruik van gezag/vertrouwen

^a Artikel 241 is vervallen bij wet van 6 mei, 1971, Stb, 291. Deze betrof overspel.

^b Het plegen van seksuele handelingen met kinderen (1) jonger dan 12 jaar of (2) ouder dan 12 maar jonger dan 16 jaar (buiten echt). Bron: Wetboek van Strafrecht.

Als exclusiecriteria gelden psychotische kenmerken, psychopathie of andere ernstige persoonlijkheidsstoornissen en te beperkte intellectuele vaardigheden. Deels wordt dat beoordeeld aan de hand van de Pro Justitia rapportage, voor zover aanwezig. Daarnaast wordt deelname aan de prétherapie bepaald aan de hand van een gesprek met de behandelend GZ psycholoog en systeemtherapeut, en de psychotherapeut van de GGzE. In die gesprekken wordt uitgelegd waarom de behandeling wordt aangeboden, waar de behandeling uit bestaat, en welke afspraken gemaakt worden over het belang van het respecteren van anderen en andermans privacy en openheid. Geschiktheid voor deelname wordt tijdens het gesprek mede bepaald door een inschatting van voldoende intellectuele capaciteiten, bereidheid tot deelname, en geschiktheid voor deelname aan groepssessies. Verder moet de deelnemer tenminste 18 jaar zijn. Er is geen maximum leeftijd verbonden aan deelname. Ten slotte is deelname aan de sessies wel vrijwillig, maar niet vrijblijvend. Dat wil zeggen, eenmaal ingestemd met deelname, wordt verwacht dat de deelnemer bij elke sessie aanwezig is en actief mee doet.

Wil of kan een gedetineerde niet meedoen aan de behandeling, dan is er op de afdeling 'beschermd wonen' een verdieping lager in het gebouw een afdeling met cellen exclusief voor deze groep zedendelinquenten. De deelnemers aan de pré-

therapie zijn alleen mannen,³² vandaar dat in dit rapport alleen over 'hij' gesproken wordt.

2.3 De behandelmethodiek

De behandeling in de prétherapie bestaat uit verschillende onderdelen. Allereerst heerst er op de afdeling een klimaat waarin continu gewerkt wordt aan het bereiken van de behandeldoelen. De piw-ers kunnen de deelnemers aanspreken op hun gedrag, bijvoorbeeld tijdens het sporten of gewoon op de gang. Ook kunnen de deelnemers aan de therapie personeelsleden, zoals piw-ers, aanspreken na therapie-sessies, wanneer zij behoefte hebben aan napraten. De prétherapie bestaat verder uit verschillende wekelijkse sessies van 1,5 uur, waarbij elke week één sessie cognitieve gedragstherapie, en één sessie vaktherapie (drama- en psychomotorische therapie) gegeven wordt. In beide onderdelen wordt gewerkt in dezelfde groeps-samenstelling van maximaal acht deelnemers en vaste behandelaren die in duo's te werk gaan. Voor elke therapievorm is er één behandelarenduo.

Naast deze groepssessies en individuele gesprekken is er op de afdeling een facultatieve sociogroep. Het doel van de sociogroep is het voorkomen van een gevoel van sociale isolatie en het werken aan sociale vaardigheden. In de sociogroep praten gedetineerden over allerlei – meer algemene – zaken met betrekking tot hun detentie, zoals consequenties voor gezin of baan. Het delict zelf wordt hier niet besproken. De sociogroep heeft een andere (maar wel vaste) groepssamenstelling dan de groepen in de therapeutische sessies en staat onder leiding van een reclasseringsmedewerker en een penitentiaire inrichtingswerker. De sociogroep valt buiten het officiële programma van de prétherapie. De verschillende onderdelen van de prétherapie worden hieronder nader besproken.

2.3.1 Het afdelingsklimaat: therapeutische gemeenschap

Het klimaat op de afdeling 'beschermd wonen' wordt in de prétherapie verondersteld een centrale rol te spelen. Het verblijf op deze afdeling in de PI Breda is anders dan het verblijf op andere afdelingen in PI Breda en in de meeste andere penitentiaire inrichtingen. De uitzonderingspositie wordt al duidelijk uit de plaatsbepaling van de afdeling: de afdeling bevindt zich in een gebouw dat fysiek gescheiden staat van de unit met de overige gedetineerden. Ook hebben de bewoners van de beschermde afdeling een aparte luchtplaats, sportfaciliteiten, een eigen werkplaats en gelegenheden voor recreatie. Zo wordt er één keer per maand een speciale activiteit georganiseerd, zoals een volleybal wedstrijd of een barbecue.

Daarnaast zijn de piw-ers op de afdeling 'beschermd wonen' speciaal geselecteerd op interesse in het werken met deze groep. Gezien de doelgroep en de sociale

³² In principe is het programma (in aangepaste vorm) ook geschikt voor vrouwelijke deelnemers. Echter, in penitentiaire inrichtingen verblijven veel minder vrouwen dan mannen. In totaal verblijven in detentie ongeveer 15.000 personen (DJI, 2009). Ongeveer 5% daarvan is vrouw (750). Ongeveer 5% van die vrouwen is zedendelinquent (ongeveer 37; ongeveer 1 op de 400 gedetineerden). Mannen verblijven strikt gescheiden van vrouwen en vrouwen zijn onderling niet zo fysiek agressief als mannen. Om die reden is opname op een beschermde afdeling voor vrouwen minder noodzakelijk.

afkeuring die zedendelicten veelal oproepen, worden meer eisen gesteld aan de sociale vaardigheden van deze piw-ers. Verder is de toegankelijkheid van de piw-ers voor gedetineerden een kenmerkend aspect van de afdeling. Zo gaan op dagen waarop therapeutische sessies zijn de deuren van de cellen open om onderling contact en contact met het personeel te vergemakkelijken en elke gedetineerde krijgt een piw-er als mentor en vertrouwenspersoon toegewezen. Ook zijn er twee keer trainingen voor de piw-ers geweest, vanuit de GGz Eindhoven (GGzE), waarin allerlei informatie over zedendelinquenten gegeven wordt. Het doel van de verdiepende cursussen voor de piw-ers is het creëren van meer kennis en begrip over het (delict)gedrag van de zedendelinquenten. Dit zou volgens de behandelaars tot resultaat hebben dat de piw-ers zich beter in hen kunnen inleven en beter in staat zijn ongewenst gedrag van de zedendelinquenten te sturen. Daarnaast zijn drie van de zes piw-ers van de afdeling 'beschermd wonen' opgeleid tot activiteitenbegeleider, zoals van sport en spel-activiteiten.

Er wordt verwacht dat de resocialisatie deels tot stand komt door middel van het (sociaal) leren van het leven in een groep. Na aankomst op de afdeling krijgt de nieuwe bewoner van een groepsoudste, een medegedetineerde die al wat langere tijd op de afdeling verblijft en over de vereiste vaardigheden en capaciteiten beschikt, uitleg over de gang van zaken op de afdeling. Door het samenleven in een groep worden betrokkenen continu geconfronteerd met eigen gedachten, gevoelens en gedrag en vinden verschillende groepsprocessen plaats. Al deze ervaringen leveren leermomenten op, waardoor de betrokkenen van zichzelf, elkaar en de groep nieuwe vaardigheden en copingstijlen kunnen leren. De begeleiding van het groepsproces door piw-ers en therapeuten is daarbij essentieel, vooral in de beginfase van de resocialisatie. In feite voldoet de afdeling 'beschermd wonen' aan de kenmerken van een therapeutische gemeenschap. Hierbij staat samenleven in een groep centraal en wordt door middel van sociaal leren een complete verandering in de levensstijl als doel gesteld. Therapeutische gemeenschappen (TG's) in gevangenen worden regelmatig ingezet als programma ter resocialisatie van verslaafde delinquenten (zie bijvoorbeeld McCollister et al., 2003; voor een overzicht van de effectiviteit en veronderstelde werkzame mechanismen van verschillende therapeutische gemeenschappen, zie De Kogel, & Nagtegaal, 2008).

2.3.2 Cognitieve gedragstherapie

In de behandeling komen ook groepsessies en individuele gesprekken aan de orde. Wekelijks vindt er één cognitief-gedragstherapeutische (CGT) groepsessie van 1,5 uur plaats, waarin het delict(scenario) besproken wordt. De cognitief-gedragstherapeutische sessies zijn primair gericht op bewustwording (zie ook paragraaf 3.3) en op het beschrijven en uiteindelijk in de groep bespreken van de persoonlijke seksuele geschiedenis. De sessies bestaan uit oefeningen die in een groep besproken worden.³³ Dit heeft als voordeel dat medegedetineerden kritische spiegelingen geven. Zij doorzien (vooral bij anderen) de cognitieve trucs zoals vervormingen (bijvoorbeeld angst van een kind benoemen als nieuwsgierigheid) en minimaliseringen (iets minder erg laten klinken dan het was, bijvoorbeeld 'ze hilde wel even, maar ze vond het niet echt erg'). Dergelijke cognitieve trucs staan het nemen van ver-

³³ Voor een overzicht van de opdrachten die bij de persoonlijke seksuele geschiedenis horen, wordt verwezen naar bijlage 2.

antwoordelijkheid voor het delict in de weg. Bovendien wordt door het vergoelijken van de negatieve gevolgen de kans op het plegen van een delict groter (gemaakt) en worden remmingen weggehaald of verminderd. Verantwoordelijkheid nemen voor het delict is dan ook een belangrijk onderdeel van het bewustwordingsproces, wellicht het einddoel ervan. Hieronder komen eerst algemene kenmerken als de theoretische achtergrond, de therapeutische houding en de doelstellingen van de CGT aan bod. Daarna volgt een omschrijving van enkele specifieke behandelonderdelen.

Therapeutische houding

De therapeutische houding van de behandelaren is steungevend en tegelijkertijd kritisch. Door het bieden van ondersteuning zou de betrokkene meer open zijn in de therapie en door het bieden van een kritische blik wordt hij tegelijkertijd verantwoordelijk gehouden voor zijn gedrag. Het seksueel grensoverschrijdende gedrag van de betrokkene wordt veroordeeld.

Doelstellingen

De voornaamste doelstelling van de cognitieve gedragstherapie is het vergroten van het zelfinzicht. Daarnaast wordt gewerkt aan motivatie voor verandering.

Groepssamenstelling

De samenstelling van de groep blijft grotendeels dezelfde, zodat het onderlinge vertrouwen geoptimaliseerd wordt. Daarnaast stromen gedoseerd nieuwe deelnemers in, want de verwachting is dat als de groep te lang precies dezelfde samenstelling houdt, er te veel routine en stagnatie van de groepsprocessen zou kunnen optreden. Nieuwe deelnemers brengen nieuwe gezichtspunten en ervaringen in, waarmee verwacht wordt dat het bewustwordingsproces bij deelnemers actief blijft.

De delictscenarioprocedure

Een centraal onderdeel van de cognitieve gedragstherapie is de delictscenarioprocedure (zie bijvoorbeeld Van Beek & Mulder, 1992; Kruit, 2003, Mulder, 1995). Deze procedure bestaat uit het in kaart brengen van de gebeurtenissen, gedachten, emoties en het gedrag voorafgaand aan het delict. Tijdens de groepssessies worden deviantie cognities over het delictgedrag uitgesproken en uitgedaagd. Daarnaast krijgen de deelnemers opdrachten mee voor in hun cel die hen laten nadenken over processen die hebben geleid tot het delictgedrag. Deze opdrachten worden vervolgens besproken in de groepssessies. Voor een omschrijving van de achterliggende theorieën wat betreft de delictscenarioprocedure wordt verwezen naar paragraaf 2.4.1.

Het terugvalpreventieplan

Naast de delictscenarioprocedure wordt gewerkt met het terugvalpreventiemodel (Laws, Hudson & Ward, 2000; Marlatt, 1980; Marlatt & Gordon, 1980; voor de Nederlandse praktijk: Kruit, 2003; Mulder, 1995). Dit model onderscheidt meerdere fasen waarin ingegrepen kan worden om terugval te voorkomen. De uitwerking van de fasen en een plan voor preventie van terugval vormen samen het terugvalpreventieplan (zie ook paragraaf 2.4.1).

Binnen de prétherapie worden voor de delictscenarioprocedure en het terugvalpreventiemodel samen acht fasen aangeduid. De fasen komen in de groepssessies aan bod en worden door de deelnemer voorafgaand aan de groepssessie uitgeschreven in de cel. Gedurende de prétherapie kunnen deze uitgeschreven stukken verder uitgewerkt worden (als er sprake is van voortschrijdend inzicht). Bij de fasen worden voorbeelden gegeven door de therapeuten, als aanzet voor het beschrijven van

wat belangrijk was in die specifieke fase. De acht fasen zien er als volgt uit (zie ook bijlage 2):

Fase 1: Uit evenwicht

In de eerste fase wordt de betrokkene gevraagd naar oorzaken voor het uit balans raken van zijn leven. Het gaat bijvoorbeeld om vervelende ervaringen uit de jeugd of op latere leeftijd, zoals geweld, weinig liefde, verwaarlozing, et cetera. Ook kan er sprake zijn geweest van bijzonder heftige seksuele fantasieën, gevoelens en gedrag, of juist een wegblijven daarvan. Pedofiele geaardheid kan ontdekt worden. Het gaat hierbij in ieder geval om belangrijke personen, *life events* of andere gebeurtenissen die een negatieve impact op zijn leven hadden.

Fase 2: Gebeurtenissen of prikkels die de problemen versterken

De tweede fase betreft een plotselinge gebeurtenis of eerste (seksuele) stimulus die plaatsvond waardoor de situatie in fase 1 verergerd werd. Hier wordt gedetineerden gevraagd te omschrijven of er iets is gebeurd dat de spanning plotseling sterk verhoogde. Het kan gaan om het verliezen van een baan, het weggaan van een partner en dergelijke.

Fase 3: Spanningsregulatie

Het langdurig uit evenwicht zijn, of het plotseling heel sterk uit evenwicht gebracht zijn, wordt verondersteld te leiden tot een behoefte om de nare gevoelens direct te verminderen (behoefte aan onmiddellijke bevrediging, BOB). Daarbij wordt onderscheid gemaakt naar gunstige en ongunstige methoden om de spanning te reguleren (bijvoorbeeld sport versus het misbruiken van kinderen).

Fase 4: Schijnbaar Onbelangrijke Beslissing (SOB)

Het gebruik van verkeerde vormen van spanningsregulatie leidt ertoe dat de problemen in alle hevigheid terug komen. Deviante seksuele fantasieën kunnen sterk toenemen. Schijnbaar onbelangrijke beslissingen worden genomen, zoals een pedofiel die bedenkt dat hij nog sigaretten moet kopen en dat doet bij een winkel tegenover een kinderspeelplaats. Hij is zich er mogelijk niet van bewust dat hij specifiek die winkel uitkiest en zich dus in een risicosituatie plaatst, maar onbewust is dat wel zo. De drang wordt steeds sterker, het uitvoeren ervan wordt gepland. Belangrijk in deze fase is te achterhalen welke stappen iemand heeft ondernomen om het delict mogelijk te maken, bewust of onbewust.

Fase 5: Hoge risico situaties

Vervolgens worden hoge risico situaties geïdentificeerd. Betrokkene begeeft zich dan in situaties waarin het vergriep mogelijk is, bijvoorbeeld met een vrouw alleen zijn en sterke seksuele spanning voelen. Het gebruik van middelen zoals alcohol maken een risicovolle situatie nog gevaarlijker, omdat middelengebruik de impulscontrole verzwakt, of impulsen sterker maakt.

Fase 6: Het (deels) terugvallen

Fase zes betreft het (deels) terugvallen. Hierin gaat het om het plannen van het delict en het aan niets anders meer denken. In zijn fantasie en gedachten pleegt de betrokkene het delict haast al.

Fase 7: Het 'zie-je-wel' effect

In deze fase gaat het om gedachten en gevoelens die samenhangen met het opgeven van de laatste innerlijke weerstand tegen het plegen van het delict. Het opgeven uit zich in gedachten zoals 'ik kan het niet tegenhouden' en 'ik ben nou

eenmaal zo'. Het is de laatste fase waarin nog uit de delictketen gestapt kan worden. Ook is het van belang welke betekenis de betrokkene aan zijn gedrag geeft: is het onder controle of niet? En is hij daar zelf verantwoordelijk voor of een ander?

Fase 8: Het delict

In de laatste fase ten slotte, wordt het moment vlak voor, tijdens en na het delict beschreven.

Naast de delictscenarioprocedure en het terugvalpreventieplan wordt gewerkt aan verschillende opdrachten, zoals de autobiografische ontwikkelingsgeschiedenis en slachtofferempathie. Deze opdrachten worden hieronder nader omschreven.

Opdracht: autobiografische ontwikkelingsgeschiedenis

De opdracht 'autobiografische ontwikkelingsgeschiedenis' bestaat uit een beschrijving door de deelnemer van zijn ontwikkelingsgeschiedenis, vooral in psychoseksuele zin (zie bijlage 3). Het zijn in totaal vijf opdrachten. In de eerste vier opdrachten wordt de deelnemer gevraagd zijn herinneringen aan het verleden te omschrijven, waarbij zijn leven in vier periodes opgedeeld wordt. De eerste periode beslaat de leeftijd van nul tot zes jaar, vervolgens wordt achtereenvolgens gevraagd naar het zesde tot het twaalfde levensjaar, het twaalfde tot het achttiende levensjaar, en het achttiende levensjaar tot het heden. Er wordt gevraagd naar aspecten zoals de gezinssamenstelling, functioneren van en sfeer in het gezin, sociaal functioneren van de deelnemer zelf, belangrijke gebeurtenissen (*life events*) en seksuele ervaringen. In de vijfde opdracht wordt van de deelnemer gevraagd een verband te leggen tussen zijn (seksuele) levensgeschiedenis en zijn delictgedrag.

Opdracht: slachtofferempathie

Voorts kan gewerkt worden aan slachtofferempathie (zie bijlage 4). Dit onderdeel bestaat uit schriftelijke opdrachten die een zedendelinquent doen nadenken over wat het slachtoffer gevoeld moet hebben en wat de gevolgen op de korte en lange termijn zullen zijn voor het slachtoffer. Uiteindelijk moet de cliënt een fictieve excuusbrief schrijven aan het slachtoffer. Belangrijk is dat de dader geen verantwoordelijkheid voor het delict in de schoenen schuift van het slachtoffer, maar deze volledig op zich neemt. Dit stadium wordt echter zelden bereikt volgens de behandelaars.

Individuele sessies

Deze vinden plaats naar inzicht van de behandelaars, met de aan de PI verbonden therapeut. Deze gesprekken worden nodig geacht wanneer iemand in de groepsessies bijvoorbeeld te weinig vooruitgang toont, zich niet aan de regels houdt, of te geëmotioneerd raakt. Volgens deze therapeut worden in deze individuele gesprekken inzichtgevende³⁴ technieken gebruikt. Ook worden individuele gesprekken aangevraagd door deelnemers wanneer zij zelf iets uit de groepsessies willen nabespreken, of bijvoorbeeld wanneer zij willen praten ter voorbereiding op een komende presentatie in de groep.

³⁴ Inzichtgevende technieken worden onderscheiden van steungevende technieken, waarbij inzichtgevende technieken ingezet worden om intra-psychische conflicten bloot te leggen, terwijl steungevende technieken deze eerder toedekken (zie bijvoorbeeld Mast, Smorenburg & Jonghe, 1994).

Einde van het CGT-gedeelte

In principe is er geen vooraf bepaalde duur van het programma. De deelname eindigt wanneer de deelnemer van de afdeling weg gaat, bijvoorbeeld in geval van overplaatsing, of aan het einde van de detentie, al dan niet met overplaatsing naar een plek voor vervolgbehandeling. In een beperkt aantal gevallen (5) is deelname aan het programma beëindigd, omdat de detentie erg lang duurde (meerdere jaren) en deelname niet meer zinrijk leek. De deelnemer heeft te allen tijde de mogelijkheid om zijn deelname te stoppen. Hieronder wordt ter illustratie van de prétherapie een typische therapiesessie omschreven (A. Rijk, persoonlijke communicatie, 22 april 2009).

Box 1 Beschrijving van een typische therapiesessie

De groep is gezeten aan een grote tafel, de twee behandelaars zitten tegenover elkaar. Iedere sessie (die anderhalf uur duurt) begint met een 'rondje nieuwtjes'. In dit rondje kunnen deelnemers kort aangeven wat er de laatste week gebeurd is en wat hen bezighoudt. De bedoeling van dit rondje is dat deelnemers door even te 'ventileren' wat hen op het hart ligt zich beter kunnen concentreren op de inhoud van de groepsessie. Na het 'rondje nieuwtjes' (bij voorkeur niet langer dan vijftien minuten) wordt verder gegaan met uitwerking van een van de door de deelnemers op cel voorbereide opdrachten. Het kan echter ook zijn dat vanuit het 'rondje nieuwtjes' een thema naar voren komt dat alle deelnemers zo aanspreekt dat ervoor gekozen wordt hier tijdens de bijeenkomst dieper op in te gaan.

Tijdens de bijeenkomst worden maximaal twee uitgewerkte huiswerkopgaven van deelnemers besproken. De betreffende deelnemer behandelt zijn opdracht. Groepsleden kunnen tijdens en na de presentatie de betreffende gedetineerde om uitleg vragen of aanvullende vragen stellen. Het gaat er daarbij steeds om een beter zicht te krijgen op motieven en drijfveren, en om impliciete theorieën en cognitieve vervormingen naar boven te brengen, waarmee de betreffende gedetineerde een beter zicht krijgt op de weg die tot het delict heeft geleid. Echter, ook alle andere groepsleden worden hierdoor vaak geconfronteerd met de bij hun werkzame mechanismen door herkenning in het verhaal van anderen.

Groepsleden worden aangemoedigd vragen te stellen ter verduidelijking, waarbij een open, respectvolle en niet veroordelende houding gevraagd wordt. Slechts in een sfeer waarin degene die zich 'blootgeeft' en respect ervaart zal er ruimte zijn voor openheid en vooruitgang. Zo nodig wordt door de behandelaars hierop gecorrigeerd. Daarnaast zorgen de behandelaars ervoor dat de sessie ook een daadwerkelijke 'groepsessie' is. Alle groepsleden worden gestimuleerd tot actieve betrokkenheid (uit de literatuur blijken namelijk sterke aanwijzingen dat een groepstherapie een beter effect geeft dan individuele therapie; zedendelinquenten kunnen in de herkenning van motieven, drijfveren, impliciete theorieën en cognitieve vervormingen namelijk veel van elkaar leren).

De sessie eindigt met een korte evaluatieronde (van vijf minuten), waarin niet op elkaar gereageerd wordt. Vastgesteld wordt tevens welke deelnemer de volgende week een opdracht uit het draaiboek zal presenteren. Indien er één of meerdere nieuwe groepsleden zijn, is de indeling als volgt: er wordt begonnen met een voorstelronde, waarbij alle zittende deelnemers en de twee behandelaars zichzelf voorstellen en de eventuele nieuwtjes melden. Daarna krijgt de nieuwkomer de gelegenheid zichzelf uitgebreid te presenteren. Aspecten die aan de orde kunnen komen zijn personalia, burgerlijke staat, voorgeschiedenis, delict, juridische status et cetera. Zittende deelnemers zijn in de gelegenheid aanvullende vragen te stellen

ter verduidelijking, tijdens of na de presentatie door de nieuwkomer. Het is aan de nieuwkomer om aan te geven of hij tijdens zijn verhaal gestoord wil worden of niet. De nieuwkomer krijgt de handleiding en kan met de uitwerking van de eerste vragen op cel starten.

Voorafgaande aan de introductie van nieuwe groepsleden worden één of meerdere gesprekken met hen gevoerd. Tijdens de gesprekken wordt de motivatie ingeschat, wordt een inschatting gemaakt van het bestaan van eventuele contra-indicaties en wordt bepaald in welke van de groepen het nieuwe groepslid bij voorkeur ingedeeld wordt. Daarnaast kan de al uitgebreidere kennismaking met de leiding spanning en onzekerheid enigszins reduceren.

Na afloop van de sessie gaan gedetineerden terug naar cel, gaan ze luchten of naar de arbeid, afhankelijk van eigen wensen en dagprogramma. Gedurende het dagdeel dat gedetineerden een groepssessie hebben, staan hun celdeuren open, om de gelegenheid te bieden tot nabespreken met groepsleden. Ook individuele gesprekken met de psycholoog horen tot de mogelijkheid. Hiervan wordt veelvuldig gebruik gemaakt. Individuele gesprekken worden echter ook aangevraagd ter voorbereiding van een komende presentatie in de groep.

2.3.3 *Psychomotorische en dramatherapie*

Op de afdeling 'beschermd wonen' wordt sinds september 2004 ook psychomotorische en dramatherapie aangeboden (PMDT). Door middel van PMDT-oefeningen worden gevoelens, gedachten en gedrag uitgedrukt. Behandelaar en cliënt proberen te komen tot het inzichtelijk maken van kenmerkende patronen daarin. Ook het aanleren van nieuwe sociale en emotionele vaardigheden om terugval te voorkomen maken onderdeel uit van deze behandelmethodiek. De PMDT-sessies dienen als non-verbale aanvulling op de bewustwording die wordt beoogd in de cognitief-gedragstherapeutische sessies, door te werken aan inzichten en vaardigheden die nodig zijn om de delictketen te doorbreken. Deze bewustwording betreft het eigen functioneren, de dynamiek in interacties met anderen, de eigen percepties en interpretaties van andermans handelen en kunnen. Verplaatsing in de ander valt daar ook onder. De bewustwording betreft ook de eigen fysieke signalen en die van de ander. Uiteindelijk kan binnen door de therapeut gecreëerde situaties geoefend worden met alternatieve, wenselijke gedragingen.

De probleemgebieden waar binnen de prétherapie vooral aan gewerkt wordt zijn gebrekkige waarneming, gebrekkige gevoelsuitdrukking en empathie, verhoogde emotionele spanning, impulsiviteit, afstand-nabijheid (grensoverschrijding en gebrekkige autonomie), destructieve agressie, en overmatige controle (in de vorm van dwanghandelingen bijvoorbeeld; zie ook Smeijsters & Cleven, 2005b).

Uitgangspunten PMDT

De vaktherapeuten die betrokken zijn bij de PMDT gaan ervan uit dat zedendelinquenten problemen vertonen met territorium en grenzen. Hun delictgedrag toont aan dat zij geen respect voor fysieke en psychische grenzen van anderen hebben. In de drama- en psychomotorische sessies wordt gewerkt aan een correcte in- en expressie van fysieke en psychische grenzen. Het bewustwordingsproces dat men probeert op te starten, betreft dan ook de bewustwording van non-verbale communicatie (lichamelijke signalen) en aspecten van territorium van zelf en anderen. Hier wordt bijvoorbeeld aan gewerkt in rollenspellen, waarin zij zich onder andere moeten verplaatsen in de ander, door de rol van het slachtoffer na te spelen.

Therapeutische houding

De therapeutische houding wordt door de behandelaars benoemd als structurerend, ofwel ortho(ped)agogisch en focaal-inzichtgevend middels een ervaringsgerichte werkwijze. Met structurerend en focaal-inzichtgevend wordt verwezen naar het duidelijk afbakenen van probleemgebieden vanwege de beperkte hoeveelheid behandeltijd (Timmer, 2006). Het doel dat gesteld wordt binnen de structurende benadering is het herstel van psychische stabiliteit, terwijl focaal-inzichtgevend betekent dat gewerkt wordt aan ervaring, inzicht en verwerking van een specifiek probleem. De opdrachten die vervuld worden zijn, zoals gezegd, gericht op de impressie en expressie van grenzen, controle en territorium en op de ervaring van het rolgedrag in relatie tot de expressie van het delict.

Volgens de dramatherapeute is hun werkwijze eveneens te benoemen als een *fenomenologische* manier van werken. Fenomenologisch betekent onder andere het waarnemen van de werkelijkheid, zoals die zich voordoet. Fenomenologie is van oorsprong een filosofische stroming (van Husserl) die probeert door de geestelijk-intuïtieve beschouwing van de dingen, niet door rationele kennis, de constitutie van de wereld in de geest en het wezen der dingen te beschrijven. In de context van de PMDT-werkwijze houdt dit bijvoorbeeld in dat er veel geoefend wordt met het naspelen en uitvoeren van interacties tussen dader en slachtoffer, of gezinsleden van het gezin van herkomst, om belangrijke patronen aan het licht brengen.

Doelstellingen

Een eerste doelstelling van de therapeuten is het laten nemen van eigen verantwoordelijkheid. Zedendelinquenten zijn geneigd hun delictgedrag toe te schrijven aan allerlei oorzaken buiten de eigen controle. Mensen met een interne *locus of control* schrijven hun gedrag toe aan hun eigen inspanningen of daden, mensen met een externe *locus of control* zijn geneigd de oorzaken voor bepaald gedrag aan factoren buiten zichzelf toe te schrijven. Een te sterke toeschrijving van controle over wat er gebeurt aan derden, of 'aan de situatie', vergemakkelijkt het ontlopen van de eigen verantwoordelijkheid en het vervallen in passiviteit. Immers, als jijzelf niet verantwoordelijk bent voor dingen die gebeurd zijn, kan jij er ook niks aan veranderen (zie ook Colman, 2003). Een eerste therapeutisch doel is het werken aan een juiste/realistische *locus of control*. Een tweede therapiedoel is het werken aan de perceptie en het respecteren van andermans grenzen, zowel fysiek als sociaal-emotioneel.

Bewegingstherapie stelt individuatie en communicatie als centrale doelstellingen (Smeijsters & Cleven, 2005a). Met individuatie wordt zelfkennis bedoeld, wat non-verbaal wordt opgedaan door te reflecteren op spelgedrag, ten opzichte van anderen of het materiaal. Aan de communicatie wordt gewerkt door synchroon bewegen en ritmische interactie, terwijl oogcontact gehouden wordt en er respect blijft bestaan voor andermans fysieke grenzen. Aan controle over agressief gedrag probeert men te werken door middel van spanningsbogen in bewegingen. Zo kan geoefend worden met het aanwenden van weinig kracht, naar meer kracht en weer minder kracht. Belangrijk hierbij is de bewuste ervaring van toename en afname van spanning in de vorm van bijvoorbeeld kracht in combinatie met weerstand. Dergelijke spanningsbogen zijn door middel van hun analogie met toenemende en afnemende woede geschikt voor het aanleren van controle over de uiting van woede. Zo kan middels deze oefeningen geleerd worden spanning onder controle te ontladen (Dalessi, 1997).

Hieronder volgt een nadere uitwerking van de verschillende werkvormen van de PMDT.

Onderdeel van de PMDT: systemisch werk

Een belangrijke werkvorm van de behandelaren betreft het maken van 'opstellingen'. Kern van deze werkvorm is het opstellen van een systeem, een patroon, een thema of een dynamiek met behulp van plaatsvervangers. Hierbij kunnen de andere personen in de groep de plaats innemen voor de leden van het systeem, zonder iets te weten over degene die ze representeren. De deelnemers worden opgesteld in een ruimte, waarbij elke deelnemer een familielid voorstelt, of een ander voor de deelnemer belangrijk persoon. Eén deelnemer krijgt de opdracht de verschillende deelnemers als denkbeeldige familieleden in de ruimte op te stellen. Bijvoorbeeld de vader en moeder van het gezin en/of eventuele broers en zussen. De opstelling staat daarmee symbool voor bijvoorbeeld het gezin waarin iemand is opgegroeid. Zowel degene wiens gezin wordt nagespeeld, als degenen die een lid van het gezin moet voorstellen, zijn op dat moment focus van behandeling. Degene van wie het gezin wordt nagespeeld, krijgt de mogelijkheid te reflecteren op zijn eigen rol in het gezin en die van zijn gezinsleden. De ruimtelijke configuratie van de leden van de opstelling kan bijvoorbeeld al indicatief zijn voor de opvattingen van de deelnemer over zijn familie (bijvoorbeeld veel afstand tussen vader en moeder). De reflectie kan leiden tot verbeterd zelfinzicht. Daarnaast krijgen degenen die een gezinslid naspelen hierbij de gelegenheid zich te verplaatsen in een ander of na te denken over hun eigen gezin en de dynamiek daarin.

Onderdeel van de PMDT: dader-slachtoffer dialogen

Het onderdeel slachtofferempathie is belangrijk in de PMDT. De behandelaren proberen voor de deelnemer aan de therapie door ervaring van verschillende posities (als dader, als slachtoffer) inzichtelijk te maken hoe het slachtoffer zich gevoeld kan hebben ten tijde van het plegen van het delict. Op deze manier wordt de deelnemer geconfronteerd met de gedachten, gevoelens en signalen van het slachtoffer. Hiervoor schrijft de deelnemer een dialoog tussen de dader en het slachtoffer. Vervolgens wordt een rollenspel gespeeld, waarbij één deelnemer zich probeert in te leven in een slachtoffer en waarbij een andere deelnemer dader is. De schrijver van de dialoog is de regisseur. De rest van de deelnemers observeert. In het naspelen van de verschillende delicten van de deelnemers, kan gewisseld worden met rollen, waardoor beter inzicht verkregen wordt in effecten van het eigen gedrag/handelen op dat van anderen, van anderen op zelf en vooral, van de effecten van het delict op het slachtoffer. Vooral pedofielen zouden geneigd zijn het seksuele misbruik te vergoelijken. Regelmatig wordt na afloop van deze oefening de oefening 'verantwoordelijkheid nemen' gedaan. De deelnemer zegt dan tegen het nagespeelde slachtoffer dat hij de verantwoordelijkheid neemt voor het delict.

Onderdeel van de PMDT: improvisatiespel

Het improvisatiespel is een werkvorm waarin geoefend wordt met sociale vaardigheden en waarin geëxperimenteerd kan worden met nieuw en wenselijk gedrag. Een voorbeeld is het trainen van assertiviteit. Dit kan bijvoorbeeld met behulp van het aanbelspel. De deelnemers staan dan in een kring en één van de deelnemers 'belt aan' bij één van de andere deelnemers. Vervolgens kunnen situaties nagebootst worden, waarin bijvoorbeeld assertiviteit vereist is (zoals nee zeggen, een gunst vragen).

Onderdeel van de PMDT: waarneming en coördinatie

In de waarnemingsoefeningen wordt geleerd onderscheid te maken tussen objectieve waarneming en subjectieve beleving enerzijds en het ervaren van fysieke signalen anderzijds. De coördinatioefeningen zijn erop gericht meer in balans te komen: een evenwicht tussen inspanning en ontspanning, tussen gevoel en verstand, tussen denken en doen. Voorbeelden van oefeningen zijn geleide meditatie en ademhalingsoefeningen. In combinatie zorgen deze oefeningen voor een betere lichaamshouding en ademhaling en een onderscheid tussen objectiviteit en interpretatie.

Onderdeel van de PMDT: afstand en nabijheid

Kern van deze werkvormen zijn het verkennen, erkennen en ervaren van grenzen tussen zichzelf en de ander: het (leren) waarnemen van eigen fysieke lichaamssensaties en fysieke en non-verbale signalen van zichzelf en de ander. Er is aandacht voor het onderscheid en de verbinding tussen denken, voelen en handelen. Een voorbeeld van een oefening in dit kader is het elkaar passeren in een smal gangetje gemaakt van stoelen. Eerst zonder instructie, dan met de instructie om bijvoorbeeld eerst de ander te laten passeren, of juist niet. Vervolgens wordt nabesproken welke invloed het gedrag van de ander had op het voornemen.

Onderdeel van de PMDT: grenzen

Hierin staat het omgaan met grenzen, wensen, meningen en belangen centraal. Het gaat erom te leren wat grenzen zijn, wat begrenzen is, wat grenzen van anderen zijn en wat het is om grenzen te verleggen. Hoe heeft een deelnemer een slachtoffer bijvoorbeeld zo ver gekregen om zijn grens over te gaan? Wat heeft hij gedaan (of nagelaten) om deze grens te overschrijden? Een voorbeeld van een oefening binnen deze werkvorm is 'iemand meenemen'. Eén deelnemer krijgt de opdracht een andere deelnemer aan de andere kant van de zaal te krijgen. De manier waarop de deelnemer de ander probeert over te halen, zegt veel over zijn manier van omgaan met de grenzen van anderen.

Onderdeel van de PMDT: de Roos van Leary

De Roos van Leary (1957) is een cirkelvormig diagram waarin 10 gedragsstijlen onderscheiden worden. Het cirkeldiagram wordt gevormd rondom twee, haaks op elkaar gezette dimensies. De horizontale dimensie, of as, geeft de mate aan waarin iemand gericht is op samenwerking. Deze as loopt van vijandig tot vriendelijk. De verticale as geeft de mate van dominantie weer. Het ene uiterste van deze as is dominantie en het andere is volgzzaamheid. Welke gedragsstijl kenmerkend is voor deelnemers wordt bepaald door de Interpersonal Checklist-Revised (ICL-R; LaForge & Suczek, 1955; Nederlandse versie De Jong, Van den Brink & Jansma, 2000). Aan de hand hiervan worden leerdoelen gesteld. De Roos van Leary helpt deelnemers hun eigen sociale dynamiek te ervaren en te onderzoeken in termen van de mate van gerichtheid op bijvoorbeeld dominantie en welk gedrag dit oproept bij anderen.

Einde van het PMDT-gedeelte

In principe neemt de deelnemer deel aan de PMDT zolang hij op de afdeling verblijft. In tabel 3 wordt een kort overzicht gegeven van de verschillende onderdelen van de prétherapie in Breda.

Tabel 3 **Overzicht van de onderdelen van de prétherapie**

Onderdeel	Methode	Aantal deelnemers	Frequentie & duur	Aanbod
Therapeutische gemeenschap	Sociaal leren in groepsfunctioneren	Iedereen	Continu	Confrontatie met eigen gedachten, gevoelens, gedrag en confrontatie met groepsprocessen
Cognitieve gedragstherapie	Groepssessies	Maximaal 8	Eén keer per week anderhalf uur	Delictscenarioprocedure, autobiografische ontwikkelingsgeschiedenis, slachtofferempathie
	Individuele gesprekken	Eén	Naar behoefte	Naar behoefte
Psychomotorische en dramatherapie	Groepssessies	Maximaal 8	Eén keer per week anderhalf uur	Systemisch werk, daderslachtofferdialogen, improvisatiespel, waarneming en coördinatie, afstand en nabijheid, grenzen, roos van Leary

2.4 Theoretische onderbouwing van de prétherapie

Hieronder volgt een overzicht van de theoretische onderbouwing van de prétherapie, zoals de behandelaren die beschreven hebben in hun plan van aanpak (Rijk, Kruit, Graumans & Teerenstra, 2008). De referenties aan de bronnen die in deze paragraaf gegeven worden, zijn ook afkomstig uit dit plan van aanpak.

2.4.1 Cognitieve gedragstherapie

De behandelaren werken vanuit een cognitief-gedragstherapeutisch (CGT) kader. CGT-technieken kenmerken zich door het centraal stellen van cognities (gedachten), die als sturend voor gedrag en gevoelens worden beschouwd. De therapeut gaat met de cliënt na welke gedachten ten grondslag liggen aan beslissingen, reacties en interpretaties (www.ccg.nl). Die cognities kunnen iemands zelfbeeld betreffen of aannamen over bedoelingen van anderen. De therapeut spreekt vervolgens met de cliënt over de mate waarin zijn ideeën op de realiteit berusten. De nadruk ligt op het aanleren van effectieve reële cognities. Cognities worden binnen deze benadering dan ook verondersteld een ingang te zijn om ongewenst gedrag, zoals het plegen van zedendelicten, te voorkomen. De theoretische uitgangspunten in de CGT-sessies van de prétherapie zijn de delictscenarioprocedure (zie Van Beek & Mulder, 1992; Van Beek & Derks, 1999; Van Beek, 1999), het terugvalpreventiemodel (Marratt & Gordon, 1980; Pithers, Kashima, Cumming & Beal, 1988), de biopsychosociale leertheorie van Marshall en Barbaree (1990a), Young's schemagerichte therapie (Young, 1994; Young et al., 2003) en het zelfregulatiemodel van Ward en Hudson (2000). Deze theorieën worden hieronder nader toegelicht.

De delictscenarioprocedure

In de cognitief-gedragstherapeutische groepssessies wordt met de delictscenarioprocedure gewerkt (zie bijvoorbeeld Van Beek & Mulder, 1992; Kruit, 2003; Mulder, 1995). De procedure bestaat uit het in kaart brengen van de emoties, gedachten en het gedrag die voorafgingen aan het delict. Deze vormen de aangrijpingspunten van

de behandeling. In het delictscenario gaat het erom dat daders inzien dat het delict niet iets was dat hen is 'overkomen'. Stapsgewijs worden alle relevante gebeurtenissen, gevoelens en gedachten die vooraf gegaan zijn aan het plegen van een delict in kaart gebracht. Dit delictscenario biedt vervolgens aangrijpingspunten voor behandeling ter preventie van terugval (Kruit, 2003; Mulder, 1995). Het delictscenario wordt gebruikt in samenhang met het terugvalpreventiemodel.

Het terugvalpreventiemodel

Het terugvalpreventiemodel komt voort uit een model ter verklaring van het gedrag van verslaafden. Marlatt (1980) en Marlatt en Gordon (1980) ontwikkelden het model ter verklaring van het hoge percentage terugval van verslaafden (66% binnen 90 dagen) en Pithers en collega's (Pithers et al. 1988; Pithers, Marques, Gibat, & Marlatt, 1983) zagen een aantal overeenkomsten tussen groepen verslaafden en zedendelinquenten en suggereerden dat het model ook van toepassing zou kunnen zijn op zedendelinquenten.³⁵ Het gaat hierbij om vijf kenmerken van verslaving of compulsief gedrag die Miller identificeerde (in Pithers et al., 1988): er is sprake van (1) onmiddellijke behoeftebevrediging op de korte termijn, zonder oog voor negatieve consequenties op de lange termijn, (2) hoge persoonlijke en sociale kosten, (3) de afwezigheid van een bewezen sterk effectieve behandeling, (4) de afwezigheid van een enkele, empirisch gevalideerde etiologie en (5) moeizame instandhouding van gedragsveranderingen die in de therapie tot stand gekomen zijn. Pithers et al. (1983, 1988) stelden dat het plegen van seksueel agressieve daden zoals verkrachting of kindermisbruik eveneens gezien zou kunnen worden als verslavings- of compulsief gedrag en pasten het terugvalpreventiemodel toe op deze groep delinquenten.

Het terugvalpreventiemodel voor zedendelinquenten omvat een aantal theoretische veronderstellingen over hoe terugval plaatsvindt (de geïnteresseerde lezer wordt doorverwezen naar Marlatt & Gordon, 1980, of Van Beek, 1999; zie ook Laws, Hudson & Ward, 2000; Marlatt, 1980; voor de Nederlandse praktijk: Kruit, 2003; Mulder, 1995). Het model was gericht op het ontwikkelen van een strategie voor het onderhouden van de effecten die in een behandelprogramma bereikt waren en niet voor het behandelen *an sich* (Marlatt & Gordon, 1980). Men redeneerde dat de cliënt zich na behandeling onvermijdelijk weer in situaties zou begeven die risicovol zouden zijn wat betreft terugval en als de cliënt management strategieën zou leren om hier mee om te gaan, zouden de behandelresultaten van langere duur zijn. Tegenwoordig wordt het terugvalpreventieplan gezien als zowel behandel- als terugvalpreventiestrategie, waarin de cliënt verschillende technieken aangeleerd krijgt, zoals woedebeheersing en sociale vaardigheden, die erop gericht zijn het ongewenste gedrag te verminderen. De aanname is dat door de betrokkene inzicht te verschaffen in de processen die tot terugval geleid hebben en door de betrokkene strategieën te leren om hiermee om te gaan, terugval mogelijk voorkomen kan worden.

Het terugvalpreventiemodel is verder gebaseerd op twee veronderstellingen. Ten eerste wordt ervan uitgegaan dat terugval waarschijnlijk is. Ten tweede stelt men dat voorafgaand aan een delict een keten te onderscheiden is met stappen die heb-

³⁵ Laws (1995) trok de overeenkomst nog verder door en suggereerde dat het terugvalpreventiemodel voor elke stoornis in de impulscontrole zou kunnen worden toegepast (ook voor gokken, compulsief geld uitgeven, winkeldiefstal en interpersoonlijk geweld).

ben geleid tot het delict (Hanson, 2000a). De achterliggende gedachte is dat terugval ontstaat door een geleidelijk proces waarin bepaalde gedachten en gevoelens, en gebrekkige of onwenselijke vaardigheden om daarmee om te gaan, leiden tot het plegen van een zedendelict (Ward & Hudson, 2000). Evenals het delictscenario is het terugvalpreventiemodel een ketenmodel. Het terugvalpreventiemodel heeft net als het delictscenario als doel processen bloot te leggen die geleid hebben tot (terugval in) probleemgedrag, maar dit model stelt vaardigheden, rationalisaties, risicosituaties en andere risicofactoren meer centraal. Deze risicofactoren vormen de aanknopingspunten in het terugvalpreventieplan.

Op diverse momenten in de keten kunnen aanknopingspunten voor interventie aangeduid worden. Dat kan het moment van plannen zijn, het moment van de eerste deregulatie, of het nemen van schijnbaar onbelangrijke beslissingen die leiden tot situaties waarin hoog risico bestaat. Situaties van hoog risico worden geïdentificeerd in termen van situaties, personen en gevoelstoestanden. Vervolgens wordt gekeken naar de copingstrategieën van de delinquent; welke heeft hij, welke inhijbeert hij. Aansluitend kan gewerkt worden aan het leren hebben van zelfvertrouwen in het kunnen hanteren en oplossen van problemen. Dit is een vaardigheidsmodule die in het cognitieve gedragstherapeutische gedeelte van de prétherapie niet aan bod komt, maar waar in de psychomotorische en dramatherapie wel aandacht aan wordt besteed.

De behandelaren stellen daarnaast dat verslavingsgedrag een criminogene factor is in de etiologie van zedendelinquentie, met name bij die zedendelinquenten bij wie het delict voortkwam uit impulsief gedrag (interview september 2008). Alcohol kan de impulscontrole verzwakken en pepmiddelen kunnen impulsief gedrag versterken. Verder kan middelengebruik het plegen van een voorbereid en gepland delict makkelijker maken. Het verslavingsgedrag kan ook de verslaving aan kinderporno betreffen, of andere porno die gebruikt is als voorbeeldgedrag in het delict.

De bio-psycho-sociale leertheorie

Het hierboven genoemde terugvalpreventiemodel (Marlatt & Gordon, 1980) verklaart hoe mensen terugvallen in delictgedrag. Voor het ontstaan van het delictgedrag baseren de behandelaren zich op de biopsychosociale leertheorie (Marshall & Barbaree, 1990a). Marshall en Barbaree stellen dat processen op biologisch niveau van belang zijn, bijvoorbeeld waar het gaat om disposities als agressie en seks. In hun model is het vooral van belang dat jongens onderscheid leren te maken tussen agressie en seks. Daarnaast erkennen ook zij de rol van ervaringen tijdens de persoonlijke ontwikkeling, zoals het functioneren in het gezin, traumatische gebeurtenissen en de omgang met leeftijdsgenoten. Tot slot speelt de sociaal-culturele context waarin iemand opgroeit een belangrijke rol. Te denken valt aan attitudes waaraan het zich ontwikkelende kind werd blootgesteld, zowel van directe naasten als de bredere sociale gemeenschap waarin iemand verkeerde. In het geval van zedendelinquenten kunnen overheersende opvattingen over mannelijkheid, zoals patriarchale overtuigingen waarin de vader als enig gezagsfiguur wordt gezien, van belang zijn in de verklaring van het ontstaan van delictgedrag.

De biopsychosociale leertheorie komt terug in de fasen die worden onderscheiden in het terugvalpreventieplan (zie bijlage 2). De theorie van Marshall en Barbaree (1990a) stelt immers leerprocessen centraal. In de eerste opdracht van de delictscenarioprocedure bijvoorbeeld, wordt beoogd te achterhalen welke vroege leerprocessen geleid kunnen hebben tot een verlaagd zelfvertrouwen, een belangrijke determinant van terugval (Marlatt & Gordon, 1980).

Het zelfregulatiemodel

Ward, Hudson en Keenan (1998; Ward & Hudson, 2000) hebben het zelfregulatiemodel ontwikkeld ter verklaring van verschillende delictketens bij zedendelinquenten. In het zelfregulatiemodel wordt er vanuit gegaan dat mensen om hun doelen te bereiken moeten beschikken over effectieve zelfregulatie-vaardigheden. Daders kunnen op verschillende wijze problemen hebben op het gebied van zelfregulatie. Er zijn daders die ernstige tekorten hebben op het gebied van zelfregulatie-vaardigheden (onderregulatie), of die op een contraproductieve manier trachten hun doelen te bereiken (verkeerde regulatie) of die weliswaar over effectieve zelfregulatie-vaardigheden beschikken, maar doelen nastreven die maatschappelijk onaanvaardbaar zijn. Ward en Hudson (2000) maken een onderscheid tussen daders die geen delict-en willen plegen (vermijdingsdoel) en daders die dat wel willen (toenaderingsdoel). Zij verdelen de daders met een vermijdingsdoel verder in passieve (onderregulatie) en actieve vermijders (verkeerde regulatie). De daders met een toenaderingsdoel verdelen zij in impulsieve, automatisch regulerende daders (in feite ook onderregulatieprobleem) en plannende daders die effectief zijn in hun zelfregulatie maar die doelen nastreven die sociaal ongewenst zijn.

In tegenstelling tot het terugvalpreventiemodel waarin uitsluitend de (primair de passief) vermijdende daders worden beschreven, doet het zelfregulatiemodel meer recht aan de heterogeniteit onder daders. Tevens zijn daders met een vermijdingsdoel a priori meer gemotiveerd om aan een behandeling mee te werken dan daders met een toenaderingsdoel. De laatste categorie kan veel profijt hebben van pré-therapie als daarin motivatiebevorderende interventies worden gedaan.

2.4.2 Psychomotorische en dramatherapie

Volgens de behandelaren wordt in de vaktherapeutische sessies ook gewerkt binnen het terugvalpreventiemodel en de cognitief-gedragstherapeutische benadering, vooral die van de schema-gerichte benadering van Young (1994; Young et al., 2003; zie ook Timmer, 2004). De behandeling richt zich op cognitieve, preverbale schema's die ten grondslag liggen aan gedachten, gevoelens en gedragingen van de zedendelinquent. Dergelijke schema's, die ontstaan in de loop van de kinderlijke ontwikkeling, zijn preverbaal, en wanneer afwijkend, dusdanig kenmerkend voor iemand dat gesproken wordt van een persoonlijkheidsstoornis.

Young's schemagerichte therapie

De PMDT-behandelaren geven aan sinds 2008 met principes uit Young's schemagerichte therapie te werken, 'omdat deze methodiek in toenemende mate in vervolgbehandelingen aangeboden wordt'. Schemagerichte therapie van Young (1994; Young et al., 2003) richt zich op de (veelal impliciete) schema's die individuen ontwikkelen in de loop van hun kindertijd en die ervoor zorgen dat het zelfbeeld, het beeld van anderen en interpretaties van situaties op een specifieke manier vorm krijgen. Het geven van een volledige beschrijving van de rationale achter de schemagerichte therapie voert hier te ver, aangezien het niet duidelijk is hoe de PMDT-behandelaren de therapeutische principes operationaliseren in hun sessies.

De vaktherapeuten in de PI Breda noemen hun behandeling 'ervarings- en handelingsgericht', waarbij het gedrag binnen het door de vaktherapeuten gebruikte medium-muziek, dans en beweging, drama, of beeldende kunst-, verondersteld wordt analoog te zijn aan gedrag in het dagelijkse leven. Naast kennis van de persoon, levert dit analoge karakter van gedrag in de vaktherapeutische setting de mogelijkheid op om binnen de structuur van het gekozen medium te werken aan

het aanleren van nieuwe gedragsopties. Bovendien komen binnen deze setting cognitieve schema's non-verbaal tot uiting, wat als voordeel heeft dat cognitieve trucs als ontkenning en minimaliseringen niet gebruikt kunnen worden. Deze schema's kunnen dan een aanknopingspunt voor behandeling zijn (Timmer, 2004).

Hierbij wordt ook het analoge procesmodel (Smeijsters, 2000) gezien als theoretisch kader van de PMDT. Dit model stelt dat er een analogie of overeenkomst bestaat tussen oefensituaties binnen vaktherapeutische sessies en de dagelijkse werkelijkheid. In de sessies kan de therapeut bijvoorbeeld in een spel de deelnemer aan de therapie dusdanig frustreren dat woede ontstaat. Als de therapeut op dat moment ingrijpt en de deelnemer helpt op een gezonde wijze de frustratie en woede te uiten, kan dit als leermoment dienen voor vergelijkbare emoties buiten de therapeutische context. Het uiteindelijke doel is ervoor te zorgen dat dergelijke gezonde uitingen van emoties gegeneraliseerd worden naar situaties buiten de therapeutische setting, dat er een zogenaamde transfer plaatsvindt (Hakvoort, 2007; Smeijsters & Cleven 2005a, 2005b).

De theoretische onderbouwing van de vaktherapeutische methodiek is verder voornamelijk gebaseerd op consensus-based, kwalitatief werk (Smeijsters & Cleven, 2005a, 2005b). Consensus-based wil zeggen dat er overeenstemming onder de behandelaren bestaat over wat men doet en waarom men dat doet. Vaktherapieën zijn echter veelal niet verder empirisch en theoretisch onderbouwd zoals psychotherapieën.

3 Veronderstelde werkzame mechanismen

In dit hoofdstuk ontrafelen de onderzoekers de veronderstelde werkzame mechanismen achter de prétherapie. Hierbij wordt getracht een antwoord te vinden op de volgende vragen: *Wat zijn de werkzame mechanismen achter deze vorm van prétherapie? Dat wil zeggen, op welke manier zouden de interventies die men pleegt, leiden tot de gewenste veranderingen van gedrag? Worden deze mechanismen ook in de literatuur beschreven als veelbelovend?* Dit hoofdstuk beantwoordt daarmee onderzoeksvraag 9. Om een kader te schetsen voor het ontrafelen van de werkzame mechanismen, wordt eerst het *Context-Mechanism-Outcome* (CMO) model uitgelegd (paragraaf 3.1). Vervolgens worden de doelstellingen van de prétherapie herhaald en nader uitgelegd (paragraaf 3.2). In paragraaf 3.3 worden de werkzame mechanismen ontrafeld en besproken.

3.1 Context-Mechanism-Outcome model

Er is veel literatuur verschenen over de etiologie, de componenten van behandeling en de uitkomsten van behandeling van zedendelinquenten (zie bijvoorbeeld Bogaerts, Goethals, Vervaeke & Spapens, 2003; Deneer, 2004a; Marshall & Barbaree, 1990a; Marshall & Barbaree, 1990b; Marshall, Jones, Ward, Johnston & Barbaree, 1991; Marshall, Marshall, Serran & Fernandez, 2006; Salter, 1988; Van Beek & Mulder, 1992; Ward & Maruna, 2007; Yates & Ward, 2007). Echter, de wijze waarop die componenten tot de gewenste doelen zouden moeten leiden, de veronderstelde werkzame mechanismen achter de behandeling, zijn minder vaak helder beschreven. In het *Context-Mechanism-Outcome*-model van Pawson en Tilley (1997) wordt expliciet benadrukt dat om te komen tot inzicht in de veronderstelde werkzame mechanismen, en daarmee tot een realistische evaluatie van een interventie waarmee gedragsverandering beoogd wordt, het nodig is te weten:

- 1 binnen welke context de interventie werkt (Context);
- 2 welk mechanisme aan de verandering ten grondslag ligt (Mechanism);
- 3 welke verandering precies bereikt wordt (Outcome).

Dit model is nader uitgewerkt (Poiesz, 1999; zie ook Bogaerts, Poiesz, & Van der Knaap, 2007), waarbij voorgesteld wordt om het mechanisme (de 'M' in het CMO-model) nader te operationaliseren in termen van de interactie tussen drie componenten die binnen een persoon aanwezig moeten zijn: Motivatie (de wil om te veranderen), Capaciteit (vermogen, bijvoorbeeld intellectueel) en Gelegenheid (in termen van omstandigheden en tijd). Dit model wordt het MCG-model genoemd. Wanneer één van deze drie hoofdcomponenten binnen een persoon niet aanwezig is, zal gedragsverandering niet plaatsvinden. Gelegenheid is een relatief statische factor die moeilijk te beïnvloeden is. Om die reden zal het volgens dit model vooral aan iemands capaciteit en motivatie liggen of een persoon kan profiteren van een behandelinterventie. De behandeling dient zicht te richten op de component die nog onvoldoende ontwikkeld is. Wanneer iemand bijvoorbeeld in sterke mate gemotiveerd is, maar niet de capaciteit bezit om zelf te komen tot gedragsverandering, is het aanknopingspunt voor behandeling iemands capaciteit.

3.2 Doelstellingen van de prétherapie

Zoals al eerder vermeld heeft de prétherapie zoals deze in de PI Breda gegeven wordt, vier doelstellingen:

- 1 voorkomen van verslechtering psychische klachten;
- 2 voorbereiden op vervolgbehandeling;
- 3 verkorten van vervolgbehandeling;
- 4 bijdrage leveren aan voorkomen van recidive.

Feitelijk is de gehele behandeling gericht op het leveren van een bijdrage aan het voorkomen van recidive (doelstelling 4) en maken doelstelling 1, 2 en 3 hier onderdeel van uit. Hieronder worden de doelstellingen verder uitgewerkt.

1 Voorkomen van verslechtering psychische klachten

Het eerste doel is het voorkomen van de verslechtering van de psychische klachten. Bij veel delinquenten wordt een vorm van psychische problematiek geconstateerd. Bij de delinquenten die als tbs-passant wachten op behandeling, ligt de psychische stoornis zelfs ten grondslag aan het plegen van het delict. Verder, zoals al eerder vermeld, worden zedendelinquenten regelmatig mishandeld en bedreigd. In het kader van de dreiging van dergelijke problemen, worden zedendelicten vaak verzwegen. Zedendelinquenten trekken zich terug en kunnen in een isolement raken. Vervreemding van zichzelf, depressies en een verhoogde kans op suicide kunnen hiervan het gevolg zijn. Daarnaast kan de onzekerheid over het moment van plaatsing in een vervolgbehandeling en de onzekerheid over wat daarvan verwacht kan worden psychische klachten versterken. Verder komen psychische klachten naar aanleiding van ervaringen in het verleden voor.

2 Vorbereiden op vervolgbehandeling

Het tweede doel van de behandelaren is het voorbereiden op de vervolgbehandeling die voor velen in het verschiet ligt. Zoals dhr. Rijk het formuleert: 'Veel gedetineerden heb je lange tijd tot je beschikking. Als je daar niets mee doet, betekent dit met name voor de zedendelinquenten dat zij zich terugtrekken en ongemotiveerd raken en dat het de klinieken ontzettend veel tijd, moeite en geld kost om deze mensen weer klaar te maken voor behandeling. Als je deze mensen apart zet in je inrichting, kun je ze bij wijze van spreken in de grondverf zetten waardoor verdere behandeling in de tbs-kliniek meteen plaats kan vinden. Dat is slim, efficiënt en handig.'³⁶

3 Verkorten van vervolgbehandeling

Het derde doel van de prétherapie is het verkorten van de duur van de vervolgbehandeling. Er wordt hierbij vooral gedacht aan de mogelijkheden van de prétherapie om de instroomfase in een vervolgbehandeling te verkorten.

4 Voorkomen van recidive

Naast het voorbereidende werk, beogen de behandelaren eveneens een bijdrage te leveren aan het voorkomen van terugval. Dit is een overkoepelende doelstelling van de therapie en de gehele behandeling wordt ingezet om dit doel te bereiken.

³⁶ Tweede Kamer, vergaderjaar 2005-2006, 30 250, nr. 6, verslag 22 maart 2006.

3.3 Veronderstelde werkzame mechanismen

In elke sessie (cognitieve gedragstherapie en psychomotorische en dramatherapie) wordt gewerkt aan het bereiken van de eerder genoemde doelen. Hieronder wordt nader besproken op welke wijze getracht wordt de doeleinden te bereiken en welke werkzame mechanismen verondersteld worden hieraan ten grondslag te liggen.

Behandeldoel 1: Voorkomen van verslechtering psychische klachten

Dit behandeldoel bestaat uit drie onderdelen: (1) het bieden van een beschermde woonomgeving, (2) het informeren over de gang van zaken in een behandelprogramma en (3) het starten met de therapie.

Onderdeel 1: Beschermde woonomgeving

In de sociale rangorde die in de gevangenis heerst, staan zedendelinquenten onderaan. Regelmatig zijn zij doelwit van bedreiging en mishandeling. Om deze reden wordt in PI Breda een beschermde woonomgeving geboden voor de zedendelinquenten (onderdeel 1). Door de groep zedendelinquenten fysiek te scheiden van de andere delinquenten, worden bedreiging en mishandeling voorkomen. Hierdoor wordt de kans op sociaal isolement en op depressies en suïcide lager.

De veronderstelde werkzame mechanismen bij onderdeel 1

- Een fysieke scheiding tussen zedendelinquenten en andere typen delinquenten voorkomt bedreiging en mishandeling van zedendelinquenten.
- Het uitblijven van bedreiging en mishandeling van zedendelinquenten voorkomt sociaal isolement van de zedendelinquent.
- Het uitblijven van sociaal isolement verkleint de kans op depressie en suïcide.

Onderdeel 2: Informatieverstrekking

De gedachte achter het informeren van de betrokkene over de gang van zaken in de vervolgbehandeling (onderdeel 2) is dat de psychische toestand van de betrokkene kan verslechteren doordat hij onzeker is over het moment waarop hij in een behandelinstelling geplaatst wordt. Ook kan hij onzeker zijn over de inhoud van de vervolgetherapie. Door hem informatie te geven over de inhoud van de therapie, kan een deel van deze onzekerheid worden weggenomen. In gesprekken met hulpverleners kan duidelijk worden gemaakt wat de voordelen van behandeling zijn en wat de nadelen van geen behandeling zijn.

De veronderstelde werkzame mechanismen bij onderdeel 2

- Het verstrekken van informatie leidt tot het wegnemen van onzekerheden bij zedendelinquenten.
- Het wegnemen van onzekerheden leidt ertoe dat verslechtering van psychische klachten wordt voorkomen.

Onderdeel 3: Start van de behandeling

Bij het starten met de therapie (onderdeel 3) kan men denken aan het bieden van de door het individu benodigde behandelonderdelen, zoals medicatie, groepssessies of individuele gesprekken. De reden hiervoor is dat bij zedendelinquenten sprake is van psychische problematiek welke tijdens detentie kan verslechteren. Zo kan er sprake zijn van ervaringen in het verleden waarvoor behandeling nodig is. Ook het vonnis en de detentie, en het moeten verzwijgen van het delict zorgen voor psychische druk. De gedachte achter deze methode is dat in plaats van het opsluiten van betrokkene op een reguliere afdeling binnen de PI (normale gang van zaken), de

kans op verslechtering van de psychische stoornissen wordt verminderd door de psychische klachten alvast aan te pakken.

Het veronderstelde werkzame mechanisme bij onderdeel 3

- Vroegtijdige behandeling van psychische klachten leidt ertoe dat psychische klachten (ten minste) niet verslechteren.

Behandeldoel 2: Voorbereiding op vervolgbehandeling

Dit behandeldoel bestaat uit drie onderdelen: (4) het starten van een bewustwordingsproces over de risicofactoren die bijgedragen hebben aan delictgedrag, (5) het vergroten van de motivatie voor de (vervolg)behandeling en (6) het aanleren van therapievaardigheden.

Onderdeel 4: Bewustwording

Bij het starten van een bewustwordingsproces over risicofactoren (onderdeel 4) wordt getracht de zedendelinquent bewust te laten worden van de achtergrond en de risicofactoren die hebben bijgedragen aan het plegen van het delict. Hierbij worden de ketens van situaties/gebeurtenissen, gedrag, gedachten en gevoelens voorafgaand aan het delict in kaart gebracht. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan ervaringen in het verleden en hoe die de emoties en het gedrag beïnvloed hebben, evenals problemen die recent zijn opgetreden en hoe die de persoon beïnvloed hebben. Daarnaast wordt gekeken naar de (inadequate) oplossingen die de betrokkene hanteert om met zijn problemen om te gaan en naar de rechtvaardigingen die hij gebruikt om een seksueel delict goed te praten. Het bewustwordingsproces betreft ook inzicht in de deviante aard van het gepleegde delict (het feit dat het delict normoverschrijdend en schadelijk is) en het bewust worden van foutieve coping strategieën. Bewustwording wordt uiteindelijk verondersteld aanknopingspunten op te leveren voor het doorbreken van de keten die leidt tot delictgedrag, waardoor een toekomstig delict voorkomen kan worden (zie bijvoorbeeld Mulder, 2003).

De veronderstelde werkzame mechanismen bij onderdeel 4

- Bewustwording van risicofactoren en achtergrond van het delict bij de delinquent leidt tot inzicht in de keten van situaties/gebeurtenissen, gedrag, gedachten en gevoelens voorafgaand aan het delict.
- Inzicht in de keten van situaties/gebeurtenissen, gedrag, gedachten en gevoelens (bij de delinquent) voorafgaand aan het delict leidt tot heldere aanknopingspunten voor het doorbreken van de keten (door de delinquent).
- Het hebben van heldere aanknopingspunten voor het doorbreken van de keten leidt tot het doorbreken van de keten (door de delinquent), afhankelijk van motivatie en capaciteit.

Onderdeel 5: Motivatie

Verder wordt gewerkt aan het vergroten van de motivatie voor (vervolg)behandeling (onderdeel 5). Hierbij wordt door de behandelaren veel aandacht gegeven aan de betrokkenen en er wordt verondersteld dat dit het gevoel kan geven dat zij 'de moeite waard zijn', waardoor zij gemotiveerd raken voor behandeling. Hiermee wil men bereiken dat de zedendelinquent zich weer onder de mensen durft te begeven,

uit zijn schulp durft te komen en actief wordt.³⁷ Verder kan aandacht van behandelaren er toe leiden dat het eigen ziektebeeld geaccepteerd kan worden en kan het besef ontstaan dat ze problemen hebben, waar ze iets aan moeten doen (Lammers, 2003). Dit besef kan leiden tot motivatie voor behandeling.

De veronderstelde mechanismen bij onderdeel 5

- Aandacht en empathie van de behandelaren leidt tot versterking van het gevoel van eigenwaarde bij de delinquent.
- Een versterkt gevoel van eigenwaarde leidt tot acceptatie van het eigen ziektebeeld (bij de delinquent).
- De acceptatie van het eigen ziektebeeld leidt tot het besef dat de betrokken zedendelinquent problemen heeft.
- Het besef dat de delinquent problemen heeft, leidt tot het besef iets te moeten veranderen.
- Het besef iets aan de problemen te moeten doen, leidt tot motivatie voor behandeling.
- Motivatie voor behandeling leidt tot een succesvolle instroom in de (vervolg-) behandeling.

Onderdeel 6: Therapievaardigheden

Bij het aanleren van therapievaardigheden, het derde onderdeel om de deelnemers voor te bereiden op de vervolgbehandeling, kan bijvoorbeeld gedacht worden aan het wennen aan deelname aan groepsessies en individuele therapeutische gesprekken. De meeste betrokkenen zijn niet gewend om therapie te volgen en te praten over hun problematiek. Ook de terminologie van therapeuten is vaak onbekend. Een open houding (bereidheid tot praten), begrip van (behandel)terminologie en zelfreflectie zijn echter wel noodzakelijk om optimaal te kunnen profiteren van de behandeling.

De veronderstelde werkzame mechanismen bij onderdeel 6

- Kennismaken met en ervaring opdoen in therapeutische sessies leidt tot een open houding (bereidheid tot praten), begrip van (behandel)terminologie en zelfreflectie bij de zedendelinquent.
- Een open houding (bereidheid tot praten), begrip van (behandel)terminologie en zelfreflectie leidt tot een beter begrip van de behandeling (bij de zedendelinquent).
- Beter begrip van de behandeling leidt tot een meer succesvolle instroom in de vervolgbehandeling.

Behandeldoel 3: Verkorten duur vervolgbehandeling

Dit behandeldoel bestaat uit één onderdeel: het verkorten van de instroomfase in de vervolgbehandeling.

Onderdeel 7: verkorten van de instroomfase in de vervolgbehandeling

De behandelaren veronderstellen dat de vervolgbehandeling vooral verkort zou kunnen worden, door de instroomfase in de vervolgbehandeling te vergemakkelijken (onderdeel 7). Een aantal van de activiteiten die hierboven besproken zijn en de werkzame mechanismen hierbij, is van invloed op het verkorten van de duur van

³⁷ Tweede Kamer, vergaderjaar 2005-2006, 30 250, nr. 6, verslag 22 maart 2006.

de vervolgbehandeling. Denk bijvoorbeeld aan het eerder genoemde vergroten van de motivatie voor behandeling en het aanleren van therapievaardigheden. De werkzaamheid van dit mechanisme hangt dan ook af van de werkzaamheid van bovengenoemde mechanismen.

De veronderstelde werkzame mechanismen bij onderdeel 7

- Motivatie voor behandeling, een open houding (bereidheid tot praten), begrip van (behandel)terminologie en zelfreflectie leiden tot een snellere instroom in de vervolgbehandeling.
- Een snellere instroom in de vervolgbehandeling leidt tot een meer succesvolle deelname aan de vervolgbehandeling.
- Een meer succesvolle deelname aan de vervolgbehandeling leidt tot een kortere vervolgbehandeling.

Behandeldoel 4: Voorkomen van recidive

Het gehele prétherapie programma is er op gericht een bijdrage te leveren aan het voorkomen van recidive.

In tabel 4 wordt een overzicht gegeven van de verschillende behandeldoelen, behandelonderdelen en de veronderstelde werkzame mechanismen.

Tabel 4 Overzicht behandeldoelen, behandelonderdelen en veronderstelde werkzame mechanismen in de prétherapie

Behandeldoel	Veronderstelde mechanismen
1 Voorkomen verslechtering psychische klachten	<p><i>Onderdeel 1: bieden van een beschermde woonomgeving</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Een fysieke scheiding tussen zedendelinquenten en andere typen delinquenten voorkomt bedreiging en mishandeling van zedendelinquenten. • Het uitblijven van bedreiging en mishandeling van zedendelinquenten voorkomt sociaal isolement van de zedendelinquent. • Het uitblijven van sociaal isolement verkleint de kans op depressie en suicide. <p><i>Onderdeel 2: informatieverstrekking over de gang van zaken in een behandelprogramma</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Het verstrekken van informatie leidt tot het wegnemen van onzekerheden bij zedendelinquenten. • Het wegnemen van onzekerheden leidt ertoe dat verslechtering van psychische klachten wordt voorkomen. <p><i>Onderdeel 3: vroegtijdig van start gaan met de behandeling</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Vroegtijdige behandeling van psychische klachten leidt ertoe dat psychische klachten (ten minste) niet verslechteren.
2 Voorbereiden op (vervolg)behandeling	<p><i>Onderdeel 4: starten bewustwordingsproces over risicofactoren die hebben bijgedragen aan delictgedrag</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bewustwording van risicofactoren en achtergrond van het delict bij de zedendelinquent leidt tot inzicht in de keten van situaties/gebeurtenissen, gedrag, gedachten en gevoelens voorafgaand aan het delict. • Inzicht in de keten van situaties/gebeurtenissen, gedrag, gedachten en gevoelens voorafgaand aan het delict (bij de delinquent) leidt tot heldere aanknopingspunten voor het doorbreken van de keten (door de delinquent). • Het hebben van heldere aanknopingspunten voor het doorbreken van de keten leidt tot het doorbreken van de keten, afhankelijk van motivatie en capaciteit. <p><i>Onderdeel 5: vergroten van motivatie voor (vervolg)behandeling</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Aandacht en empathie van de behandelaren leidt tot versterking van het gevoel van eigenwaarde bij de delinquent. • Een versterkt gevoel van eigenwaarde leidt tot acceptatie van het eigen ziektebeeld (bij de delinquent). • De acceptatie van het eigen ziektebeeld leidt tot het besef dat de betrokken zedendelinquent problemen heeft. • Het besef dat de delinquent problemen heeft, leidt tot het besef iets te moeten veranderen. • Het besef iets aan de problemen te moeten doen, leidt tot motivatie voor behandeling. • Motivatie voor behandeling leidt tot een succesvolle instroom in de (vervolg)behandeling. <p><i>Onderdeel 6: aanleren van therapievaardigheden</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kennismaken met en ervaring opdoen in therapeutische sessies leidt tot een open houding (bereidheid tot praten), begrip van (behandel)terminologie en zelfreflectie bij de zedendelinquent. • Een open houding (bereidheid tot praten), begrip van (behandel)terminologie en zelfreflectie leidt tot een beter begrip van de behandeling (bij de zedendelinquent). • Beter begrip van de behandeling leidt tot een meer succesvolle instroom in de vervolgbehandeling.
3 Verkorten duur vervolgbehandeling	<p><i>Onderdeel 7: verkorten van de instroomfase in de behandeling</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Motivatie voor behandeling, een open houding (bereidheid tot praten), begrip van (behandel)terminologie en zelfreflectie leiden tot een snellere instroom in de vervolgbehandeling. • Een snellere instroom in de vervolgbehandeling leidt tot een meer succesvolle deelname aan de vervolgbehandeling. • Een meer succesvolle deelname aan vervolgbehandeling leidt tot een kortere vervolgbehandeling.
4 Voorkomen van recidive	Alle bovengenoemde onderdelen

4 Evaluatie van de behandeling

In dit hoofdstuk worden de onderzoeksvragen beantwoord en bediscussieerd. De hoofdvraag was: waarom zou de interventie werken? Zoals al eerder vermeld, is het voor de beantwoording van die vraag noodzakelijk de plannen, motieven, theorieën, assumpties en overwegingen die ten grondslag liggen aan de prétherapie te onderzoeken. De basis voor de beantwoording van de onderzoeksvragen is grotendeels in het vorige hoofdstuk gelegd. In paragraaf 4.1 worden de onderzoeksvragen en de antwoorden daarop nog eens puntsgewijs behandeld. In paragraaf 4.2 worden de antwoorden op de onderzoeksvragen gezamenlijk bediscussieerd en worden kritische kanttekeningen bij de prétherapie op een rij gezet. In paragraaf 4.2.1 wordt de prétherapie daartoe in het licht van de *what works* benadering gezet en in paragraaf 4.2.2 komt de prétherapie in de traditie van de *realist evaluators* aan de orde. Enkele criteria van de Erkeningscommissie Gedragsinterventies Justitie worden in paragraaf 4.2.3 besproken en in paragraaf 4.2.4 ten slotte, wordt de conclusie van het onderzoek uiteengezet.

4.1 Beantwoording van de onderzoeksvragen

In deze paragraaf worden de onderzoeksvragen één voor één beantwoord.

1 Wat zijn de doelstellingen van de prétherapie?

De doelen van de prétherapie zijn: (1) het voorkomen van een verslechtering van de psychische toestand tijdens detentie, (2) het voorbereiden op vervolgbehandeling en (3) het verkorten van de behandelduur in vervolgtrajecten. Het ultieme doel (4) is een bijdrage te leveren aan het voorkomen van terugval (recidive).

2 Wat is de inhoud van de prétherapie?

Centraal in de behandeling staat het afdelingsklimaat. Het klimaat op de afdeling 'beschermd wonen' is zichtbaar anders dan het klimaat op andere afdelingen binnen het penitentiaire stelsel. Het voldoet namelijk aan de kenmerken van een therapeutische gemeenschap. Bovendien zijn de penitentiaire inrichtingswerkers (piw-ers) speciaal geselecteerd om te werken met zedendelinquenten en zijn zij daar ook enigszins in geschoold. Daarnaast zijn de piw-ers op de afdeling benaderbaar wanneer er behoefte is aan een gesprek. Ter optimalisering van de gevoelens van veiligheid vindt dit alles plaats in een gebouw dat fysiek gescheiden staat van gedetineerden die geen bijzondere zorg krijgen. Luchten, sporten en de arbeid vinden eveneens fysiek gescheiden plaats van de overige gedetineerden.

De prétherapie bestaat voorts uit cognitief-gedragstherapeutische sessies (CGT, zie paragraaf 2.3.2), vaktherapeutische groepsessies (PMDT, zie paragraaf 2.3.3) en individuele gesprekken. In de cognitieve gedragstherapie wordt één keer per week, gedurende 1,5 uur in groepsverband gewerkt met de delictscenarioprocedure. In de vaktherapeutische sessies wordt eveneens één keer per week (op een andere dag) gedurende 1,5 uur psychomotorische en dramatherapie gegeven. Wanneer nodig zijn er individuele gesprekken met de GZ psycholoog en systeemtherapeut verbonden aan de afdeling.

Ten slotte is er wekelijks een sociogroep waarin over zaken anders dan het delict gesproken wordt. Verder, indien gewenst, kunnen gesprekken plaatsvinden met een

geestelijke verzorger (bijvoorbeeld een priester) of een humanist. Ook zijn er meditatiessessies voor wie dat wil.

3 Welke theorieën en overwegingen liggen ten grondslag aan de prétherapie?

Aan de theoretische basis van de cognitieve gedragstherapie staan het terugvalpreventiemodel (Hanson, 2000a), de biopsychosociale leertheorie (Marshall & Barbaree, 1990a) en het zelfregulatiemodel (Ward & Hudson, 2000). Kort samengevat stelt het terugvalpreventiemodel dat a) terugval waarschijnlijk is, b) er sprake is van een voorspelbare keten die vooraf gaat aan een zedendelict en c) behandeling zich dient te richten op punten waarop die keten doorbroken kan worden. De biopsychosociale leertheorie houdt rekening met unieke individuele leerprocessen vanaf de vroege jeugd tot nu, de rol van situationele factoren daarin en biologische factoren in de etiologie van seksueel agressief gedrag. Deze theorie dient ter verdieping en verrijking van het terugvalpreventiemodel. Ten slotte houden de behandelaren rekening met het zelfregulatiemodel (Ward, Hudson & Keenan, 1998; Ward & Hudson, 2000). In dat model worden vier paden naar een seksueel delict onderscheiden. Een belangrijk onderscheid is dat tussen het willen uiten van deviante seksuele behoeften (het willen plegen van delicten) en dat niet willen. Binnen de groep personen die uiting wil geven aan zijn seksuele impuls, wordt nog verder onderscheid gemaakt tussen geplande en impulsieve benaderingstactieken. Binnen de groep die in principe geen seksueel delict wil plegen, wordt een onderscheid gemaakt naar actieve en passieve vermijding. Onderregulatie komt naar voren bij het impulsieve toenaderen en het passieve vermijden van slachtoffers. Er is sprake van overregulatie bij het geplande toenaderen en het actieve vermijden van slachtoffers.

De vaktherapeuten werken naar eigen zeggen eveneens vanuit een cognitief-gedragstherapeutisch kader en dan met name vanuit de schemagerichte benadering van Young (Young, 1994; Young et al., 2003; zie ook Timmer, 2004). Zoals gesteld in hoofdstuk twee, is niet duidelijk uitgewerkt hoe de schema-gerichte benadering gebruikt wordt door de PMDT-behandelaren en daarom wordt hier verder niet uitgeweid over deze benadering.

Binnen het vaktherapeutische kader zijn verschillende benaderingen onderscheiden om te komen tot gedragsverandering. De behandelaren werken structurerend, ofwel ortho(ped)agogisch, en focaal-inzichtgevend door middel van een ervaringsgerichte werkwijze. Het doel dat gesteld wordt binnen de structurerende benadering is het herstel van evenwicht, terwijl focaal-inzichtgevend betekent dat gewerkt wordt aan inzicht en verwerking van een specifiek probleem. Zowel structurerend als focaal-inzichtgevend verwijzen naar het duidelijk afbakenen van probleemgebieden vanwege beperkte hoeveelheid behandeltijd (zie bijvoorbeeld Timmer, 2006). Volgens het analoge procesmodel werken oefensituaties binnen de vaktherapeutische sessies gedragsverandering in de hand door de analogie tussen oefensituaties en dagelijkse situaties (Smeijsters, 2000).

4 Op welke doelgroep richt het programma zich?

Deelname aan de prétherapie staat open voor alle typen zedendelinquenten, die willen en kunnen meedoen. Daarmee wordt bedoeld dat er geen sprake kan zijn van ernstige psychische problematiek, beperkte intellectuele vaardigheden, psychopathie of andere ernstige persoonlijkheidsstoornissen. Bovendien moet iemand het delict bekennen, of ten minste erkennen dat hij problemen heeft met seksueel deviant gedrag.

5 Op welke criminogene factoren richt het programma zich en hoe zijn deze factoren van invloed op het criminele gedrag van de doelgroep?

Volgens de behandelaren richt de behandeling zich op de volgende criminogene factoren: verslavingsgedrag, seksuele deviantie, sociale isolatie, cognitieve vervormingen en gebrekkige empathie. Factoren die eveneens bespreekbaar worden gemaakt tijdens sessies en die een probleem zouden kunnen vormen, zijn (gebrekkige) sociale vaardigheden, omgaan met verleidingen (zoals drank en seks) en tijd besteed aan bezig zijn met seks (in fantasie en werkelijkheid). Deze factoren kunnen risicofactoren vormen voor het plegen van zedendelicten, afhankelijk van de mate waarin er sprake is van problematisch functioneren op de genoemde gebieden. Bijvoorbeeld, de hoeveelheid tijd die besteed wordt aan seks, in fantasie of werkelijkheid, is alleen een risicofactor wanneer er sprake is van een dermate grote hoeveelheid tijd dat gesproken kan worden van hyperseksualiteit.

6 Waaruit bestaat de behandeling van deze criminogene factoren?

De behandeling van de criminogene factoren bestaat voornamelijk uit het bespreekbaar maken van de bovengenoemde factoren en uit het bieden van alternatieven, wat in de CGT en PMDT sessies plaatsvindt. Bijvoorbeeld, de criminogene factor verslavingsgedrag wordt behandeld door inzichtelijk te maken welke rol verslavingsgedrag heeft gespeeld in het komen tot het plegen van een delict. Verslavingsgedrag wordt namelijk verondersteld voort te komen uit een foutieve, onwenselijke spanningsregulatie. Vervolgens worden alternatieve technieken voor spanningsregulatie besproken. Gewenste technieken zijn bijvoorbeeld sporten of met iemand praten over de oorzaak van de spanning. Naast het bespreken van spanningsregulatie wordt tijdens PMDT-sessies gewerkt aan de fysieke uiting van spanning. Door te werken met spanningsbogen wordt deelnemers geleerd de uiting van spanning zelf in de hand te houden.

De behandeling van de criminogene factoren seksuele deviantie en cognitieve vervormingen bestaat voornamelijk uit het bespreekbaar maken ervan. Hierbij is de werking van groepstherapie met medegedetineerden zeer belangrijk; juist van hen worden confrontaties met vervormingen beter geaccepteerd. Ook gaat van medegedetineerden een drempelverlagende en voorbeeldwerking uit; de openheid van de één (over bijvoorbeeld seksuele deviantie) kan de openheid van de ander vergemakkelijken. Daarmee heeft de groepstherapeutische setting het voordeel dat het een beroep doet op de sociale vaardigheden van de deelnemers (Deneer, 2004b). De groepstherapeutische setting wordt dus verondersteld een podium te vormen waarop geoefend kan worden met openlijk leren spreken met anderen. Er kan ervaren worden dat anderen respectvol kunnen luisteren. Confrontaties kunnen worden aangegaan door medegedetineerden of therapeut en veilig worden afgerond, in plaats van te eindigen in ruzie of wegllopen. Daarmee kan wantrouwen tegenover de buitenwereld verminderen en zelfvertrouwen toenemen.

Slachtofferempathie krijgt vooral aandacht in de PMDT sessies. Hoewel het ook een onderdeel is van de cognitief-gedragstherapeutische sessies, wordt dit onderdeel volgens de behandelaren zelden behandeld, met name vanwege tijdgebrek, maar ook vanwege het feit dat deze criminogene factor moeilijk te veranderen is. De ervaring van de behandelaren is dat zedendelinquenten zeer goed in staat zijn tot empathie voor andermans slachtoffer. Echter, empathie voor eigen slachtoffer(s) is veel zeldzamer en moeilijker te ontwikkelen. In de PMDT-sessies wordt daar wel aan gewerkt aan middels zelfgeschreven dader-slachtoffer dialogen en de uitwerking daarvan in scènes.

Aan de criminogene factor sociale isolatie wordt gewerkt door middel van de re-socialiserende invloed van het afdelingsklimaat, dat gekenmerkt kan worden als een therapeutische gemeenschap. Ook is er een socio-groep, waarin gewerkt wordt aan gebrekkige sociale vaardigheden. In de socio-groep wordt niet over het delict zelf gepraat, maar over aan detentie gerelateerde zaken. Verder wordt gepraat over de omgang tussen gedetineerden en piw-ers en tussen gedetineerden onderling. Daarnaast heeft de groepstherapeutische setting van de CGT- en PMDT-sessies het voordeel dat impliciet gewerkt wordt aan sociale vaardigheden (Deneer, 2004b).

7 In welke setting of context vindt de interventie plaats?

De prétherapie vindt plaats in een intramurale setting, binnen het gevangeniswezen, namelijk in het Huis van Bewaring van de PI Breda. Deelnemers zijn zedendelinquenten die hun delict bekend hebben. In sommige gevallen zijn deze deelnemers al veroordeeld, in andere gevallen wachten ze nog op hun proces.

8 Kunnen de doelstellingen gekoppeld worden aan specifieke programmaonderdelen? Met andere woorden, is er overeenstemming tussen de beoogde doelstellingen en de wijze waarop deze doelstellingen op grond van het programma worden gerealiseerd?

De vier doelen zijn het voorkomen van een verslechtering van de psychische toestand tijdens detentie, het voorbereiden op vervolgbehandeling, het verkorten van de behandelduur in vervolgtrajecten en een bijdrage leveren aan het voorkomen van terugval (recidive). De mate waarin specifieke programmaonderdelen aan deze doelstellingen gekoppeld kunnen worden, is in hoofdstuk 3 gedetailleerd uitgewerkt. Hieronder wordt een korte samenvatting daarvan gegeven.

1 Voorkomen verslechtering psychische klachten

Om diverse redenen ondervinden zedendelinquenten psychische klachten. Dat kan zijn als gevolg van problemen in het verleden, onzekerheid over de tenuitvoerlegging van de straf en maatregel en psychische druk vanwege het feit dat ze een (ongeaccepteerd) zedendelict gepleegd hebben. Door een beschermde woonomgeving te bieden, door hen te informeren over de gang van zaken in een behandelprogramma en door te starten met de therapie wordt aan deze doelstelling gewerkt.

2 Het voorbereiden op vervolgbehandeling

Het tweede doel van de behandelaren is het voorbereiden op de vervolgbehandeling die voor de meeste zedendelinquenten in het verschiet ligt. Dit behandeldoel bestaat uit drie onderdelen: (1) het starten van een bewustwordingsproces over de risicofactoren die bijgedragen hebben aan delictgedrag, (2) het vergroten van de motivatie voor de (vervolg)behandeling en (3) het aanleren van therapievaardigheden. De groepsessies en individuele sessies zijn erop gericht deze onderdelen te behandelen. Door het bieden van aandacht en empathie van de therapeuten wordt geprobeerd de bereidheid te vergroten om vervolgbehandeling te ondergaan. Het openlijk kunnen praten in een groepssetting en zich weten te gedragen daarin, zijn vaardigheden die van belang zijn in vervolgbehandelingen.

3 Het verkorten van vervolgbehandeling

Het vergroten van motivatie voor behandeling, een open houding (en bereidheid tot praten), begrip van (behandel)terminologie en zelfreflectie worden verondersteld te leiden tot een succesvolle en snellere instroom in de vervolgbehandeling.

4 *Het voorkomen van recidive*

Het ultieme doel van de behandelaren is een bijdrage te leveren aan het voorkomen van recidive. Het gehele programma is erop gericht dit doel te bereiken.

9 **Wat zijn de werkzame mechanismen achter deze vorm van prétherapie? Dat wil zeggen, op welke manier zouden de interventies die men pleegt, leiden tot de gewenste veranderingen van gedrag? Worden deze mechanismen ook in de literatuur beschreven als veelbelovend?**

Voor een analyse van de veronderstelde werkzame mechanismen wordt verwezen naar hoofdstuk 3. Wat betreft de wetenschappelijke literatuur op dit terrein is nog weinig informatie bekend, zeker omdat dit programma een prétherapie betreft en geen behandelprogramma. Enkele aanwijzingen in de literatuur wat betreft de werkzaamheid van de veronderstelde werkzame mechanismen komen bij de beantwoording van vraag 12 aan de orde (zie hieronder).

10 **Welke verwachtingen omtrent de werkzame mechanismen leven bij de direct betrokkenen?**

De veranderingen die verwacht worden bij het aanbieden van de prétherapie zijn volgens de behandelaren gebaseerd op de literatuur. De veronderstelde werkzame mechanismen achter de prétherapie zijn volgens hen het komen tot meer inzicht, motivatie en vaardigheden. Het hebben van meer inzicht heeft vooral betrekking op datgene dat leidde tot het delict en het kritisch naar zichzelf durven kijken. Ook het nemen van meer verantwoordelijkheid is hierbij belangrijk. Motivatie betreft vooral de bereidheid om aan zichzelf te werken. Met vaardigheden worden bijvoorbeeld sociale vaardigheden bedoeld en het aanleren van vaardigheden om zichzelf beter in de hand te houden. De behandelaren verwachten deze drie aspecten te kunnen realiseren, bij voldoende deelnametijd.

11 **Zijn er vanuit de literatuur indicaties dat deze vorm van prétherapie bij iedereen werkt of zijn er contextspecifieke in- en exclusiecriteria en wordt hier in de PI Breda rekening mee gehouden?**

De behandelaren hebben in- en exclusiecriteria opgesteld voor deelname aan de prétherapie. Exclusiecriteria zijn beperkte intellectuele vaardigheden (verstandelijk gehandicapten), persoonlijkheidsproblemen zoals psychopathie, en stoornissen die het psychisch functioneren in de weg staan, zoals acute psychosen. Bovendien is deelname aan de prétherapie vrijwillig.

Vanuit de literatuur is bekend dat voor personen met beperkte intellectuele vaardigheden inderdaad een aangepast programma noodzakelijk is (zie bijvoorbeeld Haaven & Coleman, 2000). In geval van actieve psychose dient de behandeling allereerst te bestaan uit medicatie om de psychose onder controle te krijgen (EFP, 2008a) en ook dit exclusie criterium lijkt daarmee correct. Wat betreft de behandeling van zedendelinquenten met een hoge mate van psychopathie bestaan er al enkele programma's die effectief lijken te zijn, zoals een programma gebaseerd op de *What Works* principes (Wong & Hare, 2005). Ook het *Good Lives* model van Ward en Maruna (2007) wordt ingezet bij de behandeling van psychopaten (hoewel het niet specifiek voor deze doelgroep werd ontwikkeld). Het op voorhand uitsluiten van psychopaten in de prétherapie, lijkt dan ook niet terecht.

Bij het inclusie criterium van vrijwillige deelname, zijn twee kanttekeningen te plaatsen. Ten eerste, de Canadese onderzoekers Marshall, Marshall, Fernandez, Malcolm en Moulden (2008) hebben een onderzoek verricht naar een vorm van prétherapie waarin (uitsluitend) gericht wordt op het motiveren van alle zedendelinquenten,

ongeacht of de betrokkene wil deelnemen of niet. Aan de motivatie voor behandeling werd gewerkt door het aanmoedigen van openheid, door het afstemmen van het tempo op dat van de gedetineerde, door empathie voor de gedetineerde te tonen, door voorlichting te geven over de voordelen van behandelen, en door naast persoonlijke zwaktes ook over sterke punten te praten. Een belangrijke techniek die hierbij gehanteerd werd, is *motivational interviewing*³⁸ (zie ook Miller & Rollnick, 2002, 2005). Dit programma duurt zes tot acht weken. Marshall et al. (2008) rapporteerden dat hun programma motivatie voor behandeling, hoop voor de toekomst en zelfredzaamheid (*self-efficacy*) verhoogde. Bovendien konden deelnemers vaker naar een minder zwaar beveiligde gevangenis, kregen zij vaker een minder intensieve behandeling toegewezen en kwamen zij eerder voorwaardelijk vrij. Echter, tot nu toe nam alleen een groep zedendelinquenten met een laag risico op recidive deel. De auteurs verwachten vergelijkbare effecten voor het programma wanneer zedendelinquenten met een hoog risico op recidive deelnemen.

De tweede kanttekening betreft de mate van manipulatie en faken die bij het tonen van motivatie voor verandering aanwezig kan zijn. Delinquenten met een hoge score op psychopathie zijn zeer goed in staat tot manipulatie en faken van motivatie en het feit dat zij vrijwillig deelnemen aan een behandelprogramma wil niet per definitie zeggen dat zij ook bereid zijn te veranderen. Het kan ook een manier zijn om (eerder) vrij te komen (Seto & Barbaree, 1999).

Vroeger waren behandelprogramma's voor zedendelinquenten niet zo effectief bij verkrachters, omdat deze vooral op pedoseksuelen gericht waren, die minder anti-sociaal en minder sociaal deviant zijn als verkrachters. Tegenwoordig wordt er in de behandeling van zedendelinquenten rekening gehouden met deze differentiatie, maar in de prétherapie wordt een dergelijk onderscheid niet gemaakt. Beide typen krijgen dezelfde behandeling aangeboden.

12 Welke effecten komen in de internationale literatuur naar voren inzake prétherapie en zijn er theoretische indicaties om te veronderstellen dat de prétherapie in Breda veelbelovend kan worden genoemd?

Vergelijkbare programma's

Het is lastig om de prétherapie in zijn geheel te vergelijken met andere nationale en internationale prétherapieprogramma's, omdat er niet veel prétherapie programma's bestaan die uit exact dezelfde onderdelen bestaan of exact dezelfde doelstellingen hebben. Een enigszins vergelijkbaar programma in Canada (zie bovengenoemd onderzoek van Marshall et al., 2008), richt zich uitsluitend op het motiveren van gedetineerden om mee te doen aan behandeling. Daarin lijkt het programma suc-

³⁸ *Motivational interviewing* is een techniek om cliënten te motiveren tot gedragsverandering. De techniek kenmerkt zich met name door het centraal stellen van het belang om motivatie niet van buitenaf op te leggen, maar op te roepen in de cliënt zelf. De therapeut mag geen gebruik maken van directe confrontaties, overhalen en directief tegenspreken, want dat zou slechts weerstand oproepen. De therapeut mag niet verder zijn dan de cliënt, want het is de bedoeling dat de cliënt zelf kiest voor gedragsverandering. De therapeut begeleidt slechts het innerlijke proces van de cliënt en richt zich daarbij op de ambivalentie die de cliënt voelt rondom zijn gedrag. Deze ambivalentie is het punt waarop de cliënt kan gaan kiezen voor andere gedragsopties, of ten minste kan komen tot het inzicht dat gedragsverandering toch echt wenselijk is (Rubak, Sandboek, Laurensen & Christensen, 2005).

cesvol, maar de overige doelstellingen van de prétherapie zoals deze in Breda gegeven wordt, komen in dat programma niet aan de orde.

Er zijn/waren wel andere programma's in het Nederlandse gevangeniswezen met min of meer vergelijkbare doelstellingen. Dit zijn programma's die vallen onder de noemer préklinische interventies (pki) en préklinische behandelingen (pkb). Pki en pkb werden vanuit een andere visie opgezet, namelijk speciaal voor tbs-passanten. Tbs-passanten zijn personen die een tbs-maatregel opgelegd hebben gekregen en in de gevangenis wachten op plaatsing in een forensisch psychiatrisch centrum (fpc), omdat er in de fpc's (nog) geen plek vrij is. Het komt regelmatig voor dat tbs-patiënten een combinatievonnis hebben gekregen, waarbij sprake is van gevangenisstraf en verplichte behandeling in een forensisch psychiatrisch centrum. In geval van een combinatievonnis is een tbs-passant iemand die zijn gevangenisstraf heeft uitgezeten. Ten tijde van de start van pki en pkb, rond 2002, was de wachtlijstproblematiek voor tbs-passanten zo groot,³⁹ dat er gezocht moest worden naar een zinvolle manier om de wachttijd door te brengen (EFP, 2008b).

Hoewel de doelgroep van pki en pkb breder was dan de doelgroep van de prétherapie, alle tbs-passanten en niet alleen zedendelinquenten, zijn er duidelijke overeenkomsten tussen pki en pkb enerzijds en de prétherapie anderzijds. Zo komt een aantal doelstellingen van pki overeen met doelstellingen van de prétherapie, zoals het voorkomen van verergering van psychische klachten, het bevorderen van de motivatie voor behandeling en het verkorten van de behandelduur.⁴⁰

Pki en pkb programma's zijn recent geëvalueerd door het EFP (2008b). De onderzoekers concludeerden dat pki en pkb programma's: 'nuttig zijn, maar met voorwaarden' (p. 21). Na het volgen van pki zijn patiënten beter voorbereid en meer gemotiveerd als zij naar het fpc komen, maar deze voorsprong lijkt na enkele weken al ingelopen te zijn door tbs-patiënten die niet aan pki programma hebben deelgenomen (EFP, 2008b). Er is overigens een kanttekening te plaatsen bij de manier waarop pki en pkb onderzocht werden, want de deelname aan de pilots was vrijwillig, waardoor er mogelijk een selectie-effect heeft plaatsgevonden. Dit selectie-effect plaatst de bevinding dat pki deelnemers beter voorbereid en meer gemotiveerd in een fpc binnenkomen in een ander daglicht, want de deelnemers aan de programma's waren bij de start van het programma al meer gemotiveerd. Vanwege organisatorische knelpunten hebben pki's en pkb's geen vervolg gekregen.

Bij het beoordelen van de prétherapie aan de hand van indicaties uit de wetenschappelijke literatuur is het – bij gebrek aan vergelijkbare programma's – het meest zinvol te kijken naar verschillende onderdelen en theorieën die aan de prétherapie ten grondslag liggen. Hieronder worden achtereenvolgens de drie programmaonderdelen besproken: het afdelingsklimaat, de delictscenarioprocedure en de psychomotorische en dramatherapie. Verder komen de theoretische grondslagen

³⁹ Een aantal personen moest lange tijd wachten in een PI en sommigen diende om die reden een klacht in bij het Europese Hof voor de Rechten van de Mens. Zij oordeelde in 2004 dat een wachttijd langer dan zes maanden in strijd was met het recht op persoonlijke vrijheid. Europese Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM), 11 mei 2004, nr. 49902/99 (Brand), NJ 2005/57), EHRM, 11 mei 2004, 48865/99 (Morsink).

⁴⁰ De overige doelstellingen van PKI waren: (1) een betere samenwerking tussen FPC's en PI's bewerkstelligen, (2) het bespedigen van diagnostiek en selectie, en (3) het versoepelen van de overgang van de PI naar het FPC.

van de prétherapie, zoals aangegeven door de behandelaren, en de stand van zaken in de literatuur daarover aan de orde: Young's schemagerichte therapie, het terugvalpreventiemodel en het zelfregulatiemodel.

Vergelijkbare programmaonderdelen

– Afdelingsklimaat: therapeutische gemeenschap

Een Amerikaans rapport laat zien dat de inzet van een speciaal aan zedendelinquenten aangepaste vorm van een Therapeutische Gemeenschap (TG) succesvol lijkt te zijn in het terugdringen van recidive, vooral in combinatie met een vorm van reclasseringstoezicht na detentie (Lowden et al., 2003). De prétherapie Breda kent ook enkele kenmerken van een therapeutische gemeenschap (zie paragraaf 2.3.1). Echter, er is geen speciaal toezichtprogramma voor na detentie beschikbaar. Bovenstaand onderzoek suggereert dat er met een speciaal nazorgprogramma met reclasseringstoezicht (voor degenen die geen vervolgbehandeling hebben) of een goede overdracht tussen behandelaren van de prétherapie en behandelaren uit het vervolgotraject winst te behalen valt wat betreft de werking van de prétherapie.

– Cognitieve gedragstherapie

De behandelaren geven aan vanuit een cognitief-gedragstherapeutisch (CGT) kader te werken. De inzet van CGT-technieken in de behandeling van zedendelinquenten, tijdens of na detentie, is vrijwel gemeengoed geworden (zie bijvoorbeeld Marshall et al., 2006). Deze technieken lijken het meest effectief in het reduceren van recidive over een brede groep geweldsplegers (Lösel & Schmucker, 2005; Ward & Maruna, 2007, p. 95). Echter, onderzoek naar de effectiviteit van CGT bij zedendelinquenten suggereert dat verschillende groepen zedendelinquenten verschillend reageren op de CGT. Zo concludeerden Marshall et al. (1991) dat CGT-behandeling effectief lijkt te zijn voor exhibitionisten, plegers van incest en pedoseksuelen, maar niet voor verkrachters. Ruiter, Veen en Greeven (2008) lieten aan de hand van een meta-analyse echter zien dat intensieve cognitieve gedragstherapie voor verkrachters juist wel effectief kan zijn in het verminderen van recidive. Belangrijk is volgens hen in te zetten op een intensieve intramurale behandeling en een langdurig nazorgtraject. Marshall et al. (2006, p. 19-20) stellen dat nog niet duidelijk is welke veranderingen als gevolg van de CGT-behandeling bijdragen aan de vermindering van terugval. Eveneens is nog niet duidelijk welke aspecten van het functioneren van daders in algemene zin voortkomen uit behandeling.

– Psychomotorische en dramatherapie

De theoretische onderbouwing van de vaktherapieën komt voornamelijk voort uit consensus tussen vaktherapeuten onderling. De meeste studies naar de werking en effectiviteit van vaktherapieën zijn kwalitatief van aard. Dat wil zeggen, er is voornamelijk beschrijvend onderzoek gedaan onder kleine aantallen cliënten. Deze therapievormen worden echter wel breed ingezet in de forensische psychiatrie en worden verondersteld te werken ter ondersteuning van CGT-technieken. Het is dus lastig om het PMDT-aanbod binnen de prétherapie te evalueren in termen van effectiviteit of veelbelovendheid.

– Delictscenarioprocedure

Het delictscenario betreft de 'beschrijving van de keten van cognitieve, emotionele, gedragsmatige en situationele factoren die (...) voorafgaand aan, tijdens en na een seksueel delict van belang zijn geweest' (Van Beek & Mulder, 1992, pp. 348-349). Er wordt gesproken van een delictscenario om duidelijk te maken dat het delict niet spontaan, zomaar gepleegd is (Deneer, 2004a). Het doel van de manier waarop deze procedure door de behandelaren in Breda ingezet wordt, is om daders te laten

inzien dat zij zelf verantwoordelijk zijn voor het gepleegde delict en dat zij invloed kunnen uitoefenen op de omstandigheden en het persoonlijk functioneren dat tot het plegen van een delict geleid heeft. Bovendien komt slachtofferempathie in het kader van de delictscenarioprocedure aan bod. Dit heeft tot doel om de dader te laten inzien wat de negatieve gevolgen zijn voor zijn slachtoffer(s).

Echter, er lijkt op drie punten in het behandelprogramma van de prétherapie verwarring te zijn ontstaan over de delictscenarioprocedure en het terugvalpreventieplan. Ten eerste, de delictscenarioprocedure en het terugvalpreventieplan zijn in de prétherapie min of meer verweven in één procedure, terwijl beide onderdelen duidelijk anders opgezet zijn. Zo is de delictscenarioprocedure slechts een onderdeel dat gebruikt wordt in het opstellen van een terugvalpreventieplan, maar wordt het in de prétherapie samengevoegd tot één plan. Dit plan is te vinden in bijlage 2 (een overzicht van de verschillende fasen zoals deze in de prétherapie doorlopen worden), maar deze fasen zijn in de literatuur niet als zodanig te vinden. Ten tweede wordt in de literatuur binnen de delictscenarioprocedure onderscheid gemaakt naar verschillende fasen in de behandeling (zie bijvoorbeeld Van Beek & Derks, 1999), die in de prétherapie niet of slechts impliciet aan de orde komen. Dit zijn de educatieve fase, de oefenfase, de confrontatiefase en de behandelfase.⁴¹ In de prétherapie worden de eerste drie fasen weliswaar impliciet doorlopen, maar er wordt niet expliciet met de fasen gewerkt. Ten slotte wordt in de delictscenario's aandacht besteed aan psychoseksuele problematiek en een antisociale levenshouding als centrale dynamische risicofactoren (Van Beek, 1999), terwijl deze in de prétherapie niet aan de orde komen.

Uit recente wetenschappelijke publicaties is verder gebleken dat niet alle elementen van de delictscenarioprocedure even goed werken. Er is bijvoorbeeld geen onderzoek dat de relatie tussen cognitieve vervormingen en recidive aantoonde. Ook de relatie tussen het hebben van empathie voor het slachtoffer en recidive is niet wetenschappelijk bewezen (Van Beek & Mulder, 2002). Zo zijn daders over het algemeen zeer goed in het uitschakelen van gevoelens van empathie voor hun eigen slachtoffer, maar kunnen zij wel empathie voelen voor andermans slachtoffers. Empathie te vroeg in de behandeling zou bovendien een averechts effect kunnen hebben (Beenackers, 2000; Beckett, Beech, Fisher, & Fordham, 1994). Hanson en Morton-Bourgon (2005) lieten in een meta-analyse zien dat de behandeling van de klassieke foci van de delictscenarioprocedure zoals ontkenning, verantwoordelijkheid nemen voor het delict, slachtofferempathie, motivatie voor behandeling en psychische stress weinig of niet samenhangen met een daling van de recidive.

Behandeling van de dynamische risicofactoren 'seksuele preoccupaties' en 'algemene problemen met zelfregulatie' lieten echter wel recidivevermindering zien. De sterkste voorspellers van seksuele recidive waren namelijk parafilie en antisociale oriëntatie. De antisociale neigingen uitte zich onder andere in de potentieel ver-

⁴¹ In de educatieve fase gaat het erom de gedetineerden te motiveren voor deelname aan de delictscenarioprocedure en te voorzien van informatie en instructie. In de oefenfase wordt een globale versie van het delictscenario opgesteld. De confrontatiefase is een zware periode. De therapeut confronteert daarin de gedetineerde met zijn eigen verantwoordelijkheid voor zijn gedrag. Hierin komen vermijdingsstrategieën van gedetineerden naar boven. De behandelfase in de delictscenarioprocedure ten slotte, betreft het presenteren van het delictscenario aan de het sociale netwerk van de zedendelinquent. Deze fase gaat te ver voor de prétherapie.

anderbare factoren impulsieve en instabiele levensstijl, pro-delicte attitudes en intimiteitsproblemen (Hanson & Morton-Bourgon, 2005). Overigens kan het bevorderen van de motivatie voor de behandeling wel van positieve invloed zijn op de vroegtijdige uitval (drop-out) uit de behandeling (het vermindert de drop-out). Immers, vroegtijdige uitval uit een behandelprogramma wordt (voor een deel) veroorzaakt door een gebrek aan motivatie. Volgens het EFP, in de landelijke richtlijnen voor de behandeling van zedendelinquenten (EFP, 2008c), is de delictscenarioprocedure nog steeds een veelgebruikte methode om (ten minste) te komen tot een goede beschrijvende diagnose, maar wordt het niet meer als effectieve behandelmethode beschouwd.

– Young's schemagerichte therapie

Bij persoonlijkheidsstoornissen is veelal schema-gerichte therapie van Young geïndiceerd (Young, 1994; Young et al., 2003). Deze therapievorm richt zich op het wijzigen van diep ingesleten cognitieve schema's. Deze schema's zorgen ervoor dat informatie over zelf, anderen en situaties op een bepaalde manier verwerkt wordt. Bij persoonlijkheidsproblematiek is er sprake van een foutieve schemastructuur. Behandeling van dergelijke schema's is langdurig, maar lijkt succesvol. De PMDT-therapeuten geven aan met principes uit de schemagerichte therapie van Young te werken. Uit hun plan van aanpak is echter niet duidelijk op te maken hoe zij dit geoperationaliseerd hebben. Ook zijn in de wetenschappelijke, empirische literatuur nog geen studies te vinden waaruit blijkt dat vaktherapeuten schema-gerichte therapie succesvol geoperationaliseerd hebben.

– Terugvalpreventiemodel

Het CGT-gedeelte van de prétherapie is voornamelijk gebaseerd op het terugvalpreventiemodel (Marlatt, 1980; Laws, Hudson & Ward, 2000; Pithers, Kashima, Cumming & Beal, 1988; Pithers, Marques, Gibat & Marlatt, 1983). Het terugvalpreventiemodel beschrijft en verklaart het ontremmingsproces dat resulteert in terugval tot een zedendelict. Ontremming wordt verondersteld te ontstaan als gevolg van het ontbreken van voldoende vaardigheden voor het omgaan met tegenslag. Foutieve spanningsregulatie en rationalisaties leiden de dader naar situaties, waarin het plegen van een zedendelict waarschijnlijk is. Het plegen van een zedendelict leidt tot ontlading van de spanning en dus voor de dader tot positieve effecten waardoor hij het delictgedrag in stand wil houden (Van Beek, 1999). De behandeling bestaat uit het in kaart brengen en bewust worden van dit proces en het bieden van vaardigheidstrainingen (bijvoorbeeld in emotionele regulatie, assertiviteit, et cetera) waardoor het plegen van een delict voorkomen kan worden.

Het terugvalpreventiemodel heeft gedurende de jaren tachtig en negentig aan de basis gestaan van de behandeling van zedendelinquenten (zie Laws, Hudson & Ward, 2000; Kröger & Van Beek, 2006). De sterke *face validity* van het terugvalpreventiemodel leidde tot een wijdverspreide toepassing ervan in de behandeling van zedendelinquenten, ondanks dat er aanvankelijk weinig empirische evidentie was voor de werkzaamheid van een behandeling gebaseerd op het model. Uitspraken over de effectiviteit van een behandeling gebaseerd op het terugvalpreventiemodel zijn namelijk aan vele beperkingen en problemen onderhevig (zie bijvoor-

beeld Hanson, 2000b).⁴² Toch blijven behandelingen geworteld in de cognitief-gedragstherapeutische aanpak binnen het terugvalpreventiemodel, aangevuld met differentiaties naar de verschillende typen zedendelinquent, de boventoon voeren in behandelprogramma's voor zedendelinquenten (Kröger & Van Beek, 2006). Centraal gebleven is de notie dat het volhouden met stoppen van het ongewenste gedrag veel aandacht en training vereist. Welke training precies vereist is, hangt af van het type zedendelict en de specifieke, individuele etiologie van het gedrag. In principe is de onderbouwing van de prétherapie met het terugvalpreventiemodel dus solide, zij het dat meer rekening gehouden zou moeten worden met de individuele etiologie en aanverwante behandelbehoeften.

– Zelfregulatiemodel

De heterogeniteit onder de zedendelinquenten waar ook de prétherapie rekening mee houdt, is die gebaseerd op het zelfregulatiemodel van Ward en Hudson (2000). In dat model worden vier paden onderscheiden die leiden naar het plegen van een zedendelict. Die paden worden volgens de prétherapie-behandelaren behandeld in het kader van de delictscenarioprocedure. Binnen de PMDT-sessies worden oefeningen aangeboden aan de deelnemers, waarbij zo veel mogelijk rekening wordt gehouden met de individuele zelfregulatiestijlen van de deelnemers. Of de behandeling daarmee voldoende is afgestemd op de heterogeniteit in zelfregulatiestijlen, is echter de vraag. Uit de behandelplannen blijkt bijvoorbeeld niet dat er verschillende vaardigheidstrainingen zijn, afhankelijk van iemands stijl van zelfregulatie. Het model lijkt alleen te worden gebruikt ten behoeve van bewustwording en zelfinzicht van de deelnemers.

Kortom

Concluderend kan gesteld worden dat de prétherapie enerzijds bestaat uit programmaonderdelen en is gebaseerd op theoretische veronderstellingen die ook door andere behandelaren van zedendelinquenten gebruikt worden (zie bijvoorbeeld EFP, 2008c). Anderzijds wordt er niet altijd gebruik gemaakt van de meest recente inzichten uit de literatuur met betrekking tot deze programmaonderdelen en theoretische modellen. Verder is in de prétherapie een meer gedifferentieerd behandel-aanbod vereist, om tegemoet te komen aan de behandelingsbehoeften van de heterogene groep zedendelinquenten die voor de behandeling in aanmerking komt. Hierbij moet echter wel rekening gehouden worden met het gegeven dat de prétherapie nadrukkelijk een voorbereiding op vervolgbehandeling beoogt te zijn en geen volledig en afgerond behandelpakket omvat. Daar wordt in de volgende paragraaf nader op ingegaan (paragraaf 4.2).

⁴² Zo is het meest gewenste effect van het terugvalpreventiemodel een verlaging van de recidive van zedendelinquenten. Echter, het is niet duidelijk in hoeverre de gemeten recidive ook de daadwerkelijke terugval meet (onder andere: niet alle misdrijven worden aangegeven). Daarnaast verschillen studies in de tijdsduur tussen beëindiging van behandeling en het meten van recidive. Uitspraken op basis van studies waarbij de delinquent twee jaar in de maatschappij verblijft, wegen uiteraard minder zwaar dan uitspraken op basis van studies waarbij de delinquent langer in de maatschappij verblijft. Een andere beperking in effectiviteitsstudies is het nodig hebben van een goede vergelijkingsgroep die geen behandeling krijgt. Wetenschappelijk onderzoek stelt bovendien de eis aan een vergelijkingsgroep dat toewijzing aan de condities wel of geen behandeling random plaatsvindt. Wordt dit niet gedaan, dan vervuilen selectie-effecten de uitkomsten van het onderzoek. Echter, bij dergelijk onderzoek spelen ethische bezwaren weer een rol.

4.2 Doeltreffendheid van de therapie

Om de werking van het totale programma vast te stellen, is het van belang te weten in hoeverre de doelstellingen gerealiseerd zijn. Dit kan formeel pas blijken uit een effectstudie. Echter, er is een aantal manieren om na te gaan in hoeverre de prétherapie in Breda doeltreffend zou kunnen zijn op basis van de bestudering van de plannen. De prétherapie in Breda heeft, zoals gezegd, vier doelstellingen, namelijk het voorkomen van verslechtering van psychische klachten, het voorbereiden op vervolgbehandeling, het verkorten van de duur van de vervolgbehandeling en als overkoepelend doel het (leveren van een bijdrage aan het) voorkomen van recidive. De eerste twee doelstellingen zijn concreter in de zin dat deze vrij eenvoudig te operationaliseren en te onderzoeken zijn, de derde en vierde doelstelling zijn minder makkelijk te onderzoeken.

De te verwachten doeltreffendheid van de Bredase prétherapie wordt in deze plan-evaluatie onderzocht door de prétherapie te bespreken in het licht van de kennis wat betreft behandeling van zedendelinquenten in detentie en in de forensische psychiatrie. Eerst zal het programma afgezet worden tegen de principes uit de *What Works* benadering (paragraaf 4.2.1), vervolgens komen de kenmerken van een effectieve interventie volgens de *Realist Evaluation* aan bod (paragraaf 4.2.2). Daarna worden enkele additionele criteria van de Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie en de relatie tot de prétherapie besproken (paragraaf 4.2.3). Tussen de teksten door worden aanbevelingen gedaan. Daarbij is het van belang op te merken dat de prétherapie nadrukkelijk een *voorbereidend* programma omvat. De naam van het programma doet de lading eer aan: het gaat om een prétherapie en de behandeling zelf gaat (in de meeste gevallen) nog plaatsvinden. De eisen die aan een dergelijk voorbereidend programma gesteld kunnen worden, zijn dan ook minder hoog dan de eisen die aan een behandelprogramma, dat gericht is op daadwerkelijke gedragsverandering, gesteld kunnen worden.

4.2.1 De prétherapie en de 'What Works' benadering

Volgens de criteria van de *What Works* traditie dient een effectieve interventie gestoeld te zijn op de RNR principes (zie ook paragraaf 1.4.1) en het principe van de programma-integriteit. Bewijs voor de effectiviteit van behandelprogramma's die rekening houden met de RNR principes voor gedetineerden in het algemeen bestond sinds lange tijd (Andrews & Bonta, 1994; Andrews, Bonta, & Hoge, 1990; Cullen & Gendreau, 2001; Gendreau, Cullen & Bonta, 1994; McGuire, 1995). Bewijs voor de effectiviteit van behandelprogramma's die rekening houden met de RNR principes voor zedendelinquenten in het bijzonder komt onder andere van Hanson, Bourgon, Helmus en Hodgson (2009). Uit hun onderzoek bleek dat programma's die rekening hielden met de RNR-principes het meest succesvol waren in het verlagen van seksuele en algemene recidive (Hanson et al., 2009). Ook uit onderzoek van Olver, Wong, en Nicholaichuk (2009) is gebleken dat de *What Works* benadering 'evidence based' is. In deze paragraaf wordt besproken in hoeverre de prétherapie na bestudering van de plannen tegemoet lijkt te komen aan deze uitgangspunten.

1 Risicoprincipe

Bij dit principe gaat het erom dat het niveau en de intensiteit van de interventie afgestemd worden op het recidiverisico van de betrokkene. Hoe hoger het risico op recidive, hoe intensiever het programma dient te zijn. Voor het bepalen van het risico op recidive dient gebruik gemaakt te worden van gestructureerde risicotaxaties.

Er wordt in de prétherapie, na bestudering van de plannen, op een aantal punten geen rekening gehouden met het risicoprincipe. Ten eerste, er wordt geen gebruik gemaakt van gestructureerde risicotaxatieinstrumenten. Voor het bepalen van het risico wordt in Breda gebruik gemaakt van het klinisch oordeel: de behandelaren maken een inschatting van de persoon zodra hij op de afdeling binnenkomt. Indien mogelijk wordt gebruik gemaakt van informatie uit pro justitia rapportages. In de forensische zorg is dit een achterhaalde methode voor het bepalen van het risico van recidive, hier wordt het *gestructureerd klinisch oordeel* breed toegepast. Bij deze methode wordt een gestructureerd risicotaxatieinstrument afgenomen, het liefst (onafhankelijk) door meerdere personen. Vervolgens vindt een consensus-bespreking plaats en wordt tot het definitieve risico-oordeel gekomen. De dynamische risicofactoren die in de risicotaxatie naar voren komen als problematisch bij de betreffende delinquent kunnen vervolgens ingezet worden als behandeldoel in de prétherapie. Het gestructureerd klinisch oordeel, in vergelijking met het ongestructureerd klinisch oordeel en met actuariële risicotaxatieinstrumenten, is het meest accuraat in het voorspellen van het risico op recidive (zie bijvoorbeeld De Vogel, 2005).

Het tweede punt is dat het niveau en de intensiteit van het programma in de prétherapie Breda niet op gestructureerde wijze wordt aangepast aan de heterogene populatie deelnemers. Er vinden wel individuele gesprekken plaats, waarin specifieke behandelbehoeften van individuen aan de orde kunnen komen. Ook is er binnen de groepsessies ruimte voor het bespreken van de individuele problematiek en wordt de tijd en intensiteit hiervan afgestemd op de individuele behoeften.

Ten derde, in de prétherapie worden psychopaten en ontkennende verdachten uitgesloten van deelname, terwijl zedendelinquenten met een hoge score op psychopathie juist een hoog risico op recidive hebben.⁴³ Het programma zou om die reden juist psychopaten moeten betrekken in de behandeling en hen een (aangepast) programma moeten bieden. Bovendien valt er binnen de groep psychopaten een nader onderscheid te maken. De Psychopathie Checklist (PCL-Rp; Hare, 1991) is een veelgebruikt instrument om de mate van psychopathie vast te stellen. Het (oorspronkelijke) instrument heeft twee factoren, factor 1 staat voor een gevoelloos en gewetenloos gebruik van anderen en factor 2 staat voor een chronisch instabiele en antisociale levensstijl. Er valt onderscheid te maken naar de verdeling van de scores op deze twee factoren, namelijk de groep die voornamelijk hoog op factor 1 van de PCL-R scoort (de manipulatieve psychopaten) en de groep die hoog op factor 2 scoort (de impulsieve psychopaten). Voor deze laatste groep is op basis van de literatuur geen indicatie te vinden dat zij niet mee zouden kunnen doen aan het prétherapieprogramma, maar zij worden in principe wel van het programma uitgesloten. Verder is een gebrek aan motivatie geen onoverkomelijk probleem in de behandeling van ontkennende zedendelinquenten, met behulp van technieken als

⁴³ In een onderzoek naar recidive onder verkrachters en aanranders na tbs behandeling werd de relatie van psychopathie en seksuele deviatie meegenomen in de bepaling van de recidivepercentages. Hieruit bleek dat 91% van de psychopaten (personen met een PCL-R score groter dan of gelijk aan 26) recidiveerden met 'enig delict', in vergelijking met 64% van de niet-psychopaten (personen met een PCL-R score < 26). Ook wanneer gekeken werd naar de recidivepercentages voor een seksueel delict, een gewelddadig, maar niet seksueel delict en een gewelddadig inclusief seksueel delict, werd gevonden dat psychopaten vaker recidiveerden (zie ook Hildebrand, De Ruiter & De Vogel, 2003).

motivational interviewing (zie eerder) kunnen ongemotiveerde deelnemers toch gemotiveerd raken.

2 Behoeftepincipe

Het programma moet gericht zijn op (vermindering van) de individuele criminogene behoeften en de risicofactoren voor recidive.

Aan de criminogene behoeften van de deelnemers aan de prétherapie wordt tegemoet gekomen middels het klinisch inzicht van de behandelaren. Er zijn echter geen indicaties dat er in de prétherapie Breda op systematische, betrouwbare wijze rekening gehouden wordt met de criminogene behoeften van de deelnemers. Bovendien wordt delictgedrag gezien als voortkomend uit een verkeerde spanningsregulatie, terwijl belangrijke zaken als parafilie en hyperseksualiteit buiten beschouwing gelaten worden.

3 Responsiviteitsprincipe

Dit principe houdt in dat er gewerkt moet worden met multimodale programma's die aangepast worden aan bepaalde kenmerken van het individu, zoals intellectuele capaciteiten, motivatie en de leerstijl. Op deze manier wordt de kans van slagen van een programma geoptimaliseerd.

De prétherapie komt redelijk tegemoet aan dit principe. Sinds kort bestaat er een apart programma voor zedendelinquenten met een licht verstandelijke handicap, waarmee aan de beperkte intellectuele vaardigheden van deze groep tegemoet gekomen wordt. Daarnaast is het vergroten van de motivatie van de deelnemers (zelfs) een specifiek doel van de prétherapie. Er zijn echter geen indicaties dat de leerstijl van de deelnemers op systematische wijze betrokken wordt in het programma. Ook zijn er geen aanwijzingen dat er aandacht wordt besteed aan het maken van criminele vrienden (binnen het HvB) of het kopiëren van elkaars delictgedrag.

Principe van de programma-integriteit

Het programma dient te worden uitgevoerd conform de plannen en doelstellingen van het programma.

In de prétherapie Breda staan de plannen op papier, maar het afwijken van deze plannen is niet ongebruikelijk. Vooraf is er globaal bepaald wat in een sessie aan de orde gaat komen, maar daar wordt van afgeweken indien dit in de sessie belangrijk wordt gevonden. In het kader waarin de prétherapie moet worden geplaatst, namelijk een voorbereiding op vervolgbehandeling, is het op strikte wijze vasthouden aan de vooraf bepaalde plannen niet noodzakelijk. Echter, om de coherentie van het programma niet in gevaar te brengen, zouden de behandeldoelen concreter gemaakt kunnen worden en zou er een betere programmahandleiding gemaakt kunnen worden.

4.2.2 De prétherapie en de 'Realist Evaluation'

Zoals beschreven in paragraaf 1.4.2 hechten *Realist Evaluators* veel belang aan het onderzoeken van de contextuele kenmerken die bevorderend zijn voor de effectiviteit van een interventie, de veronderstelde werkzame mechanismen en de uitkomsten (bedoelde en onbedoelde). Dit noemen zij het CMO-model (*Context-Mechanism-Outcome*, Pawson & Tilley, 1994; zie paragraaf 3.1). De werking van mechanismen is verder uitgewerkt in het MCG-model, waarin verondersteld wordt

dat motivatie (M), capaciteit (C) en gelegenheid (G) bepalen in hoeverre een mechanisme kan werken (Poiesz, 1999; zie ook Bogaerts et al., 2007).

Contextuele kenmerken

De prétherapie wordt sterk bepaald door de context waarin het plaats vindt, namelijk een penitentiair regime. De PI Breda is een Huis van Bewaring, dat wil zeggen dat de personen die daar verblijven nog geen proces hebben gehad, of in afwachting zijn van hoger beroep. Er zijn allerlei regels en beperkingen die gelden in een dergelijk penitentiair regime. In principe neemt een deelnemer aan het programma deel totdat hij doorstroomt naar een vervolg(behandel)plek. Dit brengt eveneens beperkingen aan het programma met zich mee. Het is bijvoorbeeld niet altijd mogelijk om aan te sluiten bij de specifieke problematiek van de deelnemer. Bovendien kan een deelnemer vrij plotseling overgeplaatst worden.

Belangrijk in de context van deze interventie is verder het afdelingsklimaat en dan met name het gevoel van veiligheid dat daar heerst. Deze veiligheid zorgt ervoor dat mensen uit hun schulp komen en zich bloot durven te geven en draagt bij aan de mogelijkheid tot zelfreflectie. Dit kan verslechtering van de psychische toestand voorkomen en biedt een voorbereiding op de vervolgbehandeling. Daarnaast blijkt uit onderzoek dat psychotherapie in de gevangenis, of ten minste psychologische zorg, ingezet kan worden voor het aanbrengen van structuur, het bieden van stabilisatie en het leren functioneren in een groep (Desain, Brink & Koning, 2008). Deze elementen worden in de prétherapie duidelijk teruggevonden.

Mechanismen

Voor de bespreking van de veronderstelde werkzame mechanismen wordt verwezen naar hoofdstuk 3.

Outcome

De uitkomsten van de prétherapie, zowel bedoeld als onbedoeld, zijn allereerst direct af te leiden uit de doelstellingen. De beoogde doelstellingen zijn het voorbereiden op vervolgbehandeling, het voorkomen van een verslechtering van psychische klachten, het verkorten van de vervolgbehandeling en het voorkomen van recidive (zie paragraaf 2.1 en 3.2). Er wordt niet geregistreerd in welke mate de doelstellingen gehaald worden. Ook eventuele ongewenste effecten van de behandeling, zoals het leren van nieuwe strategieën om slachtoffers te maken, worden niet getaxeerd. De behandelaars werken voornamelijk op basis van klinisch inzicht. Er wordt van één vragenlijst gebruik gemaakt, namelijk de ICL-R (LaForge & Suczek, 1955; Nederlandse versie De Jong et al., 2000). In hoeverre de behandeling hierop wordt afgestemd en de voortgang gemonitord wordt, is echter niet duidelijk.

4.2.3 De prétherapie en de Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie

De criteria van de Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie zijn bij het opstellen van de onderzoeksvragen aan de orde gekomen. Daardoor zijn enkele criteria al besproken bij de beantwoording van de onderzoeksvragen in paragraaf 4.1. Het gaat hierbij om criterium 1 (zie onderzoeksvraag 3), criterium 2 (zie onderzoeksvraag 4), criterium 3 (zie onderzoeksvraag 5) en criterium 4 (zie onderzoeksvraag 12). Hieronder worden de overige criteria één voor één besproken.

Criterium 5: Vaardigheden

De aanpak is mede gericht op het leren van praktische, sociale en probleemoplossende vaardigheden.

De prétherapie komt op verschillende manieren tegemoet aan dit criterium. De therapeutische gemeenschap, zoals het afdelingsklimaat genoemd kan worden, draagt bij aan het verbeteren van sociale vaardigheden. In de groepsessies wordt gewerkt aan wenselijke copingsstrategieën. Er zou echter systematischer en explicieter gewerkt kunnen worden met vaardigheidsmodules, bijvoorbeeld in specifieke trainingen ter vergroting van de beoogde vaardigheid.

Criterium 6: Fasering, intensiteit en duur

De fasering, intensiteit en duur van de gedragsinterventie sluiten aan bij de problematiek van de deelnemer.

Recente inzichten uit de literatuur geven aan dat het belangrijk is om de behandeling meer gedifferentieerd af te stemmen op persoonlijke kenmerken van gedetineerden (Ward & Maruna, 2007; Olver, Wong & Nicholaichuk, 2009). De afstemming op individuele behoeften geldt eveneens voor fasering, intensiteit en duur van de behandeling. De fasering lijkt voldoende te worden aangepast aan de individuele behoeften van de deelnemers, aangezien de behandelaren rekening houden met het individuele vermogen om mee te doen aan sessies. In principe kan namelijk wel iedereen zijn eigen tempo aanhouden in het uitwerken van het delictscenario en in de ontwikkeling in deelname aan de PMDT. De intensiteit zou echter beter afgestemd kunnen worden op individuele behoeften. Voor sommige deelnemers kan het lang duren voordat zij weer aan de beurt zijn in de groepsessies, vooral wanneer er nieuwkomers zijn. Een te langzaam verloop kan voor anderen demotiverend werken. De duur van de gedragsinterventie is bepaald door de duur van de detentie. Waar deze duur erg lang is, bijvoorbeeld meerdere jaren, kan het zijn dat het programma te beperkt is om nog vooruitgang te boeken.

Criterium 7: Betrokkenheid en motivatie

De betrokkenheid van de deelnemer bij de prétherapie en de motivatie voor deelname moeten worden bevorderd en gestimuleerd.

In het programma worden alleen deelnemers toegelaten die zich aan het programma committeren. Zij tekenen ook een contract, waarin staat dat ze zullen deelnemen aan de sessies. Voor personen die niet willen deelnemen zou er gebruik gemaakt kunnen worden van motivatie bevorderende technieken als *motivational interviewing* (zie eerder). Op het moment dat de behandelaren het idee krijgen dat deelnemers niet voldoende gemotiveerd meer zijn, vindt er een individueel gesprek plaats. Ook hier geldt dus weer dat het klinisch oordeel wordt gebruikt als richtlijn. De betreffende behandelaar lijkt in deze gesprekken gebruik te maken van technieken van *motivational interviewing*, maar gebruikt dit niet expliciet of volgens een handleiding. In hoeverre zijn aanpak voldoende effectief is in dit opzicht, kan in het kader van dit onderzoek niet vastgesteld worden.

Criterium 8: Continuïteit

Er moeten duidelijke verbindingen zijn tussen de gedragsinterventie en de totale begeleiding van de justitiabele.

Op het afdelingsklimaat heerst een sfeer waarin de interventie vloeiend past. Sterker nog, de gedragsverandering wordt verondersteld plaats te vinden in het afdelingsklimaat, dat gekarakteriseerd kan worden als therapeutische gemeenschap. Echter, er zijn nauwelijks contacten met de instanties die de vervolgbehandeling bieden, waardoor er mogelijk niet voldoende geprofiteerd wordt van de kennis en ervaring met de betrokkene door de verschillende behandelaren (van de prétherapie

en de vervolgbehandeling). Er staan geen overleggen of bijeenkomsten in de plannen, waaruit blijkt dat dergelijke communicatie met instellingen voor vervolgbehandeling plaatsvindt. De aansluiting tussen de prétherapie en de vervolgbehandeling is om die reden voor verbetering vatbaar. Bovendien, na de detentie komen de deelnemers in principe niet in een speciaal toezicht- en nazorgtraject terecht, wat belangrijk kan zijn voor de continuïteit van de beoogde behandeldoelen. Er is onvoldoende zicht op de vraag of er voldoende aansluiting in het nazorgtraject is voor degenen die vervolgbehandeling volgen en daarna terugkeren in de maatschappij.

criterium 9: Integriteit van de interventie

De gedragsinterventie wordt uitgevoerd zoals het bedoeld is.

De beantwoording van deze vraag zal in de procesevaluatie (Nagtegaal & Mulder, 2010) aan de orde komen, die volgt op de onderhavige planevaluatie.

criterium 10: Evaluatie

Een doorlopende evaluatie geeft inzicht in de effectiviteit van de gedragsinterventie.

Aan dit criterium wordt deels tegemoet gekomen door de onderhavige planevaluatie. Echter, zoals in paragraaf 4.2.2 al werd genoemd, maken de behandelaars geen gebruik van een psychometrisch gevalideerd instrumentarium om de voortgang in de therapie en het halen van de doelstellingen in kaart te brengen. In de procesevaluatie zal toch getracht worden de wijze waarop de behandelaars dit doen (namelijk op basis van klinisch inzicht en de ICL-R) te evalueren. Een andere wijze waarop geëvalueerd kan worden of de prétherapie effectief is, is aan de hand van een effectstudie. Echter, voordat deze opgezet gaat worden, zal aan de hand van de plan- en procesevaluaties bekeken worden of een effectevaluatie zinvol kan zijn.

4.2.4 Conclusie

Binnen de gestelde doelen en bovengeschetste beperkingen lijkt het programma, na bestudering van de plannen, in aangepaste vorm mogelijk een zinvolle aanvulling op het standaard regime in de gevangenis. Vooral het veilige afdelingsklimaat en de positieve bejegening van de zedendelinquenten in de PI Breda zijn positief. Echter, op een aantal punten is de prétherapie onvoldoende ontwikkeld en is verbetering nodig. De belangrijkste tekortkoming van het programma is dat het theoretische kader achter de prétherapie gedateerd is. Zo wordt de delictscenarioprocedure, die een belangrijke rol speelt in de prétherapie, niet volgens de meest recente wetenschappelijke inzichten toegepast. Ook de *Risk Need Responsivity*-principes, recente theoretische inzichten welke een vermindering van het risico op recidive met zich meebrengen, worden niet toegepast in de prétherapie (Andrews, Bonta, & Wormith, 2006). Het Good Lives Model (Ward & Maruna, 2007), dat een zinvolle aanvulling is gebleken op de RNR-benadering komt in de prétherapie eveneens niet aan de orde. De beperkingen zijn:

- Er wordt geen gebruik gemaakt van gestructureerde risicotaxatieinstrumenten (*Risk principle*).
- Het niveau en de intensiteit van het programma wordt niet op gestructureerde wijze aangepast aan de heterogene groep deelnemers die voor de prétherapie in aanmerking komen (*Responsivity principle*).
- In de prétherapie gelden in- en exclusiecriteria waarbij kanttekeningen te plaatsen zijn. Bijvoorbeeld, het uitsluiten van psychopaten en ongemotiveerde zedendelinquenten is volgens de huidige wetenschappelijke inzichten niet helemaal terecht. Deze groepen zedendelinquenten hebben juist een hoog risico op recidive

en zouden om die reden juist betrokken moeten worden in de prétherapie (*Risk principle*).

- Er zijn geen indicaties dat er in de prétherapie Breda op systematische, betrouwbare wijze rekening gehouden wordt met de criminogene behoeften van de deelnemers. Bovendien wordt delictgedrag gezien als (alleen) voortkomend uit een verkeerde spanningsregulatie, terwijl belangrijke andere oorzaken van delinquent gedrag als parafilie en hyperseksualiteit buiten beschouwing gelaten worden (*Need principle* en inzichten vanuit het zelfregulatiemodel).
- Er is geen programmaleider die de programma-integriteit bewaakt en er is wel een handleiding, maar die wordt alleen losjes gevolgd (programma-integriteit).
- Er wordt geen instrumentarium gebruikt om vast te stellen of en in welke mate de doelstellingen van de prétherapie behaald worden.
- De prétherapie heeft tot doel om zedendelinquenten voor te bereiden op behandeling na detentie. Er staan echter geen overleggen of bijeenkomsten in de plannen waaruit blijkt dat er communicatie of overdracht met instellingen voor vervolgbehandeling plaatsvindt.

Verder, vooralsnog is er na bestudering van de plannen onvoldoende duidelijk geworden in hoeverre de positieve punten van de prétherapie zoals deze door dhr. Rijk werden aangegeven behaald worden. Dit betrof de verwachting dat deelnemers aan de prétherapie sneller hun vervolgbehandeling zouden doorlopen, dat de kosten lager zouden zijn en dat er een verlichting wat betreft de passanten problematiek te verwachten is (zie p. 15, paragraaf 1.2.1). Wellicht dat de procesevaluatie van de prétherapie op deze punten meer zicht kan bieden.

Ten slotte

Bovenstaande conclusies en beperkingen kwamen tot stand na bestudering van de plannen. Het is mogelijk dat er een ander beeld ontstaat na bestudering van de interventie in de praktijk (een procesevaluatie) of na bestudering van de effecten van de interventie (een effectstudie). Bij een eventuele voortzetting van het (aangepaste) programma moet rekening gehouden worden met het feit dat bovenstaande beperkingen niet zomaar 1 op 1 door te voeren zijn als veranderingen aan het programma. Hier zijn verschillende redenen voor aan te voeren. Het programma wordt gegeven in een Huis van Bewaring, waarin vanwege het daar heersende regime en de detentiesetting allerlei beperkingen aan een behandelprogramma zijn. Ook wordt de prétherapie aan een heterogene groep zedendelinquenten gegeven en is het wellicht nodig om verschillende varianten van het programma te ontwikkelen, voor verschillende subgroepen binnen de heterogene populatie. Ten slotte dient de interventie rekening te houden met de keten waar zij onderdeel van uitmaakt en moet de prétherapie, die immers een voorbereiding op de vervolgbehandeling tot centrale doelstelling heeft, dan ook goed aansluiten op het vervolgtraject dat de zedendelinquent aflegt.

Summary

Applying the priming coat

Evaluation of the program theory behind a preparatory program for sex offenders in Breda Penitentiary, the Netherlands

Background

In 1990, a special department called 'protective living' was set up in Breda Penitentiary 'De Boschpoort', a house of detention. This department was originally set up as a place where all vulnerable offenders⁴⁴ could be protected, but grew out to become a department for sex offenders only. In 1999 a treatment program started at the department, called 'pretreatment program for sex offenders'. The program is called *pretreatment* because it prepares for further (mandatory) treatment in forensic mental hospitals. Most sex offenders in Breda penitentiary are sentenced to both prison time and mandatory treatment, and during their time in prison the pretreatment program is given. The overall purpose of the program is to prepare sex offenders for their mandatory post-detention treatment. The department has 36 single-person prison cells.

The present study was requested by a member of parliament, Krista van Velzen, who inquired about the efficacy of the pretreatment program.⁴⁵ She requested an entailed a description and evaluation of the program components, the population for whom it is suitable, and a request for research into the feasibility of the intended effects. In addition, policy makers inquired into the rationale behind the program, as well as its merits. The results of the present study, in combination with the results of the process evaluation of the program,⁴⁶ are to provide guidelines for the Minister of State in the Netherlands as to the question if, and if so in which form, the pretreatment program should be broader implemented in the prison system in the Netherlands.

Method

The primary goal of the present study is to examine the plans behind the treatment program. First, the different components of the program will be described. Second, the program goals will be described and the presumed working mechanisms linking program components to the program goals will be unraveled. The criminogenic

⁴⁴ In houses of detention and prisons there is a certain culture and hierarchy in which some offenders have more status than others. Especially sex offenders are at the bottom of the hierarchy and are often subject to bullying, threats and/or physical abuse. This has to do with the crime they committed, but also with a lack of social adjustment. Also, only about 5% of all offenders in The Netherlands are sex offenders and in that way, they form a minority as well.

⁴⁵ Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, 24 587, nr. 247.

⁴⁶ Nagtegaal, M.H., & Mulder, J. (2010). *Procesevaluatie van de prétherapie voor zedendelinquenten in PI Breda*. Den Haag: WODC. Cahier 2010-1.

factors that the program targets will be discussed. The treatment program will also be evaluated in light of the context in which it takes place. This entails examining which contextual characteristics are required in order for the program to exert its effects. Such an evaluation is called an 'evaluation of the program theory' (Wartna, 2005). The effectiveness of the program will not be studied in the present study. However, the evaluation of the program theory should shed light on the question if and if so, for what reasons, the program appears promising based on an examination of the plans behind it.

A number of research methods are applied in this evaluation of the program theory. A literature search was conducted and persons involved were interviewed. In addition, documents of policy and scientific publications underlying the pretreatment program were studied. The topics that were discussed in the semi-structured interviews were the content of treatment, the motives for the chosen approach, and the intended treatment goals. The results from studying the publications and documents of the therapists were compared to findings and recommendations from the international literature on the treatment of sex offenders.

Different research traditions have emerged in evaluating program theories. In this evaluation, principles from the *What Works* and *Realist Evaluation* traditions were used. In addition, criteria of the Accreditation Panel for Behavioral Programs for offenders in the Netherlands were used in formulating the research questions. In the *What Works* tradition, the efficacy of treatment programs is determined based solely on research studies with a strong methodological research design, preferably a Randomized Controlled Trial (RCT). The *Realist Evaluation* tradition emphasizes the importance of understanding the presumed working mechanisms and the context in which they are thought to result in behavioral change, also of studies with a weaker methodological design.

Results

Objectives of the pretreatment program

The pretreatment program of the Breda Penitentiary has four objectives, namely to:

- 1 prevent a deterioration of psychological complaints;
- 2 prepare for post-detention treatment;
- 3 shorten the length of post-detention treatment;
- 4 contribute to prevent recidivism.

Contents of the program

The program consists of three treatment components. The first is the 'protective living' ward, which is meant to facilitate and support reaching treatment objectives. The ward has characteristics of a therapeutic community and all personnel are constantly watching and commenting on the behavior of the inmates, for instance during sports or just when walking on the ward. The other two components of the pretreatment program are two weekly sessions of therapy (1.5 hour each). The first is cognitive behavior group therapy (CBT) and the second psychomotor and drama therapy (PMDT). The group formation is the same in both sessions (eight participants in each group). At the time the present study was conducted (April 2009), there were three groups of eight participants taking part in the program. In addition, one group of six participants with intellectual disabilities was participating.

In addition to group therapy, participants can request individual therapy sessions with the penitentiary's psychologist. Individual sessions can also be suggested as useful to a participant by the psychologist himself, for instance when someone lacks progress in sessions. In some individual cases, the psychologist of the penitentiary uses Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Finally, participants can attend weekly sociotherapeutic sessions. In sociotherapy the focus is on detention-related topics, but not on the offence(s) itself. Sociotherapy is not a formal part of the pretreatment program.

In- and exclusion criteria

Participation in the pretreatment program is open to all sex offenders who are able and willing to participate. Exclusion criteria are serious psychological disturbances, limited intellectual abilities, psychopathy or serious personality disorders. Finally, confession of the offence(s) or at least acknowledgement of serious problems with sexual deviant behavior is required for offenders to be able to participate.

Theoretical foundation of the pretreatment program

The main approach of the program is cognitive behavioral. Several models are central in this program: the offense chain procedure, the relapse prevention model, the biopsychosocial learning theory of Marshall and Barbaree, Young's schema-focused therapy and the self-regulation model of Ward and Hudson.

Objectives and presumed working mechanisms

A number of working mechanisms are unraveled that link program components to objectives. These will be discussed one by one below.

Mechanism 1: therapeutic community

Sex offenders are at the bottom of the hierarchy in prison settings. They are frequent targets of abuse and intimidation. For this reason, the Breda penitentiary has one ward specifically set up as a ward for protective living. By separating the sex offenders from the other inmates, abuse and intimidation are prevented. This is presumed to prevent social isolation, depression and suicide and thereby serves the first objective of the pretreatment program, that is, to prevent the deterioration of psychological complaints.

Mechanism 2: Providing information

Information on what to expect in (post-detention) treatment is provided, because in the experience of the therapists, the prospect of post-detention treatment can cause anxiety. This anxiety can arise when it is unclear what to expect from post-detention treatment. By providing information on what to expect, at least part of the insecurity can be taken away. Also, providing information is used to illustrate what benefits can come from treatment.

Mechanism 3: Starting treatment

The third mechanism in preventing a deterioration of psychological complaints is starting treatment. Instead of merely detaining sex offenders, with the risk of a worsening of psychological symptoms, the thought behind this mechanism is that by starting to treat the symptoms, they will (at least) not worsen.

Mechanism 4: increasing self-consciousness

To prepare sex offenders for their post-detention treatment, the therapists aim to increase awareness of the background and risk factors that have contributed to committing the offence. In addition, attention is given to inadequate solutions for

handling problems and cognitive distortions that serve to justify deviant behavior. The deviant nature of the offence itself (the fact that the offence is harmful and beyond prevailing standards) is also discussed, along with its harmful effects for the victim (and the offender). Increased self-consciousness is assumed to lead to clues as to how to break the chain of events leading to committing (future) crimes, in order to prevent future re-offending.

Mechanism 5: Motivation

The second mechanism presumed to facilitate preparation for post-detention treatment is to increase motivation for treatment. The therapists give the offenders a lot of attention. By giving a lot of attention, it is assumed that the sense of self-worth is increased. An increased sense of self-worth is thought to be necessary for the ability to accept their problems with sexual deviant behavior, which will lead to a sense of necessary personal change, that is, motivation for treatment.

Mechanism 6: Skills for participation in therapy

Preparation for post-detention treatment also entails learning skills necessary for participation, which includes skills such as participating in groups and individual sessions. This concerns willingness to talk openly in groups and with a therapist. In addition, the therapists assume learning relevant terminology is helpful for participating in therapy. Finally, the therapists aim to improve self-reflection as a preparatory objective.

Mechanism 7: reducing the time spent on wards for intake procedures (of post-detention treatment)

This final mechanism is presumed to enable the third objective of the pretreatment program, that is to shorten the length of post-detention treatment. The therapists assume that the previous mechanisms (1-6) can lead to a facilitation of the initial period on wards for intake procedures of post-detention treatment. By facilitating this initial period, it is assumed that the duration of post-detention treatment can be shortened overall. The efficacy of this mechanism also depends on the efficacy of the previous mechanisms.

Discussion

The theory behind the pretreatment program is examining to what extent the pretreatment program follows principles of the *What Works* approach, the *Realist Evaluation* approach and the Accreditation Panel for Behavioral Programs for offenders in the Netherlands. The overall conclusion of the present study is:

Considering the objectives of the pretreatment program and the context within which it is given, a house of detention, in adjusted form it could constitute a meaningful addition to the standard regime in prison. Especially the safe climate on the 'protective living' ward and the humane treatment of sex offenders are valuable assets of the program. However, the theory applied is dated.

The main shortcoming of the program is that it is dated. For instance, the offence chain is not used according to the most recent scientific insights. Also, the Risk-Need-Responsivity principles are not employed (RNR). A useful addition to the RNR-principles is the Good Lives Model which has not been incorporated in the pretreatment program either. This results in the following limitations:

- Instruments for structured risk assessment are not used (*Risk principle*).

- The level and intensity of the program are not adjusted in a structured manner to the heterogeneous target population of the pretreatment program (*Responsivity principle*).
- Following the RNR principles, several in- and exclusion criteria of the pretreatment program should not be employed. For instance, high-risk offenders such as psychopathic sex offenders and sex offenders who deny committing their crime, are excluded from the pretreatment program, but according to the RNR principles the persons with the highest risks should be the ones who follow the most intense form of treatment.
- The criminogenic needs of the participants are not met in a systematic manner. Offence behavior is considered to be the result of deviant tension regulation (only), while other important causes of delinquent behavior such as paraphilia and hypersexuality are not targeted (*Need principle* and insights of the selfregulation model).
- There is no program leader who guards program integrity and although there is a manual, this is only followed loosely.
- Treatment goals are monitored subjectively and not objectively, while using different kinds of instruments.
- One of the main objectives of the pretreatment program is to prepare sex offenders for post-detention treatment, but there are no documents indicating communication or transfer of information between Breda penitentiary and the post-detention clinics.

In conclusion

The aforementioned conclusions were reached after studying the plans behind the program theory of the pretreatment program. A different picture may arise when studying the pretreatment program in practice (a process evaluation) or after studying the effects of the intervention in an effect evaluation. Furthermore, it may not be possible to adapt the program simply by taking the aforementioned limitations as suggestions for change and by applying them one by one. There are several reasons for this. The program is being given in a house of detention, which, due to the policies that apply in such a place in the Netherlands, places limitations on a therapeutic program. In addition, the target population is heterogeneous and it is possible that several versions of the program should be developed to meet the criminogenic and other needs of subgroups within the group of sex offenders that at present is eligible for pretreatment. Finally, the pretreatment program should consider the fact that its main goal is to prepare for post-treatment, and in this manner it should find a way to more fluently fit in with the post-detention treatment programs that lie ahead.

Literatuur

- Andrews, D.A., & Bonta, J. (2006). *The psychology of criminal conduct* (4e ed.). Newark, NL: LexisNexis/Anderson.
- Andrews, D.A., Bonta, J., & Hoge, R.D. (1990). Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology. *Criminal Justice and Behavior*, 17, 19-52.
- Andrews, D.A., Bonta, J., & Wormith, J. S. (2006). The recent past and near future of risk and/or need assessment. *Crime & Delinquency*, 52, 7-27.
- Andrews, D.A., & Dowden, C. (2006). Risk principle of case classification in correctional treatment: A meta-analytical investigation. *International Journal of Offender Therapy and comparative criminology*, 50, 88-100.
- Beckett, R., Beech, A., Fisher, D., & Fordham, A.S. (1994). *Community-based treatment for sex offenders: An evaluation of seven programs*. Londen: Home Office.
- Beek, D.J. van (1999). *De delictscenarioprocedure bij seksueel agressieve delinquenten: Een onderzoek naar de bruikbaarheid van de delictscenarioprocedure in de behandeling van seksueel agressieve delinquenten in de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek* (proefschrift, Universiteit van Amsterdam). Deventer: Gouda Quint.
- Beek, D.J. van (2006). 'What works' principes in de behandeling van pedoseksuelen. In T.I.Oei & M.S. Groenhuisen (red.), *Capita selecta van de forensische psychiatrie anno 2006* (pp. 543-557). Deventer: Kluwer.
- Beek, D.J. van, & Derks, F.C.H. (1999). Delictscenario en terugvalpreventie bij verkrachters en aanranders. In Ruiters, C. de & Hildebrand, M. (red.), *Behandlungsstrategieën bij forensisch psychiatrische patiënten* (pp. 36-49). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Beek, D.J. van, & Mulder, J. (1992). Ervaringen met het opstellen van het delictscenario bij seksueel-agressieve delinquenten. *Directieve Therapie*, 4, 347-360.
- Beek, D.J. van, & Mulder, J. (2002). De rol van cognitieve vervormingen in het plegen van pedoseksuele delicten en hun plaats in de behandeling. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 26, 79-86.
- Beenakkers, E.M.Th. (2000). *Effectiviteit van sanctieprogramma's: Bouwstenen voor een toetsingskader: een literatuuronderzoek*. Den Haag: WODC. Onderzoeksnotities 2000-1.
- Beenakkers, E.M.Th. (2001). *Effectiviteit van sanctieprogramma's: Op zoek naar interventies die werken, met name bij zeden- en geweldsdelinquenten met cognitieve tekorten: Een literatuuronderzoek*. Den Haag: WODC. Onderzoeksnotities 2001-1.
- Beurs, E. de, & Barendregt, M. (2008). *Mogelijkheden voor therapie-effectonderzoek in de tbs-sector: Komen tot een evidence-base onder zorgprogramma's*. Utrecht: Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie.
- Bogaerts, S., Declercq, F., Vanheule, S., & Palmans, V. (2005). Interpersonal factors and personality disorders as discriminators between intra-familial and extra-familial child molesters. *Interpersonal Factors and Personality Disorders*, 49, 48-62.
- Bogaerts, S., Goethals, J., Vervaeke, G., & Spapens, T. (2003). *De verleiding uit onvermogen*. Leuven, BE: Universitaire Pers Leuven.
- Bogaerts, S., Poiesz, T., & Knaap, L. M. van der (2007). Voorkoming en reductie van criminaliteit: Te weinig aandacht voor gedragscomponenten. *Tijdschrift voor Veiligheid*, 6, 51-55.

- Bogaerts, S., Vervaeke, G., & Goethals, J. (2000). Research on predictors for sexual delinquency. *European Journal on Criminal Policy and Research*, 8, 503-515.
- Colman, A.M. (2003). *Oxford dictionary of psychology*. New York: Oxford University Press.
- Cook, T.D., & Campbell, D.T. (1979). *Quasi-experimentation: Design & analysis issues for field settings*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Cullen, F.T., & Gendreau, P. (2001). From nothing works to what works: Changing professional ideology in the 21st century. *The Prison Journal*, 81, 313-338.
- Dalessi, A. (1997). Roofdieren in een kooi: Danstherapie in de behandeling van een groep zedendelinquenten. *Tijdschrift voor Creatieve Therapie*, 16, 26-32.
- Deneer, B. (2004a). De kern van de behandeling. In B. Deneer (red.), *Gevaarlijke groepen: Groepsbehandeling in de ambulante forensische psychiatrie* (pp. 27-44). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Deneer, B. (2004b). De kracht van groepen. In B. Deneer (red.), *Gevaarlijke groepen: Groepsbehandeling in de ambulante forensische psychiatrie* (pp. 167-176). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Desain, E.J.P., Brink, M., & Koning, C.C. (2008). *TBS-plaatsen in penitentiaire inrichtingen*. Amsterdam: Regioplan Beleidsonderzoek
- Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI; 2001). *Préklinische interventie: Verbeterproject TBS terecht: Toekomst TBS no 4*. Den Haag: Ministerie van Justitie.
- Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI; 2002). *Zorg voor zeden: Zedendelinquenten in het gevangeniswezen*. Den Haag: Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen.
- Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI; 2003a). *Zorgen voor behandeling (1): Over samenwerking tussen GGz, de Reclassering en het Gevangeniswezen bij de behandeling van gedetineerden die lijden aan een psychische stoornis*. Moerkapelle: Grafimedia.
- Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI; 2003b). *Zorgen voor behandeling (2): Monitorgegevens van 7 projecten over de periode april tot en met december 2001*. Moerkapelle: Grafimedia.
- Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI; 2008). *DJI jaarbericht 2007: Veilig werken aan verandering*. Den Haag: DJI.
- Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI; 2009). *Capaciteit en bezetting penitentiaire inrichtingen*. Geraadpleegd op 24 april 2009: www.dji.nl/Organisatie/Feitenencijfers/PenitentiaireInrichtingen/dji_gw_capaciteit_bezetting.aspx.
- Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP, 2008a). *De effectiviteit van behandelinterventies voor forensische patiënten met een psychotische kwetsbaarheid: Een literatuurstudie*. Utrecht: EFP. Actuele Kennis 10.
- Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP, 2008b). *Préklinische interventie en préklinische behandeling: Evaluatierapport*. Utrecht: EFP.
- Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP, 2008c). *Seksueel grensoverschrijdend gedrag: Landelijk zorgprogramma voor plegers van seksuele delicten in de forensische psychiatrie*. Utrecht: Grafisch Centrum Vanderheym.
- Farrington, D.P., Gottfredson, L.W., Sherman, B.C., & Welsh, B.C. (2002). The Maryland Scientific Methods Scale. In L.W. Sherman, D.P. Farrington, B.C. Welsh & D.L. MacKenzie (red.), *Evidence-based crime prevention*. Londen: Routledge.
- Gendreau, P., Cullen, F.T., & Bonta, J. (1994). Intensive rehabilitation supervision: The next generation in community corrections? *Federal probation*, 58, 72-78.
- Haaven, J.L., & Coleman, E.M. (2000). Treatment of the developmentally disabled sex offender. In D.R. Laws, S.M. Hudson, & T. Ward (red.), *Remaking relapse*

- prevention with sex offenders: A Sourcebook* (pp. 369-388). Londen: Sage Publications.
- Hakvoort, L. (2007). Muziektherapie en coping: Scorelijstontwikkeling in de forensische psychiatrie. *Tijdschrift voor vaktherapie: praktijk, theorie, onderzoek en beroep*, 3, 11-18.
- Hanson, R.K. (2000a). What is so special about relapse prevention? In D.R. Laws, S.M. Hudson & T. Ward (red.), *Remaking relapse prevention with sex offenders* (pp. 27- 38). Londen: Sage Publications.
- Hanson, R.K. (2000b). Will they do it again? Predicting sex-offense recidivism. *Current Directions in Psychological Science*, 9, 106-109.
- Hanson, R.K., Bourgon, G., Helmus, L., & Hodgson, S. (2009). *A meta-analysis of the effectiveness of treatment for sexual offenders: Risk, need, and responsivity*. Ottawa, Ontario: Corrections Research Public Safety Canada. Corrections Research Rep. No. 2009-01
- Hanson, R.K., Broom, I., & Stephenson, M. (2004). Evaluating community sex offender treatment programs: A 12-year follow-up of 724 offenders. *Canadian Journal of Behavioural Science-Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 36, 87-96.
- Hanson, R.K., & Morton-Bourgon, K.E. (2005). The characteristics of persistent sexual offenders: A meta-analysis of recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 1154-1163.
- Hare, (1991). *The Hare Psychopathy Checklist-Revised*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.
- Hildebrand, M., Ruiters, C. de, & Vogel, V. de (2003). Recidive van verkrachters en aanranders na tbs: De relatie met psychopathie en seksuele deviatie. *De Psycholoog*, 3, 114-124.
- Jong, C.A.J. de, Brink, W.P. van den, & Jansma, J.A.M. (2000). *ICL-R: Handleiding bij de vernieuwde Nederlandse versie van de Interpersonal Checklist (ICL)*. Sint Oedenrode: Novadic.
- Knaap, L.M. van der, Nijssen, L.T.J., & Bogaerts, S. (2006). *Geweld verslagen? Een studie naar de preventie van geweld in het publieke en semi-publieke domein*. Den Haag: Boom Juridische Uitgevers. Onderzoek en beleid 239.
- Kogel, C.H. de, & Nagtegaal, M.H. (2008). *Toezichtprogramma's voor delinquenten en forensisch psychiatrische patiënten: Effectiviteit en veronderstelde werkzame mechanismen*. Den Haag: Boom Juridische Uitgevers. Onderzoek en beleid 263.
- Kruit, J.G.R. (2003). Behandeling van seksueel delinquenten in detentie. In H.Groen & M. Drost (red.), *Handboek forensische geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Kröger, U., & Beek, D.J. van (2006). Ontwikkelingen in de behandeling van ter beschikking gestelden. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 61, 916-929.
- LaForge, R., & Sucek, R.F. (1955). The interpersonal dimension of personality: III. An interpersonal checklist. *Journal of Personality*, 24, 94-112.
- Lammers, S.M.M. (2003). Préklinische interventies voor TBS-passanten in de penitentiaire inrichting. In H.Groen & M. Drost (red.), *Handboek Forensische Geestelijke Gezondheidszorg* (pp. 237-245). Utrecht: De Tijdstroom.
- Landenberger, N.A., & Lipsey, M.W. (2005). The positive effects of cognitive-behavioral programs for offenders: A meta-analysis of factors associated with effective treatment. *Journal of Experimental Criminology*, 1, 451-476.
- Laws, D.R. (1995). A theory of relapse prevention. In W. O'Donahue & L. Kresner (red.), *Theories of behavior therapy* (pp. 445-473). Washington, DC: American Psychological Association.

- Laws, D.R., Hudson, S. M., & Ward, T. (2000). *Remaking relapse prevention with sex offenders: A sourcebook*. Londen: Sage Publications.
- Leary, T. (1957). *Interpersonal diagnosis of personality: A functional theory and methodology for personality evaluation*. New York: Ronald Press.
- Leeuw, F.L. (2005). Trends and developments in program evaluation in general and criminal justice programs in particular. *European Journal on Criminal Policy and Research*, 11, 233-258.
- Leeuw, F.L., Knaap, L.M. van der, & Bogaerts, S. (2007). Reducing the knowledge-practice gap: A new method applied to crime prevention. *Public Money and Management*, 12, 245-250.
- Lösel, F. & Schmucker, M. (2005). The effectiveness of treatment for sexual offenders: A comprehensive meta-analysis. *Journal of Experimental Criminology*, 1, 117-146.
- Lowden, K., Hetz, N., Harrison, L., Patrick, D., English, K., & Pasini-Hill, D. (2003). *Evaluation of Colorado's prison therapeutic community for sex offenders: A report of findings* (Division of Criminal Justice; July 2003). Denver (CO): Office of Research and Statistics.
- Marlatt, G.A. (1980). Relapse prevention: A self-control program for the treatment of addictive behaviors. Unpublished manuscript, University of Washington, Department of Psychology, Seattle.
- Marlatt, G.A., & Gordon, J.R. (1980). Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change. In P.O. Davidson & S.M. Davidson (red.), *Behavioral medicine: Changing health lifestyles* (pp. 410-452). New York: Brunner/Mazel.
- Marshall, L.E., Marshall, W.L., Fernandez, Y.M., Malcolm, P.B., & Moulden, H.M. (2008). The Rockwood Preparatory Program for sexual offenders: Description and preliminary appraisal. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 20, 25-42.
- Marshall, W.L., & Barbaree, H.E. (1990a). An integrated theory of the etiology of sexual offending. In W.L. Marshall, D.R. Laws & H.E. Barbaree (red.), *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender* (pp. 257-275). New York: Plenum Press.
- Marshall, W.L. & Barbaree, H.E. (1990b). Outcome of comprehensive, cognitive-behavioral treatment programs. In W.L. Marshall, D.R. Laws & H.E. Barbaree (red.), *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender* (pp. 363-385). New York: Plenum Press.
- Marshall, W.L., Jones, R., Ward, T., Johnston, P., & Barbaree, H.E. (1991). Treatment outcome with sex offenders. *Clinical Psychology Review*, 11, 465-485.
- Marshall, W.L., Marshall, L.E., Serran, G.A., & Fernandez, Y.M. (2006). *Treating sexual offenders: An integrated approach*. New York: Routledge.
- Martinson, R., (1974). What works? Questions and answers about prison reform. *The Public Interest*, 35, 22-54.
- McCollister, K.E., French, M.T., Inciardi, J.A., Butzin, C.A., Martin, S.S., & Hooper, R.M. (2003). Post-release substance abuse treatment for criminal offenders: A cost effectiveness analysis. *Journal of Quantitative Criminology*, 19, 389-407.
- McGuire, J. (1995). *What works in reducing reoffending: Guidelines from research and practice*. Chichester: Wiley.
- Miller, W.R. (1980). The addictive behaviors. In W.R. Miller (red.), *The addictive behaviors: Treatment of alcoholism, drug abuse, smoking, and obesity*. New York: Pergamon.
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. (2e ed.) New York/Londen: Guilford Press.

- Miller, W.R., & Rollnick, S. (2005). *Motiverende gespreksvoering: Een methode om mensen voor te bereiden op verandering*. (5e ed.) Gorinchem: Ekklesia.
- Ministerie van Justitie (2008). *Beschrijving kwaliteitscriteria*. Gedownload op 28 oktober 2008: www.justitie.nl/onderwerpen/criminaliteit/erkenningcommissie/kwaliteitscriteria
- Mulder, J. (1995). Het terugvalpreventiemodel als behandelingsmethode in een forensische dagbehandelingskliniek. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 21, 119-133.
- Mulder, J. (2003). Ambulante daderbehandeling. In H. Groen & M. Drost (red.), *Handboek Forensische Geestelijke Gezondheidszorg* (pp. 183-190). Utrecht: De Tijdstroom.
- Nagtegaal, M.H., & Mulder, J. (2010). *Procesevaluatie van de prétherapie voor zedendelinquenten in PI Breda*. Den Haag: WODC. Cahier 2010-1.
- Olver, M.E., Wong, S.C.P., & Nicholaichuk, T.P. (2009). Outcome evaluation of a high-intensity inpatient sex offender treatment program. *Journal of Interpersonal Violence*, 24, 522-536.
- Pawson, R. (2002). Evidence-based policy: The promise of 'realist synthesis'. *Evaluation*, 8, 340-358.
- Pawson, R., Greenhalgh, T., Harvey, G., & Walshe, K. (2005). Realist review - a new method of systematic review designed for complex policy interventions. *Journal of Health Services Research & Policy*, 10, 21-34.
- Pawson, R., & Tilley, N. (1994). What works in evaluation research? *British Journal of Criminology*, 34, 291-306.
- Pawson, R., & Tilley, N. (1997). *Realistic evaluation*. Londen: Sage.
- Petrosino, A., Boruch, R.F., Soydan, H., Duggan, J., & Sanchez-Meca, J. (2001). Meeting the challenges of evidence-based policy: The Campbell Collaboration. *The Annals of the American Academy of Political and Social Sciences*, 578, 14-34.
- Pithers, W.D., Kashima, K.M., Cumming, G.F., & Beal, L.S. (1988). Relapse prevention: A method of enhancing maintenance of change in sex offenders. In A.C. Salter (red.), *Treating child sex offenders and victims* (pp. 131-170). Londen: Sage Publications.
- Pithers, W.D., Marques, J.K., Gibat, C.C., & Marlatt, G.A. (1983). Relapse prevention with sexual aggressives: A self-control model of treatment and the maintenance of change. In J.G. Greer & I.R. Stuart (red.), *The sexual aggressor* (pp. 214-234). New York: Van Nostrand Reinhold.
- Poiesz, T.B.C. (1999). *Gedragsmanagement: Waarom mensen zich (niet) gedragen*. Wormer: Inmerc B.V.
- Raymond, N.C., Coleman, E., Ohlerking, F., Christenson, G.A., & Miner, M. (1999). Psychiatric comorbidity in pedophilic sex offenders. *American Journal of Psychiatry*, 156, 786-788.
- Rijk, A., Kruit, J.G.R., Graumans, I., & Teerenstra, R. (2008). *Prétherapie voor zedendelinquenten in detentie*. Niet-gepubliceerd intern stuk penitentiaire inrichting Breda.
- Rovers, B. (2007). What works: Kanttekeningen bij een populair programma. *Tijdschrift voor Veiligheid*, 6, 7-22.
- Rubak, S., Sandbæk, A., Lauritzen, T., & Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*, 55, 305-312.
- Ruiter, C. de, Veen, V., & Greeven, P. (2008). De effectiviteit van psychologische behandeling bij volwassen verkrachters: Bevindingen van een meta-analyse. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 32, 28-41.

- Salter, A.C. (1988). *Treating child sex offenders and victims*. Londen: Sage Publications.
- Seto, M. C. and Barbaree, H. E. (1999). Psychopathy, treatment behavior, and sex offender recidivism. *Journal of Interpersonal Violence*, 14, 1235-1248.
- Shadish, W.R., Cook, T.D., & Campbell, D.T. (2002). *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*. Boston/New York: Houghton Mifflin Company.
- Smeijsters, H. (2000). *Handboek creatieve therapie*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Smeijsters, H., & Cleven, G. (2005a). Consensus based best practices: Vaktherapieën in de forensische psychiatrie. *Tijdschrift voor Creatieve Therapie*, 24, 25-34.
- Smeijsters, H., & Cleven, G. (2005b). State of the arts: Vaktherapieën in de forensische psychiatrie. *Tijdschrift voor Creatieve Therapie*, 24, 21-29.
- SVG (Stichting Verslavingsreclassering GGZ) (2009). *Gedragsinterventies*. Geraadpleegd op 24 november 2009: www.svg.nl/watdoenwij.php/3/8/gedragsinterventies.html.
- Timmer, S. (2006). *Dramatherapie in de forensische psychiatrie. Een kwalitatief onderzoek naar een consensus-based beschrijving*. Nijmegen: HAN - Opleiding Creatieve Therapie. Vaktherapeutische verkenningen.
- Timmer, S. (2004). Zanger gezocht: Dramatherapie binnen een schemagerichte behandeling. *Tijdschrift voor Creatieve Therapie*, 23, 11-16.
- Vegter, P.C. (1999). *Behandelen in de gevangenis*. (Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzondere hoogleraar in het penitentiair recht aan de Katholieke Universiteit Nijmegen op donderdag 23 september 1999.) Deventer: Gouda Quint.
- Vogel, V. de (2005). *Structured risk assessment of (sexual) violence in forensic clinical practice: The HCR-20 and SVR-20 in Dutch forensic psychiatric patients*. Amsterdam: Dutch University Press.
- Ward, T., & Hudson, S. M. (2000). A self-regulation model of relapse prevention. In D.R. Laws, S.M. Hudson & T. Ward (red.), *Remaking relapse prevention with sex offenders* (pp. 79-101). London: Sage Publications.
- Ward, T., Hudson, S. M., & Keenan, T. (1998). A self-regulation model of the sexual offense process. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 10, 141-157.
- Ward, T. & Maruna, S. (2007). *Rehabilitation: Beyond the risk paradigm*. New York: Routledge.
- Wartna, B.S.J. (2005). *Evaluatie van daderprogramma's: Een wegwijzer voor onderzoek naar de effecten van strafrechterlijke interventies speciaal gericht op het terugdringen van recidive*. 's Gravenhage: Boom Juridische Uitgevers.
- Wilson, D.B., Bouffard, L.A., & Mackenzie, D.L. (2005). A quantitative review of structured, group-oriented, cognitive-behavioral programs for offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 32, 172-204.
- Wong, S., & Hare, R.D. (2005). *Guidelines for a psychopathy treatment program*. Toronto: Multi-Health systems.
- Yates, P.M., & Ward, T. (2007). Treatment of sexual offenders: Relapse prevention and beyond. In A.W.Katie & G.A. Marlatt (red.), *Therapist's guide to evidence-based relapse prevention* (pp. 215-234). Burlington: Academic Press.
- Young, J.E. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. (herziene uitgave) Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Young, J.E., Klosko, J., & Weishaar, M. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford.

Bijlage 1 Samenstelling begeleidingscommissie

Voorzitter

Dr. D.J. van Beek

Dr. Henri van der Hoeven Kliniek, centrum voor klinische forensische psychiatrie, klinisch psycholoog en hoofd afdeling Psychotherapie

Leden

Dr. A. Jorna

Directie Justitiële Inrichtingen,
onderzoekscoördinator Gevangeniswezen en Jeugd
Directie Sancties en Preventie, senior
beleidsmedewerker

Mr. M.S. Pont, MSc

Drs. A. Zaalberg

WODC, onderzoeker, afdeling Criminaliteit,
Rechtshandhaving en Sancties

Bijlage 2 Het delictscenario gecombineerd met het terugval-preventiemodel

Fase	Taak
Fase 1: Uit evenwicht	<p>Welke problemen, personen of gebeurtenissen waren er verantwoordelijk voor dat je voor een langere periode uit balans raakte? Denk aan belangrijke personen, <i>life events</i> of iets anders dat een negatieve impact op je leven had.</p> <p>Wanneer dacht je voor het allereerst aan het plegen van het delict? Wat waren je fantasieën, gedachten, gevoelens, gedrag? Hoe oud was je? Wat was je allereerste delict? Hoe ver ging je?</p>
Fase 2: Gebeurtenissen of prikkels die de problemen versterken	<p>Welke speciale gebeurtenis of eerste (seksuele) stimulus vond plaats waardoor de situatie in fase 1 verergerd werd? Je kunt denken aan een (seksuele) afwijzing door je vrouw, je baan verliezen, een vergaand conflict met je baas, een onverwacht hoge rekening</p>
Fase 3: Spanningsregulatie	<p>Je wilt af van de hierboven genoemde gevoelens. Je zoekt naar oplossingen, maar dat zijn meestal niet de goede, niet de meest geschikte. Beschrijf welke DOB's je hebt aangegrepen.</p> <p>Je kan denken aan alcohol, drugs, gokken, te hard werken, te snel rijden, extreme fantasieën over seks, extreme masturbatie.</p> <p>Welke redelijke DOB's heb je gebruikt?</p> <p>Je kan denken aan bijv. sport, hobbies, studie</p>
Fase 4: Schijnbaar Onbelangrijke Beslissingen (SOB's)	<p>Verkeerde vormen van spanningsregulatie leiden ertoe dat problemen nog erger worden. Deviante seksuele fantasieën kunnen erger worden. Welke beslissingen heb je genomen die hielpen bij de uitvoering van het delict? (het kan daarbij gaan om bewuste of onbewuste beslissingen)</p>
Fase 5: Hoge Risico Situatie (HRS)	<p>Het delict komt dichterbij. Je bent in een situatie waarin het vergrijp mogelijk is. De omstandigheden zijn gunstig.</p> <p>Bijvoorbeeld: Je bent alleen met een vrouw en je voelt seksuele spanning. Je dochter is in bad bij je, en je vrouw is niet thuis</p> <p>Wat zijn jouw HRS's?</p>
Fase 6: Het (deels) (terug)vallen	<p>Je denkt aan niets anders dan het vergrijp. Je hebt sterke seksuele gevoelens en je plant het vergrijp. Je schat de kans van ontdekking in, en hoe je de weerstand van je slachtoffer kunt verminderen.</p> <p>Omschrijf je gevoelens, je gedachten en je gedrag.</p>
Fase 7: Het 'zie-je-wel' effect	<p>Dit is het laatste moment dat je uit de delictketen kunt stappen, maar de kans is erg, erg laag.</p> <p>Je hebt geen zelfvertrouwen meer, je kunt de drang niet weerstaan, 'ik ben een loser', et cetera.</p> <p>Welke gevoelens en gedachten van opgeven heb je gehad?</p>
Fase 8: Het delict	<p>Beschrijf het delict. Wanneer was de eerste keer? Hoe ver ging je? Vertel ons van de andere vergrijpen. Hoe heb jij je delictketen gecreëerd? Wat waren je gedachten, je gevoelens en wat was je gedrag na het delict? Voelde jij je schuldig, rechtvaardigde je het voor jezelf, probeerde je het te vergeten?</p>

Bijlage 3 Persoonlijke (seksuele) geschiedenis

Levensperiode	Taak
<p>0-6 jaar, de periode van geboorte tot lagere school. In deze periode wordt je voornamelijk gevormd en onderwezen door je ouders.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Beschrijf uit wat voor gezin je komt: vader, moeder, broers, zussen. Hoeveelste ben je in de rij? Hoe was het karakter van vader en moeder? Hoe was de sfeer thuis? Wat voor jongetje/meisje was je als kind? Had je vriendjes/vriendinnetjes? - Zijn er bijzondere gebeurtenissen geweest in deze periode (overlijden, ziektes, ziekenhuisopnames)? - Heb je ook herinneringen op seksueel gebied (eventueel misbruik?) <p>Algemeen: Als je je weinig weet te herinneren, beschrijf dan hoe je denkt dat het geweest is en/of vraag je ouders, broers/zussen, andere familieleden hoe het vroeger was. Hoe heb je dit ervaren?</p>
<p>6-12 jaar, de lagere schoolperiode. Ouders, broers en zussen zijn nog steeds belangrijk, maar ook vrienden, school en leraren zullen een rol spelen</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Beschrijf wat je je herinnert van deze periode. Denk daarbij aan: contact met ouders, broer(s) en/of zus(sen), je positie in het gezin, contact met vriendjes/vriendinnetjes, klasgenoten op school. - Werd je wel eens gepest? - Was je lid van een vereniging, had je hobby's? - Heb je ook herinneringen op seksueel gebied? Denk daarbij aan: seksuele voorlichting en seksuele ervaringen. - Zijn er bijzondere gebeurtenissen geweest tijdens deze periode (overlijden, ziektes, ziekenhuisopnames)? <p>Algemeen: De vragen zijn vooral gericht op het beschrijven van ervaringen.</p>
<p>12-18 jaar, de periode van de pubertijd. De formatie van een echte identiteit.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Hoe ging het verder op school, thuis in relatie tot je ouders evt. werk, hobby's, vrienden, vriendinnen. Hoe was je positie? - Wat waren je ervaringen op het gebied van seksualiteit m.b.t. fantasieën? Denk daarbij aan masturbatie, vriendjes, vriendinnetjes, porno (internet, video), etc. - Had je wel eens verking en hoe verliep dat? - Werd je wel eens gepest? - Zijn er bijzondere gebeurtenissen geweest tijdens deze periode? <p>Algemeen: De vragen zijn vooral gericht op het beschrijven van ervaringen.</p>
<p>18 jaar - tot nu, de volwassenheid. Werk, huwelijk en 'settle down' zijn belangrijk.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Wat zijn je verdere werk en/of studie-ervaringen. - Wat waren je seksuele ervaringen op het gebied van relaties, masturbatie, fantasieën, porno, etc. - Hoe vaak had je een relatie, hoe lang duurden ze, wie maakte het uit, liep je vaak tegen dezelfde problemen aan in je relatie, welke waren deze problemen? Welke rol vervulde je in je relaties? Was je meegaand, dominant, onderdanig. - Ben je getrouwd, samenwonend, hoeveel kinderen. Hoe vul je de rol van ouder in. Is er sprake van seksuele problemen in het huwelijk? - Zijn er bijzondere gebeurtenissen geweest tijdens deze periode? <p>Algemeen: De vragen zijn vooral gericht op het beschrijven van ervaringen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leg een verband tussen je eigen ontwikkelingsgeschiedenis en het delict (gebruik daarbij alle informatie die je tijdens de voorgaande bijeenkomsten naar voren gebracht hebt).

Bijlage 4 Slachtofferempathie

Taak

1 Denk aan je slachtoffer(s).

Wat denk jij dat de gevolgen op de korte termijn, en op de lange termijn zijn voor je slachtoffer(s). Als je het niet zeker weet, omschrijf dan wat je verwacht. Gebruik ook informatie uit slachtoffer literatuur en/of nieuws uit de media.

2 Hoe lukte het je niet na te denken over de gevolgen voor je slachtoffer en daardoor niet te stoppen met het delictgedrag?

3 (gebeurt zelden) Schrijf een brief aan je slachtoffer. Laat zien dat je volledige verantwoordelijkheid neemt voor je delictgedrag. Bied welgemeende excuses aan het slachtoffer aan voor wat je hem of haar hebt aangedaan. Schrijf de brief in de 'ik-modus'. Hieronder zie je een paar aanzetten die je kunt gebruiken: probeer de volgende vragen van het slachtoffer te beantwoorden:

Waarom koos je mij als slachtoffer?

Waarom deed je mij dit aan?

Moet ik bang zijn dat het weer kan gebeuren?

Waarom mocht ik het aan niemand vertellen?

Wat was er gebeurd als het niet bij de politie gemeld was?

Waarom voel ik me heel erg slecht over de hele situatie?