



Vrije
Universiteit
Brussel

Faculteit Recht en Criminologie
Vakgroep Criminologie

Het Risk-Need-Responsivity Model versus het
Good Lives Model bij de rehabilitatie van
seksuele delinquenten.
Een vergelijking tussen Belgische en Canadese
behandelingseenheden.



The Risk-Need-Responsivity Model versus the Good Lives Model
concerning the rehabilitation of sexual offenders.
A comparison between Belgian and Canadian treatment units.

Eindverhandeling neergelegd tot het behalen van
de graad van Master in de Criminologische Wetenschappen

door GWENDOLYN BRAET

Academiejaar 2007 - 2008

Promotor:

Prof. Dr. Stef Decoene

QUOTE

„ It is what happens *after* the delivery of the treatment package that is critical ”

D.R. Laws (1989)

SAMENVATTING

Trefwoorden:

- Risk-Need-Responsivity Model
- Good Lives Model
- Behandeling van seksuele delinquenten

Deze meesterproef heeft als doelstelling een kritische analyse van én vergelijking tussen twee theoretische benaderingen betreffende de behandeling van seksuele delinquenten. Het gaat om het Risk-Need-Responsivity Model (RNR Model, Andrews & Bonta, 2006) en het Good Lives Model (GLM, Ward et al, 2003). Naast een literatuurstudie van beide benaderingen onderzochten we in verschillende behandelingseenheden voor seksuele delinquenten hoe en in welke mate de behandelingspraktijk aansluit bij beide rehabilitatietheorieën. Via persoonlijke gesprekken en het verzamelen van visieteksten, probeerden wij inzicht te krijgen in hun praktijkwerking. Geografisch hebben wij dit onderzoek afgebakend tot behandelingseenheden in België en Canada.

De literatuurstudie toont ons de levendige discussie tussen de aanhangers van beide modellen. Naast het feit dat het RNR Model en het GLM beide zorgvuldig ontwikkelde rehabilitatietheorieën zijn, zien we inhoudelijk grote verschillen. Elk model heeft zijn specifieke invalshoek. Het RNR Model legt het accent op terugvalpreventie terwijl het GLM expliciet aandacht besteed aan welzijnsbevordering. We merken eveneens op dat de sterke en zwakke elementen van beide modellen zich telkens in een ander domein situeren. Zo wordt het RNR Model bejubeld omwille van zijn empirisch bewijsmateriaal terwijl de auteurs van het GLM van mening zijn dat hun model een brede verklarende reikwijdte heeft.

Wat betreft de toepassing van deze modellen in de praktijk stellen wij het volgende vast. De Canadese behandelingspraktijk van seksuele delinquenten vindt het meest aansluiting bij het RNR Model. De effectiviteit van dit model inzake terugvalpreventie werd immers bewezen. Tevens zijn de practici van mening dat de visie verkondigd door het GLM reeds impliciet in hun werking aanwezig was. Zij zijn niet onder de indruk van dit nieuw model. België daarentegen is niet zo eenvoudig te categoriseren. De behandelingsmethoden zijn niet gestandaardiseerd wat in de praktijk leidt tot heel wat verschillen. Afhankelijk van de setting zijn er meer of minder elementen aanwezig die ingang vinden bij het RNR Model en/of het GLM. De hoofddoelstelling is echter ook hier terugvalpreventie. Het welzijnsaspect treedt in vergelijking met Canada iets meer op de voorgrond, al dan niet uit eigen beweging of onder invloed van het GLM.

Tot slot kunnen wij zeggen dat één bepaald model niet superieur is. Beide modellen vullen elkaar aan: het RNR is het sterkst, daar waar het GLM hiaten vertoont en omgekeerd. Een aanbeveling naar de praktijk is een combinatie van beide modellen. Implementatie van de sterke elementen van zowel het RNR als het GLM lijkt ons een meerwaarde.

ABSTRACT

Keywords:

- Risk-Need-Responsivity Model
- Good Lives Model
- Treatment of sexual offenders

The aim of this dissertation is both a critical analysis of and comparison between two theoretical approaches concerning the treatment of sexual offenders. On the one hand, it concerns the Risk-Need-Responsivity Model (RNR Model) developed by Andrews & Bonta (2006) and on the other hand, the Good Lives Model (GLM) of Tony Ward et al. (2003). Beside a literature study of both approaches, we examined in several treatment units for sexual offenders how and to what extent the treatment practice is connected to the two rehabilitation theories. Through interviews and collecting vision texts, we tried to get an insight into their practice. Geographically, we limited our research to treatment units in Belgium and Canada.

The literature study shows the lively discussion between the followers of both models. Although both the RNR Model and the GLM are carefully developed rehabilitation theories, we distinguish large differences concerning content. Each model has its specific approach. In the RNR Model, the emphasis is on relapse prevention whereas the GLM explicitly focuses on the promotion of well-being. We also notice that the strong and weak elements of both models are situated each time in another area. As such, the RNR Model is applauded for its empirical evidence whereas the GLM authors emphasise its broad explanatory range.

Concerning the application of these models, we have established the following. The Canadian treatment practice of sexual offenders is the closest related to the RNR Model. The effectiveness of this model concerning relapse prevention has already been proved. Furthermore, practitioners believe that the vision as stated by the GLM was already implicitly integrated in their activity and they are unimpressed by this new model. On the other hand, Belgium is difficult to categorise. The treatment methods are not standardised and in practice, this leads to many differences. According to the setting, there are more or less elements present that gain acceptance with the RNR Model and/or the GLM. In both cases, however, the main goal is relapse prevention. Compared to Canada, the well-being aspect is more emphasised, either of its own accord or under the influence of the GLM.

In conclusion, we can say that no specific model is superior. Both models are complementary: the RNR Model is the strongest where the GLM shows weaknesses and vice versa. In practice, we recommend a combination of both models. In our opinion, implementation of the strongest elements of both the RNR Model and the GLM seems to be an added value.

WOORD VOORAF

Een meesterproef schrijven is de laatste stap naar het behalen van het diploma *Master in de Criminologie*. Tegelijkertijd is dit een eerste toetreding tot de echte onderzoekswereld. Het is een unieke kans om na mijn diploma *Bachelor in de Criminologie* mijn opgedane theoretische kennis toe te passen in een eigen onderzoek. Uiteraard gaat zo'n eerste onderzoek gepaard met vallen en opstaan. Deze meesterproef kon slechts werkelijkheid worden door de bijdrage van velen. Omdat de nodige ondersteuning en ervaring van heel wat mensen onmisbaar waren, wil ik hier graag de nodige dankbetuigingen overmaken.

Eerst en vooral mijn dank aan Prof. Dr. Stef Decoene. Hij heeft vertrouwen in mij gesteld toen hij de opdracht als promotor aanvaardde. Ik zou hem graag willen bedanken voor zijn inzet en begeleiding bij de totstandkoming van deze meesterproef. Verder zou ik graag mevr. Franca Cortoni, professor aan de *Université de Montréal* te Canada willen bedanken. Zij was een enorme steun voor mij gedurende mijn onderzoek in Canada. Haar talrijke tips en adviezen waren van onschatbare waarde.

Ook wil ik mijn dank betuigen aan de talrijke respondenten in België en in Canada. Hun ruimhartige medewerking is onontbeerlijk geweest voor de totstandkoming van dit onderzoek. Omdat het in ons vak gebruikelijk is respondenten anoniem te houden, zullen wij hen hier niet met naam en toenaam danken.

Ook wil ik mijn ouders bedanken die mij vanaf het begin de mogelijkheid gegeven hebben om verder te studeren. Zij waren samen met mijn broer op elk moment van de ontwikkeling van deze meesterproef mijn steun en toeverlaat. Ik ben hen hier zeer dankbaar voor.

Tenslotte wil ik een woordje richten tot mijn vriendenkring. Hen wil ik bedanken voor de aanhoudende morele steun en bemoedigende woorden. Zij hebben echter meer dan eens moeten horen dat mijn meesterproef op de eerste plaats kwam. Maar ik ga dat goedmaken.

Gwendolyn Braet
Brussel, 15 mei 2008

INHOUDSOPGAVE

Quote	2
Samenvatting	3
Abstract	4
Woord vooraf	5
Inhoudsopgave	6
Lijst met gebruikte afkortingen	10
Inleiding	11

DEEL I: ALGEMEEN..... 13

Ter inleiding	13
---------------------	----

Hoofdstuk 1: Strafbaar seksueel gedrag & seksueel grensoverschrijdend gedrag..... 13

Inleiding	13
-----------------	----

1. Strafbaar seksueel gedrag 13

1.1 Het Belgisch Strafwetboek (Sw.)	13
---	----

1.1.1 Aanranding van de eerbaarheid	14
---	----

1.1.2 Verkrachting	14
--------------------------	----

1.1.3 Openbare schennis van de goede zeden	15
--	----

1.1.4 Pedofilie, pedoseksualiteit en het strafrecht	15
---	----

1.2 Code Criminel du Canada (CCC).....	16
--	----

1.3 Besluit.....	18
------------------	----

2. Seksueel grensoverschrijdend gedrag 19

2.1 Seksuele stoornissen in de DSM-IV	19
---	----

2.1.1 Wat zijn parafilia?	20
---------------------------------	----

3. Besluit 21

Hoofdstuk 2: Het behandelingskader van seksuele delinquenten in België en Canada .. 22

Inleiding	22
-----------------	----

1. Het behandelingskader in België 22

1.1 Visie en doelstelling(en) van de Federale Staat en Vlaamse Gemeenschap inzake de behandeling van seksuele delinquenten	22
---	----

2. Het behandelingskader in Canada.....	24
2.1 Service Correctionnel Canada (SCC).....	25
2.2 Uitgangspunt en doelstelling(en) van de Service Correctionnel Canada (SCC) inzake de behandeling van seksuele delinquenten	26

DEEL II THEORIEËN INZAKE DE BEHANDELING VAN SEKSUELE DELINQUENTEN: EEN OVERZICHT 28

Inleiding.....	28
1. Biomedische behandelingsmethoden	28
1.1 Uitgangspunt	28
1.2 Verschillende soorten.....	28
1.2.1 Chirurgische ingrepen	28
1.2.2 Hormonale behandelingen.....	29
1.2.3 Psychofarmaca	29
2. Cognitief-gedragstherapeutische methoden	30
2.1 Van gedragstherapie naar cognitieve gedragstherapie	30
2.2 Cognitieve gedragstherapie	31
2.2.1 Seksueel gedrag	31
2.2.2 Ontwikkeling van sociale vaardigheden.....	32
2.2.3 Slachtofferempathie.....	32
2.2.4 Cognitieve distorsies	33
2.2.5 Terugvalpreventie.....	33
Besluit.....	34

DEEL III HET RISK-NEED-RESPONSIVITY MODEL & HET GOOD LIVES MODEL..... 35

Inleiding.....	35
1. Het Risk-Need-Responsivity Model Of Offender Rehabilitation (RNR Model)	35
1.1 Ontstaansgeschiedenis: “What Works”.....	35
1.2 Uitgangspunt	36
1.3 Inhoud.....	37

1.3.1 Het risicobeginsel.....	37
1.3.2 Het behoeftebeginsel.....	37
1.3.3 Het responsiviteitsbeginsel.....	38
2. Het Good Lives Model of Offender Rehabilitation (GLM).....	39
2.1 Ontstaansgeschiedenis.....	39
2.2 Uitgangspunt.....	40
2.3 Inhoud.....	40
3. Kritische evaluatie van het Risk-Need-Responsivity Model en het Good Lives Model	43
3.1 Evaluatie van het Risk-Need-Responsivity Model en auteurs.....	43
3.1.1 Algemeen.....	43
3.1.2 Het risicobeginsel, het behoeftebeginsel en het responsiviteitsbeginsel.....	44
3.1.3 Het RNR Model deugt niet?.....	46
3.2 Evaluatie van het Good Lives Model en auteurs.....	48
3.2.1 Kritiek op de weergave van het RNR Model: Andrews & Bonta.....	48
3.2.2 Kritiek op de weergave van het GLM: Andrews & Bonta.....	49
3.2.3 Bemerkingen van Tony Ward en collega's.....	49
BESLUIT.....	51
DEEL IV: ONDERZOEK NAAR DE BEHANDELING VAN SEKSUELE DELINQUENTEN IN BELGIË EN CANADA.....	52
Ter inleiding.....	52
Hoofdstuk 1: Methodologische aspecten.....	52
1. Doelstelling.....	52
2. Probleemstelling en onderzoeksopzet.....	52
3. Dataverzameling.....	53
4. Kwalitatieve data-analyse.....	53
5. Respondentencodes.....	54
6. Kritische analyse van de onderzoeksmethodologie.....	55
Hoofdstuk 2: De onderzoeksresultaten.....	56
Inleiding.....	56
1. De extrapenitentiaire behandeling van seksuele delinquenten in België.....	57

1.1 Gespecialiseerde ambulante voorzieningen	57
1.1.1 Het Algemeen Welzijnswerk en de Centra voor Algemeen Welzijnswerk	57
1.1.2 De Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg	60
1.1.3 Steuncentra	64
1.2 Residentiële voorzieningen	67
1.3 Relatie met het Risk-Need-Responsivity Model en het Good Lives Model	69
1.3.1 Algemeen	70
1.3.2 Het RNR Model en het GLM in ambulante voorzieningen	70
1.3.3 Het RNR Model en het GLM in residentiële voorzieningen	74
1.3.4 Besluit.....	75
2. De behandeling van seksuele delinquenten in Canada	75
2.1 Canadese nationale en regionale (Québec) behandelingsprogramma's	75
2.1.1 Programma van lage intensiteit	76
2.1.2 Programma van gematigde intensiteit	76
2.1.3 Programma van hoge intensiteit.....	77
2.1.4 Nazorgprogramma.....	79
2.1.5 Andere programma's.....	80
2.1.6 Besluit.....	81
2.2 Relatie met het Risk-Need-Responsivity Model en het Good Lives Model	81
2.2.1 Aansluiting bij het RNR Model	82
2.2.2 Aansluiting bij het Good Lives Model.....	84
2.2.3 Besluit.....	85
3. Kritische vergelijking: België versus Canada.....	85
3.1 België versus Canada inzake de behandeling van seksuele delinquenten.....	85
3.2 België versus Canada inzake de aansluiting van de behandelingspraktijk bij het Risk-Need-Responsivity Model en/of het Good Lives Model	87
 DEEL V: BESLUIT.....	 88
 Bibliografie.....	 90
 Bijlagen	 97

LIJST MET GEBRUIKTE AFKORTINGEN

AW: Algemeen Welzijnswerk

CAW: Centra voor Algemeen Welzijnswerk

CCC: Code Criminel du Canada

CGG: Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg

DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – fourth edition

GLM: Good Lives Model

HSD: Hulpverlening aan Seksuele Delinquenten

LDSG: Leerprojecten voor Daders van Seksueel Geweld

LH: Luteinizing Hormone

LHR: Luteinizing Hormone Releasing Hormone

PSD: Psychosociale dienst

RNR Model: Risk-Need-Responsivity Model

SCC: Service Correctionnel Canada

Sw.: Belgisch Strafwetboek

UFC: Universitair Forensisch Centrum

VISA: Violence Interdite sur Autrui

INLEIDING

Wanneer we spreken over seksuele delinquenten valt er onmiddellijk een akelige stilte. Seksueel misbruik is dan ook een fenomeen waarvan de gevolgen heel ingrijpend zijn. Niet alleen in België maar ook over de grenzen heen is men intussen geconfronteerd met seksuele misdrijven. Door een seksueel misbruikschandaal in de jaren negentig zijn seksuele delinquenten in België in opspraak gekomen. Dit heeft steevast aanleiding gegeven tot ontwikkelingen op verscheidene domeinen: verhoogde aandacht voor slachtofferzorg, aanpassing van de procedure ‘voorwaardelijke invrijheidsstelling’ voor seksuele delinquenten etc. Ook toen heeft de regering onder ogen gezien dat klassieke straffen ontoereikend zijn opdat seksuele delinquenten niet zouden recidiveren. Een deelname aan behandelingsprogramma’s werd vooropgesteld.

In deze meesterproef willen wij een beeld schetsen van de huidige stand van zaken betreffende de behandeling van seksuele delinquenten. Meer specifiek hebben wij gekozen voor een kritische analyse van én vergelijking tussen twee theoretische benaderingen betreffende de behandeling van deze doelgroep. Het gaat enerzijds om het Risk-Need-Responsivity Model en anderzijds om het Good Lives Model. Meer concreet hebben wij in verschillende behandelingseenheden onderzocht hoe de behandeling van seksuele delinquenten in de praktijk vorm krijgt. Later hebben wij bestudeerd hoe en in welke mate de behandelingspraktijk aansluiting vindt bij één van beide rehabilitatietheorieën. Door het feit dat wij in het kader van een studie-uitwisseling het eerste semester van dit academiejaar doorgebracht hebben aan de *Université de Montréal* te Canada, hebben wij ons onderzoek geografisch afgebakend tot België (Vlaanderen) en Canada (regio Québec).

Het thema van deze meesterproef is terug te brengen tot het feit dat Canada op het gebied van de behandeling van seksuele delinquenten een toonaangevende rol speelt. Het was voor ons een unieke kans om dit te toetsen aan de Belgische behandelingspraktijk. De keuze voor een vergelijkend onderzoek is vanzelfsprekend ingegeven door onze studie-uitwisseling.

Deze meesterproef is opgebouwd uit vier grote delen. Om het overzicht te bewaren worden sommige delen onderverdeeld in kleinere hoofdstukken.

Deel I betreft een algemene inleiding. In *hoofdstuk 1* wordt het onderscheid tussen ‘strafbaar seksueel gedrag’ en ‘seksueel grensoverschrijvend gedrag’ toegelicht. In *hoofdstuk 2* wordt het kader waarbinnen de behandeling van seksuele delinquenten in Canada en België geschiedt, toegelicht. Wij bestuderen welke instellingen verantwoordelijk zijn voor het beleid inzake de behandeling van seksuele delinquenten en verduidelijken welke visie zij hanteren alsook welke doelstelling(en) zij in dit kader nastreven.

In deel II wordt aandacht besteed aan de voornaamste theorieën inzake de behandeling van seksuele delinquenten. Zowel biomedische als cognitief-gedragstherapeutische behandelingsmethoden komen aan bod. Andere behandelingsmethoden worden niet besproken omwille van hun marginale toepassing.

In deel III worden twee rehabilitatiemodellen, met name het Risk-Need-Responsivity Model en het Good Lives Model, zorgvuldig onder de loep genomen. Telkens krijgt u een overzicht van de ontstaansgeschiedenis, het uitgangspunt alsook de inhoud van het desbetreffende model. Tot slot wordt de inhoud van beide modellen kritisch belicht.

Deel IV is gewijd aan het empirisch onderzoek naar de behandeling van seksuele delinquenten in België en Canada. In *hoofdstuk 1* worden de methodologische aspecten van het onderzoek toegelicht. Vervolgens geeft *hoofdstuk 2* de onderzoeksresultaten weer. Eerst wordt de behandelingsmethode van seksuele delinquenten in België besproken. Nadien onderzoeken wij hoe en in welke mate deze aansluiting vindt bij het Risk-Need-Responsivity Model en/of het Good Lives Model. Vervolgens wordt de Canadese behandelingspraktijk besproken en wordt eveneens de verhouding met beide rehabilitatiemodellen onderzocht. Dit hoofdstuk wordt beëindigd met een kritische vergelijking tussen België en Canada en dat zowel wat betreft hun behandelingsvisie en –methoden als de aansluiting ervan bij beide theoretische modellen.

DEEL I: ALGEMEEN

TER INLEIDING

Dit inleidend deel moet de lezer geleidelijk aan wegwijs maken in het domein van de seksuele delinquentie. In het eerste hoofdstuk gaan wij het begrip ‘seksueel misbruik’ toelichten. In het volgende hoofdstuk geven wij een overzicht van zowel de Belgische als Canadese context waarbinnen de behandeling van seksuele delinquenten geschiedt.

HOOFDSTUK 1: STRAFBAAR SEKSUEEL GEDRAG & SEKSUEEL GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG

INLEIDING

Het begrip ‘seksueel gedrag’ bestuderen wij vanuit twee invalshoeken. Ten eerste onderzoeken wij hoe seksueel gedrag gedefinieerd wordt volgens de strafwet. Daar deze meesterproef een vergelijkende studie betreft tussen België en Canada, beschrijven wij enerzijds de relevante artikels in het Belgisch Strafwetboek (hierna Sw.) en anderzijds deze in de *Code Criminel du Canada* (hierna CCC). Vervolgens gaan wij na hoe seksueel gedrag gedefinieerd wordt vanuit de klinische praktijk. Hiervoor doen wij een beroep op de vierde editie van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (hierna DSM-IV).

1. STRAFBAAR SEKSUEEL GEDRAG

1.1 Het Belgisch Strafwetboek (Sw.)

Seksuele delicten worden in het Belgisch Sw. vermeld onder titel VII waarin de misdrijven tegen de orde der familie en tegen de openbare zedelijkheid worden opgenomen¹. Seksueel misbruik staat niet als dusdanig in het Sw.: wel zijn er drie vormen van strafbaar seksueel gedrag opgenomen. Het gaat om (1) aanranding van de eerbaarheid, (2) verkrachting en (3) openbare zedenschennis. Deze drie bepalingen dienen echter breed geïnterpreteerd te worden. Seksueel misbruik in al zijn vormen wordt in het Belgisch strafrecht immers onder deze drie noemers geplaatst. Zo wordt het begrip pedoseksualiteit als zodanig op geen enkel ogenblik

¹ S. BOGAERTS, *Interpersoonlijke factoren bij de verklaring van pedoseksualiteit*, proefschrift doctor in de criminologische wetenschappen, Katholieke Universiteit Leuven, 2001-2002, 18.

door de wetgever vermeld, maar kan het wel beschouwd worden als een vorm van verkrachting of van aanranding van de eerbaarheid².

In wat volgt, worden de strafrechtelijke bepalingen inzake aanranding van de eerbaarheid, verkrachting en openbare schennis van de goede zeden toegelicht. Vervolgens wordt een afzonderlijk onderdeel gewijd aan de speciale verhouding van pedoseksualiteit met het strafrecht, daar deze term noch een strafrechtelijke kwalificatie noch een strafrechtelijke notie is. Pedoseksualiteit wordt op een andere speciale wijze strafbaar gesteld.

1.1.1 Aanranding van de eerbaarheid

Onder de titel ‘aanranding van de eerbaarheid’ voorziet en bestraft het Sw. verschillende misdrijven die gemeenschappelijke kenmerken vertonen. Het gaat om³:

- een ernstige aantasting van de seksuele integriteit die rechtstreeks ingrijpt op het lichaam van het slachtoffer (bijvoorbeeld ongeoorloofd aanraken of onthullen van de geslachtsorganen, de borsten, onderbuik en de dijen);
- de niet-instemming van het slachtoffer;
- de wil in hoofde van de daders om de daad (zoals door de strafwet beschreven) te plegen;
- het feit dat het misdrijf voltrokken is van bij de eerste immorele daad zodra er begin van uitvoering is.

Om van aanranding van de eerbaarheid te spreken, moeten er volgens de jurisprudentie drie constitutieve elementen aanwezig zijn⁴: een inbreuk op de seksuele onaantastbaarheid, het ontbreken van een geldige toestemming van het slachtoffer en een algemeen opzet. In artikel 372 en 373 Sw. staat beschreven dat aanranding van de eerbaarheid wordt bestraft met een opsluiting. Tegen de wil betast worden, gedwongen worden naar porno te kijken of toe te kijken naar seksuele activiteiten van anderen, zijn maar een paar voorbeelden van aanranding van de eerbaarheid.

1.1.2 Verkrachting

Vervolgens wordt in art. 375 Sw. ‘verkrachting’ gedefinieerd als:

“Verkrachting is elke daad van seksuele penetratie van welke aard en met welk middel ook gepleegd op een persoon die daar niet in toestemt. Toestemming is er met name niet wanneer de daad is opgedrongen door middel van geweld of list of mogelijk is

² I. ROELEN, *Seksuele recidive bij zedendelinquenten: een literatuurstudie*, eindverhandeling licentiaat in de Criminologische Wetenschappen, Katholieke Universiteit Leuven, 2004-2005, 1.

³ S. BOGAERTS, *l.c.*, 20.

⁴ *Ibid*, 21.

gemaakt door een onvolwaardigheid of een lichamelijk of geestelijk gebrek van het slachtoffer”.

Opdat van verkrachting sprake zou kunnen zijn, is het vereist dat vier bepaalde elementen aanwezig zijn. Het gaat om: een daad van seksuele penetratie, van welke aard en met welk middel ook, gepleegd op een persoon en zonder zijn toestemming⁵. Verkrachting wordt volgens het Sw. gestraft met een opsluiting waarvan de duur kan variëren tussen 5 à 10 jaar tot 20 à 30 jaar. In de literatuur wordt eveneens gesteld dat verkrachting een aanranding van de eerbaarheid is met het bijzonder element van penetratie⁶.

1.1.3 Openbare schennis van de goede zeden

Een handeling van exhibitionisme kan het eergevoel van een toeschouwer kwetsen maar is geen aanranding van de eerbaarheid omdat zijn seksuele integriteit niet aangetast wordt⁷. Deze handeling is wel strafbaar als ‘openbare zedenschennis’ wat in art. 385 Sw. gedefinieerd wordt als:

“Hij die in het openbaar de zeden schendt door handelingen die de eerbaarheid kwetsen, wordt gestraft met een gevangenisstraf van acht dagen tot een jaar en met geldboete van zesentwintig frank tot vijfhonderd frank. Wordt de schennis gepleegd in aanwezigheid van een minderjarige beneden de volle leeftijd van zestien jaar, dan is de straf van een maand tot drie jaar en geldboete van honderd frank tot duizend frank”.

1.1.4 Pedofilie, pedoseksualiteit en het strafrecht

Eerst en vooral lijkt het ons aangewezen een duidelijk onderscheid te maken tussen pedofilie en pedoseksualiteit. Ook al worden beide begrippen in de literatuur vaak door elkaar gebruikt, toch hebben ze een verschillende betekenis. *Pedofilie* is een geaardheid, met name een langdurige, overmatige en ongewone interesse in of obsessie voor (jonge) kinderen die erotisch en/of seksueel getint is⁸. Deze term wordt nog verder gedifferentieerd. Sommige auteurs spreken enerzijds over ‘pedofilie’ als de seksuele interesse betrekking heeft op kinderen jonger dan 11 jaar en anderzijds over ‘ephebofilie’ als de seksuele interesse betrekking heeft op kinderen tussen 11 en 14 jaar (meisjes) of tussen 11 en 16 jaar (jongens)⁹.

⁵ I. ROELEN, *l.c.*, 5.

⁶ *Ibid.*, 4.

⁷ S. BOGAERTS, *l.c.*, 31.

⁸ G. VERMEULEN, P. PONSARSERS en A. VERLINDEN, *Het profiel van de pedoseksueel. Een sociologische benadering*, Antwerpen/Apeldoorn, Maklu, 2003, 21.

⁹ *Ibid.*, 22.

Let op dat de genoemde leeftijdsgrenzen arbitrair zijn. *Pedoseksualiteit* daarentegen verwijst naar gedragingen. Het betreft elke vorm van seksueel grensoverschrijdend gedrag, gericht naar kinderen of adolescenten (jongens of meisjes) beneden de leeftijd van 16 jaar¹⁰.

Het is opvallend dat pedoseksualiteit niet expliciet beschreven wordt in het Sw. De beschrijving van pedoseksueel misbruik moet echter gezocht worden in de strafbaarstellingen ‘aanranding van de eerbaarheid’, ‘verkrachting’, ‘bederf van de jeugd en prostitutie’ en ‘schennis van de goede zeden’, in die gevallen waar het misbruikgedrag gericht is naar kinderen onder de leeftijd van 16 jaar¹¹. In het strafrecht wordt pedoseksualiteit dus geoperationaliseerd binnen de context van verzwarende omstandigheden. Verder is het nog mogelijk om een onderscheid te maken tussen enerzijds feiten die zich afspelen binnen het gezin of familie (intrafamiliaal) en anderzijds feiten die zich buiten de familiale sfeer afspelen (extrafamiliaal).

1.2 Code Criminel du Canada (CCC)

In wat volgt, vindt u een samenvatting van de voornaamste artikels uit deel V van de CCC inzake seksuele misdrijven. Wij willen u erop wijzen dat het telkens gaat om een vrije vertaling van het desbetreffende artikel, al dan niet aangevuld met bijkomende informatie.

Het eerste relevante artikel betreft een algemene omschrijving van het *delict aangaande seksuele contacten*. Artikel 151 CCC omschrijft een overtreding die wordt begaan door iedere persoon die omwille van seksuele doeleinden met een deel van zijn lichaam of met een voorwerp, een lichaamsdeel van een kind jonger dan veertien jaar, direct of indirect, aanraakt. In het daaropvolgende art. wordt het *aansporen tot seksuele contacten* besproken door de Canadese wetgever. Een dergelijke overtreding wordt begaan door iedere persoon die omwille van seksuele doeleinden een kind van minder dan veertien jaar ertoe aanzet om hem te betasten, om zichzelf te betasten of om een derde te betasten en dat direct of indirect met een lichaamsdeel of met een voorwerp. Artikel 153 in het Canadese Strafwetboek gaat vervolgens over *seksuele uitbuiting*. Een dergelijke overtreding wordt begaan door iedere persoon die zich in een positie van autoriteit of van vertrouwen bevindt ten aanzien van de adolescent én ten opzichte van wie de adolescent zich in een staat van afhankelijkheid bevindt of die de adolescent uitbuit én wie, naargelang het geval (1) omwille van seksuele doeleinden, direct of indirect, met een deel van zijn lichaam of met een voorwerp, een lichaamsdeel van

¹⁰ UNIVERSITAIR FORENSISCH CENTRUM, “Therapeutische begeleiding van daders van seksueel geweld”, *Jaarverslag* 1994, 32.

¹¹ G. VERMEULEN, P. PONSERS en A. VERLINDEN, *l.c.*, 23.

de adolescent aanraakt; (2) omwille van seksuele doeleinden de adolescent aanspoort om hem te betasten, om zichzelf te betasten of om een derde te betasten en dat direct of indirect met een lichaamsdeel of met een voorwerp. Een volgende relevante bepaling geeft een omschrijving van *incest*. Incest wordt in art. 155 CCC gedefinieerd als een overtreding die wordt begaan door iedere persoon die weet dat een andere persoon door de bloedband zijn/haar vader, moeder, kind, broer, zuster, grootvader, grootmoeder, kleinzoon of kleindochter is naargelang het geval, en toch seksuele betrekkingen heeft met deze persoon. Het volgende art. beschrijft *bestialiteit* wat onder andere een verbod op seks met dieren impliceert. Het desbetreffende art. 160 CCC zegt dat iedere persoon die een handeling van beestachtigheid pleegt schuldig is, hetzij voor een misdad en onderworpen wordt aan een gevangenisstraf van maximaal tien jaar, hetzij voor een overtreding op verklaring van schuld. Verder voorziet art. 160 (2) CCC in dezelfde straf voor elke persoon die een ander ertoe dwingt een bestiale daad te plegen. De term bestialiteit wordt niet verder gedefinieerd. Het is daardoor niet duidelijk welke handelingen strafbaar worden geacht en welke niet. Het is de taak van de rechter om dit te concretiseren. Artikel 162 CCC is expliciet gewijdt aan *voyeurisme*. Dit misdrijf wordt omschreven als een overtreding die wordt begaan door iedere persoon die heimelijk een persoon observeert via machinale of elektronische middelen of die een visuele registratie van een persoon produceert, waarvan de persoon zich bevindt in omstandigheden waarvoor de bescherming inzake het privéleven geldt:

- a) de persoon bevindt zich op een plaats waar het redelijk is zich te verwachten aan een persoon die hetzij naakt is, zijn boezem, geslachtsorganen of anale zone onthult, hetzij zich wijdt aan een uitdrukkelijke seksuele activiteit;
- b) de persoon is naakt, onthult zijn boezem, geslachtsorganen of anale zone of wijdt zich aan een uitdrukkelijke seksuele activiteit en waarvan de observatie of registratie gemaakt is met de bedoeling een persoon te observeren en te registreren;
- c) de observatie of de registratie is gemaakt met een seksueel doel.

Verder wordt er in het Canadese strafrecht ook aandacht besteed aan *schunnige, obscene activiteiten en exhibitionisme*. Artikel 173 CCC zegt ons het volgende:

(1) schuldig is iedere persoon die opzettelijk een schunnige daad pleegt:

- a) ofwel op een openbare plaats in aanwezigheid van een of meerdere personen;
- b) ofwel op een willekeurige plaats met het voornemen een persoon te beledigen;

(2) schuldig is iedere persoon die op eender welke plaats voor seksuele doeleinden zijn geslachtsorganen toont voor het aangezicht van een kind jonger dan veertien jaar.

Het Canadese strafwetboek besteedt verder drie artikels aan *seksuele agressie*. In art. 271 CCC wordt seksuele agressie omschreven als seksueel geweld dat gepleegd wordt door iedere persoon die de seksuele integriteit van het slachtoffer schendt. Meer specifiek, *gewapende seksuele agressie* (art. 272 CCC) betreft een overtreding die wordt begaan door iedere persoon die seksuele agressie pleegt, naargelang het geval:

- a) men een wapen of een namaakwapen draagt, gebruikt of dreigt te gebruiken;
- b) men dreigt om een lichamelijk letsel toe te brengen aan een andere persoon dan de aanklager;
- c) men een lichamelijk letsel toebrengt aan de aanklager;
- d) men deelneemt aan de overtreding met een andere persoon.

Tot slot heeft de wetgever het over *ernstige seksuele agressie* (art. 273 CCC) wat gepleegd wordt door iedere persoon die door seksuele agressie de aanklager verwondt, toetakelt of verminkt of zijn leven in gevaar brengt. In het kader van deze seksuele agressie is het begrip 'toestemming' van groot belang in de Canadese wetgeving. Artikel 273 CCC houdt in: (1) de toestemming bestaat voor de toepassing van de artikels 271, 272 en 273 inzake het vrijwillig akkoord van de aanklager voor de seksuele activiteit, (2) de toestemming van de aanklager geldt niet voor de toepassing van de artikels 271, 272 en 273 in de gevallen waar:

- a) de toestemming geuit wordt door woorden of door handelingen van een derde;
- b) hij onbekwaam is om ze te vormen;
- c) de beschuldigde spoort aan tot de activiteit door misbruik van vertrouwen of door machtsmisbruik;
- d) hij toont via woorden of gedrag de afwezigheid van toestemming aan de activiteit;
- e) na aan de activiteit toegezegd te hebben, geeft hij blijk van afwezigheid van toestemming betreffende de voortzetting van deze activiteit en dit via woorden en/of handelingen.

1.3 Besluit

Wij merken op dat België en Canada in deze materie op dezelfde golflengte zitten. Net als in Canada wordt in België seksueel misbruik tussen een minderjarige en een bloedverwant in opgaande lijn ook uitdrukkelijk strafbaar gesteld (door middel van art. 372 Sw.). Bestialiteit als dusdanig wordt in België ook strafbaar gesteld. Recent (2007) is een verbod op bestialiteit opgenomen in de Belgische wet op het dierenwelzijn.

Ook impliciet vertonen de Belgische en Canadese strafbaarstellingen inzake seksueel misbruik veel gelijkenissen. Het is vaak de vormgeving die afwijkt maar het overgrote deel

van de acties die strafbaar gesteld zijn in Canada, om niet te zeggen allemaal, worden eveneens in België niet getolereerd. De Canadese strafbaarstellingen aangaande ‘aansporen tot seksuele contacten’ alsook ‘seksuele uitbuiting’ worden eveneens in het Belgische Sw. gedefinieerd, echter wel onder de noemer ‘bederf van de jeugd en prostitutie’ (zie art. 380 Sw. en volgende). Ook voyeurisme wordt niet als dusdanig opgenomen in het Belgische Sw. maar kan wel geïnterpreteerd worden als een aantasting van de seksuele integriteit. Bij meerderjarige slachtoffers is er slechts strafbare aanranding van de eerbaarheid ingeval van geweld of bedreiging¹². Net als voyeurisme wordt ook exhibitionisme niet expliciet vermeld in de Belgische wetgeving. Echter, wanneer mensen zich storen aan bepaalde handelingen in het openbaar, dan kan men spreken van openbare zedenschennis. Exhibitionisme kan hieronder begrepen worden.

2. SEKSUEEL GRENSOVERSCHIJDEND GEDRAG

De strafrechtelijke interpretatie van seksueel misbruik is inmiddels duidelijk. Echter, wanneer we ons op het domein van de psychopathologie en de psychiatrie begeven, spreken we niet meer over seksueel strafbaar gedrag maar over ‘seksueel grensoverschrijdend gedrag’. Hier gaat het om personen die, bij het plegen van een seksueel delict, een psychische stoornis vertonen zoals beschreven in de psychiatrische ziekteleer. Samengevat kan gesteld worden dat daders van seksueel misbruik allemaal strafbare handelingen stellen, maar slechts een deel van hen cumuleert deze delinquentie met een seksuele psychiatrische stoornis¹³.

2.1 Seksuele stoornissen in de DSM-IV

De stoornissen in de menselijke seksualiteit worden in de DSM-IV in drie verschillende categorieën ingedeeld¹⁴. Een eerste categorie betreft de *seksuele disfuncties* wat verwijst naar de problemen van iemand met betrekking tot zijn vermogen om seksueel te functioneren (bijvoorbeeld impotentie bij de man, seksuele ongevoeligheid bij vrouwen etc.). Een tweede categorie wordt gevormd door de *parafilieën* wat een technische term is voor seksuele perversies en wordt gebruikt bij mensen wier seksuele leven zich in hun fantasie dan wel daadwerkelijk afspeelt rond afwijkende seksuele prikkels of voorkeuren. Tot slot zijn er nog de *gender-identiteitsstoornissen* waarvan sprake is wanneer bij mensen wier geslachtelijke

¹² LARCIER, Hoofdstuk 9. Minderjarigen en het strafrecht • B. Intern recht • 2. Misdrijven tegen de orde van de familie en tegen de openbare zedelijkheid, Wet en Duiding Kids - Codex Boek V, 1 januari 2008, 36.

¹³ UNIVERSITAIR FORENSISCH CENTRUM (1994), *l.c.*, 6.

¹⁴ A. FRANCES en M.B. FIRST, *Stemming en stoornis. Een gids voor iedereen die meer wil weten over kenmerken en diagnose van psychische stoornissen. De publiksuitgave van DSM-IV, het handboek van de psychiater*, Amsterdam, Uitgeverij Nieuwezijds, 2006, 169-170.

bouw voor hun gevoel in lijnrechte tegenstelling staat tot hun gevoelsmatige geslachtelijke identificatie (bijvoorbeeld transseksualisme). Zij staan onder grote druk en/of ervaren een lijden ten gevolge van deze combinatiefout.

In deze meesterproef beperken wij ons tot de bespreking van de parafilieën omdat zij het voorwerp van ons onderzoek uitmaken.

2.1.1 Wat zijn parafilia?

De wezenlijke kenmerken van parafilia zijn volgens de DSM-IV de terugkerende intense seksuele drang en de seksueel opwindende fantasieën die in het algemeen gericht zijn op (1) niet-menselijke objecten, (2) het lijden of vernederen van zichzelf of haar/zijn partners (niet alleen gesimuleerd) en (3) kinderen of andere niet-instemmende personen¹⁵. Daarnaast vermeldt de DSM-IV nog twee bijkomende diagnostische criteria¹⁶. Om van een parafilie te kunnen spreken, dient de seksuele drang en de fantasieën tenminste zes maanden op te treden en dient de betrokken persoon de drift of aandrang ook om te zetten in handelingen of dient er ernstig onder te lijden (criterium A). Daarnaast dient het gedrag, de seksuele aandrang of de fantasie voor de persoon ingrijpende negatieve gevolgen te hebben op het sociaal, beroepsmatig functioneren of op andere belangrijke levensdomeinen (criterium B).

De DSM-IV beschrijft acht afzonderlijke parafilia die, ieder genoemd naar de aard van de erbij horende afwijkende prikkel, in de klinische populatie het meest frequent voorkomen. Het gaat meer bepaald om¹⁷:

- *exhibitionisme*: het tonen van geslachtsdelen aan een vreemde;
- *fetisjisme*: het gebruik van niet-levende voorwerpen;
- *travestiet fetisjisme*: het dragen van kleding van de andere sekse;
- *frotteurisme*: het aanraken, wrijven tegen of strelen van een niet-instemmend persoon;
- *pedofilie*: het verlangen naar seksuele activiteiten met kinderen vóór hun puberteit en *pedoseksualiteit*: het hebben van seksuele contacten met kinderen vóór hun puberteit;
- *seksueel masochisme*: werkelijk en niet gesimuleerd vernederd, geslagen, gebonden worden of een andere manier van lijden ondergaan;
- *seksueel sadisme*: werkelijke en niet gesimuleerde handelingen waarbij psychologisch of lichamelijk lijden (vernedering inbegrepen) van de ander seksueel opwindend is;

¹⁵ W. EVERAERD, P. T. COHEN en J. DEKKER, "Seksuele stoornissen en gender-identiteitsstoornissen" in W. VANDEREYCKEN, C. A. L. HOOGRUIN en P. M. G. EMMELKAMP, *Handboek psychopathologie. Deel 1 basisbegrippen*, Houten, Bohn Stafleu Van Loghum, 343.

¹⁶ S. BOGAERTS, *l.c.*, 49.

¹⁷ W. EVERAERD, P. T. COHEN en J. DEKKER, *l.c.*, 344-347.

- *voyeurisme*: de persoon kijkt naar mensen (die dat niet verwachten of weten, en gewoonlijk vreemden zijn), terwijl zij naakt zijn, vrijen of zich ontkleden.

De in de DSM-IV opgenomen lijst van acht specifieke parafilieën is geenszins volledig. De verscheidenheid aan andere voorwerpen of situaties die als seksueel prikkelend kunnen worden ervaren, is opmerkelijk groot¹⁸. Voor zelden voorkomende parafilieën is er bijgevolg een negende categorie gereserveerd, met name de restcategorie. Seksuele stoornissen of problemen die niet in bovenstaande categorieën kunnen worden ondergebracht, staan in de DSM-IV onder de rubriek “*paraphilia not otherwise specified*”. Als voorbeelden kunnen gegeven worden¹⁹: *necrofilie* (het seksueel opgewonden raken door lijken), *zoöfilie* (door dieren), *telefonische scatologie* (het plegen van obscene telefoontjes naar onwillige slachtoffers), *coprofilie* (het opgewonden raken door ontlasting of het uitscheiden hiervan) en *urofilie* (door urine).

Parafilia kunnen in verschillende intensiteiten voorkomen. Op het eerste zicht kunnen handelingen heel onschuldig lijken om soms na verloop van tijd uit te monden in een parafiele stoornis. De ernst van de stoornis wordt in de DSM-IV ingedeeld in²⁰:

- licht: de persoon is duidelijk gekweld door de terugkerende parafiele drang maar heeft er nooit aan toegegeven;
- matig: de persoon heeft er incidenteel aan toegegeven;
- ernstig: de persoon heeft er regelmatig aan toegegeven.

Vaak is het ook zo dat personen niet één maar meerdere parafilieën blijken te hebben. Bovendien kunnen naast de parafilia andere psychische stoornissen voorkomen zoals een drugsverslaving of persoonlijkheidsstoornissen. In deze gevallen moet volgens de DSM-IV een meervoudige diagnose gesteld worden.

3. BESLUIT

Zowel het strafrecht als de DSM-IV laten zich in met afwijkende gedragingen. Voorgaande studie heeft ons inzicht gegeven in de brede waaier van betekenissen die het begrip ‘seksueel misbruik’ kent. Het wettelijk kader maakt duidelijk welke voorwaarden moeten voldaan zijn opdat een gedrag als ‘seksueel misbruik’ geclassificeerd en bestraft kan worden. In de klinische praktijk, meer specifiek in de psychiatrische classificatie, worden afwijkende gedragingen gezien als seksuele stoornissen die behandeld kunnen worden. In sommige

¹⁸ A. FRANCES en M.B. FIRST, *l.c.*, 179.

¹⁹ *Ibid*, 179.

²⁰ UNIVERSITAIR FORENSISCH CENTRUM (1994), *l.c.*, 12.

gevallen merken wij een zekere overlapping tussen strafbaar seksueel gedrag en seksuele stoornissen. Zowel exhibitionisme, pedofilie als voyeurisme worden vermeld in de DSM-IV en worden, ondanks hun impliciete vermelding, eveneens strafbaar gesteld door het Sw.

HOOFDSTUK 2: HET BEHANDELINGSKADER VAN SEKSUELE DELINQUENTEN IN BELGIË EN CANADA

INLEIDING

Een overzicht van de context waarbinnen de behandeling van seksuele delinquenten geschiedt, mag niet ontbreken. De wijze waarop een land georganiseerd is, zal vanzelfsprekend zijn impact hebben op ontwikkelingen in de praktijk. In wat volgt, wordt eerst de Belgische situatie onder de loep genomen. Vervolgens wordt het behandelingskader in Canada geschetst. Deze inleiding moet toelaten om de onderzoeksresultaten later in het juiste perspectief te bekijken.

1. HET BEHANDELINGSKADER IN BELGIË

Het eerste artikel van de Belgische Grondwet zegt dat België een Federale Staat is, samengesteld uit gemeenschappen en gewesten. De macht om beslissingen te nemen behoort niet exclusief toe aan de Federale Regering en het Federale Parlement. De leiding over het land is in handen van verschillende partners die onafhankelijk hun bevoegdheden uitoefenen in verschillende domeinen. Toch behoudt de Federale Staat belangrijke bevoegdheden voor zich. Eén van deze bevoegdheden betreft justitie waardoor het strafrecht en het strafprocesrecht een federale materie zijn. Echter, wanneer men zich specifiek richt op de behandeling van seksuele delinquenten, kan deze materie ook gezien worden als een persoonsgebonden aangelegenheid dat op zijn beurt onder de bevoegdheid valt van de gemeenschappen. In 1998 werd men zich bewust van het feit dat een samenwerking tussen de Federale Staat en de Vlaamse Gemeenschap een meerwaarde zou kunnen opleveren inzake de behandeling van seksuele delinquenten.

1.1 Visie en doelstelling(en) van de Federale Staat en Vlaamse Gemeenschap inzake de behandeling van seksuele delinquenten

Het samenwerkingsakkoord van 8 oktober 1998 tussen de Federale Staat en de Vlaamse Gemeenschap inzake de behandeling van seksuele delinquenten heeft betrekking op de behandeling van daders van seksueel misbruik waarmee de personen worden bedoeld die een

inbreuk hebben gepleegd op artikels 372 tot en met 386ter Sw.²¹ De wettelijke kaders die bijgevolg in aanmerking komen zijn: voorwaardelijke invrijheidsstelling van veroordeelden, invrijheidsstelling van geïnterneerden en gewoontemisdadiger, probatieopschorting en probatieuitstel, vrijheid onder voorwaarden, bemiddeling in strafzaken en voorlopige invrijheidsstelling van veroordeelden.

Dit samenwerkingsakkoord is ontstaan vanuit het idee dat een effectieve behandeling van seksuele delinquenten een samenwerking veronderstelt tussen de (federale) justitiële diensten en de (vlaamse) welzijns- en gezondheidssector. Dit samenwerkingsakkoord heeft als algemene doelstelling²²: “ *een globale, coherente en gecoördineerde aanpak van seksueel misbruik realiseren, ten einde herhaling van het misbruik te voorkomen*”. Naast deze gedeelde finaliteit heeft elke partner nog zijn eigen specifieke doelstellingen die omschreven worden in de Memorie van Toelichting. De algemene doelstelling van het Ministerie van Justitie is het doen naleven en het toepassen van de wet, de preventie van recidive (= tertiaire preventie of het vermijden dat nieuwe slachtoffers gemaakt worden) en het bevorderen van de (re)ïntegratie van de dader van seksueel misbruik in de maatschappij waarbij de stigmatisering zoveel mogelijk moet worden vermeden²³. De algemene doelstelling van de Vlaamse Gemeenschap daarentegen is het welzijn, de gezondheid en de harmonieuze ontplooiing van mensen te bevorderen evenals het verhinderen van situaties die hiertegen kunnen indruisen²⁴.

In tegenstelling tot de Canadese situatie worden er in de Belgische penitentiaire instellingen geen behandelingen aangeboden aan seksuele delinquenten. Het samenwerkingsakkoord voorziet echter wel in een intrapenitentiaire psychosociale dienst (hierna PSD) die gespecialiseerd is in de problematiek van seksuele delinquenten, maar krijgt omtrent deze doelgroep andere specifieke taken toegewezen. De eigenlijke behandeling daarentegen is in handen van extrapenitentiaire ambulante gespecialiseerde voorzieningen. Het gaat zowel om Centra voor Algemeen Welzijnswerk (hierna CAW) en Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (hierna CGG). In het samenwerkingsakkoord is er ook nog sprake van steuncentra die ondersteuning bieden aan de PSD en aan de gespecialiseerde

²¹ Decr. VI. Gem. 2 maart 1999 houdende de goedkeuring van het samenwerkingsakkoord van 8 oktober 1998 tussen de Federale Staat en de Vlaamse Gemeenschap inzake de begeleiding en behandeling van daders van seksueel misbruik, *B.S.* 11 september 1999, 34.023.

²² *Ibid.*

²³ *Ibid.*

²⁴ *Ibid.*

voorzieningen in de gemeenschap²⁵. Deze steuncentra hebben eveneens een behandelingsfunctie. Opvallend feit is dat het samenwerkingsakkoord geen melding maakt van residentiële settings die seksuele delinquenten behandelen. In het Belgische behandelingslandschap zien wij momenteel drie dergelijke residentiële settings (zes indien deze voor geïnterneerden meegerekend worden). Zij zijn echter niet erkend door de Vlaamse Gemeenschap en kunnen bijgevolg niet rekenen op subsidies.

2. HET BEHANDELINGSKADER IN CANADA

Het Canadese rechtssysteem is afgeleid van de Engelse en Franse systemen die in de 17^{de} en 18^{de} eeuw door kolonisten naar Noord-Amerika zijn overgebracht²⁶. Canada is een federaal land wat impliceert dat de soevereiniteit verdeeld is tussen de federale overheid en zijn regio's. De strafwetgeving is een federale materie en wordt geregeld via de *Code Criminel du Canada* (CCC). De tenuitvoerlegging van gevangenisstraffen van meer dan twee jaar is de bevoegdheid van de federatie, de uitvoering van straffen van twee jaar of minder daarentegen ligt bij de regio's²⁷. Deze structuur heeft eveneens zijn implicaties ten aanzien van de behandeling van seksuele delinquenten. In Canada bestaan er behandelingsprogramma's die van toepassing zijn in het hele land. Dit betreft dus programma's voor seksuele delinquenten die veroordeeld zijn tot een gevangenisstraf van meer dan twee jaar. Hiervoor bestaat er een handleiding. Een volledig uitgewerkt programmahandboek specificiert de behandelingspraktijk en de behandelingsmethoden die gebruikt dienen te worden in de programma's²⁸. Zij werden geaccrediteerd door een internationale commissie van gerechtelijke deskundigen in juni 2000. Voorheen waren er ongeveer 100 verschillende behandelingsprogramma's aanwezig. Er was geen onderlinge afstemming van deze programma's, laat staan dat elk goed doordacht was. Uiteindelijk werd er gekozen voor uniformiteit. Elke regio kon behandelingsvoorstellen lanceren. Na juni 2000 werden federaal drie soorten behandelingsprogramma's behouden (lage intensiteit, gematigde intensiteit en een nazorgprogramma). De eigenlijke implementatie geschiedde tegen 2002. Volgens *Ian Barsetti*, psycholoog bij de Service Correctionnel Canada (hierna SCC), is deze beperkte differentiatie een pluspunt: "Als je gaat vergelijken, zie je dat andere landen vaak maar één

²⁵ Samenwerkingsakkoord tussen de Federale Staat en de Vlaamse Gemeenschap inzake de begeleiding en behandeling van daders van seksueel misbruik. Ministerie van Justitie, Brussel, 1998, 1.

²⁶ WODC, "Gewelds - en zedendelinquenten met een psychische stoornis. Een inventarisatie van wetgeving en praktijk in het forensisch psychiatrische systeem en het gevangenisstelsel in Engeland, Duitsland, Canada, Zweden en België", *Rapport*, Den Haag, Ministerie van Justitie, 2006, 141.

²⁷ *Ibid*, 141.

²⁸ I. BARSETTI, *Mondelinge mededeling*, via formeel gesprek, d.d. 19 december 2007.

nationaal model hebben. Hier in Canada heb je nog een officiële differentiatie wat volgens mij de behandeling alleen maar ten goede kan komen"²⁹. De verantwoordelijkheid voor deze nationale behandelingsprogramma's ligt bij de SCC. Naast de nationale programma's bestaan er ook regionale initiatieven ten aanzien van de behandeling van seksuele delinquenten. Deze zijn slechts geldig in de desbetreffende regio voor seksuele delinquenten die veroordeeld zijn tot een gevangenisstraf van twee jaar of minder.

Het lijkt ons geschikt te starten met een voorstelling van de SCC. Nadien volgt een toelichting over hun algemeen uitgangspunt en hun doelstelling(en) inzake de behandeling van seksuele delinquenten.

2.1 Service Correctionnel Canada (SCC)

De SCC maakt deel uit van het ministerie *Sécurité Publique et Protection Civile Canada*. De SCC is een instelling van de federale regering die belast is met de uitvoering van gevangenisstraffen van twee jaar of meer die opgelegd zijn door de rechtbanken³⁰. Merk op dat hun verantwoordelijkheid de strafuitvoering betreft en dus start ná de straftoemeting. De SCC beheert eveneens instellingen van verschillende veiligheidsniveaus en houdt de delinquenten die vrij zijn onder voorwaarden in het oog. Canada is door de SCC onderverdeeld in vijf administratieve regio's die belast zijn met de administratie en het beheer van de programma's en de diensten die aangeboden worden door de SCC³¹. Het gaat om de volgende regio's: *la région de l'Atlantique, la région du Québec, la région de l'Ontario, la région des Prairies* en *la région du Pacifique*. Het hoofdkantoor van de SCC bevindt zich in de hoofdstad Ottawa. Elke regio valt onder de verantwoordelijkheid van dit landelijke SCC maar het kan voorkomen dat de zaken iets anders geregeld zijn, afhankelijk van de regio waarin men zich bevindt³². De volgende vier hoofdactiviteiten karakteriseren de aanpak van de SCC³³:

1. een uitgebreide *assessment*, gericht op het identificeren van de *security risk and needs* en een plaatsing in een instelling met een adequaat beveiligingsniveau;
2. institutionele accommodatie en interventie die gericht is op het aanpakken van het individuele risico op recidive. Hieronder valt ook het aanbieden van *research based* programma's die aangetoond hebben dat ze het risico op recidive reduceren;

²⁹ I. BARSETTI, *Mondelinge mededeling*, via formeel gesprek, d.d. 19 december 2007.

³⁰ WODC, *l.c.*, 141.

³¹ *Ibid*, 161.

³² *Ibid*, 161.

³³ *Ibid*, 161.

3. hernieuwde *assessment* van de risico's op specifieke momenten in de tijd om de vooruitgang in het *correctional plan* te meten en eventueel aanbevelingen te doen voor veranderingen hierin;
4. de periode van toezicht in de gemeenschap dient interventies en programma's te bevatten die gebaseerd zijn op de programma's en interventies die een gedetineerde reeds in de gevangenis gekregen heeft.

2.2 Uitgangspunt en doelstelling(en) van de Service Correctionnel Canada (SCC) inzake de behandeling van seksuele delinquenten

Nog voor de behandeling echt van start gaat, is het al *assessment* wat de klok slaat. "Assessment is the key"³⁴. Dit impliceert dat de delinquent bij aanvang geëvalueerd wordt door de SCC aan de hand van een aantal criteria. Deze evaluatie heeft primair aandacht voor zowel het risiconiveau van de delinquent als zijn graad van behoeften en spelen een doorslaggevende rol bij de determinatie van de behandeling³⁵. Verder heeft deze evaluatie secundair ook aandacht voor seksuele antecedenten en de ontwikkeling van het seksueel misbruikgedrag, de seksuele geaardheid, cognitieve distorties, sociale vaardigheden etc.³⁶ Deze evaluatie impliceert ook een onderzoek naar de ontvankelijkheid van de delinquent voor een behandeling. Een dergelijke uitgebreide evaluatie moet tot slot een antwoord geven op de vraag of een behandeling aangewezen is en geeft, indien van toepassing, verduidelijking omtrent welke behandeling dan het meeste geschikt zou zijn.

Na de evaluatie wordt een bepaald behandelingsprogramma aangeboden. De aangeboden programma's worden gedifferentieerd naar hun intensiteit³⁷. De intensiteit van een programma heeft vooral te maken met de tijdsduur in maanden en in uren therapie³⁸. De programma's worden voornamelijk aangeboden tijdens de detentie. Ze worden steeds aangeboden *à la carte*. Het is echter wel mogelijk om te differentiëren naargelang de behoeften van de delinquent in kwestie. Flexibiliteit in de programma's wordt enorm benadrukt binnen de SCC. De behandelingsprogramma's zijn allemaal cognitief-gedragstherapeutisch³⁹. Zij worden de ene keer in groep aangeboden, de andere keer

³⁴ PUBLIC SAFETY AND EMERGENCY PREPAREDNESS CANADA, "Corrections Fast Facts 6. Treatment for Sex Offenders", www.publicsafety.gc.ca/prg/cor/acc/fl/ff6-en.pdf.

³⁵ *Ibid.*

³⁶ *Ibid.*

³⁷ I. BARSETTI, A. McKIBBEN et al., Programme de perfectionnement continu des psychologues, 2007, 160. Niet gepubliceerd.

³⁸ WODC, *l.c.*, 163.

³⁹ I. BARSETTI, *Mondelinge mededeling*, via formeel gesprek, d.d. 19 december 2007.

individueel en de SCC erkent eveneens de ervaring die opgedaan wordt buiten het kader van de behandeling. De doelstelling van hun programma's wordt omschreven als: *“help them obtain and maintain a state of abstinence from offending (i.e. no more victims)”*⁴⁰. Men probeert samen met de delinquent zijn risico op recidive te beperken zodat hij in alle veiligheid opnieuw in de gemeenschap kan gebracht worden. Deze doelstelling wordt samen met de delinquent bereikt door het ontwikkelen of stimuleren van vaardigheden tijdens therapieessies waarbij verschillende thema's aan bod komen. Voorbeelden van thema's zijn: empathiebevordering, beheersen van emoties, seksuele deviante opwinding en fantasieën, intimiteit, inter-persoonlijke relaties etc.⁴¹ Ondanks de nadruk op hervalpreventie wordt gesteld dat de behandeling in essentie gericht is op het aanleren van vaardigheden die de seksueel delinquent in staat stelt zijn leven op een prosociale manier te leiden⁴². Het beleid van de SCC inzake de behandeling van seksuele delinquenten heeft ook oog voor de situatie na therapie-einde. Er wordt voorzien in de continuïteit van de behandeling via follow-up programma's.

⁴⁰ F. CORTONI en K. L. NUNES, “Assessing the Effectiveness of the National Sexual Offender Program”, *Research Report n° R-183- Research Branch Correctional Service Canada*, Ottawa, may 2007, 1.

⁴¹ I. BARSETTI, A. McKIBBEN et al., *l.c.*, 167.

⁴² F. CORTONI en K. L. NUNES, *l.c.*, 1.

DEEL II

THEORIEËN INZAKE DE BEHANDELING VAN SEKSUELE DELINQUENTEN: EEN OVERZICHT

INLEIDING

In dit hoofdstuk geven wij een overzicht van de voornaamste theoretische behandelings invalshoeken voor seksuele delinquenten. Wij bespreken eerst kort de biomedische behandelingsmethoden. Vervolgens nemen wij de cognitief-gedragstherapeutische behandelingsmethoden onder de loep. Dit zal iets uitgebreider geschieden daar deze soort van behandeling vandaag het meest toegepast wordt.

1. BIOMEDISCHE BEHANDELINGSMETHODEN

1.1 Uitgangspunt

Biomedische behandelingsmethoden zijn gebaseerd op de hypothese dat seksuele delinquenten een fysiologische afwijking hebben. Die afwijking zou de grondslag vormen van seksueel delinquent gedrag. Zo kan een verhoogde productie van testosteron een overmatige seksuele drang tot gevolg hebben⁴³. Aanhangers van deze denkwijze zien in de aanwezigheid van dergelijke fysiologische problemen een rechtvaardiging voor een medische interventie.

1.2 Verschillende soorten

Er bestaan drie grote types van biomedische interventies bij seksuele delinquenten. Het gaat specifiek om chirurgische ingrepen, hormonale behandelingen en psychofarmaca.

1.2.1 Chirurgische ingrepen

De eerst soort chirurgische ingreep betreft de castratie. *Chirurgische castratie* betekent volgens het woordenboek Van Dale: “*Onvruchtbaarmaking door verwijdering van de zaadballen*”. Deze ingreep resulteert in een vermindering van het plasma testosteron, een afname van de geslachtsdrift en een onvermogen tot voortplanting⁴⁴. Resultaten tonen aan dat een dergelijke ingreep een significante reductie van recidive van seksueel delinquent gedrag

⁴³ V.C. VEEN en C. DE RUITER, “De effectiviteit van behandelingen bij seksuele delinquenten. Een overzicht van de internationale literatuur”, *Justitiële Verkenningen* 2005, 77.

⁴⁴ C. DE RUITER en V.C VEEN, “Terugdringen van recidive bij drie typen geweldsdelinquenten: werkzame interventies bij relationeel geweld, seksueel geweld en algemeen geweld”, *Rapport Ministerie van Justitie* 2004, 22.

als gevolg heeft. Echter, deze vorm van behandeling wordt vandaag niet meer toegepast omdat zij niet overeenstemt met de huidige ethische normen. Een tweede soort chirurgische ingreep betreft de *neurochirurgie* of *psychochirurgie*. Deze vindt zijn oorsprong in het feit dat verschillende onderzoekers van mening zijn dat structurele hersenafwijkingen een belangrijke rol spelen in het plegen van seksueel delinquent gedrag⁴⁵. Bij seksuele delinquenten kunnen problemen zich situeren in de hersengebieden waar de testosteronproductie wordt gereguleerd. Een neurochirurgische ingreep kan uitkomst bieden door in te grijpen op die hersendelen die instaan voor de regulatie van de vrijmaking van testosteron⁴⁶.

1.2.2 Hormonale behandelingen

Hormonale behandelingen zijn één van de twee pijlers van farmacotherapie, een medicamenteuze behandelingsmethode. De andere pijler betreft psychofarmacotherapie en wordt later besproken.

Hormonale behandelingen impliceren ofwel een toediening van anti-androgenen ofwel van LHRH-agonisten. Androgenen worden in *Van Dale* omschreven als een verzamelnaam voor mannelijke geslachtshormonen behorend tot de klasse der steroïden, bijvoorbeeld testosteron. Deze stof stimuleert en controleert de ontwikkeling en behoud van mannelijke kenmerken. *Anti-androgenen* daarentegen verminderen de productie van sperma en het vermogen tot erectie en ejaculatie⁴⁷. Het globale resultaat is een afname van de seksuele drang en de mate waarin er opwinding optreedt⁴⁸. Dit type ingreep wordt ook “chemische castratie” genoemd omdat zij dezelfde doelstelling beoogd als chirurgische castratie. Een nieuwere hormonale behandelingsmethode betreft het toedienen van *Luteinizing Hormone Releasing Hormone*-agonisten. LHRH blokkeert de productie van het *Luteinizing Hormone* (LH), een hormoon dat een belangrijke rol speelt bij de aanmaak van testosteron in de testes en resulteert in een verminderde afscheiding van testosteron⁴⁹. De toediening van dit hormoon leidt aldus tot een afname van (deviante) seksuele fantasieën en gedrag.

1.2.3 Psychofarmaca

De tweede pijler van de farmacologische interventies wordt gevormd door psychofarmaca. Enerzijds treffen we *anti-psychotica* aan die de hoeveelheid dopamine in de hersenen

⁴⁵ K. BLANCHETTE, “Rapport de recherche: Evaluation, traitement et risque de récidive des délinquants sexuels: analyse de la documentation”, *Service Correctionnel du Canada* 1996, 37.

⁴⁶ F. VAN HUNSEL en P. COSYNS, “Biomedische interventies bij plegers van seksueel geweld”, *Tijdschrift voor Seksuologie* 2002, 88.

⁴⁷ V.C. VEEN en C. DE RUITER, *l.c.*, 78.

⁴⁸ *Ibid*, 78.

⁴⁹ I. ROELEN, *l.c.*, 88.

verminderen. Dopamine is een stof die optreedt als stimulator van de seksuele activiteit. Een toediening van deze dopamine receptorblokkade veroorzaakt een reductie van seksueel gedrag⁵⁰. Anderzijds wordt er beroep gedaan op *serotonerge psychofarmaca*. Serotonine is een neurotransmitter die betrokken is bij de seksuele activiteit. Serotonine, afgegeven door neuronen, heeft een exciterende werking en treedt op als regulator van het dopamine-systeem. Uit verschillende onderzoeken zijn er aanwijzingen te vinden voor het feit dat een verminderde serotonerge activiteit gepaard gaat met desinhibitie van seksueel gedrag, daar waar toegenomen centrale serotonerge activiteit bijdraagt tot reductie van seksueel gedrag⁵¹.

2. COGNITIEF-GEDRAGSTHERAPEUTISCHE METHODEN

Bij de behandeling van seksuele delinquenten wordt er vandaag de dag vooral beroep gedaan op de cognitieve gedragstherapie. Literatuurstudies en meta-analyses bevestigen dat deze interventies het recidiveniveau meer beïnvloeden dan andere soorten van behandeling⁵². In wat volgt, bespreken wij de onvrede binnen de gedragstherapeutische benadering die geleid heeft tot de opkomst van deze cognitieve gedragstherapie. Vervolgens gaan we dieper in op de concrete inhoud van deze behandelingsmethode.

2.1 Van gedragstherapie naar cognitieve gedragstherapie

In de jaren zeventig ontstond onvrede binnen de gedragstherapie. Het idee dat seksueel misbruik verklaard kan worden door één enkele factor, namelijk deviante seksuele opwindings, werd achterhaald. Onderzoeken hebben aangetoond dat een seksueel delict een verschijnsel is dat veelvuldige oorzaken heeft en dat behandelingsmethoden dus ook andere doelstellingen moeten omvatten zoals cognitieve herstructurering, ontwikkeling van de sociale vaardigheden en woedebeheersing⁵³. Ook werd duidelijk dat de verschillende gedragstherapeutische interventies niet adequaat waren. Vanuit de wetenschap ontstonden drie groepen die elk op verschillende wijze gereageerd hebben op deze onzekerheid. De *traditionelen* gingen de oplossing zoeken binnen het eigen gedragstherapeutische kader. De *pragmatici* kozen voor onderzoek naar de effectiviteit en de timing in verschillende interventies alsook onderzoek naar de wijze waarop een interventie het beste geïmplementeerd kon worden. De *cognitivisten* tot slot vonden een belangrijke inspiratiebron binnen de cognitieve therapie. In cognitieve

⁵⁰ F. VAN HUNSEL en P. COSYNS, *l.c.*, 92.

⁵¹ F. VAN HUNSEL en P. COSYNS, "Biomedische diagnostiek bij plegers van seksueel geweld", *Tijdschrift voor Seksuologie*, 2002, 65.

⁵² K. BLANCHETTE, *l.c.*, 39.

⁵³ *Ibid*, 38.

therapie gaat het erom je gedachten met betrekking tot je problemen te veranderen. In de jaren tachtig begon men progressief meer aandacht te besteden aan de cognitieve processen die het deviante seksuele gedrag voorafgingen en werd de doelstelling meer gericht op het voorkomen van terugval⁵⁴. In de gedragstherapie *pur sang* bleven gedachten en emoties buiten de probleemanalyse, in de cognitieve gedragstherapie benadrukt men het belang van zowel cognitieve variabelen als leervariabelen. Als gevolg van dit inzicht is de gedragstherapie geëvolueerd naar een vollediger model, het cognitief-gedragstherapeutisch model, dat bovenstaande nieuwe behandelingsdoelstellingen perfect integreert. De cognitieve gedragstherapie is een vergelijkbare vorm van psychotherapie, alleen het uitgangspunt van de therapie is anders.

2.2 Cognitieve gedragstherapie

Het uitgangspunt van de cognitieve gedragstherapie is dat cognitieve factoren zoals gedachten, overtuigingen en veronderstellingen zowel het gevoel als het gedrag bepalen.

Door het feit dat cognitieve gedragstherapie aangeboden wordt in verschillende landen, is er een grote diversiteit op te merken wat betreft de componenten van een dergelijke therapie⁵⁵. Na een grondige literatuurstudie merken wij op dat er toch eensgezindheid bestaat. Zo zijn er verschillende behandelingscomponenten/doelstellingen die altijd gebruikt worden in de cognitieve gedragstherapie. Het gaat meer bepaald om de volgende thema's: seksueel gedrag, slachtofferempathie, ontwikkeling van sociale vaardigheden, cognitieve vervormingen en terugvalpreventie.

2.2.1 Seksueel gedrag

Cognitief-gedragstherapeutische programma's hebben vaak een component in zich dat zich richt tot het bestrijden van deviante seksuele voorkeuren door middel van het handhaven en/of beklemtonen van opwinding als gevolg van aangepaste prikkels⁵⁶. Deze component is gelijk aan het uitgangspunt van de gedragstherapie. Echter, uit de evaluatie van de gedragstherapie bleek dat deze techniek niet op veel ondersteuning kon rekenen. Als gevolg daarvan ging men binnen de cognitieve gedragstherapie ook aandacht besteden aan de psychoseksuele ontwikkeling van de cliënt. Seksuele delinquenten worden immers vaak gekenmerkt door conservatieve opvattingen over seksualiteit. Therapie in dit kader kan gericht zijn op zowel

⁵⁴ UNIVERSITAIR FORENSISCH CENTRUM (1994), *l.c.*, 75.

⁵⁵ W.L. MARSHALL en H.E. BARBAREE, "Outcome of Comprehensive Cognitive - Behavioral Treatment Programs" in W.L. MARSHALL, D.R. LAWS en H.E. BARBAREE(eds.), *Handbook of Sexual Assault. Issues, theories and treatment of offender*, New York, Plenum, 1990, 364.

⁵⁶ K. BLANCHETTE, *l.c.*, 39.

fysiologische als anatomische aspecten van seksualiteit⁵⁷. Er wordt ook ingegaan op de betekenis van seksuele intimiteit, op de gelijkwaardigheid tussen man en vrouw en op de communicatie tussen partners⁵⁸.

2.2.2 Ontwikkeling van sociale vaardigheden

Sociale vaardigheidstraining is een belangrijk onderdeel in vele cognitief-gedragstherapeutische behandelingsprogramma's. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat seksuele delinquenten gekenmerkt worden door gebrekkige sociale vaardigheden (zoals het hanteren van conflicten, het aangaan en onderhouden van contacten, hun sociaal probleem oplossend vermogen, assertiviteit)⁵⁹. Daarnaast worden ze vaak gekenmerkt als gebrekkig in zelfvertrouwen, sociaal angstig en eenzaam. Een dergelijke brede waaier aan sociale onaangepastheden zorgt ervoor dat seksueel delinquenten inter-persoonlijke relaties uit de weg gaan en ongepaste relaties ontwikkelen (bijvoorbeeld met kinderen). Seksuele delinquenten krijgen tegenwoordig trainingen om sociaal vaardiger te worden. Er komen meestal verschillende facetten aan bod zoals gespreksvaardigheden, angst en boosheidbeheersing, assertiviteit, probleem-oplossingsvaardigheden, het verhogen van de zelfwaardering en het ontwikkelen van een effectieve hechtingsstijl⁶⁰. Ingrijpen op deze domeinen heeft als doel de levenskwaliteit van de cliënt te verbeteren om zo tegelijkertijd zijn algemene kwetsbaarheid voor het hervat te doen dalen⁶¹.

2.2.3 Slachtofferempathie

Slachtofferempathie wordt omschreven als het begrip dat een seksuele delinquent heeft voor de ervaringen van slachtoffers⁶². In vrijwel alle behandelingsprogramma's komt het bevorderen van empathie aan de orde. Seksuele delinquenten zien vaak niet in dat ze schade hebben toegebracht aan het slachtoffer. Dit gebrek aan empathisch vermogen is een belangrijke oorzaak van seksueel delinquent gedrag. Behandelingen berusten dan ook op de veronderstelling dat een groter inlevingsvermogen de kans op een delict zou doen dalen⁶³. Empathie wordt aanzien als een beschermende factor tegen grensoverschrijdend gedrag.

⁵⁷ I. ROELEN, *l.c.*, 71.

⁵⁸ *Ibid*, 71.

⁵⁹ P. EMMELKAMP, J. EMMELKAMP, C. DE RUITER en V. DE VOGEL, "Effectiviteit van psychotherapeutische behandeling bij plegers van seksueel geweld", *Tijdschrift voor Seksuologie* 2002, 100.

⁶⁰ *Ibid*, 100.

⁶¹ I. ROELEN, *l.c.*, 76.

⁶² V.C. VEEN en C. DE RUITER, *l.c.*, 81.

⁶³ D. DE DONCKER, C. SCHOTTE en S. KOECK, "De klinisch psychologische diagnostiek van plegers van seksueel misbruik: een diagnostische strategie en instrumentarium", *Tijdschrift voor Seksuologie* 2002, 52.

Empathietraining leert daders van seksueel misbruik de gevoelens van slachtoffers te herkennen. Uitgangspunt hierbij is dat de delinquent door het ontwikkelde inlevingsvermogen zal terugschrikken voor de pijnlijke ervaringen die hij/zij bij anderen veroorzaakt met seksueel gewelddadig gedrag. Deze vorm van therapie kent positief resultaat wat betreft de ontwikkeling van empathie, maar het is moeilijk om met zekerheid te zeggen dat dergelijke behandeling ook het risico op recidive vermindert⁶⁴.

2.2.4 Cognitieve distorsies

Volgens sommige auteurs is het gebrek aan empathie bij seksuele delinquenten het gevolg van cognitieve distorsies. Op het domein van seksueel misbruik worden cognitieve distorsies veelal gedefinieerd als *“learned assumptions, sets of beliefs, and self-statements about deviant sexual behaviors such as child molestation and rape which serve to deny, justify, minimize, and rationalize an offender’s action”*⁶⁵. Dit impliceert dus dat een individu een aantal veronderstellingen, overtuigingen en gedachten heeft waardoor deze ofwel een delict zal ontkennen, rechtvaardigen of rationaliseren ofwel de ernst ervan zal minimaliseren. Cognitieve distorsies zijn dus geen oorzaken om tot seksueel delinquent gedrag over te gaan. Ze worden beschouwd als faciliterende factoren, als gedragingen of gedachten die individuen aanmoedigen om een delict te plegen en eveneens dienen om dit onaanvaardbaar gedrag voor zichzelf en anderen aanvaardbaar te maken. De verandering van deze cognitieve distorsies gebeurt via verschillende cognitieve herstructureringsprogramma’s. Echter, ondanks deze grote diversiteit aan behandelingen voor cognitieve distorsies is de effectiviteit ervan op het recidiverisico niet aangetoond.

2.2.5 Terugvalpreventie

Terugvalpreventie is gebaseerd op cognitief-gedragtherapeutische technieken waarbij het aanleren en in stand houden van zelfregulatievaardigheden om toekomstig seksueel gewelddadig gedrag te beheersen, centraal staat⁶⁶.

Terugvalpreventie werd begin jaren tachtig ontwikkeld door *Marlatt* voor de behandeling van drugs-, alcohol- en tabaksverslaafden. Het uitgangspunt was om terugval (het mislukken van een poging tot verandering of aanpassing van het gedrag) bij deze populatie te voorkomen. Hij geeft dit model de naam *“relapse prevention”* en beschrijft het later als: *“(…) een zelfcontroleprogramma dat ontwikkeld is om aan personen, die trachten hun leven te*

⁶⁴ K. BLANCHETTE, *l.c.*, 43.

⁶⁵ D. DE DONCKER, C. SCHOTTE en S. KOECK, *l.c.*, 52.

⁶⁶ V.C. VEEN en C. DE RUITER, *l.c.*, 82.

veranderen, te leren hoe ze kunnen anticiperen op en omgaan met het probleem van terugval”⁶⁷. Pithers was de eerste om dit model in 1983 toe te passen op seksueel agressieve delinquenten⁶⁸. Centraal in terugvalpreventiemodellen staat het leren herkennen van de risicofactoren (zoals deviante seksuele fantasieën, gevoelens van sociale isolatie) voor seksueel gewelddadig gedrag door de zedendelinquenten zelf. Als deze risicofactoren gekend zijn, worden aan de delinquenten verschillende copingvaardigheden aangeleerd teneinde het risico te verminderen. Tevens moeten er plannen opgesteld worden om risico’s te vermijden of om te gaan met onverwachte risicosituaties⁶⁹. Resultaten wat betreft de effectiviteit van de terugvalpreventie zijn niet eenduidig. Sommige studies hebben niet of nauwelijks effect kunnen aantonen van terugvalpreventieprogramma’s terwijl andere onderzoekers wel degelijk positieve resultaten rapporteerden. Zo heeft *The Association for the Treatment of Sexual Abusers (ATSA)* aangetoond dat het gebruik van het terugvalpreventie-idee noodzakelijk is voor het slagen van de behandeling⁷⁰.

Onderzoek van *Ward* en *Hudson* leidde er echter toe dat het bestaande model onder kritiek kwam te staan en verschillende tekortkomingen werden blootgelegd. Al snel kwam een grondige herformulering tot stand van het terugvalpreventiemodel onder de noemer “*zelfregulatiemodel*”. Hiermee hebben de onderzoekers geprobeerd aan de tekortkomingen tegemoet te komen.

BESLUIT

Interventies ten aanzien van seksuele delinquenten zijn beschikbaar in alle maten en vormen. Omwille van zijn maatschappelijke relevantie is het een sector die dan ook steeds in volle ontwikkeling is. De verschillende besproken biomedische en cognitief-gedragstherapeutische behandelingsmethoden zijn hiervan de meest gangbare. In deel III van onze meesterproef bespreken wij grondig twee cognitief-gedragstherapeutische modellen: het *Risk-Need-Responsivity Model* (hierna RNR Model) en het *Good Lives Model* (hierna GLM). Zij vormen de basis voor het empirische luik van de meesterproef.

⁶⁷ J. BOGAERTS, R. PLASSCHAERT en D. DEBOUTTE, “Behandeling van jeugdige daders” in C. DILLEN en P. COSYNS (eds.), *Behandeling van seksuele delinquenten in België*, Leuven/Apeldoorn, Garant Uitgevers, 2000, 195.

⁶⁸ I. ROELEN, *l.c.*, 67.

⁶⁹ P. EMMELKAMP, J. EMMELKAMP, C. DE RUITER en V. DE VOGEL, *l.c.*, 100.

⁷⁰ I. ROELEN, *l.c.*, 71.

DEEL III

HET RISK-NEED-RESPONSIVITY MODEL

& HET GOOD LIVES MODEL

INLEIDING

In dit deel bespreken wij enerzijds het *Risk-Need-Responsivity Model* van D.A. Andrews en J. Bonta (1990, 2006) en anderzijds het *Good Lives Model* van T. Ward en zijn collega's (2003). Het zijn twee benaderingen die zich richten op de rehabilitatie van delinquenten. In een derde hoofdstuk plaatsen we beide modellen kritisch tegenover elkaar.

1. HET RISK-NEED-RESPONSIVITY MODEL OF OFFENDER REHABILITATION

1.1 Ontstaansgeschiedenis: “What Works”

Geen enkel werkstuk dat handelt over het RNR Model laat de kans liggen om een verwijzing te maken naar zijn indrukwekkende ontstaansgeschiedenis die zich bevindt in de opkomst van het resocialisatie-ideaal. Ook wij gaan bij wijze van inleiding “*the great story of the rise and fall and rise again of the rehabilitative ideal*”⁷¹ schetsen.

Het streven naar resocialisatie en behandeling kent een lange voorgeschiedenis. Het behandelingsmodel en het resocialisatie-ideaal zijn opgekomen in de jaren vijftig en zestig. De doelstelling was delinquenten te ondersteunen zodat zij na hun straftijd terug hun normaal leven in de gemeenschap zouden kunnen opnemen. Op deze manier wou men recidive op een meer effectieve wijze tegengaan. Voor sommige wetenschappers was dit echter niet de goede weg die men had ingeslagen. Critici kwamen tot de bevinding dat de resocialisatiepogingen over het algemeen geen effect leken te hebben op de recidivecijfers. Integendeel, de criminaliteit bleef stijgen. In het laatste kwart van de twintigste eeuw was de stemming volledig omgeslagen. Het gevoel dat resocialisatie geen haalbare kaart meer was, domineerde. Van grote invloed hierop was de publicatie uit de Verenigde Staten van Robert Martinson. Martinson schreef in het artikel “*What Works? Questions and Answers About Prison*” (1974) het volgende⁷²:

⁷¹ T. WARD en S. MARUNA, *Rehabilitation. Beyond the risk paradigm*, London, Routledge, 2007, 8.

⁷² J. PETERSILIA, “What Works in Prisoner Reentry. Reviewing and Questioning the Evidence”, *Federal Probation* 2004, 4.

“(…) with few and isolated exceptions, the rehabilitative efforts that have been reported so far have had no appreciable effect on recidivism”.

Bovenstaande verwoording werd al snel gereduceerd tot het kernidee: “*Nothing Works*” in de strafrechtelijke behandeling. *Martinson’s* uitspraak was gebaseerd op een analyse van de resultaten van 231 programma. Cijfers toonden aan dat de programma’s misschien wel een gunstige invloed hadden op zaken als aanpassing aan de gevangenis, studieresultaten of instelling tegenover de maatschappij maar op één enkele uitzondering na, niet op recidive⁷³.

Als tegenreactie op deze “*Nothing Works*”-gedachte werden er sinds de jaren tachtig opnieuw pogingen ondernomen om de effectiviteit van de resocialisatieprogramma’s aan te tonen. Deze nieuwe wind kwam hoofdzakelijk uit Canada en wordt de “*What Works*”-*Movement* genoemd. De pioniers van deze beweging benadrukten dat crimineel gedrag in belangrijke mate aangeleerd is en daardoor dus vatbaar is voor verandering. Via meta-analyses en ontegensprekelijke overzichtstudies kwam deze beweging tot de vaststelling dat er wel degelijk interventies bestaan die leiden tot een vermindering van recidive. Synthese van deze onderzoeken hebben een aantal beginselen aan het licht gebracht waaraan interventies moeten voldoen om succesvol te zijn. De voornaamste beginselen die *D.A. Andrews* en *J. Bonta* (1990) hebben gedistilleerd uit de vele studies zijn⁷⁴: het risicobeginsel, het behoeftebeginsel en het responsiviteitsbeginsel. Deze beginselen worden in de literatuur ook aangeduid als de “*What Works*”-*principles*.

Rond het risicobeginsel, het behoeftebeginsel en het responsiviteitsbeginsel werd een theorie ontwikkeld, meer bepaald het “*Risk-Need-Responsivity Model*”. Deze theorie vormt de basis van rehabilitatie- en behandelingsprogramma’s voor delinquenten. De SCC heeft zich onmiddellijk ingelaten met deze nieuwe denkwijze. Later zien we de introductie van deze beginselen ook in Amerika en Groot-Brittannië. Sinds 1990 zijn nog een aantal beginselen toegevoegd om het ontwerp en de implementatie van efficiënte interventies te verbeteren en te versterken.

1.2 Uitgangspunt

Het uitgangspunt van het RNR Model kan het best omschreven worden met de term *evidence based practice*. Dit houdt in dat interventies gebaseerd moeten zijn op resultaten die

⁷³ S. VAN RULER, “Sancties” in E. LISSEBERG, S. VAN RULER en R. VAN SWAANINGEN (eds.), *Tegen de Regels IV. Een inleiding in de criminologie*, Nijmegen, Ars Aequi Libri, 2001, 404.

⁷⁴ D.A. ANDREWS en J. BONTA, *The Psychology of Criminal Conduct – fourth edition*, Newark, Anderson Publishing, 2006, 279.

afkomstig zijn van het wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van die interventies. *Evidence based practice* wordt door Sackett et al. (1996) gedefinieerd als het gewetensvol, expliciet en oordeelkundig gebruik van het huidige beste bewijsmateriaal om beslissingen te nemen met betrekking tot de zorg voor individuele patiënten⁷⁵.

1.3 Inhoud

1.3.1 Het risicobeginsel

Het risicobeginsel bestaat uit twee componenten. De eerste component betreft het feit dat crimineel gedrag voorspeld kan worden. Hiervoor heeft men behoefte aan risicotaxatie-instrumenten waarvan hun betrouwbaarheid empirisch werd bewezen. De tweede component houdt in dat het niveau van de behandeling recht evenredig moet zijn met het risico van de delinquent om recidive te plegen. Een juiste afstemming van de duur en intensiteit van de behandeling op het recidiverisico is de essentie van dit risicobeginsel. Bij een gering risico op recidive kan een behandeling van geringe intensiteit voldoende zijn om te resulteren in een significante afname van recidive. Bij delinquenten met een hoog risiconiveau is een meer intensieve aanpak vereist. Voorzichtigheid is echter aangewezen daar discrepantie kan leiden tot meer criminaliteit⁷⁶. Zo tonen onderzoeken aan dat een intensieve behandeling van *low-risk* delinquenten niet leidt tot een afname van recidive. Integendeel, in sommige gevallen was er sprake van een toename. Hieruit blijkt dat een goede risicotaxatie voorafgaand aan de behandeling onontbeerlijk is. Echter, een betrouwbare en valide schatting van het recidiverisico is geen sinecure⁷⁷.

1.3.2 Het behoeftebeginsel

Delinquenten hebben verschillende behoeften. Andrews, Bonta en Hoge stellen vast dat het belangrijk is een onderscheid te maken tussen criminogene behoeften (*criminogenic needs*) en niet-criminogene behoeften (*non-criminogenic needs*)⁷⁸. Een strafrechtelijke interventie moet aansluiten op die behoeften die aan crimineel gedrag en recidive gerelateerd zijn. Sommige behoeften houden geen rechtstreeks verband met crimineel gedrag zoals bijvoorbeeld een gering gevoel van eigenwaarde. Een interventie die zich op zulke problemen richt zal niet

⁷⁵ M. AUTRIQUE, W. VANDERPLASSCHEN, T. H. PHAM, E. BROEKAERT EN B. SABBE, "Evidence-based werken in de verslavingszorg: een stand van zaken", *FOD Wetenschapsbeleid* 2007, 3.

⁷⁶ P.H. VAN DER LAAN, "Over straffen, effectiviteit en erkenning. De wetenschappelijke onderbouwing van preventie en strafrechtelijke interventie", *Justitiële Verkenningen* 2004, 36.

⁷⁷ *Ibid*, 36.

⁷⁸ D.A. ANDREWS en J. BONTA, *l.c.*, 48.

leiden tot minder recidive⁷⁹. *Andrews* en *Bonta* zeggen dat deze niet-criminogene behoeften ook bevredigd *kunnen* worden maar dat wordt niet gezien als dé doelstelling van strafrechtelijke interventies⁸⁰. Behoeften die een verband hebben met criminaliteit kunnen verder ingedeeld worden op basis van feit of ze al dan niet beïnvloedbaar zijn. Echter, een interventie moet zich bezighouden met factoren die wel beïnvloedbaar zijn, met dynamische risicofactoren (*dynamic risk factors*), in tegenstelling tot statische risicofactoren (*static risk factors*) zoals geslacht en etniciteit die niet te beïnvloeden zijn.

Andrews en *Bonta* identificeren vier verschillende criminogene behoeften waarvan zij veronderstellen dat zij de beste voorspellers voor recidive zijn. Deze criminogene behoeften, in de literatuur ook bekend als de “*Big Four*”, zijn: antisociale cognities, antisociaal netwerk, verleden van antisociaal gedrag en antisociaal persoonlijkheidscomplex⁸¹. Later werd deze lijst nog aangevuld met vier andere criminogene behoeften. De “*Central Eight*” heeft naast de “*Big Four*” nu ook aandacht voor familie- en huwelijksomstandigheden, school en/of werksituatie, vrije tijd en/of ontspanning en middelenmisbruik⁸². Al deze vermelde behoeften/risicofactoren houden verband met het criminaliteitsniveau en het risico op recidive. Wat opvalt is de aanwezigheid van één factor die niet te beïnvloeden valt met een behandeling omdat we te maken hebben met een statische risicofactor⁸³. Het gaat hier meer bepaald om “het verleden van antisociaal gedrag”.

1.3.3 Het responsiviteitsbeginsel

Het responsiviteitsbeginsel wordt gebruikt om te verwijzen naar het gebruik van een bepaalde interventiemethodiek dat zich inlaat met het belang van de cliëntengroep alsook rekening houdt met hun relevante kenmerken zoals cognitieve bekwaamheid, leerstijl en waarden⁸⁴. Met andere woorden: de interventiemethode moet aangepast worden aan het individu, men moet de behandelingsmethode differentiëren. Zo zien we bijvoorbeeld dat een angstig en introvert persoon meer gebaat is bij een individuele therapie dan bij een groepstherapie⁸⁵.

Het responsiviteitsbeginsel kan onderverdeeld worden in een algemene en specifieke responsiviteit. *Algemene responsiviteit* verwijst naar het feit dat cognitief-

⁷⁹ P.H. VAN DER LAAN, *l.c.*, 36.

⁸⁰ D.A. ANDREWS en J. BONTA, *l.c.*, 48.

⁸¹ *Ibid*, 61-62.

⁸² *Ibid*, 61-62.

⁸³ J. BONTA en D.A. ANDREWS, “Risk-Need-Responsivity Model for Offender Assessment and Rehabilitation”, *Rapport Public Safety Canada* 2007, 5.

⁸⁴ T. WARD, D.L.L. POLASCHEK en A.R. BEECH, *Theories of sexual offending*, West Sussex: England, John Wiley & Sons LTD, 2006, 267.

⁸⁵ I. ROELEN, *l.c.*, 61.

gedragstherapeutische interventies de meest effectieve methode zijn om individuen nieuwe gedragingen aan te leren ongeacht over welk probleemgedrag het gaat. Dit principe is duidelijk: delinquenten zijn mensen en de krachtigste beïnvloedingsstrategieën zijn cognitief-gedragsmatig⁸⁶. Deze methodiek impliceert rollenspelen, vaardigheidstrainingen, cognitieve herstructurering. Men leert ook alternatieve gedragsmogelijkheden. *Specifieke responsiviteit* verwijst naar het feit dat interventies rekening moeten houden met persoonlijke eigenschappen van de delinquent zoals onder andere. interpersoonlijke gevoeligheid, bezorgdheid, verbale capaciteit en cognitieve rijpheid⁸⁷. Deze variatie tussen individuen moet leiden tot op maat ontwikkelde behandelingsmethoden waarbij men de persoonlijke eigenschappen in rekening brengt. Dit laatste komt de slaagkansen van de behandeling alleen maar ten goede. In de literatuur zien we dat dit beginsel nog op een andere manier ingedeeld kan worden. *Andrews* (2001) heeft het over interne en externe responsiviteit⁸⁸. Aandacht voor *interne responsiviteit* houdt een vereiste in ten aanzien van de therapeuten om de inhoud en het tempo van de sessies aan te passen aan specifieke cliëntkenmerken zoals persoonlijkheid en cognitieve rijpheid. *Externe responsiviteit* verwijst naar een brede waaier van algemene en specifieke onderwerpen zoals het gebruik van actieve en participerende methoden. Deze externe responsiviteit wordt soms nog opgedeeld in personeels- en omgevingskenmerken⁸⁹.

2. HET GOOD LIVES MODEL OF OFFENDER REHABILITATION

2.1 Ontstaansgeschiedenis

Het GLM is ontstaan als een alternatieve benadering voor strafrechtelijke interventies die gebaseerd zijn op het RNR Model. Volgens aanhangers van het GLM bezit zij de conceptuele middelen om bepaalde aspecten waar het RNR Model geen of weinig aandacht voor heeft, toch een plaats te geven zoals bijvoorbeeld het vormen van een vertrouwensband tussen therapeut en cliënt en het motiveren van de individuen om actief mee te werken⁹⁰. De auteurs erkennen de effectiviteit van het RNR Model, maar bemerken nog verschillende zwakke eigenschappen. Het GLM stelt vast dat risicobeheersing een noodzakelijke maar geen voldoende voorwaarde is voor de rehabilitatie van delinquenten⁹¹. Tony Ward en collega's

⁸⁶ D.A. ANDREWS en J. BONTA, *l.c.*, 283.

⁸⁷ *Ibid*, 283.

⁸⁸ T. WARD, D.L.L. POLASCHEK en A.R. BEECH, *l.c.*, 267.

⁸⁹ *Ibid*, 267.

⁹⁰ T. WARD en S. MARUNA, *l.c.*, 107.

⁹¹ T. WARD en M. BROWN, "The Good Lives Model and Conceptual Issues in Offender Rehabilitation", *Psychology, Crime & Law* 2004, 244.

hebben echter een idee waar een goede rehabilitatietheorie volgens hen aan moet voldoen. Het RNR Model blijft wat betreft bepaalde elementen in gebreke⁹². Het is belangrijk te vermelden dat het GLM volgens hen niet beïnvloed werd door de principes van de positieve psychologie gedurende zijn ontwikkeling⁹³. Het is pas later duidelijk geworden dat deze benadering nauw verwant is aan de positieve psychologie.

2.2 Uitgangspunt

Het GLM behoort tot de categorie van de *strenght-based* behandelingsmethoden⁹⁴. Deze behandelingen focussen niet op tekortkomingen maar op de sterke eigenschappen en capaciteiten van het individu. Het GLM behoort tot deze *strenght-based* benadering in twee opzichten⁹⁵. Ten eerste neemt het GLM de persoonlijke voorkeuren en waarden van een dader ernstig. Het maakt gebruik van deze primaire behoeften om individuen te motiveren een beter leven te leiden. Ten tweede willen therapeuten de delinquenten voorzien van capaciteiten (interne condities) en gelegenheden (externe condities) om behandelingen te implementeren die gebaseerd zijn op deze primaire behoeften.

2.3 Inhoud

Het GLM heeft een dubbele doelstelling inzake dadertherapie⁹⁶. Het is een positieve behandelingsmethode die aandacht heeft voor (1) het bevorderen van het welzijn van de delinquenten terwijl men (2) het risico op recidive probeert te verminderen en te beheersen. Het is een algemene rehabilitatietheorie, ontwikkeld om toegepast te worden bij alle types van criminele gedragingen. Uit literatuuronderzoek is echter gebleken dat het vooral toegepast wordt bij de behandeling van seksuele delinquenten⁹⁷.

➤ Good lives

Een goed leven kan bereikt worden wanneer men individuen uitrust met vaardigheden, waarden en hulpbronnen opdat zij een persoonlijk betekenisvol en bevredigend leven kunnen leiden zonder schade toe te brengen⁹⁸. De term “*good lives*” wordt verkozen boven de term

⁹² T. WARD en M. BROWN, *l.c.*, 245.

⁹³ T. WARD, D.L.L. POLASCHEK en A.R. BEECH, *l.c.*, 297.

⁹⁴ *Ibid*, 297.

⁹⁵ P.R. WHITEHEAD, T. WARD en R.M. COLLIE, “Time for a Change. Applying the Good Lives Model of Rehabilitation to a High-Risk Violent Offender”, *International Journal Of Offender Therapy and Comparative Criminology* 2007, 580.

⁹⁶ *Ibid*, 581.

⁹⁷ *Ibid*, 582.

⁹⁸ *Ibid*, 581.

“good life” omdat er geen één ideaal of aangewezen levensstijl bestaat voor de gegeven individuen.

➤ **Principes Good Lives Model**

Het basisidee van het GLM impliceert dat alle betekenisvolle menselijke acties pogingen weerspiegelen om *primary goods* te verwerven⁹⁹. De etiologische basisveronderstelling van het GLM houdt in dat delinquenten ofwel *direct* zoeken naar de *primary goods* door crimineel gedrag te stellen ofwel een misdrijf begaan omwille van de *indirecte* gevolgen van het nastreven van die *primary goods*¹⁰⁰.

Primary goods zijn in wezen activiteiten, ervaringen of situaties die gezocht worden voor het eigenbelang en die het individu begunstigen en hun gevoel van vervulling en geluk verhogen¹⁰¹. Maar zijn er bewijzen die aanduiden dat er wel degelijk *primary goods* bestaan, dat menselijke wezens deze zoeken en dat hun vervulling resulteert in een hoger niveau van welzijn? Antwoorden op deze drie vragen zijn te vinden in het brede scala aan literatuur. Onderzoek binnen verschillende wetenschappelijke domeinen heeft aangetoond dat er ten minste tien categorieën van *primary goods* bestaan. Deze niet exhaustieve lijst impliceert (1) *het leven* (een gezond leven en optimaal fysiek functioneren, seksuele bevrediging); (2) *kennis*; (3) *voortreffelijkheid in spel en werk* (meesterschap); (4) *zelfstandigheid* (autonomie en zelfsturing); (5) *innerlijke vrede* (vrij zijn van emotionele opschudding en stress); (6) *vriendschap* (inclusief intieme, romantische en familiale relaties); (7) *gemeenschap*; (8) *spiritualiteit* (betekenis geven aan het leven en doelen zoeken); (9) *geluk* en (10) *creativiteit*¹⁰². Het feit dat menselijke wezens op zoek gaan naar deze *primary goods* wordt door de literatuur ondersteund. Theorieën in verband met zelfregulatie zien dit zoeken als een wijze waarop mensen zichzelf vormgeven¹⁰³. Ook de veronderstelling dat *primary goods* essentiële ingrediënten zijn voor een goed leven en leiden tot een verhoogd welzijn, wordt door onderzoek gestaafd. Resultaten hebben aangetoond dat een positieve relatie bestaat tussen het welzijn van een individu en zijn streven naar de verwezenlijking van bepaalde doelen.

Naast *primary goods* bestaan er ook *secondary goods*. Deze worden gedefinieerd als zijnde hulpmiddelen die gebruikt worden om *primary goods* te verwerven¹⁰⁴. Op dit vlak

⁹⁹ T. WARD en M. BROWN, *l.c.*, 246.

¹⁰⁰ P.R. WHITEHEAD, T. WARD en R.M. COLLIE, *l.c.*, 581.

¹⁰¹ *Ibid.*, 580.

¹⁰² T. WARD en S. MARUNA, *l.c.*, 113.

¹⁰³ T. WARD en M. BROWN, *l.c.*, 247.

¹⁰⁴ T. WARD en S. MARUNA, *l.c.*, 114.

duiken er vaak problemen op. Bijvoorbeeld, een individu wil een romantische relatie tot stand brengen door seksuele betrekkingen te hebben met een kind. Of *primary goods* al dan niet bereikt kunnen worden op een manier die ook het welzijn van de individuen bevordert, hangt af van het bestaan van interne en externe voorwaarden. In deze context is de detectie van criminogene behoeften of dynamische risicofactoren heel belangrijk, daar zij geassocieerd worden met een vervorming van deze voorwaarden. Zij worden gezien als interne of externe obstakels die de verwerving van *primary goods* verhinderen. In het GLM worden die verschillende criminogene behoeften gezien als een weerspiegeling van de problemen die individuen dwarsbomen in het verwerven van hun *primary goods* op aanvaardbare wijze.

Het detecteren van de criminogene behoeften of dynamische risicofactoren is slechts de eerste stap in het rehabilitatieproces. De volgende stap vereist de opbouw van een plan dat het individu moet klaarstomen om zijn *primary goods* op een niet-criminele wijze na te streven. Hier wordt aandacht besteed aan de motivatie van de delinquent¹⁰⁵. Als men merkt hoe een behandeling persoonlijk iets bijbrengt, zal dit de motivatie om aan de behandeling te participeren ten goede komen. Hier is het dus niet alleen de gemeenschap die profijt heeft bij de behandeling. Ook het vestigen van een vertrouwensband tussen cliënt en therapeut wordt in het GLM als cruciaal ervaren¹⁰⁶.

➤ **Good Lives Treatment Plan**

Tony Ward heeft zes fasen onderscheiden om tot een behandelingsplan te komen¹⁰⁷. De eerste fase betreft het detecteren van problemen en de criminogene behoeften. In de tweede fase gaat men na welke *primary goods* men wou verwerven via delinquent gedrag. De derde fase houdt in dat therapeuten de sterke kanten, ervaringen en expertise van het individu identificeren. Op die manier krijgt men zicht op de beschikbare *secondary goods* die het individu heeft om zijn doel(en) te bereiken. De vierde fase specificiert hoe de geïdentificeerde *primary* en *secondary goods* kunnen vertaald worden naar gedrags- en levensstijlen. In de vijfde fase wordt de context en omgeving onderzocht waar het individu na einde van de behandeling in zal terechtkomen. In de laatste fase stelt de therapeut een “*good lives treatment plan*” op waar gebruikt wordt gemaakt van de in de voorgaande fasen verkregen informatie.

¹⁰⁵ T. WARD en S. MARUNA, *l.c.*, 114.

¹⁰⁶ *Ibid*, 129.

¹⁰⁷ *Ibid*, 135.

3. KRITISCHE EVALUATIE VAN HET RISK-NEED-RESPONSIVITY MODEL EN HET GOOD LIVES MODEL

Volgens de auteurs van het GLM bevat het RNR Model talrijke knelpunten. Enkele van deze lacunes hebben wij reeds vermeld bij de beschrijving van de opkomst van het GLM. Echter, het GLM is ook niet vrij van kritiek. Omdat zij een erg nieuwe theorie is, bevindt zij zich nog in een stadium van theoretische ontwikkeling, debat en kritiek¹⁰⁸.

In wat volgt, gaan wij beide modellen onderwerpen aan een kritische evaluatie. Om deze analyse te realiseren maken wij onder andere gebruik van kanttekeningen gegeven door de pioniers van beide modellen. Omdat zij hoogst waarschijnlijk vooringenomen zijn wat betreft de kwaliteit van de andere concurrerende rehabilitatietheorie, houden wij ook rekening met bemerkingen van andere, meer neutrale auteurs.

3.1 Evaluatie van het Risk-Need-Responsivity Model en auteurs

Verschillende auteurs laten de kans niet liggen om het RNR Model aan een evaluatie te onderwerpen. Naast de aanwezigheid van positieve eigenschappen, zijn zij van mening dat er verschillende hiaten in het RNR Model aanwezig zijn. In wat volgt, geven wij een overzicht van hun bemerkingen. Na elk onderdeel wordt, indien beschikbaar, het weerwoord van *Andrews* en/of *Bonta* opgetekend.

3.1.1 Algemeen

Het RNR Model is gerechtvaardigd op de gronden van “*What Works*”. Dit impliceert dat het correct is om mensen via interventies gebaseerd op het RNR Model te behandelen als blijkt dat deze werkelijk recidive verminderen. Op die manier wordt de empirische justificatie de normatieve justificatie, en omgekeerd¹⁰⁹. *Ward* en *Maruna* reageren fel op deze utilitaristische stelling. “*Op basis van dit gedachtegoed zouden zelfs de meest extreme interventies kunnen gerechtvaardigd worden als men vindt dat ze werken*”¹¹⁰. *Ward* en zijn collega zijn eveneens van mening dat behandelingen die zuiver gericht zijn op risicovermindering onmogelijk een gedragsverandering kunnen bewerkstelligen. Om dit te bereiken moet de delinquent gefocust worden op meer positieve doelstellingen. Een Nederlandse auteur stelt eveneens dat werken volgens het RNR Model niet zonder problemen verloopt. *Van der Laan* stelt dat het RNR Model een instrumentalistische, actuariële risico-justitie is en misschien in sommige gevallen

¹⁰⁸ T. WARD en S. MARUNA, *l.c.*, 142.

¹⁰⁹ *Ibid.*, 88.

¹¹⁰ *Ibid.*, 88.

zelfs een inhumane vorm van strafrecht bedrijven in hand werkt¹¹¹. Hij argumenteert dat het gemakkelijk op gespannen voet kan komen te staan met essentiële strafrechtsprincipes zoals proportionaliteit, legaliteit en gelijkheid¹¹².

Ook *Andrews* en *Bonta* erkennen zelf een algemeen heikel punt. De grootste uitdaging voor deze bezielers is het RNR Model verplaatsen naar de echte wereld. Wetenschappers kunnen eenvoudig aantonen dat dergelijk model kan werken, maar het is een andere kwestie om dit te laten werken in een correctioneel milieu dat onderhevig is aan verschillende invloeden¹¹³. *Andrews* en *Bonta* zijn op de hoogte van het feit dat hervалpreventie in realiteit maar de helft zo effectief is dan het resultaat dat men verkrijgt bij een behandeling in een sterk gecontroleerde setting¹¹⁴.

3.1.2 Het risicobeginsel, het behoeftebeginsel en het responsiviteitsbeginsel

B. Rovers heeft enkele bedenkingen over de totstandkoming van deze beginselen. Hij vindt deze helder noch systematisch. Canadese onderzoekers zijn volgens *Rovers* succesvol geweest in het wereldwijd verspreiden van hun “*What Works*”-beginselen. Er bestaan dus een aantal uitgangspunten die we vaak gehanteerd zien maar er is geen consensus over¹¹⁵. Het idee is dat als je ze maar vaak genoeg herhaalt, dan verkrijgen ze vanzelf een zekere geldigheid. Hij meent dat de focus op deze beginselen niet bevorderlijk is voor innovatie. “*Men maakt gebruik van kennis die in het verleden is gegenereerd en neemt deze als maatstaf voor de toekomst*”¹¹⁶. Zo wordt er geen ruimte gelaten voor nieuwe kennis en wordt bestaande kennis impliciet verabsoluteerd. *Rovers* stelt ook dat de “*What Works*”-beginselen weinig bruikbaar zijn in de interventiepraktijk: ze zijn zo algemeen dat hun praktische relevantie bijzonder beperkt is¹¹⁷.

➤ Het risicobeginsel

Een kritiek op het risicobeginsel heeft betrekking op zijn conceptuele basis¹¹⁸. Het is duidelijk dat de term ‘risico’ een centrale rol speelt in het RNR Model, maar *Ward* en *Maruna* merken op dat de onderzoekers van het RNR Model weinig pogingen hebben ondernomen om dit

¹¹¹ P.H. VAN DER LAAN, *l.c.*, 38.

¹¹² *Ibid.*, 38.

¹¹³ J. BONTA en D.A. ANDREWS (2007), *l.c.*, 13.

¹¹⁴ *Ibid.*, 13.

¹¹⁵ B. ROVERS, “What Works; kanttekeningen bij een populair programma”, *Tijdschrift voor Veiligheid* 2007, 14.

¹¹⁶ *Ibid.*, 15.

¹¹⁷ *Ibid.*, 14.

¹¹⁸ T. WARD en S. MARUNA, *l.c.*, 79.

begrip te concretiseren¹¹⁹. Dit wordt als problematisch ervaren daar dit in het correctionele domein aanleiding kan geven tot verschillen. De wijze waarop ‘risico’ wordt geoperationaliseerd heeft implicaties en daardoor vinden zij het van groot belang uitdrukkelijk te formuleren hoe dit begrip moet begrepen worden. Volgens *Ward* en *Maruna* kan het begrip ‘risico’ alvast op twee manieren geïnterpreteerd worden¹²⁰.

Ook is *Ward* van mening dat de relatie tussen ‘het risiconiveau’ en ‘het type van behandeling’ complex van aard is en niet recht evenredig zoals verondersteld wordt door *Andrews* en *Bonta*¹²¹. Het feit dat *Andrews* en *Bonta* gebruik maken van schattingen omtrent het risiconiveau van de delinquent om zo het type en de omvang van de behandeling te bepalen, wordt bekritiseerd door *Ward*, *Polaschek* en *Beech*. Zij zijn van mening dat een laag risiconiveau niet automatisch leidt tot een matige behandeling en omgekeerd. Delinquenten met een laag risiconiveau kunnen immers nog tal van andere problemen vertonen¹²². De basis van deze kritiek op het risicobeginsel moet echter gezocht worden in het feit dat volgens *Ward* niet-criminogene factoren eveneens in rekening moeten gebracht worden.

➤ **Het behoeftebeginsel**

Andrews en *Bonta* richten hun aandacht prioritair op criminogene behoeften omwille van hun positieve impact op het recidivecijfer. *Ward*, *Polaschek* en *Beech* zijn echter van mening dat sommige niet-criminogene behoeften (zoals angst) het vestigen van een goede therapeutische relatie kan verhinderen waardoor nieuwe vaardigheden in de strijd tegen recidive moeilijker aangeleerd worden¹²³. Voor *Ward* is het dus essentieel dat deze niet-criminogene behoeften evenveel aandacht krijgen. Door de overvloedige aandacht van het RNR Model voor de criminogene behoeften ontstaat er volgens *Ward* en *Maruna* een vreemd effect. Zij merken een penalisering op van de programma’s die gericht zijn op niet-criminogene behoeften¹²⁴. *Ward*, *Polaschek* en *Beech* bekritisieren ook het idee dat criminogene behoeften gezien worden als een middel om via delinquent gedrag te voorzien in bepaalde behoeften. Zij illustreren dit aan de hand van een voorbeeld. Volgens *Andrews* en *Bonta* is impulsiviteit bijvoorbeeld instrumenteel gerelateerd aan criminele activiteiten maar *Ward* is van mening dat mensen niet altijd zelf beslissen om zich impulsief te gedragen¹²⁵. Volgens *Ward* moeten dergelijke criminogene behoeften eerder gezien worden als hindernissen op weg naar de

¹¹⁹ T. WARD en S. MARUNA, *l.c.*, 79.

¹²⁰ *Ibid.*, 79.

¹²¹ T. WARD, D.L.L. POLASCHEK en A.R. BEECH, *l.c.*, 269.

¹²² *Ibid.*, 269.

¹²³ *Ibid.*, 276.

¹²⁴ T. WARD en S. MARUNA, *l.c.*, 93.

¹²⁵ T. WARD, D.L.L. POLASCHEK en A.R. BEECH, *l.c.*, 273-274.

bevrediging van de delinquent zijn behoeften. Een laatste punt van kritiek op het behoeftebeginsel impliceert dat het RNR Model niet uitlegt hoe deze criminogene behoeften samen of afzonderlijk bijdragen tot het ontstaan van delinquent gedrag waardoor dit model gezien wordt als een geheel van beginselen die los van elkaar staan¹²⁶.

➤ **Het responsiviteitsbeginsel**

Programma's gebaseerd op het RNR Model screenen de delinquent op zijn risiconiveau en op de aanwezigheid van criminogene behoeften om hen vervolgens een behandeling toe te wijzen. *Ward* en collega's merken op dat dergelijke programma's geen rekening houden met de individuele capaciteiten, voorkeuren en leefomstandigheden¹²⁷. Bij dit laatste knelpunt moeten wij vermelden dat *Ward* en zijn collega's dit probleem niet expliciet toeschrijven aan de auteurs van het RNR Model. Het model is echter in de correctionele praktijk vertaald op een eerder mechanische wijze¹²⁸.

Kritiek over de effectiviteit van deze drie beginselen wordt weerlegd in het boek "*The Psychology of Criminal Conduct*" (2006). Daar wordt de verhouding grondig bestudeerd tussen 'de loyaliteit van een behandeling aan het RNR Model' en 'hervalpreventie'. Via het gebruik van meta-analyses wordt duidelijk dat behandelingen die getrouw zijn aan het risicobeginsel gemiddeld leiden tot een grotere hervalpreventie¹²⁹. Uit de cijfers blijkt ook dat hervalpreventie nog groter wordt indien men tijdens de behandeling rekening houdt met de drie beginselen¹³⁰. Een stijging van het criminaliteitscijfer kan het kwalijk gevolg zijn wanneer behandelingen geen aandacht besteden aan de RNR-beginselen. De auteurs van het bovenvermelde boek zijn *Andrews* en *Bonta* wat vragen kan oproepen over de objectiviteit van de resultaten. Volgens hen worden hun resultaten echter wel bevestigd door andere meta-analytische onderzoeken van onafhankelijke onderzoekers¹³¹.

3.1.3 Het RNR Model deugt niet?

Niettegenstaande de negatieve bemerkingen aan het adres van het RNR Model erkent *Tony Ward* eveneens een aantal sterke eigenschappen van de concurrerende rehabilitatietheorie. Opmerkelijk is dat zijn publicaties meestal starten met een beknopte positieve noot. Zo erkennen *Tony Ward* en zijn collega's het feit dat het RNR Model de voornaamste

¹²⁶ T. WARD, D.L.L. POLASCHEK en A.R. BEECH, *l.c.*, 271.

¹²⁷ *Ibid.*, 277.

¹²⁸ *Ibid.*, 277.

¹²⁹ D.A. ANDREWS en J. BONTA, *l.c.*, 73.

¹³⁰ *Ibid.*, 73.

¹³¹ J. BONTA, "Recidivepreventie bij delinquenten. Een overzicht van de huidige kennis en een visie op de toekomst", *Justitiële Verkenningen* 2002, 27.

rehabilitatietheorie is¹³². Deze stelling is gebaseerd op de vaststelling dat zich in het domein van de behandeling van seksuele delinquenten een verschuiving naar *risk management* voltrekt en tegelijkertijd de focus meer gelegd wordt op de verandering van dynamische risicofactoren. Een tweede sterk punt is de empirische omvang en adequaatheid van het model wat weerspiegeld wordt door zijn omvangrijke empirische basis¹³³. Tot slot is men overtuigd van de potentiële verenigende kracht die het RNR Model heeft¹³⁴. Ward besluit dit op basis van het feit dat criminaliteit een complex fenomeen is en dat het RNR Model hieraan tegemoetkomt door een hele waaier van variabelen en leerprincipes te implementeren.

Ook onderzoekt *Tony Ward* met een collega of er al dan niet een verband bestaat tussen het RNR Model en zijn GLM. Ondanks het feit dat de focus van het RNR Model gericht is op risicohandhaving en het GLM prioritair aandacht heeft voor welzijnsbevordering, komen zij tot de vaststelling dat er een direct verband bestaat tussen beide concepten in de behandeling van seksuele delinquenten¹³⁵. Volgens hen leidt aandacht voor welzijnsbevordering in de behandeling tot het uitschakelen van de dynamische risicofactoren¹³⁶. Beide concepten zijn dus intrinsiek met elkaar verbonden, dus ook het RNR Model en het GLM. Desondanks kunnen *Ward* en collega's niet besluiten dat beide concepten even belangrijk zijn. Als *risicohandhaving* het voornaamste doel is, dan kunnen delinquenten het idee krijgen dat de behandeling persoonlijk irrelevant is, wat op zijn beurt ontmoedigend werkt¹³⁷. Volgens de auteurs van het GLM moet de aandacht in de behandeling primair gericht zijn op welzijnsbevordering. De meest effectieve manier om te zorgen dat delinquenten een constructiever leven zullen leiden, is door het opstellen van een geïntegreerd “*good lives treatment plan*”¹³⁸. Dit vereist het nauwgezet in overweging nemen van de omgeving waarin een delinquent na einde van zijn behandeling in terecht zal komen alsook aandacht te besteden aan individuele waarden en wensen. Behandeling die *in se* gericht is op risicohandhaving maar ook aandacht besteedt aan het welzijn van de cliënt, kan onmogelijk ver genoeg gaan. Tien procent recidivevermindering hebben we al bereikt volgens *Ward, Polaschek* en *Beech*¹³⁹. Zij stellen bijgevolg dat er nog ruimte is voor verbetering. De

¹³² T. WARD, D.L.L. POLASCHEK en A.R. BEECH, *l.c.*, 268.

¹³³ *Ibid*, 268.

¹³⁴ *Ibid*, 269.

¹³⁵ T. WARD, J. VESS et al., “Risk Management or Goods Promotion: The Relationship between Approach and Avoidance Goals in Treatment for Sex Offenders”, *Agression and Violent Behavior* 2006, 378.

¹³⁶ *Ibid*, 378.

¹³⁷ W.L. MARSHALL, T. WARD et al., “Working Positively With Sexual Offenders. Maximizing the Effectiveness of Treatment”, *Journal of Interpersonal Violence* 2005, 1099.

¹³⁸ T. WARD, J. VESS et al., *l.c.*, 391.

¹³⁹ T. WARD, D.L.L. POLASCHEK en A.R. BEECH, *l.c.*, 297.

principes van het RNR Model zijn sterk en klinisch bruikbaar, maar zijn op zichzelf onvoldoende om effectieve interventies aan te bieden¹⁴⁰. Het RNR Model heeft zich zo gericht op het aanpakken van risicofactoren dat ze volgens *Ward* iets over het hoofd gezien hebben, namelijk het feit dat recidive nog meer gereduceerd kan worden door delinquenten te helpen een beter leven te leiden¹⁴¹.

3.2 Evaluatie van het Good Lives Model en auteurs

Volgens de pioniers van het RNR Model proberen *Tony Ward* en *Claire Stewart* de lezer ervan te overtuigen dat het RNR Model belangrijke gebreken heeft. In het artikel “*A commentary on Ward and Stewart’s model of human needs*” gaan *Andrews* en *Bonta* in de tegenaanval. *Andrews* en *Bonta* bekritisieren twee technieken die *Ward* en *Stewart* gebruiken om hun standpunten kracht bij te zetten. Enerzijds negeren of minimaliseren zij de bewijzen die het model dat zij aanvechten, ondersteunen¹⁴². Door het RNR Model anders voor te stellen dan het werkelijk is, willen de pioniers van het GLM hun model in een beter daglicht plaatsen. Anderzijds presenteren zij enkel bewijzen die hun eigen opvattingen bevestigen of als er geen bewijzen zijn om hun idee te steunen, nemen zij toevlucht tot argumenten die moeilijk te meten zijn¹⁴³.

3.2.1 Kritiek op de weergave van het RNR Model: Andrews & Bonta

Een eerste kritiek betreft het feit dat *Ward* en collega’s zeggen dat de relatie tussen *risk* en *need* niet duidelijk is en dat *risk* and *need* in essentie hetzelfde zijn¹⁴⁴. Deze kritieken worden door *Andrews* en *Bonta* de mond gesnoerd door te bevestigen dat *criminogenic needs*, *dynamic risk factors* zijn. Iets wat ze naar eigen zeggen altijd zo gesteld hebben. Een ander punt van kritiek betreft het feit dat *Ward* en *Stewart* stellen dat het RNR model niet in overeenstemming is met hoog gewaardeerde sociale doelen. Volgens *Ward* en *Stewart* wordt het streven naar een bevredigend leven gedwarsboemd door een te grote nadruk te leggen op *criminogenic needs*¹⁴⁵. *Bonta* en *Andrews* verdedigen zich door te stellen dat het RNR Model niet strijdig is met dit nobel doel. *Andrews* en *Bonta* stellen zelf dat hun model een praktische handleiding biedt voor het verbeteren van de levenskwaliteit. Vervolgens merken zij ook op

¹⁴⁰ T. WARD, J. VESS et al., *l.c.*, 392.

¹⁴¹ *Ibid*, 392.

¹⁴² J. BONTA en D.A. ANDREWS, “A Commentary on Ward and Stewart’s Model of Human needs”, *Psychology, Crime and Law* 2003, 215.

¹⁴³ *Ibid*, 215.

¹⁴⁴ *Ibid*, 216;

¹⁴⁵ *Ibid*, 216.

dat het empirische bewijs en praktische bruikbaarheid van het RNR Model nauwelijks vermeld wordt door *Ward* en *Stewart*¹⁴⁶. Zij merken op dat literatuur hieromtrent systematisch genegeerd wordt.

3.2.2 Kritiek op de weergave van het GLM: Andrews & Bonta

Zij zijn van mening dat *Ward* en *Stewart* kennis aannemen of verwerpen op basis van persoonlijke overtuigingen en niet in overeenstemming met bewijsmateriaal¹⁴⁷. Volgens *Bonta* en *Andrews* wordt wetenschappelijk bewijsmateriaal niet aangebracht en dat simpelweg omdat er geen voorhanden is¹⁴⁸. Voor *Andrews* en *Bonta* is een opvatting echter geen substituut voor bewijsmateriaal.

Verder zijn de pioniers van het RNR Model van mening dat de ideeën van *Ward* en *Stewart* niet vernieuwend zijn. Vaak betreffen het voorstellen waar *Andrews* en *Bonta* al jaren voor pleiten en die nu iets gedetailleerder uitgewerkt zijn¹⁴⁹.

3.2.3 Bemerkingen van Tony Ward en collega's

In “*Theories of Sexual Offending*” (2006) en “*Rehabilitation. Beyond the Risk-Paradigm*” (2007) maakt *Ward* met enkele collega's een evaluatie van het GLM. Sporen van vooringenomenheid kunnen bijgevolg opduiken.

Ward, *Polaschek* en *Beech* starten hun bespreking met een drietal goede eigenschappen. Het feit dat het GLM een aantal beginselen deelt met de positieve psychologie alsook ruimte heeft voor het integreren van enkele kernideeën van het RNR Model, zorgt ervoor dat dit model getuigt van externe consistentie¹⁵⁰. Een ander sterkt punt betreft het feit dat de door de GLM aangenomen primaire behoeften gelijk zijn aan deze die in verschillende andere disciplines aan de oppervlakte zijn gekomen¹⁵¹. De duidelijke weergave van de theoretische veronderstellingen die de praktijk van dit model ondersteunen, zorgen voor een brede verklarende reikwijdte¹⁵².

Ook knelpunten van het GLM worden aan de oppervlakte gebracht. We zien echter wel dat *Tony Ward* minder lacunes aanhaalt in tegenstelling tot zijn evaluatie van het RNR Model. Volgens *Ward* is de definitie van *primary goods* problematisch omdat het twee verschillende

¹⁴⁶ J. BONTA en D.A. ANDREWS (2003), *l.c.*, 216.

¹⁴⁷ *Ibid*, 215.

¹⁴⁸ *Ibid*, 216.

¹⁴⁹ *Ibid*, 216.

¹⁵⁰ T. WARD, D.L.L. POLASCHEK en A.R. BEECH, *l.c.*, 310.

¹⁵¹ *Ibid*, 310.

¹⁵² *Ibid*, 310.

interpretaties kent¹⁵³. Het kan enerzijds gaan om het vervullen van behoeften in het licht van eigenbelang en kunnen bijgevolg ook schadelijk zijn voor de persoon in kwestie. De andere interpretatie ziet het vervullen van deze behoeften als gunstig voor de persoon wat vervolgens zijn algemeen welzijn kan verhogen. Ondanks het feit dat gering empirisch bewijs het verband tussen crimineel gedrag en het bevredigen van primaire behoeften bevestigt, blijft nog een belangrijke vraag onbeantwoord: “*hoe is dit welzijn gekoppeld aan recidive en veiligheid?*”¹⁵⁴. Een andere lacune betreft de veronderstelling van het GLM dat er twee routes bestaan tussen *primary goods* en crimineel gedrag (supra deel III, 2.3 Principes GLM)¹⁵⁵. Het probleem is ook hier het gebrek aan onderzoeksgegevens die dit bevestigen. Wij weten dat therapeuten volgens het GLM rekening moeten houden met omgevingskenmerken, individuele voorkeuren en interne en externe voorwaarden. De keerzijde van dit kenmerk is echter dat dergelijke holistische benadering¹⁵⁶ ervoor kan zorgen dat de therapeuten hun focus verliezen en hun netwerk te groot afbakenen¹⁵⁷. Tot slot geeft *Ward* toe dat het GLM steunt op enkele rationeel geformuleerde stellingen, maar dat er globaal gezien weinig empirisch bewijsmateriaal voorhanden is. In het artikel “*Time for a Change*” (2007) beschrijven *Whitehead*, *Ward* en *Collie* enkele bevindingen die wel voorzichtig bewijsmateriaal verschaffen over de empirische adequaatheid en de heuristische¹⁵⁸ waarde van het GLM (Purvis, 2005; Lindsay et al., 2006)¹⁵⁹.

Voor *Ward* is het niet duidelijk of het GLM een toegevoegde waarde kan zijn aan de risicobenadering die reeds goed ingebed is in het domein van de behandeling van seksuele delinquenten¹⁶⁰. Uit onderzoek is inmiddels duidelijk geworden dat een recidivevermindering van 10% bekomen kan worden via behandelingen die werken volgens de RNR-beginselen. *Ward* maakt in zijn tekst openlijk de bedenking dat “*there is nothing to be gained by adopting the GLM*”¹⁶¹.

¹⁵³ T. WARD, D.L.L. POLASCHEK en A.R. BEECH, *l.c.*, 310.

¹⁵⁴ T. WARD en S. MARUNA, *l.c.*, 158.

¹⁵⁵ *Ibid*, 158.

¹⁵⁶ Holistisch, afgeleid van holisme. Betekenis van ‘holisme’ volgens *Van Dale*: “biologisch - filosofische theorie die de levensverschijnselen bepaald acht door de totaliteit van het levende, die meer is dan de som van de onderdelen”.

¹⁵⁷ T. WARD en S. MARUNA, *l.c.*, 167.

¹⁵⁸ Heuristisch, afgeleid van heuristiek. Betekenis van ‘heuristiek’ volgens *Van Dale*: “de leer van het vinden, de wetenschap die langs methodische weg tot ontdekkingen of uitvindingen leert komen”.

¹⁵⁹ P.R. WHITEHEAD, T. WARD en R. M. COLLIE, *l.c.*, 582.

¹⁶⁰ T. WARD, D.L.L. POLASCHEK en A.R. BEECH, *l.c.*, 311.

¹⁶¹ *Ibid*, 311.

BESLUIT

Het RNR Model en het GLM zijn beide zorgvuldig ontwikkelde interventiemethoden. Naast het feit dat zij als rehabilitatietheorie gelabeld kunnen worden, zien wij een verschil wat betreft hun invalshoek. Het RNR Model laat zich in met risicobeheersing en is bijgevolg geneigd om het welzijn van de delinquent als secundair te beschouwen - welzijn van de delinquent wordt niet gezien als een doel op zich maar als een ‘middel’ om een meer veilige samenleving na te streven. Het GLM daarentegen stelt welzijnsbevordering tot doel en poneert dat dit ook het recidiverisico zal verminderen. In hun werking is het RNR Model gefocust op negatieve doelstellingen terwijl het GLM gekenmerkt wordt door een positieve instelling. Wanneer we kijken naar de evaluatie van beide modellen merken wij op dat elk model op andere elementen beoordeeld wordt. Zo wordt het GLM bejubeld omwille van zijn aansluiting met de positieve psychologie en met andere basisdisciplines en kent het een brede verklarende reikwijdte. Positieve elementen van het RNR Model zijn de klinische bruikbaarheid van het model, de sterke empirische basis alsook zijn implementatie van verscheidene variabelen en leerprincipes. Ook de zwakke eigenschappen van elke theorie situeren zich op een ander domein. Zo ligt het GLM onder vuur wat betreft zijn empirische bruikbaarheid terwijl het RNR Model bemerkingen krijgt over hun uitgangspunt alsook over hun drie beginselen. Opmerkelijk verschil in de evaluatie is ook dat het RNR Model louter inhoudelijk beoordeeld wordt terwijl de pioniers van het GLM het naast hun model eveneens moeten vergelden.

Op basis van voorgaande analyse kunnen wij aansluiting vinden bij een stelling van Tony Ward. Deze poneert: “*RNR Model is strongest where the GLM is weakest, and RNR Model is weakest where the GLM is strongest*”¹⁶². Daar zowel de sterke als de zwakke elementen in beide modellen verschillend zijn, zien wij een compromis tussen het RNR Model en het GLM als een meerwaarde. Het RNR Model heeft volgens empirisch bewijs een recidivevermindering van 10%. Er is dus nog ruimte voor verbetering. Wij willen voorstellen dat enkel de positieve elementen van beide modellen in acht genomen worden zonder te poneren dat het ene model beter is dan het andere. Naast de aandacht voor hervulpreventie willen wij ook evenveel aandacht besteden aan welzijnsbevordering. In plaats van discussie blijven te voeren over welk model beter is, lijkt een constructieve samenwerking tussen het RNR Model en het GLM bijgevolg van groter belang in het domein van de behandeling van seksuele delinquenten.

¹⁶² T. WARD en S. MARUNA, *l.c.*, 173.

DEEL IV:

ONDERZOEK NAAR DE BEHANDELING VAN SEKSUELE DELINQUENTEN IN BELGIË EN CANADA

TER INLEIDING

Dit deel moet gezien worden als het scharnierpunt tussen de literatuurstudie en het empirisch onderzoek. In dit deel wordt de praktijk van de behandeling van seksuele delinquenten in verband gebracht met de twee reeds besproken theoretische behandelings invalshoeken namelijk het RNR Model en het GLM. Alvorens hiertoe over te gaan, lijkt het aangewezen eerst de methodologische aspecten van dit onderzoek toe te lichten.

HOOFDSTUK 1: METHODOLOGISCHE ASPECTEN

1. DOELSTELLING

Door middel van onderzoek in verschillende behandelingseenheden voor seksuele delinquenten willen wij nagaan hoe en in welke mate de praktijk aansluit bij het RNR Model en/of het GLM. Via persoonlijke gesprekken met therapeuten en het verzamelen van visieteksten en/of jaarverslagen willen wij meer inzicht krijgen in hun werking. Geografisch is dit onderzoek afgebakend tot behandelingseenheden in Vlaanderen en Québec.

Het onderzoekstype zal fundamenteel van aard zijn. Met dit onderzoek willen wij immers bijdragen tot een accumulatie van kennis met betrekking tot de behandeling van seksuele delinquenten. Omdat dergelijk onderzoek nog niet voorhanden was, kunnen wij zeggen dat dit onderzoek eveneens explorierend van aard is. De relevantie van dit onderzoek is voornamelijk wetenschappelijk.

2. PROBLEEMSTELLING EN ONDERZOEKSOPZET

Onze algemene probleemstelling wordt geformuleerd als:

“Wat is de positie van het Risk-Need-Responsivity Model en het Good Lives Model bij de rehabilitatie van seksuele delinquenten in Belgische en Canadese behandelingseenheden?”.

Om dit onderzoek te realiseren, bevragen wij via semi-gestructureerde interviews werknemers van verschillende Belgische en Canadese settings waar seksuele delinquenten behandeld worden. Onze steekproeftrekking gebeurde op selecte wijze daar niet ieder lid van de

populatie dezelfde kans had om in de steekproef terecht te komen. Vanuit het domein zijn namelijk meerdere keren namen genoemd van actoren dewelke interessant zouden zijn om te betrekken in ons onderzoek. Wij hebben hiermee rekening gehouden. De wijze van contactname met de onderzoekseenheden gebeurde eerst schriftelijk. Wij hebben iedereen een brief gestuurd om ons onderzoek voor te stellen. Een voorbeeld van deze aanmeldingsbrief vind u in bijlage 1 (Nederlandstalige versie) en bijlage 2 (Franstalige versie). Vervolgens hebben wij telefonisch contact opgenomen om te vragen of de voorziening zijn medewerking wou verlenen. Wat betreft de onderzoekslocatie. De interviews worden afgenomen in Vlaanderen en Québec. Zij gaan steeds door in de werkomgeving van onze respondenten. Deze keuze is ingegeven door zowel praktische als methodologische argumenten. Praktisch was het niet mogelijk om al onze respondenten samen te brengen op een door ons gekozen locatie. Het is makkelijker als de onderzoeker naar hen komt dan omgekeerd. Het feit dat we opteren voor een bestaande locatie kent op methodologisch vlak een voordeel. Sommige respondenten zullen namelijk meer vertellen als ze zich in hun eigen vertrouwde omgeving bevinden. De toegankelijkheid tot de onderzoekslocatie mag geen probleem vormen.

3. DATAVERZAMELING

Als onderzoeker hebben wij met een open geest en met de nodige flexibiliteit het onderzoeksveld betreden. Er dient ruimte te zijn voor onvoorziene en ongeplande verschijnselen waardoor wij vooraf ook niet teveel gestructureerd hebben. Een semi-gestructureerd interview sluit hier perfect bij aan. In dit onderzoek hebben wij een lijst opgesteld met een aantal topicvragen. Een voorbeeld hiervan vindt u in bijlage 3. Op die manier willen wij de respondenten de kans geven hun antwoorden zelf vorm te geven. Als onderzoeker zijn wij ook niet aan die lijst gebonden. Zo kunnen wij eenvoudig doorvragen bij de respondent tot wij het gevoel hebben deze doorgrond te hebben.

De interviews werden, op één keer na, individueel afgenomen en telkens *face-to-face*. De duur van zo'n vraaggesprek varieerde van drie kwartier tot één uur en half. Om zoveel mogelijk vertekening te vermijden, hebben wij tijdens het interview aantekeningen gemaakt. Belangrijke of treffende uitspraken van de respondenten hebben wij zoveel mogelijk letterlijk genoteerd. Na elk interview hebben wij het gesprek op basis van onze notities uitgetypt.

4. KWALITATIEVE DATA-ANALYSE

Wij analyseren de bekomen gegevens kwalitatief daar wij geen objectieve feiten bestuderen maar wel belevingen, ideeën en percepties over het werken met seksuele delinquenten in de

praktijk. Omdat het voor ons belangrijk is de verkregen informatie zo genuanceerd mogelijk weer te geven, gaan wij niet werken met cijfergegevens. Dit laatste zou een reductie betekenen van zowel de volheid als de diepgang van de antwoorden.

Het doel van een analyse is het aanbrengen van een structuur of patroon om te komen tot een zinnige ordening van de gegevens¹⁶³. Immers, elk interview heeft ons net als het verkregen tekstmateriaal heel wat informatie opgeleverd. Reductie van data is dan ook noodzakelijk. Elk categorie krijgt een naam die afgeleid is van onze empirische data (inductieve werkwijze). Na de eerste ronde is onze codelijst erg groot. Een volgende stap in het analyseproces is dan de codes verder samenbrengen. Op deze manier zoeken wij naar hoofdthema's, subcategorieën, verbanden etc. in onze geordende gegevens. De clusters van informatie die op deze manier ontstaan, vormen de basis voor goede en valide resultaten.

5. RESPONDENTENCODES

In België hebben wij gesprekken gehad met 11 practici en in Canada met 5. Elke respondent heeft van ons een code gekregen. De codenamen voor België zijn enkelvoudig, deze voor Canada meervoudig. De C achter elke code staat voor 'Canada' en dit om het onderscheid met de Belgische respondenten te bewaren. De respondenten zullen later met deze code hernomen worden. Zo is duidelijk bij het lezen van de uitspraken welke opleiding de desbetreffende respondent genoten heeft alsook waar deze momenteel tewerkgesteld is.

➤ Codenaam respondenten België

Respondent A: psycholoog (Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Amandus te Beernem, FIDES-Residentieel)
Respondent B: criminoloog-seksuoloog (I.T.E.R.-Centrum voor daderhulp: behandeling en begeleiding van plegers van seksueel misbruik)
Respondent C: opleiding sociale readaptatiewetenschappen (CAW De Kempen)
Respondent D (duogesprek): één maatschappelijk assistent en één psycholoog (CAW 't Verschil te Hasselt)
Respondent E: psycholoog (Algemeen Psychiatrisch ziekenhuis Sint-Lucia te Sint-Niklaas, afdeling Kliniek voor Forensische psychiatrie).
Respondent F: psycholoog (CGG Hasselt)
Respondent G: psycholoog (CGG Vlaams Brabant Oost-afdeling Leuven)
Respondent H: psycholoog (Universitair Forensisch Centrum te Antwerpen)
Respondent I: psycholoog (CGG Vagga/Andersen te Berchem)

¹⁶³ K.. BEYENS en C. VAN DIJCK, *Inleiding tot kwalitatief onderzoek*, niet gepubliceerde cursustekst, academiejaar 2005-2006, 66.

Respondent J: maatschappelijk assistent (CAW Stimulans te Kortrijk)

➤ **Codenaam respondenten Canada**

Respondent AC: criminoloog–sexuoloog (Instituut Philippe Pinel)

Respondent BC: psycholoog (Service Correctionnel Canada te Montréal, regio Québec)

Respondent CC: psycholoog (Service Correctionnel Canada te Ottawa, regio Ontario)

Respondent DC: professor (Université de Montréal)

Respondent EC: professor (Université de Montréal)

6. KRITISCHE ANALYSE VAN DE ONDERZOEKSMETHODOLOGIE

De keuze voor een kwalitatief onderzoek is niet toevallig. Wij hebben hiervoor gekozen omdat wij de visie en de werkwijze van onze respondenten naar waarde proberen te schatten door rekening te houden met hun context. Het feit dat wij gebruik maken van semi-structureerde interviews maakt dat de respondenten de gelegenheid krijgen om specifiek te antwoorden, bepaalde verbanden te leggen etc. Op die manier zijn wij als onderzoeker ook bepaalde zaken te weten gekomen die wij vooraf niet voorzien hadden maar die uiteindelijk wel relevant zijn. Een rijke gedetailleerde verzameling van gegevens is het resultaat. Dit voorgaande heeft ervoor gezorgd dat dit onderzoek een hoge validiteit kent. Validiteit heeft betrekking op de mate waarin de onderzoeker toegang krijgt tot de kennis en ervaring van de deelnemers en in staat is te bepalen wat de deelnemer bedoelt met wat hij gezegd heeft¹⁶⁴. Het gebrek aan standaardisatie daarentegen kan twijfels doen ontstaan over de betrouwbaarheid van dit onderzoek. Betrouwbaarheid heeft te maken met de vraag of verschillende onderzoekers dezelfde resultaten zouden verkrijgen¹⁶⁵. Exacte herhaling is echter niet mogelijk, virtuele herhaalbaarheid wordt mogelijk gemaakt door uitgebreide rapportage en argumentatie van elke keuze. De betrouwbaarheid blijft echter wel laag daar wij ook te maken kunnen hebben met een *interviewerbias*. Dit impliceert dat het gedrag en/of de mening van de interviewer een invloed uitoefent op de door de respondent gegeven antwoorden. Om onze respondenten te selecteren, hebben wij gebruik gemaakt van een selecte steekproeftrekking. Dit heeft als gevolg dat er vertekening kan optreden in de resultaten en dat de resultaten niet geldig zijn buiten de steekproef. Bij aanvang van het gesprek werd altijd volledige anonimiteit aan de respondenten gegarandeerd en dit om zo zuiver mogelijke antwoorden te bekomen. Ook willen wij uw aandacht vestigen op het feit dat een dergelijke bevraging niet vrij is van enige subjectiviteit. De respondenten geven antwoorden die voor hen specifiek van toepassing

¹⁶⁴ K.. BEYENS en C. VAN DIJCK, *l.c.*, 49.

¹⁶⁵ *Ibid*, 48.

zijn. Zo kunnen wij aannemen dat de opleiding, de vorige werkervaringen etc. allemaal een rol spelen bij het beantwoorden van de vragen. Een ander aspect dat een invloed kan uitoefenen op de resultaten is de onderzoekslocatie. Wij hebben telkens geopteerd om onze respondenten te bevragen op hun werkplaats. Dit had tijdens het interview als gevolg dat de telefoon verschillende keren rinkelde, dat een collega iets kwam vragen en dergelijke. Dit zijn allemaal storende factoren die ervoor zorgen dat onze respondent tijdens het interview zijn aandacht kan verliezen. Naast de respondenten gaan wij als onderzoeker in dergelijk kwalitatief onderzoek ook niet vrijuit. De persoon van de onderzoeker speelt immers ook een belangrijke rol. Bij interviews moet wij ons kunnen verplaatsten in het leven van de respondent om zo zijn visie te kunnen plaatsten in een bredere context. Dit vereist sociale vaardigheden. Anderzijds moeten wij als onderzoeker opletten dat wij niet te nauw betrokken worden en toch een zekere afstand in acht nemen om zo objectief mogelijk verslag uit te brengen.

Voor ons als interviewer betekent dergelijk onderzoek een forste tijdsinvestering: wij moeten ons schikken naar de momenten waarop de respondent zich kan vrijmaken, wij begeven ons buitenhuis naar andere locaties waar de gesprekken moeten plaatsvinden, nadien moet er van elk interview een schriftelijk verslag opgemaakt worden etc. Om toch enige houvast te hebben tijdens de verwerking van deze gesprekken, maken wij tijdens het interview zelf nota's. Nadelen zijn ongetwijfeld de inherente onvolledigheid van de notities en het feit dat dit een stoorzender kan zijn tijdens het vraaggesprek. Als onderzoeker hebben wij ook gemerkt dat noteren en gelijktijdig luisteren veel concentratie vraagt. Het gebruik van een bandopnemer hebben wij expliciet achterwege gelaten omdat dit naar onze mening bedreigender overkomt naar de respondent toe en bijgevolg een negatieve impact kan hebben op de gegeven antwoorden.

HOOFDSTUK 2: DE ONDERZOEKSRESULTATEN

INLEIDING

Dit hoofdstuk is opgebouwd uit drie delen. In het eerste deel wordt de visie en de methoden inzake de behandeling van seksuele delinquenten in België toegelicht. Dit deel bevat eveneens een analyse van het verband van de Belgische behandelingspraktijk met het RNR Model en het GLM. Deel twee is volledig gewijd aan de Canadese behandelingspraktijk van seksuele delinquenten. Ook hier wordt het verband nagegaan met beide theoretische

behandelingsmodellen. In het derde deel van dit hoofdstuk volgt er een kritische vergelijking tussen België en Canada inzake deze materie.

1. DE EXTRAPENITENTIAIRE BEHANDELING VAN SEKSUELE DELINQUENTEN IN BELGIË

In wat volgt, bespreken wij de behandelingsvisie en –methoden van de extrapenitentiaire ambulante en residentiële settings in Vlaanderen. Tot slot onderzoeken wij hoe en in welke mate deze behandelingspraktijk verbonden is met het RNR Model en het GLM.

1.1 Gespecialiseerde ambulante voorzieningen

Het samenwerkingsakkoord voorziet in gespecialiseerde ambulante voorzieningen met name één of meer door de Vlaamse Gemeenschap erkende en gesubsidieerde CAW's en CGG's. Een lijst van deze voorzieningen wordt opgenomen in bijlage 4. De erkende centra vervullen de taken die beschreven staan in art. 9 van het samenwerkingsakkoord. Kort geschetst gaat het om adviesverlening, behandeling, het opstellen van een verslag over de opvolging van de behandeling ten behoeve van de bevoegde overheid en de justitieassistent, het opstellen van een werkingsverslag en tot slot meewerken aan een registratiemodel. Tot hiertoe is er geen verschil op te merken tussen de CAW's en de CGG's . Echter, het aanbod van beide voorzieningen is gesitueerd op een verschillende lijn (of niveau). Het principe is: hoe hoger de lijn waarop een organisatie zich bevindt, hoe meer gespecialiseerd en hoe moeilijker toegankelijk die organisatie is¹⁶⁶. Concreet kunnen wij zeggen dat de CAW's eerstelijnsvoorzieningen zijn. Zij bieden algemene hulpverlening aan, hulpverlening die voor iedereen toegankelijk is zonder doorverwijzing¹⁶⁷. De CGG's daarentegen zijn tweedelijnsvoorzieningen en bieden specifieke hulpverlening aan.

1.1.1 Het Algemeen Welzijnswerk en de Centra voor Algemeen Welzijnswerk

Binnen het Algemeen Welzijnswerk (hierna AW) kunnen wij twee initiatieven voor seksuele delinquenten onderscheiden. Het gaat enerzijds om een behandeling aangeboden door gespecialiseerde ambulante voorzieningen en anderzijds om de Leerprojecten voor Daders van Seksueel Geweld (hierna LDSG). Omdat onze aandacht niet gericht is op vormingsinitiatieven bespreken wij uitsluitend de gespecialiseerde teams “*Hulpverlening aan Seksuele Delinquenten*” (hierna HSD) die ondergebracht zijn in de CAW's.

¹⁶⁶ M. KARAMAN, *Interculturalisering binnen de Geestelijke Gezondheidszorg - deel 2 literatuurstudie: eerste en tweedelijns hulpverlening*, Intercultureel Netwerk Gent vzw , 2006, 3.

¹⁶⁷ *Ibid*, 2.

➤ **Situering**

De CAW's zijn mede verantwoordelijk voor de realisatie van een behandeling voor seksuele delinquenten gekaderd binnen het samenwerkingakkoord. Echter, deze hulpverlening is een taak die de wettelijk omschreven opdrachten van de CAW's overschrijdt. Dit probleem is opgelost door een decreet dat stelt dat deze centra naast het vervullen van hun algemene taken ook bijkomende taken mogen opnemen ten behoeve van bepaalde doelgroepen, problematieken en/of regionale behoeften¹⁶⁸. Op die manier past hulpverlening aan seksuele delinquenten perfect binnen hun werking. In totaal werden vijf CAW's officieel erkend. Het betreft telkens één ambulante centrum per provincie.

➤ **Visie en missie inzake de behandeling van seksuele delinquenten**

Volgens de CAW's zijn welzijnsbevordering en het voorkomen van hervat (vaak) nauw met elkaar verbonden¹⁶⁹. Terugvalpreventie kan bijgevolg bereikt worden door het bevorderen van de persoonlijke, relationele en maatschappelijke ontwikkeling van de ouders alsook door op aangepaste wijze tegemoet te komen aan zijn/haar specifieke welzijnsbehoeften¹⁷⁰. Dit toont aan dat de HSD-teams aandacht hebben voor zowel de *maatschappelijke* zorg als voor de *individuele* zorg. Men vertrekt van de stelling dat als een persoon zich niet goed in zijn vel voelt, hij de maatschappelijk aanvaarde grenzen zal overschrijden. Het AW biedt daarom hulp- en dienstverlening aan seksuele delinquenten om hen in staat te stellen een menswaardig(er) bestaan te leiden door het opnemen van meer verantwoordelijkheid en door het verhogen van hun welzijn en gezondheid om zo hun levenskwaliteit te verbeteren¹⁷¹.

➤ **Doelgroep**

De CAW's voorzien in theorie in een behandeling voor volwassen plegers van seksueel geweld die doorverwezen zijn via justitie. De praktijk verschilt hiervan. Tijdens onze interviews hebben wij steevast vernomen dat de voorzieningen ook openstaan voor mensen die seksueel grensoverschrijdend gedrag *dreigen* te stellen. Vanuit het samenwerkingsakkoord zijn de centra hiertoe niet verplicht. Hun bereidwilligheid ten aanzien van vrijwillige aanmeldingen wordt gekaderd binnen hun functie als eerstelijnsdienst. Respondent C deelt ons mee: “*Wij kiezen daarvoor vanuit onze maatschappelijke roeping: hulp bieden aan*

¹⁶⁸ Decr. VI. Gem. 19 december 1997 betreffende het algemeen welzijnswerk, *B.S.* 17 februari 1998, 4417.

¹⁶⁹ STEUNPUNT ALGEMEEN WELZIJSWERK, “Hulp aan ouders van seksueel misbruik. Visie”, www.steunpunt.be/xcms/lang_nl-BE/mid_13873/ModeID_0/EhPageID_653/4988/default.aspx.

¹⁷⁰ *Ibid.*

¹⁷¹ R. MARTEIN, “Ambulante behandeling. Welzijnssector.” In C. DILLEN en P. COSYNS (eds.), *Behandeling van seksuele delinquenten in België*, Leuven/Apeldoorn, Garant Uitgevers, 2000, 162.

iedereen die hulp zoekt". Voor de therapeuten betekent dit eveneens hulp aanbieden aan minderjarige ouders, veelplegers etc.

➤ **Algemene selectiecriteria**

Om gebruik te maken van het hulpverleningsaanbod van een HSD-team dienen alle cliënten minimaal enkele standaardvoorwaarden te vervullen¹⁷²:

- een minimum aan besef van normoverschrijding en schuld hebben;
- akkoord gaan met de afspraken aangaande de begeleiding/hulpverlening;
- over voldoende cognitieve, affectieve en communicatieve mogelijkheden beschikken;
- ambulant begeleidbaar en te helpen zijn;
- geen zware verslaving of ernstige psychiatrische problematiek hebben.

➤ **Methodiek hulpverlening**

Het dadergedrag van seksuele delinquenten wordt binnen het AW begrepen als een combinatie van verschillende factoren. Men gaat ervan uit dat ouders vaak problemen hebben op verschillende levensgebieden waardoor seksueel deviant gedrag procesmatig ontstaat. In de behandeling wordt daarom gebruik gemaakt van een multi-causale benadering waarbij socio-culturele, situationele, bio-psychologische en materieel-financiële factoren in aanmerking genomen worden¹⁷³. Tijdens de interviews is het duidelijk geworden dat het cognitief-gedragstherapeutisch model domineert binnen de behandelingspraktijk. Dit model wordt vertaald aan de hand van de delictketen. Deze delictketen heeft een dubbele functie: het kan zowel gebruikt worden als een diagnostisch middel maar ook als een behandelingsmethode¹⁷⁴. In de praktijk wordt niet altijd zuiver een cognitief-gedragstherapeutische behandeling toegepast. Respondent J zegt: "*De krijtlijn van het programma is cognitief-gedragstherapeutisch maar verder worden eigen therapeutische accenten gelegd*". Zo merken wij op dat sommige therapeuten werken met psychodramatechnieken, ervaringsgerichte therapie, hersteltherapie etc.

Wat betreft de behandeling onderkent het AW het belang van een grondige inschatting en taxatie (*assessment*)¹⁷⁵. Een systematische en individuele beoordeling van de kans op crimineel gedrag (*risk-assessment*) en de behoeften (*needs-assessment*) van seksuele

¹⁷² STEUNPUNT ALGEMEEN WELZIJNSWERK, "Hulpverlening aan seksuele delinquenten. Doelgroep", www.steunpunt.be/xcms/lang_nl-BE/mid_13873/ModeID_0/EhPageID_652/4988/default.aspx.

¹⁷³ R. MARTEIN, *l.c.*, 167.

¹⁷⁴ P. COSYNS, D. DE DONCKER en L. OOSTVOGELS, "Gedwongen behandeling van seksuele misbruikers. Theoretisch behandelprogramma" in C. P. COSYNS, D. DE DONCKER en I. OOSTVOGELS, "DILLEN en P. COSYNS (eds.), *Behandeling van seksuele delinquenten in België*, Leuven/Apeldoorn, Garant Uitgevers, 2000, 54.

¹⁷⁵ R. MARTEIN, *l.c.*, 169.

delinquenten is een hoeksteen geworden in het identificatieproces van behandelingsnoden van delinquenten¹⁷⁶. Dit *assessment*proces als evaluatiemoment is in de praktijk een knelpunt. Een uitvoerige testing neemt echter heel wat tijd in beslag, tijd die vaak niet voorhanden is.

Tijdens de behandeling wordt de cliënt ertoe aangezet om zijn verhaal te vertellen. Op die manier wordt getracht de cliënt stil te laten staan bij zijn cognitieve vervormingen. Vaak is er in de beginfase van de behandeling geen erkenning van het probleem. Via daderhulp als *verplichte* hulpverlening gaat men proberen om de externe motivatie van de daders om te buigen tot een interne motivatie¹⁷⁷. Op die manier kan doorheen de behandeling een verantwoordelijkheidsgevoel ontstaan en/of toenemen. Naargelang de aard van de problematiek en de kenmerken van de cliënt kan gekozen worden voor een individuele of groepsgewijze benadering. In de praktijk zien we echter dat er vaak louter individueel gewerkt wordt. Het AW beseft dat een behandeling vaak een kwestie is van “*no cure, but control*”¹⁷⁸. Men vertrekt van het idee dat het gedrag nooit genezen kan worden maar met therapeutische hulp acht men het wel mogelijk het gedrag onder controle te brengen.

1.1.2 De Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg

In het samenwerkingsakkoord is er sprake van twee gespecialiseerde voorzieningen. Naast de reeds besproken CAW's zijn de CGG's eveneens belast met de behandeling.

➤ Situering

Een CGG wordt in art. 4 van het decreet betreffende de geestelijke gezondheidszorg omschreven als een erkende verzorgingsvoorziening die op multidisciplinaire wijze ambulante geestelijke gezondheidszorg verleent in een extramuraal kader aan personen wiens geestelijke gezondheid verstoord is. In de voorbereiding van het samenwerkingsakkoord werden in 1997 de 86 bestaande CGG's gefusioneerd¹⁷⁹. Het werkingsgebied werd uitgebreid om zo tot een grotere specialisatie te komen. Acht netwerken van CGG's kwamen tot stand.

Elk netwerk is opgebouwd uit één coördinerend CGG die allemaal op 18 mei 1999 met het decreet van de Vlaamse Gemeenschap het statuut kregen van “gespecialiseerde voorziening” waardoor deze belast werden met de extrapenitentiaire behandeling van seksuele delinquenten. Naast deze coördinerende centra die ook ‘forensische equipes’ genoemd worden, bestaat elk netwerk eveneens uit een aantal participerende CGG's die op

¹⁷⁶ R. MARTEIN, *l.c.*, 173.

¹⁷⁷ *Ibid.*, 168.

¹⁷⁸ *Ibid.*, 168.

¹⁷⁹ J. KLERKX, “Ambulante behandeling. Centra Geestelijke Gezondheidszorg en netwerken” in C. DILLEN en P. COSYNS (eds.), *Behandeling van seksuele delinquenten in België*, Leuven/Apeldoorn, Garant Uitgevers, 2000, 135.

hun beurt instaan voor specifieke deelaspecten van de daderzorg zoals bijvoorbeeld de verslavingsproblematiek etc.¹⁸⁰

➤ **Visie en missie inzake de behandeling van seksuele delinquenten**

De forensische equipen van de CGG's zijn specifiek belast met twee opdrachten. Het multidisciplinaire forensisch team heeft in eerste instantie als doel recidive en slachtofferschap te voorkomen¹⁸¹. Deze doelstelling situeert zich op *maatschappelijk* niveau en heeft twee implicaties. Enerzijds gaat men vanuit curatieve invalshoek een behandeling aanbieden aan cliënten die een seksueel delict gepleegd hebben en daarvoor veroordeeld zijn. Anderzijds gaat men vanuit preventieve invalshoek een behandeling aanbieden aan cliënten die vrezen dat zij een seksueel delict gaan plegen. De CGG's hebben daarnaast ook een opdracht op *individueel* niveau namelijk de bevordering van het welzijn en de geestelijke gezondheid van de cliënt¹⁸². Meer specifiek wil men via therapie de aan het delict gerelateerde psychopathologie behandelen alsook de verdere ontwikkeling van andere psychische problemen en/of persoonlijkheidsproblemen beperken of voorkomen. In de behandelingspraktijk wordt zowel de maatschappelijke als de individuele doelstelling stevast nagestreefd. De hulpverlening tracht via het bevorderen van de levenskwaliteit tegemoet te komen aan haar eerste doelstelling namelijk het voorkomen van nieuwe feiten en slachtoffers¹⁸³. Er moet echter op gewezen worden dat het bevorderen van het welzijn van de cliënt ondergeschikt blijft aan het hoger doel van hervalpreventie. Respondent F zegt: *“Hervalpreventie staat prioritair. Afhankelijk van cliënt tot cliënt komen daar nog andere doelstellingen bij maar deze worden altijd gekoppeld aan hervalpreventie”*.

Om bovenvermelde doelstellingen te bereiken, benaderen de therapeuten de cliënten steeds als een totaalpakket. Dit impliceert dat men niet enkel oog heeft voor het (potentiële) daderaspect maar voor alle aspecten van de cliënt. Het delictgedrag is vaak maar één aandachtspunt binnen de forensische hulpverlening. Ook de problemen waar de delinquent in het hier-en-nu mee worstelt, worden in ogenschouw genomen¹⁸⁴. Ondanks het feit dat deze niet per se rechtstreeks samenhangen met het delictgedrag gaan zij ervan uit dat dit toch belangrijke factoren zijn die kunnen voorafgegaan zijn aan of een rol gespeeld hebben bij het plegen van een seksueel delict. Een gesprek met een steunfiguur van de cliënt kan de

¹⁸⁰ J. KLERKX, *l.c.*, 135.

¹⁸¹ CGG VLAAMS-BRABANT OOST, “Begeleiding en behandeling van daders van seksueel misbruik”, *Werkingsverslag* 2006, 14.

¹⁸² *Ibid.*, 14.

¹⁸³ *Ibid.*, 14.

¹⁸⁴ *Ibid.*, 16.

therapeut meer inzicht verschaffen. Wij merken echter op dat steunfiguren in de praktijk niet frequent betrokken worden. Respondent F zegt hieromtrent: *“Het beroepsgeheim staat in de weg, wij als therapeut kunnen niet vrijuit praten tegen de partner of het familielid”*.

➤ **Doelgroep**

De doelgroep die in aanmerking komt voor een behandeling in een CGG dient zowel op *juridisch* vlak als op *psychiatrisch/psychologisch* vlak een aantal kenmerken te bezitten¹⁸⁵. De forensische equipes bieden hulpverlening aan personen die zich in een bepaald juridisch kader bevinden zoals omschreven in het samenwerkingsakkoord (supra deel I, 1.1). Een dergelijk juridisch statuut is niet voldoende. De CGG's zijn tweedelijnsvoorzieningen wat impliceert dat zij meer specifieke hulpverlening aanbieden. Concreet betekent dit dat cliënten eveneens gekenmerkt moeten zijn door een lijden aan een (ernstige) psychologische en/of medisch-psychiatrische problematiek¹⁸⁶. Dit kan eender welke stoornis zijn en dus niet louter een seksuele psychiatrische stoornis. Verder bieden de CGG's in het kader van slachtofferpreventie ook een behandeling aan cliënten die vrezen dat zij een seksueel delict zullen plegen. Deze zijn niet veroordeeld en hebben bijgevolg geen juridisch statuut. Respondent F deelt ons mee: *“Het is belangrijk dat mensen therapie kunnen krijgen wanneer zij zelf aangeven dat ze een probleem hebben of wanneer ze aangeven het gevoel te hebben dat ze wel eens over de schreef kunnen gaan. Het CGG bekijkt dit vanuit twee invalshoeken: mensen die zich vrijwillig aanmelden zetten al een stap in de goede richting: zij zijn gemotiveerd en anderzijds doen wij dit vanuit slachtofferpreventie: ingrijpen nog vóór er slachtoffers zijn gevallen”*. Respondent D maakt een opmerking. Deze stelt: *“Eigenlijk is er sprake is van een continuüm. Wat is het onderscheid tussen een verplichte doorverwijzing en een vrijwillig aanmelding? Er is misschien geen gerechtelijk druk, maar wel druk van familie, vrienden of geneesheer”*.

➤ **Algemene selectiecriteria**

Naast de specifieke doelgroepcriteria van de CGG's zijn er nog een aantal algemene selectiecriteria die in acht dienen genomen te worden¹⁸⁷. Eén van deze algemene criteria heeft betrekking op de hulpvraag. Een minimale hulpvraag is vereist alvorens een behandeling opgestart kan worden. Daarnaast moet de cliënt erkennen dat een seksueel probleem aanwezig is alsook moet hij bereid zijn om hierover in dialoog te treden met de therapeut. Tot slot moet

¹⁸⁵ CGG VAGGA v.z.w., “Gespecialiseerde voorziening Forensisch team Vagga/Andersen”, *Werkingsverslag* 2006, 23.

¹⁸⁶ *Ibid*, 23.

¹⁸⁷ DADERHULPTEAM VGGZ LIMBURG, *jaarverslag* 2006, 5.

de cliënt minimaal gemotiveerd zijn om een therapie op te starten en te volgen. Indien niet voldaan wordt aan deze algemene criteria is het onmogelijk om een therapie aan te bieden. Deze criteria worden niet expliciet door alle centra omschreven, doch kunnen wij op basis van onze interviews besluiten dat deze impliciet door alle therapeuten onderkent worden.

➤ **Methodiek hulpverlening**

De CGG's behandelen seksuele delinquenten op een multidisciplinaire en interdisciplinaire wijze. Dit staat beschreven in art. 2 en art. 8 van het decreet betreffende de geestelijke gezondheidszorg van 18 mei 1999. Deze werkwijze wordt ingegeven door de complexiteit van de dossiers waardoor de therapie eveneens diverse terreinen moet bespelen (patiëntgericht, delictgericht en slachtoffergericht). Een multidisciplinaire aanpak is bijgevolg aangewezen waarbij deskundigen onderling in overleg treden om tot een geschikt behandelingsplan te komen. Een dergelijke aanpak impliceert dat verschillende basisdisciplines betrokken worden in de hulpverlening. De meest voorkomende zijn: een psycholoog, een criminoloog, een maatschappelijk assistent, een psychiater, een seksuoloog en een psychotherapeut¹⁸⁸.

Naast de multidisciplinaire aanpak is de forensische hulpverlening ook multimethodisch en multisystematisch van aard wat betekent dat verschillende elementen uit diverse (bijkomende) opleidingen geïntegreerd worden¹⁸⁹. Zo bestaat het behandelingstraject vaak uit het laten samengaan of opeenvolgen van verschillende aspecten van diverse therapeutische richtingen zoals onder andere een cognitief-wetenschappelijke oriëntatie, een systeemtherapeutische benadering, een psychoanalytische oriëntatie, een *cliënt-centered* benadering, contextuele hulpverlening etc.¹⁹⁰ Het is in feite een integratie van alles wat doeltreffend kan zijn om in hun maatschappelijke en individuele opdracht te slagen. Tijdens de interviews hebben wij opgemerkt dat de cognitief-gedragstherapeutische benadering in de praktijk domineert. Er wordt met de delictketen gewerkt en de behandeling richt zich op terugvalpreventie, cognitieve herstructurering en empathietraining, het verhogen van de sociale competenties etc. In de praktijk wordt deze cognitieve gedragstherapie echter niet strikt toegepast. Respondent I zegt: “*Onze programma's hebben een psychodynamische achtergrond en zijn systeemgericht*”. Volgens onze respondenten worden soms ook biomedische behandelingsmethoden aangeboden. Afhankelijk van het CGG kan de

¹⁸⁸ J. KLERKX, *l.c.*, 137.

¹⁸⁹ *Ibid*, 138.

¹⁹⁰ *Ibid*, 138.

behandeling individueel en/of in groepsverband zijn. Individuele sessies worden altijd voorzien - soms exclusief en soms in combinatie met groepssessies.

1.1.3 Steuncentra

Bij het uitwerken van een geïntegreerd circuit voor de behandeling van seksuele delinquenten werd vanaf het begin geopteerd voor overkoepelde steuncentra. In de Belgische context betekent dit automatisch dat de verschillende gemeenschappen of gewesten elk hun eigen centrum moeten hebben¹⁹¹. In het samenwerkingsakkoord zijn twee steuncentra opgenomen. Voor het Nederlandstalig landsgedeelte is dit het *Universitair Forensisch Centrum* (hierna UFC) gevestigd te Antwerpen. Voor het Waals gewest is dit de *Unité Pilote de Psychopathologie Légale* (UPPL) te Doornik. Deze steuncentra worden in art. 1 van het samenwerkingsakkoord gedefinieerd als:

“Centra die ondersteuning bieden aan de gespecialiseerde psychosociale teams van de strafinrichtingen en de inrichtingen of afdelingen tot bescherming van de maatschappij en aan de gespecialiseerde voorzieningen inzake de begeleiding en behandeling van daders van seksueel misbruik”.

De term ‘ondersteuning’ in deze definitie dekt echter vele ladingen. Deze ondersteuning wordt geconcretiseerd in art. 5 van het samenwerkingsakkoord. Het gaat onder andere om het vervullen van een consultatiefunctie, het verstrekken van wetenschappelijke informatie, het verstrekken van logistieke steun voor diagnostiek en behandeling, het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek etc. Deze opdrachten worden de *structurele* opdrachten van de steuncentra genoemd¹⁹². Dit impliceert dat deze opdrachten door de steuncentra uitgeoefend worden ten aanzien van de PSD, de justitieassistenten en de gespecialiseerde voorzieningen. Artikel 6 daarentegen omschrijft de *individuele* opdrachten van de steuncentra¹⁹³. Deze worden geformuleerd als: *“de steuncentra vervullen eveneens de taken, bedoeld in artikel 9, 1°, 2° en 3°. Artikelen 10 en 11 zijn van overeenkomstige toepassing”.* Concreet betekent dit dat de steuncentra eveneens verantwoordelijk zijn voor het aanbieden van een gepaste extrapenitentiaire behandeling aan daders van seksueel misbruik. De steuncentra beschikken bijgevolg over een beperkte behandelunit. Dit is voor hen belangrijk omdat het

¹⁹¹ C. DILLEN, P. COSYNS en J. KLERKX, “De steuncentra en het samenwerkingsakkoord’ in C. DILLEN en P. COSYNS (eds.), *Behandeling van seksuele delinquenten in België*, Leuven/Apeldoorn, Garant Uitgevers, 2000, 70.

¹⁹² R. VERELLEN, *Het samenwerkingsakkoord tussen de federale staat en de Vlaamse Gemeenschap inzake de begeleiding e behandeling van daders van seksueel misbruik. Een goede start?*, onuitg. eindverhandeling voor het behalen van het licentiaatsdiploma in de Criminologische Wetenschappen, Vrije Universiteit Brussel, Brussel, 1998-1999, 44.

¹⁹³ *Ibid*, 44.

wetenschappelijk onderzoek zich moet kunnen baseren op de praktijk en omdat zij de nodige deskundigheid moeten hebben om de gespecialiseerde voorzieningen te kunnen adviseren indien zij hierom vragen¹⁹⁴. Daar dit werkstuk gericht is op Vlaanderen nemen wij het UFC van nabij onder de loep.

➤ **Situering**

Het UFC startte in 1993 als afzonderlijke entiteit met een gespecialiseerde raadpleging voor diagnose en behandeling van parafiele stoornissen. Bij de implementatie van het samenwerkingsakkoord in 1998 beschikte het UFC dus reeds over de nodige *know-how* en praktijkervaring wat tot gevolg had dat zij aangeduid werd als steuncentrum. Het UFC maakt momenteel deel uit van de dienst psychiatrie van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen (UZA) en van de onderzoeksgroep psychiatrie van de Universiteit Antwerpen.

➤ **Visie en missie inzake de behandeling van seksuele delinquenten**

De behandelingsvisie tijdens de beginjaren van het UFC kan omschreven worden in termen van ‘te vermijden doelen’. De doelstellingen waren toen streven naar een delictvrije maatschappij en naar het vermijden van recidive. Respondent H zegt: *“Therapie werd toen opgedrongen. Er werd vaak met het vingertje gewezen. Wij merkten echter op dat die manier van werken een aversie voor therapie creëerde. Later gingen wij uit van wat van belang is voor de cliënt”*. Het UFC staat heden ten dage ook in voor het aanbieden van welzijnsbevorderende initiatieven. Respondent H zegt: *“Het terugvalpreventiemodel werd afgezwakt naar het zelfregulatiemodel. Wij hebben nu meer aandacht voor de mens. De aanpak werd ruimer opengetrokken”*. Ondanks deze wijzigingen in de behandelingsvisie doorheen de jaren is het van belang aan te stippen dat het hoofddoel ‘hervalpreventie’ blijft. Het hoofddoel van de therapie bestaat er immers in om terugval te voorkomen door de interne controle over het gedrag zodanig uit te breiden dat de aanvankelijk soms noodzakelijke externe controle verminderd kan worden¹⁹⁵. Deze gedachte zal doorheen het hele therapeutische proces aanwezig blijven. Naast dit hoofddoel kunnen wij in het jaarverslag nog een drietal deeldoelen onderscheiden. Deze zijn¹⁹⁶:

- 1) aansluiting van de cliënt bij het hoofddoel wat impliceert dat een intrinsieke motivatie tot voorkoming van terugval bij de cliënt bewerkstelligd wordt;
- 2) het voorzien van de min of meer gemotiveerde cliënt van de mogelijkheden om via interne controlemechanismen terugval te voorkomen;

¹⁹⁴ R. VERELLEN, *l.c.*, 44.

¹⁹⁵ UNIVERSITAIR FORENSISCH CENTRUM (1994), *l.c.*, 83.

¹⁹⁶ *Ibid*, 83.

3) de levenskwaliteit van de cliënt verbeteren. Hij moet kunnen beschikken over gedragsalternatieven voor zijn deviant seksueel gedrag. Deze gedragsalternatieven moeten waardevol zijn voor hemzelf, onschadelijk zijn voor zijn medemensen en ideaal gesproken dezelfde prevalentie hebben qua functionaliteit als het pathologisch gedrag.

➤ **Doelgroep**

In het samenwerkingsakkoord staat geschreven dat de behandeling betrekking heeft op personen die feiten als bedoeld in art. 372 tot en met 386ter Sw. hebben gepleegd of van het plegen van die feiten verdacht worden. Ook personen die hun seksueel deviante fantasieën en eventueel gedragingen als een probleem ervaren zonder dat ze hiervoor ooit veroordeeld zijn geweest, kunnen zich aanmelden¹⁹⁷.

Omdat het UFC *in se* behoort tot de CGG's is de aanwezigheid van een psychiatrisch-psychologische problematiek bij de cliënten eveneens vereist.

➤ **Algemene selectiecriteria**

Wanneer de hulpverleners na de aanvraag tot behandeling, na het intake-gesprek of na de diagnostische fase merken dat de cliënt aan één of meer van volgende voorwaarden voldoet, wordt het contact met de cliënt verbroken. Deze exclusiecriteria zijn¹⁹⁸:

- de afwezigheid van een probleem in verband met seksuele deviantie;
- de ontkenning van een probleem in verband met seksuele deviantie;
- het probleem in verband met seksuele deviantie is secundair en niet primair (comorbiditeit met een psychotische problematiek, met een persoonlijkheidsproblematiek of met een mentale handicap);
- de onmogelijkheid van een ambulante behandeling (wegens opsluiting);
- het ondertekenen van een therapeutisch contract weigeren.

➤ **Methodiek hulpverlening**

Het therapeutisch aanbod van het UFC werd uitgewerkt vanuit het gedrags- en cognitief therapeutisch model, de experiëntiële en de biologische benadering¹⁹⁹. Het delictscenario ontwikkeld door *van Beek & Mulder* (1991, 1992) is een essentieel onderdeel van de behandeling en is tevens de aanloop naar de volgende stap in het behandelingsprogramma namelijk de terugvalpreventie die sequentieel op het delictscenario volgt²⁰⁰.

¹⁹⁷ UNIVERSITAIR FORENSISCH CENTRUM (1994), *l.c.*, 24.

¹⁹⁸ *Ibid*, 27-28.

¹⁹⁹ *Ibid*, 68.

²⁰⁰ *Ibid*, 90.

Het delictscenario (of de delictketen) kwam reeds meerdere keren ter sprake. Het UFC heeft zelf een delictketen uitgewerkt op basis van de bestaande literatuur. Praktische alle gespecialiseerde voorzieningen maken gebruik van deze delictketen, ofwel in zuivere vorm ofwel aangevuld met eigen technieken en methoden. Na drie tot vier maanden werken rond het delictscenario komt terugvalpreventie aan de beurt. Naast een cognitief-gedragstherapeutische benadering maakt men in het UFC eveneens gebruik van biomedische behandelingsmethoden. Respondent H zegt dat een cliënt die erg lijdt aan hyperseksualiteit hiervoor bijvoorbeeld in aanmerking komt. De therapie sessies in het UFC verlopen uitsluitend individueel.

1.2 Residentiële voorzieningen

➤ Situering

Residentiële voorzieningen die een behandeling aanbieden aan seksuele delinquenten zijn niet door de overheid erkend. Diverse residentiële psychiatrische voorzieningen hebben jaren geleden zelf het initiatief genomen om te anticiperen op de maatschappelijke vraag naar een aangepast zorgaanbod voor seksuele delinquenten²⁰¹. In 1993 werd in het Psychiatrisch Ziekenhuis Ziekeren te Sint-Truiden een eerste behandelingsunit opgericht voor 12 patiënten met seksueel deviant gedrag. Dit voorbeeld werd in 1999 gevolgd door het Forensische Initiatief voor Deviante Seksualiteit (FIDES-R) te Beernem (ingebod in het Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Amandus) en in 2000 door de Kliniek voor Forensische Psychiatrie (KFP) te Sint-Niklaas (ingebod in het Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Lucia). Deze drie privé-initiatieven bieden een systematisch en omvattend residentieel programma aan zonder extra financiering. Dit is te merken aan onaangepaste architectuur bij gebrek aan normen op dit vlak, onvoldoende personeel en bescheiden budgetten²⁰².

➤ Visie en missie inzake de behandeling van seksuele delinquenten

In één van beide settings wordt de algemene behandelingsvisie omschreven als: “*de therapeutische basishouding stoelt op een ondubbelzinnige afkeuring van het delictgedrag maar ook op een respectvolle aanvaarding van de cliënt als volwaardig persoon die verantwoordelijkheid kan opnemen voor zijn dader*”²⁰³. De hoofddoelstelling die hierbij wordt beoogd is terugvalpreventie. Ook de andere setting stelt terugvalpreventie voorop.

²⁰¹ D. VAN DE PUTTE, “Residentiële behandeling van seksuele gedragsstoornissen” in C. DILLEN en P. COSYNS (eds.), *Behandeling van seksuele delinquenten in België*, Leuven/Apeldoorn, Garant Uitgevers, 2000, 112.

²⁰² *Ibid.*, 111.

²⁰³ FIDES, Een leidraad voor verwijzers. Het dadertherapieprogramma van Fides, *Brochure*, 6.

Daarnaast wordt er eveneens aandacht besteed aan het welzijn van de cliënt. Eén setting werkt volgens een tweesporenbeleid waar duidelijk aandacht wordt besteed aan de persoon van de pleger en zijn problematieken. Ook is er aandacht voor de entourage van de cliënt. In elke setting wordt bij aanvang van de behandeling de partner en/of een familielid uitgenodigd voor een gesprek.

➤ **Doelgroep**

Alleen cliënten die een justitieel statuut hebben, kunnen aan een residentiële behandeling deelnemen²⁰⁴. Een cliënt die zich vrijwillig aanmeldt, wordt niet aanvaard. In theorie zijn de voorzieningen *low security* settings. Maar als de therapeuten kijken naar hun populatie in de praktijk dan zien ze een aantal *medium* en *high risk offenders*. De settings nemen aan wat ze zonder speciale beveiligingsmaatregelen haalbaar achten. Mensen met een IQ > 80 kunnen in de twee onderzochte residentiële settings behandeld worden. Respondent E zegt: “*Onze setting heeft een speciale afdeling voor zwakbegaafde plegers (IQ < 80)*”. Deze cliënten worden stevast naar hen doorgestuurd. Deze respondent deelt ons ook mee dat wanneer in het geval van een veelpleger het seksueel delict niet op de voorgrond staat, dit eveneens gezien wordt als een exclusiecriteria.

➤ **Algemene selectiecriteria**

Naast de doelgroepcriteria die in acht dienen genomen te worden, bestaan er nog een viertal indicaties die niet zelden tenderen om samen voor te komen opdat een residentiële behandeling mogelijk is. Deze zijn²⁰⁵:

- *beveiliging*. Het seksueel deviant gedrag is zo bedreigend voor de samenleving of zo moeilijk controleerbaar dat een behandeling alleen maar residentieel haalbaar is. Dit mag echter nooit het enige criterium zijn.
- *complexiteit van de problematiek*. Naast een seksuele gedragsstoornis vertoont de patiënt ook een duidelijke comorbiditeit met andere psychiatrische stoornissen. De behandeling wordt dan heel complex opdat men rekening dient te houden met vele factoren.
- *rehabilitatie*. Seksueel deviant gedrag maakt vaak deel uit van een marginale levensstijl. Dit onvermogen om adequaat te functioneren in de samenleving heeft voor gevolg dat rehabilitatie haast altijd moet plaatsvinden in een residentieel kader.
- *crisisinterventie*. Een crisissituatie rechtvaardigt een residentiële opname.

²⁰⁴ FIDES (Brochure), *l.c.*, 3.

²⁰⁵ D. VAN DE PUTTE, *l.c.*, 113.

➤ **Methodiek hulpverlening**

Het behandelingspakket wordt als een geheel aangeboden en de patiënt wordt geacht het ook als een geheel te aanvaarden²⁰⁶. De residentiële settings werken volgens een cognitief-gedragstherapeutische aanpak. Het behandelingsprogramma is ontleend aan het terugvalpreventiemodel. Uitgangspunt is dat het deviante seksuele gedrag niet zomaar plots tot stand komt maar het gevolg is dan een typisch verloop²⁰⁷. Een gedetailleerde beschrijving van de gedragsketen is dan ook een essentiële diagnostische en tevens therapeutische stap.

Eén setting werkt gedeeltelijk via cliëntgerichte experiëntiële therapieën die via het bevorderen van het reflectief functioneren streven naar persoonlijkheidsgroei (terugvalpreventie op lange termijn). Het klassieke terugvalpreventiemodel wordt daarbij nog aangevuld met een ik-versterkend aanbod en een contextuele aanpak.²⁰⁸ Respondent E van de andere setting deelt ons eveneens mee dat ook zij een ruim cognitief-gedragstherapeutische aanpak hanteren. Op welke manier dit begrepen moet worden, is niet duidelijk. Verder delen de respondenten van beide settings ons mee dat indien nodig er gebruik wordt gemaakt van biomedische behandelingsmethoden. De behandeling gebeurt telkens in groep, doch wordt er steevast een individueel behandelingsplan opgesteld waar persoonlijke accenten gelegd kunnen worden.

1.3 Relatie met het Risk-Need-Responsivity Model en het Good Lives Model

Het is opmerkelijk. Bij de aanmelding van ons onderzoek zijn weinig therapeuten op de hoogte van de concrete inhoud van het RNR Model en het GLM. Dit is mede te verklaren door het feit dat Belgische praktici nauwelijks bezig zijn met theoretische ontwikkelingen. Het gevolg is dat weinig respondenten expliciet kunnen zeggen welke aspecten van hun behandelingsmethode aansluiting vinden bij het RNR Model en/of het GLM. Aan ons de taak om uit te zoeken op welke domeinen in de praktijk de visie van zowel het RNR Model als het GLM ingang vinden. Dit is een uitdaging. Doorheen de interviews hebben wij echter gemerkt dat de Belgische settings geen gestroomlijnde visie en werking hebben inzake de behandeling van seksuele delinquenten. In België wordt de doelstelling van de behandeling voldoende omschreven door de overheid. De wijze waarop deze doelstelling bereikt moet worden, wordt echter niet vermeld. Zo tracht men soms in de praktijk ook (een) andere doelstelling(en) na te streven. Het mag geweten worden: structuur aanbrengen is niet eenvoudig. In wat volgt,

²⁰⁶ D. VAN DE PUTTE, *l.c.*, 117.

²⁰⁷ *Ibid.*, 115-116.

²⁰⁸ FIDES (Brochure), *l.c.*, 6.

geven wij eerst enkele algemene vaststellingen mee. Vervolgens worden de voorzieningen per groep onder de loep genomen wat betreft hun aansluiting met het RNR Model en/of het GLM.

1.3.1 Algemeen

Het feit dat alle settings gebruik maken van (resultaten van) risicotaxatie-instrumenten sluit aan bij het risicobeginsel. Om dit beginsel volledig eer aan te doen moet ook het niveau van de behandeling recht evenredig zijn met het risico van de delinquent om recidive te plegen (supra deel III, 1.3.1). Het programma dat de cliënt in België aangeboden krijgt, is echter niet strikt afhankelijk van de resultaten verkregen via risicotaxatie-instrumenten. Het risiconiveau van een cliënt wordt wel gescoord maar niet louter met dit doel. In België gebeurt de toewijzing aan een bepaalde setting op basis van verschillende testings waarvan risicotaxatie slechts één van de vele doorslaggevende is²⁰⁹. Toch lijkt het risiconiveau van de cliënt nét iets belangrijker. De populatie voor elke setting is in theorie wel geregeld op basis van het risiconiveau dat de cliënt vertoont. Uit de interviews blijkt dat zowel de ambulante gespecialiseerde settings als de residentiële settings in theorie werken met *low risk offenders*. Respondent E van een residentiële setting treedt bij: *“Wij zijn een low-security setting en hebben hiervoor ook maar de middelen ter beschikking.”* Respondent E vult nog aan: *“In de praktijk merken wij op dat onze populatie bestaat uit medium en high risk offenders”*. Wat betreft deze *high risk offenders* is er in België geen specifieke behandelingsunit voorzien. Zij kloppen aan bij de bestaande centra. De respondenten stellen dat zij de *high risk* cliënt aanvaarden ná onderzoek of extrapenitentiaire ambulante of residentiële hulpverlening haalbaar is. In de meeste gevallen kunnen *high risk offenders* echter nergens terecht. De settings zijn niet aangepast. Het enige alternatief is een opsluiting in een penitentiaire instelling en vrijkomen na strafeinde zonder enige vorm van behandeling.

1.3.2 Het RNR Model en het GLM in ambulante voorzieningen

Wij hebben reeds gezien dat de CAW's van mening zijn dat welzijnsbevordering en het voorkomen van hervat (vaak) met elkaar verbonden zijn. Om aansluiting te vinden bij het RNR Model of het GLM is de invalshoek echter van belang. Wordt welzijnsbevordering als een middel gebruikt om hervatpreventie te bewerkstelligen (RNR Model) of wordt hervatpreventie beoogd om het welzijn van de cliënt te optimaliseren (GLM)? De CAW's stellen: *“De HSD-teams dragen bij tot het bevorderen van de persoonlijke, relationele en*

²⁰⁹ I.T.E.R., “Behandeling en Begeleiding van Plegers van Seksueel Misbruik – regio Brussel-Halle/Vilvoorde”, *Jaarverslag* 2004, 9.

*maatschappelijke ontwikkeling van daders en tot de re-integratie in de maatschappij teneinde herhaling van misbruik te voorkomen*²¹⁰. Het woordje “teneinde” is belangrijk daar het duidt op hervulpreventie als doel. De hoofddoelstelling van de behandeling lijkt bijgevolg aansluiting te vinden bij het RNR Model. Daarnaast worden vaak nog deeldoelstellingen omschreven. Zo lezen wij onder andere welzijnsondersteunend aan de slag gaan, tegemoet komen aan de specifieke welzijnsnoden en -behoeften van de dader etc. Aandacht voor welzijn zonder gekoppeld te worden aan hervulpreventie is er dus ook. Op die manier is het niet louter de gemeenschap die profijt heeft van de behandeling maar ook de cliënt zelf. Deze gedachtegang sluit aan bij de te bereiken doelen die geformuleerd werden door het GLM. Verder lezen we ook: *“begeleiding is kijken naar de mogelijkheden van je cliënt”*²¹¹. De *strengt based* behandelingsmethode van het GLM waar de focus gelegd wordt op de sterke eigenschappen en capaciteiten van het individu schemert door. Tot slot merken wij op dat de behandeling in alle settings op maat wordt aangeboden. Dit lijkt eer te doen aan het responsiviteitsbeginsel van het RNR Model wat impliceert dat de interventiemethode rekening moet houden met de relevante kenmerken van de cliënt. Ook het GLM neemt de persoonlijke waarden van de cliënt ernstig, doch deze visie wordt in *Tony Ward’s* model niet expliciet in een beginsel of principe gegoten. Aandacht voor de cliënt zijn persoon is in het GLM echter overkoepeld aanwezig.

Bij de CGG’s merken we een differentiatie. Respondent G stelt: *“In de eerste plaats heeft het forensisch team tot doel recidive en slachtofferschap te voorkomen. Daarnaast beoogt de hulpverlening ook de bevordering van het welzijn en de geestelijke gezondheid van de cliënt”*. Andere centra daarentegen formuleren hun doelstelling als volgt: *“De doelstelling van de hulpverlening is het handhaven en het bevorderen van de geestelijke gezondheid van de cliënt (...). Naast deze persoonsgerichte doelstellingen heeft de daderhulpverlening eveneens een opdracht vanuit de maatschappij, namelijk terugvalpreventie therapie”*²¹². Afhankelijk van centra tot centra vind men het echter belangrijker om ofwel terugvalpreventie ofwel welzijnsbevordering als eerste doelstelling te vermelden. Naast het beogen van de onderscheiden doelstellingen ‘hervulpreventie’ en ‘welzijnsbevordering’ is men tevens van mening dat deze beide doelstellingen gekoppeld kunnen worden²¹³. Men spreekt echter maar over één richting namelijk de hulverlening die tracht via het bevorderen van de

²¹⁰ STEUNPUNT ALGEMEEN WELZIJNSWERK, “Hulp aan daders van seksueel misbruik. Visie”, www.steunpunt.be/xcms/langnlBE/mid13873/ModeID0/EhPageID653/4988/default.aspx.

²¹¹ CAW 't VERSCHIL, *Begeleidingscontract*.

²¹² DADERHULPTEAM VGGZ LIMBURG, *l.c.*, 3.

²¹³ CGG VLAAMS-BRABANT OOST, *l.c.*, 14.

levenskwaliteit tegemoet te komen aan haar eerste doelstelling meer bepaald het voorkomen van nieuwe feiten en slachtoffers²¹⁴. Deze koppeling van beide doelstellingen gebeurt naar onze mening in het licht van de visie van het RNR Model. Deze stelling wordt af en toe nog aangevuld door te zeggen dat men ook aandacht besteedt aan problemen waar de cliënt in het hier-en-nu mee worstelt. “*Deze problemen hoeven niet noodzakelijk verband te houden met het delict*”²¹⁵. Dit laatste strookt niet met de visie van het RNR Model die stelt dat de behandeling *in se* gericht moet zijn op die behoeften die aan crimineel gedrag en recidive gerelateerd zijn (supra deel III, 1.3.1). Deze visie sluit meer aan bij het GLM hoewel het RNR Model dit niet verwerpt door te argumenteren dat niet-criminogene behoeften ook bevredigd kunnen worden maar niet als doelstelling van de behandeling. Tot slot is er nog één CGG die expliciet in zijn jaarverslag verwijst naar de visie van het GLM. In het desbetreffende CGG wisselen twee therapeutische sporen elkaar af. *Strikte hervalpreventie* wordt omschreven als de motor van de therapie en is gericht op het delict en het voorkomen van recidive terwijl *hervalpreventie op lange termijn* zijn focus richt op de totale persoon van de dader en zijn (onderliggende) problematiek²¹⁶. Een dergelijke opbouw is volgens hen gebaseerd op de idee dat een benadering die uitsluitend gericht is op één van beide elementen, tekortschiet²¹⁷. Het centra stelt dat zij in de recente wetenschappelijke literatuur ondersteuning vinden voor hun visie. Zij verwijzen bijgevolg zelf naar Ward e. a. (2006)²¹⁸. Tot slot kunnen wij nog zeggen dat de invulling van de welzijnscomponent bij de CGG’s meer gericht is op het psychisch welbevinden. Bij de CAW’s wordt dit welzijnsbegrip ruimer begrepen. Dit is echter logisch te verklaren aan de hand van het onderscheid tussen eerste- en tweedelijns hulpverlening.

Het UFC heeft duidelijk “hervalpreventie” als hoofddoelstelling²¹⁹. Dit leidt tot aansluiting bij het risicobeginsel van het RNR Model. Respondent H zegt eveneens: “*Hoe meer risico op recidive, hoe intensiever de behandeling*”. Ook dit idee wordt expliciet verwoord door Andrews en Bonta. In het jaarverslag van 1994 lezen we nog drie andere deeldoelen waar aandacht voor de levenskwaliteit van de cliënt slechts op de derde plaats staat (supra deel IV, 1.1.3). Tijdens het interview vernemen wij dat de doelstellingen ietwat gewijzigd zijn doorheen de jaren. In de beginjaren van het UFC mogen de doelstellingen omschreven worden in termen van “te vermijden doelen”. Nu heeft men meer aandacht voor de mens. Onze respondent H stelt: “*Wij combineren momenteel de risicobeperking van het*

²¹⁴ CGG VLAAMS-BRABANT OOST, *l.c.*, 14.

²¹⁵ *Ibid*, 16.

²¹⁶ CGG PRISMA, *l.c.*, 64-65.

²¹⁷ *Ibid*, 64.

²¹⁸ *Ibid*, 64.

²¹⁹ UNIVERSITAIR FORENSISCH CENTRUM (1994), *l.c.*, 83.

RNR Model met elementen uit het GLM". Welke elementen dit concreet zijn, is ons niet bekend. Wel voegt hij eraan toe: "Wij werken al veel langer volgens de visie van het GLM, dus nog voor de visie via een model gelanceerd werd. Maar het is wel belangrijk dat het idee expliciet verwoord is".

Vervolgens zien we I.T.E.R. als speciale situatie daar dit centrum een combinatie is van een CAW, een CGG en de LDSG. Wat betreft hun aansluiting bij het RNR Model of het GLM biedt hun visietekst ons inzicht. Eén van de vijf stellingen van het centrum luidt als volgt: "daderhulp is mandaatgebonden therapie en het mandaat is het voorkomen van recidive"²²⁰. Meer dan eens wordt gesteld dat terugvalpreventie dé centrale doelstelling is. Dit mandaat kan wel verruimd worden naar andere doelstellingen. Respondent B zegt: "Verbreding naar andere hulpthema's moet dan vanuit het terugvalpreventiekader verantwoord worden". Hieruit moge het belang van risicohandhaving blijken. In de laatste paragraaf van bovenvermelde stelling lezen wij dat dadertherapie ook een volgehouden maar vrijblijvend aanbod inhoudt om aan het bevorderen van de eigen levenskwaliteit en de zelfontplooiing te werken²²¹. Dit behoort dus niet standaard tot de therapie sessies. Deze visie sluit aan bij het behoeftebeginsel zoals verwoord door het RNR Model. Dit impliceert dat deze niet-criminogene behoeften bevredigd kunnen worden maar wel niet als doelstelling van de interventie. In hun visietekst poneert I.T.E.R. dat terugvalpreventietherapie niet zonder belang is voor de cliënt. Zijn minimaal belang van meewerking is dat de cliënt niet (opnieuw) in de gevangenis belandt²²². Hier lijkt het GLM door te schemeren dat poneert dat de cliënt ook profijt moet hebben bij de therapie. Of het dit soort profijt is waar het GLM over spreekt, wordt door ons betwijfeld. Wij hebben ook opgemerkt dat I.T.E.R. als enige setting expliciet zijn bezorgdheid uit ten opzichte van de risicotaxatie. Het risicobeginsel van het RNR Model vertrekt van de opvatting dat crimineel gedrag voorspeld kan worden via risicotaxatie-instrumenten. I.T.E.R. doet zelf aan risicotaxatie maar is van mening dat het een hachelijke onderneming blijft waarbij fouten in twee richtingen gemaakt kunnen worden²²³: therapie ten onrechte starten en therapie ten onrechte niet starten. Het risicobeginsel impliceert ook dat het niveau van de behandeling recht evenredig moet zijn met het recidiverisico van de delinquent. I.T.E.R. poneert dat dit beginsel in hun praktijk problemen oplevert. Meer bepaald stellen zij dat proportionaliteit vanuit therapeutisch standpunt anders ingevuld kan worden dan vanuit

²²⁰ I.T.E.R., "Visietekst van het team: kader voor opgelegde ambulante daderhulp aan plegers van zedenfeiten", www.iter-daderhulp.org/voorstelling/Visietekst.pdf.

²²¹ *Ibid.*

²²² *Ibid.*

²²³ *Ibid.*

juridisch standpunt²²⁴. Zo kan een relatief ernstig delict een relatief lichter te behandelen therapeutische terugvalproblematiek inhouden.

1.3.3 Het RNR Model en het GLM in residentiële voorzieningen

Als laatste nemen wij de residentiële settings onder de loep. In de twee onderzochte residentiële settings is hervulpreventie de hoofddoelstelling. Voor de éne setting is zorgen voor het welzijn van de cliënt hieraan onderschikt. Toch stelt respondent E dat deze laatste doelstelling heden ten dage steeds belangrijker wordt. Zij zegt: *“Ik merk dit aan het feit dat de reclasseringsfase steeds langer wordt. Vroeger ging dit om een 3-tal maanden, nu betreft deze vaak meer dan het dubbele”*. De andere setting daarentegen hanteert expliciet een tweesporenbeleid waardoor welzijnsbevordering ook een belangrijke plaats in de behandeling veroverd. Een nota geschreven voor een conferentie te Edingburgh leidt ons in. Dit centra merkt op dat in de recente literatuur een groeiende tendens bestaat om het terugvalpreventiemodel te verbreden, om een positieve benadering aan het *risk need* model toe te voegen²²⁵. Ward & Brown (2006) stellen dat de beste wijze om recidive te verminderen inhoudt de individuen uit te rusten met instrumenten opdat ze een meer bevredigend, volwaardig leven zouden leiden²²⁶. *“Our model fits exactly with this trend”*²²⁷. Zij geloven echter niet dat zij hun cliënten instrumenten moeten aanbieden maar eerder via *emotion focused therapy* hun zelfverwezenlijkingstendens deblokken. De cliënten weten vaak niet hoe zij hun emoties op een adequate manier moeten beheersen wat zich in het geval van een negatieve ervaring kan uiten in seksueel deviante fantasieën. Dus naast gedragsverandering probeert men hier in de grijpen in de cliënt zijn emoties. Zij verwijzen hiervoor naar een stelling van Elliot (2003): *“Emotions act as a guide to what we need or want; they help the client to figure out which actions are appropriate so that this leads to more satisfying lives”*²²⁸. Ondanks hun aansluiting bij de visie van T. Ward stelt respondent A dat het GLM niet nieuw is. Zij poneert: *“Onze werking heeft naast het delictgedrag als sinds haar ontstaan eind jaren '90 eveneens aandacht voor de persoonskenmerken. De theorie van Ward is niet nieuw”*. Het GLM is niet helemaal negatief. Respondent A vult aan: *“Een positief aspect van*

²²⁴ I.T.E.R., “Visietekst van het team: kader voor opgelegde ambulante daderhulp aan plegers van zedenfeiten”, www.iter-daderhulp.org/voorstelling/Visietekst.pdf.

²²⁵ E. GUNST, *Emotion Focused Therapy for Sex Offenders – experiencing as a way, to change, to live more fulfilling lives, to desist from offending*, Nota seminarie Edingburgh, 19 september 2007, 6. Niet gepubliceerd.

²²⁶ *Ibid*, 6.

²²⁷ *Ibid*, 6.

²²⁸ *Ibid*, 26.

het ontstaan van het GLM is dat het nu meer toegelaten lijkt om over positieve behandelingsmethoden te praten binnen het domein van seksuele delinquenten”.

1.3.4 Besluit

De Belgische behandelingsmethoden voor seksuele delinquenten zijn niet eenvoudig te categoriseren. Afhankelijk van setting tot setting zijn er meer of minder elementen aanwezig die aansluiting vinden bij het RNR Model en/of het GLM. Als wij bij wijze van besluit toch de behandelingsmethoden onder één noemer willen brengen, dan kiezen wij voor het RNR Model. De hoofddoelstelling van elk centra is terugvalpreventie in enge of brede betekenis. De oorsprong van deze gedeelde doelstelling is toe te wijzen aan het steuncentrum. Het UFC is namelijk belast met het organiseren van opleidingen ten behoeve van andere centra en geeft op die manier zijn visie door. Onze respondent H van het UFC stelt: *“In België hebben alle behandelingssettings dezelfde bron wat betreft hun behandelingsmethode, namelijk het UFC die op zijn beurt zelf geïnspireerd was door de Noord-Amerikaanse situatie”.* Deze respondent stelt dat de theoretische achtergrond van alle settings bijgevolg dezelfde is met name streven naar het vermijden van recidive. Verder zien we dat het welzijnsaspect recent meer en meer op de voorgrond treedt - al dan niet uit eigen beweging of onder invloed van *Tony Ward’s* zijn GLM.

2. DE BEHANDELING VAN SEKSUELE DELINQUENTEN IN CANADA

In wat volgt, gaan wij de verschillende behandelingsprogramma’s voor seksuele delinquenten bespreken die aangeboden worden door de SCC in de regio Québec. Zowel de nationale programma’s als de regionale initiatieven zullen toegelicht worden. Het feit dat wij ons specifiek richten tot de regio Québec is ingegeven door twee motieven. Door een studiewisseling waren wij te gast in Montréal (regio Québec) waardoor het voor ons logisch was deze situatie onder de loep te nemen. Anderzijds is het onmogelijk om binnen de beperkte omvang van dit werkstuk de talrijke initiatieven uit de andere regio’s eveneens te belichten.

2.1 Canadese nationale en regionale (Québec) behandelingsprogramma’s

Canada maakt een onderscheid in zijn behandelingsprogramma’s wat betreft hun intensiteit. Een delinquent wordt toegekend aan een programma van lage, gematigde of hoge intensiteit op basis van een schatting van enerzijds zijn *risiconiveau* en anderzijds zijn *behoefte*niveau²²⁹. Op welk niveau een delinquent zich bevindt, wordt bepaald aan de hand van een

²²⁹ I. BARSETTI, A. McKIBBEN et al., *l.c.*, 160.

psychologische evaluatie en door middel van de resultaten van de Static-99 (risiconiveau) en de Stable-2000 (of recenter 2007) (behoefteniveau). In bijlage 5 vindt u een tabel die aangeeft op basis van welke resultaten de delinquent een programma van een bepaalde intensiteit toegewezen krijgt.

2.1.1 Programma van lage intensiteit

In 2000 richtte de SCC het *National Sexual Offender Program (NaSOP)* op dat bestemd is voor volwassen seksuele plegers. Gebaseerd op de principes van een effectieve gerechtelijke interventie (*Andrews & Bonta*) wordt dit behandelingsprogramma aangeboden op twee niveaus²³⁰. In dit onderdeel bespreken wij het nationaal programma op *low intensity level*. Later wordt het nationaal programma op *medium intensity level* besproken.

➤ Nationaal programma van lage intensiteit

Dit programma van lage intensiteit is bestemd voor delinquenten die vallen onder federale verantwoordelijkheid die *ofwel* veroordeeld zijn voor het plegen van een seksueel delict, *ofwel* veroordeeld zijn voor het plegen van een delict met een seksueel motief, *ofwel* een seksueel delict gepleegd hebben maar nog niet veroordeeld zijn *en* volgens de Static-99 een kleine kans op recidive vertonen *en* volgens de meting van hun dynamische risicofactoren (Stable-2000) geen tot matige criminogene behoeften hebben²³¹. Dit programma wordt in heel Canada aangeboden in de gemeenschap. Voor de regio Québec is dit onder andere in Montréal. In theorie zou dit programma ook aangeboden kunnen worden in de penitentiaire instellingen. Dit programma betreft hoofdzakelijk een gestructureerde groepstherapie en is samengesteld uit drie te onderscheiden etappes: inleiding tot de behandeling en tot het risicobeleid, analyse van de gepleegde feiten en het werken aan zelfbeheersing²³². Deze behandeling duurt in totaal twee tot drie à vier maanden. De frequentie is wekelijks een minimum van drie uur tot maximaal vijf uur waarvan minstens drie uur moet besteed worden aan groepstherapie. De andere twee uren kunnen opgevuld worden met individuele begeleidingen.

2.1.2 Programma van gematigde intensiteit

Onder deze noemer vallen twee (soorten) programma's. Het gaat enerzijds om het tweede luik van het *National Sexual Offender Program (NaSOP)* dat deze keer van toepassing is op seksuele delinquenten met een matig risiconiveau. Daarnaast behoort het programma

²³⁰ F. CORTONI en K. L. NUNES, *l.c.*, ii.

²³¹ SERVICE CORRECTIONNEL DU CANADA, "Programmes correctionnels; programmes pour délinquants sexuels", www.csc-scc.gc.ca/text/prgrm/sexoff-fra.shtml.

²³² I. BARSETTI, A. McKIBBEN et al., *l.c.*, 208.

“*Violence Interdite sur Autrui*” (VISA) eveneens tot de *medium intensity programs*. Dit laatste programma is niet nationaal verspreid maar het werd wel geaccrediteerd in Québec.

➤ **Nationaal programma van gematigde intensiteit**

Dit programma van matige intensiteit is bestemd voor delinquenten die vallen onder federale verantwoordelijkheid die *ofwel* veroordeeld zijn voor het plegen van een seksueel delict, *ofwel* veroordeeld zijn voor het plegen van een delict met een seksueel motief, *ofwel* een seksueel delict gepleegd hebben maar nog niet veroordeeld zijn *en* volgens de Static-99 een gematigde kans op recidive vertonen *en* volgens de meting van hun dynamische risicofactoren (Stable-2000) matig tot hoge criminogene behoeften hebben²³³. Dit programma wordt in heel Canada aangeboden in verschillende penitentiaire instellingen die gekenmerkt zijn door hun gematigde beveiligingsgraad. In de regio Québec is de penitentiaire instelling Drummond verantwoordelijk. De etappes die in dit programma doorlopen worden, zijn van dezelfde aard als deze in het programma van lage intensiteit. Het enige verschil is dat de behandeling langer duurt. De totale duur van de behandeling omvat hier vier à vijf maanden²³⁴. Een minimum van 10 uur/week groepstherapie is verplicht alsook minstens één uur individuele begeleiding.

➤ **Programma « Violence Interdite sur Autrui » (VISA)**

Dit programma wordt sedert 1991 in Québec aangeboden in de penitentiaire instelling Montée-Saint-François. De beveiligingsgraad van deze instelling is minimaal. Dit regionaal geaccrediteerd programma is voorbehouden voor intrafamiliale seksuele delinquenten (vaders, grootvaders, schoonvaders, broers, ooms etc.) die gematigd scoren op de Static-99 *en* die matige tot hoge behoeften hebben²³⁵. Dit programma is cognitief-gedragstherapeutisch van aard. De duur van dit programma betreft 12 weken. Naast individuele therapieessies zijn er ook 36 groepsgesprekken waar aandacht besteed wordt aan psychotherapie alsook aan seksuele opvoeding en hervulpreventie²³⁶. Er worden mogelijks ook ontmoetingen geregeld met de partner, andere familieleden en/of met het slachtoffer.

2.1.3 Programma van hoge intensiteit

Het ontstaan van de programma's voor seksuele delinquenten met een hoog risiconiveau is een verhaal apart. Historisch had het hoofdbestuur van de SCC geen programma op *high intensity level* ontwikkeld. Doorheen de geschiedenis werden dergelijke programma's

²³³ SERVICE CORRECTIONNEL DU CANADA, “Programmes correctionnels; programmes pour délinquants sexuels”, www.csc-scc.gc.ca/text/prgrm/sexoff-fra.shtml.

²³⁴ *Ibid.*

²³⁵ I. BARSETTI, A. McKIBBEN et al., *l.c.*, 193.

²³⁶ *Ibid.*, 195.

onafhankelijk van elkaar ontwikkeld door de penitentiaire instellingen zelf. Later heeft een internationaal panel van experts in twee regio's zo'n *high intensity program* geaccrediteerd: naast het programma in Kingston (regio Ontario) zo ook het klinisch programma in de penitentiaire instelling La Macaza te Québec. In dit onderdeel van programma's met hoge intensiteit vermelden wij eveneens het instituut Philippe-Pinel. Het betreft een ziekenhuis, uitsluitend belast met gerechtelijke psychiatrie, dat deel uitmaakt van het gezondheidssysteem dat provinciaal geregeld is. Het programma dat in dit psychiatrische milieu aangeboden wordt, is niet geaccrediteerd geweest maar wordt omwille van zijn relevantie wel in de analyse betrokken. De SCC heeft hiermee echter een samenwerkingscontract afgesloten dat betrekking heeft op de behandeling van seksuele delinquenten.

➤ **Klinisch programma La Macaza: fase 1 en fase 2**

Dit *high intensity sex offender program* wordt in Québec aangeboden in de penitentiaire instelling La Macaza waarvan de beveiligingsgraad gematigd is. Het programma is bestemd voor delinquenten die vallen onder federale verantwoordelijkheid die *ofwel* veroordeeld zijn voor het plegen van een seksueel delict, *ofwel* veroordeeld zijn voor het plegen van een delict met een seksueel motief, *ofwel* een seksueel delict gepleegd hebben maar nog niet veroordeeld zijn *en* volgens de Static-99 een hoge kans op recidive vertonen *en* volgens de meting van hun dynamische risicofactoren (Stable-2000) matig tot hoge criminogene behoeften hebben²³⁷. Dit programma is samengesteld uit zowel individuele sessies als groepsessies. De groepsessies bevatten twee te onderscheiden behandelingsfasen. De vorm van fase 1 en fase 2 is telkens hetzelfde: de deelnemers, de psychologen en de therapeuten zetten zich in voor een behandeling van vier dagen/week op basis van drie uur/dag en dat over een tijdsspanne van vier maanden²³⁸. De invulling van beide fasen is echter wel verschillend. Elke fase legt zijn accent op bepaalde thema's. Fase 1 belicht onderwerpen zoals kennismaking, motivering tot verandering, cognitieve herstructurering, verantwoordelijkheidszin en gedragsverandering terwijl fase 2 aandacht heeft voor sociale vaardigheden en zelfbevestiging, controleren van gevoelens, empathie ten aanzien van het slachtoffer, seksuele opvoeding en hervalpreventie²³⁹. Naast deze groepsessies is minstens één uur/week individuele therapie aangewezen. De totale duur van beide fasen loopt op tot acht maanden.

²³⁷ SERVICE CORRECTIONNEL DU CANADA, "Programmes correctionnels; programmes pour délinquants sexuels", www.csc-scc.gc.ca/text/prgrm/sexoff-fra.shtml.

²³⁸ I. BARSETTI, A. McKIBBEN et al., *l.c.*, 173.

²³⁹ *Ibid*, 174 en 182.

➤ **Klinisch programma La Macaza: fase 1**

In de penitentiaire instelling Port-Cartier dat een maximale beveiligingsgraad heeft, wordt de eerste fase van het klinisch programma La Macaza aangeboden. De delinquenten die deze fase met succes doorlopen, komen in aanmerking om hun behandeling verder te zetten in een penitentiaire instelling met een gematigde beveiligingsgraad. Tijdens een gesprek weet respondent BC ons mee te delen dat deze laatste groep getransfereerd wordt naar Drummond voor een *medium intensity program*. De anderen blijven in La Macaza voor een *high intensity program*.

➤ **Instituut Philippe-Pinel**

Het psychiatrische instituut Philippe-Pinel heeft een maximale beveiligingsgraad. De SCC heeft een overeenkomst voor 12 bedden. Het programma behandelt delinquenten die zowel een gematigd als een verhoogd risico op recidive vertonen. De cliënten die naar dit instituut verwezen worden zijn voornamelijk seksuele delinquenten die hetzij twee of meer psychiatrische stoornissen vertonen (psychose, persoonlijkheidsstoornis etc.), hetzij beperkte cognitieve capaciteiten hebben (laag intelligentieniveau). Tijdens een bezoek aan dit instituut weet respondent AC ons te vertellen dat plegers van seksueel sadisme vaak tot hun cliënteel behoren. De behandeling van seksuele delinquenten in het Philippe-Pinel instituut is enerzijds cognitief-gedragstherapeutisch en anderzijds gebaseerd op milieutherapie. Milieutherapie is het idee van het milieu als behandelingsmiddel²⁴⁰. Een therapeutisch milieu, zoals in dit geval het instituut, wordt gezien als een setting ontworpen om milieutherapie uit te kunnen voeren. Deze visie vloeit voort uit het idee van Philippe Pinel die ten tijde van de Franse Revolutie formuleerde dat het behandelingsmilieu kan dienen als gezonde voedingsbodem voor de opbouwende krachten binnen de persoon²⁴¹. Een behandeling duurt ongeveer 11 maanden. Op het einde van de behandeling wordt de delinquent opnieuw overgebracht naar zijn penitentiaire instelling om de rest van zijn straf uit te zitten.

2.1.4 Nazorgprogramma

Het nazorgprogramma dat aangeboden wordt in de regio Québec is eveneens van toepassing in heel Canada. Net als de sommige behandelingsprogramma's van lage en gematigde intensiteit, is dit nationaal geregeld.

²⁴⁰ C. JANZING en J. LANSEN, *Milieutherapie: het arrangement van de klinisch-therapeutische zetting*, Van Gorcum, 1993, 15.

²⁴¹ *Ibid*, 6.

➤ **Nationaal nazorgprogramma**

Respondent BC zegt dat in Québec dit nationaal nazorgprogramma zowel aangeboden wordt in de penitentiaire instellingen (Sainte-Anne-des-Plaines en Centre Fédéral de Formation) als in de gemeenschap. Dit programma moet niet beschouwd worden als een apart programma maar als een vervolg op de behandeling. De doelstelling van deze fase is herhaling en toepassing. De krijtlijnen van de behandeling worden herhaald en er wordt van de delinquent verwacht dat deze zijn inzicht inzake gedragsverandering toepast alsook strategieën uitwerkt om toekomstige problemen het hoofd te kunnen bieden. De follow-up wordt wekelijks of tweewekelijks georganiseerd waarbij het aantal therapie-uren kan variëren naargelang het risiconiveau, de stabiliteit en de behoeften van de delinquent²⁴². Het toelatingscriterium tot dit programma is vanzelfsprekend. Iedereen die aan een behandeling van lage, gematigde of hoge intensiteit heeft deelgenomen en deze succesvol afrondt, wordt toegelaten.

2.1.5 Andere programma's

Tot deze andere programma's behoort het programma dat aangeboden wordt door het C.E.R.U.M. Dit is echter geen nationaal verspreid programma maar het is wel geaccrediteerd in de regio Québec.

➤ **Programma C.E.R.U.M**

C.E.R.U.M is een kliniek die ontstaan is in 1991 als gevolg van een overeenkomst tussen de SCC en de *Université de Montréal*²⁴³. Het biedt een behandelingprogramma aan in de gemeenschap en is uitsluitend toegankelijk voor die populatie van seksuele delinquenten die in vrijheid gesteld zijn nadat zij hun federale gevangenisstraf uitgezeten hebben. Naast deze voorwaarde zijn er nog andere criteria waaraan voldaan moet zijn. Het gaat om²⁴⁴: gematigd of hoog scoren op de Static-99; aanwezigheid van deviante seksuele interesses; geen deelname aan of mislukking van een programma in de penitentiaire instelling; voldoende verstandig zijn om het programma te begrijpen; voldoende kennis van de Franse of Engelse taal (~taal van de therapie) en tot slot, ondertekening van een behandelings- en evaluatiecontract. Naast deze toelatingscriteria zijn er ook drie exclusiecriteria. Het programma gaat niet van start wanneer men een evaluatie weigert, een deelname aan de groepsbehandeling weigert of wanneer er minder dan 11 maanden tijd is tussen het moment van toelating tot het programma en het einde van de delinquent zijn mandaat of het einde van

²⁴² I. BARSETTI, A. McKIBBEN et al., *l.c.*, 210.

²⁴³ J.-L. ROULEAU en I. BARSETTI, "Évaluation et prédiction de la récidive chez les agresseurs sexuels", *Psychologie Québec* 2005, 36.

²⁴⁴ I. BARSETTI, A. McKIBBEN et al., *l.c.*, 214-215.

het toezicht op de delinquent²⁴⁵. De doelstellingen van dit programma zijn talrijk: hervalpreventie, de controle van de deelnemer verhogen op zijn seksuele deviante interesses, cognitieve herstructurering, beheersing van emoties etc. De behandeling omvat zowel individuele als groepsessies. Het gaat in totaal om 45 groepsessies met een frequentie van één uur/week alsook één uur individuele therapie/maand²⁴⁶. De groepsessies worden bij voorkeur 's avonds georganiseerd om de sociale re-integratie van de deelnemers niet te hinderen.

2.1.6 Besluit

Het aanbod van de behandelingsprogramma's in de regio Québec is erg gevarieerd. Naast de uitgebreide waaier aan nationale standaardprogramma's vinden wij in Québec nog drie andere geaccrediteerde programma's terug (het klinisch programma La Macaza en de programma's VISA en C.E.R.U.M) en één niet-geaccrediteerd programma in het psychiatrisch milieu (instituut Philippe-Pinel te Montréal).

Respondent BC weet ons te zeggen dat de andere regio's buiten de standaardprogramma's ook nog andere behandelingen aanbieden doch niet zo uitgebreid. In dit kader zegt hij het volgende. Hij merkt op dat *la région Pacifique* een variatie aanbiedt van het klinisch programma La Macaza alsook een niet-geaccrediteerd programma voor delinquenten met beperkte cognitieve vaardigheden. Hij weet ook dat de regio Ontario, naast de nationale programma's, een eigen programma aanbiedt van hoge intensiteit alsook een niet-geaccrediteerd voorbereidingprogramma. De twee overblijvende regio's (*la région de l'Atlantique* en *la région des Prairies*) bieden volgens onze respondent geen enkel ander programma aan dan de nationale standaardprogramma's.

Na bovenstaande analyse kunnen wij besluiten dat de situatie in Québec bijzonder is ten opzichte van de andere Canadese regio's. Naar onze mening heeft Québec het meest complete aanbod inzake de behandeling van seksuele delinquenten.

2.2 Relatie met het Risk-Need-Responsivity Model en het Good Lives Model

Na een beschrijving van de talrijke behandelingsmethoden voor seksuele delinquenten in Canada (Québec), is het mogelijk om na te gaan hoe en in welke mate er een verband is met het RNR Model en het GLM. Het is opvallend dat de Canadese praktici goed op de hoogte zijn van de inhoud van beide rehabilitatietheorieën. Mede hierdoor kunnen onze respondenten

²⁴⁵ I. BARSETTI, A. McKIBBEN et al., *l.c.*, 215.

²⁴⁶ *Ibid*, 213.

expliciet aangeven welke elementen van hun behandelingspraktijk ingang vinden bij het RNR Model en/of het GLM. Interviews met practici hebben ons bijgevolg een schat aan informatie opgeleverd. Echter, tekstmateriaal inzake de toepassing van deze modellen in de praktijk hebben wij niet ter beschikking.

Wij hebben reeds gezien dat de Canadese behandelingsprogramma's gelabeld worden als cognitief-gedragstherapeutisch. Dit wordt bevestigd door practici. Zo zegt Respondent CC hieromtrent het volgende: *“The approach is cognitive-behavioural, social learning skills-based, and therapeutic. The focus is changing attitudes, cognitive distortions, learning effective emotional management, developing effective self-regulation (both general and sexual), and learning to manage risk”*. Meer specifiek wordt door deze respondent eveneens gesteld dat het terugvalpreventiemodel niet gebruikt wordt, maar wel de herwerkte versie namelijk het zelfregulatiemodel: *“The programs do not use a relapse prevention approach, but use a self-regulation approach, which is considered broader, more comprehensive, and a more appropriate treatment model”*.

2.2.1 Aansluiting bij het RNR Model

Onze respondenten zeggen met veel overtuiging dat het theoretisch model waar de Canadese behandelingsmethode op gesteund is, overduidelijk en in grote mate het RNR Model betreft. Respondent CC zegt in dit kader: *“The focus is on the RNR nearly exclusively”*.

Ook in de literatuur wordt er openlijk gezegd dat twee van de nationale behandelingsprogramma's gebaseerd zijn op de RNR-beginselen (supra deel IV, 2.1.1). Er wordt echter niet altijd expliciet gezegd op welke wijze de praktijk ingang vindt bij het RNR model. Wij namen de proef op de som en merken zelf op dat het behandelingsidee zoals verwoord door *Andrews* en *Bonta* meer dan eens expliciet in de praktijk wordt toegepast.

➤ Het uitgangspunt

De Canadese behandelingspraktijk sluit aan bij het uitgangspunt van het RNR Model, namelijk *evidence based practice*. Wanneer wij kijken naar de elementen die de aanpak van de SCC karakteriseren, lezen wij: *“het aanbieden van research based programs die aangetoond hebben dat ze het risico op recidive reduceren”* (supra deel I, 2.1). Ook respondent CC treedt de *evidence based practice*-gedachte bij: *“Research on sexual offender programs in SCC over the years have generally shown very low recidivism rates and significant reductions in recidivism as compared to control/comparison groups”*.

➤ **Het risicobeginsel**

Een ander element dat de aanpak van de SCC kenmerkt is een uitgebreide *assessment* die gericht is op het identificeren van de *risk and needs* om zo de delinquent toe te wijzen aan een instelling met een geschikt beveiligingsniveau (supra deel I, 2.1). Deze *assessment* is dé basis waarop de Canadese behandelingspraktijk gesteund is. Respondent BC deelt ons echter mee: “*Cette évaluation est relativement standardisée, peut-être trop*”. Meer therapeutische vrijheid in uitzonderlijke gevallen is naar zijn mening vereist.

➤ **Het behoeftebeginsel**

Verder hebben wij ook gezien dat de doelstelling van de hulpverlening volgens de SCC hervulpreventie is waardoor therapeuten uitsluitend aandacht besteden aan de behandeling van criminogene behoeften. Hier zien we het behoeftebeginsel toegepast in de praktijk. Dit beginsel impliceert dat een strafrechtelijke interventie moet aansluiten op die behoeften die aan crimineel gedrag en recidive gerelateerd zijn. Een respondent deelt ons in dit kader eveneens mee dat niet-criminogene risicofactoren niet in rekening genomen worden. Respondent CC zegt: “*Non-criminogenic needs are generally not addressed.*”. Wel is er veel aandacht voor dynamische criminogene risicofactoren. Respondent CC zegt: “*Program modules were explicitly developed to match dynamic risk factors: intimacy deficits, emotion regulation, sexual deviance, cognition/attitudes, and self-regulation. Empathy development (as cognitive perspective-taking) is also included, even though this has not been demonstrated in research to be a risk factor for sexual offending*”.

➤ **Het responsiviteitsbeginsel**

Het derde beginsel van het RNR Model wordt in de praktijk ook eer aangedaan. Dit beginsel impliceert dat er rekening moet gehouden worden met persoonlijke kenmerken van de delinquent zoals cognitieve bekwaamheid, cultuur, leerstijl en waarden. De Canadese behandelingspraktijk sluit hierbij aan. Respondent CC zegt: “*There is strong attention to responsivity factors (e.g., culture, language, cognitive abilities and level of functioning, literacy, etc)*”. Wanneer wij kijken naar de werkingsprincipes van de SCC zien wij dat de behandeling gericht moet zijn op het aanpakken van het individuele risico op recidive. Dit wordt tot uitdrukking gebracht door naast een behandeling *à la carte* toch te differentiëren naargelang de behoeften van de delinquent in kwestie. Zo is bijvoorbeeld het aantal therapieessies steeds voor wijziging vatbaar.

➤ Conclusie

De drie beginselen worden dus in de praktijk geïmplementeerd. Het feit dat de effectiviteit van het RNR Model bewezen is, speelt een doorslaggevende rol voor de toepassing ervan. Een andere niet onbelangrijke reden voor de grootschalige implementatie heeft zeker ook te maken met het feit dat één van de belangrijkste onderzoekers van het RNR Model werkzaam is bij de SCC, met name *J. Bonta*. Deze informatie werd ons meegedeeld door respondent EC.

2.2.2 Aansluiting bij het Good Lives Model

De aansluiting bij het RNR Model is inmiddels duidelijk. De visie van “*good lives*” vindt in de Canadese behandelingspraktijk ingang, het GLM zelf echter niet. Wat betekent dit? Respondent DC zegt het volgende: *“Beide modellen zijn hier in Canada niet te onderscheiden. Expliciet gebruiken wij het Risk-Need-Responsivity Model maar daar zit het Good Lives Model al in vervat. Dit laatste is niet uitgesproken maar als je je in de literatuur verdiept, zie je raakpunten tussen beide - om niet te zeggen dat het GLM alleen maar expliciet omschrijft wat het RNR model al een hele tijd poneerde”*. Er wordt dus gesteld dat de ideeën die *Tony Ward* in zijn GLM lanceert, reeds gedurende lange tijd vervat zitten in de praktijk van de SCC die expliciet werkt op basis van het RNR Model. Men verwerpt het idee van “*good lives*” dus niet, echter wel het feit dat dit gelanceerd wordt als een ‘nieuw’ model. De opvatting dat de inhoud van het GLM in Canada geïntegreerd zit in het RNR Model, krijgt bijval van de andere respondenten. Zij zijn allemaal van mening dat het GLM van *Tony Ward* helemaal niet zo nieuw is als hij en zijn collega’s doen uitschijnen. Respondent CC stelt: *“In Canada, there has been very little interest in the GLM”*.

Respondent DC heeft reeds met *Tony Ward* gesprekken gevoerd omtrent zijn “nieuwe” GLM. Blijkbaar heeft veel te maken met de ontstaanscontext van het GLM. Deze respondent zegt: *“Tony Ward heeft zich bij de ontwikkeling van zijn GLM gebaseerd op de huidige behandelingssituatie van seksuele delinquenten in Nieuw-Zeeland en Australië. Daar hebben ze immers geen aandacht voor het “good lives” van de delinquent. In Canada zijn wij geen fan van het GLM want wat Tony Ward verwoordde, deden wij immers al een hele tijd”*.

Canadese practici zijn bijgevolg geen aanhanger van het nieuwe GLM in zijn zuivere vorm. Respondent BC uit zijn ongenoegen ten aanzien van het GLM eveneens: *“Het GLM is in zijn opzet geslaagd als een niet-criminogene risicofactor succesvol behandeld wordt (bijvoorbeeld: na de behandeling is men niet angstig meer) en dat ondanks het feit dat de delinquent nog wel recidive pleegt”*. Onze respondent stelt echter dat ondanks het resultaat

dat men zoekt op de andere terreinen, de behandeling toch mislukt is wanneer een delinquent hervalt in zijn oude gewoonten.

Na onze gesprekken is het duidelijk dat de practici de visie van het GLM implementeren. Echter, tijdens de interviews werd niet geëxpliciteerd op welke wijze dit concreet gebeurt.

2.2.3 Besluit

Ondanks de duidelijke aansluiting bij de visie van het RNR Model, heeft de Canadese behandelingspraktijk eveneens aandacht voor het welzijn van de delinquent. Dit laatste blijft echter ondergeschikt aan het hoger doel van hervalpreventie. Omdat het idee van “*good lives*” reeds geïmplementeerd was in de praktijkwerking, is de verkondiging van *Tony Ward* oud nieuws voor Canadese therapeuten.

Bij wijze van besluit hebben wij proberen onderzoeken waar in Canada het GLM het meest zuiver toegepast wordt. Het is moeilijk om hierover uitsluitsel te geven daar veel afhankelijk is van therapeut tot therapeut. Zo wordt ons door Respondent BC verteld dat een collega bij de SCC een fervente aanhanger is van het GLM. Later krijgen wij tijdens ons bezoek aan het instituut Philippe-Pinel te horen dat hun werking waarschijnlijk het meest aansluit bij het GLM. Respondent AC zegt: “*Van alle officiële behandelingsmethoden die er binnen Canada bestaan, leunt onze het meest aan bij het GLM. Wij willen de delinquent waarden bijbrengen om zo een goed persoon terug in de samenleving te brengen, een persoon die dan ook geen recidive pleegt*”.

3. KRITISCHE VERGELIJKING: BELGIË VERSUS CANADA

In wat volgt, plaatsen wij België en Canada kritisch tegenover elkaar. Deze vergelijking situeert zich op twee niveaus. Enerzijds onderzoeken wij tussen beide landen de verschillen en/of gelijkenissen inzake de behandeling van seksuele delinquenten, anderzijds maken wij een vergelijking wat betreft hun aansluiting bij het RNR Model en/of het GLM.

3.1 België versus Canada inzake de behandeling van seksuele delinquenten

Wat betreft de behandelingsdoelstellingen, zien wij een gelijkenis tussen België en Canada. In beide landen wordt door de overheid expliciet geformuleerd welke doelstelling(en) men beoogt bij het aanbieden van hulpverlening. Echter *hoe* de doelstellingen bereikt moeten worden, is niet altijd even duidelijk. Algemeen worden zowel in België als in Canada voornamelijk cognitief-gedragstherapeutische behandelingen aangeboden. In Canada zien we

echter dat de practici gebruik kunnen maken van een handboek waar de uitwerking van de behandelingsprogramma's gedetailleerd in staat beschreven. Dit is handig maar ons inziens beperkt dit de vrijheid van de therapeuten. De Canadese overheid laat weinig speling toe. In België daarentegen is niet vastgelegd op welke wijze de behandeling moet aangeboden worden. Dit komt naar onze mening de zorg op maat ten goede. Er is in België dus meer vrijheid wat betreft de technieken en methoden die kunnen gehanteerd worden. Tevens maakt deze situatie het wel moeilijk om een vergelijking te maken alsook om eventueel een kwaliteitscontrole te organiseren.

Wat betreft de toewijzing van een behandelingsprogramma, zien wij grote verschillen tussen België en Canada. In Canada wordt afhankelijk van de beveiligingsgraad van een behandelingssetting (penitentiaire instelling of gemeenschap), aan die setting een programma gekoppeld van een bepaalde intensiteit. Of iemand toegewezen wordt aan een behandelingsprogramma van *low*, *medium* of *high intensity level*, is afhankelijk van de delinquent zijn score op testen die zijn risiconiveau en behoefteniveau in kaart brengen. In België zijn de settings niet op dergelijke wijze georganiseerd. Het risiconiveau en behoefteniveau worden ook wel in kaart gebracht maar bepalen samen met vele andere testresultaten (psychodiagnostiek etc.) en selectiecriteria of de delinquent toegelaten wordt tot een eerste- of tweelijnshulpverlening of een residentiële hulpverlening. De Belgische settings die hulpverlening aanbieden, zijn volgens ons niet gedifferentieerd op basis van de intensiteit van de door hun aangeboden programma's maar eerder op basis van welke hulpverlening ze aanbieden (algemeen versus specifiek).

Wij hebben gezien dat in Canada de behandeling steevast aangeboden wordt tijdens de detentiefase, met uitzondering van de programma's van lage intensiteit en de nazorgprogramma's die in de gemeenschap aangeboden (kunnen) worden. In België is het de regel dat delinquenten eerst in vrijheid worden gesteld onder voorwaarden opdat ze in de gemeenschap aan een behandeling kunnen deelnemen. Ons inziens lijkt een snellere opstart van een behandeling beter. Als een delinquent in België een langdurige straf heeft opgelopen lijkt er een kloof te ontstaan. Zo zijn er delinquenten die verkiezen om tot strafeinde in de gevangenis te blijven en de mogelijkheid van een vervroegde invrijheidstelling niet wensen te benutten, indien daar een therapieprijskaartje aan vast hangt²⁴⁷. Hierdoor keren zij na strafeinde onbehandeld terug in de gemeenschap. Een opstart van een behandeling tijdens de detentiefase lijkt ons mede hierdoor aangewezen.

²⁴⁷ I.T.E.R., *Jaarverslag* 2001, 32.

Het feit dat in Canada de behandeling aangeboden wordt tijdens de detentiefase maakt dat zij hun aandacht enkel richten op seksuele delinquenten die een veroordeling hebben opgelopen. Belgische settings voorzien eveneens in een behandeling voor mensen die seksueel delinquent gedrag *dreigen* te stellen. In het kader van terugvalpreventie wordt deze werkmethode toegejuicht. Wat betreft de doelgroep, hebben wij nog een opmerking. In Canada wordt geen speciale aandacht besteed aan zwakbegaafde plegers. Ook hén wordt een programma toegewezen louter op basis van hun risico- en behoefteniveau. Er wordt dus niet gedifferentieerd naargelang hun intelligentiequotiënt. In België zien we dat de behandelingssettings deze doelgroep wel speciale aandacht geven door onder andere aparte groepssessies te organiseren. Een laatste opmerking inzake de behandeling heeft betrekking op het Canadese VISA-programma dat zich specifiek richt naar intrafamiliale seksuele delinquenten. Enerzijds vinden wij een homogene doelgroep een voordeel. Gelijkvormige groepjes laten de therapeuten immers toe om de behandeling beter aan te passen aan de doelgroepnoden. Ook de cliënten kunnen zich beter op hun gemak voelen bij gelijkgestemde zielen, er kan op die manier sneller een “wij-gevoel” gecreëerd worden. Anderzijds kan een homogene therapiegroep ook nefast werken. De therapeut kan de onderlinge verschillen tussen de delinquenten minder zien daar ze weggemoffeld worden in de groep.

3.2 België versus Canada inzake de aansluiting van de behandelingspraktijk bij het Risk-Need-Responsivity Model en/of het Good Lives Model

Reeds van bij de start van dit onderzoek is het duidelijk dat de kennis van de Belgische praktici betreffende het RNR Model en het GLM minimaal is. In Canada daarentegen is men heel goed op de hoogte van wat deze beide modellen precies verkondigden. Dit heeft voor ons als gevolg dat de Belgische methoden inzake de behandeling van seksuele delinquenten niet eenvoudig aan te sluiten zijn bij ofwel het RNR Model ofwel het GLM.

Na een grondige analyse zijn we ertoe gekomen dat meer elementen ingang vinden bij de visie van het RNR Model dan bij het GLM en dat zowel in Canada (wat overduidelijk is) als in België. De visie van het GLM wordt in beide landen erkend. Echter, zowel Canadese als verschillende Belgische praktici menen dat zij reeds gedurende vele jaren werken volgens de visie die *Tony Ward* recent via het GLM verdedigt. Enige invloed van het GLM op de praktijk wordt in beide landen ontkend en/of geminimaliseerd.

DEEL V: BESLUIT

Centraal in deze meesterproef stond de vraag hoe en in welke mate zowel de Belgische als de Canadese praktijk inzake de rehabilitatie van seksuele delinquenten, aansluiting vinden bij het RNR Model en/of het GLM.

De literatuurstudie heeft ons geleerd dat zowel het RNR Model als het GLM goed doordachte rehabilitatietheorieën zijn. Ook hebben wij gemerkt dat beide modellen inhoudelijk intrinsiek met elkaar verbonden zijn. Algemeen kunnen wij zeggen dat het RNR Model de welzijnsbevordering van de delinquent ziet als een “middel” om terugvalpreventie te bereiken. Het GLM daarentegen stelt dat het welzijn van de delinquent een prioritair aandachtspunt moet zijn in de behandeling wat op die manier eveneens terugvalpreventie in de hand werkt. Elke theorie heeft een eigen specifieke invalshoek maar ze hebben beide aandacht voor hervulpreventie en welzijnsbevordering. De literatuurstudie heeft ons eveneens inzicht gegeven in het debat dat gevoerd wordt tussen de aanhangers van beide modellen. Door het RNR Model en het GLM kritisch tegenover elkaar te plaatsen, hebben wij opgemerkt dat elk model verschillende sterke en zwakke elementen bevat. De elementen waar het éne model sterk op scoort, daar zien we dat het ander model meer in gebreke blijft en omgekeerd. Deze vaststelling zien wij als een aanleiding om de discussie omtrent welk model beter is, naast ons te leggen. Naar onze mening zijn deze alternatieve modellen in het domein van de behandeling van seksuele delinquenten welgekomen. Wij zien het nut in van weerwerk. Het is echter wel empirisch bewezen dat het RNR Model werkt, maar er is toch marge voor verbetering. Waarom dan misschien niet opteren om de beste elementen uit zowel het RNR Model als het GLM te combineren en zo te komen tot één sterk model?

Het grondig onderzoek van zowel het RNR Model als het GLM was van belang om later te onderzoeken hoe en in welke mate de theorie-elementen ingang vinden of reeds hebben in de Belgische en Canadese behandelingspraktijk voor seksuele delinquenten. In Canada zien we dat de behandeling zowel nationaal als regionaal goed georganiseerd en tevens gestandaardiseerd is. De Service Correctionnel Canada (SCC) is verantwoordelijk voor de behandelingsprogramma's en heeft een uitgesproken visie wat betreft zowel de behandeling alsook de doelstellingen die nagestreefd moeten worden. De SCC sluit expliciet aan bij het RNR Model en ook in de praktijk merken wij op dat dit model in grote mate ingang heeft gevonden. Zowel het risicobeginsel, het behoeftebeginsel als het responsiviteitsbeginsel worden in de praktijk opvallend ‘eer’ aangedaan. Het GLM daarentegen wordt minder positief onthaald. Dit moet genuanceerd worden daar de Canadese practici het model verwerpen maar

niet de inhoud die het verkondigd. Ondanks hun expliciete aansluiting bij het RNR Model, krijgt het welzijn van de delinquent sinds verschillende jaren een belangrijke plaats in de praktijk. Voor de Canadese practici is de inhoud van dit recente model immers 'oud' nieuws.

De Belgische behandelingspraktijk daarentegen is enorm gedifferentieerd. De doelstelling is gedefinieerd door middel van een samenwerkingsakkoord. Deze doelstelling omvat hervalpreventie. Elke setting vindt bijgevolg aansluiting bij de doelstelling van het RNR Model. In de praktijkwerking zien wij dit echter minder expliciet, daar de wijze waarop deze doelstelling nagestreefd moet worden niet nader bepaald is. In België is er een grote therapeutische vrijheid op te merken waardoor settings verschillende technieken implementeren alsook nog bijkomende doelstellingen kunnen nastreven. Ondanks de expliciete aandacht voor terugvalpreventie merken wij dat enkele settings de welzijnsvisie in vrij grote mate implementeren. De invloed van het GLM is niet echt te bepalen daar de settings soms uit eigen beweging reeds deze weg ingeslagen waren.

Wanneer wij de vergelijking tussen België en Canada op basis van hun aansluiting bij het RNR Model en/of het GLM maken, kunnen wij besluiten dat er eigenlijk weinig grote verschillen zijn. Beide stellen prioritair hervalpreventie voorop en afhankelijk van de setting heeft men meer of minder aandacht voor het aspect welzijnsbevordering.

Het feit dat het RNR Model in Canada zijn bruikbaarheid heeft bewezen, maakt dat wij kunnen veronderstellen dat dergelijke behandelingsmethode in België ook effectief kan zijn. Hieromtrent zijn echter geen officiële cijfers beschikbaar. Toekomstig wetenschappelijk onderzoek kan deze lacune wegwerken. Een ander feit is dat er nog ruimte voor verbetering is gezien de 10% hervalpreventie die momenteel wordt behaald (supra deel III, 3.1.4). Om die reden zien wij het als een pluspunt wanneer zowel België als Canada aansluitend bij het RNR Model, de sterke eigenschappen van de door *Tony Ward* omschreven welzijnsvisie implementeren. Beide modellen complementair toepassen kan volgens ons de praktijk alleen maar ten goede komen. Het zou idyllisch zijn te stellen dat dergelijke complementaire behandelingsmethode recidive uit de wereld zou bannen. Neen, een hoger hervalpreventiecijfer met aandacht voor het welzijn van de delinquent is ons nobel doel.

Tot slot stellen wij ons de vraag of bovenstaande discussie omtrent de behandelingswijze van seksuele delinquenten echt zoveel beroering verdient. D. R. Laws stelt immers: "*It is what happens after the delivery of the treatment package that is critical*". Wij kunnen wel een behandeling aanbieden maar deze zal nooit perfect zijn. De 'echte' wereld is immers niet te voorspellen.

BIBLIOGRAFIE

➤ Wetgeving

Decr. VI. Gem. 19 december 1997 betreffende het algemeen welzijnswerk, *B.S.* 17 februari 1998.

Decr. VI. Gem. 2 maart 1999 houdende de goedkeuring van het samenwerkingsakkoord van 8 oktober 1998 tussen de Federale Staat en de Vlaamse Gemeenschap inzake de begeleiding en behandeling van daders van seksueel misbruik, *B.S.* 11 september 1999.

Samenwerkingsakkoord tussen de Federale Staat en de Vlaamse Gemeenschap inzake de begeleiding en behandeling van daders van seksueel misbruik. Ministerie van Justitie, Brussel, 1998.

➤ Literatuur

ANDREWS, D.A. en BONTA, J., *The Psychology of Criminal Conduct – fourth edition*, Newark, Anderson Publishing, 2006, 520 p.

AUTRIQUE, M., VANDERPLASSCHEN, W. et al., “Evidence-based werken in de verslavingszorg: een stand van zaken”, *FOD Wetenschapsbeleid* 2007, 12 p.

BARSETTI I., McKIBBEN, A. et al., Programme de perfectionnement continu des psychologues, 2007, 258. Niet gepubliceerd.

BEYENS, K. en VAN DIJCK, C., *Inleiding tot kwalitatief onderzoek*, niet gepubliceerde cursustekst, academiejaar 2005-2006, 99 p.

BLANCHETTE, K., “Rapport de recherche: Evaluation, traitement et risque de récidive des délinquants sexuels: analyse de la documentation”, *Service Correctionnel du Canada* 1996, 54 p.

BOGAERTS, S., *Interpersoonlijke factoren bij de verklaring van pedoseksualiteit*, proefschrift doctor in de criminologische wetenschappen, Katholieke Universiteit Leuven, 2001-2002, 400 p.

BOGAERTS, J., PLASSCHAERT, R. en DEBOUTTE, D., “Behandeling van jeugdige daders” in DILLEN, C. en COSYNS, P. (eds.), *Behandeling van seksuele delinquenten in België*, Leuven/Apeldoorn, Garant Uitgevers, 2000, 280 p.

BONTA, J., “Recidivepreventie bij delinquenten. Een overzicht van de huidige kennis en een visie op de toekomst”, *Justitiële Verkenningen* 2002, 20-35.

BONTA, J. en ANDREWS, D.A., “A Commentary on Ward and Stewart’s Model of Human needs”, *Psychology, Crime and Law* 2003, 215-218.

BONTA, J. en ANDREWS, D.A., “Risk-Need-Responsivity Model for Offender Assessment and Rehabilitation”, *Rapport Public Safety Canada* 2007, 20 p.

CAW ’t VERSCHIL, *Begeleidingscontract*.

CGG PRISMA v.z.w., “Forensisch Initiatief voor Deviante Seksualiteit (Fides-a) locatie Beernem”, *Werkingsverslag* 2006, 50-70.

CGG VAGGA v.z.w., “Gespecialiseerde voorziening Forensisch team Vagga/Andersen”, *Werkingsverslag* 2006, 34 p.

CGG VLAAMS-BRABANT OOST, “Begeleiding en behandeling van daders van seksueel misbruik”, *Werkingsverslag* 2006, 22 p.

CORTONI, F. en NUNES, K.L., “Assessing the Effectiveness of the National Sexual Offender Program”, *Research Report n° R-183 Research Branch Correctional Service Canada*, Ottawa, may 2007, 13 p.

COSYNS, P., DE DONKER, D. en OOSTVOGELS, L., “Gedwongen behandeling van seksuele misbruikers. Theoretisch behandelprogramma” in DILLEN, C. en COSYNS, P.

(eds.), *Behandeling van seksuele delinquenten in België*, Leuven/Apeldoorn, Garant Uitgevers, 2000, 280 p.

DADERHULPTEAM VGGZ LIMBURG, *Jaarverslag 2006*, 30 p.

DE DONCKER, D., SCHOTTE, C. en KOECK, S., “De klinisch psychologische diagnostiek van plegers van seksueel misbruik: een diagnostische strategie en instrumentarium”, *Tijdschrift voor Seksuologie* 2002, 46-58.

DE RUITER, C. en VEEN, V.C., “Terugdringen van recidive bij drie typen geweldsdelinquenten: werkzame interventies bij relationeel geweld, seksueel geweld en algemeen geweld”, *Rapport Ministerie van Justitie* 2004, 22 p.

DILLEN, C., COSYNS P. en KLERKX, J., “De steuncentra en het samenwerkingsakkoord’ in DILLEN, C. en COSYNS, P. (eds.), *Behandeling van seksuele delinquenten in België*, Leuven/Apeldoorn, Garant Uitgevers, 2000, 280 p.

EMMELKAMP, P., EMMELKAMP, J., DE RUITER, C. en DE VOGEL, V., “Effectiviteit van psychotherapeutische behandeling bij plegers van seksueel geweld”, *Tijdschrift voor Seksuologie* 2002, 97-104.

EVERAERD, W., COHEN, P.T. en DEKKER, J., “Seksuele stoornissen en gender-identiteitsstoornissen” in VANDEREYCKEN, W., HOOGDUIN, C.A.L en EMMELKAMP, P.M.G., *Handboek psychopathologie. Deel 1 basisbegrippen*, Houten, Bohn Stafleu Van Loghum, 579 p.

FIDES, “Een leidraad voor verwijzers. Het dadertherapieprogramma van Fides”, *Brochure*, 9 p.

FRANCES, A. en FIRST, M.B., *Stemming en stoornis. Een gids voor iedereen die meer wil weten over kenmerken en diagnose van psychische stoornissen. De publieksuitgave van DSM-IV, het handboek van de psychiater*, Amsterdam, Uitgeverij Nieuwezijds, 2006, 424 p.

GUNST, E. “Emotion Focused Therapy for Sex Offenders – experiencing as a way, to change, to live more fulfilling lives, to desist from offending”, *Nota seminarie Edingburgh*, 19 september 2007, 28 p. Niet gepubliceerd.

I.T.E.R., “Behandeling en Begeleiding van Plegers van Seksueel Misbruik – regio Brussel-Halle/Vilvoorde”, *Jaarverslag 2004*, 47 p.

I.T.E.R., *Jaarverslag 2001*, 48 p.

JANZING, C. en LANSEN, L., *Milieutherapie: het arrangement van de klinisch-therapeutische zetting*, Van Gorcum, 1993, 168 p.

KARAMAN, M., *Interculturalisering binnen de Geestelijke Gezondheidszorg - deel 2 literatuurstudie: eerste en tweedelijnhulpverlening*, Intercultureel Netwerk Gent vzw , 2006, 21 p.

KLERKX, J., “Ambulante behandeling. Centra Geestelijke Gezondheidszorg en netwerken” in C. DILLEN en P. COSYNS (eds.), *Behandeling van seksuele delinquenten in België*, Leuven/Apeldoorn, Garant Uitgevers, 2000, 280 p.

LARCIER, *Hoofdstuk 9. Minderjarigen en het strafrecht • B. Intern recht • 2. Misdrijven tegen de orde van de familie en tegen de openbare zedelijkheid*, Wet en Duiding Kids - Codex Boek V, 1 januari 2008, 35-38.

MARSHALL, W.L. en BARBAREE, H.E., “Outcome of Comprehensive Cognitive - Behavioral Treatment Programs” in MARSHALL, W.L., LAWS, D.R. en BARBAREE, H.E. (eds.), *Handbook of Sexual Assault. Issues, theories and treatment of offender*, New York, Plenum, 1990, 428 p.

MARSHALL, W.L., WARD, T. et al., “Working Positively With Sexual Offenders. Maximizing the Effectiveness of Treatment”, *Journal of Interpersonal Violence* 2005, 1096-1114.

MARTEIN, R., “Ambulante behandeling. Welzijnssector.” in DILLEN, C. en COSYNS, P. (eds.), *Behandeling van seksuele delinquenten in België*, Leuven/Apeldoorn, Garant Uitgevers, 2000, 280 p.

PETERSILIA, J., “What Works in Prisoner Reentry. Reviewing and Questioning the Evidence”, *Federal Probation* 2004, 4-8.

ROELEN, I., *Seksuele recidive bij zedendelinquenten: een literatuurstudie*, onuitg. eindverhandeling licentiaat in de Criminologische Wetenschappen, Katholieke Universiteit Leuven, 2004-2005.

ROULEAU, J.L. en BARSETTI, I., “Évaluation et prédiction de la récidive chez les agresseurs sexuels”, *Psychologie Québec* 2005, 36-38.

ROVERS, B., “What Works; kanttekeningen bij een populair programma”, *Tijdschrift voor Veiligheid* 2007, 7-22.

UNIVERSITAIR FORENSISCH CENTRUM, “Therapeutische begeleiding van daders van seksueel geweld”, *Jaarverslag* 1994, 138 p.

VAN DE PUTTE, D., “Residentiële behandeling van seksuele gedragsstoornissen” in DILLEN, C. en COSYNS, P. (eds.), *Behandeling van seksuele delinquenten in België*, Leuven/Apeldoorn, Garant Uitgevers, 2000, 280 p.

VAN DER LAAN, P.H., “Over straffen, effectiviteit en erkenning. De wetenschappelijke onderbouwing van preventie en strafrechtelijke interventie”, *Justitiële Verkenningen* 2004, 31-48.

VAN HUNSEL, F. en COSYNS, P., “Biomedische interventies bij plegers van seksueel geweld”, *Tijdschrift voor Seksuologie* 2002, 87-96.

VAN HUNSEL, F. en COSYNS, P., “Biomedische diagnostiek bij plegers van seksueel geweld”, *Tijdschrift voor Seksuologie* 2002, 59-69.

VAN RULER, S., "Sancties" in LISSENBERG, E., VAN RULER, S. en VAN SWAANINGEN, R. (eds.), *Tegen de Regels IV. Een inleiding in de criminologie*, Nijmegen, Ars Aequi Libri, 2001, 494 p.

VEEN, V.C. en DE RUITER, C., "De effectiviteit van behandelingen bij seksuele delinquenten. Een overzicht van de internationale literatuur ", *Justitiële Verkenningen* 2005, 75-94.

VERELLEN, R., *Het samenwerkingsakkoord tussen de federale staat en de Vlaamse Gemeenschap inzake de begeleiding e behandeling van daders van seksueel misbruik. Een goede start?*, onuitg. eindverhandeling voor het behalen van het licentiaatsdiploma in de Criminologische Wetenschappen, Vrije Universiteit Brussel, 1998-1999.

VERMEULEN, G., PONSAERS, P. en VERLINDEN, A., *Het profiel van de pedoseksueel. Een sociologische benadering*, Antwerpen/Apeldoorn, Maklu, 2003, 258 p.

WARD, T. en BROWN, M., "The Good Lives Model and Conceptual Issues in Offender Rehabilitation", *Psychology, Crime & Law* 2004, 243-257.

WARD, T. en MARUNA, S., *Rehabilitation. Beyond the risk paradigm*, London, Routledge, 2007, 204 p.

WARD, T., POLASCHEK, D.L.L. en BEECH, A.R., *Theories of sexual offending*, West Sussex: England, John Wiley & Sons LTD, 2006, 373 p.

WARD, T., VESS, J. et al., "Risk Management or Goals Promotion: The Relationship between Approach and Avoidance Goals in Treatment for Sex Offenders", *Aggression and Violent Behavior* 2006, 378-393.

WHITEHEAD, P.R., WARD, T. en COLLIE, R.M., "Time for a Change. Applying the Good Lives Model of Rehabilitation to a High-Risk Violent Offender", *International Journal Of Offender Therapy and Comparative Criminology* 2007, 578-598.

WODC, “Gewelds- en zedendelinquenten met een psychische stoornis. Een inventarisatie van wetgeving en praktijk in het forensisch psychiatrische systeem en het gevangenisstelsel in Engeland, Duitsland, Canada, Zweden en België”, *Rapport*, Den Haag, Ministerie van Justitie, 2006, 347 p.

➤ **Internetreferenties**

I.T.E.R., “Visietekst van het team: kader voor opgelegde ambulante daderhulp aan plegers van zedenfeiten”, www.iter-daderhulp.org/voorstelling/Visietekst.pdf.

PUBLIC SAFETY AND EMERGENCY PREPAREDNESS CANADA, “Corrections Fast Facts 6. Treatment for Sex Offenders”, www.publicsafety.gc.ca/prg/cor/acc/fl/ff6-en.pdf.

SERVICE CORRECTIONNEL DU CANADA, “Programmes correctionnels; programmes pour délinquants sexuels”, www.csc-scc.gc.ca/text/prgrm/sexoff-fra.shtml.

STEUNPUNT ALGEMEEN WELZIJNSWERK, “Hulp aan daders van seksueel misbruik. Visie”, www.steunpunt.be/xcms/langnlBE/mid13873/ModeID0/EhPageID653/4988/default.aspx.

STEUNPUNT ALGEMEEN WELZIJNSWERK, “Hulpverlening aan seksuele delinquenten. Doelgroep”, www.steunpunt.be/xcms/langnlBE/mid13873/ModeID0/EhPageID652/4988/default.aspx.

BIJLAGEN

Bijlage 1: Aanmeldingsbrief Nederlandstalig.

Bijlage 2: Aanmeldingsbrief Franstalig.

Bijlage 3: Topiclijst semi-gestructureerde interviews.

Bijlage 4: Adressen van de erkende centra voor de begeleiding en behandeling van daders van seksueel misbruik.

Bijlage 5: Verhouding van *risk & needs* met de intensiteit van de behandelingsprogramma's.

Bijlage 1: Aanmeldingsbrief Nederlandstalig

Mechelen, (...) / (...) / 2008

Aan meneer, mevrouw (...)

Adres (...)

Geachte heer/mevrouw (...),

Ik ben Gwendolyn Braet, studente Master in de Criminologische Wetenschappen aan de Vrije Universiteit van Brussel. In dit laatste jaar van de opleiding wordt er van mij verwacht dat ik naast het volgen van seminaries ook een criminologisch relevante masterproef schrijf (vroegere naam: “thesis”). Ik heb uw contactgegevens gekregen van mijn promotor, Prof. Dr. Stef Decoene. Van hem heb ik vernomen dat u mij eventueel zou kunnen helpen.

Als onderwerp voor mijn masterproef heb ik gekozen voor een kritische analyse van én vergelijking tussen twee theoretische benaderingen betreffende de behandeling van daders van seksueel misbruik. Het gaat enerzijds om het Risk-Need-Responsivity model en anderzijds om het Good Lives model zoals veelvuldig beschreven in de vakliteratuur.

Door het feit dat ik in het kader van een studie-uitwisseling het eerste semester van dit academiejaar heb doorgebracht aan de Université de Montréal te Canada, wens ik mijn onderzoek af te bakenen tot behandelingseenheden in Vlaanderen en Québec.

Meer concreet wil ik in verschillende behandelingseenheden onderzoeken vanuit welke theoretische invalshoek men vertrekt bij de behandeling van daders van seksueel misbruik alsook kijken hoe dit in de praktijk vorm krijgt (en dat zowel in Vlaanderen als in Québec). Naast een onderzoek van beide benaderingen, wil ik tijdens het praktijkonderzoek ook zicht krijgen op de effectiviteit van de behandeling (in termen van ‘niet-recidive’). Via persoonlijke gesprekken (met therapeuten) en het verzamelen van visieteksten wil ik meer duidelijkheid krijgen in deze problematiek.

Van zodra ik een overzicht heb van de behandelingsstrategie in Vlaanderen, wil ik deze in mijn masterproef plaatsen tegenover de Canadese situatie. In het kader van dit werkstuk heb ik daar reeds een gelijkaardig onderzoek gedaan bij de verschillende instanties die bevoegd zijn inzake deze materie.

Bij deze wil ik vragen of u mij kan helpen bij de totstandkoming van dit werkstuk. Een persoonlijk onderhoud met u of eventueel met een collega van uw dienst zou een belangrijke bijdrage betekenen bij het realiseren van mijn onderzoek.

Vriendelijk verzoek eens na te denken over deze vraag en indien mogelijk mij iets te laten weten. Mochten er nog vragen zijn, dan kan u mij altijd contacteren.

Alvast mijn oprechte dank voor uw medewerking.

Met vriendelijke groeten,

Gwendolyn Braet
Studente Master in de Criminologische Wetenschappen
Vrije Universiteit Brussel

Email: gbraet@vub.ac.be

GSM: 0486/60.25.48

Bijlage 2: Aanmeldingsbrief Franstalig

Montréal, (...)/ (...)/ 2007

Cher monsieur, chère madame (...),

Je suis une étudiante belge (Vrije Universiteit Brussel) et je reste à Montréal jusqu'à la fin de la session d'automne pour étudier à l'école de criminologie (Université de Montréal). En plus de suivre des cours, je dois m'occuper aussi de mon mémoire parce que je suis maintenant dans ma dernière année de cette formation.

Parce que je veux écrire mon mémoire au sujet des délinquants sexuels, je voudrais vous demander que vous pouvez m'aider.

Quelle est le sujet de mon mémoire? Moi, je veux faire une analyse critique de et une comparaison entre deux modèles concernant le traitement des délinquants sexuels adultes. Il s'agit d'une part de « Good Lives Model » et d'autre part de « Risk-Need-Responsivity Model ». Je veux examiner dans les unités qui traitent les délinquants sexuels à partir de quelle approche ils fonctionnent. Je voudrais faire un investigation au moyen des interviews et je veux aussi collecter des textes de gestion. Plus spécifique, je voudrais savoir quelles sont les implications pratiques envers la réhabilitation et le risque de récidive. Après ça, quand je suis à Belgique, je ferai la même chose. Le titre de mon mémoire sera: "The Risk-Need-Responsivity Model versus the Good Lives Model concerning the rehabilitation of sexual offenders. A comparison between Canadian and Flemish treatment entities".

Vous pensez que vous pouvez m'aider? Peut-être juste pour me donner des adresses ou m'informer où je dois aller pour interviewer qui, etc. C'est très difficile pour faire le travail ici toutes moi-même. Je voudrais trouver quelqu'un qui me peut conseiller.

Vous pouvez réfléchir de cette proposition. Je suis toujours volontiers pour clarifier des choses dans une conversation personnelles. Je veux vous remerciez déjà.

Mes salutations aimables,

Gwendolyn Braet - étudiante Criminologie

Adresse e-mail: gwendolyn.braet@umontreal.ca / Téléphone: 514-569 42 66

Bijlage 3: Topiclijst semi-gestructureerde interviews

Inleiding

- Voorstelling van het onderzoek door de interviewer.
- Voorstelling respondent (professionele achtergrond).

Ontstaansgeschiedenis

- Wat was de positie van jullie instelling vóór het samenwerkingsakkoord van 8 oktober 1998 (tussen de federale staat en de Vlaamse gemeenschap inzake de begeleiding en behandeling van daders van seksueel misbruik) met betrekking tot de behandeling van daders van seksueel misbruik?
- Wat was de positie van jullie instelling ná implementatie van het samenwerkingsakkoord van 8 oktober 1998?

Samenwerkingakkoord en zijn partners

- Hoe is de relatie met de andere Centra voor Algemeen Welzijnswerk en de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg.

Het samenwerkingsakkoord heeft als doel: *“een globale, coherente en gecoördineerde aanpak van seksueel misbruik te realiseren”*.

- Vind u dat die globale, coherente en gecoördineerde aanpak er is? Maw: is de gedeelde finaliteit aanwezig? Is er afstemming tussen de justitiële en behandelingsgerichte aanpak? En is er continuïteit in de begeleiding en behandeling?

De residentiële settings die ook instaan voor de behandeling van daders van seksueel misbruik maken geen deel uit van het samenwerkingsakkoord.

- Hoe is jullie relatie met deze residentiële settings?
- Is er volgens u ook continuïteit aanwezig tussen de residentiële settings en de ambulante settings, met andere woorden; is de aanpak op elkaar afgestemd?

Profiel cliënten

- Geslacht en meest voorkomende leeftijdscategorieën?
- Doorverwezen via welke instantie? Is aanmelding op eigen initiatief mogelijk?
- Wat zijn de meest voorkomende gepleegde feiten?
- Accepteren jullie elk risiconiveau (tot en met High Risk Offender) en wat is jullie beveiligingsgraad in theorie?
- Wat doen jullie met zwakbegaafde plegers en plegers van meervoudige delicten?

Beleid ten aanzien van daders van seksueel misbruik

- Wat zijn de selectiecriteria om toegelaten te worden tot de hulpverlening?
- Wat is jullie behandelingsvisie?

In het samenwerkingsakkoord staat dat het doel is *herhaling van misbruik te voorkomen*.

- Hebben jullie nog andere doelstellingen?
- Via welke behandelingsmethode werken jullie en wat is de theoretische achtergrond van jullie behandeling? Welke technieken worden hierbij gebruikt?

Intrapeunitaire pretherapeutische begeleiding

- Zijn ze een goede voorbereiding op de extrapeunitaire behandeling?
- Wat is volgens jullie de kwaliteit van deze intrapeunitaire begeleiding?

Eigenlijke behandeling

- Hoe gebeurt de behandeling in de praktijk jullie setting? Welke fasen ter behandeling worden in uw instelling doorlopen en licht toe. Bij elke fase gaan we aandacht hebben voor de concrete invulling ervan (ook aandacht voor o.a. samenwerking met justitie, werking met steunfiguren, risico-taxatie, drop outs, etc.).

Evolutie in behandeling

- Is jullie behandelingsmethode geëvolueerd doorheen de jaren?

Kwaliteit van de behandeling

- Wat is de kwaliteit van de door jullie aangeboden behandeling? Hebben jullie zicht op recidivecijfers?

Lacunes in de behandeling

- Hebt u aanbevelingen naar de toekomst toe voor een betere werking van uw setting?

Hebt u nog vragen en/of opmerkingen?

Bijlage 4: Adressen van de erkende centra voor de begeleiding en behandeling van daders van seksueel misbruik²⁴⁸

A. Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg

1. Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg

President Rooseveltplein 12a

8500 Kortrijk

tel. 058/24.09.00

fax 056/24.09.82

2. Centrum Godfried Elsen

Stationsstraat 127

9730 Beemem

tel. 050/78.15.77

fax 050/78.90.37

3. Advies- en Begeleidingscentrum St. Amandsberg

Azaleastraat 27

9040 Sint-Amandsberg

tel. 09/228.77.78

09/228.88.27

fax 09/228.74.25

4. Consultatiebureau Fonds Charles Andersen

Kardinaal Mercierlei 15

2600 Berchem

tel. 03/230.73.75

fax 03/230.90.53

5. Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg

Smalvoortstraat 2

2300 Turnhout

tel. 014/47.09.67

fax 014/47.07.10

²⁴⁸ Samenwerkingsakkoord tussen de Federale Staat en de Vlaamse Gemeenschap inzake de begeleiding en behandeling van daders van seksueel misbruik. Ministerie van Justitie, Brussel, 1998.

6. AENEAS - Advies- en Begeleidingscentrum

Beigemsesteenweg 35

1850 Grimbergen

tel. 02/269.90.33

fax 02/270.38.38

7. Universitair Consultatiebureau voor Geestelijke

Gezondheidszorg

Kapucijnenvoer 35

3000 Leuven

tel. 016/33.69.32

fax 016/33.69.33

8. Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg

Putstraat 7

3700 Tongeren

tel. 012/23.44.91

fax 012/23.60.84

B. Centra voor algemeen welzijnswerk

1. Sociaal Centrum

Groeningestraat 28

8500 Kortrijk

tel. : 056/21.06.10

fax : 056/21.06.40

2. Centrum Algemeen Welzijnswerk Kempen

Stationsstraat 2

2200 Herentals

tel. : 014/21.08.08

fax : 014/22.63.42

3. Gents Welzijnscentrum

Pekelharing 6

9000 Gent

tel. : 09/225.00.02

fax : 09/224.25.50

4. Pluralistisch Centrum voor Algemeen Welzijnswerk Limburg

Guffenslaan 68

3500 Hasselt

tel. : 011/21.20.20

fax : 011/28.46.42

5. Polyvalent Centrum Ambulant Welzijnswerk Groot Eiland

Groot Eiland 84

1000 Brussel

tel. : 02/502.66.00

Bijlage 5: Verhouding van *risk & needs* met de intensiteit van de behandelingsprogramma's²⁴⁹

Risque de récidive sexuelle : <i>l'échelle Statique – 99</i>	Besoins (facteurs dynamiques) : <i>l'échelle Stable-2000</i>	Intensité
Élevé (6 ou plus)	Élevés (9-12) Modérés (5-8) Faibles (0-4)	Elevée Elevée Modérée
Modéré/élevé (5 ou 4)	Élevés (9-12) Modérés (5-8) Faibles (0-4)	Elevée Modérée Modérée
Modéré/faible (3 ou 2)	Élevés (9-12) Modérés (5-8) Faibles (0-4)	Modérée Modérée Faible
Faible (1 ou 0)	Élevés (9-12) Modérés (5-8) Faibles (0-4)	Modérée Faible Faible

²⁴⁹ I. BARSETTI, A. McKIBBEN et al., Programme de perfectionnement continu des psychologues, 2007, 153. Niet gepubliceerd.