



Een kwestie van goede zeden

Zorgprogramma Seksueel
Grensoverschrijdend Gedrag

Redactie drs. J.A.M. Verschuur



DE TENDER

forensische poli- en dagkliniek



DE TENDER
forensische poli- en dagklinik

COLOFON

Titel	Een kwestie van goede zeden Zorgprogramma Seksueel Grensoverschrijdend Gedrag
Auteur “De Basis”	J.A.M. Verschuur
Auteurs “Behandelonderdelen”	Behandelaren De Tender Beleidsmedewerker De Tender Onderzoeker Stichting Oldenkotte
Eindredactie	J.A.M. Verschuur M. Hendriks
Tekstbewerking	M.T. Stegeman
Uitgave	Poli- en dagkliniek De Tender, Deventer
Lay-out	Maarse Drukwerk, Eibergen
Druk	Maarse Drukwerk, Eibergen
Eerste druk	september 2010
Tweede, herziene, druk	maart 2014
ISBN	978-90-816168-1-2
Contact	info@detender.nl 0570 62 79 01

© De Tender, Deventer, 2014

Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van De Tender.



INHOUDSOPGAVE

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord	6
Leeswijzer	10
Deel I - de basis	14
1 Inleiding	15
2 Uitgangspunten	16
2.1 Missie en visie	16
2.2 Visie op seksualiteit	16
2.3 ‘What works’	17
2.4 Systeemvisie	18
2.5 E-mental health	19
2.6 Overige zaken	19
3 Doelgroep	20
3.1 De doelgroep van De Tender	20
3.2 De doelgroep van dit zorgprogramma	20
4 De doelgroep, nader beschreven	21
4.1 De doelgroep in DSM-IV	21
4.2 De doelgroep in persoonlijkheidskenmerken.	22
4.3 De doelgroep in ‘stijlen’.	23
4.4 Samenvattend	25
4.5 Ten slotte.	26
5 Het doel van het Zorgprogramma	27
6 Theoretisch ideaal en praktische problemen	28
7 Mogelijke oplossingen	30
8 Samenvattend	32
Deel II - de behandelonderdelen	34
1 De intakeprocedure en indicatiestelling	35
1.1 Algemeen testdiagnostisch onderzoek.	36
1.2 Algemene risicotaxatie	37
1.3 ROM	39

2 De trajecten	41
Traject 1: De poliklinische behandeling	42
a Protocollaire groepsbehandeling seksueel grensoverschrijdend gedrag	43
b Protocollaire groepsbehandeling seksueel grensoverschrijdend gedrag voor LVB patiënten ('SIRENE') . .	45
c Individuele onderdelen en systeemaanbod	47
c.1 Psychiatrisch consult/medicatiecontact	47
c.2 Maatschappelijk werk	49
c.3 Psychotherapie, individueel	50
c.4 Gedragstherapie, individueel	52
c.5 Systeemtaxatie	54
c.6 Systeemtherapie	55
d E-mental health	56
d.1 Delictketen- en delictpreventieplan	59
d.2 Seksuele problemen	60
d.3 Psycho-educatie persoonlijkheidsstoornissen	61
d.4 Betrokken omgeving	62
d.5 Overige beschikbare e-mental health modules	63
Traject 2: De eendaagse deeltijdbehandeling	64
a Sociotherapie - Dagopening en Dagsluiting	65
b Protocollaire groepsbehandeling	66
c Vaktherapie Beeldend	68
d Gestructureerde psychodynamische groepstherapie	70
e Systeemtaxatie	72
f Individuele onderdelen en systeemaanbod	73
g E-mental health	73
Traject 3: De vierdaagse deeltijdbehandeling	74
a Behandelcoördinatie	76
b Diagnostische fase:	77
b.1 Risicotaxatie	77
b.2 Testdiagnostisch onderzoek	78
b.3 Systeemtaxatie	79
b.4 Psychiatrische Screening	80
b.5 Delictanalyse	81
b.6 Bijlage: Format delictanalyse met seksuele anamnese . .	82

c	Het Hoofdtraject:	87
c.1	Delictpreventie (levensloop en delictscenario)	87
c.2	Protocollaire groepsbehandeling	89
c.3	Vaktherapie Beeldend.	91
c.4	Vaktherapie Drama	93
c.5	Vaktherapie Bewegingsagogiek	95
c.6	VRIS-cursus	96
c.7	Zelfbeeld	97
c.8	Cognitieve gedragstherapie.	99
c.9	Gestructureerde Psychodynamische Groepstherapie .	100
c.10	Sociotherapie	102
	dagopening en dagsluiting	103
	maatschappelijke inbedding	104
	groepsbespreking	105
	doelengroep.	106
	taakuur	107
d	Individuele onderdelen en systeemaanbod.	108
e	E-mental health	108
	Traject 4: Het nazorg- en begeleidingstraject	109
a	Groepsnazorg zedenproblematiek.	110
b	Individuele nazorg, maatschappelijke en psychosociale begeleiding.	111
c	Functie ACT, Forensisch Psychiatrisch Toezicht en Forensisch Psychiatrische Thuiszorg;	113
	Traject 5: Het aanbod op specifieke indicatie	115
	Aanvullende onderdelen	116
a	Het sociale netwerk.	116
a.1	De 'Verwantenavond'	116
a.2	De 'gespreksgroep voor familie'	117
b	COSA	117

VOORWOORD

VOORWOORD

Ter gelegenheid van het twaalfenhalfjarig bestaan van poli- en dagkliniek De Tender is in 2010 dit boekje met het Zorgprogramma Seksueel Grensoverschrijdend Gedrag uitgebracht. In september 2012 verscheen een digitale herdruk. Inmiddels zijn we bijna vier jaar verder en is het tijd voor een tweede, herziene, druk. In de afgelopen vier jaar is er veel gebeurd: maatschappelijk, 'intern' en behandelinhoudelijk.

Maatschappelijk

De gezondheidszorg is gereorganiseerd en kent sinds januari 2014 onder meer een basis-ggz en een gespecialiseerde ggz, waar De Tender onder valt. Sommige behandelingen die 'slechts' het probleemgedrag als aangrijpingspunt hadden, zoals 'seksueel misbruik van kind' of 'mishandeling volwassene' – de zogeheten V-codes - worden nu niet meer vergoed door de zorgverzekeraar. Om voor een vergoeding door de zorgverzekeraar in aanmerking te komen, dient er, in termen van de DSM-IV-TR, een zogeheten 'primaire diagnose' te worden gesteld die (mede) het grensoverschrijdend gedrag bepaalt of heeft bepaald (we betogen verderop, met name in hoofdstuk 4, dat dit voor een forensische delictpreventieve behandeling vaak onvoldoende houvast biedt). Er worden, soms ook wisselend per verzekeraar, kwaliteitseisen gesteld aan het hoofdbehandelaarschap en het aantal uren dat hij daadwerkelijk aan de individuele patiënt besteedt. Er wordt effectmeting gevraagd (ROM, Routine Outcome Monitoring), op geaggregeerd niveau. Tijdens het schrijven van deze herdruk is de discussie over het instrument van voorkeur voor de forensisch psychiatrische ggz nog volop gaande. Het wordt steeds meer van belang geacht e-mental health in het zorgaanbod te hebben. En, ten slotte, ligt er de vraag om de behandeling in zogeheten zorgpaden vast te leggen, ten behoeve van transparantie, planning en sturing.

Waar genoemde ontwikkeling door overheden of zorgverzekeraar in gang worden gezet, wordt financiering van de zorg als sturingsinstrument gebruikt. Financiële middelen vormen een basisvoorwaarde voor het verlenen van zorg, ook forensische zorg. Dit alles vraagt dus een voortdurend laveren tussen wat behandelinhoudelijk nodig wordt geacht en wat financieel haalbaar is.

Intern

Ook intern zijn er volop ontwikkelingen: FPC Oldenkotte, net als De Tender onderdeel van Stichting Oldenkotte, sluit per 1 januari 2015; daarmee houdt Stichting Oldenkotte op te bestaan. Per maart 2014 is De Tender onderdeel van de 'Stichting Transfore', die ondergebracht is onder de Dimence Groep.

Behandelinhoudelijk

Ten slotte, niet onbelangrijk, hebben ook de ontwikkelingen op het gebied van behandelen in het algemeen en van plegers van seksueel grensoverschrijdend gedrag in het bijzonder, zich voortgezet. Het is een heel werk om alle aspecten van het behandelen van patiënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag nauwlettend te volgen en te wegen op bruikbaarheid voor De Tender. Het gaat hierbij namelijk om meer dan alleen de behandeling van psychische problematiek. Er moet ook aandacht zijn voor andere relevante delictfactoren, juridische aspecten en maatschappelijke ontwikkelingen zoals hiervoor beschreven.

Het EFP (Expertisecentrum Forensische Psychiatrie) heeft de ontwikkelingen op het gebied van forensische behandeling nauwlettend gevolgd en dat wat relevant is opgenomen in de door hun uitgegeven 'zorgprogramma's'. Deze zorgprogramma's worden regelmatig geüpdatet. Waar we in de eerste versies van de zorgprogramma's maar in beperkte mate handvatten konden vinden voor ambulante behandeling van forensische problematiek, is dat in de nieuwere versies veel meer het geval. Van deze zorgprogramma's hebben we dan ook dankbaar gebruikgemaakt.

De belangrijkste inhoudelijke wijzingen in deze herdruk:

- De Tender heeft inmiddels binnen het Zorgprogramma Seksueel Grensoverschrijdend Gedrag een *eendaagse deeltijdbehandeling*.
- *E-mental health*: er zijn behandelmodulen en educatieve modulen ontworpen of aangeschaft en binnen het zorgprogramma beschikbaar.
- *Risicotaxatie*: voor patiënten die geïndiceerd zijn voor de intensievere trajecten, is de Static99/Stable-combinatie ingevoerd, in plaats van de SVR-20. Het streven is de Static99/Stable bij alle patiënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag in te zetten.

- De LS/CMI blijft als basisinstrument in gebruik en wordt bij álle patiënten van De Tender afgenomen. Inmiddels is het ook in gebruik als ROM-instrument (Routine Outcome Measurement).
- *LVB*: het aanbod voor Licht Verstandelijk Beperkten is herschreven.

Seksueel grensoverschrijdend gedrag kan tot grote maatschappelijke onrust leiden. Als preventief middel is *toezicht* minder effectief dan *behandeling* (Horst, 2012). En veel van de factoren die een pleger tot dit gedrag brengen, zijn beïnvloedbaar of controleerbaar. Dit rechtvaardigt behandeling: er is een maatschappelijk en een individueel belang van de pleger als patiënt en deze belangen liggen in elkaars verlengde.

De behandeling die De Tender biedt, richt zich op duurzame delictpreventie zoals uitgelegd wordt in het eerste deel van het boek, 'de basis'. Hierbij is het van groot belang dat de patiënt verantwoordelijkheid neemt voor zijn grensoverschrijdend gedrag. Dit is een belangrijke preventieve factor. Behandeling garandeert niet dat er geen grensoverschrijdend gedrag meer plaatsvindt, maar het risico erop wordt zorgvuldig in beeld gebracht en nauwlettend gevolgd. Wanneer nodig neemt De Tender haar verantwoordelijkheid en houdt zich aan de protocollen die op dergelijke situaties van toepassing zijn. Met deze uitgave geven we een inkijk in wat De Tender hierin te bieden heeft. Maatschappelijke ontwikkelingen zetten zich voort en ook behandelinhoudelijke ontwikkelingen gaan door. Deze herziene druk is opnieuw een tijdsmoment. Het zorgprogramma zelf blijft 'werk in uitvoering'.

Om deze herdruk te kunnen realiseren heeft de Stichting Vrienden van Oldenkotte, net als bij de eerste uitgave, een geldbedrag ter beschikking gesteld waar wij ze hartelijk voor willen bedanken.

Tinie Hendriks,
Manager De Tender

LEESWIJZER

LEESWIJZER

Dit boekje beschrijft het zorgprogramma voor seksueel grensoverschrijdend gedrag van ‘forensisch psychiatrische en psychotherapeutische poli- en dagkliniek De Tender’.

De eerste druk van dit boekje werd geschreven vanuit de behoefte aan meer variatie in het toenmalige aanbod en meer doelmatigheid en efficiëntie. Het kwam tot stand na uitvoerig literatuuronderzoek en inventarisatie van wat elders aan behandelvormen is ontwikkeld en wordt aangeboden. Ten behoeve van deze herdruk is wederom de literatuur bestudeerd en is verkend wat het werkveld biedt. Belangrijk geachte bevindingen zijn in de herdruk opgenomen. Daarbij zijn we trouw gebleven aan onze opdracht: realiseren van duurzame delictpreventie door behandeling. En daarbij is rekening gehouden met de specifieke kenmerken van onze doelgroep en de praktische mogelijkheden en beperkingen. In het eerste deel, ‘de basis’, vindt u een samenvatting van de literatuur, een beschouwing over de bruikbaarheid ervan en de keuzes die hierin zijn gemaakt.

Op basis van het eerste deel is het tweede deel geschreven. Hierin staan, eveneens in samengevatte vorm, de behandelonderdelen (modules) beschreven. Deze modules zijn in vijf te onderscheiden behandeltrajecten ondergebracht:

1. Het poliklinische traject
2. De eendaagse deeltijdbehandeling
3. De vierdaagse deeltijdbehandeling
4. Het nazorg- en begeleidingstraject
5. Het individueel traject, op specifieke indicatie

Elk van deze trajecten wordt voorafgegaan door de algemeen geldende intakeprocedure en indicatiestellingsprocedure. De vierdaagse deeltijdbehandeling heeft een uitgebreidere indicatiestelling: de diagnostische fase. Sommige modules zijn onderdeel van meerdere trajecten. Omwille van de leesbaarheid wordt bij die trajecten de gehele module beschreven. Dat maakt dit boekje ook bruikbaar als naslagwerk. Alleen bij het laatste traject, ‘Het individueel traject, op specifieke indicatie’ worden ze niet herhaald maar wordt verwezen naar de eerdere beschrijvingen. Bij veel van de modules wordt een draaiboek of protocol gevolgd.

De modules zijn beschreven door medewerkers en behandelaren die in de periode 2009 – 2014 bij De Tender werkzaam waren. Het zijn er te veel om ze hier te noemen. De literatuurlijst is opgesteld door de eindredacteur op basis van wat hij zelf heeft geraadpleegd en op basis van wat er door de behandelaren is geraadpleegd en genoemd bij de beschrijving van de modules. Omwille van de leesbaarheid worden deze bronnen, met name bij de modulebeschrijvingen, niet steeds vermeld.

We kunnen ons voorstellen dat u na lezing contact wilt hebben met De Tender. Dit kan door een e-mail te sturen naar info@detender.nl.

DEEL I - DE BASIS

DE BASIS



1 Inleiding

Bij het schrijven van deze tweede druk van het Zorgprogramma voor patiënten met Seksueel Grensoverschrijdend Gedrag hebben we ons, meer dan bij de eerste druk, laten leiden door de zorgprogramma's die onder auspiciën van het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie door deskundigen uit het hele land ontwikkeld zijn en steeds geactualiseerd worden. We gebruiken met name het 'Basis Zorgprogramma' en 'Seksueel grensoverschrijdend gedrag' (EFP, 2013). Deze programma's zijn vooral geschreven vanuit de kennis van en ervaring met de behandeling van tbs-patiënten. Er zijn echter grote verschillen tussen enerzijds tbs-patiënten en een tbs-setting en anderzijds poliklinische patiënten en een poliklinische setting. In vergelijking met tbs-patiënten geldt voor poliklinische patiënten:

- Er is minder vaak sprake van een persoonlijkheidsstoornis (volgens de DSM-IV).
- Hun grensoverschrijdende gedrag is vaak minder ernstig en gecompliceerd.
- Hun grensoverschrijdend gedrag vond plaats in een meer recent verleden.
- Zij wonen meestal in de maatschappij, zonder vrijheidsbeperkende maatregelen.
- Ze bewegen zich vaak nog volop in risicovolle situaties.
- Ze worden niet zelden verwezen met slechts een enkele verwijfsbrief plus een paar pagina's rapportage. Tbs-patiënten hebben altijd een uitvoerig dossier.

Qua setting is het voornaamste verschil dat poliklinische patiënten vrij zijn om in en uit te lopen (enkele uitzonderingen daargelaten). Daarnaast is een polikliniek niet bevoegd tot het nemen van vrijheidsbeperkende maatregelen.

Ondanks de genoemde verschillen geven de zorgprogramma's van het EFP veel aanknopingspunten voor een poliklinisch zorgprogramma. We hebben daarvan dan ook dankbaar gebruik gemaakt. We hebben voor ons zorgprogramma ook eigen uitgangspunten geformuleerd en gemotiveerd. In deze publicatie vindt u de belangrijkste uitgangspunten van forensisch behandelen in het algemeen en van dat door De Tender in het bijzonder.

2 Uitgangspunten

2.1 Missie en visie

De Tender maakte tot maart 2014 deel uit van Stichting Oldenkotte en vanaf die datum van de Stichting Transfore, onderdeel van de Dimence Groep. Transfore heeft als uitgangspunt het behandelen en verplegen van forensisch psychiatrische patiënten binnen zorgvuldig afgewogen vrijheidsgrenzen, om daarmee een bijdrage te leveren aan de veiligheid van de samenleving. Daarbij is het streven herhaling van delicten te voorkomen en patiënten te leren om weer zo volwaardig mogelijk aan de samenleving deel te nemen. Vanuit dit streven werkt De Tender ten eerste aan duurzame delictpreventie. Dit houdt in dat allereerst wordt ingezet op het bereiken van duurzame veranderingen in het gedrag van de patiënt en zo nodig in de hiermee samenhangende persoonlijkheidskenmerken of psychische stoornissen (cure). Als dit niet (voldoende) mogelijk blijkt te zijn, wordt gestreefd naar zelfcontrole door de patiënt (selfcontrol). Mocht ook dat ontoereikend zijn, wordt gewerkt naar controle op de nog relevante risicofactoren door De Tender, wanneer nodig samen met derden zoals instanties en familie (control). De Tender ziet hierbij een belangrijke rol voor de sociale context die, afhankelijk van de patiënt, de behandeldoelen en deze context zelf, variabel wordt ingevuld (zie ook § 2.4).

2.2 Visie op seksualiteit

De meeste patiënten die vanwege hun seksuele gedrag door De Tender worden behandeld, hebben met dit gedrag grenzen van anderen en/of algemeen geldende normen en waarden ten aanzien van de omgang met seksualiteit overschreden. Behandeling heeft dan ook als eerste doel dat het betreffende gedrag wordt gestopt. Het tweede doel is dat er acceptabel en tevredenstellend seksueel gedrag voor in de plaats komt. We hanteren hierbij als uitgangspunt dat seksualiteit een wezenlijk onderdeel is van het mens-zijn en dat er alleen sprake kan zijn van een goede seksuele relatie met een ander als er gelijkwaardigheid is, wederzijdse instemming, respect en verantwoordelijkheid. Hiervoor is kennis nodig van de eigen seksualiteit, van seksualiteit en intimiteit in ruimere zin en van algemene menselijke en maatschappelijke opvattingen over dit thema. Deze visie is zichtbaar in het behandel aanbod.



2.3 'What works'

Een ander uitgangspunt van het Zorgprogramma Seksueel Grensoverschrijdend Gedrag is dat het zoveel mogelijk gebaseerd is op interventiemethoden waarvan in onderzoek is aangetoond dat zij effectief zijn: het principe van 'evidence based practice'. Daar waar empirische evidentie ontbreekt, wordt gekozen voor interventies die ten minste in sommige onderzoeken als effectief naar voren komen; het principe van 'best evidence' en (vervolgens) naar methoden die in professionele kringen worden gezien als passend en die in het veld brede acceptatie en toepassing genieten, het principe van 'best practice'. Wanneer voldaan wordt aan dit uitgangspunt, wordt naar de 'state of the art' gewerkt. In dit verband zijn de vier zo geheten 'what works principles' van belang. Meerdere onderzoeken naar de effectiviteit van forensische behandelingen toonden aan dat deze effectiviteit bepaald wordt door gerichte aandacht voor drie belangrijke principes:

1. *Het risicoprincipe* dat stelt dat de intensiteit van de behandeling moet worden afgestemd op het recidiverisico, waarbij personen met een laag risico een lage behandelingsintensiteit nodig hebben en personen met een hoog risico een hoge behandelingsintensiteit (Risk).
2. *Het behoefteprincipe* dat aan de orde stelt wat het doel van de behandeling moet zijn, wil deze effectief zijn in het verminderen van recidive (Need). Hier gaat het om de vraag op welke van de veranderbare risicofactoren de behandeling zich moet gaan richten.
3. *Het responsiviteitsprincipe* dat benadrukt dat de vorm van de behandeling essentieel is voor de effectiviteit ervan. De behandeling moet worden geboden in een vorm die aansluit bij de leerstijl van de delinquent (Responsivity).

Deze bevindingen hebben geleid tot het zogeheten RNR-model, Risk-Need-Responsivity. Later werd nog een vierde belangrijk geacht principe toegevoegd:

4. *Het behandelintegriteitsprincipe*: wanneer is vastgesteld wat werkt, is het vervolgens van belang de factoren die verzekeren dat de behandeling gegeven wordt op de manier waarop zij is bedoeld, te identificeren en te bewaken (treatment integrity).

En soms wordt nog een vijfde principe genoemd:

- 5 *Het professionaliteitsprincipe* dat inhoudt dat het professioneel handelen moet voldoen aan de wet- en regelgeving, zoals in Nederland de WGBO (Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst) en de Wet BIG (Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg).

Dit principe komt echter, naar we weten, niet voort uit onderzoek naar de effectiviteit van delictpreventief behandelen. Verder hebben we de ervaring dat de geheimhouding die gevraagd wordt vanuit de WGBO en de daaruit afgeleide beroepscode, soms op gespannen voet staat met het managen van actueel gevaar voor derden. Dus de 'bruikbaarheid' van dit principe voor preventie van delictgedrag vinden we beperkt. Volledigheidshalve wordt deze hier toch genoemd.

Het RNR-model staat inmiddels aan de basis van elk forensisch zorgprogramma, ook aan het onze. Ook het door ons gekozen risicotaxatie- en ROM-instrument, de LS/CMI (Level of Service / Case Management Inventory), is hierop gebaseerd (zie 'deel II' § 1.2). Er is ook wel kritiek op dit model: het heeft te weinig aandacht voor kwaliteit van leven als preventieve factor. Als dat wel het geval was, zou de behandeling nog effectiever zijn. Het zogeheten 'good-lives model' wil hierin voorzien (zie § 4.3). Om deze reden wordt ook de HoNOS (Health of the Nation Outcome Scale) ingevoerd, een instrument dat deze kwaliteiten meetbaar maakt. We kunnen wel stellen dat een forensische behandeling niet 'the state of the art' is wanneer niet optimaal aan de vier eerstgenoemde principes wordt voldaan. (Voornaamste bronnen: Andrews e.a., 2004; De Ruiter e.a., 2005; Bonta e.a., 2007; EFP, 2013, Basis Zorgprogramma.)

2.4 Systemvisie

Uit onderzoek blijkt dat de sociale context van patiënten zoals het gezinssysteem of partnerrelatiesysteem, zowel een risico kan vormen voor delicten als delicten kan helpen voorkomen en dan een beschermende factor vormt. Daarom is ze van belang voor de behandeling. Onze visie is dat in de behandeling van patiënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag het gezin, de partner of andere belangrijke betrokkenen onderdeel zijn van onze behandelaanpak. Daarbij wordt ook gekeken naar de rol die deze anderen



kunnen vervullen bij preventie van nieuw grensoverschrijdend gedrag. (Bronnen: Savenije e.a., 2008; Bouwman, 2009.)

2.5 E-mental health

Behandeling met hulp van internet en e-mail is laagdrempelig, klantvriendelijk en – zo is de verwachting – uiteindelijk ook goedkoper. Inzet van e-mental health past dus binnen de visie van De Tender. Bij delictpreventieve behandeling is het echter nog onvoldoende helder of het risico op delicten bij alleen bit-to-bit contact voldoende bewerkbaar is. Denk hierbij ook aan de vaak geringe intrinsieke motivatie bij aanmelding en aan daders met ‘internetdelicten’ (bijvoorbeeld kinderpornografie) die er bekwaam in zijn om zelf niet in beeld te komen; letterlijk en figuurlijk. Daarom hebben we goed nagedacht over de manier waarop en het moment van inzetten van e-mental health: de e-mental health behandeling is niet anoniem en altijd ‘blended’, dus in combinatie met face-to-facebehandeling. Onderzoek laat zien dat dat ook het meest effectief is. Ten slotte wordt e-mental health asynchroon aangeboden, dat wil zeggen dat behandelaar en patiënt niet op hetzelfde moment ‘contact’ hebben. Verder in dit boekje, bij ‘overig aanbod’, wordt meer aandacht aan e-mental health besteed.

2.6 Overige zaken

Er zijn factoren die De Tender- en stichtingsoverstijgend zijn en een rol spelen in de behandelmogelijkheden, of deze beperken. Daarbij valt te denken aan de materiële middelen (geld, gebouwen, personeel), maar ook aan allerlei al dan niet-wettelijke regelingen en voorschriften. Hierop wordt in dit boekje niet uitgebreid ingegaan, maar het zal duidelijk zijn dat ze invloed hebben. Ze bepalen mede de grenzen van ons zorgaanbod.

3 Doelgroep

3.1 De doelgroep van De Tender

De doelgroep van De Tender wordt gevormd door mannen en vrouwen¹ vanaf 18 jaar met psychiatrische en/of psychische problematiek, ernstige psychosociale problemen of gedragsproblemen en mede als gevolg hiervan in aanraking zijn gekomen met politie of justitie of voor wie contact met politie of justitie dreigt.

Contra-indicaties vormen ernstige psychosen, organische psychosyndromen, ernstige en actuele verslavingsproblematiek, ernstige verstandelijke handicaps, een actueel hoog risico van ernstige delicten en het ontbreken van elke maatschappelijke inbedding (bijvoorbeeld het ontbreken van huisvesting). De patiënt moet dus nog wel over enige zelfstandigheid en zelfsturing beschikken.

De patiënten van De Tender worden deels vrijwillig (ongeveer 60 %) en deels met een juridische maatregel (ongeveer 40 %) behandeld. De meest voorkomende juridische maatregelen zijn een bijzondere voorwaarde bij een voorwaardelijk strafdeel of voorwaardelijke schorsing. Enkele patiënten zitten in een tbs-proefverloftraject of hebben een tbs met voorwaarden.

Patiënten die 'vrijwillig' komen, ervaren lang niet altijd lijdenslast en hebben vaak ook geen 'doorleefde' hulpvraag. Vaak is er druk vanuit hun omgeving of de reguliere ggz die hen tot last is en naar De Tender brengt.

3.2 De doelgroep van dit zorgprogramma

Het Zorgprogramma Seksueel Grensoverschrijdend Gedrag richt zich op dat deel van bovenbeschreven doelgroep dat seksueel grensoverschrijdend gedrag heeft vertoond of dreigt te gaan vertonen². Het gaat dan bijvoorbeeld om exhibitionisme, ontucht met en misbruik of verkrachting van kinderen of volwassenen (bijvoorbeeld incest of bezit van kinderporno). Het gaat om ruim tien procent van de huidige patiëntengroep.

1 Omwille van de leesbaarheid wordt de mannelijke vorm gebruikt.

2 Gemakshalve spreken we als het seksueel grensoverschrijdend gedrag betreft in het vervolg over 'delict' en 'delictgedrag', aansluitend bij wat in de literatuur het meest gebruikt wordt.

4 De doelgroep, nader beschreven

De doelgroep van het Zorgprogramma Seksueel Grensoverschrijdend Gedrag kan uitvoeriger beschreven worden met behulp van bestaande classificatiesystemen, persoonlijkheidskenmerken, typologieën en dergelijke. Indelingen als deze hebben vaak als doel richting te geven aan behandeling. Hierna beschrijven we kort enkele indelingen waarbij we ons ook uitspreken over de mate waarin ze richtinggevend kunnen zijn voor een delictpreventieve behandeling.

4.1 De doelgroep in de DSM-IV

De DSM-IV is een vijf-assig classificatiesysteem voor afwijkend gedrag. Seksueel grensoverschrijdend gedrag is daarin als volgt onder te brengen:

- Op AS I: Parafilieën zoals exhibitionisme, voyeurisme, pedofilie. Parafilie NAO. De V-codes, bijvoorbeeld seksueel misbruik van een kind, seksueel misbruik van een volwassene.
- Op AS II: Soms een persoonlijkheidsstoornis. Vaker zijn er 'trekken van' een persoonlijkheidsstoornis dan meestal 'vermijdende' of 'afhankelijke' trekken, soms 'antisociale'.
- Op AS IV: Vaak, maar niet altijd, is sociaal isolement te zien, relatieproblematiek, maatschappelijke problematiek.
- Op AS V: Zeer gevarieerde GAF scores.

De DSM-IV classificatie kent als vertrekpunt voor een delictpreventieve behandeling een aantal beperkingen. De variatie, mate en ernst van delictgedrag is met de DSM niet goed vast te leggen. De onderliggende dynamiek kan daarmee niet goed omschreven worden. Soms, bijvoorbeeld bij incest, functioneert de patiënt op vele maatschappelijke gebieden probleemloos. En de problematiek die er wel speelt - een normaal mens pleegt geen incest - is niet goed in DSM-termen te beschrijven. Vaak is er ook slechts een indirect verband tussen de (DSM-)stoornis en het delictgedrag. Niet iedereen met dezelfde stoornis, bijvoorbeeld met een vermijdende persoonlijkheidsstoornis, pleegt delicten. Dat betekent andersom ook dat behandeling daarvan onvoldoende kan zijn voor delictpreventie. Al met al biedt de DSM dus onvoldoende houvast bij de indicatiestelling voor

delictpreventieve zorg. Anders geformuleerd: een DBC is lastig te maken. De Diagnose is niet zomaar met een delictpreventieve Behandeling te Combineren. Ten behoeve van de financiering door de zorgverzekeraar wordt echter een 'primaire diagnose' gevraagd, in termen van de DSM-IV-TR. We stellen deze ook vast en bieden daarbij adequate behandeling. Maar, zoals we in paragraaf 3.2 al aangaven, vormen de 'what works' principes de primaire invalshoek voor ons behandelaanbod. Wanneer dat niet zo zou zijn, onderscheidt een forensische behandeling zich niet meer van een niet-forensische.

4.2 De doelgroep in persoonlijkheidskenmerken

Er bestaan ook indelingen naar persoonlijkheidskenmerken of typologieën van daders, bijvoorbeeld:

- Een typologie van pedoseksuelen (Frenken, 1997), die onderscheid maakt tussen het 'pedofiele type', het 'antisociale type' en het 'situationele type'.
- Een typologie van verkrachters (Van Beek, 1999), waarin het 'seksualiserende type', het 'antisociale type' en het 'wraakzuchtige type' onderscheiden worden.

De vraag hierbij is of deze 'types' inderdaad bestaan en of dergelijke indelingen voldoende houvast bieden voor delictpreventieve behandeling. Van Beek vond wel empirische steun voor zijn indeling. Maar waarop dient een delictpreventieve behandeling zich dan te richten? Moet deze zich bijvoorbeeld richten op het 'antisociale type' dat in beide typologieën voorkomt en is dat voldoende? Waarschijnlijk niet. Ook Van Beek stelde dat persoonlijkheidsstoornissen "eerder algemene factoren voor plegers van seksuele delicten (zijn) dan dat zij een specifieke rol spelen in de dynamiek van het delictgedrag" (1999, p. 171).

We stelden het in de vorige paragraaf al aan de orde: het verband tussen een stoornis en het plegen van een bepaald soort delict is in de meeste gevallen niet sterk. Lang niet iedereen met dezelfde 'stoornis' pleegt (dezelfde) delicten³. Bovendien pleegt niet iedereen altijd onmiddellijk een delict, wat wil zeggen dat ook de context van belang is. Philipse (2005, 2006) liet dit

3 Uitgezonderd uiteraard de stoornissen die in termen van het delictgedrag zijn beschreven zoals exhibitionisme en kleptomanie.

al enkele jaren geleden horen, maar het stoornisgericht denken - er is een causaal verband tussen stoornis en delictgedrag - is hardnekkig.

We concluderen dan ook dat een indeling van onze doelgroep naar persoonlijkheidstypen of persoonlijkheidsproblematiek ons onvoldoende houvast geeft bij de forensische behandeling. Wel biedt een beschrijving van de persoonlijkheid informatie over iemands motieven en drijfveren. In die zin kunnen ze mede richting geven aan een behandeling of handvatten bieden bij de bejegening. En ook al is een behandeling van persoonlijkheidsproblematiek op zichzelf misschien ontoereikend, ze kan wel zeer nuttig zijn ten behoeve van duurzame delictpreventie omdat mensen met een 'rijpe' en evenwichtige persoonlijkheid zich veel minder snel grensoverschrijdend zullen gedragen. Deze laatste gedachte sluit aan bij de opvattingen van Ward en van Marshall, die hierna besproken worden.

4.3 De doelgroep in 'stijlen'

a. Zelfregulatiestijl

Onder andere Ward (2004) stelt dat mensen met een adequate zelfregulatie niet neigen naar grensoverschrijdend gedrag. Adequate zelfregulatie houdt in dat mensen in staat zijn om hun doelen in verschillende contexten en over langere perioden op optimale en bevredigende manier te bereiken. Er worden twee soorten doelen onderscheiden, hier gespecificeerd voor seksuele delicten:

- *Vermijdingsdoelen*: de patiënt wil een bepaald doel niet bereiken, hij wil geen delicten plegen. Wanneer hij faalt, dus een delict pleegt, is hij ontevreden.
- *Toenaderingsdoelen*: de patiënt wil juist wel een doel bereiken, lees: delicten plegen. Wanneer hij het haalt, dus een delict pleegt, is hij tevreden.

Deze doelen worden op vier manieren bereikt:

- *Passief vermijden*: de patiënt wil geen delict plegen maar slaagt er niet in; er is onderregulatie.
- *Actief vermijden*: de patiënt doet actief en expliciet pogingen geen delict te plegen. De gekozen manier is niet voldoende en vergroot zelfs de kans op delicten.

- *Automatische toenadering*: de patiënt heeft een gewoonte, een routine richting delictgedrag, die hij niet kent. Zo lijkt het delict uit het niets te komen. Ook hier is sprake van onderregulatie.
- *Geplande toenadering*: de patiënt verkiest bewust delictgedrag en plant deze. Er is weliswaar een effectieve zelfregulatie, maar gericht op de verkeerde doelen.

Ward deed onderzoek naar de resultaten van een behandeling die op basis van deze zogeheten 'delictroutes' was opgezet. Het resultaat ervan rechtvaardigt een dergelijk onderscheid. Nadere uitwerking van dit gedachtegoed heeft geleid tot het zogeheten 'good lives model'. Op basis daarvan werken patiënten gericht aan een adequate en maatschappelijk acceptabele invulling voor op zich legitieme menselijk behoeftes. Er komt steeds meer steun voor de delictpreventieve werking van hierop gebaseerde behandelingen, ook bij niet-zedendelinquenten (Pomp, 2009; EFP, 2013 Basis zorgprogramma). Deze indeling in delictroutes is in ons zorgprogramma terug te vinden.

b. Hechtingsstijl

Patiënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag kunnen ook op basis van hun 'hechtingsstijl' ingedeeld worden. De hypothese is dat een problematische hechting samenhangt met seksueel delictgedrag, omdat de patiënten in de vroege ontwikkeling onvoldoende zijn toegekomen aan het differentiëren van emoties in het algemeen en van agressieve en seksuele driften in het bijzonder. Er worden in de literatuur verschillende hechtingstijlen onderscheiden.

Marshall (2006) brengt deze verschillende hechtingstijlen in verband met het type delinquenten of het soort delict. Zo blijken delinquenten met een 'angstig-ambivalente' en een 'angstig-vermijdende' hechtingstijl eerder tot delicten als incest, pedofiele handelingen, exhibitionisme en dergelijke te komen. Zij komen vaker in een poliklinische behandelsetting terecht. Patiënten met een 'gevoelloos-vermijdende' stijl blijken eerder tot sterk agressief-seksuele delicten te komen en belanden in een klinische setting. We herkennen dit bij De Tender.

Marshall heeft op basis van deze gedachten zijn behandelprogramma verder ontwikkeld en verfijnd en daarin de bevindingen van Ward verwerkt (Marshall 2006). Hij stelt dat veel zedendelinquenten vanwege hun hechtingsgeschiedenis een laag zelfbeeld hebben waardoor er weinig aanleiding nodig is om laatdunkend, negatief over zichzelf te gaan denken. Dit vraagt van de behandelaars een directe, positief-belonende, warme en empathische houding en behandelinhoudelijk een accent op het stimuleren van de patiënt. Door deze houding kan bij de patiënt het zelfvertrouwen groeien zodat hij tot zelfonderzoek durft over te gaan en uiteindelijk verantwoording neemt voor zijn (delict)gedrag. In aansluiting op Ward dient de behandelaar de patiënt daarbij te stimuleren de gewenste (goede) doelen na te streven, op adequaat gereguleerde wijze. Dat levert positieve ervaringen op waarmee ook het zelfvertrouwen groeit en het zelfbeeld versterkt wordt. Marshall meldt positieve resultaten van zijn aanpak. Zijn visie en bevindingen zijn voor ons zeker bruikbaar. In dit zorgprogramma zijn veel elementen uit zijn behandelprogramma opgenomen.

4.4 Samenvattend

We stelden vast dat een DSM-IV classificatie geen goed vertrekpunt is voor een afdoende goede delictpreventie behandeling bij patiënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag. Ook indelingen op basis van persoonlijkheidskenmerken bieden dit in het algemeen niet voldoende. Wanneer we patiënten categoriseren op basis van hun zelfregulatiestijl, hechtingsstijl en zelfbeeld, biedt dat goede handvatten. We hebben bij de ontwikkeling van het Zorgprogramma Seksueel Grensoverschrijdend Gedrag hiervan gebruikgemaakt. Het is beter het delictgedrag als vertrekpunt te nemen, met alle relevante externe factoren, psychische dynamiek en problematiek, dus ook de eventuele persoonlijkheidsproblematiek en psychiatrie. Dat is conform de richtlijnen voor forensische behandeling (EFP zorgprogramma's).

4.5 Ten slotte

Het blijft een lastig probleem; de ‘onderliggende stoornis’ verhelpen in de discutabele veronderstelling dat daarmee het delictgedrag verdwijnt. Of volstaan met op het delictgedrag gerichte standaard trainingen, cursussen en dergelijke, in de wetenschap dat dit vaak onvoldoende ‘beklijft’, mede omdat het onvoldoende maatwerk is. Wat het meest verstandig is, moet per individuele patiënt worden vastgesteld. Dit sluit aan bij de genoemde ‘what works’-principes. Gelukkig groeit binnen de reguliere ggz het besef dat een forensische behandeling een bredere, vaak multimodale, aanpak vergt. Maar helaas is de zorgverzekeraar er (nog) niet van doordrongen dat dit in de meeste gevallen ook hogere kosten betekent.

Wij houden ons zo veel mogelijk aan wat binnen het forensische als ‘the state of the art’ geldt. Voor ons zorgprogramma komt dat erop neer dat:

- Er een risicotaxatie plaatsvindt en de risicofactoren in kaart worden gebracht.
- Daarbij in het bijzonder de ‘dynamische’ risicofactoren in kaart worden gebracht, zijnde die factoren die in beginsel door gerichte behandelaandacht te beïnvloeden zijn, bijvoorbeeld impulsiviteit (de zogeheten ‘statische’ risicofactoren zijn vaststaand, bijvoorbeeld ‘eerdere veroordelingen’: ze hebben wel voorspellende waarde, maar kunnen niet meer veranderd worden).
- Ook de ‘beschermende’ of ‘protectieve’ factoren worden geïnventariseerd. Dat zijn factoren die juist niet in verband te brengen zijn met delictgedrag en waarvan dus is aan te nemen dat ze preventief werken, bijvoorbeeld een intieme relatie.
- De responsiviteit wordt beschreven, (zie § 2.3).

Op basis hiervan worden behandelmodules geïndiceerd en behandelaren aangewezen. (Bronnen: Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, 2012; GGZ Nederland, 2013)

5 Het doel van het Zorgprogramma

Dit Zorgprogramma Seksueel Grensoverschrijdend Gedrag beoogt - gezien de huidige stand van zaken en kennis op dit terrein – het optimale behandelprogramma voor de genoemde doelgroep te bieden. Het voornaamste doel is het blijvend terugdringen van seksueel delictgedrag tot gedrag dat acceptabel is en voldoende onder controle.

Behandeling is erop gericht de risicofactoren te bewerken en beschermende factoren te verstevigen en uit te breiden. Hierbij is het van belang bij iedere patiënt zicht te krijgen op het unieke samenspel van alle relevante factoren. Daartoe beogen we deze factoren in kaart te krijgen en vervolgens te 'bewerken', dat wil zeggen veranderen of leren hanteren. Patiënten dienen zich bewust te zijn van deze factoren. Ze krijgen ook handvatten aangereikt of leren vaardigheden om toekomstige delicten te voorkomen. Een en ander wordt meestal vastgelegd in een 'preventieplan'. Zo worden patiënten zelf verantwoordelijk gemaakt voor hun delictpreventief gedrag; dit voor zover het in hun mogelijkheden ligt.

6 Theoretisch ideaal en praktische problemen

Vanuit de literatuur is duidelijk dat het ideale behandelaanbod voor forensische patiënten aan een aantal vereisten moet voldoen:

- Er vindt voorafgaand aan de behandeling een risicotaxatie plaats, met goede instrumenten, waarbij nadrukkelijk de dynamische factoren in kaart worden gebracht.
- De ‘protectieve factoren’ worden geïnventariseerd.
- Er vindt psychodiagnostisch en psychiatrisch onderzoek plaats, waarbij vaak een uitgebreide testbatterij geadviseerd wordt.
- Er worden behandelprotocollen gebruikt, zo mogelijk die met bewijs van effectiviteit.
- Binnen elk onderdeel richt de behandelaar zich op de van belang zijnde risicofactoren en beschermende factoren van de individuele patiënt.
- De patiënt doorloopt de onderdelen in een op zijn unieke situatie afgestemde volgorde.
- De bejegening wordt afgestemd op de individuele patiënt, denk hierbij aan leervermogen, autistische trekken, sterk wantrouwen of controlebehoefte. Als daaraan voorbijgegaan wordt, loopt een behandeling vast.
- Er vinden, liefst per behandelonderdeel, voor- en nametingen plaats.
- Behandelaars zijn deskundig, ervaren, warm, empathisch, positief en prosociale rolmodellen.

(Bronnen: De Ruiter e.a., 2005; Vogel, 2007; Bouman, 2009; Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, 2012, 2013, 2013.)

Veel van de adviezen en richtlijnen ten aanzien van risicotaxatie, diagnostiek, behandeling en beveiliging zijn gebaseerd op onderzoek binnen tbs-instellingen of wat daar ‘best practice’ is. In de alledaagse poliklinische praktijk is het lastig deze te volgen:

- Er is bij aanmelding meestal onvoldoende informatie om een risicotaxatie conform de richtlijnen te doen en de protectieve factoren goed te inventariseren. Soms is elders meer informatie beschikbaar, bijvoorbeeld bij eerdere hulpverleners of familie, maar het vraagt veel tijd deze te verzamelen. Dit geldt ook voor psychodiagnostisch onderzoek. Het is vaak niet wenselijk met behandeling te wachten tot alle gewenste informatie beschikbaar en geordend is. We zijn wel van mening dat we met onze manier van risicotaxatie voldoende kwaliteit bieden (zie § 1.2 en § 1.3).
- Kwaliteitsnormen, afspraken met ketenpartners en de behoefte van de verwijzer en patiënt om directe hulp bij het verlagen van het actuele risico, vragen om tempo van handelen.
- Patiënten zijn vaak niet zo gemotiveerd en te veel onderzoek aan de voordeur kan dan tot drop-out leiden, waarmee het delictrisico blijft bestaan. De eerste behandelvorm kan daarom bestaan uit ‘motiverende gesprekken’.
- Bij kleinere aantallen patiënten is het moeilijker de geadviseerde behandelonderdelen ook daadwerkelijk aan te bieden; niet elke polikliniek heeft elk aanbod in huis.
- Ervaren behandelaren zijn schaars en het valt hen soms zwaar om steeds empathisch en warm te zijn tegenover patiënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag. Ze hebben hun normen en ervaren betrokkenheid bij de slachtoffers.

7 Mogelijke oplossingen

Er zijn weliswaar goede inhoudelijke argumenten om al aan de voordeur uitvoerige taxatie en diagnostiek uit te voeren. Maar er kan, eveneens op inhoudelijke gronden, aan de noodzaak hiervan getwijfeld worden. Ideaal lijkt een situatie waarin aan de voordeur de problematiek geheel duidelijk is en zodanig in kaart gebracht dat het behandelaanbod daar goed op aansluit. Dit wordt ook wel 'matched care' genoemd. Hutschemaekers e.a. (2007) stellen echter het 'matched care' uitgangspunt ter discussie en niet alleen omdat het veel tijd kost en duur is. Ze zetten ook vraagtekens bij de veronderstelling dat er samenhang is tussen de kwaliteit van de diagnostiek en de kwaliteit van de indicatiestelling of de behandeling. Het ontbreekt volgens hen aan onderzoek naar de relatie tussen de diagnose en het behandelresultaat. Daarnaast laat hun onderzoek zien dat veel op basis van 'matched care' gestarte behandelingen uitlopen in behandelingen naar voorkeur van de hulpverlener, of opschuiven naar steunende structurende therapie (hierbij willen we opmerken dat dit niet onderzocht is in forensische settings).

Volgens Hutschemaekers e.a. is zorgtoewijzing door de zogeheten 'stepped care' een goed alternatief en een acceptabele oplossing voor de praktische problemen van uitvoerige diagnostiek aan de voordeur. 'Stepped care' zorg houdt in dat gestart wordt met de minst kostbare, minst intensieve en minst restrictieve (dat wil zeggen de minste verandering in levensstijl vereisende) behandeling. Als eerste stap wordt gepoogd het probleem helder te krijgen en klachten te reduceren. Wanneer dat onvoldoende helpt, wordt de behandeling gericht op hinderlijke patronen of persoonlijkheidskenmerken. Wanneer ook dat onvoldoende is, wordt overgegaan op een multifocale en multidisciplinaire aanpak, om ten slotte bij een categorale, dus specialistische, instelling terecht te komen.

'Stepped care' biedt ook richting aan de diagnostiek die ook getraptd plaatsvindt: er is toegangsdiagnostiek, behandelingsdiagnostiek en evaluatiediagnostiek. Deze 'stepped care' benadering kan voor ons in beginsel een acceptabele oplossing voor een aantal van de genoemde knelpunten zijn. In het Zorgprogramma Seksueel Grensoverschrijdend Gedrag is deze benadering terug te vinden. Hierbij zijn wel enkele kanttekeningen te plaatsen. Ten eerste is een aanmelding bij De Tender, als gespecialiseerde instelling, vaak al de derde stap in de 'stepped-care'. Dat rechtvaardigt een intensievere inzet van diagnostiek en behandeling. Ten tweede is het bij een klein risico van een ernstig delict meer dan verantwoord direct intensiever in te zetten, ook al heeft er nooit eerdere behandeling plaatsgevonden, en dat doet De Tender dan ook. Wat betreft haar personeel heeft De Tender voortdurende aandacht voor de deskundigheid en het psychisch welbevinden van de medewerkers. Er is een opleidingsbeleid, interventie en werkbegeleiding. Het valt buiten dit kader er hier verder op in te gaan.

8 Samenvattend

De vorige hoofdstukken geven een samenvatting van een literatuuronderzoek met daarbij overwegingen over de bruikbaarheid ervan voor de behandeling van de patiënten van De Tender met seksueel grensoverschrijdend gedrag. We constateerden een spanningsveld tussen de ideale behandelvorm en -omgeving en de praktische beperkingen. We kwamen op basis hiervan tot de volgende keuzes:

- 1 De Tender is, op een verantwoorde manier, laagdrempelig wat betreft de toelating, ook als dat betekent dat niet direct geheel volgens de richtlijnen behandeld gaat worden.
- 2 De 'stepped care' benadering wordt in beginsel toegepast als een inhoudelijk acceptabele oplossing voor knelpunten, zowel bij de risicotaxatie, de diagnostiek, als bij de behandeling. Bij meerdere recidives en bij een kleine kans op een ernstig delict, wordt direct meer ingezet.
- 3 Er wordt een risicotaxatie uitgevoerd om het delictrisico verder in te schatten, de dynamische en beschermende factoren in kaart te brengen en zo gerichte behandeldoelen te kunnen formuleren en behandelvormen te indiceren (de risks en de needs worden in kaart gebracht).
- 4 Bij indicatiestelling wordt rekening gehouden met de persoonlijkheidskenmerken, de zelfregulatie- en hechtingsstijl en de (overige) problematiek van de unieke patiënt (de responsiviteit komt in beeld).
- 5 In beginsel wordt multimodaal behandeld. Dat wil zeggen dat we wanneer nodig en op basis van het ingeschatte risico, meerdere behandelvormen aanbieden, in logische samenhang of volgorde.

- 6 De Tender voert bij de deeltijdbehandeling in principe altijd een systeemtaxatie uit en bepaalt op basis daarvan of systeembehandeling noodzakelijk is en in welke vorm.
- 7 De Tender werkt met voor- en nametingen en ROM.
- 8 Internationale en landelijke ontwikkelingen worden actief bijgehouden. Wanneer nodig en mogelijk worden nieuwe, als voldoende effectief beschouwde behandelvormen aangeschaft en bij De Tender geïmplementeerd.
- 9 Er is gerichte aandacht voor scholing, coaching, intervisie en supervisie van de behandelaars om de behandelintegriteit te bewaken (het integriteitsprincipe), de therapeutische relatie in stand en de psychohygiëne op peil te houden.

Bovenstaande uitgangspunten hebben geleid tot de programmaonderdelen van ons Zorgprogramma Seksueel Grensoverschrijdend Gedrag, zoals deze in dit boekje, 'Een kwestie van goede zeden' staan beschreven. Het resultaat hiervan leest u in Deel II: 'de behandelonderdelen'.

DEEL II
DE BEHANDELONDERDELEN

BEHANDEL- ONDERDELEN



1 De intakeprocedure en indicatiestelling

Het traject tussen aanmelding en start van de behandeling beslaat zes weken, onder voorbehoud van no-show, ziekte, financiering en dergelijke. Wanneer er een hausse is in het aantal aanmeldingen kan een wachttijd ontstaan. Voorafgaand aan de intakeprocedure wordt de aanmelding gescreend op de toelatingscriteria van De Tender, op basis van de dan aanwezige informatie. Soms wordt aanvullende informatie gevraagd. Na toelating start de intakeprocedure. Deze bestaat standaard uit één intakegesprek, waarin ook al de LS/CMI wordt afgenomen, met de mogelijkheid voor een tweede gesprek.

Op basis van de bevindingen vindt indicatiestelling plaats door de DBC⁴-commissie en worden hoofdbehandelaar en eventuele nevenbehandelaar(s) aangewezen. Zo nodig wordt aanvullend diagnostisch, heteroanamnestisch of psychiatrisch onderzoek in gang gezet. Het is ook mogelijk dat er geen behandeling wordt aangeboden.

In het adviesgesprek wordt met patiënt, intaker en hoofdbehandelaar het behandelvoorstel besproken. Daarna worden in gesprek met de hoofdbehandelaar of een van de nevenbehandelaars, de behandeldoelen verder uitgewerkt en in een behandelplan opgenomen. Hierbij wordt gestreefd naar 'behandelovereenstemming', bevestigd door ondertekening van de behandelovereenkomst en het behandelplan. Daarna kan de behandeling starten. Wanneer de geïndiceerde behandeling niet direct beschikbaar is, wordt een passende overbrugging gerealiseerd.

De vierdaagse deeltijdbehandeling die De Tender biedt, kent een specifieke indicatiestelling door een vaststaand diagnostisch onderzoekstraject.

ZORGPROGRAMMA SEKSUEEL GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG

De intakeprocedure en indicatiestelling

1.1 Algemeen testdiagnostisch onderzoek

Verantwoording

Wanneer nodig wordt er ten behoeve van de indicatiestelling verdere diagnostiek verricht met behulp van gestandaardiseerde (semi-) gestructureerde vragenlijsten of andere instrumenten. De keuze van het instrumentarium hangt af van de ernst van het delictgedrag maar ook van al bekende feiten of indrukken van de patiënt (bijvoorbeeld intelligentie). De resultaten van eerder diagnostisch onderzoek worden meegewogen.

Wanneer de vierdaagse deeltijdbehandeling wordt overwogen, vindt er altijd diagnostisch onderzoek plaats naar intelligentie, mogelijke persoonlijkheidsstoornis en seksuele problematiek. Ook is er dan een psychiatrische screening en een systeemtaxatie.

Doelgroep

Bij De Tender aangemelde patiënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag die op basis van de intake geïndiceerd zijn voor behandeling.

Doelstelling

Er is een (beter) beeld van de problematiek en (on)mogelijkheden van de patiënt. Hierdoor is betere indicatiestelling en op de patiënt afgestemde bejegening mogelijk en worden drop-out en vertraging tegengegaan.

Inhoud en werkwijze

De DBC-commissie doet een eerste indicatiestelling voor het poliklinische traject of voor de eendaagse of de vierdaagse deeltijdbehandeling en geeft aan welke verdere informatie ze nog nodig acht. De diagnosticus kiest het instrumentarium, verricht het nadere onderzoek en rapporteert de uitkomsten aan de hoofdbehandelaar. Hierna volgt bespreking in het multidisciplinair overleg (MDO), voor verdere indicatiestelling.

NB: Op indicatie kan ook in de loop van de behandeling (hernieuwd) diagnostisch onderzoek plaatsvinden.

ZORGPROGRAMMA SEKSUEEL GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG

De intakeprocedure en indicatiestelling

1.2 Algemene risicotaxatie

Verantwoording

Om de kans op herhaling vast te stellen, vindt taxatie van het recidiverisico plaats aan de hand van een betrouwbaar risicotaxatie-instrument. Een risicotaxatie behoort tot de standaard werkwijze in de forensische psychiatrie in Nederland. Momenteel wordt daarvoor bij gehele doelgroep van De Tender de LS/CMI (Level of Service / Case Management Inventory) gebruikt, omdat deze gebaseerd is op een theorie over crimineel gedrag, specifiek: op de RNR-principes (Risk-Need-Responsivity; zie § 2.3). Ze bevat 11 secties. Sectie 1 is opgedeeld in 8 domeinen, die overeenkomen met de zogeheten ‘central eight’⁵, de factoren die het sterkst samenhangen met recidive. De LS/CMI levert dus niet alleen een risico-inschatting op, maar geeft ook aan welke van de criminogene behoeften (‘needs’) behandeling vragen.

De uitkomsten van de risicotaxatie worden ook gebruikt om richting te geven aan de behandeling en om het resultaat ervan te meten (ROM, zie de volgende paragraaf). De risicotaxatie staat momenteel aan het begin en einde van de behandeling gepland en verder op indicatie. Het heeft de voorkeur deze minimaal jaarlijks af te nemen, en dat is ook ons streven.

Bij patiënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag blijkt de voorspellende waarde van de LS/CMI nogal te variëren. Het heeft dan meerwaarde om een extra, specifiek instrument af te nemen. Een op dit moment veel gebruikte en als ‘best evidence’ beschouwde lijst is de Static99r/Stable2007 combinatie.

5 De ‘central eight’ bestaan uit de volgende factoren: geschiedenis van antisociaal gedrag, antisociaal persoonlijkheidspatroon, antisociale houding, antisociale bekenden, familie/relatie, werk/opleiding, middelenmisbruik, vrije tijd en ontspanning.

Bij indicatie voor de deeltijdbehandeling wordt de Static99r/Stable2007 combinatie afgenomen, naast de LS/CMI. Het is de bedoeling om op korte termijn voor elke patiënt met seksueel grensoverschrijdend gedrag de LS/CMI plus de Static99r/Stable2007 te gaan afnemen.

(Belangrijkste bronnen: Andrews e.a., 2004; Andrews e.a., 2010; Bouwman e.a., 2013; Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, 2013, 'Seksueel grensoverschrijdend gedrag', 2013.)

Doelgroep

Bij De Tender aangemelde patiënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag.

Doelstelling

Er is een beschrijving van de inschatting van het recidiverisico van de patiënt, risicofactoren en beschermende factoren zijn in beeld gebracht en richtpunten voor de behandeling zijn vastgesteld.

Inhoud en werkwijze

Bij intake is al een LS/CMI afgenomen. Na toelating van de patiënt voor de deeltijdbehandeling – en straks voor alle patiënten binnen dit zorgprogramma - wordt in het adviesgesprek een afspraak gemaakt voor de risicotaxatie met de Static99r/Stable2007. Deze wordt bij afsluiting van de behandeling herhaald.

ZORGPROGRAMMA SEKSUEEL GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG

De intakeprocedure en indicatiestelling

1.3 ROM, Routine Outcome Measurement

Verantwoording

Het is een goede zaak dat wordt vastgesteld of behandeling ook effect heeft. Niet alleen ten behoeve van de individuele patiënt maar ook voor beleidsmakers en financiers. ROM-resultaten bieden hen de mogelijkheid tot sturing. Zij wensen dat hun beleid effectief is en willen dus resultaten zien van hun financiële inzet; dat is begrijpelijk. En daarom vragen ze, eisen ze soms op straffe van kortingen op het budget, dat er effectmetingen gedaan worden. Het meten van het effect van een behandeling kan op heel elementair niveau gebeuren, bijvoorbeeld bij elke sessie met een patiënt, maar ook op het niveau van het totale behandelaanbod en van de gehele patiëntenpopulatie. Dat laatste wordt met ROM beoogd. De werking van de behandeling wordt gemeten, maar niet welke onderdelen of welke elementen ervan de werkzame factoren zijn.

Vooralsnog is het voor De Tender, en ook voor collega-poliklinieken, van belang dat het effect van poliklinische forensische behandeling wordt aangetoond.

We hebben voor de LS/CMI als ROM-instrument gekozen omdat dit instrument de belangrijkste criminogene behoeften inventariseert die dienen te verminderen om het recidiverisico omlaag te brengen. Op dit moment wordt de LS/CMI als ROM-instrument ook gebruikt door de poliklinieken Kairos en 'de Horst'. We willen hierbij wel een kanttekening plaatsen. Het is niet eenvoudig de werkzame factoren van een behandeling door onderzoek helder te krijgen, zeker als die behandeling uit meerdere onderdelen bestaat. Het komt voor dat een behandeling die eerder bewezen effectief was, later, of in een andere setting, toch niet zo goed blijkt te werken. Er kan dan sprake zijn geweest van 'ruis' in het onderzoek of bij de interpretatie van de gegevens (Lauteslager, 2011). Ook wordt aan de rol van de zogeheten 'niet specifieke factoren' niet altijd voldoende waarde toegekend. Maar zelfs als dat wel het geval is, blijft het lastig deze in behandelprotocollen vast te leggen. Het is bijvoorbeeld bekend dat een goede therapeutische relatie positieve invloed heeft op het behandelresultaat. Een goede therapeutische relatie kent als

Ingrediënten onder andere overeenstemming over de doelen, het kunnen hanteren van relatiebreuken en tegenoverdrachtsgevoelens, geloof in eigen kunnen en in dat van de patiënt. Dat zijn moeilijk vast te leggen en moeilijk meetbare zaken. Het is bijvoorbeeld niet al te moeilijk uitvoering geven aan 'in sessie 3 geeft behandelaar opdracht 4 mee' en vaststellen dat dit ook gebeurt. Maar dat wordt bij 'de behandelaar is enthousiast en onbevooroordeeld ten aanzien van het delictgedrag' al een stuk ingewikkelder.

Er moeten om deze redenen aan de uitkomsten van ROM-metingen vooralsnog geen grote gevolgen worden verbonden voor de inhoud van behandelprogramma's. Wel kunnen ze dienen om het ROM-instrumentarium te verfijnen.

(Voornaamste bronnen Lambert, 2004; Moors en Rovers, 2008.)

Inhoud en werkwijze

Bij intake en bij afsluiting van de behandeling wordt de LS/CMI en de HoNOS afgenomen door daarvoor opgeleide medewerkers. Verder op indicatie. Streven is om bij lange behandelingen deze minstens jaarlijks af te nemen.

2 De trajecten

De Tender onderscheidt in het Zorgprogramma Seksueel Grensoverschrijdend Gedrag de volgende vijf trajecten:

- 1 *De poliklinische behandeling* bestaat uit een geprotocolleerde groepsbehandeling met daarnaast een specifiek voor de patiënt geïndiceerd behandelaanbod. Dit aanbod kent een groepsvariant voor zwakbegaafden.
- 2 *De eendaagse deeltijdbehandeling* die naast de dagopening en dagsluiting uit drie onderdelen bestaat.
- 3 *De vierdaagse deeltijdbehandeling*, een intensief vierdaags behandelprogramma.
- 4 *Het nazorg- en begeleidingstraject* dient ter bestendiging van het behandelresultaat of om langdurend een 'vinger aan de pols' te houden.
- 5 Een voor de patiënt *specifiek geïndiceerd behandelaanbod*. In beginsel kan elk beschikbaar behandelonderdeel deel uitmaken van dit traject. Dit kan worden aangeboden wanneer er sprake is van groepsongeschiktheid, bijvoorbeeld bij patiënten met autistische trekken of met sterk wantrouwen.

Op nadrukkelijke indicatie kan ook bij de vierdaagse en de eendaagse deeltijdbehandeling een extra behandelvorm geïndiceerd worden, bijvoorbeeld psychiatrie of relatietherapie.

Intake- en indicatiestelling

Alle trajecten worden voorafgegaan door de algemene voor De Tender geldende intakeprocedure en indicatiestelling.

TRAJECT 1:

De poliklinische behandeling

Dit traject is gericht op patiënten die tot De Tender zijn toegelaten en seksueel grensoverschrijdend gedrag vertonen dat als minder ernstig kan worden beschouwd of patiënten met een licht tot matig recidiverisico. Bijvoorbeeld mensen die exhibitioneren, sommige ontuchtplegers of mensen die incestueuze handelingen hebben verricht evenals bezitters en verspreiders van kinderpornografie. Ze zijn op grond van hun problematiek en voorgeschiedenis niet als groepsongeschikt ingeschat⁶.

Het traject heeft als kern de zogeheten ‘Protocollaire groepsbehandeling van seksueel grensoverschrijdend gedrag’ of voor zwakbegaafden SIRENE, (zie verderop in dit boekje). Op specifieke indicatie wordt een aanvullend aanbod gedaan: bijvoorbeeld systeemtherapie, vaktherapie of psychiatrie.

Ook na de groepsbehandeling kan verdere behandeling nog nodig zijn in de vorm van individuele psychotherapie, gedragstherapie of nazorg (individueel of in groepsverband). Hiervoor kan worden gekozen om de in gang gezette veranderingen blijvend in de persoonlijkheid te verankeren (ten behoeve van duurzame delictpreventie) of om de patiënt langdurend te begeleiden en te observeren, opdat hij niet terugvalt.

⁶ Bij het schrijven van dit zorgprogramma is dit poliklinische traject alleen nog op onze locaties in Almelo en Deventer beschikbaar.

ZORGPROGRAMMA SEKSUEEL GRENDOVERSCHRIJDEND GEDRAG

Traject 1: De poliklinische behandeling

a Protocolaire groepsbehandeling van seksueel grensoverschrijdend gedrag

Verantwoording

Voor patiënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag kan deelname aan deze groep leiden tot verbetering in algemeen pro sociaal gedrag. Delictgedrag en de omgang met anderen zijn expliciete onderdelen van de behandeling.

Doelgroep

Patiënten die een zedendelict hebben gepleegd of dreigen te plegen, die zich vrijelijk in de maatschappij kunnen bewegen en tijdens de duur van de behandeling in staat zijn hun delictgedrag onder controle te houden.

Doelstelling

Er is een pro sociaal plan opgesteld, gericht op beëindiging van het delictgedrag en verkleining van de kans op (nieuwe) delicten. Patiënten weten hun behoefte aan sociaal contact, intimiteit, vriendschap en seksualiteit adequaat inhoud te geven. Ze begrijpen hoe seksuele motivatie werkt en beheersen vermijdings- en ontsnappingsstrategieën.

Inhoud en werkwijze

Patiënten werken in een halfopen groep aan acht modules:

- 1 Levensloop
- 2 Psychoseksuele problematiek
- 3 Delictgedrag
- 4 Gedachtecronkels en onbewuste opvattingen
- 5 Emotieregulatie
- 6 Slachtofferempathie
- 7 Sociaal netwerk
- 8 Pro sociaal levensplan

Via rollenspelen, specifieke thuisopdrachten en het maken van bovengenoemd pro sociaal plan wordt ook getracht het sociale isolement te doorbreken.

De e-mental health module 'delictketen- en delictpreventieplan' (zie Traject 1, onderdeel d) kan ter ondersteuning worden ingezet.

ZORGPROGRAMMA SEKSUEEL GRENDOVERSCHRIJDEND GEDRAG

Traject 1: De poliklinische behandeling

b Protocolaire groepsbehandeling van seksueel grensoverschrijdend gedrag voor mensen met een Licht Verstandelijke Beperking (LVB): 'SIRENE'

Verantwoording

SIRENE staat voor Seks, Intimiteit, Relaties, Empathie, Nee zeggen, Eerlijk zijn. Het is een protocolaire groepsbehandeling van seksueel grensoverschrijdend gedrag voor mensen met een Licht Verstandelijke Beperking (LVB). Gebleken is dat deze doelgroep vanwege hun beperking eerder in de problemen kan komen. Ze overzien vaak niet wat ze doen, neigen tot meelopen of juist tot grotere risico's om, vanuit een vaag besef van anders zijn, erbij te willen horen. Hun beperking betekent ook dat ze van het bestaande aanbod onvoldoende kunnen profiteren. Dit rechtvaardigt een op hen afgestemd aanbod. Deze groepsbehandeling voorziet daarin. Ze is gebaseerd op bestaande behandelvormen maar wordt op aangepaste manier aangeboden: meer herhaling, meer oefenen en daardoor meer groepssessies.

Doelgroep

Patiënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag, zowel hands-on als hand-off delicten, en met een lichte verstandelijke beperking ook wel zwakbegaafdheid genoemd. Het IQ ligt tussen de 60 en 80. Ook de leerbaarheid – in te schatten bij de indicatiestelling – is van belang. Meestal hebben de patiënten een gebrekkige emotieregulatie of een tekort aan vaardigheden. Ook andere patiënten met beperkingen kunnen voor deze groep in aanmerking komen, denk aan patiënten met lichte autismespectrumstoornissen.

Doelstelling

Na de behandeling neemt de patiënt, voor zover dat in zijn vermogen ligt, verantwoordelijkheid voor zijn grensoverschrijdend gedrag. Hij is in staat zijn delictketen te beschrijven en de kenmerkende patronen ervan in het dagelijkse leven te herkennen. Ook is hij in staat deze kenmerkende patronen te doorbreken en te vervangen door alternatief gedrag en kan hij zich een voorstelling maken van de nadelige gevolgen van zijn grensoverschrijdend gedrag voor anderen, waaronder de slachtoffer(s).

Op het einde van het traject ligt er een bruikbaar preventieplan. Daarvoor is zicht nodig op het denken, voelen en handelen dat aan het delictgedrag vooraf gaat.

Inhoud en werkwijze

Er wordt een delictketen gemaakt en vervolgens het daarop gebaseerde preventieplan. Dit wordt per individu, samen met groepsgenoten en behandelaars, opgebouwd. Hierbij wordt gebruik gemaakt van een laptop, beamer en screen zodat de voortgang van elke deelnemer voor iedereen goed te volgen is. Dat nodigt uit tot meedenken en tot vergelijking met het eigen proces. Met het preventieplan wordt tijdens de behandeling ook al geoefend in het dagelijks leven.

De duur van de behandeling is afhankelijk van het tempo van leren van de individuele patiënt. Daarbij is het van belang dat hij de dingen die geleerd worden, kan toepassen in het dagelijks leven. Met wekelijkse sessies van 1½ uur, is de gemiddelde behandelduur een jaar.

ZORGPROGRAMMA SEKSUEEL GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG

Traject 1: De poliklinische behandeling / Individuele onderdelen en systeemaanbod

c Individuele onderdelen en systeemaanbod

c.1 Psychiatrisch consult / medicatiecontact

Verantwoording

De meeste patiënten komen tot grensoverschrijdend gedrag vanuit een wirwar van gedachten en gevoelens. Tijdens de intakeprocedure wordt niet altijd duidelijk in welke mate er sprake is van psychiatrische verschijnselen in engere zin. Een psychiatrisch consult waarvan afname van een psychiatrische anamnese deel uitmaakt, is dan gewenst. Medicatie kan wenselijk zijn om meer rust te brengen in de gedachtestroom of gevoelswereld van een patiënt, zodat hij meer profijt heeft van de behandeling. De medicatie is hiermee indirect gericht op het bestrijden van het delictgevaar. Medicatie met libidoremmende werking wordt niet uitgesloten.

Doelgroep

Bij De Tender aangemelde patiënten met seksueel grensoverschrijdend bij wie:

- Psychiatrische problematiek in engere zin verondersteld wordt, zoals psychotische stoornissen, psycho-organische stoornissen, stemmingsstoornissen, ADHD of autismespectrumstoornissen.
- Problematiek op psychologisch gebied speelt (angst, onrust, dwang, drang), die hen belemmert van de aangeboden behandeling te profiteren.

Doelstelling

Bestrijding van therapie-interfererende gedragingen, gedachten en gevoelens door medicatie, consultatie, educatie of coaching.

Indien nodig het realiseren van een verantwoorde overdracht van het medisch-psychiatrisch beleid aan de niet-forensische hulpverlening zoals huisarts of RIBW.

Inhoud en werkwijze

Op indicatie vanuit de intake- of behandelbespreking of na een gemotiveerd verzoek van de hoofdbehandelaar, vinden er één of meerdere contacten met de patiënt plaats. Eventueel mondt dit uit in een medicatiebeleid dat direct gericht is op bestrijding van het delictgevaar. Er worden contacten onderhouden met artsen, psychiaters en andere instellingen die bij de patiënt zijn betrokken.

ZORGPROGRAMMA SEKSUEEL GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG

Traject 1: De poliklinische behandeling / Individuele onderdelen en systeemaanbod

c.2 Maatschappelijk werk

Verantwoording

Veel patiënten hebben te maken met problemen op maatschappelijk gebied zoals huisvesting en financiën, die soms groter worden vanwege het 'moeten' volgen van een behandeling. Dergelijke problemen belemmeren een vruchtbaar behandelverloop. Een maatschappelijk werker helpt de patiënt deze problemen in kaart te brengen en, voor zover mogelijk, op te lossen of zorgt voor gerichte doorverwijzing.

Doelgroep

Bij De Tender aangemelde patiënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag bij wie de sociaal-maatschappelijke problemen interfereren met behandeling. (Begeleiding gericht op een goede en veilige maatschappelijke inbedding vormt een apart onderdeel - zie verderop in dit boekje.)

Doelstelling

Sociaal-maatschappelijke problemen zijn beschreven en voor zover mogelijk onder controle door de patiënt of door de daartoe geëigende maatschappelijke of andere hulpverlenende instanties.

Inhoud en werkwijze

Nadat de problemen zijn geïnventariseerd, wordt met de patiënt gezocht naar mogelijke oplossingen. Het maatschappelijk werk bemiddelt zo nodig tussen patiënt en instanties (Centrum voor Werk en Inkomen, Schuldhulpverlening en dergelijke). Hiervoor zijn een of meerdere gesprekken met de patiënt nodig, net als diverse (telefonische) contacten met instanties.

ZORGPROGRAMMA SEKSUEEL GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG

Traject 1: De poliklinische behandeling / Individuele onderdelen en systeemaanbod

c.3 Psychotherapie, individueel

Verantwoording

Vanuit preventief oogpunt kan het voor patiënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag van belang zijn meer zelfkennis te hebben ten aanzien van hun belevingswereld en meer inzicht in de achtergronden van hun denken en handelen. Dit is zeker het geval wanneer belevingen, denken en handelen zodanig tot hardnekkige patronen zijn geworden dat een adequaat functioneren in de maatschappij nog maar nauwelijks mogelijk is en er dus van ernstige persoonlijkheidsproblematiek sprake is.

Doelgroep

Bij De Tender aangemelde patiënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag

bij wie de behandeling vanwege de persoonlijkheidsproblematiek meer dan gewone startproblemen kent of stagnatie geeft in de behandeling; die een beginnend besef ervan hebben dat hun problematiek te maken heeft met zichzelf en de manier waarop zij in hun leven staan en bereid zijn de oplossing bij zichzelf en het eigen functioneren te zoeken.

Doelstelling

Stimulering van de verdere persoonlijkheidsontwikkeling door vergroting van zelfkennis en inzicht in eigen denkpatronen en gebruikelijke wijzen van handelen. Opheffen van stagnatie in het verloop van de behandeling.

Inhoud en werkwijze

Tijdens wekelijkse sessies van 45 minuten wordt de actuele situatie of de delictanalyse in verband gebracht met de kernthema's die bij de patiënt aan de orde zijn. Er wordt gewerkt met onder meer psychodynamische en cognitief-therapeutische technieken. Behandeling kan ook bestaan uit gerichte (meervoudige) traumabehandeling, bijvoorbeeld door EMDR.

Wanneer dit onderdeel is geïndiceerd voor patiënten van de deeltijdbehandeling geldt dat de psychotherapie kan worden afgebouwd wanneer start- of stagnatieproblemen verholpen zijn (mits dit therapeutisch verantwoord is).

ZORGPROGRAMMA SEKSUEEL GRENDOVERSCHRIJDEND GEDRAG

Traject 1: De poliklinische behandeling / Individuele onderdelen en systeemaanbod

c.4 Gedragstherapie, individueel

Verantwoording

Bij seksueel grensoverschrijdend gedrag spelen leerprincipes een grote rol. Patiënten hebben dit gedrag immers ooit verworven en vastgehouden. Zij rechtvaardigen hun gedrag vaak met zogeheten cognitieve vervormingen (denkfouten). Ook spelen gedachten, waaronder fantasieën, een rol bij de instandhouding ervan. De (cognitieve) gedragstherapie werkt met diverse methoden en technieken om dit gedrag en deze gedachten te wijzigen. In dit onderdeel worden (cognitief-)gedragstherapeutische methoden en technieken gericht toegepast op basis van de delictanalyse van de individuele patiënt.

Doelgroep

Bij De Tender aangemelde patiënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag bij wie de behandeling meer dan normale startproblemen of stagnatie kent vanwege enkele hardnekkige gedachten of gedragingen en bij wie te verwachten is dat cognitieve gedragstherapie kan helpen deze op te heffen.

Doelstelling

Patiënten herkennen de 'leergeschiedenis' van hun delictgedrag en weten op welke manier ze deze kunnen ombuigen. Ze herkennen hun cognitieve vervormingen, kunnen deze beperken en wijzigen in meer reële opvattingen. Patiënten zijn in staat zelfstandig het eigen ongewenste gedrag schematisch in kaart te brengen en alternatieven voor het ongewenste gedrag te formuleren en toe te passen. Eventuele stagnatie in het verloop van de behandeling is opgeheven.

Inhoud en werkwijze

In (twee)wekelijkse sessies wordt aan de (non-adaptieve) seksualiteitsbeleving en -uiting door de patiënt gewerkt, gericht op het vervangen hiervan door een meer adaptieve beleving en uiting. Vertrekpunt voor de aanpak is de delictanalyse waarin de leergeschiedenis en de denkpatronen staan beschreven. Er wordt gewerkt met cognitief-gedragstherapeutische technieken. Behandeling kan ook bestaan uit gerichte (enkelvoudige) traumabehandeling, bijvoorbeeld door EMDR.

Wanneer dit onderdeel is geïndiceerd voor patiënten van de deeltijdbehandeling geldt dat de gedragstherapie kan worden afgebouwd wanneer start- of stagnatieproblemen verholpen zijn (mits dit therapeutisch verantwoord is).

ZORGPROGRAMMA SEKSUEEL GRENDOVERSCHRIJDEND GEDRAG

Traject 1: De poliklinische behandeling / Individuele onderdelen en systeemaanbod

c.5 Systeemtaxatie

Verantwoording

Uit het oogpunt van preventie is het belangrijk de onderlinge betrekkingen en omgang te verkennen van het systeem (partnerschap, gezin) waarbinnen de patiënt woont of woonde. Onderzocht wordt hoe het delictgedrag binnen het systeem mogelijk was, of systeemtherapie geïndiceerd is en of de leden van het systeem een taak kunnen hebben in de preventie van verdere delicten.

Doelgroep

Bij De Tender aangemelde patiënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag waarvan op basis van de informatie verondersteld wordt dat systeemtherapie meerwaarde heeft. Bij de eendaagse en de vierdaagse deeltijdbehandeling wordt in beginsel altijd een systeemtaxatie gedaan. Partners en andere leden uit de primaire steungroep worden hierbij betrokken, voor zover zij dat wensen.

Doelstelling

Er is een analyse van het gedrag van de patiënt, partner en eventuele overige gezinsleden (ook in de onderlinge wisselwerking) voor wat betreft hun aandeel in het ontstaan en de instandhouding van het delictgedrag. Er is een beeld van de systeemdynamiek en de behandel mogelijkheden.

Inhoud en werkwijze

Er wordt informatie verzameld over onder meer biografische gegevens, de 'life-events', structuur en hiërarchie van het systeem en de positie van de diverse gezinsleden. Vervolgens worden hypothesen geformuleerd die aanknopingspunten bieden voor de behandeling en continu worden getoetst en aangescherpt.



ZORGPROGRAMMA SEKSUEEL GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG

Traject 1: De poliklinische behandeling / Individuele onderdelen en systeemaanbod

c.6 Systeemtherapie

Verantwoording

Uit oogpunt van preventie is het belangrijk zicht te hebben op de onderlinge omgangspatronen van het systeem (partnerschap, gezin), waarbinnen de patiënt woont of woonde. Met de systeemtaxatie is onderzocht hoe het delictgedrag binnen het systeem mogelijk was, of systeemtherapie geïndiceerd is en of de leden van het systeem een taak kunnen hebben in de preventie van (verdere) delicten. Met systeemtherapie wordt gewerkt aan verandering in de van belang zijnde onderlinge verhoudingen en omgangspatronen.

Doelgroep

Bij De Tender aangemelde patiënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag waarvan op basis van de systeemtaxatie verondersteld wordt dat systeemtherapie meerwaarde heeft. Partners en andere leden uit de primaire steungroep worden hierbij betrokken, voor zover zij dat wensen.

Doelstelling

Het systeem (de partner en gezinsleden) gaan zichtbaar anders met elkaar om. Dit conform de behandeldoelen, zodat de kans op nieuw grensoverschrijdend gedrag afgenomen is.

Inhoud en werkwijze

Op basis van de systeemtaxatie zijn hypothesen geformuleerd over verbanden tussen de onderlinge verhoudingen en de omgangspatronen en het grensoverschrijdend gedrag. Vanuit deze hypothesen worden behandeldoelen geformuleerd die de werkwijze mede bepalen. Er kan bijvoorbeeld gewerkt worden aan een meer open communicatie, een meer gezamenlijk of juist meer gescheiden leefpatroon en de leden van het systeem kunnen elkaar helpen bij het nemen van tijdige en goede preventieve maatregelen.

ZORGPROGRAMMA SEKSUEEL GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG

Traject 1: De poliklinische behandeling / E-mental health

d E-mental health

Zoals in deel 1, paragraaf 2.5 beschreven, biedt De Tender e-mental health aan. Voor De Tender is e-mental health een relatief nieuw aanbod, daarom gaan we er hier wat uitgebreider op in.

Onder e-mental health vallen alle vormen van behandeling en begeleiding waarbij internettechnologie wordt ingezet. Toepassingsmogelijkheden zijn onder andere e-mailen, beeldbellen en interactieve draaiboeken. E-mental health is laagdrempelig, klantvriendelijk en maakt maatwerk mogelijk. Herhaaldelijk bleek uit onderzoek dat e-mental health even effectief is als face-to-face behandeling. Het kan echter vaak goedkoper worden aangeboden en is daarmee efficiënter. Deze onderzoeken betroffen meestal angst- en stemmingsklachten bij voor behandeling gemotiveerde patiënten. Op de vraag of e-mental health ook delictpreventief werkt bij minder intrinsiek gemotiveerde patiënten, is nog geen antwoord te geven.

Toen bij De Tender over de invoering van e-mental health werd gesproken en daartoe ook werd besloten, is een visie geformuleerd om tot verantwoorde keuzes te komen over inhoud, opzet en uitvoering, juist in de ambulante forensische setting. Dat leidde tot de volgende uitgangspunten:

- **Afstemming op individu**

E-mental health is in beginsel voor iedere patiënt beschikbaar. Er zijn dus geen expliciete uitsluitingscriteria. Wel kan, afhankelijk van de problematiek, de persoonskenmerken en de persoonlijke situatie van een patiënt, e-mental health een minder goed alternatief zijn. Denk hierbij aan intelligentieniveau of aan delicten waarbij internet is gebruikt (kinderpornografie). Ook beschikt niet iedereen over een internetverbinding.

- **Blended treatment**

De Tender zet e-mental health behandeling altijd in combinatie met een andere behandelvorm in waarbij sprake is van face-to-face contact. De meerwaarde van deze zogeheten ‘blended treatment’ wordt in de ggz alom erkend. Blendend treatment sluit ook goed aan bij onze behandelvisie, waarin face-to-face contact tussen behandelaar en patiënt als belangrijk wordt gezien voor de therapeutische relatie en daarmee voor het effect van de behandeling.

- **Niet anoniem**

Een ‘blended treatment’ impliceert face-to-face contact. Maar ook op andere gronden kiezen we voor niet-anoniem behandelen. Het face-to-face contact beschouwen we, zoals hiervoor aangegeven, van belang voor het behandelresultaat. Face-to-face contact vinden we ook nodig om onze behandelverantwoordelijkheid te kunnen dragen – denk aan diagnostiek en indicatiestelling - en het effect van de interventies goed te kunnen volgen, zodat wanneer nodig ook kan worden bijgestuurd.

- **Asynchroon**

De Tender biedt alleen zogeheten asynchrone vormen van e-mental health aan. Dit houdt in dat behandelaar en patiënt niet gelijktijdig achter de computer zitten en dus niet op hetzelfde moment met de therapie bezig zijn. Patiënten werken aan de therapieën op momenten die voor hen het meest geschikt zijn en behandelaars reageren hierop binnen een vooraf afgesproken termijn met feedback of antwoord op vragen, eveneens op momenten die hen schikt. Dit heeft naast praktische redenen – het is beter te organiseren – ook een therapeutische reden: we vinden het niet wenselijk als hulpverlener onmiddellijke beschikbaarheid te bieden.

- **De behandelaar**

Behandelingen door e-mental health vormen altijd een onderdeel van het totale takenpakket van een behandelaar. Dat impliceert dat deze met meerdere vormen van behandelen bekend en vertrouwd blijft en ‘aan den lijve’ ervaringen met een bredere doelgroep blijft opdoen. Zo worden ‘beroepsblindheid’ en (computer-)routinematig werken tegengegaan. Behandelaars beschikken over voldoende kennis van psychopathologie en algemene cognitief-gedragstherapeutische principes en bejegeningwijzen. Ze weten zo nodig tijdig collega’s te consulteren.

(Voornaamste bronnen: Warmerdam, 2010; Putters e.a., 2012).

De Tender beschikt inmiddels over een aantal e-mental health modules die voldoen aan deze uitgangspunten. We onderscheiden:

- Specifiek forensische modules;
- Specifieke stoornisgerichte modules;
- Generieke modules.

Binnen elk van deze categorieën kan het onderscheid gemaakt worden tussen behandelmodules en psycho-educatieve modules.

NB: Dit e-mental health aanbod staat nu beschreven onder 'traject 1' omdat het voor het eerst aan de orde komt. Maar het is een aanbod dat niet aan één van de trajecten verbonden is en altijd te indiceren is. Bij de andere trajecten die hierna aan bod komen, wordt dit aanbod volledigheidshalve wel weer genoemd, maar niet opnieuw beschreven. De voor het 'zorgprogramma seksueel grensoverschrijdend gedrag' meest relevante e-mental health modules worden hierna beschreven.

ZORGPROGRAMMA SEKSUEEL GRENDOVERSCHRIJDEND GEDRAG

Traject 1: De poliklinische behandeling / E-mental health

d.1 Delictketen- en delictpreventieplan

Verantwoording

Een zogeheten delictanalyse (welke factoren uit verleden en heden spelen een rol in het grensoverschrijdende gedrag?) en een daarop gebaseerd preventieplan (wat kan gedaan worden om de rol van deze factoren ten positieve te wijzigen?) vormen de kern van een forensische behandeling. Deze module volgt de hierbij gangbare werkwijze, mede met gerichte informatie en opdrachten. Hij wordt altijd in combinatie met groepsgewijze of individuele face-to-face behandeling gevolgd. De module is goed in te zetten als ondersteuning bij de 'Protocollaire groepsbehandeling van seksueel grensoverschrijdend gedrag' (zie bij 'traject 1' en 'traject 2') en bij 'delictpreventie (levensloop en delictscenario)' - zie bij 'traject 2'.

Doelgroep

Bij De Tender aangemelde patiënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag die op basis van de intake geïndiceerd zijn voor een of meerdere delictpreventieve behandelvormen en voor wie geen contra-indicaties gelden, zoals intelligentie, een 'internetverbod' en dergelijke.

Doelstelling

Aan het einde van deze module is er een bruikbaar preventieplan.

Inhoud en werkwijze

De module bestaat uit 26 sessies; 13 voor de delictketen en 13 voor het preventieplan. Met per sessie gerichte informatie en opdrachten wordt aan de doelstelling gewerkt.

ZORGPROGRAMMA SEKSUEEL GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG

Traject 1: De poliklinische behandeling / E-mental health

d.2 Seksuele problemen

Verantwoording

Sommige plegers van seksueel grensoverschrijdend gedrag kampen met andere seksuele problemen, zoals weinig kennis over intimiteit en seksualiteit, angst voor intimiteit of fysieke ongemakken. Deze module kan helpen deze problemen op te lossen of te verzachten zodat een harmonieuzer seksleven mogelijk wordt. In het denken volgens het 'good lives model' kan dit toekomstig delictgedrag voorkomen.

Doelgroep

Bij De Tender aangemelde patiënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag die op basis van de intake geïndiceerd zijn voor delictpreventie behandeling. Bij de behandeling wordt merkbaar dat er ook andere seksuele problematiek aan de orde is die in het face-to-face behandelprogramma niet direct of niet voldoende aandacht krijgt.

Doelstelling

Een harmonieuzer seksleven.

Inhoud en werkwijze

De module bestaat uit 30 sessies die voor een groot deel los van elkaar kunnen worden aangeboden. Niet al deze sessies zijn inzetbaar. Bij enkele ervan dient er sprake te zijn van een partnerschap waarbinnen ook seksueel contact plaatsvindt, en van enkele andere kan de inhoud het risico verhogen. De therapeut dient hier zorgvuldige keuzes te maken en een goede dosering te bieden.

ZORGPROGRAMMA SEKSUEEL GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG

Traject 1: De poliklinische behandeling / E-mental health

d.3 Psycho-educatie persoonlijkheidsstoornissen

Verantwoording

Mensen met een persoonlijkheidsstoornis hebben vaak weinig zicht op de bron van de problemen. Hun last is dat ze zichzelf en soms anderen in de weg zitten. Dat laatste geldt zeker voor forensisch psychiatrisch patiënten. Dit maakt dat ze met een weinig gerichte en concrete hulpvraag bij de hulpverlening aankomen of soms daarheen gestuurd zijn. Meer zicht op deze problematiek kan hen helpen te begrijpen wat er rondom hen gebeurt, de motivatie doen toenemen en helpen de beoogde behandeling meer richting te geven. Deze module is goed inzetbaar bij de intakeprocedure en indicatiestelling.

Doelgroep

Bij De Tender aangemelde patiënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag die op basis van de intake geïndiceerd zijn voor behandeling en waarbij in de intakefase aanwijzingen zijn voor een persoonlijkheidsstoornis.

Doelstelling

- Er is inzicht in de persoonlijkheidsproblematiek.
- Er is acceptatie ervan.
- Er is geen weerstand tegen behandelaandacht hiervoor in het vervolgtraject.

Inhoud en werkwijze

De module bestaat uit negen sessies, waarvan de patiënt de eerste vier onbegeleid kan doorlopen in de intakefase. Sessie vijf tot en met negen kunnen aan het begin van de behandeling worden ingezet.

Het moet voor patiënt en behandelaar duidelijk zijn dat het hier om psycho-educatie gaat en inhoudelijk niet om behandelen (formeel is er na de intakefase wel sprake van behandeling).

ZORGPROGRAMMA SEKSUEEL GRENDOVERSCHRIJDEND GEDRAG

Traject 1: De poliklinische behandeling / E-mental health

d.4 Betrokken omgeving

Verantwoording

Vanuit onze visie, onze ervaringen en op basis van theorie zijn we gericht op de sociale context van onze patiënten en vinden we het wenselijk die zo veel mogelijk te betrekken. De module ‘betrokken omgeving’ biedt daartoe handvatten.

Doelgroep

Bij De Tender aangemelde patiënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag die op basis van de intake geïndiceerd zijn voor behandeling en voor wie naasten zoals partners, verwanten en hechte vrienden belangrijk zijn.

Doelstelling

De belangrijke ander is geïnformeerd over de problematiek en de behandeling van de patiënt, voor zover deze én de patiënt dit wenselijk vinden.

De ander weet of, en op welke manier, hij betrokken kan worden bij de behandeling en preventie.

Inhoud en werkwijze

De module bestaat uit acht sessies. Thema's als mantelzorg, grenzen en communicatie worden behandeld.

Deze module heeft als vertrekpunt een ‘zieke’ patiënt en de ‘gezonde’ anderen. Daarmee blijft onderbelicht hoe al de betrokkenen met elkaar omgaan ten aanzien van de psychische problematiek, en wat van daarvan het effect op die problematiek is en op het grensoverschrijdend gedrag. De Tender vindt het belangrijk deze wisselwerking in beeld te hebben. Daarom is deze module voor onze doelgroep van De Tender maar beperkt inzetbaar.

De behandelaar maakt hierbij met de patiënt weloverwogen keuzes.

ZORGPROGRAMMA SEKSUEEL GRENDOVERSCHRIJDEND GEDRAG

Traject 1: De poliklinische behandeling / E-mental health

d.5 Overige beschikbare e-mental health modules

De Tender beschikt over een aantal e-mental health modules die op specifieke indicatie worden aangeboden. Ze vormen geen vast onderdeel van het Zorgprogramma Seksueel Grensoverschrijdend Gedrag. Dat is omdat ze niet zozeer gericht zijn op grensoverschrijdend gedrag maar op de stoornis (bijvoorbeeld op depressiviteit) of omdat ze generiek zijn (bijvoorbeeld 'mindfulness'). Het zijn er nogal veel en ze zijn niet allemaal voor elke patiënt van nut. Daarom worden ze hier niet beschreven. Voor meer informatie is de website (www.detender.nl) te raadplegen.

TRAJECT 2:

De eendaagse deeltijdbehandeling

De eendaagse deeltijdbehandeling is een behandelaanbod met vijf onderdelen dat een volle dag beslaat. Het vormt een goede schakel tussen het eerder beschreven poliklinische traject en de vierdaagse deeltijdbehandeling (zie verderop in dit boekje). De eendaagse deeltijdbehandeling richt zich daarmee op patiënten die bij een dergelijk aanbod baat hebben. De problematiek is wat hardnekkiger dan bij poliklinische patiënten maar het recidiverisico is wat lager dan bij deelnemers aan de vierdaagse deeltijdbehandeling⁷.

Binnen dit aanbod wordt in principe altijd een systeemtaxatie gedaan. Op indicatie worden andere behandelonderdelen geboden. Een beschrijving van de systeemtaxatie en van de meest aangeboden andere behandelvormen is hiervoor te lezen bij 'traject 1', deel c: 'Individuele onderdelen en systeemaanbod'.

7 Bij het schrijven van dit zorgprogramma is deze eendaagse deeltijdbehandeling alleen nog op onze locatie in Zwolle beschikbaar.

ZORGPROGRAMMA SEKSUEEL GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG

Traject 2: De eendaagse deeltijdbehandeling

a Sociotherapie - dagopening en dagsluiting

Verantwoording

Deelnemers aan deze deeltijdbehandeling zijn op één en dezelfde dag in groepsverband intensief met de diverse therapieonderdelen bezig. Op andere momenten zijn ze thuis of elders. Deze twee werelden worden met elkaar verbonden tijdens de Dagopening en de Dagsluiting. Dit zorgt voor een soepele overgang. Maar deze onderdelen dienen ook om zicht te krijgen en te houden op elementen in de thuissituatie die de behandeling kunnen belemmeren of bevorderen.

Doelgroep

Bij De Tender aangemelde patiënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag die op basis van de intake geïndiceerd zijn voor deze eendaagse deeltijdbehandeling.

Doelstelling

De behandeldag wordt verantwoord begonnen en afgesloten. Er is zicht op de leefwijze van de patiënt, op hoe hij omgaat met wat in de behandeling is aangereikt en op factoren uit de thuissituatie die van invloed kunnen zijn op het behandelingsverloop of het recidiverisico.

Inhoud en werkwijze

Meestal bij toerbeurt, wordt de patiënt tijdens de dagopening- en dagsluiting uitgenodigd de sociotherapeut en groepsgenoten te informeren over zijn gemoedstoestand en relevante factoren uit de thuissituatie. Aan de hand van actuele situaties komen thema's aan de orde op het gebied van zelfwaardering, verantwoordelijkheid nemen, attitudes, sociale vaardigheden en sociaal netwerk. De patiënt krijgt steun en advies en kan voor bepaalde zaken worden verwezen naar andere therapieonderdelen of naar een andere behandelaar.

ZORGPROGRAMMA SEKSUEEL GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG

Traject 2: De eendaagse deeltijdbehandeling

b Protocolaire groepsbehandeling van seksueel grensoverschrijdend gedrag

Verantwoording

Voor patiënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag kan deelname aan deze groep leiden tot verbetering in algemeen pro sociaal gedrag. Delictgedrag en de omgang met anderen zijn expliciete onderdelen van de behandeling.

Doelgroep

Patiënten die een zedendelict hebben gepleegd of dreigen te plegen, die zich vrijelijk in de maatschappij kunnen bewegen en tijdens de duur van de behandeling in staat zijn hun delictgedrag onder controle te houden.

Doelstelling

Er is een pro sociaal plan opgesteld, gericht op beëindiging van het delictgedrag en verkleining van de kans op (nieuwe) delicten. Patiënten weten hun behoefte aan sociaal contact, intimiteit, vriendschap en seksualiteit adequaat inhoud te geven. Ze begrijpen hoe seksuele motivatie werkt en beheersen vermijdings- en ontsnappingsstrategieën.

Inhoud en werkwijze

Patiënten werken in een halfopen groep aan acht modules:

- 1 Levensloop
- 2 Psychoseksuele problematiek
- 3 Delictgedrag
- 4 Gedachtekronkels en onbewuste opvattingen
- 5 Emotieregulatie
- 6 Slachtofferempathie
- 7 Sociaal netwerk
- 8 Prosociaal levensplan

Via rollenspelen, specifieke thuisopdrachten en het maken van bovengenoemd prosociaal plan, wordt getracht het sociale isolement te doorbreken.

De e-mental health module 'delictketen- en delictpreventieplan' (zie Traject 1, onderdeel d) kan ter ondersteuning worden ingezet.

ZORGPROGRAMMA SEKSUEEL GRENDOVERSCHRIJDEND GEDRAG

Traject 2: De eendaagse deeltijdbehandeling

c Vaktherapie Beeldend

Verantwoording

Beeldende materialen en afbeeldingen geven vaak een andere ingang tot gevoelens dan woorden. Beeldend werk visualiseert innerlijke ervaringen waardoor een patiënt verschillende gevoelens ook leert uitdrukken, herkennen en van elkaar te onderscheiden. Patiënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag hebben in het algemeen een laag zelfbeeld. Mede daardoor schermen ze hun (negatieve) beleving veelal sterk af. Door het maken van beeldende werkstukken, bijvoorbeeld over en voor hun slachtoffer(s), moet de patiënt zich inleven in de gevolgen van het delict en de gevoelswereld van hun slachtoffer. Door beeldend werken worden problematiek en kenmerkende gedragspatronen zichtbaar - ook letterlijk - en daarmee meer voelbaar en vandaaruit bespreekbaar. Beeldend werk kan zo leiden tot een completer beeld met betrekking tot de gedachten, gevoelens en het (delict)gedrag van de patiënt en tot verbetering van het mentaliserend vermogen. Het draagt op deze manier bij aan delictpreventie.

Doelgroep

Bij De Tender aangemelde patiënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag die op basis van de intake geïndiceerd zijn voor de eendaagse deeltijdbehandeling.

Doelstelling

De patiënt kan reflecteren op zijn gedrag, voelen en denken en hierop feedback ontvangen. Hij is in staat op een gelijkwaardige manier contact te maken met leeftijdsgenoten en kan gevoelens van zichzelf en iemand anders (h)erkennen. De patiënt kan denk-, belevings- en handelingspatronen die in verband staan met het delict doorbreken. Hij heeft besef en verantwoordelijkheidsgevoel ontwikkeld voor de mogelijke schade die is aangericht door zijn delicten.

Inhoud en werkwijze

Patiënten werken met verschillende technieken en materialen aan individuele opdrachten in de groep. Iedere patiënt heeft zijn eigen beeldend proces. Dit proces sluit aan bij het therapeutisch proces van de deeltijdbehandeling. De opdrachten zullen daarom steeds meer persoonsgericht zijn. De sessies bestaan uit een gezamenlijke start, individueel werken en een gezamenlijk einde, waarbij gemaakt werk wordt getoond en besproken. De activiteiten worden afgestemd op het ontwikkelingsniveau van de patiënt en de groepssituatie.

ZORGPROGRAMMA SEKSUEEL GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG

Traject 2: De eendaagse deeltijdbehandeling

d Gestructureerde psychodynamische groepstherapie

Verantwoording

Mensen die in de problemen komen vanwege grensoverschrijdend gedrag, kennen hardnekkige patronen in hun omgaan met anderen. Het betreft vaak onopvallend en op het eerste oog bescheiden gedrag dat soms zelfs empathie oproept waardoor zij soms ook voor elkaar krijgen wat ze beogen, lees: een delict plegen. In DSM-IV termen is er vaak sprake van persoonlijkheidsproblematiek met 'cluster-c'-kenmerken. Het is van belang de oorsprong en ontwikkeling van deze dynamiek te verkennen, evenals het effect ervan op de ander, en tot nieuw gedrag uit te nodigen. Dit onderdeel biedt hiervoor nadrukkelijk de ruimte. Het zelfverkenkend proces dat hier in gang gezet wordt en de ervaring dat nieuw gedrag mogelijk is, komt de (verdere) ontwikkeling van de patiënt in de richting van een autonoom en verantwoord handelend individu ten goede. Hierdoor wordt de persoonlijkheidsproblematiek afgezwakt en wordt gewerkt aan delictpreventie voor de langere termijn.

Doelgroep

Bij De Tender aangemelde patiënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag die op basis van de intake geïndiceerd zijn voor de eendaagse deeltijdbehandeling.

Doelstelling

Patiënten hebben passende en acceptabele omgangspatronen. Ze hebben inzicht gekregen in (delictgerelateerde) patronen in de omgang met anderen, de bron hiervan verkend en het effect ervan op de ander is zichtbaar gemaakt.

Inhoud en werkwijze

In een open groep met maximaal tien deelnemers kunnen patiënten bespreken welke problemen ze in het contact met anderen (groepsgenoten, therapeuten, familie) tegenkomen. De therapeut be vraagt de patiënt gericht op de doelstelling en stimuleert medepatiënten tot hetzelfde. Daarbij worden verbanden gelegd met het kenmerkend (delict)gedragsspatroon. Ook de therapeut maakt wanneer nodig onderwerpen bespreekbaar. Vanuit de veronderstelling dat gedrag wordt gestuurd door beleving (emoties, schema's), wordt nadrukkelijk verkend hoe de patiënt zich voelt bij wat hij doet. De sessies hebben weinig structuur waardoor patiënten eerder de voor hen kenmerkende gedragsspatronen vertonen. Nieuwe patiënten kunnen gedoseerd instromen.

ZORGPROGRAMMA SEKSUEEL GRENDOVERSCHRIJDEND GEDRAG

Traject 2: De eendaagse deeltijdbehandeling

e Systeemtaxatie

Verantwoording

Uit het oogpunt van preventie is het belangrijk de onderlinge betrekkingen en omgang te verkennen van het systeem (partnerschap, gezin) waarbinnen de patiënt woont of woonde. Onderzocht wordt hoe het delictgedrag binnen het systeem mogelijk was, of systeemtherapie geïndiceerd is en of de leden van het systeem een taak kunnen hebben in de preventie van verdere delicten. Systeemtaxatie is een vast onderdeel van dit traject en daarom wordt het hier opnieuw beschreven. Het komt overeen met de informatie onder 'traject 1', deel 'c: aanvullende onderdelen'.

Doelgroep

Bij De Tender aangemelde patiënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag waarvan op basis van de informatie verondersteld wordt dat systeemtherapie meerwaarde heeft. Partners en andere leden uit de primaire steungroep worden hierbij betrokken, voor zover zij dit willen.

Doelstelling

Er is een analyse van het gedrag van de patiënt, partner en eventuele overige gezinsleden (ook in de onderlinge wisselwerking), voor wat betreft hun aandeel in het ontstaan en de instandhouding van het delictgedrag. Er is een beeld van de systeemdynamiek en de behandelmogelijkheden.

Inhoud en werkwijze

Er wordt informatie verzameld over onder meer biografische gegevens, de 'life-events', structuur en hiërarchie van het systeem en de positie van de diverse gezinsleden. Vervolgens worden hypothesen geformuleerd die aanknopingspunten bieden voor de behandeling en continu worden getoetst en aangescherpt.

ZORGPROGRAMMA SEKSUEEL GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG

Traject 2: De eendaagse deeltijdbehandeling

f Individuele onderdelen en systeemaanbod

Op indicatie kunnen naast het eendaagse aanbod extra behandelvormen aangeboden worden. De meest voorkomende staan beschreven bij 'traject 1'. Ze worden daarom hier niet meer beschreven, maar volledigheidshalve wel genoemd.

- Psychiatrisch consult / medicatiecontact.
- Maatschappelijk werk.
- Psychotherapie, individueel.
- Gedragstherapie, individueel.
- Systeemtherapie (systeemtaxatie heeft al plaats gevonden).

g E-mental health

Voor meer informatie zie traject 1 (poliklinische behandeling), onderdeel d. e-mental health.

TRAJECT 3:

De vierdaagse deeltijdbehandeling

Dit traject is gericht op patiënten die tot De Tender zijn toegelaten en seksueel grensoverschrijdend gedrag vertonen dat als ernstig kan worden beschouwd en een matig tot hoog recidiverisico kent. Patiënten zijn op grond van hun problematiek en voorgeschiedenis ingeschat als groepsgeschikt en hun persoonlijkheidsproblematiek als veranderbaar.

Indicatiefactoren:

- Grote kans op herhaling van minder ernstige delicten.
- Kleine(re) kans op herhaling van ernstige delicten.
- Ernstige persoonlijkheidsproblematiek, waarbij verband met het delictgedrag aannemelijk is.⁸

Het behandelprogramma van de vierdaagse deeltijdbehandeling bestaat uit:

Behandelcoördinatie

Aan elke patiënt wordt een behandelaar toegewezen die de regie over de behandeling heeft en verantwoordelijk is voor een goed verloop.

Diagnostische fase

Deze fase houdt in een zogeheten specifieke indicatiestelling met risicotaxatie, testdiagnostisch onderzoek, systeemtaxatie, psychiatrische screening en delictanalyse. Dit kan zes tot acht weken in beslag nemen. Inhoudelijk heeft het de voorkeur deze fase vooraf te laten gaan aan het hoofdtraject. In de praktijk blijkt het vaak wenselijk een patiënt al in het hoofdtraject te plaatsen vóór de diagnostische fase is afgerond. Dat kan zijn om goede aansluiting op detentie te realiseren of verdere terugval tegen te gaan. In die gevallen krijgt de patiënt een aangepast programma waarin de onderdelen van de diagnostische fase voorrang krijgen.

⁸ Bij het schrijven van dit boekje is de vierdaagse deeltijdbehandeling alleen op onze locatie in Deventer beschikbaar.

Bij voldoende aanmeldingen wordt de 'delictanalyse' groepsgewijs aangeboden, met individueel huiswerk en enkele sociotherapeutische onderdelen.

Het hoofdtraject - het vierdaags behandelprogramma

Dit programma kent de volgende onderdelen: delictpreventie, protocollaire groepsbehandeling, cognitieve gedragstherapie, groepspsychotherapie, vaktherapieën beeldend, drama en bewegingsagogiek, de cursus Vriendschap Relaties Intimiteit en Seksualiteit (VRIS), 'Zelfbeeld', doelengroep, maatschappelijke inbedding en sociotherapeutische onderdelen zoals taakuur, groepsbespreking, dagopening en dagsluiting. Ze worden verderop uitgebreider beschreven.

Aanvullende onderdelen

Op specifieke indicatie kunnen naast het vierdaagse deeltijdprogramma andere onderdelen worden aangeboden. Dat kan wenselijk zijn omwille van een betere start van de behandeling of om stagnaties ten gevolge van psychotrauma's of actueel psychiatrische klachten op te heffen. Gedacht kan worden aan een psychiatrisch consult/medicatiecontact, maatschappelijk werk, individuele psychotherapie of gedragstherapie en systeemtherapie.

Het behandelverloop wordt vier keer per jaar met de patiënten geëvalueerd, in beginsel ook met de verwijzer en verder op gemotiveerd verzoek van patiënt, verwijzer of hoofdbehandelaar.

Aan het eind van het traject ligt er een voorstel voor een eventueel nazorgtraject en een concreet, uitvoerbaar preventieplan. Helder is welke recidiverisico's er nog bestaan en hoe deze bezworen (kunnen) worden.

ZORGPROGRAMMA SEKSUEEL GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG

Traject 3: De vierdaagse deeltijdbehandeling

a Behandelcoördinatie

Verantwoording

Aan elke patiënt wordt een behandelaar toegewezen met wie hij naast het groepsprogramma individuele contacten heeft. Deze behandelaar heeft de regie over de behandeling. Hij is verantwoordelijk voor een goed verloop. Hij zorgt met de patiënt voor een goed individueel behandelplan dat uitvoerbaar is binnen het groepstraject. Hij motiveert en ondersteunt de patiënt en spreekt hem zo nodig aan op therapie-interfererend gedrag. Hij belegt als dat nodig is extra behandeloverleggen. Hij is de schakel tussen de patiënt en het behandelteam en kan bij conflicten bemiddeld optreden.

Doelgroep

Bij De Tender aangemelde patiënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag die op basis van de intake geïndiceerd zijn voor de vierdaagse deeltijdbehandeling.

Doelstelling

Er zijn passende en uitvoerbare behandel(sub)doelen geformuleerd, waarover met alle betrokkenen afstemming is bereikt. De patiënt weet wat er van hem verwacht wordt en welke stappen hij zelf dient te zetten.

Inhoud en werkwijze

In tweewekelijkse gesprekken tussen behandelaar en patiënt komen de behandeldoelen en alles wat een soepel behandelverloop in de weg kan staan of kan bevorderen aan de orde. Dit kan tot acties voor patiënt of behandelaar leiden.

ZORGPROGRAMMA SEKSUEEL GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG

Traject 3: De vierdaagse deeltijdbehandeling - diagnostische fase

b Diagnostische fase

b.1 Risicotaxatie

Verantwoording

Om de kans op herhaling vast te stellen, vindt taxatie van het recidiverisico plaats aan de hand van een betrouwbaar risicotaxatie-instrument. De uitkomsten kunnen mede gebruikt worden om richting te geven aan de behandeling en het resultaat ervan te meten. We gebruiken in beginsel de LS/CMI als risicotaxatie-instrument omdat het gebaseerd is op onderzochte theorie over crimineelgedrag (het RNR-model, zie 'deel 1' §2.3).

Bij seksueel delinquenten kan de LS/CMI ontoereikend zijn. De voorspellende waarde bleek bij diverse onderzoeken nogal te variëren. We gebruiken daarom in dit traject aanvullend de Static99r/Stable 2007-combinatie, omdat die, blijkens onderzoek, zowel een goede inschatting van het risiconiveau als een overzicht van de dynamische risicofactoren oplevert, die door behandeling bewerkt kunnen worden.

Doelgroep

Bij De Tender aangemelde patiënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag die op basis van de intake geïndiceerd zijn voor de vierdaagse deeltijdbehandeling.

Doelstelling

Er is een beschrijving van het recidiverisico van de patiënt, risicofactoren zijn in beeld gebracht en richtpunten voor de behandeling zijn vastgesteld.

Inhoud en werkwijze

Na indicatiestelling voor mogelijke deeltijdbehandeling zet de behandelaar die de behandeling coördineert het traject in werking. De risicotaxatie wordt uitgevoerd en besproken, gericht op doel en resultaat.

ZORGPROGRAMMA SEKSUEEL GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG

Traject 3: De vierdaagse deeltijdbehandeling - diagnostische fase

b.2 Testdiagnostisch onderzoek

Verantwoording

Wanneer de vierdaagse deeltijdbehandeling wordt geïndiceerd, vindt er altijd diagnostisch onderzoek plaats naar intelligentie, mogelijke persoonlijkheidsstoornis en seksuele problematiek. Instrumenten van voorkeur zijn momenteel hierbij respectievelijk de WAIS-III, de BMS (Bumay Molest Scale), de CUSI en de SIDP-IV, zo nodig voorafgegaan door de VKP.

Doelgroep

Bij De Tender aangemelde patiënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag die op basis van de intake geïndiceerd zijn voor de vierdaagse deeltijdbehandeling.

Doelstelling

Er is een (beter) beeld van de problematiek en de (on)mogelijkheden van de patiënt, ten behoeve van het behandelplan en de bejegening.

Inhoud en werkwijze

Na indicatiestelling wordt een behandelaar aangewezen die de behandeling coördineert. Deze zorgt ervoor dat tests binnen de daarvoor gestelde termijn worden afgenomen en dat de resultaten worden verwerkt in het behandelplan.



ZORGPROGRAMMA SEKSUEEL GRENDOVERSCHRIJDEND GEDRAG

Traject 3: De vierdaagse deeltijdbehandeling - diagnostische fase

b.3 Systeemtaxatie

Verantwoording

Uit het oogpunt van preventie is het belangrijk de onderlinge betrekkingen en omgang te verkennen van het systeem (partnerschap, gezin) waarbinnen de patiënt woont of woonde. Onderzocht wordt hoe het delictgedrag binnen het systeem mogelijk was, of systeemtherapie geïndiceerd is en of de leden van het systeem een taak kunnen hebben in de preventie van (verdere) delicten.

Systeemtaxatie is een vast onderdeel van dit traject, en daarom wordt het hier opnieuw beschreven. Het komt overeen met de informatie bij 'traject 1', deel 'c: aanvullende onderdelen'.

Doelgroep

Bij De Tender aangemelde patiënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag die op basis van de intake geïndiceerd zijn voor de vierdaagse deeltijdbehandeling, plus hun partner en eventuele leden van het gezin waar de patiënt deel van uitmaakt(e).

Doelstelling

Er is een analyse van het gedrag van de patiënt, partner en eventuele overige gezinsleden (ook in de onderlinge wisselwerking) voor wat betreft hun aandeel in het ontstaan en de instandhouding van het delictgedrag. Er is een beeld van de systeemdynamiek en de behandelmogelijkheden.

Inhoud en werkwijze

Er wordt informatie verzameld over onder meer biografische gegevens, de 'life-events', structuur en hiërarchie van het systeem en de positie van de diverse gezinsleden. Vervolgens worden hypothesen geformuleerd die aanknopingspunten bieden voor de behandeling en continu worden getoetst en aangescherpt.

ZORGPROGRAMMA SEKSUEEL GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG

Traject 3: De vierdaagse deeltijdbehandeling - diagnostische fase

b.4 Psychiatrische screening

Verantwoording

De meeste patiënten komen tot grensoverschrijdend gedrag vanuit een wirwar van gedachten en gevoelens. Tijdens de standaard intakeprocedure komt niet altijd boven water welke problematiek er onderscheiden kan worden. Bij inzet van een vierdaagse behandeling is het goed een screening te doen op de belangrijkste psychiatrische beelden zodat – in geval deze aanwezig zijn – daarmee bij de deeltijdbehandeling rekening kan worden gehouden voor het behandelaanbod. Wanneer nodig kan medicatiebeleid worden ingezet dat de patiënt toegankelijker maakt als hij daardoor meer rust ervaart in zijn gedachten, gevoelens en gedrag. Ook medicatie met libidoremmend effect is in beginsel inzetbaar.

Doelgroep

Bij De Tender aangemelde patiënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag die op basis van de intake geïndiceerd zijn voor de vierdaagse deeltijdbehandeling.

Doelstelling

Mogelijk therapie-interfererende psychiatrische problematiek, die bij de standaardintakeprocedure niet direct opvalt, helder te krijgen ten behoeve van een meer passende bejegening of medicamenteuze behandeling.

Inhoud en werkwijze

In het kader van de diagnostische fase vindt er ten minste één psychiatrisch consult plaats. Op indicatie zijn er vervolgcontacten.

ZORGPROGRAMMA SEKSUEEL GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG

Traject 3: De vierdaagse deeltijdbehandeling - diagnostische fase

b.5 Delictanalyse

Verantwoording

Om gericht te kunnen behandelen op het delictgedrag wordt een uitvoerige analyse gemaakt van de levensloop, meer actuele gebeurtenissen, gedachten, gevoelens, gedragingen (de delictketen), motieven en de drijfveren van de patiënt. De delictanalyse is het resultaat van alle bevindingen uit de diagnostische fase.

Doelgroep

Bij De Tender aangemelde patiënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag die op basis van de intake geïndiceerd zijn voor de vierdaagse deeltijdbehandeling.

Doelstelling

Er ligt een document met veel achtergrondinformatie van waaruit hypothesen worden geformuleerd over de totstandkoming van het delictgedrag en dat sturing geeft aan de behandeldoelen en behandelinhoud.

Inhoud en werkwijze

Bij het maken van de delictanalyse worden de levensloop, de delictgeschiedenis en alle relevante achtergrondgegevens verzameld. Hieronder vallen ook de resultaten van het testdiagnostisch onderzoek, de seksuele anamnese, de risicotaxatie, de psychiatrische screening en de systeemtaxatie. Hierbij wordt doorgevraagd naar relevante factoren en het denken, voelen en handelen van de patiënt. Van de uitkomsten wordt door de behandelaar een samenhangend geheel gemaakt. Dit schrijven dient voor de patiënt begrijpelijk en liefst ook herkenbaar te zijn, zodat deze het kan accepteren als hulpmiddel bij de behandeling. Deze delictanalyse wordt besproken in het Multi Disciplinair Overleg, met als doel:

- vaststellen dan wel verder uitwerken van de behandeldoelen;
- vaststellen van de in te zetten middelen;
- vaststellen van de bejegeningwijze.

Bijlage: Format delictanalyse met seksuele anamnese

ZORGPROGRAMMA SEKSUEEL GRENDOVERSCHRIJDEND GEDRAG

Traject 3: De vierdaagse deeltijdbehandeling - diagnostische fase

b.6 Bijlage: Format delictanalyse, met seksuele anamnese

Ten behoeve van de rapportage van alle bevindingen uit de diagnostische fase wordt zo veel als mogelijk het onderstaande format gebruikt ⁹.

1. Het delictgedrag

Beschrijf het delictscenario, d.w.z.:

- a Het delict of, bij meerdere delicten, een ‘kenmerkend’ delict, wordt kort, feitelijk en objectief beschreven.
- b De aanloop ernaar wordt beschreven, vanaf de laatste 12 uur. Daarin worden onderscheiden: de gebeurtenissen, gedachten, gevoelens en gedragingen van de patiënt. Het gaat om de beschrijving door de patiënt, maar deze kan gecheckt worden in het dossier wanneer daarover informatie te vinden is.

2. De levensloop

Beschrijf de levensloop (mogelijk staat hierover voldoende informatie in het intakeverslag):

- De samenstelling van het gezin van herkomst, de leeftijden, de ervaren sfeer, kwaliteit van de vroegere en van de huidige contacten met gezinsleden.
- Het verloop van de schoolperiode en de beroeps carrière: verliep dit goed of waren er leerproblemen, omgangproblemen met medeleerlingen en, of leerkrachten, resp. met collega’s en, of leidinggevendenden.
- Relationele en seksuele ontwikkeling: verloop van de partnerrelaties, eventuele misbruiksituaties, de denkpatronen. Bij patiënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag dient deze beschrijving uitvoerig te zijn; zie voor meer richtlijn hierbij de ‘seksuele anamnese’ hieronder.
- Relevante life-events.

⁹ Gebaseerd op het ‘Basis Zorgprogramma, landelijk zorgprogramma voor forensisch psychiatrische patiënten’ van het EFP (2013), dat deze heeft ontleend aan de Pompestichting. Het is aangepast aan de poliklinische praktijk.



Beschrijf hierbij de relevante biologische, psychische en sociale aspecten.

- Biologisch: lichamelijke factoren die reeds vanuit het verleden meespelen zoals geboortetrauma, ADHD, verslaving, psychose.
- Psychisch: gedragspatronen, overleefstrategieën, overtuigingen; cognities, zelfbeeld.
- Sociaal: plaats en rol in het ouderlijk gezin, gezinscultuur en hoe daarin werd omgegaan met zaken als seksualiteit, geld en geweld. Sociale verwachtingspatronen, sociale ontwikkeling op school, vriendenkring.

3. De context

Beschrijf de zaken uit het heden die mogelijk een rol speelden in het delictgedrag.

Denk ook hier aan biologische, psychische en sociale aspecten.

- Biologisch: middelengebruik, seksuele opwinding, verminderde verstandelijke vermogens.
- Psychisch: de psychische toestand vooraf en tijdens het delict. Zijn er antisociale denkpatronen die het delictgedrag rechtvaardigen?
- Sociaal: de sociale, relationele context waarbinnen delictgedrag optrad. Sociale verhoudingen, (sub)cultuur, rolgedrag; groepsdruk.

4. De motieven en doelen

Beschrijf de motieven en doelen die mogelijk het delictgedrag (mede) in gang hebben gezet. Maak daarbij onderscheid tussen toenaderings- en vermijdingsdoelen. Denk ook hier aan biologische, psychische en sociale aspecten.

- Biologisch: te denken valt aan fysieke doelen zoals ontladen van spanning of opwinding.
- Psychisch: denk aan zich onkwetsbaar willen maken, succes willen voelen, strafbehoefte, status, zelfkwelling.
- Sociaal: bijvoorbeeld familierelaties willen handhaven of juist doorbreken, loyaliteit.

5. De gevolgen van het delict

Beschrijf de ter zake doende consequenties van het delict: wat gebeurde er na het delict? Het is van belang effecten op korte en langere termijn te onderscheiden. Heb ook hierbij oog voor de biologische, psychische en sociale aspecten.

- Biologisch: denk aan seksuele bevrediging.
- Psychisch: mogelijk toegenomen of juist afgenomen frustratie, bevestiging van cognitieve vervormingen.
- Sociaal: veranderde sociale verhoudingen zoals aanzien of juist isolement; macht, geld.

6. De dadertypering

Een typering van de dader, al dan niet met hulp van een typologie, kan (mits verantwoord) helpend zijn bij de delictdiagnose. De volgende karakteristieken kunnen daarbij helpen: reactief of instrumenteel geweld, impulsief, verslaafd, habitueel, kick zoekend, gelegenheidsdader, hyperseksualiteit, slachtoffers binnen of buiten eigen kring. De resultaten van het psychologisch onderzoek worden in de beschrijving van het dadertype verwerkt.

7. De risicofactoren, valkuilen

Beschrijf de risicofactoren voor de toekomst. Wat zijn de valkuilen, welke combinaties van factoren geven extra risico? De resultaten van de risicotaxatie worden hierin opgenomen.

8. De beschermende factoren

Beschrijf welke factoren beschermend gewerkt hebben en mogelijk meer of ernstiger delicten hebben voorkomen. Kunnen deze ook toekomstige delicten helpen voorkomen? Het kunnen situationele of sociale factoren zijn (bijvoorbeeld werk), relationele (bijvoorbeeld een partner) en individuele (bijvoorbeeld intelligentie of doorzettingsvermogen). Wanneer hier gericht onderzoek naar gedaan is (bijvoorbeeld met de SAPROF) worden de resultaten daarvan hierin verwerkt.



9. De beschrijvende delictdiagnose

De delictanalyse wordt afgerond met een beschrijving waarin bovenstaande geïntegreerd is. Hier worden hypothesen geformuleerd over de onderlinge samenhang en beïnvloeding van gegevens en factoren uit de verschillende gebieden. Ook gegevens uit de diagnostiek en eigen indrukken over de persoon kunnen hierin verwerkt worden. Er zijn meerdere hypothesen mogelijk, omdat er vanuit verschillende perspectieven naar dezelfde gegevens gekeken kan worden. Een goede analyse beschrijft dus verschillende perspectieven en motiveert de waarschijnlijkheid ervan.

Van belang, maar moeilijk, is het inschatten van het relatieve gewicht van verschillende aspecten. Op zich belangrijke psychische factoren zoals cognitieve vervormingen, kunnen qua directe invloed op het delictgedrag volledig overschaduw worden door biologische factoren zoals middelenmisbruik of door sociale factoren zoals gebrek aan werk.

Een delictanalyse is nooit volledig en 'perfect'. Er zullen witte plekken blijven en bijstellingen nodig blijken.

Eventueel worden de belangrijkste factoren en gebeurtenissen van vroeger naar nu op een tijdslijn gezet, voorzien van jaartallen.

10. De kansen, tevens behandeldoelen

Een goede analyse biedt aanknopingspunten voor en geeft richting aan de behandeling. Ze dienen in het behandelplan terug te komen, met inachtneming van relevantie en haalbaarheid.

Seksuele anamnese¹⁰

De seksuele anamnese bestaat normaal gesproken uit twee delen: de seksuele voorgeschiedenis en het huidige seksuele functioneren.

Een seksuele anamnese kan worden afgestemd op al aanwezige informatie. Hieronder staan onderwerpen die als leidraad kunnen dienen voor een seksuele anamnese.

Er kan gevraagd worden naar:

- Seksuele ervaringen in de kindertijd, puberteit en adolescentie (inclusief misbruikervaringen).
- Houding ten aanzien van seksualiteit in het gezin van herkomst; wijze van seksuele voorlichting.
- Actuele houding ten aanzien van seksualiteit, en actuele seksualiteitsbeleving.
- Seksualiteit in relaties.
- Kennis over voorbehoedsmiddelen en geslachtsziekten.
- Vreemd en, of afwijkend seksueel gedrag; hyperseksualiteit.
- Actuele opvattingen over seksualiteit, bijvoorbeeld over seks met kinderen, dieren, fetisjisme en dergelijke.

Het is niet waarschijnlijk dat een patiënt volledige informatie kan of zal geven over zijn psychoseksuele ontwikkeling, zeker niet zonder gerichte vragen.

Het is daarom wenselijk over informatie van derden te beschikken, zoals van familie of eerdere hulpverleners. Maar in de poliklinische praktijk is het vaak niet gemakkelijk deze te verwerven.

Het tekenen van een tijdslijn met de belangrijkste punten van de seksuele anamnese kan helpen bij het creëren van een overzicht over aanvang, chronologie en clustering van seksuele problematiek of delictgedrag.

¹⁰ Gebaseerd op het Zorgprogramma Seksueel Grensoverschrijdend Gedrag van het EFP (2013); echter aangepast ten behoeve van poliklinische bruikbaarheid

ZORGPROGRAMMA SEKSUEEL GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG

Traject 3: De vierdaagse deeltijdbehandeling - hoofdtraject

c Het hoofdtraject

c.1 Delictpreventie (levensloop en delictscenario)

Verantwoording

Patiënten die seksueel grensoverschrijdend gedrag hebben vertoond (delictgedrag), hebben meestal weinig inzicht in de vele verschillende factoren die in de loop van de tijd tot hun delict geleid hebben. Deze factoren zijn inmiddels in de delictanalyse verzameld en worden gedetailleerd uitgewerkt in de vorm van een delictketen en in een chronologische (en daarmee zichtbare en herkenbare) volgorde gezet, zodat met de patiënt gewerkt kan worden aan zijn risicofactoren. Patiënten hebben bij dit moeilijke proces deskundige begeleiding nodig. Tijdens deze langer durende, intensieve groepsbehandeling gaat de patiënt ervaren hoezeer zijn denk- en gedragspatronen in het delictgedrag een rol spelen en hoe deze dat ook in alledaagse situaties doen. Hulp van groepsgenoten (lotgenoten) is hierbij onmisbaar, onder meer om de ontkenning te doen stoppen en de (vaak) onderliggende schaamte te laten doordringen.

Doelgroep

Bij De Tender aangemelde patiënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag die op basis van de intake geïndiceerd zijn voor de vierdaagse deeltijdbehandeling. Patiënten hebben, bij voorkeur, het inhoudelijk voortraject achter de rug en er is een delictanalyse voorhanden.

Doelstelling

De patiënt kan beschrijven wat de samenhang is tussen zijn levensgeschiedenis, seksuele verlangens en voorkeuren, cognitieve vervormingen, zelfregulatiestijl en zijn delict. Er is – in afstemming met de ‘protocollaire groepsbehandeling van seksueel grensoverschrijdend gedrag’ - een persoonlijk en uitvoerbaar delictpreventieplan opgesteld waarin zichtbaar is dat de behandeldoelen zijn gerealiseerd.

Inhoud en werkwijze

Er is een bijeenkomst van anderhalf uur per week, gedurende minimaal dertig (werkzame) weken. Daarin staat steeds een patiënt met zijn delictanalyse centraal. Deze delictanalyse, met name de levensloop, wordt samen met de patiënt en groepsgenoten uitvoerig en gedetailleerd doorlopen. Daarmee wordt het niet alleen een feitenrelaas, maar een emotioneel gebeuren, met een – en dat is ook de bedoeling – psychotherapeutisch effect. De patiënt krijgt doorleefd inzicht in zichzelf en de achtergronden van zijn delictgedrag en is in staat daar ook verantwoording voor te nemen.

De e-mental health module ‘delictketen- en delictpreventieplan’ kan hierbij ter ondersteuning worden ingezet.

ZORGPROGRAMMA SEKSUEEL GRENDOVERSCHRIJDEND GEDRAG

Traject 3: De vierdaagse deeltijdbehandeling - hoofdtraject

c.2 Protocolaire groepsbehandeling van seksueel grensoverschrijdend gedrag

Verantwoording

Voor patiënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag kan deelname aan deze groep leiden tot verbetering in algemeen sociaal gedrag. Delictgedrag en de omgang met anderen zijn expliciete onderdelen van de behandeling.

Doelgroep

Bij De Tender aangemelde patiënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag die op basis van de intake geïndiceerd zijn voor de eendaagse deeltijdbehandeling. Patiënten hebben, bij voorkeur, de diagnostische fase achter de rug en er is een delictanalyse voorhanden.

Doelstelling

Er is een sociaal plan opgesteld, gericht op beëindiging van het delictgedrag en verkleining van de kans op (nieuwe) delicten. Patiënten weten hun behoefte aan sociaal contact, intimiteit, vriendschap en seksualiteit adequaat inhoud te geven. Ze begrijpen hoe seksuele motivatie werkt en beheersen strategieën ter vermijding van delictrisico's.

Inhoud en werkwijze

Patiënten werken in een halfopen groep aan acht modules:

- 1 Levensloop
- 2 Psychoseksuele problematiek
- 3 Delictgedrag
- 4 Gedachtekronkels en onbewuste opvattingen
- 5 Emotieregulatie
- 6 Slachtofferempathie
- 7 Sociaal netwerk
- 8 Prosociaal levensplan

Via rollenspelen, specifieke thuisopdrachten en het maken van het prosociaal plan wordt ook geprobeerd sociale vermijding te doorbreken.

De e-mental health module 'delictketen- en delictpreventieplan' kan ter ondersteuning worden ingezet.

ZORGPROGRAMMA SEKSUEEL GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG

Traject 3: De vierdaagse deeltijdbehandeling - hoofdtraject

c.3 Vaktherapie Beeldend

Verantwoording

Beeldende materialen en afbeeldingen geven vaak een andere ingang tot gevoelens dan woorden. Beeldend werk visualiseert innerlijke ervaringen waardoor een patiënt verschillende gevoelens ook leert uitdrukken, herkennen en van elkaar onderscheiden. Patiënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag hebben in het algemeen een laag zelfbeeld en mede daardoor schermen ze hun (negatieve) beleving veelal sterk af.

Door het maken van beeldende werkstukken, bijvoorbeeld over en voor hun slachtoffer(s) moet de patiënt zich inleven in de gevolgen van het delict(en) en in de gevoelswereld van hun slachtoffer. Door beeldend werken worden problematiek en kenmerkende gedragspatronen - ook letterlijk - zichtbaar en daarmee meer voelbaar en vandaaruit bespreekbaar. Beeldend werk kan zo leiden tot een completer beeld met betrekking tot de gedachten, gevoelens en het (delict)gedrag van patiënt en tot verbetering van het mentaliserend vermogen. Het draagt op deze manier bij aan delictpreventie.

Doelgroep

Bij De Tender aangemelde patiënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag die op basis van de intake geïndiceerd zijn voor de vierdaagse deeltijdbehandeling.

Doelstelling

De patiënt kan reflecteren op zijn gedrag, voelen en denken en hierop feedback ontvangen. Hij is in staat op een gelijkwaardige manier contact te maken met leeftijdsgenoten en kan gevoelens van zichzelf en iemand anders (h)erkennen.

De patiënt kan denk-, belevings- en handelingspatronen die in verband staan met het delict doorbreken. Hij heeft besef en verantwoordelijkheidsgevoel ontwikkeld voor de mogelijke schade die is aangericht door zijn delicten.

Inhoud en werkwijze

Patiënten werken met verschillende technieken en materialen aan individuele opdrachten in de groep. Iedere patiënt heeft zijn eigen beeldend proces. Dit proces sluit aan bij het therapeutisch proces van de deeltijdbehandeling. De opdrachten zullen daarom steeds meer persoonsgericht zijn. De sessies bestaan uit een gezamenlijke start, individueel werken en een gezamenlijk einde, waarbij gemaakt werk wordt getoond en besproken. De activiteiten worden afgestemd op het ontwikkelingsniveau van de patiënt en de groepssituatie. Omdat deze vaktherapie deel uitmaakt van een uitgebreid behandel aanbod kan veel diepgang worden bereikt, wat het geleerde bestendiger maakt.

ZORGPROGRAMMA SEKSUEEL GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG

Traject 3: De vierdaagse deeltijdbehandeling - hoofdtraject

c.4 Vaktherapie Drama

Verantwoording

Veel patiënten hebben weinig inzicht in en toegang tot de eigen belevingswereld, beschikken niet over een reëel zelfbeeld en kunnen zich niet cognitief en emotioneel verplaatsen in een ander. Door te oefenen met verschillende rollen krijgt de patiënt inzicht in zijn eigen gedachten, gevoelens, gewaarwordingen en denkbeelden en die van een ander, en kan hij gedragsalternatieven aanleren.

Doelgroep

Bij De Tender aangemelde patiënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag die op basis van de intake geïndiceerd zijn voor de vierdaagse deeltijdbehandeling. Patiënten hebben, bij voorkeur, de diagnostische fase achter de rug en er is een delictanalyse voorhanden.

Doelstelling

Het empathisch vermogen van de patiënt is toegenomen. Hij stelt zichzelf minder centraal, weet zich een beeld te vormen van de mogelijke effecten van zijn grensoverschrijdend gedrag op anderen en is in staat het geleerde te vertalen in alternatief gedrag.

Inhoud en werkwijze

De dramatherapeut bedenkt een bij de individuele patiënt en de groep passende rol en spelsituatie van waaruit wordt toegewerkt naar bewustzijn van gevoelens en gedachten en vervolgens naar nieuw gedrag.

Een bijzonder onderdeel vormt 'Joe Blegg'. Dat is een bekende en beproefde dramatherapeutische werkwijze, waarin met een interactief rollenspel wordt gewerkt aan de hand van een fictief persoon (Joe Blegg) die een delict heeft gepleegd en met wie de groepsleden zich kunnen identificeren. Het karakter, de daden, de gedachten en de slachtoffers van deze Joe Blegg worden in beeld gebracht. In spelsituaties worden delictgedrag, ervaringen, en de bijbehorende gedachten en gevoelens opgespoord en vervolgens gedragsalternatieven geoefend.

ZORGPROGRAMMA SEKSUEEL GRENDOVERSCHRIJDEND GEDRAG

Traject 3: De vierdaagse deeltijdbehandeling - hoofdtraject

c.5 Vaktherapie Bewegingsagogiek

Verantwoording

Veel patiënten hebben weinig inzicht in de eigen belevingswereld, hebben weinig contact met hun lichaam en gevoel, beschikken niet over een reëel zelfbeeld en weten niet wat hun gedrag doet met anderen. Door te oefenen in sport- en spelsituaties leert de patiënt zijn gevoel te herkennen, erkennen en daarnaar te handelen. Daarbij wordt de patiënt geconfronteerd met zijn gedrag en hoe dat overkomt op anderen zodat hij daarvan leert (Cahier 2010-1; Procesevaluatie van de prétherapie voor zedendelinquenten in PI Breda).

Doelgroep

Bij De Tender aangemelde patiënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag die op basis van de intake geïndiceerd zijn voor de vierdaagse deeltijdbehandeling. Patiënten hebben, bij voorkeur, de diagnostische fase achter de rug en er is een delictanalyse voorhanden.

Doelstelling

De patiënt kan zijn lichamelijke sensaties benoemen en dat koppelen aan zijn gevoel. De patiënt kan uitleggen wat dat voor hem betekent en hiernaar handelen. De patiënt weet wat zijn gedrag oproept bij anderen, hij herkent eigen grenzen en die van anderen en houdt daar op adequate wijze rekening mee.

Inhoud en werkwijze

Er zijn wekelijkse bijeenkomsten van anderhalf uur. In dat anderhalf uur worden lichamelijke oefeningen aangeboden. Daarbij wordt gewerkt vanuit actuele ontwikkelingen in de groep of actuele vragen van de patiënt. Het zijn ervaringsgerichte oefeningen waarmee de patiënt zich bewust wordt van lichaamssensaties en gevoelens. Zo leert hij zichzelf waar te nemen en daar betekenis aan te geven. Sportkleding is voor alle deelnemers verplicht. Er wordt gewerkt met het draaiboek 'bewegingsagogiek'.

ZORGPROGRAMMA SEKSUEEL GRENDOVERSCHRIJDEND GEDRAG

Traject 3: De vierdaagse deeltijdbehandeling - hoofdtraject

c.6 VRIS-cursus

Verantwoording

VRIS staat voor Vriendschap, Relaties, Intimiteit en Seksualiteit. Het is bekend dat patiënten van de doelgroep niet over de vaardigheden beschikken om gelijkwaardige vriendschappelijke en intieme relaties aan te gaan. Mede daarom zoeken zij dit bij 'zwakkeren', bijvoorbeeld kinderen en onbekende passanten of bij (kinder)pornografisch materiaal. Deze module besteedt hier gericht aandacht aan.

Doelgroep

Bij De Tender aangemelde patiënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag die op basis van de intake geïndiceerd zijn voor de vierdaagse deeltijdbehandeling. Patiënten hebben, bij voorkeur, de diagnostische fase achter de rug en er is een delictanalyse voorhanden.

Doelstelling

Patiënten gaan op een respectvolle en vaardige manier met de ander om. Kennis en vaardigheden op het gebied van vriendschap, intimiteit en seksualiteit zijn toegenomen.

Inhoud en werkwijze

De VRIS-cursus wordt volgens een protocol gegeven. Patiënten krijgen een handboek en werken tijdens de sessies aan vergroting van kennis over onderwerpen als vriendschap, verliefdheid, hygiëne, geslachtsorganen, SOA's, anticonceptiemiddelen en manieren van vrijen. Ook wordt ingegaan op vaardigheden als het maken van vrienden, omgaan met verliefdheid, het leren 'ja' en 'nee' zeggen en praten over seksualiteit.

ZORGPROGRAMMA SEKSUEEL GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG

Traject 3: De vierdaagse deeltijdbehandeling - hoofdtraject

c.7 'Zelfbeeld'

Verantwoording

Deze module betreft een vaardigheidsonderdeel, ontwikkeld door Korrelboom (2006, 2011) en is bedoeld voor mensen die eigenlijk wel weten dat hun oordeel over zichzelf te streng is, maar desondanks negatief naar zichzelf blijven kijken.

In het algemeen is het voor onze patiënten goed een positiever zelfbeeld te hebben omdat dit het vertrouwen in hun eigen mogelijkheden versterkt en daarmee ook het vertrouwen dat investeren in de behandeling lonend kan zijn. Specifiek voor patiënten met (dreigend) seksueel grensoverschrijdend gedrag is het goed een positiever zelfbeeld te hebben omdat er verband is tussen een laag zelfbeeld en het (hogere) risico op delictgedrag (Ward et al, 2004; Marshall et al, 2006).

Doelgroep

Bij De Tender aangemelde patiënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag die op basis van de intake geïndiceerd zijn voor de vierdaagse deeltijdbehandeling. Patiënten hebben, bij voorkeur, de diagnostische fase achter de rug en er is een delictanalyse voorhanden.

Doelstelling

Het voorheen te negatieve zelfbeeld van de patiënt is na deze training evenwichtiger en realistischer.

Inhoud en werkwijze

De behandeling is opgezet als een training. De werkwijze volgt het door Korrelboom ontwikkelde draaiboek, waarin stapsgewijs gewerkt wordt en dat in acht à tien bijeenkomsten wordt doorgewerkt. Het draaiboek is bedoeld als leidraad voor zowel behandelaars als patiënten. Er worden duidelijke richtlijnen en adviezen gegeven en van patiënten wordt verwacht dat ze deze zelfstandig uitvoeren in de vorm van oefeningen en taken. Dergelijke oefeningen en taken moeten zowel in de zittingen als thuis, bij wijze van dagelijks huiswerk, worden uitgevoerd.

Aan de orde komen thema's als: wat een zelfbeeld is, hoe de patiënt aan een negatief zelfbeeld komt en wat hij daar vervolgens aan kan doen.

ZORGPROGRAMMA SEKSUEEL GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG

Traject 3: De vierdaagse deeltijdbehandeling - hoofdtraject

c.8 Cognitieve gedragstherapie

Verantwoording

Bij mensen met seksueel grensoverschrijdend gedrag is veelal sprake van denkfouten of cognitieve vervormingen om dit gedrag te rechtvaardigen. Niet alleen bewuste gedachten of fantasieën spelen een rol bij de instandhouding van (delict)gedrag, maar ook onbewuste gedachten van basaler niveau. Op basis van de delictanalyse van de individuele patiënt worden methoden en technieken gericht toegepast om ooit aangeleerde denkwijzen en gedrag te veranderen.

Doelgroep

Bij De Tender aangemelde patiënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag die op basis van de intake geïndiceerd zijn voor de vierdaagse deeltijdbehandeling. Patiënten hebben, bij voorkeur, de diagnostische fase achter de rug en er is een delictanalyse voorhanden.

Doelstelling

Patiënten hebben het eigen ongewenste gedrag schematisch in kaart gebracht en kunnen alternatieven voor het ongewenste gedrag formuleren en toepassen. Ze herkennen de 'leergeschiedenis' van hun delictgedrag en weten op welke manier ze deze geschiedenis kunnen ombuigen. Ze herkennen hun cognitieve vervormingen, kunnen die afremmen en wijzigen in meer reële opvattingen.

Inhoud en werkwijze

In de therapie staat de non-adaptieve seksualiteitsbeleving en de uiting ervan door de patiënt centraal, evenals het vervangen hiervan door een adaptieve beleving en uiting. Patiënten staan bij toerbeurt in de aandacht en kunnen zelf situaties uit de actualiteit aandragen die kenmerkend zijn voor hun handelen en denken (inclusief fantasieën). Omdat er veel overeenkomsten zijn tussen de patiënten in hun patronen van voelen, denken en handelen, wordt de cognitieve gedragstherapie groepsgewijs gegeven.

ZORGPROGRAMMA SEKSUEEL GRENDOVERSCHRIJDEND GEDRAG

Traject 3: De vierdaagse deeltijdbehandeling - hoofdtraject

c.9 Gestructureerde psychodynamische groepstherapie

Verantwoording

Mensen die in de problemen komen vanwege grensoverschrijdend gedrag, kennen hardnekkige patronen in hun omgaan met anderen. Het betreft vaak onopvallend en op het eerste oog bescheiden gedrag dat soms zelfs empathie oproept waardoor patiënten soms ook voor elkaar krijgen wat zij beogen, lees: een delict plegen. In DSM-IV termen is er vaak sprake van persoonlijkheidsproblematiek met 'cluster-c'-kenmerken. Het is van belang de oorsprong en ontwikkeling van deze dynamiek te verkennen, evenals het effect ervan op de ander en tot nieuw gedrag uit te nodigen.

Dit onderdeel biedt hiervoor nadrukkelijk de ruimte. Het zelfverkenkend proces, dat in gang gezet wordt en de ervaring dat nieuw gedrag mogelijk is, komt de (verdere) ontwikkeling van de patiënt in de richting van een autonoom en verantwoord handelend individu ten goede. Hierdoor wordt de persoonlijkheidsproblematiek afgezwakt en wordt er gewerkt aan delictpreventie voor de langere termijn.

Doelgroep

Bij De Tender aangemelde patiënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag die op basis van de intake geïndiceerd zijn voor de vierdaagse deeltijdbehandeling. Patiënten hebben, bij voorkeur, de diagnostische fase achter de rug en er is een delictanalyse voorhanden.

Doelstelling

Patiënten hebben passende en acceptabele omgangspatronen. Ze hebben inzicht gekregen in (delictgerelateerde) patronen in de omgang met anderen, de bron hiervan verkend en het effect ervan op de ander is zichtbaar gemaakt.

Inhoud en werkwijze

In een open groep met maximaal tien deelnemers kunnen patiënten bespreken welke problemen ze in het contact met anderen (groepsgenoten, therapeuten, familie) tegenkomen. De therapeut be vraagt de patiënt gericht over de doelstelling en stimuleert medepatiënten tot hetzelfde. Daarbij worden verbanden gelegd met het kenmerkend (delict)gedragspatroon. De therapeut maakt wanneer nodig onderwerpen bespreekbaar. Vanuit de veronderstelling dat gedrag wordt gestuurd door beleving (emoties, schema's), wordt er nadrukkelijk verkend hoe de patiënt zich voelt bij wat hij doet. De sessies hebben weinig structuur waardoor patiënten eerder de voor hen kenmerkende gedrag patronen vertonen. Nieuwe patiënten kunnen gedoseerd instromen.

ZORGPROGRAMMA SEKSUEEL GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG

Traject 3: De vierdaagse deeltijdbehandeling - hoofdtraject

c.10 Sociotherapie

Sociotherapie is een methodische benadering die zowel individueel als groepsgericht is. Het taakgebied is het leefmilieu, de dagelijkse omgeving van de patiënt. Interventies zijn gericht op concreet waarneembaar gedrag.

Door voorbeeldgedrag, bekrachtigen, afremmen en negeren van individueel gedrag en het sturen en stimuleren van ontwikkelingen, wordt gestreefd naar een positief werkklimaat voor de hele patiëntengroep.

Er is veel zorg en aandacht voor het actuele psychosociaal functioneren van de patiënt en er wordt educatie en voorlichting gegeven over onderwerpen die in het dagelijks leven spelen.

Vanwege de poliklinische setting waarin de patiënt de behandeling volgt, heeft sociotherapie binnen De Tender gerichte aandacht voor de overgang van de behandelingsituatie naar de privésituatie en andersom. Risicosituaties worden in kaart gebracht en de patiënt leert ermee omgaan. De sociotherapie bewaakt en stimuleert dat de patiënt adequaat toepast wat hij in de behandeling leert.

De sociotherapie hanteert bij de uitoefening van haar werkzaamheden naast haar eigen deskundigheid (o.a. in de groepsdynamica) met name de uitgangspunten van Marshall (2006).

De volgende sociotherapeutische onderdelen maken deel uit van de vierdaagse deeltijdbehandeling:

- dagopening en dagsluiting
- maatschappelijk inbedding
- groepsbespreking
- doelengroep
- taakuur

ZORGPROGRAMMA SEKSUEEL GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG

Traject 3: De vierdaagse deeltijdbehandeling - hoofdtraject

Sociotherapie - dagopening en dagsluiting

Verantwoording

Deelnemers aan de vierdaagse deeltijdbehandeling zijn overdag in groepsverband intensief met de diverse therapieonderdelen aan het werk. 's Avonds, op woensdagen en in de weekenden zijn ze elders of thuis. Deze twee werelden worden met elkaar verbonden tijdens de Dagopening en de Dagsluiting. Dit zorgt voor een soepele overgang, maar dient ook om zicht te krijgen en te houden op elementen in de thuissituatie die de behandeling kunnen belemmeren of bevorderen.

Doelgroep

Bij De Tender aangemelde patiënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag die op basis van de intake geïndiceerd zijn voor de vierdaagse deeltijdbehandeling. Patiënten hebben, bij voorkeur, de diagnostische fase achter de rug en er is een delictanalyse voorhanden.

Doelstelling

De behandel dag wordt verantwoord begonnen en afgesloten. Er is zicht op de leefwijze van de patiënt, hoe hij omgaat met wat in de behandeling is aangereikt en op factoren uit de thuissituatie die van invloed kunnen zijn op het behandelverloop en het recidiverisico.

Inhoud en werkwijze

Meestal bij toerbeurt wordt de patiënt tijdens de dagopening en dagsluiting uitgenodigd om de behandelaar/sociotherapeut en groepsleden te informeren over zijn gemoedstoestand en relevante factoren uit de thuissituatie. Aan de hand van actuele situaties komen thema's of problemen op het gebied van zelfwaardering, verantwoordelijkheid nemen, attitudes, sociale vaardigheden en sociaal netwerk aan de orde.

De patiënt krijgt steun en advies en kan voor bepaalde zaken worden verwezen naar andere therapieonderdelen of naar de coördinerend behandelaar.

ZORGPROGRAMMA SEKSUEEL GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG

Traject 3: De vierdaagse deeltijdbehandeling - hoofdtraject

Sociotherapie - maatschappelijk inbedding

Verantwoording

Uit onderzoek is gebleken dat een goede maatschappelijke inbedding een delictpreventief effect heeft. Dit verdient binnen een intensieve behandeling dan ook volop de aandacht.

Doelgroep

Bij De Tender aangemelde patiënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag die op basis van de intake geïndiceerd zijn voor de vierdaagse deeltijdbehandeling. Patiënten hebben, bij voorkeur, de diagnostische fase achter de rug en er is een delictanalyse voorhanden.

Doelstelling

Er ligt een plan voor verantwoorde en veilige maatschappelijke inbedding dat stapsgewijs wordt uitgevoerd en wanneer nodig bijgewerkt. Er is zicht op sociaal-maatschappelijke factoren die een rol hebben gespeeld in het delictgedrag, op de actuele sociaal-maatschappelijke situatie van de patiënt en op overeenkomsten en verschillen met delictrelevante factoren, zowel de risicofactoren als de beschermende factoren.

Inhoud en werkwijze

Ten aanzien van een groot scala aan psychosociale en omgevingsproblemen worden sociaal-maatschappelijke factoren in kaart gebracht. Dit gebeurt ten aanzien van de situatie van kort voor, of ten tijde van het delict of de aanmeldreden, vervolgens nog eens voor de actuele situatie en ten slotte gericht op de toekomst. Daarbij wordt gebuikt gemaakt van een sociogram. Belangrijke onderdelen van maatschappelijke inbedding zijn 'huisbezoek' en 'koken'.

ZORGPROGRAMMA SEKSUEEL GRENDOVERSCHRIJDEND GEDRAG

Traject 3: De vierdaagse deeltijdbehandeling - hoofdtraject

Sociotherapie - groepsbespreking

Verantwoording

De patiënten van de vierdaagse deeltijdbehandeling volgen vrijwel elk onderdeel in dezelfde groep. Daarbij ontstaan ergernissen, sympathieën en antipathieën, zowel tussen patiënten onderling als tussen patiënten en behandelaren. De groepsbespreking is in het leven geroepen om dit te bespreken. Er is aandacht voor het hier en nu, met als voornaamste doel het werkklimaat en het behandelklimaat positief te houden. De groepsbespreking biedt ook de mogelijkheid te oefenen met sociale vaardigheden.

Doelgroep

Bij De Tender aangemelde patiënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag die op basis van de intake geïndiceerd zijn voor de vierdaagse deeltijdbehandeling. Patiënten hebben, bij voorkeur, de diagnostische fase achter de rug en er is een delictanalyse voorhanden.

Doelstelling

Het zodanig bespreken van de dagelijkse gang van zaken en omgang met elkaar, dat het leef- en behandelklimaat positief is en het verloop in de (overige) therapieën niet wordt verstoord.

Inhoud en werkwijze

Patiënten en sociotherapeuten kunnen onderwerpen die in de groep spelen op de agenda plaatsen en deze worden onder voorzitterschap afgehandeld. Voor zover van belang voor het groepsklimaat worden praktische zaken en de onderlinge omgang besproken. Ook zaken als de cultuur binnen de groep, openlijke en verborgen normen, waarden en rituelen, komen zo nodig aan de orde. Ergernissen en andere problemen die interfereren met een goed behandelklimaat worden besproken en opgelost. In de groep worden goede werkafspraken over de onderlinge omgang gemaakt. De sociotherapeut bewaakt de tijd, helpt zo nodig conflicten op te lossen, voorkomt niet passende escalaties en rapporteert over het verloop van de groepsbespreking.

ZORGPROGRAMMA SEKSUEEL GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG

Traject 3: De vierdaagse deeltijdbehandeling - hoofdtraject

Sociotherapie - doelengroep

Verantwoording

Het uiteindelijke resultaat van de deeltijdbehandeling wordt mede bepaald door de mate waarin de patiënt in de thuissituatie en in de maatschappij de beoogde gedragsverandering laat zien. Het is daarom van belang deze veranderingen gericht na te streven. De 'doelengroep' besteedt aandacht aan het formuleren van doelen en hoe deze stapsgewijs te bereiken. Met de hoofdoelen uit het behandelplan als uitgangspunt, worden door (mede) patiënten en sociotherapeut subdoelen opgesteld. Patiënten leren zo met inachtneming van hun eigen (on)mogelijkheden de gestelde doelen te bereiken.

Doelgroep

Bij De Tender aangemelde patiënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag die op basis van de intake geïndiceerd zijn voor de vierdaagse deeltijdbehandeling. Patiënten hebben, bij voorkeur, de diagnostische fase achter de rug en er is een delictanalyse voorhanden.

Doelstelling

De patiënt heeft zichzelf doelen gesteld ten aanzien van zijn functioneren op sociaal, relationeel en maatschappelijk gebied en er is een goed uitvoerbaar stappenplan gemaakt, gericht op het bereiken van deze doelen.

Inhoud en werkwijze

De patiënt formuleert een doel waaraan hij een week lang wil gaan werken en dat betrekking heeft op delictpreventie. Doelen en bijbehorende stappen worden wekelijks besproken en zo nodig bijgesteld. De patiënt wordt ondersteund in het stellen van prioriteiten en het bereiken van zijn doelen, onder andere door medepatiënten. De sociotherapeut ziet erop toe dat dit constructief gebeurt, adviseert de patiënt zo nodig en bewaakt de tijd.

ZORGPROGRAMMA SEKSUEEL GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG

Traject 3: De vierdaagse deeltijdbehandeling - hoofdtraject

Sociotherapie - taakuur

Verantwoording

In de loop van de week krijgt de patiënt veel informatie om te verwerken en opdrachten om uit te voeren. Het taakuur kan gebruikt worden voor het uitwerken van taken zoals de delictanalyse, het preventieplan en het uitvoeren van andere huiswerktaken en opdrachten. Het taakuur kan ook worden ingezet om de door de patiënt zelf geschreven evaluatie voor de behandelbespreking door te nemen en voor relatief spoedeisende contacten, zoals met de coördinerend behandelaar of psychiater.

Doelgroep

Bij De Tender aangemelde patiënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag die op basis van de intake geïndiceerd zijn voor de vierdaagse deeltijdbehandeling. Patiënten hebben, bij voorkeur, de diagnostische fase achter de rug en er is een delictanalyse voorhanden.

Doelstelling

De patiënt is in staat de eigen opdrachten en taken uit te voeren, roept tijdig en op passende wijze hulp in en biedt passende hulp aan zijn medepatiënten.

Inhoud en werkwijze

De patiënt werkt in twee afzonderlijke uren per week aan zijn taken en opdrachten. Hij weet in het algemeen zelf wat hij te doen heeft, maar kan hulp vragen aan groepsgenoten of een sociotherapeut. Voor de voorbereiding van zijn behandelbespreking levert de patiënt zijn conceptverslag in, waarmee hij groepsgenoten informeert over de voortgang in zijn behandeling. De patiënt vult dit zo nodig mondeling aan en groepsgenoten bieden hulp en geven hun kijk op diens functioneren. De sociotherapeut is op de achtergrond beschikbaar, ziet toe op doelmatige invulling van het taakuur en bewaakt de tijd.

ZORGPROGRAMMA SEKSUEEL GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG

Traject 3: De vierdaagse deeltijdbehandeling

d Individuele onderdelen en systeemaanbod

Op indicatie kunnen naast het vierdaagse aanbod extra behandelvormen aangeboden worden. De meest voorkomende staan beschreven bij 'traject 1'. Ze worden daarom hier niet meer beschreven. Volledigheidshalve worden ze hier wel genoemd:

- Psychiatrisch consult / medicatiecontact.
- Maatschappelijk werk.
- Psychotherapie, individueel.
- Gedragstherapie, individueel.
- Systeemtherapie (systeemtaxatie heeft al plaats gevonden).

e E-mental health

Voor meer informatie zie traject 1 (poliklinische behandeling), onderdeel d. e-mental health.

TRAJECT 4:

Het nazorg- en begeleidingstraject

Voor dit traject komen patiënten in aanmerking die na het poliklinische traject of na de eendaagse of de vierdaagse deeltijdbehandeling te hebben doorlopen, nog nabehandeling of nazorg vragen. Ook komen patiënten in aanmerking bij wie op voorhand is ingeschat dat geen van de voorafgaande trajecten (nog) meerwaarde bieden, die elders reeds behandeling hebben gevolgd of van wie het chronische van de problematiek reeds elders is vastgesteld. Behandeling in de zin van een aanpak gericht op duurzame delictpreventie door 'cure' wordt niet (meer) zinnig geacht, mogelijk kan er nog aan meer 'selfcontrol' gewerkt worden, maar soms is een langer durende begeleiding ('control') nodig. Een nazorgtraject wordt ingezet op basis van een concreet en uitvoerbaar preventieplan dat aan het eind van een voorgaand behandeltraject is opgesteld. Ligt een dergelijk plan er niet, wat bij een externe verwijzing kan voorkomen, dan is de eerste inzet om tot zo'n plan te komen.

De mogelijke behandelonderdelen zijn:

- Groepsnazorg; zedenproblematiek en maatschappelijke begeleiding,
- Individuele nazorg; maatschappelijke en psychosociale begeleiding,
- Forensisch Psychiatrisch Toezicht en Forensisch Psychiatrische Thuiszorg, waarbij de Functie ACT-methodiek wordt toegepast.

Daarnaast is, op indicatie, elk ander behandelonderdeel beschikbaar (zie volgend hoofdstuk).

ZORGPROGRAMMA SEKSUEEL GRENDOVERSCHRIJDEND GEDRAG

Traject 4: Het nazorg- en begeleidingstraject

a Groepsnazorg zedenproblematiek

Verantwoording

Uit de literatuur is bekend dat als mensen met seksueel grensoverschrijdend gedrag recidiveren, dit vaak enkele jaren na afsluiting van de behandeling gebeurt. Dit maakt een nabehandeling of begeleidingstraject in de vorm van een langdurend contact wenselijk. Dat kan overigens een laagfrequent contact zijn. Een groepstraject heeft hierbij de voorkeur, zeker wanneer de patiënten elkaar kennen en vertrouwen.

Doelgroep

Bij De Tender aangemelde patiënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag, die op basis van de intake geïndiceerd zijn voor behandeling en die geen intensieve behandeling (meer) nodig hebben of deze niet goed aankunnen. De risicofactoren zijn voldoende in beeld en worden beheersbaar geacht.

Doelstelling

In samenwerking met de patiënt het recidiverisico verder bewaken en terugdringen, bij voorkeur gebeurt dit aan de hand van een preventieplan.

Inhoud en werkwijze

Gedurende het eerste half jaar is er iedere twee weken een groepsbijeenkomst. Gedurende het daaropvolgende jaar komt de patiënt een keer per vier weken. In de groepscontacten wordt het dagelijkse doen en laten van de patiënt besproken in het licht van de risicofactoren. Er worden daarmee samenhangende adviezen en taken gegeven.

Voor het vervolg hierop worden op het individu afgestemde afspraken gemaakt. De begeleiding kan vervolgd worden, ook op individuele basis. Afhankelijk van het resterende risico kan dit geruime tijd voortduren. Hierover wordt minimaal jaarlijks een besluit genomen.

ZORGPROGRAMMA SEKSUEEL GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG

Traject 4: Het nazorg- en begeleidingstraject

b Individuele nazorg, maatschappelijke en psychosociale begeleiding

Verantwoording

Veel patiënten hebben individuele coaching of begeleiding nodig om adequaat te kunnen omgaan met hun problematiek ten aanzien van seksueel gedrag. Zij worden gecoacht en begeleid bij het leren van praktische, sociale en probleemoplossende vaardigheden en maatschappelijk aanvaardbare gedragingen. Zelfredzaamheid, zelfvertrouwen en zelfrespect van de patiënten groeien, waardoor zij beter in het maatschappelijke leven raken 'ingebed'. Dit heeft een delictpreventief effect.

Doelgroep

Patiënten die ondersteuning nodig hebben bij wat zij in andere therapieonderdelen hebben geleerd of die uitsluitend maatschappelijke begeleiding behoeven. Het is nodig dat de patiënt enig inzicht heeft in eigen emoties en gedragingen en dat hij de vaardigheden heeft dit inzicht te vergroten. Patiënten moeten ook de (psychische en sociale) mogelijkheden hebben praktisch/concreet te oefenen met wat er is besproken en is geleerd.

Doelstelling

De patiënt heeft in een concreet plan beschreven hoe hij adequaat met risicovolle situaties moet omgaan.

De patiënt is in staat tot zelfcontrole of om zich door anderen te laten controleren vanuit de inzichten die hij heeft opgedaan.

Inhoud en werkwijze

Er wordt gewerkt met psycho-educatie, coaching en begeleiding, inzichtgevende technieken, gedragstherapeutische technieken en elementen uit de sociale vaardigheidstraining en de cognitieve vaardigheidstraining. De frequentie van de gesprekken is afhankelijk van de behoefte van de patiënt en de ingeschatte noodzaak door de therapeut en kan variëren van wekelijkse gesprekken tot gesprekken die eenmaal in de twee à drie maanden plaatsvinden.

ZORGPROGRAMMA SEKSUEEL GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG

Traject 4: Het nazorg- en begeleidingstraject

c Functie ACT, Forensisch Psychiatrisch Toezicht en Forensisch Psychiatrische Thuiszorg

Verantwoording

ACT staat voor Assertive Community Treatment. Deze behandeling wordt binnen dit zorgprogramma geboden door forensische Functie ACT-teams. Het gaat hier om intensieve outreachende, langdurige en multidisciplinaire zorg en behandeling aan patiënten met grensoverschrijdend gedrag, meestal ook met ernstige psychiatrische problematiek en problemen op meerdere levensgebieden. De effectiviteit wordt bevorderd door ook in de eigen woonomgeving van de patiënt begeleiding te bieden, om zo de verworven kennis en vaardigheden te bestendigen en uit te breiden. Forensische Functie ACT kan zowel afzonderlijk als in samenhang met andere behandelonderdelen worden aangeboden. Het forensisch Functie ACT-team is in staat om zo nodig de behandelintensiteit op te schalen tot ACT-niveau. Wanneer forensische Functie ACT wordt geboden aan patiënten met een tbs-status, wordt gesproken van Forensisch Psychiatrisch Toezicht, in andere gevallen spreken we van Forensisch Psychiatrische Thuiszorg.

Doelgroep

Patiënten die voldoen aan de algemeen geldende criteria voor behandeling binnen De Tender, met veelal chronische problematiek op meerdere levensgebieden. Patiënten hebben enig zicht op hun problematiek en zijn enigszins gemotiveerd om met ondersteuning en bemoeienis van de Functie ACT-teamleden hun problematiek te herkennen, te erkennen en waar mogelijk aan te pakken.

Doelstelling

Ondersteuning van patiënten bij het zo volwaardig mogelijk deelnemen aan de samenleving. Integratie van de patiënt in zijn leefomgeving en wanneer nodig hulp bij normalisering van diens contacten met reguliere diensten (bijvoorbeeld UWV, Belastingdienst, energiemaatschappij) en hulpverleningsinstellingen. Dit alles gericht op duurzame delictpreventie. In de optimale situatie heeft de patiënt een voor hem (of haar) uniek

delictpreventieplan dat door constante oefening en actualisering geïntegreerd en geborgd is in zijn leven. De patiënt heeft geleerd zijn handicaps, beperkingen en daarmee veelal het chronische karakter van zijn problematiek te accepteren om van daaruit nieuwe stappen te kunnen ondernemen.

Inhoud en werkwijze

De zorgverlening voor de patiënt wordt uitgevoerd op basis van het Functie ACT organisatiemodel. De behandel- en begeleidingscontacten vinden voor het merendeel plaats in de thuissituatie en de sociale omgeving van de patiënt. Telefonische en mailcontacten maken deel uit van het aanbod. Actuele situaties worden besproken en geanalyseerd en in verband gebracht met het delictpreventieplan en het behandelplan. De individuele behoefte, hulpvraag en fase van behandeling maken dat er grote verschillen kunnen zijn in de intensiteit en inhoud van de behandeling. De hulp kan zowel praktisch als psychosociaal van aard zijn. Meestal is het een combinatie. Er kan aandacht besteed worden aan financiën, huishouding, dagbesteding en sociale contacten. De frequentie en inhoud van de behandeling of begeleiding zijn dan ook afhankelijk van de hulpvraag en de ernst van de problematiek. Forensische Functie-ACT is maatwerk. Vaak is samenwerking met het sociale steunsysteem van de patiënt en met andere betrokken hulpverleningsinstellingen hard nodig.

Er is drie keer per week een multidisciplinair teamoverleg, de zogeheten ‘factbord bespreking’, waarin de actuele situatie van de patiënt wordt besproken en het hulpverleningsaanbod kan worden bijgesteld.

TRAJECT 5:

Het aanbod op specifieke indicatie

Soms is het nodig om voor een individuele patiënt een uitzondering te maken bij de indicatiestelling. Bijvoorbeeld wanneer een patiënt toegelaten is tot De Tender, maar er aanleiding is te veronderstellen dat de behandelvormen die in het algemeen bij diens problematiek worden geïndiceerd, in zijn geval niet zullen aanslaan. Hierbij kan het gaan om patiënten die niet groepsgeschikt zijn, bijvoorbeeld vanwege een autismespectrumstoornis, een licht hersenletsel, psychopathische trekken, ernstige psychotrauma's of een lange voorgeschiedenis van disfunctioneren in groepen. Het kan ook gaan om patiënten die ook in individuele behandelcontacten nogal eens vastlopen. In dat laatste geval is er nadrukkelijke aandacht voor de matching met de therapeut en minder voor de matching met de therapie. Er wordt dan een verantwoorde keuze gemaakt uit de beschikbare behandelingen en behandelaars. In beginsel komen al de in dit boekje beschreven modules in aanmerking. Daarom worden deze nu niet opnieuw genoemd en beschreven. Deze onderdelen worden dan individueel gegeven, op een qua tijdsduur, uitleg, bejegening en dergelijke, aangepaste manier. Aan het einde van de behandeling is helder welke recidiverisico's er nog bestaan en hoe deze bezworen (kunnen) worden.

ZORGPROGRAMMA SEKSUEEL GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG

Aanvullende onderdelen

Aanvullende onderdelen

Onder de noemer 'aanvullende onderdelen' beschrijven we enkele andere activiteiten van De Tender, of waar De Tender als mede-ontwikkelaar of als mede-uitvoerende bij betrokken is.

a Het netwerk van familie en goede bekenden

Binnen dit zorgprogramma is er, overeenkomstig onze visie, aandacht voor de context van de patiënt. Dat is zichtbaar in meerdere behandelonderdelen die zijn beschreven: systeemtherapie, maatschappelijke inbedding, Forensisch Toezicht en Thuiszorg, Functie ACT. En dat is ook zichtbaar in enkele programmaonderdelen specifiek gericht op familie en vrienden. Niet alleen in het forensische veld maar ook in de reguliere ggz wordt contact tussen de behandelinstelling en de familie van een patiënt wenselijk geacht (Moree en Van Lier, 2006). Tal van instellingen hebben een 'familiebeleid'. De Tender heeft voor familie en andere direct betrokkenen twee onderdelen ontwikkeld.

a.1 De 'verwantenavond'

Voor patiënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag is een 'netwerk' van familie, intimi en bredere sociale contacten (clubs) van belang voor delictpreventie omdat zo'n netwerk de kwaliteit van leven kan verhogen (Bouman, 2009; Van Beek e.a., 2009). De delictpreventieve werking van behandeling wordt sterker als mensen uit het netwerk een rol (willen en kunnen) spelen in het zogeheten preventieplan. Om deze redenen is het van belang netwerkliden actief bij de behandeling te betrekken. Twee keer per jaar geven de patiënten van de vierdaagse deeltijdbehandeling voorlichting over hun behandeling aan de leden uit hun netwerk die voor hen belangrijk zijn zoals familie, vrienden, burens, werkgever of reclasseringswerker. Zij geven die avond uitleg over de inhoud van hun behandeling en de manier waarop zij daar persoonlijk invulling aan geven. Ze vertellen hoe ze een en ander ervaren. Vaak zijn het heel persoonlijke en aangrijpende verhalen. Er is ruimte voor vragen, aan de patiënten en de behandelaars, waarbij ook kritische kanttekeningen welkom zijn. En er is ruimte voor discussie. Deze avond wordt door de patiënten zelf georganiseerd.

ZORGPROGRAMMA SEKSUEEL GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG

Aanvullende onderdelen

a.2 De ‘gespreksgroep voor familie’

Zoals al aangegeven is voor patiënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag is een ‘netwerk’ van familie, intimi en bredere sociale contacten (clubs) van belang voor delictpreventie. Vaak hebben directe familieleden of intieme vrienden veel nadeel ondervonden van het delictgedrag van de patiënt: ze ondergingen pesterijen in de buurt, kregen verwijten van bekenden (‘waarom ga je niet bij hem weg’), kregen te maken met inkomstendaling (bijvoorbeeld als gevolg van detentie van de patiënt) of met een noodgedwongen verhuizing. Ze zijn te beschouwen als ‘indirecte slachtoffers’. Dit heeft het contact tussen hen en de patiënt beschadigd. Om een rol te kunnen spelen in de preventie en daarin een vrije keuze te kunnen maken, moet het contact enigszins hersteld zijn. Daarvoor is ruimte nodig om de ervaren lasten te onderkennen en te delen. De ervaring leert dat contacten met andere verwanten (lotgenoten) daarbij helpend kan zijn. Deze gespreksgroep heeft daarom ook de functie van ‘lotgenotengroep’. Deelname kan hen helpen hun ervaringen als indirect slachtoffer te delen, in plaats van voor zich te houden, en zo een plek te geven. Deze gespreksgroep richt zich dus op familie, vrienden en goede bekenden van onze patiënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag. Ze wordt vier keer per jaar gehouden. De inhoud van de bijeenkomsten staat niet bij voorbaat vast. Er wordt teruggekeken op de vorige bijeenkomst en afgelopen periode, er worden ‘praktijksituaties’ besproken, bijvoorbeeld negatieve ervaringen, mensen kunnen vragen stellen over de omgang en er kan theorie en educatie worden aangeboden.

b COSA

COSA is een delictpreventief aanbod van Reclassering Nederland en wordt door hen in samenwerking met de Avans Hogeschool momenteel in Nederland geïmplementeerd. COSA staat voor ‘Circles Of Support and Accountability’, vrij vertaald met ‘Cirkels voor Ondersteuning, Samenwerking en Aanspreekbaarheid’. De COSA-werkwijze komt er in het kort op neer dat er een ‘kernlid’ is, de patiënt, die omringd wordt door een aantal vrijwilligers. Daaromheen zit een kring van beroepskrachten. Dit alles wordt gecoördineerd door een ‘cirkelcoördinator’, een reclasseringsmedewerker. Het kernlid

moet aan een aantal voorwaarden voldoen, onder meer deelnemen of hebben deelgenomen aan een delictpreventief programma, waaruit aandachtspunten naar voren zijn gekomen (preventieplan). Ook de vrijwilligers worden met zorg geselecteerd op hun motieven en draagkracht, en krijgen ook een training. De kring komt op vaste momenten bij elkaar en is ook voor elkaar bereikbaar. Het geheel is onderdeel van het justitiële aanbod en daarom dient het kernlid een justitieel kader te hebben. Dat is ook de reden waarom de coördinatie en de eindverantwoording bij de Reclassering ligt. Theoretisch sluit deze werkwijze goed aan op wat in het algemeen als risicovol of beschermend wordt gezien (zie ook hiervoor): eenzaamheid en daarmee de neiging tot een geheim leven (delictgedrag) worden met COSA voorkomen, het sociale netwerk wordt vergroot, sociale vaardigheden nemen toe en er worden positieve relationele ervaringen opgedaan, wat het zelfbeeld versterkt. Patiënten van De Tender kunnen deelnemen en 'kernlid' zijn, behandelaren van De Tender kunnen deelnemen als 'beroepskracht'. De aanpak is in Canada ontwikkeld en in Engeland verder doorontwikkeld. COSA is in Canada en Engeland in staat gebleken de recidivekans bij zedendelinquenten aanzienlijk te verlagen. Er wordt zelfs een percentage van 70% genoemd. Reclassering Nederland heeft in samenwerking met het Expertisecentrum Veiligheid van de Hogeschool Avans besloten te onderzoeken of COSA ook in Nederland succesvol kan worden geïmplementeerd. Maar Nederland verschilt aanzienlijk van Canada en Engeland wat betreft de justitiële kaders voor nazorg van zedendelinquenten en de infrastructuur voor samenwerking en informatie-uitwisseling tussen de verschillende partijen zoals politie OM, reclassering en hulpverlening. In 2009 is het concept van COSA vertaald naar de Nederlandse situatie en is op twee testlocaties een pilot uitgevoerd, met name gericht op de implementatiemogelijkheden en voorwaarden in Nederland. De eerste resultaten zijn wat dat betreft hoopgevend. In hoeverre COSA ook in Nederland de recidive zal verminderen vraagt langetermijnonderzoek. Dergelijk onderzoek vindt inmiddels plaats en de eerste resultaten wijzen op een positief effect op het recidiverisico.

(Voornaamste bronnen: Lezing Studiedag Sectie Forensische Systemtherapie NVRG, Utrecht 2009; COSA in Nederland, 2011; Effecten van COSA in Nederland, 2013; www.cosanederland.nl)

LIJST VAN VOORNAAMSTE
LITERATUUR

LIJST LITERATUUR

Andrews, D.A., Bonta, J., & Wormith, J.S. (2004).
The Level of Service/Case Management Inventory (LS/CMI™): an offender assessment system. User's Manual.
Toronto: Multi-Health Systems inc.

Bonta, J.L., & Andrews, D.A. (2007).
Risk-Need-Responsivity Model for Offender Assessment and Rehabilitation. (User report 2007-06). Ottawa, Ontario: Public Safety Canada.
Retrieved on 9 September 2008 from http://www.publicsafety.gc.ca/res/cor/rep/_fl/Risk_Need_2007-06_e.pdf

Baek J., Verbeeck N., Debbaut D., Decavel B., Gunst E. (2009)
Sporen naar verandering
Garant, Apeldoorn

Van Beek D. (1999)
De delictscenarioprocedure
Gouda Quint, Arnhem

Van Beek D.J. en Luijten S. (2003)
Plegers van seksueel Misbruik; Groepsprogramma.
Forum Educatief / Dr. Henri van der Hoeven Stichting, Utrecht

Beek D. van en Mulder J. (2009)
Het zelfregulatiemodel in delictroutes; handleiding; deel II: Behandeling
(Bewerking van de oorspronkelijke uitgave van T. Ward, P.M. Yates & C.A. Long)
Utrecht, Forum Educatief

Berk T. (2003)
Handboek Korte Dynamische Groepstherapie
De Tijdstroom, Utrecht

Bögels S.M. en van Oppen, P. (1999)
Cognitieve therapie: theorie en praktijk.
Bohn Stafleu Van Loghum, Houten.

Bouman, Y.H.A. (2009)

Quality of life and criminal recidivism in forensic outpatients with personality disorders. A good Lives Approach

Y.H.A. Bouman, Nederland

Bullens R.A.R. en D. J. van Beek (2004)

Protocollaire ambulante behandeling van pedoseksuele plegers.

In: Keijsers, G.P.J., Van Minne, A., Hoogduin, C.A.L., (red.)

Protocollaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg I

Tweede, herziene druk.

Bohn Stafleu Van Loghum, Houten

COSA, Lezing Studiedag Sectie Forensische Systemtherapie NVRG, Utrecht (2009)

COSA in Nederland; Implementatieonderzoek Pilotfase (2011)

Programmabureau Circles-NL; (Expertisecentrum Veiligheid Avans Hogeschool en Reclassering Nederland).

(COSA) Effecten van COSA in Nederland, beknopte rapportage, (2013)

Programmabureau Circles-NL, (Expertisecentrum Veiligheid Avans Hogeschool en Reclassering Nederland).

Dooren S. van; H.J. Duivenvoorde; R.W. Trijsburg (2006)

Een meta-analyse van de effecten van psychotherapie bij persoonlijkheidsstoornissen.

Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, Utrecht

Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, EFP (2013)

Basis Zorgprogramma.

Landelijk zorgprogramma voor forensisch psychiatrische patiënten. Versie 1.2

Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, EFP (2013)

Seksueel grensoverschrijdend gedrag.

Landelijk zorgprogramma voor plegers van seksuele delicten in de forensische psychiatrie. Versie 2.2

Expertisecentrum Forensische Psychiatrie. EFP (2012)

Persoonlijkheidsstoornissen.

Landelijk zorgprogramma voor forensisch psychiatrische patiënten met persoonlijkheidsstoornissen. Versie 2.0

Frenken, J. (1997).

Plegers van seksueel misbruik van kinderen: Verscheidenheid, achtergronden en behandeling.

Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 52, 1094-1108.

GGZNederland, (2013)

Betere zorg, veilige samenleving; visiedocument forensische zorg.

Horn J. van; Scholing A. en Mulder J. (2005)

Risicotaxatie bij volwassen zeden- en geweldsplegers in een ambulante setting.

Diagnostiekwijzer, 8, 42 - 54

Horst, R.P. van der, H.J.M. Schönberger & C.H. de Kogel (2012)

Toezicht op zedendelinquenten. Effectiviteit en veronderstelde werkzame mechanismen van vormen van toezicht

WODC

Hutschemaekers G., Scholte W. en Tiemens B. (2007)

Zorgtoewijzing bij persoonlijkheidsstoornissen: naar een model voor getrapte diagnostiek?

In: Verheul, R en Kamphuis, J.H. (2007)

De toekomst van persoonlijkheidsstoornissen, diagnostiek, behandeling en beleid.

Bohn, Stafleu, Van Loghum, Houten

Hutschemaekers G., Groeneweg J., Claessens M., e.a. (2003)

Getrapte zorg en psychotherapeutische expertise binnen de Gelderse Roos.

De Gelderse Roos, Wolfheze

Janzing C. (2004)

Werken in een therapeutisch milieu

Bohn Stafleu van Loghum, Houten

Koeck S. D. van Beek & D. de Doncker (2002)

Classificatie van pedoseksuelen en verkrachters

Tijdschrift voor Seksuologie, 2002, 26: 37-45

Korrelboom C.W. (2011)

Verbeter uw zelfbeeld in 7 stappen.

Bohn Stafleu van Loghum, Houten.

Lambert, M.J. (2004)

Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavioral Change.

New York: John Wiley & Sons, Inc.

Lautenslager, M. (2011)

Wetenschap, akkoord, maar **welke** wetenschap? (2)

Psychotherapie als bouw pakket of trukendoos

Tijdschrift voor Psychotherapie jaargang 37, 5 (2011) p. 350-366

Marshall, W.L., Marshall, L.E., Serran, G.A. & Fernandez, Y.M. (2006)

Treating sexual offenders: An integrated approach.

Routledge, New York

Moors, H. en Rovers B. (2008)

Geloven in veiligheid

Tegendraadse perspectieven

Boom Juridische uitgevers, Den Haag

Moree, M., Lier van W. (2006)

Familiebeleid in de GGZ, van moeilijkheden naar mogelijkheden.

NIZW Zorg / EIZ

Mulder J. & Beek van D.(2002)

De rol van cognitieve vervormingen in het plegen van pedoseksuele delicten en hun plaats in de behandeling.

Tijdschrift voor Seksuologie 26: 79-86.

Putters K, Janssen M, Wel Th. van der Kelder M. (2012)

E-health: Face-to-Facebook

Over e-health en zelfredzaamheid van patiënten in de GGZ

Erasmus Universiteit Rotterdam, Bestuur & Beleid Management
Gezondheidszorg.

Olij, R, C.W. Korrelboom, I. Huijbrechts, M. de Jong, N. Cloin, M. Maarsingh & B. Paumen, (2006). De module zelfbeeld in een groep: werkwijze en eerste bevindingen. *Directieve Therapie*, 26, 307-325.

Philipse M.W.G. (2005).

Stoornis en delictgevaar. Spraakverwarring in de TBS.

De Psycholoog, 40, 460-461.

Philipse M.W.G. (2006).

'Evidence based practise' in de tbs. Maatschappelijke aspiraties versus empirisch realiteit.

Pedagogiek, 3, 274-290.

PMT voor zedendelinquenten in PI Breda:

Cahier 2010-1; Procesevaluatie van de prétherapie voor zedendelinquenten in PI Breda

PMT in Universitair Centrum voor Psychiatrie:

http://www.umcg.nl/nl/umcg/afdelingen/universitair_centrum_psychiatrie/patienten/behandelvormen/psychomotorischetherapie/pages/default.aspx

Pomp, E. (2009)

Het Good Lives Model. Een literatuurstudie

Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, Utrecht

Projectgroep AFPT (2008)
Visiedocument AFPT De Tender

Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, (2012)
Stoornis en delict.
Forensische en verplichte geestelijke gezondheidszorg vormen een keten
RVZ, Den Haag

Remmerswaal, (2003)
Begeleiden van Groepen
Bohn Stafleu van Loghum, Houten

Richters, J. en Gerrits, R.S. (2013)
Een pilot-studie naar de potentiële effecten van online behandeling voor
verschillende angststoornissen en depressie
Gedragstherapie 2013, 46; 161-178

Ruiter C. de, Van Veen V. (2005).
Terugdringen van recidive bij geweldsdelinquenten;
Werkzame interventies bij relationeel, seksueel en algemeen geweld
Trimbos-instituut, Rotterdam

Savenije, A, Van Lawick, E.T.M. Reijmers (red.) (2008)
Handboek Systeemtherapie
De Tijdstroom. Utrecht

Smeijsters, H. (2008).
Handboek Creatieve therapie.
Coutinho, Bussum

Smeijsters, H, Cleven, G. (2004).
Vaktherapieën in de forensische psychiatrie.
Expertisecentrum Forensische Psychiatrie

Trimbosinstituut, Utrecht 2008
Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen

Spanjaard H. & Es D. van (1999/2003).

De Delictanalyse. In: Spanjaard, H., Lange, M. de & Haspels, M.

Competentievergroting in een jeugdinrichting. Handleiding voor groepsleiders, gedragswetenschappers en unitleiders.

PI Research en JPC De Sprengen, Duivendrecht/Zutphen:

Verburg H (2006)

Implementatie van zorgprogramma's in de GGZ

Trimbos Instituut

Verfaille, M.F. (2011)

Mentaliseren in Beeldende Vaktherapie

Antwerpen/Apeldoorn. Garant

Vogel V. de, Ruiter C. de, Bouman Y., & Vries Robbé, M. de (2006).

Handleiding bij de SAPROF: Structured assessment of protective factors for violence risk. Researchversie.

Van der Hoevenkliniek / Trimbos instituut / Prof. mr. W.P.J. Pompestichting, Utrecht/Nijmegen:

Vogel V. de, Ruiter C. de, Bouman, Y. (2007)

Meting van protectieve factoren en het belang ervan voor behandeling in de forensische setting.

Introductie van de SAPROF

Tijdschrift voor Psychotherapie, 33, 102 – 119

Ward et al. (2004)

The Self-Regulation Model of the Offense and Relapse Proces – A Manual.

Volume 1: Assesment

Victoria, 2004

Nederlandse bewerking: Daan van Beek en Jules Mulder, (2007)

Forum Educatief, Utrecht

Willemars G. (2006).

Kwantitatief onderzoek naar de specifieke bijdrage van beeldende therapiebehandeling van cliënten met een zedendelict



DE TENDER

forensische poli- en dagkliniek

Poli- en dagkliniek De Tender biedt forensisch psychiatrische en psychotherapeutische behandeling en zorg aan mensen die in aanraking zijn gekomen met de rechter of met de politie. Maar ook aan mensen bij wie dat dreigt te gebeuren. Soms behandelen we in opdracht van de reclassering, soms omdat iemand dat zelf wil. Onze behandeling stemmen we zo goed mogelijk af op de individuele situatie van elke persoon. Het doel van De Tender is de psychiatrische en sociale problemen en klachten van onze patiënten te verminderen waardoor het (mogelijk) gevaarlijke gedrag duurzaam afneemt. **De eerste druk van dit boekje is tot stand gekomen omdat De Tender in 2009 twaalfeneenhalfjaar bestond. Het beschreef de toenmalige stand van zaken op het gebied van onze behandeling aan patiënten met (dreigend) seksueel grensoverschrijdend gedrag. Inmiddels bleek een herdruk nodig. Daarin zijn verdere ontwikkelingen en nieuwe behandelinzichten verwerkt.**



DE TENDER

forensische poli- en dagkliniek