

**Cahier 2010-1**

## Procesevaluatie van de prétherapie voor zedendelinquenten in PI Breda

M.H. Nagtegaal  
J. Mulder

### **Bestelgegevens**

Exemplaren van deze publicatie kunnen schriftelijk worden besteld bij

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

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

## Inhoud

### Afkortingen — 5

### Samenvatting — 7

## 1 Inleiding — 15

- 1.1 Korte omschrijving behandelprogramma — 17
- 1.2 Onderzoeksvragen — 18
- 1.3 Onderzoeksmethode — 19

## 2 De prétherapie in de praktijk — 21

- 2.1 Doelgroep — 21
  - 2.1.1 In- en exclusiecriteria — 21
  - 2.1.2 Hantering van de in- en exclusiecriteria — 22
  - 2.1.3 Instroom — 23
  - 2.1.4 Uitstroom — 24
  - 2.1.5 Afronding, therapietrouw en therapieresistentie — 25
- 2.2 De prétherapie in de praktijk — 26
  - 2.2.1 Programmaonderdelen — 26
  - 2.2.2 Monitoring programmadoelen — 30
  - 2.2.3 Personele en organisatorische randvoorwaarden — 31
  - 2.2.4 Vergelijkbare projecten elders — 32
  - 2.2.5 Samenwerking — 33
- 2.3 Beoordeling werkzame mechanismen — 34
  - 2.3.1 Behandeldoel 1: voorkomen van verslechtering van psychische klachten — 34
  - 2.3.2 Behandeldoel 2: voorbereiden op vervolgbehandeling — 36
  - 2.3.3 Behandeldoel 3: verkorten van de duur van de vervolgbehandeling — 39
  - 2.3.4 Behandeldoel 4: voorkomen van recidive — 39
- 2.4 Suggesties ter verandering van de prétherapie — 40

## 3 Slot — 45

- 3.1 Algemene beschouwing — 45
- 3.2 'What works' benadering — 49
- 3.3 Conclusie — 52

### Summary — 53

### Literatuur — 61

### Bijlagen

- 1 Samenstelling begeleidingscommissie — 63
- 2 Beoordeling behandeldoelen, programmaonderdelen en werkzame mechanismen — 65



## Afkortingen

BOB	Bewoners Overleg Bespreking
BZA	Bijzondere Zorg Afdeling
CGT	Cognitieve Gedragstherapie
COSA	Cirkels voor Ondersteuning, Samenwerking en Aanspreekbaarheid
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen
DSM	Diagnostic and Statistical Manual
EFP	Expertisecentrum Forensische Psychiatrie
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
EZV	Extra Zorg Voorziening
FOBA	Forensische Observatie en Behandel Afdeling
FPA	Forensisch Psychiatrische Afdeling
FPC	Forensisch Psychiatrisch Centrum
FPK	Forensisch Psychiatrische Kliniek
FTE	Fulltime-equivalent
GZ	Gezondheidszorg (psycholoog)
GGz	Geestelijke Gezondheidszorg
GGzE	GGz Eindhoven
HvB	Huis van Bewaring
ICL-R	Interpersonal Check List-Revised
MGW	Modernisering Gevangeniswezen
MMD-er	Medewerker Maatschappelijke Dienstverlening
PCL-R	Psychopathie CheckList-Revised
PI	Penitentiaire Inrichting
PIW-er	Penitentiair Inrichtingswerker
PKB	Préklinische Behandeling
PKI	Préklinische Interventie
PMDT	Psychomotorische en Drama Therapie
PMO	Psycho-Medisch Overleg
PSC	Penitentiair Selectie Centrum
RNR	Risk-Need-Responsivity
SD	Standaard Deviatie
SP	Socialistische Partij
SSRI	Selective Serotonine Reuptake Inhibitor
TBS	Terbeschikkingstelling
TG	Therapeutische Gemeenschap
VBA	Verslavingsbegeleidingsafdeling
VWS	Volksgesondheid Welzijn en Sport
WODC	Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum



# Samenvatting

## Achtergrond

Sinds 1990 bestaat er binnen het Huis van Bewaring (HvB) van de penitentiaire inrichting (PI) de Boschpoort in Breda de afdeling 'beschermd wonen'. Deze afdeling was oorspronkelijk bestemd voor het bieden van bescherming en beveiliging aan kwetsbare gedetineerden<sup>1</sup> binnen de PI Breda, maar is langzaam uitgegroeid tot een behandelafdeling voor alleen zedendelinquenten (sinds 1999). Het programma wordt prétherapie genoemd, omdat de meeste delinquenten op deze afdeling (naar schatting van de behandelaren ongeveer 95%) na verloop van tijd op diverse plekken voor een vervolgbehandeling terechtkomen, zoals een Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC) of een instelling binnen de Geestelijke Gezondheidszorg (GGz). Het algemene doel van de prétherapie is het voorbereiden van de delinquenten op vervolgbehandeling. De afdeling heeft 36 cellen.

Het onderhavige onderzoek is gestart naar aanleiding van een beleidsvraag over de werkzaamheid van de prétherapie. Het onderzoek dient als antwoord op Kamervragen van het Kamerlid Van Velzen (SP) op 13 september 2007<sup>2</sup> en is onderdeel van een kamertoezegging<sup>3</sup>. De Kamervragen betreffen het in kaart brengen van het behandel aanbod van de prétherapie en de populatie voor wie de behandeling bestemd en geschikt is, een beoordeling van het behandel aanbod, en een verzoek om onderzoek naar de haalbaarheid van de beoogde effecten van de prétherapie. Door beleidsmakers worden ook vragen gesteld over het bestaansrecht van het programma en de meerwaarde van de prétherapie zoals deze in de PI Breda gegeven wordt. De resultaten van het onderzoek, in combinatie met de resultaten van de planevaluatie<sup>4</sup>, zijn voor de staatssecretaris bepalend bij de keuze of deze therapie in deze of een doorontwikkelde vorm ook in de toekomst in het gevangeniswezen moet worden aangeboden<sup>5</sup>.

## Methoden van onderzoek

Het primaire doel van de onderhavige procesevaluatie is het onderzoeken van de manier waarop het programma in de praktijk wordt uitgevoerd en in hoeverre dat overeenkomt met de plannen zoals deze op papier staan. Dit wordt ook wel de

---

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

<sup>2</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, Aangangsel, nr. 287.

<sup>3</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, 24 587, nr. 247.

<sup>4</sup> Nagtegaal, M.H., & Mulder, J. (2009). *In de grondverf zetten: Planevaluatie van de prétherapie voor zedendelinquenten in PI Breda*. Den Haag: WODC. Cahier 2009-14.

<sup>5</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, 24 587, nr. 247.

programma-integriteit genoemd. Uit de procesevaluatie moet daarnaast duidelijk worden of alle processen verlopen zoals voorzien. De effectiviteit van de interventie komt in dit onderzoek niet aan de orde.

In deze procesevaluatie is voor de dataverzameling vooral gebruik gemaakt van interviews. Er werden interviews gehouden met de behandelaren van de prétherapie, met deelnemers aan de prétherapie, met een piw-er, met het afdelingshoofd van de PI Breda en met de behandelaren die de deelnemers aan de prétherapie in de vervolgbehandeling gehad hebben. Onderwerpen die in de semi-gestructureerde interviews aan bod gekomen zijn, waren vooral vragen naar de uitvoering van de interventie in de praktijk en de mate waarin deze overeenstemt met dan wel afwijkt van de plannen op papier en de ervaringen van de diverse betrokkenen met de behandeling. Verder zijn notulen van behandelaren en evaluaties van de deelnemers van de psychomotorische en dramatherapie (PMDT) bestudeerd. Daarnaast werd een analyse gemaakt van de gegevens die van de deelnemers bekend waren. Dit betreft vooral de leeftijd, de (eerder) gepleegde delicten, de duur van de deelname aan de behandeling, et cetera.

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

## Resultaten

### Doelstellingen en werkwijze prétherapie

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

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

De prétherapie bestaat uit drie onderdelen. Ten eerste, er heerst op de afdeling een klimaat waarin continu gewerkt wordt aan het bereiken van de behandeldoelen. De deelnemers aan de therapie worden door alle personeelsleden doorlopend aangesproken op hun gedrag, bijvoorbeeld tijdens het sporten of gewoon op de gang. Ook leren zij van elkaars gedrag. Het klimaat op de afdeling vertoont op die manier overeenkomsten met de kenmerken van een therapeutische gemeenschap. De prétherapie bestaat voorts uit twee wekelijkse therapiesessies van 1,5 uur. Dit zijn één sessie cognitieve-gedragstherapie (CGT) en één sessie psychomotorische en dramatherapie (PMDT). In beide onderdelen wordt gewerkt in dezelfde groepsamenstelling van maximaal acht deelnemers. Twee verschillende duo's behandelaren geven de CGT en de PMDT. Ten tijde van het onderhavige onderzoek namen er drie groepen van acht deelnemers deel aan de prétherapie. Daarnaast nam één groep van zes deelnemers met een verstandelijke beperking deel. Ten slotte zijn er soms individuele gesprekken met de behandelaren.



### **Uitvoering van de prétherapie in de praktijk**

Verschillende resultaten wijzen erop dat de uitvoering van de prétherapie in de praktijk niet geheel volgens de plannen op papier verloopt. Zo is de manier van instroom van de deelnemers divers en ook de opgestelde in- en exclusiecriteria worden niet strikt toegepast. Er wordt geen gebruik gemaakt van diagnostiek of instrumenten op basis waarvan deelname aan de therapie wordt bepaald, maar de mate van geschiktheid voor deelname wordt bepaald aan de hand van het ongestructureerd klinische oordeel. In de therapiesessies wordt veel ruimte gegeven aan specifieke dingen die op dat moment spelen. Dit kan bijvoorbeeld een rechtzaak zijn, waarbij één van de deelnemers betrokken is. De handleiding wordt daarbij niet strikt gevolgd.

### **Kenmerken deelnemers**

Vanaf de start van het programma in 1999 tot en met het tijdstip waarop de gegevens tot nu toe werden opgevraagd (juni 2009), hebben 141 zedendelinquenten aan de prétherapie deelgenomen. Dit zijn gemiddeld 14,1 deelnemers per jaar. Van sommige deelnemers zijn enkele aanvullende gegevens bekend (leeftijd, delict, instelling van uitstroom, et cetera), maar de behandelaar van de PI Breda kon de onderzoekers niet (tijdig) voorzien van een volledig overzicht van alle gegevens van alle deelnemers. De onderstaande gegevens gaan alleen over een klein gedeelte van de 141 deelnemers.

Van 52 mannen (36,9%) is de leeftijd bekend. Op het moment dat de deelnemers in de therapie instromen, zijn zij gemiddeld 38,73 jaar ( $SD = 11,53$ ; range 19-67 jaar). Op het moment dat de deelnemers de prétherapie weer verlaten, zijn zij gemiddeld 40,5 jaar ( $SD = 11,50$ ; range 19-61). Van 49 mannen (34,8%) is bekend hoeveel maanden zij de prétherapie volgden, gemiddeld was dit 7,14 maanden ( $SD = 5,05$ ; range: 1-60 maanden). Van de meeste deelnemers (131 mannen; 92,9%) is bekend voor welk delict zij in de PI Breda verbleven.

Wat betreft type delict is de groep deelnemers vrij homogeen. De meeste mannen (48,2%) werden veroordeeld voor het plegen van ontucht (seksuele handelingen met kinderen jonger dan 16 jaar). Daarnaast werden negentien zedendelinquenten (13,5%) veroordeeld voor ontucht in combinatie met een ander zedendelict. Na ontucht kwam een veroordeling voor incest het meest voor (21 personen, 14,9%). Van ongeveer de helft van de deelnemers is bekend of zij reeds eerder veroordeeld waren voor een zedendelict (48,9% van 141 deelnemers). Vierenveertig van deze deelnemers werden voor het eerst veroordeeld (63,8% van 69 deelnemers) en 25 mannen zijn recidivisten (36,2% van 69 deelnemers). Voor welk delict de recidivisten eerder veroordeeld werden, is niet bekend.

Van de meeste deelnemers zijn gegevens over de uitstroom bekend (135; 95,7%). Zesennegentig personen stroomden door naar een vorm van vervolgbehandeling (68,1%), 15 deelnemers (10,6%) hebben geen vervolgbehandeling gehad, 24 deelnemers volgen op dit moment nog prétherapie (17%) en van 6 personen is onbekend waar zij naartoe uitgestroomd zijn (4,3%). De uitstroom is heterogeen: de ex-deelnemers stromen naar (veel) verschillende (typen) instellingen voor vervolgbehandeling uit. Van de 96 deelnemers die vervolgbehandeling kregen, gingen de meesten naar een forensisch psychiatrische instelling. Van de vijftien deelnemers (10,6%) van wie bekend is dat zij geen vervolgbehandeling hebben gehad, werd één deelnemer vrijgesproken, gingen acht personen (5,7%) naar een penitentiaire inrichting en is van zes personen onduidelijk wat er precies gebeurd is na uitstroom uit de prétherapie, maar is wel bekend dat zij geen vervolgbehandeling kregen.

Wat betreft de uitstroom uit het programma is verder bekend dat de deelname eindigt op het moment dat de opgelegde gevangenisstraf eindigt. Er is geen vaststaand aantal modules dat (succesvol) moet worden doorlopen. Tenslotte is de therapietrouw is erg hoog: er zijn nauwelijks deelnemers die afhaken.

### **Het afdelingsklimaat**

De deelnemers aan de prétherapie zijn erg tevreden over het programma. Zij voelen zich veilig en begrepen. Het klimaat op de afdeling wordt als zeer prettig ervaren. Onderling ontstaat er soms nog wel een hiërarchie (zoals verkrachters van volwassenen die neerkijken op mannen die kinderen hebben misbruikt), maar dit resulteert niet in gevoelens van onveiligheid. Het gevoel van veiligheid wordt ook benoemd door de behandelaren en de piw-ers.

### **De cognitieve gedragstherapie (CGT)**

De CGT vindt één keer per week plaats, de sessie duurt 1,5 uur. Centraal staat de uitwerking van het delictscenario. Roulerend komt telkens één persoon aan bod. Bij acht deelnemers betekent dat dat elke gedetineerde ongeveer eens in de acht weken centraal staat. Volgens de geïnterviewde gedetineerden is het wel eens moeilijk om maar af en toe centraal te staan in de sessies en vinden ze dat ze soms lang moeten wachten voordat ze weer aan de beurt zijn. Daarnaast zouden zij best wat meer sessies in de week willen hebben. Wel onderschrijven zij het nut van het bespreken van de verschillende delictketens van groepsleden, ook voor hun eigen inzicht.

De CGT-behandelaren hebben een evaluatieformulier tot hun beschikking. Er vindt echter geen systematische evaluatie plaats, omdat de blokken niet systematisch worden doorlopen. Dit is volgens hen het gevolg van de variabele detentieduur van de deelnemers en van het open karakter van de groepen. Wel wordt deelnemers aan het eind van de sessies gevraagd wat ze er aan hebben gehad en wat ze eventueel anders zouden willen. De uitkomsten hiervan worden echter niet vastgelegd. De behandelaren zijn in principe erg tevreden over de CGT. De enige aanvulling die de behandelend psycholoog van de PI Breda aan het programma zou willen geven is het meer betrekken van verschillende voor de deelnemer belangrijke mensen (het sociale systeem).

### **De psychomotorische en dramatherapie (PMDT)**

De PMDT vindt eveneens één keer per week plaats en duurt ook 1,5 uur. Vanwege het open karakter van de prétherapie is er geen sprake van een vaste volgorde in de PMDT-oefeningen, maar er is wel een vast pakket aan oefeningen beschikbaar. Ook in de PMDT staat roulerend één persoon centraal en beogen de behandelaren de overige deelnemers er actief bij te betrekken.

De PMDT wordt jaarlijks geëvalueerd door de PMDT-behandelaren. De deelnemers zijn telkens positief. Zij vinden dat de PMDT veel in hen losmaakt en zijn van mening dat de PMDT belangrijk, interessant en leerzaam is. Om die reden zouden zij liever zien dat er geen arbeid volgt op de PMDT, zodat zij in hun cel of op de afdeling nog wat kunnen reflecteren over wat aan de orde gekomen is. Zij verzoeken om meer tijd per sessie, een hogere frequentie van de sessies (twee keer per week) en verbetering van de werkruimte. Ook wordt gevraagd om meer aansluiting tussen de PMDT en de CGT. Nu houden beide therapievormen niet veel verband met elkaar en kan er in één week in de CGT een ander onderwerp centraal staan dan in de PMDT.

### **Randvoorwaarden**

Het behalen van de programmadoelen wordt niet systematisch vastgelegd. Wel zijn er enkele overleggen tussen de verschillende behandelaren en wordt er ook gerapporteerd wat er in de sessies zoal aan de orde gekomen is, maar er wordt niet per deelnemer bijgehouden in hoeverre hij de behandeldoelen behaalt. Ook vindt er nauwelijks scholing van het personeel plaats. De kosten van de behandeling liggen niet heel hoog. Er wordt vooral gebruik gemaakt van personeel dat toch al in dienst van de PI is, zij worden alleen exclusief voor de prétherapie ingezet. Dat wil zeggen, er is een landelijke norm voor het aantal fulltime-equivalents (fte's) dat aan psychologische hulpverlening voor gedetineerden mag worden ingezet en de PI Breda houdt zich daaraan. Wel is het zo dat de PI Breda binnen deze financieringsnormen kiest voor het inzetten van de beschikbare fte's voor de prétherapie (en er dus minder fte's voor de rest van de PI beschikbaar zijn).

### **Uitstroom naar vervolginstellingen**

De prétherapie is bij uitstek een programma dat onderdeel uitmaakt van een grotere keten. Voor de meeste deelnemers staat immers vervolgbehandeling in het vooruitzicht. De samenwerking met ketenpartners is echter gering. Slechts in enkele gevallen is er sprake van overdracht naar vervolginstellingen in de vorm van een brief. Dit gebrek aan communicatie tussen de behandelaren van de prétherapie en de behandelaren van de vervolgbehandeling wordt door deze laatste groep nadrukkelijk als een knelpunt ervaren. Als tweede knelpunt wordt genoemd dat er geen afstemming is over de inhoud van de prétherapie zoals deze in PI Breda gegeven wordt. Hierdoor is de mate waarin de prétherapie daadwerkelijk voorbereidt op vervolgbehandeling naar hun mening beperkt.

### **Nazorg in de maatschappij**

Een andere vorm van samenwerking met ketenpartners is nazorg in de maatschappij. Dit betreft de delinquenten die direct na ontslag uit de PI Breda (zonder vervolgbehandeling) terug gaan naar de maatschappij. Tijdens detentie wordt door medewerkers van de maatschappelijke dienstverlening (MMD-ers) van de PI Breda alvast gekeken wat de deelnemers aan de prétherapie, net als de overige gedetineerden, nodig zullen hebben om de terugkeer naar de maatschappij goed te laten verlopen. MMD-ers richten zich voornamelijk op praktische zaken als woning, werk en financiën.

In Den Bosch is in het najaar van 2009 gestart met een pilot van een nazorgproject voor de reïntegratie van zedendelinquenten, genaamd *Circles of Support and Accountability (COSA)*, waar ook ex-deelnemers aan de prétherapie kunnen deelnemen. In Nederland staat COSA voor Cirkels voor Ondersteuning, Samenwerking en Aanspreekbaarheid. Het doel van COSA is het voorkomen van recidive, ondermeer door het voorkomen van sociale isolatie van de ex-gedetineerde zedendelinquent. De nazorg bestaat uit de monitoring van het gedrag van de zedendelinquent door meerdere vrijwilligers uit diens omgeving.

### **Beoordeling werkzame mechanismen**

In de planevaluatie werden verschillende mechanismen onderscheiden die zouden moeten bijdragen aan het bereiken van de gewenste resultaten. In de onderhavige procesevaluatie werd aan de verschillende betrokkenen (behandelaren, deelnemers en behandelaren uit de vervolginstellingen) gevraagd wat zij daarvan vonden. Het bieden van een beschermde woonomgeving (mechanisme 1) werd door alle betrokkenen als een erg waardevolle invulling van de prétherapie gezien. Dit lijkt het meest belangrijke winstpunt van de prétherapie te zijn. Het geven van informatie

over de gang van zaken in een behandelprogramma (mechanisme 2) werd door beide groepen behandelaren (die van de prétherapie en die van de vervolghandelingen) als nuttig gezien. De deelnemers zelf gaven echter aan niet zo onzeker of bang te zijn voor wat hen te wachten staat, maar vonden meer de behandeling zelf (en het spreken in groepen bijvoorbeeld) angstig.

Het alvast van start gaan met de behandeling (mechanisme 3) werd door de deelnemers aan de therapie erg prettig gevonden. Zij wilden graag aan de slag met hun problematiek. De behandelaren uit de vervolghandelingen plaatsten echter een aantal kanttekeningen bij het daadwerkelijk behandelen. Volgens hen leidt dit er bij sommige zedendelinquenten toe dat zij niet meer gemotiveerd zijn voor vervolghandeling, omdat zij claimen al behandeling te hebben gehad. Ook plaatsten zij kanttekeningen bij het starten van een bewustwordingsproces over risicofactoren die hebben bijgedragen aan het plegen van het delict (mechanisme 4). De behandelaren uit de vervolginstellingen waren van mening dat dergelijke diepgaande behandeling en analyse meer bij hen thuis hoort. Het vergroten van de motivatie voor behandeling (mechanisme 5) wordt als waardevol gezien bij de behandelaren uit het vervolgtraject. Verder, op dit moment worden deelnemers die niet gemotiveerd zijn en hun delict ontkennen uitgesloten van de therapie. De behandelaren uit de vervolginstellingen suggereerden dat het beter is met behulp van bepaalde technieken hen te motiveren toch deel te nemen in plaats van hen uit de behandeling uit te sluiten.

Wat betreft het aanleren van therapievaardigheden (mechanisme 6) werd door zowel de deelnemers aan de therapie als ook door de vervolghandelaren gesteld dat dit erg nuttig was. De deelnemers vonden het in het begin moeilijk om open te spreken in groepen (onderdeel 6a), maar raakten daar in de prétherapie steeds vertrouwd mee. De behandelaren uit de vervolginstellingen vonden dit een nuttig onderdeel, maar konden niet aan al hun patiënten merken dat zij hier inderdaad van geprofiteerd hadden. Begrip van behandelterminologie (onderdeel 6b) werd niet zo belangrijk gevonden door de behandelaren uit het vervolgtraject. Het vergroten van het vermogen tot zelfreflectie (onderdeel 6c), werd enerzijds als nuttig bestempeld, anderzijds werd gesteld dat het vergroten van zelfinzicht niet moet leiden tot behandelmoedigheid en een toename van ongemotiveerdheid. Wat betreft het verkorten van de duur van de vervolghandeling (mechanisme 7) werd opgemerkt dat het inderdaad plausibel klinkt dat de instroomfase wellicht ingekort kan worden, maar dat het tegelijkertijd onbekend is in hoeverre dit leidt tot een verkorting van de totale behandelduur in de vervolginstelling of dat de effecten van een snellere instroom ook weer wegebben.

Wat betreft het voorkomen van recidive, één van de uiteindelijke behandeldoelen, kan op basis van de onderhavige procesevaluatie niet veel gezegd worden. Concrete cijfers zijn niet bekend en de kleinschaligheid van de onderzoeksgroep legt sterke beperkingen op aan het verrichten van een effectstudie.

### **Aanbevelingen betrokkenen**

Aan de diverse betrokkenen (deelnemers, behandelaren en behandelaren uit de vervolghandeling) werd gevraagd hoe zij een prétherapie voor zedendelinquenten zouden vormgeven. De behandelaren van de prétherapie zouden graag zien dat het programma breder geïmplementeerd wordt. De behandelaren uit de vervolgtrajecten waren het er over eens dat het veilige afdelingsklimaat en de positieve bejegening ook een plaats zou moeten hebben in een vorm van prétherapie voor zedendelinquenten in de toekomst. Zij waren echter ook van mening dat het daad-

werkelijke behandelen aan de behandelaren van de vervolginstellingen overgelaten zou moeten worden. Ten slotte gaven zij aan dat ze meer betrokken zouden willen worden bij de prétherapie, zodat deze inhoudelijk meer aansluit op de vervolghandeling en zodat er een goede overdracht plaats kan vinden.

### **Conclusie**

De resultaten van de onderhavige procesevaluatie onderschrijven de belangrijkste conclusie van de planevaluatie welke luidt dat het programma in aangepaste vorm mogelijk een aanvulling zou kunnen zijn op het standaardregime in het gevangeniswezen, mits een aantal verbeteringen aangebracht zou worden. Een tweede conclusie uit de planevaluatie is dat de behandelmodules in de prétherapie verouderd zijn.

Uit de procesevaluatie blijkt dat het gebrek aan communicatie met instellingen voor vervolghandeling een belangrijk gemis is. Vooral het veilige afdelingsklimaat en de positieve bejegening van de zedendelinquenten op de afdeling beschermd wonen in PI Breda worden door alle betrokken partijen als waardevol gezien. Ook de onderdelen informeren over de gang van zaken, motiveren van de deelnemers voor vervolghandeling en het aanleren van therapievaardigheden werden als nuttig bestempeld. De behandelaren uit de vervolginstellingen waren daarnaast van mening dat het daadwerkelijk behandelen, zoals het starten van een bewustwordingsproces over de risicofactoren die geleid hebben tot het plegen van het delict, beter aan de behandelaren van de vervolginstellingen overgelaten kan worden, zodat de prétherapie haar naam eer aan doet en een programma ter voorbereiding op vervolghandeling blijft.



# 1 Inleiding

Sinds 1990 bestaat er binnen het Huis van Bewaring (HvB) van de penitentiaire inrichting (PI) de Boschpoort in Breda de afdeling 'beschermd wonen'. Deze afdeling was oorspronkelijk bestemd voor het bieden van bescherming en beveiliging aan kwetsbare gedetineerden<sup>6</sup> binnen de PI Breda, maar is langzaam uitgegroeid tot een behandelafdeling voor zedendelinquenten (sinds 1999). Afdelingen voor bijzondere zorg zijn in elke PI te vinden (Bijzondere Zorg Afdelingen; BZA's).<sup>7</sup> De afdeling 'beschermd wonen' in Breda is echter één van de weinige afdelingen in het gevangeniswezen in Nederland waar een therapeutisch programma specifiek voor zedendelinquenten is ontwikkeld. Dit programma staat bekend als 'prétherapie voor zedendelinquenten'.

De prétherapie wordt zo genoemd, omdat het programma een voorbereiding op vervolgbehandeling beoogt te zijn en niet als compleet behandelprogramma voor zedendelinquenten gezien kan worden. Veel zedendelinquenten hebben als onderdeel van hun (combinatie-)vonnis verplichte deelname aan een behandelprogramma in het vooruitzicht, bijvoorbeeld in het kader van een terbeschikkingstelling (tbs). Na hun verblijf in de PI Breda gaan zij naar behandelinstellingen toe. De prétherapie beoogt een voorbereiding op deze vervolgbehandeling te geven. De prétherapie heeft vier doelstellingen: 1) het voorkomen van verslechtering van psychische klachten, 2) het voorbereiden op vervolgbehandeling, en 3) het verkorten van de duur van de vervolgbehandeling. Het uiteindelijke doel (4) is een bijdrage te leveren aan het voorkomen van recidive.

De prétherapie wordt gegeven door vier behandelaren. De prétherapie is in het kader van eerder onderzoek naar de plannen achter de behandeling uitgebreid op papier gezet (planevaluatie; Nagtegaal & Mulder, 2009). In het onderhavige rapport wordt verslag gelegd van het proces van de uitvoering van de prétherapie in de praktijk. De resultaten van het onderzoek, in combinatie met de resultaten van de planevaluatie<sup>8</sup>, zijn voor de staatssecretaris bepalend bij de keuze of deze therapie in deze of een doorontwikkelde vorm ook in de toekomst in het gevangeniswezen

---

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

<sup>7</sup> In het kader van de Modernisering Gevangeniswezen (MGW) komt er verandering in de organisatie van het gevangeniswezen. Deze veranderingen staan uitgebreid beschreven in Nagtegaal en Mulder (2009). In het kort komt het er op neer dat de BZA's vervangen worden door Extra Zorg Voorzieningen (EZV), die in elke PI opgericht worden. Op deze afdelingen worden gedetineerden die extra zorg nodig hebben opgevangen. Daarnaast komen er vijf landelijke zorglocaties, voor gedetineerden die de meest intensieve vorm van psychiatrische en psychologische zorg nodig hebben (Tweede Kamer, 2007-2008, 24587 en 31200 VI, nr. 236; zie ook Nagtegaal & Mulder, 2009).

<sup>8</sup> Nagtegaal, M.H., & Mulder, J. (2009). *In de grondvert zetten: Planevaluatie van de prétherapie voor zedendelinquenten in PI Breda*. Den Haag: WODC. Cahier 2009-14.

moet worden aangeboden<sup>9</sup>. Vragen die daarbij centraal staan, zijn hoe de prétherapie in de praktijk wordt uitgevoerd en in hoeverre dat gebeurt conform het plan van aanpak. Dit onderzoek sluit daarmee aan op de planevaluatie.

Het onderhavige onderzoek is gestart naar aanleiding van een beleidsvraag over de werkzaamheid van het prétherapieprogramma van de PI Breda. Het onderzoek dient als antwoord op de kamervragen van het kamerlid Van Velzen (SP) op 13 december 2007 en is onderdeel van een kamertoezegging.<sup>10</sup> De conclusie van de planevaluatie was dat het programma in aangepaste vorm mogelijk een zinvolle aanvulling zou kunnen zijn op het standaard regime in het gevangeniswezen. Met name het veilige afdelingsklimaat en de positieve bejegening van de zedendelinquenten in de PI Breda zijn als winst te beschouwen. De belangrijkste tekortkoming van het programma is dat het theoretisch kader achter de prétherapie gedateerd is. Zo wordt de delictscenarioprocedure, die een belangrijke rol speelt in de prétherapie, niet volgens de meest recente wetenschappelijke inzichten toegepast. Ook de *Risk Need Responsivity*-principes (RNR), recente theoretische inzichten welke een vermindering van het risico op recidive met zich meebrengen, worden niet toegepast in de prétherapie (Andrews, Bonta, & Wormith, 2006). Het Good Lives Model (Ward & Maruna, 2007), dat een zinvolle aanvulling is gebleken op de RNR-benadering komt in de prétherapie eveneens niet aan de orde. Overige beperkingen die in de planevaluatie gesignaleerd worden, zijn:

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

---

<sup>9</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, 24 587, nr. 247.

<sup>10</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, Aanhangsel nr. 287.



In de onderhavige procesevaluatie zal ondermeer duidelijk worden in hoeverre ondersteuning voor deze conclusies uit de planevaluatie gevonden wordt en in hoeverre de uitvoering van de prétherapie in overeenstemming is met de plannen van de behandelaren op papier.

## 1.1 Korte omschrijving behandelprogramma

Voor de leesbaarheid van het onderhavige rapport, wordt hieronder eerst kort samengevat uit welke onderdelen de prétherapie bestaat. Voor een volledig overzicht wordt verwezen naar de planevaluatie van het programma (Nagtegaal & Mulder, 2009). De prétherapie bestaat uit drie onderdelen: het afdelingsklimaat, cognitieve gedragstherapie (CGT) en psychomotorische en dramatherapie (PMDT).

### 1 Het afdelingsklimaat

Het klimaat op de afdeling 'beschermd wonen' wordt in de prétherapie verondersteld een centrale rol te spelen. Het verblijf op deze afdeling in de PI Breda is anders dan het verblijf op andere afdelingen in PI Breda en in de meeste andere penitentiaire inrichtingen. De deelnemers wonen samen met elkaar in een groep op de afdeling, die kenmerken heeft van een Therapeutische Gemeenschap (TG). Er wordt verwacht dat de resocialisatie deels tot stand komt door middel van het (sociaal) leren van het leven in een groep. Door het samenleven in een groep worden de groepsleden continu geconfronteerd met hun gedrag door groepsleden, wat waardevolle leermomenten kan opleveren. De begeleiding van het groepsproces door piw-ers en therapeuten is daarbij essentieel.

De uitzonderingspositie wordt ook duidelijk uit de locatie van de afdeling: de afdeling bevindt zich in een gebouw dat fysiek gescheiden staat van de unit met de overige gedetineerden. Ook hebben de bewoners van de beschermde afdeling een aparte luchtplaats, sportfaciliteiten, een eigen werkplaats en eigen gelegenheden voor recreatie. Verder wordt er één keer per maand een speciale activiteit georganiseerd, zoals een volleybalwedstrijd of een barbecue.

De penitentiair inrichtingswerkers (piw-ers) op de afdeling 'beschermd wonen' zijn speciaal voor deze afdeling geselecteerd. Zij hebben een andere rol dan piw-ers op andere afdelingen in PI Breda, zij hebben bijvoorbeeld meer contact met de gedetineerden en spreken de gedetineerden meer aan op hun gedrag.

### 2 Cognitieve gedragstherapie (CGT)

Elke deelnemer neemt één keer per week deel aan een groepsessie onder leiding van twee therapeuten. De CGT wordt sinds het begin van de afdeling gegeven, sinds 1999. In de CGT wordt met name met de delictscenarioprocedure gewerkt. In de delictscenarioprocedure komen factoren aan bod die geleid hebben tot het plegen van het delict. In elke groepsessie staat één persoon centraal. Medegroepsleden fungeren als een begripvol en veilig platform, maar kunnen ook kritische vragen stellen. Volgens eerder onderzoek is een groot voordeel van een groepstherapeutische setting (in vergelijking met individuele therapie) dat deelnemers (in dit geval zedendelinquenten) beter kunnen omgaan met kritische vragen van hun groepsleden dan met die van de behandelaar (Deneer, 2004).

Naast de groepstherapie vinden individuele gesprekken met de psycholoog plaats. Dit kan op initiatief van de behandelaar en op initiatief van de deelnemer. In deze gesprekken komen zaken aan de orde die in de groepstherapie moeilijker besproken

kunnen worden, bijvoorbeeld dieper ingaan op bepaalde aspecten van de delictgeschiedenis.

### **3 Psychomotorische en dramatherapie**

Sinds 2004 is de behandeling aangevuld met psychomotorische en dramatherapie. Deze sessies vinden één keer per week plaats. Er wordt op non-verbale wijze gewerkt aan de doelstellingen. Er is één psychomotorische therapeut en één senior dramatherapeute. In de sessies wordt gewerkt met bewegingsgerichte oefeningen, rollenspelen en waarnemingsoefeningen.

Ten slotte is er elke week een sociogroep onder leiding van een sociotherapeute en een piw-er. Onderwerpen die aan bod komen in de sociogroep zijn ondermeer de gevolgen van detentie voor de gedetineerde en detentiegerelateerde problemen. Het delict wordt hier uitdrukkelijk niet besproken. De sociogroep valt formeel niet onder de prétherapie.

## **1.2 Onderzoeksvragen**

In de procesevaluatie staat de vraag naar de uitvoering van de interventie centraal: hoe wordt de interventie in de praktijk uitgevoerd en gebeurt deze uitvoering conform de voorschriften van het programma? De tweede vraag betreft de mate van *programma-integriteit*, ofwel de mate waarin gewerkt wordt volgens het plan van aanpak. Een dergelijk onderzoek staat bekend als een procesevaluatie (Wartna, 2005). Daarbij wordt ook gekeken of de nodige randvoorwaarden zijn gerealiseerd en of de processen tussen alle partijen verlopen zoals voorzien. De volgende onderzoeksvragen worden onderscheiden:

### **Doelgroep**

- 1 Zijn er in- en exclusiecriteria en hoe worden deze in de praktijk gehanteerd?
- 2 Hoe stromen gedetineerden in? Hoe groot is de instroom van deelnemers?
- 3 Waar stromen de deelnemers naartoe uit?
- 4 Hoeveel deelnemers ronden de therapie af? Hoe groot is de uitval? Wat zijn de redenen voor uitval? Wat kan gezegd worden over de bereidheid van zedendelinquenten om de prétherapie te volgen (therapietrouw) en de mate waarin de behandeling gedragsverandering met zich meebrengt (therapieresistentie)?

### **De interventie**

- 5 Hoe verlopen de verschillende onderdelen van het behandelprogramma in de praktijk?
- 6 Hoe wordt in kaart gebracht en bijgehouden of de deelnemers de programma-doelen halen?
- 7 Bestaat er een programmahandleiding en zo ja, wordt de prétherapie uitgevoerd zoals in de programmahandleiding staat beschreven (oftewel: wat is de mate van programma-integriteit)?
- 8 Welke financiële, personele en organisatorische middelen worden ingezet bij de uitvoering van het programma?
- 9 Is er sprake van scholing die waarborgt dat het personeel voldoende is opgeleid?
- 10 Zijn er vergelijkbare projecten elders?
- 11 Wordt er samengewerkt met andere ketenpartners of staat het programma op zichzelf?

- 12 Indien er sprake is van ketenpartners, hoe waarderen zij de samenwerking? Welke punten in de samenwerking verlopen naar wens en welke knelpunten doen zich voor?
- 13 Hoe waarderen betrokkenen het programma? Welke positieve punten worden door de betrokkenen gesignaleerd?
- 14 Welke knelpunten geven de betrokkenen aan? Welke onvoorziene effecten tekenen zich af volgens direct betrokkenen?
- 15 Welke aanpassingen moeten in de opzet van het programma worden gedaan? Wat hoopt men met deze bijstellingen te bereiken?

#### **Doelstellingen en werkzame mechanismen**

- 16 Worden de doelstellingen van de prétherapie gerealiseerd?
- 17 In hoeverre worden de werkzame mechanismen die door de onderzoekers onttrafeld zijn door de verschillende betrokkenen en behandelaren uit vervolgotrajecten herkend en onderschreven?

### **1.3 Onderzoeksmethode**

In de onderhavige procesevaluatie werd onderzocht hoe de drie programmaonderdelen in de praktijk verlopen. De interventie werd vooral bekeken aan de hand van inzichten van de *What Works* en de *Realist Evaluation* tradities. De *What Works* principes richten zich op het vergroten van de wetenschappelijke onderbouwing, de *evidence base*, van (behandel)programma's (Andrews & Bonta, 1994; Andrews, Bonta & Hoge, 1990; Cullen & Gendreau, 2001; Gendreau, Cullen & Bonta, 1994; McGuire, 1995). Aanhangers van de *Realist Evaluation* hechten meer belang aan het ontrafelen van de veronderstelde werkzame mechanismen achter (behandel-) programma's (Pawson, 2002; Pawson, Greenhalgh, Harvey & Walshe, 2005; Pawson & Tilley, 1994, 1997). Voor het onderzoek werd informatie vanuit verschillende bronnen verzameld, die hieronder kort omschreven worden.

#### **Interviews**

In deze procesevaluatie is met name gebruik gemaakt van semi-gestructureerde interviews met de behandelaren van de prétherapie, deelnemers aan de prétherapie, een penitentiair inrichtingswerker (piw-er), het afdelingshoofd van PI Breda en met behandelaren die de deelnemers van de prétherapie in de vervolgbehandeling gehad hebben.<sup>11</sup>

Onderwerpen die in de semi-gestructureerde interviews centraal stonden, waren onder andere de uitvoering van de behandeling en de mate waarin deze overeenstemt met of afwijkt van de plannen op papier en de ervaringen van de betrokkenen met de prétherapie. De interviews vonden plaats in september en oktober 2008, en in maart, mei en september 2009.

---

<sup>11</sup> Met de volgende personen is gesproken: de GZ-psycholoog en systeemtherapeut van de PI Breda; de psychotherapeut van GGz-Eindhoven (De Woenselse Poort); de senior dramatherapeut GGz-Eindhoven (De Woenselse Poort) en GGz-Breburg; de psychomotorische therapeut PI Breda en Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis (Amphia Ziekenhuis Breda); het afdelingshoofd BZA, VBA en 'beschermd wonen' (BW), de sociotherapeute; één piw-er; en zes gedetineerden die deelnamen aan de prétherapie. Daarnaast werd gesproken met tien behandelaren uit het vervolgotraject.

**Inzage notulen**

Om vast te kunnen stellen in hoeverre de behandelaren van de prétherapie de CGT en de PMDT op elkaar afstemmen, zijn de notulen van het onderlinge overleg tussen de verschillende behandelaren van de prétherapie bestudeerd.

**Evaluaties PMDT door deelnemers**

De deelnemers aan de prétherapie worden elk jaar gevraagd de PMDT te evalueren. Er zijn evaluaties verricht in de jaren 2004 tot en met 2008. De evaluatie van 2004 vond plaats kort na de start van het programma en was niet erg uitgebreid. De evaluatie van 2008 was nog niet uitgewerkt in een verslag ten tijde van het onderhavige onderzoek. Om deze redenen werden alleen de evaluaties van de jaren 2005, 2006 en 2007 meegenomen in het onderhavige rapport.

**Analyse in- en uitstroomgegevens**

Aan de behandelaren van de prétherapie werden gegevens van de (voormalige) deelnemers opgevraagd. Alle verzamelde informatie werd bekeken en geanalyseerd. De beschikbare informatie ging met name over de leeftijd ten tijde van instroom in de prétherapie, de leeftijd ten tijde van uitstroom uit de prétherapie, de behandelduur, de delicten die gepleegd waren en de instelling waar de deelnemers naartoe uitstroonden. Deze gegevens werden geanonimiseerd geanalyseerd en daarna in het onderhavige rapport opgenomen.

## 2 De prétherapie in de praktijk

In dit hoofdstuk worden de onderzoeksvragen die in deze procesevaluatie centraal staan beantwoord. Eerst komt de doelgroep van de prétherapie aan bod (paragraaf 2.1), vervolgens worden de werking van het programma in de praktijk (paragraaf 2.2) en de doelstellingen en werkzame mechanismen (paragraaf 2.3) besproken. Ten slotte komen aanbevelingen van de diverse betrokkenen aan de orde (paragraaf 2.4). Er wordt steeds (enkel) een beschrijving van de situatie in de praktijk gegeven. In het laatste hoofdstuk worden de bevindingen bediscussieerd en worden conclusies getrokken.

### 2.1 Doelgroep

#### 2.1.1 In- en exclusiecriteria

Er zijn in- en exclusiecriteria voor deelname aan de prétherapie opgesteld. De inclusiecriteria zijn: het gaat om preventief gehechten en veroordeelden van een zedendelict op grond van wetsartikelen 240 tot en met 249 (zie tabel 1). Het kan dus om alle typen zedendelicten gaan.<sup>12</sup> Eventueel kan er ook sprake zijn van een combinatie met delicten als moord of doodslag (in de voorgeschiedenis), maar de ernst van het delict mag het groepsproces niet in de weg staan.

**Tabel 1** Overzicht wetsartikelen zedendelinquentie

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

<sup>a</sup> Artikel 241 is vervallen bij wet van 6 mei, 1971, Stb, 291. Deze betrof overspel.

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

De deelnemers aan de prétherapie moeten man zijn en minimaal 18 jaar oud. Er is geen maximum leeftijd verbonden aan deelname. Er moet sprake zijn van een

<sup>12</sup> Het kan daarbij gaan om 'hands-on' of 'hands-off' delicten, met of zonder geweld of dwang gepleegd. Slachtoffers kunnen volwassenen en/of kinderen geweest zijn. Er kan sprake zijn van één slachtoffer, maar ook van meerdere.

(verwachte) verblijfsduur van minimaal tien weken op de afdeling. Als exclusiecriteria gelden actieve psychotische kenmerken, psychopathie, ernstige persoonlijkheidsstoornissen, het plegen van een zeer ernstig delict en te beperkte verstandelijke vermogens.<sup>13</sup> Wil of kan een gedetineerde niet meedoen aan de behandeling, dan is er op de afdeling 'beschermd wonen' een verdieping lager in het gebouw een afdeling met cellen exclusief voor deze groep zedendelinquenten.

Het belangrijkste inclusie criterium is volgens de aan de PI verbonden psycholoog dat de deelnemer bekent dat hij het delict waarvoor hij zit gepleegd heeft of, in het geval dat hij ontkent het delict gepleegd te hebben, tenminste erkent dat hij problemen heeft op het gebied van seksualiteit.

### 2.1.2 Hantering van de in- en exclusiecriteria

Volgens de behandelaren wordt er geen (formeel) instrumentarium gebruikt om te bepalen of een zedendelinquent geschikt is voor deelname aan de prétherapie. Wel is er van de meeste gedetineerden schriftelijke informatie over de psychische toestand. Deze informatie is afkomstig van de Reclassering, vanuit Pro Justitia-rapportages en/of van de penitentiaire inrichtingen waar de zedendelinquenten vandaan komen. Deze rapportages worden bekeken en volgens de behandelaren van de prétherapie zouden duidelijke exclusiecriteria uit de rapportages moeten blijken. Verder worden in- en exclusiecriteria vrij losjes gehanteerd; de heer Rijk gaf aan dat er ook uitzonderingen worden gemaakt. Zo werd er eens iemand toegelaten met een antisociale persoonlijkheidsstoornis. De behandelaren besloten in dat geval dat de betrokkene toch geschikt was voor deelname, omdat hij mee wilde doen en bekende het delict te hebben gepleegd. De behandelaren merkten daarbij op dat ze de veiligheid binnen de groep bij dit besluit voorop gesteld hadden.

Om de geschiktheid voor de prétherapie nader te bepalen vinden verschillende gesprekken plaats tussen de behandelaren en de zedendelinquenten die binnenkomen op de afdeling. Bij aankomst op de afdeling is er een intakegesprek met de aan de PI verbonden psycholoog, of met de sociotherapeute. Daarin wordt verteld over de afdeling BW. In dat gesprek wordt ook gekeken of iemand bekend dat hij het delict gepleegd heeft. Daarna worden potentiële deelnemers beoordeeld op intelligentie en de mate van geschiktheid voor groepstherapie. Dit gebeurt op basis van klinisch inzicht. Indien een gedetineerde aangeeft geïnteresseerd te zijn, wordt nog eens gecontroleerd of er geen sprake is van exclusiecriteria.

In het intakegesprek wordt uitleg gegeven over de prétherapie, de werkwijze van de behandelaren, de structuur van de sessies, het open karakter van de groep en het belang van het respecteren van de *privacy*. Volgens de behandelaar zijn de gesprekstechnieken die hij in deze gesprekken gebruikt afkomstig uit het systemisch denken; daarnaast maakt hij gebruik van inzichtgevende technieken en *motivational interviewing*. Soms is er maar één voorbereidend gesprek nodig, anderen hebben

---

<sup>13</sup> In april/mei 2009 is een aparte behandelgroep voor (licht) verstandelijk gehandicapte zedendelinquenten gestart, aangezien zij vanwege hun beperktere intellectuele vaardigheden niet mee kunnen doen met de reguliere sessies. Deze behandeling is opgesteld in samenwerking met de GGZ Westelijk Noord-Brabant 'De Mare', een forensische polikliniek.

meer gesprekken nodig voor ze durven of willen meedoen. Sommige zedendelinquenten worden nieuwsgierig naar de prétherapie in de sociogroep.

Aan zes deelnemers aan de prétherapie is gevraagd hoe de ontvangst op de afdeling BW verliep. Allen kregen op de dag zelf of de dag erna een gesprek met een groepsoudste. De groepsoudste is een mede-gedetineerde die er al langere tijd zit. Na de introductie van de groepsoudste kregen de geïnterviewden een mentor toegewezen. In de loop van de week kregen de geïnterviewden een gesprek met de sociotherapeute. Ook kon een gesprek met de psycholoog van de afdeling worden aangevraagd. Eén gedetineerde gaf aan dat hij al binnen twee weken kon beginnen aan de prétherapie. Anderen vertelden dat zij pas na een aantal weken na aankomst op de afdeling BW konden starten met de prétherapie.

### 2.1.3 Instroom

Op het moment van het schrijven van de onderhavige rapportage (najaar 2009) volgen drie groepen van elk acht deelnemers de prétherapie. Daarnaast is er één groep van zes licht verstandelijk gehandicapten die prétherapie krijgt. De totale capaciteit voor zedendelinquenten op de afdeling 'beschermd wonen' is 36 cellen, de resterende zes cellen worden bezet door zedendelinquenten die het delict ontkennen of zedendelinquenten die wachten op plaats in een behandelgroep.

Er zijn verschillende manieren om in de prétherapie in te stromen. Sommige deelnemers worden doorgestuurd door selectiefunctionarissen. Een selectiefunctionaris beslist over de selectie, plaatsing en overplaatsing van gedetineerden. Volgens de aan de PI verbonden behandelaar is echter niet elke selectiefunctionaris op de hoogte van de prétherapie in Breda. Zedendelinquenten die al in de PI Breda verblijven kunnen zonder tussenkomst van een selectiefunctionaris naar de prétherapie doorgestuurd worden. De behandelaar wordt op de hoogte gebracht als er een zedendelinquent in PI Breda geplaatst wordt en hij maakt met deze personen een afspraak om over de afdeling 'beschermd wonen' en de prétherapie te vertellen. Twee deelnemers vertelden dat zij eerst op de reguliere afdeling van de PI Breda hadden gezeten, totdat bekend werd voor welk delict zij vastzaten en zij ter bescherming overgeplaatst werden. Een andere gedetineerde vertelde: 'Ik kwam rechtstreeks vanaf de rechter-commissaris, ik had er zelf om gevraagd, want ik was bekend met deze afdeling.'

Vanaf de start van de prétherapie in 1999 tot en met het moment waarop de gegevens werden opgevraagd bij de behandelaren (juni 2009) hebben 141 personen deelgenomen aan de prétherapie (alleen mannen). Dit zijn gemiddeld 14,1 deelnemers per jaar. Van sommige deelnemers zijn enkele aanvullende gegevens bekend (leeftijd, delict, instelling van uitstroom, et cetera), maar de behandelaar van de PI Breda kon de onderzoekers niet tijdig voorzien van een volledig overzicht van de gegevens van alle deelnemers. Gegevens zijn afkomstig uit het TULP-registratie systeem en uit de eigen registratie van de behandelaren. Hieronder volgt een analyse van de gegevens die aan de onderzoekers zijn gegeven. De weergegeven percentages betreffen steeds een vergelijking met het totaal aantal deelnemers, tenzij anders aangegeven.

Van 52 mannen (36,9%) is de leeftijd ten tijde van instroom in de prétherapie bekend, deze varieert van 19 tot 67 en het gemiddelde is 38,73 jaar (SD = 11,53). Van 30 mannen (21,3%) is de leeftijd ten tijde van uitstroom uit de prétherapie bekend, deze is gemiddeld 40,5 jaar (SD = 11,50; range 19-61). Van 49 mannen

(34,8%) is bekend hoeveel maanden zij de prétherapie volgden, gemiddeld was dit 7,14 maanden (SD = 5,05; range 1-30).

Van 131 mannen (92.9%) is bekend voor welk delict zij in PI Breda verbleven (zie tabel 2). Het meest voorkomende delicttype was ontucht (seksuele handelingen met kinderen jonger dan 16 jaar), ongeveer de helft van de 141 zedendelinquenten werd hiervoor veroordeeld (48,2%). Daarnaast werden 19 zedendelinquenten (13,5%) veroordeeld voor ontucht in combinatie met een ander zedendelict. Na ontucht kwam een veroordeling voor incest het meest voor (21 personen, 14,9%). Zeventien deelnemers werden voor verkrachting veroordeeld (12,1%), 1 deelnemer (0,7%) werd voor aanranding veroordeeld en 1 deelnemer (0,7%) werd voor kinderporno veroordeeld. Van 10 deelnemers is niet bekend waarvoor zij veroordeeld zijn (7,1%).

**Tabel 2** Verdeling van type delict onder prétherapie-deelnemers

Type delict	Aantal personen	Percentage
Ontucht	68	48,2
Ontucht /Verkrachting	8	5,7
Ontucht/Verkrachting/Kinderporno	1	0,7
Ontucht/Exhibitionisme	2	1,4
Ontucht/Aanranding	1	0,7
Ontucht/Kinderporno	5	3,5
Ontucht/Incest	2	1,4
Incest	21	14,9
Verkrachting	17	12,1
Aanranding	1	0,7
Kinderporno	1	0,7
Onbekend	10	7,1
<b>Totaal</b>	<b>141</b>	<b>100</b>

Van 69 deelnemers (48,9% van 141 deelnemers) is bekend of zij eerder veroordeeld werden voor een zedendelict. Van deze deelnemers werden 44 voor het eerst veroordeeld (63,8% van 69 deelnemers) en 25 mannen zijn recidivisten (36,2% van 69 deelnemers). Voor welk delict de recidivisten eerder veroordeeld werden, is niet bekend.

#### 2.1.4 Uitstroom

Tabel 3 laat zien of en zo ja naar welk type instelling voor vervolgbehandeling de deelnemers aan de prétherapie uitgestroomd zijn. Voor 96 personen (68,1%) volgde vervolgbehandeling op de prétherapie, 15 deelnemers (10,6%) hebben geen vervolgbehandeling gehad, 24 deelnemers (17%) volgen op dit moment nog prétherapie en van 6 personen is de uitstroominstelling onbekend (4,3%). Van de 96 deelnemers die vervolgbehandeling kregen, gingen 42 deelnemers (43,8% van 96) naar een Forensisch Psychiatrische Afdeling (FPA), Forensisch Psychiatrische Kliniek (FPK) of Forensisch Psychiatrisch Centrum (FPC). Vierentwintig deelnemers (25% van 96) gingen naar een (forensische afdeling van een) GGz-instelling, 27 deelnemers



(28,1% van 96) gingen naar een poli- en/of dagkliniek en 3 deelnemers (3,1% van 96) gingen naar een penitentiair selectiecentrum (PSC).<sup>14</sup>

Van de 15 deelnemers (10,6%) van wie bekend is dat zij geen vervolgbehandeling hebben gehad, werd één deelnemer vrijgesproken, gingen 8 personen (5,7%) naar een penitentiaire inrichting en is van 6 personen onduidelijk wat er precies gebeurd is na uitstroom uit de prétherapie. Uit de gegevens blijkt niet duidelijk hoeveel personen vervolgbehandeling in het kader van een tbs-maatregel of in een ander kader opgelegd kregen. Van slechts 25 personen (17,7%) wordt expliciet vermeld dat vervolgbehandeling in het kader van een tbs-maatregel was. Volgens de behandelaren is het één keer voorgekomen dat iemand van plan was vrijwillig in behandeling te gaan na detentie.

**Tabel 3** Uitstroom na deelname aan prétherapie

Uitstroom	Aantal	Percentage*
<i>1 Vervolgbehandeling</i>	96	68,1
FPC	29	20,6
FPK	10	7,1
FPA	3	2,1
GGz (forensisch)	24	16,9
Poli- of dagkliniek (forensisch)	27	19,1
PSC	3	2,1
<i>2 Geen vervolgbehandeling</i>	15	10,6
Vrijgesproken	1	0,7
Penitentiaire inrichting	8	5,7
Reden onbekend	6	4,3
<i>3 Nog in behandeling</i>	24	17,0
<i>4 Onbekend</i>	6	4,3

\* Het gaat hierbij telkens om het percentage van het totale aantal deelnemers (N = 141).

### 2.1.5 Afronding, therapietrouw en therapieresistentie

#### Afronding

De deelname aan de prétherapie eindigt wanneer de detentie eindigt. Uitstroom uit het programma wordt niet bepaald aan de hand van het aantal modules dat doorlopen is, of aan de hand van de mate van vooruitgang die de deelnemers geboekt hebben. Er heeft zelfs wel eens een gedetineerde vijf jaar lang meegedaan.

#### Therapietrouw

Deelname aan de prétherapie is vrijwillig, maar niet vrijblijvend. Heeft iemand aangegeven mee te willen doen, dan wordt afgesproken dat afzeggen zonder geldige reden niet kan. De therapietrouw is erg groot. Tussentijdse uitval (stoppen met deelname vóór de detentie eindigt) komt zelden voor, slechts 7 (5,0%) van de 141

<sup>14</sup> Penitentiair Selectie Centrum (PSC). Deze afdeling is in Scheveningen gehuisvest en geeft psychologische adviezen over gedetineerden met niet-acute psychische stoornissen. Gedetineerden kunnen er de laatste anderhalf jaar van hun straf psycho- of sociotherapie krijgen of tijdelijk voor een crisis worden opgevangen (VWS, 2002a). Net als de Forensische Observatie en Begeleidings Afdeling (FOBA) is het PSC een landelijke differentiatie ([www.rivm.nl/vtv/object\\_document/o3112n20814.html](http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o3112n20814.html)).

deelnemers zijn voortijdig gestopt. Vijf daarvan namen al geruime tijd deel aan de prétherapie en wilden een rustpauze inlassen. Van twee deelnemers is de deelname beëindigd vanwege het schenden van de privacy (er werden details over het delict van iemand anders doorverteld tijdens het luchten).

### **Therapieresistentie**

Therapietrouw betekent niet dat therapieresistentie geen probleem vormt. Volgens de behandelaren is bij met name zogenaamde kernpedofielen<sup>15</sup> een verandering in attitude en zelfinzicht niet zo makkelijk. Dit is een proces dat langzaam op gang komt en lange tijd nodig heeft.

## **2.2 De prétherapie in de praktijk**

In deze paragraaf wordt beschreven hoe de prétherapie wordt uitgevoerd in de praktijk. Hierbij wordt de praktijk vergeleken met de plannen op papier (Rijk, Kruit, Graumans & Teerenstra, 2008) en zoals beschreven in de planevaluatie (Nagtegaal & Mulder, 2009). Ook komen de beoordelingen van betrokkenen aan bod.

Er werden interviews gehouden met zes deelnemers aan de prétherapie, met de vier behandelaren van de prétherapie, met één piw-er en met tien behandelaren uit de instellingen waar de deelnemers naartoe uitgestroomd waren.<sup>16</sup> Vijf van de tien behandelaren uit het vervolgtraject kenden de prétherapie doordat hun eigen cliënten erover gesproken hadden. Twee behandelaren kenden de prétherapie doordat zij contact hadden (gehad) met de behandelaren in Breda. Drie behandelaren waren niet op de hoogte van het bestaan van de prétherapie, ondanks dat deze behandelaren volgens de uitstroomgegevens ex-deelnemers aan de prétherapie in behandeling hadden (gehad).

Achtereenvolgens komen aan bod: de verschillende behandelonderdelen in de praktijk (paragraaf 2.2.1), het vaststellen en registreren van programmadoelen (paragraaf 2.2.2), personele en organisatorische randvoorwaarden (paragraaf 2.2.3), vergelijkbare projecten elders (paragraaf 2.2.4), de samenwerking met ketenpartners (paragraaf 2.2.5) en aanbevelingen ter verbetering van het programma (paragraaf 2.2.6).

### *2.2.1 Programmaonderdelen*

#### **Het afdelingsklimaat**

De deelnemers aan de prétherapie zijn erg tevreden over het programma. Zij voelen zich veilig en begrepen. Het klimaat op de afdeling wordt als zeer prettig ervaren. Onderling ontstaat er soms nog wel een hiërarchie (zoals verkrachters van volwas-

---

<sup>15</sup> 'Kernpedofiel' is geen officiële (DSM-IV) diagnose. In de DSM-IV wordt slechts gesproken in termen van 'pedofilie'. Met kernpedofielen worden mannen bedoeld die er van overtuigd zijn dat pedofilie hun seksuele geaardheid is, en daarom onveranderbaar. Over het algemeen wordt in de literatuur beschreven dat de geaardheid van dergelijke pedofielen inderdaad moeilijk te veranderen is. Om die reden wordt in de behandeling niet ingezet op het veranderen van de geaardheid, maar op het veranderen van het gedrag: het niet uitvoeren van pedofiele neigingen.

<sup>16</sup> De behandelaren uit de vervolginstellingen werkten gemiddeld 8,2 jaar in de huidige instelling en werkten sinds 9,0 jaar met zedendelinquenten.

senen die neerkijken op mannen die kinderen hebben misbruikt), maar dit resulteert niet in gevoelens van onveiligheid. Sommige deelnemers aan de prétherapie verblijven op de afdeling die HvB als status heeft, ondanks dat zij al veroordeeld zijn voor het plegen van het delict. Veroordeelde delinquenten dienen eigenlijk door te stromen naar een gevangenis. In een gevangenis heerst een minder streng regime dan in een HvB. Zo zitten gedetineerden in een HvB vaak langer per dag op cel, maar dit is ook gedeeltelijk afhankelijk van hun eigen keuzes wat betreft deelname aan zogenaamde rechtactiviteiten.<sup>17</sup> Toch nemen de deelnemers aan de prétherapie die al veroordeeld zijn (en dus eigenlijk naar een gevangenis overgeplaatst zouden kunnen worden) deze langere tijd op cel in PI Breda graag voor lief, naar eigen zeggen.

De deelnemers aan de prétherapie vinden de omgang met piw-ers prettiger dan elders, bijvoorbeeld wanneer er incidenten zijn zoals ruzies tussen gedetineerden. Zo vertelde één van de geïnterviewde gedetineerden dat wanneer iemand zich misdraagt er geen isoleercel volgt, maar dat er wordt gepraat over wat er gebeurd is en waarom. Volgens hem leert hij daar veel meer van. Daarnaast willen gedetineerden er graag zitten, naar eigen zeggen, vanwege de kans om aan zichzelf te werken. Ook hopen zij sneller hun tbs behandeling af te ronden en toekomstige problemen te voorkomen. Verder beschrijven de geïnterviewden dat zij op de afdeling zichzelf kunnen zijn en voor niemand te hoeven verbergen wat zij voor delict gepleegd hebben. Zij ervaren dit als prettig.

Het gevoel van veiligheid wordt ook beschreven door de behandelaren en de piw-ers. De behandelend psycholoog gaf aan dat hij nooit fysieke agressie heeft meegemaakt op de afdeling.

### **De cognitieve gedragstherapie (CGT)**

De CGT vindt één keer per week plaats. Er zijn drie blokken te onderscheiden in het CGT-gedeelte. Het eerste betreft de autobiografische geschiedenis (met name in psychoseksuele zin). Het tweede gedeelte wordt gevormd door het in kaart brengen van de delictketen. Het derde deel betreft het werken aan slachtofferempathie. Volgens de behandelaar van de PI Breda zijn niet alledrie de blokken van het CGT-gedeelte even belangrijk. Met name empathie krijgt weinig aandacht, omdat het volgens hem niet aangetoond is dat empathie verband houdt met een vermindering van recidive. Bovendien is zijn ervaring dat zedendelinquenten over het algemeen veel empathie kunnen voelen voor andermans slachtoffers, maar niet voor de slachtoffers die zij zelf gemaakt hebben.

Centraal staat de uitwerking van het delictscenario door elke deelnemer. De delictketen wordt in kaart gebracht aan de hand van acht vragen. Iedereen begint bij

---

<sup>17</sup> Zowel in een gevangenis als in een Huis van Bewaring is de dagprogrammatijd 59 uur per week. Binnen die programmatijd zijn er in een gevangenis 45 uren rechtactiviteiten en in een HvB 43 uren rechtactiviteiten. Rechtactiviteiten zijn activiteiten als luchten, bezoek, arbeid, sport, bibliotheek, et cetera. In principe worden gedetineerden in een HvB ingesloten als er geen rechtactiviteiten zijn of als ze ervoor kiezen niet mee te doen. In een gevangenis geldt dat gedetineerden buiten de cel op de eigen afdeling verblijven als er geen rechtactiviteiten zijn of als zij ervoor kiezen niet mee te doen. In de praktijk kan met het wel of niet insluiten in de cel verschillend worden omgegaan. Zo ook op de afdeling 'beschermd wonen' in Breda, waar op de twee dagen dat er therapie-sessies zijn de deuren geopend zijn en de gedetineerden zich vrijelijk over de afdeling kunnen bewegen (persoonlijke communicatie, 20 november 2009).

vraag één en werkt stuk voor stuk de vragen uit die horen bij de delictketen. Roulerend komt telkens één persoon aan bod. Bij acht deelnemers betekent dat dat elke gedetineerde ongeveer eens in de acht weken centraal staat. Deze persoon bespreekt één of meerdere onderdelen van zijn delictketen. Het kan zijn dat de ene keer iemand aan bod is die bij vraag vijf is, terwijl de week erna iemand aan bod is die bij vraag drie is. Dit wordt een open groep genoemd. Groepsleden en therapeuten kunnen vragen stellen en de deelnemer die centraal staat confronteren wanneer er sprake is van denkfouten zoals goedpraten van eigen gedrag en minimaliseren van gevolgen voor slachtoffer(s).

Volgens de geïnterviewde gedetineerden is het wel eens moeilijk om maar af en toe centraal te staan in de sessies en vinden ze dat ze soms lang moeten wachten voordat ze weer aan de beurt zijn. Daarnaast zouden zij best wat meer sessies in de week willen hebben. Wel onderschrijven zij het nut van het bespreken van de verschillende delictketens van groepsgenoten, ook voor hun eigen inzicht.

Volgens de geïnterviewde gedetineerden verschillen de twee CGT-behandelaren in de sessies wel eens van mening. Zij benoemden dat niet als vervelend, maar constateerden dat slechts. Eén van de gedetineerden zei bijvoorbeeld dat de ene behandelaar soms wat vaker onder de indruk is van wat in de groepsessies besproken wordt dan de andere behandelaar. Volgens de behandelaren is daar niks mis mee en laten zij zien dat mensen onderling best eens van mening kunnen verschillen, zonder dat er meteen een conflict hoeft te ontstaan. Deze verschillen van mening betreffen bijvoorbeeld de tijd die ergens bij moet worden stil gestaan in een groepsessie. Eén van de twee CGT-behandelaren heeft in sommige gevallen ook individuele gesprekken met de deelnemers en heeft bepaalde thema's al besproken. Dan wil hij naar eigen zeggen wel eens sneller gaan in een sessie dan de andere therapeut wil. De andere CGT-behandelaar werkt voornamelijk als groepstherapeut en is daar meer aan gewend dan aan een individuele benadering. Volgens beide therapeuten levert bovenstaande een goede mix op van gerichtheid op individuen en werken in de breedte van een groep.

De CGT-behandelaren hebben een evaluatieformulier tot hun beschikking om de drie onderdelen (autobiografische ontwikkelingsgeschiedenis, delictscenario en slachtofferempathie) te evalueren. Er vindt echter geen systematische evaluatie plaats, omdat de blokken niet systematisch worden doorlopen. Dit is het gevolg van de variabele detentieduur van de deelnemers en van het open karakter van de groepen. Wel wordt deelnemers aan het eind van de sessies gevraagd wat ze er aan hebben gehad en wat ze eventueel anders zouden willen. De uitkomsten hiervan worden echter niet vastgelegd. De behandelaren zijn in principe erg tevreden over de CGT. De enige aanvulling die de behandelend psycholoog aan het programma zou willen geven is het meer betrekken van het sociale systeem rondom de deelnemer. Met het sociale systeem worden kinderen, partners, vrienden en/of ouders bedoeld, personen die een rol spelen in het netwerk van een deelnemer. De consequenties die het delict voor hen heeft gehad en het bieden van steun in de verwerking hiervan zou hij een waardevolle aanvulling van de prétherapie vinden. Ook zou een analyse hiervan gebruikt kunnen worden in de therapie van de deelnemer, want op die manier kan duidelijk gemaakt worden welke destructieve gevolgen zijn gedrag heeft (gehad).

### **De psychomotorische en dramatherapie (PMDT)**

Vanwege het open karakter van de prétherapie is er geen sprake van een vaste volgorde in de PMDT-oefeningen. Er is wel een vast pakket aan oefeningen beschik-

baar, dat al een jaar of vijf vrijwel onveranderd is.<sup>18</sup> Vaste onderdelen zijn systemisch werk, dader-slachtoffer dialogen, improvisatiespel, waarneming en coördinatie, oefeningen met de thematiek afstand-nabijheid, grenzen en de Roos van Leary. Ook in de PMDT staat roulerend één persoon centraal en beogen de behandelaren de overige deelnemers er actief bij te betrekken. Tijdens rollenspellen bijvoorbeeld, kunnen de overige deelnemers rollen spelen, waarbij de persoon die centraal staat tekst en uitleg geeft. Ook kunnen overige deelnemers die geen rol toebedeeld krijgen, deelnemen door middel van het stellen van vragen of het beantwoorden van vragen gesteld door de behandelaren.

### **Evaluaties van PMDT door deelnemers**

De PMDT wordt elk jaar door de deelnemers aan de prétherapie geëvalueerd. Er worden evaluatieformulieren uitgedeeld met zes open vragen<sup>19</sup> en door de therapeuten wordt een korte, geanonimiseerde samenvatting geschreven van de resultaten van deze vragenlijsten.

Over het algemeen waren de deelnemers in 2004 van mening dat er veel los gemaakt wordt door de PMDT. Zij vroegen om die reden om meer tijd, zowel in de sessie als ook daarna, om te kunnen reflecteren over wat er in de sessie gebeurd was. Na de sessie volgt in een aantal gevallen direct arbeid, wat door deze deelnemers onwenselijk wordt geacht. Over de jaren 2005, 2006 en 2007 wordt de PMDT over het algemeen telkens goed gewaardeerd: de deelnemers vinden het belangrijk, interessant en leerzaam. De respons is hoog: in 2005 en 2006 vulde telkens slechts één deelnemer het evaluatieformulier niet in en in 2007 vulde iedereen het in. In 2005 werd het verzoek om meer tijd per sessie, een hogere frequentie van de sessies (twee keer per week) en een verbetering van de werkruimte ook genoemd. In 2006 wordt gevraagd om meer aansluiting tussen de PMDT en de CGT. Nu houden beide therapievormen niet veel verband met elkaar en kan er in één week in de CGT een ander onderwerp centraal staan dan in de PMDT. Wat meer afstemming zou voor hen wenselijk zijn. Verder worden er veel complimenten aan de behandelaren gegeven. In 2007 is men over het algemeen erg tevreden en worden slechts een paar individuele wensen genoemd.

In tabel 4 worden voor de jaren 2005, 2006 en 2007 de antwoorden gepresenteerd op de vraag 'wat zijn voor jou de belangrijkste onderwerpen, oefeningen of bijeenkomsten waar je wat aan gehad hebt?' Volgens de behandelaren is de volgorde in tabel 4 eveneens 'min of meer' de chronologische volgorde van het aanbieden van de oefeningen aan de deelnemers. In de tabel worden de letterlijke omschrijvingen uit de samenvattingen van de PMDT-behandelaren genoemd.

---

<sup>18</sup> De PMDT wordt sinds half september 2004 gegeven.

<sup>19</sup> In de vragenlijst wordt gevraagd naar: (1) belangrijkste onderwerpen, oefeningen of bijeenkomsten, (2) welke onderwerpen gemist werden, (3) welke werkvormen voor het volgende jaar de voorkeur hebben, (4) of er voldoende aandacht voor het delict gekregen is, (5) wat er praktisch en/of inhoudelijk veranderd zou moeten worden, (6) welke tips en/of opmerkingen er nog zijn voor de voorbereiding van de PMDT in het volgende jaar.

**Tabel 4 Evaluatie PMDT in 2005, 2006 en 2007**

Werkvormen	Uitleg	Evaluatie		
		2005 n=15	2006 n=12	2007 n=11
1 Dialogen dader-slachtoffer	Zelf schrijven en uitwerken in scènes.	De helft	11	8
2 Familie-opstellingen en systemisch werk	Mede-deelnemers als representant van familieleden neerzetten. Verhoudingen beschrijven en uitleggen.	10	12	8
3 Waarnemingsoefeningen	Zoals droomreis, wondervraag; meditatief.	3	Meerdere	6
4 Fysieke oefeningen	Zoals losmaakoefeningen, ontspanningsoefeningen, coördinatie en balans.			6
5 Bewegingsgerichte oefeningen	(Team)sport.			6
6 Gedichten	Zelf schrijven of uitkiezen, en voordragen.		11	3
7 Roos van Leary	Invullen en bespreken.	De helft	11	6
8 Genogram driedimensionaal in de ruimte	Verbeelding van familierelaties en medische geschiedenis.	4	Niemand	3
9 Muziek	Luisteren en woorden geven aan impressie van door deelnemers gekozen muziek.	4	12	3
10 Presentaties van deelnemers met een persoonlijk aandachtspunt		1	11	
11 Improvisatiespel	Bijvoorbeeld bij iemand aanbellen en iets verzoeken.		Meerdere	3
12 Kaartenspel, zoals het Roos van Leary spel	Leren grenzen aangeven.	De helft	Meerdere	
13 Kernkwadranten - Uitwerking van de Roos van Leary	Sterke persoonlijkheidsaspecten, de keerzijde daarvan in termen van valkuilen, de minder sterke persoonlijkheidskenmerken en de te verbeteren persoonlijke kanten.	De helft	11	De helft

De behandelaren van de PMDT zijn ook tevreden over hun programmaonderdeel. Op basis van de evaluaties worden soms kleine aanpassingen gemaakt, maar daar blijft het bij.

### **Overdracht tussen behandelaren van de CGT en de PMDT**

Na elke sessie rapporteren de behandelaren een aantal punten: wat in de sessie gedaan is, wie er aanwezig waren (iedereen is er vrijwel altijd, tenzij er een rechtszitting is), welke bijzonderheden er waren (opvallende zaken, maar ook reacties van de deelnemers op de behandeling) en welke aandachtspunten er zijn. Er vindt geen afstemming tussen de sessies plaats, er wordt alleen gecommuniceerd wat er aan de orde gekomen is.

#### *2.2.2 Monitoring programmadoelen*

Volgens de behandelaren zelf realiseren zij hun doelstellingen. De programmadoelen worden echter alleen subjectief vastgesteld, waardoor dit niet objectief bepaald kan worden. Er zijn verschillende overleggen, waarin de voortgang (en daarmee indirect het behalen van de programmadoelen) van de deelnemers besproken wordt. In het eerste overleg bespreken de CGT en PMDT-behandelaren de voortgang van de deelnemers (wekelijks). Het tweede overleg is een multidisciplinair overleg, waarbij piw-ers, de sociotherapeut, de drama- en psychomotorische therapeut en

twee psychologen aanwezig zijn. Hierin worden de observaties van de piw-ers besproken. Elke gedetineerde komt eens in de zes weken aan bod. Het derde overleg is het psychomedisch overleg (PMO). Dit is een zorgcoördinerend en zorgadviserend overleg dat in alle PI's plaatsvindt en waarin de psychomedische problematiek van gedetineerden besproken wordt. Er nemen vier disciplines deel aan het overleg: een psycholoog, een psychiater, een verpleegkundige en een penitentiair geneeskundige. Het PMO is voor alle gedetineerden in een PI (en dus niet alleen voor de zedendelinquenten), de gedetineerden die besproken worden hebben op dat specifieke moment speciale zorg nodig. In deze overleggen wordt bijvoorbeeld bepaald wie medicatie nodig heeft<sup>20</sup> (Ministerie van Justitie, 2007).

Van deze drie overleggen worden notulen gemaakt. Vanwege bescherming van de privacy mochten de onderzoekers deze notulen niet inzien. Piw-ers rapporteren daarnaast opvallende incidenten in TULP (een registratiesysteem van persoons- en detentiegegevens voor het gevangeniswezen) en hebben een Bewoners Overleg Bespreking (BOB) met mede-piw-ers en de sociotherapeut. Volgens de behandelaren wordt het therapeutisch proces nog niet systematisch gemonitord, omdat het elk jaar weer de vraag was of het programma wel kon voortbestaan. De onzekerheid betrof met name de financiering. Hierdoor zouden er volgens de behandelaren geen middelen zijn vrijgemaakt voor het invoeren van vormen van monitoring van het therapeutische proces. Wel wordt elke acht à negen maanden de Interpersonal Checklist-Revised (ICL-R; LaForge & Suczek, 1955; Nederlandse versie De Jong, Van den Brink & Jansma, 2000) ingevuld in het kader van de PMDT. Volgens de PMDT-behandelaren worden de uitkomsten daarvan voornamelijk gebruikt in nieuwe rechtbankzittingen of worden deze meegenomen naar de kliniek van het vervolgtraject na detentie. De geïnterviewde behandelaren uit de vervolgbehandeling gaven overigens aan dat zij de ICL-R resultaten niet gezien hadden.

### *2.2.3 Personele en organisatorische randvoorwaarden*

#### **Personeel**

Volgens het afdelingshoofd van de afdelingen 'beschermd wonen', BZA en VBA heeft de inrichting zelf de extra kosten voor de afdeling 'beschermd wonen' en de prétherapie van de zedendelinquenten gedekt. De groepssessies kosten nauwelijks extra geld. Twee behandelaren worden betaald door de instellingen waaraan zij gelieerd zijn. De PI Breda betaalt wel hun reiskosten. De behandelend psycholoog en één van de PMDT-behandelaren waren al verbonden aan de PI Breda en worden voor het geven van de prétherapie niet extra betaald. Er is ongeveer 0,2 fte extra nodig voor een extra sportdocent. Tijd besteed aan groepssessies, onderling overleg en rapportages kost de PI niets extra's, volgens het afdelingshoofd. Verder vindt de inzet van psychologen in de PI Breda plaats conform de financieringssystematiek binnen de sector gevangeniswezen. Dat wil zeggen, er is een landelijke norm voor het aantal fte's dat aan psychologische hulpverlening voor gedetineerden mag worden ingezet en de PI Breda houdt zich daaraan. Wel is het zo dat de PI Breda binnen deze financieringsnormen kiest voor het inzetten van de beschikbare fte's voor

---

<sup>20</sup> Sinds 1999 is het drie keer voorgekomen dat een zedendelinquent medicatie nodig had. Daarbij ging het met name om een obsessie met seks, die de gedetineerde als hinderlijk ervaarde, waarna selectieve serotonine heropname remmers (SSRI's) werden ingezet. Dit type antidepressiva heeft een libidoremmende werking.

de prétherapie. Volgens de behandelaren dragen zij zelf bij door hard(er) te werken en soms wat minder bureauwerk te verrichten.

### **Scholing**

Volgens het afdelingshoofd is het de bedoeling dat er jaarlijks een cursus is voor de piw-ers die met de zedendelinquenten werken. Daarnaast is het de bedoeling dat er soms verdiepende cursussen zijn, waarin nieuwe wetenschappelijke inzichten behandeld worden. Cursussen worden gegeven omdat kennis van oorzaken (meer) begrip zou opleveren.

Er is discrepantie tussen de verschillende geïnterviewden over de frequentie van de bijscholingscursussen. Voor 2009 stond een cursus terugvalpreventie gepland, maar volgens de behandelend psycholoog is deze niet doorgegaan en was de laatste cursus voor piw-ers vier jaar geleden. Deze ging over seksuele deviantie. Eén van de geïnterviewde piw-ers, die er al jaren werkt, gaf aan slechts twee keer in zijn werkzame tijd op de afdeling een cursus gehad te hebben. De behandelaren en het afdelingshoofd gaven aan meer te willen investeren in de specifieke opleiding van piw-ers, op het gebied van werken met zedendelinquenten. Volgens behandelaren en het afdelingshoofd zou meer kennis onder piw-ers over de problematiek van zedendelinquenten en de gewenste vorm van omgang met hen gewenst zijn. Vanwege onzekerheid over het voortbestaan van de afdeling, zou scholing er niet van gekomen zijn. Voor de overige behandelaren zijn er geen bijscholingscursussen.

### **Faciliteiten**

In 1990 werd de afdeling 'beschermd wonen' opgericht. Het gebouw waarin de afdeling 'beschermd wonen' zit, is erg geschikt voor deze functie. Zo staat het gebouw fysiek gescheiden van de rest van de PI, is er een aparte arbeidsplaats, een aparte luchtplaats en zijn er aparte sportfaciliteiten. Voor de groepssessies zijn ruimtes beschikbaar. Volgens de behandelaren vormen deze faciliteiten een uitstekende context voor het uitvoeren van de prétherapie. De dramatherapeute vindt de locatie waar de PMDT gegeven wordt wat sober.

#### *2.2.4 Vergelijkbare projecten elders*

De prétherapie voor zedendelinquenten is vrij uniek in Nederland. Het bestond al voordat er geëxperimenteerd werd met behandelen tijdens detentie in het kader van preklinische interventies (pki) en preklinische behandelingen (pkb), maar vertoont wel duidelijke overeenkomsten met deze programma's. Hoewel de doelgroep van pki en pkb breder was, alle tbs-passanten<sup>21</sup> en niet alleen zedendelinquenten konden aan pki en pkb deelnemen, komt een aantal doelstellingen van pki overeen met doelstellingen van de prétherapie. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om het voorkomen van verergering van psychische klachten, het bevorderen van de motivatie voor behandeling en het verkorten van de behandelduur.<sup>22</sup>

---

<sup>21</sup> Een tbs passant is iemand die in het gevangeniswezen wacht op plaatsing in een forensisch psychiatrisch centrum.

<sup>22</sup> De overige doelstellingen van PKI waren: (1) een betere samenwerking tussen FPC's en PI's bewerkstelligen, (2) het bespoedigen van diagnostiek en selectie, en (3) het versoepelen van de overgang van de PI naar het FPC.



Pki en pkb programma's zijn recent geëvalueerd door het EFP (2008). De onderzoekers concludeerden dat pki en pkb programma's: 'nuttig zijn, maar met voorwaarden' (p. 21). Zo bleek dat patiënten na het volgen van pki beter voorbereid en meer gemotiveerd waren als zij naar het fpc gaan, maar deze voorsprong lijkt na enkele weken al ingelopen te zijn door personen die niet aan een pki programma hadden deelgenomen (EFP, 2008). Vanwege organisatorische knelpunten hebben pki's en pkb's geen vervolg gekregen. In hoofdstuk 3 wordt nader ingegaan op de relevantie van pki en pkb voor de prétherapie.

Een systematische zoektocht naar vergelijkbare internationale projecten lag niet binnen de reikwijdte van dit project. Wel wordt er in de planevaluatie een iets uitgebreidere vergelijking gemaakt met enkele relevante internationale projecten (zie Nagtegaal & Mulder, 2009, paragraaf 4.1).

### 2.2.5 Samenwerking

#### **Instellingen voor vervolgbehandeling**

De prétherapie is bij uitstek een programma dat onderdeel uitmaakt van een grotere keten. Voor de meeste deelnemers staat immers vervolgbehandeling in het vooruitzicht. De samenwerking met ketenpartners is echter gering. Slechts in enkele gevallen wordt een overdracht gedaan naar vervolginstellingen in de vorm van een brief. Deze brieven worden meegegeven aan de deelnemers van de prétherapie en zij geven de brieven door aan de behandelaren van de instelling waar vervolgbehandeling plaatsvindt.<sup>23</sup> Dit gebrek aan communicatie tussen de behandelaren van de prétherapie en de behandelaren van de vervolgbehandeling wordt door deze laatste groep nadrukkelijk als een knelpunt ervaren: de overdracht vanuit het HvB naar de vervolginstellingen zou beter moeten zijn. Als tweede knelpunt werd genoemd dat er geen afstemming is over de inhoud van de prétherapie zoals deze in PI Breda gegeven wordt. Hierdoor is de mate waarin de prétherapie daadwerkelijk voorbereid op vervolgbehandeling waarschijnlijk beperkt.

#### **Nazorg in de maatschappij**

Een andere vorm van samenwerking met ketenpartners is nazorg in de maatschappij. Dit betreft de delinquenten die direct na ontslag uit PI Breda (zonder vervolgbehandeling) terug gaan naar de maatschappij. Tijdens detentie wordt door medewerkers maatschappelijke dienstverlening (MMD-ers) van de PI Breda alvast gekeken wat de deelnemers aan de prétherapie, net zoals bij alle overige gedetineerden gebeurt, nodig zullen hebben om de terugkeer naar de maatschappij goed te laten verlopen. MMD-ers richten zich voornamelijk op praktische zaken als woning, werk en financiën.

In Den Bosch is in het najaar van 2009 gestart met een pilot van een nazorgproject voor de reïntegratie van zedendelinquenten, genaamd *Circles of Support and Accountability* (COSA). Dit programma is speciaal voor High Risk & High Need pedofielen (Höig, Caspers, & Vogelvang, 2009; zie ook De Kogel & Nagtegaal, 2008). In Nederland staat COSA voor Cirkels voor Ondersteuning, Samenwerking en Aan-

---

<sup>23</sup> Overigens is een overdracht van de vorderingen in de prétherapie afhankelijk van de toestemming van de gedetineerde. Tot nu toe, in die gevallen waarin er een overdracht werd meegegeven, schijnt de overdracht ook vrijwillig te zijn doorgegeven aan de vervolgbehandelaren.

sprekbaarheid. Het Nederlandse COSA komt voort uit een samenwerking tussen Expertisecentrum Veiligheid Avans Hogeschool en Reclassering Nederland. De uitvoerende organisatie heet Programmabureau *Circles* NL. Het doel van COSA is het voorkomen van recidive, ondermeer door het voorkomen van sociale isolatie van de ex-gedetineerde zedendelinquent. De nazorg bestaat uit de monitoring van het gedrag van de zedendelinquent door meerdere vrijwilligers uit diens omgeving. In de COSA terminologie vormen zij samen met de dader een binnencirkel. Daarnaast is er een buitencirkel van *professionals* die de binnencirkel van steun en advies kan voorzien. De twee cirkels communiceren met elkaar via een cirkelcoördinator. Deze personen houden elkaar op de hoogte van het welbevinden van de zedendelinquent om terugval (recidive) te voorkomen. Deelname aan COSA is vrijwillig. De behandelaar van de PI Breda is benaderd om geschikte deelnemers van de prétherapie door te verwijzen naar COSA.

## 2.3 Beoordeling werkzame mechanismen

De *realist evaluators* hechten veel waarde aan het ontrafelen van de werkzame mechanismen achter een behandeling (Pawson, 2002; Pawson, Greenhalgh, Harvey, & Walshe, 2005; Pawson & Tilley, 1994, 1997). In het kader van de planevaluatie van de prétherapie is dat door de onderzoekers gedaan (zie Nagtegaal & Mulder, 2009). In het kader van de onderhavige procesevaluatie is geprobeerd de veronderstelde mechanismen aan de praktijk te toetsen. De bevindingen hiervan worden hieronder besproken.

De doelstellingen van de prétherapie zijn:

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

Bij elk van de vier doelstellingen zijn achterliggende mechanismen ontrafeld. In bijlage 2 staat per behandelgoal en verondersteld werkzaam mechanisme schematisch beschreven wat de behandelaren van de prétherapie, de gedetineerden zelf en de behandelaren uit het vervolgtraject over de haalbaarheid daarvan zeiden in de interviews. Hieronder wordt een en ander in de tekst per behandelgoal weergegeven.

### 2.3.1 *Behandelgoal 1: voorkomen van verslechtering van psychische klachten*

#### **Mechanisme 1. Het bieden van een beschermde woonomgeving**

Alle gedetineerden die geïnterviewd zijn, lieten zich positief uit over het effect van het verblijf op de afdeling. Ze voelden zich er inderdaad beschermd en veilig. Ze zeiden dat ze tussen de overige gedetineerden vaak rondliepen met een 'masker' op, omdat ze anders vreesden voor hun veiligheid. Het beoogde gevoel van veiligheid wordt bevestigd door de gedetineerden die de onderzoekers gesproken hebben. Ook in eerder onderzoek wordt dit beschreven (De Ceuster, Van Eil, Ewijk, Van den Heuvel, Lommen, & Van Veldhuizen, 2008). Het blijkt ook uit de mate waarin piw-ers zich veilig voelen. Volgens de piw-ers, de behandelaren en het afdelingshoofd gedragen gedetineerden op de afdeling BW zich erg rustig en respectvol naar anderen.

De tien geïnterviewde behandelaren uit de vervolgtrajecten vonden alle het bieden van een beschermde verblijfplaats aan de zedendelinquenten op de afdeling 'be-

schermwonen' erg waardevol. Volgens een aantal van de vervolghandelaren komt het namelijk voor dat zedendelinquenten getraumatiseerd uit detentie komen. Dit zou met name gelden voor de sociaal minder weerbare zedendelinquent die tijdens detentie kwetsbaar is voor intimidatie en mishandeling. Daarnaast werd ook genoemd dat detentie oude herinneringen aan afwijzing en straf kan oproepen, waar sommige zedendelinquenten in hun jeugd veel mee te maken hebben gehad, waarna het lang kan duren voor in de tbs-behandeling een vertrouwensrelatie met de behandelaar kan worden opgebouwd. Door op de afdeling 'beschermwonen' een veilig klimaat te creëren, kan er sneller een vertrouwensrelatie met de behandelaar worden opgebouwd.

Eén behandelaar uit het vervolgtraject gaf aan dat de behoefte voor bescherming bij meer typen delinquenten dan alleen zedendelinquenten gevonden kan worden. Vier van de tien handelaren gaven aan dat niet elke zedendelinquent bescherming behoeft. Zo zijn er daders die wel gewend zijn om niet open te kunnen zijn over hun daden en om zonder een sterk sociaal netwerk te leven. Dat zij tijdens detentie eveneens niet open kunnen zijn, hoeft dan ook niet altijd te leiden tot een versterkt gevoel van sociale isolatie, of een verslechtering van de psychische toestand. Voor sommigen kan detentie zelfs een welkome vorm van structuur betekenen. Ook zedendelinquenten met antisociale trekken hebben geen bescherming ten opzichte van andere gedetineerden nodig. Volgens één behandelaar uit het vervolgtraject kunnen deze mannen er goed voor zorgen zelf niet het object van intimidatie en mishandeling te worden.

Een ander punt dat genoemd werd, was dat het leven in de homogene groep zedendelinquenten binnen de prétherapie niet altijd een goede voorbereiding zou zijn op het leven in de groep in het kader van een tbs-behandeling. Binnen de fpc's en de gesloten afdelingen van fpk's en fpa's slapen en verblijven tbs-gestelden ook op leef- of woongroepen, maar deze zijn veelal heterogeen van aard. In de meeste klinieken zitten namelijk verschillende typen delinquenten door elkaar en is ook de aard van de persoonlijkheids- en psychiatrische problematiek heterogeen. Ook zijn er verschillende fpc's waar vrouwen tussen de mannen op de leefgroep verblijven. Volgens één van de handelaren uit een vervolginstelling kan de afdeling BW een toekomstige tbs-gestelde daar niet goed op voorbereiden aangezien op de afdeling BW alleen plek is voor mannelijke zedendelinquenten. In het verlengde hiervan had een andere behandelaar kritiek op het inzetten van één van de prétherapie deelnemers als groepsoudste op de afdeling BW. Volgens de behandelaar was deze persoon weliswaar van oudsher gewend om zich autoritair op te stellen naar anderen toe, waardoor de rol als groepsoudste vast goed paste, maar zij vond het juist belangrijk dat hij leert om mensen als gelijkwaardig te zien. Doordat hij in de prétherapie (weer) een dergelijke rol toegewezen had gekregen, was het volgens de behandelaar uit de vervolginstelling moeilijker om hem te leren dat hij mensen als gelijkwaardig moet zien.

## **Mechanisme 2. Informatieverstrekking over de gang van zaken in een behandelprogramma**

De gedetineerden gaven aan vooral bang te zijn voor het open moeten spreken in groepen en niet zozeer voor wat hen te wachten staat in de tbs. De uitleg door de handelaren over de eisen aan het respecteren van iemands privacy en omgangsregels zoals iemand laten uitspreken en respectvol blijven, hielpen daarbij wel enigszins, maar het bleef een drempel. De onzekerheid wordt volgens hen met name weggenomen door het opdoen van ervaring met het open moeten spreken. Volgens handelaren uit vervolgtrajecten zijn ex-gedetineerden wel vaak bang

voor wat hen in de behandeling te wachten staat en kan uitleg geruststellend werken. Daarbij geldt wel dat de informatie over behandeling in vervolgtrajecten moet kloppen. Gezien het ontbreken van contact tussen de afdeling BW en een aantal van de vervolginstellingen werden vraagtekens gezet bij de juistheid van de informatie die aan de deelnemers gegeven wordt.

### **Mechanisme 3. Het vroegtijdig van start gaan met de behandeling**

De gedetineerden gaven aan erg blij te zijn met de behandeling tijdens detentie, ondanks dat het veel los kan maken en confronterend kan zijn. Twee van de tien behandelaren uit vervolgtrajecten vonden het nuttig alvast te beginnen met behandeling tijdens detentie. De overigen plaatsten kanttekeningen bij dit onderdeel. Drie anderen waarschuwden voor de ervaring dat behandeling tijdens detentie er bij sommige cliënten toe leidde dat zij niet meer gemotiveerd waren voor behandeling in vervolginstellingen: 'ik heb toch al behandeling gehad' of 'het delict is al jaren geleden, ik ben nu een ander mens, ik hoef geen behandeling meer'.

Een andere behandelaar bemerkte verveling bij een ex-deelnemer in het vervolgtraject, doordat hij al zoveel over het delict gesproken had. Daarnaast zou het volgens één van de vervolgbehandelaren ook zo kunnen zijn dat het bespreken van het delictscenario in een groep tijdens detentie en vervolgens weer na detentie, andere onvoorziene effecten kan hebben, zoals inspiratie opdoen voor het plegen van nieuwe delicten (mogelijke *over-exposure*). Om deze redenen plaatsten vier van de tien vervolgbehandelaren de kanttekening dat het maar de vraag is of het confronteren met denkfouten en dergelijke niet beter aan de therapeuten van de vervolgbehandeling kan worden overgelaten. Volgens deze behandelaren kan tijdens de detentie beter gewerkt worden aan het bieden van steun en stabilisatie en moet het niet verder gaan dan dat.

Een ander gevaar dat door twee behandelaren uit vervolgtrajecten werd genoemd is het mislopen van de juiste *timing* in iemands behandelproces. Stel dat iemand behoefte heeft aan een meer individueel traject,<sup>24</sup> dat binnen de prétherapie niet kan worden aangeboden, dan zou er stagnatie in het therapeutische proces kunnen optreden die wellicht zeer moeilijk weer op gang te brengen is.

#### *2.3.2 Behandeldoel 2: voorbereiden op vervolgbehandeling*

### **Mechanisme 4. Starten bewustwordingsproces over risicofactoren die hebben bijgedragen aan delictgedrag**

De behandelaren beogen dit subdoel te bereiken door de delictketen in kaart te brengen. Op de vraag wat de prétherapie met hen doet, antwoordden gedetineerden allen het werken aan zichzelf, het vergroten van inzicht en het bewuster worden van eigen gevoelens. Daarbij gaf een aantal deelnemers aan dat ze niet kunnen garanderen dat ze niet weer een delict zullen plegen: 'Het heet niet voor niks pré-

---

<sup>24</sup> In fpc's is het therapeutische aanbod namelijk vaak groter dan binnen de prétherapie het geval is. Zo wordt gewerkt met Young's schemagerichte therapie (Young, 1994; Young, Klosko & Weishaar, 2003). Deze behandeling richt zich op cognitieve, preverbale schema's die ten grondslag liggen aan gedachten, gevoelens en gedragingen van de zedendelinquent. Dergelijke schema's ontstaan in de loop van de kinderlijke en adolescentie ontwikkeling. Een pedofiel kan zich bijvoorbeeld een deviant schema eigen gemaakt hebben dat seks met kinderen niet schadelijk is voor die kinderen. Een complete uitleg van schemagerichte therapie voert te ver voor dit rapport. Voor meer informatie hierover zie bijvoorbeeld Young (1994) of Young, Klosko en Weishaar (2003).

therapie. Een vervolgbehandeling is wel nodig. Toch zijn er ook mensen die geen behandeling krijgen na deze detentie, maar die zijn dan toch beter af dan wanneer je niet met jezelf bezig bent geweest'.

Acht van de tien behandelaren uit vervolgtrajecten merkten op dat het bewust worden van de risicofactoren die hebben geleid tot het plegen van het delict ook onderdeel uitmaakt van de vervolgbehandeling en dat het voor de prétherapie niet nodig is hier al op in te gaan. Nadelen die zij hierbij noemen, betreffen ondermeer het gevaar van verveling en gewoontevorming. Het vergroten van zelfinzicht is goed, maar geen noodzakelijke voorwaarde voor het starten van de vervolgbehandeling. Daarnaast noemden drie geïnterviewden het belang van het inzetten op positieve aspecten van iemands persoon en het stellen van positieve doelen. Bovendien merkten zij nadrukkelijk op dat het bij het confronteren met de risicofactoren erg belangrijk is te letten op de mate van zelfwaardering. Zo gaf één van de behandelaren uit het vervolgtraject aan dat de eigenwaarde van één van zijn cliënten begon te lijden onder het nemen van verantwoordelijkheid voor het delict. In interviews met deelnemers kwam overigens niet naar voren in hoeverre hun eigenwaarde in het gedrag kan komen als gevolg van confrontaties met eigen tekortkomingen of problemen. Zij gaven aan zich veilig en begrepen te voelen. Ook gaven zij aan het idee te hebben dat ze inderdaad naar zichzelf leren kijken en denkfouten leren herkennen.

Verder kwam naar voren uit de interviews dat het belangrijk is om in de behandeling onderscheid te maken in groepen deelnemers met een laag risico op recidive en deelnemers met een hoog risico op recidive. Voor lage risicogroepen zou het vooral belangrijk zijn in te zetten op verbetering van vaardigheden op drie gebieden: relationeel, seksueel, en strategieën voor het oplossen van problemen. Voor de hoge risicogroepen wordt het terugvalpreventieplan als nuttig gezien, maar dient het te worden aangevuld met bijvoorbeeld het stellen van positieve doelen.

### **Mechanisme 5. Vergroten van de motivatie voor behandeling**

Een aantal gedetineerden gaf aan door de confronterende groepsessies voor het eerst te beseffen dat ze hulp nodig hebben, omdat ze anderen (de slachtoffers) en zichzelf (door alcohol bijvoorbeeld, en door delicten te plegen) schade berokkenen. De motivatie om te veranderen komt voort uit dit besef.

Twee van de tien behandelaren uit het vervolgtraject gaven aan bij ex-deelnemers daadwerkelijk meer motivatie voor de vervolgbehandeling waar te nemen dan bij ex-gedetineerden die geen prétherapie hadden gehad. Vier gaven aan niets te hebben gemerkt en vier gaven aan er weinig over te kunnen zeggen, omdat zij te weinig patiënten onder behandeling gehad hadden die aan de prétherapie deelgenomen hadden.

Drie van de tien behandelaren uit het vervolgtraject gaven aan dat zij dit onderdeel zeer waardevol vinden. Zij zouden het inzetten op motivatie voor behandeling zelfs als hoofddoel van een prétherapie tijdens detentie maken. De overige geïnterviewden gaven aan dat zij dit onderdeel in principe zeer waardevol vinden, zij het dat zij vinden dat de manier waarop de behandelaren van de prétherapie dit beogen, beperkt is. Bij het vergroten van de motivatie voor vervolgbehandeling zou meer nodig zijn dan alleen aandacht en empathie van de behandelaren. Vier van de tien behandelaren uit het vervolgtraject noemden de expliciete inzet van motiverende technieken, zoals *motivational interviewing*, als wenselijk voor een prétherapie.

## **Mechanisme 6. Aanleren van therapievaardigheden**

### *6a. Openheid in groep*

Gedetineerden gaven aan in het begin bang te zijn geweest voor het open moeten spreken in groepen. De uitleg door de behandelaren over het respecteren van iemands privacy en omgangsregels zoals iemand laten uitspreken en respectvol blijven, hielpen daarbij wel enigszins, maar het bleef een drempel. De onzekerheid wordt volgens hen met name weggenomen door deel te nemen aan de groep en te ervaren hoe het gaat. Volgens gedetineerden hebben zij in de prétherapie geleerd te spreken in een groep en te spreken over intieme zaken zoals het delict en deviant seksuele fantasieën. Zij danken dit mede aan het strikte privacybeleid: als een deelnemer zich niet houdt aan de regels over de privacy, dan wordt deze deelnemer door de behandelaren uit de groep gezet. Dit is slechts twee keer voorgekomen sinds de prétherapie begon in 1999. Ook heeft het praten in een groep de uitwerking dat de openheid van de één, de openheid van de ander vergemakkelijkt.

De meeste behandelaren uit het vervolgtraject (zes van de tien) gaven aan dat zij dit een sterk punt van de prétherapie vinden. Het alvast leren spreken in groepen is erg waardevol en vergemakkelijkt de opstartfase in de vervolgbehandeling volgens hen. Vier van de behandelaren uit de vervolgbehandeling gaven aan ook te hebben gemerkt dat de ex-deelnemers van de prétherapie inderdaad makkelijker spraken in een groep, maar dat dit niet persé betekende dat zij daardoor ook verder waren in hun behandeling. Vier behandelaren uit het vervolgtraject gaven aan niet te hebben gemerkt dat deelnemers aan de prétherapie makkelijker konden spreken in groepen. Twee andere behandelaren hadden de ex-deelnemers in individuele therapie en konden dus geen uitspraken doen over de openheid in de groep.

### *6b. Begrip van (behandel) terminologie*

Drie behandelaren uit het vervolgtraject hadden gemerkt dat de voormalige deelnemers aan de prétherapie beter bekend waren met de behandelterminologie. Twee behandelaren uit het vervolgtraject wezen erop dat begrip van terminologie en behandeling geveinsd kan worden. Er moet volgens sommige behandelaren goed gelet worden op sociale wenselijkheid in dit opzicht. De andere behandelaren vonden begrip van terminologie niet zo belangrijk. Uit interviews met de gedetineerden komt niet naar voren of en zo ja hoe zij geprofiteerd hebben van het aanleren van behandelterminologie.

### *6c. Vermogen tot zelfreflectie*

Gedetineerden gaven in interviews aan veel over zichzelf te leren, zoals op een andere manier naar zichzelf te kijken. De meningen van de behandelaren uit het vervolgtraject waren verdeeld. Drie van de tien behandelaren uit vervolgtrajecten die ex-deelnemers in behandeling hebben (gehad), gaven aan dat inderdaad merkbaar was dat zij al gewerkt hadden aan zelfinzicht. De andere behandelaren uit vervolgtrajecten gaven aan niets te hebben gemerkt van een verbeterd vermogen tot zelfreflectie onder ex-deelnemers van de prétherapie. Volgens twee van hen was wel te merken dat ex-deelnemers makkelijker verantwoordelijkheid nemen voor het delict. Een nadeel dat genoemd werd, betrof de kans op een reactie als 'ik ben al klaar met werken aan mezelf'.

### 2.3.3 *Behandeldoel 3: verkorten van de duur van de vervolgbehandeling*

#### **Mechanisme 7: verkorten van de instroomfase van de vervolgbehandeling**

De deelnemers aan de prétherapie gaven aan zeker te denken dat deelname aan de prétherapie de duur van de vervolgbehandeling verkort. Zoals één van de gedeteneerden het formuleerde: 'één voormalig deelnemer aan de prétherapie liet weten dat 'ie een jaar voorsprong had in het tbs-programma. TBS-plaatsen kosten ontzettend veel geld. Dat scheelt ook. Ben er erg voor om hier meteen te beginnen met behandeling, ook al heb je nog geen vonnis. Zeker wat recidive betreft, bij recidive heb je slachtoffers. Dat wil je ook niet, los van kosten, je wilt mensen sparen. Je beschermt de maatschappij daar ook mee.'

Twee van de tien behandelaren uit het vervolgtraject gaven aan deze doelstelling als haalbaar te zien. Vier behandelaren uit vervolgtrajecten konden zich wel voorstellen dat de opstartfase in de behandeling versneld kon zijn, maar dat daarvoor een goede overdracht zeer wenselijk is en dat het daar tot nu toe aan ontbreekt. Ook werd opgemerkt dat verkorting van de duur van de vervolgbehandeling een goede onderlinge afstemming over de inhoud van het programma zou vereisen. Het gaat hierbij om afstemming tussen de behandelaren van de prétherapie en die uit de vervolgtrajecten. Eventueel zou er dan ook een apart programma in het vervolgtraject moeten worden ontwikkeld voor mensen die prétherapie hebben gehad, om herhaling en vertraging te voorkomen. Tenslotte is de mate waarin de prétherapie de duur kan verkorten volgens de behandelaren uit het vervolgtraject erg afhankelijk van de persoon zelf. Mensen verschillen in de mate waarin weerstand tegen verandering optreedt en in het vermogen tot verandering, waardoor van de prétherapie niet voor iedereen een gelijk effect te verwachten is. Daarnaast is het niet bekend in hoeverre een verkorte instroomfase ook later in de behandeling nog effecten sorteert of dat het effect al snel wegebt.

### 2.3.4 *Behandeldoel 4: voorkomen van recidive*

De drie partijen, de deelnemers aan de prétherapie, de behandelaren van de prétherapie en de behandelaren van de vervolgbehandeling gaven aan hier geen zinnige uitspraken over te kunnen doen.

Deze doelstelling van de prétherapie kan met een procesevaluatie of met een plan-evaluatie niet onderzocht worden. Een effectstudie zou eventueel meer informatie over het voorkomen van recidive kunnen bieden, maar daar zitten bij dit programma (veel) haken en ogen aan. Ten eerste is de groep zedendelinquenten die de prétherapie gevolgd heeft erg klein: 141 personen in ruim 10 jaar. Een dergelijk kleine groep legt (veel) beperkingen op aan de conclusies, het beperkt bijvoorbeeld de statistische power (de mate van zekerheid waarmee conclusies getrokken kunnen worden). Ten tweede is de uitstroom van de deelnemers erg divers: zij zijn naar 6 verschillende typen instellingen voor vervolgbehandeling en naar 23 verschillende instellingen uitgestroomd. Op deze manier is de inhoud en de intensiteit van de vervolgbehandeling voor elke deelnemer variabel. Voor een effectstudie zou het beter zijn indien er slechts één of enkele instelling van uitstroom is, zodat deze factor als een constante beschouwd kan worden. Indien er voldoende deelnemers aan de prétherapie geweest zouden zijn, zou deze factor eveneens minder relevant geweest zijn.

Ten derde is de duur van de prétherapie voor elke deelnemer variabel, de deelname eindigt als de detentietijd eindigt en niet op het moment dat er een bepaald aantal modules (succesvol) is afgerond. Op deze manier is het niet makkelijk in kaart te brengen welke onderdelen van het programma welke deelnemer precies gevolgd heeft. Dit bemoeilijkt het trekken van conclusies over de invloed op recidive.

Ten vierde, de heterogeniteit onder de deelnemers is groot. De deelnemers zijn weliswaar alle zedendelinquenten, maar de delicten die zij gepleegd hebben en de stoornissen die zij hebben zijn divers. Wederom zou dit probleem minder relevant (kunnen) zijn indien de groep groter was geweest. Kortom, deze factoren bemoeilijken het verrichten van een (waardevolle) effectstudie en de conclusies die daaruit getrokken kunnen worden.

Over het algemeen kan gesteld worden dat het behandelen van (sommige typen) zedendelinquenten zinvol kan zijn. Olver en anderen (2009) lieten zien dat recidive voor behandelde zedendelinquenten lager was dan voor onbehandelde zedendelinquenten. Na twee jaar recidiveerde 5,9% van de behandelde en 13,6% van de onbehandelde groep zedendelinquenten. Overigens liep de recidive na tien jaar flink op: naar respectievelijk 21,8% en 32,3%. Een Nederlandse studie onder zedendelinquenten die behandeld werden op een forensische, ambulante afdeling liet zien dat na een gemiddelde tijdsduur van 32 maanden (2,67 jaar) 9,5% van de zedendelinquenten recidiveerde, tegen 3,8% van geweldsplegers en 4,2% van andere type plegers (Van Horn, Mulder & Scholing, 2006). Ook bleek uit deze studie dat zedendelinquenten die de behandeling staakten een verhoogd risico op recidive hadden (10,7% van hen). De groep deelnemers waarvan vastgesteld was dat zij een hoog risico op recidive hadden, liet een verhoogd risico op recidive zien ten opzichte van de lage risicogroep (20% versus 3,2%). Eerdere recidivestudies laten zien dat recidive ook vele jaren na de behandeling kan voorkomen. Song en Lieb (1995) volgden zedendelinquenten gedurende zeven jaar, en de recidive liep op tot 12%. Ter vergelijking: na zeven jaar was 3% van de geweldsplegers gerecidiveerd en 8% van andere type delictplegers (gedefinieerd als niet zeden- of geweldsdelicten).

Hanson (2002) maakte onderscheid in recidivecijfers tussen verschillende typen zedendelinquenten. Verkrachters lieten een afname van recidive zien met leeftijd, met name na het 29e levensjaar. Extrafamiliale ontuchtplegers lieten pas een afname in recidive zien na hun vijftigste jaar. In hoeverre dat te wijten is aan een afname in seksuele interesse, of algemene fysieke achteruitgang was niet duidelijk. Incestplegers hebben over het algemeen een lager risico op recidive, tenzij het gaat om incestplegers in de leeftijd van 18 tot 24 jaar. Uit de Nederlandse studie van Van Horn et al. (2006) bleek na gemiddeld 2,67 jaar (32 maanden) dat exhibitionisten vaker recidiveerden (23,1%, waarvan 75% met een hands-on delict) dan pedoseksuelen (12,5%), aanranders/verkrachters (5,6%) en incestplegers (3,7%)

## **2.4 Suggesties ter verandering van de prétherapie**

Aan de verschillende partijen is gevraagd hoe de prétherapie verbeterd zou kunnen worden. De behandelaren van de prétherapie zouden graag zien dat het programma breder geïmplementeerd wordt. Naar schatting van de behandelaar van het HvB is



zo'n 5% van de gedetineerden zedendelinquent, wat op grofweg 15.000 gedetineerden betekent dat er ongeveer 750 zedendelinquenten vast zouden moeten zitten per jaar.<sup>25</sup> De prétherapie heeft in 10 jaar echter slechts 141 deelnemers gehad, een heel klein deel van het totaal aantal zedendelinquenten. Dat betekent dus dat een groot deel van de zedendelinquenten in het gevangeniswezen geen (vorm van) prétherapie krijgt. Volgens de behandelaren komt dat deels doordat er tot nu toe geen goed evaluatieonderzoek naar het programma heeft plaatsgevonden, waardoor er geen landelijke bekendheid is. Verder staat de onofficiële en onzekere status van de prétherapie volgens de behandelaren enkele verbeteringen in de weg, zoals grondige screening van het personeel en het volgen van bijscholingscursussen.

### **Behandelaren van vervolginstellingen**

Aan de behandelaren van de vervolginstellingen is gevraagd wat zij een goede invulling van de prétherapie zouden vinden. Alle geïnterviewde behandelaren vonden het afdelingsklimaat en de bejegening van de zedendelinquenten erg positief. Het alvast aanleren van therapievaardigheden, zoals het leren spreken in groepen vond men eveneens waardevol. Ook vond men de inzet op het verhogen van de motivatie voor behandeling erg goed. Twee behandelaren noemden het blootleggen van iemands risicofactoren en het in kaart brengen van de delictscenarioprocedure als wenselijk, alhoewel vijf van de geïnterviewden waarschuwden voor te vroeg beginnen met behandelen en confronteren. De ene behandelaar was meer gedetailleerd in de suggesties dan de andere. Vooral de behandelaren uit de fpc's hadden een uitgebreid beeld van waar de prétherapie uit zou moeten bestaan. De suggesties voor aanvullingen of verbeteringen zullen hieronder worden beschreven, waarbij onderscheid gemaakt wordt naar type instelling.

#### *Suggesties door behandelaren uit fpc's*

Binnen fpc's wordt veelal gewerkt volgens het *Risk Need Responsivity*-model (RNR; Andrews, Bonta, & Wormith, 2006) en wordt gebruik gemaakt van de bijbehorende gestructureerde risicotaxatie. Eén behandelaar noemde het onverantwoord om tijdens detentie niet ook al volgens het RNR-model te werken, wanneer er al wel behandeld wordt. Deze behandelaar vond daarbij echter detentie niet het geschikte moment en de gevangenis of het HvB niet de geschikte omgeving voor psychotherapeutische behandeling en adviseerde met name te werken aan motivatie voor behandeling. Daarbij zou ook ingezet moeten worden op ontkennende verdachten. Die worden op dit moment uitgesloten van deelname aan de prétherapie, evenals zedendelinquenten met antisociale trekken. Ook voor deze laatste groep zou een module 'motivatie voor behandeling' zeer wenselijk zijn. Naast het werken aan motivatie zou er wel alvast een begin gemaakt kunnen worden met het in kaart brengen van de dynamische risicofactoren. Daarnaast is een goede overdracht van groot belang, en zou afstemming met de vervolgekliniek in een vroeg stadium al wenselijk zijn. Ten slotte gaf deze behandelaar nog aan dat een prétherapie geen vijf jaar zou mogen duren, zoals wel eens is voorgekomen, maar slechts enkele maanden zou mogen beslaan.

---

<sup>25</sup> Volgens de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) zaten in 2008 gemiddeld 507 zedendelinquenten gedetineerd, dit is het gemiddelde van 12 peilmomenten gedurende dat jaar. Het gaat hierbij om de personen die ingesloten waren (preventief en afgestraft) op grond van de artikelen 240 t/m 249 SR (persoonlijke communicatie, 6 oktober 2009).

Een behandelaar van een andere instelling met een gesloten afdeling was erg tevreden over het feit dat een patiënt die hij in behandeling kreeg in de prétherapie al behandeld was met *Eye Movement Desensitization Reprocessing* (EMDR). EMDR-behandeling wordt ingezet bij de verwerking van traumatische ervaringen (zie bijvoorbeeld Ricci, Clayton, & Shapiro, 2006). In het geval van zedendelinquenten kan er sprake zijn van traumatische ervaringen van seksueel misbruik in de jeugd. De psycholoog van de afdeling BW is sinds 2008 opgeleid in de EMDR-behandeling en heeft dit naar eigen zeggen enkele keren aangeboden.

Kortom, de prétherapie zou moeten bestaan uit:

- Huidige vorm van bejegening.
- Huidige aanbod van recreatie, sport en aandacht voor werk en opleiding.
- Informeren en motiveren.
- Voorbereiden vervolgbehandeling (wennen groepstherapie, behandelterminologie en behandelsetting).
- Toepassen RNR principes: ondermeer toepassen gestructureerde risicotaxaties en in kaart brengen dynamische risicofactoren.
- Anamnese en functieanalyses.
- Inzetten van *motivational interviewing*, ook voor ontkenkende zedendelinquenten.
- Ook psychopathische zedendelinquenten betrekken (bijvoorbeeld met het Good Lives Model).
- Niet: daadwerkelijk behandelen.
- Delictscenario eventueel, maar dan met goede overdracht.
- Eventueel crisismanagement in de vorm van Eye Movement Desensitization Reprocessing (EMDR).
- Contact met instelling van vervolgbehandeling in vroeg stadium.
- Goede overdracht met instelling van vervolgbehandeling.

#### *Suggesties door behandelaren uit een fpk en een fpa*

Een hoofd behandeling van een fpk liet weten goede ervaringen te hebben met zedendelinquenten die hebben deelgenomen aan de prétherapie. Hij gaf aan tevreden te zijn met het programma zoals het is. Een behandelaar van een fpa gaf aan het steunen en stabiliseren erg goed te vinden, evenals het leren spreken in groepen en het werken aan zelfinzicht. Deze behandelaar suggereerde met name in te zetten op motivatie voor behandeling. Volgens hem kon het confronteren met iemands delictgedrag beter overgelaten worden aan de vervolgbehandelaren. Een juiste timing is daarbij erg belangrijk. Is iemand eenmaal gemotiveerd voor behandeling, dan is het belangrijk die motivatie goed houden. Vervolgbehandeling moet dan niet te ver weg liggen in de tijd. Kortom, de prétherapie zou moeten bestaan uit:

- Huidige vorm van beveiliging, steun en stabilisatie.
- Leren spreken en functioneren in groepen.
- Werken aan zelfinzicht.
- Motiveren voor vervolgbehandeling.

#### *Suggesties door behandelaren uit forensische poli-en dagklinieken*

Behandelaren van instellingen die ambulante hulpverlening bieden, gaven vooral als suggestie ter aanvulling op het prétherapieprogramma 'het leren plaatsen van een breder kader om het delict heen'. Dat wil zeggen, het is volgens hen belangrijk dat zedendelinquenten het delict of de delicten niet als (een) losstaande gebeurtenis(sen) zien, maar als voortkomend uit een geheel van eerdere ervaringen en aangeleerde copingvaardigheden, sociale vaardigheden en probleemoplossend vermogen. Hierbij zou het in kaart brengen van de volgende factoren van belang kunnen

zijn (1) de autobiografische ontwikkelingsgeschiedenis, met name in psychoseksuele zin, (2) een sociogram: het sociale systeem, waarbij leden van het systeem zo geplaatst worden ten op zichte van de persoon zelf, dat relaties gekarakteriseerd worden in mate van intimiteit, en (3) ketens van gebeurtenissen, gedachten, gevoelens en gedrag.

Volgens de geïnterviewde behandelaren is het beter om tijdens detentie nog niet te veel focus op het delict zelf te leggen. Daarnaast deden zij de suggestie om tijdens detentie modules voor het aanleren van vaardigheden zoals copingsvaardigheden aan te bieden. Voor de zedendelinquenten met een vermijdende interpersoonlijke stijl zouden alvast modules voor sociale vaardigheden en gesprekstechnieken aangeboden kunnen worden. Ook werd gesuggereerd alvast te kijken naar iemands strategieën van probleemoplossing, de gevolgen voor de sociale inbedding en een begin te maken met het opstellen van positieve doelen. Een uitgebreide anamnese zou wellicht ook alvast gedaan kunnen worden, wat veel tijd zou kunnen schelen in de vervolgtrajecten. Kortom, de prétherapie zou moeten bestaan uit:

- Huidige vorm van beveiliging, steun en stabilisatie.
- Motiveren voor behandeling.
- Leren functioneren in een groep.
- Uitgebreide anamnese en testonderzoek.
- Zelfinzicht vergroten.
- Analyseren copingvaardigheden en strategieën voor oplossen van problemen.
- Aanleren of bijstellen van vaardigheden (bijvoorbeeld sociale vaardigheden en gesprekstechnieken bij vermijdende types).
- Focus op gevolgen voor gedetineerde, zoals sociale inbedding.
- Inzetten van Good Lives Model: opstellen van nieuwe doelen en focus op risico-verlagende factoren.

Samenvattend kan gesteld worden dat de huidige prétherapie wat betreft de behandelaren uit de verschillende typen instellingen voor vervolgbehandeling positief zijn over het gerealiseerde (veilige) afdelingsklimaat en de positieve bejegening van de zedendelinquenten. Over de vraag welke invulling een voorbereidend behandelprogramma in detentie zoals de prétherapie zou moeten bestaan, zijn verschillende meningen. Sommige behandelaren vinden dat er nog geen behandeling zou moeten plaatsvinden, andere behandelaren zijn van mening dat er al wel gestart kan worden met behandelen. Wel is er sprake van overlap in de suggesties voor verbetering. Zo stellen vrijwel alle behandelaren van vervolginstellingen voor om nog niet teveel focus op het delict te leggen, en vooral in te zetten op motivatie voor gedragsverandering, mits goed getimed. Verder zou er meer aandacht moeten zijn voor het sociale systeem waar iemand uit komt en of hij daar weer naar terug zal keren. Ook zou de screening en scholing van piw-ers verbeterd moeten worden. Daarnaast is afstemming, goed overleg en een goede overdracht met behandelaren uit het vervolgtraject gewenst. Ook noemen de behandelaren uit vervolginstellingen de noodzaak om het programma te wijzigen en aan te vullen conform recente inzichten. Desalniettemin zijn zij van mening dat de prétherapie, zij het in iets andere vorm, geschikt gemaakt zou mogen worden voor grotere aantallen zedendelinquenten en staan zij positief ten opzichte van het aanbieden van een programma in detentie.



## 3 Slot

In de onderhavige procesevaluatie van de prétherapie Breda stond de vraag naar de uitvoering van de prétherapie in de praktijk centraal. Belangrijke onderzoeksvragen hierbij waren hoe de interventie in de praktijk wordt vormgegeven en of de interventie volgens plan wordt uitgevoerd. In dit hoofdstuk worden de bevindingen besproken. De overeenkomsten en verschillen tussen de plannen en de praktijk worden besproken in de algemene beschouwing (paragraaf 3.1). Net als in de plan-evaluatie van de prétherapie (Nagtegaal & Mulder, 2009) wordt vervolgens een oordeel over de therapie gegeven door de prétherapie in het licht van de 'What Works' benadering (paragraaf 3.2) te plaatsen. In paragraaf 3.3 wordt de conclusie van de procesevaluatie getrokken.

### 3.1 Algemene beschouwing

#### **Instroom en uitstroom**

De prétherapie vindt plaats op een relatief kleine afdeling. Sinds de start van het programma in 1999 hebben 141 deelnemers deelgenomen. Van een (zeer) beperkt aantal deelnemers zijn verdere gegevens beschikbaar, zoals delictgeschiedenis, leeftijd ten tijde van instroom en de duur van deelname aan het programma. Het is jammer dat van zo weinig deelnemers aan de prétherapie feitelijke cijfers bekend zijn.

De manier waarop een deelnemer instroomt, is variabel en voor het bepalen van de mate van geschiktheid voor de prétherapie wordt gebruik gemaakt van het (ongestructureerd) klinisch oordeel. Dit is een achterhaalde manier van het bepalen van de mate van geschiktheid. De intake voor deelname aan de prétherapie is eveneens vrij ongestructureerd.

De deelnemers aan de prétherapie zijn trouw aan het programma, er is bijna niemand vroegtijdig afgehaakt. Dit is een pluspunt van de prétherapie en in die zin is het programma geslaagd. De therapieresistentie is overigens wel een probleem, bij bepaalde subtypen pedofielen is het moeilijk gedragsverandering te bereiken en dat wordt ook in de prétherapie gemerkt. Verder is uit de praktijk gebleken dat er één deelnemer aan de prétherapie was die maar liefst vijf jaar heeft deelgenomen. In de ogen van de onderzoekers is deelname aan een voorbereidend programma zoals de prétherapie van vijf jaar te lang. Er kunnen zich ongewenste effecten voordoen, zeker wanneer de betrokkene nog voor vervolgbehandeling opgenomen gaat worden. De betrokkene is na vijf jaar zo gewend aan een bepaalde vorm van therapie, dat hij waarschijnlijk problemen zal ondervinden bij het wisselen naar een andere therapievorm. Ook een gebrek aan motivatie voor vervolgbehandeling is een effect dat vrij gemakkelijk zou kunnen optreden indien zo lang aan de prétherapie deelgenomen wordt.

De uitstroom vindt plaats op het moment dat de detentie eindigt. Het moment van uitstroom uit de prétherapie is dus niet gekoppeld aan het (succesvol) volbrengen van het programma of bepaalde onderdelen daarvan. Het zou beter zijn wanneer de deelnemers aan het programma een bepaald aantal modules (succesvol) doorlopen, welke hen zo goed mogelijk voorbereidt op de vervolgbehandeling en dat zij daarna doorstromen naar instellingen voor vervolgbehandeling. Ongeveer 70% van de deel-

nemers aan de prétherapie stroomt uit naar een instelling voor vervolgbehandeling, maar er zijn nauwelijks contacten met behandelaren uit vervolginstellingen. Hierdoor is er geen overdracht en is er ook geen afstemming over de inhoud van de prétherapie en de mate waarin het programma aansluit op de vervolgbehandeling. Verder zijn er veel verschillende (typen) uitstroombestellingen en vervolgbehandelingen, maar wordt er slechts één variant van de prétherapie gegeven.

### **Evaluatie van de programma-onderdelen**

De deelnemers aan de prétherapie ervaren het programma in zijn geheel als zeer goed en leerzaam. De sfeer op de afdeling is open en veilig, de CGT en PMDT worden goed gewaardeerd en de enige kritiek die er bestaat betreft een vraag om meer behandeltime. De deelnemers zouden zowel meer sessies therapie willen, als ook meer individuele aandacht. Ook zou er wat meer afstemming tussen de CGT en PMDT mogen zijn, maar verder zijn zij erg tevreden. Het programma heeft veel effect op hen en er vindt volgens de deelnemers zeker een verandering in henzelf plaats. Bij de hoge mate van tevredenheid moet wel een kanttekening geplaatst worden, want deelname aan de prétherapie is vrijwillig en hierdoor kan er mogelijk een selectie-effect optreden: de deelnemers zijn sowieso al gemotiveerd om deel te nemen.

De behandelaren van de prétherapie zijn van mening dat het programma een goede mix is tussen individuele aandacht en functioneren in de groep. Zij voelen zich veilig op de afdeling en worden niet of nauwelijks blootgesteld aan agressie. De behandelaren uit de vervolginstellingen vinden vooral het klimaat op de afdeling en de begeleiding van de zedendelinquenten positief, maar volgens hen zou de prétherapie inhoudelijk anders vorm gegeven moeten worden.

De mate waarin de deelnemers daadwerkelijk hun behandeldoelen halen, is niet bekend. De programmadoelen worden namelijk alleen subjectief vastgesteld: op basis van klinisch inzicht en in korte rapportages die door de therapeuten onderling uitgewisseld worden. Elke acht à negen maanden wordt overigens wel gebruik gemaakt van de ICL-R (LaForge & Suczek, 1955; Nederlandse versie De Jong et al., 2000). Volgens de behandelaren wordt dit door gedetineerden meegenomen naar klinieken en rechtbanken, maar daar zijn de resultaten van de vragenlijst niet bekend. De behandelaren gebruiken het ook niet voor hun eigen registratie van voortgang of voor het bepalen van welk behandeldoel behaald is.

Eén van de redenen dat een instrumentarium en registratiesysteem nog niet is ingevoerd, was volgens de behandelaren het geringe aantal deelnemers. Landelijke bekendheid en centralisatie van behandeling van zedendelinquenten tijdens detentie zouden het rendabeler maken om tijd te investeren in het opzetten van een instrumentarium en registratiesysteem. Volgens de behandelaren van de prétherapie heeft het ook te maken met het feit dat het steeds onzeker is of de prétherapie wel of niet door mag gaan. Deze verklaring duikt vaker op: ook grondige screening en scholing van het personeel zouden niet mogelijk geweest zijn vanwege de onzekerheid van het bestaan van de afdeling. Aan de andere kant kan ook gesteld worden dat goede registratie van het behalen van de behandeldoelen, het bestaansrecht van de behandeling juist had kunnen aantonen en dat het om die reden juist verstandig is te investeren in bovengenoemde zaken.

### **Personele en organisatorische randvoorwaarden**

De manier waarop het programma is vormgegeven binnen de PI Breda zorgt ervoor dat er nauwelijks extra financiële en/of personele middelen nodig zijn en dit is een

pluspunt van het programma. Overigens worden er voor een deel wel 'verborgen kosten' gemaakt, de fte's die nu voor de prétherapie gebruikt worden, kunnen niet elders in de PI Breda benut worden en twee therapeuten worden door de GGzE betaald. Ook wat betreft de faciliteiten is de afdeling BW goed geschikt voor de prétherapie, want het gebouw staat afgeschermd van de rest van de PI. Wat betreft (bij)scholing van de piw-ers en behandelaren kan vastgesteld worden dat deze er nauwelijks is. Indien de professionaliteit van de medewerkers aan het programma meer bijgehouden zou worden, is er meer kans dat de meest recente wetenschappelijke inzichten gebruikt worden in de prétherapie.

### **Vergelijkbare projecten elders**

Programma's in het kader van pki en pkb vertonen duidelijke overeenkomsten met de prétherapie. Enkele interessante bevindingen die in de evaluatie van deze programma's naar voren kwamen en die mogelijk ook interessant zijn voor de evaluatie van de prétherapie zijn de volgende (EFP, 2008). Wat betreft de doelstelling *voorkomen van de achteruitgang van de psychische gesteldheid* werd opgemerkt dat de pki beperkt was: pki had alleen betrekking op de laatste zes maanden van het verblijf in de PI en er was dus geen invloed mogelijk op de psychische gesteldheid in de tijd die daaraan vooraf ging. Dit werd als een tekortkoming ervaren. In de prétherapie is er wel invloed mogelijk op de psychische gesteldheid, vanaf het begin van het verblijf, wat in deze een pluspunt is van de prétherapie is. Pkb was beter in staat de achteruitgang te voorkomen, maar eigenlijk was dit op de bijzondere zorg afdelingen van de PI's al mogelijk. Wat betreft de *motivatie* voor behandeling, werd opgemerkt dat pki sowieso al de meer gemotiveerde personen betrokken had, aanzienlijke deelname vrijwillig was. Er werd wel gesignaleerd dat deelnemers meer gemotiveerd het fpc binnenkwamen, maar dit effect bleek na enkele weken al geen voorsprong meer op te leveren in de fpc's. Pkb deelnemers gaven aan de tijd in detentie waarin zij moeten wachten op behandeling erg negatief te ervaren en het deelnemen aan pkb in dat kader als positief te zien.

Eén van de doelstellingen van pkb was om de toekomstige tbs patiënten *in te voeren in de cultuur en werkwijze van het fpc*. In dit kader werd ook kennisgemaakt met de medewerkers van het fpc. Dit werd door de verschillende betrokkenen als het meest positief ervaren. Dit onderdeel ontbreekt juist in de prétherapie. Ook deelnemers aan pkb ervoeren dit als positief. Wat betreft het *verkorten van de behandelduur* waren de fpc's uiterst sceptisch. Er werd gesteld dat een eventuele verkorting sowieso moeilijk te meten en te operationaliseren is en sommige behandelaren waagden zich dan ook niet aan een uitspraak hierover. Het programma werd als te weinig intensief en te kort gezien om daadwerkelijk de totale behandelduur te verkorten. Voor de deelnemers aan pkb was het wel vaker mogelijk de opname en motivatie afdeling over te slaan en meteen naar de behandelafdeling door te stromen. Dit was mogelijk voor negen van de twaalf deelnemers aan pkb. Dit kon volgens de beoordelaars oplopen tot een tijdwinst van gemiddeld een jaar, maar dit werd niet gestaafd met feitelijke cijfers.

Wat betreft de *financiën* werd in pki gebruik gemaakt van een systeem waarbij achteraf, bij een geslaagd traject van een deelnemer, een vergoeding voor deelname werd gegeven. Dit was erg onwenselijk. Soms was er namelijk al veel geïnvesteerd in iemand, die het programma uiteindelijk niet afmaakte en er werd dan niet voor betaald. De investering moest dan wel rendabel worden ingeschat, wilde men überhaupt nog deelnemen. Wat betreft de *samenwerking* werden enkele positieve punten genoemd: het uitwisselen van informatie over de patiënt, het 'bij elkaar in de keuken kijken', het formaliseren van samenwerkingsverbanden en een

soepelere overgang van de persoon van de PI naar het fpc. Wel was er veel administratieve rompslomp, wat als een manco ervaren werd.

### **Samenwerking met ketenpartners**

Er vindt nauwelijks communicatie tussen de ketenpartners plaats, terwijl de prétherapie bij uitstek een programma is dat probeert voor te bereiden op vervolgbehandeling. Dit wordt door de behandelaren van de vervolginstellingen op twee punten als negatief ervaren. Zij vinden dat dit gebrek aan communicatie leidt tot een onvoldoende overdracht en een gebrek aan afstemming. Aan sommige deelnemers aan de prétherapie wordt een brief meegegeven, maar dat is de enige vorm van overdracht die (soms) plaatsvindt, er is geen onderlinge afstemming. De behandelaren van de prétherapie zijn op deze manier ook niet (voldoende) op de hoogte van wat de behandelaren van de vervolginstellingen eigenlijk zouden willen dat er in een voorbereidend programma plaatsvindt. Dit roept twee belangrijke vragen op, namelijk (1) in hoeverre komt de aanpak binnen de prétherapie overeen met wat er in vervolgtrajecten gedaan wordt, dat wil zeggen, in hoeverre is er werkelijk sprake van voorbereiding? en (2) interfereert de prétherapie niet met de vervolgbehandeling?

Wat betreft de eerste vraag, de belangrijkste overeenkomst in de aanpak van de prétherapie en die in vervolgbehandelingen is het uitwerken van de delictscenario-procedure en het wijdere kader eromheen, evenals een vorm van een terugvalpreventieplan. Het grootste verschil tussen de prétherapie en de behandeling in vervolgtrajecten, betreft de inzet van RNR-principes (Andrews, Bonta, & Wormith, 2006). In vervolginstellingen wordt daar gestructureerd mee gewerkt, maar in de prétherapie niet. Volgens één van de behandelaren uit de vervolginstellingen is het onverantwoord om een behandeling aan te bieden op basis van enkel klinisch inzicht. De andere behandelaren lieten zich hier niet zo sterk over uit. Daarnaast gaven behandelaren uit vervolgtrajecten aan steeds meer de principes uit het *Good Lives Model* en *motivational interviewing* te gaan toevoegen aan de behandeling. Deze principes worden tot nu toe in de prétherapie ook niet toegepast.

Wat betreft de tweede vraag, wordt een aantal kanttekeningen geplaatst door de behandelaren uit het vervolgtraject:

- Sommige zedendelinquenten hadden geen zin meer in vervolgbehandeling, want zij hadden immers al behandeling gehad. Het ontbrak hen aan motivatie om (opnieuw) kritisch naar zichzelf te kijken.
- Deelnemers aan de prétherapie worden tijdens én na detentie blootgesteld aan andermans delictscenario. Dit zou kunnen resulteren in *overexposure*, wat kan leiden tot verveling of ongewenste effecten, zoals het leren van nieuw delictgedrag van anderen.
- Het verblijf in een HvB en het moeten uitzitten van een straf zorgen zelf al voor veel emotionele turbulentie. Dit geldt in principe ook voor het verblijf in een instelling in het kader van een tbs-maatregel, alleen is de instelling dan volledig gericht op het functioneren van de patiënt of cliënt en is het therapeutisch aanbod uitgebreider en beter afgestemd. Een aantal behandelaren gaf aan zich af te vragen of het confronteren met denkfouten (in de CGT) en met het delict zelf (CGT en PMDT) tijdens detentie al wel kan.
- Ook zou het aanleren van therapievaardigheden kunnen leiden tot het aanleren van sociaal wenselijk gedrag in een therapeutische setting. Echter, dit probleem speelt altijd in therapeutische settings, en is niet uniek voorbehouden aan de prétherapie.



Deze factoren bemoeilijken de samenwerking met ketenpartners en maken duidelijk dat het belangrijk is goed af te stemmen met de behandelaren van de vervolgbehandeling, aangezien de prétherapie daar nadrukkelijk een voorbereiding op beoogt te zijn. Overigens is er wel een samenwerkingsverband tussen de GGz Eindhoven en de PI Breda, maar dit komt doordat twee van de behandelaren daar werken (één van de twee CGT-behandelaren en de dramatherapeute).

Wat betreft nazorg in de maatschappij voor zedendelinquenten die na hun verblijf in de PI Breda direct naar buiten gaan, is recent een nieuw initiatief gestart voor nazorg: COSA. Dit programma is in het buitenland effectief gebleken ter reductie van recidive en wordt nu in Nederland geïmplementeerd. De mate van effectiviteit van het programma in Nederland moet nog onderzocht worden. Dit programma staat ook open voor ex-deelnemers aan de prétherapie.

### 3.2 'What works' benadering

Volgens de criteria van de What Works traditie dient een effectieve interventie gestoeld te zijn op drie uitgangspunten, de zogenaamde *Risk Need Responsivity* (RNR) principes. Daarnaast speelt de programma-integriteit een belangrijke rol (Andrews & Bonta, 1994; Andrews, Bonta, & Hoge, 1990; Andrews, Bonta, & Wormith, 2006; Cullen & Gendreau, 2001; Gendreau, Cullen & Bonta, 1994; McGuire, 1995). In het *Risk* principe wordt gesteld dat het niveau en de intensiteit van de interventie moet worden afgestemd op het recidiverisico van de delinquent.<sup>26</sup> Interventies dienen zich vooral te richten op personen met een gemiddeld tot hoog risico op recidive. Hoe hoger het risico op recidive, hoe intensiever het programma dient te worden aangeboden. Een gestructureerde risicotaxatie moet worden afgenomen voor het bepalen van de risico's. Het *Need* principe stelt dat een programma zich dient te richten op (vermindering van) de individuele criminogene behoeften, de dynamische risicofactoren voor recidive. Het *Responsivity* principe stelt dat de wijze waarop het programma wordt aangeboden, aangepast dient te worden aan kenmerken van de delinquent (zoals intellectuele en sociale capaciteiten, motivatie, en de manier waarop hij leert), waardoor de kans van slagen van het programma geoptimaliseerd wordt.

Bij de programma-integriteit is het vooral belangrijk te checken of het programma wordt uitgevoerd conform de plannen, het draaiboek en de protocollen. Daarnaast is het van belang dat er aan de theoretische integriteit tegemoet gekomen wordt: de behandelaren dienen vanuit een overkoepelend theoretisch kader te werken. Er zijn nog meer factoren van belang: het programma dient een duidelijke programmaleider te hebben, de behandelaren dienen goed getraind te worden, er dient een gedegen evaluatie plaats te vinden, er moet ruimte zijn voor intervisie, er moet supervisie en steun vanuit het management zijn en er dient een systematische evaluatie van de voortgang in de behandeling te zijn. Bewijs dat behandelingen die volgens de criteria van *What Works* zijn opgezet effectiever zijn, komt onder andere van Hanson, Bourgon, Helmus en Hodgson (2009) en Olver, Wong en Nicholaichuk (2009). Hanson et al. (2009) bekeken verschillende behandelprogramma's en beoordeelden die op de mate waarin ze aan de RNR principes tegemoet kwamen. Ze rapporteerden dat behandelprogramma's voor zedendelinquenten die rekening houden met de

---

<sup>26</sup> Voor een meta-analyse over dit onderwerp wordt verwezen naar Andrews en Dowden (2006).

RNR-principes het meest succesvol zijn in het verlagen van seksuele en algemene recidive. De mate waarin de prétherapie rekening houdt met de RNR principes wordt hieronder besproken.

### **Het risicoprincipe**

In de praktijk blijkt dat de in- en exclusiecriteria voor de prétherapie niet volgens de RNR principes zijn opgesteld, er wordt namelijk geen gebruik gemaakt van gestructureerde risicotaxatie om het risico op recidive vast te stellen (Risk principle). Er zijn wel (verschillende) gesprekken tussen de behandelaren en de potentiële deelnemer voorafgaand aan de start van de therapie om de mate van geschiktheid voor de prétherapie te bepalen, maar hier worden geen psychologische en psychiatrische diagnostische instrumenten voor gebruikt. Zelfs het intelligentieniveau wordt op basis van een gesprek bepaald en ook het inschatten van het risico op recidive vindt plaats op basis van het ongestructureerd klinisch oordeel.<sup>27</sup> De behandelaren geven bovendien aan dat er voor die gesprekken gebruik gemaakt wordt van allerlei verschillende gesprekstechnieken en dit komt weinig systematisch over.

### **Het behoefteprincipe**

De prétherapie richt zich slechts ten dele op dynamische risicofactoren waarvan een relatie is aangetoond met recidive (*Need* principe). Veelbelovende dynamische risicofactoren zijn bijvoorbeeld seksuele deviantie, lage zelfcontrole, en '*grievance thinking*' (Hanson & Morton-Bourgon, 2005). Voor een nadere bespreking van de risicofactoren waar de prétherapie op inzet, wordt verwezen naar Nagtegaal en Mulder (2009).

### **Het responsiviteitsprincipe**

Er wordt weinig rekening gehouden met het responsiviteitscriterium. Er bestaat slechts één variant van het programma, er vindt dus geen afstemming van het programma aan persoonlijke kenmerken plaats. Met intellectuele capaciteiten wordt overigens wel rekening gehouden, voor deelnemers met beperkte intellectuele capaciteiten is een aparte behandelgroep gestart met een lager tempo. Verder zou voor bepaalde groepen die nu van de therapie uitgesloten worden, bijvoorbeeld voor een bepaald subtype van psychopaten (die met een hoge score op factor 2 van de Psychopathie Checklist-Revised, PCL-R; Hare, 1991) en voor ontkennende verdachten de prétherapie nu juist heel waardevol kunnen zijn (zie ook Nagtegaal & Mulder, 2009, paragraaf 4.2.1). Voor de eerste groep kunnen programma's in het kader van het *Good Lives* model ingezet worden en ook voor ontkennende verdachten kunnen modules opgezet worden. Dit zijn onder andere technieken als *motivational interviewing*, die effect lijken te kunnen sorteren op de motivatie om toch deel te nemen aan het programma.

De exclusiecriteria van de Bredase prétherapie staan in feite het rekening houden met het responsiviteitsprincipe in de weg. De behandelaren hebben er voor gekozen

---

<sup>27</sup> Er zijn verschillende manieren om het risico op recidive van een persoon in te schatten. Vroeger gebeurde dit veelal aan de hand van het ongestructureerd klinisch oordeel: op basis van gesprekken met de behandelaar. Tegenwoordig zijn er risicotaxatieinstrumenten op basis waarvan risicofactoren gestructureerd in kaart gebracht worden. Het gestructureerd klinisch oordeel is de eindinschatting van het risico op recidive, waarbij de totaalscore op de instrumenten en eventuele extra overwegingen van de professional die de instrumenten scoort, een oordeel over het risico op recidive gegeven wordt.

om deelnemers uit te sluiten wanneer zij het gevoel van veiligheid in de groep zouden kunnen verstoren. De ernst van het delict mag het groepsproces bijvoorbeeld niet in de weg staan. Deelnemers die een te ernstig delict gepleegd hebben worden uitgesloten van deelname, terwijl bij hen het voorkomen van recidive het meest gewenst is. Verder is het uitsluiten van psychotische zedendelinquenten van (groeps-) therapie een bekend fenomeen in de forensische psychiatrie, maar het betreft hier vooral een contra-indicatie voor zedendelinquenten die *actieve* psychotische symptomen vertonen. Voor personen van wie de psychose door middel van medicatie voldoende onder controle is, zou de prétherapie gewoon toegepast kunnen worden. Het is onduidelijk in hoeverre het programma open staat voor personen met een psychose die middels medicatie voldoende onder controle gehouden wordt.

### **Programma-integriteit**

Wat betreft de programma-integriteit valt op te merken dat het programma niet heel strikt volgens de plannen, het draaiboek en de protocollen wordt uitgevoerd. De uitstroom uit de prétherapie vindt plaats op het moment dat de strafmaat wordt bepaald, of, in sommige gevallen, wanneer de detentietijd is afgelopen. Dit zorgt ervoor dat niet alle modules doorgelopen kunnen worden en dat de groep wisselt van samenstelling. Overigens blijft het natuurlijk mogelijk om een handleiding strikt te volgen, maar men kiest in Breda voor een wat vrijere variant om in te spelen op dingen die op een bepaald moment spelen, zoals zittingen die geweest zijn en dingen die in de groep gebeuren.

Verder zijn er uit de praktijk ook gevallen bekend waarin de in- en exclusiecriteria losjes gehanteerd worden, zoals de casus van een deelnemer met een antisociale persoonlijkheidsstoornis. In het kader van de programma-integriteit is het belangrijk dat de in- en exclusie criteria gehanteerd worden zoals ze bedoeld zijn.

De programma-integriteit komt verder in het gedrang doordat er niet vanuit een duidelijk geformuleerd theoretisch kader gewerkt wordt voor de beide behandelvormen (CGT en PMDT). Er zijn wel theorieën die een rol spelen in de prétherapie, maar die worden niet volgens de meest recente wetenschappelijke inzichten toegepast. Het aanstellen van een programmaleider die de programma- en theoretische integriteit bewaakt, zou een zinvolle aanvulling kunnen zijn. Ook de training en (bij)scholing van de behandelaren en piw-ers bij de prétherapie laat te wensen over. Tenslotte vindt er geen systematische evaluatie van de voortgang in de behandeling plaats.

Over het algemeen wordt in de prétherapie, vanwege haar in- en exclusiecriteria, een selectie gemaakt van een bepaald subtype zedendelinquent, namelijk daders van ontucht en incest. Deze twee groepen verschillen in risico op recidive. Ontuchtplegers met als slachtoffers jongens buiten het gezin hebben een hoog risico op recidive (De Ruiter & De Vogel, 2004). Incestplegers hebben over het algemeen een laag recidive risico, tenzij het gaat om incestplegers in de leeftijd van 18 tot 24 (Hanson, 2002). Volgens de RNR principes zou de behandeling van oudere incestplegers dus een lagere intensiteit kunnen hebben. Wat betreft medicamenteuze behandeling hebben in tien jaar tijd slechts drie deelnemers libidoremmende medicatie gehad, iets wat in de fpc's veel gebruikelijker is. In hoeverre dat beleid goed was afgestemd op de behandelbehoeften van de zedendelinquenten kan op basis van dit onderzoek niet bepaald worden.

Kortom, enerzijds worden dus zedendelinquenten uitgesloten van behandeling die gezien hun hoge of zeer ongewenste risico op recidive juist behandeling nodig heb-

ben. Anderzijds wordt binnen de groep die mee mag doen onvoldoende rekening gehouden met behandelbehoeften en persoonlijke kenmerken.

### 3.3 Conclusie

De procesevaluatie heeft een duidelijk beeld gegeven van de uitvoering van de prétherapie in de praktijk. De conclusie van de planevaluatie (Nagtegaal & Mulder, 2009) wordt door de bevindingen in de praktijk bevestigd. Deze conclusie luidde dat de prétherapie in aangepaste vorm mogelijk een zinvolle aanvulling zou kunnen zijn op het standaard regime in de gevangenis, maar dat er een aantal verbeteringen dient te worden aangebracht. Verder werd gesteld dat met name de positieve bejegening van de zedendelinquenten en het veilige behandelklimaat in de PI Breda positief zijn. Vooral het feit dat er geen gebruik gemaakt werd van de meest recente wetenschappelijke inzichten, maakte dat de prétherapie wat gedateerd overkwam. Dit beeld wordt herkend in de praktijk en de sterke punten en beperkingen aan de prétherapie zoals deze in de planevaluatie omschreven staan, worden ondersteund. Uit de procesevaluatie is verder gebleken dat de behandelaren uit de vervolginstellingen vinden dat het programma gedateerd is en het gebrek aan overleg en communicatie met de behandelaren van de vervolginstellingen wordt als een belangrijk gemis beschouwd. Daarnaast zijn zij van mening dat het daadwerkelijke behandelen, zoals het maken van een analyse van het delictgedrag, aan de behandelaren van de vervolginstellingen zou moeten worden overgelaten en niet in een prétherapie thuis hoort.

Ondanks de beperkingen en de bevinding dat de prétherapie verouderd is, is het belangrijk in het oog te houden dat vooral wat betreft het creëren van het veilige, therapeutische afdelingsklimaat en de positieve bejegening van de zedendelinquenten belangrijke winst is geboekt. De doelstellingen van het programma zijn juist, alleen de invulling ervan dient aangepast te worden naar de richtlijnen van de huidige 'evidence base'. In aangepaste vorm zou het programma mogelijk een zinvolle aanvulling op het standaard regime in het gevangeniswezen kunnen zijn.

## Summary

### Proces evaluation of a preparatory program for sex offenders in Breda Penitentiary, the Netherlands

#### Background

In 1990, a special department called 'protective living' was set up in Breda Penitentiary 'De Boschpoort', a house of detention. This department was originally set up as a place where all vulnerable offenders<sup>28</sup> could be protected, but grew out to a department for sex offenders only. In 1999, a treatment program started at the department, called 'pretreatment for sex offenders'. The program is called *pretreatment* because it prepares for further (mandatory) treatment in forensic mental hospitals. Most sex offenders (95%, as estimated by the treatment staff) in Breda penitentiary are sentenced to both prison time and mandatory treatment, and during their time in prison the pretreatment program is given. The overall purpose of the program is to prepare sex offenders for mandatory post-detention treatment. The department has 36 single-person prison cells.

The present study was requested by a member of parliament, Krista van Velzen, who inquired about the efficacy of the program.<sup>29</sup> She requested a description and evaluation of the program components, the population for whom it is suitable, and a request for research into the feasibility of the intended effects. In addition, policy makers inquired into the rationale behind the program, as well as its merits. The results of the present study, in combination with the results of the evaluation of the program theory<sup>30</sup> are to provide guidelines for the Minister of State in the Netherlands as to the question if, and if so in which form, the pretreatment program should be broader implemented in the prison system in the Netherlands.

#### Method

The primary purpose of the present process evaluation is to examine how the program is implemented in practice and to what degree this concurs with the program theory. This latter aspect of the evaluation is known as the degree of program integrity. The process evaluation also examines whether or not all processes work out as planned. The efficacy of the program will not be tested in this study.

---

<sup>28</sup> In houses of detention and prisons there is a certain culture and hierarchy in which some offenders have more status than others. Especially sex offenders are at the bottom of the hierarchy and are often subject to bullying, threats and/or physical abuse. This has to do with the crime they committed, but also with a lack of social adjustment. Also, only about 5% of all offenders in The Netherlands are sex offenders and in that way, they form a minority as well.

<sup>29</sup> Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, 24 587, nr. 247.

<sup>30</sup> Nagtegaal, M.H. & Mulder, J. (2009). *In de grondverf zetten: Planevaluatie van de prétherapie voor zedendelinquenten in PI Breda* (Applying the priming coat. Evaluation of the program theory behind a preparatory program for sex offenders in Breda Penitentiary, the Netherlands). Den Haag: WODC. Cahier 2009-14.

The present study was based primarily on interview data. Semi-structured interviews were conducted with the treatment staff of Breda penitentiary, with participants of the program, and with therapists who had the former pretreatment-participants in their mandatory follow-up program. The topics that were discussed in the semi-structured interviews were mostly questions regarding the implementation of the program, the correspondence between the implementation in everyday practice and the plans on paper, and the experiences of those involved with the treatment program. In addition, documents such as notes of the therapists and evaluations of participants of the psychomotor- and drama therapy were studied. Further, file information was studied, which included data such as age, former crimes, time spent in the program, et cetera.

Different research traditions have emerged in evaluating program theories. In this evaluation, principles from the *What Works* and *Realist Evaluation* traditions were used. In the *What Works* tradition, the efficacy of a treatment program is mainly determined while examining research studies with a strong methodological research design, preferably a Randomized Controlled Trial (RCT). The *Realist Evaluators*, in determining the efficacy of treatment programs, stress the importance of understanding the context in which presumed working mechanisms are thought to result in behavioral change.

## Results

### Objectives

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

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

### Contents of the program

The program consists of three treatment components. The first is the 'protective living' ward, which is meant to facilitate and support reaching treatment objectives. The ward has characteristics of a therapeutic community and all personnel are constantly watching and commenting on the behavior of the inmates, for instance during sports or just when walking on the ward. The other two components of the pretreatment program are two weekly sessions of therapy (1,5 hour each). The first is a cognitive behavior group therapy session (CBT) and the second is a psychomotor and drama therapy session (PMDT). The group formation is the same in both sessions (eight participants in each group). At the time the present study was conducted, there were three groups of eight participants taking part in the program. In addition, one group of six participants with intellectual disabilities was participating. In addition to group therapy, participants can request individual therapy sessions with the penitentiary's psychologist.

### The pretreatment program in practice

A number of results indicate a deviation in practice from the plans on paper (the program manual). The inflow of participants is diverse and the in- and exclusion criteria are not applied according to the manual. The ability to participate is determined using clinical judgment, instead of using the structured professional judgment and formal diagnostics. In the treatment sessions, issues of the day, such as a participant's appointment in court, take up a lot of time. The therapy sessions are

therefore not always carried out as they should be according to the treatment manual.

### **Characteristics of the participants**

From the start of the program in 1999 to the date the information was collected (June 2009) a total of 141 sex offenders have participated in the program. On average, this means that 14.1 participants took part on a yearly basis. Additional data of participants such as age and offence (history) is only available for some of the participants.

The average age of 52 (former) participants is known (36.9%). This varied between 19 and 67 at the moment of entering the program, with an average of 38.73 ( $SD = 11.53$ ). The average age at which offenders exit the program is 40.5 years ( $SD = 11.50$ ; based on the data of 30 men, or 21.3%). The average length of treatment is 7.14 months ( $SD = 5.05$ , range 19-61; based on data of 49 men, or 34.8%).

Information on the index crimes is available for 131 men (92.9%).

The most common offence was sexual abuse of minors (under the age of 16), for which approximately half of the sex offenders had been convicted (48.2%). In addition, 19 offenders (13.5%) were convicted for sexual abuse of minors combined with another sexual offence, such as possession of pornography. Incest (21 sex offenders, 14.9%) and rape (17 offenders, 12.1%) was the next most common offence. Recidivism rates are known for 69 participants (48.9%). 44 participants were first offenders (63.8% of 69) and 25 (36.2% of 69) were recidivists. It is not known what the exact criminal offence was, only if they had been convicted before or not.

Information on post-detention treatment is available for the majority of the participants (135; 95.7%). 96 participants (68.1%) went on to post-detention treatment, 15 (10.6%) did not, and 24 (17%) are currently following the pretreatment program. Of the fifteen who did not get post-detention treatment, one person was acquitted and eight persons (5.7%) went to the prison system. Of six participants (4.3%) it is unknown what exactly happened after following the pretreatment program, but it is known that they did not go to follow-up treatment programs.

Ending participation in the pretreatment program is not based on successful completion of a number of treatment modules, but usually on the length of the detention. Therapy allegiance is very high, there are hardly any drop-outs.

### **Therapeutic community**

Participants of the pretreatment are very content with the program. They feel safe and understood. Among the sex offenders, sometimes a hierarchy can develop, in which rapists look down on child molesters, but this does not violate the sense of safety. The sense of safety is also expressed by the therapists and the other treatment staff.

### **Cognitive behavioral therapy (CBT)**

CBT takes place once a week, with each session lasting 1.5 hours. The main focus is on the offence chain procedure. Participants take turns in being the centre of attention. There are eight participants in a group, which means that each participant is the primary focus of attention once every eight weeks. Participants mentioned that they find it difficult to have to wait for being the group's focal point of attention for this long. They would also appreciate more sessions a week. However, they do rec-

ognize the usefulness of discussing the offence chains of other group members for their own insights.

The CBT-therapists have an evaluation form at their disposal. Systematic evaluations do not take place however, because the modules are not worked through systematically. According to the therapists this is a consequence of the variable length of detention of participants, and of the semi-open character of the groups in the therapy sessions. Instead of systematic evaluations, participants are asked at the end of each session what was useful to them and what they would like differently. Their responses are not registered. The therapists are content with the CBT. The only addition one of the therapists would like to make is to involve members of the social system of the offenders more in the treatment program.

### **Psychomotor and drama therapy (PMDT)**

PMDT also takes place once a week, with each session lasting 1.5 hours. The participants do not work through the PMDT exercises in a specific order, for the same reason the CBT modules are not worked through systematically. That is, the variable length of detention of participants does not allow this, according to the therapists. Every week another participant is the focus of the group's attention; however the therapists aim to actively involve the other group members as well.

PMDT is evaluated annually by the participants. The evaluations are positive. The participants are appreciative of the PMDT. According to them, PMDT stirs up blocked emotions and thought patterns, and they think PMDT is important, interesting and educative. For these reasons, they would rather have more time to think and talk about the sessions afterwards, instead of going to work in the prison directly after therapy. Participants would also like longer sessions (in time), more sessions a week (twice a week) and better facilities, since the PMDT is currently being given in an old room with hardly any furniture. Finally, participants reported missing a clear connection between the topics discussed in CBT and the exercises in PMDT. They prefer to cover similar subjects in both sessions per week.

### **Preconditions**

The achievements as to how many treatment goals are reached, are not formally determined. There are some consultations between the different treatment staff but there is no record of each individual participant and the extent to which he achieves his treatment goals. Personnel have received little training over the past years. The costs of the program are relatively low. Personnel involved in the pretreatment program were mostly already working for the penitentiary. Penitentiaries follow a national norm for the number of fulltime-equivalents (fte's) that can be deployed for psychological services. The Breda penitentiary does not exceed that norm. This does mean however, that the available fte's for psychological services outside the pretreatment program are limited.

### **End of participation**

The pretreatment program is meant to precede mandatory post-detention therapy for most sex offenders. However, collaboration with therapists from the institutes that provide this treatment is limited. Transfer of patient information has only taken place in a few instances, in the form of a letter. This lack of communication is against the wishes of the therapists of the post-detention treatment services. Another disadvantage that these latter group of therapists mention, is the lack of attunement of the contents of the pretreatment program with the contents of post-detention treatment program. According to them, this limits the degree to which the



pretreatment program actually prepares offenders for their post-detention treatment, which is in fact one of the main goals of the pretreatment program.

### **Aftercare in society**

The aftercare programs that are available depend on the trajectory that the sex offender follows after participation in pretreatment. Aftercare for offenders without mandatory treatment after detention, is given by probation services. During detention, the penitentiary's social workers look at what inmates will require to return to society successfully, such as housing and employment.

Since the fall of 2009 the aftercare project *Circles of Support and Accountability* (COSA) started in the Netherlands. This program is for all sex offenders, also for former participants of the pretreatment program. The aim of COSA is to prevent recidivism by establishing a social network around the sex offender, which among others will prevent social isolation of the sex offenders after their detention. The aftercare consists of monitoring the behavior and whereabouts of the sex offender by a number of volunteers.

### **Evaluation of the working mechanisms**

A number of working mechanisms linking interventions of the pretreatment program to outcomes were deduced in the evaluation of the program theory. These working mechanisms were presented to the people involved in the program (therapists, participants and post-detention therapists), and they were asked to comment on them.

Offering a protective living ward is considered a highly valuable component of the program by all people involved (mechanism 1). Informing participants about what to expect in a treatment program (mechanism 2) was considered useful by both groups of therapists. Participants indicated they were not so much insecure about their prospective treatments per se, but more about general treatment aspects, such as speaking in groups.

Participants of the pretreatment program appreciate the possibility to start treatment during detention (mechanism 3), and are eager to start working on their problems. Therapists from post-detention services were more reluctant however. Some of them have had ex-pretreatment clients who said they did not need treatment anymore because they had already participated in a treatment program. Therefore, for some offenders, it could undermine their motivation for treatment. Post-detention therapists were also reluctant about already starting to examine risk factors that may have led to the delinquent behavior treatment in pretreatment (mechanism 4). Moreover, therapists from post-detention services felt this type of treatment and analysis should not take place in a pretreatment program, but should be part of a post-detention program. Increasing motivation for treatment (mechanism 5) is considered valuable by the post-detention therapists. Further, at present, participants who are not motivated and deny their crime are excluded from the pretreatment program. The post-detention therapists suggested that instead of excluding them of the program, certain techniques are available to motivate them which could be employed by the therapists of the pretreatment program.

With regards to acquiring skills needed for participation in therapy (mechanism 6), the participants of the program, therapists of the pretreatment as well as post-detention therapists were positive. Skills needed for participation are the ability to speak openly in groups, understanding treatment terminology, and the ability for self-reflection. Participants reported experiencing difficulty at first to speak openly

in groups (6a), but grew accustomed to it in the course of the program. Therapists from post-detention services considered this a valuable objective of the pretreatment program, but not all had noticed an improved capacity in ex-pretreatment participants. With regards to understanding treatment terms (6b), the post-detention therapists did not find this very important. The ability to self-reflect (6c) was regarded as a useful objective, but again, warnings were made for therapy-fatigue and decreased motivation.

Regarding the shortening of the post-detention treatment (mechanism 7) therapists from post-detention services thought it was plausible that pretreatment could shorten the introduction phase of post-detention treatment, but that it is not possible to say anything about the extent to which the effects of a faster introduction period last and whether or not pretreatment can shorten the total duration of post-detention treatment.

With regards to preventing future recidivism, one of the ultimate treatment objectives, not much can be said based on this process evaluation. An effect study would be necessary to assess this, but the small group size seriously limits the outcomes of any effect study.

### **Recommendations**

All persons involved in the program (participants, therapists from the pretreatment program and therapists from post-detention services) were asked which changes to the program they would recommend. The pretreatment therapists would like to see a broader implementation of the program. Therapists from post-detention services agreed upon the importance of the protective living ward and the respectful attitude towards the offenders. This should be maintained in any future implementations of a pretreatment program for sex offenders, according to them. They also felt however, that the actual treatment of sex offenders should take place in the post-detention treatment facilities. Furthermore, any treatment that takes place should be attuned with post-detention therapists with regards to contents. Finally, there should be more consultation between both groups of therapists, in order to better fit the pretreatment program to the follow-up treatment programs and in order to improve the transfer of information from the penitentiary to the post-detention services.

### **Conclusion**

The results of the present process evaluation underline the conclusions from the evaluation of the program theory, which was that the program could be a useful addition to the standard regime in penitentiaries, provided a number of improvements are made. One important finding from studying the plans was that the pretreatment program has not incorporated the most recent insights into the effective treatment of sex offenders. Results of the process evaluation suggest that it is necessary to improve communication and attunement with the post-detention services.

Especially the safe climate in the department and the positive attitude towards the sex offenders are considered valuable by all parties involved. In addition, informing participants on what to expect in treatment, motivating participants for treatment, and enabling the acquisition of skills relevant to treatment participation are considered useful. The therapists of the post-detention services did argue for withholding actual treatment, such as raising awareness of the risk factors, until after deten-

tion. That way, the pretreatment program can honor its name and truly be a program that prepares for follow-up treatment.



## Literatuur

- Andrews, D.A., & Bonta, J. (2006). *The psychology of criminal conduct* (4e ed.). Newark, NL: LexisNexis/Anderson.
- Andrews, D.A., Bonta, J., & Hoge, R.D. (1990). Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology. *Criminal Justice and Behavior*, 17, 19-52.
- Andrews, D.A., Bonta, J., & Wormith, J.S. (2006). The recent past and near future of risk and/or need assessment. *Crime & Delinquency*, 52, 7-27.
- Andrews, D.A., & Dowden, C. (2006). Risk principle of case classification in correctional treatment: A meta-analytical investigation. *International Journal of Offender Therapy and comparative criminology*, 50, 88-100.
- Beek, D.J. van, & Derks, F.C.H. (1999). Delictscenario en terugvalpreventie bij verkrachters en aanranders. In C. de Ruiter & M. Hildebrand (red.), *Behandelingsstrategieën bij forensisch psychiatrische patiënten* (pp. 36-49). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Ceuster, S. de, Eil, S. van, Ewijk, I., Heuvel, A. van den, Lommen, L., & Veldhuizen, E. van (2008). *Verloren tijd? Beschrijving van ervaringen van zedendelinquenten en professionals die betrokken zijn bij de pre-therapie binnen P.I. Breda*. Ongepubliceerde afstudeerscriptie.
- Cullen, F.T., & Gendreau, P. (2001). From nothing works to what works: Changing professional ideology in the 21st century. *The Prison Journal*, 81, 313-338.
- Deneer, B. (2004). De kracht van groepen. In B. Deneer (red.), *Gevaarlijke groepen: Groepsbehandeling in de ambulante forensische psychiatrie* (pp. 167-176). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP, 2008). *Préklinische interventie en préklinische behandeling. Evaluatierapport*. Utrecht: EFP.
- Gendreau, P., Cullen, F.T., & Bonta, J. (1994). Intensive rehabilitation supervision: The next generation in community corrections? *Federal probation*, 58, 72-78.
- Hanson, R.K. (2002). Recidivism and age – Follow-up data from 4,673 sexual offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 17, 1046-1062.
- Hanson, R.K., Bourgon, G., Helmus, L., & Hodgson, S. (2009). *A meta-analysis of the effectiveness of treatment for sexual offenders: Risk, need, and responsibility*. Ottawa: Corrections Research Public Safety Canada. Corrections Research Rep. nr. 2009-01.
- Hanson, R.K., & Morton-Bourgon, K.E. (2005). The characteristics of persistent sexual offenders: A meta-analysis of recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 1154-1163.
- Hare, (1991). *The Hare Psychopathy Checklist-Revised*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Hildebrand, M., Ruiter, C. de, & Vogel, V. de (2003). Recidive van verkrachters en aanranders na tbs: De relatie met psychopathie en seksuele deviatie. *De Psycholoog*, 3, 114-124.
- Horn, J. van, Mulder, J., & Scholing, A. (2006). Recidive bij subgroepen van zedendelinquenten in de ambulante forensische psychiatrie. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 30, 187-194.
- Höig, M., Caspers, J., & Vogelvang, B. (2009). *Circles NL: Aanpassingsstudie naar COSA, Cirkels voor Ondersteuning, Samenwerking en Aanspreekbaarheid*. 's-Hertogenbosch: Programmabureau Circles NL.

- Jong, C.A.J. de, Brink, W.P. van den, & Jansma, J.A.M. (2000). *ICL-R: Handleiding bij de vernieuwde Nederlandse versie van de Interpersonal Checklist (ICL)*. Sint Oedenrode: Novadic.
- Kogel, C.H. de, & Nagtegaal, M.H. (2008). *Toezichtprogramma's voor delinquenten en forensisch psychiatrische patiënten: Effectiviteit en veronderstelde werkzame mechanismen*. Den Haag: Boom Juridische Uitgevers. Onderzoek en beleid 263.
- LaForge, R., & Suczek, R.F. (1955). The interpersonal dimension of personality: III. An interpersonal checklist. *Journal of Personality*, 24, 94-112.
- McGuire, J. (1995). *What works in reducing reoffending: Guidelines from research and practice*. Chichester: Wiley.
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. (2e ed.) New York/Londen: Guilford Press.
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (2005). *Motiverende gespreksvoering: Een methode om mensen voor te bereiden op verandering* (5e ed.) Gorinchem: Ekklesia.
- Ministerie van Justitie/Vernieuwing forensische zorg (2007). *Beleidskader indicatiestelling forensisch psychiatrische zorg*. Den Haag: Ministerie van Justitie.
- Nagtegaal, M.H., & Mulder, J. (2009). *In de grondverf zetten: Planevaluatie van de prétherapie voor zedendelinquenten in PI Breda*. Den Haag: WODC. Cahier 2009-14.
- Olver, M.E., Wong, S.C.P., & Nicholaichuk, T.P. (2009). Outcome evaluation of a high-intensity inpatient sex offender treatment program. *Journal of Interpersonal Violence*, 24, 522-536.
- Pawson, R. (2002). Evidence-based policy: The promise of 'realist synthesis'. *Evaluation*, 8, 340-358.
- Pawson, R., Greenhalgh, T., Harvey, G., & Walshe, K. (2005). Realist review – a new method of systematic review designed for complex policy interventions. *Journal of Health Services Research & Policy*, 10, 21-34.
- Pawson, R., & Tilley, N. (1994). What works in evaluation research? *British Journal of Criminology*, 34, 291-306.
- Pawson, R., & Tilley, N. (1997). *Realistic evaluation*. Londen: Sage.
- Ricci, R.J., Clayton, C.A., & Shapiro, F. (2006). Some effects of EMDR on previously abused child molesters: Theoretical reviews and preliminary findings. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 17(4), 538-562.
- Rijk, A., Kruit, J.G.R., Graumans, I., & Teerenstra, R. (2008). *Prétherapie voor zedendelinquenten in detentie*. Intern stuk penitentiaire inrichting Breda.
- Ruiter, C. de, & Vogel, V. de (2004). Recidive bij behandelde seksuele delinquenten. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 28, 92-102.
- Song, L., & Lieb, R. (1995). *Washington State sex offenders: Overview of recidivism studies*. Olympia, WA: Washington State Institute for Public Policy. Doc. nr. 95-02-1101.
- Ward, T., & Maruna, S. (2007). *Rehabilitation. Beyond the risk paradigm*. New York: Routledge.
- Wartna, B.S.J. (2005). *Evaluatie van daderprogramma's. Een wegwijzer voor onderzoek naar de effecten van strafrechterlijke interventies speciaal gericht op het terugdringen van recidive*. Den Haag: Boom Juridische Uitgevers.
- Young, J.E. (1994). *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach*. (Revised ed.) Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Young, J.E., Klosko, J., & Weishaar, M. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford.

## Bijlage 1 Samenstelling begeleidingscommissie

### **Voorzitter**

Dr. D.J. van Beek

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

### **Leden**

Dr. A. Jorna

Directie Justitiële Inrichtingen, onderzoekscoördinator Gevangeniswezen en Jeugd

Mr. M.S. Pont, MSc

Directie Sancties en Preventie, senior beleidsmedewerker

Drs. A. Zaalberg

WODC, onderzoeker, afdeling Criminaliteit, Rechtshandhaving en Sancties.





Bijlage 2 Beoordeling behandeldoelen en werkzame mechanismen

Behandeldoel	Veronderstelde mechanismen	Deelnemers	Behandelaren uit vervolgtrajecten
1 Voorkomen verslechtering psychische klachten	<p><i>Onderdeel 1: bieden van een beschermde woonomgeving</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Een fysieke scheiding tussen zedendelinquenten en andere typen delinquenten voorkomt bedreiging en mishandeling van zedendelinquenten.</li> <li>Het uitblijven van bedreiging en mishandeling van zedendelinquenten voorkomt sociaal isolement van de zedendelinquent.</li> <li>Het uitblijven van sociaal isolement voorkomt de kans op depressie en suicide.</li> </ul>	Zeggen zich veilig te voelen en spreken van het rondlopen met een masker op de reguliere afdelingen in een PI	<p>In principe zijn allen het hiermee eens, alleen is het volgens behandelaren uit het vervolgtraject niet zo dat alleen zedendelinquenten bescherming nodig hebben. Ook is het niet zo dat alle zedendelinquenten een beschermde afdeling nodig hebben:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>een deel van de zedendelinquenten is wel gewend aan sociale isolatie en dit hoeft dus niet per sé tot een verslechtering van de psychische toestand te leiden</li> <li>de zedendelinquenten met antisociale trekken zullen zich goed kunnen redden op een reguliere afdeling, omdat zij eerder zelf geneigd zullen zijn anderen te intimideren en bedreigen</li> </ol> <p>Ten slotte werd nog opgemerkt dat een te homogene groep geen goede voorbereiding zou vormen op de heterogene groepen in tbs-klinieken.</p>
	<p><i>Onderdeel 2: informatieverstrekking over de gang van zaken in een behandelprogramma</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Het verstrekken van informatie leidt tot het wegnemen van onzekerheden bij zedendelinquenten.</li> <li>Het wegnemen van onzekerheden leidt ertoe dat verslechtering van psychische klachten wordt voorkomen.</li> </ul>	Deden geen uitspraken over onzekerheden over wat behandeling in zou houden	<p>In principe zijn allen het hiermee eens, maar als er informatie wordt verstrekt over vervolgbehandelingen, dan moet die wel kloppen.</p> <p>Daarnaast werd opgemerkt dat het verstrekken van informatie ook kan worden ingezet om motivatie te verhogen door er een samenwerkingverband van te maken.</p>
	<p><i>Onderdeel 3: vroegtijdig van start gaan met de behandeling</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vroegtijdige behandeling van psychische klachten leidt ertoe dat psychische klachten (ten minste) niet verslechteren.</li> </ul>	Gaven aan blij te zijn met de kans alvast aan zichzelf te kunnen werken	<p>Twee van de tien waren het hier volmondig mee eens. De andere acht gaven waarschuwingen en nuanceringen.</p> <p><i>Waarschuwingen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>alvast behandelen kan misbruikt worden in termen van "ik ben al behandeld";</li> <li>het kan verveling in vervolgtraject veroorzaken;</li> <li>het kan <i>overexposure</i> aan delictscenario's inhouden, wanneer die tijdens en na detentie gehoord worden in groepen;</li> <li>timing is essentieel: wanneer iemand toe is aan meer dan in de prétherapie wordt aangeboden, moet daar ook gelegenheid toe zijn. Stagnatie kan dan leiden tot verstarring;</li> <li>als je wilt gaan behandelen ter voorbereiding op vervolgbehandeling, dan moet je wel weten waar de vervolgbehandeling uit bestaat;</li> </ul> <p><i>Nuanceringen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>het ligt eraan wie je behandelt: niet iedereen draagkracht is even groot;</li> <li>het ligt eraan wat je behandelt. Confronteren kan te ver gaan voor tijdens detentie, wanneer daar niet ook een uitgebreid;</li> <li>programma omheen is gebouwd.</li> </ul>

Behandeldoel	Veronderstelde mechanismen	Deelnemers	Behandelaren uit vervolgotrajecten
2 Voorbereiden op (vervolg)behandeling	<p><i>Onderdeel 4: starten bewustwordingsproces over risicofactoren die hebben bijgedragen aan delictgedrag</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Bewustwording van risicofactoren en achtergrond van het delict bij de zedendelinquent leidt tot inzicht in de keten van situaties/gebeurtenissen, het eigen gedrag, gedachten en gevoelens voorafgaand aan het delict.</li> <li>Inzicht in de keten van situaties/gebeurtenissen, gedrag, gedachten en gevoelens voorafgaand aan het delict (bij de delinquent) leidt tot heldere aanknopingspunten voor het doorbreken van de keten (door de delinquent).</li> <li>Het hebben van heldere aanknopingspunten voor het doorbreken van de keten, leidt tot het doorbreken van de keten, afhankelijk van motivatie en capaciteit.</li> </ul>	<p>Volgens gedetineerden krijgen zij inderdaad meer zelfinzicht als gevolg van de prétherapie. Zij spreken van "anders naar zichzelf leren kijken".</p>	<p>Volgens 8 van de 10 behandelaren is dit nog steeds een veelgebruikt onderdeel in de behandeling, maar dient dit wel aangevuld te worden, want</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>inzicht is geen noodzakelijke voorwaarde voor gedragsverandering;</li> <li>het doorbreken van de keten kan ook op ingezet worden bij ontkenners en mensen anderszins zonder vermogen of wil tot zelfreflectie;</li> <li>er moet niet alleen over het delict en risicofactoren gepraat worden, maar ook over iemands positieve kanten en levensdoelen;</li> <li>goed letten op mate van zelfwaardering tijdens dit proces;</li> <li>alleen het delictscenario is te beperkt.</li> </ul> <p>Bijvoorbeeld: Voor de lage risico groep kan ingezet worden op verbetering op drie probleemgebieden: relationeel, seksueel en strategieën van probleemoplossing; Voor de hoge risicogroep wordt het werken met een terugvalpreventieplan nog wel als nuttig onderdeel van de behandeling gezien, zij het niet voldoende op zich.</p> <p>Vier behandelaren gaven aan detentie niet de periode en plek te vinden om al te werken aan bewustwordingsprocessen ten aanzien van delictgedrag.</p>
	<p><i>Onderdeel 5: vergroten van motivatie voor (vervolg)behandeling</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Aandacht en empathie van de behandelaren leidt tot versterking van het gevoel van eigenwaarde bij de delinquent.</li> <li>Een versterkt gevoel van eigenwaarde leidt tot acceptatie van het eigen ziektebeeld.</li> <li>De acceptatie van het eigen ziektebeeld leidt tot het besef dat de delinquent problemen heeft.</li> <li>Het besef dat de delinquent problemen heeft, leidt tot het besef om iets te moeten veranderen.</li> <li>Het besef iets aan de problemen te moeten doen, leidt tot motivatie voor behandeling.</li> <li>Motivatie voor behandeling leidt tot een succesvolle instroom in de (vervolg)behandeling.</li> </ul>	<p>De gedetineerden gaven aan zeer tevreden te zijn over het zichzelf kunnen zijn op de afdeling BW.</p>	<p>Het is heel erg goed dat hier op ingezet wordt, volgens de behandelaren, alleen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>er komt meer kijken bij motivatie dan deze keten: aandacht en empathie van behandelaren is niet voldoende op zich. Een aantal adviseert dit onderdeel aan te vullen met technieken van <i>motivational interviewing</i> (Miller &amp; Rollnick, 2002; 2005);</li> <li>vier van de behandelaren hebben niet gemerkt aan ex-deelnemers dat zij op dit punt een voorsprong hadden, twee hebben het wel gemerkt, en vier konden er niets over zeggen omdat zij te weinig uitstromers van de prétherapie hadden gezien;</li> <li>acceptatie van het eigen 'ziektebeeld' is wel een erg heet hangijzer om mee te beginnen tijdens detentie, want het betekent verantwoordelijkheid nemen voor het delict en daarbij moet de eigenwaarde goed bewaakt worden.</li> </ul>

Behandeldoel	Veronderstelde mechanismen	Deelnemers	Behandelaren uit vervolgtrajecten
	<p><i>Onderdeel 6: aanleren van therapievaardigheden</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kennismaken met en ervaring opdoen in therapeutische sessies leidt tot een open houding (bereidheid tot praten), begrip van (behandel)terminologie en zelfreflectie bij de zedendelinquent.</li> <li>• Een open houding (bereidheid tot praten), begrip van (behandel)terminologie en zelfreflectie leidt tot een beter begrip van de behandeling (bij de zedendelinquent).</li> <li>• Beter begrip van de behandeling leidt tot een meer succesvolle instroom in de vervolgbehandeling.</li> </ul>	<p>Gedetineerden gaven aan het spreken in een groep aanvankelijk moeilijk te vinden, maar na enige tijd te leren spreken over persoonlijke zaken</p>	<p>De meeste behandelaren gaven aan dit een goede insteek te vinden. Vier van de tien behandelaren gaven aan inderdaad gemerkt te hebben dat ex-deelnemers opener waren in de groep en bekend waren met terminologie. Daardoor stroomden zij makkelijker in. Door een aantal werd wel kanttekeningen geplaatst:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— vier behandelaren gaven aan niets te hebben gemerkt van aangeleerde therapievaardigheden bij ex-deelnemers;</li> <li>— ook al zou het onderdeel werken, dan nog blijft het belangrijk uit te kijken voor sociaal wenselijk gebruik van terminologie en te blijven letten op echt begrip;</li> <li>— het nadeel van alvast werken aan zelfinzicht was volgens de behandelaren dat sommigen dan na prétherapie zeiden daar al klaar mee te zijn.</li> </ul>
<p>3 Verkorten duur vervolgbehandeling</p>	<p><i>Onderdeel 7: verkorten van de instroomfase in de behandeling</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Motivatie voor behandeling, een open houding (bereidheid tot praten), begrip van (behandel)terminologie en zelfreflectie leiden tot een snellere instroom in de vervolgbehandeling.</li> <li>• Een snellere instroom in de vervolgbehandeling leidt tot een meer succesvolle deelname aan de vervolgbehandeling.</li> <li>• Een meer succesvolle deelname aan vervolgbehandeling leidt tot een kortere vervolgbehandeling.</li> </ul>	<p>Hier konden zij niet veel over zeggen. Een aantal gaf aan dat dit kan gebeuren.</p>	<p>Twee van de tien behandelaren gaven aan het ermee eens te zijn. Vier zeiden het aannemelijk te vinden dat de beginfase van de behandeling te verkorten is, maar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— dan moet er wel een goede overdracht plaatsvinden;</li> <li>— het verdere verloop is casus-gebonden volgens de meeste behandelaren;</li> <li>— een verkorting van de vervolgbehandeling zou een goede afstemming tussen prétherapie en vervolgbehandeling vereisen en eventueel moet er dan een apart traject aangeboden worden aan degenen die prétherapie hebben gehad.</li> </ul>
<p>4 Voorkomen van recidive</p>	<p>Alle bovengenoemde onderdelen</p>		<p>Om hier uitspraken over te doen zou uitgebreid onderzoek nodig zijn</p>