



Project Therapeutische Gemeenschap binnen een gevangenis.

1. Inleiding

Waarom een therapeutische Gemeenschap in de gevangenis?

Onderzoek wijst uit dat het behandelen van de drugproblemen van gedetineerden tijdens en na de gevangenis helpt om hen van de drugs, uit de gevangenis en aan het werk te houden. In onderstaande tekst geven we een stand van zaken in de Verenigde Staten, in het Verenigd Koninkrijk en in Griekenland.

Dankzij het Amerikaanse onderzoek van Harry Wexler en anderen weten we dat een drugbehandeling (type Therapeutische Gemeenschap) binnen en na de gevangenis de beste manier is om gevangenen met drugproblemen na hun vrijlating te weerhouden van een terugkeer naar de gevangenis. Dr. Wexler is toonaangevend binnen de hervorming van de gevangenissen in Amerika en zijn onderzoek in 1999 (betreffende 478 gevangenen van een staatsgevangenis bij San Diego, California) toonde aan dat slechts 27 % van de gevangenen die een drugbehandelingsprogramma volgden in de gevangenis mét nazorg, terugkeerden naar de gevangenis, tegenover een recidivisme van 75 % voor diegenen die geen programma volgden.

Een studie van Steven Martin met gevangenen in het Delaware Correctional System toont evenzeer het belang aan van het behandelen van gevangenen met een middelenmisbruik tijdens en na de detentie. Het Delaware programma omvat een zorgcontinuüm waarbinnen sommige gevangenen hun terugkeer naar de samenleving voorbereiden door een reclassering via een therapeutische gemeenschap die voorziet in een voortdurende monitoring door begeleiders, groeptherapie en familiesessies. Dr. Martin stelde vast dat na één jaar, een significant hoger percentage van gevangenen die aan het programma hadden deelgenomen, drugvrij en arrestatievrij waren in vergelijking tot diegenen die een normale reclassering volgden. Na drie jaren bleek dat diegenen die verder de TG-nazorg volgden significant minder scores op druggebruik en herarrestatie dan diegenen die het programma vroegtijdig verlieten.

Dwayne Simpson van het 'Institute of Behavioral Research' van de Texas Christian University analyseerde de onderzoeksresultaten van Wexler, Martin en anderen en vond eveneens een drastisch effect van zulke behandelingsprogramma's. In een gecombineerde steekproef van 1462 gevangenen in California, Texas en Delaware, belandden ongeveer een kwart van diegenen die deelnamen aan een intensieve drugbehandeling en nazorg terug in de

gevangenis in vergelijking met ongeveer drie kwart van diegenen die geen behandeling ontvingen in de gevangenis of van diegenen die behandeling kregen in de gevangenis maar geen behandeling na hun vrijlating.

Het TG-model van behandeling van middelenmisbruik in de gevangenis en nazorg is geïmplementeerd in gevangenissen doorheen gans Amerika, en heeft het recidivisme sterk doen dalen. In 2002 rapporteerde het Federal Bureau of Prisons in z'n jaarlijks verslag aan het Congres dat 50 gevangenissen een drugbehandelingsprogramma hebben waarbij gevangenen in een aparte unit gehuisvest worden voor drugbehandeling. In 2002 namen meer dan 16.000 gevangenen deel aan een residentieel drugbehandelingsprogramma binnen de gevangenis en meer dan 13.000 namen deel aan drugbehandeling na de overstap naar de samenleving. Een analyse van deze programma's door het Bureau of Prisons en het National Institute on Drug Abuse (NIDA) toont aan dat deze programma's een significant en positief verschil uitmaken in het leven van deze gevangenen na hun vrijlating, omdat zij substantieel minder geneigd zijn drugs te gebruiken of opnieuw gearresteerd te worden in vergelijking met andere gevangenen die deze behandelprogramma's niet volgden.

In 2009 huisvesten de staatsgevangenissen in de Verenigde Staten 1,6 miljoen gevangenen, waarvan de meerderheid (ts. 78 en 83%) drugproblemen heeft. Het behandelen van druggerelateerde gevangenen is een potentieel krachtige strategie om de invloed van verslaving op de publieke veiligheid en publieke gezondheid te verminderen. Evaluaties van behandelingsprogramma's binnen de gevangenis, die zich vooral op therapeutische gemeenschappen hebben gefocust, hebben aangetoond dat deze effectief zijn. Nochtans hebben vele gevangenen nooit de kans om hier aan deel te nemen. In 2004 kregen slechts 15% van de gevangenen in de Verenigde Staten een behandeling, terwijl 35 % deelnam aan minder intensieve zelfhulp, peercounseling of educatieve programma's.

Elk jaar verlaten meer dan 600.000 mensen de gevangenis om te re-integreren in de samenleving. Binnen de drie jaar na hun vrijlating worden meer dan twee derden van deze individuen opnieuw gearresteerd en één vierde keert terug naar de gevangenis met een nieuwe straf. Druggebruik draagt bij tot heel wat van dit recidivisme of versnelt het. Naast een hoger aantal terugvallen bij de voorwaardelijk in vrijheid gestelden die nooit een behandeling kregen in de gevangenis, hebben onderzoeken aangetoond dat meer dan 50 procent van de gegradueerden van behandelprogramma's in de gevangenis hervallen binnen de twaalf maanden. Deze cijfers verbeteren echter met 10 tot 20 procent, wanneer deze gegradueerden verdere behandeling volgen binnen de samenleving.

Druggebruikers die voorwaardelijk in vrijheid zijn gesteld of onder probatie staan vereisen interventies die aansluiten op de principes van een effectieve correctionele behandeling. De redenen daarvoor zijn tweevoudig. De denkpatronen en gedragspatronen en levenservaringen waar een correctionele drugbehandeling zich op richt om recidivisme te voorkomen zullen ook iemands potentiële respons op de drugbehandeling bepalen. Ten tweede zullen criminele activiteiten die leiden tot een terugkeer naar de gevangenis iemands evolutie naar herstel onderbreken of zelfs stoppen.

TG's hebben een lange geschiedenis in het behandelen van cliënten binnen justitie en de holistische kijk van de TG (op de persoon als geheel en niet enkel op het drugprobleem) is bijzonder geschikt voor deze populatie. Een aanzienlijk aantal onderzoeken ondersteunt de effectiviteit van een TG-behandeling voor misdadigers, in het bijzonder in een zorgcontinuüm dat zowel een behandeling in de gevangenis als na de gevangenis omvat.

Wexler concludeert op het E.F.T.C.-congres in juni 2009 dat het verminderen van druggebruik en het aanpakken van andere noden van misdadigers binnen de Verenigde Staten een belangrijks strategie is geworden om een succesvolle re-integratie te promoten en om 's lands gevangenispopulatie onder controle te krijgen. Het staat vast dat een T.G.-behandeling binnen de gevangenis, in het bijzonder wanneer gevolgd door een behandeling in de samenleving tijdens de voorwaardelijke invrijheidstelling, het recidivisme vermindert, vergeleken met geen of minimale behandeling. De laatste tijd beginnen onderzoekers zich te realiseren dat de hoge prevalentie van druggebruik bij misdadigers, en de andere problemen die zij ervaren, een gecoördineerde en systematische benadering vereisen van alle diensten die betrokken zijn in het voorzien van toezicht en ondersteuning voor deze populatie.

Op het zelfde congres zet Rod Mullen van Amity Foundation een aantal argumenten op een rijtje om een TG te starten in de gevangenis:

- het is niet zo duur (want het vermindert het recidivisme), niets doen (met een hoog percentage recidivisme, nieuwe gevangenisstraffen en overlast) is uiteindelijk duurder
- er komt meer respect en minder last voor de penitentiair beambten (het aantal 'rapporten' daalde met 87 %)
- het zorgt voor de publieke veiligheid (door minder overlast)
- het zorgt voor meer tewerkstelling (en dus voor meer belastingsbetalers)
- de intergenerationele viscieuse cirkel binnen de familie wordt doorbroken
- de meeste chronische verslaafden komen vroeg of laat toch in de gevangenis terecht
- en ze kunnen er niet zomaar weg.

Mullen spreekt voor de gevangenis-TG's met nazorg over een recidivisme van 21,9 % tegenover 40% bij wie geen TG volgt.

In het Verenigd Koninkrijk verdubbelde de gevangenispopulatie in de laatste dertien jaar (van 41500 gedet. in 1993 naar 77000 gedet. in 2006) wat leidde tot overbevolking en grote moeilijkheden in het voorzien van de kwaliteit van zorg die de gevangenisdiensten zouden willen geven. Toch zijn er ook positieve veranderingen, met name de toename en aanvaarding van heel wat behandelingsvormen binnen de gevangenis (voor misdadig gedrag, drugverslaving, recidivisme, agressie, geweld...). Binnen de Engelse gevangenis zijn er twee types van TG's, de democratische en de hiërarchische. De democratische TG's gaan terug naar Maxwell Jones die tijdens de tweede wereldoorlog met getraumatiseerde soldaten werkte. In de Engelse gevangenis worden zij doorgaans gebruikt om te werken met gedetineerden met persoonlijkheidstoornissen. De TG's voor drugbehandeling gaan terug naar Phoenix House en Daytop in New York.

Er zijn momenteel in de Engelse gevangenis 5 democratische TG's en vijf TG's voor drugbehandeling (Channings Wood, Drake Hall, Garth, Holme House en Wymott). Deze laatste TG's ontstonden tussen 1996 en 2000 gefinancierd vanuit justitie. Zij draaien momenteel allen in samenwerking met Phoenix Futures, de belangrijkste drughulpverleningsorganisatie in Engeland. De gevangenis-TG's legden in Engeland een moeilijke weg af vanwege het strenge accrediteringssysteem waarbij ze verplicht werden hun werking in 'manuals' te expliciteren. Elk programma wordt nu jaarlijks geaudit. Binnen geaccrediteerde programma's was een belangrijke plaats voorzien voor de evaluatie van de programma-resultaten. Deze evaluatie omvatte een vergelijkende studie van het aantal opnieuw veroordeelden bij TG's enerzijds en bij een vergelijkbare controlegroep die geen TG-behandeling had gevolgd anderzijds. Later argumenteerde men echter dat gevangen een aantal verschillende behandelingen en educatieve programma's kunnen krijgen tijdens hun detentie en dat het niet mogelijk zou zijn de effecten van het ene programma tegenover andere

te isoleren. Daarom werd de evaluatie van het aantal herveroordeelden voor de TG stopgezet hoewel de opname- en ontslaggegevens verder worden bijgehouden. Er wordt nu een multimodale studie gepland voor de toekomst, maar deze is nog niet geïmplementeerd. Momenteel wordt er binnen de Engels gevangenis-TG's dus geen effectiviteitsstudies uitgevoerd en de wetenschap dat deze programma's werken komt grotendeels vanuit de ervaringen en observaties van gevangenispersoneel en vanuit de communicatie van ex-gevangenen met de TG. De hoofdargument voor de overheid om TG-programma's te financieren blijft het verlagen van het aantal nieuwe veroordelingen. Onderzoekers zoals Barbara Rawlings focussen zich momenteel op twee centrale thema's: enerzijds het behouden van de therapeutische integriteit in een gevangenissetting en anderzijds de praktische en methodologische moeilijkheden bij het vaststellen van de behandelresultaten.

In Griekenland zijn er momenteel 32 gevangenissen en 1200 gedetineerden. Gevangenissen blijken er vier maal duurder dan een Therapeutische Gemeenschap. Hoofdrolspeler binnen de drughulpverlening in Griekenland is 'Kethea'. Zij hebben 20 begeleidingsunits en 2 TG's binnen de gevangenis en 2 reentry-units buiten de gevangenis. Behandeling als alternatief op een gevangenisstraf wordt nog vaak veronachtzaamd wanneer druggebruikers worden gearresteerd en opgesloten. Stilaan wordt justitie zich bewust van het alternatief van behandeling en van de effectiviteit van TG's om druggebruik en delinquentie te verminderen. Pouloupoulos, de directeur van Kethea, wijst hierbij op het verschil in cultuur tussen gevangenissen en TG's. De (doorgaans militaire) gevangenissen in Griekenland zijn van nature statische en rigide organisaties met een cultuur met pathologische kenmerken zoals dwangmatigheid, depressie en paranoia... Therapeutische gemeenschappen zijn vanuit origine lerende organisaties die participatie, vertrouwen, samenwerking, zelfhulp en wederzijdse hulp promoten. Als binnen de gevangenis deze twee verschillende culturen met elkaar in contact komen, ontstaat er conflict, gebrek aan stabiliteit en stress. Een goed begrip van beide culturen zal een eerste stap moeten vormen bij ieder interventie.

In 2012 werden in Roemenië 2 therapeutische gemeenschappen opgestart in 2 verschillende gevangenissen.

2. Projectvoorwaarden

Om een therapeutische gemeenschap op te starten in een gevangenis moet er aan een aantal randvoorwaarden worden voldaan.

Zowel therapeutische gemeenschappen (T.G.'s) als gevangenissen zijn sterk gestructureerde organisaties die grote controle toepassen op hun bewoners. Dit vormt een goede basis voor wederzijds begrip en samenwerking tussen beide organisaties.

Een eerste voorwaarde voor een succesvolle implementatie is echter dat men elkaar begrijpt en aanvaardt. De T.G. is als het ware te gast binnen de gevangenis en de behandeling, hoe belangrijk ook, is ondergeschikt aan de **veiligheid**. Anderzijds is de effectiviteit van een gevangenis-T.G. sterk afhankelijk van de mate waarin het programma een zekere **autonomie** krijgt en men zich ertoe verbindt om de groei van de deelnemers te ondersteunen (in plaats van een traditionele vrijheidsberoving waar men enkel zijn tijd moet uitzitten) (Wexler, 1995). De ervaring wijst uit dat het in praktijk mogelijk is om beide invalshoeken met elkaar te verzoenen.

Na analyse van de effectieve drugvrije behandelingsprogramma's in Amerikaanse gevangenissen suggereren Wexler en Williams de volgende centrale kenmerken die hebben bijgedragen tot hun succes:

- de behandeling moet gebaseerd zijn op een duidelijke en consistente behandelingsvisie.
- het installeren van een sfeer van empathie en fysieke veiligheid.
- het rekruteren en behouden van een gekwalificeerde en gemotiveerde behandelingsequipe.
- het expliciteren van duidelijke en ondubbelzinnige (gedrags)regels.
- het tewerkstellen van ex-gedetineerden en ex-verslaafden als rolmodel, staf of vrijwilliger.
- het gebruik van 'peers' als rolmodel en drukkingmiddel.
- het integreren van terugvalpreventie.
- het instellen van een zorgcontinuïteit van de T.G.-behandeling (in de gevangenis) naar een nazorg (buiten de gevangenis).
- het integreren van evaluatiemomenten binnen het concept van de behandeling.
- het behouden van de integriteit, autonomie, flexibiliteit en openheid van het behandelingsprogramma.

Bij het opzetten van een residentiële behandeling binnen de gevangenis dienen volgens Wexler en Williams ondermeer volgende **kernbeschouwingen** in acht genomen te worden:

- Het is belangrijk om het residentiële programma te isoleren van de rest van de gevangenispopulatie om de sterk negatieve invloed van de niet behandelde gedetineerden te verminderen en een gezonde atmosfeer te ontwikkelen.
- Onafhankelijke organisaties met een historiek van succesvolle programma's maken de meeste kans om ook een effectief gevangenisprogramma te ontwikkelen. Het is in het bijzonder belangrijk dat de externe behandelaars een goede communicatie met de veiligheidsstaf onderhouden.
- Voldoende 'time in program' is noodzakelijk om betekenisvolle resultaten te kunnen bekomen. Literatuur toont aan de 9 tot 12 maanden een minimum behandelingsduur is om een vermindering in recidive te bekomen.
- De kost voor de implementatie van een residentieel programma binnen de gevangenis is relatief laag omdat de huisvestingskost al door de gevangenis wordt gedragen. De belangrijkste bijkomende kosten zijn personeelkosten.

Deze beschouwingen vinden we tevens terug in de door het TCA Criminal Justice Committee ontwikkelde '**revised TCA standards**' voor het accrediteren van TG-programma's in Amerikaanse gevangenissen. We overlopen hier kort de domeinen die daarin meer uitvoerig worden besproken. Deze standards kunnen alvast als een mogelijk basisstramien dienen voor het verder conceptualiseren van de TG in de gevangenis te Ruiselede. Ze baseren zich ondermeer op de inzichten van George De Leon van het N.I.D.A. die we vanuit De Kiem enkele jaren terug voor een studiedriedaagse uitnodigden naar België.

Theoretische basis

Het is essentieel dat T.G.-programma's gebaseerd worden op de professionele literatuur die de geschiedenis, de theorie en het behandelingsmodel van T.G.'s beschrijft. (ziektebeeld, mensbeeld, visie op 'right living' en op herstel...)

Globale behandelvisie

Het is essentieel dat programmadeelnemers zich identificeren met de TG en er zich thuis voelen willen zij hun patroon van criminaliteit en middelenmisbruik veranderen. Er moet een voortdurende sfeer van constructieve confrontatie en feedback zijn, naar individuen en naar de gemeenschap in zijn geheel, om aldus bij het persoonlijke bewustzijn over eigen gedrag en houding te verhogen. (de groep als middel tot verandering, zelfhulp, geen gevangenismentaliteit...)

Administratie en management

Het is belangrijk dat de administratie en het management (van justitie) die met de behandelende voorziening samenwerken het T.G.-gedachtegoed ten volle begrijpen, zodat zij in overeenstemming daarmee kunnen handelen om aldus het effect van het programma te maximaliseren.

Personeel

Het is essentieel dat alle personeelsleden handelen in overeenstemming met de filosofie en praktijk van de Therapeutische Gemeenschap.(ervaringsdeskundigen, TG-specifieke training...)

Faciliteiten

De omgeving moet de identificatie van de deelnemers met de TG-cultuur ondersteunen, in contrast met de gevangencultuur.(zelf instaan voor onderhoud gebouwen...)

Programma-elementen

Alle onderdelen van het TG-programma zijn zo opgezet dat ze de gemeenschappelijke socialisatie en de psychologische noden van iedere deelnemer tegemoetkomen.

TG-proces

Het veranderingsproces in de TG is een wisselwerking tussen het individu en de gemeenschap. Socialisatie en persoonlijke groei komen tot stand wanneer het individu tegemoetkomt aan de verwachtingen vanuit de gemeenschap om deel te nemen aan alle programma-activiteiten en alle sociale rollen. (positieve peer druk, onderling feedback...)

Behandelingsfasen

Het protocol beschrijft op zijn minst drie programmafases: introductie, behandeling en re-integratie. Deze fasen faciliteren het veranderingsproces.(van externe naar interne motivatie...)

Klinisch management

De psychologische en fysieke veiligheid van de leefgemeenschap is de verantwoordelijkheid van zowel de programmadeelnemers als van de staf. (evenwicht tussen belonen en straffen, sociale controle...)

Screening en assesment

Het is essentieel om de primaire probleemgebieden van de deelnemers die toegelaten worden vast te stellen. Dit veronderstelt dat men zicht heeft op de historiek van het middelenmisbruik, de criminele activiteiten en de mentale gezondheid van de kandidaten. Het programma moet kunnen voorzien in een voortdurende screening van de geestelijke gezondheid.

Nazorgprogramma

De Kiem vzw | Vluchtenboerstraat 7a, 9890 Gavere (*maatsch. zetel*)
T. +32 9 389 66 66 | F. +32 9 384 83 07 | admin@dekiem.be | www.dekiem.be

Er moet een aangepaste en gemeenschapsgebaseerde nazorg zijn van minimum 6 maanden nadat men de gevangenis-TG verlaat.

3. Inschatting kostprijs

Onderstaande berekening baseert zich op het concept van een therapeutische gemeenschap binnen een gevangenis voor een totaal van 16 à 20 gedetineerden waarbij er hulpverlening is voorzien van 7u30 tot 21u00 en waarbij de nachtpermanentie gebeurt door penitentiaire beambten. Voor de begeleiding voorzien we in één verantwoordelijke en 4 groepsbegeleiders, ½ externe contacten (“sociale dienst” en familiewerking), dus een personeelskost voor 5,5 FTEQ (209u).

Vooraleer een definitieve offerte op te stellen is het aangeraden om bestaande initiatieven in bijvoorbeeld het Verenigd Koninkrijk grondig te bestuderen en te bevragen.

Uitgaande van een gemiddelde anciënniteit van 12 jaar en volgende personeelsomkadering geeft dit (referentiejaar2014):

1) personeelskosten

Aantal	barema	%	loonkost	Totale loonkost
1	Licentiaat +functietoeslag	100	75.229	75.229
3	bachelor	100	56.303	168.909
1	A2	100	44.693	44.693
1	bachelor	50%	30.675	30.675
Totaal				319.506
Andere kosten Voor de vzw				44.731
Totaal				364.237

2) andere kosten: (geraamd op 14 % van de personeelskost) 44.731,00

Omvat: coördinatie, supervisie en ondersteuning project, personeels- en andere administratie, opleiding en training, extra personeelskosten,...)

3) kosten te voorzien door justitie:

- **personeelsomkadering justitie**
- **medische kosten**
- **kosten voor huisvesting (gebouwen, energie, was en linnen)**
- **kosten voor voeding**
- **kosten voor activiteiten**
- **kosten klinische biologie (controle op druggebruik)**
- **administratie juridisch**
- **verzekeringen**

4. Ter vergelijking:

Een therapeutische gemeenschap (onthaal, TG en halfweghuis) voor 30 bewoners beschikt over een totale personeelsomkadering van 26,82 FTEQ (inbegrepen 27 uur arts, 38u directie, 76 u admin, 19u onderhoud en 57u ifv project moeders met kinderen)

Totaal werkingsbudget: € 2.380.956 (2014)

Totale personeelskost: € 1.776.012 (2014)

5. Residentiële nazorg:

Ofwel moet er een halfweghuis komen dat onmiddellijk aansluit op de TG in de gevangenis. Voor een huis met 8 à 10 plaatsen moeten we rekenen op een totale personeelsequipe van 6 FTEQ. (indien continu permanentie vereist: + 2FTEQ)

Ofwel moet er een samenwerkingsovereenkomst komen met bestaande TG's zodat de cliënten na hun detentie kunnen aansluiten via een verkorte module in zo'n TG.

Op die manier kunnen ze aansluiting vinden bij een groep cliënten die een gelijke behandeling hebben doorlopen en kan de reïntegratie vlot worden voorbereid door onder andere aan te sluiten op de bestaande halfweghuizen.

(ratio is 1 à 1,5 personeelslid per 4 bewoners.)

Verschillende TG's zijn bereid op deze manier mee te werken als er een ondersteuning komt van justitie inzake personeelskosten.

Halfweghuizen zijn best anoniem gesitueerd in de buurt van een grootstad.

In een grootstad is het voor de bewoners gemakkelijker om zich opnieuw in de maatschappij te integreren.

6. Bronvermelding

Federal Bureau of Prisons (2003). *Substance Abuse Treatment Programs in the Federal Bureau of Prisons: Fiscal Year 2002 Report to Congress*.

Knight, K.; Simpson, D.D.; and Hiller, M.L. (1999). Three-year reincarceration outcomes for in-prison therapeutic community treatment in Texas. *Prison Journal* 79(3):337-351.

Martin, S. S., Butzin, C. A., Saum, C. A., & Inciardi, J. A. (1999). Three-year outcomes of therapeutic community treatment for drug-involved offenders in Delaware: From prison to work release to aftercare. *The Prison Journal*, Vol. 79, pp. 294-320.

Mullen, R., Rowland, J., Arbiter, N., Yablonsky, L., Fleishman, B. (2001). California's first prison therapeutic community: A 10-year review. *Offender Substance Abuse Report*, Vol. 1, No. 2, pp. 17-32.

Mullen, R. (2009). 20 years retrospective assessment of prison TCs. *Paper presented at the 12th EFTC-congress on rehabilitation and drug policy in The Hague, June 2009*.

Mumola, C.J., and Karberg, J.C. (2006). Drug use and dependence, State and Federal prisoners, 2004. *Bureau of Justice Statistics Special Report*. NCJ Publication No. 213530. Washington, DC: Department of Justice.

Poulopoulos C. (2009). Therapeutic communities and criminal justice system: conflicting cultures. *Paper presented at the 12th EFTC-congress on rehabilitation and drug policy in The Hague*.

Prendergast, M.L., et al. (2004). Amity prison-based therapeutic community: 5-year outcomes. *Prison Journal* 84(1):36-60.

- Rawlings, B. (2006). Therapeutic Communities in English Prisons. *Paper presented at the 9th International Symposium on Substance Abuse Treatment in Helsinki.*
- Rawlings, B. (2009). The addiction TC in prison: the U.K. experience. *Paper presented at the 12th EFTC-congress on rehabilitation and drug policy in The Hague.*
- Wexler, H. K., De Leon, G., Thomas, G., Kressel, D., & Peters, J. (1999). The amity prison TC evaluation: reincarceration outcomes. *Criminal Justice and Behavior, Vol. 26*, pp. 147-167.
- Wexler, H. K., Falkin, G. P., & Lipton, D. S. (1990). Outcome evaluation of a prison therapeutic community for substance abuse treatment. *Criminal Justice and Behavior, Vol. 17*, pp. 71-92.
- Wexler, H. K., Melnick, G., Lowe, L., & Peters, J. (1999). 3-year reincarceration outcomes for amity in-prison therapeutic community and aftercare in California. *The Prison Journal, Vol. 79*, pp. 321-336.
- Wexler, H. (2009). Therapeutic communities in American prisons: history, implementation and success. *Paper presented at the 12th EFTC-congress on rehabilitation and drug policy in The Hague, June 2009*