

# Risico- versus herstelgericht werken met delinquenten: duivels dilemma of verrijking van de behandeling?

*Sabine Noom, Jan Willem Van den Berg, Mieke Breij*

[TIJDSCHRIFT KLINISCHE PSYCHOLOGIE, 2021, 51(4), 350-357]

## Inleiding

Eens in de zoveel tijd wordt de maatschappij opgeschrikt door een spraakmakende misdaad. Geen goed woord over de dader. “Die man moet achter slot en grendel”, is een van de veelgehoorde reacties wanneer iemand slachtoffer wordt van een gewelddadig misdrijf. Wat als criminaliteit wordt beschouwd, kan verschillen in de loop van de tijd en van maatschappij tot maatschappij, al naargelang de op dat moment heersende normen en wetten. Straf is een manier om iemand verantwoordelijk te houden voor zijn daden, een vorm van vergelding, als afschrikwekkend signaal om aan te geven dat crimineel gedrag niet getolereerd wordt, en daarmee bedoeld als middel om criminaliteit te voorkomen. In toenemende mate vraagt de maatschappij om strengere straffen. Maar het verhogen van de maximumstraffen heeft geen extra preventieve werking voor de individuele dader (Mears & Cochran, 2018).

Vanuit het oogpunt van preventie van toekomstige delicten is de relevante vraag dan ook welke interventies de kans op recidive van een dader het meest verkleinen. Dat het bewerken van dynamische risicofactoren (veranderbare factoren die samenhangen met de kans op recidive) belangrijk is om recidive te voorkomen, wordt door steeds meer mensen onderkend (Bonta & Andrews, 2017). In plaats van ‘kale opsluiting’ wordt steeds meer geïnvesteerd in behandeling en aandacht voor de problemen van de dader. Therapie kan een bijdrage leveren aan recidivereductie wanneer ze zich baseert op behandelkaders die focussen op het terugdringen van die factoren die de kans op nieuw delictgedrag vergroten (Wanzele & Oltenfreiter, 2020). Hoe ziet die behandeling er dan uit?

In deze bijdrage wordt aan de hand van een casusbeschrijving een beeld geschetst van een state-of-the-artbehandeling van delinquenten. In het bijzonder wordt uiteengezet hoe twee

theoretische benaderingen zich tot elkaar verhouden. Het gaat om enerzijds het Risk-Need-Responsivity (RNR)-model (Bonta & Andrews, 2017), waarbij het bewerken van risicofactoren gerelateerd aan recidive een centrale rol speelt, en anderzijds het Good Lives Model (GLM; Purvis, Ward, & Willis, 2014), waarbij de focus ligt op de persoon achter het daderschap en diens onderliggende wensen en behoeften. Waar het RNR-model primair het accent legt op risicoreductie en terugvalpreventie, besteedt het GLM expliciet aandacht aan welzijnsbevordering. Ooit geboren in ‘twee verschillende kampen’, vormen deze twee benaderingen tezamen mogelijk juist een alomvattend integraal behandelaanbod. Op basis van onze eigen klinische ervaring zijn wij nu een groot voorstander van een integratie van het RNR-model en de methodiek van het GLM en achten wij deze gecombineerde aanpak onmisbaar in de behandeling van delinquenten. Het gericht behandelen van risicofactoren gaat dan gelijk op met het bevorderen van kwaliteit en herstel in het leven van de delinquent.

## Het Risk-Need-Responsivity-model

Het RNR-model is in de jaren 1990 opgekomen als antwoord op het tot dan toe heersende pessimistische geluid dat pogingen om delinquenten te rehabiliteren mislukten. De veronderstelling dat men niet in staat was om de kans op recidive te reduceren, maakte plaats voor nieuwe ontwikkelingen en evidencebased behandelingen ter optimalisatie van de kwaliteit van justitiële interventies. De Canadese onderzoekers Don Andrews en James Bonta bundelden inzichten uit onderzoek in het zogenaamde RNR-model. Zij formuleerden vijftien principes die belangrijk zijn om effectief te werken aan recidivereductie, waarbij drie principes – ook wel RNR-principes genoemd – de kern vormen. Al in de eerste publicaties over het RNR-model stonden deze principes centraal (Andrews, Bonta, & Hoge, 1990):

- Het risicoprincipe: de intensiteit van interventies moet worden afgestemd op de hoogte van het recidiverisico zoals vastgesteld met gevalideerde risicotaxatie-instrumenten. Dat relateert aan de vraag: *wie* moet er op grond van zijn risicoprofiel (intensief) behandeld worden?
- Het behoefteprincipe: *wat* moet behandeld worden? De inhoud van interventies moet zich richten op de (veranderbare) factoren die samenhangen met toekomstig crimineel gedrag. Elk individu heeft een eigen combinatie van factoren die tot het plegen van een delict geleid heeft. De behandeling richt zich op die specifieke risicofactoren, zodat de kans op recidive afneemt. Voorbeelden van veranderbare risicofactoren zijn: een impulsieve antisociale leefstijl, middelengebruik, geen binding met prosociaal netwerk/werk/vrijtijdsbesteding.
- Het responsiviteitsprincipe: *hoe* moet de behandeling worden vormgegeven, rekening houdend met de leerstijl van de betreffende delinquent? Interventies moeten aansluiten bij de eigenschappen, mogelijkheden en beperkingen van het individu, zoals eventuele psychische klachten, persoonlijkheidseigenschappen, cognitieve en intellectuele capaciteiten.

Onderzoek toont aan dat hoe meer RNR-principes zijn toegepast, hoe groter de afname van de kans op recidive is (Bonta & Andrews, 2017). Het RNR-model is waarschijnlijk het meest invloedrijke model voor de diagnostiek en behandeling van delinquenten en pleit voor een gepersonaliseerde in plaats van een generalistische, *one-size-fits-all*-aanpak (Ward, Mesler, & Yates, 2007).

## Kritiek op het RNR-model

Sommige critici menen dat het RNR-model niet alle belangrijke factoren in beschouwing neemt. De focus vanuit deze risicobenadering ligt op persoonskenmerken en levensomstandigheden die verbonden zijn met het strafbare gedrag, waarbij de aandacht minder expliciet uitgaat naar de motivatie en drijfveren achter iemands gedrag. Volgens Ward et al. (2007) is hierbij te weinig aandacht voor de gehele persoon van de dader, wat die zelf belangrijk vindt, welke persoonlijke doelen die zelf stelt en welke mogelijkheden er in zijn omgeving aanwezig zijn om die doelen te bereiken. Investeren in wat iemand persoonlijk belangrijk vindt, sluit meer aan bij iemands motivatie tot verandering en draagt bij aan het welzijn van die persoon en terugvalpreventie. Juist dat investeren in de persoonlijke doelen en behoeften van een delinquent staat centraal in het GLM.

## Good Lives Model of offender rehabilitation

Tony Ward en collega's ontwikkelden als reactie op het RNR-model het Good Lives Model, dat nauw verwant is aan de positieve psychologie. Waar het RNR-model zich primair richt op het identificeren van dynamische risicofactoren, op grond waarvan de behandeldoelen en -intensiteit worden bepaald, focust het GLM overwegend op intrinsiek belonende behoeften die het leven betekenis geven. Volgens het GLM heeft iedere mens behoeften die op zichzelf belonend en betekenisvol zijn en daarom worden nagestreefd. Hoewel iedereen verschillend is qua karakter, achtergrond en mogelijkheden, zijn er bepaalde gemeenschappelijke behoeften en verlangens. Denk hierbij bijvoorbeeld aan gezondheid, autonomie en verbondenheid. Volgens het GLM zijn delicten het gevolg van het op een verkeerde, niet sociaal geaccepteerde wijze nastreven van deze basisbehoeften. Een belangrijk uitgangspunt van dit model is dat met het realiseren van een positief leven (*a good life*) de kans op recidive afneemt. De nadruk ligt op het benutten van iemands persoonlijke behoeften, mogelijkheden en kwaliteiten om zo een alternatief voor strafbaar gedrag te ontwikkelen. Het GLM wint door de jaren heen aan populariteit.

## Kritiek op het GLM

Andrews, Bonta, en Wormith (2011) stellen dat het GLM weinig toevoegt aan de RNR-principes. Motivatieverhogend werken is volgens hen een van de *gevolgen* van de toepassing van het responsiviteitsprincipe van het RNR-model. Bovendien vinden ze dat slechts de directe aanpak van criminogene factoren bijdraagt aan terugvalpreventie. Een belangrijk punt van kritiek is dat, voor zover ons bekend, er tot op heden geen empirische evidentie is dat het toepassen van het GLM daadwerkelijk leidt tot een substantiële vermindering van de kans op recidive. Daarnaast stellen andere critici dat sommige basisbehoeften vaag en gegeven de diversiteit in de samenleving te universeel geformuleerd zijn en dat onduidelijk is hoe ze bijdragen aan recidivereductie (Gallo et al., 2014; McNeil, 2009).

## Een integratief model

Het bovenstaande in ogenschouw nemend, welke insteek heeft dan de voorkeur? Kiezen we voor de risicogerichte aanpak, die een stevig empirisch fundament heeft en expliciet relateert aan onze taak om de maatschappij te beschermen? Of kiezen we voor herstelgericht en welzijnsbevorderend werken, waarbij we aansluiten bij de persoon die tegenover ons zit en waarvan we verwachten dat dit bijdraagt aan het voorkomen van recidive? Maar de vraag is of we eigenlijk wel moeten kiezen. Is het echt een duivels dilemma of is het integreren van beide invalshoeken een verrijking van de behandeling? Wij zijn van mening dat het hier om twee kanten van dezelfde medaille gaat; de modellen bijten elkaar niet, maar vullen elkaar aan.

## Combineer het (on)mogelijke met elkaar

De behandelaar in het forensische veld ziet zich voor veel uitdagingen geplaatst. De ervaring leert dat cliënten zich vaak niet in vastomlijnde protocollen laten 'vangen' en niet altijd bereid of in staat zijn om expliciet over hun delict of risicofactoren te praten. Een one-size-fits-all-aanpak gaat hier zeker niet op. De complexiteit en diversiteit van de doelgroep vragen om behandeling op maat. Onzes inziens kan dat goed door in de behandeling te werken aan het terugdringen van risicofactoren én aan de ontwikkeling van persoonlijke kwaliteiten en de opbouw van beschermende structuren. Wij ervaren geen dilemma tussen het risico- en het herstelgericht werken; het gaat vooral om een goede integratie met als overkoepelend doel de cliënt zoveel mogelijk in zijn kracht te zetten opdat hij (potentiële) valkuilen en risicofactoren zo goed mogelijk het hoofd kan bieden. Wat betekent dat voor de praktijk? We illustreren dat aan de hand van een casusbeschrijving van een 45-jarige

man. We beschrijven hoe zijn behandeling vorm krijgt, waarbij we ons gelijktijdig richten op het bewerken van de risicofactoren én het bevorderen van persoonlijke groei en welzijn.

## Casusbeschrijving: een echt verhaal

Een 45-jarige man krijgt door de rechter een gevangenisstraf en bijzondere voorwaarden met de verplichting tot het volgen van een klinische behandeling opgelegd voor de verkrachting van een hem onbekende vrouw. Kijkend naar welke contextuele en/of persoonlijke factoren ertoe hebben geleid dat hij de verkrachting heeft gepleegd, wordt duidelijk dat zijn voorgeschiedenis doorspekt is met velerlei problemen en tekortkomingen, verwaarlozing van belangrijke basisbehoeften inclusief. Altijd op zichzelf geleefd. Niks of niemand om zich heen. Verstoken van sociaal-maatschappelijke structuren. Op seksueel en relationeel vlak ervaart hij veel tekortkomingen, mede als gevolg van het eigen seksuele misbruik op jonge leeftijd. In de aanloop naar de verkrachting raakt hij steeds meer gefrustreerd en kijkt hij dagelijks porno om negatieve gevoelens af te laten vloeien. Onvoldoende bij machte om een alternatieve coping aan te wenden, raakt hij gevangen in een tunnelvisie om zichzelf toe te eigenen waar hij op dat moment recht op meent te hebben. Achteraf heeft hij spijt van zijn daad en begrijpt hij niet hoe hij een zedendelict heeft kunnen plegen.

Het behandelplan wordt toegespitst op die zaken die er voor hem toe doen. We passen het RNR-model toe om juist die (dynamische) risicofactoren te identificeren die bij deze man samenhangen met de kans op recidive. Met behulp van risicotaxatie-instrumenten detecteren we bij hem de volgende risicofactoren: intimiteitstekorten (geen [intieme] relaties, gevoelens van afwijzing/ eenzaamheid), ontoereikende probleemoplossende vaardigheden en seks als coping (masturbatie ter regulatie van negatieve gevoelens). Hij volgt diverse behandelmodules gericht op het bewerken van deze risicofactoren. Maar zijn eigen onverwerkte traumata, overweldigende emoties en minderwaardigheidsgevoelens beletten zijn ontwikkeling. In de behandeling wordt hij geconfronteerd met alles wat hij in zijn leven heeft vermeden: nadenken over wat hij thuis gemist heeft (warmte, geborgenheid), het seksuele misbruik, niemand die naar hem omkijkt, geen enkele vorm van plezier of vertier. Nu hij zich realiseert wat hij mist in zijn leven, komt er veel verdriet, boosheid en onmacht bovendien. Traumabehandeling wordt ingezet, zodat hij kan herstellen van zijn 'oude wonden' en gevoeligheden om tot meer zelfreflectie en zelfsturing te kunnen komen.

Ondertussen wordt aandacht besteed aan het zoveel mogelijk verstevigen van zijn gezonde en potentieel beschermende kanten. Hij heeft een groot deel van zijn leven 'stilgestaan' en lange tijd in een geïsoleerde bubbel geleefd, terwijl hij wel degelijk veel in zijn mars heeft (goed stel hersens, creatief aangelegd, gretig naar [zelf]kennis, vriendelijk in de omgang). Met behulp van de module 'Mijn Positief Levensplan' (Van den Berg, Noom, & Van den Bremer, 2015), gebaseerd op het GLM, onderzoeken wij samen met de cliënt hoe hij zijn basisbehoeften op sociaal aanvaardbare wijzen invulling kan geven. Die insteek biedt – als aanvulling op het RNR-model – extra handvatten voor het opstellen, uitvoeren en monitoren van het behandelplan en na te streven doelen in de toekomst. De cliënt gaat bij zichzelf te rade hoe hij zijn leven richting wil geven, in plaats dat behandelaren hem voorschrijven wat hij moet doen of laten. Door zich toe te leggen op een positief levensplan (GLM), bloeit hij op en ontdekt hij weldoordachte manieren

waarop hij bijvoorbeeld zijn behoefte aan kennis, verbondenheid, creativiteit en innerlijke rust kan gaan vervullen. Concreet doet hij dat door te investeren in het ontwikkelen van hobby's ('Waar haal je plezier, ontspanning en zelfwaardering uit?'), beroepsoriëntatie ('In welke werksector kom jij goed tot je recht?'), het uitbreiden van zijn sociale netwerk ('Hoe kom je tot verbondenheid in plaats van eenzaamheid?'). In plaats van seks als coping voor het komen tot innerlijke rust ontwikkelt hij vaardigheden om emoties te reguleren. Waar hij zich voorheen achter zijn computer terugtrok om porno te kijken, gaat hij nu in gesprek over wat hem bezighoudt of steekt hij zijn handen uit de mouwen om te schilderen of muziek te maken. Ook leert hij voor welke valkuilen hij alert moet blijven en hoe hij dat het best doet.

## Persoonlijk verhaal

*Hoe ervaart hij in zijn behandeling zelf de balans tussen risico- en herstelgericht werken?* Deze 45-jarige man ervaart een goed evenwicht tussen de behandeling van zijn dynamische risicofactoren en aandacht voor persoonlijke groei en kwetsbaarheden. Vanuit het RNR-model wordt in de psychotherapie aandacht besteed aan het leren (h)erkennen en verminderen van zijn risicofactoren, wat hij belangrijk, maar zeer pijnlijk en confronterend vindt. Zijn 'daderkant' kan hij moeilijk onder ogen zien. Regelmatig wordt hij overspoeld – of juist verlamd – door voor hem overweldigende gevoelens die 'opeens' opkomen en weer weggebben. Voor het eerst in zijn leven staat hij stil bij zijn belevingswereld en probeert hij woorden en betekenis te geven aan wat hij *voelt* en *behoeft*. Hij ervaart dat als een ware ontdekkingsstocht. In de behandeling komt hij erachter dat hij een groot deel van zijn leven heeft stilgestaan door uit zelfbescherming een stevige muur om zich heen te bouwen, zoals hij het zelf beschrijft. Langzaam durft hij die muur wat af te laten brokkelen en onderzoekt hij wat hij in relatie tot zichzelf en de ander beleeft en nodig heeft. Vanuit het GLM wordt gezamenlijk onderzocht welke basisbehoeften voor hem betekenisvol en te verwezenlijken zijn. Dat hij kwetsbaarheid mag tonen en anderen in vertrouwen kan en mag nemen, noemt hij nieuw en spannend. Door voldoende tijd en ruimte te besteden aan zijn persoonlijke en sociaal-emotionele ontwikkeling, door middel van ondersteunende gesprekken, EMDR en creatieve uitingsvormen, kan er steeds beter gepraat worden over risicofactoren die relateren aan het seksuele delictgedrag. Het GLM helpt en motiveert hem om zijn horizon te verbreden en na te denken over een goede invulling van zijn verdere leven.

## Eindbeschouwing

Binnen de bestaande kaders van het justitiële systeem is het steeds de kunst om te zoeken naar een juiste en verantwoorde balans tussen 'risicomanagement' versus 'positief denken

en personaliseren van behandelplannen'. Vaak is het zoeken naar mogelijkheden binnen bepaalde onmogelijkheden; een mooie, maar niet altijd eenvoudige uitdaging. Het gaat om het vinden van een juiste balans tussen 'beveiligen' en welzijnsbevorderend te werk gaan. Volgens ons is er een brug te slaan tussen risico- en herstelgericht werken. Deze integrale aanpak brengt ook de verschillende maatschappelijke en individuele belangen bij elkaar, voor zover die al sterk van elkaar zouden verschillen.

De behandeling biedt cliënten een mooi oefenterrein om te experimenteren met nieuw gedrag, in de breedste zin van het woord. Een integrale risico- en herstelgerichte aanpak is een verrijking van de behandeling. De vermeende discrepantie zoals de rationale van het RNR-model en het GLM mogelijk suggereren, is er in de praktijk niet. Het een doet immers geen afbreuk aan het andere. Beide visies vullen elkaar goed aan. Het GLM impliceert een meer positieve en mensgerichte benadering en is daarmee een waardevolle aanvulling op de risicobenadering van Andrews en Bonta (2017). Hoewel het GLM denkt in termen van wensen, kwaliteiten en mogelijkheden in plaats van uitsluitend in termen van risico's, vermijdingsdoelen en onmogelijkheden, blijft er voldoende aandacht voor dynamische risicofactoren, wat onmisbaar is in forensische behandelingen. De cliënt is echter meer dan zijn delict. Er schuilt een persoon achter zijn misdaad. De op hem van toepassing zijnde risicofactoren moeten bekeken worden in een groter geheel. Het is de bredere context die in de behandeling meegewogen moet worden om de puzzel compleet te maken. Als men de persoon tegenover zich reduceert tot louter dader en hem ontdoet van zijn overige persoonlijke kwetsbaarheden, blijft bepaalde problematiek onbewerkt en gaat mogelijk een deel van de motivatie en inspanningsbereidheid ten behoeve van de behandeling verloren. En andersom, als men uitsluitend aandacht heeft voor iemands persoonlijke kwetsbaarheden zonder oog te hebben voor de dynamische risicofactoren, draagt de behandeling onvoldoende bij aan de vermindering van de kans op recidive. De veronderstelde effectiviteit van een dergelijke integrale behandelingsaanpak berust vandaag echter nog op weinig empirische evidentie, maar is vooral gestoeld op klinische ervaring. De behoefte aan empirisch onderzoek hiernaar is dan ook groot.

Een behandeling is onzes inziens dus niet zo zwart-wit; door beide kanten met elkaar te verenigen wordt meer recht gedaan aan de cliënt én wordt uiteindelijk ook het maatschappelijke belang gediend. Sterker nog, is het misschien niet hetzelfde: persoonlijke groei en vermindering van dynamische risicofactoren, of is er in ieder geval geen (sterke) overlap? Door te onderzoeken welke basisbehoeften een rol hebben gespeeld bij het delictgedrag en de valkuilen, risico's en/of tekortkomingen die het realiseren van een levensplan in de weg (kunnen/hebben ge)staan te identificeren, werkt men toe naar een delictvrij bestaan. En laat dat nu juist het primaire doel van forensische behandeling zijn, ongeacht vanuit welk theoretisch gedachtegoed men handelt.

## Literatuur

- Andrews, D.A., Bonta, J., & Hoge, R.D. (1990). Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology. *Criminal Justice and Behavior*, 17, 19-52. <https://doi.org/10.1177/0093854890017001004>
- Andrews, D.A., Bonta, J., & Wormith, J.S. (2011). The risk-need-responsivity (RNR) model: Does adding the good lives model contribute to effective crime prevention? *Criminal Justice and Behavior*, 38, 735-755. <https://doi.org/10.1177/0093854811406356>
- Bonta, J., & Andrews, D.A. (2017). *The psychology of criminal conduct* (6th ed.). Abingdon, UK: Routledge.
- Gallo, A., Belanger, M., Abracen, J., Looman, J., Picheca, J., & Stirpe, T. (2014). Treatment of high-risk high-need sexual offenders: The Integrated Risk Need Responsivity Model (RNR-I). *Annals of Psychiatry and Mental Health*, 3(1). <https://www.jscimedcentral.com/Psychiatry/psychiatry-3-1018.pdf>
- McNeil, F. (2009). What works in probation? *Proces: Tijdschrift voor Strafrechtspleging*, 88, 129-146.
- Mears, D.P., & Cochran, J.C. (2018). Progressively tougher sanctioning and recidivism: Assessing the effects of different types of sanctions. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 55, 194-241. <https://doi.org/10.1177/0022427817739338>
- Purvis, M., Ward, T., & Willis, G.M. (2014). The Good Lives Model of offender rehabilitation. In M.S. Carich & S.E. Mussock (Eds.), *Handbook of sexual abuser assessment and treatment* (pp. 193-220). Brandon, VT: The Safer Society Press.
- Van den Berg, J.W., Noom, S., & Van den Bremer, M. (2015). *Mijn positief levensplan: werkboek*. Utrecht: De Forensische Zorgspecialisten. Geraadpleegd via [https://www.researchgate.net/publication/319465123\\_Mijn\\_positief\\_levensplan\\_Werkboek](https://www.researchgate.net/publication/319465123_Mijn_positief_levensplan_Werkboek)
- Wanzele, W., & Oltenfreiter, S. (2020). De zoektocht naar een behandelkader dat werkt: wat kunnen we leren van de Risk-Need-Responsivity principes en het Good Lives Model? In K. Goethals, M. De Boeck, T. Dilliën, W. Huys, & A. Nuyts (Red.), *Handboek behandeling van seksueel afwijkend gedrag* (pp. 203-233). Oud-Turnhout: Gompel & Svacina.
- Ward, T., Mesler, J., & Yates, P. (2007). Reconstructing the Risk-Need-Responsivity Model: A theoretical elaboration and evaluation. *Aggression and Violent Behavior*, 12, 208-228. <http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2006.07.001>

## Personalia

Sabine Noom, gezondheidszorgpsycholoog, Van der Hoeven Kliniek, hoofd behandeling klinische kortdurende zedenbehandeling, Utrecht.

E-mail: [snoom@hoevenkliniek.nl](mailto:snoom@hoevenkliniek.nl)

Jan Willem Van den Berg, gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut en wetenschappelijk onderzoeker, De Tender, onderdeel van Transfore, Deventer; Interfacultair Instituut voor Familiale en Seksuologische Wetenschappen, departement Neurowetenschappen, KU Leuven.

Mieke Breijl, gezondheidszorgpsycholoog, Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP).

## Verantwoording

Geen strijdige belangen meegedeeld.