

Behandelprogramma's voor plegers van seksueel grensoverschrijdend gedrag met een lichte verstandelijke beperking in Nederland

Bianca Hoitzing, Jacques van Lankveld, Gerjo Kok & Leopold Curfs

Universiteit Maastricht - Gouverneur Kremers Centrum.

Samenvatting

Een overzicht wordt gegeven van behandelprogramma's voor plegers¹ van seksueel grensoverschrijdend gedrag met een lichte verstandelijke beperking. Voor dit onderzoek werden 17 instellingen met een behandelaanbod voor deze doelgroep benaderd. De gegevens van 14 aanbieders werden verkregen, waarbij gebruik gemaakt is van semigestructureerde interviews. De focus ligt op de inhoud en structuur van de programma's, de theoretische uitgangspunten en de ervaringen met de programma's, inclusief empirische gegevens over effectiviteit.

De bestudeerde behandelprogramma's vertoonden zowel overeenkomsten als verschillen.

Seksueel grensoverschrijdend gedrag komt voor bij mensen met een verstandelijke beperking (van Berlo, 1995; van den Berg & van Beek, 2006). Mensen met verstandelijke beperkingen kunnen pleger of slachtoffer zijn van seksueel misbruik. De combinatie van dader en slachtoffer van seksueel misbruik in een persoon verenigd is niet uitzonderlijk. Over de prevalentie van seksueel grensoverschrijdend gedrag van personen met een lichte verstandelijke beperking en over de effectiviteit van behandeling voor deze groep van mensen is weinig bekend (Van den Berg & van Beek, 2006; Murphy, 2007; Van den Berg & Brand, 2008). Politie, justitie en hulpverleners zijn niet altijd even goed geïnformeerd over de verschillende behandel mogelijkheden. Het melden van grensoverschrijdend gedrag is geen standaardbeleid en de ondersteuning van cliënten na beëindiging van een programma wordt ervaren als een probleem.

Het onderzoek waarvan in dit artikel verslag wordt gedaan richt zich op behandelprogramma's voor plegers van seksueel grensoverschrijdend gedrag met een lichte verstandelijke beperking (LVB-pleger). Over de prevalentie van de LVB-plegergroep bestaat geen duidelijkheid. In verschillende internationale studies werd geen bewijs gevonden voor over- of onderrepresentatie van mensen met een verstandelijke beperking in de groep van plegers van seksueel grensoverschrijdend gedrag (o.a. Simpsons & Hogg, 2001; Lindsay, 2002). Uit een recent onderzoek in de Tbs-klinieken in Nederland bleek dat de prevalentie van zwakbegaafden en mensen met verstandelijke beperkingen relatief hoog is in de totale groep van plegers van seksueel grensoverschrijdend gedrag (Van den Berg & Brand, 2008).

Een verstandelijke beperking kan gerelateerd zijn aan een groter risico van terugval. Cockram (2005) vond een significant hogere frequentie van herarrestatie in vergelijking met niet-verstandelijk beperkte plegers. Van Horn en Kusters (2007) maken op basis van politierapporten melding van een terugvalpercentage van 27,4% bij VB-plegers na intensieve ambulante behan-

Drs. B. Hoitzing, zorgmanager, Delta Psychiatrisch Centrum;
Prof. dr. J.J.D.M van Lankveld, hoogleraar seksuologie, Universiteit Maastricht en PSYQ Eindhoven; Prof. dr. G.J. Kok, hoogleraar Toegepaste Psychologie, Universiteit Maastricht - Gouverneur Kremers Centrum;

Prof. dr. L.M.G. Curfs, hoogleraar Verstandelijke Handicap, Universiteit Maastricht - Gouverneur Kremers Centrum, Maastricht.
Correspondentieadres: bianca.hoitzing@deltapsy.nl

Ontvangen: 7 januari 2009; Geaccepteerd: 16 juni 2009.

¹ In dit onderzoek is, waar relevant, gebruik gemaakt van de term 'pleger' in plaats van 'dader'. Dader refereert aan een veroordeeld of minstens gearresteerd persoon, maar bij mensen met een licht verstandelijke beperking is hier niet altijd sprake van.

deling. Relatief weinig overtredingen worden gemeld bij de politie. Daar waar aangifte gedaan wordt, is vervolging een uitzondering (Murphy, Powell, Guzman & Hays, 2007).

Plegers kunnen onderverdeeld worden in verschillende types en diverse classificaties zijn beschreven. Typologieën kunnen zinvol zijn om de behandeling toe te spitsen. Van Horn, Mulder en Scholing (2006) beschrijven de volgende indeling: exhibitionisten, pedoseksuelen, verkrachters/aanranders en incestplegers. Ten aanzien van de verkrachter/aanrander kan een onderverdeling gemaakt worden in compensatieverkrachter, opportuniteitsverkrachter, machtsverkrachter en sadistische verkrachter (Mulder, 1991). Ook pedoseksuele plegers kunnen verder onderverdeeld worden in het pedofiele type, het situationele type en het antisociale type (Frenken, 1997).

Tal van programma's zijn ontwikkeld om in de behoefte aan begeleiding en behandeling van plegers van seksueel grensoverschrijdend gedrag te voorzien (Terstegen, Hoekman & van den Bergh, 1998; van den Berg & van Beek, 2006).

Voor mannelijke LVB-plegers ontbreekt het aan goed onderbouwde interventieprogramma's (Courtney, Rose & Mason, 2006). De beschikbaarheid van programma's in Nederland voor de LVB-doelgroep is al eerder onderzocht door Terstegen, Hoekman en van den Bergh (1998). Zij vonden een grote diversiteit in programma's. Verder zijn de zorgverleners nog vaak onbekend met de behandelmogelijkheden (van den Berg & van Beek, 2006). Bij medewerkers van justitie en zorginstellingen bestaan ernstige lacunes in kennis voor het omgaan met VB-plegers (Barron, Hassiotis & Banes, 2002; van der Linden, 2003). Onderzoek naar effectiviteit van behandelprogramma's is schaars (Barron et al., 2002). Ook worden knelpunten geconstateerd in de afstemming van de behandeling op de specifieke behoeften van VB-plegers (Ten Wolde, le Grand, Slager, Storms, 2006; van den Berg & Brand, 2008).

Hier wordt verslag gedaan van een onderzoek naar beschikbare behandelprogramma's voor LVB-plegers in Nederland. De focus ligt op de inhoud en structuur van de programma's, de theoretische uitgangspunten en de ervaringen met de programma's, inclusief empirische gegevens over effectiviteit. De resultaten worden afgezet tegen de 'What works' principes zoals deze zijn benoemd in het landelijk zorgprogramma voor plegers van seksuele delicten in de forensische psychiatrie (Andrews & Bonta, 2006). De What works principes zijn enkele specifieke principes die ten grondslag liggen aan effectieve interventies.

Methodologie

Terminologie

Verstandelijke beperking. Het onderzoek richt zich op volwassenen met een lichte verstandelijke beperking, die seksueel grensoverschrijdend gedrag vertonen. Volgens de DSM-IV is er sprake van een lichte verstandelijke beperking als een intelligentiequotiënt is vastgesteld tussen de 50/55 en 70 en dit gepaard gaat met aanzienlijke beperkingen in het adaptieve gedrag, welke tot uitdrukking komen in conceptuele, sociale en praktische vaardigheden en de beperkingen zijn ontstaan voor het 18e levensjaar (American Psychiatric Association, 2000).

Seksueel grensoverschrijdend gedrag. In dit onderzoek wordt de omschrijving van seksueel grensoverschrijdend gedrag van Murphy, Powell, Guzman en Hays (2007) gevolgd: "Seksueel grensoverschrijdend gedrag wordt gedefinieerd als seksueel gedrag waarbij:

- de andere persoon geen toestemming heeft gegeven (of hiertoe niet in staat was); en
- het gedrag gedefinieerd wordt als strafbaar volgens de wet (ongeacht of de politie betrokken is geweest)".

Behandelprogramma. Onder (behandel)programma wordt in dit onderzoek verstaan: een geheel van gerelateerde en specifieke, op elkaar afgestemde, activiteiten en maatregelen gericht op de preventie en aanpak van seksueel overschrijdend gedrag door LVB-plegers.

Theoretische modellen

De behandelprogramma's voor LVB-plegers van seksueel grensoverschrijdend gedrag zijn gebaseerd op een of meerdere theoretische modellen. We bespreken hieronder in het kort de modellen die ten grondslag liggen aan de programma's.

Het *terugvalpreventiemodel* is een cognitief-gedragstherapeutische benadering, ontwikkeld in 1982 door Marlatt voor de behandeling van verslavingsproblemen (le Grand, Lutjenhuis & Solodova, 2005; Keeling & Rose, 2005). Anderen hebben dit model aangepast voor toepassing bij plegers van seksueel grensoverschrijdend gedrag zoals Pithers, Kashima, Cumming en Beal (1988) en Pithers (1990). Uitgangspunt in het terugvalpreventiemodel is 'geen genezing, maar controle' (Van Daele, 2000; Ten Hag, 2005). Het grensoverschrijdend gedrag kan niet genezen worden. De essentie van behandeling is het beïnvloeden en monitoren van gedrags-, affectieve en cognitieve factoren, die bijdragen aan terugval.

In het model wordt seksueel grensoverschrijdend

gedrag gezien als een verkeerde copingstrategie. De pleger leert het gebruik van zelfmanagementtechnieken om terugval te voorkomen. Directe factoren (o.a. situaties met een hoog risico en copingvaardigheden) als ook indirecte factoren (zoals leefstijlfactoren) kunnen bijdragen aan het ontstaan van terugval (Larimer, Palmer & Marlatt, 1999). Een veronderstelling is dat individuen controle hebben over hun gedrag. Voor het voorkomen van terugval is het cruciaal om de cirkel te doorbreken met behulp van adequate copingstrategieën, copingvaardigheden en self-efficacy.

Op basis van het terugvalpreventiemodel hebben Van Beek en Mulder (1991, 1992) een delictscenario ontwikkeld. Hierbij gaat het om een beter leren omgaan met situaties met een verhoogd risico door het leren herkennen van uitlokkende factoren en het aanleren van betere zelfcontrole technieken.

Het *SORC-model* (Situatie Organisme Reactie Consequenties), is een cognitief-gedragstherapeutisch model, o.m. beschreven door Goldfried en Sprafkin in 1976 (in Kenny, Alvarez, Donohue & Winick, 2007). De veronderstelling van dit model is dat personen niet reageren op de kenmerken van een situatie, maar op hun eigen gedachten over en interpretaties van de situatie (Terstegen et al., 1998). Met dit model kan een gedragsanalyse gemaakt worden van de situaties, gedachten en interpretaties die het gedrag uitlokken, evenals de consequenties van het gedrag, die het in stand houden. De oorzaak van het gedrag wordt gezocht en beïnvloed. Het grensoverschrijdende gedrag van de cliënt wordt verworpen, maar de cliënt zelf wordt gerespecteerd. De cliënt moet alternatief gedrag leren en de therapeut biedt hier mogelijkheden toe. De behandeling is afgestemd op de ervaringen van de cliënt en zijn leermogelijkheden. De cliënten leren hun gedrag beter te begrijpen en te controleren.

Het *pathway model (PWM)* is gebaseerd op de zelf-regulatietheorie, en kan gebruikt worden als een apart model voor cognitieve herstructurerings-interventies (Ward, 2003). Het PWM impliceert dat er vier verschillende paden zijn die leiden tot grensoverschrijdend gedrag, gerelateerd aan verschillende plegertypes. Zelfregulatie betekent monitoren, evalueren, selecteren en modificeren van gedrag om persoonlijke doelen te bereiken. Kennis van de plegercyclus is belangrijk; een zichzelf herhalend proces van omstandigheden en gedachten die leiden tot het seksueel grensoverschrijdend gedrag en het in stand houden hiervan. In dit model bestaat de plegercyclus uit negen fasen, en op alle momenten kan de pleger door middel van copingresponsen interveniëren (Keeling & Rose, 2005; Ward & Gannon, 2006). In de behandeling kunnen de negen fasen gebruikt worden, maar een

gecomprimeerd model van vier fasen wordt eveneens toegepast. De veronderstelling van het vierfasen-model is dat het grensoverschrijdende gedrag veroorzaakt wordt door disfunctioneel denken. Tijdens de behandeling worden deze gedachten uitgedaagd en vervangen door alternatieve gedachten (Ward, 2003). Inzicht in de patronen die het eigen gedrag kenmerken is noodzakelijk, daarom wordt systematische aandacht in het model aan de plegercyclus besteed.

Het *sociale vaardigheidsmodel*, een combinatie van terugvalpreventie en het versterken van sociale competenties, is ontwikkeld door Haaven en collega's (Haaven, Little & Petre-Miller, 1990; O'Connor, 1996; ten Hag, 2005; van den Berg & van Beek, 2006). De behandeling bestaat uit drie fasen: oriëntatie (60-90 dagen), klinische behandeling (9-36 maanden) en transitie behandeling (6-9 maanden). Nazorg van 12-14 maanden completeert het programma. De focus van het programma is gericht op het afbreken van de 'oude ik' (de pleger) en het ontwikkelen van een 'nieuwe ik', de persoon die hij wil zijn. De individuele behandeling is ingebed in een therapeutische gemeenschap. De benadering is veelzijdig en eclecticisch. In de eerste fase leren de cliënten de regels, wennen aan de groep en de staf en tonen hun competenties op het gebied van algemene levensvaardigheden. Tijdens de klinische opname vindt de transformatie van 'oude' naar 'nieuwe ik' plaats, met behulp van o.a. sociale vaardigheidstraining, assertiviteitstraining en het aanleren van probleemoplossende vaardigheden, agressieregulatie, seksuele voorlichting en het omgaan met seksuele misinterpretaties. Cognitieve herstructurering en het aangaan van relaties maken ook deel uit van deze fase. De overgangsfase (transitie) start in de kliniek met het plannen van het ontslag en uiteindelijk met het afronden van het programma (Haaven et al., 1990).

Het *Good Lives Model-Comprehensive (GLM-C)* is een oplossingsgericht model (Ward & Gannon, 2006; Ward, Mann & Gannon, 2007). De aanname in dit model is dat het gebrek aan mogelijkheden om doelen op een acceptabele manier te bereiken de oorzaak is van het grensoverschrijdende gedrag. De beste manier om het risico op terugval te verminderen is de cliënt een meer betekenisvol leven te laten leiden. De behandeling is gericht op het kiezen van individuele behandeldoelen door de cliënt, het beschrijven van competenties van de cliënt en de cliënt de benodigde vaardigheden leren voor het leiden van het gewenste leven in de nabije toekomst. De cliënt bepaalt zelf zijn behandeldoelen, dit motiveert meer dan doelen gesteld door een therapeut. De therapeut stimuleert de cliënt zijn doelen te bereiken en risico's worden zorgvuldig

afgewogen. Het is een groepsprogramma, zodat de cliënten steun en herkenning vinden bij elkaar. Ward, Mann en Gannon (2007) hanteren zeven modules in het GLM-C model: (1) vaststellen van therapieregels, (2) gedragsanalyse en cognitieve herstructurering, resulterend in een plan, (3) omgaan met deviante opwindings met gebruik van gedragsinterventies, (4) hertraining slachtofferempathie, (5) affectregulatie, (6) training sociale vaardigheden en probleemoplossende vaardigheden, en (7) terugvalpreventie.

Het *GG6-model* betreft een behandelprogramma voor grensoverschrijdend gedrag in zes fasen (Grijpma & Spanjaard, 2004): kennismaking en beeldvorming (1); vertrouwen en confrontatie (2); versterken van competenties, vaardigheden en gevoelens (3); bewustwording en terugvalpreventie (4); toepassen in dagelijks leven (5); evaluatie en nazorg (6). Het model is ontwikkeld in 1993, het werkboek geschreven in 1998 en herzien in 2004 (Grijpma & Spanjaard, 2004). Het model is gebaseerd op elementen uit verschillende andere theorieën en modellen. 'No cure, but care and control' is het uitgangspunt en de oorzaak van het gedrag is multicausaal. Daarom dient de behandeling eclectisch te zijn. De behandeling bestaat uit (cognitieve) gedragstherapie, psychomotorische therapie, dramatherapie, onderdelen van terugvalpreventie en indien nodig medicatie. Het sociale systeem van de cliënt is betrokken bij de behandeling en de delictketen is het uitgangspunt voor het identificeren van risicofactoren, misconcepties en vaardigheidstekorten (Grijpma & Spanjaard, 2004).

De grondlegger van specifieke behandelprogramma's voor plegers met een verstandelijke beperking is Haaven. Andere theoretische modellen zijn veelal hierop gebaseerd.

De theoretische modellen zijn (cognitief) gedragstherapeutisch van aard. Het aanleren van vaardigheden en uitdagen van gedachtevormingen staat op de voorgrond. De modellen richten zich op terugvalpreventie, waarbij de delictketen het aanknopingspunt vormt. De principes van Good Lives vormen steeds vaker een belangrijk (motiverend) onderdeel van een programma. Terugvalpreventie is gericht op vermijdingsdoelen (dit wil ik niet meer en wat moet ik niet doen om dat te bereiken) en Good Lives op toenaderingsdoelen (wat wil ik bereiken en hoe kan ik dit realiseren). Farmacologische interventies kunnen onderdeel uitmaken van de behandeling (Lambrick & Glaser, 2004; Ashman & Duggan, 2007; Van Oeckel, 2007).

Onderzoeksdesign en procedure

Het onderzoek is kwalitatief en beschrijvend. Eerst is een inventarisatie gemaakt van zorginstellingen, die

mogelijk een programma zouden kunnen bieden. Zorginstellingen voor mensen met een verstandelijke beperking, instellingen in de geestelijke gezondheidszorg en justitiële instellingen werden geïnventariseerd. Verwijzingen naar Nederlandse zorginstellingen met een behandelprogramma voor LVB-plegers werden gezocht in de literatuur. Pubmed gaf beperkte resultaten. Zoekmachines zoals Google en Google scholar gaven wel verwijzingen naar zorginstellingen. Deskundigen uit het veld werden benaderd via e-mail met de vraag of zij zorginstellingen konden noemen met een dergelijk programma. Tijdens de interviews werd gebruikt gemaakt van de 'sneeuwbalmethode'; de respondenten werd aan het einde van het interview gevraagd of zij nog aanvullingen hadden op de lijst met zorginstellingen. In totaal werden op deze wijze 31 instellingen gevonden. Deze instellingen werden telefonisch of via e-mail benaderd met de vraag of zij inderdaad een behandelprogramma voor LVB-plegers van seksueel grensoverschrijdend gedrag aanboden en wie de contactpersoon (behandelcoördinator, ontwikkelaar, uitvoerend medewerker) voor dit behandelprogramma was. Dit resulteerde in een lijst van 17 instellingen met een behandel aanbod. De tweede stap bestond uit het benaderen van de contactpersonen (respondenten) met de vraag of zij wilden meewerken aan het onderzoek. Eén instelling kon door organisatorische omstandigheden niet meewerken; in totaal participeerden 16 instellingen. Gegevens van twee instellingen kwamen te vervallen omdat zij geen gestandaardiseerd programma aanboden. Bij drie aan het onderzoek deelnemende instellingen werd met twee respondenten gesproken. Dit maakt een totaal van 17 respondenten met een verschillende achtergrond: orthopedagoog (5x), psycholoog/psychotherapeut (5x), verpleegkundige of sociaal pedagogisch hulpverlener (3x), non-verbaal therapeut (2x), psychiater (1x) en een manager (1x). De relatie van de geïnterviewden met het programma kon verdeeld worden in ontwikkelaar en uitvoerder (9x), uitvoerder (4x), ontwikkelaar en coördinator (2x) of coördinator (2x).

De interviews (50-100 minuten) waren semistruktuuriseerd, waarbij gebruik werd gemaakt van een checklist. De checklist omvatte drie hoofdonderwerpen: het programma (o.a. inhoud, inclusie- en exclusiecriteria, betrekken van het systeem van de cliënt bij het programma), theoretische modellen en ervaringen met het programma (o.a. knelpunten, positieve ervaringen en 'hot items'). Na het eerste interview waar twee respondenten aan deelnamen werd de checklist aangepast en deze versie werd gedurende de verdere interviews gehanteerd.

Resultaten

De resultaten zijn uitgesplitst naar de deelonderwerpen van de interviews; de behandelprogramma's, de onderliggende theoretische modellen en de ervaringen met de programma's. De 14 zorgaanbieders waarvan de resultaten hieronder worden vermeld zijn:

Noordwest Nederland

| | |
|-----------|---------------------------|
| Amsterdam | Amsta, De Kleine Johannes |
| Almere | De Waag |

Noordoost Nederland

| | |
|-----------|-------------------|
| Assen | GGZ Drenthe, AFPN |
| Boschoord | Hoeve Boschoord |
| Balkbrug | FPC Veldzicht |

Zuidwest Nederland

| | |
|------------|-----------------------------|
| Poortugaal | Delta Psychiatrisch Centrum |
| Sliedrecht | ASVZ Zuid-West, Merwebolder |
| Halsteren | GGZWNB |

Midden Nederland

| | |
|------------|------------------------|
| Borne | AveleijnSDT |
| Den Dolder | R.I.J. Den Engh |
| Zutphen | Hanzeborg - Trajectum |
| Nijmegen | KAIROS-Pompestichting |
| Ermelo | Kwadrant, 's Heerenloo |
| Rekken | Rentray |
| Deventer | Tender-Oldenkotte |

Zuidoost Nederland

| | |
|--------|---------------|
| Venray | Rooyse Wissel |
| Venray | Dichterbij |

Behandelprogramma's in Nederland

Terugvalpreventie werd door alle respondenten benoemd als het voornaamste behandeldoel.

Indirecte preventie door het aanpakken van sociale problemen, die fungeren als uitlokkende factoren voor het delictgedrag, werd door twee respondenten als secundair doel genoemd. De realisatie van externe controle (drie respondenten) en het ontwikkelen van competenties en vaardigheden al dan niet in combinatie met het versterken van het zelfvertrouwen (acht respondenten) werden eveneens als secundaire doelen gezien.

De combinatie van een lichte verstandelijke beperking en seksueel grensoverschrijdend gedrag is het belangrijkste criterium voor inclusie. Slechts twee zorgaanbieders richten zich expliciet op personen met een IQ tussen 50/55 en 70. De andere zorgaanbieders hanteren deze grenswaarden niet zo strikt. Deze organisaties laten ook personen met een IQ tot 80 of zelfs 90

toe. Als zij groepstherapie aanbieden wordt er geen verschil gemaakt tussen deze twee categorieën. Personen met een LVB nemen deel aan dezelfde groep als zwakbegaafde personen, met uitzondering van één instelling die dit onderscheid wel maakt en de werkmethode aanpast aan het niveau van de cliënten.

Leeftijd is een criterium voor inclusie bij drie zorgaanbieders die gericht zijn op personen van 12 tot 22/23 jaar. De andere 11 zorgaanbieders richten zich op personen van 18 jaar en ouder. Soms worden aanvullende criteria gebruikt, bijvoorbeeld voldoende externe controle (drie respondenten). Bij een zorgaanbieder werd een pervasieve ontwikkelingsstoornis als criterium voor inclusie gebruikt, terwijl dit bij de andere instellingen een contra-indicatie was.

Als contra-indicaties werden verder genoemd: complexe psychiatrische problemen zoals depressie, of psychose (elf respondenten), verslaving (zeven respondenten), een te laag niveau van functioneren (vier respondenten) en motivationele problemen (drie respondenten). Ontkenning van het delict (twee respondenten), te weinig groepsvaardigheden (twee respondenten) en acting-out gedrag (twee respondenten) werden eveneens genoemd. Bij twee zorgaanbieders werden geen contra-indicaties gehanteerd. Tot op heden hebben alleen mannelijke plegers deelgenomen aan de behandelprogramma's.

De sectoren waar de zorgaanbieders toe behoren en de kenmerken van de behandelprogramma's staan vermeld in tabel 1. Er werden 17 zorgaanbieders gevonden en 14 hiervan boden een gestandaardiseerd programma aan. Deze 14 kunnen verdeeld worden in drie categorieën: instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking (vier zorgaanbieders), instellingen in de geestelijke gezondheidszorg (vijf zorgaanbieders) en justitiële inrichtingen (vijf zorgaanbieders).

Vijf zorgaanbieder bieden een klinisch programma; cliënten verblijven gedurende de duur van hun therapie binnen de instelling. Een ambulante programma wordt aangeboden door zeven zorgaanbieders. De cliënt komt een of meerdere keren per week naar de instelling. Een van de organisaties met een ambulante programma is een klinisch programma aan het ontwikkelen. In de nabije toekomst wil deze instelling beide types aanbieden. Dit is al het geval bij twee zorgaanbieders, die zowel een klinisch als ambulante programma verzorgen. De meerwaarde van een klinische behandeling is de continuïteit van zorg. De verpleegkundigen en sociaal pedagogisch hulpverleners continueren de therapie op de afdeling. Bij twee instellingen wordt dit toegepast. Bij de andere vijf zorgaanbieders is er wel een klinische opname, maar zijn het plegerprogramma en het dagelijks leven op de afdeling onafhankelijk

Tabel 1. Kenmerken van zorgaanbieders: programma, deelname, type, groepsgrootte en groepsvorm

| Zorgaanbieder | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 ¹ | 9 ² | 9 ³ | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
|-----------------------|-----|---|---|---|---|-----|---|---|----------------|----------------|----------------|----|-----|-----|-----|----|
| Type aanbieder | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ZVB | x | x | x | x | | | | | | | | | | | | |
| GGZ | | | | | x | x | x | x | x | x | x | | | | | |
| Jl | | | | | | | | | | | | x | x | x | x | x |
| Programma | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ambulant | x | x | | | x | | x | x | x | x | x | | | | | x |
| Klinisch | | | | x | | | | | | | | x | x | x | x | |
| Beiden | | | x | | | x | | | | | | | | | | |
| Deelname | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vrijwillig | | | | | | | | | | | | | x | x | | x |
| Verplicht | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Beiden | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | | | x | | x |
| Type therapie | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Groepstherapie | x | | x | | x | x | x | x | | x | x | x | x | x | | x |
| Individueel | | x | | | | | | | x | | | | | | | |
| Beiden | | | | x | | | | | | | | | | | x | |
| Groepsgrootte | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 4-6 | - | 6 | 4 | 7 | 6-8 | 6 | 6 | - | 6 | 6 | 6 | 4-5 | 4-5 | 4-5 | 8 |
| Groepsvorm | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Gesloten groep | | - | | x | | x | x | x | | x | | | x | | x | |
| Open groep | | | x | | x | | | | | | x | | | | | x |
| Combinatie | x | | | | | | | | | | | | | x | | |
| Gesloten modules | | | | | | | | | | | | x | | | | |

Om de anonimiteit van de verschillende zorgaanbieders en respondenten te kunnen waarborgen is de volgorde van nummering (1-14) willekeurig. Bij een GGZ-zorgaanbieder is het aanbod verdeeld in ¹)individueel; ²)poliklinisch; ³)deeltijd

ZVB: zorgaanbieder voor mensen met een verstandelijke beperking

GGZ: geestelijke gezondheidszorg

Jl: justitiële inrichting

-) niet van toepassing

van elkaar.

Bij drie gesloten justitiële inrichtingen wordt het programma als een opgelegde maatregel gevolgd na veroordeling door de rechter. De andere instellingen bieden het programma aan op zowel verplichte als vrijwillige basis (elf zorgaanbieders).

De meeste zorgaanbieders bieden groepstherapie aan (tien respondenten). De meerwaarde hiervan is volgens de respondenten de herkenning. De cliënt herkent zijn eigen problemen bij zijn groepsgenoten, heeft het gevoel tot een groep te behoren welke een veilige plaats is waar het verhaal vertelt kan worden zonder geconfronteerd te worden met vooroordelen. De groep functioneert ook als motiverende en ondersteunende factor en is een plaats waar cliënten van elkaar kunnen leren als het bijvoorbeeld gaat om sociale vaardigheden.

Groepstherapie kan worden aangeboden in zogenaamde gesloten of open groepen. Een gesloten groep maakt gebruik van een gestandaardiseerd en voorgeschreven programma bestaande uit een aantal sessies. De groep start en eindigt met dezelfde leden, met uitzondering van drop-outs. Een open groep is gebaseerd

op het principe dat cliënten de groep op ieder willekeurig moment kunnen verlaten, waarna nieuwe cliënten toetreden. Dit type groepstherapie wordt aangeboden door drie zorgaanbieders. Zes zorgaanbieders werken met gesloten groepen en een biedt het programma aan in zowel een open als gesloten groep. Twee zorgaanbieders combineren het programma; een deel vindt plaats in een gesloten groep en andere elementen van het programma worden gevolgd in een open groep. Een zorgaanbieder werkt met een klinisch programma bestaande uit verschillende modules. Cliënten nemen deel aan deze modules in wisselende samenstelling. De modules zelf maken gebruik van gesloten groepen.

De groepsgrootte varieert van vier tot acht leden. Een groep van zes personen werd het meest genoemd (vier respondenten). Van twee zorgaanbieders is bekend dat zij ongeveer 15 cliënten per jaar in behandeling hebben gehad. Van de overige zorgaanbieders beschikten de respondenten niet over deze gegevens.

De meeste respondenten gaven aan dat het belangrijk is voor de therapie als de therapeuten/trainers van het andere geslacht zijn (12 respondenten). De meer-

waarde van de man-vrouwcombinatie is het kunnen fungeren als rolmodel. Het is een reflectie van de maatschappij en gezinnen, en sommige plegers moeten leren vrouwen te respecteren. Het programma biedt de mogelijkheid om hiermee te oefenen. Daarnaast kunnen cliënten het als prettig ervaren wanneer zij kunnen kiezen of ze een bepaalde vraag aan een man of aan een vrouw willen voorleggen. Ondanks de voordelen gaven de respondenten aan dat het niet altijd mogelijk is dit te realiseren ten gevolge van organisatorische problemen.

De verschillende zorgaanbieders hebben allen hun programma samengesteld uit verschillende elementen, zoals cognitieve therapieën, non-verbale therapieën en/of farmacologische therapie (zie overzicht tabel 2).

Alle veertien zorgaanbieders hebben de delictscenariomethode als onderdeel opgenomen in het programma. Seksuele voorlichting is standaard in het behandelprogramma opgenomen bij zeven zorgaanbieders, sociale vaardigheidstraining bij vijf aanbieders en assertiviteitstraining bij twee zorgaanbieders. De toepassing van non-verbale elementen is zeer divers. De genoemde therapieën zijn psychomotore therapie, creatieve therapie, muziektherapie en dramatherapie. Daarnaast wordt er bij sommige aanbieders een week-evaluatie gehouden (zeven aanbieders) en bij een instelling een voorbereiding op de volgende week. Het gebruik van libidoremmende medicatie als farmacologi-

sche therapie wordt gezien als een optie bij dertien zorgaanbieders. Het wordt alleen toegepast indien nodig en is geen standaard onderdeel van het programma.

Naast therapie- en trainingsonderdelen kan ook een aantal additionele mogelijkheden en kenmerken genoemd worden. Bij vier zorgaanbieders werkt de cliënt aan een zogenaamde SOS-kaart. Deze kaart, met het formaat van een bankpasje, bevat informatie over hoge risicosituaties en de acties die in een dergelijk geval moeten worden ondernomen. Er staan ook telefoonnummers op van personen, die belangrijk zijn voor de cliënt en die hem in een risicovolle situatie kunnen ondersteunen. Een aanbieder maakt gebruik van een focuskaart, waarop informatie staat over wie de cliënt wil zijn/worden (de 'nieuwe ik'). Een zorgaanbieder bood de mogelijkheid aan van het volgen van een intimiteitstraining. Tijdens deze training worden vaardigheden geleerd gerelateerd aan intimiteit en seksualiteit, door fysiek contact met een therapeut (van den Berg-Lotz, le Grand, Kriek, Verhagen, 2002). De intimiteitstraining werd ten tijde van het schrijven van dit artikel niet meer aangeboden. Deze vorm van therapie werd door de zorgaanbieder als discutabel benoemd. Agressieregulatie training is mogelijk bij een zorgaanbieder.

Om de personen met wie de cliënt een significante en/of relevante relatie heeft aan te duiden, wordt de term 'systeem' gebruikt. Dit kunnen gezinsleden, fa-

Tabel 2. Inhoud van de behandelprogramma's

| Zorgaanbieder | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 ¹ | 9 ² | 9 ³ | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
|-----------------------------------|---|---|---|----|---|---|---|----|----------------|----------------|----------------|----|----|----|----|----|
| Delictscenario | A | A | A | A | A | A | A | A | A | A | A | A | A | A | A | A |
| Seksuele voorlichting | D | | B | A* | B | A | A | A* | | A | A | A | A | A | C | D |
| Sociale vaardigheidstraining | D | | B | A* | B | A | A | A | | B | A | | C | A | C | D |
| Assertiviteitstraining | D | | | D | | | | | | A | A | | | | | |
| Psychomotore therapie | | A | | A | A | A | A | A | | | A | E | E | A | | |
| Creatieve therapie | | | | | A | D | A | | | | A | | | | | D |
| Muziektherapie | | | | | | A | | | | | | | E | | | |
| Dramatherapie | A | | | A | | | A | A | | | | | E | A | | |
| Week-voorbereiding | | | A | A | A | | A | | | | | | A | | A | A |
| Weeknabespreking | | | | | A | | | | | | | | | | | |
| Farmacologische therapie mogelijk | J | J | J | J | J | J | J | J | J | J | J | J | J | J | N | J |
| Intimiteitstraining | | | | | | | | | | | | | | J | | |
| Agressie-regulatietraining | | | | J | | | | | | | | | | | | |
| Focuscard | | | | J | | | | | | | | | | | | |
| SOS-card | | | | | | | J | J | | | | | J | | J | |
| Prostituee bezoek mogelijk | | | | | | J | | | | | | | | | | |
| Onderdeel algemeen programma | | | | | | | | | | | | | J | J | | |

Nummering zorgaanbieders zie legenda tabel 1.

- A: ja, standaard deel programma (*= start na 6 maanden)
 B: ja, in andere delen programma (thema's)
 C: standaard deel algemeen programma afdeling
 D: nee, op indicatie of aanvraag
 E: in de toekomst
 J: Ja
 N: Nee

milieleden, vrienden, hulpverleners of personen van school of werk zijn. Dertien respondenten beschouwen het betrekken van het systeem bij de behandeling als een noodzakelijk en onmisbaar onderdeel van het programma. Een zorgaanbieder neemt alleen contact op met het systeem als dit nodig is. Van de bovengenoemde dertien, laten twee zorgaanbieders het systeem echt deel uitmaken van het programma. Bij vier zorgaanbieders is de frequentie van contact met het systeem helder omschreven. De eerste doet twee huisbezoeken, heeft tien gesprekken en het systeem is aanwezig bij twee presentaties van de cliënt. Naast deze contacten neemt de cliënt een notitieboek mee naar huis om de communicatie tussen systeem en hulpverleners te ondersteunen. De tweede zorgaanbieder nodigt de ouders elke drie maanden uit voor een overleg en de ouders zijn aanwezig bij de presentatie van de cliënt aan het einde van het programma. De derde zorgaanbieder legt een huisbezoek af, het systeem is aanwezig bij presentaties en er is een notitieboek ten behoeve van de communicatie en telefonisch contact. De vierde aanbieder organiseert drie bijeenkomsten met het systeem en heeft frequent telefonisch contact. De overige zorgaanbieders benoemen het contact als zijnde belangrijk tot essentieel, maar hebben geen beleid of protocol ontwikkeld voor het arrangeren van structureel contact.

De frequentie en duur van zowel behandeling als nazorg verschilt per zorgaanbieder. Een overzicht hiervan wordt gepresenteerd in Tabel 3.

De frequentie per week varieert van minimaal 60-90 minuten tot een programma wat volledig verweven is met het dagelijks leven en de 24-uurszorg. De duur van de behandelprogramma's varieert van 12 maanden tot 60 maanden (TBS met mogelijke verlenging). Ook de nazorg is divers vormgegeven (standaard of naar behoefte van de cliënt) of nog in ontwikkeling.

Theoretische modellen

In dit onderzoek zijn de algemene pedagogische theorieën buiten beschouwing gelaten. De vraag was welke theoretische modellen voor de behandelprogramma's als uitgangspunt gehanteerd werden. Sommige zorgaanbieders gebruikten één theoretisch model als uitgangspunt, anderen combineerden modellen (zie tabel 4). Vier zorgaanbieders hebben hun programma gebaseerd op het terugvalpreventiemodel van Marlatt (aangepast door Pithers). Twee zorgaanbieders op het delictscenario van Van Beek en Mulder (1991; 1992), gebaseerd op het terugvalpreventiemodel. Het SORC-model wordt door een zorgaanbieder gebruikt en ook de methode van Ward, de 'de plegercyclus' (Ward, 2003), wordt eenmaal genoemd. Het terugvalpreventiemodel (Marlatt) wordt ook gecombineerd met de principes van Ward en Haaven et al. (1990). Dit werd tweemaal genoemd en de combinatie van Marlatt en Ward eenmaal. De combinatie van Good Lives (Ward et al., 2007) en Haaven werd door een zorgaanbieder gebruikt. Een zorgaanbieder heeft zijn eigen theoretische model ontwikkeld (Grijpma & Spanjaard, 2004). Dit model is overgenomen door een andere zorgaanbieder,

Tabel 3. Frequentie en duur van behandeling en nazorg

| Zorgaanbieder | Frequentie per week | Duur behandeling | Frequentie nazorg | Duur nazorg |
|---------------|---|------------------|------------------------|--------------------|
| 1 | 1x therapie 90 min.; 1-3x training 60-90 min. | 21 maanden | 1x per 4-6 weken | 6 maanden |
| 2 | Afhankelijk van cliënt | 21 maanden | 1x per 3 maanden | * |
| 3 | 1 dagdeel | 15 maanden | 1x in totaal | Na 3-6 maanden |
| 4 | 2x 60-90 min. | 15 maanden | 6x in totaal | 2 jaar |
| 5 | 1 dag | 30 maanden | Afhankelijk van cliënt | * |
| 6 | 1 of 2 dagdelen, wisselend om de week | 18 maanden | * | In toekomst 1 jaar |
| 7 | 2 dagen, na 9 maanden 1 dag per week | 24 maanden | Elke 3 maanden | 1 jaar |
| 8 | 1½ dag per week, afnemend naar ½ dag | 12 maanden | * | * |
| 9 | ²⁾ 1x 90 min. | 12 maanden | Elke 1-3 maanden | * |
| 10 | 1x 60-90 min. | 60 maanden | * | * |
| 11 | 1x therapie 90 min; 1x training 60-90 min | 24 maanden | * | 6 maanden |
| 12 | Onderdeel van dagelijks programma | 30 maanden | * | * |
| 13 | 1x 90 min. | 18 maanden | * | 3 maanden |
| 14 | 1x 90 min. | 18 maanden | Afhankelijk van cliënt | * |

Nummering zorgaanbieders zie legenda tabel 1.

*) onbekend bij of onduidelijk voor de respondent c.q. nog niet definitief vastgesteld

2) ambulante groepstherapie

Tabel 4. Theoretische modellen van behandelprogramma's

| Zorgaanbieder | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
|-------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|
| Terugvalpreventie (Marlatt/Pithers) | x | | | | x | | x | x | x | | x | x | | |
| Delictscenario (van Beek en Mulder) | | | x | | | | | | | | | | | x |
| SORC-model | | x | | | | | | | | | | | | |
| Plegercyclus, PWM (Ward) | | x | | | | | | | | x | | x | x | |
| Good Lives (Ward) | | | | | | | | x | | | | | | |
| Oude en nieuwe ik (Haaven) | | | | | | | | x | x | | | x | x | |
| GG6 (Grijpma & Spanjaard) | | | | x | | x | | | | | | | | |

Nummering zorgaanbieders zie legenda tabel 1.

maar volgens de respondent wordt het model gecombineerd met eigen werkwijzen.

Ervaringen met de behandelprogramma's

De respondenten hebben diverse positieve en negatieve ervaringen met hun programma opgedaan. Deze zijn te verdelen in meer algemene ervaringen, knelpunten, effectiviteit van behandelprogramma's en zogenaamde 'hot items', relevante onderwerpen die in het kader van de doelgroep en behandeling aandacht behoeven.

Gedeelde ervaringen

Externe controle is volgens bijna alle respondenten van belang in het kader van terugvalpreventie. Cliënten zijn niet tot nauwelijks in staat om adequate interne controle over hun gedrag te verkrijgen. Hierdoor komt een forse verantwoordelijkheid bij het systeem van de cliënt te liggen.

Een andere ervaring heeft betrekking op de diversiteit aan kenmerken van de cliënten. De cliënten verschillen van elkaar wat betreft het niveau van cognitief functioneren, de leeftijd (adolescenten en jongvolwassenen versus mannen van 50 jaar en ouder) en het type grensoverschrijdend gedrag. Binnen het behandel aanbod wordt geen rekening gehouden met de verschillen tussen cliënten. Slechts één instelling heeft een onderscheid aangebracht tussen groepen voor cliënten met een hoger of met een lager niveau van cognitief functioneren, en één andere instelling plaatst oudere en jongere mannen in verschillende groepen. Veel cliënten vinden het in het begin moeilijk om aan het programma deel te nemen en toe te treden tot de groep, deze angst wordt snel overwonnen. De meeste cliënten zijn gemotiveerd en nemen actief deel aan het programma. De attitude van de therapeuten en trainers, welke kan worden omschreven als warm, serieus, oprecht luisterend en vooral gericht op het afkeuren van seksueel grensoverschrijdend gedrag, maar daarnaast op het accepteren van de cliënt als persoon kan een van de verklaringen hiervoor zijn. Het aanbieden van een veilige leeromgeving waar cliënten kun-

nen praten over hun grensoverschrijdende gedrag is voor de meeste cliënten een nieuwe ervaring.

Volgens de respondenten is het gebruik van visualisatie en het hanteren van verschillende werkwijzen (zowel verbale als non-verbale therapieën) noodzakelijk voor het bereiken van zoveel mogelijk cliënten.

Knelpunten

Tijdens de uitvoering van het behandelprogramma werden knelpunten ervaren.

Cliëntgerelateerde factoren werden het meest genoemd (dertien respondenten); angst bij de start van het programma, zwijgen tijdens de behandeling, het niet of onvoldoende bereiken van interne controle en inzicht in het eigen gedrag, en het geven van sociaal wenselijke antwoorden tijdens de therapie wat de risicobeoordeling beïnvloedt. Voor sommige cliënten is de vertaling van de therapie naar het dagelijks leven moeilijk. Het seksueel grensoverschrijdend gedrag is alleen een onderwerp van gesprek tijdens de therapie en wordt ontkend in andere situaties. Hulpverleners van de andere instellingen kunnen een belangrijke ondersteunende rol vervullen voor cliënten bij het maken van deze vertaling, doch dit gebeurt niet altijd.

Systeemgerelateerde factoren werden elf keer als knelpunt genoemd, zoals het onvermogen om gebalanceerde zorg te bieden. Hulpverleners van de andere instellingen zijn of te controlerend of geven de cliënt juist teveel vrijheden. De hulpverleners vinden het lastig om de adviezen van de therapeuten op te volgen of door wisseling van het personeel verdwijnen de adviezen naar de achtergrond. Deze punten hebben een negatieve invloed op het gedrag van de cliënt, aldus de geïnterviewden. Het risico op terugval zal daardoor toenemen. Andere systeemgerelateerde factoren zijn het uit zicht raken van cliënten, het niet meewerken aan de behandeling door het netwerk van de cliënt en teams, die veroordelen of bagatelliseren.

De inhoud van het programma is volgens vier respondenten een zorgpunt en dan vooral het gebrek aan visualisatie. Te weinig wordt gewerkt met methodes om zaken in de behandeling op een visuele manier

begrijpelijk te maken voor de cliënten. Het plannen van de behandeling is volgens drie respondenten een probleem. Dit wordt veroorzaakt door te weinig aanmeldingen, het werken met gesloten groepen waardoor tussentijds instromen niet mogelijk is en de ambulante planning voor cliënten, die nog gewoon werken. Twee keer werden het ontbreken aan methodische en systematische cliëntenzorg, het ontbreken van voldoende randvoorwaarden en het uit het zicht verdwijnen van cliënten na behandeling expliciet als knelpunt genoemd.

Effectiviteit van behandelprogramma's

Systematisch onderzoek naar effectiviteit van programma's heeft tot op heden niet of nauwelijks plaats gevonden. Van slechts één onderzoek zijn resultaten bekend over terugval. In dit onderzoek werd op basis van politierapporten een terugval van 27,4% gevonden bij plegers met een verstandelijke beperking na een intensieve poliklinische behandeling (van Horn & Kusters, 2007). Overige gegevens over terugval tijdens of na behandeling zijn voornamelijk gebaseerd op informele informatie, verkregen via contact met andere zorginstellingen of de cliënten zelf. Een respondent hield zelf een overzicht bij van terugval van de leden van de behandelgroep. Deze respondent vond een terugval van 23%, inclusief terugval tijdens de behandeling. De overige 13 instellingen hadden geen cijfers beschikbaar. Deze respondenten gaven aan dat terugval onbekend was of zelden plaatsvond, maar deze conclusies waren gebaseerd op informele contacten en incomplete data.

'Hot items'

Door de respondenten werden verschillende 'hot items' benoemd. Het niet melden van seksueel grensoverschrijdend gedrag bij de politie is een zeer belangrijk punt van aandacht. Acht respondenten gaven aan dat dit zeer uitzonderlijk gebeurt. Zorginstellingen willen geen aangifte of melding doen, omdat zij bang zijn voor de consequenties hiervan voor hun reputatie. Een andere reden voor het achterwege laten van een melding is de opvatting dat het probleem zichzelf zal oplossen als de pleger overgeplaatst wordt naar een andere groep of locatie. Ook gebeurt het dat het team het gedrag niet als probleem erkent en het benoemt als kinderlijk en onschuldig gedrag, met het uitblijven van de aangifte als gevolg.

Een consequentie van het niet doen van aangifte of niet melden van grensoverschrijdend gedrag is dat plegers hun gedrag (kunnen) continueren. Als er wel aangifte gedaan wordt zou een behandeling eerder kunnen starten en verdere vergrijpen zouden wellicht

voorkomen kunnen worden.

Zeven respondenten noemden onbekendheid met de bestaande behandel mogelijkheden als hot item. Organisaties, met name in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking, en justitie zijn niet goed op de hoogte van het bestaan van behandelprogramma's en of van de locaties waar behandelingen worden aangeboden.

Het belang van het beschikken over voldoende gekwalificeerd personeel voor mensen met een verstandelijke beperking werd samen met de instellingscultuur door zes respondenten benoemd. Medewerkers handelen doorgaans conform de heersende visie waarbij verantwoordelijkheden bij de cliënt worden gelegd en autonomie het leidend principe is, aldus zes respondenten. Zij waren van mening dat dit inderdaad belangrijk is, maar dat dit niet volledig nageleefd kan worden bij deze doelgroep. Als het goed gaat met de cliënt en er is geen sprake van terugval, dan moeten medewerkers zich realiseren dat dit mede een gevolg kan zijn van de geboden structuur. Het risico op terugval zal toenemen indien een cliënt meer vrijheden krijgt en het toezicht door hulpverleners vermindert.

In het geval van aangifte is de afhandeling door politie onvoldoende toereikend. Justitie lijkt moeite te hebben met het beoordelen van deze cliënten en hun grensoverschrijdende gedrag. Dit werd door zes respondenten genoemd. Ook werd door zes respondenten gewezen op het problematische karakter van effect studies. Cliënten raken uit het zicht na behandeling, waardoor gegevens ontbreken. Daarnaast ontbreekt het doorgaans aan een controlegroep en is onbekend of recidive hetzelfde type grensoverschrijdend gedrag betreft. Een ander belangrijk aandachtspunt is de moeilijkheidsgraad van overplaatsing van cliënten na behandeling, dit werd vijf keer genoemd. Er zijn te weinig plaatsen bij gekwalificeerde instellingen. En als de instelling de zorg wel kan bieden, dan is er een wachtlijst of de instelling weigert de cliënt op basis van bijvoorbeeld angst voor de aangemelde cliënt. Door vijf respondenten werd aangegeven dat de onbekende prevalentie eveneens een relevant item is. Iedereen heeft het over 'het topje van de ijsberg', maar dit wordt niet empirisch onderbouwd. Door eveneens vijf respondenten werden randvoorwaarden genoemd. De bekostiging is gewijzigd door de komst van DBC's en het regionale en lokale vervoer is geen of onvoldoende onderdeel meer van het verzekeringspakket. Hierdoor zijn sommige cliënten niet in de gelegenheid om naar de bijeenkomsten te komen. Deze cliënten willen dan wel, maar moeten door het tekort aan aanbieders lange afstanden reizen en vallen uit ten gevolge van logistieke problemen en ontbreken van reiskostenvergoeding.

gen. Andere items waren het schaarse onderzoek (drie respondenten), de wens tot verbeterde samenwerking met politie en justitie (drie respondenten), het feit dat cliënt sociaal wenselijke antwoorden kan geven waardoor adequate risicotaxatie bemoeilijkt wordt (drie respondenten) en de noodzaak en wens tot het delen van ervaringen en kennis met andere zorgaanbieders van een behandelprogramma (twee respondenten).

Conclusie

Vier zorginstellingen voor mensen met een verstandelijke beperking, vijf GGZ-instellingen en vijf justitiële instellingen namen aan het onderzoek deel. Zowel verschillen als overeenkomsten werden gevonden bij het vergelijken van de aangeboden behandelprogramma's.

Bijna zonder uitzondering zijn de programma's gericht op de doelgroep van volwassen mannen. Bij de respondenten bestond met name overeenstemming over de contra-indicaties, de behandeldoelen, de inhoud van het programma (delictscenario, seksuele voorlichting, sociale vaardigheidstraining, psychomotore therapie en zo nodig medicatie) en de voorkeur voor groepstherapie. Ook externe controle werd als zeer belangrijk genoemd. Daarnaast deelden de respondenten de mening dat het programma toegespitst moet zijn op de individuele cliënt. Aangegeven werd dat visualisatie en diversiteit in werkmethoden daarbij belangrijke hulpmiddelen zijn. De combinatie van een mannelijke en vrouwelijke therapeut wordt als ideaal beschouwd. Een andere overeenkomst was dat alle cliënten van een bepaalde instelling hetzelfde programma volgen, ongeacht verschillen in delictgedrag, niveau van functioneren en/of leeftijd.

Er werden ook aanzienlijke verschillen tussen de zorgorganisaties geconstateerd. Een van deze verschillen heeft betrekking op de hantering van grenswaarden voor verstandelijke beperking, met als gevolg dat bij de meeste instellingen personen met erg uiteenlopende intelligentieniveaus in eenzelfde groep participeerden. De instellingen verschilden ook wat betreft de duur van het programma en de nazorg. Met betrekking tot de inhoud van het programma zijn verschillen te vinden in het gebruik van non-verbale elementen. Ook de theoretische modellen waarop de programma's zijn gebaseerd lopen uiteen.

Over de effectiviteit van de aangeboden behandelprogramma's is weinig bekend. Naast het ontbreken van effectiviteitonderzoek zijn empirische gegevens over aangiften bij de politie van recidieven van seksueel grensoverschrijdend gedrag schaars. Dit lijkt eerder uitzondering dan regel. Ook zijn medewerkers van justitie en andere zorginstellingen veelal onbekend met de verschillende behandel mogelijkheden. Als een

cliënt een programma gevolgd heeft, is uitplaatsing naar een geschikte omgeving moeilijk. Na realisatie van een overplaatsing is het voor zorginstellingen niet eenvoudig om adequate vervolghulp te regelen of zelf te verlenen. De hulpverleners zijn onvoldoende toegerust om gebalanceerde zorg te kunnen bieden bij de afweging van controle en vrijheid, met een toename van het risico op terugval als gevolg.

Discussie en aanbevelingen

Net als enige jaren geleden zijn er nog geen resultaten van effectstudies voorhanden. De onbekendheid met de behandel mogelijkheden (van den Berg & van Beek, 2006), het kennistekort bij medewerkers van justitie wat betreft het omgaan met VB-plegers (Barron, Hassiotis & Banes, 2002; van der Linden, 2003) en het zelden doen van aangifte (van Horn & Kusters, 2007; Murphy, Powell, Guzman & Hays, 2007) werden ook in dit onderzoek gevonden. De behandelprogramma's waren niet specifiek ontwikkeld voor mannen. Het is opmerkelijk dat desondanks geen vrouwen deelnemen aan de programma's.

Het onderzoek heeft een aantal beperkingen. Zo is het niet duidelijk of alle instellingen met een behandel aanbod voor LVB-plegers zijn geïnventariseerd. De ingewonnen informatie is eveneens aan beperkingen onderhevig. De ene respondent wilde meer vertellen dan de andere respondent. Deze gereserveerdheid komt volgens de respondenten voort uit de marktwerking in de zorg, waardoor men ten opzichte van andere aanbieders niet altijd het achterste van de tong wil laten zien.

De resultaten van dit onderzoek worden hieronder vergeleken met de vier What works principes (Andrews & Bonta, 2006) om te komen tot aanbevelingen. Deze algemene en specifieke principes liggen aan iedere effectieve interventie/behandeling ten grondslag. Hoe meer van deze principes worden toegepast in de behandeling, hoe groter de effect-size is. De principes zijn: risicoprincipe, behoefteprincipe, responsiviteitsprincipe en integriteitsprincipe.

Risicoprincipe

Het recidiverisico bij een pleger moet worden bepaald aan de hand van gestructureerde risicotaxatie-instrumenten en de behandeling dient hierop te worden afgestemd. Hoe hoger het risico, hoe intensiever de behandeling. Ondanks de bekende heterogeniteit van de doelgroep wordt er in de uitvoering van de programma's geen onderscheid gemaakt wat betreft het niveau van functioneren, de leeftijd en/of het dadertype.

Verder onderzoek is nodig om de prevalentie te bepalen van LVB-plegers (mannen en vrouwen) van

seksueel grensoverschrijdend gedrag in de algemene bevolking. Ook onderzoek naar de effecten van de verschillende behandelprogramma's is gewenst. Aandachtspunt daarbij is dat recidive thans niet altijd wordt opgemerkt en zelden wordt aangegeven. Alleen bij adequate rapportage van recidive door zorginstellingen en justitie is het mogelijk om de effectiviteit van behandelprogramma's te bepalen. Afstemming van de programma's op de verschillende dadertypes en functioneringsniveaus lijkt zinvol.

Behoefteprincipe

De behandeling moet aansluiten bij de criminogene factoren van de pleger; de risicofactoren die samenhangen met het delinquente gedrag en die door behandeling kunnen worden beïnvloed. Er wordt veelal gewerkt met standaard behandelprogramma's waarin wel rekening gehouden wordt met risicofactoren, maar in het algemeen. De risicofactoren voor deze doelgroep dienen nader onderzocht te worden zodat individuele interventies hieraan gekoppeld kunnen worden.

Responsiviteitsprincipe

De behandeling dient afgestemd te zijn op de intellectuele, cognitieve en sociale capaciteiten van de pleger. In het huidige behandelaanbod komt het individu te weinig aan bod. Door te werken met ongedifferentieerde groepen is de kans groot dat de behandeling niet aansluit bij de capaciteiten van een individuele pleger. Het verfijnen van behandelprogramma's met aandacht voor het individu zowel in als naast de eventuele groepstherapie kan de responsiviteit vergroten. Het werken met delictanalyse en delictketens om de behandeling en het behandelplan begrijpelijk te maken wordt door alle zorgaanbieders gedaan. Visualisatie, eenvoudig taalgebruik en beloningsprogramma's komen daarentegen in het huidige aanbod nog in onvoldoende mate aan bod. Het toepassen hiervan zou de responsiviteit vergroten. De responsiviteit kan eveneens verhoogd worden door integraal te behandelen; het programma wordt zoveel mogelijk ingebouwd in het dagelijks leven. In een aantal instellingen is dit het geval, maar veelal wordt er extern een programma gevolgd of loopt dit programma elders binnen de eigen instelling. Dit bemoeilijkt inbedding in het dagelijks leven. Het betrekken van het systeem van de cliënt om zo de externe controle te bewerkstelligen en optimaliseren wordt gezien als zeer belangrijk, maar slechts enkele instellingen brengen dit in de praktijk.

Voorgaande pleit voor deskundigheidsbevordering van en intensieve samenwerking met medewerkers van externe zorgaanbieders en het systeem van de pleger.

Integriteitsprincipe

Het uitvoeren van de behandeling zoals deze is bedoeld kan beperkt gerealiseerd worden wanneer er niet integraal behandeld wordt en de samenwerking en deskundigheid van medewerkers elders en het systeem niet optimaal is. Samenwerking tussen zorginstellingen is wenselijk om kennis en ervaring uit te wisselen en om te kunnen streven naar een multidisciplinaire richtlijn voor de behandeling van LVB-plegers van seksueel grensoverschrijdend gedrag. De samenwerking van de aanbieders van deze behandelprogramma's met politie en justitie en de wederzijdse informatieverstrekking, kan veel beter. Daardoor raken enerzijds betrokkenen binnen en buiten de zorgsector goed op de hoogte van het bestaande behandelaanbod en worden anderzijds noodzakelijke gegevens bekend over de recidive van seksueel grensoverschrijdend gedrag.

Vanuit een beleidscontext mag het ontbreken van evaluatiestudies over de effectiviteit van behandelprogramma's voor plegers van grensoverschrijdend seksueel gedrag met een lichte verstandelijke beperking opmerkelijk worden genoemd. Niet alleen is verder onderzoek noodzakelijk naar oorzaken en risicofactoren van dit gedrag met de hierop gebaseerde interventies, maar bovenal zijn effectstudies naar de resultaten van behandelaanbod dringend gewenst. Bij het beantwoorden van de vragen 'wat werkt' en 'wat werkt niet' biedt een gecombineerde benadering van de 'Campbell Collaboration Crime and Justice Standards' en de 'Realist Evaluation Approach' zoals o.a. voorgesteld door van der Knaap, Leeuw, Bogaerts en Nijssen (2008) zeker perspectief.

Literatuur

- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2006). *The psychology of criminal conduct* (4th ed.). Newark, NJ: LexisNexis.
- APA, American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR Fourth Edition*. Harcourt Book Publishers.
- Ashman, L., & Duggan, L. (2007). Intervention for learning disabled sex offenders (review). *The Cochrane Library*, 3, 1-15.
- Barron, P., Hassiotis, A., & Banes, J. (2002). Offenders with intellectual disability: The size of the problem and therapeutic outcomes. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46, 454-463.
- Cockram, J. (2005). Careers of offenders with an intellectual disability: The probabilities of rearrest. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 525-536.
- Courtney, J., Rose, J., & Mason, O. (2006). The offence process of sex offenders with intellectual disabilities. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 18, 169-191.

- Frenken, J. (1997). Plegers van seksueel misbruik van kinderen: verscheidenheid, achtergronden en behandeling. *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid*, 52, 1094-1108.
- Grijpma, G., & Spanjaard, H. J. M. (2004). *Behandeling van jeugdige (licht verstandelijk gehandicapte) plegers van seksueel geweld. Werkboek met hulpmiddelen en werkvormen voor individuele en groepstherapie. Versie 1.1*. Ermelo/Amsterdam/Duivendrecht: Groot Emaus.
- Haaven, J., Little, R., & Petre-Miller, D. (1990). *Treating intellectually disabled sex offenders: A model residential program*. Orwell: The Safer Society Press
- Keeling, J. A., & Rose, J. L. (2005). Relapse prevention with intellectual disabled sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 17, 407-423.
- Kenny, M. C., Alvarez, K., Donohue, B. C., & Winick, C. B. (2007). Overview of behavioral assessment with adults. In M. Hersen & J. Rosqvist (Eds). *Handbook of psychological assessment, case conceptualization, and treatment* (pp. 3-25). New York: John Wiley and sons.
- Lambrick, F., & Glaser, W. (2004). Sex offenders with an intellectual disability. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 16, 381-392.
- Larimer, M. E., Palmer, R. S., & Marlatt, G. A. (1999). Relapse prevention: An overview of Marlatt's Cognitive Behavioral Model. *Alcohol Research & Health*, 23, 151-160.
- le Grand, B., Lutjenhuis, B., & Solodova, A. (2005). Behandeling van zwakbegaafde en licht verstandelijk gehandicapte plegers van seksueel misbruik. In C. de Ruiter & M. Hildebrand. *Behandelingsstrategieën bij forensische psychiatrische patiënten. Tweede druk* (pp. 70-94). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Lindsay, W. R. (2002). Research and literature on sex offenders with intellectual and developmental disabilities: Mini review. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46, 74-85.
- Mulder, J. R. (1991). De plaats van agressie in seksueel geweld. In P.B. Defares & J.D. van der Ploeg. *Agressie: determinanten, signalering en interventies* (p. 193-200). Van Gorcum, Assen/Maastricht.
- Murphy, G. (2007). Intellectual disability, sexual abuse, and sexual offending. In: A. Carr et al. *The Handbook of Intellectual Disability and Clinical Psychology Practice* (pp. 831-866). Taylor & Francis Ltd.
- Murphy, G., Powell, S., Guzman, A. M., & Hays, S. J. (2007). Cognitive-behavioural treatment for men with intellectual disabilities and sexually abusive behaviour: A pilot study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51, 902-912.
- O'Connor, W. (1996). A problem-solving intervention for sex offenders with an intellectual disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 21, 219-235.
- Pithers, W. D. (1990). Relapse prevention with sexual aggressors: A method for maintaining therapeutic gain and enhancing external supervision. In W.L.Marshall, D.R. Laws & H.E. Barbaree (Eds). *Handbook of sexual assault. Issues, theories and treatment of the offenders* (p. 343-361). New York: Plenum.
- Pithers, W. D., Kashima, K. M. Cumming, G. F., & Beal, L. S. (1988). Relapse prevention. A method of enhancing maintenance of change in sex offenders. In A.C. Salter (Ed.). *Treating child sex offenders and victims* (p. 131-170). Newbury Park: Sage.
- Simpson, M. K., & Hogg, J. (2001). Patterns of offending among people with intellectual disability: A systematic review. Part I: methodology and prevalence data. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45, 384-396.
- ten Hag, B. (2005). Elementen van een seksueel vormingsprogramma voor zwakbegaafde plegers van zedendelinquenten. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 29, 161-167.
- ten Wolde, A., le Grand, B., Slagter, J., & Storms, M. (2006). *Vaardig en veilig. Behandeling van sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapte mensen met risicovogedrag*. Boschoord: Hoeve Boschoord.
- Terstegen, C., Hoekman, J., & van den Bergh, P. (1998). *Behandeling en begeleiding na seksueel misbruik*. Leiden: Rijksuniversiteit.
- van Beek, D., & Mulder, J. (1991). De plaats van het delictscenario in de behandeling van seksueel agressieve delinquenten. *Directieve therapie*, 11, 4-18.
- van Beek, D., & Mulder, J. (1992). Ervaringen met het opstellen van het delictscenario bij seksueel agressieve delinquenten. *Directieve therapie*, 12, 347-360.
- van Daele, E. (2000). Psychotherapie met licht verstandelijk gehandicapte plegers van zedendelicten. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 26, 351-371.]
- van den Berg, J. W., & Brand, E. (2008). De prevalentie van zwakbegaafden en licht verstandelijk gehandicapten binnen de groep plegers van seksueel grensoverschrijdend gedrag in de TBS. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 32, 67-72.
- van den Berg, J. W., & van Beek, D. (2006). Verstandelijk gehandicapte plegers van seksueel grensoverschrijdend gedrag. *De Psycholoog*, 125-130.
- van den Berg-Lotz, Y., le Grand, B., Kriek, C., & Verhagen, T. (2002). Intimacy training in a forensic psychiatric setting: An experiment. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 46, 249-266.
- van Berlo, W. (1995). *Seksueel misbruik bij mensen met een verstandelijk handicap: een onderzoek naar omvang, kenmerken en preventiemogelijkheden*. Delft: Eburon.
- van der Knaap, L. M., Leeuw, F. L., Bogaerts, B., & Nijssen, L. T. J. (2008). Combining Campbell standards and the realistic evaluation approach. The best of two worlds? *American Journal of Evaluation*, 29, 48-57.
- van der Linden, P. (2003). Daderhulpverlening in Nederland. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 58, 64-77.
- van Horn, J., & Kusters, I. (2007). Cognitief beperkte zedendelinquenten: Risicofactoren en recidive. *De Waag 'News Flash'*, december, 1-3.
- van Horn, J., Mulder, J., & Scholing, A. (2006). Recidive bij subgroepen van zedendelinquenten. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 30, 187-194.
- van Oeckel, K. (2007). Hormonale therapie bij plegers van seksueel geweld: Een overzicht. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 31, 85-94.

- Ward, T. (2003). The explanation, assessment and treatment of child sexual abuse. *International Journal of Forensic Psychology, 1*, 10-25.
- Ward, T., Mann, R. E., & Gannon, T. A. (2007). The good lives model of offender rehabilitation: Clinical implications. *Agression and Violent Behavior, 12*, 87-107.
- Ward, T., & Gannon, T. A. (2006). Rehabilitation, etiology, and self-regulation: The comprehensive good lives model of treatment for sexual offenders. *Agression and Violent Behavior, 11*, 77-94.

Abstract

Treatment programs for intellectual disabled perpetrators of sexual offensive behaviour in the Netherlands

An overview of availability and content of treatment programs for intellectual disabled (ID) perpetrators of sexual offensive behaviour is given. During the recruitment of service providers for the present study, a list of 17 service providers who offer a treatment program for intellectual disabled (ID) perpetrators was composed. Of this list, 14 service providers were included in the study and data were gathered using semi-structured interviews. The focus is on the content and structure of the programs, the theoretical concepts and the experiences with the programs, including the empirical data about effectiveness. Many differences as well as similarities were found while comparing the treatment programs

Als seks niet werkt

29 oktober 2010

Locatie: nader bekend te maken

Lezingen Ochtendprogramma

| | |
|------------------------|---|
| <i>Ellen Laan:</i> | Het Incentive-motivation model. |
| <i>Cynthia Graham:</i> | The Dual Control model and women. |
| <i>Peter Leusink:</i> | Visie op seksuologie: over ontschotting, verzuiling en samenwerking |
| <i>Erick Janssen:</i> | Het Dual Control model en mannen . |

Workshops Middagprogramma

- 1. Diagnostiek van seksuele klachten.**
Met medewerking van acteurs van 'Kapok', de deelnemers geven 'regieaanwijzingen'.
- 2. Zelf doen of verwijzen?**
- 3. Omgaan met seksuele diversiteit: de maatschappij in je spreekkamer**
- 4. Chronische ziekten en seksualiteit.**
- 5. When pain hurts: 'To do or not to do' .**
- 6. Seks als belasting: Makkelijker kunnen we het niet maken, wel leuker....**
Mogelijkheden tot het verbeteren van seksueel genieten o.a. m.b.v. mindfulness

Presentatie nieuw boek over

Behandelingsstrategieën bij seksuele disfuncties voor hulpverleners in de 1e en de 2e lijn