



de Borg 

BEHANDELPROGRAMMA

SEKSUEEL GEZOND GEDRAG - SGG

OKTOBER 2022

Inhoudsopgave

1. Inleiding	2
2. Visie op de doelgroep en seksualiteit	2
2.1 Voorwaarden voor een gezonde seksuele ontwikkeling	5
2.2 Bijzonderheden in de seksuele ontwikkeling van mensen met een intellectuele beperking (en bijkomende psychiatrische/gedragsproblemen)	5
2.3 (Classificatie van) ‘afwijkende’ seksualiteit	6
3. Theoretisch kader: seksueel (grensoverschrijdend) gedrag bij mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB)	9
3.1. Algemene theorie over seksueel grensoverschrijdend gedrag	10
3.1.1. De ontwikkeling van de hersenen	11
3.1.2. Ecologische niche: distale en proximale factoren	12
3.1.3. Neuropsychologisch functioneren	13
3.1.4. Klinische symptomatologie	14
3.1.5. Instandhouding en escalatie van de klinische factoren	18
4. Doelstelling en beschrijving van het behandelprogramma	19
4.1 Opzet en opbouw van het behandelprogramma	19
4.2 Kenmerken en competenties van de therapeut	22
4.3 Betrekken van het (professionele) netwerk	24
4.4 Psychofarmacologische interventies	24
4.5 Groeps- versus individuele behandeling	25
4.6 Behandelcontext: leefklimaat op de klinische behandelafdeling	25
4.7 Angst en stressreductie als basisvoorwaarde voor behandeling	28
4.8 Differentiatie in therapeutisch milieus	28
5. Risicotaxatie	31
6. Verantwoording	32
7. Literatuur	32
Bijlage 1 – (screenings)instrumenten seksualiteit en SGG	36
Bijlage 2 – bruikbare modules en therapieën	36

Handleiding specialistisch behandelprogramma ter ontwikkeling en bevordering van gezonde seksualiteit en ter voorkoming van seksueel grensoverschrijdend gedrag bij mensen met een intellectuele beperking en bijkomende psychiatrische en gedragsproblemen.

1. Inleiding

Binnen **Expertisecentrum De Borg** werken de vier (forensische) SGLVG-instellingen in Nederland – te weten STEVIG, Trajectum, Behandelcentrum Middenweg (Ipse de Bruggen) en Wier (Fivoor) – met elkaar samen. In deze behandelcentra wordt ambulante en klinische behandeling (al dan niet in forensisch kader) geboden aan mensen met een licht verstandelijke beperking of laag begaafdheid en bijkomende psychiatrische problemen en/of gedragsproblematiek.

De overeenkomst tussen de cliënten van de Borg-instellingen is de intellectuele beperking en dat maakt onze populatie tot een heterogene groep, waarin alle denkbare somatische, psychiatrische en gedragsproblematiek (vaak samen) voorkomt. De complexiteit van de doelgroep vraagt dan ook om een specialistisch en multidisciplinair behandelaanbod. Met het oog op hoe de seksuele ontwikkeling van onze cliënten veelal anders verloopt of verstoord wordt, is dit behandelprogramma ontwikkeld, met als doel: het bevorderen van de seksuele gezondheid van onze cliënten, en het voorkomen dan wel verminderen van seksueel grensoverschrijdend gedrag.

In het behandelprogramma is getracht tot een optimaal en samenhangend behandelaanbod te komen. De wijze waarop het programma is samengesteld geeft de mogelijkheid om zorgvuldig af te stemmen op de behandelbehoefte van de cliënt; hierdoor kan de inhoud optimaal vormgegeven worden en kan er kostenefficiënt gewerkt worden. Zoals gezegd is de SGLVG-doelgroep heterogeen en zijn er verschillen in accenten tussen de Borg-instellingen, zowel wat betreft cliëntpopulatie als organisatiestructuur en beleid. Er wordt dan ook van uit gegaan dat elke instelling naar eigen inzicht, en in afstemming met de collega-instellingen, vormgeeft aan de uitvoering van het behandelprogramma.

In deze handleiding worden achtereenvolgens de visie op de doelgroep, de theoretische onderbouwing, de doelstelling en de opzet van het behandelprogramma (inclusief toelichting bij de indicatiestelling) uitgewerkt. Tot slot worden adviezen gegeven inzake risicotaxatie. In de bijlagen worden suggesties gegeven voor het gebruik van screeningsinstrumenten en specifieke modules (want voor sommige modules in dit programma geldt dat er meerdere opties zijn). Omdat er nadrukkelijk sprake is van een behandelprogramma wordt er niet ingegaan op diagnostiek; desalniettemin onderschrijft de werkgroep het belang van multidisciplinair diagnostisch onderzoek om tot passende indicatiestelling en behandeling te komen. Gedacht kan worden aan somatisch, psychiatrisch en (neuro)psychologisch onderzoek (naar de intellectuele en cognitieve capaciteiten, de sociaal-emotionele ontwikkeling, het verloop van de seksuele ontwikkeling en (seksuele) gedragsproblemen).

2. Visie op de doelgroep en seksualiteit

Visie op de doelgroep

Binnen de Borg-instellingen wordt specialistische, multidisciplinaire behandeling gegeven aan volwassenen met een lichte verstandelijke beperking (LVB) of laag begaafdheid in combinatie met

ernstige gedragsproblematiek. Deze gedragsproblematiek is veelal multi-causaal en kan voortkomen uit de intellectuele beperking en/of uit comorbide problematiek (somatisch of psychiatrisch). De doelgroep wordt 'Sterk Gedragsgestoord Licht Verstandelijk Gehandicapt'¹ (SGLVG) genoemd. Deze groep van mensen heeft veelal reeds een uitgebreide hulpverleningsgeschiedenis, met langdurige behandel- en begeleidingstrajecten, waardoor er gesproken kan worden van een kwetsbaar behandelperspectief. Behandeling binnen één van de Borg-instellingen kan plaatsvinden in een vrijwillig of onvrijwillig (civielrechtelijk of forensisch) kader.

Wanneer we de licht verstandelijk beperkte doelgroep in DSM-terminologie willen classificeren spreekt de DSM-5 van 'intellectual disability'. Bij de intellectuele beperking blijft de cognitieve, sociale en praktische ontwikkeling blijft achter waardoor er sprake is van een verminderd vermogen om zich aan te passen (ofwel: er is sprake van beperkte adaptieve vaardigheden). De DSM-5 criteria voor een licht verstandelijke beperking zijn:

- verstandelijk duidelijk onder het gemiddelde functioneren: een intelligentiequotiënt van 50-55 tot ongeveer 70 bij een individueel toegepaste intelligentietest;
- gelijktijdig aanwezige tekorten in of beperkingen van het huidige aanpassingsgedrag – wat wil zeggen dat men er onvoldoende in slaagt te voldoen aan de standaarden die gezien de leeftijd verwacht kunnen worden binnen de culturele achtergrond – op ten minste twee van de volgende terreinen: communicatie, zelfverzorging, zelfstandig kunnen wonen, sociale en relationele vaardigheden, gebruikmaken van gemeenschapsvoorzieningen, zelfstandig beslissingen nemen, functionele intellectuele vaardigheden, werk, ontspanning, gezondheid en veiligheid;
- het begin van de beperking ligt voor het achttiende jaar.

Klinisch relevante kenmerken van onze doelgroep zijn onder meer de specifieke leer- en denkstijl, hun problemen met betrekking tot de sociale redzaamheid en de specifieke wijze waarop psychiatrische stoornissen zich presenteren. Voor een uitgebreide beschrijving van de doelgroep wordt verwezen naar de [behandelvisie van De Borg](#). Daarnaast geeft figuur 1 (van Moonen & Verstegen) treffend weer hoe er sprake is van specifieke kenmerken horend bij de intellectuele beperking en bijkomende problematiek.

¹ Dit is een oude vastgestelde beschrijving; Borg-instellingen spreken in de praktijk over verstandelijk beperkt (lvb) i.p.v. verstandelijk gehandicapt (lvg).

LVB specifieke kenmerken	Bijkomende problematiek	Komen tot uiting in
Intelligentie IQ 50-85 Beperkt sociaal aanpassingsvermogen	Leerproblemen	(Ernstige) gedragsproblemen
	Psychiatrische Stoornis	
	Medisch-Organische problemen	
	Problemen in gezin en sociale context	
en leiden tot: CHRONICITEIT/LANGDURIGE BEHOEFTE AAN ONDERSTEUNING		

Figuur 1. Samenvatting van LVB-specifieke kenmerken en bijkomende problematiek.

Visie op seksualiteit

In de visie van De Borg wordt de onderstaande doelstelling/missie vermeld:

“De (forensische) SGLVG-behandelcentra richten zich op het opheffen en hanteerbaar maken van ernstige ontregelingen van het persoonlijk en maatschappelijk functioneren van mensen met een lichte verstandelijke beperking. We behandelen mensen met een lichte verstandelijke beperking met als doel het probleemgedrag, psychische klachten en/of recidivegevaar te verminderen. Hierbij is van belang de cliënt en zijn (professionele) netwerk te leren omgaan met (blijvende) beperkingen in verstandelijk en adaptief functioneren en comorbiditeiten op te heffen. We streven er naar dat de in zijn leven vastgelopen cliënt weer zo goed mogelijk, met passende ondersteuning op de diverse levensdomeinen, kan functioneren in de maatschappij en waarbij die maatschappij moet kunnen rekenen op zoveel mogelijk veiligheid.”

Binnen De Borg zijn al eerder specialistische behandelprogramma's ontwikkeld en geïmplementeerd op het gebied van bijvoorbeeld agressie en verslaving (respectievelijk de programma's **Grip op Agressie** en **Ge-Zonder Leven**). Seksualiteit wordt door De Borg ook onderkend als één van de levensdomeinen, zoals hierboven in de missie vermeld. De Borg-instellingen streven ernaar om de seksuele gezondheid van hun patiënten systematisch en op methodische wijze te bevorderen, kwetsbaarheid voor slachtofferschap en daderschap van seksueel grensoverschrijdend gedrag te onderkennen, en indien er reeds sprake is geweest van seksueel grensoverschrijdend gedrag, het risico op herhaling hiervan te verminderen (zowel de kans op slachtofferschap als de kans op daderschap²). Hoewel exacte cijfers over prevalentie van seksueel grensoverschrijdend gedrag ontbreken, wordt het belang van aangepaste behandeling voor deze doelgroep in de literatuur benadrukt (onder andere Lindsay, 2009; Heestermans, van den Bogaard, & Embregts, 2015).

² Nota bene: de werkgroep realiseert zich dat dit zorgprogramma vooral voorziet in behandelaanbod om het seksueel grensoverschrijdend gedrag *door* onze cliënten te voorkomen, en nog niet zozeer om slachtofferschap te voorkomen en weerbaarheid te vergroten. De ambitie van de werkgroep is om het zorgprogramma uit te breiden en ook in interventies gericht op het voorkomen van slachtofferschap te voorzien.

Een eerste uitgangspunt in deze is het ontwikkelen van eenzelfde kijk op seksualiteit. De SGG-werkgroep hanteert de volgende definitie van seksualiteit:

“Seksualiteit is een centraal aspect van het mens zijn gedurende het gehele leven en omvat geslacht, gender-identiteiten en -rollen, seksuele geaardheid, erotiek, plezier, intimiteit en voortplanting. Seksualiteit wordt ervaren en uitgedrukt in gedachten, fantasieën, verlangens, overtuigingen, houdingen, waarden, gedragingen, praktijken, rollen en relaties. Hoewel seksualiteit al deze dimensies kan omvatten, worden niet alle altijd ervaren of uitgedrukt. Seksualiteit wordt beïnvloed door de interactie van biologische, psychologische, sociale, economische, politieke, culturele, ethische, juridische, historische en religieuze en spirituele factoren.” (WHO, 2002)

De volgende definitie van seksueel grensoverschrijdend gedrag (SGG) wordt gehanteerd:

“gedragingen of toenaderingen die seksueel van aard zijn, tegen de wil van een ander persoon en/of wettelijk verboden.” (naar de Haas, 2012)

Het gaat hier om een paraplubegrip waar zowel fysieke, niet fysieke, verbale als non-verbale gedragingen onder vallen.

Voor de kenmerken van onze doelgroep, zoals vermeld in figuur 1, geldt dat deze ingrijpen op een ‘gezonde’ of normale seksuele ontwikkeling. Hieronder volgt een toelichting op deze stelling.

2.1 Voorwaarden voor een gezonde seksuele ontwikkeling

De voorwaarden voor een gezonde seksuele ontwikkeling zijn door Van Lunsen en Laan (2017) als volgt samengevat:

- een intacte seksuele anatomie;
- een bij het lijf passende genderidentiteit;
- een veilige gehechtheid, die onder andere bijdraagt aan een prettige relatie met het eigen lichaam en het vermogen om lust en intimiteit bij elkaar te kunnen brengen in seksueel contact;
- de beschikbaarheid van positief voorbeeldgedrag in relaties door de ontwikkeling heen, bijvoorbeeld in de relatie van ouders;
- de mogelijkheid tot *sexual rehearsal play* (seksueel oefengedrag) in verschillende leeftijdsfasen;
- positieve boodschappen over seksualiteit in de opvoeding, op school en in de media;
- ontwikkeld empathisch vermogen, dat ingezet kan worden in het contact met anderen.

Bovengenoemde punten zijn uiteraard niet volledig beschrijvend voor wat nodig is voor een gezonde ontwikkeling – maar geven wel enig inzicht in hoe biologische, psychologische en sociale factoren de seksuele ontwikkeling gezamenlijk vormen.

2.2 Bijzonderheden in de seksuele ontwikkeling van mensen met een intellectuele beperking (en bijkomende psychiatrische/gedragsproblemen)

De bovengenoemde aspecten van de seksuele ontwikkeling staan bij onze cliënten veelal onder druk. Een uitputtend overzicht van hoe de ontwikkeling aangedaan kan zijn, is niet te geven.

Hieronder volgen enkele belangrijke overwegingen en voorbeelden, als het gaat om de seksuele ontwikkeling van mensen met een intellectuele beperking en bijkomende problematiek (zie ook de [Richtlijn Jeugdhulp & Jeugdbescherming](#)):

- medisch-organische bijzonderheden komen voor in onze doelgroep, gekende voorbeelden zijn specifieke syndromen waarbij soms ook de seksualiteit specifiek is aangedaan. Een voorbeeld hiervan is het Klinefeltersyndroom, waarbij de anatomie en het verloop van de puberteit afwijkt, of het Turnersyndroom, waarbij er vaak sprake is van onvruchtbaarheid;
- de beperkte intelligentie en leerproblemen werken door in alle ontwikkelingsdomeinen, en gaan vaak gepaard met een vertraagde of algeheel beperkte ontwikkeling/uitrijping van de (seksuele) identiteit, moeite met het voelen en contact maken met het eigen lijf, en problemen in de sociale afstemming;
- veel van onze cliënten komen uit belaste gezinnen, waar positieve stimulering van de seksuele ontwikkeling ontbreekt of onderbelicht is;
- veel van onze cliënten hebben nare en ingrijpende ervaringen opgedaan op seksueel gebied, zij zijn kwetsbaar voor zowel slachtofferschap (naar schatting drie keer zoveel kans als bij mensen met een gemiddelde intelligentie; o.a. Van Berlo et al., 2011) als daderschap van seksueel grensoverschrijdend gedrag;
- het gebruik van psychofarmaca (soms langdurig en soms al vanaf de kindertijd) en middelen is ook van invloed op het lichamelijk en seksueel functioneren, bij medicatiegebruik kan er sprake zijn van bijwerkingen in de vorm van seksuele functieproblematiek;
- kennis van (normale) seksualiteit ontbreekt vaak bij cliënten, zij hebben niet kunnen profiteren van reguliere seksuele voorlichting of hebben dit nooit gehad (niet op school door afwijkende schoolloopbanen, niet thuis vanwege beperkte aandacht voor seksualiteit of onmacht bij ouders en verzorgers);
- bij gedragsproblemen of psychiatrische problematiek gaat de aandacht van naasten en hulpverleners veelal (begrijpelijk) uit naar symptomen of problemen. De aandacht voor seksueel plezier, de ruimte en tijd voor het ontdekken van seksuele behoeften en de kans om geleidelijk ervaringen op te doen met leeftijdsgenoten en competenties te ontwikkelen is daarbij vaak beperkt;
- uiteraard zijn een kinderwens, zwangerschap en ouderschap thema's die voor cliënten met een intellectuele beperking aan de orde (kunnen) zijn. De beperkingen en kwetsbaarheden van cliënten zelf dienen daarbij, samen met de cliënt, onderkend te worden, net als gezonde aspecten van de ontwikkeling van de cliënt.

Tevens relevant is dat de intellectuele beperking van mensen die op licht verstandelijk beperkt of laag begaafd niveau functioneren vaak relatief laat in het leven herkend wordt, soms pas (ver in) de volwassenheid. In die gevallen zijn noden en behoeften als het gaat om de algehele ontwikkeling, en specifiek ook de seksuele ontwikkeling, meestal niet vroeg in het leven onderkend en daarmee ook niet meegewogen in ondersteuning en begeleiding.

2.3 (Classificatie van) 'afwijkende' seksualiteit

In de behandeling van plegers van seksueel grensoverschrijdend gedrag komen parafilieën en parafiele stoornissen vaker voor.

In de DSM-5 worden parafiele stoornissen beschreven in het hoofdstuk 'seksuele stoornissen' (waar overigens ook seksuele disfuncties en genderdysforie is opgenomen). Een parafilie is een ongewone, atypische seksuele interesse of voorkeur voor bepaalde activiteiten of bepaalde erotische doelen of objecten. In de DSM-5 wordt een parafilie omschreven als 'een intense en aanhoudende seksuele interesse die afwijkt van de seksuele belangstelling voor genitale stimulatie of het voorspel van fenotypische normale, lichamelijk volgroeide en instemmende menselijke partners.' Een parafilie is op zich geen stoornis. Er is pas sprake van een stoornis als de parafilie, of de uiting of bevrediging daarvan, gepaard gaat met persoonlijk lijden, functionele beperkingen of (het risico op) schade bij zichzelf of anderen. Dat is bij parafiele stoornissen niet anders dan bij andere stoornissen in de DSM-5. Verder dient de parafilie volgens de DSM-5 minstens zes maanden aanwezig te zijn om van een stoornis te kunnen spreken.

Lijdensdruk, functionele beperkingen en (risico op) schade bij zichzelf of anderen bepalen dus of een parafilie een stoornis is of niet. Parafilieën zijn op zichzelf seksuele variaties. In hoeverre ze als psychische stoornis moeten worden beschouwd, is in het verleden onderwerp van talloze controverses geweest. Wat als psychische stoornis wordt gezien, houdt verband met normatieve opvattingen over wat de aard is van menselijke seksualiteit en waartoe en hoe die vormgegeven mag worden. Homoseksualiteit bijvoorbeeld werd lange tijd als psychische stoornis gezien. Pas in 1974 is homoseksualiteit geschrapt uit de DSM. Het is noemenswaardig dat de American Psychiatric Association (APA) in een factsheet over parafiele stoornissen in de DSM-5 aangeeft dat lijdensdruk die enkel voortkomt uit een afkeurende houding van de samenleving niet kan worden aangemerkt als stoornis. Zo heeft iemand die zich seksueel aangetrokken voelt door kinderen, alleen lijdt onder de maatschappelijke intolerantie op dit gebied en verder geen schadelijk gedrag vertoont volgens de APA dus geen stoornis.

Symptomen van een parafilie (bijvoorbeeld atypische seksuele handelingen) kunnen ook eenmalig of slechts korte tijd voorkomen. De diagnose parafiele stoornis kan in dat geval niet gesteld worden. Datzelfde geldt als aan de atypische seksuele handelingen geen bijzondere seksuele voorkeur ten grondslag ligt, maar bijvoorbeeld een cluster B persoonlijkheidsstoornis (antisociaal, borderline en narcistisch) of middelengebruik.

Wanneer mensen in behandeling zijn wegens seksueel grensoverschrijdend gedrag, zoals in forensische setting kan voorkomen, zijn patiënten niet altijd bereid om inzicht te geven in hun onderliggende gevoelens. Of sprake is van een parafilie kan in dat geval eventueel wél worden afgeleid uit het gedrag van de patiënt. Het moet dan gaan om aantoonbaar gedrag over een periode van tenminste zes maanden waaruit de parafiele interesse duidelijk naar voren komt.

Het kijken naar porno met een parafiele inhoud kan een van die gedragsindicatoren zijn. Voldoende voorwaarde is dat echter niet: bij niet iedereen die naar kinderporno kijkt, is bijvoorbeeld sprake van pedofilie, maar het vergroot wel de kans daarop. Overigens is de consumptie van kinderpornografisch materiaal op zichzelf geen belangrijke risicofactor voor toekomstige contactdelicten met kinderen.

Hyperseksualiteit is niet opgenomen in de DSM-5, wegens het ontbreken van wetenschappelijk gefundeerd onderzoek. Dit argument kan echter ook gelden voor parafiele stoornissen; beide groepen zijn immers moeilijk bereikbaar voor evidence-based onderzoek. Over de definitie van hyperseksualiteit is (nog) geen wetenschappelijke consensus bereikt.

Hyperseksualiteit kan worden omschreven als een terugkerende, intense en overmatige preoccupatie met seksuele fantasieën en gedragingen die individuen maar moeilijk kunnen beheersen. Veel bezig zijn met seks hoeft op zich geen probleem te zijn, en bovendien is de grens tussen veel en niet veel arbitrair. Anders dan bij parafilieën zijn deze seksuele fantasieën en gedragingen niet noodzakelijk atypisch. Formeel is hyperseksualiteit niet als 'stoornis' te stellen; het is enkel als mogelijke comorbide symptoom in de DSM-5 opgenomen bij de voyeuristische, de exhibitionistische, de frotteuristische en de fetisjistische stoornis. Van problematische hyperseksualiteit is pas te spreken als het individu eronder lijdt, of zichzelf of anderen vanuit de hyperseksualiteit schade berokkent of dreigt te berokkenen. In het denken over hyperseksualiteit wordt in grote lijnen onderscheid gemaakt tussen een beheersingsprobleem en een vormgevingsprobleem. In de beheersingsvisie wordt hyperseksualiteit gezien als een vorm van verslaving, een obsessief-compulsieve stoornis of een stoornis in de impulsbeheersing. Het probleem dient met beheersing en onderdrukking bestreden te worden. Dr. van Zessen (psycholoog en seksuoloog NVVS) stelt een model voor waarin het versterken van het zelfbeeld en de eigenwaarde centraal staat voor het welbevinden (genaamd het 'Vat van Zelfwaardering'). In deze visie ligt de oorzaak vooral in de vormgeving van seksualiteit; problemen met stress of binnen de relatie bijvoorbeeld komen tot uiting in seksueel gedrag. Uitgaan van het vormgevingsmodel is een holistische visie op herstel en vult de traditionele risicobenadering aan. In dit behandelprogramma wordt hyperseksualiteit zowel bekeken vanuit een beheersings- als vanuit een vormgevingsprincipe; het verrichten van (somatische en psychologische) diagnostisch onderzoek kan bijdragen aan het identificeren van onderliggende, verklarende factoren voor de hyperseksualiteit.

Hoewel hyperseksualiteit en parafiele stoornissen van elkaar verschillen en als aparte 'classificaties' moeten worden beschouwd, zijn er in de diagnostiek en behandeling duidelijke parallellen. Ook is sprake van een aanzienlijke *co-occurrence* tussen hyperseksualiteit en parafiele stoornissen. Ze komen, met andere woorden, veel samen voor.

In dit behandelprogramma gaan we ervan uit dat iedereen seksualiteit op zijn/haar eigen manier mag beleven en zo vaak als men dat wil, zolang daar maar niemand onder lijdt of schade van ondervindt. Dit inzicht alleen al kan mensen met een ongewone seksuele voorkeur, of mensen die vinden dat ze veel bezig zijn met seks, helpen.

De prevalentie en incidentie van parafilieën en parafiele stoornissen is niet goed bekend. Onderzoek richt zich vaak op enige interesse in parafiele prikkels onder selectieve groepen. Zo werd bijvoorbeeld in een online steekproef enige pedofiele interesse gevonden bij 10% van de mannen en 4% van de vrouwen.

Deze interesse zal echter in lang niet alle gevallen voldoen aan de criteria van een parafilie. Parafiele stoornissen zullen op hun beurt weer veel minder vaak voorkomen dan parafilieën. Een recente Canadese studie onder een representatieve steekproef uit de algemene bevolking laat zien dat enige interesse in voyeurisme, fetisjisme, exhibitionisme-ruim, frotteurisme en masochisme regelmatig voorkomt, terwijl enige interesse in sadisme, transvestitisme, exhibitionisme-strikt en pedofilie veel minder vaak voorkomt (zie tabel Canadese bevolking hieronder). Maar deze studie laat ook zien dat slechts een klein deel van de enigszins geïnteresseerden aangeeft "absoluut" een verlangen naar dergelijke prikkels te hebben; voor alle parafilieën is dat minder dan 10%.

De groep die regelmatig het bijbehorende gedrag vertoont is nog kleiner en voor geen enkele parafilie groter dan een paar procent.

3. Theoretisch kader: seksueel (grensoverschrijdend) gedrag bij mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB)

In algemene zin is van belang dat er over seksueel gedrag nagedacht wordt, zoals over alle gedragingen nagedacht kan worden in de context van hulpverlening/behandeling; namelijk in de zin van *onderliggende motieven en functies* van gedrag (voortkomend uit leertheorieën en cognitief gedragstherapeutisch georiënteerde behandelvormen).

In een onderzoek naar motieven die tot seksueel verlangen, opwinding en seksueel gedrag leiden (Meston & Buzz, 2007) zijn vier hoofdgroepen naar voren gekomen:

- fysieke motieven als stressreductie, plezier, lichamelijke aantrekkelijkheid van de ander;
- seks als middel om een doel te bereiken. Het doel kan zijn sociale status, promotie, wraak nemen (waarbij macht en controle als onderliggend thema beschouwd kunnen worden);
- emotie; de expressie en regulatie daarvan, verliefdheid, liefde;
- onzekerheidsreductie als verbetering van het zelfbeeld, het goed maken van een ruzie en hervinden van intimiteit, of behoud van een partner.

Bovengenoemde motieven vormen geen uitputtende lijst; van belang is dat bij het onderzoeken/verkennen van seksualiteit en seksuele gezondheid oog is voor wat *onderliggend* aan het seksueel gedrag medebepalend is (geweest). In bijlage I worden hulpmiddelen genoemd, die kunnen bijdragen aan het in kaart brengen van de seksualiteit van een cliënt.

Hieronder volgt een samenvatting van een theoretisch kader over seksueel grensoverschrijdend gedrag³. *Bron: algemene theorie over seksueel grensoverschrijdend gedrag bij mensen met een licht verstandelijke beperking, door B. le Grand, klinisch psycholoog Trajectum d.d. 2011.*

Ward, Polaschek and Beech (2005) hebben onderzoek gedaan naar theorieën en verklaringsmodellen met betrekking tot SGG. Er zijn theorieën en modellen op verschillende niveaus; voorbeelden zijn uitgebreide verklaringen voor SGG (bijvoorbeeld Ward & Siegert, 2002); hypothesen/theorieën over specifieke SGG-gerelateerde factoren, zoals problemen op het gebied van intimiteit (bijvoorbeeld Marshall, 1989), een onvermogen tot empathie (bijvoorbeeld Marshall, Champagne, Brown & Miller, 1997) en cognitieve distorsies (bijvoorbeeld Mann & Beech, 2003); het proces waarin SGG tot stand komt (bijvoorbeeld Ward & Hudson, 1998). Het resultaat van deze studie is dat er meerdere oorzaken aan SGG ten grondslag lijken te liggen, waaronder genetische predisposities, ongunstige ervaringen in de ontwikkeling (zoals misbruik, afwijzing, problematische hechting), psychologische gesteldheid of trekken (zoals een gebrek aan empathisch vermogen, een attitude die invloed heeft

³ De werkgroep is zich ervan bewust dat huidig theoretisch kader versteviging behoeft, waarbij recente wetenschappelijke ontwikkelingen geïntegreerd dienen te worden. Dit theoretisch kader dekt thans onvoldoende de lading van het gehele zorgprogramma en wordt derhalve binnen de werkgroep aangepast.

op seksueel geweld, voorkeur voor deviante seks, gebrek aan emotionele vaardigheden), sociale en culturele structuren en processen, en toestandsfactoren (zoals intoxicatie en ernstige stress).

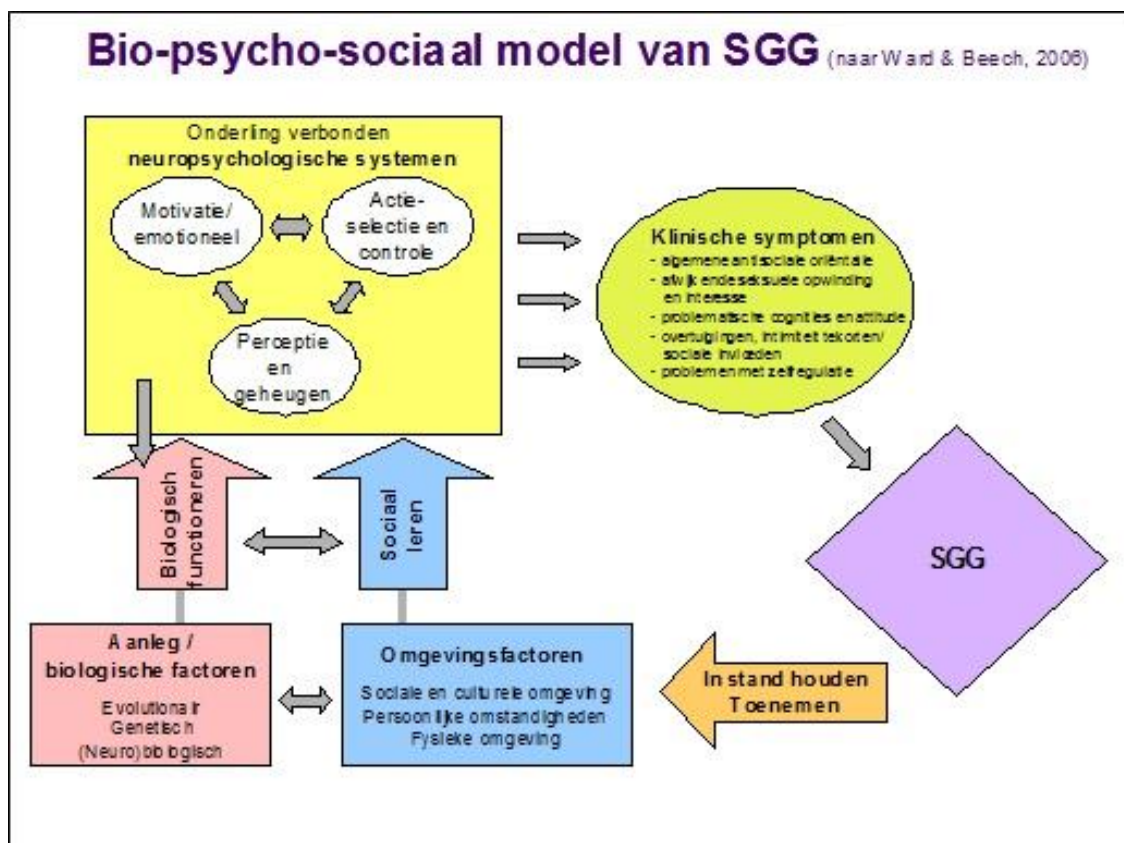
Ward & Beech (2006) hebben gepoogd alle verschillende theorieën en verklaringsmodellen te integreren in hun ITSO (Integrated Theory of Sexual Offending).

3.1. Algemene theorie over seksueel grensoverschrijdend gedrag

In deze theorie van Ward & Beech (2006) wordt seksueel grensoverschrijdend gedrag verklaard aan de hand van drie (groepen) factoren die voortdurend met elkaar interacteren, namelijk:

- biologische factoren, zoals genetische aanleg en evolutionaire factoren;
- sociaal leren, waaronder sociaal culturele en persoonlijke omstandigheden;
- neuropsychologische factoren.

Seksueel grensoverschrijdend gedrag doet zich voor door het samengaan van genetische factoren en omgevingsfactoren die in voortdurende onderlinge wisselwerking met elkaar staan. De interactie tussen genetische predisposities (aanleg) en omgevingsfactoren beïnvloedt de hersenontwikkeling, en resulteert in de vorming van drie met elkaar verbonden neuropsychologische systemen: motivationele en emotionele systeem (waaruit doelen en behoeften voortkomen, en waarmee de motivationele staat aangepast wordt), de actieselectie en controle (op basis waarvan gedrag wordt aangestuurd, in dienst van intra- en interpersoonlijke doelen) en de perceptie en het geheugen (de kwaliteit van de waarneming, de beschikbare kennis en representaties van ervaringen in het geheugen). Deze drie neuropsychologische systemen kennen een continue onderlinge wisselwerking.



Figuur 2: Schematische weergave bio-psycho-sociaal model van SGG naar Ward & Beech (2006); uit Le Grand (2014; persoonlijke communicatie).

Verondersteld wordt dat deze klinische symptomen in meer of mindere mate aanwezig kunnen zijn (en daarmee onderdeel van het toestandsbeeld zijn). Verondersteld wordt ook dat deze symptomen tot op zekere hoogte veranderbaar zijn. In wezen zijn de klinische symptomen gelijk aan de dynamische risicofactoren, zoals men die beschrijft in de literatuur en in risicotaxatie-instrumenten. De klinische symptomen leiden (veelal in samenhang met elkaar) tot seksueel grensoverschrijdend gedrag.

De consequenties van dit seksueel grensoverschrijdend gedrag houden op hun beurt een bekrachtigingscirkel in stand, door de impact die het gedrag heeft op omgevingsfactoren (bijvoorbeeld verdere sociale isolatie) en op het psychologisch functioneren (bijvoorbeeld seksuele bevrediging of vermindering van gevoelens van onmacht).

3.1.1. De ontwikkeling van de hersenen

Het eerste systeem dat – als onderdeel van de biologische factoren – invloed heeft op een bepaalde mate van kwetsbaarheid met betrekking tot seksueel grensoverschrijdend gedrag zijn de hersenen. Er is een grote verscheidenheid aan biologische variabelen, die invloed hebben gehad op de ontwikkeling van de hersenen. Voorbeelden hiervan zijn: evolutionair overgeërfde strategieën om te paren, de rol van de genen, het regelen van het seksuele gedrag door hormonale activiteit en de biologische processen die gekoppeld zijn aan hechtingsgedrag. Vandaar dat er in het navolgende nader wordt ingegaan op hoe de evolutie, de genen en de neurobiologie het neurologisch functioneren van een individu vormen.

De rol van de evolutie

De evolutietheorie gaat ervan uit dat organismen zich door de tijd heen langzaam ontwikkelen en zich óf door een proces van natuurlijke selectie aanpassen aan de eisen die de omgeving stelt óf uitsterven. Door een proces van natuurlijke selectie en seksuele selectie ontwikkelen dieren, die in deze evolutionaire ‘struggle for life’ voort blijven bestaan, specifieke fysieke en psychologische eigenschappen die hen in staat stellen te overleven. Aanvullend op de natuurlijke selectie onderscheidde Darwin (1859) nog een ander belangrijk proces in de evolutie, namelijk de seksuele selectie. Dit wil zeggen dat de mannelijke en vrouwelijke leden van een bepaalde soort duidelijke voorkeuren hebben wat betreft hun keuze van de partner. Deze is gebaseerd op de fysieke en gedragsmatige kenmerken van die betreffende organismen. Sommige van deze genetische predisposities kunnen te maken hebben met het geslacht (de sekse) van de ander en in dat opzicht sekse-gerelateerde kwetsbaarheden met zich meebrengen. Bijvoorbeeld de neiging bij mannen om onpersoonlijke seks te hebben of om te verkrachten wanneer zij geen seksuele partner kunnen vinden.

Genetische determinanten

De meest recente evolutionaire theorie is de gene-culture theory (Odling-Smee et al., 2003). Dit is een flexibel evolutionair model dat ervan uit gaat dat genetische processen, sociaal leren en culturele processen de evolutie van de mens bevorderen. Genetische factoren kunnen resulteren in een aanleg om aan specifieke basisbehoeften tegemoet te komen (zoals seksuele gevoelens), terwijl leerervaringen (in een bepaalde culturele context) bewerkstelligen dat deze activiteiten op een sociale manier verworven worden (bijvoorbeeld seksuele relaties of de plaats in de hiërarchie van dominantie).

Voor deze theorie betekent dit dat de oorzaken van seksueel agressief gedrag waarschijnlijk een biologische basis hebben en dat motivationele en cognitieve distorsies (denkfouten, vooroordelen) individuen ertoe kunnen aanzetten om op een sociaal onacceptabele manier op zoek te gaan naar basale menselijke behoeften. Een belangrijk aspect hierbij is de belangrijke invloed van zowel genetische als culturele processen, zonder dat het een het ander domineert. Zowel onderzoekers op het gebied van biologische processen als op het gebied van sociaal leren kennen – daar waar het om seksueel misbruik gaat – een belangrijke rol toe aan genetische en culturele processen.

Neurobiologisch functioneren

Het neurobiologisch niveau heeft betrekking op de aard van de fysieke processen die te maken hebben met het functioneren van de hersenen, zoals het type en de hoogte van neurotransmitters, de neurale banen en de integratie van neurale structuren. Er zijn op z'n minst twee manieren waarop dergelijke hersenprocessen invloed hebben op de neuropsychologische systemen (die het menselijk gedrag beïnvloeden):

1. functionele systemen kunnen verstoord worden door afwijkingen, die hun basis in de hersenen hebben. Een voorbeeld hiervan is wanneer hoge waarden van stresshormonen (zoals cortisol) invloed hebben op de uitvoering van het action selection and control system, hetgeen het geval is wanneer iemand erg impulsief is;
2. de afstemming van de verschillende systemen kan direct beïnvloed worden door fysieke processen. Een voorbeeld hiervan is wanneer ten gevolge van een langdurend hoog niveau van sekshormonen (testosteron) seksuele behoeften zich opdringen, zoals dat het geval is wanneer iemand gepreoccupeerd is.

Zo wordt de oorsprong van parafilie verklaard vanuit een afwijkende ontwikkeling van de hersenen, die tot problemen in het neurologisch functioneren leidt, met name problemen op het gebied van neurobiologie met betrekking tot de werking van de neurotransmitters (of monoamines), zoals serotonine (5-hydroxytryptamine, 5HT), norepinephrine en dopamine.

Met andere woorden, de neurobiologie kan ons seksuele gedrag beïnvloeden. Enkele voorbeelden: bij sommige mensen is het motivationele/emotionele systeem negatief beïnvloed door disfunctionele neurotransmitter-mechanismen. Dit verlaagt de drempel naar seksueel agressief gedrag vanwege het meer op de voorgrond komen te staan van seksuele behoeften, waarbij verzwakking van het *action selection and control system* tevens een rol speelt. Anders gezegd: extreem heftige seksuele gevoelens kunnen iemands vermogen om deze in bedwang te houden overheersen.

3.1.2. Ecologische niche: distale en proximale factoren

Het tweede systeem – als onderdeel van de *sociale factoren* – dat SGG-gerelateerde kwetsbaarheid kan vertonen is de ecologische niche (sociale en culturele omstandigheden) en de habitat (de fysieke omgeving waarin iemand leeft). Deze kunnen onder bepaalde omstandigheden seksueel grensoverschrijdend gedrag veroorzaken, ook al is er geen sprake van uitgesproken psychologische afwijkingen of zwakheden. De term 'ecologische niche' wordt in dit verband gebruikt om te verwijzen naar potentieel ongunstige sociale en culturele omstandigheden, persoonlijke omstandigheden en een bepaalde fysieke omgeving, waarmee ieder mens in zijn of haar leven geconfronteerd wordt.

Psychologische kwetsbaarheid wordt gedefinieerd als 'een bepaalde mate van vatbaarheid' die maakt dat het meer waarschijnlijk is dat een persoon moeite zal hebben met bepaalde uitlokkende factoren vanuit de omgeving, waardoor de kans toeneemt dat hij in de toekomst tot SGG zal overgaan. Deze omstandigheden worden beschouwd als een distale dimensie van risico.

De fysieke omgeving levert eveneens een belangrijke bijdrage aan de oorzaak van SGG vanwege de aanwezigheid van potentiële slachtoffers én door specifieke omstandigheden die het SGG kunnen uitlokken. Dit is een proximale of actuele dimensie van risico. Voorbeelden hiervan zijn het moeten vechten in een oorlog of de dood van een partner. In dit soort bijzondere omstandigheden kunnen individuen zich gedragen op een manier zoals ze normaal gesproken niet zouden doen en die ze onder normale omstandigheden zouden veroordelen. Soms zijn de oorzaken van SGG dus meer in de ecologische niche gelegen dan in de persoon zelf. Het misbruik kan opportunistisch zijn, of de consequentie van bepaalde omstandigheden die iemands vermogen om op een ethische manier te handelen doen afnemen.

Door rekening te houden met bovenstaande factoren kan men beter begrip opbrengen voor het gegeven dat SGG kan voortkomen uit een wisselwerking tussen een individu en zijn habitat (plaats waar iemand leeft) en niche (sociale en culturele omstandigheden) en dat het niet de consequentie van diens individuele psychopathologie hoeft te zijn. Daar komt bij dat iemands individuele unieke omstandigheden zijn psychologische en sociale ontwikkeling beïnvloeden, aangezien ze invloed hebben op diens functionele neuropsychologische systemen. Zo is uit onderzoek duidelijk dat seksueel misbruik in de kindertijd op termijn psychologische schade tot gevolg kan hebben, met specifiek risico op alcohol en drugsmisbruik (Watkins en Bentovim, 1992). Beitchman et al. (1992) doen verslag van de lange termijn effecten van seksueel misbruik in de kindertijd, zoals verstoord volwassen seksueel functioneren, slechte sociale aanpassing, verwarring over de seksuele identiteit, inadequaat pogingen om de masculiniteit te bewijzen en herhaling van het misbruik. Elk van deze problemen staan in verband met tekorten aan psychologische vermogens en vaardigheden.

3.1.3. Neuropsychologisch functioneren

Zowel de biologische aanleg als sociaal leren hebben invloed op de ontwikkeling van de hersenen en daarmee op drie neuropsychologische systemen die aan iemands psychologisch functioneren ten grondslag liggen:

- het motivationele/emotionele systeem;
- het perceptuele en geheugensysteem;
- het actieselectie en controlesysteem (Pennington, 2002).

Alhoewel deze systemen op een verschillende manieren kunnen worden aangesproken, is het waarschijnlijk dat problemen in het ene systemen een negatieve invloed hebben op de beide andere systemen.

Hieronder volgt een uiteenzetting van deze drie systemen en op welke wijze zij invloed uitoefenen op specifieke aspecten van disfunctioneren.

Het motivationele/emotionele systeem

Dit systeem bestaat uit corticale, limbische en hersenstamstructuren. Een belangrijke functie van dit systeem is het bereiken van emotionele en psychologische behoeften, in samenwerking met de beide andere systemen (Pennington, 2002). Complicaties bij de genetische aanleg, culturele opvoeding of negatieve ervaringen kunnen leiden tot defecten in het motivation/emotional system. Bijvoorbeeld: iemand die opgegroeid is in een emotioneel arme omgeving kan moeite hebben met het op een juiste manier kennen van zijn emoties en kan verward zijn wanneer hij geconfronteerd wordt met emotioneel beladen interpersoonlijke situaties. Zo iemand kan boos worden en zich vervolgens op een antisociale manier gedragen. Een ander soort probleem kan in verband gebracht worden met iemands behoeften en doelen die hij wil verwezenlijken. Negatieve vroege leerervaringen kunnen leiden tot een tekort aan de benodigde bekwaamheden die vereist zijn om hechte interpersoonlijke relaties te kunnen aangaan. Dit kan vervolgens sociale isolatie en verdere psychologische en sociale tekorten met zich meebrengen, zoals intimiteits- of hechtingsproblemen, die kunnen leiden tot (of een rol spelen bij) SGG (Baker & Beech, 2004; Ward, Hudson & Marshall, 1996).

Het actieselectie en controle systeem

Het action selection and control system bestaat uit de frontale cortex, de basale ganglia en delen van de thalamus. Een belangrijke functie van dit systeem is het plannen, uitvoeren en evalueren van acties en het controleren van gedrag, gedachten en emoties ten dienste van intra- en interpersoonlijke doelen. Het action selection and control system is betrokken bij het maken en realiseren van plannen, zodat doelen verwezenlijkt kunnen worden. Voor het aanzetten tot gedrag maakt het vooral gebruik van het motivation/emotional system en waar het procedurele en feitelijke kennis betreft maakt het gebruik van het perception and memory system (zoals kennis over hoe bepaalde dingen te doen en relevante feiten en informatie over een bepaalde situatie). Problemen die zich voor kunnen doen op het gebied van het action control and selection system betreffen met name de zelfregulatie zoals impulsiviteit, inhibitie van negatieve emoties, onvermogen om plannen aan te passen aan veranderende omstandigheden en gebrek aan probleemoplossende vaardigheden.

Het perceptuele en geheugensysteem

Het perception and memory system bestaat uit de hippocampus en de posterior neocortex. Een belangrijke functie van dit systeem is het verwerken van de inkomende sensorische informatie en het vormen van representaties van objecten en gebeurtenissen en deze geschikt te maken voor de andere twee neuropsychologische systemen. Problemen in het perceptual and memory system kunnen leiden tot onjuiste opvattingen, attitudes en interpretaties van sociale ervaringen. Onjuiste opvattingen die langdurig geactiveerd worden kunnen uiteindelijk leiden tot onaangepaste doelen en emoties, waardoor iemand zijn seksuele gevoelens niet kan beheersen. Ward en Beech (2006) veronderstellen dat deze cognitieve structuren kunnen functioneren als filters die het proces van sociale informatieverwerking vertekenen, wat persoonlijke en sociale problemen tot gevolg kan hebben.

3.1.4. Klinische symptomatologie

Problemen in neuropsychologische systemen (zoals hierboven beschreven) kunnen iemands adaptieve functioneren op veel manieren beïnvloeden. Als er bijvoorbeeld problemen zijn in het action selection and control system, dan zal het moeilijker zijn om de stemming te reguleren.

Blootstelling aan antisociaal voorbeeldgedrag van anderen kan tot gevolg hebben dat persoonlijke en interpersoonlijke problemen niet op een goede manier worden opgelost en resulteren in negatieve waarden en attitudes, die op hun beurt weer invloed hebben op het perception and memory system.

Verondersteld wordt dat de drie neuropsychologische systemen bij SGG altijd onderling samenwerken, maar dat de motieven en specifieke SGG-thema's variëren, afhankelijk van de specifieke problemen in de betreffende systemen. Er zijn vele soorten problemen die zich kunnen voordoen in de drie systemen, die resulteren in verschillende klinische manifestaties die voor behandeling in aanmerking komen (treatment needs). Met andere woorden, mensen kunnen op grond van verschillende onderliggende neuropsychologische disfuncties komen tot verschillende klinische problemen, die zich kunnen uiten in seksueel grensoverschrijdend gedrag.

Op basis van vele onderzoekbevindingen en klinische evidentie (o.a. Hanson & Harris, 2000, 2001; Marshall, 1989; Thornton, 2002; Ward & Beech, 2004) kunnen er vijf clusters van problemen of symptomen kunnen worden onderscheiden, zowel wat betreft volwassen kindermisbruikers als verkrachters:

- algemene antisociale oriëntatie;
- afwijkende seksuele opwinding en interesse;
- problematische cognities en attitude;
- overtuigingen, intimiteittekorten/sociale invloeden;
- problemen met zelfregulatie.

Tekorten op het gebied van empathie worden door Ward en Beech (2006) beschouwd als cognitieve distorsies en emotionele disregulatieproblemen. Deze vijf clusters zijn doorgaans de focus van de interventies in de diverse SGG behandelprogramma's, aangezien zij dynamische risicofactoren zijn.

Vanuit de algemene theorie gedacht: tekorten in neuropsychologische functies staan in wisselwerking met iemands actuele ecologie of fysieke omgeving (proximale dimensie), waardoor de SGG-gerelateerde symptomen veroorzaakt kunnen worden. Deze klinische fenomenen kunnen gezien worden als acute risicofactoren (Hanson & Harris, 2000, 2001).

Voorbeelden hiervan zijn: emotionele problemen, sociale problemen, pro-misbruik gerelateerd denken en deviante seksuele opwinding. Wanneer deze klinische fenomenen zich voordoen in de vorm van een bepaalde toestand (state), dan zullen ze iemand tot misbruik aanzetten, vanzelfsprekend afhankelijk van de aanwezigheid van een potentieel slachtoffer (een andere ecologische variabele).

Hieronder volgt een korte beschrijving van de manier waarop state factors kunnen ontstaan door een wisselwerking tussen de kwaliteit van iemands neuropsychologisch functioneren en proximale risicofactoren.

Algemene antisociale oriëntatie

Het gaat hier om de volgende criminogene factoren:

- instabiele leefomgeving, zoals werksituatie, huisvesting, veelal in combinatie met te weinig sociale steun;
- impulsief en roekeloos zijn;

- overtuiging dat niets zal helpen om te veranderen;
- persoonlijkheidsstoornissen cluster B (DSM IV-TR).

Afwijkende seksuele interesse/opwinding

Het gaat hier om seksuele deviatie als criminogene risicofactor. Het betreft zowel de richting als de sterkte van de seksuele interesse en/of verlangens. Het gaat veelal om meervoudige seksuele problemen, zoals afwijkende seksuele interesses, gebruik van seks als coping en het voorkomen van hyperseksualiteit. Seks als inadequate coping en het voorkomen van hyperseksualiteit hebben een duidelijk verband met elkaar.

Ward en Beech (2006) veronderstellen dat problemen ontstaan door een interactie tussen de drie gebieden van de disfunctionele psychologische functies, namelijk: het onvermogen effectief om te gaan met thema's rond hechting en stemmingsproblemen (motivation/emotional system), in combinatie met disfunctionele schema's (perception and memory system) kan leiden tot deviante seksuele fantasieën en seksuele preoccupaties. Deze problemen, in combinatie met een onvermogen om seksuele wensen te reguleren (als een basale fysiologische drive; motivation/emotional system) kunnen iemand ertoe aanzetten seks te gebruiken om tegemoet te komen aan zijn emotionele en seksuele behoeften. Wanneer iemand zijn seksuele behoeften niet kan beheersen (action selection and control system) in combinatie met een grote mate van seksuele opwinding en deviante interesse, dan kan dat tot gevolg hebben dat de deviante seksuele opwinding gemakkelijk geuit wordt als er sprake is van bepaalde uitlokkende factoren (zoals woede, vijandigheid of de aanwezigheid van een potentieel slachtoffer).

Problematische cognities en attitude

Het hebben van problematische cognities en attitudes die SGG bevorderen zijn criminogene risicofactoren. Het kan hierbij gaan om het (gedeeltelijk) rechtvaardigen van het gedrag of gedachten die vrouwvijandigheid, agressie, vijandigheid, achterdocht en wrok bevorderen, maar ook om cognities die voortkomen uit emotionele identificatie met kinderen.

Het type cognitieve distorsies die kindermisbruikers hebben gaan ervan uit dat kinderen seksuele wezens zijn en dat seks met hen geen schade aanricht. De cognities bij verkrachters betreffen het idee dat heteroseksuele contacten inherent wederkerig zijn, dat vrouwen mannen op het verkeerde been zetten in wat zij eigenlijk willen en dat vrouwen altijd wel in willen gaan op de seksuele behoeften van een man (Polachek & Ward, 2002). Deze impliciete ideeën zijn gevormd in de vroege jeugd en hebben effect door perceptuele informatie te filteren. Met andere woorden, ze zijn gerelateerd aan het perception and memory system. Ook hier staan de dysfunctionele schema's in wisselwerking met ecologische niche factoren (zoals life-events), waardoor cognitieve distorsies ontstaan (zoals bijvoorbeeld gedachten die seksueel misbruik faciliteren).

Stereotype schema's over vrouwen of kinderen kunnen van betekenis zijn wanneer ze abnormale gewelddadige of seksuele componenten in zich dragen. Mann & Beech (2003) beschrijven dat veel verkrachters de overtuiging hebben dat vrouwen gevaarlijk en bedrieglijk zijn en dat sommige kindermisbruikers (met name de gefixeerde pedofielen) het idee hebben dat kinderen geïnteresseerd zouden zijn in seksueel contact met volwassenen. Deze opvattingen worden op zo'n manier geïnterpreteerd dat ze consistent gemaakt worden met de schema's van dader. De persoon in kwestie veronderstelt vervolgens dat hij ofwel afgewezen wordt, of dat er sprake is van het afgeven van seksuele signalen, waardoor de kans op misbruik toeneemt.

Mann & Beech (2003) veronderstellen dat ouders ook belief-schema's hebben (aannames over zichzelf en over hoe anderen zich zouden moeten gedragen). Wanneer deze schema's geactiveerd worden door bepaalde bedreigende gebeurtenissen wordt de informatieverwerking verdraaid in de richting van de onderliggende schema's. Een voorbeeld: iemand heeft een schema "ik moet anderen onder controle houden want anders zullen ze me kwetsen" (machtschema). Wanneer hij zich bedreigd voelt, worden gedachten met betrekking tot het thema 'macht' geïntensiveerd. Dit triggert angst of woede. Vervolgens worden gevoelens van vernedering of dominantie geactiveerd. Dit maakt dat seksueel misbruik beleefd wordt als een geëigende en noodzakelijke reactie op het gedrag van anderen.

Intimiteitstekorten

Onder dit domein vallen de volgende criminogene risicofactoren:

- emotionele congruentie met kinderen;
- gebrek aan netwerk, sociale contacten en/of intieme relaties met volwassenen (inclusief veel conflicten binnen een relatie);
- hechtingsproblemen;
- een laag zelfbeeld.

Dit domein betreft vooral sociale problemen: eenzaamheid, ontoereikendheid, een laag gevoel van eigenwaarde, slachtofferhouding en achterdocht. Problemen op dit gebied zijn een afspiegeling van het disfunctioneren van het motivation and emotional system en kunnen gezien worden in termen van onveilige hechting die leidt tot problemen in het kunnen aangaan van intieme relaties (Ward, Hudson & Marshall, 1996). Een hechtingsstijl is een samenspel van kenmerken die iemand heeft ontwikkeld op basis van vroegkinderlijke ervaringen, waardoor iemand ofwel een positieve ofwel een negatieve kijk op zichzelf en anderen ontwikkeld heeft (Young, Klosko & Wesharr, 2003).

Beech en Mitchell (2005) hebben beschreven hoe distale ecologische factoren (zoals slechte, schadelijke kinderlijke ervaringen) zeer veelbetekend zijn voor de optimale ontwikkeling van neuropsychologische systemen (in het bijzonder negatieve ervaringen als misbruik, stress en afwijzing). Dit kan biologische veranderingen in het neurobiologisch systeem bewerkstelligen, dat aan hechtingsgedrag ten grondslag ligt.

Er zijn verschillende soorten hechtingsstijlen die bij mensen met SGG onderscheiden worden, elk met een bepaald type van disfunctioneren van het motivation/emotional system.

Ward, Hudson en Marshall (1996) opperen dat er drie vormen van onveilige hechtingsstijlen zijn, die gerelateerd zijn aan verschillende soorten van seksueel misbruik, gegeven de specifieke triggers vanuit de omgeving. Vermijdende/afwerende personen (de vermijdende/ afwerende hechtingsstijl) zouden meer geneigd zijn vijandigheid naar anderen ten toon te spreiden (bijvoorbeeld gewelddadig gedrag naar vrouwen); angstig-gepreoccupeerde personen (de angstig-ambivalente hechtingsstijl) zouden de neiging hebben goedkeuring van anderen te verkrijgen en gehechtheidsrelaties te seksualiseren (hetgeen kan leiden tot seksueel contact met kinderen). Mensen met een gedesorganiseerde hechtingsstijl gebruiken SGG als een reactie (in de vorm van externe gebaseerde controle) op intense negatieve emoties die samenhangen met deze hechtingsstijl (Burk & Burkhart, 2003).

Er is enige empirische ondersteuning voor deze theoretische opvattingen. Ward et al. (1996) vonden enige evidentie dat een onveilige hechting gekoppeld was aan specifieke typen seksueel misbruik.

Kindermisbruikers hadden vooral een angstig-ambivalente hechtingsstijl, vergeleken met verkrachters, mensen met gewelddadig gedrag en niet-gewelddadig gedrag. Bij verkrachters was meer sprake van een vermijdende/afwerende hechtingsstijl.

Problemen met zelfregulatie

Onder dit domein vallen de volgende criminogene risicofactoren:

- een inadequate zelfregulatie, met name tekorten in de executieve functies (zoals een beperkte impulscontrole) en tekorten in de emotieregulatie;
- inadequate probleemoplossing.

Dit domein betreft voornamelijk impulsieve acties: het hebben van weinig (emotionele) controle, de neiging tot explosieve uitbarstingen. Deze fenomenen kunnen ontstaan door problemen in twee verschillende neuropsychologische systemen. Een voorbeeld: problemen in het motivation/emotional system zullen zich uiten in de vorm van stemmingsproblemen, terwijl een probleem in het action selection and control system in impulsief gedrag geuit wordt.

Ward & Beech (2006) veronderstellen dat er door leerervaringen (bekrachtiging) een stevige relatie gelegd kan worden tussen seksueel gedrag en het gevoel van welbevinden. Een voorbeeld betreft dwangmatig masturberen in de puberteit ten behoeve van stemmingsregulatie, bij gebrek aan alternatieven om de stemming te verbeteren (Cortoni & Marshall, 2001).

Emotionele competentietekorten kunnen forse negatieve emotionele toestanden creëren (bijvoorbeeld bij relatieproblemen of het verliezen van een baan) met name wanneer iemand niet in staat is zich in te houden of zijn emoties op een rustige en adequate manier te uiten. Een dergelijk onvermogen om op een adequate manier met emoties om te gaan kan resulteren in verlies van controle, dat in interactie met seksuele gevoelens kan leiden tot een 'troost-strategie': ongecontroleerde seks ofwel seks op een opportunistische manier om aan de emotionele en seksuele behoefte tegemoet te komen.

3.1.5. Instandhouding en escalatie van de klinische factoren

Hierboven werd beschreven hoe een combinatie van biologische, ecologische (sociale, culturele en persoonlijke omstandigheden) en neuropsychologische kwetsbaarheden met elkaar interacteren, waardoor de klinische symptomen die men bij SGG ziet, gegenereerd worden.

Volgens dit algemene theoretische model dragen ecologische variabelen bij aan 1) de vorming van de neuropsychologische systemen die menselijk gedrag genereren en 2) lokken ze in bepaalde omstandigheden SGG uit. Met uitlokken wordt hier bedoeld dat bepaalde gevoeligheden in de persoon geactiveerd worden (getriggerd).

Een belangrijke vraag is wat het SGG in stand houdt en/of onder bepaalde omstandigheden doet escaleren. Dit model gaat ervan uit dat SGG in stand gehouden wordt en/of escaleert vanwege de invloed die het heeft op de ecologie van de dader en op diens psychologisch functioneren. Seksueel misbruik van een kind kan ertoe leiden dat iemand nog meer sociaal geïsoleerd raakt en nog minder kans heeft op het aangaan van een intieme relatie.

Als iemand in deze situatie ook problemen heeft met zijn stemming, dan kan seks met een kind een gemakkelijke manier zijn om deze emotionele gemoedstoestand te reguleren. Met andere woorden, de consequenties van SGG kunnen de persoonlijke omstandigheden wijzigen, vastzetten of verergeren op een dusdanige manier dat SGG toeneemt of in stand gehouden wordt.

4. Doelstelling en beschrijving van het behandelprogramma

Dit programma beoogt een behandelaanbod te bieden voor SGLVG-cliënten, om de seksuele gezondheid te bevorderen en daarmee (een risico op) seksueel grensoverschrijdend gedrag te verminderen.

4.1 Opzet en opbouw van het behandelprogramma

Vanwege de heterogeniteit van de SGLVG-doelgroep en de verschillen die er tussen de Borg-instellingen in de accenten in de doelgroep (voortkomend uit locatie, klinische en ambulante voorzieningen, beveiligingsniveau en dergelijke) bestaan, is het van belang dat de onderdelen van het behandelprogramma – indien de specifieke behandelbehoefte van een cliënt hier aanleiding toe geeft – op concreet niveau en op onderbouwde wijze aangepast worden.

De uitgewerkte modules gaan uit van cliënten die over een redelijk (meta)cognitief vermogen beschikken, die in enige mate in staat zijn te reflecteren op hun emoties en gedrag, en in enige mate over verbaliserend vermogen beschikken. Onderdelen dienen in de behandelsituatie aangepast te worden naar de leermogelijkheden van de cliënt teneinde de responsiviteit van de behandeling te bevorderen; het is dan ook aan te bevelen om de intellectuele en cognitieve capaciteiten middels (neuro)psychologisch onderzoek op te helderen alvorens er overgegaan wordt tot indicatiestelling en behandeling. Diagnostiek gericht op psychoseksuele problematiek en seksualiteit wordt in alle gevallen waardevol en noodzakelijk geacht; hierbij kan gedacht worden aan afname van een seksuele anamnese, het opstellen van een delictanalyse (indien er sprake is van seksuele delicten) en afname van interviews en/of vragenlijsten (waaronder de SKAVE, 100 zinnen aanvullijst seksualiteit). Diagnostische beeldvorming van tenminste de seksuele ontwikkeling en de delictdynamiek worden beschouwd als vereisten voor goede indicatiestelling en het komen tot een onderbouwd behandelplan.

Verdere diagnostiek kan eveneens richting geven aan de behandelinhoud of relevante (al dan niet met de therapie interfererende) aspecten van het functioneren blootleggen (zoals problematiek ten gevolge van vroegkinderlijke traumatisering of hechtingsproblematiek (Creeden, 2009)).

Binnen de SGG-werkgroep bestaat consensus over het behandelen volgens de ‘what works’ principes/Risk-Need-Responsivity Model (RNR) (zie voor toelichting Andrews & Bonta, 2006), aangevuld met principes uit het Good Lives Model (GLM) (zie voor toelichting Ward, 2010; Ward, Rose & Willis, 2012). Met behulp van dit model richt de behandeling zich op het ontwikkelen van vaardigheden en capaciteiten van de persoon om een zo tevreden mogelijk leven te leiden, en levensbehoeften behoeften te bevredigen waarbij geen grenzen van de maatschappij en de ander worden overschreden. De aanname daarbij is dat hoe meer de levensbehoeften bevredigd worden, hoe minder er de neiging is om te recidiveren. Het GLM biedt dus géén geïndividualiseerde aanpak maar een globaal referentiekader waarbinnen een persoonlijke aanpak kan worden ontwikkeld.

De primaire levensbehoeften (Primary Goods) waar het GLM vanuit gaan, zijn:

- Lichamelijk welbevinden en lichamelijke gezondheid
- Kennis
- Competentie/excellentie
- Autonomie/zelfsturing
- Innerlijke rust/vrij van stress
- Vriendschap en verbondenheid
- Gemeenschapszin/deel van groter geheel zijn
- Spiritualiteit
- Seksualiteit en genot
- Creativiteit

Bovenstaande taal is voor het grootste deel van onze cliënten niet passend en bruikbaar; behandelaren worden dan ook aangemoedigd om versimpelde termen, al dan niet samen met de cliënt vastgesteld, te gebruiken.

Vanuit het continuüm van seksualiteit (van gezonde seksualiteit naar problematische/ongezonde seksualiteit) worden de behoeften en gedragingen van onze cliënten in kaart gebracht.

In het werkveld bestaat nog geen volledig *evidence based* behandelprogramma voor plegers van seksueel grensoverschrijdend gedrag (Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, 2014). Wel is er enige empirische evidentie voor bepaalde behandelvormen – zoals de combinatie van cognitieve gedragstherapie en farmacologische interventies – bij verschillende cliëntgroepen. Er is enige onderbouwing voor de succesvolle toepassing van CGT-programma's bij licht verstandelijk beperkte cliënten die seksueel grensoverschrijdend gedrag vertonen (Le Grand, Lutjenhuis, & Solodova, 2005). De onderdelen van dit behandelprogramma leunen dan ook met name op cognitief gedragstherapeutische technieken/interventies.

Heinemann, Neumann, van der Waa en Kok (2016) sommen een aantal belangrijke aandachtspunten voor het toepassen van CGT bij mensen met een licht verstandelijke beperking op:

- sessies dienen volgens een vast en voor de cliënt bekend stramien ingericht te worden. Voorafgaand aan een sessie dient de opzet van een sessie visueel en verbaal doorgenomen te worden;
- de communicatie dient afgestemd te worden op de mogelijkheden van de cliënt;
- er dienen concrete en haalbare doelen geformuleerd te worden;
- informatie dient voorgestructureerd aangeboden te worden ter voorkoming van overbelasting van het werkgeheugen;
- oefenstof dient zo concreet mogelijk te zijn, bijvoorbeeld door deze in rollenspellen aan bod te laten komen (afgestemd op het ervaringsleren);
- generalisatie dient actief bevorderd/ondersteund te worden;
- huiswerkopdrachten dienen concreet en haalbaar te zijn;
- er dient inbedding in een bredere behandelaanpak te zijn, waarbij de verschillende betrokkenen met elkaar afstemmen zodat het aanbod gecoördineerd en geïntegreerd wordt.

In het formeren van dit behandelprogramma is getracht optimaal rekening te houden met deze aandachtspunten.

Dit behandelprogramma is een (poli)klinisch programma dat geïmplementeerd en ingebed wordt in de klinische opname van de cliënt. De verschillende onderdelen kunnen in nauwe aansluiting met overige behandelmodules aangeboden worden. Er kan – ondanks de duidelijke opzet van het behandelprogramma – onderbouwd afgeweken worden van het behandelprogramma. De complexiteit, diversiteit en aard van de problematiek van de doelgroep vraagt hierom.

Het behandelprogramma bestaat uit basismodules en specialistische modules. De doelstelling van de basismodules is kennisvergroting met betrekking tot de gezonde seksualiteit en inventarisatie van eventuele probleemgebieden. Deze modules zijn in beginsel van toepassing op de gehele SGLVG-doelgroep. De regiebehandelaar/behandelcoördinator indiceert en heeft een uitvoerende rol. De basismodules hebben een voorwaardelijk karakter ten opzichte van het doorlopen van de specialistische modules. Ze kunnen gezien worden als bouwstenen waarover een cliënt moet beschikken om optimaal van de specialistische modules te kunnen profiteren. Dit wil echter niet zeggen dat een cliënt deze modules allen dient te doorlopen; bouwstenen kunnen al voldoende aanwezig zijn.

Het doel van de specialistische modules is de gerichte behandeling van het seksueel grensoverschrijdend gedrag en de onderliggende psychoseksuele problematiek. Deze modules zijn ontwikkeld voor cliënten die zich in het verleden al seksueel grensoverschrijdend hebben gedragen of een verhoogd risico lopen dit in de nabije toekomst te doen. Ondersteunend aan de uitgewerkte modules kunnen vaardigheidstrainingen (zelfmanagementtraining, sociale vaardigheidstraining en dergelijke) ingezet worden. De indicatiestelling voor de specialistische modules vindt plaats door een SGG-specialist; hij/zij heeft zowel een leidende als een direct uitvoerende rol en overlegt intensief met de regiebehandelaar/behandelcoördinator. Het is aan de Borg-instellingen om de rol/functie van een SGG-specialist voor de eigen organisatie verder uit te werken.

Behandelprogramma SGG voor de SGLVG-doelgroep				
I - basismodules	- Seksuele screening/voorlichting (zie bijlage I voor bruikbare modules) - Premodule motivatie - Herkennen van gevoelens en gedachten (basismodules uit het programma Grip op Agressie) - Als Seks Niet Klopt	↑ Netwerk-interventies: methodisch en systematisch inventariseren en betrekken van belangrijke naasten (optioneel: conform het	↑ Vaardigheidstrainingen (zelfmanagement-training, sociale vaardigheden, relationele vaardigheden etc.)	Benadrukt kennisvergroting m.b.t. gezonde seksualiteit en inventariseert eventuele probleemgebieden. Deze module is van toepassing op de gehele doelgroep.

II – specialistische module	- Delictketen	5-faseplan en de Netwerkmatrix). ↓	↓	Gedeelte over pathologische seksualiteit. Deze module is van toepassing op de probleemgebieden gerelateerd aan seksueel grensoverschrijdend gedrag. De vaardigheidstrainingen lopen op indicatie parallel en ter ondersteuning van de SGG-behandeling.
-----------------------------	---------------	---	---	--

De SGLVG-doelgroep is zeer heterogeen en er kunnen diverse redenen zijn om niet het gehele maar delen van het behandelprogramma te indiceren. Per module is de doelstelling als volgt te formuleren:

Onderdeel	Doelstelling
Seksuele screening/voorlichting	- De cliënt beschikt over basale kennis van seksualiteit. - De cliënt en hulpverlener kunnen seksualiteit als thema met elkaar bespreken en verder verkennen.
Premodule motivatie	- De cliënt is bereid tot het onderzoeken van de eigen seksualiteit, in contact met een professional. - De cliënt is bereid tot reflectie op seksueel (probleem)gedrag. - (Bij een geschiedenis van seksueel grensoverschrijdend gedrag): ontwikkeling en versterking van motivatie voor gedragsverandering op het vlak van seksualiteit.
Herkennen van gevoelens en gedachten (uit het programma Grip op Agressie)	- De cliënt kent het verschil tussen gevoelens en gedachten. - De cliënt onderscheidt bij zichzelf de basisemoties van elkaar. - De cliënt weet (met ondersteuning) eigen gedachten/kernovertuigingen te formuleren.
Als Seks Niet Klopt	- De cliënt is op de hoogte van grenzen aan seksualiteit (zowel wettelijk als persoonlijk). - De cliënt reflecteert op eigen seksuele ervaringen, in het licht van grenzen.
Delictketen	- De cliënt onderscheidt verschillende behoeften, emoties en gedrag in de aanloop naar seksueel grensoverschrijdend gedrag. - De cliënt onderzoekt en ervaart niet-schadelijke bevrediging van emotionele en seksuele behoeften.

4.2 Kenmerken en competenties van de therapeut

De therapeut die met het thema seksualiteit in de SGLVG-doelgroep aan de slag gaat treft een gevarieerde groep van cliënten in verschillende fases van ontkenning of inzicht; cliënten die in meerdere of mindere mate gemotiveerd zijn. Bij velen speelt goed gemaskeerde schaamte mee, anderen voelen zich meer slachtoffer dan dader en zijn boos op hun omgeving. De therapeut dient dus een competente professional te zijn die kennis van seksualiteit/seksuele problematiek met een sensitieve, open, empathische en directieve houding kan combineren. Hij/zij dient vanuit zijn professionele attitude uit te dragen dat seksualiteit een positieve kracht in mensenlevens is waarin – in het geval van (een gedeelte van) de cliënten iets mis kan gaan of is gegaan.

De therapeut vermijdt beschuldigende en bestraffende uitspraken. Hij/zij heeft het bijvoorbeeld niet over 'schuld hebben' maar over 'verantwoordelijkheid nemen'. De therapeut dient geschoold te zijn in motiverende gespreksvoering.

De licht verstandelijk beperkte cliënten met seksuele problematiek zijn vaak vaardig in het bewerkstelligen van oppervlakkig sociaal contact; zij kunnen prettig aanwezig zijn en tonen bereidheid om over allerlei onderwerpen te praten, behalve seksualiteit en hun eventuele probleem- of delictgedrag. Het is aan de therapeut om informatie te verschaffen, seksuele termen te introduceren en met het taalgebruik van de cliënt af te stemmen. Op die manier creëert de therapeut de ruimte voor cliënten om over hun eigen seksualiteit en gedrag in gesprek te gaan. Pas dan zijn open vragen motiverend en behulpzaam.

De therapeut dient te beseffen dat cliënten met seksuele problematiek met geheimen en onzekerheid hebben moeten leven. In dat veld van onbesproken en soms onuitspreekbare ervaringen is veel ruimte voor overdracht en tegenoverdracht, evenals voor vermijding (zowel bij de cliënt als bij de therapeut); de therapeut dient in staat te zijn deze processen te herkennen en hanteren in het contact met de cliënt.

Voorbeelden van vermijdingsgedrag van de kant van de behandelaar zijn:

- Ontkennen

*"Als ik het er niet over heb, dan is het er ook niet" of
Gewoon niet bij stilstaan dat cliënten seksuele gevoelens hebben*

- Bagatelliseren

"Ach, iedereen heeft zo zijn eigenaardigheden"

- Isolatie van het affect / afsplitsen

Niets voelen / gevoel uitschakelen

- Veroordelen

Het is gemakkelijker je in te leven in een slachtoffer dan in een dader

- Vergoelijken

"Het komt door de verstandelijke beperking / de thuissituatie / de ... / hij kan er ook niet zoveel aan doen"

- Seksueel getinte grappen maken met collega's

Dan hoef je het er niet serieus over te hebben

- Verhulde taal en terminologie gebruiken

Dan is / lijkt het niet zo erg

- Belachelijk maken van de cliënt

Is gemakkelijk met zijn of haar deviante seksuele gedrag en/of verstandelijke beperking

- De regie in het gesprek nemen

Controle → minder kwetsbaar

Je kunt als therapeut in een spagaat terecht komen. Enerzijds: hoe geef je vorm aan deze gevoelens, zowel intra-psychisch (in jezelf) als interpsychisch (in de interactie met cliënten én collega's) en anderzijds: een goede werkrelatie/goed contact is een noodzakelijke voorwaarde om de problematiek te kunnen bewerken c.q. behandelen. Het is van groot belang dat er in behandelteams ruimte en veiligheid is, om dit soort processen (die gaan over cliënten, maar ook zeker over therapeuten zelf) met elkaar te signaleren, herkennen en bespreken.

4.3 Betrekken van het (professionele) netwerk

Het netwerk van de cliënt kan een belangrijke rol spelen in het bereiken van de gewenste gedragsverandering (Deci & Ryan, 2000). De specifieke rol en de gewenste mate van betrokkenheid van naasten is onder andere afhankelijk van de problematiek en de behandelfase van de cliënt. Wanneer het bijvoorbeeld een cliënt betreft wiens seksuele probleemgedrag sterk samenhangt met tekorten in de zelfregulerende/zelfsturende vermogens, dan kan een team van professionele begeleiders (bijvoorbeeld in een woonvoorziening) een belangrijke rol vervullen in het leren toepassen van compensatiestrategieën.

Het heeft sterk de voorkeur om de professionals die bij hulpverlening op het vlak van seksualiteit betrokken zijn, te scholen in motiverende gespreksvoering daar deze vorm van gespreksvoering bij uitstek past bij dit thema.

Ook het betrekken van naasten (familieleden, partner, kinderen, vrienden) verdient de aandacht. Daarbij is sensitiviteit nodig; seksualiteit is een persoonlijk onderwerp, waarbij veel mensen enige privacy passend en prettig vinden. Het is niet gebruikelijk om alle aspecten van seksualiteit met allerlei naasten te delen. Bij veel plegers van seksueel grensoverschrijdend gedrag is contact met naasten (ernstig) verstoord geraakt vanwege hun gedrag. Zij worden veelal veroordeeld en soms gewantrouwd door mensen met wie zij voorheen hechte relaties hadden of met wie zij verbinding ervoeren. Sociale isolatie is een belangrijke risicofactor voor recidive, bij seksueel grensoverschrijdend gedrag. In de behandeling van mensen die bekend zijn met seksueel grensoverschrijdend gedrag, wordt geadviseerd om allereerst samen te inventariseren welke belangrijke relaties de cliënt heeft of had, hoe die relaties zich kenmerkten, en welke positieve dan wel negatieve invloeden er vanuit deze relaties zijn of waren en welke behoeften bevredigd worden (waarderen van relaties). Vervolgens kunnen naasten actief betrokken worden bij de behandeling. Dit kan op uiteenlopende manieren, waarbij het van belang is om nadrukkelijk met de cliënt samen op te trekken qua tempo en onderwerpen waarbij naasten betrokken worden.

Naasten hoeven niet per se betrokken te zijn/op de hoogte te zijn bij de behandeling; onderdeel van de behandeling kan ook zijn, dat cliënten geholpen worden bij het (her-)aangaan van verbindingen met mensen om hen heen.

4.4 Psychofarmacologische interventies

Bij de behandeling van seksueel grensoverschrijdend gedrag, kan farmacotherapie een gunstig effect kan hebben. Medicatiegebruik is niet per definitie geïndiceerd; dit hangt af van de risicofactoren die bij een cliënt geïdentificeerd worden, en van het samenspel tussen risicofactoren. Medicatie vormt altijd onderdeel van de multidisciplinaire behandeling en staat derhalve nooit op zichzelf.

Aan de hand van een protocol wordt bepaald welke specifieke soort medicatie bij wie onder welke condities wordt voorgeschreven. De meest recent ontworpen richtlijnen die bij deze besluitvorming kunnen worden gebruikt, zijn die van de World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP).

Overigens gebruikt een aanzienlijk deel van onze cliënten vaak reeds langdurig psychiatrische medicatie. Uit wetenschappelijk onderzoek is ruimschoots gebleken dat gebruik van psychofarmaca gepaard kan gaan met problemen in het seksueel functioneren (Gordijn et al., 2019). Geadviseerd wordt dan ook om cliënten expliciet te vragen naar seksuele functies en eventuele invloeden van medicatie (bij voorkeur in samenwerking tussen een psycholoog, seksuoloog, psychiater en/of AVG).

4.5 Groeps- versus individuele behandeling

De modules van dit behandelprogramma kunnen zowel in groepsverband als in individuele sessies aangeboden worden. Het is aan de SGG-specialist en de regiebehandelaar om hierin een keuze te maken. Eén van de voordelen van groepsbehandeling is dat cliënten elkaars cognitieve vervormingen kunnen opmerken (Van Beek & Mulder, 2002). Er is echter geen wetenschappelijke evidentie omtrent de verschillen tussen individuele en groepsbehandeling. Gezien de heterogeniteit van de SGLVG-doelgroep wordt geadviseerd om telkens opnieuw op cliëntniveau te bekijken of er sprake is van groepsgeschiktheid of een voorkeur voor individuele behandeling. Hierbij kan met allerlei kenmerken rekening worden gehouden, waaronder de cognitieve kenmerken van cliënten (grote verschillen in intellectueel functioneringsniveau of mentaal tempo vormen een contra-indicatie voor groepsbehandeling), comorbide problematiek van cliënten (een sociale angststoornis betreft een contra-indicatie voor groepsbehandeling) en praktische haalbaarheid (indien er te weinig cliënten zijn om een groep te starten verdient individueel starten de voorkeur).

4.6 Behandelcontext: leefklimaat op de klinische behandelafdeling

Behandeling vindt altijd plaats in een bepaalde context/ omgeving. Wanneer je doelgericht behandelt, dan probeer je dat wat deel uitmaakt van de omgevingscontext bewust en gericht aan te wenden ten behoeve van ontwikkeling en gedragsverandering. Om dit zo optimaal mogelijk te kunnen doen is het van belang te weten welke de kenmerken zijn van degene die je behandeling of zorg aanbiedt. Pas wanneer de specifieke cliënt-eigen kenmerken duidelijk zijn, kun je de behandelomgeving daarbij aanpassen.

Binnen De Borg worden licht verstandelijk beperkte en laag begaafde cliënten behandeld. Het therapeutisch milieu moet dan ook aansluiten bij de kenmerken van deze doelgroep. De meest voorkomende algemene kenmerken van de cliënt waarmee rekening gehouden moet worden zijn a) de verstandelijke beperking met inbegrip van het intellectueel en sociaal-emotioneel ontwikkelingsniveau, b) de psychopathologie (bijvoorbeeld ASS, OCD, persoonlijkheidsstoornis e.d.) en c) de invloed van angst en stress. Op afdelingen waar cliënten worden behandeld wegens seksueel grensoverschrijdend gedrag, moet uitgegaan worden van grote individuele verschillen in de uitsingsvorm en de functie van het seksueel grensoverschrijdend gedrag.

Hét therapeutisch milieu voor onze patiënten bestaat niet. De één heeft een behandelomgeving nodig die steunend en structurerend, toedekkend en beschermend is, de ander heeft een meer stimulerende, uitnodigende omgeving nodig, die gericht op gedragsverandering, het geven van inzicht en het ontwikkelen van zelfcontrole.

Algemene basiskkenmerken van het therapeutisch milieu

Twee belangrijke basiscondities, waar een kwalitatief goed therapeutisch milieu aan moet voldoen zijn:

1. Sensitieve responsiviteit

Dit wil zeggen: de signalen van de cliënt juist opvangen, deze op de juiste manier interpreteren en er effectief op reageert. Ainsworth (1978) definieerde sensitiviteit als “het opmerken en accuraat interpreteren van signalen en behoeften van het kind en het accuraat (en eventueel) prompt reageren op deze signalen”.

2. Emotionele beschikbaarheid

Dit wil zeggen: er zijn als het nodig is, niet alleen in praktische zin, maar met name ook in emotionele zin.

Vormen waarin sensitieve responsiviteit en emotionele beschikbaarheid tot uitdrukking komen zijn onder andere: bescherming bieden, steunen, aanvoelen, leiding nemen als het nodig is, duidelijk, consequentheid en voorspelbaarheid zijn, betrouwbaar zijn, meeleven, zorgen, troosten, begrenzen en structureren als dat nodig is, etc. Dit kan zich uiten in zichtbaar en concreet gedrag, maar ook in niet-zichtbaar, maar wel voelbaar en merkbaar gedrag.

In de wijze van omgang met cliënten is sprake van twee te onderscheiden niveaus van communicatie, namelijk a) de oppervlakte- en b) de dieptestructuur.

- Ad a) De oppervlaktestructuur is openlijk zichtbaar. De oppervlaktestructuur heeft te maken met praktische zaken, met de manier waarop je een en ander organiseert. Het betreft alles waar duidelijke en zakelijke werkafspraken over te maken zijn, zoals: wie? wat? waar? hoe laat? etc. Voorbeelden van de oppervlaktestructuur zijn: de dagindeling/ de dagelijkse routine, de regelgeving/ de afdelingsregels, de groepsgrootte en groepssamenstelling, de samenstelling van het team (man/vrouw, leeftijd, etc.), de inrichting van de ruimtes en dergelijke.
- Ad b) De dieptestructuur verwijst naar een laag daaronder, naar meer onzichtbare en persoonsgebonden factoren. Te denken valt aan zaken als: sympathieën en antipathieën, betrokkenheid, samenwerking, concurrentie, angsten en dergelijke. Voorbeelden van de dieptestructuur zijn: de begeleidingsstijl/ attitude, de sfeer, de wijze van communiceren (direct, indirect, open, gesloten, transparant, congruent), normen, waarden en eigen referentiekaders (geloof, voeding, houding ten opzichte van seksualiteit, middelengebruik e.d., etiquette, hygiëne), repressief en bestraffend versus stimulerend en uitnodigend, overdracht en tegenoverdracht.

Een belangrijk element van een goede behandelomgeving is de manier van omgang met de cliënt, wijze van bejegenen. Didden schrijft hier het volgende over:

“De bejegening van cliënten door begeleiders is een belangrijk onderdeel van het therapeutisch klimaat. Het is niet eenvoudig om bejegening te definiëren. Bij bejegening gaat het niet primair om de correcte uitvoering van werkafspraken of bereikte doelen, maar om de kwaliteit van de dagelijkse begeleiding door begeleiders. Bejegening slaat op de manier waarop begeleiders omgaan met cliënten. Het gaat dan om hun houding en attitude tegenover cliënten (voor zover dit tot uitdrukking komt in het gedrag van de begeleider) en de mate waarin zij erin slagen cliënten het gevoel te geven geaccepteerd en gerespecteerd te zijn. Een goede bejegening door begeleiders zorgt ervoor dat cliënten zich ‘veilig’ voelen, geaccepteerd en gewaardeerd, en dat er een klimaat heerst waarin cliënten optimaal leren en ontwikkelen en waarin hun welzijn verbetert.

Een minder goede bejegening wordt doorgaans geassocieerd met een hoge frequentie van separaties, een beheersmatige begeleidingsstijl en een hoge mate van emotionele expressie (boosheid, waarschuwen, dreigen met consequenties, uiten van teleurstelling) en een sfeer binnen een team waarin relatief weinig ruimte is voor waardering voor en positieve interacties met cliënten. De begeleider kan probleemgedrag oproepen.

Bij een goede bejegening daarentegen heeft de begeleider ondanks allerlei beperkingen en behandelafspraken oog voor de eigenheid van de cliënt. Hij accepteert de cliënt ondanks zijn problematische gedrag en legt de nadruk op diens sterke kanten en competenties. Bovendien is er ruimte voor initiatief en keuzemogelijkheid voor de cliënt en is het aantal separaties tot een noodzakelijk minimum beperkt.”

Van der Helm, Stams en Laan (2011) onderscheiden het behandelklimaat in vier bestanddelen:

1. ondersteuning;
2. groei;
3. structuur (versus repressie);
4. sfeer.

Ad 1 Ondersteuning

Met ondersteuning wordt steun en responsiviteit van de sociotherapeut bedoeld. Steun is in dit geval gebaseerd op een positieve relatie tussen de cliënt en de sociotherapeut en responsiviteit gaat over de reactie van de sociotherapeut op speciale behoeften van de cliënt.

Om steun en responsiviteit te kunnen bieden zijn vijf karakteristieken van belang:

- a) hulp en steun bieden, d.w.z. er daadwerkelijk 'zijn' voor de cliënt;
- b) stimulans: dit heeft betrekking op het niet afzijdig blijven, maar stimulerend en enthousiasmerend met de cliënt aan de slag gaan;
- c) betrouwbaarheid: het nakomen van afspraken en eerlijk zijn, ook al is de cliënt niet eerlijk; het goede voorbeeld geven moet/kan de cliënt op den duur verleiden dat te volgen en daar is tijd voor nodig;
- d) respect voor de cliënt. Dit blijkt o.a. uit het zo nodig zijn gedrag corrigeren en zijn daden bespreken, maar niet zijn persoon veroordelen. Doel van het verblijf is behandeling en begeleiding en niet straf. Behandeling die leunt op straf heeft geen resultaat of een tegengesteld resultaat;
- e) Consistentie van de kant van de sociotherapeuten vermindert het gevoel van machteloosheid. Nu weer deze regel, dan weer die uitzondering zonder uitleg maakt het leven van de cliënt onvoorspelbaar en veroorzaakt angst en onzekerheid.

Ad 2 Groei

Groei verwijst naar zingeving en omstandigheden in de instelling die het voor de cliënten vergemakkelijken om te leren en zich voor te bereiden op een goed leven binnen en buiten de instelling. Zonder hoop en perspectief kan een mens niet groeien en machteloosheid, zeker in een gesloten instelling, vermindert behandelmotivatie. Het Good Lives Model gaat ervan uit dat iedereen een voor hem of haar positieve invulling van het bestaan nastreeft. Eerder kwam aan de orde dat straffen niet werkt maar belonen wel. Het benoemen en positief formuleren van gedrag werkt veel beter dan een negatieve wijze van formuleren.

Ad 3 Structuur (versus repressie)

Repressie omvat de mate van eerlijkheid van controle door de sociotherapeuten, de hoeveelheid regels en handhaving ervan, de aanwezige privacy en verveling onder de cliënten. Er is vaak verwarring over het begrip repressie en het wordt soms verkeerd gebruikt. Structuur bieden en ingrijpen als het mis dreigt te gaan is niet wat onder repressie verstaan wordt. Repressie ontstaat juist door gebrek aan structuur of door teveel aan structuur. Teveel aan structuur is meestal

zichtbaar in een enorme hoeveelheid regeltjes. Soms zijn er zoveel regels dat de cliënt er altijd een overtreedt.

Gebrek aan structuur veroorzaakt ook repressie omdat sociotherapeuten de macht op de groep terug proberen te krijgen door maatregelen die bij de cliënten weer een reactie van agressie op kunnen roepen. Eerlijkheid, transparantie en contact houden zijn de belangrijkste competenties van sociotherapeuten om repressief optreden te voorkomen.

Ad 4 Sfeer

Sfeer geeft de mate weer waarin veiligheid en vertrouwen tussen de cliënten gekoesterd wordt door zowel de fysieke als de sociale omgeving. Wanneer er sprake is van veel incidenten verdwijnt vertrouwen: cliënten en medewerkers gaan in de 'overlevingsstand'. Dit houdt in dat iedereen gewantrouwd wordt en zowel de medewerkers als de cliënten denkfouten gaan maken, zoals: uitgaan van het ergste, altijd anderen de schuld geven, goed praten wat krom is, etc. Wanneer er wel veiligheid en vertrouwen heerst op de groep zullen sociale probleemsituaties op de groep niet meer als vijandig worden geïnterpreteerd en ontstaat er minder wantrouwen en agressie.

4.7 Angst en stressreductie als basisvoorwaarde voor behandeling

In het voorgaande is - gelet op het risico van onderschatting - aandacht besteed aan de invloed van (chronische) angst en stress op het functioneren van mensen met een LVB. Dit heeft consequenties voor het behandelmilieu.

Perry (2011) schrijft daarover: "Omdat trauma – ook als dat veroorzaakt wordt door verwaarlozing, opzettelijk of onbedoeld – leidt tot overbelasting van de stress-reactiesystemen en gepaard gaat met controleverlies, moet de behandeling beginnen door een veilige omgeving te creëren. Dat is het gemakkelijkst en werkt het best binnen een voorspelbare, respectvolle relatie. Voor hun herstel is het belangrijk dat ze zich veilig voelen en het gevoel hebben de controle te hebben."

Oftewel: eerst zorgen voor (basis)veiligheid. Pas wanneer aan deze basisconditie tegemoet gekomen is, komen cliënten tot rust en zijn zij in staat open te staan voor andere onderdelen van de behandeling, zoals vaardigheidstrainingen, psycho-educatie en dergelijke.

Pas wanneer het angst- en stressniveau van de cliënt is gereduceerd en binnen de zogeheten window of tolerance (de bandbreedte van stress, die nog te tolereren valt, zonder dat het verdedigingssysteem actief hoeft te worden) valt, zijn er mogelijkheden om te kunnen leren en profijt te hebben van de behandeling (vaardigheidstrainingen, psycho-educatie, gedragsmodificatie en dergelijke).

4.8 Differentiatie in therapeutisch milieus

Een goed therapeutisch milieu is de basis voor een goede behandeling. Het is te vergelijken met planten: je kan je pas tot groei en bloei komen in een milieu waarin de noodzakelijke bestanddelen aanwezig zijn, zoals licht, zuurstof, temperatuur, vocht, etc.

In het voorgaande kwam al aan de orde dat 'Hét therapeutisch milieu' niet bestaat. Een geschikt therapeutisch milieu voor een licht ontvlambare antisociale cliënt die een seksueel agressief delict heeft gepleegd zal anders moeten zijn dan dat voor een sociaal angstige en vermijdende cliënt, die exhibitioneerde en pedoseksuele delicten heeft gepleegd.

De achtergrond en de functie van het seksueel grensoverschrijdend gedrag kan heel verschillend zijn, waardoor er andere eisen aan het therapeutisch milieu gesteld worden. Hyperseksualiteit en seksuele preoccupatie vragen om een andere begeleidingsstijl dan seks als coping (seks als compensatie voor andere tekorten, zoals eenzaamheid, sociale en emotionele blokkades, etc.).

Het lastige is echter, dat bij het bepalen van de condities waar een goed behandelmilieu aan zou moeten voldoen, we zowel aandacht voor het individu (de specifieke individuele cliëntkenmerken) als voor de groep (de grootste gemene deler van de kenmerken van cliënten die in de groep verblijven) moeten hebben. Dit laatste vraagt op z'n minst om enige groepsdifferentiatie, zodat er sprake kan zijn van 'de grootste gemene deler'. Fijnmazige groepsdifferentiatie is weliswaar niet realistisch en haalbaar, maar enig (grofmazig) onderscheid is er wel aan te brengen, zowel wat betreft de algemene kenmerken van de SGLVG-doelgroep als de specifieke, aan seksueel grensoverschrijdend gedrag gerelateerde cliëntkenmerken.

1. Algemene cliëntkenmerken

a) Cliënten met ontwikkelmogelijkheden, die potentieel in staat zijn tot enige vorm van zelfcontrole.

Het betreft cliënten die zowel cognitieve als sociaal-emotionele capaciteiten hebben om inzicht te kunnen krijgen in hun seksueel grensoverschrijdend gedrag, zoals: de keten van stappen, de (foute) cognities, reflectie op gevoelens, de risicopunten en de valkuilen, de functie van het gedrag, etc. Dit vereist vaardigheden om te kunnen abstraheren, zoals: je kunnen verplaatsen in tijd en ruimte (waar was ik toen, wat dacht ik, wat deed ik toen, etc.), je kunnen verplaatsen in een ander, onder woorden kunnen brengen van gedachten en gevoelens, etc. Door inzicht in het de aard en de functie SGG te krijgen en door vaardigheden te trainen die nodig zijn om het risico op terugval te verkleinen krijgt de cliënt meer controle over zijn eigen gedrag, drijfveren en impulsen. Overigens blijft een zeker mate van externe controle (voor de een zal dat meer zijn dan voor de ander) aan de orde. Helemaal op eigen kracht zullen ze het niet kunnen, maar het zou al winst zijn als ze signalen van (dreigende) terugval herkennen en hulp mobiliseren. Ook een vorm van zelfcontrole!

b) Cliënten met relatief weinig ontwikkelmogelijkheden, die geheel of grotendeels afhankelijk blijven van externe controle.

Er is een groep cliënten die overwegend afhankelijk blijft van externe sturing en controle. Of omdat ze de vereiste cognitieve en sociaal-emotionele capaciteiten niet hebben, of omdat andere factoren overheersend en bepalend zijn voor hun beperkingen op dit gebied, zoals ASS, OCD, hyperseksualiteit en preoccupatie, etc. In dat geval moet de omgeving veel (executieve) functies overnemen (controle, uitstellen, betekenisgeving, etc.).

2. Specifieke, aan seksueel grensoverschrijdend gedrag gerelateerde kenmerken.

Grofweg onderscheiden we twee typen plegers. We bedoelen hiermee niet een academisch bewezen onderscheid aan te brengen, maar een globaal onderscheid te maken tussen de typen cliënten die je op een behandelafdeling kunt treffen. Dit om enige handvatten per type aan te kunnen reiken.

a) De antisociale, gewelddadige en seksueel agressieve pleger.

b) De niet-gesocialiseerde, angstig-vermijdende pleger.

Differentiatie op basis van bovenstaande vier typen (1a en 1b; 2a en 2b) leidt tot de volgende vier types (groeps)therapeutisch milieu:

	Anti-sociaal en gewelddadig	Angstig-vermijdend
Ontwikkelmogelijkheden en potentiële mogelijkheden tot (enige) zelfcontrole	• Grenzen stellen en normeren • Aandacht voor onvermogen tot relatievorming • Aandacht voor SGG-vermijdende gedrag • Relatie leggen tussen gedrag in het leven van alledag met dynamische risicofactoren en relateren aan <u>delictketen</u> • Gericht op inzicht en eigen <u>verantwoordelijkheid</u> • Experimenteerruimte bieden • Zoveel mogelijk gebruik maken van groep	• Veel ondersteunen en bevestigen • Aandacht voor angst voor relatie • Aandacht voor SGG-vermijdende gedrag • Relatie leggen tussen gedrag in het even van alledag met dynamische risicofactoren en relateren aan <u>delictketen</u> • Gericht op inzicht en eigen <u>verantwoordelijkheid</u> • Experimenteerruimte bieden • Zoveel mogelijk gebruik maken van groep
Weinig ontwikkelmogelijkheden en (overwegend) afhankelijk van externe controle	• Grenzen stellen en normeren • Aandacht voor onvermogen tot relatievorming • Duidelijke, directieve bejegening	• Veel ondersteunen en bevestigen • Aandacht voor angst voor relatie • Duidelijke, directieve bejegening • Grenzen stellen en normeren

Figuur 3: Vier types (groeps)therapeutisch milieu

Wanneer de autismespectrumstoornis sterk domineert zal het behandelmilieu ingericht moeten worden volgens de belangrijkste principes en middelen die gelden voor behandeling en begeleiding van mensen met een autismespectrumstoornis.

Afhankelijk van de *mixture* van de kenmerken van cliënten zullen individuele accenten (in een gedifferentieerde groep) in het therapeutisch milieu aangebracht kunnen worden.

Verschillende continuüms waarop het leefklimaat aangepast kan worden, zijn:

- extern gedrag beoordelen (door professionals) versus de cliënt inzicht geven in gedrag, gevoelens en gedachten;
- grenzen stellen/normeren versus eigen verantwoordelijkheid aanbrengen;
- ondersteunen en bevestigen, of niet;
- voorspelbaarheid in het behandelklimaat aanbrengen, of niet;
- prikkelarm versus uitdagend;
- holding/geborgenheid bieden versus loslaten en de nadruk leggen op zelfstandigheid;
- non-verbaal en ervaringsgericht versus verbaal en cognitief georiënteerd;
- laag in EE (expressed emotions) versus hoog EE (expressed emotions);
- afstand versus nabijheid;
- voorstructureren versus experimenteerruimte bieden.

5. Risicotaxatie

Risicotaxatie is een essentieel onderdeel van de behandeling van seksueel delinquenten. Ook bij cliënten die niet veroordeeld zijn voor een seksueel delict, maar waarbij er wel vermoedens zijn van een verhoogd risico op seksueel grensoverschrijdend gedrag, kan het gebruik van risicotaxatie-instrumenten inzicht geven in de ernst en aard van het risico. Er moet natuurlijk ten alle tijden rekening gehouden worden met de psychometrische kwaliteiten van het instrument, ook bij kwalitatief gebruik. De scores op risicotaxatie-instrumenten dienen dus – wanneer er geen sprake is van een veroordeling – met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden. Daarnaast kunnen risicotaxatie-instrumenten niet beschouwd worden als alomvattend, dus er kan sprake zijn van aanvullende risico- of beschermende factoren die geïdentificeerd moeten worden om tot een onderbouwde uitspraak over het risico te kunnen komen.

Er zijn nog geen SGG risicotaxatie-instrumenten specifiek voor de SGLVG-doelgroep ontwikkeld. Wel verdient het gebruik van actuariële instrumenten de voorkeur boven het (on)gestructureerde klinisch oordeel; deze methode komt in onderzoek herhaaldelijk als meest valide naar voren (Hanson & Morton-Bourgon, 2009). Verder dient de risicotaxatie zich zowel op statische als dynamische factoren te richten, waarbij met name de dynamische risicofactoren mede richting kunnen geven aan het behandelplan. Geadviseerd wordt om gebruik te maken van de combinatie van de STATIC-99R, de STABLE-2007 en de ACUTE-2007 (Smid, Koch, & van den Berg, 2014).

De STATIC-99R is internationaal het meest gebruikte en onderzochte instrument dat zich op statische factoren richt en een redelijk consistente predictieve validiteit kent (gemiddelde AUC-waarde .74 over 63 studies; Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, 2014). Het instrument behandelt tien items die door de clinicus gescoord worden op basis van dossierinformatie, collaterale informatie en in enkele gevallen zelfrapportage door de cliënt. De STATIC-99R wordt bruikbaar geacht voor licht verstandelijk beperkte cliënten, echter waarschuwt Doren (2004) voor onderschatting van het recidiverisico. Het instrument levert een score op in één van de vier risico-categorieën (laag, laagmatig, matig-hoog of hoog);

De STABLE-2007 richt zich op 17 items die dynamische risicofactoren omvatten. De validiteit van deze schaal is redelijk (Hanson et al., 2007) en neemt aanzienlijk toe wanneer de STABLE gebruikt wordt in combinatie met de STATIC (Matthes, Rettenberger & Eher, 2010). De STABLE heeft een significante voorspellende waarde voor algemene recidive bij plegers met een verstandelijke beperking; de predictieve waarde voor seksuele en gewelddadige recidive is echter niet significant. Daarnaast is de STABLE niet gevalideerd voor vrouwen. Geadviseerd wordt dus om de resultaten/scoring van de STABLE bij de SGLVG-doelgroep met name kwalitatief te interpreteren en te gebruiken voor de casusconceptualisatie en/of het behandelplan;

De ACUTE-2007 bestaat uit zeven acute dynamische items. Deze items zijn relatief gemakkelijk te scoren voor de clinicus en bedoeld om bij elk contact met de cliënt af te nemen. Wanneer de score boven een cut-off score uitkomt, is er sprake van een acuut hoog risico en wordt direct ingrijpen aangeraden. Dit instrument is zeer bruikbaar bij de onderbouwing van verlofbewegingen of het bepalen van de onmiddellijke therapeutische behoefte.

De combinatie van deze instrumenten kan niet alleen voorafgaand aan de behandeling maar ook tijdens de behandeling ingezet worden, als richtlijn voor het nemen van beslissingen en het meten van verandering in de risico's.

Op geleide hiervan kan de focus van het behandelplan worden bijgesteld indien nodig. Het gebruik van risicotaxatie-instrumenten wordt in de rest van het behandelprogramma niet opnieuw genoemd; de clinicus wordt geacht de risicotaxatie zelf te integreren in het behandeltraject.

6. Verantwoording

Naast de conventionele behandelinterventies wordt gebruik gemaakt van een aantal interventies die de SGLVG-behandelcentra zelf (mede) hebben ontwikkeld. De gezamenlijke thema Borg-werkgroepen⁴ werken gefaseerd en na ontwikkeling en implementatie, van bijvoorbeeld een behandelmodule, wordt hier de regie op behouden en nieuwe onderzoeksuitkomsten of innovaties in meegenomen.

De Borg werkgroep SGG draagt zorg voor de regie over een bewezen effectieve SGG-behandeling (klinisch en ambulant) voor De Borg-instellingen. Hierbij is dus sprake van zowel de borging van bestaande producten, als de doorontwikkeling van de visie en behandeling van seksueel gezond gedrag.

Vanaf januari 2019 is de opzet voor het behandelprogramma bij De Borg-instellingen geïmplementeerd. In de werkgroep SGG is het behandelprogramma vervolgens geëvalueerd en bijgesteld. De huidige versie van dit behandelprogramma voorziet in 1) een gedeelte om seksuele gezondheid te bevorderen en problemen te inventariseren en 2) een gedeelte ter voorkoming van seksueel grensoverschrijdend gedrag.

In dit behandelprogramma is er veel aandacht voor de behandelbehoefte van plegers van seksueel grensoverschrijdend gedrag (die vaak in forensisch kader binnen De Borg behandeld worden). De werkgroep heeft zich, gedurende de ontwikkeling en implementatie van dit behandelprogramma, ten doel gesteld om de scope van het behandelprogramma te verbreden naar seksuele gezondheid voor onze doelgroep. Dat past bij de wens van de werkgroep om naar seksualiteit te kijken als een continuüm (van seksuele gezondheid en plezier tot aan seksuele problemen en grensoverschrijdingen). Het is de ambitie van de werkgroep om deze kijk en de verbrede scope in een volgende versie van dit behandelprogramma te verwerken en te integreren. Daarnaast is het streven van de werkgroep om ook het vakgebied van psychiaters of artsen (AVG) artsen meer te belichten.

Meer informatie en de meest recente documenten zijn te vinden op de [website van De Borg](#). Specifieke vragen inzake diagnostiek of over dit behandelprogramma kunnen gericht worden aan: info@deborg.nl.

7. Literatuur

Andrews, D. A., & Bonta, J. (2006). *The psychology of criminal conduct* (4th ed.). Newark, NJ: LexisNexis.

Abel, G. G., Becker, J. V., Cunningham-Rathner, J., Mittelman, M. S., Murphy, W. D., & Rouleau, J. L. (1987). Self-reported sex crimes of nonincarcerated paraphiliacs. *Journal of Interpersonal Violence*, 2, 3-25.

⁴ Een thema Borg werkgroep bestaat uit inhoudelijk deskundigen vanuit de verschillende Borg-instellingen.

- Baker, E. & Beech, A. R. (2004). Dissociation and variability of adult attachment dimensions and early maladaptive schemas in sexual and violent re-uptake inhibitors in treatment of such problems. *Journal of Interpersonal Violence*, 19, 1119-1136.
- Beech, A. R., & Mitchell, I. J. (2005). A neurobiological perspective on attachment problems in sexual offenders and the role of selective serotonin re-uptake inhibitors in treatment of such problems. *Clinical Psychology Review*, 25, 153-182.
- Beitchman, J., Zucker, K., Hood, J., DaCosta, G., Akman, D., & Cassavia, E. (1992). A review of the long-term affects of child sexual abuse. *Child Abuse and neglect*, 16, 101-118.
- Berlo, W. van, Haas, S. de, Oosten, N. van, Dijk, L. van, Brants, L., Tonnon, S., et al (2011). Beperkt weerbaar: Een onderzoek naar seksueel geweld bij mensen met een lichamelijk, zintuiglijk of een verstandelijke beperking. Utrecht: van Berlo.
- Burk, L. R., & Burkhart, B. R. (2003). Disorganized attachment as a diathesis for sexual deviance developmental experience and the motivation for sexual offending. *Aggression and Violent Behavior*, 8, 487-511.
- Cortoni, F. & Marshall, W. L. (2001). Sex as coping strategy and its relationship to juvenile sexual history en intimacy in sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 1, 27-43.
- Creeden, K. (2009). How trauma and attachment can impact neurodevelopment: Informing our understanding and treatment of sexual behaviour problems. *Journal of Sexual Aggression*, 15, 261-273.
- Darwin, C. (1859). *The origin of species*. Hertfordshire: Wordsworth Editions.
- De Borg (2017). Behandelvisie (forensische) SGLVG. Den Dolder: de Borg.
- De Haas, S. (2012). Seksueel grensoverschrijdend gedrag onder jongeren en volwassenen in Nederland. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 36 (2), 136-145.
- Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (2014). *Behandelprogramma Seksueel grensoverschrijdend gedrag*. Verkregen van <https://www.efp.nl/actueel/publicaties>.
- Gordijn et al., 2019 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30690197/>
- Hanson, R. K. & Harris, A. J. R. (2000). Where should we intervene? Dynamic predictors of sexual offence recidivism. *Criminal Justice and behaviour*, 27, 6-35.
- Hanson, R. K., & Harris, A. (2001). *The sex offender need assessment rating (SONAR): A method for measuring change in risk levels*. Verkregen van www.sgc.gc.ca?epub/corr/e200001a/e200001b/e200001.htm.
- Hanson, R. K., Harris, A. J. R, Scott, T. L., & Helmus, L. (2007). *Assessing the risk of sexual offenders on community supervision: The Dynamic Supervision Project*. Verkregen van http://www.publicsafety.gc.ca/res/cor/rep/_fl/crp2007-05-en.pdf.

- Hanson, R. K., & Morton-Bourgon, K. E. (2009). The accuracy of recidivism risk assessments for sexual offenders: a meta-analysis of 118 prediction studies. *Psychological Assessment*, 21, 1-21.
- Heestermans, M., van den Bogaard, K., & Embregts, P. J. C. M. (2015). *Gezegd of gezwegen: Diagnostiek bij seksueel misbruik van en door mensen met een verstandelijke beperking*. Gennep: Dichterbij Kennisn@.
- Heinemann, A., Neumann, C., van der Waa, A., & Kok, L. (2016). Cognitieve gedragstherapie. In R. Didden, P. Troost, X. Moonen, & W. Groen (Eds.), *Handboek Psychiatrie en lichte verstandelijke beperking* (pp. 397-407). Utrecht: de Tijdstroom.
- Koot, H. M., & Tenneij, N. H. (2007). *Doelgroep in beeld*. Amsterdam/Den Dolder: Vrije Universiteit/De Borg.
- Le Grand, B., Lutjenhuis, B., & Solodova, A. (2003). Behandeling van zwakbegaafde en licht verstandelijk gehandicapte plegers van seksueel misbruik. *Directieve Therapie*, 23 (1), 82-102.
- Lindsay, W. R. (2009). Assessment of offence-related issues. In: W. R. Lindsay (Ed.). *The treatment of sex offenders with developmental disabilities* (pp. 13-34). Chichester: John Wiley & Sons.
- Mann, R. & Beech, A. R. (2003). Cognitive distortions, schemas and implicit theories. In: T. Ward, D. R. Laws, & S. M. Hudson (Eds.). *Theoretical issues and controversies in sexual deviance* (pp. 135-153). London: Sage.
- Marshall, W. L. (1989). Invited essay: intimacy, loneliness and sexual offenders. *Behavior Research and Therapy*, 27, 491-503.
- Marshall, W. L., Champagne, F., Brown, C. & Miller, S. (1997). Empathy, intimacy, loneliness, and self-esteem in nonfamilial child molesters: A brief report. *Journal of Child Sexual Abuse*, 6, 87-98.
- Matthes, A., Rettenberger, M., & Eher, R. (2010). Predictive and incremental validity of the STABLE-2000 and the STABLE-2007 in an Austrian sample of child sexual abusers. *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie*, 17 (1), 66.
- Meston, C.M., Buss, D.M. Why Humans Have Sex. *Arch Sex Behav* 36, 477–507 (2007).
<https://doi.org/10.1007/s10508-007-9175-2>
- Moonen, X. & Verstegen, D. (2006). LVG-jeugd met ernstige gedragsproblematiek in de verbinding van praktijk en wetgeving. *Onderzoek en Praktijk*, 4(1), 23–28.
- Odling-Smee, F. J., Laland, K. N., & Feldman, M. W. (2003). *Niche construction: The neglected process in evolution*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- Polaschek, D. L. L. & Ward, T. (2002). The implicit theories of potential rapists: What our questionnaires tell us. *Aggression and Violent Behavior*, 7, 305-406.
- Pennington, B. F. (2002). *The development of psychopathology: Nature and nurture*. New York: Guilford Press.

- Smid, W. J., Koch, M., & Van den Berg, J. W. (2014). *STATIC-99R Scorehandleiding*. Utrecht: De Forensische Zorgspecialisten.
- Thornton, D. (2002). Constructing and testing a framework for dynamic risk assessment. *Sexual Abuse: A Journal of Research and treatment*, 14, 139-153.
- Van Beek, D., & Mulder, J. (2002). De rol van cognitieve vervormingen in het plegen van pedoseksuele delicten en hun plaats in de behandeling. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 26, 79-86.
- Van Lunsen en Laan (2017). Boek Seks! van Rik van Lunsen en Ellen Laan.
- Ward, T. (2010). The good lives model of offender rehabilitation: Basic assumptions, etiological commitments, and practice implications. In F. McNeill, P. Raynor, & C. Trotter. (Eds.). *Offender supervision: New Directions in Theory, Research and Practice* (p. 41-64). Devon: William Publishing.
- Ward, T., & Beech, A. R. (2004). The etiology of risk: A preliminary model. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 16, 271-284.
- Ward, T., & Beech, A. R. (2006). An integrated theory of sexual offending. *Aggression and Violent Behavior*, 11, 44-63.
- Ward, T. & Hudson, S. M. (1998). The construction and development of theory in the sexual offending area: A meta-theoretical framework. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 10, 47-63.
- Ward, T., Hudson, S. M. & Marshall, W. L. (1996). Attachment Style in Sex Offenders: A Preliminary Study. *The Journal of Sex Research*, 33 (1), 17-26.
- Ward, T., Polaschek, D. & Beech, A. R. (2005). *Theories of sexual offending*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Ward, T., Rose, C., & Willis, G. (2012). The rehabilitation of offenders: Good lives, desistance, and risk reduction. In G. Davis & A. Beech (Eds.). *Forensic Psychology* (2nd ed.). Oxford: Wiley Blackwell.
- Ward, T. & Siegert, R. J. (2002). Toward and comprehensive theory of child sexual abuse: A theory knitting perspective. *Psychology, Crime and Law*, 9, 319-351.
- Watkins, B. & Bentovim, A. (1992). The sexual abuse of male children and adolescents: A review of current research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 197-248.
- Young, J. E., Klosko, M. E., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford.

Bijlage 1 – (screenings)instrumenten seksualiteit en SGG

Onderstaande materialen kunnen ingezet worden in de diagnostische of behandelfase: dit overzicht is niet volledig of uitputtend.

Screening/psycho-educatie:

- **‘Profiel seksueel bewustzijn’(PSB):** Laagdrempelige screening, motiverend, zeer beperkte psycho-educatie. Behalve feiten, leert cliënt over seks te praten). Bestrijkt overzichtelijk 15 gebieden van seksualiteit inclusief seksueel grensoverschrijdend gedrag. Opent gesprek over seksualiteit op een vriendelijke wijzen, benoemt, geeft worden. Maakt de wensen van LVB cliënt duidelijk.
- **SSKAAT-R (voorheen SKAVE)**
- **Seksuele anamnese:** Verbaal en visueel. Levert belangrijke informatie.
- **ABEK:** Vragenlijst Seksuele Attitude, Behoefte, Ervaring en Kennis. Voor (lvb) meisjes/vrouwen. Via P. van Doorn verkregen. Vriendelijk geformuleerde vragen.
- **YAI-NL:** Vragenlijst om ‘informed consent te bepalen’ door A. Scharloo bewerkt/vertaald in het Nederlands

Bijlage 2 – bruikbare modules en therapieën

De keus voor het materiaal kan op de basis van de afgenomen PSB gemaakt worden: dit overzicht is niet volledig of uitputtend.

Psycho-educatie:

- **‘Praten over Seks’:** Module goed uitgeschreven. Door Paulien van Doorn en Wilma Janssen. Plaatjes soms wat minder. De voorlichting kan zowel individueel als in groepsverband gegeven worden. **Het enige voorlichtingsmateriaal dat ook de seksuele responscyclus uitlegt!** Zeer belangrijk! Inclusief seksueel woordenboek. Uitgever Garant.
- **Koffertje ‘Vrienden & Vrijers’:** Grote tekeningen, gerangschikt rondom 5 thema’s: Het lichaam, Vriendschap, Partners, Seksualiteit en Weerbaarheid. Bureau Edu. Books@Training
- **‘Lief en Lijf’:** Oude module van KLOS tv. Vooral de Handleiding voor de Begeleider is methodisch zeer waardevol, bewaren.
- **‘Lief, Lijf en Leven Box’:** De nieuwe KLOS tv module. Alleen film, geen boeken. Geactualiseerd, veel info aan de gezonde kant van het continuüm. Film over grensoverschrijdend gedrag is aan de magere kant. Bestrijkt wel de gevaren van internet.
- **‘Lief en lijf’ App voor i-Phone:** Samen met begeleider te bekijken, termen zoeken. Basisthema’s seksualiteit zijn behandeld, verwijzingen naar andere – verantwoorde- websites.
- **Website:** www.meerdanliefde.nl
- **Boek ‘Seks@autisme.kom’:** Een programma voor relationele en seksuele vorming voor jongeren en volwassenen met autisme. Met foto’s, werkbladen en cd-rom. Zeer expliciet. Uitgever EPO
- **Module ‘Als seks niet klopt’:** Psycho-educatie in het midden van het spectrum seksualiteit. Wijst op subtiele signalen. Van de Kenniscentrumsite Trajectum te downloaden.
- **‘Toolkit totale communicatie, lichaam en seksualiteit’:** Voor begeleiden en voorlichten van verstandelijk beperkten en seksualiteit. Onder andere: om mensen met verstandelijke beperking te beschermen tegen seksuele intimidatie
Foto’s, pictogrammen, beeldverhalen en werkvormen om de communicatie over het eigen lichaam, privacy, seksualiteit, wensen en grenzen te ondersteunen.
Bij de uitgever niet meer te bestellen.
- **Vlaggensysteem:** Primair voor het team van sociotherapeuten en begeleiders op de klinische behandelafdeling. Criteria van licht, ernstig en zwaar seksueel grensoverschrijdend gedrag. Maar ook goed bij LVB cliënten toepasbaar. Actief herkennen en leren wat wel en niet op seksueel gebied mag.

- **Seksuele educatie:** Groepsmodule (ook individueel te geven). Wordt afdelingsoverstijgend gegeven door sociotherapie. Ook zijn er een aantal dvd's beschikbaar die gebruikt worden tijdens groeps gesprekken. Dit gaat bijvoorbeeld over pedofilie, slachtoffers etc.
- **'Pas op de grens'**
- **Het spel 'seks talk'**