

Interventie

Pas op de Grens

Erkenning

Erkend door deelcommissie Justitiële interventies

Datum: 27 september 2017

Oordeel: Goed onderbouwd

De referentie naar dit document is: Dr. Larissa Hoogsteder (14 juli, 2017).
Justitieinterventies.nl: beschrijving Pas op de Grens. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut, Movisie en
Trimbos instituut. Gedownload van www.justitieinterventies.nl.

Inhoud	
Interventie	1
Pas op de Grens	1
Samenvatting	5
<i>Korte samenvatting van de interventie</i>	5
Doelgroep	5
Doel	5
Aanpak	5
Materiaal.....	5
Onderbouwing.....	6
Onderzoek.....	6
1. Beschrijving interventie.....	7
1.1 Doelgroep.....	7
1.2 Doel	9
1.3 Aanpak	11
4. Uitvoering.....	17
5. Onderbouwing	21
4. Onderzoek	29
4.1 Onderzoek naar de uitvoering	29
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten	30
5. Samenvatting Werkzame elementen	31
6. Aangehaalde literatuur	32

Samenvatting

Korte samenvatting van de interventie

'Pas op de grens' is bedoeld voor volwassen mannen (18 jaar en ouder) met een licht verstandelijke beperking (LVB: IQ score tussen de 60 en 85 in combinatie met een verminderd sociaal aanpassingsvermogen) die seksueel grensoverschrijdend gedrag (SG-gedrag) vertonen of hebben vertoond. Het gaat om cliënten met een matig of hoog recidiverisico. 'Pas op de grens' heeft als doel om seksueel grensoverschrijdend gedrag in het heden te stoppen en om de kans op recidive in de toekomst te reduceren.

Pas op de grens bestaat in ieder geval uit een individuele behandeling, maar (onderdelen) van de kernmodule kunnen ook in groepsverband worden aangeboden. De interventie maakt gebruik van een cognitieve gedragsmatige aanpak en het structureel aanbieden van doe-oefeningen. De duur van de interventie is afhankelijk van het leertempo en de ernst van de problematiek en kan variëren van negen maanden tot maximaal 1,5 jaar, exclusief de nazorg.

Doelgroep

'Pas op de grens' is bedoeld voor volwassen mannen met een LVB die SG-gedrag vertonen of hebben vertoond met een matige of hoge kans op recidive. Het gaat om SG-gedrag dat gerelateerd is aan enige psychoseksuele problematiek, zoals hyperseksualiteit en/of strafbare parafilie, seksuele interesses in kinderen of interesses in seks onder dwang. De doelgroep is onder te verdelen in subgroepen, zoals misbruikers, kindmisbruikers en exhibitionisten.

Doel

Het primaire doel van 'Pas op de grens' is tweeledig. Enerzijds gaat het om het minderen of stoppen van SG-gedrag in het heden. Anderzijds gaat het om het reduceren van recidive van SG-gedrag in de toekomst. Hiertoe richt de behandeling zich op het verminderen van SG-gedrag door dynamische (criminogene) risicofactoren te behandelen die gerelateerd zijn aan het seksuele probleemgedrag van de cliënt en door protectieve factoren te versterken.

Aanpak

'Pas op de grens' is een op maat gesneden behandeling die zich richt op dynamische (criminogene) risicofactoren, en op het versterken van protectieve factoren. De interventie kent een cognitieve gedragsmatige en systeemgerichte aanpak. Betrokken systeemleden worden ingezet voor het bieden van steun en het generaliseren. Verder worden er vrijwel elke sessie doe-oefeningen gedaan. Voor het leveren van maatwerk, bestaat het inhoudelijke aanbod uit optionele onderdelen. 'Pas op de grens' bestaat in ieder geval uit een individuele behandeling, maar (onderdelen) van de kernmodule kunnen ook in groepsverband worden aangeboden. De duur van de interventie is afhankelijk van het leertempo en de ernst van de problematiek en kan variëren van negen maanden tot maximaal 1,5 jaar, exclusief de nazorg. De intensiteit kan oplopen tot vier keer per week als het gaat om een hoog recidiverisico. De interventie wordt momenteel door behandelaars bij Trajectum en de Waag aangeboden.

Materiaal

Het materiaal van de interventie bestaat uit diverse handleidingen, zoals een theoretische handleiding, een programmahandleiding voor de behandelaars (met een bijlage speciaal voor netwerkleden gericht op psycho-educatie, het bieden van ondersteuning bij het waarborgen van de veiligheid en aandacht voor hun specifieke situatie), een managementhandleiding voor zowel de behandelaars als de managers van een instelling en een opleidingshandleiding. De startmodule, de module het verminderen van stress en spanning en de kernmodule beschrijven de inhoud van het programma voor zowel de cliënt als de behandelaar. In de bijlage van de kernmodule is extra psycho-educatie toegevoegd die optioneel ingezet kan worden. De inhoud van de modules kunnen ook doorgenomen worden met betrokken systeemleden, zodat ze weten wat de cliënt krijgt aangeboden. Voor de werving kan gebruik gemaakt worden van een folder en een PowerPointpresentatie.

Onderbouwing

'Pas op de grens' gebruikt de 'Integrated Theory of Sexual Offending' (ITSO; Ward & Beech, 2006) als verklaringmodel voor de ontwikkeling van SG-gedrag. De ITSO is toepasbaar op mensen met een LVB (Keeling, Rose, & Beech, 2009). De ITSO bekijkt SG-gedrag vanuit de interactie tussen biologische factoren, ecologische factoren, en neuropsychologische factoren. Biologische factoren (waaronder het hebben van een LVB, maar ook genetische aanleg) en ecologische factoren (denk aan de sociale en culturele omgeving en de persoonlijke omstandigheden beïnvloeden neuropsychologische factoren. De interacterende biologische, ecologische en neuropsychologische factoren kunnen resulteren in specifieke klinische symptomen. Deze klinische symptomen spelen een rol in de ontwikkeling en het in stand houden van seksueel grensoverschrijdend gedrag / seksueel delictgedrag en functioneren hierdoor als criminogene risicofactoren. Zodra een cliënt daadwerkelijk seksueel grensoverschrijdend gedrag heeft vertoond, is de kans op instandhouding en escalatie groot. De gevolgen van SG-gedrag houden de kwetsbaarheden in stand of versterken deze zelfs, vanwege de wisselwerking tussen de verschillende factoren die van toepassing zijn. Beschermende factoren, zoals een steunend netwerk, kunnen dit proces doorbreken.

Onderzoek

Er heeft een procesevaluatie plaatsgevonden naar de uitvoering van de interventie bij drie vestigingen van de Waag (forensische ambulante zorginstelling) en op twee locaties van Trajectum (Hoogsteder, 2017). Bij het onderzoek waren 14 cliënten en 7 behandelaars betrokken. De resultaten toonden aan dat de beoogde doelgroep voldeed aan de indicatiecriteria en dat de programma-integriteit op groepsniveau in orde was. Hierbij werd gekeken naar de werkzame elementen op het gebied van het uitvoeren van een serie sessies en/of de gehele behandeling. De score van de evaluatieformulieren die gebruikt werden om de programma-integriteit (PI) te toetsen dienden minimaal 75% te zijn. Op het formulier dat elke maand werd ingevuld om de uitvoering van de sessies te beoordelen, is een score van 80,6% gehaald (ingevuld door de cliënt) en een score van 81,8% (ingevuld door de behandelaars). Ondanks dat de score op groepsniveau in orde was, bleek echter dat 35% van de uitgevoerde sessies in onvoldoende mate aan de PI voldeden. Dit kwam vooral omdat behandelaars dan geen doe-oefening hadden aangeboden en/of geen thuisopdracht hadden meegegeven. Uit het formulier dat aan het einde van de procesevaluatie werd ingevuld door de behandelaars om te beoordelen of de behandeling tot nu toe aan de werkzame elementen voldeed, werd een score van 81,1% gehaald (moest wederom minimaal 75% zijn). Cliënten beoordelen de interventie tijdens dit onderzoek gemiddeld genomen met een 7.5. 92,8% van de cliënten vonden dat de behandeling (tot nu toe) had geholpen.

1. Beschrijving interventie

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

'Pas op de grens' is bedoeld voor volwassen mannen (18 jaar en ouder) met een licht verstandelijke beperking (LVB) die seksueel grensoverschrijdend gedrag (SG-gedrag) vertonen en/of hebben vertoond met een matige of hoge kans op recidive. 'Pas op de Grens' maakt onderscheid tussen drie verschillende subdoelgroepen. Bij alle subdoelgroepen is sprake van enige psychoseksuele problematiek, zoals hyperseksualiteit en/of strafbare parafilie. De achterliggende problematiek en de criminogene risicofactoren die gerelateerd zijn aan het seksuele grensoverschrijdend gedrag en/of seksueel delictgedrag vertonen binnen de subdoelgroepen overeenkomsten, maar ook verschillen. Hierbij maakt het uit of er eveneens sprake is van hyperseksualiteit en hoe sterk de mate van parafilie is. Dit gaat immers gepaard met sterke gevoelens van drang. Overeenkomsten binnen de doelgroep zijn het hebben van weinig zelfvertrouwen en gevoelens van eenzaamheid. Ook is er sprake van beperkte sociale vaardigheden, waaronder oplossingsvaardigheden. Een deel van de doelgroep is zelf slachtoffer van seksueel misbruik en/of mishandling en/of verwaarlozing.

Subdoelgroepen

Kindmisbruikers

Cliënten die hands-on delicten (verkrachting, aanranding of ontucht) hebben gepleegd met een kind dat minimaal vijf jaar jonger is, of met een persoon die fysiek en/of emotioneel een stuk zwakker is, worden binnen 'Pas op de Grens' getypeerd als kindmisbruikers. Bij kindmisbruikers (Robertiello en Terry, 2007) is het zelfbeeld nog lager dan bij de rest van de doelgroep van 'Pas op de Grens', er is vaker sprake van een sociaal isolement en onvoldoende sociale vaardigheden om een gelijkwaardige relatie aan te knopen. Cognitieve vervormingen gaan vooral over sociale interacties of het zien van kinderen als seksuele wezens. Er is relatief vaker sprake van seksueel misbruik en atypische seksuele interesses zijn sterker aanwezig.

Misbruikers

Cliënten die hands-on delicten hebben gepleegd met een volwassen persoon worden binnen 'Pas op de Grens' getypeerd als misbruikers. Bij de misbruikers (Robertiello en Terry, 2007) staan vooral problemen met de algemene zelfregulatie (impulsiviteit en gevoelens van boosheid / frustratie) op de voorgrond in combinatie met cognitieve vervormingen over vrouwen en geweld die de kans op SG-gedrag versterken. Relatief vaker is er sprake van mishandeling in het verleden en problematisch middelengebruik.

Het ongevraagd laten zien van een seksuele handeling

Bij deze subgroep gaat het om een hands-off pleger die ongevraagd seksuele handelingen laat zien, waaronder exhibitionisme. Bij deze subgroep is naast de algemene kenmerken, in ieder geval sprake van een beperkte seksuele zelfregulatie.

Volwassen plegers van SG met een LVB maken vaker dan gemiddeld een kind tot slachtoffer (Hamdi & Knight, 2012). De subdoelgroep 'kindmisbruiker' is daarom relatief groot onder de cliënten van Pas op de Grens. Het komt ook voor dat een cliënt in meerdere subdoelgroepen valt.

Intermediaire doelgroep

Pas op de grens richt naast de cliënt, ook op relevante en betrokken systeemleden van de cliënt (indien aanwezig). Betrokken systeemleden worden tijdens de gehele behandeling gestimuleerd om emotionele steun te bieden en te helpen met het doen van thuisopdrachten. Teven worden zij ingezet voor het doorbreken van het sociaal isolement (indien aan de orde).

Selectie van doelgroepen

De cliënt wordt (in overleg) via een verwijzer aangemeld bij een forensische zorginstelling. Vaak is het dan al duidelijk dat de cliënt waarschijnlijk in aanmerking komt voor het zorgprogramma 'Pas op de grens'. Tijdens het intakegesprek en het multidisciplinaire teamoverleg wordt aan de hand van de beschikbare informatie getoetst of de cliënt voorlopig geïndiceerd is voor 'Pas op de grens'. Hierbij zijn de indicatiecriteria leidend. Vervolgens wordt een initieel behandelplan opgesteld (onder verantwoordelijkheid van de regiebehandelaar) voor de pre-behandelingsfase waarin risicotaxatie en assessment plaatsvinden, maar ook het betrekken van het systeem, het motiveren en empoweren en het opstellen van een veiligheidsplan. De uitkomst van de risicotaxatie (en indien nodig diepgaandere diagnostiek) wordt ingebracht in een multidisciplinair teamoverleg en dient als basis voor het opstellen van het behandelplan voor de behandelfase. De regiebehandelaar is eindverantwoordelijk voor de definitieve indicatie en de inhoud van het behandelplan voor de behandelfase en zorgt ervoor dat de bevindingen worden teruggekoppeld aan de cliënt en relevante betrokken systeemleden. Het kan dus voorkomen dat een cliënt na de pre-behandelingsfase toch voor een andere behandeling geïndiceerd blijkt te zijn. In de praktijk komt dit echter zelden voor, aangezien al vrij snel duidelijk is of onderstaande indicatiecriteria van toepassing zijn.

Indicatiecriteria

Formele criteria

1. De cliënt beheerst de Nederlandse taal in voldoende mate zodat hij de gegeven instructies en aanwijzingen kan begrijpen.
2. De cliënt heeft een IQ score tussen de 60 en 85; bij een IQ-score vanaf 70 is ook sprake van problemen gericht op het sociaal aanpassingsvermogen. De American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD, 2014) beschrijft het sociaal aanpassingsvermogen aan de hand van drie verschillende vaardigheden, namelijk:
 - a) *conceptuele vaardigheden*: adequate taalvaardigheid en begrip van geld, tijd en getallen;
 - b) *sociale vaardigheden*: communicatieve vaardigheden, sociale verantwoordelijkheid, zelfvertrouwen, het kunnen oplossen van sociale problemen en in staat zijn tot het opvolgen van regels;
 - c) *praktische vaardigheden*: zelfredzaamheid.

Inhoudelijke criteria

1. Uit informatie van de verwijzer blijkt dat de cliënt minstens één of meerdere seksuele delicten heeft gepleegd of dat de kans hierop groot is. Als er misdrijven zijn gepleegd dan gaat het om misdrijven tegen de zeden, denk aan ontucht, aanranding en verkrachting en/of exhibitionisme of het op een andere manier ongevraagd tonen van seksuele handelingen (artikel 239, 240/240a en 242 tot en met 249).
2. De cliënt heeft een matig of hoog recidiverisico voor seksuele delicten gemeten met de STATIC-99R (Helmus, Hanson, Thornton, Babchishin, & Harris, 2012) en STABLE-2007 (Hanson, Harris, Scott, & Helmus, 2007);
3. Er is sprake van (enige) psychoseksuele problematiek. De cliënt scoort op de STABLE-2007 matig of hoog op seksuele deviatie en/of seksuele preoccupatie.

Contra-indicatie

Contra-indicaties voor deelname aan het SG-gedrag-zorgprogramma

1. De cliënt is niet te motiveren om in behandeling te gaan¹.
2. De cliënt kampt met een acute psychose;
3. De cliënt heeft zich uitsluitend schuldig gemaakt aan het downloaden en/of kinderporno produceren voor het verkrijgen van geld;
4. Er is sprake van ernstige verslavingsproblematiek die leren/verandering onmogelijk maakt. Meestal wordt dit duidelijk door gedrag tijdens de intake, informatie vanuit het netwerk en de verwijzer en de uitkomst van de screening op problematisch middelengebruik.

¹ Als er sprake is van demotivatie wordt er fors ingezet op het motiveren, waaronder het opbouwen van een behandelrelatie. Eventueel is outreachend werken gepast als dit motiverend werkt of het rust in crisissituaties brengt. Als een cliënt echter blijft weigeren om een gesprek aan te gaan, dan is er sprake van een contra-indicatie.

Contra-indicatie voor het groepsgericht werken²

1. Het werken in een groep is voor de cliënt zelf te bedreigend of onveilig.
2. De cliënt versterkt regelmatig negatieve attitudes van groepsgenoten of is zelf structureel negatief aanwezig; dit komt vooral voor bij cliënten met een antisociale persoonlijkheidsstoornis.
3. Bij de cliënt is sprake van specifieke vaardigheidstekorten en/of psychische problemen die belemmerend werken bij het leren in groepsverband.

De contra-indicatie wordt vastgesteld op grond van dossierinformatie die afkomstig is van de verwijzer, de informatie verkregen uit het intakegesprek, de pre-behandelingsfase en de klinische blik van de regiebehandelaar.

Betrokkenheid doelgroep

Tijdens het (door)ontwikkelen van 'Pas op de grens' is de doelgroep betrokken, door onder andere gebruik te maken van de ervaringen en de feedback van cliënten en behandelaars over het zorgprogramma Seksueel Grensoverschrijdend Gedrag (SGG) voor normaal begaafden cliënten. Uit deze evaluatie kwam niet veel inhoudelijke feedback. Er was vooral commentaar op de lay-out en een deel van de groep vond dat er minder tekst gebruikt mocht worden om uitleg te geven over diverse thema's. Dit gegeven is zeker voor mensen met een LVB zeer relevant en daarom uiterst serieus genomen. Uit de feedback van cliënten die gewerkt hadden met de LVB-versie bleek dat vooral de titel van het programma boosheid opriep. Het programma had eerst een andere naam, namelijk 'Seks die schade doet'. Om die reden is gekozen voor de titel 'Pas op de grens', een voorstel van vier cliënten. Ook bleek dat er meer behoefte was aan doe-oefeningen (hier is voor gezorgd) en bevatte de kernmodule te veel aan psycho-educatie. Om die reden is een groot deel van de psycho-educatie als bijlagen toe te voegen. Op die manier kan het optioneel worden ingezet. Uit de procesevaluatie van 'Pas op de grens' blijkt dat de cliënten met de laatste versie tevreden zijn.

1.2 Doel

Hoofddoel

Het hoofddoel van 'Pas op de grens' is tweeledig is gericht op het stoppen van seksueel grensoverschrijdend gedrag en het verminderen van (de kans op) recidive van seksueel grensoverschrijdend gedrag in de toekomst. Voor het behalen van het hoofddoel richt de behandeling zich op het verminderen van SG-gedrag door dynamische (criminogene) risicofactoren te behandelen die gerelateerd zijn aan het seksuele probleemgedrag van de cliënt, en op het versterken van protectieve factoren. Om te bepalen of het hoofddoel wordt behaald, wordt de ACUTE-2007, de STABLE-2007 en de LVB-SGG-doelenlijst gebruikt. De laatste genoemde lijst wordt door zowel de behandelaar als de cliënt en indien mogelijk door een betrokken systeemlid ingevuld. Bij de eerste twee instrumenten wordt gestreefd naar het bereiken van een laag risiconiveau. Bij cliënten met een hoog recidiverisico komt het echter voor dat een reductie naar een "matig" recidiverisico het hoogst haalbare doel is. Als er onderzoek wordt gedaan naar de effectiviteit van de interventie dan worden er ook recidivecijfers opgevraagd bij het WODC. De score van een onderdeel van de LVB-SGG-doelenlijst geeft inzicht in de mate waarin er in het heden sprake is van SG-gedrag en zo ja, of dit is afgenomen.

Subdoelen

Hieronder worden algemene concrete subdoelen beschreven die bij de gehele doelgroep helpt om het hoofddoel van 'Pas op de grens' te realiseren. Vervolgens worden ook specifieke doelen geformuleerd die aansluiten bij de subdoelgroepen.

Algemene subdoelen die gelden voor de hele doelgroep

² Het is mogelijk om een cliënt de kernmodule grotendeels in groepsverband aan te bieden als het gaat om cliënten die vallen onder de subgroep kindmisbruikers. Er dient dan echter geen sprake te zijn van een contra-indicatie voor groepsgericht werken. Het wordt ingezet als het aannemelijk is dat de cliënt gemakkelijker tot leren komt in een groep. De groep dient overigens nooit groter dan vier personen te zijn. Op die manier kan de responsiviteit beter worden gewaarborgd.

Responsiviteit

Bij de cliënt is sprake van verandermotivatie. De cliënt toont inzet tijdens de behandeling en doet moeite om te werken aan verandering (zijn nieuwe ik);

1. Problematische seksuele zelfregulatie

- A. De cliënt weet wat seksueel grensoverschrijdend gedrag is.
- B. De cliënt oefent met het herkennen en accepteren van de (seksuele) grenzen van een ander (*optioneel voor de hands-off pleger*).

2. Intimiteitstekorten en sociaal isolement

- A. De cliënt weet wat hij kan en wat er goed gaat in zijn leven. Hij kan dagelijks momenten van zelfvertrouwen ervaren.
- B. Het netwerk van de cliënt is groot genoeg voor het krijgen van steun. Er is minimaal één persoon uit het netwerk die een steunende invloed heeft.

3. Problemen met de algemene zelfregulatie

- A. De cliënt kan zijn emoties herkennen en hier gepast uiting aan geven, zodat verwerking mogelijk is.
- B. De cliënt beschikt over basale oplossingsvaardigheden. Hij kan enkele oplossingen bedenken, maar is vooral in staat om op tijd om hulp te vragen als er sprake is van een lastige situatie.

4. Problematische attitude en cognities

- A. De cliënt kan functionele (helpende) gedachten toepassen en maakt geen gebruik van goedpratere. De irrationele gedachten / problematische opvattingen die gerelateerd zijn aan seksueel grensoverschrijdend gedrag zijn afgenomen. *Let op: Bij de misbruiker gaan de cognitieve vervormingen veelal over vrouwen, vijandigheid en geweld en bij de kindmisbruiker om kinderen en de sociale interactie.*

Doelen voor betrokken systeemleden (indien aanwezig)

- 1. Betrokken systeemleden ontvangen psycho-educatie over SG-gedrag en het herkennen van risicofactoren;

Doelen voor betrokken systeemleden en/of vrijwilligers en/of professionele ketenpartners

- 1. Betrokken systeemleden of een professional dragen bij aan het opstellen en naleven van het veiligheidsplan;
- 2. Betrokken systeemleden en/of een vrijwilliger en/of een professional bieden steun.

Specifieke doelen voor de cliënt die voldoen aan het profiel van de kindmisbruiker

- 1. De cliënt beschikt over adequate vaardigheden voor het maken van contact. Hij doet minimaal wekelijks een activiteit met een ander.
- 2. Er wordt voor de cliënt adequate dagbesteding gerealiseerd, indien van toepassing en qua veiligheid toelaatbaar. De cliënt ervaart hierdoor meer zelfvertrouwen en minder sociaal isolement.

Specifieke doelen die vooral gelden als er sprake is van seksuele preoccupatie en/of sterke neigingen tot parafilie waaronder exhibitionisme

- 1. De cliënt denkt (en doet) niet voortdurend aan (een specifieke vorm van) seks/seksualiteit. De cliënt is dagelijks in staat om ook aandacht te besteden aan andere bezigheden.
- 2. De cliënt kan zijn seksuele impulsen beheersen. De cliënt kan eigen seksuele impulsen waarnemen en deze uitstellen/stoppen. Ook is hij in staat om minimaal twee beheersingsvaardigheden toe te passen als de neiging tot problematische vormen van seksualiteit te sterk wordt.

Specifieke doelen die vooral gelden bij cliënten die voldoen aan het profiel van de misbruiker

- 1. De cliënt kan stress en boosheid verminderen. De cliënt past dagelijks oefeningen toe om de mate van stress en boosheid laag te houden.

2. De cliënt kan zijn impulsen (en een eventuele drang tot macht) beheersen. De cliënt kan eigen impulsen waarnemen en deze uitstellen/stoppen. Ook is hij in staat om minimaal twee beheersingsvaardigheden toe te passen als de neiging tot agressief gedrag sterk wordt.

Voor het evalueren van het behalen van de subdoelen wordt naast de ACUTE-2007, de STABLE-2007 en de LVB-SGG-doelenlijst, ook de Utrechtse Coping Lijst (UCL; Schreurs, van de Willige, Tellegen, Brosschot, 1987) en de Inventarisatielijst in Omgaan met Anderen (IOA; Van Dam-Baggen, & Kraaimat, 1986) gebruikt. De laatste twee instrumenten zijn zelfrapportage instrumenten die met uitleg van de behandelaren worden ingevuld door de cliënt. Om de behandelingsfase succesvol af te ronden is het nodig dat de scores op deze instrumenten in vergelijking met de nulmeting zijn verbeterd. Op groepsniveau betekent dit dat de veranderingen bij alle subdoelen significant zullen zijn. Op individueel niveau gelden bij de ACUTE en de STABLE dezelfde richtlijn als bij het behalen van het hoofdoel. Verder is het wenselijk bij de UCL en de IOA dat de eindscore buiten het klinische gebied valt. Bij de LVB-SGG-doelenlijst en IOA geldt bovendien als richtlijn dat de gemiddelde score op itemniveau met een punt omhoog is gegaan.

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie

Algemeen

'Pas op de grens' is een op maat gesneden behandeling die werkt aan het verminderen van dynamische risicofactoren die het probleemgedrag van de cliënt in stand houden. Ook worden daar waar mogelijk de protectieve factoren versterkt. Relevante systeemleden worden bij de behandeling betrokken en indien nodig ook professionele instellingen, zoals maatschappelijk werk, politie en buurtwerk, etc.

Fasering

'Pas op de grens' bestaat uit de volgende vijf fasen:

1. Voorlopige indicatie. Deze fase bestaat uit de aanmelding, inclusief het inzien van dossierinformatie, het voeren van een gesprek met de verwijzer, het verzorgen van een intakegesprek en het opstellen van een initieel behandelplan met doelen voor de volgende fase. Dit gebeurt onder verantwoording van de regiebehandelaar;
2. Pre-behandeling. Deze fase kan worden gezien als een verkenningsfase en duurt samen met de vorige fase maximaal drie maanden. Tijdens deze fase wordt de cliënt gemotiveerd om aan de behandeling deel te nemen. Er wordt aan de veiligheid gewerkt (samen met betrokken systeemleden), maar ook aan het vergroten van de responsiviteit door stil te staan bij de eigen kracht en mogelijkheden. Daarnaast is er aandacht voor het uitbreiden en/of het verkrijgen van meer (emotionele) steun vanuit het netwerk. Als er geen of te weinig steun vanuit het eigen netwerk geboden wordt, dan worden hier professionele ketenpartners voor ingezet. Ook wordt er zorggedragen voor risicotaxatie en assessment. In deze fase vindt er standaard een psychiatrisch consult plaats, onder andere om te toetsen of farmacotherapie geïndiceerd.
3. Behandeling. Deze behandelingsfase duurt gemiddeld 6 tot 18 maanden. Er wordt gewerkt aan de onderdelen uit de startmodule waar tijdens de pre-behandeling nog niet aan toe is gekomen, maar die wel van toepassing zijn. Daarna volgen de standaard en geïndiceerde optionele onderdelen uit de kernmodule met als doel seksueel grensoverschrijdend gedrag te stoppen, eventueel in combinatie met de optionele module 'het verminderen van stress en spanningen'.
4. Afronding van de behandeling. De doelen van de interventie 'Pas op de grens' zijn grotendeels behaald. Dit wordt bevestigd door de behaalde resultaten die (h)erkend worden door de behandelaar, de verwijzer, de cliënt, betrokken systeemleden en de uitkomst van de risicotaxatie;
5. Nazorg. In de nazorgfase werkt de cliënt aan zijn toekomstplan met steun van belangrijke personen uit zijn (professionele) netwerk. De behandelaar toetst in deze fase of de cliënt in staat is om zich te houden aan het toekomstplan (leven volgens de nieuwe ik) en of het lukt om de behaalde resultaten vast te houden. Ook wordt sociaal isolement voorkomen. De nazorgfase duurt minimaal drie maanden. Er wordt geen maximum meegegeven. De fase kan pas worden afgesloten als de kans op acute risicofactoren zeer gering is en/of er voldoende steun is om sociaal isolement te voorkomen.

Frequentie en duur

De duur en intensiteit zijn vormgegeven op basis van ervaringen die zijn opgedaan bij het behandelen in een forensische zorginstelling. De eerste twee fasen zijn binnen drie maanden afgerond. Het is niet mogelijk om van te voren precies aan te geven hoelang de behandel fase zal duren en hoe intensief deze zal zijn; dit hangt af van de geïndiceerde duur en frequentie (gerelateerd aan het recidiverisico), en het leertempo van de cliënt. Om de richtlijnen over de duur en de frequentie van het zorgprogramma vast te stellen, is gebruik gemaakt van de praktijkervaring en de uitkomst van het onderzoek van Ellerby en anderen (2010). Uit dit onderzoek blijkt dat een behandeling van 100 uur met de duur van vijf maanden bij cliënten met een matig en hoog recidiverisico net zo effectief is als een behandeling van 348 uur met de duur van anderhalf jaar. Aangezien bovenstaande gegevens gebaseerd zijn op zedendelinquenten zonder een LVB, kiest dit zorgprogramma ervoor om de duur van de behandeling uit te breiden, omdat het algemeen bekend is dat mensen met een LVB meer tijd nodig hebben om nieuw gedrag aan te leren en veranderingen te laten beklijven. De behandeling (zonder nazorg, maar inclusief de eerste twee fasen) duurt daarom minimaal negen maanden tot maximaal 18 maanden. Cliënten met een matig recidiverisico krijgen 60 uur tot 100 uur aangeboden, cliënten met een matig tot hoog recidiverisico 100 tot 140 uur en met een hoog recidiverisico 120 tot 230 uur. Het minimum aanbod is bijvoorbeeld aan de orde als bij cliënten sprake is van matig deviant gedrag, een matig recidiverisico en vrijwel geen verdragende leerstijl (naast het feit dat er sprake is van een LVB). De maximale behandelingsduur van 230 uur zal alleen worden aangeboden aan cliënten met een hoog recidiverisico, al dan niet afkomstig uit detentie of een TBS-kliniek, waarbij verschillende factoren aan de orde zijn die verdragend werken. Denk bijvoorbeeld aan demotivatie, hoge deviantie, en een lage responsiviteit. Vooral door de aanwezigheid van meerdere criminogene risicofactoren en/of een geringe zelfregulatie is meer tijd nodig om gedragsverandering te bereiken. Een deel van de tijd kan bij dit type cliënten ook worden besteed aan andere geïndiceerde ondersteunende behandelvormen, zoals EMDR, verslavingszorg en farmacotherapie.

De aangeboden behandel frequentie verschilt per cliënt. Als er geen aanvullende behandeling wordt aangeboden, kan er afhankelijk van het recidiverisico en de responsiviteit gemiddeld anderhalf tot drie keer per week een sessie worden aangeboden. Als er sprake is van een ondersteunende behandeling kan dit zelfs voor een periode worden uitgebreid tot vier sessies. Bij het bepalen welke frequentie het meest passend is, spelen ook mogelijkheden omtrent de dagbesteding een rol, omdat het belangrijk is dat de cliënt een adequate dagbesteding heeft en deze kan uitvoeren naast de behandeling.

Inhoud van de interventie

Algemene informatie

Voor de effectiviteit van de interventie is het relevant dat de behandelaar verschillende basisvaardigheden toepast. Marshall en anderen (2002) vonden in hun review naar therapeutkenmerken voldoende bewijs dat gedrag en persoonlijke stijl van de therapeut verandering kon veroorzaken bij zedendelinquenten. Vooral het bieden van empathie in combinatie met aanmoedigingen ("rewardingness") en enige directiviteit, blijken positief te werken. Met aanmoedigingen wordt bedoeld: cliënten stimuleren tot het zetten van kleine stappen om veranderingen ook buiten de therapie te realiseren, zodat generalisatie van de behandel effecten mogelijk wordt. Verder is het belangrijk om het eigen oordeel op te kunnen schorten, zodat het mogelijk is om een werkalliantie op te bouwen. Daarnaast wordt een flexibele houding van de therapeut als belangrijk kenmerk gezien. Flexibiliteit verwijst naar de vaardigheid van therapeuten om zich aan te passen aan de individuele manier waarop cliënten hun behandeling benaderen. Deze eigenschap is nodig om aan het responsiviteitsprincipe te voldoen (Marshall, 2005; zie onderdeel over de verantwoording).

De onderdelen uit de module worden waar mogelijk in een vaste volgorde aangeboden (zie onderstaand overzicht over de inhoud van de modules). Het moment waarop de verschillende probleemgebieden worden aangepakt, heeft immers invloed op de leerbaarheid. Als een cliënt minder gestrest en impulsief is, is het bijvoorbeeld makkelijker om te werken aan het anders leren denken. In het kader van de responsiviteit kan echter van deze volgorde worden afgeweken, bijvoorbeeld als een cliënt weerstand toont tegen een specifiek onderdeel en een ander onderdeel wel graag wil doen. De tijd die een cliënt of een groep met een hoofdstuk bezig is, is afhankelijk van het leertempo en de hardnekkigheid van de problematiek. Mocht dit tempo binnen

een groep verschillen, dan werkt een cliënt individueel door aan het thema. Ook hang het af van de inbreng van een cliënt tijdens het bespreken van de afgelopen periode.

Opbouw sessie

Elke bijeenkomst wordt een transfer gemaakt naar de vorige bijeenkomst en stilgestaan bij de afgelopen dagen of week. Hierbij wordt gevraagd wat de cliënt heeft meegemaakt, welke emoties hij heeft ervaren en hoe vaak hij bezig was met seks. Eventueel wordt ook navraag gedaan naar de mate van de ervaren seksuele frustratie (indien van toepassing). Na het bespreken van deze vragen wordt er doorgedaan met het bieden van inzicht en het doen van een oefening uit een hoofdstuk van de module. Elke sessie moet er minimaal één doe-oefening worden aangeboden. Aan het einde van de sessie wordt er gezorgd voor een samenvatting van de bijeenkomst en wordt er een passende thuis-opdracht aan de cliënt meegegeven. Meestal in de vorm van een doe-oefening. De behandelaar zorgt ervoor dat er iemand uit het netwerk is die ondersteuning kan bieden bij het doen van de opdracht / oefening. De duur van een individuele sessie kan variëren van 30 minuten tot 60 minuten. Er wordt altijd begonnen met 45 minuten om zo te kunnen ontdekken of dit voor de concentratieboog van een cliënt haalbaar is. Mocht een cliënt veel reistijd kwijt zijn, maar een korte concentratieboog hebben, dan kan ervoor gekozen worden om te werken met een korte pauze. Een groepssessie duurt 75 minuten tot 90 minuten, er wordt dan ook gezorgd voor een pauze.

NB: Vrijwel in elke sessie wordt er aandacht besteed aan het werken met oplossingsvaardigheden. Zodra de cliënt vertelt over gebeurtenissen van de afgelopen dagen en de emoties die hij had, is er ruimte voor het bespreken van lastige situaties en actuele problemen. Het is dan van belang dat de behandelaar samen met de cliënt passende oplossingen/reacties bedenkt en deze ook oefent die helpen om adequaat met de lastige situaties of problemen om te gaan.

Individuele versus groepsbehandeling

Er wordt grotendeels individueel behandeld in combinatie met het betrekken van relevante systeemleden die helpen bij het generaliseren van het geleerde en het geven van steun. Onder het volgende kopje wordt hier meer uitleg over gegeven. De kernmodule kan deels in groepsverband worden aangeboden bij de subgroep "kindmisbruikers"³ als dit qua logistiek mogelijk is, het een meerwaarde heeft voor de cliënt en de cliënt niet te lang hoeft te wachten voordat er een groep van start gaat. (Er kan overigens ook later nog meegedaan worden met een groepsaanbod, voorwaarde is dan wel dat er individueel al wordt gestart. Enige herhaling is immers geen probleem.)

Tijdens het doorlopen van de pre-behandelfase wordt getoetst of de cliënt voor een groepsaanbod in aanmerking komt. Er is sprake van een contra-indicatie als de cliënt aangeeft dat groepsgericht werken voor hem onveilig voelt. Ook is dit aan de orde als bij de cliënt specifieke vaardigheidstekorten en/of psychische problemen zijn gesignaleerd die belemmerend werken bij het leren in groepsverband. Als tijdens het groepsgericht behandelen blijkt dat een cliënt storend gedrag vertoont, dan wordt het groepsgericht werken alsnog stopgezet.

Naast het groepsgerichte aanbod, wordt minimaal om de week een individuele sessie aangeboden. Dit kan echter vaker worden ingezet (afhankelijk van het recidiverisico, de aanwezigheid van acute risicofactoren, de mate waarin er sprake is van demotivatie en als blijkt dat het meer tijd kost om verandering te realiseren gerelateerd aan een onderdeel van een module). De evaluaties die iedere vier maanden plaatsvinden zijn altijd individueel gericht, maar in aanwezigheid met de verwijzer en een relevant (professioneel) lid uit het netwerk van de cliënt. In verband met het verzorgen van een veilig leerklimaat bestaat een groep uit maximaal vier cliënten. Verder is de behandelaar die zorg draagt voor de individuele sessies ook betrokken bij het aanbieden van de groepsbijeenkomsten.

1. Startmodule (standaard voor alle subgroepen).

Onderdelen uit deze module worden al ingezet tijdens de pre-behandeling. Als de module in de pre-behandel fase nog niet is afgerond, wordt het aanbod voortgezet tijdens de behandelfase. Deze module staat in het teken van het motiveren, het opstellen van een veiligheidsplan en het bieden van psycho-educatie over seks

³ Bij de subgroep misbruikers staat antisociale problematiek meer op de voorgrond, waardoor de kans op een negatief leereffect groter is.

die over de grens gaat. Verder ligt de focus op het verkrijgen van meer steun uit de omgeving en het empoweren door te kijken naar wat er goed gaat in het leven van de cliënt. De module besteedt ook aandacht aan negatieve en positieve gebeurtenissen die de cliënt heeft meegemaakt (via het werken met een levenslijn). Op deze wijze wordt getracht te ontdekken of er ervaringen zijn die het SG-gedrag beïnvloeden. De module wordt afgerond door leerdoelen voor de komende periode te formuleren die helpen om 'een nieuwe ik' te ontwikkelen.

Een psychiatrisch consult is een vast onderdeel van de behandeling om te beoordelen of farmacotherapie geïndiceerd is en is dus onderdeel van de startmodule. Er wordt dan door de psychiater vastgesteld of het gebruik van libidoremmende medicijnen passend is. Daarnaast kan het behandelen van psychiatrische problematiek, zoals ADHD van toepassing zijn. Verder kan verslavingszorg en/of een trauma-interventie parallel aan 'Pas op de grens' worden ingezet om aan het behoeftebeginsel te voldoen (zie onderdeel over de verantwoording). Als de genoemde behandelingen door een andere behandelaar worden aangeboden, dan wordt er minimaal maandelijks gezorgd voor overleg, zodat een goede afstemming voldoende kan worden gewaarborgd.

Relevante systeemleden worden al vanaf de eerste fase bij de behandeling betrokken. Ze nemen een centrale positie in bij de uitvoering van het veiligheidsplan (dit wordt regelmatig geëvalueerd), het doen van huiswerk en het evalueren van de voortgang. Daarnaast worden cliënten gestimuleerd om mensen uit hun netwerk te benaderen voor het krijgen van meer (emotionele) steun en het wekelijks ondernemen van gezamenlijke activiteiten.

2. De module het verminderen van stress en boosheid (standaard voor de "misbruiker", optioneel voor de overige doelgroep)

Deze module biedt handvatten om adequaat met stressvolle situaties te leren omgaan. De cliënt leert meer greep te krijgen op eigen stress en boosheid en past vaardigheden toe om dit te verminderen. Dit verbetert de leerbaarheid en zelfeffectiviteit en vermindert de kans op SG-gedrag en hyperseksualiteit als er sprake is van seks als inadequate coping. Ook helpt het om de kans op agressief gedrag te verminderen. Er wordt tijdens deze module o.a. gewerkt met diverse ontspanningsoefeningen, bewerkte mindfulness oefeningen en de oefening 'wisselen van aandacht'. Het is de bedoeling dat de cliënt minimaal twee tot drie oefeningen kan toepassen en dit regelmatig herhaalt waardoor chronische stress gereduceerd wordt.

3. Kernmodule

N.B. Ook tijdens deze module wordt er structureel gewerkt aan het motiveren en het verbeteren van de oplossingsvaardigheden. Eveneens wordt er getoetst of de cliënt voldoende steun ervaart vanuit het netwerk. Zowel in het naleven van het veiligheidsplan, het ondersteunen bij het doen van thuisopdrachten, en het bieden van emotionele steun. Als dit te weinig gebeurt, wordt er begeleiding vanuit een professionele instelling aangevraagd.

De kernmodule is opgebouwd uit diverse hoofdstukken die voor een deel optioneel zijn. Dit betekent dat er per cliënt bekeken wordt of dit hoofdstuk voor hem van toepassing is. Als de kernmodule ook groepsgericht wordt aangeboden, worden de optionele onderdelen individueel doorgenomen, tenzij een optioneel onderdeel bij alle groepsleden van toepassing is.

Het hoofdstuk Leren van het delict (keuze onderdeel) is gericht op het meer inzicht krijgen in de delictketen. Het doel hierbij is om risicovolle momenten sneller te kunnen herkennen, zodat SG-gedrag voorkomen kan worden. Er wordt stilgestaan bij welke problemen gerelateerd zijn aan SG-gedrag en welke triggers en stemmingen de kans op SG-gedrag versterken. Ook wordt de cliënt gestimuleerd om sterke verlangens tot SG-gedrag te herkennen aan lichamelijke signalen. Het is een keuzeonderdeel, aangezien er altijd ontkennende cliënten zijn.

Het hoofdstuk Pas op de grens met seks (voor de hele doelgroep), is gericht op het leren herkennen van seksuele grenzen. Dit gebeurt door het bieden van psycho-educatie. Verder wordt er intensief gewerkt (meerdere sessies) met diverse ervaringsgerichte oefeningen die helpen om seksuele grenzen te herkennen, maar ook om deze te accepteren. Ook wordt er vanuit rollenspelen bekeken wat wel passend gedrag is en

wat niet. Hierbij wordt er ook van context gewisseld. Aan het einde van dit hoofdstuk wordt ook ingegaan op het leren NEE zeggen.

In dit hoofdstuk wordt gebruik gemaakt van het vlaggensysteem (Movisie, 2011). Dit is ontwikkeld voor kinderen en jongeren. Er worden verschillende seksuele gedragingen voorgelegd die op kaartjes beschreven staan. Aangezien het vlaggensysteem voor jongeren is ontwikkeld zullen niet alle afbeeldingen passend zijn en wordt er van de behandelaar verwacht om ook situaties voor te leggen die meer gerelateerd zijn aan de context van een volwassene. Het is de bedoeling dat de cliënt beoordeelt of het seksuele gedrag wenselijk, schadelijk of zelfs strafbaar is. Of een voorbeeld grensoverschrijdend is, hangt sterk af van de leeftijd, de context, de mate van gebrek aan instemming en of er dreiging of dwang wordt gebruikt.

Het hoofdstuk Zelfvertrouwen (keuze onderdeel, vaker van toepassing bij de “kindmisbruikers”) werkt de cliënt aan vaardigheden die helpen om het geloof in eigen kunnen te vergroten. Er wordt gewerkt aan het vergroten van het zelfvertrouwen door een cliënt regelmatig verschillende dingen te laten doen waar hij goed in is. Ook leert de cliënt zichzelf aan te moedigen, in plaats van zelf-ondermijnende gedachten te gebruiken. Daarnaast wordt er geoefend met het aannemen van een houding die zelfvertrouwen uitstraalt. De cliënt wordt gestimuleerd om deze houding en het gevoel regelmatig op te roepen, zodat hij dit op den duur ook kan oproepen/toepassen als hij geconfronteerd wordt met lastige situaties.

Het hoofdstuk over Baas over je gedrag (voor alle doelgroepen) is gericht op het verbeteren van de impulscontrole door onder andere te werken met bewerkte mindfulness-oefeningen gericht op het leren richten van de aandacht (langer kunnen concentreren). De cliënt leert zijn impulsen beter te herkennen en oefent met vaardigheden om zijn impulsen gemakkelijker te kunnen uitstellen. Vervolgens wordt er geoefend met het toepassen van diverse beheersingstrucs. Hierbij oefent de cliënt met het weerstaan van triggers die SG-gedrag oproepen of agressie. Bedoeling is dat de cliënt uiteindelijk minimaal twee manieren kan toepassen die helpen zichzelf te beheersen in verschillende situaties die SG-gedrag (en agressie, indien van toepassing) oproepen.

Het hoofdstuk over Anders denken werkt via CGT-technieken aan het verminderen van cognitieve vervormingen. De invloed van het denken op emoties en gedrag wordt uitgelegd (RET) met het model van de vijf G's (gebeurtenis, gedachten, gevoelens, gedrag en gevolgen). De cliënt wordt gestimuleerd om helpende gedachten toe te passen in diverse situaties die voor hem lastig zijn en die leiden tot meer zelfvertrouwen. Ook wordt de cliënt uitgedaagd zich te identificeren met iemand die tegenovergesteld denkt aan zichzelf. Dit helpt om meer flexibiliteit in denken te realiseren. Verder wordt er inzicht geboden in de goedpratens/cognitieve vervormingen die de cliënt toepast en wordt de cliënt opnieuw gestimuleerd om goedpratens om te zetten in realistische gedachten. De aard van de cognitieve vervormingen verschillen per subdoelgroep.

Het hoofdstuk over Omgaan met emoties draagt bij aan het beter kunnen differentiëren en uiten van emoties die gerelateerd zijn aan SG-gedrag. Het hoofdstuk helpt om emoties beter te leren herkennen, zowel bij de cliënt zelf als bij anderen. Hierbij wordt vaak gebruik gemaakt van de kaartjes met gevoelens die horen bij het gevoelswereldspel. Verder wordt er gewerkt aan het meer greep krijgen op eigen emoties door te weten wat een emotie je vertelt en waar het om vraagt (troost, grens beter aangeven, iets delen met de ander).

Het hoofdstuk over Contact maken (standaard voor de kindmisbruiker, voor de andere subdoelgroep is dit optioneel) werkt aan vaardigheden die helpen om contact te maken, ook met iemand die de cliënt leuk vindt. Er worden diverse rollenspelen aangeboden. Er wordt hierbij gelet op werkbare taal/zinnen, de lichaamstaal, zelfbeeld en het toepassen van helpende gedachten.

De kernmodule bestaat uit drie optionele hoofdstukken die psycho-educatie bieden. Het gaat om de thema's verslaafd zijn aan seks of porno, het aangetrokken zijn tot kinderen en het ervaren van problemen op seksueel gebied. Deze hoofdstukken bieden naast psycho-educatie ook de mogelijkheid om te onderzoeken of het besproken thema bij de cliënt speelt. De behandelaar gaat aan de slag met één van deze optionele hoofdstukken als er wordt vermoed dat het thema speelt of als de cliënt het zelf al aangeeft. In de kernmodule zijn verder optionele bijlagen toegevoegd gericht op psycho-educatie. Het gaat om onderwerpen als aanraken en grenzen, wil de ander wel wat ik wil?, onduidelijke situaties, problemen door porno, misbruik van kinderen, seks en alcohol, seks zonder (een duidelijke) ja, aanranding en verkrachting.

Werkboek / thema's voor specifiek voor betrokken systeemleden

In de programmahandleiding is als bijlage een werkboek toegevoegd voor partners, familie en naasten van personen die seksueel grensoverschrijdend gedrag vertonen. Het werkboek bestaat uit diverse thema's, zoals psycho-educatie, het herkennen van signalen, het veiligheidsplan, en de wijze waarop de cliënt ondersteund kan worden. Betrokken systeemleden met een LVB kunnen voor de psycho-educatie van dezelfde modules gebruik maken als de cliënt.

Afronding van de behandeling en nazorg

In de laatste fase van de behandeling wordt een toekomstplan ontwikkeld. Hierbij wordt eerst geëvalueerd welke veranderingen zichtbaar zijn door te kijken naar de oude en de nieuwe ik. Vervolgens wordt er besproken wat er nodig is om de nieuwe ik te versterken en om terugval te voorkomen. Dit wordt vastgelegd in een toekomstplan. Tijdens het opstellen van dit plan wordt rekening gehouden met mogelijke lastige situaties in de toekomst. Met de cliënt worden deze besproken en oefenen zij hoe hier het beste mee om te gaan. In de nazorgfase werkt de cliënt zoveel mogelijk zelfstandig aan zijn toekomstplan, maar ontvangt wel ondersteuning van betrokken personen uit zijn omgeving en/of mensen van professionele instellingen. De behandelaar bezoekt de cliënt in deze fase minder vaak en onderhoudt relatief vaker telefonisch contact of via beeldbellen, dan face to face. De intensiteit en de duur van de nazorgfase is afhankelijk van het recidiverisico na afronding van de behandeling en de mate waarin sprake is van acute risicofactoren. Als er een periode van minimaal drie maanden geen nieuwe problemen zijn ontstaan, de nodige structurele ondersteuning is geregeld en ook daadwerkelijk wordt uitgevoerd en er geen sprake is van een sterker wordende sociaal isolement, kan de nazorgfase worden afgesloten.

Wat moet er minimaal worden gedaan (alle fasen)

De cliënt heeft de standaardonderdelen aangeboden gekregen en de geïndiceerde optionele hoofdstukken. Hierbij zijn er vrijwel elke sessie doe-oefeningen aangeboden. Ook is de cliënt gestimuleerd om thuis oefeningen of opdrachten te doen en om wekelijks een activiteit met iemand uit zijn (vernieuwde) netwerk te ondernemen. Tevens is er structureel gewerkt aan het realiseren van emotionele steun door (professionele) netwerkleden.

4. Uitvoering

Materialen

De interventie bevat verschillende handleidingen en werkboeken, namelijk:

1. Theoretische handleiding. Deze handleiding bevat vrijwel alle informatie die ook in dit werkblad is te vinden, maar gaat uitgebreider in op de doelgroep en het verklarings- en veranderingsmodel.
2. Programmahandleiding voor de behandelaar. Deze handleiding bevat ondersteunende informatie over het aanbieden van 'Pas op de grens' met specifieke aandacht voor de basistechnieken, veiligheidsmanagement en het motiveren. Ook worden er algemene richtlijnen meegegeven voor het behandelen van mensen met een LVB, trauma-gerelateerde klachten en problematisch middelengebruik, etc. Verder zijn er richtlijnen te vinden voor het werken met de modules en is er een hoofdstuk die specifiek ingaat op het systeemgericht werken, naast een werkboek (bijlage) voor de netwerkleden.
3. De startmodule, de module het verminderen van stress en spanning en de kernmodule voor de cliënten en de behandelaar. De eerste module is vooral gericht op de veiligheid, het empoweren en het maken van een start om een steunend netwerk te realiseren. De tweede module is optioneel en gericht op het verminderen van stress en spanningen. De kernmodule biedt psycho-educatie, oefeningen om de impulsen beter te controleren, uitleg over de invloed van het denken, mogelijkheden tot emotieregulatie, het leren herkennen van grenzen, etc.
N.B. De modules zijn geschreven voor de cliënten (mochten ze het willen lezen), maar ze bieden ook houvast voor de behandelaar en betrokken systeemleden. Aan de hand van de module met het hoofdstuk in de algemene programma handleiding over deze modules, krijgt de behandelaar een duidelijk beeld en kader aangereikt over de inhoud;
4. Managementhandleiding voor de behandelaar en managers van de instelling. Deze handleiding biedt zicht op de wijze waarop de kwaliteitsbewaking wordt gerealiseerd en gemonitord. Ook worden de randvoorwaarden helder omschreven, zodat managers van een instelling weten wat er nodig is om de interventie aan te bieden;
5. Opleidingshandleiding. Deze handleiding beschrijft de nodige eisen omtrent de opleiding en competenties. Eveneens wordt in deze handleiding in grote lijnen de inhoud beschreven van de basisopleiding voor toekomstige behandelaren die met het programma 'Pas op de grens' aan de gang gaan. De inhoud is ook in te zien door een bijgevoegde PowerPoint.

Verder bestaat er een PowerPoint die gebruikt kan worden om de behandeling intern of aan ketenpartners uit te leggen. Ook is er een folder / factsheet over 'Pas op de grens' leverbaar. Dit kan gebruikt worden om 'Pas op de grens' op de kaart te zetten bij reguliere verwijzers.

Locatie en type organisatie

De interventie kan worden uitgevoerd door een forensische ambulante zorginstelling die beschikt over de inzet van een psychiater en over voldoende behandelaren met kennis van en ervaring in het systemisch werken, cognitieve gedragstherapie, en het behandelen van mensen met een LVB. Om de behandeling uit te kunnen voeren is het nodig om te beschikken over een reguliere behandelkamer en een kleine groepsruimte.

Opleiding en competenties van de uitvoerders

Als vooropleiding dient een behandelaar voor deze interventie universitair (psychologie of orthopedagogiek, aangezien het om mensen met een LVB gaat) of hbo+ (sociaal-agogisch) opgeleid te zijn. De behandelaar is tevens geschoold in het werken en/of het toepassen van cognitieve gedragstherapie en is thuis met het systeemgericht werken. Kennis over ontwikkelingspsychologie is een pré. Een behandelaar die met het zorgprogramma gaat werken is verplicht om hier een specifieke training voor te volgen. Hier wordt uitgebreid bij stil gestaan bij het onderdeel over de kwaliteitsbewaking.

Daarnaast zijn de volgende competenties vereist:

Een behandelaar die met 'Pas op de grens' gaat werken, wordt op de volgende competenties getoetst tijdens de selectieprocedure:

- De 'behandelaar heeft affiniteit en ervaring opgedaan in het systeemgericht werken en het toepassen van cognitieve gedragstherapie;

- De behandelaar heeft affiniteit met de doelgroep en heeft enige ervaring opgedaan in het behandelen van mensen met een LVB en het behandelen in een forensische setting;
- De behandelaar kan een actieve (en indien nodig directieve) houding aannemen en is in staat tot responsief behandelen. Hierbij zijn sensitiviteit, geduld en doorzettingsvermogen relevant;
- De behandelaar beschikt over voldoende gesprekstechnieken en kan in voldoende mate geëigende motivatietechnieken toepassen, waaronder het empathisch handelen;

Kwaliteitsbewaking

De kwaliteit van het programma wordt bewaakt door zorg te dragen voor de volgende onderdelen/handelingen:

1. Een instelling zorgt dat de managers de inhoud van de managementhandleiding kennen en bereid zijn om aan de randvoorwaarden te voldoen;
2. Per vestiging wordt een programmaverantwoordelijke (PV) aangesteld die verantwoordelijk is voor de programma-integriteit van 'Pas op de grens' ;
3. De PV heeft jaarlijks minimaal drie dagdelen overleg met andere PV-en en ontvangt begeleiding van de coördinator/programmamanager (die door een instelling wordt benoemd);
4. De behandelaren voldoen aan de gestelde opleidings- en competentie-eisen (zie vorige kopje);
5. De behandelaren volgen een basistraining van drie dagen en een jaarlijkse boostersessie. De training biedt onder andere uitleg over het theoretische kader, de risicofactoren die spelen bij de specifieke doelgroep, en de wijze waarop relevante systeemleden begeleid en ingezet worden. Verder wordt de inhoud van de modules besproken en wordt er geoefend met diverse oefeningen. Daarnaast wordt de basistraining van een dag over het werken met het vlaggensysteem gevolgd, als een behandelaar hier nog geen ervaring mee heeft opgedaan;
6. Het aanbieden van een maandelijkse 'Pas op de grens'-interview. Er is tijdens deze interview vooral ruimte voor interviewmomenten gericht op de methodiek en persoonlijke leerpunten;
7. Het voldoen aan de minimale eis om de interventie aan minimaal één cliënt per week aan te bieden. Dit biedt een redelijke garantie op voldoende flexibiliteit en om de kennis en deskundigheid van een behandelaar verder te ontwikkelen en op een hoog niveau te houden;
8. 'Pas op de grens' wordt aangeboden aan cliënten die hier daadwerkelijk voor geïndiceerd zijn;
9. Tijdens het aanbieden van een 'Pas op de grens'-behandeling wordt de behandeling gemonitord aan de hand van een tweemaandelijks behandelchecklist. Aan het einde van de behandeling wordt een eindevaluatielijst ingevuld, zodat gecontroleerd kan worden of voldaan wordt aan de meest essentiële 'Pas op de grens' -methoden en technieken. Deze eindevaluatielijsten worden door zowel de behandelaar als de cliënt ingevuld en eventueel een relevante betrokken systeemlid. Aan cliënten en relevante betrokken systeemleden wordt specifiek gevraagd wat zij van het programma vinden. De tweemaandelijks behandelchecklist dient als ondersteuningsmiddel en wordt in het begin zelfs elke vier weken door de behandelaar ingevuld, totdat de 'Pas op de grens' -behandelingen goed lopen. Het instrument wordt ook toegepast voor het uitvoeren van procesevaluaties.

Randvoorwaarden

Om de interventie op een goede manier uit te kunnen voeren, is het nodig dat de instelling ervoor zorgt dat bij alle medewerkers voldoende kennis is over de interventie en dat er voldaan wordt aan onderstaande randvoorwaarden:

1. De 'Pas op de grens'-PV krijgt 2 uur per week extra tijd voor het verrichten van ondersteunende werkzaamheden die niet declarabel zijn, zoals het niet casuïstiek gericht begeleiden van 'Pas op de grens'-behandelaren, het zorgdragen voor de PR, en de nul- en eindmetingen en eind-evaluatieformulieren (ROM-en);
2. De behandelaren dienen voldoende indirecte tijd (50%) te krijgen voor het uitvoeren van coördinerende taken, het intensief afstemmen met andere behandelaren, (professionele) systeemleden en ketenpartners, en om eventueel ook outreachend te kunnen werken;
3. Er is een tablet aanwezig om filmmateriaal op te kunnen bekijken en om rollenspelen op te nemen;

4. Voor elke deelnemer is de startmodule, de module het verminderen van stress en spanningen, en de kernmodule beschikbaar. Mochten zij het door hun leerstijl prettig vinden om hierin te lezen en werkbladen in te vullen, dan moet dit mogelijk zijn;
5. De 'Pas op de grens'-behandelaar maakt gebruik van ondersteunende materialen. Het gaat ten eerste om de plusversie van het gevoelswereldspel en de kwaliteitenspel. Dit zijn kaartjes aangepast voor mensen met een LVB waar gevoelens en eigenschappen op staan die gebruikt worden bij een deel van de oefeningen uit de modules (www.kwaliteitenspel.nl). Verder is de aanschaf van de koffer 'vrienden en vrijers' noodzakelijk en het sensoa vlaggensysteem. De koffer is ontwikkeld voor mensen met een LVB en bedoeld ter psycho-educatie en stimuleert een gesprek over de thema's vriendschap, het lichaam, partner, seksualiteit en weerbaarheid (*Bureau Edubooks & Training*) Het sensoa vlaggensysteem bestaat uit een box met een handboek waarin de methode wordt uitgelegd en onderbouwd. Ook worden er 44 kaarten meegeleverd met afbeeldingen van concrete situaties van seksueel gedrag en 1 kaart met uitleg over de betekenis van de vier vlaggen;
6. Het is mogelijk gebruik te maken van instrumenten die helpen bij de prebehandelingsfase om meer inzicht te krijgen in de problematiek, zoals de Seksuele Kennis-, Attitude-, Vaardigheden- en Ervaringenlijst (SKAVE; Haspels & Spanjaard, 1999), en de Schaal voor Emotionele ontwikkeling bij mensen met een verstandelijke beperking-Revised (SEO-R2; Claes & Verduyn, 2012). Verder is nodig om gebruik te maken van de ROM-instrumenten die bij het onderdeel over de doelen zijn beschreven.

Implementatie

Ondersteuning voorafgaande aan de uitvoering:

Op het moment dat een instelling interesse toont in de interventie is het mogelijk om aan de hoofdontwikkelaar meer uitleg te vragen over het programma en ervaringen omtrent het implementeren. Informatie hierover staat in de managementhandleiding beschreven. Het is aan de instelling zelf om te bepalen hoe zij gaan voldoen aan de randvoorwaarden en het waarborgen van de kwaliteitsbewaking. Aan hen wordt geadviseerd om te inventariseren wat hiervoor nodig is en welke obstakels eventueel genomen moeten worden. Verder is het nodig om specifieke aandacht te besteden aan de interne PR, zodat er op tijd voorlichtingspresentaties gegeven worden aan verschillende functiegroepen. Het is de bedoeling dat 'Pas op de grens'-behandelaren de basisopleiding volgen, dit helpt hen verder op weg.

Ondersteuning tijdens de opstartfase:

De interventie kan vrij gemakkelijk worden aangeboden als behandelaars de basistraining hebben gevolgd en voldoen aan de competentie- en opleidingseisen. Zij beschikken immers al over behandelervaring, werken als behandelaar en vaak ook al met mensen met een LVB die een zedendelict hebben gepleegd. Bovendien biedt de wekelijkse intervisie en de begeleiding van de PV veel houvast. In de startfase is er rekening gehouden met extra begeleiding aan de PV voor het beantwoorden van alle vragen. Ook is er vanuit de opleiding een terugkomdag na twee maanden voor alle behandelaars waarin aandacht is voor de vragen en ervaringen die tot nu toe zijn opgedaan.

Kosten

Tijdinvestering behandelaar

Behandeluren (50% directe tijd X 50% indirecte tijd, zoals voorbereiding, verslaglegging, evalueren, intervisie, overdracht en afstemming met o.a. ketenpartners, regiebehandelaar, eventuele mede-behandelaren en eventuele reclassering) x uurtarief van de behandelaar =

Extra tijdinvestering programmaverantwoordelijke (PV):

Een PV besteedt naast de kosten die gemaakt worden als 'Pas op de grens'-behandelaar 2 uur per week aan extra taken die niet declarabel zijn. Denk aan het zorgdragen voor werkbegeleiding en PR. Soms kan dit na

een jaar worden teruggebracht. Dit hangt echter af van de doorstroom in een team en de mate waarin er gewerkt wordt met ervaren behandelaren.

Kosten opleiding

Een instelling is voor een booster of opleidingsdag gemiddeld genomen 1300 euro kwijt als deze incompany wordt aangeboden met 1 trainer. De prijs is echter afhankelijk van de aanbieder. De basistraining voor het werken met het vlaggensysteem kost 475 euro (aangeboden door Movisie). Het volgen van een opleiding of booster door een behandelaar vraagt naast de opleidingskosten, ook om kosten wegens verlies aan productie. Deze kosten hangen af van het salaris van de behandelaar.

Kosten materiaal

Er dient rekening te worden gehouden met de kosten voor het vervaardigen van de modules (dit doet de instelling zelf, aangezien het materiaal digitaal wordt aangeleverd), het aanschaffen van de meetinstrumenten, zoals de SKAVE, SEO-R2, de ROM-instrumenten die bij de interventie horen, het gevoelswereldspel, het kwaliteitenspel, het vlaggensysteem, de koffer 'vrienden en vrijers, en enkele tablets om eventuele filmfragmenten te laten zien en rollenspelen op te kunnen nemen (zie randvoorwaarden).

5. Onderbouwing

Probleem

'Pas op de grens' richt zich op cliënten met een LVB die seksueel grensoverschrijdend gedrag (SG-gedrag) vertonen. Het kan gaan om lichte en zwaardere vormen, maar er is altijd sprake van een matig of hoog recidiverisico en enige psychoseksuele problematiek. Bij SG-gedrag gaat het om gedrag dat seksueel van aard is en de grenzen van het slachtoffer overschrijden. Het gaat om seksueel gedrag waar het slachtoffer geen toestemming voor heeft gegeven (of hiertoe niet in staat was) of waarbij er sprake is van machtsverschillen). Er bestaan vormen van niet-fysiek seksueel grensoverschrijdend gedrag. Denk aan het ongevraagd geslachtsdelen laten zien of het ongevraagd toezenden van pornografische afbeeldingen of seksueel getinte berichten. Bij fysiek grensoverschrijdend seksueel gedrag kan het gaan om ongevraagd aan lichaamsdelen zitten of het zonder toestemming of onder dwang seksuele handelingen ondergaan of uitvoeren (de Haas, 2012). Denk hierbij aan aanranding, schennis van de eerbaarheid of verkrachting.

Specifieke kenmerken gericht op ernst, spreiding en prevalentie

Uit recente gegevens op basis van aangiftes die de laatste twee decennia zijn gedaan, blijkt dat pedoseksuele delicten, aanranding, verkrachting en overige seksuele misdrijven sinds 2005 fors zijn afgenomen. Zo daalde het totaal aantal geregistreerde seksuele misdrijven van 12.720 in 2005, naar 9.610 in 2010, naar 7.355 in 2015 (CBS, 2016). Het grootste gedeelte van de aangegeven seksuele misdrijven in 2015 bestaat uit aanranding, ongeveer 23%. In 19% van deze misdrijven gaat om schennis van de eerbaarheid, en in 16% van de gevallen gaat het om verkrachting. In 11% van deze misdrijven gaat het om ontuchtige handelingen met een persoon onder de zestien jaar. Ondanks de afname in seksuele misdrijven, gaat het om ernstig gedrag met grote gevolgen die vraagt om begrenzing en behandeling. Bovendien geven de hierboven beschreven percentages de werkelijkheid waarschijnlijk niet goed weer, omdat er lang niet altijd aangifte gedaan wordt van seksueel grensoverschrijdend gedrag (De Heer-De Lange & Kalidien, 2010; Mali, 2007).

Er is onduidelijkheid over de prevalentie van een LVB onder zedendelinquenten; de gegevens zijn gedateerd en laten grote verschillen zien, variërend van 4% tot 42% (Gross, 1985; Klimecki, Jenkinson, & Wilson, 1994; Walker & McCabe, 1973). Een recenter onderzoek vond 43% zwakbegaafde en 57% normaalbegaafde zedendelinquenten in hun onderzoeksgroep (Van Boetzelaer, Hendriks, & Bijleveld, 2012). Verder blijkt dat 20,5% van de tbs-gestelde zedendelinquenten een lager IQ heeft dan 80 (Van den Berg & Brand, 2008).

De genoemde gegevens zijn echter lastig met elkaar te vergelijken, wegens grote methodologische verschillen tussen de studies (Fazel, Doll, & Långström, 2008; Loucks, 2007) en verschillen in de gebruikte definities over LVB en SG-gedrag (Lindsay, 2009; Lindsay, Law, & Macleod, 2002).

Interne data van de Waag in de periode 2008-2013 geven een indicatie van het recidivegedrag van zedendelinquenten. Het betreft een heterogene groep bestaande uit plegers van hands-on en hands-off delicten en cliënten al dan niet met een LVB. Bij 15,1% van de groep zedendelinquenten bleken aanwijzingen te zijn voor een cognitieve beperking (LVB). Wanneer gekeken werd naar recidive, bleek dat 5,6% van de niet-LVB-groep algemene recidive toonde binnen twee jaar, tegenover 8,2% van de LVB-groep. Daarnaast recidiveerde 0,7% van de niet-LVB-groep met een seksueel delict binnen twee jaar, tegenover 1,4% van de LVB-groep. Hoewel het hier gaat om preliminaire data (de absolute recidiveaantallen waren voorsnog te laag om statistische significantie te detecteren), is een trend zichtbaar waarbij de LVB-groep meer recidive kent dan de niet-LVB-groep⁴. Let op: het gaat hier om cliënten die verschillende behandelvormen hebben ondergaan gericht op het stoppen van seksueel grensoverschrijdend gedrag.

⁴ Bron: secundaire analyses (d.d. 07-10-2016) op data uit het proefschrift in wording van M. Eisenberg

Gevolgen

Een zedendelict kan diep ingrijpen in het leven van een slachtoffer, vooral als het misbruik niet eenmalig is geweest (De Visser, Rissel, Richters, & Smith, 2007). Bekende gevolgen voor slachtoffers zijn gedragsproblemen, traumagerelateerde klachten, seksuele problemen, een verhoogde kans op slachtofferschap, maar ook op daderschap (Van Berlo & Mooren, 2009; Höing & Van Berlo, 2006; Wolfe & Birt, 1997). Het plegen van een zedendelict heeft ook vaak voor de pleger ingrijpende gevolgen. Een cliënt die eenmaal een delict heeft gepleegd, krijgt meestal te maken met stigmatisatie. Als de buurt het weet, wordt een cliënt zelfs regelmatig bedreigd en gekleineerd. De reactie van de omgeving leidt tot nog meer sociaal isolement (Dagnan & Jahoda, 2006) en dit vergroot de kans op herhaling van seksueel afwijkend gedrag.

Oorzaken

Integrated Theory of Sexual Offending

'Pas op de grens' gebruikt de 'Integrated Theory of Sexual Offending' (ITSO; Ward & Beech, 2006) als verklaringmodel voor de ontwikkeling van SG-gedrag. De ITSO is toepasbaar op mensen met een LVB (Keeling, Rose, & Beech, 2009). Deze theorie is te beschouwen als een opvolger van het biopsychosociale model (BPS; Marshall & Barbaree, 1990), waarin het gedachtegoed van het pathways-model (Hudson, Ward, & McCormick, 1999) is geïntegreerd. De ITSO bekijkt SG-gedrag vanuit de interactie tussen biologische factoren, ecologische factoren, en neuropsychologische factoren (zie onderstaand figuur). Biologische factoren (denk aan het hebben van een LVB, en de lengte van witte en grijze hersenmassa; Cantor, Blanchard, Robichaud, & Christensen, 2005; Hamdi & Knight, 2012). Verder blijkt bij kindmisbruikers vaker dan bij misbruikers sprake te zijn van een beperkter executief functioneren op het gebied van het werkgeheugen, terwijl bij misbruikers meer problemen zijn met de inhibitie (Joyal, Beaulieu-Plante, & de Chantérac, 2014) en ecologische factoren (denk aan de sociale en culturele omgeving en de persoonlijke omstandigheden) beïnvloeden neuropsychologische factoren. Het gaat hierbij om de motivatie en emotionele behoeften, de wijze waarop informatie wordt waargenomen (denk hierbij ook aan de theorie over het sociale informatieverwerkingsproces; Van Nieuwenhuijzen & Vriens, 2012) en het kunnen beheersen en selecteren van gedrag. De interacterende biologische, ecologische en neuropsychologische factoren kunnen resulteren in specifieke klinische symptomen. Denk hierbij aan emotionele problemen (problemen veroorzaakt door een beperkte algemene zelfregulatie), sociale problemen (intimiteitstekorten en sociaal isolement), cognitieve vervormingen (goedpratens) en afwijkende seksuele opwinding (problemen o.a. veroorzaakt door een beperkte seksuele zelfregulatie). Deze klinische symptomen spelen een rol in de ontwikkeling en het in stand houden van seksueel grensoverschrijdend gedrag / seksueel delictgedrag en functioneren hierdoor als criminogene risicofactoren. Zodra een cliënt daadwerkelijk seksueel grensoverschrijdend gedrag heeft vertoond, is de kans op instandhouding en escalatie groot. Het model benadrukt dus niet alleen de ontwikkeling van SG-gedrag, maar ook de problemen die zich na het voordoen van SG-gedrag kunnen ontstaan. Zo kan een cliënt na het plegen van een seksueel delict in een vicieuze cirkel terecht komen. Een cliënt die eenmaal een delict heeft gepleegd krijgt immers te maken met stigmatisatie en nog meer sociaal isolement (Dagnan & Jahoda, 2006) wat de kans op herhaling van seksueel afwijkend gedrag vergroot. Een tekort aan sociale binding leidt bovendien tot het minder goed aanleren van relationele vaardigheden (Lindsay, 2005).



(figuur in Nederlands naar voorbeeld van Ward en Beech, 2006)

Samenvattend kan worden gesteld dat de transactie tussen bovengenoemde klinische problemen kan leiden tot het ontwikkelen van seksueel probleemgedrag en het plegen van (een) zedendelict(en). De gevolgen van SG-gedrag houden de kwetsbaarheden in stand of versterken deze zelfs, vanwege de wisselwerking tussen de verschillende factoren die van toepassing zijn. Specifieke risicofactoren kunnen hardnekkiger worden als er eenmaal is begonnen met het plegen van seksuele delicten, omdat onderliggende causale factoren krachtiger zijn geworden. Beschermende factoren, zoals een steunend netwerk en het vaker samen doen van activiteiten (ecologische factor) (Boer, Tough, & Haaven 2004), het hebben van minder stress (Boer et al., 2004) en meer zelfvertrouwen (Lindsay, Elliot, & Astell, 2004) kunnen dit proces echter doorbreken.

Neuropsychologische systeem

De ITSO verdeelt de neuropsychologische systemen onder in drie systemen die invloed op elkaar hebben. Het motivationele systeem wordt gekenmerkt door emotionele en psychologische behoeften. Denk bijvoorbeeld aan de behoefte aan veiligheid, maar ook aan het verlangen naar sensatie of intimiteit of seks. Het tweede systeem is verantwoordelijk voor het controleren en kiezen van gedrag. Het derde systeem, de waarneming en het geheugensysteem ondersteunt bij het verwerken van informatie (werkgeheugen). Mensen met een LVB laten bij deze systemen meer tekortkomingen / aandachtspunten zien dan mensen zonder een LVB. Zo zorgt de aanwezigheid van een ontwikkelingsstoornis voor meer problemen op het gebied van emotionele en psychologische behoeften (Ward et al, 2005). Het functioneren van het tweede systeem hangt sterk samen met de aanwezige emotionele en psychologische behoeften (eerste systeem) en de mate van impulsiviteit die bij mensen met een LVB groter is. Bovendien is bekend dat het vertonen van SG-gedrag bij mensen met een LVB sterk correleert met een beperkte zelfregulatie / impulscontrole (Courtney et al., 2006; Keeling & Rose, 2005; Ward & Beech, 2006). Mensen met een LVB die SG-gedrag vertonen handelen dan ook significant vaker vanuit de automatische toenaderingsroute (Langdon et al., 2007). Een zelfregulatiestijl die gevoed wordt door impulsiviteit en zich gemakkelijk laat herhalen, aangezien de seksuele bevrediging een krachtige beloning met zich meebrengt (eerste systeem). Beschermende factoren, zoals het ervaren van meer zelfvertrouwen en een steunend sociaal netwerk, kunnen emotionele en psychologische behoeften vervullen (eerste systeem), en zo bijdragen aan een verbeterd functioneren van het eerste én tweede systeem (Taylor, 2002). Doordat de drang tot het vervullen van een behoefte minder groot wordt, wordt het tweede systeem minder snel overvraagd. Bovendien kan een cliënt door het hebben van meer zelfvertrouwen beter met lastige situaties omgaan (Boer et al., 2004; Courtney et al., 2006). Ook zal het ervaren van minder stress een bijdrage leveren aan het verbeteren van de impulsiviteit. Het derde systeem (werkgeheugen) heeft onder andere invloed op de mate waarin een persoon problemen kan oplossen; een beperkte probleemoplossing leidt sneller tot SG-gedrag (Courtney et al., 2006) en komt vaker voor bij mensen met een LVB (Danielsson, et al., 2012). Een beperkt werkgeheugen zorgt er tevens voor dat taalgebruik en -begrip achterloopt. Een beperkte verbale vaardigheid zorgt ervoor dat een cliënt minder goed voor zichzelf opkomt, maar ook slechter kan inschatten of iemand kwaad in de zin heeft (Van der Geest, Roctus, & Tas, 2014).

Ecologisch perspectief

Uit het ITSO-model wordt duidelijk dat klinische symptomen (de eerder genoemde criminogene risicofactoren), die leiden tot seksuele delicten of seksueel grensoverschrijdend gedrag, veranderingen in het neuropsychologische functioneren teweeg kunnen brengen. De veranderingen worden onder andere veroorzaakt door het gevolg van ecologische factoren (zoals sociale en culturele omgeving en persoonlijke omstandigheden).

Aandacht voor het ecologisch perspectief is erg belangrijk voor mensen met een LVB. Bij hen is immers relatief vaak sprake van belemmeringen in de ontwikkeling (Baxter, Cummins, & Yiolitis, 2000; Lindsay, 2005), waardoor zij meer steun nodig hebben vanuit de omgeving. Ook komt het slachtoffer zijn van seksueel misbruik, kindermishandeling of verwaarlozing relatief vaak voor (een risico voor de ontwikkeling van SG-gedrag). Dit risico wordt vergroot doordat de verwerking van negatieve ervaringen bij mensen met een LVB minder goed verloopt, onder andere wegens een vaak gebrekkige betrokkenheid vanuit het netwerk. Traumatische of nare gebeurtenissen hebben weer een negatieve invloed op het neuropsychologisch functioneren. Zo kan het leiden tot de vorming van meer cognitieve vervormingen (Spaccarelli, 1994; Ward & Hudson, 2000) en/of tot chronische veranderingen in de hersenen (Cohen, Mannarino, & Deblinger, 2008; Odebrecht et al., 2010). Deze veranderingen in de hersenen kunnen de ontwikkeling van cognitieve en

affectieve processen negatief beïnvloeden (Cohen et al., 2008; Decety, 2011; Marx & Sloan, 2002) en dit kan een bijdrage leveren aan de ontwikkeling van SG-gedrag. Op dezelfde manier kunnen echter beschermende ecologische factoren, zoals een steunend netwerk of een zinvolle dagbesteding, een positieve bijdrage leveren aan de neuropsychologische ontwikkeling. Aangezien op die manier emotionele behoeften worden vervuld (Boer et al., 2004; Courtney et al., 2006).

Criminogene risicofactoren (klinische symptomen)

De ITSO maakt duidelijk dat verschillende criminogene factoren (klinische symptomen) een rol kunnen spelen bij de ontwikkeling en het recidiveren van SG-gedrag. Uit verschillende meta-analyses (zoals Hanson & Morton-Bourgon, 2005; Hanson, Bourgon, Helmus, & Hodgson, 2009) zijn criminogene factoren naar voren gekomen die gerelateerd zijn aan recidive in SG-gedrag, al dan niet door mensen met een LVB. Er is voor gekozen om deze criminogene factoren in de vier domeinen onder te brengen die passen bij het ITSO-model en de STABLE-2007 (zie tabel hieronder). In onderstaand figuur worden binnen deze vier domeinen de meest voorkomende criminogene risicofactoren van de verschillende subgroepen die passen binnen de doelgroep weergegeven. De genoemde risicofactoren blijken uit verschillende onderzoeken ook van toepassing te zijn bij mensen met een LVB die SG-gedrag vertonen (Embregts, Hendriks, Heestermans, Schuitemaker & van Wouwe, 2010; Lindsay, 2005).

<p>1. Problemen met seksuele zelfregulatie</p>	<p>Het gaat hierbij om seksuele preoccupatie, seks als copingstrategie en deviante (strafbare) seksuele belangstelling (Boer, Thakker, & Ward, 2009; Van den Bogaard, Embregts, Hendriks, & Heestermans, 2013). Hierbij is zowel de richting als de sterkte van de seksuele interesse en/of verlangens van belang. Dit domein verdient meer aandacht bij de kindmisbruiker (vaker sprake van sterkere deviante seksuele voorkeuren, dan bij de misbruiker (Lindsay, 2005), de hands-off pleger die drang tot laten zien van seksuele geslachtsdelen of handelingen niet kan beheersen en/of cliënt bij wie ook sprake is van seksuele preoccupatie,</p>
<p>2. Intimiteitstekorten en sociaal isolement</p>	<p>Beperkingen in het sociaal affectief functioneren spelen een rol bij zedendelinquenten met LVB, in het bijzonder bij de categorie kindmisbruikers, en kunnen leiden tot intimiteitstekorten (Lindsay, 2005). Ook is sociaal isolement een essentiële risicofactor door gebrek aan een steunend netwerk en geen tot een beperkte dagbesteding. Bij de doelgroep speelt een sterke behoefte aan intimiteit (Lockhart, Guerin, Shanahan, & Coyle, 2010).</p>
<p>3. Problemen met de algemene zelfregulatie</p>	<p>Een inadequate zelfregulatie, met name een gebrek aan executieve functies gericht op impulscontrole, emotieregulatie en een gebrek aan oplossingsvaardigheden (o.a. Stone & Thompson, 2001; Spinella, White, Frank, & Smith, 2006). Bij een cliënt met LVB is meer sprake van impulsiviteit dan bij een niet LVB-er. Bij de kindmisbruiker is de impulsiviteit toch minder aan de orde. Cliënt is immers in staat te plannen en beloningen uit te stellen, denk aan <i>grooming</i> (Lindsay, 2005; Parry & Lindsay, 2003). Bij grote drang tot exhibitionisme en seksuele preoccupatie speelt impulsiviteit echter wel een grote rol.</p>
<p>4. Problematische cognities en attitudes</p>	<p>Het kan hierbij gaan om cognities die het SG-gedrag (gedeeltelijk) rechtvaardigen of die gevoelens oproepen die sneller leiden tot SG-gedrag. Bij misbruikers gaat het vooral om het goedkeuren van geweld, vrouwvijandigheid, achterdocht en wrok. Bij kindmisbruikers om cognities die voortkomen uit emotionele identificatie met kinderen en de sociale interactie (Geer, Estupinan, & Manguno-Mire, 2000). Cognitieve vervormingen (goedpratens) worden versterkt door een gebrek aan mentaliseren (het vermogen tot het kunnen innemen van perspectief; Ralfs & Beail, 2012).</p>

Aan te pakken factoren

'Pas op de grens' is zowel gericht op het verminderen van dynamische (veranderbare) criminogene risicofactoren als het inzetten en optimaliseren van beschermende factoren (Loeber, Slot, & Stouthamer-Loeber, 2008). Soms kan het motiverend werken om vooral de nadruk te leggen op het versterken van beschermende factoren. Hieronder wordt kort beschreven welke criminogene risicofactoren bij 'Pas op de grens' worden aangepakt. Zie ook het vorige kopje over de criminogene risicofactoren. Binnen deze criminogene risicofactoren vallen weer sub-risico's.'

De aanwezigheid met problemen rondom de seksuele zelfregulatie. Dit is gerelateerd aan doel 1A en 1B van de algemene doelen voor de gehele doelgroep (doel 1B is optioneel voor de hands-off pleger) en doel 1 die geldt voor de groep bij wie sprake is van seksuele preoccupatie en/of sterke neigingen tot parafilie waaronder exhibitionisme.

De aanwezigheid van intimiteitstekorten en sociaal isolement. Een sociaal isolement wordt onder ander veroorzaakt door een tekort aan sociale vaardigheden (adequaat maken van contact), de afwezigheid van een steunend netwerk en een adequate dagbesteding. Het laatst genoemde onderdeel wordt uitbesteed aan een ketenpartner als de forensische zorginstelling hier niet zelf voor kan zorgdragen. Dit is gerelateerd aan doel 2A, 2B van de algemene doelen voor de gehele doelgroep en doel 1 en 2 die vallen onder de groep die voldoet aan het profiel van de kindmisbruiker.

De aanwezigheid van problemen rondom de algemene zelfregulatie. Dit uit zich vooral in een geringe impulscontrole, een beperkte emotieregulatie, ook gericht op boosheid en weinig oplossingsvaardigheden. Dit is gerelateerd aan doel 3A en 3B van de algemene doelen. Zo ook doel 1 en 2 van de groep die voldoet aan het profiel van de misbruiker. Zo ook doel 3 voor de groep bij wie sprake is van seksuele preoccupatie en/of sterke neigingen tot parafilie.

De aanwezigheid van cognitieve vervormingen: Dit is gerelateerd aan doel 4A. De focus is afhankelijk van de subdoelgroep.

Verantwoording

Uit de ITSO is duidelijk geworden dat biologische en ecologische factoren elkaar beïnvloeden in wisselwerking met het (neuro)psychologisch functioneren. Dit kan leiden tot bepaalde klinische symptomen (criminogene risicofactoren) die de kans op SG-gedrag vergroten. Dit verklarende model maakt echter ook duidelijk dat verandering mogelijk is. Dit zorgprogramma realiseert veranderingen door de feedbackloop van de ITSO te volgen. De aanwezige klinische symptomen (criminogene dynamische risicofactoren) hebben invloed op de biologische, ecologische en neuropsychologische factoren, en beïnvloeden zo de instandhouding van het SG-gedrag. Door in te grijpen bij de veranderbare criminogene risicofactoren (klinische symptomen), kan de invloed van de ecologische en neuropsychologische factoren verminderen, en kan zo het SG-gedrag verminderen. Een voorbeeld: door sociale problemen zoals sociale vaardigheden te verbeteren, zal de ecologische factor sociaal netwerk toenemen, en zal de neuropsychologische factor emotie/motivatie veranderen, en is er bijvoorbeeld minder noodzaak tot seksuele intimiteit. De ecologische factoren worden echter ook specifiek aangesproken door het systeem bij de behandeling te betrekken en het netwerk van de cliënt te versterken en adequate dagbesteding te realiseren (eventueel door de inzet van een ketenpartner). Het neuropsychologisch functioneren zal verbeteren door het toepassen van farmacotherapie (indien geïndiceerd; Briken & Kafka, 2007), door het opdoen van nieuwe positieve ervaringen, het empoweren, het verbeteren van de zelfcontrole, de oplossingsvaardigheden en het verminderen van cognitieve vervormingen.. Om de beschreven veranderingen te stimuleren, wordt als basis het *Risk Need Responsivity-model* (RNR) toegepast. Het hanteren van dit model (zie hieronder voor meer uitleg) blijkt effectief te zijn bij het behandelen van delinquenten (Andrews & Bonta, 2010) en wordt ook aangeraden om te gebruiken bij het behandelen van zedendelinquenten met een LVB (Van den Berg, 2011; Van den Berg & Hesper, 2014).

Uitwerking RNR-principes gerelateerd aan de 'Pas op de grens'

A: Risicobeginsel

Het risicobeginsel houdt in dat de intensiteit van de behandeling wordt afgestemd op het recidiverisico van de cliënt. De behandeling van cliënten met een LVB vraagt al om een intensievere en langdurige behandeling dan cliënten zonder een LVB. Echter, hoe hoger het risico op recidive, hoe intensiever en langduriger de

behandeling dient te zijn. Er wordt voldaan aan het *risicobeginsel* door eerst een uitgebreide risicotaxatie te doen (STATIC-99 en STABLE-2007). Het is van belang dat de behandelaar met dit instrument ontrafelt **hoe** de verschillende criminogene risico- en protectieve factoren op elkaar hebben ingespeeld en hebben geleid tot een matig of hoog risicoprofiel. Aan de hand van de uitkomst wordt de intensiteit van de behandeling bepaald.

B: Behoeftebeginsel

Het behoeftebeginsel betekent dat de behandeling gericht moet zijn op de specifieke dynamische criminogene risicofactoren die bij de cliënt aanwezig zijn. Voor het signaleren en vaststellen van de behandelbehoeften worden eveneens de STATIC-99 en STABLE-2007 gebruikt in combinatie met een functieanalyse (Didden, Korzilius, Van Oorsouw en Sturme, 2006). Het gebruik van de STATIC en de STABLE is recentelijk geadviseerd bij mensen met een LVB door de Task Force LVB van het EFP (Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, 2013).

Om te voldoen aan het behoefteprincipe wordt het systeem betrokken bij de behandeling. Daarnaast worden er modules aangeboden die gericht zijn op het verminderen van de (criminogene) risicofactoren die genoemd zijn in het verklaringsmodel. Het gaat om de standaard Startmodule en de Kernmodule. De modules bevatten enkele hoofdstukken die optioneel zijn en alleen aangeboden worden als ze aansluiten bij de problematiek van de cliënt. Naast het aanbod van dit zorgprogramma kan extra ondersteuning worden aangeboden door middel van andere behandel- en begeleidingsvormen. Dit is bijvoorbeeld aan de orde als er sprake is van trauma-gerelateerde klachten (EMDR) en/of kritische en acute risicofactoren (zoals problematische middelenmisbruik en/of een eventuele psychiatrische stoornis).

Responsiviteitsbeginsel

1. Algemeen responsiviteitsprincipe

Om te voldoen aan de algemene responsiviteit is het nodig om gebruik te maken van technieken die bij de doelgroep effectief is gebleken. Het gaat om cognitieve gedragstherapie gecombineerd met een systeemgerichte benadering en eventueel farmacotherapie. Hieronder wordt onderbouwd en beschreven om welke technieken het gaat:

Cognitieve gedragstherapie

Om op een effectieve manier de criminogene risicofactoren te verminderen, wordt er gewerkt met elementen uit de cognitieve gedragstherapie (CGT). Dit sluit goed aan bij het verklaringsmodel, omdat ook het ITSO-model ter verklaring van het delictgedrag gebruik maakt van de sociale, cognitieve en zelfregulatie leerprincipes. Bovendien laten interventies die gebaseerd zijn op cognitieve gedragstherapeutische principes positieve effecten zien in de behandeling van mensen met een LVB die grensoverschrijdend gedrag vertonen (e.g., Rose, West, & Clifford, 2000; Heaton, & Murphy, 2013; Taylor, Novaco, Gillmer, & Thorne, 2002; Willner, Jones, Tams, & Green, 2002; Lindsay et al., 2004; Taylor, Novaco, Guinan, & Street, 2004; Taylor & Novaco, 2005). Ook blijkt CGT te leiden tot positieve veranderingen bij normaal begaafden die SG-gedrag vertonen (Calley, 2007; De Ruiters & Veen, 2006; Lösel & Schmucker, 2005).

Het is aannemelijk dat bij mensen met een LVB en gedragsproblemen grotendeels dezelfde CGT-elementen effectief zijn als bij normaal begaafde mensen die grensoverschrijdend gedrag vertonen. Bij mensen met een LVB ligt de nadruk, naast het bieden van psycho-educatie en het leren toepassen van helpende gedachten, vooral op de gedragsmatige aanpak. Denk aan het veelvuldig oefenen in de vorm van rollenspelen, het uitproberen van oplossingen en sociale vaardigheden (Taylor & Novaco, 2005).

Aan een cognitief-gedragsmatige aanpak ligt de veronderstelling ten grondslag dat bepaald gedrag vooraf wordt gegaan door gebeurtenissen, gedachten en gevoelens en gevolgd wordt door consequenties (Van Beek, 1999; Hermans, Eelen & Orlemans, 2007). Dit geldt ook voor seksueel grensoverschrijdend gedrag; geen enkel gedrag is er 'zomaar'. Het (delict)gedrag valt vervolgens op verschillende manieren te beïnvloeden in een gewenste richting. Dit kan via de voorafgaande gebeurtenissen en situaties, door de cognities en gevoelens te beïnvloeden die eraan vooraf gaan, of door de consequenties van gedrag te beïnvloeden. Als de cliënt beter beseft dat gewenst gedrag wordt gevolgd door een positieve consequentie en ongewenst gedrag door een negatieve consequentie (op de lange termijn!) zal het gedrag van de cliënt veranderen.

CGT in combinatie met farmacotherapie

Het ITSO-model maakt duidelijk hoe relevant de biologische factoren en eventuele sterke behoeften zijn. Als risico's verminderd kunnen worden door bijvoorbeeld de inzet van libido-remmende middelen, kan dit een positieve uitwerking hebben op het neuropsychologisch functioneren. Een deel van de cliënten kan immers door medicatie minder heftig in beslag worden genomen door seksuele prikkels en impulsiviteit, waardoor zij beter in staat zijn hun leven op orde te brengen. Dit beeld wordt bevestigd door het onderzoek van De Ruiter en Veen (2006) naar de effectiviteit van farmacotherapie bij seksuele delinquenten. Zij geven aan dat in de literatuur veelal wordt aanbevolen om eventuele farmacologische behandeling bij de SGG-doelgroep (ook mensen met een LVB) in te bedden in een breder behandelprogramma dat onder andere gebaseerd is op cognitief-gedragstherapeutische behandelingen. Farmacotherapie kan een grote toegevoegde waarde hebben (Briken, 2012; Garcia, Delavenne, Assumpção, & Thibaut, 2013).

Van Hunsel en Cosyns (2002) geven drie indicaties voor farmacologische behandelingen in combinatie met CGT: (1) wanneer sprake is van een dringende noodzaak om risico af te wenden; (2) wanneer sprake is van hyperseksualiteit of een obsessief-compulsieve drang tot het toegeven aan (strafbare) parafiele neigingen; (3) wanneer de patiënt er niet in slaagt door manipulatie van omgevingsfactoren of cognitieve gedragstherapie het seksuele delictgedrag onder controle te houden. Om die reden wordt binnen het veranderingsmodel ook ingezet op consult door een psychiater om te kunnen bepalen of farmacotherapie van toepassing is.

Systeemgerichte benadering

Het betrekken van het sociale netwerk is een noodzakelijke voorwaarde bij het behandelen van mensen met een LVB. LVB-cliënten hebben veelal moeite met de generalisatie van een geleerde vaardigheid (Kleinert et al., 2009). Dit komt omdat zij sneller vanuit een automatische reactie reageren, in plaats met nieuw aangeleerd gedrag (Dermitzaki, Stavroussi, Bandi, & Nisiotou, 2008). Dit betekent dat het netwerk van de LVB-er geïnformeerd en betrokken wordt direct aan het begin van de behandeling. Er wordt onder andere psycho-educatie aangeboden en stilgestaan bij de wijze waarop betrokken systeemleden kunnen helpen bij het naleven van het veiligheidsplan en het verlenen van emotionele steun. Ook wordt er aan betrokken systeemleden uitleg gegeven over hoe zij kunnen ondersteunen bij het doen van thuisopdrachten. Dit draagt zorg voor het generaliseren naar andere situaties en omgevingen (De Wit et al., 2011). Als het netwerk onvoldoende toereikend is voor het bieden van de nodige steun, wordt er professionele hulp ingeschakeld.

2. Specifieke responsiviteitsprincipe

Specifieke responsiviteit staat voor het zorgdragen van een goede afstemming tussen de cliënt en de behandelaar (Menger & Krechtig, 2008). Om dit te realiseren is het van belang dat je als behandelaar kijkt naar de persoonlijkheid (Van den Hurk & Nelissen, 2004), de intellectuele cognitieve en sociale (on)mogelijkheden van de cliënt (Verdonck & Jaspaert, 2009), de aard van de problematiek (Bonta, 1995), de behandelmotivatie (Menger & Krechtig, 2008) en de 'leerstijl' van de cliënt (Boendermaker, 2008).

Sommige onderdelen uit de modules zijn bedoeld om de responsiviteit en daarmee de ontvankelijkheid voor de interventie te vergroten. Denk aan het zorgen voor een steunend netwerk en het vergroten van het zelfvertrouwen.

Realiseren van maatwerkHet SGG-zorgprogramma voldoet aan het specifieke responsiviteitsprincipe door het werkmateriaal en de inhoud van de behandeling af te stemmen op de behandelmotivatie, de cognitieve capaciteiten, de leerstijl en het leertempo van de cliënt. Theorie en oefeningen worden zo uitgelegd dat ze aansluiten bij de taal en de belevingswereld van de cliënt. Hierbij wordt telkens gecheckt of de cliënt het heeft begrepen en wordt gewenst gedrag voorgedaan. Verder wordt er gebruik gemaakt van beeldend materiaal. Rollenspellen kunnen variëren in moeilijkheidsgraad. De duur van de module wordt bepaald door het leertempo van de cliënt. Tevens kan worden gekozen voor verschillende huiswerkopdrachten, afhankelijk van de mogelijkheden van de cliënt, diens leerstijl en de hulpvraag. Als de kernmodule in groepsverband wordt aangeboden, dan dient de behandelaar nog steeds op te letten op de individuele leerstijl. Aangezien er ook altijd individueel gewerkt wordt, heeft de behandelaar de mogelijkheid om onderdelen nogmaals uit te leggen of hier op een andere manier op in te gaan.

Verbeteren van zelfeffectiviteit / geloof in eigen kunnen

De theorie van Bandura (1997) wordt ingezet om de leerbaarheid (responsiviteit voor een behandeling) te vergroten. Bandura stelt dat 'zelfeffectiviteit' (het geloof in eigen kunnen) een belangrijke rol speelt bij het veranderen van gedrag. Een goede zelfeffectiviteit / geloof in eigen kunnen vergroot de leerbaarheid, waardoor nieuw gedrag gemakkelijker aan te leren is. Zelfeffectiviteit gaat over hoe een mens zich voelt, wat hij denkt, zijn mate van motivatie en zijn vermogen tot zelfregulatie. Een positieve zelfeffectiviteit wordt gevormd door zelfvertrouwen, ervaringen van succes en empowerment. De zelfeffectiviteit wordt negatief beïnvloed door stress en negatieve emoties (Bandura, 1997). 'Pas op de Grens' zet in op het verbeteren van de zelfeffectiviteit bij cliënten om zo het vermogen tot leren en veranderen te stimuleren, maar ook om de zelfregulatie te verbeteren.

Het gedachtegoed van het Good Lives-model

Het gedachtegoed van het *Good Lives*-model (GLM; Ward & Brown, 2004) wordt ingezet om de responsiviteit te vergroten. Het GLM-model blijkt namelijk motiverend te werken (Laws & O'Donohue, 2008; Simons, McCullar, & Tyler, 2008). GLM is te karakteriseren als een vorm van positieve psychologie die ervanuit gaat dat mensen van nature actieve, doelgerichte wezens zijn, die voortdurend doel en betekenis willen geven aan hun leven. Volgens het GLM-gedachtegoed leidt het vergroten van de responsiviteit tot het bevorderen van het welzijn van de cliënt en dit kan opgevat worden als een beschermende factor. Tijdens de behandeling wordt om die reden een appèl gedaan op de sterke eigenschappen en capaciteiten van de cliënt (empowerment), en het versterken van beschermende factoren. Om de focus te leggen op verandering en terugvalpreventie wordt de cliënt gestimuleerd om een nieuwe ik te ontwikkelen: de persoon die je wilt zijn (Haaven, Little & Petre-Miller, 1990; Van den Berg & van Beek, 2006). De oude ik staat hierbij symbool voor een onderdeel van je identiteit die zorgt voor het vertonen van SG-gedrag. De nieuwe ik staat symbool voor het leven op een manier die voor de cliënt als waardevol wordt geacht en is een stuk minder risicovol.

Doorlopend motiveren

Aangezien een deel van de doelgroep gedemotiveerd is, zet de 'Pas op de grens' -behandelaar doorlopend verschillende motivatietechnieken in om motivatieverandering te stimuleren (De Lange et al., 2014). Hierbij is het van belang dat de toegepaste technieken aansluiten bij het motivatieniveau van de cliënt en inspelen op de verschillende domeinen die de motivatie kunnen beïnvloeden. 'Pas op de grens' benadert motivatie als een veranderbaar begrip dat o.a. wordt bepaald door een proces waarbij de cliënt en het gezin en de behandelaar interacteren (Rovers, 2010). Voorbeelden van relevante motivatietechnieken zijn:

1. Het aangaan van contact en het opbouwen van een werkalliantie;
2. Het geloof in eigen kunnen van de cliënt neemt toe (Bandura, 1997). De cliënt ervaart o.a. door het responsief aanbod en het opdoen van succeservaringen meer vertrouwen in eigen mogelijkheden en kan zichzelf hierdoor gemakkelijker beheersen en nieuwe vaardigheden aanleren;
3. De cliënt ziet voordelen in verandering (voordelen benoemen van oplossingen / inzetten op aspecten die snel resultaat opleveren);
4. Er worden hulpbronnen ingezet om verandering te bereiken (betrekken van lotgenoten / ervaringsdeskundigen / steunende systeemleden).
5. De cliënt gelooft steeds meer in (een deel van) de behandeldoelen en denkt dat deze doelen ook echt bereikt kunnen gaan worden (afstemmen van de behandeldoelen);
6. De cliënt vindt onderdelen uit het programma-aanbod interessant of leuk (er wordt om die reden gezorgd voor een gevarieerd en actief aanbod dat aansluit bij de leerstijl. Oefeningen of onderdelen die aangenaam worden bevonden, worden vaker gedaan of er wordt langer bij stilgestaan);
7. De cliënt staat open voor begeleiding en ervaart een klik met de behandelaar. De behandelaar is empathisch en stelt zich open. Het gedrag, de gedachten en gevoelens van de cliënt worden serieus genomen en niet afgewezen. (Het SG-gedrag wordt afgewezen, de cliënt als persoon niet).

4. Onderzoek

4.1 Onderzoek naar de uitvoering

- A. Procesevaluatie van de gedragsinterventie 'Pas op de grens'
Hoogsteder, L.M.
De Waag, Utrecht & Trajectum, Zwolle.
Januari 2017
- B. Deze procesevaluatie bestaat uit verschillende onderdelen. Er wordt eerst beschreven hoe de ontwikkeling van 'Pas op de grens' tot stand is gekomen. Vervolgens is beschreven welke feedback er is voortgekomen uit de uitgevoerde pilot en de wijze waarop deze is verwerkt. Tenslotte is de aangepaste versie uitgevoerd en is onderzocht in welke mate aan de eisen omtrent de randvoorwaarden (opleidingseisen van de behandelaren en indicatiecriteria) en de programma-integriteit (PI) is voldaan. Voor de beantwoording van de onderzoeksvragen werd een combinatie van twee methoden gebruikt, namelijk interviews met behandelaren en cliënten, en de uitkomst van een sessie-checklist en een evaluatieformulier die door cliënten en behandelaren zijn ingevuld. Door het invullen van deze vragenlijsten werd duidelijk hoe het gesteld was met het niveau van de programma-integriteit met betrekking tot het uitvoeren van een serie sessies. Er is bijvoorbeeld getoetst of de cliënt zich voldoende begrepen en gemotiveerd voelde, of er een thuisopdracht werd meegegeven om het generaliseren te bevorderen en of er elke sessie een doe-oefening werd aangeboden. Aan het einde van de behandeling (voordat de nazorgfase ingaat) of aan het einde van de procesevaluatie werd aan de behandelaar gevraagd om een eind-evaluatieformulier in te vullen. Het eind-evaluatieformulier dat voor de behandelaar is bedoeld, toetst of de werkzame elementen daadwerkelijk zijn uitgevoerd zoals bedoeld. Denk hierbij vooral ook aan de RNR-principes. Er werden bijvoorbeeld vragen gesteld over de ingezette intensiteit, of er met een veiligheidsplan is gewerkt en of alle standaard en geïndiceerde onderdelen zijn aangeboden. De informatie die in dit onderzoek wordt weergegeven, is gebaseerd op gegevens die bij de Waag en Trajectum zijn verzameld. De procesevaluatie heeft vanaf juli 2016 tot half december 2016 gelopen. Er werden hierbij 14 cliënten betrokken en zeven behandelaren. Het onderzoek is uitgevoerd op drie vestigingen van de Waag en twee locaties van Trajectum.
- C. Uit de procesevaluatie kan worden gesteld dat aan de randvoorwaarden werd voldaan. Zo voldeden de behandelaren aan de eisen omtrent de opleiding en werd de beoogde doelgroep ook daadwerkelijk bereikt. De programma-integriteit bleek op groepsniveau in orde. Op het formulier dat elke maand werd ingevuld om de uitvoering van de sessies te evalueren, is een score van 80,6% gehaald (ingevuld door de cliënt) en een score van 81,8% (ingevuld door de behandelaren). Er moest minimaal een score van 75% worden behaald. Ondanks de positieve score op groepsniveau, bleek echter dat 35% van de uitgevoerde sessies een onvoldoende hebben gescoord. Uit het formulier dat aan het einde van de procesevaluatie door de behandelaren werd ingevuld om te beoordelen of de behandeling tot nu toe aan de werkzame elementen voldeed, werd een score van 81,1% gehaald (moest minimaal 75% zijn). Cliënten beoordelen de interventie tijdens dit onderzoek met een 7.5. De laagste score was een 5, de hoogste een 10. 92,8% van de cliënten vonden dat de behandeling (tot nu toe) had geholpen. Uit de evaluatieformulieren die maandelijks werden ingevuld om de kwaliteit van de uitvoering van de sessies te kunnen beoordelen, kwam onder andere naar voren dat de basishouding goed werd neergezet, de cliënt zich begrepen voelde en er telkens een transfer werd gemaakt naar de vorige bijeenkomst. Er waren echter ook enkele aandachtspunten. Zo werd niet elke bijeenkomst een doe-opdracht aangeboden en gaf de cliënt aan dat hij zich onvoldoende gesteund voelde door de omgeving. Verder werd niet altijd aan het einde van de sessie de rode draad van de bijeenkomst benoemd en/of een thuisopdracht (in de vorm van een doe-opdracht) meegegeven. Uit de eind-evaluatieformulieren kwamen soortgelijke aandachtspunten die overigens per behandelaar konden verschillen. Er bleek niet altijd gewerkt te zijn met een veiligheidsplan, soms werden doe-oefeningen te beperkt aangeboden (ook al staan er voldoende oefeningen in de modules) of werd er onvoldoende steun voor de cliënt gerealiseerd. Grote aandachtspunten bleken het zorgdragen voor het generaliseren en het doen van oefeningen uit de methode tijdens intervisie. Naar aanleiding van deze resultaten zal er door de programmaverantwoordelijken intensief gestuurd worden op het verbeteren van de aandachtspunten. De

uitkomst wordt tijdens de intervisies besproken en er zal worden afgesproken dat er tijdens intervisie geoefend wordt met het doen van doe-oefeningen, zodat de kans groter wordt dat deze daadwerkelijk worden aangeboden door behandelaren die dit nu nog onvoldoende doen. Verder is er in de bijlage een werkboek toegevoegd met diverse thema's die besproken (kunnen) worden met de netwerkleden. Dit ondersteunt de behandelaren en de betrokken systeemleden. Ook wordt er tijdens intervisie als vast agendapunt stilgestaan bij het betrekken van het netwerk. Wat loopt goed, wat niet? Wie heeft er tips?

4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten

Er is nog geen onderzoek gedaan naar de doeltreffendheid of effectiviteit van 'Pas op de grens' .

5. Samenvatting Werkzame elementen

1. Toepassen van het ITSO- en RNR-model (Andrews & Bonta, 2010);
2. Voortdurend aandacht voor het aangaan van contact, het opbouwen/behouden van een werkbare behandelrelatie en het motiveren (Martin, Garske, & Davis, 2000);
3. Focus op het realiseren van een steunend netwerk;
4. Het generaliseren wordt bevorderd door relevante systeemleden te betrekken en huiswerkopdrachten mee te geven (Hanson et al. 2002);
5. Werken met een veiligheidsplan;
6. Aansluiten bij de specifieke responsiviteit, zoals de leerstijl, eigenschappen en taal van de cliënt;
7. Inzet van bewezen effectieve therapeutische technieken, zoals cognitieve gedragstherapie in combinatie met farmacotherapie als dit van toepassing is (Hanson et al., 2002);
8. Structureel aanbieden van doe-oefeningen, waaronder rollenspelen;
9. Aandacht voor meer inzicht en grip op eigen seksuele zelfregulatie;
10. Het structureel stimuleren in het toepassen van adequate oplossingsvaardigheden;
11. Aandacht voor het verbeteren van executieve functies, waaronder de algemene zelfregulatie, zoals de impulscontrole en emotieregulatie en het verminderen van cognitieve vervormingen;
12. Aandacht voor het verminderen van stress en boosheid;
13. Gebruik van ondersteunend werkmateriaal zoals het vlaggensysteem, filmmateriaal en de koffer 'vrienden en vrijers';
14. Focus op het vergroten van het zelfvertrouwen om het geloof in eigen kunnen te verbeteren en zo ook de leerbaarheid.

6. Aangehaalde literatuur

- Almond, L., & Giles, S. (2008). Young people with harmful sexual behaviour: Do those with learning disabilities form a distinct subgroup?. *Journal of sexual aggression*, 14(3), 227-239.
- American association on Intellectual and Developmental Disabilities (2014). *Definition of Intellectual Disability*. Via http://aaidd.org/intellectual-disability/definition#.V7W_0P7VzGg
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct (5th ed.)*. New Providence, NJ: LexisNexis Matthew Bender.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy. The Exercise of Control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Baxter, C., Cummins, R. A., & Yiolitis, L. (2000). Parental stress attributed to family members with and without disability: A longitudinal study. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 25(2), 105-118.
- Berlo, W., & Mooren, T. (2009). Seksueel geweld: gevolgen en behandeling. *Seksuologie*, 419-435.
- Blanchard, R., Watson, M. S., Choy, A., Dickey, R., Klassen, P., Kuban, M., & Ferren, D. J. (1999). Pedophiles: Mental retardation, maternal age, and sexual orientation. *Archives of sexual behavior*, 28(2), 111-127.
- Boendermaker, L. (2008). De professional als uitvoerder van effectieve interventies. In B. Rovers & M. Kooijmans (Eds.), *Werken met risicjongeren. Handboek voor sociale professionals* (pp. 41-52). 's Hertogenbosch: Drukkerij NPC bv.
- Boer, D.P., Dorward, J., Gauthier, C.M., & Watson, D.R. (1995). Treating intellectually disabled sex offenders. *Offender Treatability*, 7, 30-33.
- Boer, D. P., Thakker, J., & Ward, T. (2009). Sex offender risk-based case formulation. *Assessment and Treatment of Sex Offenders: A Handbook*, 77.
- Boer, D. P., Tough, S., & Haaven, J. (2004). Assessment of risk manageability of intellectually disabled sex offenders. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 17(4), 275-283.
- Bonta, J. (1995). The responsivity principle and offender rehabilitation. *Forum on Corrections Research*, 7(3), 34-37.
- Bonta, J., & Andrews, D. A. (2007). Risk-need-responsivity model for offender assessment and rehabilitation. *Rehabilitation*, 6, 1-22.
- Briken, P., & Kafka, M.P. (2007). Pharmacological treatments for parafilic patients and sexual offenders. *Current Opinion in Psychiatry*, 20, 609-613.
- Burton, D. L., Duty, K. J., & Leibowitz, G. S. (2011). Differences between sexually victimized and nonsexually victimized male adolescent sexual abusers: Developmental antecedents and behavioral comparisons. *Journal of child sexual abuse*, 20(1), 77-93.
- Calley, N. G. (2007). Integrating Theory and Research: The Development of a Research-Based Treatment Program for Juvenile Male Sex Offenders. *Journal of Counseling & Development*, 85(2), 131-142.
- Cantor, J. M., Blanchard, R., Robichaud, L. K., & Christensen, B. K. (2005). Quantitative reanalysis of aggregate data on IQ in sexual offenders. *Psychological bulletin*, 131(4), 555-568.
- Claes, L., & Verduyn, A. (2012). *SEO-R-Schaal voor Emotionele ontwikkeling bij mensen met een verstandelijke beperking-Revised* (No. 5). Maklu.
- Cohen L. J., Gans S. W., McGeoch P. G., Poznansky O., Itskovich Y., Murphy S., Klein E., Cullen K. & Galynker I. I. (2002) Impulsive personality traits in male pedophiles versus healthy controls: is pedophilia an impulsive-aggressive disorder? *Comprehensive Psychology*, 43, 127–34.
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (2008). Trauma-focused cognitive behavioural therapy for children and parents. *Child and Adolescent Mental Health*, 13(4), 158-162.
- Courtney, J., Rose, J., & Mason, O. (2006). The offence process of sex offenders with intellectual disabilities: A qualitative study. *Sexual abuse: a journal of research and treatment*, 18(2), 169-191.
- Dagnan, D., & Jahoda, A. (2006). Cognitive-behavioural intervention for people with intellectual disability and anxiety disorders. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 19(1), 91-97.
- Danielsson, H., Henry, L., Messer, D., & Rönnerberg, J. (2012). Strengths and weaknesses in executive functioning in children with intellectual disability. *Research in developmental disabilities*, 33(2), 600-607.
- Danielsson, H., Henry, L., Rönnerberg, J., & Nilsson, L. G. (2010). Executive functions in individuals with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 31(6), 1299-1304.

- Day K. (1994) Male mentally handicapped sex offenders. *British Journal of Psychiatry*, 165, 630-639.
- Decety, J. (2011). Dissecting the neural mechanisms mediating empathy. *Emotion Review*, 3(1), 92-108.
- De Haas, S. (2012). Seksueel grensoverschrijdend gedrag onder jongeren en volwassenen in Nederland. *Tijdschrift voor seksuologie*, 36(2), 136-145.
- De Heer-De Lange, N. E., & Kalidien, S. N. (2010). *Criminaliteit en rechtshandhaving 2009: Ontwikkelingen en samenhangen*. Den Haag: WODC.
- Dekker, M., Douma, J., De Ruiten, K., & Koot, H. (2006). Aard, ernst, comorbiditeit en beloop van gedragsproblemen en psychiatrische stoornissen bij kinderen en jeugdigen met een verstandelijke beperking. In R. Didden (Eds.), *In Perspectief: Gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke beperking* (21 – 40). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- De Ruiter, C. & Veen, V. (2006). De effectiviteit van farmacotherapie bij seksuele delinquenten. Een literatuuroverzicht. Utrecht. Expertise centrum Forensische Psychiatrie
- De Ruiter, C., & Veen, V. (2005). *Terugdringen van recidive bij geweldsdelinquenten: Werkzame interventies bij relationeel, seksueel en algemeen geweld*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- De Visser, R. O., Rissel, C. E., Richters, J., & Smith, A. M. (2007). The impact of sexual coercion on psychological, physical, and sexual well-being in a representative sample of Australian women. *Archives of sexual behavior*, 36(5), 676-686.
- De Wit, M., Moonen, X.M.H., & Douma, J.C.H. (2011). *Richtlijn effectieve interventies LVB: Aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en uitvoeren van gedragsveranderende interventies voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking*. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVG.
- Dermitzaki, I., Stavroussi, P., Bandi, M., & Nisiotou, I. (2008). Investigating ongoing strategic behaviour of students with mild mental retardation: implementation and relations to performance in a problem-solving situation. *Evaluation & Research in Education*, 21(2), 96-110.
- Didden, R., Korzilius, H., Van Oorsouw, W., & Sturmey, P. (2006). Behavioral treatment of challenging behaviors in individuals with mild mental retardation: Meta-analysis of single-subject research. *American Journal on Mental Retardation*, 111(4), 290-298.
- Dolan, M., Anderson, I. M., & Deakin, J. F. W. (2001). Relationship between 5-HT function and impulsivity and aggression in male offenders with personality disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 178(4), 352-359.
- Doyle, M.D. (2004). The differences between sex offending and challenging behaviour in people with an intellectual disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 29(2), 107-118.
- Ellerby, L. McGrath, R.J., Cumming, G.F., Burchard, B.L. & Zeoli, S. (2010) Current Practices in Canadian Sexual Abuser Treatment Programs. *The Safer Society 2009 Survey, 2010-2*: Ottawa.
- Embregts, P. J. C. M., van den Bogaard, K. J. H. M., Hendriks, L., Heestermans, M., Schuitemaker, M., & Van Wouwe, H. (2010). Sexual risk assessment for people with intellectual disabilities. *Research in developmental disabilities*, 31(3), 760-767.
- Emerson, E., Robertson, J., & Wood, J. (2005). Emotional and behavioural needs of children and adolescents with intellectual disabilities in an urban conurbation. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(1), 16-24.
- Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (2013) *Inventarisatie Risicotaxatie bij LVB*. Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.
- Fazel, S., Doll, H., & Långström, N. (2008). Mental disorders among adolescents in juvenile detention and correctional facilities: a systematic review and metaregression analysis of 25 surveys. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(9), 1010-1019.
- Geer, J. H., Estupinan, L. A., & Manguno-Mire, G. M. (2000). Empathy, social skills, and other relevant cognitive processes in rapists and child molesters. *Aggression and Violent Behavior*, 5(1), 99-126.
- Gendreau, P., French, S., & Taylor, A. (2002). *What works (what doesn't) revised 2002: The principles of effective correctional treatment* (Unpublished manuscript). New Brunswick, Canada: University of New Brunswick, St. John
- Gross, G., (1985) *Activities of a Development Disabilities Adult Offender Project*. Washington State Developmental Disabilities Planning Council, Olympia, WA.
- Haaven, J., Little, R., & Petre-Miller, D. (1990). *Treating intellectually disabled sex offenders: A model residential program*. Orwell, VT: Safer Society Press.
- Hamdi, N. R., & Knight, R. A. (2012). The relationships of perpetrator and victim substance use to the sexual aggression of rapists and child molesters. *Sexual Abuse*, 24(4), 307-327.

- Hanson, R. K., Gordon, A., Harris, A. J., Marques, J. K., Murphy, W., Quinsey, V. L., & Seto, M. C. (2002). First report of the collaborative outcome data project on the effectiveness of psychological treatment for sex offenders. *Sexual Abuse: A journal of research and treatment*, 14(2), 169-194.
- Hanson, R. K., Harris, A. J., Scott, T. L., & Helmus, L. (2007). *Assessing the risk of sexual offenders on community supervision: The Dynamic Supervision Project* (Vol. 5, No. 6). Ottawa, ON: Public Safety Canada.
- Hanson, R.K., & Morton-Bourgon, K.E. (2005). The characteristics of persistent sexual offenders: a meta-analysis of recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 1154-1163.
- Hanson, R.K., Bourgon, G., Helmus, L., & Hodgson, S. (2009). The principles of effective correctional treatment also apply to sexual offenders. A meta-analysis. *Criminal Justice and Behavior*, 36, 865-891.
- Haspels, M.J.G. & Spanjaard, J.M. (1999). *SKAVE. Seksuele Kennis-, Attitude-, Vaardigheden- en Ervaringenlijst*. Duivendrecht: PI Research.
- Hatton, C., & Emerson, E. (2004). The relationship between life events and psychopathology amongst children with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 17(2), 109-117.
- Heaton, K. M., & Murphy, G. H. (2013). Men with Intellectual Disabilities who have Attended Sex Offender Treatment Groups: A Follow-Up. *Journal of applied research in intellectual disabilities*, 26(5), 489-500.
- Helmus, L., Hanson, R. K., Thornton, D., Babchishin, K. M., & Harris, A. J. (2012). Absolute Recidivism Rates Predicted By Static-99R and Static-2002R Sex Offender Risk Assessment Tools Vary Across Samples A Meta-Analysis. *Criminal Justice and Behavior*, 39(9), 1148-1171.
- Hendriks, J. & Bijleveld, C.C.J.H. (2010, november 19). *Juvenile sex offenders' adult social adaptation: a 14-year prospective study*. San Fransisco, ASC 17-20 november
- Hermans, D., Eelen, P., & Orlemans, H. (2007). *Inleiding tot de gedragstherapie*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Hirschi, T. (1986). On the compatibility of rational choice and social control theories of crime. *The reasoning criminal: Rational choice perspectives on offending*, 105-118.
- Holland, S., & Persson, P. (2011). Intellectual disability in the Victorian prison system: Characteristics of prisoners with an intellectual disability released from prison in 2003–2006. *Psychology, Crime & Law*, 17(1), 25-41.
- Höing, M., & van Berlo, W., (2006). Seksuele dwang. In F. Bakker & I. Vanwesenbeeck (Eds.) *Seksuele gezondheid in Nederland 2006* (pp 157-166). Delft: Eburon.
- Hudson, M., Ward, T. & McCormick, C. (1999). Offense pathways in sexual offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 14, 779 - 798.
- Hulbert-Williams, L., & Hastings, R.P. (2008). Life events as a risk factor for psychological problems in individuals with intellectual disabilities: A critical review. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52(11), 883-895.
- Jespersen, A. F., Lalumière, M. L., & Seto, M. C. (2009). Sexual abuse history among adult sex offenders and non-sex offenders: A meta-analysis. *Child abuse & neglect*, 33(3), 179-192.
- Joyal, C. C., Beaulieu-Plante, J., & de Chantérac, A. (2014). The neuropsychology of sex offenders: a meta-analysis. *Sexual Abuse*, 26(2), 149-177.
- Kaal, H.L. (2010) *Beperkt en gevangen? De haalbaarheid van prevalentieonderzoek naar verstandelijke beperking in detentie*. Den Haag: WODC.
- Keeling, J. A., & Rose, J. L. (2005). Relapse prevention with intellectually disabled sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 17(4), 407-423.
- Keeling, J. A., Rose, J. L., & Beech, A. R. (2009). Sexual offending theories and offenders with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 22(5), 468-476.
- Kleinert, H. L., Browder, D. M., & Towles-Reeves, E. A. (2009). Models of cognition for students with significant cognitive disabilities: Implications for assessment. *Review of Educational Research*, 79(1), 301-326.
- Klimecki M. R., Jenkinson J. & Wilson L. (1994) A study of recidivism among offenders with intellectual disability. *Australia and New Zealand Journal of Developmental Disabilities*, 19, 209-219.
- Koolhof, R., Loeber, R., Collot d'Escury, A. (2007). Eerst tot tien tellen! Of is dat voor LVG jongeren niet genoeg? Is de LVG-jongere extra kwetsbaar om delinquent gedrag te ontwikkelen? *Onderzoek & Praktijk*, 5, 15-19.

- Langdon, P. E., Maxted, H., Murphy, G. H., & Group, S. I. (2007). An exploratory evaluation of the Ward and Hudson Offending Pathways model with sex offenders who have intellectual disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 32(2), 94-105.
- Lambrick, F., & Glaser, W. (2004). Sex offenders with an intellectual disability. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 16(4), 381-392.
- Laws, D.R., & O'Donohue, W.T. (2008). *Sexual Deviance: Theory, assessment and treatment* (2nd edition). Guilford publications.
- Leuw, E., Bijl, R.V., & Daalder, A. (2004). *Pedoseksuele delinquentie: Een onderzoek naar prevalentie, toedracht en strafrechtelijke interventies*. Den Haag: Boom Juridische uitgevers en Ministerie van Justitie, Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum.
- Lindsay, W. R. (2005). Model underpinning treatment for sex offenders with mild intellectual disability: Current theories of sex offending. *Mental Retardation*, 43(6), 428-441.
- Lindsay, W. R. (2009). *The treatment of sex offenders with developmental disabilities: A practice workbook*. John Wiley & Sons.
- Lindsay, W.R., Allen, R., Parry, C., MacLeod, F., Cottrel, J., Overend, H. & Smith, A.H.W. (2004). Anger and aggression in people with intellectual disabilities: treatment and follow up of consecutive referrals and a waiting list comparison. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 255-264.
- Lindsay, W. R., Carson, D., Holland, A. J., Michie, A. M., Taylor, J. L., Bambrick, M., ... & Steptoe, L. (2012). A comparison of sex offenders and other types of offenders referred to intellectual disability forensic services. *Psychiatry, Psychology and Law*, 19(4), 566-576.
- Lindsay, W. R., Elliot, S. F., & Astell, A. (2004). Predictors of sexual offence recidivism in offenders with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 17(4), 299-305.
- Lindsay, W. R., Law, J., & MacLeod, F. (2002). Intellectual disabilities and crime: Issues in assessment, intervention and management. *Applying Psychology to Forensic Practice*, 97-114.
- Lockhart, K., Guerin, S., Shanahan, S., & Coyle, K. (2010). Expanding the test of counterfeit deviance: Are sexual knowledge, experience and needs a factor in the sexualised challenging behaviour of adults with intellectual disability? *Research in developmental disabilities*, 31(1), 117-130.
- Lösel, F., & Schmucker, M. (2005). The effectiveness of treatment for sexual offenders.: A comprehensive meta-analysis. *Journal of Experimental Criminology*, 1, 117-146.
- Loucks, N. (2007). *No One Knows. Offenders with Learning Difficulties and Learning Disabilities: The Prevalence and Associated Needs of Offenders with Learning Difficulties and Learning Disabilities*. London: Prison Reform Trust.
- Mali, S.R.F. (2007). Geregistreerde zedencriminaliteit in Nederland. In A. P. Van Wijk, R. A. R. Bullens & P. Van den Eshof (Eds.), *Facetten van zedencriminaliteit* (pp. 71-98). Den Haag: Elsevier.
- Marshall, W. L., & Barbaree, H. E. (1990). An integrated theory of the etiology of sexual offending. In W. L. Marshall, D. R. Laws, & H. E. Barbaree (Eds.), *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender* (pp. 257– 275). New York: Plenum.
- Marshall, W. L., Serran, G., Moulden, H., Mulloy, R., Fernandez, Y. M., Mann, R., & Thornton, D. (2002). Therapist features in sexual offender treatment: Their reliable identification and influence on behaviour change. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 9(6), 395-405
- Marx, B. P., & Sloan, D. M. (2002). The role of emotion in the psychological functioning of adult survivors of childhood sexual abuse. *Behavior Therapy*, 33(4), 563-577.
- Matson, J. L., & Shoemaker, M. E. (2011). Psychopathology and intellectual disability. *Current Opinion in Psychiatry*, 24(5), 367-371.
- Maughan, B., Collishaw, S., & Pickles, A. (1999). Mild mental retardation: psychosocial functioning in adulthood. *Psychological Medicine*, 29(02), 351-366.
- Menger, A., & Krechtig, L. (2008). Motiveren in het kader van de jeugdreclassering. In: I. Wijers (Eds.) *Justitiële interventies bij delinquente jongeren* (pp 304-418).
- Movisie (2011) *Over de grens: Seksueel opvoeden met het Vlaggensysteem*. Utrecht: Movisie.
- Murphy, G., Powell, S., Guzman, A. M., & Hays, S. J. (2007). Cognitive-behavioural treatment for men with intellectual disabilities and sexually abusive behaviour: a pilot study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51(11), 902-912.
- Nezu, C. M., Nezu, A. M., & Dudek, J. A. (1998). A cognitive behavioral model of assessment and treatment for intellectually disabled sexual offenders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5(1), 25-64.

- Norcross, J. C., Krebs, P. M., & Prochaska, J. O. (2011). Stages of change. *Journal of Clinical Psychology, 67*(2), 143-154.
- Nussbaum D., Collins M., Cutler J., Zimmerman W., Farguson B. & Jacques I. (2002) Crime type and specific personality indices: Cloninger's TCI impulsivity, empathy and attachment subscales in non-violent, violent and sexual offenders. *American Journal of Forensic Psychology, 20*, 23–56.
- Odebrecht, S., Nunes, V., Watanabe, M. A. E., Morimoto, H. K., Moriya, R., & Reiche, E. M. V. (2010). The impact of childhood sexual abuse on activation of immunological and neuroendocrine response. *Aggression and Violent Behavior, 15*(6), 440–445.
- Parry, C. J., & Lindsay, W. R. (2003). Impulsiveness as a factor in sexual offending by people with mild intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research, 47*(6), 483-487.
- Pennington, B.F. (2002). *The development of psychopathology: Nature and nurture*. New York: Guildford Press.
- Ralfs, S., & Beail, N. (2012). Assessing Components of Empathy in Sex-Offenders with Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 25*(1), 50-59.
- Robertiello, G., & Terry, K. J. (2007). Can we profile sex offenders? A review of sex offender typologies. *Aggression and Violent Behavior, 12*(5), 508-518.
- Rose, J., West, C., & Clifford, D. (2000). Group interventions for anger in people with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities, 21*(3), 171-181.
- Rovers, B. (2010). Motiveren en motivatieproblematiek. In: M. Kooijmans (Eds.) *Integraal motiveren in het jongerenwerk van de Twern*. Den Bosch: Expertise centrum veiligheid.
- Schuchardt, K., Gebhardt, M., & Mäehler, C. (2010). Working memory functions in children with different degrees of intellectual disability. *Journal of intellectual disability research, 54*(4), 346-353.
- Schreurs, P.J.G., van de Willige, G., Tellegen, B., Brosschot, J.F. (1987) *De Utrechtse Coping Lijst*: UCL. Lisse: Swets en Zeitlinger
- Simons, D., McCullar, B. & Tyler, C. (2008, October). Evaluation of the good lives model approach to treatment planning, *27th annual research and treatment conference of the Association for the Treatment of Sexual Abusers*. Atlanta, GA.
- Spaccarelli, S. (1994). Stress, appraisal, and coping in child sexual abuse: a theoretical and empirical review. *Psychological bulletin, 116*(2), 340.
- Spinella, M., White, J., Frank, M.L., & Smith, J. (2006). Evidence of orbitofrontal dysfunction in sex offenders. *International Journal of Forensic Psychology, 1* (3), 62-68.
- Stone, M.H., & Thompson, E.H. (2001). Executive function impairment in sexual offenders. *The Journal of Individual Psychology, 57* (1), 51-59.
- Taylor, J. L. (2002). A review of the assessment and treatment of anger and aggression in offenders with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research, 46*(s1), 57-73.
- Taylor, J. L., & Novaco, R. W. (2005). *Anger treatment for people with developmental disabilities: A theory, evidence and manual based approach*. John Wiley & Sons.
- Taylor, J. L., Novaco, R. W., Gillmer, B., & Thorne, I. (2002). Cognitive-behavioural treatment of anger intensity among offenders with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 15*(2), 151-165.
- Taylor, J. L., Novaco, R. W., Guinan, C., & Street, N. (2004). Development of an imaginal provocation test to evaluate treatment for anger problems in people with intellectual disabilities. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 11*(4), 233-246.
- Thornton, D. (2002). Constructing and testing a framework for dynamic risk assessment. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, (14)*2. 139-153
- Van Beek, D. J. (1999). *De delictscenarioprocedure bij seksueel agressieve delinquenten: Een onderzoek naar de bruikbaarheid van de delictscenarioprocedure in de behandeling van seksueel agressieve delinquenten in de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek*. Universiteit van Amsterdam
- Van Boetelaer, E., Hendriks, J., & Bijleveld, C. (2012). Verschillen tussen zwakbegaafde en normaal begaafde jeugdige zedendelinquenten. *Tijdschrift voor Seksuologie, 36*(1), 30-36.
- Van Dam-Baggen, R. & Kraaimaat, F. (1986). De betrouwbaarheid en validiteit van de Inventarisatielijst Omgaan met Anderen (The reliability and validity of a self-report inventory for social anxiety). *Gedragstherapie, 19*, 229-248.

- Van den Berg, J.W. (2011). Psychotherapie bij licht verstandelijk beperkte zedendelinquenten: What Works. In: M. Groenhuisen, S. Kierkels & T. Kooijmans (red.), *De forensische psychiatrie geanalyseerd, Liber Amicorum Karel Oei* (p. 29-36). Apeldoorn/Antwerpen/ Portland: Maklu.
- Van den Berg, J. W., & Van Beek, D. (2006). Verstandelijk gehandicapte plegers van seksueel grensoverschrijdend gedrag: Een literatuuroverzicht. *Psycholoog Amsterdam*, 41(3), 125.
- Van den Berg, J. W., & Brand, E. (2008). De prevalentie van zwakbegaafden en licht verstandelijk gehandicapten binnen de groep plegers van seksueel grensoverschrijdend gedrag in de TBS. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 32, 67-72.
- Van den Berg, J.W., & Hesper, B. (2014). Het gebruik van risicotaxatie-instrumenten bij delinquenten met een licht verstandelijke beperking binnen de strafrechtsketen. In: H. Kraal, N. Overvest & M. Broertjes (red.), *Beperkt in de keten; Mensen met een licht verstandelijke beperking in de strafrechtsketen* (p.165-174). Amsterdam: Boom
- Van den Bogaard, K. J. H. M., Embregts, P. J. C. M., Hendriks, A. H. C., & Heestermans, M. (2013). Comparison of intellectually disabled offenders with a combined history of sexual offenses and other offenses versus intellectually disabled offenders without a history of sexual offenses on dynamic client and environmental factors. *Research in developmental disabilities*, 34(10), 3226-3234.
- Van den Hurk, H., & Nelissen, A.A. (2004). 'What Works. een nieuwe benadering van resocialisatie van delinquenten. *Sancties*, 5, 280-297.
- Van der Geest, M., Roctus, T., & Tas, C. (2014). Onderzoeksrapport: 'De digitale weerbaarheid van jongeren met een LVB': Over cyberpesten, stalking en intimidatie. Leiden.
- Van der Molen, M. J., Van Luit, J. E., Jongmans, M. J., & Van der Molen, M. W. (2009). Memory profiles in children with mild intellectual disabilities: Strengths and weaknesses. *Research in Developmental Disabilities*, 30(6), 1237-1247.
- Van Hunsel, F., & Cosyns, P. (2002). Biomedische interventies bij plegers van seksueel geweld. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 26(1), 87-96
- Van Nieuwenhuijzen, M. (2010). *De (h)erkenning van jongeren met een lichte verstandelijke beperking. The recognition of youth with mild intellectual disabilities*. Amsterdam: SWP.
- Van Nieuwenhuijzen, M. & Vriens, A. (2012). (Social) Cognitive skills and social information processing in children with mild to borderline intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 33, 426-434.
- Varker, T., Devilly, G. J., Ward, T., & Beech, A. R. (2008). Empathy and adolescent sexual offenders: A review of the literature. *Aggression and Violent behavior*, 13(4), 251-260.
- Verdonck, E., & Jaspaert, E. (2009). *Motivatie voor gedragsinterventies bij jeugdige justitiabelen*. Leuven: Instituut voor Criminologie, Katholieke Universiteit Leuven.
- Walker N. & McCabe S. (1973) *Crime and Insanity in England*. Edinburgh University Press, Edinburgh.
- Ward, T. & Hudson, S.M. (1998). A model of the relapse process in sexual offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 13, 700-725
- Ward, T., & Beech, A. (2006). An integrated theory of sexual offending. *Aggression and Violent Behavior*, 11, 44-63.
- Ward, T., & Hudson, S. M. (2000). A self-regulation model of relapse prevention. In D. R. Laws, S. M. Hudson, & T.Ward (Eds.), *Remaking relapse prevention with sex offenders: A Sourcebook* (pp. 79-101). London: Sage Publications, Inc.
- Ward, T., & Brown, M. (2004) The good lives model and conceptual issues in offender rehabilitation, *Psychology, Crime and Law*, 10, 243-57.
- Ward, T., Polaschek, D.L.L., & Beech, A.R. (2005). *Theories of sexual offending*. Chichester: Wiley.
- Willner, P., Jones, J., Tams, R., & Green, G. (2002). A randomized controlled trial of the efficacy of a cognitive-behavioural anger management group for clients with learning disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 15(3), 224-235.
- Wilson, R. J., & Yates, P. M. (2009). Effective interventions and the Good Lives Model: Maximizing treatment gains for sexual offenders. *Aggression and Violent Behavior*, 14(3), 157-161.
- Wolfe, V., & Birt, J. (1997). *Child sexual abuse* (pp. 569-623). I. E. Mash, & L. Terdal (Eds.). Guilford Press.

Samenwerking erkenningstraject

Het erkenningstraject wordt in samenwerking uitgevoerd door het Nederlands Jeugdinstituut (NJI), het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL), het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ), het Kenniscentrum Sport, Vilans, het Trimbos Instituut en MOVISIE. Door samen te werken aan het beoordelen van interventies volgens eenduidige criteria streven wij naar kwaliteitsverbetering in de betrokken werkvelden.

