

'Anders Denken, Anders Doen'

Een ambulante aanpak van licht verstandelijk gehandicapte zedendelinquenten

Janneke Kemperman, Nicolle Prevoo

Kairos, Pompestichting, Nijmegen

Samenvatting

Dit artikel beschrijft een ambulante behandeling van licht verstandelijk gehandicapte zedendelinquenten. Deze behandeling is ontwikkeld door een samenwerking van MEE Gelderse Poort en forensisch psychiatrische polikliniek Kairos (Pompestichting). De noodzaak tot behandeling van deze doelgroep wordt beargumenteerd. De visie op de behandeling en de inhoud van de training 'Anders Denken, Anders Doen' (ADAD) worden beschreven. Ervaringen uit de praktijk worden beschouwd en geïllustreerd aan de hand van twee casussen.

Wat te doen met een dergelijk licht verstandelijk gehandicapte jongeman die seksueel grensoverschrijdend gedrag vertoont? Bruinsma (1996) constateert dat zedendelicten van zwakbegaafde jeugdigen door hun verzorgers en de politie vaker als 'seksueel experimenteren' af worden gedaan dan het geval is bij normaal begaafde zedendelinquenten. Men lijkt over het algemeen de hoop te koesteren 'dat het wel over zal gaan'. Dat is echter zelden het geval. Het bagatelliseren van de ernst van het gedrag werkt averechts: de dader krijgt hierdoor de boodschap dat hij met het grensoverschrijdende gedrag door kan gaan zonder dat zijn gedrag gevolgen heeft. Hij krijgt geen handelingsalternatieven aangeleerd en de kans op recidive blijft onverminderd.

Vanaf 2002 zijn er gesprekken gevoerd over een samenwerking tussen het toenmalige SPD Gelderse Poort (nu: MEE Gelderse Poort) en forensisch psychiatrische polikliniek Kairos (onderdeel van de Pompestichting) ten aanzien van behandeling van mensen met een lichte verstandelijke beperking die een of meerdere zedendelicten gepleegd hebben. Bij Kairos was

er expertise over behandeling en terugvalpreventie voor psychisch gestoorde zedendelinquenten. Licht verstandelijk gehandicapten konden echter doorgaans niet aan groepsbehandelingen mee doen vanwege hun beperkte verstandelijke capaciteiten. Bij MEE Gelderse Poort had men de kennis over de aanpak en beperkingen van licht verstandelijk gehandicapten. Zij zaten echter in hun maag met het seksueel grensoverschrijdende gedrag van sommige cliënten. In deze samenwerking werden de krachten gebundeld.

Kairos en MEE Gelderse Poort hebben een gedeelde visie die pleit voor emancipatie van de verstandelijk gehandicapte: 'Als mensen met een (lichte) verstandelijke beperking recht (willen) hebben op volwaardig burgerschap, heeft dit als consequentie dat zij zich hebben te gedragen conform afgesproken en vastgelegde samenlevingsregels. Bij het plegen van een zedendelict en bij vaststelling van de strafmaat mag de verstandelijke beperking niet als een verzachtende omstandigheid aangevoerd worden. Hiermee wordt het streven naar volwaardig burgerschap ondergraven en draagt de pleger met een (lichte) verstandelijke beperking geen verantwoordelijkheid voor het eigen handelen. Volwaardig burgerschap betekent dat mensen met een (lichte) verstandelijke beperking, die een zedendelict gepleegd hebben, aangesproken moeten worden op gepleegde strafbare feiten. Anderzijds hebben zij ook recht op en behoefte aan een zorg- en begeleidingsaanbod welke op hun mogelijkheden toe-

gerust moet zijn' (Kroneman, 2004). Vanuit deze visie is er voor deze doelgroep een dagbehandeling gebaseerd op terugvalpreventie ontwikkeld.

Karakteristiek van de doelgroep en prevalentie

Volgens de definitie van zwakbegaafdheid uit de DSM-IV-TR (2000) moet er voldaan worden aan drie criteria:

1. een IQ tussen 71 en 84 bij een individueel afgenomen IQ-test;
2. niet kunnen voldoen aan normen die horen bij de leeftijd in vergelijking tot sociale vaardigheden, verantwoordelijkheden, communicatie, onafhankelijkheid en zelfredzaamheid;
3. ontstaan voor het achttiende levensjaar.

IQ-scores zeggen echter niet alles. Van Gennep (2004) beschrijft een groep met lichte cognitieve beperkingen waarbij hij alle personen met een IQ tussen de 50 en 70 meerekent, maar ook personen met een hoger IQ die soortgelijke leerkenmerken en leefomstandigheden hebben. Dit zijn personen met de labels 'zwakbegaafd', 'leerstoornissen', 'emotionele stoornis' met een IQ tussen de 70 en de 90. Wij hebben er voor gekozen om binnen de ADAD globaal van Gennep's ruimere IQ-scores aan te houden: deelnemers kunnen een IQ hebben tussen de 55 en 90. In principe spreken wij dan over 'licht verstandelijk gehandicapt', hoewel dit niet helemaal overeen komt met de officiële definitie.

Wij herkennen in onze doelgroep de beschrijving van Day (1993) die stelt dat 'de typische verstandelijk beperkte dader een jongeman is die in de matige tot 'borderline' intellectuele range valt, met slecht ontwikkelde sociale, interpersoonlijke en communicatieve vaardigheden, die onderpresteert op educatief gebied, vaak een kleine, maar zichtbare, fysieke handicap heeft en die vaak uit een niet goed functionerend gezinsstelsel komt'.

De sociaal-emotionele kenmerken van licht verstandelijk gehandicapte plegers van zedendelicten komen grotendeels overeen met die van normaal begaafde zedendelinquenten. Beide typen plegers hebben een tekort aan seksuele kennis en ervaring, slechte sociale vaardigheden, hun seksuele zelfregulatie is gering, ze kunnen veel en intens met seks bezig zijn en ze hebben traditionele seksuele opvattingen (ten Hag, 2004). Beide typen maken gebruik van cognitieve vervormingen en komen overeen in hun ontoereikende communicatieve vaardigheden en een bijzonder laag gevoel van eigenwaarde (van den Berg & van Beek, 2006).

Verstandelijk gehandicapte zedendelinquenten verschillen echter van normaal begaafde zedendelinquenten omdat ze er toe neigen opportunistischer en impulsiever te zijn in zowel hun dagelijks gedrag als

hun delicten (Boer, 1995). Ze maken minder slachtoffers, hebben geen hechte relatie met hun slachtoffers (kennissen, in plaats van familieleden) en hebben geen voorkeur voor leeftijd, geslacht of het uiterlijk van hun slachtoffer. Ook gebruiken deze daders vaker instrumenteel geweld (het gebruik van geweld om de medewerking van het slachtoffer te verkrijgen) dan expressief geweld (het gebruik van geweld omdat ze er seksueel opgewonden van raken).

Mensen met een verstandelijke handicap zijn gemakkelijker beïnvloedbaar door anderen en gevoeliger voor omgevingsfactoren dan mensen die deze handicap niet hebben. Daarom bestaat er bij hen een verhoogd risico voor het plegen van misdrijven (van Marle, 2004). Dat is althans de aanname, want over de prevalentie van misdrijven door verstandelijk gehandicapte personen is weinig informatie beschikbaar. In de statistieken van de totale populatie veroordeelden wordt namelijk niet structureel bijgehouden hoeveel van deze wetsovertreders een verstandelijke handicap hebben. Van Emmerik (2001) stelt dat 35 procent van de terbeschikkinggestelden in Nederland een IQ lager dan 90 heeft, 15 procent heeft een IQ lager dan 80.

Door Maguth Nezu, Nezu en Dudek (1998) wordt als conservatieve schatting van de prevalentie van 'gebrekig ontwikkelde' seksuele delinquenten in de totale daderpopulatie een percentage van tussen de 10 en 15 procent genoemd. Als zwakbegaafden worden meegerekend, is dit percentage minimaal 40 procent. Een ander onderzoek noemt de prevalentie van seksuele delicten gepleegd door zwakbegaafde mensen net zo hoog, of hoger dan in de algemene populatie (Lindsay, Olley, Baillie & Smith, 1999).

Day (1993) komt in zijn review van studies onder verstandelijk gehandicapte delinquenten tot een percentage tussen de 12 en 46 procent qua prevalentie van zedendelinquenten. Van Gennep (2004) vond dat 16 procent van het totaal aantal incidenten onder zijn verstandelijk gehandicapte onderzoekspopulatie een zedendelict betrof.

Het blijft onduidelijk hoe groot het probleem exact is. Wij denken dat er nog steeds een groot deel van onze doelgroep tussen wal en schip valt. Op een symposium over seksuele voorlichting bij verstandelijk beperkten in 2004 schatten Bosch en Suykerbuyk (2004) het percentage van deze populatie dat te maken krijgt met seksueel grensoverschrijdend gedrag (slachtoffer en/of dader) tussen de zestig en tachtig procent.

Wij krijgen jaarlijks circa veertien aanmeldingen uit de regio Zuid-Gelderland/Noord-Oost-Brabant/Noord-Limburg. Afgaande op verhalen van collega's in het licht verstandelijk gehandicaptenveld lijkt dit ons echter het topje van de ijsberg. Volgens Haaven (1998)

zijn de recidivecijfers voor wetsovertreders met leerproblemen niet hoger dan bij de normale populatie, maar recidiveren ze wel sneller. Maar liefst 84 procent van de recidives vindt plaats binnen twaalf maanden nadat de dader uit de gevangenis vrijgelaten is (Klimecki, Jenkinson & Wilson, 1994; in Haaven, 1998). Wij kunnen enkel concluderen dat er een poging moet worden gedaan om deze populatie middels behandeling te bereiken en de recidive terug te dringen.

Visie en uitgangspunten

Indicaties en contra-indicaties

Na de reguliere intakeprocedure van Kairos krijgen potentiële ADAD-kandidaten op indicatie een psychodiagnostisch onderzoek om hun intelligentieniveau te objectiveren en om een indruk te krijgen van mogelijke psychopathologie en persoonlijkheidsproblematiek. Als middels het psychodiagnostisch onderzoek en een screeningsgesprek vastgesteld wordt dat de kandidaat geschikt is, dan kan hij in aanmerking komen voor de training Anders Denken, Anders Doen.

Kandidaten kunnen een IQ tussen de 55 en de 90 hebben. Indien een kandidaat op een intelligentie-test lager scoort dan 70 wordt op individueel niveau bezien of hij toch voldoende vaardigheden heeft om iets op te steken van de groepstraining. Daarnaast wordt gekeken naar de samenstelling van de groep en in hoeverre de kandidaat, met extra steun, in de groep terecht kan.

Er wordt uitgegaan van groepen met mannelijke daders, aangezien in de praktijk alleen mannen aangemeld worden. Geïndiceerd voor deelname aan deze groep zijn mannen die 18 jaar of ouder zijn, een lichte verstandelijke handicap hebben en seksueel grensoverschrijdend gedrag vertonen of vertoond hebben. Men kan zowel vanuit een vrijwillig als een justitieel kader deelnemen. In de praktijk heeft tachtig procent van de deelnemers een justitieel kader.

Om van de groepsbehandeling te profiteren moet er sprake zijn van enig behandelperspectief. Dat wil zeggen dat de patiënt op termijn meer verantwoordelijkheid kan nemen voor zijn delictgedrag. Daarnaast moet hij in staat zijn om externe hulp in te gaan roepen. Er dient enig abstractievermogen te zijn, de kandidaat moet enigszins kunnen lezen en schrijven en hij dient in staat te zijn om in een groep te functioneren. Zonder de bovenstaande voorwaarden is de kans te groot dat het geleerde niet beklijft.

Contra-indicaties voor deelname aan de ADAD zijn stoornissen in het autistische spectrum, een grote kans op psychotische decompensatie en primaire verslavingsproblematiek. Verder wordt er bij de groepsamenstelling gekeken naar de verschillende psychia-

trische en persoonlijkheidsproblemen en de verdeling over de groepen om in te schatten of de dynamiek voor alle partijen werkbaar blijft. Een deelnemer met ADHD en een deelnemer met een borderline persoonlijkheidsstoornis zouden bijvoorbeeld samen in een groep kunnen, mits ze goed ingesteld zijn op medicatie en er verder geen zware persoonlijkheidsproblematiek bij de andere groepsleden aanwezig is.

Officieel mag volgens de DSM-IV op As II geen persoonlijkheidsstoornis gediagnosticeerd worden als er 'zwakbegaafdheid' of 'zwakzinnigheid' geconstateerd wordt. Het behandelteam diagnosticeert echter wel trekken van een persoonlijkheidsstoornis en soms zelfs een persoonlijkheidsstoornis als deze duidelijk aanwezig blijkt. Bij het samenstellen van een groep is vooral voorzichtigheid geboden bij het aannemen van kandidaten met trekken uit het B-cluster of mogelijke psychopathische trekken, aangezien hun problematiek de groep danig kan ontwrichten.

Uitgangspunten

De verstandelijk gehandicapte zedendelinquent is meestal erg beperkt in zijn mogelijkheden om zich te uiten en om adequaat om te gaan met ingewikkelde emotionerende gebeurtenissen en sociale omstandigheden; hij grijpt snel terug op impulsieve daden of bekende patronen. Het matige intellectuele inzicht werkt hierbij extra belemmerend. Ons uitgangspunt bij deze doelgroep is daarom zoveel mogelijk verschillende aangrijpingspunten aan te wenden om de kans te optimaliseren dat alternatieve gedachten en gedragingen toegepast gaan worden. Naar ons inzicht zijn de samenwerking tussen Kairos en MEE, het multidisciplinaire werken en het betrekken van het netwerk van de patiënt essentiële onderdelen om de behandeling te laten slagen.

De volgende uitgangspunten vinden wij van belang om de behandeling vorm te geven:

1. Vergroten van de controle

Het voornaamste doel van de behandeling is het voorkomen van terugval in seksueel grensoverschrijdend gedrag door het vergroten van controle. Enerzijds door de patiënten, voor zover dat mogelijk is, enige mate van interne controle bij te brengen. Anderzijds om een effectieve externe controle te creëren, met eerst de groepsleden en de groepsbehandelaren, en later met de eigen sociale omgeving van de patiënt, als steunpilaren.

Bij de groepsleden zelf wordt gestreefd naar het nemen van zoveel mogelijk verantwoordelijkheid voor het gedrag (interne controle). Dat betekent dat een groepslid enerzijds herkent en erkent wanneer het fout

dreigt te gaan en dan alternatieve gedachten en gedragingen inzet, en anderzijds dan hulp en steun kan inroepen om delictgedrag te voorkomen. Het netwerk van patiënt wordt van week tot week bij de behandeling betrokken doordat er een schriftje heen en weer gaat tussen het thuisfront en ADAD-groep, waarin staat hoe het met de patiënt gaat en waar extra aandacht aan besteed moet worden. Ieder groepslid heeft een ADAD-mentor en deze onderhoudt contact met het systeem en legt huisbezoeken af. Tweemaal in het programma wordt het gehele netwerk van alle groepsleden uitgenodigd voor een presentatie waarin ze informatie krijgen over de factoren die invloed hebben op het delictgedrag van de patiënt en hoe zij de patiënt kunnen helpen een delict te voorkomen.

Mocht blijken dat een groepslid hyperseksueel is en grote problemen heeft om zijn seksuele prikkels te bedwingen, dan kan er in overleg met een psychiater libidoremmende medicatie zoals Androcur of Decapeptil voorgeschreven worden.

2. Streven naar een zo bevredigend mogelijk leven voor de patiënt

In eerste instantie pakt de ADAD voornamelijk de criminogene factoren van patiënten aan: activiteiten en plaatsen die een hoog risico voor terugval met zich meebrengen dienen vermeden te worden. Als daar niets voor in de plaats komt, blijven er 'gaten' in het leven van een patiënt achter. Het is noodzakelijk dat een deelnemer leert om een zo bevredigend mogelijk leven te leiden, zonder dat zij een ander schade toebrengen. Hiervoor worden vaardigheden aangeleerd en handvatten aangereikt binnen de ADAD. Deelnemers krijgen bijvoorbeeld niet alleen te horen wat ze niet meer mogen op seksueel gebied, maar ook wat er wél kan binnen de wettenlijke en ethische grenzen. Bij 'Samen Doen' wordt geoefend met sociale vaardigheden, zodat zij leren op een adequate manier sociale contacten te onderhouden. Via MEE gaan sommige deelnemers naar SOOS-avonden met mensen met een zelfde capaciteitsniveau om te kaarten, te biljarten of te darten. Met de individuele mentor kan daarnaast bekeken worden wat er mogelijk is qua wonen en qua werk. Een en ander is gebaseerd op het Good Lives Model van Ward (Ward & Stewart, 2003), dat er vanuit gaat dat criminogene factoren moeten worden aangepakt, maar dat daarnaast het streven naar een zo bevredigend mogelijk leven zedendaders zal motiveren om delictvrij te blijven.

3. Behandeling aanpassen op leerniveau

De behandeling moet aangepast zijn aan het leerniveau van de individuele patiënten en de groep in zijn geheel.

Volgens Coleman en Haaven (1998) is het zaak om bij deze doelgroep zo effectief mogelijk strategieën aan te leren en ligt de behandeling aldus dichterbij onderwijs dan bij traditionele therapie. Vanuit cognitief-gedragstherapeutische principes wordt zo concreet mogelijk gewerkt. Er wordt uitgebreid met visuele vormen gewerkt: voor degenen die niet kunnen schrijven is er ruimte om te tekenen of plaatjes te plakken om expressie mogelijk te maken. Er wordt vaak gecheckt of de groepsleden de uitleg hebben begrepen en er wordt veel herhaald. Er wordt vooral veel concreet geoefend met alternatief gedrag.

Taakgerichte opdrachten die de groepsleden goed kunnen uitvoeren houden de motivatie hoog. Ze maken bijvoorbeeld collages van hun 'oude ik' die het delict gepleegd heeft en van hun 'nieuwe ik', die delictvrij blijft, naar het 'old me, new me'-model van Haaven (Coleman en Haaven, 1998). Om zaken te generaliseren en te consolideren wordt hiernaar gedurende de behandeling ook verwezen: 'wat zou je nieuwe ik nu doen?'.

4. Multidisciplinaire aanpak

Vanuit psychodiagnostisch onderzoek blijkt bij vrijwel alle groepsleden het performale IQ hoger dan het verbale. Praten is onvermijdelijk, maar bij deze doelgroep moet er dus vooral veel gedaan worden. Afwisseling van praten en doen is niet alleen nuttig om de aandacht vast te houden, maar ook behandeltechnisch werkt oefenen bij deze doelgroep beter dan praten. Adequaat omgaan met anderen en controle houden over jezelf kunnen zo langzamerhand 'ingesleten' worden. Non-verbale therapieën zoals psychomotorische therapie, dramatherapie en/of creatieve therapie zijn hierbij dan ook onmisbaar.

5. Veilige omgeving

Er dient een veilige omgeving gecreëerd te worden. In een onveilige omgeving vindt er geen zelfonthulling plaats en zullen de patiënten niet effectief kunnen leren. Er wordt in een gesloten groep gewerkt die uit maximaal zes deelnemers bestaat. Uit de praktijk is gebreken dat dit aantal het best werkbaar is. De groep is homogeen: hij bestaat enkel uit patiënten die een zedendelict hebben gepleegd. De groep wordt steeds door twee groepswerkers begeleid, een man en een vrouw. Dit zijn een groepswerker vanuit MEE en een psychosociaal begeleider of vaktherapeut vanuit Kairos.

Er moeten duidelijke groepsregels opgesteld worden, samen met de groep. Aan deze regels heeft iedereen zich te houden. Vanzelfsprekend horen 'geen wapens, geen drugs, geen agressie' hierbij. Een van

de belangrijkste groepsregels is echter dat wat er in de groep wordt gezegd, niet buiten besproken wordt. Dit is van belang omdat al aan het begin van de training het geheim over het delict doorbroken dient te worden: de groepsleden moeten vertellen welk delict ze gepleegd hebben en ook van elkaar weten wat ze gedaan hebben. Groepsleden mogen dus geen privé-zaken over andere groepsleden aan hun netwerk vertellen. Buiten de groep mogen groepsleden ook geen contact met elkaar hebben. Groepsleden vinden het vaak moeilijk om te snappen waarom deze regel ingesteld wordt en het is dan ook de regel die het meest frequent overtreden wordt. Dan is het zaak nogmaals uit te leggen dat deze regel geldt om te voorkomen dat groepsleden elkaar meetrekken in verkeerde activiteiten, om te voorkomen dat ze ruzie krijgen of juist een relatie, waardoor ze niet meer samen kunnen werken in de groep.

6. Hoogfrequente groepsbehandeling

Het eerste jaar van de training is het meest intensief: de eerste negen maanden draait het programma anderhalve dag per week. Daarna volgt een geleidelijke afbouw, naar een halve dag per week. Groepsleden kunnen door de hoge frequentie van zittingen eerder hun weerstand laten varen en zo het aangeboden programma optimaal benutten. Doordat er veel herhaling en oefening plaatsvindt, is er grotere kans op generalisatie. Generalisatie van de aangeboden materie van binnen de groep naar buiten in de praktijk is noodzakelijk om verandering op gang te brengen en te consolideren. Het tweede jaar geldt als nazorg, met elke twee weken een bijeenkomst van twee uur.

7. Continuïteit

Er dient continuïteit in plaats, tijd en therapeuten te zijn. Dit draagt ook bij aan een veilige omgeving: voor de groepsleden is het belangrijk om te weten waar ze aan toe zijn. De therapeuten zien hen iedere week of zelfs iedere therapiedag en zijn zodoende beter in staat om inconsequenties in de verhalen of veranderingen in het gedrag van de groepsleden waar te nemen.

8. 'Stick with the plan'

Het geprotocolleerde programma moet uitgevoerd worden zoals gepland. Groepsleden hebben namelijk

de neiging om veel over de actualiteit te praten. Zo ver dit ter zake doende is, is dit prima. Het is aan de therapeut om dit tijdig af te grenzen en verder te gaan met het vooraf geplande programma.

Het programma

Bovenstaande uitgangspunten zijn belangrijk voor de vorm waarin de ADAD gegoten is: de gesloten groep van maximaal zes volwassen licht verstandelijk gehandicapte mannen met een zedendelict, de twee begeleiders, de multidisciplinaire aanpak, het intensieve contact met het netwerk, de hoge frequentie van groepsbijeenkomsten in het eerste jaar, de nazorg.

In de praktijk ziet het eerste jaar het programma er als volgt uit: (zie figuur 1)

Na dit jaar volgt er een nazorgtraject van een jaar, waarbij de groep 1 x per 2 weken anderhalf uur samenkomt om de stand van zaken te bespreken.

Uiteindelijk is de inhoud natuurlijk het leidende principe van de ADAD. Als uitgangspunt voor de inhoud van de behandeling gebruiken wij een terugval-

	maandag	donderdag
09.00	welkom en belangrijke dingen	09.00 welkom en belangrijke dingen
09.05	bijpraten	09.05 bijpraten
09.45	pauze	09.45 pauze
10.00	samen doen	10.00 seksuele voorlichting
11.30	bewegingstherapie	11.30 uitbeelden
12.30	afsluiting	12.30 eten
		13.00 stoplicht
		14.00 iets leuks
		14.45 afsluiting

preventieprogramma dat wij voor licht verstandelijk gehandicapte zedendelinquenten aangepast hebben. Daarnaast is gebleken, zowel uit ervaring als uit de literatuur (hoewel harde cijfers ontbreken), dat seksuele voorlichting en sociale vaardigheidstraining essentiële onderdelen zouden moeten zijn van het behandelprogramma. De groepswerkers van MEE hebben de seksuele voorlichting en sociale vaardigheidstraining ('Samen Doen') verder ontwikkeld voor de ADAD-groep. Kairos heeft zich gebogen over de terugvalpreventietraining: 'Het Stoplicht'. In de groep neemt de groepswerker van MEE dan ook het voortouw als

Figuur 1: Schema eerste jaar ADAD



het gaat om seksuele voorlichting of Samen Doen en de psychosociaal begeleider van Kairos draagt de terugvalpreventiemodule. Voor het programma wordt verder gebruik gemaakt van vaktherapieën als psychomotorische therapie ('Bewegingstherapie') en drama-therapie ('Uitbeelden'). Deze blokken worden verzorgd door een vaktherapeut van Kairos, ondersteund door een werker van MEE. Bij de rest van de activiteiten wordt de verantwoordelijkheid verdeeld tussen Kairos en MEE.

Iedere ADAD-dag wordt begonnen met het blok 'Bijpraten' om te horen hoe het met de groepsleden gaat en of ze nog zaken mee hebben gemaakt die relevant zijn voor de training. Er is speciaal aandacht voor dynamische risicofactoren als alcoholgebruik, het opzoeken van risicosituaties en seksueel afwijkende gedragingen of fantasieën. Ze kunnen vervolgens ter plekke andere manieren van omgaan met het probleem bedenken en oefenen, bijvoorbeeld door middel van een rollenspel. In het blok 'Bijpraten' is er ook aandacht voor ieders individuele behandeldoelen: is daar die week aan gewerkt en hoe is dat gegaan?

Na het bijpraten volgt er een blok met ofwel 'Het Stoplicht', ofwel 'Samen Doen', afhankelijk van de dag. Vervolgens wordt er zo veel mogelijk afgewisseld met een non-verbaal blok zoals 'Uitbeelden' of 'Bewegingstherapie'. Deze vaktherapieën sluiten inhoudelijk aan op respectievelijk Het Stoplicht en Samen Doen en zijn in feite een verlengde hiervan. Zo oefent de groep bij Bewegingstherapie letterlijk met het respecteren van elkaars grenzen en leren ze bij Uitbeelden hoe ze gevoelens bij anderen kunnen herkennen.

Afhankelijk van de concentratiespanne van de deelnemers wordt er na ieder blok of na twee blokken even gepauzeerd. In de eerste negen maanden gaan de groepsleden één dag in de week rond het middaguur naar huis, de tweede dag beslaat twee dagdelen met lunch ertussen. Op de langste dag wordt er in de middag een non-verbale ontspannende activiteit aangeboden. Dit kan bijvoorbeeld een spelletje of een sportactiviteit zijn. Hierbij krijgen de groepsleden de verantwoordelijkheid om onderling uit te maken wat ze gaan doen en wat de regels zijn. Bij de afsluiting van de dag wordt er even stilgestaan bij hoe de groepsleden de dag hebben beleefd en met welk gevoel ze naar huis gaan.

De basis van het programma bestaat dus uit drie onderdelen: Het Stoplicht (terugvalpreventie), Samen Doen (sociale vaardigheidstraining) en Seksuele voorlichting. Bij deze drie onderdelen willen we een korte inhoudelijke toelichting geven. Daarnaast besteden we aandacht aan de presentaties, een onmisbaar onder-

deel van het jaarprogramma.

Bij deze modules wordt gebruik gemaakt van een gestructureerd werkboek met veel plaatjes, waarin de groepsleden ook ruimte hebben om te tekenen of een uitgeknipt plaatje te plakken.

Het Stoplicht

De terugvalpreventiemodule 'Het Stoplicht' is gebaseerd op relapse prevention van Marlatt (1985). De module is inmiddels verder ontwikkeld en uitgeschreven in een protocol. De module maakt gebruik van het beeld van een stoplicht: groen betekent dat je gerust door kunt gaan, oranje dat je heel erg moet uitkijken en rood dat je onmiddellijk moet stoppen. De module is onderverdeeld in zeven G's: Geschiedenis, Gebeurtenis, Gevoel, Gedachten, Gedrag, Gevaarenzone en Gevolgen. Daarin worden de stappen op weg naar het delict één voor één bekeken en vervolgens aan elkaar gekoppeld. 'Gevaarenzone' staat bijvoorbeeld voor de situatie waarin alles aanwezig is om weer een delict te plegen (het stoplicht staat dan op rood). Er wordt gekeken hoe die situatie er per groepslid uitziet, hoe ze deze situatie kunnen vermijden en hoe ze er op tijd uit kunnen komen als ze zichzelf toch plotseling in een gevaarlijke situatie bevinden.

Om op tijd uit hun Gevaarenzone te komen maken de groepsleden een 'hulpkaart', op bankpasformaat, die ze altijd in hun portemonnee moeten hebben. Op de hulpkaart staat waaraan ze moeten denken om geen delict te plegen, bijvoorbeeld: 'Denk aan mam' of een tekening van gevangenistralies. Daarnaast staat er op

Voorbeeld van een Gevaarenzone:

Wat gebeurt er om mij heen?

Ik ben in het park.

Wat voel ik?

Ik heb zin in seks.

Welke hulpdingen gebruik ik?

Ik gebruik een bal om met kinderen te spelen.

wat ze op dat moment moeten doen, meestal staat er 'WEG!', om er voor te zorgen dat ze zo snel mogelijk uit de situatie stappen. En als laatste staat er op wie ze vervolgens moeten bellen voor hulp: telefoonnummers van zowel informeel als formeel netwerk zodat ze in principe 24 uur per dag iemand kunnen bellen.

K. (27) tekent een boos gezichtje op zijn hulpkaart. Gevraagd waarom dat hem zou helpen om geen delict meer te plegen, vertelt hij dat hij moet denken aan iedereen die boos op hem zou zijn als hij weer in de fout zou gaan: 'vader boos, moeder boos, Henk (werkbegeleider, red.) boos'. En hij weet dat

hij dan behoorlijk in de problemen zit.

Samen Doen

Bij Samen Doen wordt de nadruk gelegd op het oefenen van alternatief gedrag. Groepsleden brengen een probleem uit de actualiteit in en er worden gedragsalternatieven geoefend aan de hand van een stappen-schema, gebaseerd op de Goldstein-modules.

P. (40) moet zijn zus vertellen dat hij in de gevangenis heeft gezeten vanwege seksueel misbruik van een minderjarige jongen en niet, zo als zij denkt, voor fraude. Hij moet haar vragen of ze hem desondanks wil helpen om in de toekomst uit de problemen te blijven. Dit wordt een aantal weken geoefend in de groep, totdat hij (ondersteund door een behandelaar) het geoefende bij zijn zus in de praktijk brengt. De zus reageert, na de eerste schrik, zeer adequaat. De rest van het jaar brengt P. telkens naar voren hoe trots hij is dat hij het haar uiteindelijk verteld heeft.

Seksuele voorlichting

Seksuele voorlichting start pas na een paar maanden, als de groep aan elkaar en de begeleiders gewend is. Voor aanvang van de ADAD wordt middels de Seksuele Kennis-, Attitude-, Vaardigheden- en Ervaringenlijst (SKAVE; ontworpen door Haspels & Spanjaard, 1999) nagegaan hoe het staat met de kennis en de ervaring van de groepsleden op het gebied van seksualiteit. Gedurende de training wordt er op een speelse manier seksuele voorlichting gegeven, middels de video's over 'Vriendschap en Verkering' uit de serie 'Lief en Lijf'.

Bosch en Suykerbuyk (2005) stellen dat het merendeel van de verstandelijk gehandicapten nauwelijks adequate seksuele voorlichting heeft gehad. Dat zien wij in de praktijk ook terug. Veel mannen weten amper hoe seks in verband staat met het krijgen van kinderen en wat er wel en niet strafbaar is op het gebied van seksualiteit. Daarnaast durven ze hun omgeving niet te vragen wat ze eigenlijk willen weten. Als ze eenmaal op hun gemak zijn in de groep komen deze vragen uiteindelijk wel naar boven.

Hoe worden kinderen nou eigenlijk gemaakt? Hoe krijg je een tweeling dan? Kunnen meisjes onder de zestiende zwanger worden? Vinden vrouwen seks eigenlijk fijn? Als je veel masturbeert, kan je zaad dan opraken? Kunnen je ballen exploderen als je helemaal niet masturbeert?

V. (22) wil weten of het strafbaar is om seks met een hoer te hebben. Wellicht dat er al een delict

voorkomen is door hem te vertellen dat prostitutiebezoek geen delict is.

Er wordt extra aandacht besteed aan de lacunes die uit de SKAVE naar voren komen en natuurlijk aan seksueel delictgedrag. Wat mag er wel en niet op het gebied van seks? Wat kun je doen als je seksuele voorkeur bij kinderen ligt, terwijl je daar niets mee mag doen? Sommige groepsleden blijken zeer gevoelig voor seksuele prikkels en zijn continu met seks bezig, bij hen wordt vaak gekozen voor ondersteuning met libido-remmende medicatie.

De presentaties

In het eerste jaar wordt er tweemaal een presentatie gehouden waarbij het netwerk uitgenodigd wordt. Zowel hulpverlenernetwerk als reclassering en woonbegeleiding, als familieleden van het groepslid zijn welkom. Bij de eerste presentatie, na een maand of vier (afhankelijk van de snelheid van de groep), leggen de groepsleden aan de hand van een delictketen uit hoe ze tot hun delict gekomen zijn. Het gaat er hierbij zowel om dat de patiënt verantwoordelijkheid neemt voor zijn delict ten overstaan van een groep met ook voor hem vreemde mensen en dat hij enig inzicht in zijn delict kan tonen (wanneer ik me alleen en rot voel, dan ga ik op zoek naar iemand om seks mee te hebben om me beter te voelen).

Aan het eind van het eerste jaar presenteren de groepsleden hun toekomstketen waarin staat hoe ze het anders zullen aanpakken, zodat ze delictvrij blijven. Bijvoorbeeld: 'als ik zin heb in seks, dan trek ik me af als ik alleen op mijn kamer ben', 'als ik me rot voel, ga ik in de tuin werken'.

Daarnaast geven ze uitleg bij hun signalenkaart. Op deze kaart staan de signalen die aangeven dat het niet goed met ze gaat. Zoals bijvoorbeeld: 'ik rook meer dan een pakje sigaretten per dag', 'ik sluit me op op mijn kamer', 'ik reageer bozig op de leiding'. Ook signalen die aangeven dat ze mogelijk richting een delict aan het afglijden zijn staan op deze kaart: 'ik trek me af terwijl ik aan kinderen denk', 'ik heb contact met kinderen', 'ik kijk harde porno'.

Met behulp van deze signalenkaart kan het netwerk hen helpen om op tijd in te grijpen. Zij kunnen fungeren als externe controle. Om te volgen hoe het met ze gaat vullen de meeste groepsleden de signalenkaart vervolgens dagelijks of wekelijks in, samen met een begeleider. Vanuit Uitbeelden laten de groepsleden tijdens de presentatie ook letterlijk 'beelden' zien van hoe ze er uit zien als het goed met ze gaat en hoe ze er uit zien als het minder goed of slecht met ze gaat. De groepsleden leggen hun eigen netwerk uit wat die ver-

volgens kunnen doen om hem te helpen. Bijvoorbeeld: 'me vragen hoe het met me gaat', 'me Kairos of MEE laten bellen om te zeggen dat het niet goed gaat en te praten over wat ik er aan kan doen.'

De tweede presentatie betekent ook afronding van het eerste jaar ADAD. De groep gaat verder in de nazorgfase, met iedere twee weken één bijeenkomst van twee uur. Idealiter stromen de groepsleden qua hulpverlening uit naar het reguliere Licht Verstandelijk Gehandicapten-circuit, met begeleiding vanuit MEE. Vaak is er echter nog wel enige begeleiding vanuit Kairos, bijvoorbeeld op het gebied van libidoremmende, of andere, medicatie.

Ervaringen uit de praktijk

Inmiddels zijn we aangekomen bij ADAD-groep nummer 5. Vijf groepen, waaraan gemiddeld zes patiënten deelnamen, maar er ook altijd wel één afhaakte, uitviel, of zelfs uit de groep verwijderd werd. Sommige groepen draaiden parallel aan elkaar, op verschillende locaties. Momenteel draait er een ADAD-Zeden-groep in Nijmegen en ADAD-Zeden-groep in Arnhem. Van de 33 groepsleden in totaal waren/zijn 27 patiënten verplicht aangemeld, dat is 84 %.

Behandeling van deze doelgroep is een gecompliceerde onderneming, waarbij recidiverisico een grote zorg blijft. Momenteel wordt er voor ieder groepslid voor het begin van de groepsbehandeling en vervolgens ieder half jaar, een SVR-20 (Sexual Violence Risk Assessment; Boer, Hart, Kropp & Webster, 1997) ingevuld. Dit is om te checken hoe het staat met het recidiverisico van een groepslid en te bezien welke risicofactoren extra aandacht behoeven. Na de groepsbehandeling wordt er gekeken of er verschuiving van het recidiverisico heeft plaatsgevonden.

De SVR-20 is ontwikkeld als richtlijn voor risicotaxatie voor alle typen zedendelinquenten. Er wordt een standaard set risicofactoren beoordeeld. De schaal bestaat uit 20 items, verdeeld over drie subschalen: psychosociale aanpassing, seksuele delicten en toekomstplannen. Het doen van dossieronderzoek, evenals het multidisciplinair (door meerdere beoordeelaars) invullen van de schaal, vergroot de betrouwbaarheid van het inschatten van het delict risico. Helaas zijn er niet structureel vanaf het begin SVR-lijsten ingevuld. Vandaar dat wij nog niets concreets kunnen zeggen over verschuivingen in het recidiverisico. Vanuit de klinische indruk lijkt het recidiverisico over het algemeen wel iets verlaagd ten opzichte van de situatie voor de start van de groepsbehandeling. Om iets zinnigs te kunnen zeggen over de effectiviteit van de ADAD-interventies zal er onderzoek moeten worden gedaan waarbij ook gekeken wordt naar

recidivecijfers op de lange termijn. Aangezien ADAD nog niet zo lang draait, kunnen wij enkel iets zeggen over recidive op korte termijn.

De meeste ADAD-deelnemers bleven gedurende het intensieve ADAD-programma, en zolang ze gevolgd werden en voor zover bekend, delictvrij. Achtien van de 26 (69 %) ADAD-leden die zijn gestart met de groep, hebben het programma ook helemaal afgemaakt. Bij zes deelnemers van deze 26 (23 %) is er echter sprake geweest van recidive gedurende het programma. Bij de recidivisten zaten ook twee exhibitionisten, waarvan, vergeleken met de algemene populatie van de ADAD, de terugvalkans hoger is.

Deze 23 % aan recidivisten lijkt niet abnormaal. Zoals O'Callaghan (1998) al stelt: 'problematische of zorgelijke incidenten zullen gedurende de behandeling bijna onvermijdelijk zijn. Het is belangrijk om hier snel op in te kunnen springen, alle factoren moeten geëvalueerd worden en de actuele afspraken moeten herzien worden'. De auteur pleit ervoor om niet te reageren met een model van restrictie en controle, maar voor het ontwikkelen van veilige en ondersteunende structuren door het toepassen van 'best practice' benaderingen zodat patiënten zich kunnen ontwikkelen. Dit is ook ons uitgangspunt: als er bij een groepslid van de ADAD sprake is van zorgelijk gedrag, een dreigend delict of een recidive, wordt er in overleg met de reclassering en eventuele woonbegeleiding een nieuwe strategie uitgestippeld. Als er sprake is van een nieuw (zeden)delict is het afhankelijk van de ernst en de aard van het delict of een groepslid kan blijven deelnemen aan het programma.

Als voorbeeld van de problemen die er spelen rondom deze doelgroep en de werkwijze van de ADAD, willen wij een tweetal casussen uitlichten. 'Willem' recidiveerde terwijl hij al geruime tijd in het programma meedraaide. Bij 'Ronald' was er sprake van een recidive toen hij net met ADAD gestart was. Vanuit privacyoverwegingen zijn de namen van beide patiënten gefingeerd.

Willem (52) is al bijna 25 jaar getrouwd met Riet. Hij exhibiteert al dertig jaar, de laatste jaren is de frequentie toegenomen tot circa dertig keer per jaar. Afgezien van een aanhouding en een korte gevangenisstraf toen hij in de twintig was, is Willem nooit aangehouden voor zijn delicten. Nadat hij een programma heeft gezien over exhibitionisten die overgaan tot aanranding en verkrachting wordt hij bang dat ook hij een stap verder zal gaan. Willem is al een aantal maanden vrijwillig bij Kairos in behandeling, maar een passende aanpak is nog niet gevonden omdat zijn intelligentie net te zwak is om te kun-

nen profiteren van de reguliere groepsbehandeling voor zedendelinquenten. Dan start de eerste ADAD-groep en Willem is blij dat er een plek voor hem is. Willem is met zijn 52 jaar de nestor van zijn groep en lijkt op te bloeien in deze rol. Hij is gediagnostiseerd met een borderline persoonlijkheidsstoornis. Symptomen steken zo nu en dan de kop op, maar over het algemeen is hij een rustig en constructief groepslid.

Gedurende Willem's deelname aan het programma geeft hij vaak aan dat hij worstelt met de drang tot exhibiteren. Na overleg wordt hij ingesteld op Androcur, een libidoremmend middel. Dit helpt tegen de aandrang, maar als de juiste dosis bereikt lijkt, blijken zijn suicidale tendensen hierdoor versterkt te worden. Er volgt een lang proces van zoeken naar een evenwicht. Naast de groepsbehandeling en het contact met de psychiater, worden er afspraken gemaakt met Willem en zijn vrouw Riet om risico's voor zowel recidive als suïcide zo veel mogelijk te verkleinen.

Ongeveer halverwege het eerste jaar gaat het echter toch mis: Willem meldt in de groep dat hij in het weekend gerecidiveerd is. Hij heeft geëxhibiteerd in een zijstraat van het winkelcentrum in zijn woonplaats en is gezien door een jonge vrouw. Hij krijgt een time-out van het groepsprogramma en de keuze: niet meer terug in de groep óf zichzelf aangeven bij de politie. Na enige bedenktijd kiest hij voor het laatste. Samen met zijn mentor maakt hij een afspraak bij de politie, die inderdaad een melding van schennis binnen heeft, met een signalement passend bij Willem. Hij legt zelf een verklaring af en uiteindelijk komt het tot een zaak, waarbij Willem wordt veroordeeld tot een taakstraf, een voorwaardelijke gevangenisstraf en langdurige begeleiding door reclasering. Willem blijft trouw naar zijn behandelingsafspraken komen. De justitiële stok achter de deur is voor hem een extra motivatie om niet te exhibiteren. Zijn recidive is inmiddels circa twee jaar geleden en Willem is, zover bekend, sindsdien delictvrij gebleven.

'Ronald'

Ronald (41) is vrijgezel en woont al jaren in een beschermde woonvorm met 24-uurs zorg. In het verleden is hij meermaals betrapt op seksueel grensoverschrijdend gedrag naar medebewoners, kinderen uit de buurt en collega's van zijn vrijwilligerswerk. Hij is eenmaal gedwongen verhuisd naar een andere woongroep, maar de begeleiders van de instelling voor beschermd wonen weten niet goed wat ze met hem aan moeten. Als Ronald met zijn bege-

leiders komt kijken of de ADAD-groep geschikt voor hem zou zijn, is er veel weerstand. Niet zo zeer vanuit Ronald, die staat er vrij neutraal in, maar vanuit de begeleiding. 'Is zijn niveau (IQ = 60) hier niet te laag voor? Is de behandeling niet te intensief voor Ronald?', zo vraagt de orthopedagoog zich af. Uiteindelijk start Ronald toch in het programma. Hij is gediagnostiseerd als manisch-depressief, maar dit is goed onder controle met medicatie want er is gedurende de behandeling geen sprake van stemmingswisselingen. Net na de start van de groep blijkt dat Ronald gerecidiveerd is: hij heeft het achtjarige zoontje van een van zijn zussen naar zijn kamer gelokt met een bal en hem vervolgens seksueel betast. Het idee dat Ronald aan delictplanning doet, is nieuw voor zijn begeleiders. Ze zijn er tot nog toe altijd vanuit gegaan dat het grensoverschrijdend gedrag hem 'overkomt'. Na het delict slaat de houding bij de begeleiding om: er wordt gekeken naar de eigen verantwoordelijkheid van Ronald. Ronald krijgt een time-out van de ADAD groep en een gesprek. Zijn familie wordt bij de behandeling betrokken en er wordt melding van het delict gemaakt bij de politie. Vooral het gesprek met de politie maakt veel indruk op Ronald. Nooit eerder is er een dergelijke consequentie gevolgd op zijn daden, vroeger kreeg hij alleen een standje van de begeleiding. Er wordt ook gekeken of Ronald in aanmerking komt voor behandeling met Androcur.

De zus die tevens moeder van het slachtoffer is, blijft betrokken bij de behandeling, evenals een broer uit het gezin. Meer moeite is er om moeder op het juiste spoor te krijgen. De broer van Ronald geeft aan dat moeder erg vergoelijkend is naar haar jongste zoon en nog steeds een bijna symbiotische relatie met hem heeft. Als Ronald in het weekend bij zijn moeder is, slaapt hij bij haar in bed. Seksueel grensoverschrijdend gedrag tussen moeder en zoon wordt door moeder ontkend. Uiteindelijk krijgen de betrokken behandelaren moeder en zoon zover dat Ronald thuis in een andere kamer slaapt. Daarnaast worden er afspraken gemaakt dat Ronald niet alleen thuis mag zijn, voor het geval er buurkinderen langskomen. Zo betekent dit op zondagochtend dat hij ofwel met moeder mee moet naar de kerk, ofwel terug naar zijn beschermde woonvorm gaat. Als moeder stelt dat het haar te ver gaat om hem daarvoor op zondagochtend wakker te maken en dat er amper buurkinderen over de vloer komen, is het Ronald zelf die aandringt op naleving van de regel: 'want je weet maar nooit of er niet toch een kind aan de deur komt'. Ronald's ADAD-groep bereidt momenteel de tweede presentatie voor.

Zoals blijkt uit beide casussen is het behandelen van deze doelgroep een complexe, maar ook uitdagende zaak, waarbij met veel factoren rekening gehouden moet worden.

Ideeën voor de toekomst

De (ambulante) behandeling van (licht) verstandelijk gehandicapte zedendelinquenten is nog een relatief nieuw veld. Desondanks is er sprake van een vruchtbare samenwerking tussen Kairos en MEE die geresulteerd heeft in het nu draaiende ADAD-programma. Zowel MEE als Kairos is erg tevreden over de intensieve samenwerking. Het programma is voortdurend in ontwikkeling. Wat niet blijkt aan te sluiten bij een specifieke ADAD-groep, wordt voor hen aangepast. Als uit onderzoekspublicaties blijkt dat bepaalde interventies bij licht verstandelijk gehandicapten niet werken, wordt door de behandelaars gekeken of dit een verandering van koers voor de ADAD moet betekenen. Tot nog toe gaat de behandeling steeds meer richting het (mede-)behandelen van het systeem. Familie, vrienden en begeleiders van een groepslid worden steeds eerder en intensiever bij de behandeling betrokken. Er komt meer en meer aandacht voor psychoeducatie, systeemgesprekken en instructies voor de aanpak van delict(gerelateerde) situaties. Daarmee hopen we een sterk web om de patiënt te weven, zodat de kans op recidive afneemt.

De behandelaars van de ADAD hebben het initiatief genomen om het draagvlak te verbreden voor de behandeling van licht verstandelijk gehandicapte zedendelinquenten, door een landelijke intervisie op te zetten. In deze intervisiegroep hebben een aantal organisaties hun krachten gebundeld. Enerzijds gaat het hierbij om ambulante forensisch-psychiatrische instellingen zoals De Waag, De Tender en Kairos. Anderzijds participeren instellingen voor mensen met verstandelijke beperkingen zoals de Hanzeborg, MEE Gelderse Poort, Den Engh en Abrona; en reguliere gezondheidszorginstellingen zoals GGZ WNBabant.

Onder de betrokkenen heerst de consensus dat er meer onderzoek naar de effecten van de behandeling van licht verstandelijk gehandicapten ontwikkeld dient te worden om 'best practice' te onderbouwen tot 'evidence based'. Om een basis voor onderzoek te scheppen worden data verzameld bij de diverse behandelprogramma's voor deze doelgroep die door intervisiepartners gedraaid worden. Deze samenwerking is noodzakelijk omdat het anders jaren zou duren om een populatie te verkrijgen die groot genoeg is voor valide onderzoek. Gezamenlijk met onze intervisiepartners hopen wij de behandeling van deze doelgroep tot een nog hoger niveau te tillen. Dit opdat enerzijds

de maatschappelijke veiligheid vergroot wordt en anderzijds verstandelijk gehandicapte zedendelinquenten in de toekomst een adequaat aan onze maatschappij aangepast leven kunnen leiden.

Discussie en conclusie

Wie deze doelgroep behandelt, moet veel energie, flexibiliteit en een lange adem bezitten. Bij de ADAD zijn per groep van patiënten drie behandelaars intensief betrokken: een groepswerker van MEE voor anderhalve dag in de week, twee psychosociaal begeleiders voor respectievelijk een halve en een hele dag. Daarnaast verzorgen twee vaktherapeuten beiden een uur per week en hebben patiënten vaak nog contacten buiten de groep, met bijvoorbeeld een psychiater. Is de investering niet te groot, in vergelijking met de opbrengst? Drop-outs hebben een vijf maal grotere recidivekans dan patiënten die een behandeling afmaken (Eppink, 2006), maar zelfs na een (klinische) behandeling wordt er nog een recidivecijfer van 30 tot 50 procent bij verstandelijk beperkte zedendelinquenten gevonden. Dit in tegenstelling tot een recidivepercentage van 11,2 procent bij normaal begaafde zedendelinquenten (LeGrand et al., 2003, in Eppink, 2006). Heeft behandeling van licht verstandelijk gehandicapte zedendaders dan überhaupt wel zin?

Er zijn momenteel nog te weinig data om echt te kunnen zeggen of onze 'Anders Denken, Anders Doen'-benadering werkt. We hebben enkel een 'best practice'-aanpak, gebaseerd op ervaring, klinische indruk en publicaties van onderzoeken die een gedeelte van ons veld bestrijken. Daarnaast blijkt onderzoek bij deze populatie ook erg lastig omdat de reguliere meetinstrumenten niet goed aansluiten bij het niveau van de doelgroep. De meeste testen en vragenlijsten doen een beroep op een mate van verbaal begrip, abstractie en zelfreflectie die niet binnen het vermogen van verstandelijk beperkten liggen (Kraijer & Plas, 2002). Daarnaast vertonen licht verstandelijk gehandicapten de neiging sociaal wenselijk te antwoorden (van der Velden, 2005). Deze factoren zullen ook in de toekomst het verrichten van onderzoek bemoeilijken.

Door licht verstandelijk gehandicapte zedendelinquenten bewust te maken van de maatschappelijke seksuele waarden en normen, ze sociale en relationele vaardigheden te leren en ze hierbij te blijven begeleiden, trachten MEE en Kairos met Anders Denken, Anders Doen een bijdrage te leveren aan de vermindering van het recidiverisico. Er wordt een enorme investering gedaan om verandering te bewerkstelligen hoewel er nog veel onduidelijk en onvoldoende onderzocht is. Toch vinden wij het de moeite waard om te trachten deze doelgroep zo goed mogelijk te

behandelen. De andere optie is 'niets doen' en daarvan kunnen we met zekerheid zeggen dat het leidt tot een hoge recidive. Gebaseerd op onze klinische ervaring stellen we dat onze behandeling effect lijkt te hebben. Nu is het echter zaak om dat te onderbouwen met gefundeerd onderzoek. Hiervoor is tijd en geld nodig. Samen met onze intervisiepartners hopen wij tot een onderzoek te komen dat over een aantal jaren zal leiden tot publicaties over effectiviteit van de behandeling van deze doelgroep.

Referentielijst

- American Psychiatric Association/Koster van Groos (2000). *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Boer, D.P., Dorward, J., Gauthier, C.M., & Watson, D.R. (1995). Treating intellectually disabled sex offenders. *Offender Treatability*, 7, 30-33.
- Boer, D.P., Hart, S.D., Kropp, P.R., & Webster, C.D. (1997). SVR-20: Sexual Violence Risk-20. Geautoriseerde Nederlandse vertaling: M. Hildebrand, C. de Ruiter & D. van Beek, 2001.
- Bosch, E., & Suykerbuyk, E. (2005). *Begeleiding van seksueel misbruikte mensen met een verstandelijke beperking*. Soest: Nelissen.
- Bruinsma, F. (1996). *De jeugdige zedendelinquent: Diagnostiek, rapportage en behandeling*. Utrecht: SWP.
- Coleman, E., & Haaven, J. (1998). Adult intellectually disabled sexual offenders: Program considerations. In W. Marshall et al. (Eds.), *Sourcebook of treatment programs for sexual offenders*, pp. 273-285. New York: Plenum Press.
- Day, K. (1993). Crime and mental retardation. In K. Howells & C. Hollin, *Clinical approaches to the mentally disordered offender*, pp. 111-164. Chichester, UK: Wiley and Sons.
- Eppink, K. (2006). *Cognitief beperkte zedendelinquenten. Het recidiverisico en gedragsveranderingen na intensieve poliklinische groepsbehandeling*. Master thesis klinische psychologie, Universiteit Utrecht/De Waag Utrecht.
- Haaven, J. (1998). Adapted SOTP: Application for accreditation. Prepared for SOTP Accreditation Panel by Program Development Section.
- ten Hag, B. (2004). Zuurstof in het vat. Groepsbehandeling voor zedendelinquenten met een verstandelijke handicap. In B. Deneer, *Gevaarlijke groepen: Groepsbehandeling in de ambulante forensische psychiatrie*, pp. 137-166. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Haspels, M.J.G., & Spanjaard, J.M. (1999). *SKAVE. Seksuele Kennis-, Attitude-, Vaardigheden-, en Ervaringenlijst*. Duivendrecht: PI Research.
- Kraijer, D.W., & Plas, J.J. (2002). *Handboek psychodiagnostiek en verstandelijke beperking: Classificatie, test- en schaalgebruik*. Lisse: Harcourt Book Publishers.
- Kroneman, W. (2004). *Evaluatie van het groepsaanbod 'mensen met een lichte verstandelijke beperking met seksueel grensoverschrijdend gedrag*. Intern rapport MEE Gelderse Poort, Arnhem.
- Lindsay, W.R., Olley, S., Baillie, N., & Smith, A.H.W. (1999). Treatment of adolescent sex offenders with intellectual disabilities. *Mental Retardation*, 37, 201-211.
- Maguth Nezu, C., Nezu, A.M., & Dudek, J.A. (1998). A cognitive behavioral model of assessment and treatment for intellectually disabled sexual offenders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5, 25-64.
- Marlatt, G.A., & Gordon, J.R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford.
- O'Callaghan, D. (1998). Practice issues in working with young abusers who have learning disabilities. *Child Abuse Review*, 7, 435-448.
- Prevoo, N.A.M. (1999). De ambulante behandeling van de zwakbegaafde seksuele delinquent. In C. de Ruiter & M. Hildebrand, *Behandelstrategieën bij forensisch psychiatrische patiënten*. Cure and Care development; Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- van den Berg, J.W., & Beek van, D. (2006). Verstandelijk gehandicapte plegers van seksueel grensoverschrijdend gedrag. Een literatuuroverzicht. *De Psycholoog*, 125-130.
- van der Velden, D.R. (2005). *Voorspellende factoren voor een hoog recidiverisico bij cognitief beperkte zedendelinquenten*. Master thesis klinische psychologie, Universiteit Utrecht/De Waag Utrecht.
- van Emmerik, J.L. (2001). *De terbeschikkingstelling in maat en getal. Een beschrijving van de tbs-populatie in de periode 1995-2000*. Den Haag: Justitiële Inrichtingen.
- van Gennep, A. (2004). Risico met beperkingen. In R. Geus & L. Roelvink (Red.), *Verstandelijk gehandicapten in aanraking met politie en justitie. Praktijkervaringen, onderzoek en beleid betreffende strafbare feiten begaan door mensen met een verstandelijke handicap*, pp. 7-16. Utrecht/Borne: NIZW/Aveleijn.
- van Marle, H. (2004). Hulpverlening of justitie: Keuzes in de zorg voor verstandelijk gehandicapten. In R. Geus & L. Roelvink (Red.), *Verstandelijk gehandicapten in aanraking met politie en justitie. Praktijkervaringen, onderzoek en beleid betreffende strafbare feiten begaan door mensen met een verstandelijke handicap*, pp. 17-24. Utrecht/Borne: NIZW/Aveleijn.
- Ward, T., & Stewart, C.A. (2003). The treatment of sex offenders: Risk management and good lives. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34, 353-360.

Summary

Think Differently, Act Differently

The subject of this article is the description of an outpatient treatment program for mild or borderline mentally retarded sexual offenders called 'Think Differently, Act Differently'. The treatment program is performed by a joint venture of MEE Gelderse Poort and forensic psychiatric outpatient treatment center Kairos (Pompestichting, Nijmegen, The Netherlands). The necessity of treatment is debated. The vision on treatment of this population is given and the content of the program is explained. Experiences from day to day practice are evaluated and illustrated with two cases.

Rectificatie

Lichen Sclerosus: wél katoenen ondergoed! Rectificatie symposiumverslag "Kriebels"

In mijn verslag van het symposium over seksualiteit & huidziekten "Kriebels" (TvS, jaargang 32, aflevering 2, 2008) is helaas een niet geheel onbelangrijk foutje geslopen: in tegenstelling tot wat de tekst vermeld is het advies van Joanne de Hullu (gyneacologisch oncologe UMC St. Radboud Nijmegen) om juist wél katoenen ondergoed te gebruiken (in ieder geval géén synthetische stoffen te dragen). Met dank aan de oplettende lezer Herman Lotgerink voor het opmerkzaam maken op deze omissie.

Egbert Kruijver