

Over tbs gesproken ...

Door Dr. Frans E.J. Gieles, december 2020

Versie 3, september 2021

Iemand van de media vroeg mij of ik ook een mening had over de tbs en of ik deze kort en bondig kon weergeven. Kort en bondig gaat niet lukken, er komt teveel bij kijken, maar hieronder toch een poging.

Laat ik beginnen met mijn hoge waardering uit te spreken voor ieder die dit bepaald moeilijke werk op zich genomen heeft en dit dapper volhoudt. Het is werken 'tegen de klippen op'.

Hierna zal ik enkele problemen opnoemen, gevolgd door enkele suggesties om ze te verminderen.

Mijn invalshoek

Deze is niet een grootschalig wetenschappelijk onderzoek met veel respondenten, maar mijn ervaringen van het zelf gewerkt hebben in zo'n kliniek als staflid. Mijn specifieke taak daar was: het scheppen en handhaven van een therapeutisch klimaat in de leefgroepen, dus in de teams leefgroepsbegeleiders, en in allerlei andere groepen die zo'n kliniek kent; de staf zelf is immers ook een groep.

Via een scriptiestudente ontving ik ook informatie over een kliniek waarin zij (de verbetering van) het leefklimaat onderzocht omdat dit in die kliniek bar slecht zou zijn, wat later in nieuwsberichten ook bevestigd werd.

De derde en hier de voornaamste bron zijn de contacten met mensen in en rond de NVSH zelfhulpgroepen in de loop der bijna veertig jaar; casuïstiek dus, naast literatuur en een forse map met knipsels.

Het is heel moeilijk om met mensen die eenmaal opgenomen zijn in een tbs kliniek, contact te hebben en te houden. De (on)mogelijkheden verschillen sterk per kliniek.

Toch is dit mij met een aantal mensen in de loop der jaren wel gelukt. Soms kon ik alleen (veel) brieven ontvangen, hetzij rechtstreeks, hetzij via een ander in een andere kliniek of instelling. Soms kon ik ook op bezoek komen bij de persoon en meerdere malen ook met de staf in gesprek komen, vermoedelijk mede dankzij mijn doctorstitel, leeftijd en ervaring. Zo leerde ik direct en indirect meerdere tbs klinieken kennen. Plus hun 'buren': veel tbs klinieken hebben naast de kliniek ook een polikliniek, waar dezelfde mensen werken met dezelfde visie en methodiek.

Een getalsmatige inschatting

Hier is de bron mijn geheugen, omdat we in de zelfhulpgroepen geen dossiers aanleggen en, zo ja even, deze niet bewaren.

Als ik het aantal mensen dat ik in die bijna veertig jaar ontmoette gemakshalve op 100 schat, kom ik op zo'n 20% van hen die met Justitie botsten. Let wel: in bijna veertig jaar, dus niet 20% *per jaar*. Dus: zo gemiddeld eens in de twee jaar was er iemand die ...

Hierbij nog een nuance: een deel van hen was lid van een van de zelfhulpgroepen en kwam toen in de problemen met justitie, maar een ander, groter deel van hen kwam eerst in botsing met Justitie en snelde toen naar zo'n groep voor hulp en steun.

Bij de eerste groep kan het lidmaatschap van zo'n groep dus meespelen in het ontstaan van het delict, het falen dus van het doel delicten en recidive juist te vermijden en te voorkomen, al gaat er ook een heel stuk levensgeschiedenis aan vooraf waarop zo'n groep geen invloed heeft.

Bovendien sta je dan voor de vraag wat je onder 'deelnemen aan' verstaat: hoe lang, hoe intensief? Er waren mensen die maar heel kort hebben deelgenomen en toen 'verdwenen', in een ander geval was de persoon, ondanks uitnodigingen om te spreken, uitermate zwijgzaam over zijn eigen leven, doen en laten.

Bij de tweede groep kan lidmaatschap van een hulpgroep, hopen wij dan, recidive voorkómen.

Terug naar de getallen, kwamen in al die jaren zo'n zeven mensen in de tbs of andere verplichte interne behandeling terecht. Triest genoeg moet ik dan vermelden dat een van hen zelfmoord heeft gepleegd na beëindiging van behandeling.

Waarom? We kunnen het hem niet meer vragen. Hij werd achtervolgd door de politie in een ver land, dus vermoedelijk verdacht van een delict met kinderen.

Vermoed mag worden dat dit een explosie is geweest van het gevoel/verlangen dat hem in de lange jaren van behandeling verboden is geweest. Excuseer, hard werkende behandelaars, de behandeling kan dan toch niet echt geslaagd genoemd worden.

In dit geval heb ik de 'behandeling' nauwgezet kunnen volgen. Ik schrijf 'behandeling' omdat deze er naar mijn mening in feite in het geheel niet was, hoezeer ik hier ook bij de staf op aandrong. De kliniek was bestemd voor verstandelijk beperkte mensen. Men meende dat deze zelfs de gebruikelijke terugval-preventie-methode niet zouden kunnen snappen. De 'behandeling' kwam dan simpelweg neer op het leren om de regels te volgen, vaak genoeg ondersteund door een verplichte lust-remmende medicatie.

Nog even gekeken naar de recidivecijfers

Het globale recidivecijfer, gerekend over alle typen delicten, komt doorgaans uit op rond de 70%. Rond de zedendelicten ligt dit cijfer bepaald lager, namelijk 13,4 % met een ruime marge van 3 tot ruim 30%. Bewezen mag geacht worden dat hulp helpt, want na hulpverlening daalt het recidivecijfer tot zo'n 3 tot 12 procent. Bij een inschatting hoe het recidivecijfer van de deelnemers aan de zelfhulpgroepen ligt, kwam ik op zo'n 12%, ruwweg gelijk aan het percentage dat de professionele behandelingsklinieken bereiken. Bij de zelfhulpgroepen gaat het dan om een gering aantal mensen. Er waren er al niet veel die met Justitie in aanraking kwamen, recidive betekent dan dat zij daarna opnieuw met Justitie te maken kregen, dit zijn dus nog weer minder personen.

Problemen c.q. kritiek

Gebrek aan en wisseling van personeel

Een groot probleem is het gebrek aan ervaren personeel en vooral ook de veelvuldige wisseling van personeel. Voor de opgenomen patiënten betekent dit een eindeloze reeks van steeds weer wisselende groepsbegeleiders, werk- en activiteitenbegeleiders, therapeuten, afdelingshoofden en behandelingsverantwoordelijken.

Dit tekort aan en wisseling van personeel betekent voor de patiënten: eindeloos wachten tot er eindelijk een (nieuw) behandelingsplan is en de behandeling echt begint of weer wordt opgenomen. Dit kan maanden in beslag nemen waarin er eigenlijk 'niets gebeurt'.

Een oplossing?

Minder *top > down* werken, meer *down > top* werken. De verantwoordelijkheid primair bij de patiënt zelf leggen, secundair bij de leefgroepsleiding, tertiair bij de staf, en slechts als verplichte formaliteit bij 'Den Haag'. 'Den Haag' moet dan minder perfectionistisch zijn en de samenleving duidelijk maken dat 100% niet-recidive niet mogelijk is, dus dat een gering risico aanvaard moet worden. Dezelfde staat accepteert immers volop risico's door bijvoorbeeld de snelheid van auto's op te schroeven naar 130 km/uur, en de steden zo in te richten dat de auto daar 'koning is', en dat de fietsers (scholieren!) zich maar veilig door het verkeer moeten zien te wurmen.

De behandeling duurt te lang

Mede daardoor duurt de tbs behandeling vaak veel te lang, in de mij bekende gevallen kan dit oplopen van al snel tien, maar ook twaalf en zelfs zeventien jaar. Inmiddels wil ook de politiek de behandelingsduur beduidend korter hebben.

Zelf wijt ik de lange duur aan wat ik noem ‘eenzijdig perfectionisme’.

- *Eenzijdig*: alles is geconcentreerd rond Het Delict, het zichtbare gedrag en het voorkómen van recidive – niet rond het welzijn en de innerlijke groei van de patiënt.
- *Het perfectionisme* hierin wordt zeker aangestuurd vanuit de samenleving, die geen enkel risico van herhaling accepteert: er mag absoluut nooit en nergens ook maar iets mis gaan. Gaat er wel iets mis, dan maakt de politiek direct weer strengere regels, in het bijzonder voor verlov. De samenleving eist dat de klinieken een ‘volmaakte persoon’ afleveren, iets dat totaal en principieel niet mogelijk is.

Een oplossing?

Perfectionisme: Zie hierboven over het accepteren van een zekere mate van risico.

Eenzijdigheid: concentratie op de hele mens, niet alleen op Het Delict (zie verderop).

De Staat beslist, maar is geen arts

Een groot probleem is dat elk verlov, hoe gering ook, door ‘Den Haag’ wordt beslist, zij het op een gemotiveerde aanvraag vanuit de kliniek. Met spreekt dan wel van ‘behandeling’ door een ‘geneesheer-directeur’, maar het zijn ambtenaren die hier de beslissingen nemen, ambtenaren in dienst van de minister die politiek verantwoordelijk is. “TBS” betekent immers: “Ter Beschikking gesteld van de Staat”. Noch de staat, noch de ambtenaren, noch de minister zijn artsen.

Gruwelijk groot is dan het probleem dat in steeds toenemende mate aan elk verlov vanuit ‘Den Haag’ de voorwaarde wordt gesteld van het innemen van een lust remmende medicatie, aldus is dit bepaald door niet-artsen. Inmiddels is toch wel bekend dat deze hormoon- en gedrags-remmende medicatie voor ‘zedenplegers’ nauwelijks tot niet helpt. Wel helpt dit daders van geweldsdelicten, maar juist de ‘zedendaders’ moeten ze innemen en de geweldsdaders niet.

Dit mag ik toch wel absurd en ondeskundig noemen, vind ik dan. Misschien zelfs misdadig in het geval van iemand die al met proefverlov was. Deze kreeg hartklachten. De behandelende cardioloog weet dit aan die lust-remmende medicatie en beval deze onmiddellijk af te bouwen – te laat helaas, want kort daarna, net nadat de rechter de tbs had opgeheven, stierf hij aan deze hartklachten.

Een oplossing?

Een grondige herziening, nu wel deskundig, van het standaard gebruik van lustremmers voor ‘zedenplegers’ (minder of niet) en voor geweldplegers (meer).

De risico taxatie

Het al dan niet verlenen van (groot) verlof hang af van de risicotaxatie, het volgende forse probleem. Deze wordt opgesteld door de kliniek en nagezien door ‘Den Haag’.

Er zijn twee methoden: (1) de *actuariële* en (2) de *klinische* methode.

De actuariële methode werkt met statistiek, vandaar de naam. Bij deze werkwijze schat men niet de *persoon* in maar *factoren*.

Er zijn twee groepen factoren: (a) de statische en (b) de dynamische factoren.

De eerste groep factoren (a) zijn niet te veranderen, zoals iemands leeftijd, delict-geschiedenis en zo meer. Heb je hierbij pech door een belastend verleden, dan kost dit de patiënt al snel de helft van de aan te vinken minpunten. Aanvinken? Ja, ondanks de fors dikke handboeken komt het vaak hierop neer. Bij de inschatting van het recidiverisico vóór de rechtszitting wordt doorgaans hiertoe slechts een zogeheten *quick scan* gebruikt: *quick*, dus snel.

De tweede groep factoren (b) zijn wel te veranderen, zoals bijvoorbeeld de overtuigingen en het gedrag van de patiënt. Hierop wordt dus de behandeling ingezet – met het al genoemde eenzijdige perfectionisme richting ‘volmaakt persoon’, hiertoe aangezet door de samenleving.

De klinische methode maakt een inschatting van de *persoon*. Hiervoor zijn kundige en vooral ervaren klinici nodig – en meer tijd, vooral voor werkelijk contact met de persoon.

Veel onderzoek, recent nog een proefschrift, zegt aan te tonen dat de actuariële methode preciezer is gebleken (bij het achteraf meten van de mate van recidive) dan de klinische methode, die er nog wel eens naast kan zitten.

Een oplossing?

Een combinatie van beide methoden lijkt dan toch de aangewezen weg.

Schijn-aanpassing, dus liegen

Dat zelfs een ervaren clinicus er nog wel eens naast kan zitten, of zelfs een heel team, brengt ons op het volgende forse probleem: schijnaanpassing en dus liegen, je zo goed en braaf mogelijk voordoen en je vooral maar (schijnbaar) aanpassen aan de visie van de kliniek, anders “kom je de tent nooit uit”, de zegswijze van de patiënten zelf, herhaaldelijk gehoord van henzelf. ‘En, heb je iets geleerd van die behandeling?’ – “Ja, liegen, toneelspelen ...”

Zelfs wij, zelfhulp-hulpverleners, moesten zeggen: “Als je iets leert in de tbs, is het

wel liegen”. Dit naar aanleiding van de klaarblijkelijke leugens die de hierboven vermelde aan hartklachten overleden man zelfs ons, toch vertrouwde personen en geen tbs-medewerkers of zo, op de mouw had gespeld. ‘Alles zou goed gaan’ – niet dus, zo bleek na gesprek met een nauw familielid van de man.

Dit liegen is dan niet primair een eigenschap van de patiënt, maar een eigenschap van de behandelingsmethodiek, eenzijdig en perfectionistisch als deze gericht is op gedrag, het zichtbare en vooral aangepaste en niet meer afwijkende gedrag in plaats van op het welzijn en de innerlijke groei van de persoon. Gedrag kun je simuleren; vooral notoire fraudeurs zijn hier goed in.

Een kliniek, die qua methodiek in feite schijnaanpassing en liegen oproept, gebruikte als kernwoord: ‘vertrouwen’, in de betekenis van ‘wij moeten de patiënt kunnen vertrouwen, dat kan alleen als deze eerlijk en open is’. In een geval was de patiënt dit niet: hij hield iets verborgen. Toen dit ontdekt werd, was het vertrouwen weg – en daarmee de verdere behandeling onmogelijk, zei men. Gevolg: overplaatsing naar een andere kliniek en daar weer helemaal opnieuw beginnen met (het alsmear wachten op) een nieuw behandelingsplan. Of ‘eeuwig’ wachten op behandeling in de *long stay* fase voor ‘niet behandelbaren’.

Een oplossing?

Een grondige zelfkritische herbezinning op de methodiek, inclusief het besef dat schijnaanpassing en liegen niet zozeer eigenschappen van de patiënt zijn, maar opgeroepen worden door de gebruikte eenzijdige en perfectionistische methodiek zelf.

Pietluttig toezicht

Goed, eindelijk dan een vorm van verlof, namelijk zelfstandig buiten de kliniek wonen als fase van de tbs. De Reclassering neemt dan het toezicht over en voerde dit in de mij bekende gevallen net zo eenzijdig en perfectionistisch uit als de kliniek eerder deed en nog blijft doen. Eerder, excuseer het woord: pietluttig.

Geholpen door de COSA vrijwilligers? Volgens de betrokken personen niet “geholpen” maar eerder of alleen “in de gaten gehouden”. Van iemand kreeg ik de formulieren te zien die deze vrijwilligers na elk contact moesten invullen: een hele stapel: sprak de patiënt over seks? Maakte hij seksuele toespelingen? Keek hij met wellust naar kinderen? Was hij open?

Situatie 1:

Ik bezoek de patiënt in zijn huis; we lopen samen naar de bushalte. Naast die halte is een speelveld waar kinderen voetballen. We kijken hier even naar. “O, als ik nou met de COSA hier was, dan mocht ik hier helemaal niet naar kijken! Dat is ook zo als er iemand meegaat naar de stad.”

Situatie 2:

De patiënt bezoekt een Lego-beurs. Daar ziet een medewerker van de kliniek hem. 'Meneer, wat doet u hier? U mag helemaal niet komen waar er kinderen zijn!'

Gevolg: Teruggeroepen naar de kliniek.

Situatie 3:

De patiënt waagt het om naar een zwembad te gaan en daar met een bal en de kinderen te spelen. Een medewerker van de kliniek ziet dit. Gevolg: eerst teruggeroepen naar de kliniek, en daar pas weg kunnen met een enkelband en een ingewikkelde kaart van de stad waarop precies de scholen, speeltuinen, zwembaden enz. staan aangegeven. Een automatisch systeem signaleert of de persoon hier korter dan 500 meter vandaan is en waarschuwt de toezichthouder. Een hele toer dus om een vriend per taxi snel naar het ziekenhuis te brengen: de taxi moet allerlei omwegen maken.

Situatie 4:

'Maar meneer, gaat u naar voetbal kijken in uw dorp? Spelen daar ook de jeugdclubs van uw dorp? Dan mag u daar helemaal niet komen!' en:

'Wat? Gaat u op bezoek bij uw zus, die jonge kinderen heeft en die overdag dan ook ziet? Dit kan echt niet, meneer!'

Oplossingen?

De reclassering: niet alleen toezicht, maar vooral ook hulp bieden; afzien van pietluttig en absurd perfectionisme en overdrijving; meet 'mens' dan instantie' worden.

De COSA terugbouwen naar hoe deze oorspronkelijk bedoeld is: meer hulp, socialiteit, solidariteit, gemeenschapsdeelname, minder toezicht met formulieren.

Gevoelens taboe verklaard

In alle genoemde situaties is er uitgebreide sociale controle, dus geen delict-gevaar. Hierop doorvragend vertelt de patiënt dat niet alleen het doen, maar ook het denken aan en verlangen naar kinderen, plus elke vorm van seksualiteit, erotiek of intimiteit, behalve dan met iemand van de eigen leeftijdsgroep, tijdens de 'behandeling' uitgebannen wordt, taboe is, verboden is. In plaats van dat men mensen helpt om seksualiteit, erotiek en intimiteit een zinvolle en veilige plek in het leven te geven, wil men dit alles uitbannen. Gedrag kan men sturen, denken en voelen niet, kan ook niet verboden worden, ook niet bij wet.

In de verhalen van de mensen die tbs opgelegd kregen horen we steeds weer dat, in elk geval naar hun gevoel, elk spoor van 'het pedofiele verlangen', inclusief fantasieën daarover, volledig (eenzijdig en perfectionistisch) dient te worden uitgewist, taboe verklaard, verboden ... en dus verborgen moet worden en moet blijven voor de behandelaars. Intussen is toch echt wel bekend dat een seksuele

oriëntatie niet te veranderen valt, alleen de manier waarop men daar mee omgaat.

Om die manier bespreekbaar te maken, zal men eerst het bestaan ervan moeten erkennen, op zijn minst als feit of desgewenst als lot. (Pogingen tot) het uitwissen daarvan zullen falen, zullen leiden tot voortdurende controversen tussen patiënt en behandelaars, zullen leiden tot schijnaanpassing en liegen, tot veel te lange behandelingsduur en, naar te verwachten valt, tot een explosie in plaats van inhibitie van dezelfde verlangens na de tbs-tijd. Naar bleek zelfs tot suïcide.

Oplossing?

Het wel maken van het cruciale onderscheid tussen pedofilie (= gevoelens) en pedoseksualiteit (= daden). Het tweede is uw werkerrein, het eerste niet. Het uitwissen van pedofiele gevoelens is niet uw taak, het kan zelfs helemaal niet. Dus: het accepteren van het bestaan van pedofiele gevoelens als feit, en accepteren dat dit feit, dit gevoel, niet te veranderen is; wel hoe men er mee omgaat, maar dit is alleen bespreekbaar als men het gevoel als feit erkent.

Problematische mensvisie

Een principieel punt van bezwaar is, bij mij dan, dat men werkt met een mensvisie die de mens ziet als een zich *gedragend* wezen, wiens *gedrag veroorzaakt* wordt door *factoren*, dus niet gekozen wordt door de *handelende* persoon op grond van redelijke *motieven* en aanvaardbare doelen. Markant genoeg, zien de behandelaars *zichzelf* niet als door factoren gestuurd, maar als rationeel handelende persoon, dus sterk en principieel verschillend van hun cliënten, pardon, patiënten.

Men richt zich op de *factoren*, niet op de *persoon* in ontwikkeling. De risicotaxatie meet de factoren, de behandeling behandelt de factoren, richt zich vrijwel uitsluitend op gedrag en het denken (de overtuigingen, de ‘denkfouten’), niet of te weinig op het innerlijk, het beleven, voelen en willen; binnen het gedrag dan vooral op het afwijkende gedrag c.q. denken, veel te weinig dus op het welzijn, het willen en voelen, de eigen doelen en de innerlijke groei van de persoon.

Toch trad er onlangs juist op dit punt een verandering op.

Oplossing:

Grondige zelfkritische herziening van methodiek en mensvisie plus het ontwikkelen van een andere, meer humane en holistische visie en werkwijze.

Aha! Deze is er al!

Een nieuw behandelingsmodel

Dit model, “Mijn Positief Levensplan”, de vertaling van het *Good Lives Model*, wordt gebruikt in de Van Der Hoevenkliniek te Utrecht voor een kort durende behandeling in groepen van zedendelinquenten. Als deze kliniek, mijns inziens de

best gekwalificeerde kliniek in Nederland, dit gebruikt, is voorspelbaar dat het ook nu al of in de komende jaren door andere klinieken gebruikt zal gaan worden. De woorden “kort durend” geven al aan dat niet voor iedereen een jaren lang durende behandeling nodig is. Het model is niet eenzijdig perfectionistisch, maar holistisch, het werkt met de hele persoon in plaats van alleen Het Delict.

Het uitgangspunt van het model is niet Het Delict en de door anderen vastgestelde risicoanalyse en diagnostiek, maar de door de persoon zelf nagestreefde levensdoelen. Dit is het eerste waar naar gevraagd wordt. Het model noemt tien basisbehoeften die vrijwel elke mens wel heeft. De basisbehoeften ofwel beter-levens-doelen worden vanuit wat de persoon hier zelf over zegt iets geabstraheerd in kernwoorden samengevat en op volgorde gezet, die van de persoon zelf.

Deze volgorde kan dus per persoon verschillen. Immers, de een zal ‘geluk, plezier en genot’ bovenaan zetten, een ander ‘autonomie’ en ‘innerlijke rust’. Als hier onderling strijdige doelen bij zitten, wordt dit besproken en nader bekeken. Zo vereist ‘verbondenheid’ het opgeven van een absolute autonomie. Ook kan een gebrek aan doelen, ofwel een te beperkt levensplan ter sprake komen.

Vervolgens wordt besproken hoe de persoon zijn eigen doelen heeft trachten te bereiken en hoe dit gelopen is. Zo komen de vaardigheden in het dagelijks leven ter sprake, zoals zelfdiscipline, volhouden en plannen, alsook de valkuilen en tekortkomingen. Valt hier iets te verbeteren, te leren? Zo ja hoe?

Ook het delict of de delicten komen ter sprake, er van uitgaande dat men niet weer voor de rechter wil komen, gevangen gezet, en alles meer. Dus ook de risicotaxatie, maar dan niet die op grond van statistisch onderzoek bij honderden personen, maar op grond van de taxatie hiervan door de persoon zelf. Welke basisbehoeften hebben hierin een rol gespeeld? Wat kan dit risico verlagen of uitsluiten? Wat zou daarvoor nodig zijn? Valt er iets te ontwikkelen, te leren, te trainen?

Dit model is al effectief gebleken; dit terwijl het terugval-preventie-model intussen niet effectief is gebleken, namelijk geen vermindering van recidive te zien heeft gegeven. Het bij patiënten beruchte terugval-preventie-model, met het delict als centrale invalshoek, resulteert in een tegenover elkaar staan bij patiënt en therapeut.

In het ‘Beter Leven Model’ werken persoon en therapeut samen aan het realiseren van de door de persoon zelf gekozen doelen en wat daar voor vaardigheden voor ontwikkeld kunnen worden. Doordat men in groepen werkt, kunnen de deelnemers ook elkaar helpen zonder voor elkaar de rol van therapeut aan te nemen.

Lezend over deze methodiek wordt al snel duidelijk dat deze van een geheel andere

mensvisie uitgaat dan de terugval-preventie-methodiek. De mens is hier geen wezen met *gedrag* dat *veroorzaakt* wordt door *factoren*, maar een wezen dat in staat is tot *handelen* op grond van een rijkdom aan eigen doelen en *motieven*. Is deze mens hier nog niet zo goed, of niet meer zo goed toe in staat? Dan wordt de mens toch benaderd als een in potentie handelend wezen.

Komt de regulatie in de kliniek en veelal daarna van de Reclassering in de vorm van toezicht (*'control from without'*), in deze methodiek is *Self-Regulation* (*'control from within'*) een van de kernbegrippen.

Beste lezer,

- wat is uw visie op de mens, het mensbeeld van u zelf?
- wat is uw visie op de mens, het mensbeeld van uw (delinquente) cliënt of patiënt?

Bij twee leuke plaatjes in de kranten staat vaak “Zoek de tien verschillen”.

Bij dit minder leuke plaatje is de vraag: “Zoek de overeenkomsten.”

De zelfhulpgroepen

Zelf was ik blij met de verschenen literatuur over het *Good Lives Model*, omdat dit zo ongeveer de ‘buurman’ is van het in de zelfhulpgroepen gebruikte model, zij het uitvoeriger uitgewerkt en met een andere doelgroep voor ogen. De zelfhulpgroepen werken immers niet als verplichte behandeling van met veroordeelden, maar met hulp aan mensen met pedofiele gevoelens, die deze gevoelens juist niet vorm willen geven in pedoseksuele daden – en hebben ze dit ooit wel gedaan, dan ‘dit nooit meer!’

Ooit waren er in en rond de NVSH achttien van deze groepen. In de loop der tijd zijn deze verdwenen en/of gefuseerd, tot er nog maar één groep over bleef: de groep JON = JORis Oost Nederland, waarbij “JORis” staat voor “Jeugd-Ouderen-Relaties, intimiteit, seksualiteit”. Omdat JON te groot werd, is in 2016 de groep JORis West opgericht.

Op de website < <https://www.jorisoost.nl/index.html> > is op de startpagina, voorts onder de knop “Meer info” en vandaar “Over JON” meer te lezen over de methodiek, de achtergrond ervan, de werkwijze en de jaarverslagen.

Meer lezen?

De kern van de methodiek van de JORis groepen:

- Frans E J Gieles: Het verhaal dat verteld mag worden, 2016, op

< https://www.jorisoost.nl/lees/jon/het_verhaal_dat_verteld_mag_worden.htm
>

en

- Frans E J Gieles: De mens en zijn verhaal. De theoretische en filosofische basis van de narratieve zelfhulp en therapie, 2016, op
< <https://www.jorisoost.nl/lees/jon/achtergrond.htm> >.

Het Good Lives Model

Jan Willem van den Berg, Sabine Noom & Maaïke van den Breemer: Mijn Positief Levensplan – Trainershandleiding en Werkboek. De Forensische Zorgspecialisten, Postbus 174, 3500 AD Utrecht, 2015

Op < www.deforensischespecialisten.nl > gratis down te laden.

Dit is een vertaling van:

Pamela M. Yates, David Presscott & Tony Ward:

- Applying the Good Lives and Self-Regulation Models to Sex Offender Treatment. A Practical Guide for Clinicians, &
- Building a Better Life, A Good Lives and Self-Regulation Workbook. Safer Society Press, Brandon, Vermont, USA, 2010.

Sabine Noom & Jan Willem van den Berg: Het Good Lives Model als start van behandeling van zedendelinquenten; een praktische toepassing. In: Tijdschrift voor Seksuologie, 43-1, mei 2019.

Ook: < https://www.jorisoost.nl/lees/hulpverlening/good_lives_model.html >

Problemen in de tbs praktijk

Léonie Holtes: Ervaring niet vereist. Nagelaten document. Een jonge psycholoog over haar werk in een tbs-kliniek. Podium, 2013.

Risico taxatie

W.J. Smid: Seks Offender Risk Assessment in the Netherlands: Toward a Risk need Responsivity Oriented Approach. Proefschrift, Universiteit van Amsterdam, 2014.

Recidive, taxatie en preventie

Michael C. Seto: Pedophilia and Sexual Offending Against Children. Theory, Assessment, and Intervention. Second Edition, 2018. American Psychological Association, Washington DC, USA.

- Risk Assessment: Chapter 7
- Treatment: Chapter 8
- Prevention: Chapter 9

Partieel weergegeven op

<https://www.ipce.info/library/book/pedophilia-andsexual-offending-against-children> .
 Relapse Prevention werkt niet: in Chapter 8, op
<https://www.ipce.info/library/book/pedophilia-and-sexual-offendingagainst-child-8> ,
 scroll omlaag tot *Relaps Prevention* en verder.

Zie ook: Frans E J Gieles over Seto, op
 < http://www.helping-people.info/mini_colleges/mini-college_16.html >,
 College 16 van < http://www.helping-people.info/mini_colleges/lijs.html >.

De COSA

- Kirkegaard, Hugh & Northey, Wayne, The Sex Offender as Scapegoat, Vigilante Violence and a Faith Community Response; Emory.edu/College.
 < http://www.helping-people.info/articles/scapegoat_frame.htm >
- Kirkegaard, Hugh & Wayne Northey, De zedendelinquent als zondebok; Voorkom geweld - het antwoord van een geloofsgemeenschap; Vertaling van The Sex Offender as Scapegoat; Vigilante Violence and a Faith Community Response; Emory.edu/College.
 < http://www.helping-people.info/articles/zondebok_frame.htm >

Kritiek op de verplichte medicatie

Frans E J Gieles: Lustremmers – Hier is iets raars aan de hand, 2009, op
 < <https://www.jorisoost.nl/lees/hulpverlening/lustremmers.htm> >.

Willem van Veen: De onzin van libido-remmende middelen; NVSH Nieuwsbrief, november 2014, op
 < https://www.jorisoost.nl/lees/hulpverlening/libidoremmende_middelen.htm >

Kritiek op de terugval-preventie-methode

Frans E J Gieles: ‘Maar meneer, u bent een dader’ – Narratieve dwang als vorm van gedragsaanpassing, 2006, op
 < <http://www.helping-people.info/Treatment/sot/dader.htm> >.

Frans E J Gieles: Denken over denkfouten;
 < <https://www.human-being.nl/Bibliotheek/denkfout.htm> >,
 volg de knoppen onderaan de samenvatting.

Een samenvattende bespreking van:

A functional attribution error? Rethinking cognitive distortions; Maruna, Shadd & Mann, Ruth E. - Legal and Criminological Psychology, # 6, 2011, pp 155 – 177 op

http://www.academia.edu/278203/A_Fundamental_Attribution_Error_Rethinking_Cognitive_Distortions
 Quotes from ... :

< <https://www.ipce.info/library/book/quotes-fundamental-attribution-error> >

Drie modellen van hulp

Frans E J Gieles: Hoe help je mensen met pedofiele gevoelens? World Congress of Sexology, Parijs, juni 2001 & Nordic Association of Clinical Sexology, Visby, Zweden, september 2001, in zes talen op
 < http://www.helping-people.info/hoer_help_je.htm >

Meer over Sex Offender Treatment

Treatment Experiences, Overview, op
 < http://www.helping-people.info/treatment_exp.htm >.
Over recidive

Frans E J Gieles: Over recidive gesproken – een meta-analyse besproken, op
 < <https://www.human-being.nl/Bibliotheek/recidive.htm> >, over:

Predicting Relapse: A meta-Analysis of Sexual Offender Recidivism Studies, R. Karl Hanson and Monique T. Bussière, Department of the Solicitor General of Canada. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology, edited by the American Psychological Association, 1998, Vol. 66, No. 2, pp 348-362, op
 < http://www.helping-people.info/articles/hanson_98_frame.htm >.

Zie ook:

- < https://www.ipce.info/ipceweb/Library/overview_recidivism.htm > en
- < <https://www.ipce.info/library/keyword/27> >

Het cruciale onderscheid tussen pedofilie en pedoseksualiteit

Frans E J Gieles: college over pedofilie, 2005, Nijmegen en Tilburg:
 < https://www.human-being.nl/Bibliotheek/coll/college_tekst.htm >, scroll iets omlaag.

Frans E J Gieles: ... een ... belangrijk onderscheid:

< http://www.helping-people.info/mini_colleges/mini_college_01.html >, College 1 van < http://www.helping-people.info/mini_colleges/lijs.html >.

Visie op 'gedrag' en 'handelen'

Frans E J Gieles, Conflict & Contact, Proefschrift, 1992, deels op
 < <https://www.human-being.nl/Bibliotheek/cc/inh.htm> >
 hoofdstuk 2 (klik op "Volgende"):
 < https://www.human-being.nl/Bibliotheek/cc/h2_frm.htm >.

Frans E J Gieles: college over pedofilie, 2005, Nijmegen en Tilburg:
 < https://www.human-being.nl/Bibliotheek/coll/college_tekst.htm >, scroll omlaag tot "6. > Modellen > Modellen in de orthopedagogiek.