

Terugdringen van recidive bij geweldsdelinquenten:
**Werkzame interventies bij relationeel,
seksueel en algemeen geweld**

Corine de Ruiters
Violaine Veen

COLOFON

Opdrachtgever

Ministerie van Justitie

Financiering

Ministerie van Justitie

Projectleiding

Mw. Prof.dr. C. de Ruiter, Trimbos-instituut

Universiteit van Amsterdam

Projectuitvoering

Mw. Drs. V.C. Veen, Trimbos-instituut

Eindredactie

Mw. Prof.dr. C. de Ruiter

Omslag ontwerp

Dhr. P. de Ruiter, www.nieuwewind.nl

Foto omslag

Eva Besnyö

Productie

Trimbos-instituut

Opmaak en druk

Ladenius Communicatie bv, Houten

ISBN 90-5253-477-2

Deze uitgave is te bestellen bij het Trimbos-instituut, via www.trimbos.nl of de Afdeling bestellingen, Postbus 725, 3500 AS Utrecht, 030-2971180; fax: 030-2971111; email: bestel@trimbos.nl. Onder vermelding van artikelnummer AFO620. De uitgave kost €15,- inclusief verzendkosten.

© 2005, Trimbos-instituut

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.

Voorwoord

De Werkgroep Interventies van het programma Terugdringen Recidive (TR) van het Ministerie van Justitie heeft het Trimbos-instituut gevraagd in aanvulling op het onderzoek naar zorgprogrammering dat werd verricht voor de sector TBS van de Dienst Justitiële Inrichtingen, een inventariserend onderzoek te verrichten naar de beschikbaarheid van geprotocolleerde interventies voor drie groepen volwassen geweldsdelinquenten: daders van relationeel geweld, seksueel geweld en algemene geweldsdelicten. De interventies dienen beschreven te zijn in een handleiding of draaiboek, en worden beoordeeld aan de hand van criteria ontleend aan de zogenaamde 'What works' benadering van delinquent gedrag. Mede op grond van de beschrijving en beoordeling van de interventies in dit rapport, zou de Werkgroep Interventies vervolgens besluiten welke interventies men geschikt acht voor implementatie in Nederland. Gekoppeld aan die implementatie zal effectiviteitsonderzoek plaatsvinden naar de interventies.

De afgelopen periode hebben wij via speurwerk in de internationale vakliteratuur en via een mailing naar relevante instellingen en professionals in het forensische werkveld geprobeerd zo veel mogelijk protocollen te verzamelen. Dit bleek geen gemakkelijke opgave. Diverse instellingen bleken nogal wat aarzeling te hebben om protocollen van interventies beschikbaar te stellen en/of om ze te laten beoordelen. Met name was men binnen een aantal instellingen huiverig voor het in de hand werken van concurrentie. Omdat de behandelprotocollen door ons worden beoordeeld, zou dit de concurrentiepositie ten opzichte van andere instellingen negatief kunnen beïnvloeden. Een aantal instellingen houdt dan ook de ontwikkelde behandelprogramma's voor zich. Dit is jammer, het betekent dat onze inventarisatie onvolledig is en er wellicht interventies voorhanden zijn die in principe geschikt zouden kunnen zijn voor implementatie en nader onderzoek. Wel hebben wij op basis van de internationale literatuur een vrij nauwgezet overzicht kunnen maken van effectieve interventies voor de drie groepen delinquenten.

De instellingen en personen die wel bereid waren hun protocollen aan ons ter bestudering voor te leggen zijn wij daarvoor bijzonder erkentelijk. In het bijzonder willen wij noemen: Forensisch Psychiatrisch Instituut De Rooyse Wissel, Forensisch Psychiatrisch Centrum Veldzicht, Ambulante Forensische Psychiatrie Groningen, Ambulante Forensische Psychiatrie Assen, TBS-kliniek De Kijvelanden, Het Dok, Stichting Reclassering Nederland en Reclassering Leger des Heils, Universitair Forensisch Centrum Antwerpen en de Probation Unit UK. Wij zijn ons ervan bewust

dat het ontwikkelen van geprotocolleerde interventies een tijdrovend karwei is voor professionals die toch al vaak te maken hebben met een behoorlijke werkdruk in een werkveld dat sterk in beweging is. Bovendien is de *evidence base* wat betreft effectieve interventiemethoden voor geweldsdelinquenten nog relatief beperkt in vergelijking met interventies voor mensen met psychische stoornissen, zoals angst- en stemmingsstoornissen. Hoewel de door ons beoordeelde protocollen dus nog niet voldoen aan veel van de kwaliteitscriteria, is het feit dat er inmiddels ook bij forensische patiënten gewerkt wordt met geprotocolleerde interventies bemoedigend. Wij hopen dat de Werkgroep Interventies in dit overzicht aanleiding ziet om een of meerdere interventieprotocollen, eventueel na een nadere uitwerking, op hun effectiviteit te laten toetsen op verschillende locaties in Nederland. Alleen op die manier ontstaat betrouwbare kennis over wat werkt in het terugdringen van recidive en over hetgeen bijdraagt aan een veiliger samenleving.

Tot slot bedanken wij Ton van Duijnhoven, projectleider Behandeling in Detentie en Janine Plaisier, projectleider Werkgroep Interventies, voor de goede en prettige samenwerking tijdens de totstandkoming van dit rapport.

Corine de Rooter

Violaine Veen

Inhoud

Samenvatting	9
1 Wat werkt?	13
1.1 Inleiding	13
1.2 Wat werkt: de psychologie van crimineel gedrag	13
1.2.1 Risicoprincipe	14
1.2.2 Behoeftepincipe	15
1.2.3 Responsiviteitsprincipe	17
1.3 Behandelintegriteit	18
1.4 Onderzoeksvraag en -methode	20
1.5 Literatuur	22
2 Behandeling van seksuele delinquenten	25
2.1 Inleiding	25
2.2 Seksueel delinquent gedrag	26
2.3 Behandeling van seksuele delinquenten: bevindingen uit de internationale literatuur	27
2.3.1 Interventiemethoden	27
2.3.1.1 Biomedische interventies	27
2.3.1.2 Cognitief gedragstherapeutische interventies	30
2.4 Effectiviteit van interventies	33
2.4.1 Beperkingen van effectstudies	33
2.4.2 Meta-analyses en reviews	35
2.4.2.1 Effectiviteit van interventies	35
2.4.2.2 Conclusies over de effectiviteit van interventies	39
2.5 Risicotaxatie	40
2.6 Conclusies op grond van de internationale literatuur	41
2.7 Stand van zaken in Nederland	42
2.7.1 Behandeling en behandel-effectiviteit	42
2.7.2 Inventarisatie behandelprotocollen	43
2.7.2.1 Resultaten	43
2.8 Conclusies en aanbevelingen	50
2.8.1 Aanbevelingen ten aanzien van de opzet van een behandelprotocol seksueel geweld	50

2.8.2	Aanbevelingen ten aanzien van effectiviteitsonderzoek naar de behandeling van seksueel geweld	52
2.9	Literatuur	53
3	Behandeling van daders van relationeel geweld	57
3.1	Inleiding	57
3.2	Behandeling van daders van relationeel geweld: bevindingen uit de internationale literatuur	58
3.2.1	Interventiemethoden	58
3.2.1.1	Het model van Duluth	58
3.2.1.2	Cognitief gedragstherapeutische interventies	59
3.2.1.3	Gecombineerde interventiemethoden	60
3.3	Effectiviteit van interventies	61
3.3.1	Beperkingen van effectstudies	61
3.3.2	Meta-analyses en reviews	62
3.3.2.1	Effectiviteit van interventies	62
3.4	Conclusies op basis van de internationale literatuur	65
3.5	Stand van zaken in Nederland	66
3.5.1	Behandeling en behandel-effectiviteit	66
3.5.2	Inventarisatie behandelprotocollen	66
3.5.2.1	Resultaten	66
3.6	Conclusies en aanbevelingen	70
3.6.1	Aanbevelingen ten aanzien van de opzet van een behandelprotocol relationeel geweld	71
3.6.2	Aanbevelingen ten aanzien van effectiviteitsonderzoek naar de behandeling van relationeel geweld	73
3.7	Literatuur	73
4	Behandeling van daders van algemeen geweld	77
4.1	Inleiding	77
4.2	Algemeen gewelddadig gedrag	78
4.3	Behandeling van daders van algemeen geweld: bevindingen uit de internationale literatuur	79
4.3.1	Interventiemethoden	79
4.4	Effectiviteit van interventies	80
4.4.1	Beperkingen van effectstudies	80
4.4.2	Meta-analyses	81
4.4.2.1	Effectiviteit van interventies	81
4.5	Conclusies op basis van de internationale literatuur	83

4.6	Stand van zaken in Nederland	83
4.6.1	Behandeling en behandel-effectiviteit	83
4.6.2	Inventarisatie behandelprotocollen	84
4.6.2.1	Resultaten	84
4.7	Conclusies en aanbevelingen	92
4.7.1	Aanbevelingen ten aanzien van de opzet van een behandelprotocol algemeen geweld	93
4.7.2	Aanbevelingen ten aanzien van effectiviteitsonderzoek naar de behandeling van algemeen geweld	95
4.8	Literatuur	96
5	Slotbeschouwing	99
5.1	Literatuur	101
<i>Bijlage 1</i>	<i>Criteria van de Werkgroep Interventies</i>	102
<i>Bijlage 2</i>	<i>Behandelprogramma's Correctional Service Canada</i>	103
<i>Bijlage 3</i>	<i>Behandelprogramma's Probation Unit UK</i>	104
<i>Bijlage 4</i>	<i>Tekst brief Trimbos-instituut</i>	105
<i>Bijlage 5</i>	<i>Tekst brief Ministerie van Justitie, Werkgroep Interventies</i>	106
<i>Bijlage 6</i>	<i>Aangeschreven instellingen</i>	107

Samenvatting

Dit rapport omvat de beschrijving van een inventariserend onderzoek naar interventiemethoden voor het terugdringen van recidive bij drie groepen geweldsdelinquenten: daders van relationeel geweld, seksueel geweld en algemene geweldsdelicten. In het eerste hoofdstuk wordt aandacht besteed aan de zogenaamde ‘What Works’-benadering van crimineel gedrag. Deze benadering houdt in dat een behandelinterventie aan een aantal voorwaarden moet voldoen wil zij effectief zijn in het verminderen van recidive bij delinquenten. Een eerste voorwaarde is dat voorafgaand aan behandeling, en aan de hand van gestandaardiseerde methoden, risicotaxatie dient plaats te vinden waarbij delinquenten met een hoog risico een intensievere behandeling krijgen (**het risicoprincipe**). Ook dient tijdens de risicotaxatie een inventarisatie te worden gemaakt van de dynamische factoren, c.q. criminogene behoeften die bij de delinquent tot een verhoogd recidiverisico leiden. De geïdentificeerde criminogene behoeften worden dan de behandeldoelen (**het behoefteprincipe**). Voorts is de vorm van de behandeling van belang voor de effectiviteit ervan en dient behandeling te worden geboden in een vorm die aansluit bij de leerstijl van de delinquent (**het responsiviteitsprincipe**). Ten slotte moet ervoor gewaakt worden dat de behandeling ook zo wordt gegeven als zij bedoeld is (**het behandelintegriteitsprincipe**).

In het tweede hoofdstuk wordt ingegaan op de effectiviteit van interventies voor de behandeling van daders van seksueel geweld. Op basis van de internationale literatuur kan geconcludeerd worden dat behandelprogramma's die veelbelovend zijn in het verminderen van recidive zijn gericht op de individuele criminogene behoeften van zedendelinquenten (zoals attitudes ten opzichte van seksueel geweld, een impulsieve levensstijl, een deviante seksuele voorkeur) en het aanleren van vaardigheden die aansluiten bij de leerstijl en de receptiviteit van de delinquent. Zowel intramurale als ambulante cognitief gedragstherapeutische en farmacotherapeutische behandelprogramma's lijken seksuele recidive van zedendelinquenten te verminderen. Echter, de heterogeniteit van de groep zedendelinquenten dient bij interpretatie van de resultaten in ogenschouw te worden genomen. Van de verschillende typen seksuele delinquenten lijken bijvoorbeeld verkrachters het minst te profiteren van interventies en blijkt bij een subgroep zedendelinquenten waarbij sprake is van hoge scores op de *Psychopathy Checklist-Revised* (PCL-R), het risico op seksuele recidive hoger te zijn dan bij zedendelinquenten die minder hoog scoren op psychopathie. Bij de interpretatie van de

resultaten uit de tot nog toe verrichte effectstudies en meta-analyses dient rekening te worden gehouden met een groot aantal methodologische beperkingen. Eenduidige resultaten met betrekking tot de effectiviteit van specifieke behandelinterventies zijn niet voorhanden. In hoofdstuk 2 zijn vervolgens een aantal geprotocolleerde interventies voor zedendelinquenten uit zowel binnen- als buitenland beschreven en beoordeeld. Bij de beoordeling van de interventieprotocollen zijn de principes van de 'What Works'-benadering van crimineel gedrag als theoretisch en empirisch uitgangspunt genomen. De geprotocolleerde behandeling van daders van seksueel geweld is in binnen- en buitenland al redelijk ontwikkeld. Interventies die afgestemd zijn op de individuele dynamische risicofactoren van de delinquent hebben de beste papieren.

In het derde hoofdstuk worden studies naar de effectiviteit van interventies voor daders van relationeel geweld besproken. Op grond van de internationale literatuur kan geconcludeerd worden dat de empirische evidentie voor de effectiviteit van behandelingen voor daders van relationeel geweld gering is. Bovendien blijkt geen enkel type behandelmethode meer invloed te hebben op vermindering van recidive dan andere typen behandelmethoden. Wellicht zijn de huidige behandelmethoden te algemeen en houden zij te weinig rekening met de grote individuele verschillen in problematiek tussen daders van relationeel geweld. Onderzoek naar sterke voorspellers van recidive bij partnermishandelaars kan aanwijzingen geven voor de richting waarin verbetering van de bestaande behandelmethoden moet worden gezocht. Een aantal factoren lijkt recidive te voorspellen, waaronder problematisch alcoholgebruik, ernstige psychopathologie en eerdere arrestatie voor andere geweldsdelicten. Verdere ontwikkeling van behandelprogramma's voor partnermishandelaars is noodzakelijk. Daarbij dient rekening te worden gehouden met het risico-, behoefte- en responsiviteitsprincipe. De behandeling van daders van relationeel geweld staat in Nederland nog in de kinderschoenen. Op een aantal plaatsen vindt geprotocolleerde behandeling plaats, maar naar deze interventies vindt op dit moment geen systematisch effectiviteitsonderzoek plaats.

In het vierde hoofdstuk wordt aandacht besteed aan de behandeling van daders van algemeen geweld. Uit de internationale literatuur blijkt dat interventiemethoden die deel uitmaken van Aggression Replacement Training (ART) en stressinoculatietraining, zoals zelfmonitoring van boosheidsgevoelens, het aanleren van probleemoplossende, relaxatie- en sociale vaardigheden effectief zijn gebleken in het verminderen van agressief gedrag bij volwassen cliënten. Kenmerkend voor deze interventies is de combinatie van cognitieve interventies gericht op het verkrijgen van inzicht in de eigen agressieproblematiek en het oefenen van alternatieve vaardigheden om boosheid beter te hanteren. Bij het toepassen van interventiemethoden is het echter van belang een onderscheid te maken tussen

verschillende typen daders van algemeen geweld. Rekening dient te worden gehouden met het risico-, behoefte- en responsiviteitsprincipe van elk individu. Personen met een hoog risico op herhaling van gewelddadig gedrag zouden intensievere vormen en wellicht een combinatie van meerdere interventiemethoden nodig hebben om controle te verkrijgen over agressieve gevoelens en gedrag. Toepassing van ART- of stress-inoculatietraining is mogelijk gecontraïndiceerd bij daders met psychopathische trekken. Dit type dader zou tijdens behandeling gedrag en vaardigheden aanleren die de manipulatie en misleiding van anderen kunnen bevorderen en daarmee het recidiverisico op toekomstig gewelddadig gedrag verhogen. In Nederland is een aantal protocollen ontwikkeld voor de behandeling van daders van algemeen geweld. Het betreft veelal kortdurende groepsbehandelingen met een sterk voorlichtend en inzichtgevend karakter, waarbij de vaardigheidscomponent ondergeschikt lijkt. Het is tevens de vraag of de meeste van deze interventies daadwerkelijk aansluiten bij de dynamische risicofactoren die bij de individuele cliënt een rol spelen in zijn agressieve gedrag.

De Canadese 'What works' benadering begint de laatste jaren in Nederland onder de aandacht te komen en kan wellicht een tegenwicht bieden aan de tendens tot verharding van het strafrechtklimaat in Nederland. Uit het onderzoek dat in dit rapport besproken is blijkt immers dat een op de vier principes van deze aanpak gebaseerde interventie een significante bijdrage kan leveren aan een veiliger samenleving, waarmee op de lange termijn materiële en immateriële 'winst' wordt geboekt. Uit de buitenlandse meta-analyses blijkt dat er vooral voor seksueel geweld en algemeen geweld effectieve interventies voorhanden zijn. Deze effectieve interventies zijn theoretisch onderbouwd met een consistent behandelmodel, ze zijn relatief intensief en hebben een sterke oefencomponent en zij besteden expliciet aandacht aan nazorg en terugvalpreventie. De studies naar het effect van interventies bij relationeel geweld laten een minder gunstig beeld zien, maar hierbij is opvallend dat deze interventies veelal niet volgens de principes van de 'What works' benadering zijn opgezet.

1 Wat werkt?

1.1 INLEIDING

In dit rapport wordt een inventarisatie beschreven van interventiemethoden voor het terugdringen van recidive bij drie groepen geweldsdelinquenten: daders van relationeel geweld, seksueel geweld en algemene geweldsdelicten. Iedere dadergroep wordt beschreven in een apart hoofdstuk. Deze hoofdstukken hebben allemaal dezelfde opbouw. Eerst wordt de specifieke vorm van geweld gedefinieerd en worden prevalentiegegevens voor Nederland, indien voorhanden, weergegeven. Vervolgens wordt een overzicht van de internationale literatuur naar effectstudies bij de dadergroep gegeven. Het accent ligt op meta-analyses en systematische review-artikelen, zodat een zo breed mogelijk beeld gevormd wordt van de effectieve interventiemethoden. Specifieke risicofactoren voor de typen gewelddadig gedrag worden beschreven, omdat de interventies zich juist op deze factoren dienen te richten. Het tweede deel van ieder hoofdstuk bevat een beschrijving en beoordeling van geprotocolleerde interventies die in Nederland (of in het buitenland) voorhanden zijn voor de doelgroep. Daarna volgen conclusies en aanbevelingen voor de opzet van een ideaal interventieprotocol voor de dadergroep en voor effectiviteitsonderzoek naar die interventie. Alvorens we ingaan op de drie groepen delinquenten zullen we in de volgende paragraaf de uitgangspunten van de zogenaamde 'What Works'-benadering van crimineel gedrag uiteenzetten. Deze benadering fungeert als theoretisch en empirisch uitgangspunt voor de beoordeling van de interventieprotocollen.

1.2 WAT WERKT: DE PSYCHOLOGIE VAN CRIMINEEL GEDRAG

Lange tijd is men er binnen de gedragswetenschappen vanuit gegaan dat behandeling van delinquenten niet leidt tot vermindering van het recidiverisico bij deze delinquenten. Van grote invloed is hierbij het artikel van Martinson (1974) geweest waarin hij stelde dat systematisch onderzoek naar het effect van behandeling bij delinquenten resulteerde in de conclusie dat niets leidde tot vermindering van recidive. Pas in het midden van de jaren '80 is hier een kentering in gekomen doordat een aantal onderzoekers door middel van meta-analyses grote aantallen studies tegelijk kon onderzoeken en met elkaar vergelijken. Hieruit kwam naar voren dat er wel degelijk behandelmethoden zijn die leiden tot vermindering van

recidive (o.a. Andrews, Zinger, Hoge, Bonta, Gendreau, & Cullen, 1990; Antonowicz & Ross, 1994; Lipsey, 1992). Met name de meta-analyse van Lipsey (1992) waarin hij 443 studies betrok naar de effecten van behandeling op de recidive van jeugdige delinquenten was belangrijk vanwege het zeer grote aantal studies. Hoewel het gemiddelde effect niet groot was, kon hij gezien het grote aantal studies en individuen dat hij in zijn meta-analyse heeft betrokken met overtuiging de nulhypothese, dat niets werkt, verwerpen. Bij een meta-analyse wordt een *effectgrootte* (ES) berekend (Cohen, 1977). Deze ES is het percentuele verschil in recidive tussen de behandelde en de niet-behandelde groep. Over het algemeen leidde behandeling tot een effectgrootte van 10-12% (Lösel, 1996, 1998), dit wil zeggen dat indien recidive bij de niet-behandelde groep 50% is deze bij de behandelde groep 40% is. Uit de meta-analyses bleek echter ook dat er grote verschillen waren in effectgrootte tussen verschillende onderzoeken, waarbij sommige behandelingen zelfs een negatieve effectgrootte hadden. Zo blijkt uit onderzoek dat gevangenisstraf zonder behandeling in ieder geval niet leidt tot vermindering van recidive (Cooke & Philip, 2000). Ook psychodynamisch georiënteerde behandelingen lijken weinig invloed op recidive te hebben (Antonowicz & Ross, 1994; Gendreau & Goggin, 1996). Hierop is door Andrews en collega's (o.a. Andrews, 1989; Andrews et al., 1990) bekeken welke factoren in de behandeling van essentieel belang zijn wil zij effectief zijn in het verminderen van recidive. Zij vonden dat effectieve behandeling moet voldoen aan drie principes; het risicoprincipe, dat stelt dat de intensiteit van de behandeling moet worden aangepast aan het risico van de delinquent, het behoefteprincipe dat stelt dat het veranderen van dynamische risicofactoren het doel van de behandeling moet zijn en het responsiviteitsprincipe dat stelt dat de behandeling moet worden gegeven op een manier die aansluit bij de mogelijkheden en karakteristieken van de delinquent. Zij noemden dit de *Psychology of Criminal Conduct* (PCC). Later hebben zij daaraan het behandelintegriteitsprincipe als vierde principe toegevoegd. Dit principe stelt dat men ervoor moet waken dat de behandeling ook zo wordt gegeven als zij bedoeld is. Indien onderzoeken voldeden aan deze principes leidde dit tot een verhoging van de ES van .15 naar .30 voor studies die voldeden aan bovengenoemde principes (Andrews et al., 1990).

1.2.1 Risicoprincipe

Dit principe stelt aan de orde wie er behandeld moet worden. Crimineel gedrag is geassocieerd met een set van risicofactoren. Lipsey (1992) vond in zijn meta-analyse van onderzoeken naar recidive bij jeugdige delinquenten, evenals Andrews et al. (1990) in hun meta-analyse van onderzoeken bij jeugdige en volwassen delinquenten, grotere ES bij de behandeling van delinquenten met een hoog recidiverisico in vergelijking met delinquenten met een laag recidiverisico. Het risicoprincipe

stelt dat de intensiteit van de behandeling moet worden afgestemd op het recidiverisico, waarbij personen met een laag risico een lage behandelingsintensiteit behoeven en personen met een hoog risico een hoge behandelingsintensiteit. Zoals verschillende auteurs stellen: “If it ain’t broke, don’t fix it” (Andrews, 1995, p. 54) en “One should not ‘take a sledgehammer to crack a nut’ ” (Lösel, 1993, p. 421). De hoogte van het recidiverisico zou voorafgaand aan de behandeling moeten worden bepaald aan de hand van gestructureerde, empirisch gevalideerde methoden. Hierbij wordt gebruikt gemaakt van actuariële gegevens, maar wordt ook aandacht besteed aan veranderbare risicofactoren, sterk geïndividualiseerde risicofactoren en factoren die het recidiverisico juist verminderen (protectieve factoren). Hiervoor is inmiddels een aantal risicotaxatie-instrumenten beschikbaar. Uit onderzoek blijkt dat dergelijke gestructureerde methoden een betere voorspelling geven dan een zuiver klinische inschatting van het recidiverisico (Douglas, Cox & Webster, 1999; De Vogel, De Ruiter, Hildebrand, Bos & Van de Ven, 2004).

1.2.2 Behoeftepincipe

Dit principe stelt aan de orde wat het doel van de behandeling moet zijn wil zij effectief zijn in het verminderen van recidive. Het recidiverisico wordt bepaald door een aantal factoren dat statisch en stabiel is (bijv. leeftijd, geslacht) en een aantal factoren dat veranderbaar, oftewel dynamisch is. Doel van de behandeling is het reduceren van de veranderbare risicofactoren, ook wel criminogene behoeften genoemd, die een directe samenhang met crimineel gedrag vertonen. Zoals Andrews het verwoordt: “If recidivism reflects antisocial thinking, don’t target selfesteem, target antisocial thinking. If recidivism reflects difficulties in keeping a job, don’t target getting a job, target keeping a job” (Andrews, 1989, p.13). Volgens het *behoeftepincipe* heeft elk individu zijn eigen individuele samenstelling van factoren die tot crimineel gedrag leiden. Criminogene behoeften kunnen worden onderverdeeld in algemene en specifieke criminogene behoeften. Algemene criminogene behoeften zijn behoeften die bij de meeste delinquenten een belangrijke rol spelen. Specifieke behoeften zijn van belang voor een subgroep delinquenten of voor een individu. Dynamische factoren kunnen onderscheiden worden in acute en stabiele dynamische factoren. Acute dynamische factoren zijn factoren die van invloed zijn op de timing van het delict, maar die niet de recidive op de lange termijn voorspellen (o.a. Harris & Rice, 2000). Acute voorspellers zijn van belang bij het bepalen wanneer een delinquent een groter risico vormt om te recidiveren in de nabije toekomst, hoewel ze niet relevant zijn voor het voorspellen van recidive op de lange termijn. Relatief stabiele dynamische factoren vormen de uiteindelijke behandeldoelen terwijl acute dynamische variabelen dienen als waarschuwings-signaal voor direct delictgevaar. Tot slot kunnen de protectieve factoren een rol

spelen in de behandeling (Lösel, 1996). Deze factoren zouden moeten worden geoptimaliseerd.

Andrews (1996) noemt de “Big Four” als belangrijkste dynamische risicofactoren. Ten eerste noemt Andrews de aanwezigheid van antisociale cognities als belangrijke risicofactor, hieronder vallen antisociale houdingen, waarden, overtuigingen, rationalisaties en cognitief-emotionele toestanden (zoals woede, wanhoop, wrok en verzet). Ten tweede noemt hij een antisociaal netwerk als risicofactor voor recidive. Ten derde wijst hij op een verleden van antisociaal gedrag. Ten vierde onderscheidt hij een antisociaal persoonlijkheidscomplex, waaronder valt een agressief, egocentrisch, impulsief en/of ongevoelig temperament, psychopathie, een zwakke socialisatie en zwakke probleemoplossende of zelfcontrole-vaardigheden. Ook verslaving is een belangrijke risicofactor (Gendreau, Little, & Goggin, 1995). Het blijkt dat deze algemene factoren ook een rol spelen bij delinquenten met psychische stoornissen en bij seksuele delinquenten (Bonta, Hanson & Law, 1998; Hanson & Harris, 2000; Hanson & Bussière, 1998; Müller-Isberner & Hodgins, 2000). Andrews et al. (1990) ontwikkelden op grond van deze risicofactoren de volgende algemene behandeldoelen: (a) *reduceren* van antisociale attitudes, antisociale cognities, antisociale vrienden en kennissen en middelenafhankelijkheid; (b) *vergroten* van affectie voor en communicatie met familieleden, controle en begeleiding door familieleden, identificatie met prosociale rolmodellen, zelfcontrole, zelf-management en probleemoplossende vaardigheden; (c) *vervangen* van liegen, stelen en agressief gedrag door meer prosociale alternatieven; (d) *wijzigen* van de kosten en baten van crimineel en niet-crimineel gedrag en wel op die manier dat niet-crimineel gedrag te prefereren valt. Ook stelt Andrews (1995) dat het essentieel is de delinquent te leren hoe hij risicovolle situaties kan herkennen en om een concreet plan te ontwerpen en te oefenen dat een oplossing biedt in dergelijke situaties (cf. terugvalpreventieplan; van Beek, 1999). Deze algemene behandeldoelen worden aangevuld met behandeldoelen voortvloeiend uit specifieke dynamische risicofactoren. Specifieke dynamische risicofactoren zijn individueel, maar deze specifieke factoren kunnen ook gelden voor een subgroep delinquenten, hierbij kan gedacht worden aan delinquenten met persoonlijkheidsstoornissen (Quinsey, Coleman, Jones, & Altrows, 1997; Antonowicz & Ross, 1994), met As-I stoornissen, verslaafden en delinquenten die een specifiek soort delict plegen zoals bijvoorbeeld seksuele delinquenten (Hanson & Bussière, 1998; Hanson & Harris, 2000).

1.2.3 Responsiviteitsprincipe

Dit principe benadrukt dat de vorm van de behandeling essentieel is voor de effectiviteit ervan. De behandeling moet worden geboden in de vorm die aansluit bij de leerstijl van de delinquent. Hierbij kan een onderscheid worden gemaakt tussen algemene en individuele afwegingen voor een bepaalde vorm van behandeling. Uit de meta-analyses blijkt dat methoden gebaseerd op de gedrags- of de cognitieve gedragstherapie het meest effectief zijn in het veranderen van criminogene behoeften (Andrews et al., 1990; Antonowicz & Ross, 1994; Lösel, 1995). De behandeling dient gestructureerd te zijn en uit te gaan van concrete, meetbare behandeldoelen (Lipsey, 1992). Deze technieken zijn met name effectief indien deelnemers een actieve rol spelen in de behandeling, er gebruik wordt gemaakt van rollenspelen en behandelaars een modelerende functie vervullen. De nadruk dient te liggen op het trainen van specifieke vaardigheden, zoals sociale vaardigheden, vooral als deelnemers de kans krijgen hun vaardigheden te oefenen in de praktijk. Vandaar dat behandeling in de maatschappij volgens een aantal auteurs te prefereren is boven behandeling in een gesloten setting (Andrews et al., 1990). Gezien de complexiteit van delinquent gedrag is het noodzakelijk dat er gebruik wordt gemaakt van verschillende methoden en werkwijzen om verandering te bewerkstelligen op de verschillende probleemgebieden (Lösel, 1995). Een multimodale behandeling die aansluit bij de individuele delinquent vereist dat per individu een behandelplan wordt opgesteld waarin expliciet beschreven wordt welke criminogene factoren op welke wijze zullen worden veranderd en hoe deze verandering zal worden gemeten. Om terugval in de toekomst te voorkomen is het vervolgens van belang aandacht te besteden aan terugvalpreventie en nazorg (Lösel, 1996). Bij terugvalpreventieprogramma's wordt een uitgebreide delictketen opgesteld, waarin de aanloop tot het delict beschreven wordt. Hierna worden door de patiënt op verschillende momenten in de delictketen gedragsalternatieven ontworpen (Van Beek, 1999). Vrijwillige deelname aan de behandeling lijkt niet noodzakelijk voor het welslagen ervan. Aandacht voor de motivatie van delinquenten kan echter wel bijdragen tot een effectievere behandeling (Stewart & Picheca, 2001).

Persoons- en delictkarakteristieken kunnen ook een rol spelen bij de vorm waarin de behandeling geboden wordt. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan delinquenten met een beperkte belastbaarheid, bijvoorbeeld wegens zwakbegeerdheid. In het geval van behandeling van seksuele delinquenten wordt beargumenteed dat groepstherapie met andere seksuele delinquenten ontkenning van het delictgedrag tegengaat (Di Fazio, 1999). Maar groepsbehandeling kan ook gevaren in zich hebben, bijvoorbeeld doordat delinquenten van elkaars delictketens "leren" (Andrews, 1995). Tot slot merkt onder andere Andrews (1996) op dat bij delinquenten die in staat zijn tot zelfreflectie en die goed zijn in het interpersoonlijk contact een minder gestructureerde therapievorm ook effectief kan zijn.

1.3 BEHANDELINTEGRITEIT

Wanneer er is vastgesteld *wat* werkt, is het vervolgens van belang de factoren te identificeren die verzekeren dat de behandeling ook gegeven wordt op de manier waarop zij bedoeld is, de zogenaamde “treatment integrity”. Meta-analyses hebben aangetoond dat de wijze waarop de behandeling gegeven wordt cruciaal is voor het effect ervan, vandaar dat behandelintegriteit kan worden beschouwd als het vierde principe (Cooke & Philip, 2000; Lipsey, 1995). Dit principe is alleen van belang als eerst aan de andere principes is voldaan. Indien de behandeling inhoudelijk niet effectief is vergroot een hoge mate van behandelintegriteit immers niet het effect ervan (Cooke & Philip, 2000).

Hollin (1995) noemt drie fenomenen die een bedreiging vormen voor de behandelintegriteit. Ten eerste afdrijven van het programma (*programme drift*), waarmee hij doelt op het proces waarbij de doelen en uitgangspunten van het programma onsystematisch veranderen over de tijd. De nadruk van een behandelprogramma kan bijvoorbeeld meer komen te liggen op het voldoen aan administratieve eisen in plaats van op het eigenlijke (lange termijn) behandeldoel. Ten tweede spreekt Hollin over programma-omdraaiing (*programme reversal*). Er is sprake van dit fenomeen indien de behandeldoelen direct worden ondermijnd of bedreigd, bijvoorbeeld doordat stafleden agressief gedrag vertonen terwijl het behandeldoel voor de delinquenten is om hun agressie onder controle te krijgen. Tot slot wijst Hollin nog op niet-nakoming van het programma (*treatment non-compliance*). Hiervan is sprake indien de inhoud van het programma of de doelen van een sessie worden veranderd of weggelaten zonder dat daarbij rekening wordt gehouden met de theoretische principes die aan het behandelprogramma ten grondslag liggen.

Om de hierboven genoemde bedreigingen van de behandelintegriteit tegen te gaan en de behandeling zo effectief mogelijk te laten zijn, komen uit de literatuur de volgende aspecten als belangrijk naar voren. Allereerst moet de behandeling gebaseerd zijn op een theoretisch model (Harris & Rice, 1997), waarbij een cognitief gedragsmodel het meest effectief bleek (Antonowicz & Ross, 1994). Vervolgens moet de behandeling duidelijk en in detail beschreven staan in een handleiding/protocol (Hollin, 1995). De instelling waarbinnen de behandeling gegeven wordt, moet toegewijd zijn aan het welslagen ervan, zij moet prioriteit geven aan de behandeling en deze niet laten overschaduwen door bijvoorbeeld het beveiligingsaspect (Harris & Rice, 1997; Gendreau & Goggin, 1996). Ook moeten er voldoende faciliteiten aanwezig zijn voor het geven van de behandeling (Cooke & Philip, 2000). Cooke en Philip (2000) wijzen daarnaast op het belang van een alternatief plan voor het geval er sessies uitvallen. Dit met het oog op de setting waarin de behandeling plaatsvindt. Het kan zo zijn dat er dingen voorvallen die maken dat bijvoorbeeld iedereen ingesloten zit en niet aan programma's kan worden deelgenomen.

De persoon van de behandelaar speelt ook een essentiële rol in de effectiviteit van de behandeling. Deze heeft een cruciale rol in het bewaken van de behandelingsintegriteit, vandaar dat de juiste selectie van stafleden belangrijk is. Hierbij spelen kennis, motivatie, ervaring en de houding ten opzichte van de behandeling een rol. Stafleden moeten warm, empathisch, tolerant en flexibel zijn. Gezien de populatie in forensisch psychiatrische instellingen is ook een gedegen kennis van de psychopathologie een vereiste. Daarnaast moeten behandelaars oog hebben voor de regels die er in de instelling gelden en moeten zij duidelijk en eerlijk zijn tegen hun cliënten (Andrews, 1989). Steun aan en supervisie van de behandelaars is van groot belang om *burn-out* en vermindering van motivatie te voorkomen. Supervisie waarborgt tevens dat het behandelprogramma op de juiste wijze wordt geïmplementeerd (Hollin, 1995; Lösel, 1996). De stafleden die geen direct aandeel hebben in de behandeling van de delinquent moeten ook achter de behandeling staan (dit is met name het geval bij behandeling in gevangenissen), vandaar dat het belangrijk is dat ook zij op de hoogte zijn van de behandeling, haar methoden en doelen (Cooke & Philip, 2000).

Het gehele behandelprogramma moet worden gecoördineerd door een goede programmaleider (Harris & Rice, 1997; Lipsey, 1995), dat is iemand (het liefst vanuit de organisatie) met ervaring in het geven van de behandeling en het coördineren daarvan. Deze persoon dient tevens een effectieve manager zijn, die verantwoording neemt, enthousiasmerend is tegenover de behandelaars en in staat is het overzicht te houden. Bij een multidisciplinaire behandeling zijn verschillende professies betrokken. Om groepsvorming te voorkomen en communicatie te verbeteren, pleiten Cooke & Philip (2000) voor multidisciplinaire staftraining. Tot slot wordt door vele auteurs gewezen op het belang van het voortdurend volgen en evalueren van de behandeling (o.a. Harris & Rice, 1997; Hollin, 1995). Hierdoor wordt de behandelintegriteit bewaakt en kunnen verbeteringen worden aangebracht. Het volgen en evalueren zou moeten gebeuren op basis van verschillende bronnen, zoals stafleden, onafhankelijke deskundigen en delinquenten.

Samenvattend

Het is van belang dat een behandelprogramma aan de volgende voorwaarden voldoet wil het effectief zijn in het verminderen van recidive bij delinquenten:

1. Voorafgaand aan de behandeling dient er een risicotaxatie plaats te vinden, waarbij delinquenten met een hoog risico een intensievere behandeling krijgen. Deze risicotaxatie moet plaatsvinden aan de hand van gestandaardiseerde methoden.
2. Ook dient er voorafgaand aan de behandeling een inventarisatie te worden gemaakt van de dynamische factoren die bij de delinquent tot een verhoogd recidiverisico leiden. De geïdentificeerde criminogene behoeften worden dan

de behandeldoelen, en per individu wordt een expliciet plan opgesteld waarin staat hoe de verandering tot stand zal worden gebracht en waaraan deze zal worden gemeten.

3. De behandeling is gestructureerd, multimodaal en gaat uit van de cognitieve gedragstherapie. De nadruk ligt op het aanleren van concrete vaardigheden en er is tevens sprake van terugvalpreventie en nazorg. Bij psychisch gestoorde delinquenten, en sommige typen seksuele delinquenten, is naast een cognitieve gedragstherapie vaak ook medicatie en psycho-educatie noodzakelijk in de behandeling. De behandelvorm dient op de delinquent afgestemd te worden. Middels cognitieve gedragstherapie dient in ieder geval aandacht besteed te worden aan de volgende behandeldoelen: veranderen van antisociale, procriminele waarden en houdingen, het stimuleren van de ontwikkeling van een prosociaal netwerk. Cognitieve gedragstherapie wordt indien noodzakelijk met het oog op recidiverisico bij delinquenten tevens aangewend voor het aanleren van interpersoonlijke vaardigheden, beroepsvaardigheden, vaardigheden die samenhangen met het voorkomen of verminderen van middelenmisbruik, vaardigheden gericht op het hanteren van symptomen en vaardigheden die samenhangen met het dagelijks leven.
4. Behandelaars dragen prosociale waarden uit en dienen als rolmodellen. Zij zijn empathisch, warm, duidelijk en ervaren. Gezien het belang van goed personeel is een grondige selectie, motivatie, training en supervisie van behandelaars van essentieel belang.
5. De behandeling wordt vastgelegd in een handleiding. De behandeldoelen worden gemeten en de behandeling wordt structureel gevolgd en geëvalueerd.
6. De behandeling wordt geleid door een competente programmamanager.
7. Behandeling vindt zoveel mogelijk plaats in de leefomgeving van de patiënt.

1.4 ONDERZOEKSVRAAG EN -METHODE

In dit rapport worden de resultaten weergegeven van een inventariserend onderzoek naar de beschikbaarheid van geprotocolleerde interventies voor zedendelinquenten, daders van relationeel geweld en daders van algemeen geweld. Een antwoord is gezocht op de vraag wat het huidige aanbod is van geprotocolleerde behandelingen voor bovengenoemde groepen gewelddadige delinquenten in Nederland en in hoeverre dit aanbod effectief is bevonden. Ten behoeve van de inventarisatie is gebruik gemaakt van verschillende informatiebronnen en het uitgebreide relatienetwerk binnen de klinische en ambulante forensische psychiatrie van de projectgroep. Professionals binnen verschillende instellingen die deskundig en ervaren zijn op het gebied van hulpverlening aan gewelddadige

delinquenten, zijn gevraagd uitgewerkte draaiboeken, c.q. handleidingen en protocollen voor interventies ter beschikking te stellen aan de projectgroep. In verband met de tijdslimiet die aan de inventarisatie verbonden was, is gekozen voor het benaderen van professionals (zie Bijlage 4 en 5) daar zij direct beschikken over uitgewerkte protocollen. De volgende organisaties zijn benaderd voor inzage van interventieprotocollen en -draaiboeken:

- Alle forensische poliklinieken
- Alle forensisch psychiatrische instituten (particuliere en rijksinrichtingen)
- Forensisch psychiatrische klinieken (FPK) en afdelingen (FPA)
- Stichting Reclassering Nederland
- Leger des Heils

Tevens is gezocht naar effectief bevonden interventies die in het buitenland ontwikkeld zijn. Het Ministerie van Justitie heeft ons een overzicht ter beschikking gesteld van behandelprogramma's die momenteel in het Verenigd Koninkrijk en in Canada worden gebruikt (zie Bijlage 2 en 3). Getracht is protocollen en/of draaiboeken van deze behandelprogramma's ter inzage te verkrijgen. Een groot aantal Engelstalige protocollen werd niet ter beschikking gesteld aan de projectgroep in verband met de bescherming van auteursrechten. De Werkgroep Interventies van het Ministerie van Justitie heeft daarentegen de protocollen ter plaatse ingezien. De resultaten van deze inzage maken geen deel uit van het onderhavige rapport.

Uiteindelijk zijn de verzamelde Nederlandstalige en Engelstalige behandelprotocollen aan de hand van de kwaliteitscriteria van de Werkgroep Interventies beoordeeld. Voorbeelden van deze criteria zijn dat een interventie gebaseerd dient te zijn op een expliciet veranderingsmodel en dat bij het uitvoeren van de interventie het risico-, behoefte- en responsiviteitsprincipe (Andrews & Bonta, 1998) worden gehanteerd. Zie voor een uitgebreide beschrijving van de kwaliteitscriteria Bijlage 1.

Naast een beschrijving van de onderzoeksresultaten bevat dit rapport tevens een overzicht van de huidige kennis op het gebied van behandeling voor zedende-delinquenten, daders van relationeel geweld en daders van algemeen geweld. Aan de hand van een literatuuroverzicht wordt de effectiviteit van de verschillende interventies in het binnen- en buitenland besproken. Eerder werden door Beenackers (2001) op basis van een literatuurstudie een aantal meta-analyses op het terrein van onder andere seksuele delinquenten en daders van algemeen geweld besproken. In haar literatuurstudie ontbreekt echter een bespreking van een aantal recente en relevante meta-analyses evenals een apart gedeelte over de behandeling van daders van relationeel geweld. Derhalve is ten behoeve van het huidige onderzoek zowel in de Nederlandstalige als in de Angelsaksische literatuur op het gebied van de forensische psychiatrie en psychologie, gezocht naar effectstudies, reviews en meta-analyses met betrekking tot de behandeling van gewelddadige delinquenten. In de

eerste plaats is voor de gegevensverzameling zowel gebruik gemaakt van trefwoorden in de online zoekmachine van alle Nederlandse universitaire bibliotheken (Picarta) als van trefwoorden en de sneeuwbaltechniek binnen de online zoekmachine PubMed van de National Library of Medicine. Gezocht is naar recente onderzoeksartikelen en andere publicaties (reviews en meta-analyses) met betrekking tot behandelprogramma's en behandel-effectiviteit bij zedendelinquenten, daders van relationeel geweld en daders van algemeen geweld. Onder recent worden onderzoeksartikelen verstaan die niet verder teruggaan dan 1995. Voor deze grens is gekozen in verband met het creëren van een zo groot mogelijke datapool, zonder verouderde gegevens daarbij in te sluiten. De volgende trefwoorden werden gebruikt: 'sexual offender program', 'sexual offender intervention', 'sexual offenders', 'batterer intervention program', 'treatment batterers', 'domestic violence', 'spousal assault', 'anger treatment', 'aggression', 'violence', 'treatment', 'anger treatment outcome', 'meta-analysis anger treatment' en de Nederlandse equivalenten hiervan. Ook is gezocht op de namen van auteurs die actief zijn op het gebied van onderzoek naar de behandeling van daders van seksueel, relationeel en algemeen geweld.

1.5 LITERATUUR

- Andrews, D. (1996). Criminal recidivism is predictable and can be influenced: An update. *Forum on Corrections Research*, 8, 42-44.
- Andrews, D. (1995). The psychology of criminal conduct and effective treatment. In: J. McGuire (Ed.). *What works: Reducing reoffending – guidelines from research and practice*. Chichester, UK Wiley.
- Andrews, D. (1989). Recidivism is predicatable and can be influenced: Using risk assessments to reduce recidivism. *Forum on Corrections Research*, 1, 11-18.
- Andrews, D.A., Zinger, I., Hoge, R.D., Bonta, A., Gendreau, P., & Cullen, F.T. (1990). Does correctional treatment work? A clinically relevant and psychologically informed meta-analysis. *Criminology*, 28, 369-404.
- Antonowicz, D.H., & Ross, R.R. (1994). Essential components of successful rehabilitation programs for offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 38, 97-104.
- Van Beek, D.J. (1999). *De delictscenarioprocedure bij seksueel agressieve delinquenten*. Arnhem: Gouda Quint.
- Bonta, J., Hanson, R. K., & Law, M. (1998). The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 123, 123-142.
- Cooke, D.J., & Philip L. (2001). To treat or not to treat? An empirical perspective. In: C.R. Hollin (Ed.). *Handbook of offender assessment and treatment*, pp. 17-34 Chichester, UK Wiley.

- Di Fazio, R. (1999). Evidence of the effectiveness of current treatments for sex offenders. *Forum on Corrections Research*, 1, 7-11.
- Douglas, K.S., Cox, D.N., & Webster, C.D. (1999). Violence risk assessment: Science and practice. *Legal and Criminological Psychology*, 4, 149-184.
- Gendreau, P., & Goggin, C. (1996). Principles of effective correctional programming. *Forum on Corrections Research*, 8, 38-41.
- Gendreau, P., Little, T., & Goggin, C. (1995). *A meta-analysis of the predictors of adult offender recidivism: Assessment guidelines for classification and treatment*. Ottawa, Canada: Ministry Secretariat, Solicitor General of Canada.
- Hanson, R.K., & Bussière, M.T. (1998). Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 348-362.
- Hanson, R.K., & Harris, A.J.R. (2000). Where should we intervene? Dynamic predictors of sexual offense recidivism. *Criminal Justice and Behavior*, 27 6-35.
- Harris, G.T., & Rice, M.E. (1997). Mentally disordered offenders: What research says about effective service. In: Chr. M. Webster, & M.A. Jackson (Eds.), *Impulsivity: Theory, assessment, and treatment* (pp. 361-393). New York: Guilford press.
- Hodgins, S. (2001). The major mental disorders and crime: Stop debating and start treating and preventing. *International Journal of Law and Psychiatry*, 24, 427-446.
- Hollin, C.R. (1995). The meaning and implications of "programme integrity". In: J. McGuire (Ed.), *What works: Reducing reoffending – Guidelines from research and practice* (pp. 195-208). Chichester, UK: Wiley.
- Lipsey, M.W. (1995). What do we learn from 400 research studies on effectiveness of treatment with juvenile delinquents? In: J. McGuire (Ed.), *What works: Reducing reoffending – Guidelines from research and practice* (pp. 195-208). Chichester, UK: Wiley.
- Lipsey, M.W. (1992). Juvenile delinquency treatment: A meta-analytic inquiry into the variability of effects. In: T.D. Cooke, H. Cooper, D.S. Cordray, H. Hartman, L.V. Hedges, R.L. Light, T.A. Louis & F. Mosteller (Eds.), *Meta-analysis for explanation*. New York: Russell Sage.
- Louis, & F. Mosteller (Eds.), *Meta-analysis for explanation* (pp. 83-127). Newbury Park, CA: Sage.
- Lösel, F. (1998). Treatment and management of psychopaths. In: D.J. Cooke, A.E. Forth, & R.D. Hare (Eds.), *Psychopathy: Theory, research and implications for society* (pp. 303-354). Dordrecht: Kluwer Academic.
- Lösel, F. (1996). Effective correctional programming: What empirical research tells us and what it doesn't. *Forum on Corrections Research*, 6, 33-37.

- Lösel, F. (1995). The efficacy of correctional treatment: A review and synthesis of meta-evaluations. In: J. McGuire (Ed.), *What works: Reducing reoffending – Guidelines from research and practice* (pp. 79-111). Chichester, UK: Wiley.
- Lösel, F. (1993). The effectiveness of treatment in institutional and community settings. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 3, 416-437.
- Müller-Isberner, R., & Hodgins, S. (Eds.) (2000). *Violence, crime and mentally disordered offenders*. Chichester, UK: Wiley.
- Quinsey, V.L., Coleman, G., Jones, B., & Altrous, I.F. (1997). Proximal antecedents of eloping and reoffending among supervised mentally disordered offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 12, 794-813.
- Stewart, L., & Picheca, J.C. (2001). Improving offender motivation for programming. *Forum on Corrections Research*, 13, 18-20.
- De Vogel, V., de Ruiter, C., Hildebrand, M., Bos, B., & van de Ven, P. (2004). Type of discharge and risk of recidivism measured by the HCR-20: A retrospective study in a Dutch sample of treated forensic psychiatric patients. *International Journal of Forensic Mental Health*, 3, 149-165.

2 Behandeling van seksuele delinquenten

2.1 INLEIDING

In Nederland is sinds de jaren tachtig van de vorige eeuw het aantal mannen dat voor een seksueel delict is veroordeeld, significant gestegen (Frenken, Gijs & van Beek, 1999). Het aantal door de politie geregistreerde seksuele geweldplegingen en verkrachtingen is van 2543 in 1980 opgelopen tot 3701 in 1994, het percentage verkrachtingen is in die periode met 71% gestegen. Daarbij is het aantal veroordelingen voor seksuele delicten gestegen met 36% tussen 1980 en 1988. Tussen 1990 en 1999 was eveneens sprake van een stijging (33%) van het aantal bij de politie aangegeven aanrandingen en verkrachtingen (Frenken, 2002). Voorts komt uit een inventarisatie van slachtofferschap, uitgevoerd door het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) naar voren dat 31% van de Nederlandse volwassen vrouwen minstens eenmaal in het leven slachtoffer is geweest van seksueel geweld of exhibitionisme (Frenken et al., 1999). In totaal geeft 2% van de Nederlandse vrouwen tussen 15 en 79 jaar aan dat zij buitenshuis of binnenshuis gedurende het afgelopen jaar geconfronteerd zijn met één of meerdere ongewenste seksuele contacten door een bekende of onbekende (Frenken, 2002). Het aantal aangegeven delicten bij de politie bestaat echter uit niet meer dan 20% van de uit de CBS-slachtofferstudies af te leiden seksuele delicten (Frenken, 2002). Dit heeft te maken met een onderrapportage van gepleegde delicten, niet alle slachtoffers doen aangifte. Bovendien worden lang niet alle daders van zedendelicten gearresteerd en veroordeeld. Het zogenaamde *dark number* is zeer groot en de bovengenoemde prevalenties van seksueel delinquent gedrag zijn een onderschatting van het feitelijke aantal gepleegde zedendelicten.

De gevolgen van seksuele delicten brengen hoge kosten met zich mee voor de maatschappij. Ter voorkoming van seksueel delictgedrag zijn sinds de jaren tachtig van de vorige eeuw in Nederland meerdere (poli)klinische behandelmethoden voor seksuele delinquenten ontwikkeld (Frenken et al., 1999). Onderzoek naar de effectiviteit van deze behandelprogramma's heeft in Nederland tot nog toe nauwelijks plaatsgevonden. Op beperkte schaal is de recidive van seksuele delinquenten na afloop van behandeling in het kader van de TBS-maatregel onderzocht. In een onderzoek van De Vogel, De Ruiters, Van Beek en Mead (2003) werden de recidivegegevens van 121 seksuele delinquenten geanalyseerd. De *base rate* voor seksuele

recidive was na een gemiddelde follow up periode van 140 maanden, 39% voor seksuele recidive, 46% voor gewelddadige recidive en 74% voor algemene recidive. Daarbij bleek de kans op seksuele recidive voor pedoseksuele daders die behandeling niet afronden, bijna vijf maal groter dan voor pedoseksuele daders die wel behandeling afronden. Helaas kunnen uit dit type ongecontroleerd onderzoek geen conclusies worden getrokken over de effectiviteit van de toegepaste behandelmethoden. Daarentegen is in Canada en in de Verenigde Staten veel effectonderzoek verricht naar de behandeling van seksuele delinquenten (van der Linden & Stekete, 1999). Doel van dit rapport is het geven van een overzicht van de verschillende interventies in binnen- en buitenland. Allereerst wordt aandacht besteed aan de definitie van seksueel delinquent gedrag. Daarna volgt een overzicht van de verschillende typen behandeling en behandelmodulen en worden de bevindingen met betrekking tot behandel-effectiviteit uit de internationale literatuur besproken. Ten slotte wordt een overzicht gepresenteerd van de huidige stand van zaken in Nederland voor wat betreft effectiviteitsonderzoek en het interventie-aanbod.

2.2 SEKSUEEL DELINQUENT GEDRAG

Seksueel delictgedrag betreft onder andere verkrachting, aanranding, ontucht met kinderen en exhibitionisme. De eerste drie vormen worden 'hands on' delicten genoemd, exhibitionisme betreft een 'hands off' delict (Emmelkamp, Emmelkamp, de Ruiters & de Vogel, 2002). In het Nederlandse Wetboek van Strafrecht wordt verkrachting beschreven als het seksueel binnendringen van een lichaamsopening door middel van (bedreiging met) geweld of een andere feitelijkheid (bijvoorbeeld psychische druk) van een man of vrouw, binnen of buiten het huwelijk (Frenken, 2002). Aanranding bestaat uit het dwingen van een persoon tot het plegen of toelaten van seksuele handelingen anders dan penetratie met (bedreiging met) geweld of een andere feitelijkheid. Onder seksueel misbruik van kinderen wordt verstaan: seksuele contacten van (jong) volwassenen met kinderen jonger dan 16 jaar, die plaatsvinden tegen de zin van het kind of zonder dat het kind deze contacten kan weigeren. In het Wetboek van Strafrecht wordt exhibitionisme omschreven als het in het openbaar opzettelijk tonen van de geslachtsorganen of in het openbaar plegen van seksuele handelingen. Naast bovengenoemde vormen van strafbaar seksueel delinquent gedrag, bestaat ook een aantal seksueel deviant gedragingen of parafilieën die niet strafbaar zijn gesteld, zoals sadomasochisme. Voyeurisme (het observeren van een niets vermoedend persoon die naakt, zich aan het uitkleden of seksueel actief is) kan tevens voorafgaan aan strafbaar seksueel gedrag en/of daarmee gepaard gaan.

Van belang is een onderscheid te maken tussen parafiele stoornissen en strafbare feiten (van Beek & de Ruiters, 2003). Seksueel misbruik van kinderen omvat

bijvoorbeeld een grote diversiteit aan (ernst van) seksuele handelingen en een grote variëteit aan typen plegers. Verschillende subgroepen kindermisbruikers, zoals incestplegers met één slachtoffer en plegers met vele extrafamiliaire slachtoffers, verschillen sterk qua diagnose van psychische stoornissen (onder andere pedofilie en persoonlijkheidsstoornissen) en recidiverisico. Niet alle pedofielen plegen seksueel misbruik en niet alle kindermisbruikers zijn pedofiel (van Beek & de Ruiter, 2003). Voorts verschillen seksuele delinquenten niet alleen in het type gepleegde delict en seksueel deviant gedrag, maar ook op gebieden zoals persoonlijke en criminele antecedenten, de situaties die aan een delict voorafgaan, de leeftijd en het geslacht van de slachtoffers, de attitudes ten overstaan van het eigen delictgedrag en het recidiverisico. Seksueel delinquent gedrag is dan ook heterogeen en complex van aard en wordt in dit rapport volgens de definitie van Marshall (1998) beschouwd als seksueel of gedeeltelijk seksueel gemotiveerd gedrag dat gepleegd wordt zonder instemming van het slachtoffer of met een slachtoffer dat niet in staat wordt geacht instemming te kunnen geven (Marshall, 1998).

2.3 BEHANDELING VAN SEKSUELE DELINQUENTEN: BEVINDINGEN UIT DE INTERNATIONALE LITERATUUR

2.3.1 Interventiemethoden

In de loop der tijd zijn verschillende interventies ontwikkeld en toegepast bij zedendelinquenten teneinde het seksueel gewelddadige gedrag te verminderen. Daartoe behoren zowel biomedische behandelmethoden als cognitief gedrags-therapeutische interventies. Allereerst wordt een overzicht gegeven van de biomedische interventies, gevolgd door een overzicht van cognitief gedrags-therapeutische interventies.

2.3.1.1 Biomedische interventies

Biomedische behandelmethoden zijn in beginsel gebaseerd op de hypothese dat bij zedendelinquenten sprake is van een fysiologisch defect, dat aan het seksuele delictgedrag ten grondslag ligt (Blanchette, 1996). Zo zou een verhoogde productie van testosteron een overmatige seksuele drang tot gevolg kunnen hebben. Testosteron behoort tot de groep androgenen en wordt voor 85 à 95% geproduceerd in de testes (Prentky, 2000; Van Hunsel & Cosyns, 2002). Via een feedbacksysteem in de hypothalamo-hypofysaire-gonadale (HHG)-as wordt de uitscheiding van testosteron gereguleerd. Op verschillende plaatsen in de HHG-as kan een biomedische ingreep plaatsvinden. Een interventie die in het verleden zowel in Europa als in de

Verenigde Staten regelmatig werd toegepast was chirurgische castratie (Prentky, 2000; Van Hunsel & Cosyns, 2002). Chirurgische castratie vindt plaats door middel van het verwijderen van de testes (Prentky, 2000). Deze ingreep resulteert in een vermindering van het plasma testosteron, een afname van de geslachtsdrift en een onvermogen tot voortplanting. Uit verscheidene onderzoeken blijkt dat chirurgische castratie een significante reductie van recidive van seksuele delicten tot gevolg heeft (Van Hunsel & Cosyns, 2002). Echter, vanwege het invasieve en irreversibele karakter van de ingreep wordt deze tegenwoordig niet meer uitgevoerd. Naast chirurgische castratie zijn in het verleden ook neurochirurgische ingrepen, waaronder hypothalamie en lobotomie experimenteel toegepast als interventiemethode bij zedendelinquenten (Van Hunsel & Cosyns, 2002). Doel van deze ingrepen was functionele veranderingen aan te brengen in de hersengebieden waar de testosteronproductie wordt gereguleerd. De resultaten voldeden echter niet aan de verwachtingen en omdat de neveneffecten ernstig van aard waren werden deze ingrepen al snel verlaten.

Mede door de gevonden recidivevermindering bij de toepassing van chirurgische castratie, ontstond belangstelling voor de ontwikkeling van testosteron reducerende behandeling (Prentky, 2000). Daarnaast berust de rationale voor het aanwenden van farmacologische behandeling bij zedendelinquenten op aanwijzingen dat seksuele opwindbaarheid en seksuele interesse in zekere mate afhankelijk lijken te zijn van adequate testosteronconcentraties in het bloed (Van Hunsel & Cosyns, 2002). Derhalve zouden farmaca die een verminderde concentratie van testosteron tot gevolg hebben of het effect van testosteron op de doelwitorganen verhinderen, een rol kunnen spelen in de behandeling van zedendelinquenten.

Farmacologische behandeling van zedendelinquenten valt uiteen in twee typen interventies. Het eerste type betreft hormonale behandeling die de normale productie van testosteron remt of de werking van testosteron verandert op het niveau van de (neuronale) receptor. Onder dit type interventie valt de toediening van anti-androgenen en LHRH¹ agonisten. Het tweede type farmacologische interventie betreft het gebruik van psychofarmaca, zoals antidepressiva en antipsychotica als libidoremmers.

Hormonale behandelingen Tot de anti-androgenen behoren Cyproterone Acetaat (CPA) en Medroxyprogesterone Acetaat (MPA) (Prentky, 2000; Van Hunsel & Cosyns, 2002). Beide stoffen verminderen de productie van sperma en het vermogen tot erectie en ejaculatie. Het globale effect is een vermindering van de seksuele drang en de mate waarin er opwinding optreedt (Van Hunsel & Cosyns, 2002). Naast deze gewenste effecten kunnen anti-androgenen een aantal ongewenste bijwerkingen

¹ Luteinizing Hormone Releasing Hormone (LHRH)

tot gevolg hebben (Bradford, 2000). Deze bestaan onder meer uit feminisatie (waaronder borstvorming), gewichtstoename, depressie, vermoeidheid, hypertensie, mogelijkheid tot het versterken van een chronisch hartfalen en osteoporose (Vlachos, 2003). De noodzakelijke tijdsduur van de behandeling varieert van 4 maanden tot 2 jaar, in bepaalde gevallen tot zeer langdurige behandeling (Gijs & Gooren, 1996). Toediening van anti-androgenen heeft geen 'genezing' tot gevolg, de gewenste effecten zijn reversibel vanaf het moment dat de medicatie niet langer wordt voortgezet. Patiënten ervaren behandeling met anti-androgenen veelal als 'chemische castratie', wat de therapietrouw beperkt (Van Hunsel & Cosyns, 2002).

Een andere hormonale behandeling betreft het toedienen van LHRH-agonisten aan zedendelinquenten. Deze toepassing is nog relatief nieuw (Van Hunsel & Cosyns, 2002). Toediening van LHRH-agonisten heeft na een initiële stimulatie van de gonadotropinesynthese een 'downregulatie' ter hoogte van de LHRH receptoren van de hypofyse en daarmee een reductie in de afscheiding van testosteron tot gevolg (Prentky, 2000; Van Hunsel & Cosyns, 2002). Behandeling van zedendelinquenten door middel van LHRH-agonisten lijkt een onderdrukkende werking te hebben op zowel deviant als conventioneel seksueel gedrag (Rösler & Witzum, 2000). Echter, aangezien LHRH-agonisten in eerste instantie (2 à 3 weken lang) een verhoogde testosteronconcentratie veroorzaken, dient in de behandeling rekening te worden gehouden met een initiële toename van de seksuele drang (Van Hunsel & Cosyns, 2002). Voorts zouden bij gebruik van LHRH-agonisten minder ongewenste bijwerkingen optreden dan bij gebruik van anti-androgenen (Prentky, 2000; Van Hunsel & Cosyns, 2002). Er zijn echter ook sterke aanwijzingen voor het optreden van ernstige neveneffecten (osteoporose) bij langdurig gebruik (Reilly, Delva & Hudson, 2000). Evenals bij toediening van anti-androgenen heeft het gebruik van LHRH-agonisten geen 'genezing' tot gevolg en zijn de gewenste effecten reversibel. Over de noodzakelijke tijdsduur van de behandeling met LHRH-agonisten is tot nog toe weinig bekend, een langdurige behandeling is echter in verband met ernstige bijwerkingen niet gewenst.

Psychofarmaca Serotonineheropnameremmers (SSRI's) worden onder andere voorgeschreven bij depressieve klachten (Prentky, 2000). Uit een aantal onderzoeken naar de effectiviteit van deze medicatie is gebleken dat één van de bijwerkingen van deze medicatie een verminderde geslachtsdrift betreft. In het afgelopen decennium is onderzoek naar de behandeling van zedendelinquenten met SSRI's dan ook toegenomen (Prentky, 2000; Van Hunsel en Cosyns, 2002). Daarnaast zijn er aanwijzingen dat een verminderde serotonerge functie een belangrijke rol speelt in deviant seksueel gedrag (Van Hunsel en Cosyns, 2002). Behandeling van zedendelinquenten met behulp van serotonerge farmaca zou relatief weinig invloed uitoe-

fenen op het conventioneel seksuele gedrag en een meer specifiek effect hebben op het deviante seksuele gedrag (Prentky, 2000; Van Hunsel en Cosyns, 2002). Sero-tonerge farmaca lijken dan ook geïndiceerd wanneer deviant seksueel gedrag een obsessief-compulsief of impulsief karakter heeft. Naast behandeling van zedendelinquenten met behulp van antidepressiva is ook de effectiviteit van antipsychotica op de geslachtsdrift onderzocht. Antipsychotica verminderen de hoeveelheid dopamine in de hersenen. Een bijwerking van antipsychotica is een verminderde geslachtsdrift. Door het grote aantal negatieve bijwerkingen, worden antipsychotica nauwelijks voorgeschreven in de behandeling van zedendelinquenten.

2.3.1.2 COGNITIEF GEDRAGSTHERAPEUTISCHE INTERVENTIES

In deze paragraaf wordt een overzicht gegeven van veel voorkomende cognitief gedragstherapeutische interventies voor zedendelinquenten. Te denken valt aan terugvalpreventietechnieken en verschillende interventiemethoden gericht op een deviante seksuele voorkeur, antisociale persoonlijkheidskenmerken en cognitieve vervormingen.

Deviant seksuele voorkeur Een deviante seksuele voorkeur bestaat uit een relatief stabiel patroon van seksuele opwinding bij on gepaste prikkels (Hildebrand, de Ruiter & van Beek, 2001). Voorbeelden zijn pedofilie, fetisjisme en seksueel sadisme. Wanneer seksueel gewelddadig gedrag (gedeeltelijk) voortkomt uit een deviante seksuele voorkeur, verhoogt dit de kans op seksuele recidive (Hanson & Bussière, 1996; Hildebrand, de Ruiter & de Vogel, 2004). In de jaren 60 en 70 van de vorige eeuw waren gedragstherapeutische behandelingen van zedendelinquenten veelal gericht op het veranderen van seksueel deviante fantasieën (Emmelkamp, Emmelkamp, de Ruiter en de Vogel, 2002). Technieken die werden gebruikt betreffen onder meer aversie therapie (het verbinden van bijvoorbeeld een deviante seksuele fantasie aan aversieve responsen zoals een elektrische schok), masturbatie herconditionering (de zedendelinquent verzoeken gepaste seksuele fantasieën te hanteren tijdens masturbatie) en satiatie (de zedendelinquent verzoeken tijdens masturbatie en na de ejaculatie het denken aan deviante seksuele fantasieën te continueren) (Emmelkamp et al., 2002). De effectiviteit van deze technieken wordt echter nauwelijks empirisch ondersteund (Emmelkamp et al., 2002; Marshall & Serran, 2000) en toepassing van deze interventies vindt tegenwoordig dan ook vrijwel niet meer plaats.

Ontkenning en minimalisering Seksuele delinquenten minimaliseren vaak de ernst van eerder gepleegd seksueel gewelddadig gedrag en/of ontkennen persoonlijke verantwoordelijkheid daarvoor alsook hun betrokkenheid bij eerder gepleegde

delicten (Hildebrand et al., 2001). Verschillende cognitief gedragstherapeutische technieken zijn dan ook gericht op ontkenning en minimalisering teneinde daders van seksueel geweld verantwoordelijkheid te laten nemen voor gepleegd seksueel agressief gedrag (Carich, Newbauer & Stone, 2001). Zedendelinquenten in behandeling dienen bijvoorbeeld een gedetailleerde beschrijving te geven van de gepleegde delicten evenals een beschrijving van de omstandigheden tijdens de delicten, zoals gedachten en gevoelens en de reactie van slachtoffers. Een manier om volledigheid en een hoog waarheidsgehalte van de beschrijving te bevorderen is deze met processen-verbaal met verklaringen van slachtoffers te vergelijken en aan de hand daarvan aan te passen. Een andere manier is de delinquent in groepsverband een beschrijving van de gepleegde delicten te laten geven en deze beschrijving (in de vorm van een verklaring) door de groepsleden te laten uitdagen (Emmelkamp et al., 2002).

Cognitieve vertekeningen Seksuele delinquenten beschikken veelal over opvattingen en denkbeelden die hun seksueel gewelddadige gedrag vergoelijken of zelfs aanmoedigen (Hildebrand et al., 2001). Zo hebben zij vaak een vertekend beeld van de reactie van slachtoffers en hebben zij meningen die hun seksueel gewelddadig gedrag rechtvaardigen (bijvoorbeeld dat misbruik geen schadelijke gevolgen heeft voor een slachtoffer)(Emmelkamp et al., 2002). Cognitief gedragstherapeutische interventies voor seksuele delinquenten bestaan veelal uit cognitieve herstructureringstechnieken die gericht zijn op het veranderen van cognitieve vertekeningen. Zedendelinquenten leren onder meer cognitieve vertekeningen bij zichzelf te identificeren, uit te dagen en te vervangen door cognities en overtuigingen die seksueel gewelddadig gedrag niet ondersteunen (Carich et al., 2001).

Slachtofferempathie Slachtofferempathie wordt omschreven als het begrip dat een seksuele delinquent heeft voor de ervaringen van slachtoffers (Carich et al., 2001). Een gebrek aan empathisch vermogen wordt als een belangrijke oorzaak beschouwd voor de instandhouding van seksueel gewelddadig gedrag (Emmelkamp et al., 2002). Empathietraining maakt dan ook vaak (in 94% van de behandelprogramma's in de Verenigde Staten) deel uit van cognitief gedragstherapeutische behandelprogramma's voor zedendelinquenten (Marshall & Serran, 2000). De zedendelinquent leert gevoelens van slachtoffers te herkennen en zelf emoties te uiten aangaande de pijnlijke ervaringen van slachtoffers (Carich et al., 2001). Daarbij wordt de delinquent geleerd verantwoordelijkheid te nemen voor het veroorzaken van de pijnlijke ervaringen van slachtoffers. Uiteindelijk dient de zedendelinquent mede op basis van zijn gevoelens te beslissen of hij/zij al dan niet tot het plegen van seksueel gewelddadig gedrag zal overgaan. Uitgangspunt hierbij is dat de delinquent door het ontwikkelde inlevingsvermogen zal terugschrikken voor de

gevoelens en pijnlijke ervaringen die hij/zij bij anderen veroorzaakt met seksueel gewelddadig gedrag (Emmelkamp et al., 2002; Marshall & Serran, 2000).

Van belang is een onderscheid te maken tussen het vergroten van empathie in het algemeen en het vergroten van slachtofferempathie. Uit verscheidene onderzoeken is gebleken dat seksuele delinquenten over een specifiek gebrekkig empathisch vermogen beschikken ten opzichte van slachtoffers van seksuele delicten en in het bijzonder ten opzichte van de eigen slachtoffers (Fernandez & Marshall, 2003; Marshall & Moulden, 2001). In vergelijking met de algemene populatie is bij zedendelinquenten sprake van een normaal algemeen empathisch vermogen. Volgens Fernandez en Marshall (2003) is een gebrek aan slachtofferempathie bij zedendelinquenten dan ook het gevolg van cognitieve vertekeningen (vergoelikkende gedachten) met betrekking tot de gevolgen van seksuele agressie voor het slachtoffer. Derhalve is behandeling gericht op het vergroten van slachtofferempathie door middel van cognitieve herstructurering geïndiceerd en niet het vergroten van het empathisch vermogen in het algemeen (Fernandez & Marshall, 2003). Voorts dient opgemerkt te worden dat bij zedendelinquenten die een hoge score behalen op de *Psychopathy Checklist-Revised*, het geven van slachtofferempathietraining weinig effectief zal blijken. Psychopathie gaat samen met een gebrekkig empathisch vermogen in het algemeen, welke samen lijkt te gaan met functionele en/of structurele defecten in de verwerking van emotionele prikkels door orbito-frontale en ventromediale hersenstructuren (Blair, 2003).

Sociale herstructurering Seksuele delinquenten worden veelal gekenmerkt door een gebrek aan sociale vaardigheden, relationele vaardigheden, probleemoplossend vermogen op het sociale vlak en het herkennen en uiten van emoties (Carich et al., 2001). Veel seksuele delinquenten gaan interpersoonlijke relaties uit de weg of ontwikkelen ongepaste relaties. Daarnaast is in veel gevallen sprake van een gebrekkig zelfvertrouwen (Marshall & Serran, 2000). Cognitief gedragstherapeutische interventies omvatten veelal trainingen gericht op de ontwikkeling van sociale vaardigheden (zoals conversatievaardigheden, hantering van interpersoonlijke kwesties zoals macht en controle, jaloezie en afhankelijkheid en het vergroten van het zelfvertrouwen) evenals de herstructurering van interpersoonlijke relaties (Carich et al., 2001; Emmelkamp et al., 2002).

Terugvalpreventie Terugvalpreventie is gebaseerd op cognitief gedragstherapeutische technieken waarbij het aanleren en instandhouden van zelfregulatievaardigheden om toekomstig seksueel gewelddadig gedrag te beheersen, centraal staat (Carich & Stone, 2001). Aanvankelijk zijn terugvalpreventiemodellen in de loop van de jaren 80 van de vorige eeuw ontwikkeld om patiënten met verslavingsproblematiek te ondersteunen bij de handhaving van controle of abstinentie van het

verslavingsgedrag (Carich & Stone, 2001; Polaschek, 2003). Vanwege de grote mate van recidive bij zedendelinquenten zijn terugvalpreventietechnieken al snel deel gaan uitmaken van behandelprogramma's voor seksuele delinquenten (Polaschek, 2003). Sinds de jaren 90 van de vorige eeuw bevat 90% van de behandelprogramma's voor zedendelinquenten in de Verenigde Staten terugvalpreventietechnieken. Centraal in terugvalpreventiemodellen staat het leren herkennen van de risicofactoren (zoals deviant seksuele fantasieën, gevoelens van sociale isolatie) voor seksueel gewelddadig gedrag door de zedendelinquent (Emmelkamp et al., 2002). Daarbij wordt het aanleren van copingvaardigheden die het risico verminderen en de handhaving van eerder behaalde interventiedoelen nagestreefd. Tevens worden samen met de zedendelinquent plannen opgesteld waarin het vermijden van risico's of het omgaan met onverwachte risicosituaties tot in detail wordt uitgewerkt (Emmelkamp et al., 2002). In een aantal terugvalpreventieprogramma's vindt na afsluiting van behandeling intensief contact plaats tussen de zedendelinquent en een persoon die getraind is in terugvalpreventie. Ook worden in sommige gevallen familieleden en vrienden van de zedendelinquent geïnformeerd over het opgestelde terugvalpreventieplan zodat ook zij risicofactoren kunnen signaleren en eventueel recidive kunnen helpen voorkomen (Emmelkamp et al., 2002).

2.4 EFFECTIVITEIT VAN INTERVENTIES

2.4.1 Beperkingen van effectstudies

In de Verenigde Staten en Canada is het aantal onderzoeken naar de effectiviteit van verschillende interventies bij zedendelinquenten in de loop der jaren sterk gegroeid. De resultaten zijn echter niet eenduidig (Hanson, Gordon, Harris, Marques, Murphy, Quinsey & Seto, 2002). De reden hiervoor ligt in een aantal methodologische beperkingen dat een rol speelt bij de evaluatie van behandel-effect (Rice & Harris, 2003). Zo is er sprake van beperkte mogelijkheden voor gerandomiseerd effectonderzoek waarin tevens gebruik kan worden gemaakt van onbehandelde controlegroepen. Ten eerste zou het onethisch zijn om een aselechte groep zedendelinquenten niet aan behandeling te laten deelnemen gezien het gevaar dat deze groep delinquenten vormt voor de samenleving (Emmelkamp et al., 2002). Daarbij komt dat gedetineerde zedendelinquenten veelal aan behandeling willen deelnemen in de hoop dat ze daarmee eerder voor een voorwaardelijke invrijheidsstelling of (proef)verlof in aanmerking komen. Een veelgebruikt alternatief voor het gebruik van een controlegroep is dan ook om de behandeluitkomst van een behandelde groep zedendelinquenten te vergelijken met een schatting van het aantal onbehandelde zedendelinquenten dat gerecidiveerd is (Emmelkamp et al., 2002). In veel studies vormen echter ook drop-outs en zedendelinquenten die niet

deel willen nemen aan behandeling de vergelijkings- en/of controlegroepen, waardoor de bevindingen vertekend kunnen zijn en de interpretatie van de resultaten wordt belemmerd.

In de meeste effectonderzoeken wordt seksuele recidive als uitkomstmaat van behandeling gebruikt (Hanson et al., 2002). Bij het gebruik van deze maat zijn echter een aantal kanttekeningen te plaatsen. Ten eerste is het vaststellen van seksuele recidive niet gemakkelijk. Zelfrapportage van seksuele recidive is onbetrouwbaar. In veel studies wordt als recidivemaat één of meerdere nieuwe veroordelingen gedefinieerd. Echter, niet alle seksueel agressieve delicten worden ontdekt of leiden tot een nieuwe veroordeling. Het gebruik van recidivecijfers die enkel gebaseerd zijn op veroordelingen, leidt dan ook tot een onderschatting van het feitelijke recidivepercentage (Emmelkamp et al., 2002; Hanson et al., 2002). Een aantal problemen speelt verder een rol bij het vergelijken van studies waarin recidivepercentages als effectmaat worden gebruikt. In de verrichte effectonderzoeken is onder meer sprake van verschillen in de gebruikte bronnen voor het bepalen van recidive en verschillen in de omschrijving van het type recidive (bijvoorbeeld algemene of seksuele recidive). Voorts wordt bij de interpretatie van de recidivegegevens vaak weinig rekening gehouden met verschillen in jurisdictie tussen bepaalde geografische gebieden en het cohort dat onderwerp van studie is (selectie-bias) (Quinsey, Harris, Rice & Lalumière, 1993). Zowel per gebied als in de tijd bestaan verschillen in wetgeving en politieel optreden, wat effect heeft op het aantal en de aard van de recidivegegevens die in effectonderzoek gebruikt worden.

Naast het gebruik van recidivegegevens als uitkomstmaat en niet-gerandomiseerde onderzoeksdesigns, speelt een aantal andere methodologische beperkingen een rol in de interpretatie van onderzoeksresultaten. Zo is er sprake van verschillen in de kenmerken van zedendelinquenten die deelnemen aan behandeling, verschillen in de duur van de follow-up periode die bij de inventarisatie van recidive wordt gehanteerd, verschillen in het gebruik van statistische analyses en ten slotte ook verschillen in de vorm en de duur van behandelprogramma's die worden geëvalueerd.

Een juiste interpretatie van de resultaten uit effectonderzoek is dan ook niet evident. Marques (1999) biedt derhalve een aantal suggesties voor een adequate uitvoering van toekomstig effectonderzoek. Belangrijk is volgens de auteur de groepen die aan een studie deelnemen nauwkeurig te beschrijven, evenals de behandelprogramma's. Daarnaast dienen de 'intreatment' resultaten gemeten en gerapporteerd te worden, zoals het percentage drop-outs en de kenmerken van plegers die behandelprogramma's voltooien. Ook dient zoveel mogelijk informatie over recidive verzameld te worden (zowel door middel van officiële gegevens als door middel van zelfrapportage en informatie van derden). Daarbij zou ook gebruik kunnen worden gemaakt van volledig geanonimiseerde zelfrapportagevragen-

lijsten. Ten slotte dient te worden gekeken naar de factoren die recidive voorspellen.

2.4.2 Meta-analyses en reviews

Resultaten uit de afzonderlijke effectonderzoeken zijn wisselend van aard en zijn vaak gebaseerd op kleine onderzoeksgroepen. Door middel van meta-analytische procedures is het mogelijk de statistische power van effectstudies te vergroten en aan de hand van resultaten uit deze studies uitspraken te doen over de effectiviteit van behandeling van zedendelinquenten (Hanson et al., 2002; Looman, Abracen & Nicholaichuk, 2000). Daarnaast is het zinvol door middel van overzichtsartikelen (systematische reviews) een beeld te schetsen van de effectiviteit van behandelprogramma's. Hieronder volgt een beschrijving van enkele overzichtsartikelen en meta-analyses met betrekking tot verschillende behandelmethoden bij zedendelinquenten.

2.4.2.1 Effectiviteit van interventies

In een meta-analyse van Alexander (1999) werden 79 outcome studies naar de behandel-effectiviteit bij seksuele delinquenten bestudeerd. Studies waarbij sprake was van minder dan 10 deelnemers, vrouwelijke deelnemers en verstandelijk gehandicapte deelnemers werden niet in de analyse opgenomen. Studies naar de effectiviteit van biomedische interventies of studies waarbij proefpersonen tevens aan andere outcome studies deelnamen en studies waarin geen ruwe dataset werd gepresenteerd, werden van de gegevensverwerking uitgesloten. Data van drop-outs werden niet in de meta-analyse opgenomen. In totaal was de data-set voor de meta-analyse gebaseerd op de gegevens van 10.988 deelnemers. Deze gegevens werden ingedeeld in een aantal categorieën waaronder het type delinquent, het type behandeling, de lengte van behandeling, lengte van follow-up en recidivecijfers. Recidive werd gedefinieerd als het aantal deelnemers dat na behandeling gearresteerd werd voor een nieuw seksueel delict. Uit de gegevens van de verschillende onderzoeken komt naar voren dat, in ieder geval voor bepaalde typen seksuele delinquenten, namelijk incestdaders, exhibitionisten en pedofielen met een homoseksuele voorkeur, behandeling leidt tot lagere recidivecijfers in vergelijking met geen behandeling (alleen gevangenisstraf). De recidivecijfers van behandelde en onbehandelde daders van verkrachting en pedofiele daders met een heteroseksuele voorkeur, blijken niet significant te verschillen. Het recidivecijfer van daders die een terugvalpreventieprogramma hadden gevolgd bedraagt 7,2% in tegenstelling tot 17,6% recidive van daders die geen programma hadden gevolgd. Het recidivecijfer van daders die aan groepsbehandeling, gedragstherapie of een

andere behandeling hadden deelgenomen, bedraagt 13,9%. Een opvallende bevinding is dat de groep zedendelinquenten die in de gevangenis behandeld was het laagste recidivepercentage vertoont (9,4%). De groep daders die klinische behandeling had gevolgd vertoont een hoger recidivepercentage (16,6%) dan deelnemers aan dagbehandeling (11%). Geconcludeerd werd dat behandeling van bepaalde typen zedendelinquenten leidt tot minder recidive. Echter, wanneer de data van alle typen zedendelinquenten samen werden genomen, kwam geen significant behandel-effect naar voren. Een mogelijke verklaring is dat in de meta-analyse van Alexander (1999) effectonderzoeken zijn opgenomen die methodologische nogal uiteenlopend van aard zijn, wat eenduidige interpretatie van de onderzoeksgegevens belemmerd heeft (Hanson et al., 2002).

In een eerdere meta-analyse van Hall (1995) is getracht de variantie in methodologie van de effectonderzoeken te beperken door in de analyse alleen studies op te nemen waarin gebruik is gemaakt van vergelijkingsgroepen. In de meta-analyse werd gekeken naar het verschil tussen de recidivecijfers van behandelde groepen en niet-behandelde vergelijkingsgroepen uit twaalf effectonderzoeken (totale N = 1.313). Van de zedendelinquenten die behandeling afronden pleegde 19% seksuele recidive, in vergelijking met 27% seksuele recidive in de groep niet-behandelde zedendelinquenten. Intramuraal opgenomen seksuele delinquenten leken meer te profiteren van behandeling dan zedendelinquenten in de ambulante hulpverlening. In het algemeen vond Hall (1995) een klein, maar significant effect en werd geconcludeerd dat medicamenteuze en cognitief gedragstherapeutische interventies het meest effectief zijn in vergelijking met louter gedragstherapeutische interventies. De vergelijkingsgroepen die deel uitmaakten van de meta-analyse bestonden echter voornamelijk uit drop-outs. Hierdoor wordt interpretatie van de gevonden verschillen belemmerd, drop-outs hebben immers vaak bepaalde karakteristieken, zoals impulsiviteit en antisociale persoonlijkheidstrekken, die gerelateerd zijn aan een verhoogd recidiverisico (Hanson et al., 2002).

In een meta-analyse van Gallagher, Wilson, Hirschfield, Coggeshall en Mackenzie (1999) werden data uit 25 effectonderzoeken opgenomen. Ook in deze meta-analyse werd een significant effect gevonden voor cognitief gedragstherapeutische interventies. Gallagher et al. (1999) vonden echter geen effect voor medicamenteuze behandelingen. Evenals in de meta-analyse van Hall (1995b) zijn een aantal (zes) studies opgenomen waarin gebruik is gemaakt van vergelijkingsgroepen bestaande uit drop-outs. Interpretatie van de gevonden effecten wordt derhalve ook in deze studie bemoeilijkt. Polizzi, MacKenzie en Hickman (1999) beoordeelden 21 studies volgens de richtlijnen van Sherman, Gottfredson, MacKenzie, Eck, Reuter en Bushway (1997). Uit zes (methodologisch gedegen bevonden) onderzoeken bleek behandeling significante verandering teweeg te brengen bij verschillende typen seksuele delinquenten. Cognitief gedragstherapeutische interventies bleken

over het algemeen het meest effectief. Ook in een recente meta-analyse van Hanson et al. (2002) werden data uit een groot aantal onderzoeken (43; totale N = 9.454) naar behandel-effectiviteit van seksuele delinquenten bestudeerd. De seksuele recidive van behandelde zedendelinquenten bleek significant verminderd ten opzichte van zedendelinquenten die geen behandeling hadden gekregen. Behandeling waarin gebruik werd gemaakt van cognitief gedragstherapeutische technieken hing samen met een vermindering van seksuele (van 17,3% tot 9,9%) en algemene (van 51% tot 32%) recidive bij seksuele delinquenten.

Uit een effectstudie van Quinsey, Khanna en Malcolm (1998), waarin overigens geen gebruik is gemaakt van een aselechte controleconditie, bleek dat een cognitief gedragstherapeutisch behandelprogramma van het Regional Treatment Centre Sex Offender Treatment Program geen effect had op het percentage seksuele recidive van deelnemers. Uit dit onderzoek komt zelfs naar voren dat behandeling het seksuele recidiverisico licht verhoogt. Een mogelijke verklaring voor deze bevinding bieden de resultaten uit een onderzoek van Seto en Barbaree (1999) naar de invloed van goed gedrag tijdens behandeling. Uit dit onderzoek blijkt dat bij seksuele delinquenten die hoog scoren op de *Psychopathy Checklist Revised* (PCL-R) en goed gedrag vertonen tijdens behandeling, eerder sprake is van recidive dan bij plegers die minder hoge PCL-R scores behalen. Een mogelijke oorzaak hiervoor is dat dit type dader tijdens behandeling gedrag en vaardigheden aanleert die het recidiverisico juist verhogen. Daarbij zouden daders in groepsbehandelingen van elkaars ervaringen en modus operandi kunnen leren (Seto & Barbaree, 1999).

Marshall (1999) concludeert niettemin dat behandelmethoden die plaatsvinden in groepen en waarbij gebruik wordt gemaakt van terugvalpreventie-technieken, recidive goed tegengaan. Terugvalpreventie bestaat uit een aantal procedures die de delinquent helpen om wat hij/zij geleerd heeft in therapie vast te houden (zie paragraaf 1.3.1.2.). De essentiële kenmerken van een succesvol terugvalpreventieplan zijn de identificatie van de typische keten van delictgedrag, een specificatie van de factoren en situaties die het risico van delictgedrag verhogen, het verbeteren van copingstrategieën die het risico op delictgedrag verlagen en het opstellen van een aantal alternatieve plannen waarmee met onverwachte risicosituaties omgegaan kan worden (van Beek, 1999).

Marshall en McGuire (2003) bieden een overzicht van de effectgrootten die uit verschillende meta-analyses naar behandel-effectstudies bij seksuele delinquenten naar voren komen. Effectgrootte is een gestandaardiseerde maat voor het verschil tussen de gemiddelde uitkomst (verminderde recidive) van een behandelde groep en een onbehandelde controlegroep, waarbij wordt gecontroleerd voor verschillen in spreiding in de uitkomsten tussen de groepen. Cohen's *d* is de meest gebruikte maat, in (Hanson et al., 2002) meta-analyse zijn echter *odds ratios* gebruikt. *Odds ratios* kunnen naar Cohen's *d* worden getransformeerd (Hasselbad & Hedges, 1995).

Een effectgrootte van 0.20 is volgens Cohen (1962) klein, rond de 0.50 is matig en 0.80 of hoger is groot. De gevonden effectgrootten per meta-analyse worden in de onderstaande tabel weergegeven.

TABEL 1 EFFECTGROOTTEN PER META-ANALYSE

Meta-analyse		Effectgrootte
Alexander (1999)		0.10
Hall (1995)		0.24
Gallagher, Wilson, Hirschfield, Coggeshall, & MacKenzie (1999)	Overall effects	0.43
	Cognitive behavioral/Relapse prevention only	0.47
Hanson, Gordon, Harris, Marques, Murphy, Quinsey, et al. (2002)	Overall effects	0.11
	Current treatments only ²	0.28

Uit: Marshall & McGuire (2003).

Op basis van deze meta-analyses kan geconcludeerd worden dat behandeling met cognitieve gedragstherapie bij seksuele delinquenten een klein tot matig effect heeft. De meta-analyses van Alexander (1999) en Hall (1995b) zijn bekritiseerd op verschillende methodologische gronden (Hanson et al., 2002; Harris, Rice & Quinsey, 1998), de effectgrootten zijn dan ook klein. In de meta-analyse van Polizzi, MacKenzie en Hickman (1999) blijken de resultaten uit zes effectonderzoeken (van 13 methodologisch gedegen bevonden onderzoeken) te wijzen op een significant positief behandel-effect. De effectgrootten van de 13 studies variëren van -0.23 bij pedoseksuelen tot 0.70 bij exhibitionisten. Polizzi et al. (1999) berekenden echter geen gemiddelde effectgrootte van alle effectstudies samen, de studie is derhalve niet in de tabel van Marshall en McGuire (2003) opgenomen.

Het overzicht van Marshall en McGuire laat zien dat de effectgrootten van de verschillende studies bij seksuele delinquenten vergelijkbaar zijn met de effectgrootten van outcome studies bij andere psychische en medische problemen, zoals angst voor spreken in het openbaar en hartklachten. Voorzichtig kan geconcludeerd worden dat behandeling van zedendelinquenten effectief is, met name behandeling met cognitief gedragstherapeutische methoden. De meta-analyses zijn echter een vrij grove maat voor het behandel-effect. Ten eerste worden alle typen zedendelinquenten bij elkaar genomen en ten tweede wordt in de effectonderzoeken vrijwel nooit gewerkt met een echte controlegroep.

² Alle vormen van interventiemethoden voor zedendelinquenten die tussen 1998 en 2000 in gebruik zijn geweest en cognitief gedragstherapeutische interventies voor zedendelinquenten die sinds 1980 worden uitgevoerd.

2.4.2.2 Conclusies over de effectiviteit van interventies

Concluderend kan gesteld worden dat in de afgelopen jaren uit de meerderheid van de meta-analyses en review-artikelen over de behandeling van seksuele delinquenten naar voren is gekomen dat het recidiverisico van deze groep vermindert, wanneer gebruik wordt gemaakt van cognitief gedragstherapeutische methoden in de behandeling (Alexander, 1999; Hall, 1995b; Hanson et al., 2002). Echter, de effecten van behandeling zijn zeer verschillend per type seksuele delinquent. Pedoseksuele delinquenten die niet meer dan twee slachtoffers hebben gemaakt en exhibitivisten behalen bijvoorbeeld betere resultaten dan pedofielen met meer dan één slachtoffer en een 'roofdierachtige' delictstijl en verkrachters. In de behandeling zou dan ook rekening moeten worden gehouden met onder andere het risicoprincipe van Andrews en Bonta (1998). Delinquenten met een hogere risico-inschatting van recidive zouden een intensiever behandelingsprogramma moeten krijgen dan delinquenten met een laag of matig recidiverisico (Mailloux et al., 2003). Voorts dient aandacht te worden besteed aan de mogelijke recidiverisico verhogende invloed van (groeps-)behandeling bij plegers met psychopathische trekken.

Alhoewel er sprake is van vooruitgang in de (cognitief gedragstherapeutische) behandeling voor seksuele delinquenten, blijft er in een groot aantal gevallen een groep zeer gevaarlijke delinquenten over die geen baat heeft bij alleen cognitief gedragstherapeutische interventies (Maletzky & Field, 2003). Met behulp van gedegen risicotaxatie is het mogelijk deze groep te identificeren. Medicamenteuze behandeling kan bij deze groep geïndiceerd zijn. Onder andere hormonale behandeling is effectief gebleken. Naast medicamenteuze behandeling dient tevens cognitieve gedragstherapie in de vorm van terugvalpreventie plaats te vinden teneinde het recidiverisico na ontslag of invrijheidstelling laag te houden. Het gebruik van medicatie stopt vrijwel in alle gevallen wanneer er geen sprake meer is van toezicht. Uit de literatuur komt naar voren dat hormonale behandelingen met anti-androgenen en LHRH-agonisten een rendabele aanvulling kunnen zijn op een psychotherapeutische behandeling van zedendelinquenten. Dankzij hormonale behandeling neemt de geslachtsdrift af en lijkt sprake van een verminderd recidiverisico. Serotonine heropnameremmers zijn geïndiceerd voor zedendelinquenten indien er sprake is van een obsessief-compulsieve component in het seksuele delictgedrag. Het is onwenselijk hormonale behandeling langdurig voort te zetten in verband met bijwerkingen (Van Hunsel & Cosyns, 2002). Kortdurende of tijdelijke behandelingen geven minder risico's. Farmacologische behandeling bij zedendelinquenten is voorlopig slechts geïndiceerd in de volgende gevallen (Van Hunsel & Cosyns, 2002):

- Wanneer sprake is van een dringende noodzaak om risico af te wenden;
- Wanneer sprake is van hyperseksualiteit of een obsessief-compulsieve drang tot het toegeven aan de parafiele neigingen;

- Wanneer de patiënt er niet in slaagt door manipulatie van omgevingsfactoren of cognitieve gedragstherapie het seksuele delictgedrag onder controle te houden.

2.5 RISICOTAXATIE

Risicotaxatie wordt omschreven als het proces van het identificeren van risicofactoren teneinde het risico van geweld te verminderen (Hildebrand, de Ruiter & van Beek, 2001). Bij seksuele delinquenten betreft risicotaxatie het beoordelingsproces dat plaatsvindt om het risico op toekomstig seksueel gewelddadig gedrag in kaart te brengen en interventies op het verminderen van dit risico te richten, zogenaamd risicomangement (Hildebrand et al., 2001). In de ontwikkeling van risicotaxatie hebben twee benaderingen een rol gespeeld. Tot nog toe bestaat de meest gebruikte benadering uit een ongestructureerde klinische inschatting van risico. Dat wil zeggen dat bij de inschatting van risico geen standaardwijze wordt gehanteerd voor de informatieverzameling en het gebruik van informatie voor de taxatie. Daarnaast wordt ook uitgegaan van de actuariële benadering, ofwel het beoordelen van het ingeschatte risico middels een aantal vaststaande regels. De risicotaxatie is in dit geval gebaseerd op de identificatie van risicofactoren waarvan empirisch is aangetoond dat deze met seksueel gewelddadig gedrag samenhangen. Uit verscheidene onderzoeken is gebleken dat de actuariële benadering consistent en nauwkeuriger is bij het inschatten van risico dan de ongestructureerde klinische beoordeling (Hanson & Thornton, 2000). De zuiver actuariële risicotaxatie is meestal uitsluitend gericht op de identificatie van 'statische', historische risicofactoren. Dit zijn factoren die niet vatbaar zijn voor verandering door interventies, zoals demografische gegevens en kenmerken van de criminele voorgeschiedenis van de beoordeelde. Als deze historische factoren al veranderen is dat uitsluitend in negatieve zin, doordat iemand bijvoorbeeld meer veroordelingen krijgt. Bij het gebruik van statische risicofactoren is het dus niet mogelijk om veranderingen in het risico van seksueel gewelddadig gedrag in kaart te brengen. Voor het bepalen van interventiedoelen en het evalueren van interventies zijn dynamische (criminogene) risicofactoren nodig, dat wil zeggen factoren die in de loop der tijd kunnen veranderen, zoals het psychisch functioneren. Dynamische factoren kunnen middels een gestructureerde inschatting, dat wil zeggen volgens expliciete richtlijnen die gebaseerd zijn op wetenschappelijke kennis, worden beoordeeld.

De *Sexual Violence Risk-20* (SVR-20) is een richtlijn voor risicotaxatie van seksueel gewelddadig gedrag (Nederlandse vertaling van het instrument: Hildebrand, de Ruiter & van Beek, 2001). In de SVR-20 zijn risicofactoren opgenomen die discrimineren tussen seksuele en niet-seksuele delinquenten alsook gerelateerd zijn aan gewelddadige en seksuele recidive bij zedendelinquenten (Hanson & Bussière,

1998). De SVR-20 is geen zuiver actuariel instrument, maar bestaat uit een uitgebreide handleiding voor een gestructureerde klinische beoordeling van de risicofactoren. Het instrument is ontwikkeld als richtlijn voor risicotaxatie bij alle typen zedendelinquenten. De SVR-20 draagt bij aan beslissingen omtrent verlof en behandeling, maar ook toezicht. Het instrument biedt aanknopingspunten voor behandeling omdat er een aantal belangrijke dynamische risicofactoren in zijn opgenomen, zoals een negatieve behandelhouding, minimaliseren, ontkennen en opvattingen die seksuele delicten vergoelijken. Uit een onderzoek van De Vogel, De Ruiter, Van Beek en Mead (2003) blijkt dat de SVR-20 over een goede betrouwbaarheid en predictieve validiteit beschikt. De voorspellende waarde van de risicotaxatie op basis van de SVR-20 is significant beter dan de voorspelling op basis van een zuiver actuariel instrument, de Static-99. Het instrument is dan ook geschikt voor risicohantering en het plannen van behandeling van zedendelinquenten. Een goede toepassing van de SVR-20 vereist professionele deskundigheid en klinische ervaring met de doelgroep (Hildebrand et al., 2001). Gebruikers dienen te beschikken over expertise in het uitvoeren van individuele diagnostiek alsook over recente wetenschappelijke kennis over seksueel gewelddadig gedrag en het voorspellen daarvan.

2.6 CONCLUSIES OP GROND VAN DE INTERNATIONALE LITERATUUR

Op basis van de internationale literatuur kan over het algemeen geconcludeerd worden dat interventies gebaseerd op cognitief gedragstherapeutische uitgangspunten en medicamenteuze interventies, een klein tot matig effect hebben op het terugdringen van seksuele recidive bij zedendelinquenten. Bij de interpretatie van de resultaten uit de tot nog toe verrichte effectstudies en meta-analyses moet echter rekening gehouden worden met een groot aantal methodologische beperkingen. Eenduidige resultaten met betrekking tot de effectiviteit van specifieke behandelprogramma's zijn dan ook niet voorhanden. Behandelprogramma's die veelbelovend zijn in het verminderen van recidive zijn gericht op de individuele criminogene behoeften van zedendelinquenten (zoals attitudes ten opzichte van seksueel geweld, een impulsieve levensstijl, een deviante seksuele voorkeur) en het aanleren van vaardigheden die aansluiten bij de leerstijl en de receptiviteit van de delinquent (Hanson et al., 2002). Zowel intramurale als ambulante cognitief gedragstherapeutische behandelprogramma's lijken seksuele recidive van zedendelinquenten te verminderen (Polizzi et al., 1999). Er dient echter rekening te worden gehouden met de heterogeniteit van de groep zedendelinquenten. Van de verschillende typen seksuele delinquenten lijken bijvoorbeeld verkrachters het minst te profiteren van verschillende interventies (Alexander, 1999; Emmelkamp et al., 2002). Daarnaast blijkt bij een subgroep zedendelinquenten waarbij sprake is

van hoge scores op de *Psychopathy Checklist Revised* (PCL-R) het risico op seksuele recidive hoger te zijn dan bij zedendelinquenten die minder hoog scoren op psychopathie (Hildebrand et al., 2004). Een mogelijke oorzaak hiervoor is dat dit type dader tijdens (groeps)behandeling gedrag en vaardigheden aanleert die het recidiverisico verhogen. Bij de indicatiestelling dient dan ook aandacht te worden besteed aan de mogelijke recidiverisico verhogende invloed van groepsbehandeling bij plegers die hoog scoren op de PCL-R (Seto & Barbaree, 1999).

2.7 STAND VAN ZAKEN IN NEDERLAND

2.7.1 Behandeling en behandel-effectiviteit

Tot in de jaren 80 van de vorige eeuw werden seksuele delinquenten in Nederland vrijwel uitsluitend behandeld in forensisch psychiatrische klinieken waar ter beschikking gestelden werden opgenomen (van der Linden & Steketee, 1999; Frenken et al., 1999). Eind jaren 80 kwamen er ambulante behandelprogramma's voor zedendelinquenten. Tegenwoordig vindt behandeling van deze groep delinquenten in Nederland dan ook zowel ambulante als residentiële plaats (Frenken et al., 1999). Er zijn ambulante programma's gericht op diverse subgroepen zedendelinquenten: (jeugdige) *first offenders*, pedoseksuele daders, exhibitionisten, zwakbegaafde zedendelinquenten. Vrijwel alle behandelingen bestaan uit cognitief gedragstherapeutische interventies waarin de preventie van seksuele recidive, het vergroten van slachtofferempathie en het veranderen van cognitieve vertekeningen centraal staan (Frenken et al., 1999). Aanvankelijk varieerden residentiële behandelmethoden in meer of mindere mate tussen de forensisch psychiatrische klinieken (Frenken et al., 1999). In de loop der tijd hebben cognitief gedragstherapeutische principes in de klinieken steeds meer invloed gekregen op de ontwikkeling van behandelprogramma's en ligt het accent binnen deze behandelingen veelal op het aanleren van gedrag ter voorkoming van recidive: *no cure but control* (van Beek, 1999).

Naar de effectiviteit van Nederlandse cognitief gedragstherapeutische behandelprogramma's voor zedendelinquenten is tot nu toe weinig onderzoek verricht. Ruddijs en Timmerman (2000) voerden een onderzoek uit naar de effectiviteit van een ambulante behandelprogramma voor zedendelinquenten. Het behandelprogramma is gebaseerd op cognitief gedragstherapeutische uitgangspunten en is onder meer gericht op het vergroten van de verantwoordelijkheid van de dader, het vergroten van slachtofferempathie, het vergroten van inzicht in risicoverhogende factoren, het veranderen van cognitieve vertekeningen en het aanleren van sociale vaardigheden en agressieregulatietechnieken. In het onderzoek van Ruddijs en Timmerman (2000) is gekeken naar het verschil in recidivecijfers tussen een groep

behandelde delinquenten en een onbehandelde vergelijkingsgroep. De groep behandelde delinquenten (experimentele groep; n = 99) werd gevormd door zedendelinquenten die door de Officier van Justitie voor behandeling waren aangemeld. Daders die behandeling niet startten en drop-outs werden van gegevensverwerking uitgesloten. De gegevens van de vergelijkingsgroep bestond uit strafdossierinformatie van zedendelinquenten die in de justitiële administratie van verschillende arrondissementen waren opgenomen. De gegevens van de vergelijkingsgroep (n = 56) en de behandelde groep (n = 56) werden gematcht op een aantal variabelen, waaronder leeftijd, type en aantal eerdere delicten en slachtofferkenmerken. Recidivecijfers werden verzameld middels informatie uit de Centrale Justitiële Documentatie (CJD). Voor de verzameling van recidivegegevens van de onderzoeksgroepen werd een follow-up tijd van minimaal twee jaar gehanteerd. De recidivecijfers bleken niet significant te verschillen tussen de experimentele groep (5% recidive) en de vergelijkingsgroep (2% recidive). Van de groep drop-outs recidiveerde 21%. Geconcludeerd werd dat de mate van recidive zowel in de experimentele als in de vergelijkingsgroep laag was, maar dat de interpretatie van de resultaten onder andere wordt belemmerd door de geringe recidive. Conclusies aangaande de effectiviteit van het ambulante behandelprogramma zouden dan ook voorbarig zijn. Verder onderzoek naar de effectiviteit van zowel ambulante als residentiële cognitief gedragstherapeutische behandelprogramma's voor zedendelinquenten dient plaats te vinden. Van Beek (1999) verrichte een onderzoek naar de bruikbaarheid van de delictscenarioprocedure in de behandeling van intramuraal opgenomen seksueel agressieve delinquenten. In een pilot-onderzoek werd de behandel-effectiviteit bij drie typen seksuele delinquenten (N = 20) onderzocht: seksualiserende plegers, wraakzuchtige plegers en antisociale plegers. Na een follow-up periode van ruim twee jaar, bleek geen van de plegers te recidiveren met een seksueel delict. De antisociale seksuele delinquenten bleken echter het meest te recidiveren met niet aan seksueel geweld gerelateerde delicten. Aan dit onderzoek kunnen, gezien de kleine aantallen personen in de drie groepen, geen definitieve conclusies worden verbonden. Grootschaliger onderzoek naar de effectiviteit van behandelingen voor zedendelinquenten is in Nederland tot nu toe niet verricht.

2.7.2 Inventarisatie behandelprotocollen

2.7.2.1 Resultaten

De projectgroep heeft vanaf 27 januari 2004 contactpersonen in verscheidene forensisch psychiatrische instellingen (zie Bijlage 6 voor een overzicht) aangeschreven en vervolgens telefonisch benaderd met het verzoek behandelprotocollen

en/of draaiboeken toe te sturen ten behoeve van de inventarisatie. De projectgroep heeft een drietal uitgewerkte behandelprotocollen voor daders van seksueel geweld ter inzage verkregen.³ De behandelprotocollen zullen hieronder kort worden beschreven en aan de hand van voornoemde criteria worden beoordeeld.

³ Hierbij dient vermeld te worden dat vanuit een aantal instanties bekend is gemaakt dat men wel over behandelprotocollen/draaiboeken beschikt, maar deze niet ter beschikking wil stellen aan derden of door derden wil laten beoordelen.

TABEL 2 BESCHRIJVENDE KENMERKEN VAN DE BEHANDELPROTOCOLLEN

Interventie	Doelgroep	Motiveringsfase	Duur en aantal sessies	Vorm	Minimaal opleidingsniveau trainers	Materiële voorzieningen
A	Intramuraal opgenomen patiënten met seksuele stoornissen.	Geen motiveringsfase aanwezig, in ieder geval wordt een dergelijke fase niet in het draaiboek beschreven.	Duur: ruim zes maanden, bestaande uit 27 sessies van 75 minuten die wekelijks plaatsvinden.	Psychomotorische therapie zowel in groepsverband als individueel toe te passen. In groepsverband; gesloten groep van maximaal zes deelnemers.	Het minimale opleidingsniveau van de trainer wordt niet in het draaiboek vermeld.	Draaiboek voor trainer, therapie(groeps)ruimte, warme (sport)kleding.
B	Intramuraal opgenomen patiënten met seksuele stoornissen of persoonlijkheidsstoornissen.	Geen motiveringsfase aanwezig, in ieder geval wordt een dergelijke fase niet in het draaiboek beschreven.	Duur: vijf maanden, bestaande uit ongeveer 20 bijeenkomsten die wekelijks plaatsvinden.	Groepsbehandeling; de bijeenkomsten worden gevormd door een groep van minimaal vier deelnemers en maximaal 10 deelnemers.	Het minimale opleidingsniveau van de (twee) trainers betreft een afgeronde opleiding tot psycholoog en/of psychotherapeut.	Draaiboek voor trainer, werkboek voor deelnemers, groepstherapie-ruimte, flap-over.
C	Seksuele delinquenten, in het bijzonder ontuchtplegers met een korte straf	Geen expliciete beschrijving van een motiveringsfase in het draaiboek, tijdens kennismakingsgesprek wordt wel aandacht besteed aan probleem-besef.	Het betreft een behandelprogramma van twee jaar, bestaande uit 25 sessies van twee-en-half uur, de eerste 10 sessies vinden wekelijks plaats, de volgende 12 om de twee weken. Tussen de 23e, 24e en 25e sessie zit een periode van een half jaar.	Groepsbehandeling; de bijeenkomsten worden gevormd door een semi-gestructureerde groep van ten hoogste acht deelnemers.	Hogere Beroeps Opleiding aangevuld met: introductiecursus reclas-sering, interne basis-cursus groepswork, cursus werken met groepen, cursus terug-valpreventie.	Draaiboek voor trainers, huiswerkopdrachten voor deelnemers, groeps-ruimte met video-apparaatuur die wekelijks en vervolgens tweewekelijks beschikbaar is.

TABEL 3 BEOORDELING VAN DE PROTOCOLLEN AAN DE HAND VAN DE CRITERIA VAN DE WERKGROEP INTERVENTIES

Interventie	Theoretisch en/of empirisch veranderingmodel	Risicoprincipe	Behoeftepincipe	Responsiviteitsprincipe	Terugvalpreventie, nazorg en resocialisatie	Effectstudies, evidence base, theoretische onderbouwing	Programma-integriteit	Monitoring van effect
A	Geen expliciete beschrijving van een theoretisch dan wel een empirisch veranderingmodel.	Geen onderscheid in risicogroepen. Wel inclusie- en exclusiecriteria.	Dynamische risicofactoren: vergroten inzicht in en controle over gevoelens en gedachten. Onduidelijk, maar wel waarschijnlijk aansluiten bij individuele behoeften.	Geen beschrijving van maatregelen voor verschillen in responsiviteit.	Geen beschrijving van terugvalpreventieplan, nazorg of resocialisatie, maar het betreft hier een intramurale interventie.	Geen effectstudies. Theoretische onderbouwing: behandelstrategieën zijn de defensieve functies en ervaringsgerichte stimulerende strategie van Petzold (1993) en Emck (1996).	Onduidelijk in hoeverre het protocol wordt uitgevoerd zoals in het in het draaiboek is beschreven.	Begin- en eind-evaluatie waarin gebruik wordt gemaakt van procesverslagen en een aantal zelfrapportagevragenlijsten m.b.t. de lichaams- waarneming en – beleving.
B	Het programma is gebaseerd op het delictscenario- en het terugvalpreventiemodel van Daan van Beek en Jules Mulder.	Geen onderscheid in risicogroepen. Wel indicaties en contra-indicaties.	Dynamische risicofactoren: vergroten inzicht in gedachten, gevoelens en gedrag; vergroten zelfcontrole, empathie, probleemoplossend vermogen, sociale netwerk en verantwoordelijkheidsgevoel.	Geen beschrijving van maatregelen voor verschillen in responsiviteit.	Een individueel terugvalpreventieplan waarin uitgebreid aandacht wordt besteed aan de individuele risicofactoren. Nazorg- en resocialisatie-elementen worden niet expliciet in het draaiboek beschreven.	Nog geen effectstudie. Het programma is gebaseerd op de delictscenario-procedure en het terugvalpreventiemodel.	Onduidelijk in hoeverre het protocol wordt uitgevoerd zoals in het draaiboek is beschreven.	Vijf 'terugkomst-bijeenkomsten': rapportages van oefeningen worden besproken en de 'toekomstketen' wordt eventueel bijgesteld. Afgesloten wordt met een evaluatie, echter het is niet duidelijk op welke manier deze evaluatie plaatsvindt. Onduidelijk of follow-up en effectmeting plaatsvinden.
C	Het betreft een inzichtgevend programma waarin gebruik wordt gemaakt van het delictscenario-model.	Door middel van de Static-99 worden risicogroepen onderscheiden. Daarnaast een aantal contra-indicaties.	Geen expliciete beschrijving van dynamische risicofactoren, onduidelijk of deze aansluiten bij individuele behoeften.	Geen beschrijving van maatregelen voor verschillen in responsiviteit.	Wel een individueel terugvalpreventieplan waarin nazorg en resocialisatie opgenomen worden. Summiere omschrijving van terugvalpreventie-elementen.	Nog geen effectstudie.	Onduidelijk in hoeverre het protocol wordt uitgevoerd zoals het in de handleiding is beschreven	Tussen-, eindevaluatie en follow-up vinden plaats. Onduidelijk op welke wijze evaluatie gevolgen heeft voor nazorg en monitoring.

Interventie A

In het draaiboek van interventie A wordt geen expliciete beschrijving gegeven van een theoretisch en/of empirisch veranderingsmodel. Gewerkt wordt vanuit een cognitief gedragstherapeutisch kader, waarbij gekozen is voor een steunende, directieve aanpak. Doel van de interventie is delictgevaarlijkheid te verminderen en derhalve deelnemers leren controle te krijgen over gevoelens, gedachten en gedragingen die leiden tot delictgedrag. In het draaiboek wordt geen onderscheid gemaakt in risicogroepen, wel wordt een aantal inclusie- en exclusiecriteria genoemd. Inclusiecriteria zijn: een afgeronde diagnostiek en een afgeronde delictscenarioprocedure. Exclusiecriteria zijn: risico op een psychotische decompensatie en de aanwezigheid van een schizotypische-, paranoïde en/of antisociale persoonlijkheidsstoornis.

De dynamische risicofactoren die de interventie beoogt te veranderen zijn het vergroten van de lichaamswaarneming en -beleving teneinde het inzicht in en de controle op gevoelens, gedachten en gedrag die leiden tot delictgedrag, te vergroten. De behandeldoelen worden individueel bepaald. In hoeverre met de responsiviteit van de deelnemers rekening wordt gehouden is niet duidelijk. In het draaiboek wordt geen beschrijving gegeven van terugvalpreventie, nazorg en resocialisatie, maar omdat het hier om een interventie gaat die evident deel uitmaakt van de intramurale behandeling is dit niet zo vreemd. Er zijn geen effectstudies verricht naar de interventie. De theoretische onderbouwing van de interventie kan gevonden worden in de oefengerichte functionele en ervaringsgerichte stimulerende strategieën van Petzold (1993) en Emck (1996). Onduidelijk is in hoeverre het protocol wordt uitgevoerd zoals het in het draaiboek is beschreven. Ten slotte wordt middels een begin- en eindmeting, waarin gebruik wordt gemaakt van procesverslagen en zelfrapportagevragenlijsten betreffende de lichaamswaarneming en -beleving, het verloop van de behandeling en de eindevaluatie in kaart gebracht. Door middel van de evaluatie van huiswerkopdrachten wordt de generalisatie van de resultaten in het dagelijks leven vastgesteld. In het draaiboek wordt geen follow-up procedure beschreven.

Interventie B

Interventie B is een groepsbehandeling waarin gebruik wordt gemaakt van de delictscenarioprocedure en het terugvalpreventiemodel (Van Beek & Mulder, 1991; Van Beek & Mulder, 1998). Aandacht wordt besteed aan het vergroten van inzicht in gevoelens, gedachten en gedrag, verantwoordelijkheid, probleemoplossend vermogen, het sociale netwerk en het hanteren van risicofactoren en -situaties. In de concrete interventies zien we elementen terug uit cognitief gedragstherapeutische technieken (bijvoorbeeld oefeningen gericht op het verminderen van ontkenning en minimalisering, oefeningen met betrekking tot slachtofferempathie en oefeningen gericht op de identificatie van cognitieve vertekeningen).

De groepsbehandeling is bedoeld voor intramuraal opgenomen delinquenten bij wie sprake is van seksuele stoornissen en/of persoonlijkheidsstoornissen. De deelnemers dienen reeds een delictketenmodule te hebben afgerond en zich op afzienbare tijd (maximaal drie maanden) met begeleid en/of onbegeleid verlof buiten de klinische setting te kunnen begeven. Contra-indicaties zijn: de aanwezigheid van psychotische symptomatologie, impulsiviteit, chaotisch gedrag en het niet kunnen functioneren in een groep.

De dynamische risicofactoren die de interventie beoogt te veranderen betreffen het vergroten van het probleemoplossend vermogen, het inzicht in de eigen gevoelens, gedachten en gedrag, verantwoordelijkheidsgevoel, slachtofferempathie en zelfcontrole. De individuele risicofactoren komen uitgebreid aan bod in een persoonlijk terugvalpreventieplan. De identificatie van verhoogde risicofactoren en het terugvalpreventieplan geven de aanzet tot het formuleren van de 'toekomstketen' (bestaande uit een signalenkaart en een plan van aanpak). Tijdens vijf 'terugkombijeenkomsten' worden rapportages van oefeningen besproken en worden de individuele toekomstketens eventueel bijgesteld. De eventuele nazorgmogelijkheden worden echter niet in de handleiding beschreven. In het draaiboek wordt niet expliciet vermeld dat rekening wordt gehouden met de leerstijl en de mogelijkheden van de cliënt, het responsiviteitsprincipe.

Wetenschappelijke evidentie voor de effectiviteit van dit specifieke behandelprogramma is nog niet voorhanden. De theoretische onderbouwing van het programma is daarentegen wel gebaseerd op de delictscenarioprocedure en het terugvalpreventiemodel. In hoeverre het protocol wordt uitgevoerd zoals het in het draaiboek is beschreven, is onbekend. Ten slotte wordt in het draaiboek niet beschreven of effectmeting en/of follow-up plaatsvindt.

Interventie C

Interventie C is een inzichtgevend programma waarin gebruik wordt gemaakt van de delictscenarioprocedure. Deze procedure is tevens het veranderingsmodel. Voorafgaand aan de behandeling wordt met behulp van de Static-99 (een zuiver actuaireel risicotaxatie-instrument) bepaald of het programma geschikt is voor een deelnemer. Het programma wordt te licht bevonden voor daders die in de risicocategorieën 'hoog gemiddeld' en 'hoog' vallen. Daarnaast wordt een aantal contra-indicaties genoemd, waaronder een IQ minder dan 80 en de aanwezigheid van meerdere typen delicten in het verleden.

De interventie richt zich op het vergroten van inzicht in het eigen gedrag, de omgeving en de gevolgen van gepleegd seksueel geweld voor het slachtoffer. Daarnaast wordt getracht de deelnemer verantwoordelijkheid te laten nemen voor het eigen gedrag, vaardigheden aan te leren die de deelnemer in staat stellen niet terug te vallen in seksueel delictgedrag en het sociale netwerk van elke deelnemer

te activeren. Onduidelijk is in hoeverre geoefend wordt met vaardigheden of op welke manier het sociale netwerk wordt ingeschakeld. Huiswerkopdrachten zijn zeer beknopt beschreven. De individuele risicofactoren komen aan bod in een persoonlijk terugvalpreventieplan. Het is niet duidelijk hoe gedetailleerd deze risicofactoren worden beschreven. In het terugvalpreventieplan wordt nazorg en resocialisatie opgenomen. De eventuele nazorgmogelijkheden worden echter niet in de handleiding beschreven. In het draaiboek wordt niet expliciet vermeld dat rekening wordt gehouden met de leerstijl en de mogelijkheden van de cliënt, het responsiviteitsprincipe.

Wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van dit protocol heeft tot nog toe niet plaatsgevonden. In hoeverre het protocol wordt uitgevoerd zoals het in de handleiding is beschreven, is onbekend. Ten slotte wordt het effect van de behandeling bij elke deelnemer geëvalueerd door middel van een tussen- en eindevaluatie waarbij trainers, de deelnemer, de vaste reclasseringsbegeleider en zo mogelijk een persoon uit het sociale netwerk van de deelnemer, aanwezig zijn. Nazorg en monitoring worden tijdens de follow-up besproken.

Interventie X

Niet opgenomen in de bovenstaande tabel, omdat de projectgroep enkel beschikt over een beschrijving van het behandelprogramma en niet over het uitgewerkte protocol, is een interventie van de *Correctional Service of Canada*. De interventie bestaat uit een aantal cognitief gedragstherapeutische behandel-elementen en is bedoeld voor zedendelinquenten die veroordeeld zijn voor een seksueel delict of een seksueel delict hebben bekend zonder daarvoor veroordeeld te zijn. De interventie bevat onder meer het aanleren van zelfmanagement, de aanpak van cognitieve vertekeningen, leren omgaan met emoties, het bevorderen van slachtofferempathie en sociaal functioneren en de aanpak van deviante seksuele fantasieën en opwinding. Gebruik wordt gemaakt van een 'menu' benadering, dat wil zeggen dat expliciet aandacht wordt besteed aan de criminogene behoeften en de risicofactoren die geassocieerd worden met het gedrag van de individuele dader, hetgeen overeenkomt met de principes van de 'What works' benadering uit Hoofdstuk 1. Het behandelprogramma bevat zowel een groeps gedeelte als individuele sessies en is bedoeld voor delinquenten die over een matig recidiverisico beschikken, gemeten met de Static-99. De duur van het programma beslaat vier tot vijf maanden waarbij minimaal 10 uur per week aan groepsbehandeling wordt besteed en twee individuele sessies gedurende het gehele programma plaatsvinden. Ten slotte wordt tijdens de laatste fase van het behandelprogramma aandacht besteed aan nazorg, deelnemers worden onder meer begeleid in het navolgen en herzien van zelfmanagement-plannen. De projectgroep beschikt slechts over een korte beschrijving van het behandelprogramma. Effectonderzoek naar het programma

heeft nog niet plaatsgevonden. Nadere bestudering van het uitgewerkte draaiboek of protocol is geïndiceerd teneinde de waarde van het programma nauwkeuriger te bepalen.

2.8 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

2.8.1 Aanbevelingen ten aanzien van de opzet van een behandelprotocol seksueel geweld

De geprotocolleerde behandeling van daders van seksueel geweld is in binnen- en buitenland al redelijk ontwikkeld. Interventies die afgestemd zijn op de individuele dynamische risicofactoren van de delinquent hebben de beste papieren. De heterogeniteit van de groep seksuele delinquenten wordt in de onderzoeksliteratuur echter geen recht gedaan: in meta-analyses worden alle zedendelinquenten bij elkaar genomen, terwijl er grote onderlinge verschillen zijn in risico, behoefte en responsiviteit. Zo kan men bijvoorbeeld psychopathie als een responsiviteitsfactor beschouwen waarmee terdege rekening moet worden gehouden in de planning van de behandeling. In de paragraaf 'Aanbevelingen voor wetenschappelijk onderzoek' komen wij terug op deze tekortkomingen van het huidige effectiviteitsonderzoek. Op grond van ons literatuuroverzicht en de bestudeerde behandelprotocollen, geven wij de volgende aanbevelingen voor de opzet van een behandelprotocol voor seksueel geweld.

Fase 1: Diagnostiek, risicotaxatie, motivering en indicatiestelling

Voorafgaand aan de daadwerkelijke behandeling van risicofactoren voor seksueel geweld dient in een diagnostische fase aandacht besteed te worden aan een inventarisatie van de belangrijkste risicofactoren voor delicttherhaling in het geval van deze specifieke dader. In het behandelprotocol staat dan ook een gestructureerd risicotaxatie-instrument voor seksueel geweld beschreven. De SVR-20 zou een geschikt instrument hiervoor kunnen zijn, omdat er reeds evidentie voorhanden is voor de betrouwbaarheid en validiteit bij Nederlandse zedendelinquenten (De Vogel et al., 2003; De Vogel, De Ruiters, Van Beek & Mead, 2004). In het protocol staat ook aangegeven welke andere diagnostische instrumenten geschikt zijn om risicofactoren vast te stellen. Motiveringstechnieken en het vergaren van hetero-anamnestiche gegevens zijn een onderdeel van deze fase in het protocol. Het identificeren van risicofactoren voor drop-out is belangrijk om dit eventueel te kunnen voorkomen.

Het einddoel van deze fase is het opstellen van een lijst met dynamische risicofactoren, die in de behandeling aan bod zullen komen middels een modulair behandelaanbod.

VOORBEELDCASUS: JAN

Uit de bevindingen van de eerste fase blijkt dat bij Jan de volgende risicofactoren een rol spelen bij de seksuele aanrandingen die hij heeft gepleegd:

- Vrouwonvriendelijke opvattingen en boosheid jegens vrouwen in het algemeen
- Drugsverslaving (cocaïne en xtc)
- Zwakke sociale vaardigheden
- Problemen in intieme relaties (gehechtheid, afstand-nabijheid)

Fase 2: Behandeling van de individuele risicofactoren via modules, opstellen terugvalpreventieplan

Het protocol dient te bestaan uit interventies die gericht zijn op verandering van de individuele risicofactoren. Deze interventies worden modulair aangeboden, zodat aan een individuele cliënt een behandeling op maat gegeven kan worden. De afzonderlijke modules kunnen uit één of meerdere sessies bestaan. Modules hoeven niet alleen betrekking te hebben op psychotherapeutische interventies, maar kunnen zich ook richten op lichaamsbeleving (bijvoorbeeld ontspanningsoefeningen) of medicamenteuze behandeling. De laatste module van de behandeling is de module terugvalpreventieplan, waarin het individuele delictscenario met de bijbehorende risicofactoren staat beschreven, en tevens hoe de cliënt een terugval kan voorkomen. Tenslotte staan hierin afspraken met betrekking tot nazorg en follow-up.

Voor de behandeling van daders van seksueel geweld zijn onder andere modules gericht op de volgende risicofactoren relevant:

- Verwerking eigen slachtofferschap
- Middelenmisbruik en –verslaving
- Sociale en relationele vaardigheden
- Impulsiviteit
- Emotie- en agressiehantering
- Attituden die seksueel geweld tegen vrouwen goedpraten
- Deviante seksuele voorkeur
- Hyperseksualiteit, seksuele preoccupatie
- Antisociale levensstijl

VERVOLG VOORBEELDCASUS: JAN

Voor Jan zijn onder andere de volgende modules geïndiceerd:

- Middelenmisbruik
- Sociale vaardigheidstraining
- Interventies gericht op cognitieve vervormingen, empathietraining
- Interventies gericht op gehechtheidsproblematiek (bijv. schematherapie van Young)
- Terugvalpreventieplan

Fase 3: Nazorg en follow-up

In de derde fase vindt nazorg in de vorm van boostersessies plaats waarin problemen met (dreigende) terugval worden doorgenomen. Mogelijk dient het preventieplan te worden bijgesteld op grond van nieuwe inzichten en ervaringen. Indien nodig kan in overleg met de cliënt besloten worden om een module te herhalen of een nieuwe module te volgen. Na 1 jaar vindt een follow-up plaats waarbij de instrumenten die in Fase 1 gebruikt zijn opnieuw worden afgenomen, c.q. gescoord door een professional. Tevens worden dan recidivegegevens bij de politie opgevraagd.

De behandelprotocollen die in Nederland reeds zijn ontwikkeld, onder andere door Van Beek (1999) kunnen als vertrekpunt dienen voor een te ontwikkelen modulair behandelplan, waarin alle fasen, met de bijbehorende instrumenten, zijn opgenomen.

2.8.2 Aanbevelingen ten aanzien van effectiviteitsonderzoek naar de behandeling van seksueel geweld

Zoals hierboven reeds aangegeven kent de onderzoeksliteratuur op het gebied van de effectiviteit van interventies voor daders van seksueel geweld een aantal tekortkomingen. Als in Nederland effectiviteitsonderzoek wordt opgezet, dienen daarbij geschikte onderzoeksdesigns gebruikt te worden, die heldere conclusies mogelijk maken. Een niet-behandelde controlegroep is waarschijnlijk in de praktijk onhaalbaar. Wat wel haalbaar is, is *at random* toewijzing aan verschillende behandelcondities, die vervolgens onderling worden vergeleken op hun effectiviteit. Het is van groot belang om effectiviteitsonderzoek te verrichten bij enigszins homogene groepen seksuele delinquenten. Het heeft niet zoveel zin om in een onderzoek verkrachters en pedoseksuele daders met elkaar te vergelijken omdat zij te zeer verschillen qua risicoprofiel (de soort en ernst van de risicofactoren) en responsiviteit. Bovendien biedt onderzoek met redelijk homogene groepen de enige mogelijkheid om echt iets te leren over wat werkt bij een bepaalde groep zedendelinquenten.

Voor professionals die in de praktijk werkzaam zijn in de behandeling van daders van seksueel geweld (of welke andere vorm van geweld dan ook), is het vaak moeilijk om tijd vrij te maken om de wetenschappelijke literatuur bij te houden en de eigen behandelmethoden up-to-date te maken en te houden. Ondanks dat zijn er gelukkig binnen het Nederlandse taalgebied een aantal behandelaars van seksuele delinquenten die hun expertise via publicaties aan anderen ter beschikking stellen. Zonder te pretenderen volledig te zijn noemen wij hier de namen van Daan van Beek, Jules Mulder, Ruud Bullens, Jan Hendriks, Paul Cosyns, Luk Gijs, Jos Buschman en Dirk de Doncker. De Vereniging voor Forensische Seksuologie is al een groot aantal jaren actief in het overdragen van kennis op dit terrein. Ons inziens is

de tijd meer dan rijp voor het opzetten van gedegen ontworpen effectiviteitsonderzoek, waarmee de kennis over wat werkt in de behandeling van zedendelinquenten kan worden verfijnd.

2.9 LITERATUUR

- Andrews, D.A., & Bonta, J. (1998) (2nd edition). *The psychology of criminal conduct*. Cincinnati, OH: Anderson.
- Alexander, M.A. (1999). Sexual offender treatment efficacy revisited. *Sexual Abuse*, 11, 101-116.
- Van Beek, D.J. (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*. Arnhem: Gouda Quint.
- Van Beek, D.J., & Mulder, J. (1991). De plaats van het delictscenario in de behandeling van seksueel agressieve delinquenten. *Directieve Therapie*, 11, 4-18.
- Van Beek, D.J., & Mulder, J. (1998). The treatment of sexually aggressive offenders in de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek: A forensic psychiatric institute in the Netherlands. In: W.L. Marshall, Y.M. Fernandez, S.M. Hudson & T. Ward (Eds.), *Sourcebook of treatment programs for sexual offenders* (pp. 203-219). New York: Plenum Press.
- Van Beek, D.J. & de Ruiter, C. (2003). De psychotherapeutische behandeling van de pedoseksuele delinquent in een forensisch psychiatrische kliniek: Een integratieve aanpak. In: R.W. Trijsburg, S. Colijn, E. Collumbien, & G. Lietaer (Eds.), *Handboek integratieve psychotherapie* (pp. 1-28). Utrecht: De Tijdstroom.
- Blair, R.J.R. (2003). Facial expressions, their communicatory functions and neurocognitive substrates. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London, Series B, Biological Sciences*, 385, 561-572.
- Blanchette, K. (1996). *Evaluation, traitement et risque de recidive des delinquents sexuels: Analyse de la documentation*. Division de la recherche Service Correctionnel du Canada.
- Bradford, J.M.W. (2000). The treatment of sexual deviation using a pharmacological approach. *The Journal of Sex Research*, 37, 248-257.
- Carich, M.S., & Stone, M.H. (2001). Offenders – using relapse intervention strategies to treat sexual offenders. *The Journal of Individual Psychology*, 57, 26-36.
- Carich, M.S., Newbauer, J.F., & Stone, M.H. (2001). Offenders – Sexual offenders and contemporary treatments. *The Journal of Individual Psychology*, 57, 3-17.
- Emmelkamp, P., Emmelkamp, J., De Ruiter, C., & De Vogel, V. (2002). Effectiviteit van psychotherapeutische behandeling bij plegers van seksueel geweld. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 32, 134-145.

- Frenken, J, Gijs, L, & Van Beek, D. (1999). Sexual offender research and treatment in the Netherlands. *Journal of Interpersonal Violence, 14*, 347-371.
- Frenken, J. (2002). Strafbare seksualiteit en seksueel deviant gedrag: Definities en prevalenties. *Tijdschrift Klinische Psychologie, 32*, 6-12.
- Gallagher, C.A., Wilson, D.B., Hirschfield, P., Coggeshall, M.B., & MacKenzie, D.L. (1999). A quantitative review of the effects of sex offender treatment on sexual reoffending. *Corrections Management Quarterly, 3*, 19-29.
- Gijs, L., & Gooren, L. (1996). Hormonal and psychofarmacological interventions in the treatment of paraphilias: An update. *The Journal of Sex Research, 33*, 273-290.
- Hall, G.C.N. (1995). Sexual offender recidivism revisited: A meta-analysis of recent treatment studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 802-809.
- Hanson, R.K., & Bussière, M.T. (1996). *Predictors of sexual recidivism: A meta-analysis*. Ottawa: Public Works and Government Services Canada.
- Hanson, R.K., & Bussière, M.T. (1998). Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 348-362.
- Hanson, R.K., Gordon, A., Harris, A.J.R., Marques, J.K., Murphy, W., Quinsey, V.L., & Seto, M.C. (2002). First report of the collaborative outcome data project on the effectiveness of psychological treatment for sex offenders. *Sexual Abuse, 14*, 169-194.
- Hanson, R.K., & Thornton, D. (2000). Improving risk assessment for sex offenders: A comparison of three actuarial scales. *Law and Human Behavior, 24*, 119-136.
- Harris, G.T., Rice, M.E., & Quinsey, V.L. (1998). Appraisal and management of risk in sexual aggression: Implications for criminal justice policy. *Psychology, Public Policy, and Law, 4*, 73-115.
- Hildebrand, M., de Ruiter, C., & van Beek, D. (2001). *SVR-20: Richtlijnen voor het beoordelen van het risico van seksueel gewelddadig gedrag*. [SVR-20: Guidelines for the assessment of risk of sexual violence]. Utrecht, The Netherlands: Forum Educatief.
- Hildebrand, M., de Ruiter, C., & Nijman, H. (2004). PCL-R psychopathy predicts disruptive behavior among male offenders in a Dutch forensic psychiatric hospital. *Journal of Interpersonal Violence, 19*, 13-29.
- Hildebrand, M., de Ruiter, C., & de Vogel, V. (2004). Psychopathy and sexual deviance in treated rapists: Association with sexual and nonsexual recidivism. *Sexual Abuse, 16*, 1-24.
- Van Hunsel, F., & Cosyns, P. (2002). Biomedische interventies bij plegers van seksueel geweld. *Tijdschrift Klinische Psychologie, 32*, 120-133.
- Linden, P. van der, & Steketee, M. (1999). *Daderhulpverlening in Nederland: Inventarisatie van hulpaanbod en preventie voor plegers van seksueel en huiselijk geweld*. Utrecht: Transact.

- Looman, J., Abracen, J., & Nicholaichuk, T. (2000). Recidivism among treated sexual offenders and matched controls. *Journal of Interpersonal Violence, 15*, 297-290.
- Mailloux, D.L., Abracen, J., Serin, R., Cousineau, C., Malcolm, B., & Looman, J. (2003). Dosage of treatment to sexual offenders: Are we overprescribing? *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 47*, 171-184.
- Maletzky, B.M., & Field, G. (2003). The biological treatment of dangerous sexual offenders – A review and preliminary report of the Oregon pilot depo-Provera program. *Aggression and Violent Behavior, 8*, 391-412.
- Marshall, W.L. (1998). Adult sexual offenders. In: A.S. Bellack, & M. Hersen (Eds.), *Comprehensive Clinical Psychology, volume 9* (pp. 407-420). Oxford: Pergamon.
- Marshall, W.L. (1999). Current status of North American assessment and treatment programs for sexual offenders. *Journal of Interpersonal Violence, 14*, 221-239.
- Marshall, W.L., & Fernandez, Y.M. (2003). Sexual preferences – Are they useful in the assessment and treatment of sexual offenders? *Aggression and Violent Behavior, 8*, 131-144.
- Marshall, W.L., & McGuire, J. (2003). Effect sizes in the treatment of sexual offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 47*, 653-663.
- Marshall, W.L., & Serran, G.A. (2000). Current issues in the assessment and treatment of sexual offenders. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 7*, 85-96.
- Marques, J.K. (1999). How to answer the question 'Does sex offender treatment work?' *Journal of Interpersonal Violence, 14*, 437-451.
- McGuire, J. (Ed.) (2002). *Offender rehabilitation and treatment: Effective programmes and policies to reduce re-offending*. Chichester, UK: Wiley.
- Nicholaichuk, T., Gordon, A., Gu, D., & Wong, S. (2000). Outcome of an institutional sexual offender treatment program: A comparison between treated and matched untreated offenders. *Sexual Abuse, 12*, 139-153.
- Polaschek, D.L.L. (2003). Special section: Current developments in the assessment and treatment of sexual offenders – relapse prevention, offense process models, and the treatment of sexual offenders. *Professional Psychology, Research and Practice, 34*, 361-367.
- Polizzi, D.M., MacKenzie, D.L., & Hickman, L.J. (1999). What works in adult sex offender treatment? A review of prison- and non-prison-based treatment programs. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 43*, 357-374.
- Prentky, R.A. & Burgess, A.W. (2000). *Forensic management of sexual offenders*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Quinsey, V.L., Khanna, A., & Malcolm, P.B. (1998). A retrospective evaluation of the regional treatment centre sex offender treatment program. *Journal of Interpersonal Violence, 13*, 621-624.

- Quinsey, V.L., Harris, G.T., Rice, M.E., & Lalumière, M.L. (1993). Assessing treatment efficacy in outcome studies of sex offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 8, 512-523.
- Reilly, D., Delva, N.J., & Hudson, R.W. (2000). Protocols for the use of Cyproterone, Medroxyprogesterone and Leuprolide in the treatment of paraphilia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 559-563.
- Rösler, A., & Witzum, E. (2000). Pharmacotherapy of paraphilias in the next millennium. *Behavioural Sciences and the Law*, 18, 43-56.
- Ruddijs, F.M.J., & Timmerman, H. (1999). *De STAPP-methode, een stap verder in de poliklinische behandeling van plegers van seksueel geweld: Vergelijkende studie naar recidive van plegers van seksueel geweld na een behandeling volgens de STAPP-methode*. Groningen: Stichting Ambulante Preventie Programma's.
- Seto, M., & Barbaree, H. (1999). Psychopathy, treatment behavior, and sex offender recidivism. *Journal of Interpersonal Violence*, 14, 1235-1248.
- Sherman, L., Gottfredson, D., MacKenzie, D.L., Eck, J., Reuter, P., & Bushway, S. (1997). *Preventing crime: What works, what doesn't, what's promising*. Report to the U.S. Congress, Washington DC.
- Vlachos, S.T.W. (2003). *De effectiviteit van biomedische interventies bij de behandeling van zedendelinquenten*. Programmagroep Klinische Psychologie, Universiteit van Amsterdam (afstudeerscriptie).
- De Vogel, V., De Ruiter, C., Van Beek, D., & Mead, G. (2003). De waarde van gestructureerde risicotaxatie: een retrospectief empirisch onderzoek bij behandelde seksuele delinquenten. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 58, 9-29.
- De Vogel, V., De Ruiter, C., Van Beek, D., & Mead, G. (2004). Predictive validity of the SVR-20 and Static-99 in a Dutch sample of treated sex offenders. *Law and Human Behavior*, 28, 235-251.

3 Behandeling van daders van relationeel geweld

3.1 INLEIDING

Huiselijk geweld omvat verschillende vormen van geweld die door een persoon uit de huiselijke kring van het slachtoffer worden gepleegd. Het is een veel voorkomende vorm van geweld in de samenleving (Ministerie van Justitie, 2002). Huiselijk geweld betreft veelal relationeel geweld, maar ook kindermishandeling valt eronder. Relationeel geweld omvat het uitoefenen van lichamelijk, seksueel en/of geestelijk geweld van een van beide partners ten opzichte van de ander (Vest, Catlin, Chen & Brownson, 2002). Lichamelijk geweld omvat onder andere slaan, schoppen en de partner dwingen bepaalde dingen te doen (Veen & Vlachos, 2003). Seksueel geweld betreft verkrachting, aanranding en andere vormen van gedwongen seks. Voorbeelden van geestelijk geweld zijn onder meer kleineren, vernederen, sociaal isoleren en dreigen met geweld. In de meeste gevallen wordt relationeel geweld gepleegd door mannelijke daders en betreft het een combinatie van lichamelijk, geestelijk en seksueel geweld. De jaarlijkse prevalentie van vrouwelijke slachtoffers van relationeel geweld bedraagt in de Verenigde Staten 1,8%. In een onderzoek van Vest et al. (2002) is een incidentie van 2,3% gevonden voor fysiek en seksueel partnermisbruik in het jaar 2001. De lifetime-prevalentie werd in ditzelfde onderzoek geschat op 25,5 % tot 40%. Uit een eerder grootschalig steekproefonderzoek in de algemene Nederlandse bevolking (Van Dijk, 1997) komt naar voren dat 27% van de ondervraagden ooit slachtoffer is geweest van huiselijk geweld dat wekelijks of dagelijks voorkwam.

Relationeel geweld is een veel voorkomende oorzaak van lichamelijk letsel bij vrouwen. De kosten lopen per jaar bij justitie, politie, medische zorg en geestelijke gezondheidszorg in de miljoenen (Korf, 1997). Slachtoffers kunnen onder meer een slechte lichamelijke en geestelijke gezondheid vertonen. De laatste jaren is het maatschappelijk bewustzijn over de ernst van geweld in huiselijke kring toegenomen (Van Lawick & Groen, 2003). Teneinde het vóórkomen van relationeel geweld te verminderen, zijn vanaf de jaren 70 van de vorige eeuw in de Verenigde Staten en in Canada, verschillende psychologische interventies voor daders ontwikkeld (Scott & Wolfe, 2000). In Nederland is deze ontwikkeling later op gang gekomen (Van der Linden en Steketee, 1999). Daarnaast is in Nederland, in tegenstelling tot de Verenigde Staten en Canada, tot nu toe weinig onderzoek verricht naar de effectiviteit van behandelprogramma's voor daders van relationeel geweld.

Doel van dit hoofdstuk is het geven van een overzicht van de verschillende programma's in binnen- en buitenland. Allereerst volgt een kort overzicht van de verschillende typen behandeling en behandelmodulen en worden de bevindingen met betrekking tot behandel-effectiviteit uit de internationale literatuur besproken. Ten slotte wordt een overzicht gepresenteerd van de huidige stand van zaken in Nederland voor wat betreft het interventie-aanbod en het effectiviteitsonderzoek.

3.2 BEHANDELING VAN DADERS VAN RELATIONEEL GEWELD: BEVINDINGEN UIT DE INTERNATIONALE LITERAATUUR

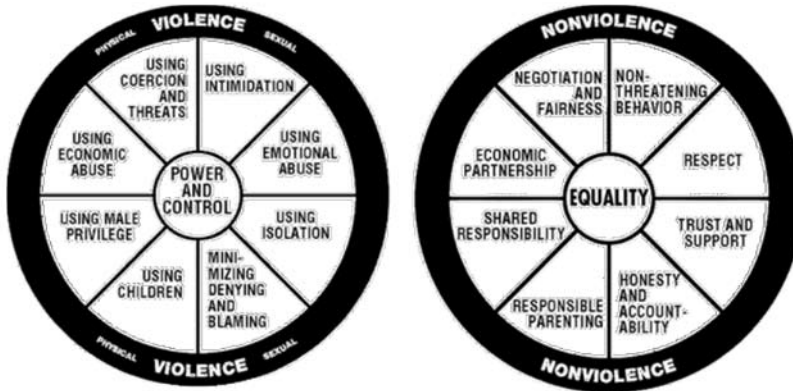
3.2.1 Interventiemethoden

Verschillende interventies zijn ontwikkeld en toegepast bij daders van relationeel geweld teneinde partnermishandeling tegen te gaan. De eerste behandelprogramma's zijn gebaseerd op een psycho-educationeel model, het model van Duluth (Ashcroft, Daniels & Hart, 2003). Daarnaast zijn ook cognitief gedragstherapeutische interventies ontwikkeld. In deze paragraaf volgt een kort overzicht van de belangrijkste behandelcomponenten voor daders van relationeel geweld.

3.2.1.1 Het model van Duluth

De meest gebruikte behandelprogramma's voor daders van relationeel geweld zijn gebaseerd op het model van Duluth (Pence & Paymar, 1993). Dit model heeft zijn grondslag in het feministische denken: relationeel geweld zou het gevolg zijn van een patriarchale ideologie waarin het uitoefenen van controle op partners wordt aangemoedigd (Ashcroft et al., 2003). In het model van Duluth wordt ervan uitgegaan dat daders van relationeel geweld acht tactieken gebruiken om controle en macht over hun partner te verkrijgen en te behouden. Deze tactieken bestaan bijvoorbeeld uit intimiderend gedrag, dwingend en dreigend gedrag, geestelijke mishandeling, het isoleren van de partner, bagatelliseren, ontkennen en de schuld aan het slachtoffer geven, het uitbuiten van de economische macht en seksuele intimidatie (zie figuur 1). Tegenover de acht machts- en controle tactieken staan een achttal gedragingen die de basis vormen voor een gelijkwaardige, respectvolle relatie. Deze bestaan onder andere uit het respecteren van de partner, het vertrouwen en ondersteunen van de partner, eerlijkheid en het nemen van verantwoordelijkheid (zie Figuur 1). In behandelprogramma's die gebaseerd zijn op het model van Duluth leren daders machts- en controletactieken af en wordt hen gedrag aangeleerd dat leidt tot een gelijkwaardige, niet-gewelddadige relatie.

FIGUUR 1 HET MACHTS- EN CONTROLE WIEL EN HET GELIJKHEIDSWIEL



Overgenomen uit: Pence & Paymar (1993)

3.2.1.2 Cognitief gedragstherapeutische interventies

Naast behandelprogramma's gebaseerd op het model van Duluth zijn tevens cognitief gedragstherapeutische behandelingen ontwikkeld, waarin het geweld-dadige gedrag zelf de primaire focus van de behandeling vormt. In deze paragraaf volgt een overzicht van de belangrijkste cognitief gedragstherapeutische interventies voor daders van relationeel geweld.

Ontkenning en minimalisering Partnermishandelaars bagatelliseren of ontkennen vaak (de ernst van) het relationele geweld (van der Linden & Steketee, 1999; Saunders, 2001). Essentieel voor de behandeling is dat daders van relationeel geweld verantwoordelijkheid nemen voor het gewelddadige gedrag (Scott & Wolfe, 2000). Cognitief gedragstherapeutische interventies zijn dan ook gericht op het bewustmaken van de ernst van het geweld teneinde het verantwoordelijkheidsgevoel voor het eigen gedrag van daders te laten toenemen. Daders wordt bijvoorbeeld gevraagd het gepleegde geweld te beschrijven alsook de gevolgen van hun gewelddadige gedrag te benoemen. Daarnaast wordt aandacht besteed aan een uitbreiding van de definitie van gewelddadig gedrag, zodat daders daar ook sociale isolatie en verbaal geweld onder leren verstaan. Al dan niet in groepsverband wordt daders door middel van confronterende en uitdagende technieken geleerd verantwoordelijkheid te nemen voor het gewelddadige gedrag.

Cognitieve vertekeningen Daders van relationeel geweld beschikken veelal over denkbeelden die relationeel geweld bevorderen (Ashcroft et al., 2003; Saunders,

2001). In veel gevallen hebben zij een vertekend beeld van de bedoelingen die ten grondslag liggen aan het gedrag van de partner (Saunders, 2001). Een voorbeeld daarvan is de partner te verdenken van ontrouw of overspel wanneer zij later thuis komt dan van tevoren gepland of afgesproken is. Negatieve attributies ten aanzien van het gedrag van de partner leiden tot negatieve emoties welke uiteindelijk resulteren in het plegen van relationeel geweld. Cognitieve herstructureringstechnieken zijn gericht op het veranderen van cognitieve vertekeningen en daarmee op het reduceren van de boosheid die door negatieve gedachten wordt opgeroepen. De dader wordt onder andere geleerd cognitieve vertekeningen te herkennen en te vervangen door adequate denkpatronen. Rigide en inadequate attitudes ten opzichte van sekserolpatronen worden op deze manier beïnvloed.

Alternatief gedrag Om relationeel geweld te voorkomen worden daders alternatieve gedragingen aangeleerd die het gewelddadige gedrag vervangen, zoals agressiehanteringsstrategieën en conflicthanteringsstrategieën (Ashcroft et al., 2003; van der Linden & Steketee, 1999). Daders wordt geleerd alarmsignalen van agressie bij zichzelf te herkennen en vervolgens onder andere time-out procedures, ontspanningsoefeningen en gedachtenstop-procedures toe te passen. In veel gevallen is sprake van een gebrek aan constructieve communicatieve vaardigheden. Daders worden dan ook vaak conflictoplossings- en communicatieve vaardigheden aangeleerd. Hieronder valt bijvoorbeeld het leren luisteren naar de partner, de partner tijdens een conflict laten uitspreken, zich in het gezichtspunt van de partner inleven en de eigen negatieve emoties leren uit te spreken zonder agressief te worden (Scott & Wolfe, 2000).

Groepsbehandeling Omdat slachtoffers van relationeel geweld in veel gevallen blijven samenleven met de dader of na aanvankelijke plannen om te scheiden terugkeren bij de dader, zijn daders vaak matig gemotiveerd om hulp te zoeken (Warnaar & Wegelin, 2003). Mede omdat daders vaak emotioneel geïsoleerd zijn, heeft een groepsbehandeling meestal de voorkeur (Sonkin, 2000). Een groepsbehandeling maakt onder meer mogelijk dat het sociale netwerk van de dader wordt uitgebreid, schaamtegevoelens gereduceerd kunnen worden en modeling, feedback en groepsconfrontatie kunnen plaatsvinden (van der Linden & Steketee, 1999).

3.2.1.3 Gecombineerde interventiemethoden

De meerderheid van het interventie-aanbod is gebaseerd op de idee dat relationeel geweld meerdere oorzaken kent en behandeling derhalve op een combinatie van psycho-educatie (model van Duluth), cognitief gedragstherapeutische technieken

en individuele behoeften gericht dient te zijn. De meeste behandelprogramma's voor daders van relationeel geweld bestaan dan ook uit een combinatie van cognitief gedragstherapeutische technieken en elementen van het Duluth model en zijn gericht op zowel psycho-educatie met betrekking tot sekserolpatronen en macht- en controlestrategieën als op het aanleren van gedragsalternatieven, empathie-training, het aanleren van verantwoordelijkheid voor het eigen gedrag en het versterken van de communicatieve vaardigheden (Warnaar & Wegelin, 2003).

3.3 EFFECTIVITEIT VAN INTERVENTIES

3.3.1 Beperkingen van effectstudies

In de Verenigde Staten en in Canada is veelvuldig onderzoek verricht naar de effectiviteit van cognitief gedragstherapeutische groepsbehandelingen voor daders van relationeel geweld (Veen & Vlachos, 2003). Tussen deze onderzoeken is sprake van veel variatie in de gehanteerde methodologie alsook in de resultaten. In een studie van Dunford (2000) naar de effectiviteit van cognitief gedragstherapeutische interventies werd gebruik gemaakt van een controleconditie bestaande uit daders van relationeel geweld die zich op een wachtlijst voor behandeling bevonden. Uit de resultaten kwam geen significant verschil in behandel-effectiviteit naar voren tussen daders in de behandelingscondities en daders in de controleconditie. Daarentegen blijkt uit een studie van Gondolf en Snow-Jones (2001) dat het recidiverisico van daders van relationeel geweld die een cognitief gedragstherapeutische behandeling volledig voltooiden, lager was dan voor daders die behandeling voortijdig stopten. Opvallend is daarbij dat de duur van de behandeling niet significant van invloed was op de effectiviteit van de behandeling. Tutty, Bidgood, Rothery en Bidgood (2001) evalueerden vijftien behandelingsgroepen ($n = 104$). Daders die behandeling voltooiden bleken na de behandeling significant te verbeteren op probleemoplossende vaardigheden, zelfvertrouwen, attitude ten opzichte van vrouwen, 'locus of control' en communicatieve vaardigheden. Daarbij bleek dat de daders na behandeling significant lager scoorden op schalen voor fysieke mishandeling en geestelijke mishandeling. Echter, bij de interpretatie van de resultaten van Gondolf en Snow-Jones (2001) en Tutty et al. (2001) dient rekening te worden gehouden met het ontbreken van controlecondities. De recidivecijfers blijken lager te zijn voor behandelde mannen in vergelijking met drop-outs (Gondolf & Snow-Jones, 2001).

Het vergelijken van drop-out gegevens met gegevens van daders die behandeling voltooiden, bemoeilijkt de interpretatie van onderzoeksresultaten uit effectonderzoeken. De motivatie van daders van relationeel geweld voor behandeling is vaak laag en het percentage drop-outs is relatief hoog (Veen & Vlachos, 2003).

Rond de 30% van de daders staakt de behandeling voortijdig (Dalton, 2001; Dunford, 2000; Gelles, 2001; Tutty et al., 2001). Uit eerder onderzoek blijkt dat daders die de behandeling niet volledig afmaken, verschillen van daders die dat wel doen (Daly & Pelowski, 2000). Dalton (2001) vond dat drugsgebruik en werkloosheid significante voorspellers van drop-out waren. In een onderzoek van Buttell en Carney (2002) onderscheidde drop-outs zich door een oudere leeftijd. Tevens waren deze daders significant vaker doorverwezen voor behandeling naar aanleiding van een arrestatie. In een onderzoek van Gordon en Moriarty (2003) bleek dat daders die voortijdig met behandeling stopten significant vaker recidiveerden in vergelijking met daders die behandeling afronden of meer sessies bijwoonden.

Bij de interpretatie van onderzoeksgegevens kan ook sociale wenselijkheid een hinderlijke rol spelen (Veen & Vlachos, 2003). Een sociaal wenselijke antwoortendens op zelfrapportage-vragenlijsten en tijdens interviews levert een vertekend beeld op van de behandelingsresultaten. De belangrijkste bron van informatie over de effectiviteit van een behandeling bestaat dan ook uit officiële recidivegegevens. Het gebruik van recidivegegevens die enkel gebaseerd zijn op veroordelingen en/of aangifte, leidt echter tot een onderschatting van het feitelijke recidivepercentage. Immers, lang niet alle incidenten van relationeel geweld leiden tot aangifte of veroordeling. Derhalve dient bij de interpretatie van resultaten uit effectonderzoek rekening te worden gehouden met de gehanteerde maten voor behandeluitkomst, welke bij voorkeur uit verschillende bronnen bestaan: zelfrapportagematen, officiële recidivegegevens en rapportage van behandelaars.

3.3.2 Meta-analyses en reviews

De resultaten uit de afzonderlijke effectonderzoeken laten veel variatie zien. Daarnaast wordt in effectonderzoeken veelal gebruik gemaakt van kleine onderzoeksgroepen. Derhalve is het zinvol door middel van zowel overzichtartikelen als meta-analyses een beeld te schetsen van de effectiviteit van behandelprogramma's voor daders van relationeel geweld. Hieronder volgt een beschrijving van een tweetal relatief recente meta-analyses met betrekking tot verschillende interventiemethoden.

3.3.2.1 Effectiviteit van interventies

In een meta-analyse van Levesque (Levesque, 1998) werden 38 effectonderzoeken naar de behandeling van daders van relationeel geweld opgenomen. Data uit zowel gepubliceerde als ongepubliceerde studies, proefschriften, *conference papers* en onderzoeksrapporten die tussen 1980 en 1997 waren afgerond werden in de analyse opgenomen. In alle 38 onderzoeken namen daders binnen een justitieel kader deel

aan behandeling. In 23 onderzoeken was gebruik gemaakt van een *single group design* en in 15 studies was gebruik gemaakt van een *between group design*. Door Levesque werd onder meer gekeken naar de opzet van de verschillende onderzoeken, de toewijzing van daders aan de verschillende behandelcondities, de follow-up periode en behandelkenmerken. Het gemiddelde recidivecijfer van daders die behandeling voltooiden bedroeg over alle onderzoeken samengenomen 21,6%. Vervolgens werd de effectgrootte van behandel-effectiviteit die uit de onderzoeken naar voren kwam berekend. Effectgrootte (Cohen's *d*) bestaat uit het verschil tussen de gemiddelde uitkomst (verminderde recidive) van de behandelde en de onbehandelde groep, waarbij wordt gecontroleerd voor de spreiding in uitkomsten tussen de groepen. Een effectgrootte van 0.20 is volgens Cohen (1962) klein, rond de 0.50 is matig en 0.80 of hoger is groot.

Uit de meta-analyse van Levesque kwam naar voren dat de gemiddelde effectgrootte over alle studies niet significant verschilde van nul. Kleine effectgrootten werden gevonden in onderzoeken waarin gebruik was gemaakt van officiële recidivegegevens. Geconcludeerd werd dat behandeling een zeer gering effect heeft op het verminderen van recidive. Daarnaast bleek geen enkel behandelprogramma of specifiek behandel-element zich in positieve zin te onderscheiden van andere behandelprogramma's of -elementen.

Babcock, Green en Robie (2004) verrichtten een meta-analyse over 22 studies (totale N = 5536) naar de effectiviteit van verschillende behandelprogramma's voor daders van relationeel geweld. Zij bieden een overzicht van de effectgrootten die uit 17 quasi-experimentele studies (daders werden niet aselekt aan behandelings- of controlegroepen toegewezen) en vijf experimentele studies (daders werden aselekt aan behandelings- en controlegroepen toegewezen) naar voren kwamen. Voor de recidive-gegevens werd in de 22 studies wisselend gebruik gemaakt van officiële aangifte van partnermishandeling bij de politie en/of gerapporteerde partnermishandeling door slachtoffers. De gevonden effectgrootten worden in Tabel 1 weergegeven.

TABEL 1 EFFECTGROOTTEN VAN VERSCHILLENDE BEHANDELPROGRAMMA'S INGEDEELD NAAR ONDERZOEKSDESIGN

Behandelprogramma per onderzoeksdesign		Gemiddelde effectgrootte (minimum – maximum)
<i>Studies gebruik makend van officiële recidivegegevens</i>		
Experimentele studies	Duluth	0.19 (0.06 – 0.31)
Quasi-experimentele studies	Duluth	0.32 (0.19 – 0.46)
	Cognitief gedragstherapeutisch	0.12 (-0.02 – 0.26)
<i>Studies gebruik makend van gerapporteerde recidive</i>		
Experimentele studies	Duluth	0.12 (-0.10 – 0.33)
Quasi-experimentele studies	Duluth	0.35 (0.15 – 0.55)
	Cognitief gedragstherapeutisch	0.29 (-0.01 – 0.60)

Uit: Babcock, Green & Robie (2004)

De gemiddelde effectgrootten tussen de verschillende typen behandeling verschillen niet significant (daarbij dient opgemerkt te worden dat behandelprogramma's veelal uit een combinatie van psycho-educatie (Duluth)-elementen en cognitief gedragstherapeutische elementen bestonden). De gemiddelde effectgrootte van alle behandelingen die uit experimentele studies naar voren komt bedraagt 0.12 bij gebruik van officiële recidivegegevens en 0.09 bij gebruik van partnerrapportage (Babcock et al., 2004). Gebaseerd op partnerrapportage blijkt dat behandelde daders van relationeel geweld 40% kans en onbehandelde daders 35% kans hebben geen geweld meer te plegen. Uitgedrukt in percentages heeft behandeling dus een recidive-afname van 5% (gebaseerd op partnerrapportage) tot gevolg. Een slachtoffer heeft dus 5% minder kans om weer mishandeld te worden door de dezelfde dader wanneer deze gearresteerd, veroordeeld en behandeld is voor relationeel geweld dan wanneer de dader slechts gearresteerd en veroordeeld is. Behandeling van daders van relationeel geweld (zowel op basis van cognitief gedragstherapeutische technieken als op basis van het Duluth model) heeft dus een gering effect. De gevonden kleine effectgrootten komen echter overeen met effectgrootten die gevonden zijn voor de behandelactiviteit van andere interventies, zoals behandelingen voor middelenmisbruik (Babcock et al., 2004). Daarnaast dient opgemerkt te worden dat de behandelingen die worden aangeboden wellicht vaak niet worden afgestemd op de individuele criminogene behoeften van de deelnemers. Mogelijk heeft dit invloed op de gevonden geringe effectiviteit van de behandelprogramma's.

3.4 CONCLUSIES OP BASIS VAN DE INTERNATIONALE LITERATUUR

Op grond van de internationale literatuur kan geconcludeerd worden dat de empirische evidentie voor de effectiviteit van behandelingen voor daders van relationeel geweld gering is. Bovendien blijkt geen enkel type behandelmethodes meer invloed te hebben op de reductie van recidive dan andere typen behandelmethoden. Een groot percentage daders recidiveert dan ook, ondanks voltooiing van behandeling.

De vraag naar de oorzaak van de relatief geringe effectiviteit van de vigerende behandelmethoden voor relationeel geweld dringt zich op. Wellicht zijn de huidige behandelmethoden toch te algemeen, en houden zij te weinig rekening met de grote individuele verschillen in problematiek tussen daders van relationeel geweld. Warnaar en Wegelin (2003) opperen een soortgelijke conclusie naar aanleiding van hun ervaringen met een geprotocolleerde behandeling van partnermishandelaars: *“Misschien moeten we niet zozeer streven naar een vast protocol, maar meer naar modules die we naargelang de problematiek kunnen aanbieden”* (p. 77).

Onderzoek naar sterke voorspellers van recidive bij partnermishandelaars kan aanwijzingen geven voor de richting waarin verbetering van de bestaande behandelmethoden moet worden gezocht. Uit het onderzoek van Gondolf en Snow-Jones (2001) bleek dat een aantal factoren recidive kon voorspellen, waaronder problematisch alcoholgebruik, ernstige psychopathologie en eerdere arrestatie voor andere geweldsdelicten. Uit een onderzoek van Gordon en Moriarty (2003) bleek dat hoe minder behandelsessies door deelnemers bijgewoond waren, hoe meer er sprake was van nieuwe arrestaties. Nagenoeg de helft (47%) van de daders recidiveerde met een aan relationeel geweld gerelateerd delict. Wederom bleek het aantal eerdere arrestaties voor relationeel geweld en alcoholmisbruik, recidive significant te voorspellen. Met behulp van de *Spousal Assault Risk Assessment Guide* (SARA; Kropp, Hart, Webster & Eaves, 1998), een checklist van 20 items waarmee risico op relationeel geweld bij individuen beoordeeld kan worden, is tevens een aantal risicofactoren voor recidive geïdentificeerd (Grann & Wedin, 2002). De volgende SARA-items correleren significant met recidive: eerdere schending van voorwaardelijke vrijlating of reclasseringstoezicht, persoonlijkheidsstoornis getypeerd door boosheid, impulsiviteit en gedragsinstabiliteit, en een extreme minimalisering of ontkenning van een verleden van relationeel geweld.

Op grond van het bovenstaande kan geconcludeerd worden dat verdere ontwikkeling van behandelprogramma's voor partnermishandelaars noodzakelijk is. Daarbij dient rekening te worden gehouden met de risico-, behoefte- en responsiviteitsprincipes (Andrews & Bonta, 1998). Teneinde het recidiverisico, de criminogene behoeften en de capaciteiten van plegers te identificeren dient voorafgaand aan behandeling een gedegen evaluatie van deze kenmerken plaats te vinden, bijvoorbeeld met behulp van de SARA.

3.5 STAND VAN ZAKEN IN NEDERLAND

3.5.1 Behandeling en behandel-effectiviteit

Het behandel aanbod voor daders van relationeel geweld in Nederland is van relatief recente datum. Binnen de ambulante hulpverlening is het aanbod van behandelingen voor daders van relationeel geweld de afgelopen decennia wel gegroeid (Van der Linden & Steketee, 1999). Effectonderzoek naar deze behandelingen heeft echter nog niet plaatsgevonden.

3.5.2 Inventarisatie behandelprotocollen

3.5.2.1 Resultaten

De projectgroep heeft vanaf 27 januari 2004 contactpersonen in een groot aantal forensisch psychiatrische instellingen (zie Bijlage 6 voor een overzicht) aangeschreven en vervolgens telefonisch benaderd met het verzoek behandelprotocollen en/of draaiboeken toe te sturen ten behoeve van de inventarisatie. De projectgroep heeft sindsdien een tweetal uitgewerkte behandelprotocollen voor daders van relationeel geweld ter inzage verkregen.¹ De protocollen zijn nog niet volledig uitgewerkt wat betreft motivering van de interventies en risicotaxatie van huiselijk geweld, hetgeen ook op de protocollen vermeld staat. De beoordeling zal in de toekomst dus nog aangepast dienen te worden als de nadere uitwerking heeft plaatsgevonden; het betreft hier een voorlopige beoordeling. De twee behandelprotocollen zullen hieronder kort worden beschreven en aan de hand van vernoemde criteria worden beoordeeld.

¹ Hierbij dient vermeld te worden dat vanuit een aantal instanties bekend is gemaakt dat men wel over behandelprotocollen/draaiboeken beschikt, maar deze niet ter beschikking wil stellen aan derden of door derden wil laten beoordelen.

TABEL 2 BESCHRIJVENDE KENMERKEN VAN DE BEHANDELPROTOCOLLEN

Interventie	Doelgroep	Motiveringsfase	Duur en aantal sessies	Vorm	Minimaal opleidingsniveau trainers	Materiële voorzieningen
D	Daders van relationeel geweld (ambulante forensische psychiatrie)	Ja; tijdens eerste (intake)gesprek	Een achttal gesprekken, in het protocol wordt de duur en de frequentie van deze gesprekken niet vermeld	Individuele behandeling, eenmalig gesprek waarbij eventueel de partner aanwezig is, eenmalig gesprek waarbij arts en diagnosticus aanwezig zijn	Voldoende vooropleiding in de GGz, kennis van de problematiek van thuisgeweld en ervaring met cognitieve gedragstherapie in de context van geweldsproblemen zijn een voorwaarde	Protocol voor therapeut, zelf-rapportage vragenlijsten, huiswerkopdrachten en werkmapje voor cliënt, therapieruimte
E	Daders van relationeel geweld (ambulante forensische psychiatrie)	Geen motiveringsfase aanwezig, in ieder geval wordt een dergelijke fase niet in het draaiboek beschreven	Het betreft wekelijkse, anderhalf uur durende sessies gedurende 3 maanden (12 sessies)	Groepsbehandeling; de bijeenkomsten worden gevormd door een semi-structureerde, half-open, doorlopende groep van minimaal 4 en maximaal 8 deelnemers	Het minimale opleidingsniveau van de trainers wordt niet in het draaiboek vermeld	Draaiboek voor trainers, zelfrapportage vragenlijsten en huiswerkopdrachten voor deelnemers, groepsruimte met video-apparatuur die wekelijks beschikbaar is

TABEL 3 BEOORDELING VAN DE PROTOCOLLEN AAN DE HAND VAN DE CRITERIA VAN DE WERKGROEP INTERVENTIES

Interventie	Theoretisch en/of empirisch verandingsmodel	Risicoprincipe	Behoeftepincipe	Responsiviteitsprincipe	Terugvalpreventie, nazorg en resocialisatie	Effectstudies, evidence base, theoretische onderbouwing	Programma-integriteit	Monitoring van effect
D	Geen beschrijving van een theoretisch en/of empirisch verandingsmodel; wel in Warnaar & Wegelin (2003): combinatie van Duluth- model en cognitieve gedragstherapie	Geen onderscheid in risicogroepen. Geen inclusie- en exclusiecriteria. Wel risicotaxatie	Geen expliciete beschrijving van dynamische risicofactoren, onduidelijk of deze aansluiten bij individuele behoeften	Geen beschrijving van maatregelen voor verschillen in responsiviteit	Wel een individueel terugvalpreventieplan waarin nazorg eventueel opgenomen wordt	Het protocol is in ontwikkeling. wetsenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit ervan heeft nog niet plaatsgevonden	Onduidelijk in hoeverre het protocol wordt uitgevoerd zoals het in de handleiding is beschreven	Eindevaluatie door therapeut, arts, diagnosticus en cliënt, a.d.h.v. vragenlijsten, een gesprek, informatie uit intake-gesprek en behandelverloop. Geen beschrijving van follow-up
E	Geen expliciete beschrijving van een verandingsmodel opgenomen in protocol; wel in Warnaar & Wegelin (2003)	Geen onderscheid in risicogroepen. Wel een aantal contra-indicaties	Onduidelijk of dynamische factoren aansluiten bij individuele criminogene behoeften	Geen beschrijving van maatregelen voor verschillen in responsiviteit	Wel terugvalpreventieplan. De Mannengroep wordt als nazorg-mogelijkheid geboden	Nog geen effectstudie. Theoretische onderbouwing op basis van literatuur (zie Warnaar & Wegelin, 2003)	Onduidelijk in hoeverre het protocol wordt uitgevoerd zoals het in het draaiboek is beschreven	Harde maten, zoals stoppen van het geweld en drop-out; zachte maten zoals subjectieve ervaringen van de deelnemers (Warnaar & Wegelin, 2003) Geen beschrijving van follow-up

Interventie D

In het protocol van interventie D wordt geen theoretisch en/of empirisch verandingsmodel beschreven, in een recente publicatie (Warnaar & Wegelin, 2003) wordt hierop wel ingegaan.

Inclusie- en exclusiecriteria worden niet beschreven. Wel wordt aangegeven dat na het eerste intakegesprek een risicotaxatie plaatsvindt volgens de handleiding risicotaxatie thuisgeweld en dat bij het identificeren van ernstig gevaar op de korte termijn aanvullende maatregelen getroffen dienen te worden. De handleiding voor risicotaxatie is echter niet opgenomen in het protocol en de eventueel aanvullende maatregelen worden ook niet beschreven.

De interventie richt zich op de beheersing van agressie en aan de hand van zelfrapportagevragenlijsten en observatie worden specifieke behandeldoelen geïdentificeerd (zoals het gebruik van fysiek geweld, dreigen en intimideren, seksueel misbruik, mannenprivileges, isoleren en verbaal misbruik). De individuele risicofactoren komen aan bod in een persoonlijk preventieplan tegen thuisgeweld. Hierin staan handvatten voor de patiënt ter voorkoming van recidive. Het eventueel verdere hulpaanbod wordt ook in het preventieplan opgenomen. De eventuele nazorgmogelijkheden worden echter niet in het protocol beschreven. In het protocol staat niet vermeld dat expliciet rekening wordt gehouden met de leerstijl en de mogelijkheden van de cliënt, het responsiviteitsprincipe.

Het protocol is nog niet evidence-based, wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit ervan heeft tot nog toe niet plaatsgevonden. Het protocol is echter in ontwikkeling en dient volgens de auteurs op basis van ervaringen en effectstudies geoptimaliseerd te worden. De auteurs pleiten voor het consequent volgen van het protocol door de therapeut teneinde ervaringen te delen en het protocol te kunnen optimaliseren. In hoeverre het protocol wordt uitgevoerd zoals het in de handleiding is beschreven, is onbekend.

Interventie E

Het draaiboek van interventie E is gebaseerd op het uitgangspunt dat in de behandeling van relationeel geweld aandacht besteed moet worden aan emotieregulatie, agressiehantering, normen en waarden en communicatietraining (Warnaar & Wegelin, 2003). In de concrete interventies zien we elementen terug uit de Duluthbenadering (bijvoorbeeld psycho-educatie over man-vrouw verschillen) en cognitief gedragstherapeutische technieken (bijvoorbeeld relaxatie-oefeningen, SORKC-model, sociale vaardigheidstraining).

De groepsbehandeling is bedoeld voor mannen die neigen tot recidiverend geweld in de partnerrelatie en het gezin. Deze mannen gebruiken instrumenteel geweld of gebruiken explosief geweld door een gebrek aan assertieve en communicatieve vaardigheden of door afhankelijkheid van de partner. In het draaiboek

wordt geen onderscheid gemaakt in risicogroepen die al dan niet geschikt zijn voor de groepsbehandeling. Een aantal contra-indicaties wordt wel vermeld, waaronder psychopathie, verslaving, een gebrek aan motivatie en een IQ lager dan 95. In het protocol wordt niet beschreven op welke manier deze kenmerken worden gemeten.

De dynamische risicofactoren die de interventie beoogt te veranderen betreffen afhankelijkheid van de partner, communicatieve vaardigheden, agressiehantering, empathie en attitudes ten opzichte van vrouwen. In hoeverre deze factoren aansluiten bij de criminogene behoeften van de individuele cliënten is onduidelijk, de diagnostiek die hieraan vooraf gaat wordt niet beschreven. Ten slotte wordt niet beschreven in hoeverre rekening wordt gehouden met verschillen in de responsiviteit van de cliënten. Het einddoel van de groepsbehandeling bestaat uit het opstellen van een individueel zelfcontroleplan dat aansluit bij de individuele behoeften van de cliënt. Indien nodig, behoort daartoe ook het opstellen van een nazorgprogramma.

Empirische evidentie voor de effectiviteit van de interventie is nog niet voorhanden. De theoretische onderbouwing van het programma is gebaseerd op de bevinding dat uit de literatuur een aantal vaste componenten van behandelprogramma's naar voren komt. Dit zijn: emotieregulatie (identificeren van emoties en agressiebeheersing), communicatietraining, educatie en bewustwording over oorzaken en gevolgen van relationeel geweld (Warnaar & Wegelin, 2003). De auteurs geven aan dat het volgen van de vaste volgorde van het draaiboek niet noodzakelijk is en mede afhankelijk is van wat actueel is en leeft bij de deelnemers. In hoeverre het protocol wordt uitgevoerd zoals het in het draaiboek is beschreven, is onbekend.

Ten slotte wordt in het draaiboek van interventie E geen gestandaardiseerde eindevaluatie beschreven. Tijdens de elfde bijeenkomst worden de persoonlijke preventieplannen gepresenteerd door de cliënten en tijdens de twaalfde bijeenkomst vindt er in- en uitloop (doorstroming) plaats. In het draaiboek wordt niet beschreven of en zo ja, welke meetinstrumenten worden gebruikt teneinde het effect van de interventie te meten. Ook wordt niet aangegeven of er een follow-up plaatsvindt.

3.6 Conclusies en aanbevelingen

De behandeling van daders van relationeel geweld staat in Nederland nog in de kinderschoenen. Op een aantal plaatsen vindt geprotocolleerde behandeling plaats, maar deze interventies zijn op dit moment geen object van systematisch effectiviteitsonderzoek. Gezien de geringe effectiviteit die uit de internationale meta-analyses naar voren komt is de noodzaak tot bezinning op de aard van het behandelaanbod aanwezig. Het huidige behandelaanbod kan getypeerd worden

als 'confectie', terwijl de kans groot is dat 'maatwerk' effectiever is. Saunders (2001) formuleerde het als volgt: "A 'one size fits all' approach may result in less effective and efficient interventions, which means increased rates of re-victimization" (p. 236). Uit de onderzoeksliteratuur naar effectieve interventies bij delinquenten in het algemeen is duidelijk naar voren gekomen dat interventies die gericht zijn op verandering van individuele criminogene risicofactoren significant effectiever zijn dan interventies die algemener zijn (Andrews & Bonta, 1998). De principes van risico, behoefte en responsiviteit, zouden ook in de behandeling van daders van relationeel geweld, veel meer dan tot nu toe het geval is geweest, vorm moeten krijgen.

3.6.1 Aanbevelingen ten aanzien van de opzet van een behandelprotocol relationeel geweld

Op grond van ons literatuuroverzicht en de bestudering van de behandelprotocollen, komen wij tot de volgende aanbevelingen voor de opzet van een behandelprotocol voor relationeel geweld:

Fase 1: Diagnostiek, risicotaxatie, motivering en indicatiestelling

Voorafgaand aan de daadwerkelijke behandeling van risicofactoren voor relationeel geweld dient in een diagnostische fase aandacht besteed te worden aan een inventarisatie van de belangrijkste risicofactoren voor delicttherhaling in het geval van deze specifieke dader. In het protocol staat een risicotaxatie-instrument voor relationeel geweld beschreven (bijv. de SARA) en staat aangegeven welke andere diagnostische instrumenten geschikt zijn om risicofactoren vast te stellen. Motiveringstechnieken, psycho-educatie over relationeel geweld en het vergaren van hetero-anamnestic gegevens zijn een onderdeel van deze fase in het protocol. Het identificeren van risicofactoren voor drop-out is belangrijk om dit eventueel te kunnen voorkomen. Uit een onderzoek van Taft, Murphy, Elliot en Morrel (2001) blijkt dat het drop-out percentage door middel van *motivational interviewing*-technieken aanzienlijk teruggedrongen kan worden.

Het einddoel van deze fase is het opstellen van een lijst met dynamische risicofactoren, die in de behandeling aan bod zullen komen middels een modulair systeem.

VOORBEELDCASUS: KEES

Uit de bevindingen van de eerste fase blijkt dat bij Kees de volgende risicofactoren een rol spelen bij het geweld tegen zijn vrouw:

- Alcoholmisbruik
- Onzekerheid, afhankelijkheid, jaloezie
- Psychosociale stress als gevolg van werkloosheid en financiële problemen

Fase 2: Behandeling van de individuele risicofactoren via modules, opstellen terugvalpreventieplan

Het protocol dient te bestaan uit interventies die gericht zijn op verandering in de individuele risicofactoren. Deze interventies worden modulair aangeboden, zodat aan een individuele cliënt een behandeling op maat gegeven kan worden. De afzonderlijke modules kunnen uit één of meerdere sessies bestaan. Modules hoeven niet alleen betrekking te hebben op psychotherapeutische interventies, maar kunnen zich ook richten op praktische ondersteuning, zoals thuiszorg of hulp bij schuldsanering. De laatste module van de behandeling is de module terugvalpreventieplan, waarin het individuele delictscenario met de bijbehorende risicofactoren staat beschreven, en tevens hoe de cliënt een terugval kan voorkomen. Tenslotte staan hierin afspraken met betrekking tot nazorg en follow-up.

Voor de behandeling van daders van relationeel geweld zijn onder andere modules gericht op de volgende risicofactoren relevant:

- Verwerking eigen slachtofferschap
- Middelenmisbruik en –verslaving
- Assertiviteit, sociale en communicatieve vaardigheden
- Emotie- en agressiehantering
- Attituden die geweld tegen vrouwen goedpraten
- Relationele vaardigheden (bijvoorbeeld in de vorm van relatietherapie)
- Antisociale levensstijl

VERVOLG VOORBEELDCASUS: KEES

Voor Kees zijn de volgende modules geïndiceerd:

- Middelenmisbruik
- Assertiviteit, sociale en communicatieve vaardigheden
- Schuldsanering en training omgaan met geld (door algemeen maatschappelijk werk)
- Terugvalpreventieplan

Fase 3: Nazorg en follow-up

In de derde fase vindt nazorg in de vorm van boostersessies plaats waarin problemen met (dreigende) terugval worden doorgenomen. Mogelijk dient het preventieplan te worden bijgesteld op grond van nieuwe inzichten en ervaringen. Indien nodig kan in overleg met cliënt besloten worden om een module te herhalen of een nieuwe module te volgen. Na 1 jaar vindt een follow-up plaats waarbij de instrumenten die in Fase 1 gebruikt zijn opnieuw worden afgenomen, c.q. gescoord door de professional. Tevens worden dan recidivegegevens bij de politie opgevraagd.

De behandelprotocollen zoals die door Warnaar en collega's zijn ontwikkeld, bieden een goed uitgangspunt voor een te ontwikkelen modulair behandel aanbod. Warnaar en Wegelin (2003) spreken op basis van hun ervaringen met de huidige

protocollen ook reeds een voorkeur uit voor een modulair aanbod dat meer op de problematiek van de individuele cliënt is toegesneden. De aanpak van Van Outsem (2001) sluit hierbij aan.

3.6.2 Aanbevelingen ten aanzien van effectiviteitsonderzoek naar de behandeling van relationeel geweld

De onderzoeksliteratuur op het gebied van de effectiviteit van interventies voor daders van relationeel geweld kent een groot aantal problemen, die het lastig maken om conclusies te trekken over wat nu echt werkzame bestanddelen zijn van die interventies. Als wij in Nederland dergelijk effectiviteitsonderzoek gaan opzetten, dienen daarbij geschikte onderzoeksdesigns gebruikt te worden, die duidelijke conclusies mogelijk maken. Een niet-behandelde controlegroep is waarschijnlijk in de praktijk onhaalbaar, omdat het niet ethisch is iemand die gewelddadig is naar zijn partner (tijdelijk) behandeling te onthouden. Wat wel haalbaar is, is *at random* toewijzing aan verschillende behandelcondities, die vervolgens onderling worden vergeleken op hun effectiviteit. Hierbij kan men denken aan een vergelijking van een behandeling 'op maat', zoals hierboven beschreven, en een algemenere, 'confectie'-behandeling, die geen rekening houdt met individuele risicofactoren. De hypothese is uiteraard dat de 'maatwerk'-benadering een significant groter recidive verminderend effect heeft dan de 'confectie'-aanpak. Zo'n studie biedt tegelijkertijd een zeer gedegen toets van het model van Andrews en Bonta, en is daarmee ook van groot theoretisch belang.

Voor professionals die in de praktijk werkzaam zijn in de behandeling van daders van relationeel geweld (of welke andere vorm van geweld dan ook), is het vaak moeilijk om tijd vrij te maken om de wetenschappelijke literatuur bij te houden en de eigen behandelmethoden up-to-date te maken en te houden. Voor een optimalisering van het behandelaanbod aan daders van relationeel geweld is het van groot belang dat professionals uit de praktijk en het wetenschappelijk onderzoek samen optrekken om behandelingen vorm te geven en op hun effectiviteit te toetsen.

3.7 LITERATUUR

Andrews, D.A., & Bonta, J. (1998) (2nd edition). *The psychology of criminal conduct*. Cincinnati, OH: Anderson.

Ashcroft, J., Daniels, D.J., & Hart, S.V. (2003). *Batterer intervention programs: Where do we go from here?* Washington, DC: National Institute of Justice.

- Babcock, J.C., Green, C.E., & Robie, C. (2004). Does batterers' treatment work? A meta-analytic review of domestic violence treatment. *Clinical Psychology Review*, 23, 1023-1054.
- Buttel, F., P., & Carney, M. M. (2002). Psychological and demographic predictors of attrition among batterers court ordered into treatment. *Social Work Research*, 26, 31-41.
- Dalton, B. (2001). Batterer characteristics and treatment completion. *Journal of Interpersonal Violence*, 16, 1223-1238.
- Daly, J.E., & Pelowski, S. (2000). Predictors of dropout among men who batter: A review of studies with implications for research and practice. *Violence and Victims*, 15, 137-160.
- Van Dijk, T., Flight, S., Oppenhuis, E., Duesmann, B. (1997). *Huiselijk geweld: Aard, omvang en hulpverlening*. Den Haag: Ministerie van Justitie.
- Dunford, F.W. (2000). The San Diego navy experiment: An assessment of interventions for men who assault their wives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 468-476.
- Gelles, R.J. (2001). Standards for programs for men who batter? Not yet. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 5, 11-20.
- Gordon, J. A., & Moriarty, L. J. (2003). The effects of domestic violence batterer treatment on domestic violence recidivism: The Chesterfield County experience. *Criminal Justice and Behavior*, 30, 118-134.
- Grann, M., & Wedin, I. (2002). Risk factors for recidivism among spousal assault and spousal homicide offenders. *Psychology, Crime and Law*, 8, 5-23.
- Korf, D.J., Mot, E., Meulenbeek, H., & Brandt, T. van den (1997). *Economische kosten van thuisgeweld tegen vrouwen*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Kropp, P.R., & Hart, S.D. (2000). The Spousal Assault Risk Assessment (SARA) Guide: Reliability and validity in adult male offenders. *Law and Human Behavior*, 24, 101-118.
- Lawick, J. van, & Groen, M. (2003) (2nd edition). *Intieme oorlog: Over de kwetsbaarheid van familierelaties*. Amsterdam: Van Gennep.
- Levesque, D. (1998). *Violence desistance among battering men: Existing intervention and the application of the Transtheoretical Model of Change*. Kingston, Rhode Island: University of Rhode Island (dissertation).
- Linden, P. van der, & Steketee, M. (1999). *Daderhulpverlening in Nederland: Inventarisatie van hulpaanbod en preventie voor plegers van seksueel en huiselijk geweld*. Utrecht: Transact.
- Ministerie van Justitie (2002). *Privé geweld – publieke zaak: Een nota over de gezamenlijke aanpak van huiselijk geweld*. Den Haag: Hega Offset.

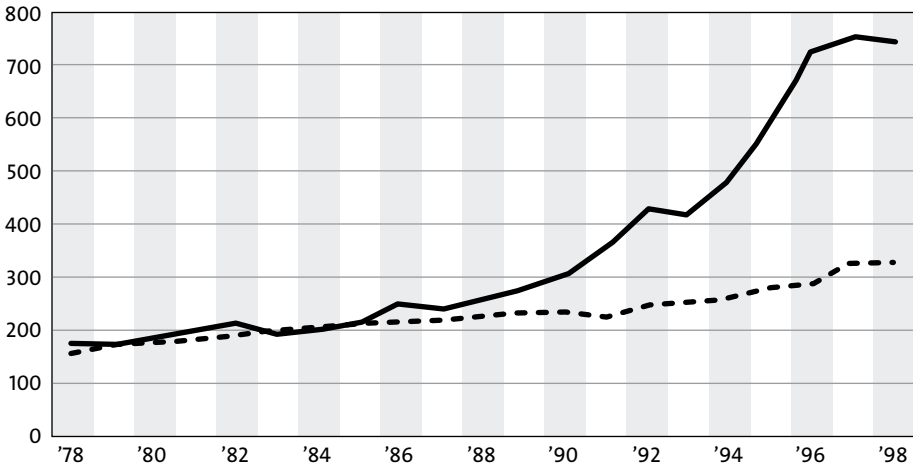
- Outsem, R. van (2001). *De aanpak, systeemgerichte hulp bij geweld in relaties*. Utrecht: Transact.
- Pence, E., & Paymar, M. (1993). *Education groups for men who batter: The Duluth model*. New York: Springer.
- Saunders, D.G. (2001). Developing guidelines for domestic violence offender programs: What can we learn from related fields and current research? *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 5, 235-248.
- Scott, K. L., & Wolfe, D. A. (2000). Change among batterers: Examining men's success stories. *Journal of Interpersonal Violence*, 15, 827-842.
- Snow-Jones, A., & Gondolf, E. W. (2001). Time-varying risk factors for reassault among batterer program participants. *Journal of Family Violence*, 16, 345-359.
- Sonkin, D.J. (2000). *The male batterer: A treatment approach*. New York: Springer.
- Taft, S.T., Murphy, C.M., Elliott, J.D., & Morrel, T.M. (2001). Attendance-enhancing procedures in group counseling for domestic abusers. *Journal of Counseling Psychology*, 48, 51-59.
- Tutty, L. M., Bidgood, B. A., Rothery, M. A., & Bidgood, P. (2001). An evaluation of men's batterer treatment groups. *Research on Social Work Practice*, 11, 645-670.
- Veen, V.C., & Vlachos, S.T.W. (2003). *Relationeel geweld: Een onderzoek naar de effectiviteit van behandeling en de predictoren van behandeluitkomst bij partnermishandelaars*. Programmagroep Klinische Psychologie, Universiteit van Amsterdam (afstudeeronderzoek).
- Vest, J. R., Catlin, T. K., Chen, J. J., & Brownson, R. C. (2002). Multistate analysis of factors associated with intimate partner violence. *American Journal of Preventive Medicine*, 22, 156-164.
- Warnaar, B., & Wegelin, M. (2003). Behandeling van partnermishandelaars. *Directieve Therapie*, 23, 63-81.

4 Behandeling van daders van algemeen geweld

4.1 INLEIDING

Uit recente slachtofferenquêtes van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) blijkt dat het percentage slachtoffers van geweldsdelicten de laatste jaren is gestegen (Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties & Ministerie van Justitie, 2003; van der Heide & Eggen, 2003). In 2002 werden 8,4 geweldsdelicten per 100 inwoners van 15 jaar en ouder gerapporteerd. Meer dan de helft van deze geweldsdelicten bestond uit bedreigingen (625.000). Het aantal gerapporteerde mishandelingen onder burgers bedroeg in dat jaar 251.000. Voorts is de geregistreerde geweldscriminaliteit, ofwel het aantal aangiften van geweldsincidenten bij de politie, in de afgelopen 10 jaar sterk toegenomen. Er is zelfs bijna sprake van een verdubbeling van het aantal geregistreerde geweldsdelicten sinds 1993. Deze toename is in het bijzonder toe te schrijven aan een stijging van het aantal geregistreerde mishandelingen. Daarbij is in vergelijking met het aantal geweldsdelicten dat door slachtoffers wordt gerapporteerd sprake van een inhaalslag, steeds meer geweldsdelicten leiden tot aangiften die in de politieregistratie terecht komen, waaronder misdrijven tegen het leven, diefstal met geweld en afpersing. Alarmerend is vooral de forse stijging van geweldsdelicten gepleegd door minderjarigen (12 tot 17 jaar) (Wittebrood, 2000). In figuur 1 wordt de stijging van het aantal gehoorde minderjarige en meerderjarige verdachten van geweldsmisdrijven, waaronder misdrijven tegen het leven, diefstal met geweld, afpersing en seksueel geweld, weergegeven. Sinds het begin van de jaren '80 is het aantal minderjarige verdachten van misdrijven tegen het leven verdrievoudigd, voor mishandeling verviervoudigd en voor bedreiging met geweld verachtvoudigd. Bij de interpretatie van deze gegevens dient echter in ogenschouw te worden genomen dat de sterke stijging van de politiecijfers deels het gevolg is van de toenemende aandacht van politie en justitie voor geweld gepleegd door jongeren (Wittebrood, 2000). Voorts blijkt dat minderjarigen relatief vaker verdacht worden van een geweldsmisdrijf dan meerderjarigen, in absolute zin zijn de minderjarigen echter ver in de minderheid. Hoewel de stijging van het aantal minderjarige verdachten dus sterker is dan de stijging van het aantal meerderjarige verdachten, worden meerderjarigen toch bijna vijf keer vaker verdacht van een geweldsmisdrijf dan minderjarigen.

FIGUUR 1 AANTAL GEHOORDE MINDERJARIGE (DOORGETROKKEN LIJN) EN MEERDERJARIGEN (STIPPELLIJN) VERDACHTEN VAN GEWELDSMISDRIJVEN PER 100.000 VAN DE BETREFFENDE BEVOLKING, 1978-1998.



Uit: Wittebrood (2000).

Teneinde de kans op herhaling te verminderen zijn verschillende therapeutische interventies ontwikkeld voor agressieproblematiek. Doel van dit hoofdstuk is het geven van een overzicht van de verschillende interventies in binnen- en buitenland. Allereerst wordt aandacht besteed aan de definitie van algemeen gewelddadig gedrag. Daarna volgt een overzicht van de verschillende typen behandeling en behandelmodulen en worden de bevindingen met betrekking tot behandel-effectiviteit uit de internationale literatuur besproken. Ten slotte wordt een overzicht gepresenteerd van de huidige stand van zaken in Nederland voor wat betreft het interventie-aanbod en effectiviteitsonderzoek bij geweldsdelinquenten.

4.2 ALGEMEEN GEWELDDADIG GEDRAG

Gewelddadig of agressief gedrag is een veelomvattend begrip. Definities van gewelddadig gedrag variëren dan ook enorm. In dit deelrapport wordt onder gewelddadig gedrag verstaan: het toebrengen van letsel aan één of meerdere personen, dan wel een poging daartoe of het dreigen daarmee (Philipse, de Rooter, Hildebrand & Bouman, 2000). Daarbij dient het gedrag fysiek letsel te veroorzaken of dusdanig bedreigend te zijn dat bij één of meerdere personen sterke angst wordt gewekt. Voorts dient het gewelddadige gedrag ernstig genoeg te zijn om te leiden tot een aanklacht die civiel- of strafrechtelijke sancties tot gevolg kan

hebben. Vormen van gewelddadig gedrag zijn onder andere mishandeling (slaan, schoppen, bijten, etc.), ontvoering en brandstichting. Formeel valt seksueel agressief gedrag ook onder bovenstaande definitie van gewelddadig gedrag. In dit hoofdstuk wordt echter een onderscheid gemaakt tussen algemeen gewelddadig gedrag en seksueel gewelddadig gedrag. De behandeling van seksuele delinquenten is reeds in het tweede hoofdstuk besproken, en wordt derhalve hier weggelaten.

4.3 BEHANDELING VAN DADERS VAN ALGEMEEN GEWELD: BEVINDINGEN UIT DE INTERNATIONALE LITERATUUR

4.3.1 Interventiemethoden

De ontwikkeling van interventiemethoden voor het verminderen van recidiverisico bij algemene geweldsdelinquenten is, in tegenstelling tot deze ontwikkeling voor seksuele delinquenten, van relatief recente datum (Polaschek & Reynolds, 2001). Een aantal cognitief gedragstherapeutische interventiemethoden, met name gericht op agressie en boosheid, zijn ontwikkeld teneinde de kans op herhaling van algemeen gewelddadig gedrag te verminderen. Meestal worden deze interventiemethoden uitgevoerd in groepsverband. In deze paragraaf volgt een kort overzicht van de belangrijkste cognitief gedragstherapeutische behandelmethoden voor algemeen gewelddadige delinquenten.

Aggression Replacement Training (ART) De Aggression Replacement Training (Goldstein, Glick & Gibbs, 1998; Hornsveld, van Dam-Baggen, Leenaars en Jonkers, 2004) is een multimodale benadering voor de behandeling van agressief gedrag en is gebaseerd op de leertheoretische aanname dat agressief gedrag ontstaat door observatie, imitatie, ervaring en herhaling en in stand wordt gehouden door interne en externe bekrachtiging. De training bestaat uit drie onderdelen: 'anger control training', 'skillstreaming' en 'moral reasoning training'. In het eerste onderdeel wordt onder andere aandacht besteed aan de identificatie van prikkels ('triggers') die boosheid opwekken. De behandeltechnieken zijn in dit onderdeel gericht op het vergroten van zelfinzicht, het onderscheiden van emoties bij zichzelf (zelfmonitoring) en anderen, de interpretatie van gedrag van anderen en het onnodig verhogen van de lichamelijke spanning. In deze fase wordt tevens aandacht besteed aan de korte- en lange termijn gevolgen van agressief gedrag. In het onderdeel 'skillstreaming' wordt vervolgens gewerkt aan het vervangen van inadequate gedragingen door adequate gedragingen. Cognitieve vertekeningen en inadequate gedachten worden besproken en geïdentificeerd. Daarnaast wordt geoefend met sociale vaardigheden en het verbeteren van reeds bestaande adequate vaardig-

heden. Het derde onderdeel van de ART, de 'moral reasoning training', is gebaseerd op de idee dat agressief gedrag deels het gevolg is van een gestagneerd moreel ontwikkelingsproces dat gepaard gaat met een egocentrische levensstijl. Het laatste onderdeel is dan ook gericht op de ontwikkeling van het moreel besef door middel van oefeningen gericht op het vergroten van het sociaal probleemoplossend vermogen en het bespreken van morele dilemma's in groepsverband.

Stress Inoculation Treatment Gevoelens van boosheid gaan vaak vooraf aan gewelddadig gedrag (Novaco, 1997; Novaco, Ramm & Black, 2001; Pieters & Gerits, 2000). Een behandelingsstrategie specifiek gericht op 'anger management' is de stress-inoculatie training van Novaco (1997; 2001). In de training van Novaco wordt gebruik gemaakt van cognitief gedragstherapeutische technieken waaronder cognitieve herstructurering, relaxatietraining, verbeeldingsoefeningen (imaginaire exposure) en het vergroten van het probleemoplossend vermogen door middel van rollenspelen en 'modeling'. In de eerste fase van de training worden situaties en factoren geïdentificeerd die gevoelens van boosheid oproepen. Vervolgens wordt geoefend met sociale, relaxatie- en probleemoplossende vaardigheden die kunnen worden toegepast tijdens boosheid-opwekkende (uitlokkende) situaties. In de stress-inoculatie trainingsfase wordt geoefend met de aangeleerde vaardigheden tijdens uitlokkende situaties in verbeeldingsoefeningen, rollenspelen en tijdens situaties in het dagelijks leven. De intensiteit van de boosheid-opwekkende situaties waarmee geoefend wordt, loopt gedurende de training geleidelijk op. Met behulp van huiswerkopdrachten wordt geoefend met nieuw aangeleerde vaardigheden zodat deze een automatische reactie gaan vormen op toekomstige boosheid-uitlokkende situaties.

4.4 EFFECTIVITEIT VAN INTERVENTIES

4.4.1 Beperkingen van effectstudies

In de Verenigde Staten zijn verschillende studies verricht naar de effectiviteit van de stress-inoculatie training en ART. In de meeste van deze studies is gekeken naar de behandel-effectiviteit van de programma's bij agressieve en/of delinquente adolescenten. Als uitkomstmaten zijn veelal het sociaal functioneren, de frequentie en de ernst van nieuwe gewelddadige incidenten en recidive na beëindiging van de trainingen gehanteerd. Over het algemeen leverden de effectstudies bij adolescenten positieve resultaten op (Goldstein, Glick & Gibbs, 1998; Polaschek & Reynolds, 2001). Tot nog toe zijn er echter geen studies naar de effectiviteit van ART bij volwassen agressieve delinquenten of volwassen forensisch psychiatrische patiënten bekend (Polaschek & Reynolds, 2001; Hornsveld et al., 2004). Een aantal onderzoeken naar de effectiviteit van de stress-inoculatie training bij volwassen gedetineerden en jeugdige delinquenten, waarbij al dan niet gebruik werd gemaakt

van controle- en/of vergelijkingsgroepen, laten onder andere een afname in zelfrapportage van agressie en recidivecijfers zien (Novaco et al., 2001). Teneinde de bruikbaarheid van de stress-inoculatietraining bij volwassen forensisch psychiatrische patiënten te bestuderen, verrichtten Renwick, Black, Ramm & Novaco (1997) een kleinschalig (pilot) evaluatie-onderzoek bij vier opgenomen forensisch psychiatrische patiënten die een aangepaste vorm van stress-inoculatietraining volgden. Volgens de auteurs was een positieve verandering zichtbaar bij de patiënten die de training volgden. Voorts leveren een aantal studies naar de effectiviteit van verschillende cognitief gedragstherapeutische interventietechnieken, zoals cognitieve herstructurering en het aanleren van conflicthanterings- en probleemoplossingsvaardigheden die een onderdeel zijn van ART en de stress-inoculatie-benadering bij volwassen delinquenten, positieve behandelresultaten op. Bij de interpretatie van deze resultaten dient echter rekening te worden gehouden met een aantal methodologische beperkingen (DiGiuseppe & Tafrate, 2003; Polaschek & Reynolds, 2001). Er is sprake van grote variatie in de selectie van onderzoeksgroepen, gehanteerde uitkomstmaten en aard van de interventiemethoden tussen de verschillende onderzoeken. Veelal worden louter zelfrapportagematen voor agressie en boosheid gebruikt en deze verschillen per onderzoek. Daarnaast worden verschillende groepen delinquenten onderzocht en/of bij elkaar genomen zoals vrouwelijke gevangenen, forensisch psychiatrische patiënten met verslavingsproblematiek en patiënten met antisociale persoonlijkheidstrekken (Novaco et al., 2001).

4.4.2 Meta-analyses

Meta-analyses bieden de mogelijkheid een overzicht te verkrijgen van de resultaten uit verschillende studies naar de effectiviteit van interventiemethoden. Hieronder volgt een korte bespreking van een drietal meta-analyses naar de effectiviteit van interventies specifiek gericht op agressieproblematiek.

4.4.2.1 Effectiviteit van interventies

In een meta-analyse van Beck en Fernandez (1998) werden 50 studies (totale N = 1.640) naar cognitief gedragstherapeutische interventies voor woedebeheersing opgenomen. Gekeken werd naar de gemiddelde effectgrootte van de interventies. Effectgrootte (Cohen's d) bestaat uit het verschil tussen de gemiddelde uitkomst (in dit geval de mate van boosheidsbeheersing) van de behandelde en de onbehandelde groep, waarbij wordt gecontroleerd voor de spreiding in uitkomsten tussen de groepen. Een effectgrootte van 0.20 is volgens Cohen (1962) klein, rond de 0.50 is matig en 0.80 of hoger is groot. De gemiddelde effectgrootte die uit de meta-analyse van Beck en Fernandez (1998) naar voren kwam bedraagt .76. Dit betekent

dat cliënten die een cognitief gedragstherapeutisch behandelprogramma voor woedebeheersing volgden sterk verbeterden in vergelijking met de niet-behandelde cliënten. De gevonden effectgrootte was significant en relatief homogeen tussen de verschillende studies. De studies die in de meta-analyse werden opgenomen hadden echter betrekking op zeer heterogene onderzoeksgroepen, waaronder partnernishandelaars en gedetineerden, maar ook kinderen met agressieproblematiek, intramuraal opgenomen adolescenten en verstandelijk gehandicapten, en niet alleen op daders van algemene geweldsdelicten.

DiGiuseppe en Tafrate (2003) verrichtten een meta-analyse waarin uitsluitend werd gekeken naar de effectiviteit van cognitief gedragstherapeutische interventies bij volwassen cliënten met problemen in de woedebeheersing. In totaal werden 50 effectstudies waarin gebruik was gemaakt van controlegroepen en zeven effectstudies waarin geen sprake was van controlegroepen (totale N = 1.841) in de meta-analyse opgenomen. Interventiemethoden die in de verschillende studies werden onderzocht bestonden onder andere uit cognitieve herstructurering, het aanleren van probleemoplossende vaardigheden, relaxatievaardigheden, exposure en combinaties van verschillende interventiemethoden. Als uitkomstmaten werden onder andere (zelf)rapportage van agressie, lichamelijke spanning, attitudes en cognities gebruikt. De gemiddelde effectgrootte die werd gevonden bedroeg .71 en de grootste effectgrootte werd gevonden bij de uitkomstmaten voor agressie (1.16). De onderzoekers concludeerden dat 'anger management treatment' waarbij gebruik wordt gemaakt van verschillende interventiemethoden effectief is in de behandeling van agressieproblematiek bij volwassen cliënten.

In een recente meta-analyse van Del Vecchio en O'Leary (2004) werden 23 effectstudies (totale N = 1.340) naar verschillende interventiemethoden voor woedebeheersing opgenomen. De studies hadden uitsluitend betrekking op volwassen niet-opgenomen cliënten die op gestandaardiseerde vragenlijsten een klinisch verhoogde mate van woede en boosheid rapporteerden voorafgaand aan behandeling. Voorts was in de opgenomen effectstudies gebruik gemaakt van een aselechte toewijzing van cliënten aan controle- en of vergelijkingscondities. Een onderscheid werd gemaakt tussen vier verschillende categorieën interventies: cognitieve therapie (cognitieve herstructurering), cognitieve gedragstherapie (combinatie van cognitieve herstructurering en gedragstherapeutische elementen zoals relaxatietraining), relaxatietraining en 'anders' (bijvoorbeeld sociale vaardigheidstraining). Als uitkomstmaat werd onder andere (zelf)rapportage van woede en boosheid gebruikt. De gemiddelde effectgrootten voor de vier verschillende interventie categorieën varieerden van .61 (categorie 'anders') tot .90 (relaxatietraining). Cognitieve gedragstherapie bleek het meest effectief bij cliënten die moeilijkheden ervaren met de uiting van boosheid (.61). Bij problemen in het onderdrukken van woede bleek cognitieve therapie het meest effectief (2.11). Relaxatietraining bleek het

meest effectief in het behandelen van situatiegebonden boosheid ('state anger'; 1.20).

4.5 CONCLUSIES OP BASIS VAN DE INTERNATIONALE LITERATUUR

Mede in verband met de stijging van het aantal geweldsdelicten is de behoefte aan effectieve interventies voor agressieproblematiek toegenomen (o.a. Novaco et al., 2001). De interventiemethoden die deel uitmaken van ART en stress-inoculatietraining, zoals zelfmonitoring van boosheidsgevoelens, het aanleren van probleemoplossende, relaxatie- en sociale vaardigheden zijn effectief gebleken in het verminderen van agressief gedrag bij volwassen cliënten. Van belang is echter een onderscheid te maken tussen verschillende typen daders van algemeen geweld (Polaschek & Reynolds, 2001; Hornsveld et al., 2004). Bij het toepassen van interventiemethoden dient rekening te worden gehouden met het risico-, behoefte- en responsiviteitsprincipe van elk individu. Personen met een hoog risico op herhaling van gewelddadig gedrag zouden intensievere vormen en wellicht een combinatie van meerdere interventiemethoden nodig hebben om controle te verkrijgen over agressieve gevoelens en gedrag (Polaschek & Reynolds, 2001). Daarbij zou de toepassing van ART- of stress-inoculatietraining mogelijk gecontraïndiceerd zijn bij daders met psychopathische trekken. Dit type dader zou tijdens behandeling gedrag en vaardigheden aanleren die de manipulatie en misleiding van anderen kunnen bevorderen en daarmee het recidiverisico op toekomstig gewelddadig gedrag verhogen (Hornsveld et al., 2004). Nader onderzoek naar de effectiviteit van cognitief gedragstherapeutische methoden voor de behandeling van algemeen gewelddadig gedrag bij delinquenten die verschillen qua risiconiveau en responsiviteit is noodzakelijk (Pieters & Gerits, 2000).

4.6 STAND VAN ZAKEN IN NEDERLAND

4.6.1 Behandeling en behandel-effectiviteit

Voor volwassen forensisch psychiatrische patiënten met geweldsdelicten in de voorgeschiedenis is enkele jaren geleden een agressiehanteringstherapie (AHT) ontwikkeld op basis van de ART van Goldstein (Hornsveld et al., 2004). Empirisch onderzoek naar de effectiviteit van deze behandeling is op dit moment gaande. De AHT wordt momenteel in een aantal forensisch psychiatrische instellingen toegepast en geëvalueerd bij patiënten met een antisociale persoonlijkheidsstoornis als hoofddiagnose (Hornsveld et al., 2004).

4.6.2 Inventarisatie behandelprotocollen

4.6.2.1 Resultaten

De projectgroep heeft vanaf 27 januari 2004 zowel contactpersonen in bovengenoemde forensisch psychiatrische instellingen als contactpersonen in het buitenland (zie Bijlage 6 voor een overzicht) aangeschreven en vervolgens telefonisch benaderd met het verzoek behandelprotocollen en/of draaiboeken toe te sturen ten behoeve van de inventarisatie. De projectgroep heeft sindsdien een zestal uitgewerkte behandelprotocollen voor daders van algemeen geweld ter inzage verkregen.¹ Nog niet alle protocollen zijn volledig uitgewerkt wat betreft motivering van de interventies en risicotaxatie van algemeen geweld, hetgeen ook op de protocollen vermeld staat. De beoordeling zal in de toekomst dus nog aangepast dienen te worden als de nadere uitwerking heeft plaatsgevonden; het betreft hier een voorlopige beoordeling. De zes behandelprotocollen zullen hieronder kort worden beschreven en aan de hand van voornoemde criteria worden beoordeeld.

¹ Hierbij dient vermeld te worden dat vanuit een aantal instanties bekend is gemaakt dat men wel over behandelprotocollen/draaiboeken beschikt, maar deze niet ter beschikking wil stellen aan derden of door derden wil laten beoordelen.

TABEL 2 BESCHRIJVENDE KENMERKEN VAN DE BEHANDELPROTOCOLLEN

Interventie	Doelgroep	Motiveringsfase	Duur en aantal sessies	Vorm	Minimaal opleidingsniveau trainers	Materiële voorzieningen
F	Intramuraal opgenomen mannelijke tbs-ers met een DSM-IV diagnose op As II (antisociaal, borderline en/of narcistisch)	Geen motiveringsfase aanwezig, in ieder geval wordt een dergelijke fase niet in de handleiding beschreven	Vijftien wekelijkse bijeenkomsten van twee uur	Groepsbehandeling: gesloten groep van maximaal 8 deelnemers	Afgeronde opleiding tot psychotherapeut en dramatherapeut, respectievelijk	Draaiboek voor trainers (beperkt uitgewerkt), huiswerkopdrachten en vragenlijsten voor deelnemers, groepsruimte die wekelijks beschikbaar is
G	Intramuraal opgenomen tbs-ers met beschikking gestelden	Geen motiveringsfase aanwezig	Achttien bijeenkomsten, de duur en de frequentie van de bijeenkomsten worden niet beschreven	Groepsbehandeling	Wordt niet in het draaiboek vermeld	Draaiboek met huiswerkopdrachten voor deelnemers, instructies voor de therapeut, therapieruimte
H	Daders van 'lichte' geweldsdelicten die met justitie en/of politie in aanraking zijn gekomen en contact met de Reclassering Leger des Heils onderhouden	Geen expliciete beschrijving van motiveringsfase, tijdens de eerste sessie (individuele training) worden wel persoonlijke leerdoelen geïdentificeerd	Maximaal acht weken, de interventie bestaat uit 8 bijeenkomsten van 2 uur en 45 minuten	Groepsbehandeling bestaande uit één individuele training en 7 groepsbijeenkomsten (minimaal 4 deelnemers)	Hogere Beroeps Opleiding in een agogische richting, gecertificeerd gedragstrainer en minimaal 2 jaar ervaring als hulpverlener	Draaiboek voor trainers, huiswerkopdrachten, groepsruimte met video-apparatuur die wekelijks beschikbaar is, white board met stiften
I	Daders van agressiedelicten die met justitie en/of politie in aanraking zijn gekomen en contact met de Stichting Reclasering Nederland onderhouden	Geen motiveringsfase aanwezig	Duur: 12 weken (of verkort: 8 weken) De interventie bestaat uit 12 bijeenkomsten van twee en half uur	Groepsbehandeling: een half-open groep van maximaal 8 deelnemers, om de vier bijeenkomsten vindt in- en uitstroom plaats	Hogere Beroeps Opleiding aangevuld met: introductie cursus reclasering, interne basis-cursus 'werken met groepen', cursus terugvalpreventie	Draaiboek voor trainers, opdrachten voor deelnemers, groepsruimte met video-apparatuur, flap-over en stiften
J	Clinten in de ambulante hulpverlening met agresiereguleratieproblematiek	Tijdens de eerste sessie wordt aandacht besteed aan de motivatie voor behandeling	De interventie bestaat uit 12 sessies	Individuele behandeling	Het minimale opleidingsniveau van de therapeut wordt niet expliciet in de handleiding beschreven	Handleiding voor de therapeut, zelfrapportagevragenlijsten, therapieruimte
K	Volwassen en jeugdige daders van geweldsdelicten die reeds een cognitief gedragstherapeutische interventie gericht op agressieregulatieproblematiek succesvol hebben afgerond	Geen motiveringsfase aanwezig	Duur: 10 weken Het programma bestaat uit 10 wekelijkse bijeenkomsten van twee uur	Groepsbehandeling: de bijeenkomsten worden gevormd door een half-open groep, onduidelijk wat het minimaal en maximaal aantal deelnemers is	Geen expliciete beschrijving van het minimale opleidingsniveau, wel dienen trainers ervaring te hebben met cognitieve gedragstherapie en een vierdaagse training te volgen	Handleiding voor de trainers, huiswerkopdrachten voor deelnemers, groepsruimte

TABEL 3 **BEOORDELING VAN DE PROTOCOLLEN AAN DE HAND VAN DE CRITERIA VAN DE WERKGROEP INTERVENTIES**

Interventie	Theoretisch en/of empirisch veranderingingsmodel	Risicoprincipe	Behoefteprincipe	Responsiviteitsprincipe	Terugvalpreventie, nazorg en resocialisatie	Effectstudies, evidence base, theoretische onderbouwing	Programma-integriteit	Monitoring van effect
F	De module bestaat uit cognitief gedragstherapeutische en dramatherapeutische technieken Doel is: leren herkennen, exploreren en aanleren van strategieën om gewelddadig gedrag te beheersen	Geen onderscheid in risicogroepen Wel een aantal (contra-) indicaties	Onduidelijk of de interventies aansluiten bij individuele criminogene behoeften	Geen beschrijving van maatregelen voor verschillen in responsiviteit	Geen beschrijving van terugvalpreventieplan, nazorg of resocialisatie, maar het betreft een intramurale interventie	Nog geen effectstudie bekend, maar de theoretische onderbouwing is gebaseerd op dramatherapeutische technieken voor woedebeheersing van Thompson (1999) en cognitief-gedragstherapeutische principes mbt het afleren van algemeen geweldadig gedrag	Onduidelijk in hoeverre het protocol wordt uitgevoerd zoals het in het draaiboek is beschreven Het draaiboek zelf is weinig gedetailleerd uitgewerkt	Behandeldoelen worden tijdens een afsluitende fase geëvalueerd mbv observatie van trainers en multidisciplinair team en zelfrapportagevragenlijsten Onduidelijk op welke wijze de evaluatie gevolgen heeft voor nazorg en monitoring het betreft echter wel een intramuraal behandelprogramma
G	Geen beschrijving van een theoretisch dan wel een empirisch veranderingingsmodel	Geen onderscheid in risicogroepen	Onduidelijk of de interventies aansluiten bij individuele criminogene behoeften	Geen beschrijving van maatregelen voor verschillen in responsiviteit	Geen beschrijving van terugvalpreventieplan, nazorg, of resocialisatie, maar het betreft een intramurale interventie	Nog geen effectstudie bekend	Onduidelijk in hoeverre het protocol wordt uitgevoerd zoals in het draaiboek wordt beschreven	Geen beschrijving van monitoring en/of follow-up valuatie tijdens de laatste sessie is gericht op de identificatie van verbeterpunten voor de interventie
H	Het betreft een inzichtgevend, psycho-educatief programma waarin oa gebruik wordt gemaakt van cognitief-gedragstherapeutische technieken	Geen onderscheid in risicogroepen, wel een aantal contra-indicaties	Dynamische risicofactoren zijn: bevorderen inzicht gedragsetikens, cognitieve herstructurering en gedragsvaardigheden aanleren	Geen beschrijving van maatregelen voor verschillen in responsiviteit	Wel een individueel terugvalpreventieplan, echter onduidelijk in hoeverre dat adequaat wordt uitgewerkt	Nog geen effectstudie bekend, interventie bevat wel onderdelen die gebaseerd zijn op het delictketenmodel en het SRC-model	Onduidelijk in hoeverre het protocol wordt uitgevoerd zoals in het draaiboek wordt beschreven	Geen beschrijving van effectmeting en/of follow-up Eindevaluatie tijdens de laatste sessie is gericht op de identificatie van verbeterpunten voor de interventie, in plaats van op plaats van op door de client behaalde resultaten

I	Het betreft een inzichtgevend programma waarin gebruik wordt gemaakt van het delictscenariomodel en het terugvalpreventiemodel Het programma lijkt voornamelijk gericht op psycho-educatie Het is onduidelijk of er voor iedere deelnemer een individueel delictscenario wordt gemaakt (gezien de duur van 8 sessies lijkt dat niet realistisch)	Geen onderscheid in risicogroepen, wel een aantal (contra-)indicaties	Dynamische risicofactoren zijn: bevorderen zelfinzicht en verantwoordelijkheid, aanleren vaardigheden mbt agressiehantering	Geen beschrijving van maatregelen voor verscheiden in responsiviteit	In de handleiding van het programma wordt gesproken over het opstellen van terugvalpreventieplannen. Echter, in het draaiboek wordt geen beschrijving gegeven van terugvalpreventie, noch van nazorg en/of resocialisatie	Nog geen effect-studie bekende, de theoretische onderbouwing bestaat uit de delictscenarioprocedure	Onduidelijk in hoeverre het protocol wordt uitgevoerd zoals in de handleiding wordt beschreven	Tussen- en eindevaluatie vinden plaats Onduidelijk op welke wijze evaluatie gevolgen heeft voor verdere hulpverlening en nazorg
J	De interventie is gebaseerd op de stress-inoculatie benadering uit de cognitieve gedragstherapie	De interventie betreft een intensieve vorm van stress-inoculatie-training en biedt ruimte voor aanpassing aan individuele behoeften	Middels zelfrapportagevragenlijsten en een interview voorafgaand aan en tijdens de eerste sessie van de interventie worden individuele behoeften in kaart gebracht	Geen beschrijving van maatregelen voor verscheiden in responsiviteit	Geen beschrijving van terugvalpreventieplannen, nazorg, of resocialisatie	Empirische evidentie voor de effectiviteit van de training is voorhanden De interventie is gebaseerd op cognitief gedrags-therapeutische principes	In de handleiding is een outline van de sessies bijgevoegd waarmee een onafhankelijk persoon kan bepalen in hoeverre sprake is geweest van programma-integriteit	In de handleiding is geen beschrijving van een gestandaardiseerde effectevaluatie of follow-up opgenomen. Uiteraard is het mogelijk de standaardinstrumenten die aan het begin zijn gebruikt opnieuw af te nemen
K	Het programma is gebaseerd op cognitief-gedragstherapeutische technieken en het veranderingsmodel van oa ART	Geen onderscheid in risicogroepen, wel een aantal contra-indicaties	Dynamische factoren zijn onder andere: irrationele cognities, communicatie-, en probleemoplossende vaardigheden	Geen beschrijving van maatregelen voor verscheiden in responsiviteit	Het Violence Booster Programme betreft een nazorgprogramma, waarin elementen van het terugvalpreventiemodel zijn opgenomen	Empirisch onderzoek naar de effectiviteit van het programma is gaande Het nazorgprogramma is gebaseerd op cognitief-gedragstherapeutische methoden	Onduidelijk in hoeverre het programma wordt uitgevoerd zoals in de handleiding is beschreven	In de handleiding is geen beschrijving van een gestandaardiseerde effectevaluatie of follow-up opgenomen

Interventie F

Interventie F is gebaseerd op het uitgangspunt dat in de behandeling van agressie aandacht besteed moet worden aan de samenhang tussen agressieve gevoelens en gewelddadig gedrag en het aanleren van strategieën om agressieve gevoelens en gewelddadig gedrag te leren beheersen. In de concrete interventies zien we elementen terug uit cognitief gedragstherapeutische modellen (bijvoorbeeld het aanleren van probleemoplossingsvaardigheden, identificeren van disfunctionele cognities) en dramatherapeutische technieken (bijvoorbeeld rollenspelen, slow-motion spel en fictieve spelsituaties gericht op het aanleren van woedebeheersing). In het draaiboek wordt geen onderscheid gemaakt in risicogroepen, wel wordt een aantal indicaties en contra-indicaties genoemd. Indicaties zijn onder andere: patiënten met een persoonlijkheidsstoornis (cluster B) die dreigend en/of agressief gedrag vertonen, moeite hebben met conflicthantering, beschikken over een gemiddelde of bovengemiddelde intelligentie. Contra-indicaties zijn: groepsongeschiktheid, laagbegaafdheid en/of psychotische symptomen. Deze contra-indicaties worden niet nader gespecificeerd.

De dynamische risicofactoren die de interventie beoogt te veranderen zijn het leren herkennen van woede en agressieve gevoelens, inzicht krijgen in de gevolgen van agressief gedrag voor het slachtoffer (empathietraining), het aanleren van woedebeheersingstechnieken en conflictoplossingsvaardigheden. In hoeverre met de responsiviteit en de individuele criminogene behoeften van de deelnemers rekening wordt gehouden is niet duidelijk. In de handleiding wordt geen aandacht besteed aan terugvalpreventie, nazorg en/of resocialisatie, maar het gaat hier ook om een intramurale interventiemodule. Effectstudies naar de interventie hebben nog niet plaatsgevonden, de theoretische onderbouwing kan gevonden worden in cognitief gedragstherapeutische technieken voor algemeen gewelddadig gedrag (bijvoorbeeld: probleemoplossend denken, moreel redeneren) en dramatherapeutische technieken voor woedebeheersing (bijvoorbeeld: rollenspel, fictieve spelsituaties; Thompson, 1999). De interventie duurt 15 weken en iedere bijeenkomst heeft een vaste structuur die in het draaiboek beschreven staat. Er is echter geen uitgewerkt draaiboek: de therapeuten hebben een grote vrijheid om naar eigen inzicht methoden toe te passen. Dit maakt de interventie lastig te beoordelen. Door de summiere beschrijving is niet inzichtelijk of gewerkt wordt aan individuele risicofactoren volgens de 'What Works'-benadering, en ook de programma-integriteit kan, vanwege de afwezigheid van een draaiboek, niet getoetst worden. De combinatie van cognitief gedragstherapeutische en dramatherapeutische methoden in een agressiebeheersingsprogramma doet creatief en innovatief aan. Omdat de interventie echter in de praktijk volgens de auteurs nog niet is toegepast, zijn wij terughoudend in de beoordeling ervan.

Interventie G

In het draaiboek van interventie G is geen beschrijvend gedeelte opgenomen waarin een theoretische en/of empirische onderbouwing van de interventie, inclusie- en exclusiecriteria, onderscheid in risicogroepen of andere kenmerken van de interventie worden vermeld. Impliciet komt uit de beschrijving van de sessies naar voren dat het doel van de interventie bestaat uit het aanleren van probleemoplossende vaardigheden en conflicthanteringsstrategieën. Effectstudies naar de interventie zijn niet bekend, de interventie is echter wel gebaseerd op cognitief gedragstherapeutische technieken gericht op het verminderen van algemeen gewelddadig gedrag. In hoeverre rekening wordt gehouden met de individuele criminogene behoeften en de responsiviteit van de deelnemer(s) is niet duidelijk. In het draaiboek wordt geen aandacht besteed aan terugvalpreventie, nazorg en/of resocialisatie, maar het betreft een intramurale interventie. Ten slotte is niet bekend in hoeverre het protocol wordt uitgevoerd zoals het in de handleiding is beschreven, er worden geen systematische checks vermeld.

Interventie H

Interventie H is een groepsbehandeling gebaseerd op cognitief gedragstherapeutische uitgangspunten waarmee beoogd wordt het inzicht in gedrags- en agressieketen te vergroten en cliënten gedragsalternatieven aan te leren voor agressief gedrag. In de concrete interventies zien we voorlichtingselementen en onderdelen van het delictketenmodel terug. Daarnaast wordt aandacht besteed aan irrationele cognities. De groepsbehandeling is bedoeld voor cliënten van de reclassering die 'lichtere' geweldsdelicten hebben gepleegd, zoals agressief gedrag in het verkeer en medeplichtigheid aan vechtpartijen. Er zijn een aantal contra-indicaties waaronder verslavingsproblematiek en ernstige psychiatrische problematiek. Deze contra-indicaties worden echter niet nader gespecificeerd.

De dynamische risicofactoren die de interventie beoogt te veranderen betreffen het vergroten van inzicht in de eigen agressieketen, het aanleren van cognitieve vaardigheden en gedragsvaardigheden die agressieve gedachten en gewelddadig gedrag kunnen vervangen. Een einddoel is de cliënten een persoonlijke agressieketen op te laten stellen. De beschrijving van persoonlijke risicofactoren in deze keten, is echter zeer beknopt. In de handleiding wordt niet beschreven in hoeverre rekening wordt gehouden met verschillen in de responsiviteit van de cliënten. In hoeverre het protocol wordt uitgevoerd zoals het in de handleiding is beschreven, is ook onbekend. Ten slotte wordt geen beschrijving gegeven van terugvalpreventie en nazorg. Tijdens de laatste bijeenkomst wordt niet het effect van de training op de cliënt geëvalueerd, maar de training zelf. Net als bij het Terugvalpreventieprogramma voor daders van agressieve delicten dat hierna besproken wordt, is het opvallend dat er een discrepantie lijkt te bestaan tussen de ambitieuze doelen van de training voor gedragsver-

andering bij de individuele client en de (beperkte) mogelijkheden die een korte, op psycho-educatie gerichte groepsinterventie daartoe biedt.

Interventie I

Interventie I is een inzichtgevend, voorlichtingsachtig programma waarin gebruik wordt gemaakt van de delictscenarioprocedure, hetgeen tevens het veranderingsmodel is. De groepsbehandeling is bedoeld voor cliënten van de reclassering die herhaald gewelddadige delicten hebben gepleegd en hun daad volledig bekennen. In het draaiboek wordt geen onderscheid gemaakt in risicogroepen die al dan niet geschikt zijn voor de groepsbehandeling. Een aantal contra-indicaties wordt wel vermeld, waaronder verslaving, een gebrek aan motivatie, een IQ lager dan 80 en de aanwezigheid van persoonlijkheids- en/of psychiatrische stoornissen die dusdanig ernstig zijn dat ze een adequaat functioneren verhinderen.

De interventie richt zich op het vergroten van inzicht in het eigen gedrag en het verloop van een delictketen, risicofactoren, cognitieve vertekeningen en het aanleren van vaardigheden zoals time-out procedures. Daarnaast wordt getracht de deelnemer verantwoordelijkheid te laten nemen voor het eigen gedrag en het empathisch vermogen te vergroten. De individuele risicofactoren zouden tenslotte aan bod komen in een persoonlijk terugvalpreventieplan. Het is echter niet duidelijk hoe gedetailleerd deze risicofactoren worden beschreven en in hoeverre nazorg en resocialisatie in het plan worden opgenomen. Wij vragen ons af of het in het kader van een groepstraining van acht bijeenkomsten van twee uur haalbaar is om voor alle acht deelnemers een gedetailleerd en waarheidsgetrouw delictscenario met terugvalpreventieplan op te stellen. In het draaiboek wordt niet expliciet vermeld dat rekening wordt gehouden met de leerstijl en de mogelijkheden van de cliënt, het responsiviteitsprincipe.

Wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van de interventie heeft tot nu toe niet plaatsgevonden. Gezien de korte duur van de interventie en de hoge ambities in termen van inzicht verkrijgen, verantwoordelijkheid nemen en vaardigheden aanleren, vragen wij ons af of deze module wel effectief kan zijn. In hoeverre het protocol wordt uitgevoerd zoals het in de handleiding is beschreven, is onbekend. Ten slotte wordt het effect van de behandeling bij elke deelnemer geëvalueerd door middel van een tussen- en eindevaluatie waarbij trainers, de deelnemer, de vaste reclasseringsbegeleider en zo mogelijk een persoon uit het sociale netwerk van de deelnemer, aanwezig zijn. Hoe deze evaluatie verloopt en welke consequenties deze heeft voor verdere nazorg en follow-up is onduidelijk.

Interventie J

In de handleiding van interventie J wordt de theoretische onderbouwing en de empirische evidentie voor stress-inoculatietraining voor woedebeheersing uitge-

breid beschreven. De interventie bestaat uit verschillende cognitief-therapeutische technieken en beoogt de zelfregulatie van cliënten met agressieproblematiek te vergroten. Door middel van zelfrapportagevragenlijsten (*Novaco Anger Scale*, *Provocation Inventory* en de *Spielberger State Trait Anger Expression Inventory*) en een interview worden de individuele criminogene behoeften van cliënten voorafgaand aan de interventie geïdentificeerd. De individuele behoeften komen vervolgens uitgebreid aan bod tijdens de individueel aangeboden interventie. Dynamische risicofactoren die de interventie in ieder geval beoogt te veranderen zijn onder meer: irrationele cognities, lichamelijke spanningen en gebrekkige probleemoplossende vaardigheden. Indien tijdens de eerste sessie blijkt dat de motivatie tot het volgen van de interventie laag is, wordt eventueel een 'preparatory phase' van vijf tot zeven sessies geïmplementeerd, waarin onder meer de voor- en nadelen van agressie en geweld uitgebreid worden besproken. De sessies in deze fase worden niet in de handleiding beschreven. De handleiding bevat geen beschrijving van terugvalpreventie en nazorg. Door de individuele aanpak is het voor de therapeut echter goed mogelijk om zeer nauw aan te sluiten bij de mogelijkheden van de cliënt (responsiviteit); in het draaiboek staan daarvan vele voorbeelden genoemd. Follow-up of 'booster sessies' waarin aangeleerde vaardigheden worden geëvalueerd en aanvullende oefeningen worden uitgevoerd, worden wel aangeraden, evenals het identificeren van toekomstige uitlokkende situaties en obstakels (terugvalpreventie).

Interventie K

In de handleiding van interventie K wordt de theoretische onderbouwing voor de cognitief gedragstherapeutische technieken gedetailleerd beschreven. Het betreft een nazorgprogramma waarin oefeningen met betrekking tot agressieregulatie en woedebeheersing die in eerder door de cliënt afgeronde interventies zijn toegepast, verder worden geoefend. In de handleiding wordt geen onderscheid gemaakt in verschillende risicogroepen, wel wordt een aantal contra-indicaties genoemd. Contra-indicaties zijn onder andere: daders die agressie instrumenteel gebruiken en daders met gebrekkige cognitieve capaciteiten. Tijdens de sessies komen de individuele risicofactoren aan bod door gedeelten van de eerder opgestelde persoonlijke terugvalpreventieplannen te bespreken. Dynamische risicofactoren worden door trainers en deelnemers tijdens de sessies nader bepaald, voorbeelden zijn: communicatie- en probleemoplossingsvaardigheden, terugvalpreventietechnieken en irrationele cognities. De handleiding bevat geen expliciete beschrijving van maatregelen voor verschillen in responsiviteit, noch een beschrijving van een follow-up of effectmeting.

Interventie Y

Niet opgenomen in de bovenstaande tabel omdat de projectgroep niet beschikt over een uitgewerkt draaiboek maar over een beschrijving, is interventie Y, een behandelprogramma van de *Correctional Service of Canada*. Het behandelprogramma is gebaseerd op cognitief gedragstherapeutische principes en is bedoeld voor de reïntegratie van algemeen gewelddadige delinquenten. Deelnemers dienen voor twee of meer gewelddadige delicten te zijn veroordeeld en een hoog recidive-risico te hebben, dit laatste gemeten met de *Statistical Information on Recidivism Scale* (SIR). De interventie is gericht op het bevorderen van zelfcontrole, het probleemoplossend vermogen, de interpersoonlijke en prosociale vaardigheden, 'anger management' en het opstellen van een terugvalpreventieplan. Het behandelprogramma bestaat uit 94 twee uur durende groepssessies (maximaal 12 deelnemers) en vier individuele sessies. De groepssessies vinden plaats binnen een tijdsbestek van 14 weken. Ten slotte bevat de interventie een nazorggedeelte waarin tijdens groeps- en individuele sessies aandacht wordt besteed aan het bijstellen en navolgen van het terugvalpreventieplan. De projectgroep beschikt slechts over een korte beschrijving van het behandelprogramma. Effectonderzoek naar het programma heeft nog niet plaatsgevonden. Bestudering van het uitgewerkte draaiboek of protocol van de interventie is geïndiceerd teneinde de waarde van het programma nader te bepalen.

4.7 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

De internationale wetenschappelijke literatuur naar therapeutische programma's voor daders die problemen hebben met agressiebeheersing ondersteunt relatief eenduidig de effectiviteit van cognitief gedragstherapeutische programma's, zoals *Aggression Replacement Training* (Goldstein et al., 1998) en stress-inoculation training (Novaco, 2001). Kenmerkend voor deze programma's is de combinatie van cognitieve interventies gericht op het verkrijgen van inzicht in de eigen agressieproblematiek en het oefenen van alternatieve vaardigheden om boosheid beter te hanteren. Dit oefenen gebeurt tijdens rollenspel in de therapie en in het dagelijks leven. De gemiddelde effectgrootte van dergelijke programma's ligt rond de .80, een waarde die in het algemeen als groot wordt beschouwd voor therapie evaluatie-onderzoek.

Er is dus reden tot enig optimisme over de mogelijke toepassing van dergelijke programma's bij Nederlandse justitiabelen die geweldsdelicten hebben gepleegd. Daar staat tegenover dat de Nederlandse protocollen die wij tot onze beschikking kregen en hebben kunnen beoordelen niet op hun effectiviteit getoetst zijn. Het betreft veelal kortdurende groepsbehandelingen met een sterk voorlichtend en inzichtgevend karakter, waarbij de vaardigheidscomponent ondergeschikt lijkt.

Ook hebben wij vragen bij de mate waarin de meeste van deze programma's daadwerkelijk aansluiten bij de dynamische risicofactoren die bij de individuele cliënt een rol spelen in zijn agressieve gedrag. Acht sessies in groepsverband, zonder systematische aandacht voor nazorg en terugvalpreventie, lijkt ons een onvoldoende interventie om recidive met gewelddadige delicten daadwerkelijk terug te dringen, zeker gezien de veelheid aan factoren die bij de individuele cliënt samenhangen met het agressieve gedrag.

Het individuele programma (interventie J) biedt wel een maatwerk-aanpak voor agressiebeheersing. De individuele diagnostiek aan het begin, de grote mate van structurering van de gehele module, de systematische wijze waarop geoefend wordt met provocerende, woede-opwekkende situaties lijken veelbelovend, hetgeen ook door onderzoek wordt ondersteund. Interventie K is een adequaat nazorgprogramma, dat eveneens goed aansluit bij de criminogene behoeften van de individuele cliënt. Helaas kregen wij niet de gelegenheid om de aangepaste versie van de ART voor forensisch psychiatrische patiënten, zoals recent ontwikkeld door Hornsveld et al. (2004) te beoordelen. Wij weten dus niet in hoeverre deze Nederlandse versie van ART afwijkt van het origineel. Op theoretische en empirische gronden zijn er wel bedenkingen te plaatsen bij het standaard opnemen van een onderdeel moreel redeneren in de ART. Psychopathische patiënten zijn kille, gewetenloze personen die in een groepsbehandeling gericht op empathietraining en moreel redeneren voornamelijk zullen leren hoe zij de gevoelens en gewetens van niet-psychopaten nog beter kunnen intimideren en manipuleren.

4.7.1 Aanbevelingen ten aanzien van de opzet van een behandelprotocol algemeen geweld

Op grond van ons literatuuroverzicht en de bestudering van de behandelprotocollen, komen wij tot de volgende aanbevelingen voor de opzet van een behandelprotocol voor algemeen geweld:

Fase 1: Diagnostiek, risicotaxatie, motivering en indicatiestelling

Voorafgaand aan de behandeling van risicofactoren voor gewelddadig gedrag dient in een diagnostische fase aandacht besteed te worden aan een inventarisatie van de belangrijkste risicofactoren voor delicttherhaling in het geval van deze specifieke dader. In het protocol staat een risicotaxatie instrument voor geweld beschreven (bijvoorbeeld de HCR-20) en staat aangegeven welke andere diagnostische instrumenten geschikt zijn om risicofactoren vast te stellen. De *Novaco Anger* schalen zijn geschikte zelfrapportagelijsten voor het meten van boosheid en boosheidshantering, onder andere omdat zij goed discrimineren tussen gewelddadige en niet-gewelddadige delinquenten (Selby, 1984). Motiveringstechnieken,

psycho-educatie over agressie en agressiehantering en het vergaren van hetero-anamnestiche gegevens zijn een onderdeel van deze fase in het protocol. Het identificeren van risicofactoren voor drop-out is belangrijk om dit eventueel te kunnen voorkomen.

Het einddoel van deze fase is het opstellen van een lijst met dynamische risicofactoren, die in de behandeling aan bod zullen komen.

VOORBEELDCASUS: HANS

Uit de bevindingen van de eerste fase blijkt dat bij Hans de volgende risicofactoren een rol spelen bij de vechtpartijen waarin hij herhaaldelijk verzeild raakt:

- Alcoholmisbruik
- Vijandigheid en het toeschrijven van vijandige bedoelingen aan anderen
- Impulsiviteit (eerst doen, dan denken)

Fase 2: Behandeling van de individuele risicofactoren via modules, opstellen terugvalpreventieplan

Het protocol dient te bestaan uit interventies die gericht zijn op verandering in de individuele risicofactoren. Deze interventies worden modulair aangeboden, zodat aan een individuele cliënt een behandeling op maat gegeven kan worden. De afzonderlijke modules kunnen uit één of meerdere sessies bestaan. De laatste module van de behandeling is de module terugvalpreventieplan, waarin het individuele delictscenario met de bijbehorende risicofactoren staat beschreven, en tevens hoe de cliënt een terugval kan voorkomen. Tenslotte staan hierin afspraken met betrekking tot nazorg en follow-up.

Voor de behandeling van daders van geweldsdelicten zijn onder andere modules gericht op de volgende risicofactoren relevant:

- Middelenmisbruik en –verslaving
- Probleemoplossende vaardigheden en conflicthantering
- Agressieregulatietraining, bijvoorbeeld middels de stress-inoculatie training van Novaco
- Impulsiviteit
- Vijandigheid en achterdocht
- Procriminele opvattingen

VERVOLG VOORBEELDCASUS: HANS

Voor Hans zijn de volgende modules geïndiceerd:

- Middelenmisbruik
- Impulsiviteit
- Vijandigheid en achterdocht
- Aggressieregulatietraining
- Terugvalpreventieplan

Fase 3: Nazorg en follow-up

In de derde fase vindt nazorg in de vorm van boostersessies plaats waarin problemen met (dreigende) terugval worden doorgenomen. Mogelijk dient het preventieplan te worden bijgesteld op grond van nieuwe inzichten en ervaringen. Indien nodig kan in overleg met cliënt besloten worden om een module te herhalen of een nieuwe module te volgen. Na 1 jaar vindt een follow-up plaats waarbij de instrumenten die in Fase 1 gebruikt zijn opnieuw worden afgenomen, c.q. gescoord door een professional. Tevens worden dan recidivegegevens bij de politie opgevraagd.

Alle modules die wij hebben besproken zijn impliciet dan wel expliciet alleen toepasbaar op geweldsdelinquenten van het *reactieve type*, dat wil zeggen mensen die bij provocatie snel de controle over hun agressie verliezen en gewelddadig worden. Voor delinquenten die geweld toepassen als middel om een ander doel (bijvoorbeeld geld) te bereiken, het zogenaamde *instrumentele type*, zijn deze interventies niet geschikt. Onder het laatste type behoren onder andere de psychopathische daders.

Het draaiboek van voornoemde stress inoculatie training woedebeheersing (interventie J) biedt de meest gedetailleerde beschrijving van een effectieve interventie bij delinquenten met agressieproblematiek. Het betreft een individueel programma, met een sterke nadruk op oefening van gedragsalternatieven voor agressief handelen. Een individuele aanpak is wellicht in Nederland niet haalbaar vanwege te hoge kosten of beperkte beschikbaarheid van therapeuten. Wellicht is integratie van delen van Novaco's aanpak in een groepsformat echter wel mogelijk.

4.7.2 Aanbevelingen ten aanzien van effectiviteitsonderzoek naar de behandeling van algemeen geweld

Het effectonderzoek naar interventies gericht op het verminderen van agressief en gewelddadig gedrag bevindt zich qua ontwikkeling ergens tussen het effectonderzoek naar seksueel geweld en relationeel geweld in. De interventies gericht op algemeen geweld lijken in het algemeen succesvoller dan de interventies gericht op relationeel geweld; de bereikte effecten zijn groter. Het effectonderzoek naar seksueel geweld is veelomvattender dan dat naar algemeen geweld, en de interventies zijn ongeveer even effectief.

In Nederland is tot nu toe geen effectonderzoek naar interventies bij volwassen geweldsdelinquenten gepubliceerd. Het lopende onderzoek van Hornsveld onder ter beschikking gestelden en ambulante forensisch psychiatrische patiënten is het eerste op dit terrein. Gerandomiseerd onderzoek, waarbij twee verschillende interventies met elkaar worden vergeleken, en waarbij de effecten op recidive bij follow-up na drie jaar worden onderzocht is noodzakelijk, omdat dit soort onderzoek ook in de internationale literatuur op het gebied van het terugdringen van algemeen geweld schaars is.

4.8 LITERATUUR

- Andrews, D.A., & Bonta, J. (1998) (2nd edition). *The psychology of criminal conduct*. Cincinnati, OH: Anderson.
- Beck, R., & Fernandez, E. (1998). Cognitive behavioral therapy in the treatment of anger: A meta-analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 63-75.
- Beenackers, E.M.Th. (2001). *Effectiviteit van sanctie-programma's: Op zoek naar interventies die werken, met name bij zeden- en geweldsdelinquenten en delinquenten met cognitieve tekorten – een literatuuronderzoek*. Den Haag: Ministerie van Justitie, Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum.
- DelVecchio, T., & O'Leary, K.D. (2004). Effectiveness of anger treatments for specific anger problems: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 24, 15-34.
- DiGiuseppe, R., & Tafrate, R.C. (2003). Anger treatment for adults: A meta-analytic review. *Clinical Psychology, Science and Practice*, 10, 70-84.
- Van Emmerik, J.L. (2001). *De terbeschikkingstelling in maat en getal*. Den Haag: Ministerie van Justitie.
- Goldstein, A.P., Glick, B., & Gibbs, J.C. (1998). *Aggression Replacement Training: A comprehensive intervention for aggressive youth*. Champaign, IL: Research Press.
- Van der Heide, W., & Eggen, A.T.J. (2003). *Criminaliteit en Rechtshandhaving 2001: Ontwikkelingen en samenhang*. Meppel: Boom Juridische uitgevers.
- Hornsveld, R., van Dam-Baggen, C.M.J., Lammers, S.M.M., Nijman, H.L.L., & Kraaimaat, F.W. (2004). Forensisch psychiatrische patiënten met geweldsdelicten: Persoonlijkheidskenmerken en gedrag. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46, 133-143.
- Hornsveld, R.H.J., van Dam-Baggen, C.M.J., Leenaars, P.E.M., & Jonkers, Ph. J. (2004). Aggressiehanteringstherapie voor forensisch-psychiatrische patiënten met gewelddelicten: Ontwikkeling en praktijk. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 30, 22-37.
- Marshall, W.L. (1998). Adult sexual offenders. In: A.S. Bellack, & M. Hersen. *Comprehensive Clinical Psychology, volume 9* (pp. 407-420). Oxford: Pergamon.

- Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties & Ministerie van Justitie (2003). *Jaarrapportage Veiligheid 2003*. Den Haag: Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties.
- Novaco, R.W. (1997). Remediating anger and aggression with violent offenders. *Legal and Criminological Psychology, 2*, 77-88.
- Novaco, R.W. (2001). *Stress inoculation treatment for anger control: Therapist procedures*. Irvine, California: University of California.
- Novaco, R.W., Ramm, M., & Black, L. (2001). Anger treatment with offenders. In: C.R. Hollin (Ed.), *Handbook of offender assessment and treatment* (pp. 281-296). Chichester, UK: Wiley.
- Philipse, M., de Ruiter, C., Hildebrand, M., & Bouman, Y. (2000). HCR-20: *Beoordelen van het risico van gewelddadig gedrag*. Utrecht/Nijmegen: Dr Henri van der Hoevenstichting/Pompestichting.
- Pieters, G., & Gerits, P. (2000). De gedragstherapeutische behandeling van agressief gedrag. In: S. Tuinier, W.M.A. Verhoeven & P.J.A. van Panhuis (Eds.), *Behandelingsstrategieën bij agressieve gedragsstoornissen* (pp. 51-66). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Polaschek, D.L.L., & Reynolds, N. (2001). Assessment and treatment: Violent offenders. In: C.R. Hollin (Ed.), *Handbook of offender assessment and treatment* (pp. 415-431). Chichester, UK: Wiley.
- Renwick, S.J., Black, L., Ramm, M., & Novaco, R.W. (1997). Anger treatment with forensic hospital patients. *Legal and Criminological Psychology, 2*, 103-116.
- Selby, M.J. (1984). Assessment of violence potential using measures of anger, hostility, and social desirability. *Journal of Personality Assessment, 48*, 531-544.
- Wittebrood, K. (2000). Trends in jeugdgeweld. *Justitiële Verkenningen, 26*, 21-34.

5 Slotbeschouwing

De Canadese ‘What works’ benadering begint de laatste jaren onder Nederlandse gedragswetenschappers en juristen die zich bezighouden met de effectiviteit van sancties terrein te winnen (o.a. Buruma, 2003; van der Laan & Slotboom, 2002). Het terugdringen van recidive staat in deze benadering op de voorgrond, in plaats van de meer traditionele opvattingen over het doel van sancties zoals die van vergelding, afschrikking en beveiliging. Deze toenemende belangstelling voor het toepassen van gedragswetenschappelijke interventies ter voorkoming van recidive vindt plaats binnen een maatschappelijke en politieke context die daar in een aantal opzichten diametraal tegenover staat. Versobering van het gevangenisregime, forse bezuinigingen op de personele capaciteit in justitiële inrichtingen, en een steeds verder afkalvend maatschappelijk draagvlak voor de reïntegratie van terbeschikkinggestelden: het zijn voorbeelden van berichten in de landelijke media die op dit moment aan de orde van de dag zijn. Soms lijkt de waan van de dag te regeren in plaats van een heldere, eenduidige visie op veiligheidsbeleid.

De ‘What works’ aanpak kan een tegenwicht bieden aan de tendens tot verharding van het strafrechtklimaat in Nederland. Uit het onderzoek dat wij in dit rapport de revue hebben laten passeren blijkt immers dat een op de vier principes van deze aanpak gebaseerde interventie een significante bijdrage kan leveren aan een veiliger samenleving, waarmee op de lange termijn materiële en immateriële ‘winst’ wordt geboekt. Uit de buitenlandse meta-analyses blijkt dat er vooral voor seksueel geweld en algemeen geweld effectieve interventies bestaan. Deze effectieve interventies zijn theoretisch onderbouwd met een consistent behandelmodel, ze zijn relatief intensief en hebben een sterke oefencomponent en zij besteden expliciet aandacht aan nazorg en terugvalpreventie, bijvoorbeeld met boosterssessies. De studies naar het effect van interventies bij relationeel geweld lieten een minder gunstig beeld zien, maar hierbij was opvallend dat deze interventies veelal niet volgens de principes van de ‘What works’ benadering waren opgezet.

Opvallend aan de Nederlandse interventieprotocollen die ons ter hand waren gesteld was de beperkte duur van de daarin beschreven interventies, het ontbreken van een theoretische verantwoording van de interventies en een gebrek aan nazorg. Ook ontbreekt methodologisch verantwoord effectiviteitsonderzoek naar deze interventies vrijwel volledig. Jarenlang zijn in Nederland korte taak- en leerstraffen opgelegd van 8 groepszittingen van anderhalf uur, waarvan verwacht werd dat ze een effect hebben op recidive bij relatief ernstige geweldsdelinquenten. Er is geen

bewijs dat dergelijke kortdurende interventies effect hebben. Op empirische gronden is een dergelijk blijvend effect ook niet reëel om te verwachten. Bij daders van relationeel geweld, bijvoorbeeld, is vaak sprake van een langdurig patroon van probleem- en conflicthantering met geweld. Het vraagt geduld, tijd en oefening om dit soort ingesleten gedragspatronen te veranderen. Iedereen die wel eens geprobeerd heeft met een ongewenst gedragspatroon te stoppen (denk aan: roken, te veel eten/snoepen, te weinig bewegen) weet hoe moeilijk dat is. Effectonderzoek naar gedragtherapeutische interventies bij afvallen is hier een voorbeeld van (Brownell & Cohen, 1995; Brownell, 1999). Bovendien hebben personen die ernstige geweldsdelicten plegen vaak last van forse persoonlijkheidsproblematiek, vaak gecombineerd met problematisch middelengebruik. De disfunctionele cognities die deel uitmaken van de persoonlijkheidspathologie (bijvoorbeeld een vijandige opstelling ten opzichte van anderen, een egocentrische houding) dienen met behulp van cognitieve herstructureringstechnieken te worden aangepakt (McNiel, Eisner, & Binder, 2003). Samen met het aanleren van gedragsalternatieven voor geweld ontwikkelt de delinquent op deze manier alternatieve copingvaardigheden.

De 'What works' benadering voldoet aan een groot aantal eisen die op dit moment aan de besteding van schaarse overheidsmiddelen worden gesteld. De aanpak is transparant en evidence-based en er ligt nadruk op effectiviteit en doelmatigheid (kosten-effectief inzetten van middelen). Op basis van ons internationale literatuuroverzicht en de inventarisatie van de Nederlandse en buitenlandse interventieprotocollen komen wij tot de volgende **aanbevelingen**:

1. Maak een keuze voor een veelbelovende interventie voor ieder van de drie groepen geweldsdelinquenten. Prioriteit moet daarbij gegeven worden aan de principes van de psychologie van crimineel gedrag en de evidence-base die reeds voorhanden is voor de interventie. De empirische evidentie voor de effectiviteit van behandelingen voor daders van relationeel geweld is tot nu toe gering. Echter, de ontwikkeling van een behandelaanbod dat aangepast kan worden aan het individuele geval ('maatwerk') waarbij modules naargelang de problematiek kunnen worden aangeboden (zie ook Warnaar & Wegelin, 2003) is noodzakelijk. Wellicht kunnen daarbij effectieve ingrediënten uit interventies die reeds ontwikkeld zijn voor daders van algemeen geweld als uitgangspunt dienen.
2. Stop met alle kortdurende interventies die niet volgens de 'What works' principes zijn opgezet en waarvoor geen empirische evidentie voorhanden is. Deze zijn een verspilling van tijd en geld.
3. Maak de onder (1) gekozen interventie optimaal qua duur en intensiteit.

4. Ontwerp een adequaat effect-onderzoek met een experimentele en een controlegroep waarmee de effectgrootte van de interventie kan worden vastgesteld. Verricht dit effectonderzoek alvorens over te gaan tot grootschalige implementatie van de interventie.
5. Integreer kosten-effectiviteitsonderzoek binnen het effectonderzoek. Dit betekent dat ook de lange termijn effecten van de interventie in kaart gebracht moeten worden.

Als het hier voorgestelde beleid consequent wordt ingevoerd ontstaat een evidence-base van werkzame interventies voor deze drie groepen geweldsdelinquenten. Daarmee wordt recidive op een effectieve manier teruggedrongen, net als de maatschappelijke kosten die deze vormen van delicttherhaling met zich meebrengen.

5.1 LITERATUUR

- Brownell, K.D. (1999). The central role of lifestyle change in long-term weight management. *Clinical Cornerstone*, 2, 43-51.
- Brownell, K.D., & Cohen, L.R. (1995). Adherence to dietary regimens. 2: Components of effective interventions. *Behavioral Medicine*, 20, 155-164.
- Buruma, Y. (2003). Veiligheid door repressie: Emotie of verstand. WODC Lezing 2003.
- McNiel, D. E., Eisner, J.P., & Binder, R.L. (2003). The relationship between aggressive attributional style and violence by psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 399-403.
- Van der Laan, P.H., & Slotboom, A. (2002). Wat werkt? In: P.J. van Koppen, D.J. Hessing, H.L.G.J. Merckelbach, & H.F.M. Crombag (Eds.), *Het recht van binnen: Psychologie van het recht* (pp. 963-975). Deventer: Kluwer.
- Warnaar, B., & Wegelin, M. (2003). Behandeling van partnernishandelaars. *Directieve Therapie*, 23, 63-81.

BIJLAGE 1: CRITERIA VAN DE WERKGROEP INTERVENTIES

Kwaliteitscriteria voor de beoordeling van interventies:

Theoretische onderbouwing: de interventie is gebaseerd op een expliciet verandingsmodel waarvan de werking wetenschappelijk is aangetoond.

Selectie van delinquenten: het type delinquent waarop de interventie zich richt wordt duidelijk gespecificeerd en geselecteerd.

Dynamische factoren: de interventie is gericht op het veranderen van risicofactoren die samenhangen met het criminele gedrag.

Effectieve behandelingsmethoden: er worden (behandel)methoden toegepast die aantoonbaar effectief of veelbelovend zijn.

Vaardigheden en protectieve factoren: de aanpak is mede gericht op het leren van praktische, sociale en probleemoplossende vaardigheden.

Fasering, intensiteit en duur: de intensiteit en duur van de interventie sluit aan bij de problematiek van de deelnemer.

Betrokkenheid en motivatie: betrokkenheid van de deelnemer bij de interventie en motivatie voor deelname moeten worden bevorderd en gestimuleerd.

Continuïteit: er moeten duidelijke verbindingen zijn tussen de interventie en de begeleiding van de delinquent.

Integriteit: de interventie wordt uitgevoerd zoals het bedoeld is.

Evaluatie: een doorlopende evaluatie geeft inzicht in de effectiviteit van de interventie.

BIJLAGE 2: BEHANDELPROGRAMMA'S CORRECTIONAL SERVICE CANADA

Bron: Ministerie van Justitie, Werkgroep Interventies (J. Plaisier, 2003)

DOELGROEP: ZEDENDELINQUENTEN

Naam programma	Land	Doelgroep	Duur	Binnen/buiten PI	Effect	Opmerking	Kosten
Low Intensity National Sex Offender Treatment Program	Canada	Zedendelinquenten, low risk	2-3 maanden, 3-5 uur per week	Beiden met nazorg	Onbekend		\$ 115.752 salaris-kosten per jaar
Moderate Intensity National Sex Offender Treatment Program	Canada	Zedendelinquenten, medium risk	4-5 maanden, 10-14 uur per week	Beiden met nazorg	Onbekend		\$ 192.684 salaris-kosten per jaar

DOELGROEP: GEWELDSDELINQUENTEN

Naam programma	Land	Doelgroep	Duur	Binnen/buiten PI	Effect	Opmerking	Kosten
Violence –prevention progr.	Canada	Geweld, high risk	98 sessies	Binnen	onbekend		\$ 135.600 salaris-kosten per jaar
Anger and other emotions management program	Canada	Medium risk; Mensen met impulsief/agressief gedrag, minder dan 2 geweldsdelicten	26 sessies	Binnen	Onbekend	Dit programma wordt ook CALM genoemd maar het is onduidelijk of dat hetzelfde programma is als in Engeland gebruikt wordt (hier voor genoemd). In Canada moeten deelnemers eerst R&K gevolgd hebben.	\$ 52.000 salaris-kosten per jaar, daarin 5,5 programma's
Moderate intensity family violence prevention program	Canada	Medium risk (op spousal assault risk assessment) en eenmaal geweld tegen vrouwelijke partner	24 sessies, in 5-13 weken	Binnen	Onbekend	Als mensen na afronding van het programma nog langer in de PI blijven kunnen zij een onderhoudsprogramma volgen (maandelijks).	\$ 12.110 voor 1 programma (salariskosten)
High intensity family violence prevention program	Canada	High risk (op spousal assault risk assessment) en 2 of meer malen geweld tegen vrouwelijke partner	75 sessies in 15 weken plus 8-to individuele sessies	Binnen	Onbekend	Als mensen na afronding van het programma nog langer in de PI blijven kunnen zij een onderhoudsprogramma volgen (maandelijks).	\$ 12.072 salaris-kosten per jaar, voor 1 groep van 20, oftewel \$ 6.153 per geïdentificeerde

BIJLAGE 3: BEHANDELPROGRAMMA'S PROBATION UNIT UK

Bron: Ministerie van Justitie, Werkgroep Interventies (J. Plaisier, 2003)

DOELGROEP: ZEDENDELINQUENTEN

Naam programma	Land	Doelgroep	Duur	Binnen/buiten PI	Effect	Opmerking	Kosten
C-SOGP	UK	Low-high (verschillende elementen kunnen gecombineerd worden)	100 uur of 260 uur	Buiten	Onbekend	€ 6000 per module?	
Thames Valley Sex Offender Groupwork Programme	UK	Low-high	196 uur voor high risk of 156 voor low risk	Buiten	Onderzoek zonder controle-groep	Onbekend	
N-SOGP	UK	Low-high	144 uur + terugval-preventie 180 uur	Buiten	Onbekend	Onbekend	
Prison Service Sex Offender Treatment Programme	UK	Verschillende modules: hoofdprogramma: aangepast aan leerstijl, booster, roll on	86 sessies (extended), 70 (adapted)	Binnen + pilot buiten	Onbekend	Onbekend	

DOELGROEP: GEWELDSDELINQUENTEN

Naam programma	Land	Doelgroep	Duur	Binnen/buiten PI	Effect	Opmerking	Kosten
ART (Aggression Replacement Training)	UK	Medium-high	18 sessies	Buiten	9% vgl controle-groep (Perry, 2002)		
		Onbekend					
CALM (Controlling Anger & Learning to Manage It)	UK	Medium-high	24 sessies	Buiten	Onbekend		€ 2000 per persoon
Violence Booster	UK	Nazorgprogramma	10 sessies	Buiten	Onbekend		Onbekend
Idap	UK	Huiselijk geweld	24 sessies	Buiten	Onbekend		Onbekend
CSCP (Cogn Self Change Program)	UK	High	1-op-1 sessies	Binnen	Onbekend		€ 7000 per persoon

BIJLAGE 4: TEKST BRIEF TRIMBOS-INSTITUUT

Betreft: Medewerking inventariserend onderzoek

Geachte heer/mevrouw,

De Werkgroep Interventies van het programma Terugdringen Recidive van het Ministerie van Justitie heeft het Trimbos-instituut gevraagd een inventariserend onderzoek te verrichten naar de beschikbaarheid van geprotocolleerde interventies voor drie groepen volwassen delinquenten, namelijk zedendelinquenten, geweldsdelinquenten en plegers van huiselijk geweld. In Nederland is tot nog toe weinig onderzoek verricht naar de effectiviteit van geprotocolleerde interventies voor bovenstaande groepen delinquenten. In het kader van het terugdringen van recidivepercentages van (ex)gedetineerden in Nederland, is het dan ook van belang bestaande effectieve en/of veelbelovende interventies te identificeren. Deze interventies kunnen vervolgens op landelijk niveau worden voortgezet, ontwikkeld en/of worden aangekocht en tenslotte door middel van systematisch effectiviteitsonderzoek worden geëvalueerd.

De projectgroep van het Trimbos-instituut, bestaande uit prof. dr. Corine de Ruiter (projectleiding) en drs. Violaine Veen, verzoekt professionals die beschikken en/of informatie hebben over uitgewerkte draaiboeken en/of handleidingen (protocollen) voor interventies bij de bovengenoemde groepen delinquenten, deze tijdelijk ter inzage te stellen aan de projectgroep. Doel van de inventarisatie is het in kaart brengen van zaken als de duur van de interventies, in- en exclusiecriteria voor deelname, theoretische en/of empirische onderbouwing, e.d. De projectgroep geeft de garantie dat de draaiboeken en handleidingen uitsluitend ten behoeve van de inventarisatie gebruikt worden en dat deze uitsluitend door de leden van de projectgroep worden ingekeken. Hiertoe zal een overeenkomst aan u worden opgestuurd. Bij afsluiting van het onderzoek worden de draaiboeken en handleidingen teruggegeven c.q. digitale versies van draaiboeken en handleidingen in het bezit van de projectgroep, vernietigd. Ten slotte wordt aan elke professional een exemplaar van het eindrapport toegezonden.

Mw. drs. Violaine Veen zal u in de komende week telefonisch benaderen teneinde informatie op te vragen over uw eventuele interventieprogramma's. Wij hopen op een vruchtbare samenwerking.

Met vriendelijke groet,

Corine de Ruiter, Violaine Veen

BIJLAGE 5: TEKST BRIEF MINISTERIE VAN JUSTITIE, WERKGROEP INTERVENTIES

Onderwerp: programmabeschrijvingen

Geachte heer, mevrouw,

De Werkgroep Interventies van het programma Terugdringen Recidive heeft het Trimbos-instituut gevraagd om een inventarisatie te maken van Nederlandse, Engelse en Canadese interventies voor zedendelinquenten en delinquenten die een agressief delict (inclusief huiselijk geweld) hebben gepleegd.

Het doel daarvan is na te gaan welke interventies effectief of veelbelovend kunnen zijn in het voorkomen van recidive van (ex-)gedetineerden. Vervolgens zal de werkgroep het Ministerie van Justitie adviseren over welke interventies voor (ex-) gedetineerde voortgezet, ontwikkeld, aangekocht danwel stopgezet zouden moeten worden. Om dat te kunnen beoordelen is het noodzakelijk om zoveel mogelijk te weten over het huidige aanbod van interventies.

Het Trimbos-instituut, in de persoon van mw. drs. Violaine Veen, zal u benaderen met het verzoek om informatie over uw programma's. Wij zouden het op prijs stellen als u hieraan wilt meewerken. Uiteraard zal de informatie niet verder worden verspreid en zult u een exemplaar van het rapport ontvangen.

Wij danken u van harte voor uw medewerking. Mocht u meer informatie wensen dan kunt u uiteraard contact met mij opnemen.

Hoogachtend,

Namens de Werkgroep Interventies,

J.W. Plaisier
Projectleider

BIJLAGE 6: AANGESCHREVEN INSTELLINGEN

Nederlandse instellingen:

Ambulante Forensische Psychiatrie Assen
Ambulante Forensische Psychiatrie Groningen
De Waag (Utrecht, Amsterdam, Haarlem)
Dr. Henri van der Hoeven Kliniek
Dr. S. van Mesdagkliniek
Flevo Future Amsterdam
Forensisch Psychiatrisch Centrum Oldenkotte
Forensisch Psychiatrisch Centrum Veldzicht
GGZ Drenthe
GGZ Eindhoven
Het Dok
Hoeve Boschoord
Kairos Nijmegen
Pompekliniek
Reclassering Leger des Heils
Stichting Reclassering Nederland
TBS-kliniek De Kijvelanden

Buitenlandse instellingen:

Probation Unit UK
Universitair Forensisch Centrum Antwerpen

