

Het Good Lives Model

Een literatuurstudie

Expertisecentrum Forensische Psychiatrie

Dr. E. Pomp

November 2009

Een aangepaste versie van dit literatuuroverzicht is weergegeven in hoofdstuk 4 van het nieuwe Basiszorgprogramma

Inhoudsopgave	Pagina
1. Doel literatuurstudie	3
2. Ontstaansgeschiedenis GLM	3
3. Doelen GLM	4
4. Principes GLM	4
5. GLM behandelplan	5
6. Empirische evidentie	5
6.1 Evidentie voor behandel­effect	5
6.2 Evidentie voor uitgangspunten	6
6.3 Evidentie voor soortgelijke behandelprogramma's	8
7. Conclusie	8
Literatuurlijst	9

1. Doel literatuurstudie

Het Good Lives Model (GLM) is een aantal jaren geleden ontstaan als een alternatieve benadering voor strafrechterlijke interventies die gebaseerd zijn op het *Risk-Needs-Responsivity* (RNR) model (Ward, 2002; Ward & Stewart, 2003; Ward en Gannon, 2006). Het RNR model vormt tot op heden de basis van de meeste rehabilitatie en behandelingsprogramma's voor delinquenten en is vooral gefocust op risicomanagement en terugvalpreventie (Andrews & Bonta, 1998; Gendreau, 1996; uit Ward en Stewart, 2003). Het GLM richt zich vooral op het bevorderen van het welzijn van de delinquent en stelt de sterke eigenschappen en capaciteiten van het individu centraal. De effectiviteit van het RNR model is uitgebreid onderzocht en beschreven in de literatuur. De invloed van toepassing van het GLM op het behandelverloop en recidivecijfers is echter nog onduidelijk. Het doel van deze literatuurstudie is om een duidelijk overzicht te geven van de inhoud en de wetenschappelijke evidentie voor de effectiviteit van het GLM.

2. Ontstaansgeschiedenis GLM

Volgens de auteurs van het GLM bevat het RNR model talrijke knelpunten. De voornaamste kritiek op het RNR model is dat de focus op criminogene factoren binnen dit model wel een *noodzakelijke* maar niet *voldoende* voorwaarde is voor effectieve behandeling (Ward & Gannon, 2006; Ward, Melser & Yates, 2007). Een focus op risicobeheersing is belangrijk, maar verzekert niet dat patiënten gemotiveerd zijn om de behandeling tot het einde vol te houden. Gegeven het feit dat gebrek aan motivatie een belangrijke responsiviteitsfactor is in de behandeling en dat onderzoek duidelijk laat zien dat individuen die de behandeling niet afmaken hogere recidivecijfers hebben dan individuen die de behandeling afmaken (Hanson & Bussiere, 1998) is het belangrijk dat interventies om betere participatie te stimuleren een plaats krijgen in de behandeling.

Onderzoek binnen verscheidene klinische disciplines laat zien dat effectieve therapeutische eigenschappen en gedragingen, zoals medeleven, betrokkenheid en het gebruik van een positieve benadering essentieel zijn voor de behandel-effectiviteit, daar zij voor een groot deel de variaties in uitkomst bepalen (Wilson & Yates, 2009). Verscheidene onderzoekers zijn daarom van mening dat behandeling om maximaal effectief te zijn verder moet gaan dan de RNR benadering en dat de enige focus van het RNR model op risicomanagement, therapeuten niet met voldoende handvatten en patiënten niet van voldoende motivatie voorziet om het behandelproces vol te houden (Mann, Webster, Schofiel & Marshall, 2004).

Verdere kritiek op het RNR model is dat het model patiënten te veel in risicocategorieën en behandelstromingen plaatst zonder genoeg aandacht te schenken aan individuele behoeften en waarden (Ward, Gannon & Yates, 2008). De focus op responsiviteit krijgt daarmee dus te weinig aandacht.

Het GLM is een algemene rehabilitatietheorie, ontwikkeld om toe te passen bij alle typen delinquenten, maar wordt in de praktijk vooral toegepast bij seksuele delinquenten (Whitehead, Ward & Collie, 2007). Volgens aanhangers van het GLM bezit dit model de conceptuele middelen om bepaalde aspecten waar het RNR model geen of weinig aandacht voor heeft, toch een plaats te geven, zoals het vormen van een vertrouwensband tussen de therapeut en de cliënt en het motiveren van individuen om actief mee te werken (Braet, 2008). In het GLM wordt de patiënt geleerd zich op een positieve manier te richten op zijn primaire levensbehoeften. De vraag hoe de patiënt

zijn leven wil leiden, wordt geconcretiseerd naar de verschillende leefgebieden (wonen, werken, relaties, vrijetijdsbesteding). Met de patiënt worden zijn huidige situatie, zijn doelen, de obstakels (verleidingen) en de stapjes waarmee de doelen kunnen worden bereikt doorgenomen.

3. Doelen GLM

Het GLM heeft een dubbele doelstelling inzake dadertherapie. Aan de ene kant ligt de nadruk op het bevorderen van welzijn van de delinquent en aan de andere kant op de vermindering en beheersing van het risico op recidive. Het GLM stelt daartoe de sterke eigenschappen en capaciteiten van het individu centraal en behoort daarmee in twee opzichten tot de categorie van de *strength based* behandelingsmethoden (Whitehead, Ward & Collie, 2007):

1. Het neemt de persoonlijke waarden en voorkeuren van de patiënt serieus. Het maakt gebruik van de primaire levensbehoeften¹ (*primary goods*; zie volgende paragraaf) om individuen te motiveren een beter leven te leiden.
2. De therapeuten proberen de delinquenten de capaciteiten (interne condities) en omgeving (externe condities) te bieden om behandeling te kunnen implementeren die gebaseerd zijn op deze *primary goods*.

Volgens Ward en collega's leidt een focus op het bevorderen van welzijn in de behandeling automatisch tot een reductie van veel voorkomende dynamische risicofactoren. Daarentegen leidt behandeling die slechts gericht is op risicoreductie (RNR model) niet tot een bevordering van alle specifieke levensbehoeften en levensdoelen die nodig zijn om op de lange termijn vrij van recidive te blijven (Yates & Ward, 2008; Beech, Craig & Browne, 2009).

4. Principes GLM

Binnen het GLM worden individuen beschouwd als actieve doelgerichte wezens, die fundamentele *primary goods* willen verwerven (Wilson & Yates, 2009; Ward & Marshall, 2004, Ward & Brown, 2004). *Primary goods* zijn activiteiten, ervaringen of situaties die gezocht worden uit eigen belang en die het welzijn van het individu bevorderen. Onderzoek binnen verschillende wetenschappelijke disciplines heeft aangetoond dat er tenminste tien *primary goods* bestaan (Ward & Gannon, 2006):

- (1) leven, (2) kennis, (3) voortreffelijkheid in spel en werk, (4) zelfstandigheid, (5) innerlijke vrede, (6) vriendschap, (7) gemeenschap, (8) spiritualiteit, (9) geluk en (10) creativiteit.

De etiologische basisveronderstelling van het GLM houdt in dat delinquenten ofwel direct op zoek zijn naar *primary goods* door crimineel gedrag ofwel een misdrijf begaan omwille van de indirecte gevolgen van het nastreven van die *primary goods* (Whitehead, Ward & Collie, 2007; Braet, 2008). Het nastreven van doelen kan hierbij zowel op een toenaderende (*approach*) als een vermijdende (*avoidance*) manier gebeuren. In het GLM wordt vooral de nadruk gelegd op de toenaderende wijze, waarbij positieve doelen

¹ In de Engelstalige literatuur wordt hier de term *primary goods* voor gebruikt

worden nagestreefd. Uit onderzoek komt naar voren dat personen met een positieve benadering psychologisch gezonder zijn dan personen met een ontwijkende houding (Emmons, 1996; Marshall e.a., 2005).

Of *primary goods* al dan niet bereikt kunnen worden op een manier die ook het welzijn van de individu bevordert, hangt af van het bestaan van interne en externe voorwaarden. In deze context is de detectie van criminogene behoeften of dynamische risicofactoren heel belangrijk, daar zij geassocieerd worden met een vervorming van deze voorwaarden. Zij worden gezien als interne of externe obstakels die de verwerving van *primary goods* verhinderen. In het GLM worden die verschillende criminogene behoeften gezien als een weerspiegeling van de problemen die individuen dwarsbomen in het op aanvaardbare wijze verwerven van hun *primary goods* (Braet, 2008).

5. GLM behandelplan

Ward heeft zes fasen onderscheiden om tot een behandelplan volgens de principes van het GLM te komen (Ward, Mann & Gannon, 2007; Braet, 2008). Deze fasen zijn in het kort:

1. Het detecteren van criminogene behoeften of dynamische risicofactoren
2. Het identificeren van de *primary goods* die men zou verwerven via delinquent gedrag
3. De identificatie van de sterke kanten, ervaringen en expertise van de delinquent. Deze worden de primaire focus van het behandelplan. Op deze manier krijgt men zicht op de beschikbare *secondary goods*² die het individu heeft om zijn doel(en) te bereiken.
4. De specificatie van de wijze waarop de geïdentificeerde *primary* en *secondary goods* vertaald kunnen worden naar gedrags- en levensstijlen.
5. Het onderzoeken van de context en de omgeving waar het individu na het einde van de behandeling in terecht zal komen.
6. Het opstellen van een *good lives treatment plan* met behulp van de in de vorige fasen verkregen informatie.

Het detecteren van de criminogene behoeften of dynamische risicofactoren vormt dus een eerste stap in het rehabilitatieproces. De volgende stap vereist de opbouw van een plan dat het individu moet klaarstomen om zijn *primary goods* op een niet-criminele wijze na te streven. Hierbij wordt aandacht besteed aan de motivatie van de delinquent. Als de delinquent merkt dat de behandeling hem iets bijbrengt, zal dit de motivatie om aan de behandeling te participeren ten goede komen (Braet, 2008).

6. Empirische evidentie

6.1 Evidentie voor behandel-effect

Het directe effect op recidive van de toepassing van de principes volgens het GLM is nog niet uitvoerig onderzocht (dit in tegenstelling tot het RNR model). Een aantal voorlopige studies lijkt echter wel aan te tonen dat een behandeling volgens het GLM gunstige

² Hulpmiddelen die gebruikt worden op *primary goods* te verwerven

effecten op het behandelverloop heeft. Een onderzoek van Mann e.a. (2004) laat zien dat individuen die een interventie met GLM componenten ondergingen meer betrokkenheid toonden bij hun behandeling dan individuen die een *relapse prevention* (RP)³ behandeling ondergingen. In een studie van Simons e.a. (2006) werden seksuele delinquenten behandeld met RP of de combinatie van RP met GLM. Het resultaat was dat de patiënten die ook volgens het GLM behandeld werden verbeterde coping vaardigheden lieten zien, een verbeterd probleemoplossend vermogen hadden, meer gemotiveerd waren en langer trouw bleven aan de behandeling (Laws & O'Donohue, 2008). Een recente studie van Simons e.a. (2008) laat zien dat de GLM focus op behandeling leidt tot meer toewijding aan en een betere voltooiing van de behandeling, significant minder attritie⁴, meer motivatie en meer vooruitgang in bijvoorbeeld coping vaardigheden in vergelijking met de standaard RP behandeling (Simons, McCullar & Tyler, 2008; uit Wilson & Yates, 2009).

Lindsay e.a. (2006) toonden aan dat de principes van het GLM in combinatie met de geaccepteerde RP strategieën de therapeut ook in staat stellen vooruitgang te boeken met moeilijke patiënten. Daarnaast wordt in deze studie aangetoond dat behandeling volgens het GLM het makkelijker maakt om delinquenten te motiveren en ze mee te laten werken aan hun eigen gedragsverandering (Marshall, Ward, Mann, e.a., 2005; Ward, Mann & Gannon, 2006). Een casestudie van Whitehead e.a. (2009) beschrijft een patiënt die met behandeling volgens het GLM wel vooruitgang liet zien, maar daarvoor met de traditionele op risicomangement gerichte behandeling weinig motivatie en vooruitgang had. Dat therapietrouw en motivatie erg belangrijk zijn, bij het voorkomen van recidive is algemeen bekend. Onderzoek laat duidelijk zien dat individuen die de behandeling niet afmaken vaker recidiveren dan individuen die behandeling wel afmaken (Hanson & Bussiere, 1998).

Weinig studies hebben gekeken naar de perceptie van delinquenten zelf van het behandelprogramma. Uit een studie van Levenson e.a. (2009) komt naar voren dat delinquenten het volgen van groepstherapie en behandeling gericht op verantwoordelijkheidsgevoel, slachtofferempathie, terugvalpreventie en *good lives* concepten het meest behulpzaam vinden bij het reguleren van hun gedrag.

6.2 Evidentie voor uitgangspunten GLM

Er zijn aardig wat onderzoeksresultaten voorhanden die de uitgangspunten waar het GLM op gebaseerd is, ondersteunen.

De veronderstelling dat *primary goods* essentiële ingrediënten zijn voor een goed leven en leiden tot een verhoogd welzijn, wordt door onderzoek gestaafd. Resultaten hebben aangetoond dat er een positieve relatie bestaat tussen het welzijn van een individu en zijn streven naar de verwezenlijking van bepaalde doelen. Zo bestaat er veel bewijs vanuit verschillende disciplines dat individuen *primary goods* nastreven en dat het bereiken hiervan geassocieerd is met een groter geluksgevoel en de afwezigheid van *primary goods* met psychologische problemen (Ward & Stewart, 2003; Ryan & Deci, 2000). Het werk van Purvis (2005) onder pedoseksuelen steunt het uitgangspunt van het GLM dat delinquenten een variëteit aan uitkomsten zoeken wanneer ze een kind misbruiken. In dit onderzoek wordt aangetoond dat pedoseksuelen indirect of direct de

³ Terugvalpreventie=Focus op het uitbannen van negatief gedrag om zodoende recidive te voorkomen (hier ligt de nadruk van het RNR model op).

⁴ Berouw uit vrees voor straf

gehele range van *primary goods* zoeken door middel van het misbruik van kinderen (uit Ward, Mann & Gannon, 2007; Marshall e.a., 2005).

De definitie van *primary goods* kan echter ook problematisch zijn, omdat het twee verschillende interpretaties kent (Ward, Polaschek en Beech (2006) uit Braet, 2008). Het kan enerzijds gaan om het vervullen van behoeften in het licht van eigenbelang en kunnen bijgevolg ook schadelijk zijn voor de persoon in kwestie. De andere interpretatie ziet het vervullen van deze behoeften als gunstig voor de persoon wat vervolgens zijn algemeen welzijn kan verhogen. De belangrijke vraag hoe dit welzijn gekoppeld is aan recidive en veiligheid blijft in de literatuur over het GLM echter ook onbeantwoord. Er is daarnaast gering empirisch bewijs die het verband tussen crimineel gedrag en het bevredigen van primaire behoeften bevestigt.

Andrews en Bonta stellen dat tijdens de behandeling de prioriteit gegeven moet worden aan criminogene factoren om hun bewezen positieve effect op het recidive risico (Andrews & Bonta, 1998). Er is echter steeds meer literatuur die laat zien dat naast criminogene factoren ook non-criminogene factoren een belangrijke rol hebben in de uitkomst van behandeling (Ward & Stewart, 2003). Dit zijn studies waarin wordt aangetoond dat het vergroten van zelfvertrouwen positief werkt en het samenwerken met delinquenten naar een gezamenlijk doel voor meer therapietrouw zorgt.

Een studie van Marshall (1997) toont aan dat wanneer de behandeling van seksuele delinquenten gericht is op het verkrijgen van bepaalde vaardigheden, een goede houding en zelfvertrouwen (eigenschappen die nodig zijn om in een prosociale manier met hun seksuele behoefte om te gaan) de deviante seksuele respons op phallometrische testen normaliseerde (uit: Ward, Vess, Collie & Gannon, 2006). Wanneer een delinquent bijvoorbeeld in staat is om een gevoel van controle te krijgen door leiderschap te aanvaarden op het werk of op andere gebieden, zal hij minder geneigd zijn om het gevoel van controle door seksuele delicten op te zoeken (McMurran & Ward, 2004 uit Ward e.a., 2006). In 2003 concluderen Marshall e.a. dat het vergroten van zelfvertrouwen bij de seksuele delinquent, het gezamenlijk werken aan de ontwikkeling van behandeldoelen en het tonen van empathie, het geven van bemoedigingen en beloningen bij vooruitgang het proces van verandering faciliteren (uit: Ward & Brown, 2004) Onderzoek binnen verscheidene klinische disciplines laat daarnaast zien dat effectieve therapeutische eigenschappen en gedragingen, zoals medeleven, betrokkenheid en het gebruik van een positieve benadering essentieel zijn voor de behandel-effectiviteit, daar zij voor een groot deel de variaties in behandeluitkomst bepalen (Wilson & Yates, 2009). Het feit dat therapeuten volgens het GLM rekening moeten houden met omgevingskenmerken, individuele voorkeuren en interne en externe voorwaarden kan er echter ook voor zorgen dat de therapeuten hun focus verliezen en hun netwerk te groot afbakenen (Ward & Maruna (2007) uit Braet, 2008).

Vanuit de positieve psychologie is bekend dat individuen beter meewerken wanneer ze gemotiveerd worden door toenaderingsdoelen (Mann, Webster, Schofield & Marshall, 2004). Mann e.a. (2004) toonden aan dat wanneer vermijdingsdoelen werden vervangen door toenaderingsdoelen dit klinisch effectief was en tevens zorgde voor een positieve therapeutische omgeving.

Daarnaast blijkt uit onderzoek dat toenaderingsdoelen makkelijker te bereiken zijn dan vermijdingsdoelen en individuen die hun leven vooral richten op toenaderingsdoelen psychologisch gezonder zijn dan personen die zich richten op vermijdingsdoelen

(Emmons, 1996; uit Marshall e.a., 2005). Een onderzoek onder alcoholmisbruikers heeft aangetoond dat alcohol misbruikers die mee deden aan een op toenaderingsdoelen gericht programma minder kans hadden om terug te vallen dan individuen die aan vermijdingsdoelen werkten (Cox, Klinger & Blount (1991) uit Yates & Ward, 2008).

6.3 Evidentie voor soortgelijke behandelprogramma's

Er is ook onderzoek voorhanden naar de werkzaamheid van behandelmethoden die raakvlakken hebben met het GLM. Een voorbeeld van een succesvolle *strength-based* behandeltherapie waarbij toenaderingsdoelen gebruikt worden en waarbij het model erg geïndividualiseerd is, is Multi Systeem Therapie (MTS). MTS is als een van de weinige behandelmethoden effectief gebleken bij jonge delinquenten, onder wie seksuele delinquenten (Ward, Vess e.a., 2006). Borduin e.a. (1995) vond in een studie naar MST dat het stimuleren van positieve levensbehoeften geassocieerd was met een reductie in risicofactoren. Verder bleek de duale focus van MTS op positieve doelen en risicomanagement een groot effect te hebben op de recidivecijfers. Vier jaar na beëindiging van de behandeling was 26% van de MTS-ers opnieuw gearresteerd, tegenover 71% van de patiënten die de standaard behandeling hadden gekregen. Een andere ongepubliceerde klinische trial van agressieve en niet-agressieve jeugdige seksuele delinquenten naar de werking van MTS laat ook zien dat het stimuleren van positieve levensbehoeften geassocieerd is met een reductie in risicofactoren. Na 8 jaar follow-up werd slechts 12,5 % van de MTS-ers gearresteerd tegenover 42% van de patiënten die op de gebruikelijke wijze werden behandeld.

7. Conclusie

Het RNR model en het GLM zijn beide zorgvuldig ontwikkelde interventiemethoden. Daar waar het RNR model zich voornamelijk richt op het voorkomen van risicogedrag, vraagt het GLM meer aandacht voor positieve factoren. Het versterken van positieve factoren draagt bij aan het voorkomen van terugval in risicogedrag.

Het RNR model wordt vooral gewaardeerd om zijn empirische bewijsmateriaal en klinische bruikbaarheid terwijl de aanhangers van het GLM van mening zijn dat hun model een brede verklarende reikwijdte heeft. Het mag duidelijk zijn dat het GLM steunt op enkele rationeel geformuleerde stellingen en dat er veel bewijs aanwezig is, waaruit een positief effect van het GLM op het behandelverloop blijkt. Feit blijft dat er nog vrijwel geen empirisch bewijsmateriaal voorhanden is, waaruit een positief effect van het GLM op recidivecijfers naar voren komt. Het is dan ook aan te bevelen dat toekomstig onderzoek zich ook richt op het effect van toepassing van het GLM op recidivecijfers.

Tot slot kan gesteld worden dat het RNR model en het GLM elkaar lijken aan te vullen: het RNR model is het sterkst daar waar het GLM hiaten vertoont en omgekeerd. Een constructieve samenwerking tussen de twee modellen lijkt daarmee van belang bij de behandeling van forensisch psychiatrische patiënten (Braet, 2008).

Literatuurlijst

Beech, Craig & Browne (2009). Assessment and treatment of sex offenders. A handbook. John Wiley and Sons, Ltd.

Braet, G. (2008). Het Risk-Need-Responsivity Model versus het Good Lives Model bij de rehabilitatie van seksuele delinquenten. Een vergelijking tussen Belgische en Canadese behandelingseenheden. Eindverhandeling Master in de Criminologische Wetenschappen.

Laws, D.R. & O'Donohue (2008). Sexual Deviance: Theory, assessment and treatment (2nd edition). Guilford publications.

Levenson, J.S., Macgowan, M.J., Morin, J.W. & Cotter, L.P. (2009). Perceptions of Sex Offenders About Treatment. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 21, 35-56

Mann, R.E., Webster, S.D., Schofield, C. & Marshall, W.L. (2004) Approach versus avoidance goals in relapse prevention with sexual offenders. *Sex Abuse* 2004, 16, 65-75.

Marshall, W.L., Ward, T., Mann, R.E., Moulden, H, Fernandez, Y.M., Serran, G. & Marshall, L.E. (2005). Working Positively With Sexual Offenders: Maximizing the Effectiveness of Treatment. *J Interpers Violence*, 20, 1096-1114.

Ryan, R.M. & Deci, E.L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68-78

Ward, T., Gannon, T & Yates, P.M. (2008). The Treatment of Offenders: Current Practice and New Developments with an Emphasis on Sex Offenders. *International Review of Victimology*, 15, 183-208

Ward, T., Melsner, J., & Yates, P.M. (2007). Reconstructing the Risk Need Responsivity Model: A theoretical elaboration and evaluation. *Aggression and Violent Behavior*, 12, 208-228.

Ward, T., Mann, R.E. & Gannon, T.A. (2007). The good lives model of offender rehabilitation: Clinical implications. *Aggression and Violent Behavior: A Review Journal*, 12, 87-107.

Ward, T. & Gannon, T. (2006). Rehabilitation, etiology, and self-regulation: The Good Lives Model of sexual offender treatment. *Aggression and Violent Behavior*, 11, 77-94.

Ward, T, Vess, J., Collie, R.M. & Gannon, T.A. (2006). Risk Management or Goods Promotion: The Relationship between Approach and Avoidance Goals in Treatment for Sex Offenders, *Aggression and Violent Behavior*, 378.

Ward, T. & Marshall, W.L. (2004). Good lives, etiology and the rehabilitation of sex offenders: A bridging theory. *Journal of Sexual Aggression*, 10, 153-169

Ward, T. & Brown, M. (2004). The good lives model and conceptual issues in offender rehabilitation. *Psychology, Crime & Law*, 10, 243-257.

Ward, T., & Stewart, C. A. (2003). The treatment of sexual offenders: Risk management and good lives. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34, 353–360.

Ward, T. & Stewart, C. (2003). Criminogenic needs and human needs: A Theoretical model. *Psychology, Crime & Law*, 2003, 9, 125–143

Ward, T. (2002). Good lives and the rehabilitation of offenders: Promises and problems. *Aggression and Violent Behavior*, 7, 513–528.

Whitehead, P.R., Ward, T. & Collie, R.M. (2007) Time for a Change: Applying the Good Lives Model of Rehabilitation to a High-Risk Violent Offender. *Int J Offender Ther Comp Criminol*, 51, 578 – 598

Wilson, R.J. & Yates, P.M. (2009). Effective interventions and the Good Lives Model: Maximizing treatment gains for sexual offenders. *Aggression and Violent Behavior*, 14, 157-161

Yates, P.M. & Ward, T. (2008). Good lives, self-regulation, and risk management: An integrated model of sexual offender assessment and treatment. *Sexual Abuse in Australia and New Zealand: An Interdisciplinary Journal*, 1, 3–20.