

Zedenbehandeling in de Forensische Psychiatrie

Van intake naar “wat werkt?”



In samenwerking met Wineke Smid en Jan Willem van den Berg

Agenda

Wie werkt er in de forensische sector?

Wie werkt er met zedendelinquenten?

Wie werkt er volgens het landelijk protocol voor seksueel grens overschrijdend gedrag?

Wie is er bekend met het RNR Model?

Wie behandelt er consequent volgens het RNR Model?

Wie is er op de hoogte van de huidige dynamische risicotaxatie-instrumenten?

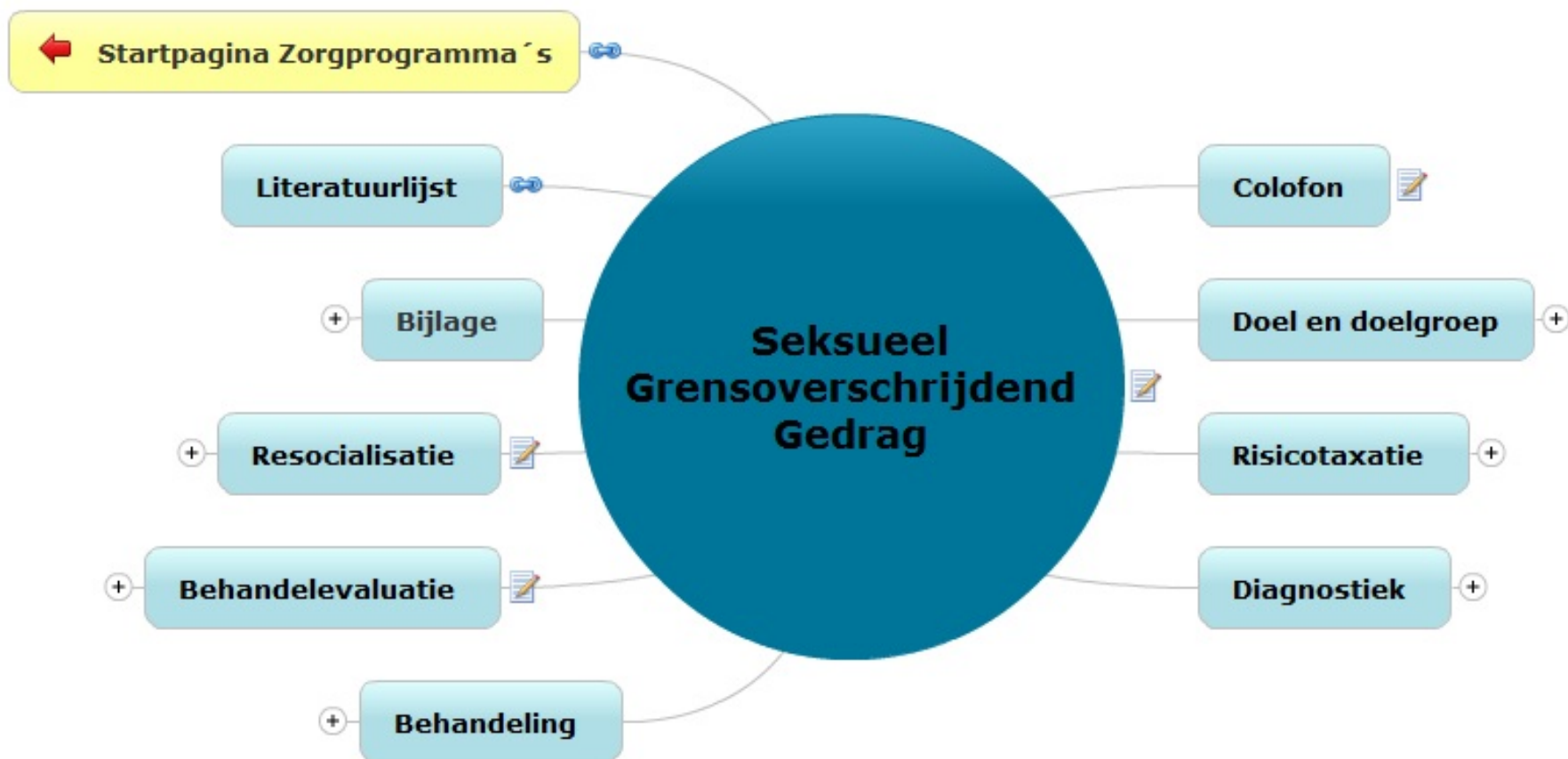
Wie heeft alle vragen met 'ja' kunnen beantwoorden?

Doelstelling forensische zorg

- Het **terugdringen van delictrecidive** door het bieden van een samenhangend behandelaanbod:
 - Gericht op het verkleinen van de delictrisico's om zo tot veilige resocialisatie en/of rehabilitatie te komen
 - Door het landelijk zorgprogramma forensische psychiatrie van het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie te volgen dat gebaseerd is op de internationale gouden standaard
 - Landelijk zorgprogramma “Seksueel grensoverschrijdend gedrag” (2013)

- Hierbij hangt de precieze **aard van de behandeling** af van:
 - De hoogte van het risico op delictrecidive, mede bepaald door de risico- en beschermende factoren
 - De dynamiek van de stoornis

Zorgprogrammering Seksueel Grensoverschrijdend Gedrag (efp.nl, 2013)



Algemeen forensisch zorgprogramma

- Het huidige forensische zorgaanbod omvat:
 - Interventies waarvoor enige wetenschappelijke onderbouwing voor bestaat (**best evidence**)
 - Interventies die deskundigen optimaal achten (**best practice**)
 - Interventies die het veld frequent toepast (**state of the art**)

- Regulier geprotocolleerde interventies zijn nog onvoldoende onderzocht en effectief bewezen in de forensische sector:
 - Standaardprotocollen werken niet per definitie bij de forensische doelgroep
 - Double Trouble en Tripple Cripple

- Wel een empirisch ondersteund **theoretisch kader** van waaruit forensische zorg geboden wordt
 - Dit geldt voor alle delictcategoriën: zeden, geweld, vermogen

Theoretisch kader

- Lange tijd wordt er binnen de moderne gedragswetenschappen (psychologie, criminologie, sociologie) vanuit gegaan dat behandeling van delinquenten niet tot vermindering van recidiverisico leidt. Systematisch onderzoek in 1974 zou aangetoond hebben dat:
 - “[...] with few and isolated exceptions, the rehabilitative efforts [...] had **no appreciable effect** on recidivism.” (p. 25, Martinson, 1974)
 - “Do all of these studies lead irrevocably to the conclusion that **nothing works**, that we haven’t the faintest clue about how to rehabilitate offenders and reduce recidivism?” (p. 48, Martinson, 1974)
- Het benadrukken dat “nothing works” heeft geleid tot:
 - Enerzijds kritiek op de uitvoering van het onderzoek door Martinson (1974).
 - Anderzijds de reactie van zorgaanbieders en onderzoekers om de effectiviteit van behandeling op recidivevermindering empirisch aan te tonen

‘What works?’-principe van Andrews en Bonta (1990; 2007; 2010)

- Alleen gevangenisstraf opleggen heeft een minimaal effect op het voorkomen van recidive en kan recidivekans zelfs vergroten (Pogarsky & Piquero, 2003; Smith, Goggin & Gendreau, 2002)
- Maar behandeling is enkel effectief voor recidivevermindering mits er gewerkt wordt vanuit een aantal **evidence based** principes:



Risk principle



Need principle



Responsivity principle

Risk-Need-Responsivity model voor rehabilitatie (Andrews & Bonta, 1990; 2007; 2010)



Wie behandelen?



Wat behandelen?



Hoe behandelen?

Naast deze drie **evidence based** principes heeft het RNR-model ook nog twee **state of the art** principes:

- Behandelintegriteitsprincipe
- Professionaliteitsprincipe

Risicoprincipe: *wie behandelen?*



Stem de behandelintensiteit af met het recidiverisico van de cliënt

- De cliënt met een hoge kans op recidiveren is gebaat bij een meer intensieve behandeling
 - De cliënt met een lage kans op recidiveren is gebaat bij een minder intensieve of zelfs **geen** behandeling
-
- Het recidiverisico staat centraal; **niet** de stoornis
 - Bij verkeerde afstemming van behandelintensiteit kan recidiverisico toenemen (Bonta, Wallace-Capretta & Rooney, 2000)
 - Wanneer je **dezelfde** behandeling toepast voor hoge en lage risicogroepen is het behandel-effect groter bij hoge risicogroepen, nl. 10% minder recidive bij hoog versus 3% bij laag risico (Andrews & Dowden, 2006)

Recidive-inschatting door middel van risicotaxatie

- Er zijn vier generaties aan risicotaxatie-instrumenten (Andrews & Bonta, 2007)
 - **1^e generatie:** (on)gestructureerd klinisch oordeel
 - Ongestructureerd, professionele expertise, geen vergelijking op groepsniveau mogelijk (geen normgroepen), kwaliteit van de inschatting recidivekans is laag (bv. SVR-20, RSVP)
 - **2^e generatie risicotaxatie instrumenten**
 - Bestaan uit empirisch gefundeerde risicofactoren, inschatting recidive risico op grond van normgroepen (actuarieel), overwegend statische risicofactoren, kwaliteit van inschatting recidivekans voldoende goed (bijv. Static-99R, SORAG)
 - **3^e generatie risicotaxatie instrumenten**
 - Als 2^e generatie + bestaat uit zowel statische als dynamische risicofactoren (bijv. Static-Stable combinatie; SOTIPS in combinatie met Static)
 - **4^e generatie risicotaxatie instrumenten**
 - Als 3^e generatie + items die responsiviteit(sprincipe) meten (bijv. VRS:SO)

Verschil in type risicotaxatie-instrumenten

Actuariële instrumenten




- Hebben een **vaste** scoringsprocedure en een normgroep op basis waarvan de risicocategorie wordt bepaald
- Objectief, iedereen langs dezelfde lat
- de meeste actuariële instrumenten hebben een redelijk tot goede voorspellende waarde (niet volmaakt, maar aanzienlijk beter dan zonder)

Instrumenten op basis van **Structured Professional Judgment** (SPJ)

- Scores worden op basis van het klinisch oordeel afgewogen
- Voorspellende waarde gelijk aan ongestructureerd klinisch oordeel
- Mechanisch gebruik (voor wetenschappelijk onderzoek)

Waarom gestructureerde instrumenten?

Voorspelling recidive zedendelinquenten (Hanson & Morton-Bourgon, 2009)

Instrumenten	d (95% CI)	N (k)
Actuarieel	.67 (.63-.72)	24,089 (81)
		
Mechanisch (SPJ optellen)	.66 (.58-.74)	5,838 (29)
		
SPJ (klinisch eindoordeel)	.46 (.29-.62)	1,131 (6)
plus outlier	.59 (.43-.74)	
		
Ongestructureerd Klinisch	.42 (.32-.51)	6,456 (11)

Andere verschillen tussen risicotaxatie-instrumenten

- Risicotaxatie beoogt het risico op recidive voor een individuele cliënt te voorspellen aan de hand van verschillende risicofactoren
 - **Statische** risicofactoren: risicovol gedrag in het *verleden*
 - **Dynamische** risicofactoren: beïnvloedbaar gedrag in het *heden* en de *nabije toekomst*
 - Acuut: factoren die tot een directe toename van gevaar leiden bijv. middelengebruik)
 - Stabiel: factoren die een bijdrage hebben, maar relatief stabiel zijn over tijd, bijv. antisociale cognities

- Risicotaxatie-instrumenten per doelgroep, delictcategorie en/of periode:
 - Overwegend voor mannen; in mindere mate voor jeugd en vrouwen
 - Gesplitst naar delictcategorie: geweld, seksuele en/of algemene recidive, e.a.
 - Korte of lange termijn



Dus:

- De hoge risicogroep krijgt een intensieve behandeling
- De lage risicogroep een niet intensieve of geen behandeling
- En risico-inschatting gebeurt op gestructureerde wijze



Behoefteprincipe: *wat behandelen?*

Richt de behandeling op de **criminogene behoeften** die daadwerkelijk in relatie staan tot (toekomstig) delictgedrag en dus aandacht behoeven

- Elk individu heeft zijn eigen combinatie van factoren die tot het plegen van een delict geleid heeft.
 - Deze criminogene behoeften zijn de **dynamische risicofactoren** die in relatie staan tot het delict
 - Dynamische risicofactoren zijn veranderbaar door behandelinterventies, dus de focus van de behandeling ligt op de matig tot hoge dynamische risico's
- Het adequaat behandelen van de criminogene behoeften is geassocieerd met 19% minder recidive; het richten van een interventie op niet-criminogene behoeften is geassocieerd met een lichte stijging van 1% (Andrews & Bonta, 2007)

Criminogene behoeften uit de 'Central Eight' (Andrews & Bonta, 2006)

Criminogene behoeften	Indicatoren	Interventiedoelen
Antisociale grondhouding/ persoonlijkheid	Impulsiviteit, 'thrill/ adventure seeking', rusteloosheid, agressief gedrag, prikkelbaarheid	Vergroten van vaardigheden binnen zelfmanagement, zelfregulatie, agressiehantering
Pro-criminele attitudes	Rationaliseren van delicten, negatieve houding t.o.v. justitie	Ombuigen van criminele naar pro- sociale attitudes/identiteit
Pro-criminele sociale omgeving	Criminele vrienden, isolatie van pro- sociale anderen	Vervangen van criminele door pro- sociale vrienden
Middelenmisbruik	Misbruik van alcohol en/of drugs	Verminderen middelenmisbruik; aanleren van alternatieven
Problemen familie-/ partnerrelaties	Slechte relaties, pedagogische en/of emotionele verwaarlozing	Aanleren van relationele en sociale (opvoed)vaardigheden
Problemen school/ werk	Slechte prestaties, laag niveau van tevredenheid	Vergroten van vaardigheden en intrinsieke motivatie voor school/ werk
Problemen pro-sociale vrijetijds-/ dagbesteding	Gebrek aan betrokkenheid in pro- sociale (recreatieve) activiteiten	Aanmoedigen deelname pro-sociale activiteiten, leren van sport/ spel

- Belang van deze criminogene behoeften recent opnieuw aangetoond met meta-analyse (Serin et al., 2013)

Criminogene behoeften specifiek voor seksuele recidive

Stable-/Acute-2007 (Hanson et al., 2007)	VRS:SO (Olver et al., 2007)	SOTIPS (McGrath et al., 2012)
<p>Sexual self-regulation</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sexual preoccupations/sex drive (<i>acute</i>) ▪ Sex as coping ▪ Deviant sexual interests 	<p>Sexual Deviance</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sexually deviant lifestyle ▪ Deviant sexual preference ▪ Offense planning ▪ Sexual offending cycle ▪ Sexual compulsivity 	<p>Sexual</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sexual attitudes ▪ Sexual interests ▪ Offense responsibility ▪ Sexual risk management ▪ Sexual behavior ▪ Stage of change
<p>Intimacy deficits</p> <p>Capacity for relationship stability Emotional identification with children Hostility towards women General social rejection/ loneliness Lack of concern for others</p>	<p>Criminality</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Impulsivity ▪ Interpersonal aggression ▪ Substance abuse ▪ Compliance with community supervision ▪ Criminal personality ▪ Community support 	<p>Criminality</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Antisocial behavior ▪ Supervision cooperation ▪ Antisocial attitudes ▪ Impulsivity ▪ Treatment cooperation
<p>General self-regulation</p> <p>Impulsive acts Poor cognitive problem solving Negative emotionality/ hostility (<i>acute</i>)</p>	<p>Treatment responsivity</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Insight ▪ Treatment compliance ▪ Cognitive distortions ▪ Released to high-risk situations 	<p>Social stability and supports</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Residence stability ▪ Employment stability ▪ Problem solving ▪ Emotion management ▪ Social influences
<p>Other</p> <p>Significant social influences Cooperation with supervision (<i>acute</i>) Victim access (<i>acute</i>) Collapse of social supports (<i>acute</i>) Substance abuse (<i>acute</i>) Emotional collapse (<i>acute</i>)</p>	<p>Other</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Emotional control ▪ Intimacy deficits 	

Recente actuariële dynamische risicotaxatie-instrumenten

- **Stable-2007** (Hanson et al., 2007; Helmus et al., 2012)
 - Te combineren met de Static (statisch) en Acute (dynamisch, zeer korte termijn)
 - 13 dynamische items
 - 3-punts likert-schaal (0 tot 2)
 - Normering voor verschillende recidivesoorten inclusief normering voor combinatiescores
 - Drie factoren: **(1)** seksuele zelf-regulatie, **(2)** intimiteitsproblemen, **(3)** algemene zelfregulatie en twee losse items
 - Acceptabele betrouwbaarheid met ICC's tussen de .66 en .87
 - **Voorspellende waarde** (N=607; follow-up tussen 1 en 41 maanden; 11,4% seksuele recidive Aboriginals; 7,3% seksuele recidive niet-Aboriginals)
 - Dynamisch: AUC .53 Aboriginal sample ($n=88$)
 - AUC .70 niet-Aboriginal ($n=509$)

Recente actuariële dynamische risicotaxatie-instrumenten (vervolg)

- Violence Risk Scale: Sexual Offenders (VRS:SO; Olver et al., 2007)
 - Gebaseerd op Violence Risk Scale (VRS)
 - 7 statische en 17 dynamische items
 - 4-punts likert-schaal (0 tot 3)
 - Gebruikt een gemodificeerde versie van The Transtheoretical Model voor verandering (TTM; Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992)
 - Drie factoren: (1) seksuele deviantie, (2) criminaliteit, (3) responsiviteit in behandeling en twee losse items
 - Acceptabele betrouwbaarheid met ICC's tussen de .66 en .80
 - Interne consistentie tussen .67 en .84 (acceptabel)
 - Voorspellende waarde (N=321; 24,6% seksuele recidive; follow-up 10 jaar)
 - Statisch: AUC .74
 - Dynamisch: AUC .67

Recente actuariële dynamische risicotaxatie-instrumenten (vervolg)

- **Sex Offender Treatment Intervention and Progress Scale** (SOTIPS; McGrath et al., 2012)
 - Gebaseerd op de Sex Offender Treatment Needs and Progress Scale (SOTNPS)
 - 16 dynamische items
 - 4-punts likert-schaal (geen 'need', enige 'need', substantiële 'need')
 - Drie factoren: **(1)** seksuele deviantie, **(2)** criminaliteit, **(3)** sociale stabiliteit en support en geen losse items
 - Acceptabele betrouwbaarheid met ICC's tussen .68 en de .89; individuele item-ICC lagere betrouwbaarheid (laagste .39)
 - **Voorspellende waarde** (N=759; 4,6% sexuele recidive en 8.6% geweld inc. zeden; follow-up 3 jaar)
 - Dynamisch: AUC tussen .61 en .72 voor 3 metingen
 - Voorspellende waarde bij de eerste meting (T1) slechter dan de twee latere meting in de behandeling (T2 en T3)

Niet-criminogene behoeften

- Minder onderzoek naar gedaan en ook nog onvoldoende bewezen
- Relevante **niet-criminogene behoeften** voor algemeen delictgedrag zijn zelfwaardering, emotionele problemen, psychiatrische aandoening, gezondheid (Andrews & Bonta, 2006; Gerard et al., 2013)
- Deze dynamische factoren staan niet in directe relatie tot recidivevermindering, maar kunnen **indirect** bijdragen aan terugdringen van dynamisch risico
- Belangrijke (vooralsnog) niet-criminogene behoeften die wel direct in relatie tot recidivevermindering lijken te staan (Serin et al., 2013)
 - Afname negatieve emoties
 - Succesvol behandelproces vanuit de cliënt
 - Nog niet onderzocht voor zedenbehandelingen

Dus:

Criminogene behoeften ('need') zijn dynamische risicofactoren waar de focus van de behandeling naar uit moet gaan vanwege de directe relatie met (seksuele) recidive

Persoonlijke behoeften ('want') kunnen belangrijk zijn maar staan (overwegend) niet direct in relatie tot (seksuele) recidive





Responsiviteitsprincipe: *hoe behandelen?*

Sluit de behandeling en de type interventies aan bij de leerstijl en leervermogens van de cliënt

- Externe responsiviteit:
 - Vorm van behandeling
 - Kenmerken van de therapeut
 - Beschikbaarheid van adequate interventies
 - Mogelijkheden die de behandelomgeving biedt (stabiliteit, kwaliteit van leven, mobiliteit)

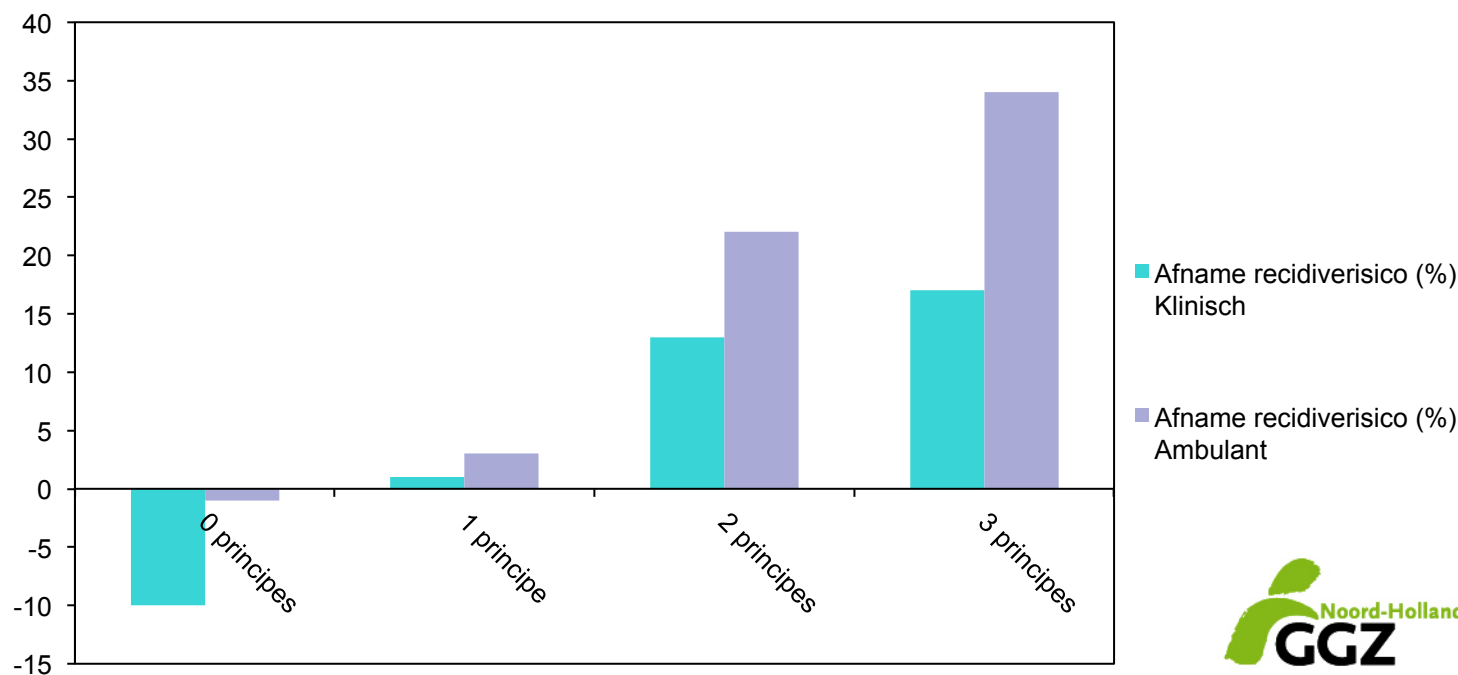
- Interne responsiviteit:
 - Houd rekening met de individuele kenmerken van een cliënt: intellect, persoonlijkheid, stoornis, behandelmotivatie, leerstijl

Een responsieve behandeling hangt samen met 23% minder recidive GGZ Noord-Holland-Noord
(Andrews & Bonta, 2007)



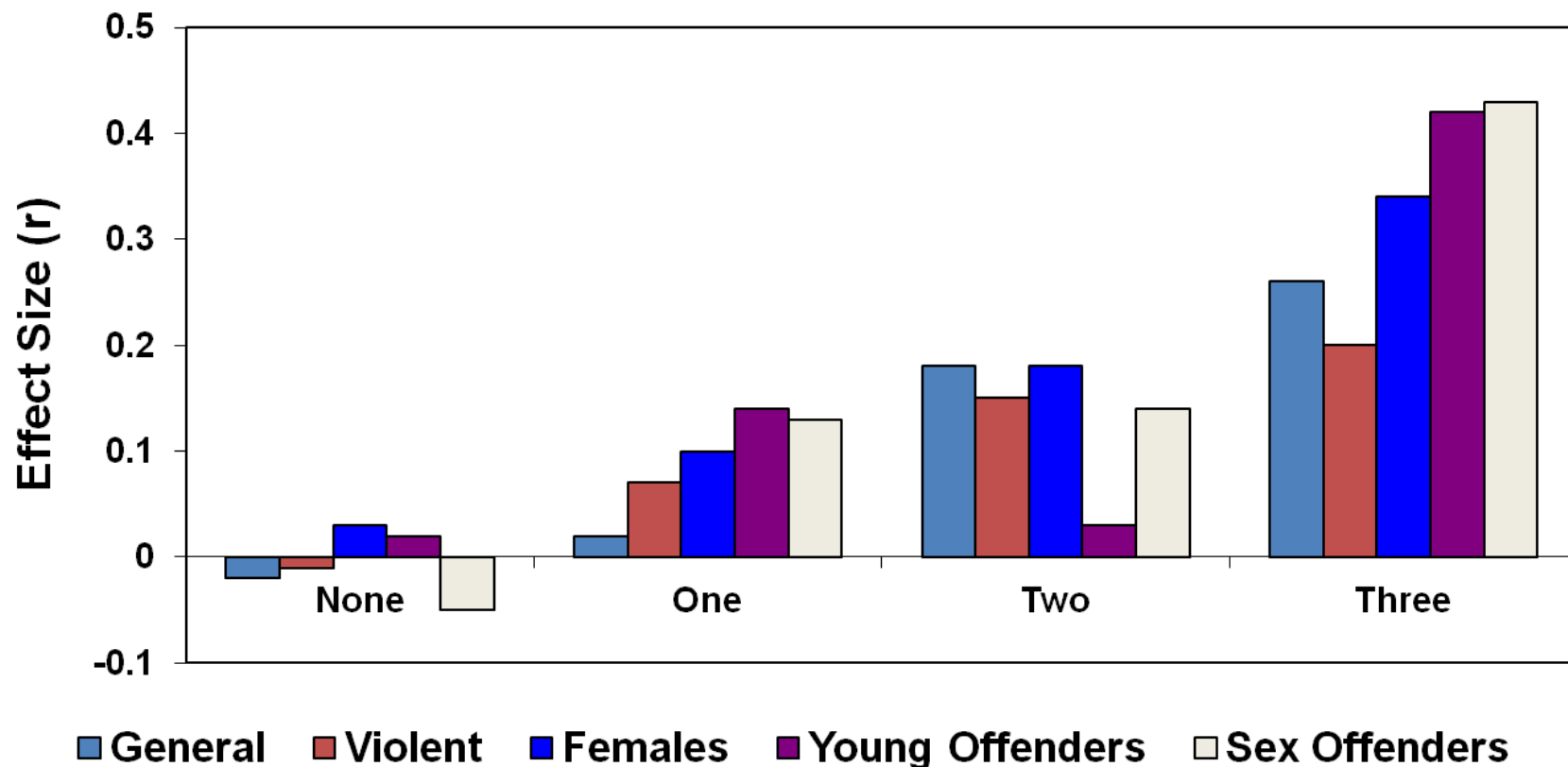
Bewijs voor Risk-Need-Responsivity model (Andrews & Bonta, 1990; 2007; 2010)

- Diverse studies en meta-analyses laten een lager recidivepercentage zien na behandeling **met** versus behandeling **zonder** het RNR principe (o.a. Andrews et al., 1990; Lipsey & Wilson, 1993; Andrews & Dowden, 2006; Bonta & Andrews, 2007; Hanson et al., 2009)
- Hierbij is het behandel-effect groter wanneer aan alle principes voldaan wordt



Bewijs voor Risk-Need-Responsivity model (vervolg)

- Het effect van de toepassing van 0, 1, 2 of 3 RNR-principes in de behandeling op de vermindering van de recidive, voor verschillende typen plegers (Hanson et al., 2009)



Behandelintegriteit: *evidence-based practice*

- De gekozen behandeling dient op de bedoelde wijze te worden uitgevoerd
- Doe gestructureerde risicotaxaties passend bij de delictgroep/ patiëntgroep
- Gebruik gestandaardiseerde instrumenten met goede psychometrische kwaliteit
- Geprotocolleerde behandelingen en evidence-based of best evidence methodieken
- Evaluatie en rapportage van behandeling

Professionaliteit: *kwalitatieve en betrouwbare zorg bieden*

Het professionele handelen moet voldoen aan de daarvoor gestelde wettelijke voorwaarden en ethische richtlijnen (BIG en WGBO)

Toekomst forensische zedenbehandeling

- Beter implementatie van RNR-principes in forensische zorg
 - Toename gebruik gestructureerde, dynamische risicotaxatie-instrumenten bij zedenbehandeling
 - Plaatsing van zedendelinquent op basis van recidiverisico, niet ernst delict
 - Van risico naar behandeldoel: focus op criminogene behoeften

- Effectiviteit van behandeling monitoren aan de hand van risicotaxatie-instrumenten (vierde generatie)
 - Inzichtelijk maken van afname recidivekans
 - Meetbaar behandeffect

- Onderzoek naar risicotaxatie bij zeden
 - Meta-analyse dynamische risicotaxaties
 - Promotie-onderzoek naar behandeffect



Vragen?

Klaartje Schepers, MSc.

Divisie Forensische Psychiatrie

k.schepers@ggz-nhn.nl



- Andrews, D. A., Bonta, J., & Hoge, R. D. (1990). Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology. *Criminal Justice and Behavior*, 17, 19-52.
- Andrews, D.A. & Bonta, J. (2007). *Risk-Need-Responsivity Model for Offender Assessment and Rehabilitation*. Gevonden via <http://www.publicsafety.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/rsk-nd-rspnsvty/index-eng.aspx> op 25 oktober 2013.
- Andrews, D. A., & Dowden, C. (2006). Risk principle of case classification in correctional treatment: A meta-analytic investigation. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 50, 88-100.
- Andrews, D. A., Zinger, I., Hoge, R. D., Bonta, J., Gendreau, P., & Cullen, F. T. (1990). Does correctional treatment work? A psychologically informed meta-analysis. *Criminology*, 28, 369-404.
- Bonta, J., Wallace-Capretta, S. & Rooney, R. (2000a). A quasi-experimental evaluation of an intensive rehabilitation supervision program. *Criminal Justice and Behavior*, 27, 312-329.
- Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (2013). *Basis zorgprogramma. Zorgprogramma voor forensisch psychiatrisch patiënten*. Gevonden via http://www.efp.nl/sites/default/files/webmasters/basiszp_laatste_versie_jan_2013.pdf op 13 november 2013.
- Hanson, R.K., Bourgon, G., Helmus, L., & Hodgson, S. (2009). The principles of effective correctional treatment also apply to sexual offenders: a meta-analysis. *Criminal Justice and Behavior*, 36, 865-891.
- Hanson, R.K. & Mourton-Borgon, K.E. (2009). The Accuracy of Recidivism Risk Assessments for Sexual Offenders: A Meta-Analysis of 118 Prediction Studies. *Psychological Assessment*, 21(1), 1-21
- Hanson, R.K., Harris, A.J.R., Scott, T.L., & Helmus, L. (2007). Assessing the risk of seksual offenders on community supervision: The Dynamic Supervision Project. Canada: Public Safety Government.
- Helmus, L., Babchishin, K.M., & Blais, J. (2012). Predictive Accuracy of Dynamic Risk Factors for Aboriginal and Non-Aboriginal Sex Offenders: An Exploratory Comparison Using STABLE-2007. *International Journal Of Offender Therapy And Comparative Criminology*, 56(6), 856-876
- Martinson, R. (1974). "What Works? - Questions and answers about prison reform." *The Public Interest*, 35, 22-54.
- McGrath, R.J., Lasher, M.P., & Cumming, G.F. (2012). The Sex Offender Treatment Intervention and Progress Scale (SOTIPS): Psychometric Properties and Incremental Predictive Validity With Static-99R. *Sexual Abuse-a Journal Of Research And Treatment*, 24(5), 431-458
- Olver, M.E., Wong, S.C.P., Nicholaichuk, T., & Gordon, A. (2007). The validity and reliability of the violence risk scale - Sexual offender version: Assessing sex offender risk and evaluating therapeutic change. *Psychological Assessment*, 19(3), 318-329
- Lipsey, M. W., & Wilson, D. B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioural treatment: Confirmation from meta-analysis. *American Psychologist*, 48, 1181-1209.
- Pogarsky, G., & Piquero, A. (2003). Can punishment encourage offending? Investigating the "resetting" effect. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 40, 95-120.
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: towards an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 350-395.
- Serin, R.C., Lloyd, C.D., Helmus, L., Derkzen, D.M., Luong, D. (2013). Does intra-individual change predict offender recidivism? Searching for the Holy Grail in assessing offender change. *Aggression and Violent Behavior*, 18(1), 32-53
- Smith, P., Goggin, C., & Gendreau, P. (2002). *The effects of prison sentences and intermediate sanctions on recidivism: General effects and individual differences*. (User Report 2002-01). Ottawa, Ontario: Public Safety Canada.