

# Het Good Lives Model als start van de behandeling van zedendelinquenten. Een praktische toepassing.

Sabine Noom<sup>1</sup>, Jan Willem van den Berg<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>De Forensische Zorgspecialisten, Van der Hoeven Kliniek, Afdeling Klinische Kortdurende Behandeling, Utrecht, Nederland

<sup>2</sup>Instituut voor Familiale en Seksuologische Wetenschappen, Departement Neurowetenschappen, KU Leuven, België

## Samenvatting

Het Good Lives model (GLM) heeft in de afgelopen jaren steeds meer bekendheid gekregen als behandelmodel voor plegers van seksuele delicten. Dit artikel beschrijft hoe we het GLM praktisch vormgeven binnen de Klinische Kortdurende Behandeling van de Van der Hoeven Kliniek. We ontwikkelden hiervoor een module, 'Mijn Positief Levensplan', bestaande uit een werkboek en trainershandleiding. Met behulp van deze module onderzoekt de deelnemer, samen met zijn groepsgenoten, behandelaren en andere betekenisvolle contacten, verschillende manieren om zijn basisbehoeften op sociaal aanvaardbare wijzen te realiseren, uiteraard zonder hierbij verschillende valkuilen, waaronder risicofactoren, uit het oog te verliezen. De module geeft deelnemers en behandelaren handvatten voor het opstellen, uitvoeren en monitoren van behandelplannen en na te streven toekomstdoelen van deelnemers. Het artikel bevat naast een beknopte uitleg over het GLM, praktische voorbeelden en ervaringen, die uitnodigen tot verdere verdieping in dit behandelmodel.

Het 'Good Lives Model of Offender Rehabilitation (GLM)', ontwikkeld door Tony Ward en collega's, is een al langer bestaand forensisch behandelmodel (bijvoorbeeld: Laws & Ward, 2011). Dit model is ontwikkeld als reactie op het Risk, Need, Responsivity (RNR)-model van Andrews en Bonta (2010; Bonta & Andrews, 2017). Waar het RNR-model zich primair richt op het identificeren van dynamische risicofactoren, focust het GLM zich overwegend op intrinsiek belonende behoeften die het leven betekenis geven. Het GLM wordt inmiddels in veel behandelprogramma's van zedendelinquenten toegepast (McGrath, Cumming, Burchard, Zeoli & Ellerby, 2010).

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. Het GLM impliceert een meer positieve en mensgerichte benadering en is daarmee een waardevolle aanvulling op de risicobenadering van Andrews en Bonta (2010; Bonta & Andrews, 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 aandacht voor dynamische risicofactoren bestaan. Behandelaren en zedendelinquenten ervaren het werken met het GLM-model in vergelijking tot het traditionele delict-terugvalpreventieplan positiever (Harkins, Falk, Beech, & Woodhams, 2012). Ook leidt het tot grotere betrokkenheid en meer openheid gedurende de behandeling (Mann, Webster, Schofield, & Marshall, 2004). Kortom, het GLM lijkt meer aan te sluiten bij wat de pleger belangrijk vindt voor zijn leven, zonder dynamische risicofactoren te negeren. Op deze manier leidt het GLM tot een grotere motivatie en inspanningsbereidheid voor de behandeling.

Voor de Klinische Kortdurende Behandeling in de Van der Hoeven Kliniek ontwikkelden we een op het GLM gebaseerd (groeps)therapieprogramma waarin het RNR-model is geïntegreerd. Op deze manier vonden we een balans tussen de behandeling van dynamische risicofactoren en het opbouwen van beschermende factoren. In dit artikel beschrijven we de toepassing van dit (groeps)therapieprogramma, 'Mijn Positief Levensplan'. Van dit therapieprogramma zijn de trainershandleiding en het werkboek online beschikbaar (Van den Berg, Noom, & Van den Bremer, 2015<sup>a,b</sup>). Verschillende patiënten en stafleden uit de Van der Hoeven Kliniek werkten mee aan de ontwikkeling van deze behandelmodule. Het werkboek kent een laagdrempelige en praktische manier van werken, waardoor het voor vrijwel iedereen toegankelijk is. Alle deelnemers

S. Noom MSc, Hoofdbehandelaar, GZ-psycholoog

J.W. van den Berg, Gz-psycholoog, psychotherapeut

Correspondentie: S. Noom, De Forensische Zorgspecialisten, Van der Hoeven Kliniek, Afdeling Klinische Kortdurende Behandeling, Willem Dreeslaan 2, 3515 GB Utrecht, Nederland. E: SNoom@hoevenkliniek.nl

kunnen er iets uit halen; of ze nu aan het begin van de behandeling staan, (bijna) met ontslag gaan, of (semi) zelfstandig in de maatschappij verblijven. Om goed te kunnen begrijpen hoe de module 'Mijn Positief Levensplan' vorm krijgt binnen de behandeling beschrijven we eerst de Klinische Kortdurende Behandeling van de Van der Hoeven Kliniek.

### **De Klinische Kortdurende Behandeling van de Van der Hoeven Kliniek**

De Van der Hoeven Kliniek biedt forensisch psychiatrische zorg aan plegers van ernstige delicten van uiteenlopende aard, die met een terbeschikkingstelling (tbs) of onder een andere juridische maatregel zijn opgenomen. Binnen de kliniek is het gedachtegoed van de therapeutische gemeenschap het ideologische vehikel van de behandeling. Patiënten en stafleden dragen samen zorg voor een zo veilig mogelijk behandelklimaat. Zo kunnen patiënten zich optimaal ontwikkelen. De kliniek kent een breed scala aan activiteiten en behandelvormen, waaronder: arbeidstraining, onderwijs, kunstvakken, sport en individuele- en groepstherapieën. Het overkoepelende doel van de forensische behandeling is het voorkomen van recidive.

Recent is binnen de kliniek een afdeling geopend voor een klinische kortdurende behandeling van plegers van een zedendelict. Ook zij krijgen een integraal behandelplan, waarbinnen het maken en realiseren van een Positief Levensplan de basis vormt. In de eerste weken van opname beschrijven de patiënten aan de hand van de module 'Mijn Positief Levensplan' hun ideale (toekomstige) leven. Daarnaast doorlopen ze de delictscenarioprocedure (Van Beek, 1999). Aan de hand van de delictscenarioprocedure wordt eerst een persoonlijkheidsprofiel opgesteld waarin de (kern)overtuigingen, (-)cognities, (-)emoties, (-)gedragingen staan beschreven. Vervolgens wordt de aanloop tot – en de toedracht van – delictgedrag in kaart gebracht. Bij het analyseren van het delictgedrag gaat aandacht uit naar persoonlijke- en contextuele factoren die (de kans op toekomstig) delictgedrag in de hand werken. Met deze informatie wordt een delict-terugvalpreventieplan opgesteld.

Het Positief Levensplan en de uitkomst van de delictscenarioprocedure monden uit in een behandelplan. De uitvoering van dit behandelplan wordt tweemaandelijks geëvalueerd met de patiënt en zijn behandelteam. Voorafgaand aan deze bijeenkomsten dragen medepatiënten bij aan de voorbereiding van deze evaluatie. Zij geven de patiënt feedback over zijn functioneren in het algemeen en het behalen van de doelstellingen - zoals hij die in zijn Positief Levensplan formuleert - in het bijzonder.

De module 'Mijn Positief Levensplan' vormt dus zowel de start als de 'ruggengraat' van de Klinische Kortdurende Behandeling binnen de Van der Hoeven Kliniek. Vanuit een uitnodigende en onbevooroordeelde houding wordt onderzocht wat ervoor nodig is om een

pro-sociaal, dus delictvrij, en betekenisvol bestaan op te bouwen. De module geeft handvatten voor het opstellen, uitvoeren en monitoren van behandelplannen en de na te streven toekomstdoelen. De deelnemer aan deze module gaat bij zichzelf te rade hoe hij zijn leven richting wil geven, in plaats van dat anderen hem voorschrijven wat hij moet doen of laten. Zodoende wordt hij meer 'eigenaar' van zijn eigen behandelplan. Maar, hoe ziet die behandelmodule er dan uit?

### **De module 'Mijn Positief Levensplan'**

Gedurende acht tot twaalf groepstherapie sessies werkt de patiënt aan het opstellen van zijn Positief Levensplan. Daarnaast neemt hij deel aan beeldende vormgeving en onderwijs. Bij beeldende vormgeving wordt gewerkt aan een kunstwerk dat de belangrijkste elementen van het Positieve Leven bevat. De deelnemer gebruikt dit kunstwerk wanneer hij zijn plannen voor de toekomst na afloop van de module aan zijn behandelteam presenteert. Bij onderwijs wordt gewerkt met de Yucelmethode. De Yucelmethode 'Bouwen aan herstel' is visueel en beeldend. De methode maakt probleemanalyses tastbaar, zichtbaar en concreet, doordat de deelnemer met gekleurde blokken een visuele weergave van zijn huidige en gewenste levenssituatie maakt en bespreekt met de groepsleden. Doel van deze laagdrempelige en tastbare methode is om, net als bij het GLM, de deelnemer te activeren vanuit zijn eigen regie, kracht en wensen te bouwen aan herstel.

#### *Doelstellingen*

Met behulp van verschillende thema's en oefeningen onderzoekt de deelnemer hoe hij een positief, betekenisvol en delictvrij leven kan leiden. Doelstellingen van de module 'Mijn Positief Levensplan' zijn:

1. een gezamenlijk beeld krijgen van de eigen basisbehoeften en hoe deze behoeften pro-sociaal verwezenlijkt kunnen worden;
2. een gezamenlijk beeld ontwikkelen van de tijdens de delicten en nu nog aanwezige dynamische risicofactoren, zo ook wat ervoor nodig is om deze factoren (nog beter) de baas te blijven;
3. het vasthouden en/of vergroten van de motivatie voor behandeling;
4. het formuleren en uitvoeren van concrete actieplannen gericht op het opbouwen van een betekenisvol en delictvrij leven.

#### *Het groepstherapieprogramma*

Het groepstherapie deel van de module 'Mijn Positief Levensplan' bestaat uit acht tot twaalf bijeenkomsten. Verdeeld over deze bijeenkomsten, worden aan de hand van het werkboek verschillende thema's doorgewerkt. Tijdens de bijeenkomsten wordt theoretische uitleg gegeven en wordt de patiënt uitgedaagd deze op zichzelf toe te passen. Aan elk thema is een praktisch uitvoerbare weekopdracht of activiteit gekoppeld. Dit helpt om het geleerde te vertalen naar, en toe

te passen op, het leven en de behandeling van de deelnemer. Met behulp van opdrachten maakt een patiënt in acht bijeenkomsten zijn Positief Levensplan.

De module 'Mijn Positief Levensplan' wordt bij voorkeur in groepsverband aangeboden. De ervaring leert dat deelnemers onderling veel (h)erkennen bij elkaar. Ook kunnen zij elkaar van feedback en adviezen voorzien.

**Bijeenkomst 1: Mijn basisbehoeften.** Bij aanvang van de sessie gaat aandacht uit naar het opstellen van algemene groepsafspraken waarmee het scheppen van een veilig behandelklimaat wordt beoogd. Vervolgens wordt de rationale van de GLM geïntroduceerd, namelijk dat ieder mens behoeften heeft die op zichzelf belonend en betekenisvol zijn en daarom door hem worden nagestreefd. Wat iemand gelukkig maakt, verschilt per persoon. Alhoewel iedereen verschillend is qua karakter, achtergrond en mogelijkheden, zijn er bepaalde gemeenschappelijke behoeften en verlangens. Denk hierbij bijvoorbeeld aan: gezondheid, zelfstandigheid en autonomie, verbondenheid, en geluk. Het GLM noemt dit de *primary goods*. In de module 'Mijn Positief Levensplan' spreken we over *basisbehoeften*. Volgens het GLM zijn delicten het gevolg van het op verkeerde, niet sociaal geaccepteerde, wijze nastreven van deze basisbehoeften.

Het belangrijkste doel van deze bijeenkomst en de bijbehorende weekopdracht is het achterhalen wat voor de deelnemer belangrijke basisbehoeften zijn. De plenaire oefening 'Dit zijn mijn basisbehoeften' brengt op speelse wijze een interactief gesprek op gang. De tien basisbehoeften (zie Tabel 1) worden op kaartjes afgebeeld en op een tafel neergelegd. Om de beurt kiest een deelnemer een aantal basisbehoeften uit die voor hem belangrijk zijn, zo ook waarom. Andere deelnemers reageren hierop. Om het gezonde en normale aspect te benadrukken, nemen de therapeuten deel aan de oefening. In de praktijk blijkt dit een goede ijsbreker! Vaak brengt het leuke gesprekken op gang over de drijfveren van de mens. Ook verkleint het de kloof tussen de deelnemers en therapeuten; de basisbehoeften komen onderling vaak met elkaar overeen. Het hebben van autonomie, innerlijke rust en genot gaat bijvoorbeeld voor veel mensen op, ongeacht of je binnen of buiten de muren van een forensische instelling leeft.

Tabel 1. Tien basisbehoeften vanuit het GLM

<b>Gezondheid</b>	Deze basisbehoefte is belangrijk voor mensen die waarde hechten aan hun gezondheid en hun lichamelijk welbevinden.
<b>Kennis</b>	Deze basisbehoefte is belangrijk voor mensen die graag informatie opzoeken, achtergronden willen begrijpen en het fijn vinden om kennis te vergaren.
<b>Goed zijn in: werk, sport, spel</b>	Deze basisbehoefte is belangrijk voor mensen die het prettig vinden om op het gebied van werk of vrije tijd iets goed te kunnen, ergens bekwaam in te zijn.
<b>Zelfstandigheid en Autonomie</b>	Deze basisbehoefte is belangrijk voor mensen die onafhankelijk willen zijn, die graag hun eigen keuzes en plannen maken.
<b>Innerlijke rust</b>	Deze basisbehoefte is belangrijk voor mensen die zich graag ontspannen en zich rustig, kalm en vrij van stress voelen.
<b>Verbondenheid</b>	Deze basisbehoefte is belangrijk voor mensen die hun tijd graag doorbrengen met anderen, zoals: familie, vrienden of partners.
<b>Gemeenschapszin</b>	Deze basisbehoefte is belangrijk voor mensen die graag deel uit maken van een grotere groep, ergens bij willen horen. Bijvoorbeeld het fijn vinden om lid te zijn van een buurtvereniging, politieke partij, voetbalclub, fanclub, kerk, etc.
<b>Spiritualiteit</b>	Deze basisbehoefte is belangrijk voor mensen die zin en betekenis aan het leven willen geven, die zich graag bezighouden met het doel en de betekenis van het leven.
<b>Geluk, plezier en genot</b>	Deze basisbehoefte is belangrijk voor mensen die het fijn vinden zich prettig en gelukkig te voelen, te genieten en plezier te hebben.
<b>Creativiteit</b>	Deze basisbehoefte is belangrijk voor mensen die graag originele dingen bedenken, maken en uitproberen en/of op zoek zijn naar nieuwe uitdagingen.

**Bijeenkomst 2: Mijn Positief Levensplan.** Tijdens de tweede bijeenkomst worden de basisbehoeften geconcretiseerd en uitgebeeld. Dit gebeurt aan de hand van een zogeheten 'moodboard', oftewel collage. Deelnemers geven hierop hun belangrijkste basisbehoeften weer. Dit doen zij aan de hand van afbeeldingen en/of teksten uit eigen hand of tijdschriften. Deelnemers brainstormen over welke behoeften op welke manier een plek in hun leven kunnen krijgen. Welke activiteiten en/of middelen associëren zij met het vervuld zien van de voor hen belangrijke basisbehoeften? Om kennis te verwerven volgt iemand bijvoorbeeld onderwijs of schrijft iemand zich in voor een cursus op het werk. Autonomie kan vergroot worden door een baan te zoeken met meer zeggenschap. Gezond blijven is een doel dat bereikt kan worden door te sporten en/of verstandig te eten. Nadenken over de zin van het leven, mediteren, yoga en kerkdiensten bezoeken zijn activiteiten die kunnen passen bij een behoefte aan spiritualiteit. Dit zijn slechts enkele voorbeelden waar iemand aan kan denken wanneer hij gevraagd wordt zijn basisbehoeften op een groot vel papier weer te geven. Het uitbeelden en aan anderen presenteren van eigen wensen voor het leven draagt bij aan het levendiger en tastbaarder maken van de tot dan toe nog abstracte behoeften en voornemens. Dit vergroot de motivatie en het doorzettingsvermogen voor het realiseren van de levensdoelen. Naderhand wordt de deelnemer gevraagd zijn 'moodboard' op een voor hem zichtbare of toegankelijke plek te bewaren, waar hij gemakkelijk naar kan kijken. Dit helpt hem, juist op moeilijke momenten waarin hij weinig perspectief of motivatie ervaart, herinneren aan de zaken die er voor hem toe doen. Hier kan hij kracht aan ontlenuen.

**Bijeenkomst 3: Hoe vervul ik mijn basisbehoeften.** Het hebben van een Positief Levensplan is waardevol. Het helpt om op een positieve manier richting te geven aan het leven. Het is belangrijk dat de deelnemer zicht heeft op zijn eigen basisbehoeften en de manier waarop hij deze vervult. Het GLM gaat ervan uit dat deze intrinsiek belonende basisbehoeften voor ieder mens in zekere zin aanwezig zijn. Vanuit ethisch oogpunt zijn ze niet 'goed' of 'slecht'. Echter, de wijze waarop deze behoeften worden vervuld, heeft zowel op de korte

als langere termijn consequenties. Iets wat in eerste instantie veel oplevert en in die zin dus belonend is (rust, geld, genot), kan de langere termijn doelen schaden en/of leed en verdriet zaaien. Het GLM noemt de manier waarop de basisbehoeften (*primary goods*) worden nagestreefd *secondary goods*. Binnen de module spreken we over *verstandige* en *onverstandige manieren* om in de basisbehoeften te voorzien. Tabel 2 geeft een voorbeeld van verstandige en onverstandige manieren om innerlijke rust, verbondenheid en autonomie te verkrijgen.

In de therapiegroep bespreken we verstandige en onverstandige manieren om in de basisbehoeften te voorzien tijdens de derde sessie. Doel hierbij is, dat deelnemers onderscheid leren maken in de gevolgen van de manier waarop ze in hun basisbehoeften (hebben) voorzien. Dit gebeurt met het spel 'Wie kent de meeste'. Deelnemers worden uitgedaagd om binnen een beperkte tijd zo veel mogelijk manieren te beschrijven om basisbehoeften te vervullen. Ondertussen bespreken patiënten waarom ze vinden dat een bepaalde aanpak wel of niet verstandig is. Uiteraard wordt binnen de therapie het maken van pro-sociale, verantwoordelijke keuzes gestimuleerd.

**Bijeenkomst 4: Valkuilen & tekortkomingen.** Nu de deelnemer weet welke basisbehoeften voor hem belangrijk zijn, kan hij beginnen met het nastreven van zijn toekomstdoelen. Dit klinkt eenvoudig. Toch blijkt dit in de praktijk niet altijd zo te zijn. Terugvallen in oude gewoonten komt vaak voor. En het aanleren van nieuw gedrag of toepassen van nieuwe ideeën blijkt vaak niet vanzelfsprekend. Ook kunnen meerdere valkuilen en/of tekortkomingen het realiseren van een levensplan in de weg staan. Tijdens deze sessie staan deelnemers stil bij mogelijke valkuilen in hun Positief Levensplan. Ze onderzoeken hun eigen plan en dat van anderen kritisch en waar nodig stellen ze het plan bij.

Tabel 2. Voorbeelden van verstandige en onverstandige manieren om in basisbehoeften te voorzien

Basisbehoefte	Onverstandig	Verstandig
Innerlijke rust	Blowen	Mediteren, sporten, praten
Verbondenheid	Seks met kinderen	Gelijkwaardige relaties opbouwen
Autonomie	Intimideren, regels overtreden	Grenzen aangeven, een baan met meer zeggenschap

Het GLM kent vier manieren waarop het uitvoeren van een Positief Levensplan mis kan lopen, de zogenaamde 'flaws', door ons vertaald als *valkuilen en tekortkomingen*. Deze zijn:

1. De middelen die ingezet worden om de basisbehoeften te vervullen.  
Niet de basisbehoefte zelf, maar de manier waarop deze vervuld wordt, kan problematisch zijn. Hierbij gaat het over de in de derde bijeenkomst besproken onverstandige versus verstandige manier om in de basisbehoefte te voorzien.
2. Een (te) beperkt Positief Levensplan  
Het GLM gaat ervan uit dat voor een gelukkig en positief leven er zoveel mogelijk basisbehoeften aandacht krijgen. In de uitvoering van het positief levensplan gaat het dan ook 'fout' wanneer iemand zich enkel richt op één of twee basisbehoeften en de anderen verwaarloost. Zie het voorbeeld van Klaas (Casus 1).

Tijdens de eerste sessies valt al op hoe belangrijk *verbondenheid* voor Klaas is. In het verleden heeft hij dit in tijden van stress en ruzie met zijn partner gezocht in onder andere seksueel contact met minderjarigen. In de groep is al besproken hoe Klaas op een andere manier in zijn behoefte aan verbondenheid kan voorzien (bv. aansluiten bij een vereniging of contact herstellen met familie en vrienden uit het verleden).

Sprekend over valkuilen en tekorten in het Positief Levensplan merkt Klaas ineens op dat hij enkel bezig is met *verbondenheid*. Of het nu is door te denken aan een eerdere fijne relatie, het moeten missen van een relatie of het hopen op of zoeken naar een nieuwe relatie. De groep beaamt dit. Deze ontdekking maakt het voor Klaas mogelijk om ook zijn andere basisbehoeften aandacht te geven. In de weken die volgen onderzoekt hij wat hij vroeger graag deed, wat hem toen plezier gaf. Hij pakt 'oude activiteiten' weer op en gaat met een van de kunstvak- en sportdocenten aan de slag om te ontdekken of en welke activiteiten hij nog meer prettig vindt.

Casus 1. Klaas

3. Conflicterende basisbehoeften  
Binnen het Positief Levensplan kan zich het probleem voordoen dat twee basisbehoeften zich lastig tot elkaar kunnen verhouden en soms zelfs niet verenigbaar lijken voor iemand. Mo (Casus 2) geeft hiervan een voorbeeld tijdens de therapie.

Mo is in behandeling voor het mishandelen en verkrachten van zijn toenmalige partner. Tijdens de sessie vertelt hij meer over zijn basisbehoeften. Een van de dingen die opvalt, is dat hij graag een relatie heeft. Ook vertelt hij dat hij gedurende een aantal jaar een prettige relatie had met zijn latere slachtoffer. Een aantal deelnemers in de groep reageert verbaast op Mo's verhaal. Ze vragen hem hoe het kan dat hij aan de ene kant zegt een fijne relatie te hebben gehad en aan de andere kant zijn partner verkracht.

Mo vertelt dat zijn partner, in zijn ogen, steeds dwingender werd. 'Dit mocht niet meer, dat kon niet meer', hij voelde zich steeds meer bepaald, gedwongen en zelfs soms vernederd. In zijn fantasie nam hij wraak, terwijl hij in werkelijkheid niets tegen zijn partner zei over hoe hij zich behandeld voelde. Tijdens een zeer hoogoplopende ruzie verkrachtte hij zijn partner.

In de therapie van Mo zijn de thema's verbondenheid en autonomie vervolgens centraal komen te staan. Met hem wordt gezocht hoe hij verbonden kan zijn, zonder al zijn autonomie in te leveren.

Casus 2. Mo

4. Gebrek aan capaciteit  
Alhoewel het GLM ervan uit gaat dat er veel mogelijk is waar het gaat om het vervullen van basisbehoeften, erkent het ook dat er grenzen zijn. Binnen het model wordt dit het *gebrek aan capaciteiten* genoemd. Dit gebrek kan in iemands eigen mogelijkheden liggen of bestaan uit beperkingen vanuit de omgeving. Je kunt nu eenmaal geen straaljagerpilot worden wanneer je zeer slechte ogen hebt (eigen beperking) of een kasteel kopen wanneer je geen rooie cent hebt.  
Vaak ligt de oplossing overigens voor de hand. Immers, de onderliggende basisbehoefte is van belang. Het verlangen achter het hebben van een kasteel (vrijheid/autonomie, rust, ...) of het zijn van straaljagerpilot (genot/kick, ergens goed in zijn, ...) kan ook op andere manieren vervuld worden.

**Bijeenkomst 5: Basisbehoeften achter mijn delict(en).** Inmiddels weet de deelnemer welke basisbehoeften hij heeft en hoe hij deze op een verstandige manier kan vervullen. Tijdens de vijfde groepstherapie-sessie zal hij, samen met de andere deelnemers, onderzoeken welke basisbehoeften een rol hebben gespeeld bij zijn zedendelict(en). Om de verstaalslag te maken van basisbehoeften naar delictgedrag, wordt de deelnemers eerst een fictieve casus voorgelegd (zie Voorbeeld 1). De deelnemers wisselen van gedachten over welke basisbehoeften achter het beschreven delict zitten. Hierna geeft de deelnemer een korte beschrijving van zijn situatie vlak voor en tijdens zijn eigen delict(en). Vervolgens geeft hij aan welke basisbehoefte(n) volgens hem een rol speelden. Ook bedenkt hij een aantal verstandige manieren om deze basisbehoefte(n) nu en in de toekomst te vervullen. De andere deelnemers denken kritisch mee, geven adviezen en vullen waar nodig aan wat ze nog missen in het verhaal van de deelnemer in kwestie.

Jim is 38 jaar en veroordeeld voor aanranding. Het slachtoffer is het tienjarige buurjongetje van de familie waar Jim goed contact mee heeft gehad. Ten tijde van het delict was Jim in behandeling voor eerder gepleegde zedendelicten. Voorafgaand aan het delict had Jim een 'blauwtje' gelopen en voelde hij zich eenzaam en somber. Als gevolg van zijn eerdere veroordeling had hij geen werk meer. Jim voelde zich waardeloos en miste de band met zijn familie en vrienden. Voorheen was hij erg betrokken bij de samenleving en zijn kerk, maar ook dat was door de eerdere veroordeling sterk verminderd. Toen Jim merkte dat hij zich seksueel aangetrokken voelde tot het buurjongetje, trok hij zich terug in zijn huis. Thuis masturbeerde hij op fantasieën over seks met de buurjongen. Het ging mis toen hij de buurjongen een keer in huis uitnodigde om samen naar een film te kijken. Jim is geschrokken en onthutst dat hij weer een delict heeft gepleegd.

Intrinsiek belonende behoeften (algemeen)

Gemeenschapszin (betrokken bij kerk/samenleving), vriendschap/verbondenheid (eenzaamheid = gebrek aan verbondenheid, band met familie en vrienden), spiritualiteit (kerklid)

Intrinsiek belonende behoeften (in delict)

Vriendschap/verbondenheid (gezocht in contact met buurjongen), Geluk, Plezier, Genot (masturberen, delict), mogelijk ook: innerlijke rust (niet meer voelen van afwijzing, eenzaamheid, somberheid)

*Voorbeeld 1.* Fictieve casus waarmee deelnemers oefenen in het detecteren van basisbehoeften achter zedendelicten. De basisbehoeften in het delict worden, voor dit artikel, onderaan de casus weergegeven.

**Bijeenkomst 6: Mijn dynamische risicofactoren.** Tijdens deze bijeenkomst staan deelnemers stil bij hun dynamische risicofactoren. Dynamische risicofactoren zijn veranderbare factoren die, als ze aanwezig zijn, de kans op een nieuw delict vergroten. Voorbeelden zijn: middelengebruik, gebrekkige binding aan werk, eenzaamheid, impulsiviteit. Doel van de bijeenkomst is dat de deelnemer (her)ontdekt welke dynamische risicofactoren tijdens zijn delicten of nu nog bij hem een rol spelen. De dynamische risicofactoren die hier besproken worden zijn gebaseerd op de risicotaxatie instrumenten STABLE-2007 (Fernandez, Harris, Hanson & Sparks, 2012; Nederlandse geautoriseerde vertaling: Van den Berg, Smid & Koch, 2014) en LS/CMI (Andrews, Bonta & Wormith, 2004; Nederlandse geautoriseerde vertaling: Bouman & Wismeyer, 2011). Ook staat de deelnemer stil bij de dynamische risicofactoren die hij zelf al effectief heeft aangepakt en welke dynamische risicofactoren hij in de behandeling nog (verder) wil verminderen. De deelnemer geeft dit tijdens de sessie aan in een tabel en legt dit voor aan de andere deelnemers. Samen onderzoeken ze welke verschillen en overeenkomsten er zijn tussen de bevindingen van de deelnemer en de anderen. Deelnemers blijken hierbij bijzonder scherp te zijn! Zo komt het voor dat een deelnemer een dynamische risicofactor aanwijst die het behandelingsteam over het hoofd heeft gezien, bijvoorbeeld wanneer een behandelingsteam zich in de behandeling focust op middelengebruik en samenwerkingsproblemen, terwijl een deelnemer vooral worstelt met gevoelens van eenzaamheid en gebrekkige oplossingsvaardigheden. Om de behandeling te laten slagen is het belangrijk dat beide visies bij elkaar komen en dat een deelnemer actief meedenkt over welke dynamische risicofactoren aangepakt moeten worden.

**Bijeenkomst 7: Mijn doelen.** Tijdens deze bijeenkomst leert de deelnemer concrete, haalbare en meetbare doelen stellen. De doelen zijn zo SMART mogelijk, dat wil zeggen: Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdgebonden (zie Voorbeeld 2). De deelnemer bekijkt zijn Positief Levensplan nog eens goed en bedenkt op welke van de volgende gebieden hij in de komende acht weken een vordering wil maken: wonen, werk, relaties, vrije tijd of één van de dynamische risicofactoren. Het tijdsbestek van acht weken geeft de deelnemer voldoende tijd om met de geformuleerde doelen aan de slag te gaan. Het afgebakende tijdsbestek zorgt er tegelijkertijd voor dat de deelnemer scherp blijft en actief aan zijn leerdoel werkt. Na het maken van de weekopdracht heeft hij tenminste één SMART doel gesteld dat gericht is op het uitvoeren van zijn Positief Levensplan en/of het aanpakken van één van zijn dynamische risicofactoren.

Basisbehoeften	Doel
Goed in zijn werk Autonomie	Volgende week donderdag maak ik een afspraak met mijn jobcoach om te praten over mogelijkheden op het gebied van werk. In de komende 12 weken wil ik samen met mijn jobcoach en mentor een plan van aanpak maken.
Autonomie Innerlijke rust Geluk, Plezier en Genot	Om mijn cannabisgebruik te verminderen, ga ik de komende 12 weken met mijn psychotherapeut aan de slag met de verslavingsmodule. Deze module bestaat uit acht bijeenkomsten. Na afloop geef ik een presentatie aan het behandelingsteam.

Voorbeeld 2. Enkele voorbeelden van SMART geformuleerde doelen ten behoeve van het uitvoeren van het Positief Levensplan

**Bijeenkomst 8 en verder: Monitoren van mijn Positief Levensplan.** Het evalueren en eventueel bijstellen van korte termijn doelen is belangrijk voor het realiseren van het Positief Levensplan. De deelnemer gaat na of zijn doelen behaald zijn. Als de doelen (nog) niet gerealiseerd zijn, stelt hij zichzelf de vraag hoe dit komt en wat ervoor nodig is om alsnog te slagen. Na het behalen van de doelen, formuleert hij nieuwe doelen. Op deze manier komt hij steeds een stap verder in de richting van zijn gewenste Positief Levensplan. Dit is een doorlopend proces waarbij de groep zowel steun biedt, input levert en feedback geeft.

### Effectiviteit van het Good Lives Model

De sterke kant van het Good lives Model is, naar onze mening en ervaring, dat het de kwaliteit van de therapeutische relatie vergroot. Dit blijkt ook uit twee empirische onderzoeken naar het Good Lives Model (Harkins, Falk, Beech & Woodhams, 2012; Mann, Webster, Schofield & Marshall, 2004). Uit een systematische review van Netto, Carter en Bonell (2014) komt naar voren dat er nog geen studies zijn naar het effect van het GLM op recidive. Wel vinden ook zij studies die aantonen dat het GLM een positief effect heeft op behandeldeelname, motivatie voor behandeling en de afname van het aantal drop-outs. Gezien deze bevindingen adviseren zij om het GLM samen aan te bieden met behandelinterventies waarvan aangetoond is dat zij samenhangen met een afname van recidive.

### Eindbeschouwing

‘Mijn Positief Levensplan’ is voor zover wij weten de enige in het Nederlands concreet uitgewerkte module gebaseerd op het GLM. Voor ons is het een *work in progress*. We hebben de module in de afgelopen jaren meerdere malen gedraaid. Onze ervaringen zijn positief. Deelnemers zijn overwegend actief en enthousiast. Ze zijn open over hun behoeften, waaronder de behoeften achter de delicten. Ook blijken ze goed in staat hun dynamische risicofactoren te herkennen. De module blijkt in de huidige vorm minder geschikt voor patiënten met een licht verstandelijke beperking en/of patiënten die te kampen hebben met ernstige negatieve symptomen van schizofrenie. Wel kan dezelfde stof behandeld worden met enkele aanpassingen. Er wordt gewerkt aan een module die wel aansluit bij deze doelgroep. Een ander punt voor verdere ontwikkeling is het

nog meer integreren van de delictscenarioprocedure en het Good Lives model. In eerste instantie leken deze niet te integreren. Op grond van de huidige bevindingen zien we wel mogelijkheden om tot een module te komen die het beste van beide modules in zich heeft.

‘Mijn Positief Levensplan’ kan in de behandeling gezien worden als een basismodule. Naarmate een deelnemer zich meer bewust wordt van de voor hem betekenisvolle levensdoelen en valkuilen die het vervullen van deze doelen in de weg kunnen staan, kan de behandeling hierop toegespitst worden. Wil iemand een vaste relatie maar ontbreekt het hem aan sociale en relationele vaardigheden? Dan kan sociale vaardigheidstraining worden ingezet. Wil iemand een rustig, stabiel en gezond leven leiden maar lukt het hem niet om van de alcohol af te blijven? Dan kan de behandeling zich richten op de verslavingsproblematiek en het aanleren van alternatieve copingvaardigheden. Binnen de Klinische Kortdurende Behandeling vormt ‘Mijn Positief Levensplan’ de basis, waarbij aanvullende therapieën en interventies gericht op het verminderen van dynamische risicofactoren ingezet worden om de kans op een positief leven te optimaliseren.

De behandelmodule wordt het best gebruikt als start van de behandeling en middel om het effect van de behandeling te monitoren. Het is bedoeld als een doorlopend proces waarbij de deelnemer onderzoekt hoe hij huidige en toekomstige behandel- en activiteitenmogelijkheden maximaal kan benutten om zijn basisbehoefte op een sociaal geaccepteerde manier te vervullen. Het Positief Levensplan geeft deelnemers een middel in handen waarmee hij zijn eigen behandeling – en resocialisatieplannen – helpt sturen. Dit geeft de deelnemer autonomie, en laat dit nou net één van de tien basisbehoeften van het GLM zijn die voor veel van onze deelnemers van groot belang is. Autonomie bestaat immers niet alleen uit het krijgen van meer vrijheden, maar begint juist bij het actief input en sturing geven aan het eigen behandelprogramma.

## Literatuur

- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct* (5th ed.). New Providence, NJ: LexisNexis, Matthew Bender.
- Andrews, D. A., Bonta, J., & Wormith, J. S. (2004). *LS/CM: The Level of Service Case Management Inventory: An Offender Assessment System*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Bonta, J., & Andrews, D. A. (2017). *The psychology of criminal conduct* (6th ed.). New York, NY: Routledge.
- Bouman, Y.H.A., & Wismeyer, C.E. (2011). *Level of Service / Case Management Inventory (LS/CM)*. Nijmegen: Kairos.
- Fernandez, Y., Harris, A.J.R., Hanson, R.K., & Sparks, J. (2012). *STABLE-2007 coding manual: Revised 2012*. Ottawa: Public Safety Canada.
- Harkins, L., Falk, V.E., Beech, A.R., & Woodhams, J. (2012). Evaluation of a community-based sex offender treatment program using a good lives model approach. *Sexual abuse: A journal of research and treatment*, 24, 519-543. doi:10.1177/1079063211429469
- Laws, D.R. & Ward, T. (2011). *Desistance from sex offending: Alternatives to throwing away the keys*. New York: The Guilford Press.
- Mann, R.E., Webster, S.D., Schofield, C., & Marshall, W.L. (2004). Approach versus avoidance goals in relapse prevention with sexual offenders. *Sexual abuse: A journal of research and treatment*, 16, 65-75. doi:10.1177/107906320401600105
- McGrath, R. J., Cumming, G., Burchard, B., Zeoli, S., & Ellerby, L. (2010). *Current practices and emerging trends in sexual abuser management: The Safer Society 2009 North American survey*. Brandon, Vermont: Safer Society Press.
- Netto, N. R., Carter, J. M., & Bonell, C. (2014). A systematic review of interventions that adopt the Good Lives approach to offender rehabilitation. *Journal of Offender Rehabilitation*, 53, 403-432. doi: 10.1080/10509674.2014.931746
- Van Beek, D.J. (1999). *De delictscenarioprocedure bij seksueel agressieve delinquenten; een onderzoek naar de bruikbaarheid van de delictscenarioprocedure in de behandeling van seksueel agressieve delinquenten in de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek*. Proefschrift Universiteit Amsterdam. Arnhem: Gouda Quint.XI.
- Van den Berg, J.W., Noom, S., & Van den Bremer, M. (2015<sup>a</sup>). *Mijn positief levensplan: Trainershandleiding*. Utrecht, De Forensische Zorgspecialisten. Geraadpleegd van [https://www.researchgate.net/publication/319464958\\_Mijn\\_positief\\_levensplan\\_Trainershandleiding](https://www.researchgate.net/publication/319464958_Mijn_positief_levensplan_Trainershandleiding)
- Van den Berg, J.W., Noom, S., & Van den Bremer, M. (2015<sup>b</sup>). *Mijn positief levensplan: Werkboek*. Utrecht, De Forensische Zorgspecialisten. Geraadpleegd van [https://www.researchgate.net/publication/319465123\\_Mijn\\_positief\\_levensplan\\_Werkboek](https://www.researchgate.net/publication/319465123_Mijn_positief_levensplan_Werkboek)
- Van den Berg, J.W., Smid, W., & Koch, M. (2014). *STABLE-2007 score handleiding: herziene uitgave 2012*. Utrecht: De Forensische Zorgspecialisten.
- Yates, P., & Prescott, D. (2010). *Building a Better Life: A Good Lives and Self-regulation Workbook*. Brandon, Vermont: Safer Society Press.

## Summary

### The Good Lives Model as a start of the treatment of sex offenders. A practical application.

In recent years there is an increasing interest in the Good Lives Model (GLM), a strengths-based treatment model developed for the treatment of people who have committed sex offences. This article describes how we operationalize GLM in our clinical setting, the Van der Hoeven Kliniek in Utrecht, the Netherlands. We developed a workbook and treatment guide, called 'My Positive Life plan'. During this treatment program, the person who has committed sex offences discovers together with the other group members and the therapist different ways to provide his primary goods in a socially acceptable way, obviously without losing sight of the possible pitfalls, like dynamic risk factors. The workbook is a helpful tool in providing, executing and monitoring a treatment plan focused on building a new positive life. In addition to a concise explanation of the GLM, this article describes examples and experiences of working with this treatment model, that will encourage readers to deepen their knowledge of the GLM.

**Keywords:** Good Lives Model, My Positive Life Plan, sex offenders

**Trefwoorden:** Good Lives Model, het positief levensplan, zedendelinquenten