



[www.DirectieveTherapie.nl](http://www.DirectieveTherapie.nl)

## Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij  
**de Stichting Cognitie en Psychose.**

Voor alle vragen:  
[info@gedachtenuitpluizen.nl](mailto:info@gedachtenuitpluizen.nl)

# Ervaringen met het opstellen van het delictscenario bij seksueel-agressieve delinquenten

Daan van Beek en Jules Mulder\*

---

## Samenvatting

*In dit artikel worden ervaringen beschreven bij het opstellen van het zogenoemde delictscenario met seksuele delinquenten in een forensisch psychiatrische kliniek. Extra aandacht krijgt de invloed en het gebruik van de behandelcontext en het hanteren van ontkenning door de delinquent. Een en ander wordt geïllustreerd aan de hand van twee gevalsbeschrijvingen.*

In dit tijdschrift hebben wij eerder gepubliceerd over de procedure en functies van het delictscenario bij de behandeling van seksueel agressieve delinquenten (Van Beek & Mulder, 1991). In dit artikel beschrijven wij onze ervaringen met het gebruik van het scenario in de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek. Na een korte schets van de behandelcontext (kliniek, behandelingsfilosofie, patiënten) bespreken wij de ontwikkeling van het delictscenario. In de derde paragraaf staan wij stil bij vormen van ontkenning bij de patiënten. Wij illustreren onze werkwijze met twee gevalsbeschrijvingen.

## De context

In de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek, een forensisch psychiatrisch ziekenhuis, worden voornamelijk ter beschikking gestelde (tbs)-patiënten behandeld. Allen hebben ernstige delicten gepleegd waarvoor zij niet of niet geheel toerekeningsvatbaar zijn verklaard. Het verblijf is onvrijwillig. Er zijn ongeveer 75 patiënten opgenomen, mannen en vrouwen, de meesten tussen twintig en veertig jaar oud. De verblijfsduur is gemiddeld vijf jaar. De behandeling is gebaseerd op drie pijlers. De eerste vormt *het activiteitenprogramma*: de patiënten nemen deel aan een breed scala van vormingsactiviteiten (bijv. arbeidstraining) om achterstanden op intellectueel, fysiek en sociaal gebied in te halen. *De familie* is de tweede pijler. Er wordt getracht de meestal sterk verstoorde relatie tussen de patiënt en zijn omgeving te herstellen of te verbeteren. Er wordt ook geprobeerd zodanig met de familie samen te werken dat de gemotiveerdheid van de patiënt voor zijn behandeling toeneemt. De derde pijler van de behandeling is de zogenoemde *leefgroep*. De patiënten leven in groepen van gemiddeld tien personen. De gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de dagelijkse

---

\* D. J. VAN BEEK (1949) is als klinisch psycholoog en psychotherapeut werkzaam in de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek te Utrecht. Hij is supervisor van de Vereniging van Gedrags-therapie, gewoon lid van de Vereniging voor Klinische Psychotherapie en aspirant-lid van de Nederlandse Vereniging voor Gezins- en Echtpaartherapie. Hij publiceerde o.a. over een token economy-programma in een residentiële setting en over gedragstherapie en verkrachting.

J.R. MULDER (1950) is als sociaal psycholoog en psychotherapeut werkzaam in de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek te Utrecht. Hij is lid van de Nederlandse Vereniging voor Groepspsychotherapie en de Vereniging voor klinische psychotherapeuten en aspirant-lid van de Vereniging van Gedrags-therapie. Hij publiceerde over de omgang met seksualiteit en intimiteit in de inrichting.

gang van zaken, de omgang met elkaar en de omgang met de begeleiders is erg belangrijk. De patiënten worden krachtig gestimuleerd om positieve kwaliteiten verder te ontwikkelen. Riskant gedrag wordt ontmoedigd, onder meer door krachtige geruststelling. Hierbij worden eerder te hoge dan te lage eisen aan de patiënt gesteld.

De patiënten hebben meestal een uiterst droevige levensgeschiedenis. Zij zijn slachtoffer van duurzame verwaarlozing, mishandeling en seksueel misbruik. Discontinuïteit of afwezigheid van betrouwbare ouderfiguren komt dikwijls voor. Velen vertoonden al op jonge leeftijd flinke gedragsstoornissen, en kregen te maken met justitie, uithuisplaatsingen, min of meer gedwongen hulpverlening. Opleidingen worden zelden afgemaakt; in hun baan houden zij het maar kort vol. De verstandhouding met mensen in de omgeving wordt gekenmerkt door conflicten. Het lukt de patiënten dikwijls niet om relaties aan te gaan of vast te houden. Zij hebben geleerd gebruik te maken van overlevingsstrategieën als passiviteit, het ontkennen van moeilijkheden of het wijten van moeilijkheden aan anderen. Verslaving en agressief en crimineel gedrag komt vaak op jonge leeftijd al voor. Seksuele delicten lijken voort te komen uit innerlijke chaos; zij fungeren mogelijk ook als 'uitlaatklep' voor niet te verdragen innerlijke moeilijkheden. De meeste patiënten voldoen aan de criteria van DSM-III-R voor een antisociale persoonlijkheidsstoornis.

## Het delictscenario

Het delictscenario wordt gedefinieerd als de beschrijving van de keten van cognitieve, emotionele, gedragsmatige en situationele factoren die zes uur voorafgaand aan, tijdens en na een seksueel delict van belang geweest zijn. Het opstellen van het scenario omvat een aantal fasen. In de zogeheten educatieve fase motiveert de therapeut de dader voor het opstellen van zo'n delictscenario; hierbij wordt precies verteld hoe een scenario eruit ziet. Dan volgt een 'oefenfase', waarin de patiënt, intensief begeleid door zijn therapeut, de delict-keten doorneemt vanaf het zesde uur voor het laatstgepleegde delict. Tevens oefent de patiënt zich in het op deze manier nadenken over het delict. De derde fase bestaat uit confrontatie, waarin het nemen van verantwoordelijkheid voor eigen gedrag, gedachten en gevoelens in toenemende mate voorop staat en geprobeerd wordt de laatste vormen van ontkenning te doorbreken. In de behandel fase moedigt de therapeut de patiënt ten slotte aan consequenties van het opgestelde delictscenario te vertalen in concrete behandel doelen, die in verschillende vormen van therapie worden uitgewerkt (Van Beek & Mulder, 1991).

Het delictscenario sluit aan bij de werkwijze van de leefgroep in de kliniek: via het herkennen van 'signalen' bij zichzelf en anderen leren patiënten eigen en andermans gevaarlijk gedrag onderkennen en gedragsalternatieven te ontwikkelen. Ook nadruk op het dragen van verantwoordelijkheid is in het delictscenario terug te vinden.

De laatste vijf jaar werd met ongeveer dertig patiënten een delictscenario opgesteld. Zij waren voornamelijk plegers van seksuele delicten, uiteenlopend van aanranding en verkrachting bij volwassen vrouwen tot pedoseksuele delicten. Bij een derde van de patiënten lukte het opstellen van het scenario helemaal niet, bij een derde gedeeltelijk en bij een derde grotendeels. Sinds het delictscenario als behandelingsmiddel een duidelijke plaats heeft gekregen is het aantal deelnemende patiënten toegenomen. Aanvankelijk stelden wij de patiënt zelf voor om eraan te beginnen. Langzamerhand

gingen ook begeleiders hen stimuleren; ook stimuleerden patiënten elkaar. Patiënten verbinden er zelfs een zekere status aan: 'Het is iets dat je niet zomaar even kunt doen'. Sommigen vragen 'of ze er al aan toe zijn', wat aangeeft dat zij het met vooruitgang in hun behandeling verbinden. Anderen zijn er zo bang voor dat ze zich niet op de therapie-afdeling laten zien of al in de eerste fase afhaken. Een aantal wordt erdoor gestimuleerd in hun verdere behandeling, weer anderen misbruiken het delictscenario door hun groepsbegeleiders te pas en te onpas te wijzen op de diepgaande gesprekken met hun therapeut en hen aldus op een afstand te houden. Regelmatig stafoverleg is dus nodig, ook al omdat patiënten en stafleden het delictscenario gemakkelijk als een 'wondermiddel' zien: patiënten zeggen erdoor 'genezen' te zijn, en spannen zich verder niet meer in. Stafleden gebruiken het om niet meer over de delicten en seksualiteit te hoeven spreken, of om gevoelens van machteloosheid tegenover de patiënten weg te werken: er wordt nu immers iets aan het probleem gedaan. Maar de grootste moeilijkheid in het opstellen van het delictscenario is en blijft de ontkenning.

## Ontkenning

Bij het introduceren van het delictscenario wordt de therapeut direct geconfronteerd met een aantal manoeuvres waarmee de patiënt ontkent. Ontkenning betekent in dit verband: het niet kunnen/willen/durven onder ogen zien van en/of verantwoording nemen voor gedrag, gevoelens en gedachten die samenhangen met seksueel strafbaar gedrag. De mate van ontkenning geeft een duidelijke aanwijzing van de gemotiveerdheid van de patiënt om zijn onaanvaardbare gedrag op te geven en van het recidive-gevaar.

### *Funcities van ontkenning*

De meest voor de hand liggende reden om seksueel strafbaar gedrag te ontkennen is dat men hoopt consequenties zoals straf of afwijzing, vernedering of schaamte te ontlopen. Altford (1987) benadrukt dat bij daders van pedoseksuele delicten het controle hebben over relaties een belangrijk thema is, ook in andere dan de delictsituaties. Bekennen is een vorm van controleverlies. Een belangrijke intrapsychische functie van ontkenning is dat het het mogelijk maakt er ondanks het delictgedrag toch een positief zelfbeeld op na te houden. Ten slotte kan ontkennen samenhangen met angst voor verandering. Het onder ogen zien van kwalijk gedrag betekent er verantwoording voor gaan nemen en er consequenties aan verbinden.

### *Versijningsvormen*

Ontkennen of bekennen is geen kwestie van alles-of-niets (Bullens, 1989; Salter, 1988; French, 1989). In de ideaaltypische betekenis (Salter, 1988; Bullens, 1989) wordt het volledig ontbreken van ontkenning gekenmerkt door:

- a volledig bekennen van delicten;
- b het volledig nemen van verantwoordelijkheid voor delictgedrag;
- c het ervaren van schuld en schaamte over dit gedrag;
- d het erkennen van de moeite die het kost om dit gedrag te veranderen.

Iedere afwijking van dit ideaaltype betekent dat er in zekere mate ontkend wordt. Bullens (1989) onderscheidt een vijftal vormen:

*Bagatelliseren* is een minimale vorm van ontkenning. De dader verkleint de omvang van de feiten of van de gevolgen van die feiten voor het slachtoffer. Een veelgehoorde uitspraak bij onze groep patiënten is dat 'zij (het slachtoffer) allang vergeten is wat er gebeurd is, terwijl ik hier nog vast zit'.

Bij het *rationaliseren* zien de patiënten de feiten wel onder ogen maar externaliseren of ontkennen zij hun verantwoordelijkheid. Voorbeelden: de geruggesteunde ontkenning ('De bijbel geeft de man zeggenschap over de vrouw'), de geïdealiseerde ontkenning ('Het is het best voor een dochter om door de vader in de seksualiteit ingewijd te worden'), de interpretatieve ontkenning, waarbij dader en slachtoffer het gebeuren anders interpreteren ('Als ze nee zegt...' ja wat dan? en de zogenaamde tijdgeest-ontkenning ('Moet kunnen'). Maar ook het afschuiven van de schuld op drank, kwade echtgenote en de nu eenmaal altijd aanwezige mannelijke driften kunnen onder dit kopje gerangschikt worden.

Ook het *niet beseffen* kan als een vorm van ontkennen worden gezien. De dader overziet de reikwijdte van zijn daden niet. Dit zien wij nogal eens bij jonge zwakbegaafde plegers. Zij realiseren zich niet met hun gedrag anderen schade te berokkenen.

*Dissociatie* of het 'vergeten' van de daden is een ernstige vorm van ontkenning. De patiënt beging zijn delict in een gestoorde bewustzijnstoestand en heeft er geen herinnering aan. Hij ervaart het delict als iets wat hij niet gedaan kan hebben. Lichtere vormen hiervan zijn de ontkenning van het fantaseren over en de planning van de daad. Het ging impusief, het overkwam de man als het ware.

Ten slotte volgt de *volledige ontkenning* van de feitelijke fysieke omstandigheden en/of de psychologische mechanismen: 'Ik kan het niet gedaan hebben, want ik ben niet zo iemand; ik kan zo veel meisjes krijgen als ik wil.' Volgens Salter (1989) kan de familie hierin een bevestigende rol spelen.

French (1989) gebruikt het begrip *distortie* om een onbewuste vorm van ontkenning aan te geven. Het is een afweermecanisme waarbij de patiënt de werkelijkheid vervormt om die te laten passen bij zijn innerlijke behoeften. Manieren om deze ontkenning in stand te houden zijn het praten over irrelevante zaken en het ataqueren van de therapeut ('Je zit te geilen op mijn delicten'); natuurlijk kan de pleger zich ook terugtrekken door bijvoorbeeld te zwijgen.

### ***Het therapeutisch hanteren van ontkenning***

Hulpverleners van seksueel agressieve delinquenten gaan verschillend om met ontkenning. Er zijn 'die hards', die menen dat uitsluitend door voortdurende confrontatie de ontkenning kan worden doorbroken. Zij werken bij voorkeur met een groep patiënten met een zelfde delictachtergrond, maar in een verschillende fase van de behandeling. De voordelen van bakennen en de nadelen van ontkennen worden door hen breed uitgemeten (Annis, 1982; Knopp, 1984). Aan het andere uiterste staan de 'softies'. Zij willen allereerst een veilig klimaat bieden. Mettertijd, zo verwachten

zij, zal de delinquent zelf gaan inzien dat erkennen van zijn daden beter voor hem is. Zij werken bij voorkeur met een groep, maar doen ook individuele therapie (Abel, 1976, Altford, 1987). Hebben de 'softies' te veel vertrouwen in de eigen mogelijkheden tot verandering van de delinquent, de 'die hards' hebben dit te weinig.

In de behandeling van adolescente plegers neemt Groth (1981, 1983) een tussenpositie in. Naast het gebruiken van macht en confrontatie zijn het 'er zijn' en het geven van concrete hulp belangrijke ingrediënten van de behandeling. Deze ingrediënten helpen de pleger zijn ontkenning te laten varen. Ons delictscenario is een vorm van successieve approximatie: in de eerste fasen confronteren we de patiënt amper met ontkenningen, maar naarmate het vertrouwen groeit en de therapeutische relatie sterker wordt confronteren we ook sterker. Ons uitgangspunt is dat de feiten gepleegd zijn, maar we eisen geen bekentenis en veroordelen de dader niet. Wel maakt een zo volledig mogelijke erkenning de kans op succes groter. Een pasklare oplossing zien wij niet. Soms werkt het een, soms het ander. En soms werkt helemaal niets.

Ontkenning speelt altijd een rol bij het opstellen van delictscenario's. Hardnekkige ontkenners vallen al in de eerste fase af. Dit is geen reden om niet aan het opstellen van een delictscenario te beginnen, want vaak wordt de drempel voor meer 'zelfonthulling' verlaagd. Het erkennen van fantasieën over seksuele delicten is voor de meeste daders pas in een latere fase mogelijk en het nemen van de volle verantwoordelijkheid pas tegen het eind van de behandeling. Aan de hand van de twee gevalsbeschrijvingen zullen wij illustreren hoe de hierboven beschreven aspecten elkaar beïnvloeden tijdens het opstellen van het delictscenario, en welke gevolgen dit heeft voor het behandelresultaat.

## Casuïstiek

In de eerste casus beschrijven wij een vrij succesvol verlopen opstelling van een delictscenario. In de tweede casus verloopt het proces uiterst moeizaam. Therapeut en behandelteam moeten dan alle zeilen bijzetten om de patiënt tot enig realiteitsbesef te brengen.

### *Gevalsbeschrijving 1*

*Ewout is de vijfde uit een gezin met tien kinderen. Zijn vader dronk veel en was gewelddadig tegenover zijn vrouw en kinderen. Ewout volgde BLO-onderwijs en had daarna een reeks losse baantjes, waaruit hij steeds na enige tijd ontslagen werd. Toen hij twintig was ontmoette hij zijn toekomstige vrouw. Het echtpaar kreeg vier kinderen. Het huwelijk was een lijdensweg. Ze hadden veel ruzie en de kinderen werden verwaarloosd. Ewout dronk veel, maakte ruzie en bezocht prostituées. Seks was voor hem een tamelijk mechanische handeling, te vergelijken met eten of drinken. In dronken buien, wanneer hij agressief was, pleegde hij seksuele delicten, aanvankelijk door vrouwen te betasten, later door hen te dwingen tot orale seks en ten slotte door hen te verkrachten. Hij werd enkele keren veroordeeld tot gevangenisstraf en ten slotte ter beschikking gesteld. Zijn vrouw scheidde van hem; de kinderen werden in pleeggezinnen geplaatst.*

Ewout is drie jaar in de kliniek als hij zich meldt voor het delictscenario. Zijn directe begeleiders kunnen niet met hem over zijn delicten praten. Door zijn schaamteloze verhalen over seksualiteit en zijn delicten en het ontbreken van schuldgevoel roept Ewout hun weerzin op. Wanneer zij hem erop wijzen dat zij zo niet met hem over de delicten willen praten voelt hij zich tekortgedaan: hij doet toch zijn best! De therapeut legt Ewout de principes van het delictscenario uit. Samen besluiten zij het laatst gepleegde delict, het eerste delict en een delict uit de tussenliggende periode te analyseren. Bekend is dat Ewout een uitstekend geheugen heeft; hij zal het nodig hebben! Samen met zijn therapeut werkt hij minitieuw de zes uren voorafgaand aan zijn laatste delict door. De therapeut verwacht van hem dat hij de gebeurtenissen in deze periode in grote lijnen opschrijft. In de volgende sessies werken zij Ewouts herinneringen verder uit. Er lijkt een vrij stereotiepe ontwikkeling aan de delicten vooraf te gaan. Door moeilijkheden thuis of op het werk voelt Ewout zich tekort gedaan en wordt hij onverschillig. Deze gevoelens worden door drank versterkt. Hij maakt ruzie of zoekt op grove wijze toenadering tot een vrouw. Zijn spanning moet hij dan ontladen, hetzij agressief, hetzij seksueel, afhankelijk van het verloop van de avond. Soms gaathij naar prostituties, maar die weigeren hem als hij dronken is. Dan maar de eerste de beste vrouw. Onder bedreiging met een mes wordt zij tot seksuele handelingen gedwongen. Ewout ontkent de feiten nauwelijks, hoewel de processen-verbaal op onderdelen verschillen van zijn eigen verklaring. Hij ontkent wel het onacceptabele van zijn daden; de verantwoordelijkheid daarvoor legt hij bij anderen. Als de wereld tegen hem is mag hij doen wat hij wil: zich ontladen, vechten of neuken. Zijn gevoel tekortgedaan te zijn wordt door iedere nieuwe krenking aangewakkerd. Hij erkent dat een onschuldige daar niet het slachtoffer van zou mogen worden, maar hij vindt zijn gevoel terecht; bovendien is dit gevoel sterker dan hijzelf is. De therapeut bespreekt verschillende aspecten met hem:

- 1 Kan Ewout anders omgaan met krenkingen? Samen doen zij rollenspellen om betere oplossingen voor zijn spanningen te vinden. Ewout krijg huiswerk om het contact met zijn begeleiders te verbeteren, wat na enige tijd ook gebeurt.
- 2 Waaraan zou Ewout redenen kunnen ontlenen om geen delicten meer te plegen? Twee zaken zijn voor hem de moeite waard: zijn kinderen en zijn werk. Iedere zitting herhaalt de therapeut waarom het voor Ewout van belang is seksuele delicten te voorkomen.
- 3 Wat betekent een seksueel delict voor het slachtoffer? Eerst neemt de therapeut lectuur over de ellende van het slachtoffer zijn met hem door, maar dit heeft weinig resultaat. Vooroordelen als 'Ze vraagt er toch om als ze zich uitdagend kleedt' zitten er diep in. Pas na een gesprek met een medepatiënte die vijftien jaar eerder door haar vader is misbruikt en daar nog veel last van heeft, begint bij Ewout iets te dagen.

Wanneer zijn wens om seksuele delicten te voorkomen sterker wordt, wordt de vraag hoe Ewout zijn drang onder controle kan krijgen evident. Belangrijke thema's zijn alcohol, seksualiteit en het gevaar van agressie. Alcohol drinken geeft risico's en met niet-drinken worden veel problemen voorkomen.

Seksueel contact moet prettig zijn voor beide partijen, zo wordt Ewout geleerd. Moeilijkheden moet je niet 'wegneuken', maar oplossen, bijvoorbeeld door erover te praten, en als dat niet lukt, ze op een acceptabele manier afreagere, bijvoorbeeld door tegen een boksbal te slaan of tot tien te tellen. Deze alternatieven worden met grote regelmaat geoefend.

Een mes op zak hebben is gevaarlijk. Ga samen met anderen over straat als je je niet goed voelt. Zorg dat je altijd een telefoonnummer van iemand die het goede met je voor heeft bij je hebt, zodat je in geval van nood kunt bellen.

Een belangrijke moeilijkheid in deze behandeling was dat Ewout weinig of geen invoelend vermogen had ten opzichte van zijn slacht-offers. Het gevoel zelfslachtoffer te zijn overheerste. In zo'n situatie moet de behandelaar zijn eigen waarden opzij zetten en zoeken naar motieven

die de patiënt aanspreken. Bij Ewout waren dit de waarde die hij hechtte aan zijn kinderen, zijn werk en het contact met zijn therapeut.

Ewout is nu een jaar buiten de kliniek. Tot op heden is er geen terugval geweest. Zijn terbeschikkingstelling is opgeheven. Eens per maand komt hij naar de kliniek voor een gesprek met zijn therapeut. Belangrijke gespreksthema's zijn: Welke conflicten zijn er nu? Hoe kan Ewout die oplossen? Hoe staat het met drankgebruik en seksualiteit? Hij drinkt in de weekends vrij veel. De voordelen van alternerend bier en alcoholvrij bier drinken in plaats van ongeremd doorzuipen worden uitvoerig doorgenomen; uitsluitend alcoholvrij drinken heeft geen kans van slagen. Af en toe heeft hij een vriendin, maar hij wil vooralsnog onafhankelijk blijven. Seksueel contact vindt plaats met wederzijds goedvinden. Conflicten heeft hij weinig en als ze er zijn lopen ze niet hoog op. Zijn therapeut is voor hem mede belangrijk, omdat hij zichzelf nog niet sterk genoeg vindt. Hij wil nog geruime tijd met zijn therapie blijven doorgaan, zij het dat de tijd tussen de zittingen wat hem betreft steeds langer kan worden.

## **Gevalsbeschrijving 2**

Henk is de jongste uit een gezin van vier kinderen. Met zijn drie zusjes kon hij slecht overweg. Zijn moeder regeerde het gezin op chaotische wijze, zijn vader hield zich afzijdig. Rond zijn zevende jaar viel Henk uit een klimrek en brak zijn heupbeen. Sindsdien loopt hij mank. Op school en thuis werd hij veel gepest. Hij had geen vriendjes en leidde een teruggetrokken leven. Hij bleef twee keer zitten. Voor meisjes toonde hij geen belangstelling. Op zijn zeventiende verliet hij met veel ruzie het ouderlijk huis en ging op kamers wonen; boven een café. Hij raakte aan de drank en werd gewelddadig.

Nog geen halfjaar na zijn vertrek uit huis pleegde hij zijn eerste delict: hij randde een meisje van dertien jaar aan en mishandelde haar ernstig. Hij beweerde zich door de alcohol niets van het delict te kunnen herinneren. Henk werd veroordeeld tot twee jaar gevangenisstraf. Na zijn vrijlating was hij haatdragend jegens zijn familie, die niets meer met hem te maken wilde hebben. Hij ging weer drinken en pleegde een tweede ernstig delict: hij verkrachtte een meisje van twaalf jaar. Ook hiervan wist Henk zich niets te herinneren. Hij kreeg een gevangenisstraf van enkele jaren en werd terbeschikkinggesteld.

Op zijn vierentwintigste wordt hij in de kliniek opgenomen. Zijn behandeling verloopt moeizaam. Hij zegt geen problemen te hebben en stelt zich vijandig en kwetsend op tegenover medepatiënten en begeleiders. Henk hangt extreem aan regels en orde. Zijn sociale vaardigheden en probleemoplossende vermogens zijn uitermate gering. Geprobeerd wordt Henk te scholen, een vak te leren en zijn omgang met anderen te verbeteren. De derde doelstelling wordt door Henk krachtig van de hand gewezen. Hij haalt wel een lasdiploma en werkt regelmatig, zij het met herhaalde conflicten met zijn werk-meesters. In het contact tussen Henk en zijn medepatiënten en begeleiders treedt nauwelijks verbetering op: hij blijft iedereen afwijzen. Het kost medepatiënten en begeleiders steeds meer moeite om niet in eenzelfde houding jegens hem te vervallen.

Na twee jaar is de impasse voor iedereen duidelijk. De staf besluit Henk over te plaatsen naar de afdeling voor intensieve en individuele behandeling. Henk protesteert, maar legt zich na enige tijd toch bij het besluit neer. Bij een routinecontrole, vier maanden later, vinden begeleiders op zijn kamer uiterst agressieve zelfgemaakte pornografische verhalen. Zij schrikken hier hevig van: tot dan toe had Henk volledig ontkend dat seksualiteit hem bezighield. De vrijheden van Henk buiten de kliniek worden direct stopgezet en zijn behandelteam dreigt hem over te plaatsen naar een andere kliniek als hij behandeling blijft



afwijzen. Henk zwicht onder deze druk; hij vreest veel tijd te verliezen als hij elders opnieuw moet beginnen.

Het team verwijst hem voor psychotherapie. Bedoeling is 'zijn' delictscenario op te stellen. Henk gaat wel naar de therapeut, maar geeft zich niet gewonnen: 'Ik vind het niet nodig, maar anders word ik overgeplaatst'. De therapeut kan niet anders dan vaststellen dat beiden in een vervelende situatie zitten. Voor Henk is de gedwongen situatie vervelend, maar voor de therapeut ook: wat moet hij met een patiënt die niet wil? Hij stelt voor geen overhaaste beslissingen te nemen, maar eerst de voors en tegens van al dan niet meewerken te ordenen, zodat een redelijk besluit kan worden genomen. Hierin stemt Henk wel toe. De therapeut benadrukt dat het opstellen van een delictscenario bijzonder moeilijk is. Het vraagt veel bereidheid om mee te werken en is voor Henk dus niet geïndiceerd. Voorts geeft de therapeut een opsomming van de voordelen van het delictscenario. Henk zou de gedetailleerde analyse van de gebeurtenissen die voorafgaan aan de delicten kunnen gebruiken om controle te verwerven over zijn aanvechtingen. Ook de voors en tegens van overplaatsing komen ruimschoots aan bod. Bij Henk rijpt de gedachte, zij het met veel reserves, dat het misschien toch beter is om wel een delictscenario op te stellen.

Voor de therapeut is dit niet genoeg. Voordat ze beginnen wil hij met Henk een contract afsluiten over doel en werkwijze van het delictscenario en over de hoeveelheid tijd die hiermee gemoeid is: minimaal drie, maximaal zes maanden.

Samen bespreken ze dat de nadruk zal vallen op het verband tussen alcohol, agressie, seks en jonge meisjes; hiervan zullen ze als het ware een foto maken. Het beeld van toen zullen ze vergelijken met zijn huidige toestand. De overeenkomsten en verschillen zullen voorgelegd worden aan het behandelteam. Tevens kunnen dan mogelijk besluiten genomen worden over Henks volgende stappen.

Henk zegt het hiermee eens te zijn en begint meteen met het ophoesten van vage herinneringen. De therapeut protesteert: op deze manier zal het beeld vaag blijven en zal Henk zijn doelstelling – het verkrijgen van controle – niet kunnen bereiken. Hierna maakt Henk een serieuzere start. Hij beschrijft een situatie waarin hij zonder werk zit, alcohol heeft gedronken en doelloos rondrijdt op zijn bromfiets. Hij is kwaad want iedereen is tegen hem. Dit deel van het delictscenario wordt doorleefd verteld. Vervolgens komt de relatie tussen alcohol en boosheid aan bod. Onder invloed van alcohol blijkt hij altijd boos te worden. Om te voorkomen dat Henk in een slacht-offerrol vervalt accentueert de therapeut dat Henk zichzelf boos maakt door alcohol te gebruiken. Vervolgens kan Henk alleen maar vertellen dat hij een meisje zag staan; als in een flits kwam de gedachte bij hem op haar te 'pakken'. De therapeut bekijkt of de elementen situatie, cognities, emoties en gedrag in Henks eerste schets enigermate aanwezig zijn. Dit is het geval. Omdat Henk voor zijn doen veel heeft opgeschreven besluit de therapeut over te stappen naar de volgende fase. Naarmate de tijd verstrijkt wordt de medewerking van Henk minder. Hij vindt het te lang gaan duren. Na vier weken therapie twijfelt hij aan het nut ervan. De therapeut twijfelt ook, maar zegt te denken dat er meer uit kan komen.

De week daarop komt Henk niet omdat de zitting over het al dan niet verlengen van zijn terbeschikkingstelling plaatsvindt. Resultaat: die wordt met twee jaar verlengd. De rechter beschouwt hem nog steeds als gevaarlijk voor de maatschappij. Henk is razend en wil niets meer. De therapeut stelt twee weken rust voor: 'Mocht je willen komen praten over de teleurstelling van de verlenging dan ben je welkom.' Henk verschijnt niet. Pas na twee maanden keert hij terug. In de tussentijd heeft zijn behandelteam zich, in overleg met de therapeut, intensief met hem beziggehouden. Op een gegeven moment neemt Henk een teamlid in vertrouwen en vertelt over de dag van zijn delict. Hij was toen geobsedeerd door seks en geweld, wilde een meisje aanvallen en pijn doen; geen volwassen vrouw, want dat durfde hij niet. Al jaren had hij fantasieën over geweld tegen meisjes en over seksuele

*mishandeling. Henk belooft deze begeleider zijn delictscenario af te maken. Hij raakt er maar moeilijk over uit-gepraat. Twee maanden later is hij nog steeds bezig om zichzelf en zijn therapeut te 'bekennen' hoe hij ten tijde van zijn delict verstrikt zat tussen zijn agressie over krenkingen en mislukkingen en zijn fantasieën over jonge meisjes, met wie hij kon doen wat hij wilde (dat wil zeggen hen pijnigen en tot seksueel contact dwingen). Onder invloed van alcohol liet hij deze fantasieën de vrije loop: zij namen bezit van hem en wakkerden zijn behoefte om het in het echt te proberen aan. Henks delictscenario begint zo meer vorm te krijgen. Toch blijft hij volhouden dat de problemen waar hij toen mee worstelde nu niet meer bestaan, ondanks de rapportage over zijn gedrag en de gevonden pornografie. Confrontatie hiermee stuit op heftig verzet en leidt tot therapieverzuim. De therapeut besluit ten slotte de therapie te stoppen en licht het behandelteam in. Het team vindt nog steeds dat Henk zijn delictscenario moet afmaken en dat overplaat-sing naar een andere kliniek het enige alternatief is wanneer hij dit niet doet.*

## Discussie

Welke factoren kunnen verloop en resultaat van het opstellen van bovenstaande delictscenario's verklaren? Wij denken, tentatief, aan een combinatie van de volgende mogelijkheden:

- a *'Eilanden van gezondheid'*. Er zijn verschillen aan te wijzen in de terreinen waar Ewout en Henk nog wel normaal sociaal functioneerden. Ewout was getrouwd geweest, had kinderen en sociale contacten, terwijl Henk zich altijd zeer sterk sociaal en emotioneel geïsoleerd had, en zich terugtrok in een fantasiewereld vol seks en geweld. Ewout had in zijn leven nog steeds zaken die de moeite waard waren, zoals zijn kinderen en zijn werk. Hij had veel te winnen bij een delictvrije toekomst. Henk had nauwelijks toekomstperspectief en was dus veel moeilijker tot behandeling te motiveren.
- b *Aard van de delicten en ernst van de pathologie*. Seksueel agressieve delicten met kinderen zijn erg met schaamte beladen. Henk accepteerde de delicten met jonge meisjes niet als bij hemzelf horend; hij ontkende zo te kunnen zijn. Ewout keurde zijn delicten wel af, maar ze stoorden zijn (volwassen, heteroseksuele) zelfbeeld niet. De pathologie die aan Henks delicten ten grondslag lag lijkt bovendien ernstiger dan die van Ewout, bij wie vooral momentane frustratie, alcohol, woede en seksuele opwindings tot de delicten leidden. De grotere frequentie waarmee Ewout delicten pleegde, stemt weer niet tot optimisme over de kansen op recidive.
- c *De aard van de ontkenning*. In samenhang met het voorgaande kan worden opgemerkt dat de ontkenningsvormen van Henk sterker waren dan die van Ewout. Henk bagatelliseerde de gevolgen van zijn daden voor het slachtoffer; hij leek die ook niet te beseffen. Hij rationaliseerde de verantwoordelijkheid voor zijn daden weg, onder andere door het delict aan alcohol te wijten, maar ontkende aan-vankelijk ook enige herinnering aan het delict te hebben: hij zou een 'black out' gehad hebben. Hij zag het delict als iets dat hem over-kwam.
- d *De invloed van de context*. De relatie tot het behandelteam was bij Ewout minder vijandig en problematisch dan bij Henk. De behandelaren van Ewout reageerden weliswaar met afkeer op zijn ongevoeligheid voor de schade die hij zijn slachtoffers berokkende, maar ze konden het op andere momenten goed met hem vinden. Opvallend was dat het onderlinge contact verbeterde toen Ewout serieus met zijn delictscenario begon en hen daar uitgebreid van op de hoogte hield. Henk daarentegen riep heftig afkeer op door zijn bijna continue vijandigheid. De

gevonden porno versterkte deze afkeer nog eens. Het team zag ook weinig mogelijkheden om hem empatisch te benaderen. Dit maakte het hem mogelijk nog moeilijker te bekennen en te bespreken wat er in hem leefde. Er moest voortdurend druk worden uitgeoefend om hem aan zijn delictscenario te laten werken. Ondanks de wat verharde relatie leidde dit toch tot enig 'resultaat'.

## Conclusies

Het opstellen van een delictscenario is meestal een moeizaam proces. Slechts met vallen en opstaan kunnen therapeut en patiënt het karwei (gedeeltelijk) klaren. Patiënten gebruiken ontkenningmechanismen zoals rationaliseren, bekennen zonder verantwoordelijkheid te nemen, het afschuiven van de verantwoordelijkheid op alcohol, het wijzen op een moeilijke opvoeding en het hebben van 'blackouts' over delicten. De therapeut stelt daar een pragmatische houding tegenover, bijvoorbeeld door het opstellen van een kosten-baten-analyse en een geduldige attitude. Duidelijk is dat het vrijwillig opstellen van een delictscenario weinig kans van slagen heeft; een stok achter de deur is nodig. Bovendien is de behandelcontext van groot belang. Zonder vasthoudendheid van behandelteam, de therapeut en soms ook de rechter is de ontkenning niet te doorbreken. Behandelteam en therapeut moeten in staat zijn tot het maken van een taakverdeling, waarbij de een meer confronterend en de ander meer begripvol kan zijn.

Met dank aan M. Coppens, J. Hendrickx en A. van de Ree voor hun opbouwende commentaar op een eerdere versie van dit artikel.

---

### Abstract

*In this article we describe our experiences in outlining the offence script with sex offenders in a forensic psychiatric setting. Emphasis is put upon the influence and use of the context and on the phenomenon of denial. Two case histories will illustrate this process.*

## Referenties

- Abel, G.G., Blanchar, T.B. & Becker, J.V. (1976). Psychological treatment of rapists. In: M.J. Walker & S.L. Brodsky, (red.) *Sexual Assault* (pp. 99–115). London: Lexington Books.
- Altford, J.M. & Kasper, C.J. (1987). Working through denial and resistance with the childmolester. *Corrective and Social Psychiatry and Journal of Behavior Technology. Methods and therapy*, 33, 231–233.
- Annis, L.V. (1982). A residential program for male sex offenders, *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 26, 223–234.
- Beek, D.J. van & Mulder, J.R. (1991). De plaats van het delictscenario in de behandeling van seksueel agressieve delinquenten. *Directieve Therapie*, 11, 4–18.
- Bullens, R. (1989). *De grote ontkenning*. Paper gepresenteerd op congres over nieuwe ontwikkelingen in de seksuologie. Erasmus Universiteit, Rotterdam.
- French, D.D. (1989). Distortion and lying as defense processes in the adolescent child molester. *Journal of Offender Counseling Services and Rehabilitation*, 13, 27–17.
- Groth, A.N. & Loreda, C.M. (1981). Juvenile sexual offenders: Guidelines for assessment. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 25, 31–19.

- Groth, A.N. (1983). Treatment of the sexual offender in a correctional institution. In: J. Green & L. Stuart (red.), *The Sexual Aggressor: current perspectives on treatment* (pp. 160–176). New York: Van Nostrand Reinhold Company.
- Salter, A.C. (1988). *Treating child sex offenders: A practical guide*. Sage Publications Inc.: California, England, 96–110.