

6 | Cognitief-gedragstherapeutische programma's voor (seksueel) gewelddadige terbeschikkinggestelden

Ruud Hornsveld ·

1 | **Woord vooraf**

De afgelopen 15 jaar omvatten mijn professionele werkzaamheden onder andere de ontwikkeling, uitvoering en evaluatie van cognitief-gedragstherapeutische programma's voor forensisch psychiatrische patiënten met een cluster B persoonlijkheidsstoornis of een gedragsstoornis. Hjalmar heeft mij daarbij altijd geïnspireerd. De laatste jaren werd de samenwerking geïntensiveerd in verband met de dissertaties van Almar J. Zwets en Thijs Kanters. Deze samenwerking, die tot op heden voortduurt, ervaar ik als bijzonder prettig en stimulerend.

2 | **Inleiding**

In Nederland is, vergeleken met een aantal Angelsaksische landen, de ontwikkeling van cognitief-gedragstherapeutische programma's voor delinquenten laat op gang gekomen. Al in de negentiger jaren werd in Canada en de Verenigde Staten het programma 'Reasoning and Rehabilitation' (R&R) van Ross, Fabiano en Ewles toegepast.¹ Robinson en Porporino vonden dat delinquenten die het programma voltooiden een kleinere kans hadden om na een jaar te recidiveren dan degenen die het programma niet gevolgd of afgemaakt hadden.² In het Verenigd Koninkrijk werd in 1993 een aangepaste versie van R&R, Enhanced Thinking Skills (ETS), geïmple-

■ Dr. R.H.J. Hornsveld is vrijgevestigd klinisch psycholoog/wetenschappelijk onderzoeker en supervisor van de Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie (VGCT). Website: <www.Agressiehanteringstherapie.nl>.

1 R.R. Ross, E.A. Fabiano & C.D. Ewles, Reasoning and Rehabilitation, *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 1988-32(1), p. 29-35.

2 D. Robinson & F.J. Porporino, 'Programming in cognitive skills: The reasoning and rehabilitation programme', in: C. Hollin (red.), *Handbook of Offender Assessment and Treatment*, Chichester, UK: Wiley 2001, p. 179-193.

menteerd. Uit een onderzoek door Friendship e.a.³ bleek dat het recidiverisico van delinquenten die R&R of ETS gevolgd hadden lager was dan dat van niet behandelde delinquenten.

In 1990 stelden Andrews, Bonta en Hoge dat effectieve programma's zich moeten richten op psychologische risicofactoren als antisociale persoonlijkheid, antisociale cognities, antisociaal netwerk, familie- en/of relatieproblemen, beperkte opleiding en/of geen werk, onvoldoende prosociale tijdsbesteding en middelenmisbruik.⁴ Antonowicz en Ross⁵ concludeerden op grond van 44 onderzoeken tussen 1970 en 1991 dat een effectief programma gebruikmaakt van rollenspelen voor het trainen van sociale en cognitieve vaardigheden.

Ook de eerste cognitief-gedragstherapeutische programma's voor seksueel geweldplegers werden in Angelsaksische landen ontwikkeld. Deze programma's waren aanvankelijk gebaseerd op het 'terugvalpreventiemodel' (Pithers e.a.)⁶ en niet alleen gericht op modificatie van deviante seksuele oriëntaties en op seksuele voorlichting, maar ook op toename van empathie, sociale vaardigheden, relationele vaardigheden, probleem-oplossende vaardigheden woedebeheersing en zelfwaardering (Marshall & Anderson).⁷ Een onderzoek naar het effect van het in Californië uitgevoerde Sex Offender Treatment en Evaluation Project (SOTEP; Marques, Day, Nelson, & West)⁸ leverde echter geen verschil op in recidiverisico tussen een behandelde en een niet-behandelde groep delictplegers over een periode van acht jaar (Marques, Wiederanders, Day, Nelson & Van Ommeren).⁹ Min of meer parallel aan de ontwikkelingen in de Verenigde Staten werd in 1992 in Groot-Brittannië het 'Sex Offender Treatment

3 C. Friendship, L. Blud, M. Erikson, R. Travers & D. Thornton, Cognitive-behavioural treatment for imprisoned offenders: An evaluation of HM Prison Service's cognitive skills programmes, *Legal and Criminological Psychology* 2003-8, p. 103-114.

4 D.A. Andrews, J. Bonta & R.D. Hoge, Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology, *Criminal Justice and Behavior* 1990-17(1), p. 19-52.

5 D. Antonowicz & R.R. Ross, Essential components of successful rehabilitation programmes for offenders, *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 1994-38(2), p. 97-104.

6 W.D. Pithers, K.M. Kashima, G.F. Cumming, L.S. Beal & M.M. Buell, Relapse prevention of sexual aggression, *Annals of the New York Academy of Sciences* 1988-528, p. 244-260.

7 W.L. Marshall & D. Anderson, 'Do Relapse Prevention components enhance treatment effectiveness?', in: D.R. Laws, S.M. Hudson & T. Ward (red.), *Remaking Relapse Prevention with sex offenders: a sourcebook*, Thousand Oaks, CA: Sage 1990, p. 39-55.

8 J.K. Marques, D.M. Day, C. Nelson & M.A. West, Effects of cognitive-behavioral treatment on sex offender recidivism: Preliminary results of a longitudinal study, *Criminal Justice and Behavior* 1994-21(1), p. 28-54.

9 J.K. Marques, M. Wiederanders, D.M. Day, C. Nelson & A. Van Ommeren, Effects of a relapse prevention program on sexual recidivism: Final results from California's Sex Offenders Treatment and Evaluation Project (SOTEP), *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 2005-17(1), p. 79-107.

Program' (SOTP) geïmplementeerd (Grubin & Thornton).¹⁰ Dit programma omvatte een 'Core' en een 'Booster' programma voor alle daders, evenals een 'Extended' programma met modules op indicatie. Uit een evaluatie van het SOTP door Friendship, Mann en Beech¹¹ kwam echter naar voren dat het percentage seksuele recidives in de behandelde groep niet significant lager was dan in de onbehandelde groep. Een meta-analyse door Lösel & Schmucker¹² toonde daarentegen aan dat terugvalpreventieprogramma's toch een positief resultaat opleverden. In de negentiger jaren werd de op het 'terugvalpreventiemodel' gebaseerde delictscenarioprocedure door Van Beek¹³ geïntroduceerd ten behoeve van de diagnostiek en behandeling van Nederlandse seksueel geweldplegers.

Hanson¹⁴ stelde echter dat behandelprogramma's zich beter kunnen richten op factoren die delictgedrag initiëren en die terugval kunnen voorkomen dan op factoren die tot een seksueel delict kunnen leiden. De kritiek van Hanson sluit aan bij het door Andrews, Bonta en Hoge¹⁵ bepleite 'Risk-Need-Responsivity model'. Uit een meta-analyse van een aantal goede studies kwam naar voren dat de recidivepercentages significant lager waren voor de behandelde dan voor de onbehandelde seksueel geweldplegers. Programma's die gebaseerd waren op de 'RNR'-principes leverden de grootste afname in seksueel en algemeen recidive op (Hanson, Bourgon, Helmus en Hodgson, 2009).¹⁶

3 Aggression Replacement Training

Aggression Replacement Training (ART) is een multimodale interventie, die beoogt prosociaal gedrag te bevorderen bij kinderen en adolescenten die agressief en gewelddadig gedrag vertonen. De training werd ontwikkeld door Goldstein, Glick en Gibbs en heeft drie belangrijke componenten, namelijk woedebeheersing, sociale vaardig-

- 10 D. Grubin & D. Thornton, A national program for the assessment and treatment of sex offenders in the English prison system, *Criminal Justice and Behavior* 1994-21(1), p. 55-71.
- 11 C. Friendship, R.E. Mann & A.R. Beech, Evaluation of a national prison-based treatment program for sexual offenders in England and Wales, *Journal of Interpersonal Violence* 2003-18(7), p. 744-759.
- 12 F. Lösel & M. Schmucker, The effectiveness of treatment for sexual offenders: A comprehensive meta-analysis, *Journal of Experimental Criminology* 2005-1, p. 117-146.
- 13 D.J. Van Beek, *De delictscenarioprocedure bij seksueel agressieve delinquenten*. Gouda: Quint 1999.
- 14 R.K. Hanson, "Treatment outcome and evaluation problems (and solutions)", in: D.R. Laws, S.M. Hudson & T. Ward (red.), *Remaking Relapse Prevention with sex offenders: a sourcebook*, Thousand Oaks, CA: Sage 2000, p. 485-499.
- 15 D.A. Andrews, J. Bonta & R.D. Hoge, Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology, *Criminal Justice and Behavior* 1990-17(1), p. 19-52.
- 16 R.K. Hanson, G. Bourgon, L. Helmus & S. Hodgson, The principles of effective correctional treatment also apply to sexual offenders: A meta-analysis. *Criminal Justice and Behavior* 2009-36(9), p. 865-891.

heden en moreel redeneren.¹⁷ In de oorspronkelijke opzet duurt ART 10 weken met drie sessies per week, één voor elke component. De groepen omvatten meestal zes tot acht deelnemers. Tijdens alle onderdelen van ART worden huiswerkopdrachten gegeven voor de generalisatie van de geleerde vaardigheden naar nieuwe situaties. Andere voordelen van ART zijn volgens Guerra en anderen dat het programma gemakkelijk aangepast kan worden aan verschillende settings en dat het zich specifiek richt op jongeren met manifest agressieve attitudes of gedrag.¹⁸ Uit de evaluatie door het Washington State Institute for Public Policy (WISPP), waarbij een experimentele groep jeugdige delinquenten met een midden tot hoog recidiverisico werd vergeleken met een groep niet-getrainde delinquenten, bleek ART te resulteren in een 24% lagere recidive over een periode van 18 maanden (Barnoski).¹⁹

4 Assessment

Om inzicht te krijgen in de onderlinge samenhang van de delictgerelateerde psychologische kenmerken van een potentiële deelnemer en om behandeling op maat mogelijk te maken, dient na de intake een holistische theorie te worden opgesteld, aangevuld met specifieke functionele analyses voor de verschillende probleemgebieden, zoals intieme relaties, werk of dagbesteding. Bij voorkeur wordt daarbij gebruikgemaakt van de Stable-2007 (Hanson, Harris, Scott & Helmus).²⁰ Daarnaast kunnen zelfrapportagevragenlijsten bij de patiënt worden afgenomen en door de afdelingsstaf observatieschalen worden ingevuld. Beoordelingsinstrumenten als de Psychopathy Checklist-Revised (Vertommen, Verheul, De Ruiter & Hildebrand),²¹ de Historie, Klinisch Toekomst-Revisie (HKT-R)²² en voor de seksueel gewelddadigen de Sexual Violence

17 A.P. Goldstein, B. Glick & J.C. Gibbs, *Aggression Replacement Training: A comprehensive intervention for aggressive youth*, Champaign, IL: Research Press 1998.

18 N.G. Guerra, T.E. Kim & P. Boxer. 'What works: Best practices with juvenile offenders', in: R.D. Hoge, N.G. Guerra & P. Boxer (red.), *Treating the juvenile offender*, New York: Guilford 2008, p. 79-102.

19 R. Barnoski, *Outcome evaluation of Washington State's research-based programs for juvenile offenders*, Olympia, WA: Washington State Institute for Public Policy 2004, available on: <<http://wsip.wa.gov/pub.asp?docid=04-01-1201>>.

20 R.K. Hanson, A.J.R. Harris, T. Scott & L. Helmus, *Assessing the risk of sexual offenders on community supervision: The Dynamic Supervision Project* (Corrections Research User Report No. 2007-05), Ottawa, Ontario: Public Safety Canada 2007.

21 H. Vertommen, R. Verheul, C. De Ruiter & M. Hildebrand, *De herziene versie van Hare's Psychopathie Checklist (PCL-R)*, Lisse: Swets Test Publishers 2002.

22 M. Spreen, E. Brand, P. Ter Horst & S. Bogaerts, *De Historische, Klinische en Toekomstige-Revisie (HKT-R): handleiding en methodologische verantwoording*, Groningen: Stichting FPC Dr. S. van Mesdag 2014.

Risk-20 (SVR-20; Hildebrand, De Ruiter, & Van Beek)²³ zijn voor het opstellen van een holistische theorie eveneens van belang. De afname van deze drie instrumenten is door het Ministerie van Veiligheid en Justitie verplicht gesteld.

Aan het eind van het programma worden dezelfde instrumenten afgenomen als aan het begin samen met de Acute-2007 (Hanson, Harris, Scott & Helmus)²⁴ voor de acute dynamische risicofactoren. Bij de seksueel gewelddadige terbeschikkinggestelden wordt het recidiverisico getaxeerd met behulp van de Static-99R (Helmus, Hanson, Thornton, Babchishin & Harris).²⁵ Voor het inventariseren van de protectieve factoren kan de SAPROF (De Vries Robbé)²⁶ worden gebruikt.

5 Programma voor gewelddadige terbeschikkinggestelden

Voor de ontwikkeling van de Agressiehanteringstherapie (AHT) voor gewelddadige terbeschikkinggestelden werd ART als uitgangspunt genomen, omdat het een multimodale training betreft die gebaseerd is op de sociale leertheorie van Bandura²⁷ en die zich op drie aspecten van agressief gedrag richt, namelijk fysiologische reactie/emotie, cognitie en overt gedrag (Hollin).²⁸ De AHT kent drie modulen (woedebeheersing, sociale vaardigheden en moreel redeneren) met 15 wekelijkse en drie vijfwekelijkse evaluatiebijeenkomsten van 1½ uur en is bedoeld voor zes tot acht deelnemers. Na de publicatie van een handboek voor behandelaars en een werkboek voor deelnemers (Hornsveld)²⁹ werd de therapie onderzocht in een aantal forensisch psychiatrische instellingen. Gecontroleerd onderzoek resulteerde in een significante afname in agressief gedrag bij een groep klinische en een groep poliklinische patiënten die de therapie afmaakten, zowel na afloop van het programma als bij een follow-up 15

23 M. Hildebrand, C. De Ruiter, & D. Van Beek, *Handleiding bij de Sexual Violence Risk-20: Richtlijnen voor het beoordelen van het risico van seksueel gewelddadig gedrag*, Utrecht, NL: Forum Educatief 2001.

24 L. Helmus, R.K. Hanson, D. Thornton, K.M. Babchishin & A.J.R. Harris, Absolute recidivism rates predicted by Static-99R and Static-2002R sex offender risk assessment tools vary across samples: a meta-analysis, *Criminal Justice and Behavior* 2012-39(9), p. 1148-1171.

25 M. de Vries Robbé, *Protective factors: validation of the structured assessment of protective factors for violence risk in forensic psychiatry*, Nijmegen, NL: Radboud University 2014.

26 M. De Vries Robbé, *Protective factors: validation of the structured assessment of protective factors for violence risk in forensic psychiatry*, Nijmegen, NL: Radboud University 2014.

27 A. Bandura, *Aggression: A social learning analysis*, Oxford, UK: Prentice-Hall 1973.

28 C.R. Hollin, 'Aggression Replacement Training: the cognitive-behavioral context', in: A.P. Goldstein, R. Nensén, B. Daleflod & M. Kalt (red.), *New perspectives on Aggression Replacement Training*, Chichester, UK: Wiley 2004, p. 3-19.

29 R.H.J. Hornsveld, *Held zonder geweld 1: Behandeling van agressief gedrag*, Rijswijk: Challenger Press 2004 <www.Agressiehanteringstherapie.nl>.

weken later (Hornsveld, Kraaimaat, Muris, Zwets & Kanters;³⁰ Hornsveld, Nijman en Kraaimaat).³¹

Ten behoeve van de terbeschikkinggestelden werd de agressiehanteringstherapie uitgebreid met een viertal modules, namelijk pro sociaal denken, karaktervorming, pro sociaal netwerk en omgaan met vrouwen (Hornsveld & De Vries).³² Deze vier modules werden toegevoegd om de behandeling beter aan te laten sluiten bij belangrijke door Andrews en Bonta³³ geïdentificeerde dynamische criminogene factoren, te weten antisociale cognities, antisociaal netwerk en relatieproblemen. Zie voor een uitgebreide beschrijving van de verlengde AHT: Hornsveld.³⁴

6 Programma voor seksueel gewelddadige terbeschikkinggestelden

In Nederland worden mannelijke, seksueel gewelddadige terbeschikkinggestelden vaak onderverdeeld in twee subgroepen, te weten kindermisbruikers en verkrachters (bijvoorbeeld: De Vogel, De Ruiter, Van Beek & Mead).³⁵ Bij kindermisbruikers gaat het om seksueel misbruik als aanranding of verkrachting van slachtoffers jonger dan 16 jaar, bij verkrachters betreft het seksueel misbruik van slachtoffers die 16 jaar of ouder zijn. Psychologische risicofactoren voor seksueel gewelddadige terbeschikkinggestelden zijn: deviante seksuele voorkeuren, delictondersteunende attitudes, intimiteitsproblemen, beperkte zelfregulatievaardigheden en instabiele leefstijl/impulsiviteit. Daarnaast zou de behandeling zich bij kindermisbruikers vooral moeten richten op hun behoefte aan onderdanigheid en beperkte interpersoonlijke vaardigheden. Verkrachters lijken meer gebaat met een aanvullende behandeling voor hun niet-seksuele agressie (Hornsveld e.a.).³⁶

30 R.H.J. Hornsveld, F.W. Kraaimaat, P. Muris, A.J. Zwets & T. Kanters, Aggression Replacement Training for violent young men in a forensic psychiatric outpatient clinic, *Journal of Interpersonal Violence* 2014, doi: 10.1177/0886260514555007.

31 R.H.J. Hornsveld, H.L.I. Nijman & F.W. Kraaimaat, Aggression Control Therapy for violent forensic psychiatric patients: First results, *Psychology, Crime & Law* 2008-14(1), p.1-18.

32 R.H.J. Hornsveld & E.T. De Vries, *Held zonder geweld 2: Behandeling van agressief gedrag*, Rijswijk: Challenger Press, www.Agressiehanteringstherapie.nl.

33 Andrews, D. A. & Bonta J., *The psychology of criminal conduct* (3rd edition), New York: Routledge 2003.

34 R.H.J. Hornsveld, 'Agressiehanteringstherapie voor gewelddadige terbeschikkinggestelden', in: H. Groen, M. Drost & H.J.I. Nijman (red.), *Handboek forensische geestelijke gezondheidszorg*, Utrecht: De Tijdstroom 2011, p. 185-194.

35 V. De Vogel, C. De Ruiter, D. Van Beek & G. Mead, Predictive validity of the SVR-20 and Static-99 in a Dutch sample of treated sex offenders, *Law and Human Behavior* 2004-28(3), p. 235-251.

36 R.H.J. Hornsveld, T. Kanters, L. Gijs, F.W. Kraaimaat, L. Van der Wal & H.J.C. van Marle, *Waarom moet een cognitief-gedragstherapeutisch programma voor seksueel gewelddadige terbeschikkinggestelden voldoen?*, manuscript ingediend voor publicatie 2015.

Uitgaande van deze psychologische risicofactoren werd een programma voor seksueel gewelddadige terbeschikkinggestelden ontwikkeld met een aparte basistraining voor de kindermisbruikers en de verkrachters, gevolgd door een specifieke training voor beide subgroepen gezamenlijk (Hornsveld e.a.).³⁷

Basistraining

Voor de verkrachters bestaat de basistraining uit de eerste vijf modules van de verlengde AHT. De basistraining voor de kindermisbruikers is een variant van de AHT met de modules woedebeheersing, sociale vaardigheden en moreel redeneren, waarbij ook andere emoties dan woede aan de orde kunnen komen, bijvoorbeeld angst of somberheid. De module sociale vaardigheden omvat bij deze subgroep 15 bijeenkomsten zodat desgewenst alle vaardigheden geoefend kunnen worden die van belang zijn voor het aanknopen en onderhouden van intieme relaties.

Specifieke training

Na de basistraining volgen de kindermisbruikers en verkrachters samen de specifieke training met drie groepsbehandelingen, te weten (a) psycho-educatie, (b) cognitieve vervormingen en (c) prosociale vaardigheden en hanteren van risicosituaties.

- (a) *Psycho-educatie* (Hornsveld, Kanters, Van der Wal & Zwets).³⁸ Tijdens 14 groepsbijeenkomsten komen onderwerpen aan de orde als genderrollen, geslachtsorganen en seksuele opwinding, soa's en voorbehoedsmiddelen, pornografie en seksueel geweld. Eerst wordt informatie over deze onderwerpen verstrekt (De Vries & Hornsveld),³⁹ daarna wordt erover gediscussieerd en ten slotte krijgen de deelnemers huiswerk mee in de vorm van vragen die ze schriftelijk moeten beantwoorden.
- (b) *Cognitieve vervormingen* (Hornsveld & Kanters).⁴⁰ Dit onderdeel met ongeveer 20 bijeenkomsten is gewijd aan vier vervormingen die betrekking hebben op verkrachters en vier op kindermisbruikers. Elke bijeenkomst begint met een casus over een kindermisbruiker of een verkrachter, waarover de deelnemers met elkaar

37 R.H.J. Hornsveld, T. Kanters, L. Gijs, F.W. Kraaiaat, L. van der Wal & H.J.C. van Marle, *Een cognitief-gedragstherapeutisch programma voor seksueel gewelddadige terbeschikkinggestelden: methode en klinische praktijk*, Manuscript ingediend voor publicatie 2015.

38 E.T. De Vries & R.H.J. Hornsveld, *Informatie over seksualiteit*, Rijswijk: Challenger Press 2010, <www.Agressiehanteringstherapie.nl>.

39 R.H.J. Hornsveld & T. Kanters, *Held zonder geweld 3: Cognitieve vervormingen, tweede editie* (draaien werkboek), Rijswijk: Challenger Press 2015 <www.Agressiehanteringstherapie.nl>.

40 R.H.J. Hornsveld & T. Kanters, *Held zonder geweld 3: Cognitieve vervormingen, tweede editie* (draaien werkboek), Rijswijk: Challenger Press 2015 <www.Agressiehanteringstherapie.nl>.

discussiëren. Ten slotte krijgen ze een huiswerkopdracht mee om zelf een cognitieve vervorming om te zetten in een prosociale cognitie.

- (c) *Prosociale vaardigheden* (Hornsveld & Kanters).⁴¹ Tijdens dit onderdeel met ongeveer 20 bijeenkomsten oefenen de deelnemers prosociaal gedrag door middel van rollenspelen, waarbij gebruik wordt gemaakt van videoapparatuur en een actrice. De video-opname zorgt ervoor dat deelnemers zelf hun gedrag kunnen bekijken en de actrice verhoogt het realiteitsgehalte van de oefensituaties.

Evaluatie en rapportage

- (d) *Hanteren van risicosituaties* (Hornsveld & Kanters).⁴² De laatste zes bijeenkomsten worden besteed aan het hanteren van risicosituaties. Deelnemers maken met behulp van de behandelaars functionele analyses van hun probleemgedragingen, gevolgd door het oefenen in rollenspelen. Dan moet blijken in hoeverre ze in staat zijn verschillende risicosituaties adequaat op te lossen. Desgewenst kan het aantal bijeenkomsten worden uitgebreid.

7 Behandeling op maat

Groepsbehandeling

McRoberts, Burlingame en Hoag vonden dat individuele en groepsbehandeling even effectief waren, maar met kleine verschillen afhankelijk van de te behandelen problematiek. Zo bleek individuele behandeling effectiever bij depressies en groepsbehandeling effectiever bij middelenmisbruik. De meeste studies betroffen echter zowel mannelijke als vrouwelijke patiënten, voor een deel 'college students' met psychopathologie.

In een overzicht van McGrath, Cumming en Burchard bleek dat het bij 90% van de programma's voor seksueel geweldplegers om groepsbehandeling gaat.⁴³ Echter, de enkele studies naar mogelijke verschillen tussen individuele en groepsbehandeling

41 R.H.J. Hornsveld & T. Kanters, *Held zonder geweld 4: Prosociale vaardigheden en Hanteren van risicosituaties* (draai- en werkboek), Rijswijk: Challenger Press 2015, <www.Agressiehanteringstherapie.nl>.

42 C. McRoberts, G.M. Burlingame & M.J. Hoag, Comparative efficacy of individual and group psychotherapy: a meta-analytic perspective, *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice* 1998-2(2), p. 101-117.

43 R.J. McGrath, G.F. Cumming & B.L. Burchard, *Current practices and trends in sexual abuser management: the Safer Society 2002 Nationwide Survey*, Brandon, VT: Safer Society Press 2003.

wijzen volgens Serran, Marshall, Marshall en O'Brien⁴⁴ in dezelfde richting als de bevindingen van McRoberts, Burlingame en Hoag.⁴⁵ Zo vonden DiFazio, Abracen en Looman⁴⁶ en Abracen en Looman⁴⁷ geen verschillen in recidivepercentage tussen beide vormen van behandeling in een groep seksueel geweldplegers met een hoog recidiverisico. Een probleem met beide studies is echter dat er geen onderscheid werd gemaakt in subgroepen van bijvoorbeeld kindermisbruikers en verkrachters.

Marshall, Anderson en Fernandez pleitten voor groepsbehandeling van seksueel geweldplegers omdat volgens hen individuele therapie minder efficiënt en minder effectief is.⁴⁸ Vooral als het gaat om het uitdagen van cognities zouden in een groep de andere deelnemers als geloofwaardiger worden ervaren dan behandelaars. Anders dan verwacht, trof Cowburn (geciteerd door Harkins & Beech) in gemengde groepen meestal geen hiërarchie aan, waarbij verkrachters zich superieur voelden aan kindermisbruikers.⁴⁹ Samengestelde groepen hebben volgens hem juist als voordeel dat seksueel geweldplegers met dezelfde opvattingen minder gauw met elkaar samenspannen. Harkins en Beech vonden geen verschil in recidivepercentage tussen homogeen samengestelde groepen (alleen kindermisbruikers of alleen verkrachters) en heterogeen samengestelde groepen (kindermisbruikers samen met verkrachters).⁵⁰

Groepsbehandeling lijkt niet alleen wat betreft de kosten effectiever dan individuele behandeling (MacKenzie)⁵¹ maar er zijn ook een aantal inhoudelijke voordelen. Deelnemers kunnen elkaar soms kritischer bevragen dan behandelaars en kunnen vaak beter goede voorbeelden geven op grond van eigen ervaringen. Daarnaast maakt groepsbehandeling het oefenen van nieuw gedrag door middel van rollenspele

- 44 G.A. Serran, W.L. Marshall, L.E. Marshall & M.D. O'Brien, 'Group of individual therapy in the treatment of sexual offenders', in: L.A. Craig, L. Dixon & T.A. Gannon (eds.), *What works in offender rehabilitation: An evidence-based approach to assessment and treatment*, Chichester, UK: Wiley-Blackwell 2013, p. 452-467.
- 45 C. McRoberts, G.M. Burlingame & M.J. Hoag, 'Comparative efficacy of individual and group psychotherapy: a meta-analytic perspective', *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice* 1998-2(2), p. 101-117.
- 46 R. Di Fazio, J. Abracen & J. Looman, 'Group versus individual treatment of sex offenders: A comparison', *Forums on Corrections Research* 2001-13, p. 56-59.
- 47 J. Abracen & J. Looman, 'Issues in the treatment of sexual offenders: Recent developments and directions for future research', *Aggression and Violent Behavior* 2004-9, p. 229-246.
- 48 W.L. Marshall, D. Anderson & Y. Fernandez, *Cognitive-behavioral treatment of sexual offenders*, Chichester, UK: Wiley 1999.
- 49 L. Harkins & A.R. Beech, 'Examining the impact of mixing child molesters and rapists in group-based cognitive-behavioral treatment for sexual offenders', *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 2008-52(1), p. 31-45.
- 50 L. Harkins & A.R. Beech, 'A review of the factors that can influence the effectiveness of sexual offender treatment: Risk, need, responsivity, and process issues', *Aggression and Violent Behavior* 2007-12, p. 615-627.
- 51 K.R. McKenzie, 'Rationale for group psychotherapy in managed care', in: K.R. MacKenzie (red.), *Effective use of group therapy in managed care*, Washington DC: American Psychiatric Press 1995, p. 1-26.

mogelijk. De meeste terbeschikkinggestelden zijn afkomstig uit sociaal zwakke milieus, hebben geen of weinig opleiding genoten en beschikken over een beperkt repertoire van sociale vaardigheden.

Aanvullende interventies

Deelnemers volgen bij voorkeur de onderdelen van het programma in de beschreven volgorde. Uit de holistische theorie kan echter naar voren komen dat een op andere probleemgebieden gerichte behandeling eveneens is geïndiceerd, bijvoorbeeld trauma, depressie of middelenafhankelijkheid. Door deelname aan het programma voor seksueel geweldplegers te combineren met een individuele of groepsbehandeling voor deze problemen kan de patiënt een behandeling op maat worden geboden.

Behandelintegriteit

Cooke en Philip⁵² en Hollin⁵³ benoemden een aantal factoren ter bevordering van de behandelintegriteit. In de eerste plaats dienen behandelprogramma's gebaseerd te zijn op een empirisch gevalideerd, theoretisch kader. Een goede handleiding beschrijft de doelstellingen van het programma en omvat eveneens een beschrijving van de wijze waarop deze doelstellingen kunnen worden bereikt. Handleidingen zijn van belang voor effectstudies, omdat ze replicatie mogelijk maken (Mann).⁵⁴ Het is verder van belang dat behandelprogramma's expliciet deel uitmaken van het inhoudelijke instellingsbeleid. Voor implementatie van het programma en continuïteit in uitvoering en evaluatie is daadwerkelijke ondersteuning door het management van de instelling onontbeerlijk.

Resultaten van de programma's worden voor een belangrijk deel bepaald door de kennis en ervaring van de behandelaars. Cognitief-gedragstherapeutische programma's voor psychiatrische patiënten dienen te worden uitgevoerd door gekwalificeerde behandelaars met groepservaring. Daarvan is er minstens één een ervaren gezondheidszorgpsycholoog die lid is van de Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve therapie (VGCT). Behandelaars moeten terwille van de benodigde variatie in de uitvoering van de rollenspelen namelijk in staat zijn om snel nieuwe functionele analyses te maken als het door de deelnemers vertoonde gedrag nog niet adequaat

52 D.J. Cooke & L. Philip, 'To treat or not to treat? An empirical perspective', in: C.R. Hollin (red.), *Handbook of Offender Assessment and Treatment*, Chichester, UK: Wiley 2001, p. 17-34.

53 C.R. Hollin, 'Offending behaviour programmes and contention: Evidence-based practice, manuals, and programme evaluation', in: C.R. Hollin & E.J. Palmer (eds.), *Offending behaviour programmes: Development, application, and controversies*, Chichester, UK: Wiley 2006, p. 179-207.

54 R.E. Mann, 'Sex offender treatment: The case for manualization', *Journal of Sexual Aggression* 2009-15(2), p. 121-131.

is. Ze dienen te worden ondersteund en gesuperviseerd door een programmaleider, een ervaren klinisch psycholoog, lid van de VGCT.

Gekwalificeerde groepsleiders op de afdeling kunnen het effect van het programma vergroten door nieuw en gewenst gedrag te bekrachtigen en ongewenst gedrag te negeren of eventueel te straffen. Echter, om adequaat op het gedrag van de patiënten te kunnen reageren, moeten zij op de hoogte zijn van de doelstellingen en werkwijze van het programma en van elke patiënt weten welk onderdeel van het programma op een bepaald moment aan de orde is. Deze informatie kunnen ze onder andere krijgen door patiënten tijdens *patient-staff meetings* te vragen over hun deelname aan het programma te rapporteren. Daarnaast bespreken behandelaars en groepsleiders regelmatig hun gezamenlijk behandelbeleid.

Recente ontwikkelingen

Voor de verdere ontwikkeling van de programma's werd recentelijk de relatie tussen cognities en emoties aan (seksueel) agressief gedrag verkend. Zo onderzochten Zwets en anderen⁵⁵ de relatie tussen enerzijds impliciete attitudes ten opzichte van geweld en anderzijds de verschillende aspecten van de gewelddadige en sociaal gedrag bij gewelddadige terbeschikkinggestelden. De onderzoekers vonden dat alle patiënten negatieve impliciete attitudes hadden ten opzichte van geweld. Tevens bleken de negatieve attitudes positief te relateren met het facet Antisociaal van de PCL-R (Vertommen e.a.)⁵⁶ en negatief met *coping*-gedrag en het niveau van moreel besef. Om de relatie van emoties met reactief agressief gedrag te onderzoeken, ontwikkelden Zwets e.a.⁵⁷ de Boosheid Lichamelijke Signalenlijst (BLS; Anger Bodily Sensations Questionnaire, ABSQ) die zowel betrouwbaar als voldoende valide bleek. Uit een ander onderzoek (Zwets, Hornsveld, Neuman, Muris & Van Marle⁵⁸ kwam naar voren dat op basis van de PCL-R score kan worden vastgesteld of patiënten vooral reactief agressief gedrag vertoonden. Hetzelfde onderzoek leverde bovendien confirmatie op het vierfactorenmodel op in zowel een groep persoonlijkheidsgestoorde als in een groep chronisch psychotische patiënten. Binnenkort (najaar 2015) wordt een publicatie

55 A.J. Zwets, R.H.J. Hornsveld, P. Muris, J. Huijding, T. Kanters, R.J. Snowden & H. Van Marle, 'Implicit attitudes toward violence and their relation to psychopathy, aggression, and socially adaptive behaviors in forensic psychiatric inpatients', *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 2015, doi: 10.1080/14789949.2015.1037331.

56 H. Vertommen, R. Verheul, C. De Ruiter & M. Hildebrand, *De herziene versie van Hare's Psychopathy Checklist (PCL-R)*, Lisse: Swets Test Publishers 2002.

57 A.J. Zwets, R.H.J. Hornsveld, F.W. Kraaimaat, T. Kanters, P. Muris & H. van Marle, 'The psychometric properties of the Anger Bodily Sensations Questionnaire (ABSQ)', *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 2015, doi: 10.1080/14789949.2014.925957.

58 A.J. Zwets, R.H.J. Hornsveld, C. Neumann, P. Muris & H.J.C. van Marle, 'The four-factor model of the Psychopathy Checklist-Revised: Validation in a Dutch forensic inpatient sample', *International Journal of Law and Psychiatry* 2015-39, p. 13-22.

verwacht over een onderzoek naar het effect van de verlengde Agressiehanteringstherapie in combinatie met Psychomotorische Therapie (Zwets en anderen).⁵⁹ Veel van dit onderzoek laat zien dat in een forensisch psychiatrische kliniek vanwege de structuur en controle er weinig nieuw gedrag uitlokkende condities zijn, zodat een verdere afname van agressief gedrag nauwelijks vastgesteld kan worden. Het verdient vooral aanbeveling tijdens het verblijf in de instelling verder prioriteit te geven aan de versterking van recidive gerelateerd positief gedrag (Hornsveld, Kraaimaat, Bouwmeester, Polak & Zwets).⁶⁰ Vervolgbehandeling na ontslag is daarom een conditio sine qua non.

Een belangrijke nieuwe ontwikkeling werd door Kanters en anderen⁶¹ beschreven in hun onderzoek naar de rol van impliciete cognities bij een specifieke subgroep van seksueel gewelddadige terbeschikkinggestelden, namelijk de kindermisbruikers. Kindermisbruikers bleken een significant sterkere impliciete seksuele voorkeur te hebben voor onderdanigheid dan verkrachters en niet-seksuele delinquenten, al viel het significante verschil tussen kindermisbruikers en niet-seksuele delinquenten weg zodra er gecorrigeerd werd voor leeftijdsverschillen. Onderdanig-sexy associaties bleken bovendien een toegevoegde waarde te hebben op de welbekende en uitgebreid gevalideerde kind-seks-associaties.

Beide onderzoeken over impliciete associaties benadrukken nog eens dat antisociale cognities of attitudes een belangrijke psychologische risicofactor zijn voor (seksueel) gewelddadige terbeschikkinggestelden en dat behandeling van deze cognities onderdeel moeten zijn van elk behandelprogramma voor deze populaties.

8 Samenvatting en aanbevelingen

Twee behandelprogramma's werden ontwikkeld, één voor de niet-seksueel gewelddadige, de ander voor de seksueel gewelddadige terbeschikkinggestelde. Daarbij namen we de aanbevelingen van Cooke en Philip⁶² en van Hollin⁶³ als uitgangspunt, dat

59 A.J. Zwets, R.H.J. Hornsveld, P. Muris, T. Kanters, E. Langstraat & H.J.C. van Marle, *Psychomotor therapy as an additive intervention for violent forensic psychiatric inpatients: A pilot study*. Manuscript ingediend voor publicatie 2015.

60 R.H.J. Hornsveld, F.W. Kraaimaat, S. Bouwmeester, M.A. Polak & A.J. Zwets, 'Behavior on the ward of personality disordered inpatients and chronically psychotic inpatients during a three-year stay in a Dutch forensic psychiatric hospital', *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology* 2014-6, p. 684-704.

61 T. Kanters, R.H.J. Hornsveld, K.L. Nunes, J. Huijding, A.J. Zwets, R.J. Snowden, P. Muris & H.J.C. van Marle, 'Are child abusers sexually attracted to submissiveness? Assessment of sex-related cognition with the Implicit Association Test', *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 2014, doi: 10.1177/1079063214544330.

62 D.J. Cooke & L. Philip, 'To treat or not to treat? An empirical perspective', in: C.R. Hollin (red.), *Handbook of Offender Assessment and Treatment*, Chichester, UK: Wiley 2001, p. 17-34.

wil zeggen dat een programma (1) een op verandering gericht model als kader heeft; (2) een concrete beschrijving van de doelgroep kent; (3) gericht is op dynamische risicofactoren; (4) gebruikmaakt van effectieve methoden; (5) gericht is op vaardigheden; (6) gebruikmaakt van een draaiboek; en (7) geëvalueerd wordt met behulp van betrouwbare en valide meetinstrumenten. Voor zover de tien criteria van de Correctional Services Accreditation Panel bij deze aanbevelingen niet aan de orde kwamen, werden ze eveneens betrokken bij de programma-ontwikkeling.⁶⁴

Omdat onderzoek in Nederland naar de effecten van cognitief-gedragstherapeutische behandelprogramma's voor forensisch psychiatrische patiënten internationaal gezien altijd een klein aantal deelnemers zal betreffen, is het naar mijn mening noodzakelijk landelijk samenwerkingsverbanden aan te gaan. Oriëntatie en aansluiting bij internationale ontwikkelingen voorkomen veel overbodige activiteiten en besparen tijd en kosten. Voor onderzoek naar Nederlandse versies van internationaal erkende interventies voor forensisch psychiatrische patiënten zijn immers minder deelnemers nodig dan voor een heel ontwikkelingstraject van een nieuwe interventie.

In Nederland maken vaktherapieën (bijv. dramatherapie, beeldende therapie, bewegingsagogie en muziektherapie) meestal deel uit van behandelprogramma's. Helaas ontbreekt literatuur over effecten van deze therapieën vrijwel volledig. Het onderzoek van Zwets en anderen⁶⁵ naar het effect van PMT kan wellicht bij toekomstig onderzoek naar de resultaten van vaktherapieën als voorbeeld en stimulans dienen.

63 C.R. Hollin, 'Offending behaviour programmes and contention: Evidence-based practice, manuals, and programme evaluation', in: C.R. Hollin & E.J. Palmer (eds.), *Offending behaviour programmes: Development, application, and controversies*, Chichester, UK: Wiley 2006, p. 179-207.

64 Correctional Services Accreditation Panel (2010). *The Correctional Services Accreditation Panel Report, 2009-2010*. Ministry of Justice: <www.justice.gov.uk>.

65 A.J. Zwets, R.H.J. Hornsveld, P. Muris, T. Kanters, E. Langstraat & H.J.C. van Marle, *Psychomotor therapy as an additive intervention for violent forensic psychiatric inpatients: A pilot study*. Manuscript ingediend voor publicatie 2015.