

Interventie

Zorgprogramma Seksueel Grensoverschrijdend Gedrag

Volwassenen



Erkenning

Erkend door deelcommissie Justitiële interventies

Datum: 15 maart 2023

Oordeel: Goed onderbouwd

De referentie naar dit document is: Hoogsteder, Schippers (12 februari 2023).
Justitieinterventies.nl: beschrijving Zorgprogramma Seksueel Grensoverschrijdend Gedrag Volwassenen.
Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut, Movisie en Trimbos instituut. Gedownload van
<https://www.trimbos.nl/kennis/justitiële-interventies/>.

Inhoud

Samenvatting	4
Doelgroep	4
Doel	4
Aanpak	4
Materiaal	4
Onderbouwing	4
Onderzoek	5
1. Beschrijving interventie	6
1.1 Doelgroep	6
1.2 Doel	9
1.3 Aanpak	11
2. Uitvoering	17
3. Onderbouwing	21
4. Onderzoek	32
4.1 Onderzoek naar de uitvoering	32
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten	33
5. Samenvatting Werkzame elementen	34
6. Aangehaalde literatuur	35

Samenvatting

Het zorgprogramma Seksueel Grensoverschrijdend Gedrag voor volwassenen (hierna: SGG-zorgprogramma) is bedoeld voor volwassen mannen die seksueel grensoverschrijdend gedrag (SGG) vertonen of hebben vertoond. Het betreft een heterogene groep met als algemene kenmerk dat de aanmeldreden een zedendelict en/of seksueel grensoverschrijdend gedrag betreft. Het gaat veelal om cliënten met een seksueel profiel en een laag-matige tot hoge kans op seksuele recidive en/of een antisociaal profiel met een matige tot zeer hoge kans op algemene recidive. Er zijn dus ook cliënten die kenmerken van beide profielen bevatten. Het doel van het zorgprogramma is om SGG in het heden te stoppen en de kans op seksuele en/of algemene recidive te verminderen. Het zorgprogramma maakt gebruik van een modulair aanbod dat kan worden afgestemd op de aanwezige kritische risicofactoren en responsiviteitsfactoren. De duur en intensiteit van de behandeling worden afgestemd op het recidiverisico van de cliënt. Het SGG-zorgprogramma maakt gebruik van een cognitieve gedragsmatige aanpak en het structureel aanbieden van ervaringsgerichte oefeningen, en onderdelen uit het Good Lives Model. Verder hanteert het zorgprogramma een systeemgerichte benadering, tevens wordt farmacotherapie ingezet en/of begeleiding van een forensisch maatschappelijk werker en/of eHealth, indien van toepassing.

Doelgroep

Het SGG-zorgprogramma is bedoeld voor volwassen mannen die seksueel grensoverschrijdend gedrag (SGG) vertonen met een IQ-score boven de 80. Er is sprake van een laag-matige tot hoge kans op seksuele recidive en/of een matige tot zeer hoge kans op algemene recidive.

Cliënten die voor dit zorgprogramma in aanmerking komen, hebben SGG vertoond richting één of meerdere personen waarmee de pleger direct contact (fysiek of online) heeft gehad of de dreiging hiertoe groot is. De doelgroep kan worden onderverdeeld in (kind)misbruikers met een seksueel of antisociaal profiel.

Doel

Het zorgprogramma heeft primair tot doel om SGG in het heden te stoppen en om (de kans op) seksuele en/of algemene recidive te verminderen. Dit doel wordt bereikt door de invloed van aanwezige kritische dynamische criminogene risicofactoren te verminderen en door beschermende factoren te versterken.

Aanpak

Het SGG-zorgprogramma maakt gebruik van een modulair aanbod. De aanpak is gebaseerd op de Risk, Need, Responsivity-principes. Om te voldoen aan het responsiviteitsprincipe wordt er gebruik gemaakt van een cognitieve gedragsmatige aanpak en het structureel aanbieden van ervaringsgerichte oefeningen (helpt van alle behandelsessies) en onderdelen uit het Good Lives Model. Verder hanteert het zorgprogramma een systeemgerichte benadering. Tevens wordt indien passend farmacotherapie ingezet en/of begeleiding van een forensisch maatschappelijk werker en/of eHealth. De behandelduur en behandelfrequentie verschilt per cliënt en is gebaseerd op het aanwezige recidiverisico.

Materiaal

De inhoudelijke onderdelen van het zorgprogramma zijn de Startmodule, de module Stressreductie, de Kernmodule en de module Zelfbeeld. Daarnaast bestaat het materiaal uit diverse handleidingen, zoals een theoretische handleiding en een managementhandleiding. Er is ook een programmahandleiding voor de behandelaars (met in de bijlage een werkboek voor systeemleden gericht op het kunnen delen van ervaringen, psycho-educatie, en handvatten voor het bieden van ondersteuning aan hun partner / familielid, waaronder een bijdrage leveren aan het naleven van het veiligheidsplan). Voor de werving kan gebruik gemaakt worden van een folder en een PowerPointpresentatie.

Onderbouwing

De Integrative Theory of Sexual Reoffending (ITSRO) wordt gebruikt als overkoepelend model om SGG en seksuele of algemene recidive te verklaren. De ITSRO bekijkt SGG vanuit de interactie tussen biologische factoren, ecologische factoren, en neuropsychologische factoren. Biologische factoren en ecologische factoren (sociale en culturele omgeving, persoonlijke omstandigheden) beïnvloeden neuropsychologische factoren. De interacterende biologische, ecologische en neuropsychologische factoren kunnen resulteren in specifieke klinische symptomen. Deze klinische symptomen spelen een rol in de ontwikkeling en het in stand houden

van SGG en functioneren hierdoor als criminogene risicofactoren. Om meer oog te hebben voor cliënten met een seksueel profiel en afwijkende seksuele interesses die kunnen leiden tot SGG wordt ook gebruik gemaakt van het Incentive Motivational Model of Sexual Deviance. Het IMMSD stelt dat de aanwezigheid van deviante seksuele interesses een duidelijke relatie heeft met de seksuele component in het grensoverschrijdende gedrag. Seksuele deviantie kan tot stand komen wanneer er geen bevredigend (legaal) seksleven is en iemand afwijkende (sterkere) seksuele prikkels nodig heeft om tot seksuele opwinding te komen. De gebruikte onderbouwing maakt inzichtelijk welke risicofactoren aangepakt dienen te worden.

Onderzoek

Er hebben twee procesevaluaties plaatsgevonden naar de uitvoering van de interventie, waarbij zowel behandelaars als cliënten zijn betrokken. Uit de eerste procesevaluatie die in 2016 en 2017 was uitgevoerd werd duidelijk dat er onvoldoende draagvlak was voor het zorgprogramma. Behandelaars wilden dat er inhoudelijke verbeteringen werden aangebracht. Om die reden is het zorgprogramma doorontwikkeld en heeft er in 2021 een nieuwe procesevaluatie plaatsgevonden. Deze keer bleek er voldoende draagvlak en kon ook het niveau van de programma-integriteit worden beoordeeld. Uit deze procesevaluatie kwam naar voren dat over het algemeen voldoende programma-integriteit werd gewerkt. Zo kregen de cliënten in voldoende mate de (potentiële) werkzame elementen aangeboden van het zorgprogramma en het aanbod sloot in voldoende mate aan bij de problematiek en de risicofactoren van cliënten. Wel bleek dat er meer aandacht besteed kon worden aan het aanbieden van ervaringsgerichte oefeningen. Ook bleek dat het domein algemene zelfregulatie meer aandacht mag krijgen tijdens de behandeling. De cliënten waren tevreden met de behandeling, ze gaven deze gemiddeld genomen een 8,5. Vooraf aan de behandeling gaven zij de mate waarin zij grip hadden op hun problemen een 3,8 en na afronding een 7,6. Zij vinden dat de behandeling hierbij heeft geholpen (score 8,6). De cliënten hebben er vertrouwen in dat zij door het volgen van de behandeling geen SGG meer zullen vertonen (score 8,2).

1. Beschrijving interventie

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

Het SGG-zorgprogramma is bedoeld voor volwassen mannen **met een IQ-score boven de 80** die seksueel grensoverschrijdend gedrag (SGG)¹ vertonen of hebben vertoond. Het betreft een heterogene groep met als algemene kenmerk dat de aanmeldreden (het vermoeden van) het plegen van een zedendelict betreft en/of seksueel grensoverschrijdend gedrag. Het gaat om cliënten met een seksueel profiel en een laag-matige tot hoge kans op seksuele recidive en/of een antisociaal profiel met een matige tot zeer hoge kans op algemene recidive (waaronder mogelijk SGG, maar ook andere vormen van delictgedrag). Er zijn cliënten die kenmerken hebben van beide profielen.

Algemene kenmerken

Bij de subdoelgroepen worden de risicofactoren die een rol kunnen spelen bij het plegen en in stand houden van SGG in vijf domeinen ondergebracht (Thakker & Ward, 2012). Vaak spelen minimaal drie van de vijf domeinen een rol bij de problematiek van de cliënt die valt onder de doelgroep. Het gaat om de volgende domeinen:

- 1) antisociale levenshouding: dit uit zich in structurele problemen op het gebied van werk en/of financiën en/of huisvesting en problematisch middelengebruik;
- 2) cognitieve vervormingen die sneller leiden tot SGG en/of een antisociale levenshouding;
- 3) problemen met sociale contacten en intimiteit;
- 4) problemen met de algemene zelfregulatie, waaronder emotieregulatie en impulsiviteitsproblemen;
- 5) problemen met de seksuele zelfregulatie en/of seksuele deviantie.

Cliënten die voor dit zorgprogramma in aanmerking komen, hebben SGG vertoond richting één of meerdere personen waarmee de pleger “direct” contact (fysiek of online) heeft gehad of het vermoeden hiervan is groot. Bij alle subdoelgroepen is, naast het plegen van SGG, sprake van enige psychoseksuele problematiek, zoals hyperseksualiteit of een parafilie die kan leiden tot SGG, denk aan seksuele interesses in kinderen, interesses in seks onder dwang of exhibitionisme en/of er zijn problemen op het gebied van intimiteit/seksuele zelfregulatie. De mate van seksuele drang (preoccupatie of hyperseksualiteit) kan bij beide subdoelgroepen hoog zijn. Bij de Waag zijn de laatste 1,5 jaar 333 cliënten in aanmerkingen gekomen voor dit zorgprogramma². 198 cliënten hebben informed consent gegeven voor gebruik van dossiergegevens en ROM-data. Bij 127 cliënten van de 198 was sprake van een parafilie die kan leiden tot SGG. Bij de helft van de cliënten is sprake van hyperseksualiteit.

Subdoelgroepen

De doelgroep kan worden onderverdeeld in (kind)misbruikers met een seksueel profiel of misbruikers met een antisociaal profiel of cliënten die kenmerken hebben van beide groepen. *Ongeveer 50% van de cliënten die bij de Waag worden behandeld en geïndiceerd zijn voor dit zorgprogramma, vallen onder het seksuele profiel en 25% onder het antisociale profiel, bij de overige groep is sprake van kenmerken uit beide profielen.*

Kindmisbruikers plegen SGG met een kind (iemand die minderjarig is en minimaal vijf jaar jonger), of met een volwassen persoon die op fysiek, mentaal of sociaal-emotioneel gebied een stuk zwakker is. Misbruikers plegen SGG met een volwassen persoon die op fysiek of sociaal-emotioneel gebied op een gelijksoortig niveau functioneert. Kindmisbruikers vallen vrijwel altijd onder het seksuele profiel, en misbruikers onder het antisociale profiel (Brouillette-Alarie et al., 2014; Brouillette-Alarie & Proulx, 2019; Etzler et al., 2020). Slechts een klein deel van de misbruikers heeft een seksueel profiel (rond de 12% in onderzoek van Harris et al., 2009), een nog veel kleiner deel van de kindmisbruikers heeft een antisociaal profiel (slechts 0,2% blijkt uit dossieronderzoek van de Waag). Om die reden wordt deze laatste subgroep buiten beschouwing gelaten.

¹ Het gaat om ontucht, aanranding en verkrachting en/of exhibitionisme of het op een andere manier ongevraagd tonen van seksuele handelingen. Soms worden cliënten hiervan verdacht, maar zijn ze nog niet veroordeeld.

² 14 cliënten zijn in de tussentijd uitgevallen en 48 cliënten hebben in deze periode de behandeling afgerond.

*(Kind)misbruikers met een **seksueel profiel***³

Uit dossierinformatie van de Waag blijkt dat bij deze groep vrijwel altijd sprake is van een parafiele stoornis. Bij de kindmisbruikers is er verder vaak sprake van sociaal isolement en onvoldoende sociale vaardigheden om een gelijkwaardige relatie aan te gaan. Zij kunnen zich emotioneel identificeren met kinderen, waarschijnlijk door de aanwezigheid van pedofiele interesses (Brouillette-Alarie & Proulx, 2019; Etzler et al., 2020). Cognitieve vervormingen gaan vooral over sociale interacties, en zijn veelal gekleurd door een onveilig wereldbeeld of hechtingsproblemen of het zien van kinderen als seksuele wezens. Uit de dossiergegevens van de Waag blijkt de helft van deze subdoelgroep hoog te scoren op impulsiviteit. Als statische risicofactor is vaak sprake van seksueel misbruik in het verleden. In termen van de DSM-5 wordt veelal (ca. 80%) **parafiele stoornissen** zoals **pedofilie** gediagnosticeerd.

Bij misbruikers met een seksueel profiel spelen specifieke pedofiele interesses vrijwel geen rol, maar wel andere afwijkende voorkeuren die kunnen leiden tot SGG, zoals seksueel sadisme of exhibitionisme. Als bij misbruikers met een seksueel profiel sprake is van het ongevraagd laten zien van een seksuele handeling / geslachtsdeel (exhibitionisme), dan leert de ervaring dat er veelal sprake is van een beperkte seksuele en algemene zelfregulatie in combinatie met sociaal isolement en onvoldoende sociale vaardigheden om een gelijkwaardige relatie aan te gaan.

*Misbruikers met een **antisociaal profiel***

Bij misbruikers met een antisociaal profiel staan vooral problemen met de **algemene zelfregulatie** op de voorgrond, gekenmerkt door emotieregulatie- en impulsiviteitsproblemen en eventueel sterke gevoelens van boosheid (Etzler et al., 2020; Olver et al., 2018). Agressie en vijandigheid jegens anderen, veelal vrouwen, kan aan de orde zijn (Etzler et al., 2020). De aanwezige cognitieve vervormingen versterken vaak het vertonen van SGG en het ervaren van negatieve emoties. De cognitieve vervormingen kunnen ook leiden tot andere vormen van delictgedrag en agressie. Deze subgroep is vaak psychisch of fysiek mishandeld in het verleden (Brouillette-Alarie & Proulx, 2019). Ook is er regelmatig sprake van problematisch middelengebruik (Harris et al., 2009). Bij deze subdoelgroep zijn vaker problemen aanwezig m.b.t. de leefstijl (geen werk, schulden, antisociaal netwerk) (Harris et al., 2009; Olver et al., 2018) in vergelijking tot het andere profiel. In termen van de DSM-5 is er vaak sprake van antisociale trekken, een cluster B persoonlijkheidsstoornis, **impulscontrolestoornis** of gedragsstoornis.

Intermediaire doelgroep

Het SGG-zorgprogramma richt zich als interventie voor de cliënt ook op het betrekken van systeemleden die voldoende draagkracht en vaardigheden hebben om een bijdrage te leveren aan het opstellen en naleven van het veiligheidsplan, het bieden van emotionele steun, en het doorbreken van het sociaal isolement (indien aan de orde). Als er geen systeemleden ingezet kunnen worden, dan worden er ketenpartners ingezet als het gaat om een hoog tot zeer hoog recidiverisico. Ook worden er ketenpartners ingezet (waaronder Veilig Thuis) als het misbruik in huiselijke kring plaatsvindt.

Selectie van doelgroepen

De cliënt wordt (in overleg) via een verwijzer aangemeld bij een forensische zorginstelling. Tijdens het intakegesprek worden de indicatiecriteria getoetst door de regiebehandelaar. Als een cliënt voorlopig geïndiceerd lijkt voor het SGG-zorgprogramma volgt een initieel behandelplan waarin de doelen voor de voorbereidende behandelfase zijn beschreven. Tijdens deze fase vindt onder andere risicotaxatie en diagnostiek plaats. De uitkomst van risicotaxatie en de eerste procesmatige bevindingen worden verwerkt in een behandelplan en ingebracht in een multidisciplinair teamoverleg (MDO), daar vindt vervolgens de definitieve indicatiestelling plaats en het vaststellen van het behandelplan voor de behandelfase. De regiebehandelaar is eindverantwoordelijk voor de definitieve indicatie en de inhoud van het behandelplan voor de behandelfase en zorgt ervoor dat de bevindingen worden teruggekoppeld aan de cliënt en relevante betrokken systeemleden.

Indicatiecriteria

Formele indicatiecriteria:

³ Zie bijvoorbeeld de artikelen van Brouillette-Alarie et al., 2016 en 2018.

1. De cliënt heeft een zedendelict gepleegd en/of er is sprake (of een sterk vermoeden) van ernstig seksueel grensoverschrijdend gedrag.
2. De cliënt beheerst de Nederlandse taal in voldoende mate om de gegeven instructies en aanwijzingen van de behandelaar te begrijpen.
3. De cliënt heeft een IQ-score boven de 80; er is voldoende adaptief of intellectueel functioneren om van het zorgprogramma te profiteren. Dit wordt tijdens de intake gescreend met de SCIL (screener of intelligentie of een licht verstandelijke beperking). Mocht het instrument aangeven dat er mogelijk sprake is van LVB, dan wordt de WAIS afgenomen en de ADAPT (observatielijst adaptieve vaardigheden; Jonker et al., 2021). Als er sprake is van een LVB dan is vaak het zorgprogramma Pas op de grens geïndiceerd.

Inhoudelijke indicatiecriteria:

1. Uit informatie van de verwijzer blijkt dat er sprake is van (een sterk vermoeden van) SGG of dat de cliënt minstens één of meerdere seksuele delicten heeft gepleegd. Het betreft zedenmisdrijven die gekenmerkt worden door direct contact (online of offline), zoals ontucht, aanranding en verkrachting en/of exhibitionisme of het op een andere manier ongevraagd tonen van seksuele handelingen (artikel 239, 240/240a en 242 tot en met 249).
2. De cliënt heeft een laag-matig tot hoog recidiverisico voor seksuele delicten gemeten met de Static-99 en Stable-2007 en/of scoort minimaal matig op algemene recidive met de FARE (klinische score). Als de cliënt laag scoort op de Static-99 en de Stable-2007, maar minimaal matig scoort op de FARE, dan is er in ieder geval sprake van enige vorm van psychoseksuele problematiek en/of problemen met intimiteit of seksuele zelfregulatie.
3. *A. Seksueel profiel:* De cliënt scoort op de Stable-2007 matig of hoog op seksuele deviantie en/of seksuele preoccupatie, of er is een parafilie gediagnosticeerd met de DSM-5.
B: Antisociaal profiel: Er is sprake van (enige) psychoseksuele problematiek en/of er zijn problemen op het gebied van intimiteit of seksuele zelfregulatie in combinatie met (enige) antisociale eigenschappen. De cliënt scoort op de FARE matig of (zeer) hoog op de items gebrekkige impulsbeheersing in combinatie met een andere dynamische risicofactor, zoals disfunctioneren Opleiding/Werk, Financieel Wanbeleid, Delinquent sociaal netwerk, en antisociale houding. Er is vaak sprake van (trekken van) een cluster B persoonlijkheidsstoornis of een impulscontrole of gedragsstoornis zoals gediagnosticeerd met de DSM-5.

Contra-indicatiecriteria:

1. De cliënt is (na herhaaldelijke pogingen) niet te motiveren om in behandeling te gaan.
2. De cliënt kampt met een acute psychose.
3. De cliënt heeft zich uitsluitend schuldig gemaakt aan het downloaden en/of produceren van kinderporno (NB. Hiervoor is een ander zorgprogramma beschikbaar).
4. Er is sprake van **ernstige** verslavingsproblematiek, waardoor de cliënt vooralsnog niet kan profiteren van een behandeling bij de Waag. Vaak is dan eerst behandeling in een verslavingskliniek geïndiceerd, ook komt het voor dat co-behandeling (Waag en verslavingszorg) een optie is. NB: Als de cliënt, ondanks het problematische middelengebruik, ontvankelijk is voor de behandeling, betreft het geen contra-indicatie.

Contra-indicatiecriteria voor het groepsgericht werken:

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

Betrokkenheid doelgroep

Tijdens het (door)ontwikkelen van het zorgprogramma SGG is de doelgroep betrokken door onder andere gebruik te maken van de ervaringen en de feedback van cliënten en behandelaren. In 2014 is er mondeling feedback van cliënten gevraagd. Uit deze evaluatieronde werd duidelijk dat cliënten lang niet altijd de inhoud van het zorgprogramma aangeboden kregen, omdat een groot deel van de behandelaren de behandelingen

bleven aanbieden zoals zij gewend waren te doen. Ook werd de Startmodule lang niet altijd individueel aangeboden. Cliënten met een bovengemiddelde intelligentie vonden dat de modules onvoldoende diepgang boden en cliënten met een (laag)gemiddelde vonden juist dat er te veel informatie werd gegeven. Daarnaast gaven cliënten aan dat zij behoefte hadden aan meer aandacht voor het zelfbeeld en het thema sociale relaties en het netwerk. Tijdens een evaluatieronde in 2016 bleek er meer behoefte aan psycho-educatie en wilden cliënten net zoals behandelaars dat de doelen van de oefeningen in de modules werden beschreven. De feedback van de cliënten is in het huidige SGG-zorgprogramma verwerkt. Tijdens de procesevaluatie in 2021 werden er eveneens cliënten betrokken. Zij gaven toen aan tevreden te zijn met het SGG-zorgprogramma. Sommigen wilden nog meer mogelijkheden aangereikt krijgen voor het werken met eHealth. De cliënten gaven de methodiek gemiddeld genomen een 8,5. Zie voor meer informatie het onderdeel over de procesevaluatie bij 4.1.

1.2 Doel Hoofddoel

Het zorgprogramma heeft primair tot doel om SGG in het heden te stoppen en om (de kans op) recidive of dreiging van seksueel delict- of probleemgedrag in de toekomst te verminderen. Dit doel wordt bereikt door de invloed van dynamische criminogene risicofactoren die gerelateerd zijn aan het seksuele probleemgedrag van de cliënt te verminderen, door beschermende factoren te versterken en door belemmerende responsiviteitsfactoren te verminderen.

Subdoelen

Aan de dynamische criminogene risicofactoren zijn subdoelen gekoppeld. Door te werken aan standaard en (vaak) geïndiceerde optionele subdoelen wordt het hoofddoel gerealiseerd. De doelen zijn afgeleid van de risicofactoren van de gebruikte risicotaxatie-instrumenten (FARE en Stable). Daarnaast zijn er ook doelen toegevoegd ter verbetering van de responsiviteit.

Subdoelgroep	Standaard of vaak geïndiceerd ⁴	Subdoelen
Alle subdoelgroepen	Standaard	<ul style="list-style-type: none"> - De cliënt stelt zich open voor behandeling, is gemotiveerd om te werken aan verandering en veiligheid. - De cliënt ervaart voldoende positiviteit in zijn leven. Dit komt doordat hij beter rekening houdt met zijn basisbehoeften. - De cliënt beschikt over een adequaat sociaal netwerk dat steunend is in het voorkomen van delictgedrag en/of het realiseren van (een deel van) basisbehoeften. - De cliënt houdt rekening met (de gevolgen voor) anderen. - De cliënt denkt op een helpende manier die bijdraagt aan minder kans op SGG of een andere vorm van delictgedrag
	Vaak geïndiceerd	<ul style="list-style-type: none"> - De cliënt ervaart voldoende ontspanning, het lukt om stress te reduceren. - De cliënt gebruikt geen seksueel (afwijkend) gedrag of seksuele gedachten als coping-strategie (in perioden van stress).
Seksueel profiel	Standaard	<ul style="list-style-type: none"> - De cliënt vertoont geen seksueel afwijkend gedrag door afwijkende seksuele interesses dat de kans op SGG vergroot. - De cliënt beschikt over voldoende relationele vaardigheden om een stabiele (intieme) relatie aan te gaan met volwassenen.
	Vaak geïndiceerd	<ul style="list-style-type: none"> - De cliënt heeft voldoende sociaal netwerk, en voelt zich niet eenzaam. - De cliënt heeft voldoende relationele vaardigheden om enkele vriendschappelijke relaties aan te gaan met volwassenen. - De cliënt heeft een helpend zelfbeeld en ervaart regelmatig zelfvertrouwen (ook door het toepassen van helpende gedachten).

⁴ Er wordt per cliënt altijd getoetst of een standaard doel behorende bij de subdoelgroep waar een persoon onder valt echt van toepassing is. Vaak kan het geen kwaad om toch te werken aan een standaard doel, ook als het niet echt een aandachtspunt is. Wel is het dan belangrijk dat de cliënt er voldoende voor gemotiveerd is.

		- De cliënt ervaart meer zelfvertrouwen waardoor hij beter functioneert op het gebied van sociale relaties en intimiteit.
Seksueel profiel Kindmisbruiker	Standaard	- De cliënt laat gedrag zien waarmee hij omgang met volwassenen bevordert (er is geen interesse in relaties met kinderen). - De cliënt heeft geen gedachten die het verlangen naar intieme relaties met kinderen versterken of goedpraten.
Seksueel profiel Misbruiker	Standaard	- De cliënt heeft voldoende beheersingsvaardigheden om SGG tegen te gaan of andere vormen van delictgedrag. - De cliënt kan positieve emotionaliteit ervaren en zich positief opstellen. - De cliënt is voldoende in staat zijn emoties adequaat te reguleren.
	Vaak geïndiceerd	- De cliënt hanteert geen vijandige denkbeelden die SGG kunnen bevorderen. - De cliënt hanteert geen vijandige denkbeelden die het aangaan van een stabiele (intieme) relatie belemmeren.
Misbruiker antisociaal profiel	Standaard	- De cliënt kan zichzelf voldoende beheersen op verschillende leefgebieden (is niet impulsief). - De cliënt heeft voldoende beheersingsvaardigheden om SGG of andere vormen van delictgedrag tegen te gaan. - De cliënt heeft voldoende vaardigheden om (dagelijkse) problemen op te lossen.
	Vaak geïndiceerd	- De cliënt functioneert voldoende op het gebied van werk / opleiding. - De cliënt ervaart geen problemen wegens middelengebruik. - De cliënt hanteert geen vijandige denkbeelden die SGG kunnen bevorderen of andere vormen van delictgedrag.

Onderstaande subdoelen kunnen van toepassing zijn bij alle subdoelgroepen als ze in bovenstaand overzicht niet bij een subdoelgroep als standaard subdoel zijn opgenomen of als vaak geïndiceerd. Het is immers mogelijk dat ze toch aansluiten bij een aanwezige risicofactor van een cliënt:

1. De cliënt heeft geen traumagerelateerde klachten die de leerbaarheid beïnvloeden of de kans op SGG vergroten (EMDR of imaginaire exposure).
2. De cliënt ervaart weinig tot geen problemen door ASS en/of andere psychiatrische problematiek.
3. De cliënt heeft geen problemen met middelengebruik dat leidt tot SGG of andere vormen van delictgedrag.
4. De cliënt heeft werk of volgt een opleiding en houdt dit vol en/of er is sprake van een gezonde financiële situatie (of er is een realistische aflossingsregeling geregeld) en/of er is sprake van een stabiele woonsituatie.
5. De cliënt heeft voldoende relationele vaardigheden om enkele vriendschappelijke relaties aan te gaan en/of een stabiele (intieme) relatie.
6. De cliënt kan zichzelf voldoende beheersen op verschillende leefgebieden (is niet impulsief).
7. De cliënt heeft voldoende beheersingsvaardigheden om SGG tegen te gaan.
8. De cliënt kan positieve emotionaliteit ervaren en zich positief opstellen.
9. De cliënt is voldoende in staat zijn emoties adequaat te reguleren.
10. De cliënt beschikt over voldoende vaardigheden om (dagelijkse) problemen op te lossen.
11. De cliënt kan op een gezonde manier met seks omgaan, er is geen sprake van seksuele preoccupatie.
12. De cliënt vertoont geen seksueel afwijkend gedrag vanwege afwijkende seksuele interesses dat de kans op SGG vergroot.
13. De cliënt heeft een helpend zelfbeeld en ervaart regelmatig zelfvertrouwen (ook door het toepassen van helpende gedachten).

Intermediaire doelgroepen:

Het betrekken van systeemleden of ketenpartners, indien mogelijk:

- Betrokken systeemleden ervaren steun vanwege het uitwisselen van ervaringen als zij deelnemen aan de lotgenotengroep.
- Betrokken systeemleden weten wat SGG is en kunnen risicofactoren herkennen.
- Betrokken systeemleden en/of ketenpartners dragen bij aan het opstellen en naleven van het veiligheidsplan.
- Betrokken systeemleden en/of ketenpartners bieden steun (onder meer) bij het in praktijk brengen van datgene dat in de behandeling is (aan)geleerd.

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie

Algemeen

Het SGG-zorgprogramma is een op maat gesneden behandeling die werkt aan het verminderen van dynamische risicofactoren die het probleemgedrag van de cliënt in stand houden. Ook worden daar waar mogelijk de protectieve factoren versterkt. De behandeling bestaat uit een Startmodule die aan iedereen wordt aangeboden, een Kernmodule, met aandacht voor **de algemene responsiviteit- en risicofactoren** die een rol spelen bij SGG en in vijf domeinen ondergebracht kunnen worden, namelijk Basisbehoeften, Houding en cognitieve vervormingen, Sociale relaties en contacten, Algemene zelfregulatie en Seksuele zelfregulatie. Daarnaast bestaan er nog de optionele modules Stressreductie en Zelfbeeld. Bij de laatste drie beschreven modules worden (onderdelen uit) de modules aangeboden indien het een standaard onderdeel is bij de subdoelgroep waar een cliënt onder valt of als het is geïndiceerd omdat het aansluit bij de problematiek van de cliënt.

Fasering

Het SGG-zorgprogramma bestaat uit de volgende vijf fasen:

1. Voorlopige indicatie. Deze fase bestaat uit de aanmelding, inclusief het inzien van dossierinformatie, het voeren van een intakegesprek en het opstellen van een initieel behandelplan met doelen voor de volgende fase. Dit gebeurt onder verantwoording van de regiebehandelaar.
2. Voorbereidende behandelfase. Deze fase duurt samen met de vorige fase maximaal drie maanden. De risicotaxatie-instrumenten worden afgenomen en er is aandacht voor diagnostiek. Ook wordt er begonnen met onderdelen uit de **Startmodule**. Hierbij is er onder andere aandacht voor de motivatie van de cliënt voor behandeling en de responsiviteit door stil te staan bij de eigen kracht en mogelijkheden van de cliënt. Ook wordt er een veiligheidsplan opgesteld om de acute veiligheid te waarborgen, indien nodig. Daarnaast is er aandacht voor meer inzicht in eigen problematiek. Deze fase wordt afgesloten met een behandelplan dat geldt voor de (volgende) behandelfase. In dit behandelplan wordt naar aanleiding van de uitkomst van de risicotaxatie en de SGG-klachtenlijst beschreven welke hoofdstukken uit de kernmodule van toepassing zijn en welke optionele modules geïndiceerd zijn. In deze fase vindt ook standaard een psychiatrisch consult plaats, onder andere om te toetsen of farmacotherapie geïndiceerd is.
3. Behandeling. Deze fase duurt gemiddeld vier maanden tot anderhalf jaar. Er wordt gewerkt aan de onderdelen uit de **Startmodule** waar tijdens de eerste behandelfase nog niet aan toe is gekomen, maar die wel nodig zijn. Daarna volgen de standaard en geïndiceerde onderdelen uit de **Kernmodule** en indien van toepassing wordt er gewerkt met de module **Stressreductie** en **Zelfbeeld**. In de behandelfase kan ook specifieke hulp worden georganiseerd als er verdere ondersteuning nodig is. Elke vier maanden zal er een tussentijdse evaluatie plaatsvinden, evenals bij het afsluiten van de behandelfase. De uitkomsten van de ROM worden dan besproken en gekeken welke risicofactoren/behandeldoelen verdere aandacht verdienen, ook wordt het veiligheidsplan geëvalueerd. Indien mogelijk wordt hier het systeem bij betrokken.
4. Afronding van de behandeling. De geïndiceerde (onderdelen uit de) modules zijn aangeboden en de doelen van het SGG-zorgprogramma zijn grotendeels behaald. Dit wordt bevestigd door de behaalde resultaten die (h)erkend worden door de behandelaar en de cliënt, en eventueel de verwijzer en betrokken systeemleden. Ook is het zichtbaar door de score van de SGG-klachtenlijst en de uitkomst van de risicotaxatie.
5. Nazorg. Als de behandeling is afgerond en het recidiverisico voldoende verminderd is, wordt de nazorgfase gestart. In deze fase is er sprake van afschaling. Er is aandacht voor het bestendigen van het positieve levensplan en het vasthouden van noodzakelijke ingezette veranderingen op het gebied van coping. Op deze wijze wordt recidive voorkomen. Bij het bepalen van de intensiviteit van het nazorgprogramma is de uitkomst over het recidiverisico volgens de FARE en de Stable-2007 leidend, zie verder het kopje over de inhoud van de interventie.

Behandelfrequentie

De aangeboden behandelfrequentie verschilt per cliënt. Als de behandeling ook in groepsverband wordt aangeboden is het net zoals bij een (grotendeels) individueel aanbod mogelijk om aanvullende behandeling aan te bieden, bijvoorbeeld gericht op het verminderen van traumagerelateerde klachten, of om de frequentie op te schalen met individuele sessies. Een individuele sessie duurt een uur tot anderhalf uur en een groepssessie duurt anderhalf uur. Om de continuïteit te bevorderen kunnen er verder korte sessies

plaatsvinden via (beeld)bellen en indien een cliënt de juiste middelen heeft worden er via Minddistrict dagboeken en onderdelen van modules ingezet, dit geldt ook voor een groepsaanbod. Bij een matig recidiverisico en een gemiddelde responsiviteit, wordt er gemiddeld één keer per week een sessie aangeboden, maar dit kan ook oplopen tot drie sessies per week bij hoog recidiverisico en aanvullende behandeling.

Inhoud van de interventie

Volgorde behandelaanbod

De onderdelen uit de module worden waar mogelijk in een vaste volgorde aangeboden (zie onderstaand overzicht over de inhoud van de modules). Het moment waarop de verschillende probleemgebieden worden aangepakt, heeft immers invloed op de leerbaarheid. Het zorgprogramma hanteert in de kernmodule dezelfde volgorde als de STABLE en de SGG-klachtenlijst. Dit betekent echter niet dat dit altijd de meest wenselijke volgorde voor een cliënt is. Het is aan de behandelaar in overleg met de cliënt om te bepalen welke risicofactoren riskant aanwezig zijn, welke prioriteit hebben en waar de persoon voor te motiveren is. Hierbij geldt dat als het lukt de Startmodule standaard aan het begin van de behandeling wordt aangeboden. Vaak wordt daarna stilgestaan bij de basisbehoeften. Bij een cliënt met veel stress is het nodig om hier zo snel mogelijk aandacht aan te besteden, aangezien een hoge mate van stress het functioneren van de algemene zelfregulatie negatief beïnvloedt, zo ook de leerbaarheid. Voor de misbruikers met het antisociale profiel of bij cliënten bij wie sprake is van hyperseksualiteit is het logisch om daarna (of meteen als stress geen rol speelt) te werken aan de impulsiviteit. Impulsiviteit heeft immers invloed op de veiligheid. Bij (kind)misbruikers met een seksueel profiel is het belangrijk om vrij snel te beginnen met het domein sociale relaties en intimiteit, aangezien een verbetering op dit domein ondersteunend kan werken in anders omgaan met deviante seksuele interesses en cognities die leiden tot SGG.

Opbouw sessie

In elke bijeenkomst wordt een transfer gemaakt naar de vorige bijeenkomst en stilgestaan bij de afgelopen dagen of week aan de hand van verschillende thema's. Denk bijvoorbeeld aan gevoelens van eenzaamheid of spanningen gerelateerd aan seksualiteit. Na het bespreken van één of twee evaluatievragen wordt er kort stilgestaan bij de vorige sessie en de thuisopdrachten. Vervolgens bestaat de sessie uit vragen, opdrachten en oefeningen die validerend werken en helpen bij het vergroten van inzicht, het verwerken van emoties en het aanleren van vaardigheden (zowel cognitief als ervaringsgericht). Dit betekent dat bij de helft van de behandelsessies tenminste één doe-oefening wordt aangeboden. Aan het einde van de sessie wordt er gezorgd voor een samenvatting van de bijeenkomst en wordt er besproken welke passende thuis-opdracht de cliënt gaat doen, veelal in de vorm van een doe-oefening.

NB: Indien nodig wordt er elke sessie aandacht besteed aan het werken met oplossingsvaardigheden. Er is altijd ruimte voor het bespreken van lastige situaties en actuele problemen. Het is dan van belang dat de behandelaar samen met de cliënt passende oplossingen/reacties bedenkt en deze ook oefent die helpen om adequaat met de lastige situaties of problemen om te gaan. Eventueel kan dit deel ondersteund worden of overgepakt door de behandelaar herstel (forensisch maatschappelijk werker).

Mogelijkheid tot groepsbehandeling

Groepsbehandeling is mogelijk voor een **kindmisbruiker met een seksueel profiel**, tenminste als er geen sprake is van een contra-indicatie voor groepsbehandeling. De onderdelen uit de kernmodule die bij deze subdoelgroep standaard worden aangeboden of vaak geïndiceerd zijn, worden dan in groepsverband aangeboden. Ook de module Zelfbeeld en Stressreductie kan bij deze subdoelgroep eventueel in groepjes worden aangeboden. De startmodule is altijd individueel. Ook vinden de evaluatiegesprekken individueel plaats.

Naast het groepsgerichte aanbod, wordt er opgeschaald met individuele sessies zodra dit nodig is vanwege veiligheidsissues (aanwezigheid van acute risicofactoren, de mate waarin er sprake is van demotivatie en als blijkt dat het meer tijd kost om verandering te realiseren gerelateerd aan een onderdeel uit de kernmodule).

Aandachtspunten specifiek voor betrokken systeemleden

In de programmahandleiding is een werkboek toegevoegd voor partners, familie en naasten van personen die seksueel grensoverschrijdend gedrag vertonen. Het werkboek kan individueel en in groepsverband

(lotgenotengroep) worden aangeboden en bestaat uit diverse thema's, zoals psycho-educatie, het herkennen van risicovolle signalen, werken met een veiligheidsplan, en de wijze waarop de cliënt ondersteund kan worden. Verder is er aandacht voor het delen van emoties en ervaringen.

Startmodule (standaard voor alle subgroepen):

Onderdelen uit deze module worden al ingezet tijdens de voorbereidende behandelfase en ook klaargezet via Minddistrict (indien de cliënt hier open voor staat en hier de juiste middelen voor heeft). Als de module in deze fase nog niet is afgerond, wordt het aanbod voortgezet tijdens de behandelfase. In deze module is er aandacht voor behandel- en verandermotivatie, bijvoorbeeld door het onderzoeken van de voor- en nadelen van het volgen van behandeling, en de voor- en nadelen van het plegen van SGG. Dit deel heeft meer aandacht bij cliënten met een antisociaal profiel. De motivatie kan bevorderd worden door middel van experiëntiële oefeningen (bijvoorbeeld de stoelentechniek), door te kijken naar de kwaliteiten van de cliënt, of door te kijken naar hoe de sociale omgeving van de cliënt gereageerd heeft op het gepleegde SGG en hoe dit voor de cliënt is. Ook wordt er in dit onderdeel een veiligheidsplan samengesteld om de acute veiligheid te waarborgen, waarin er onder andere gekeken wordt naar triggers en beschermende situaties/acties voor SGG. Hierbij worden ook relevante systeemleden betrokken als de cliënt dit toestaat, aangezien zij hierin een bijdrage kunnen leveren. Als het om SGG in huiselijke kring gaat dan wordt in de algemene programmahandleiding beschreven hoe er samen met het gezin en andere betrokken systeemleden een veiligheidsplan wordt opgesteld. Er is aandacht voor psycho-educatie en er wordt geëindigd met een probleemsamenhang. Hiervoor is het onder andere nodig om met een levenslijn te werken, er wordt dan naar negatieve en positieve ervaringen gekeken, de impact hiervan en de gevolgen. Vervolgens wordt onderzocht welke gevolgen mogelijk een relatie hebben met het plegen van SGG.

Een psychiatrisch consult is een vast onderdeel van de startmodule om te beoordelen of farmacotherapie geïndiceerd is. Er wordt dan door de psychiater vastgesteld of het gebruik van libidoremmende medicijnen passend is. Daarnaast kan het behandelen van psychiatrische problematiek, zoals ADHD, van toepassing zijn.

Module Stressreductie (optioneel: vrijwel altijd geïndiceerd bij misbruikers met een antisociaal profiel):

Deze module kan ook via Minddistrict worden aangeboden als de cliënt hier open voor staat en hiervoor de middelen heeft. De cliënt leert meer grip te krijgen op eigen spanningen en stress en past vaardigheden toe om stress te verminderen. Hierdoor zal de leerbaarheid groter worden en neemt mogelijk de impulsiviteit en de eventuele aanwezige heftige emotionaliteit af. Er wordt tijdens deze module o.a. gewerkt met diverse ontspanningsoefeningen (o.a. door het leren oproepen van een herinnering die een positief en ontspannen gevoel tot gevolg had en imaginatie-oefeningen), bewerkte mindfulness oefeningen (bijvoorbeeld door van 100 naar 0 te tellen) en door oefeningen te doen die helpen om spanning te uiten, maar ook te verminderen. Hiervoor wordt bijvoorbeeld de oefening 'wisselen van aandacht' aangeboden, de cliënt vertelt dan 30 seconden over zijn stress, vervolgens over een positieve herinnering en gaat dan weer terug naar de stress, etc. Het is de bedoeling dat de cliënt uiteindelijk dagelijks minimaal twee tot drie oefeningen kan toepassen die hem daadwerkelijk helpen om rustig te worden, waardoor chronische stress verdwijnt.

Kernmodule (altijd standaard, maar niet alle hoofdstukken/domeinen, dit kan wisselen per subdoelgroep):

- **Hoofdstuk 1: Domein Basisbehoeften** (standaard voor alle subgroepen):
Dit onderdeel laat middels de Good Lives Model-insteek de primaire levensbehoeften van de cliënt aan de orde komen. Dit gebeurt door te bespreken hoe belangrijk de cliënt verschillende levensdomeinen vindt (zoals gezondheid, relaties, seksualiteit, ouderschap, zingeving, etc.). Vervolgens wordt gekeken hoe deze behoeften op onverstandige en verstandige manieren vervuld kunnen worden, en er wordt een koppeling gemaakt tussen belangrijke basisbehoeften van cliënt en op welke manier SGG en de risicofactoren voor SGG hier een rol bij spelen. Dit wordt afgesloten met het opstellen van een Positief Levensplan waarin beschreven wordt hoe de belangrijkste levensbehoeften van cliënt op een helpende manier vervuld kunnen worden. Aangeraden wordt om hier zo vroeg mogelijk mee te beginnen vanwege de motivatie van de cliënt en het versterken van de therapeutische relatie. Ook kan er via deze ingang gewerkt worden aan het beter vormgeven van primaire basisbehoeften waarbij tevens risicofactoren voor SGG worden aangepakt.
- **Hoofdstuk 2: Houding en cognitieve vervormingen** (standaard voor alle subgroepen, maar wel met accentverschillen):

Via cognitief gedragstherapeutische technieken wordt er gewerkt aan het verminderen van disfunctionele cognities. De invloed van het denken op emoties en gedrag wordt uitgelegd. Hierbij wordt onder andere het model van de vijf G's gebruikt (gebeurtenis, gedachten, gevoelens, gedrag en gevolg). De cliënt wordt gestimuleerd om helpende gedachten toe te passen in diverse situaties die voor hem lastig zijn en tijdens situaties die kunnen leiden tot SGG. In dit onderdeel worden er uitdaagtechnieken gebruikt, stoelentechnieken en imaginatieoefeningen (de cliënt ervaart dan hoe het is om een helpende gedachte te gebruiken en hoe hij zich dan voelt en reageert). Ook kan een cliënt met een antisociaal profiel uitgedaagd worden zich te identificeren met een kerngedachte die haaks staat op zijn eigen overtuiging. Door over deze denkwijze na te denken en door te verkennen welke standpunten je ten aanzien van deze overtuiging kunt innemen, leert de cliënt meer gezichtspunten kennen en wordt de cliënt uitgedaagd om de eigen manier van denken onder de loep te nemen.

- **Hoofdstuk 3: Sociale relaties en intimiteit** (deel m.b.t. netwerkanalyse en verkrijgen van meer steun is standaard voor alle subgroepen, gehele domein is standaard voor kindmisbruiker met seksueel profiel en vaak geïndiceerd bij misbruikers met seksueel profiel):
In dit onderdeel wordt geprobeerd om de cliënt meer inzicht te geven in het eigen netwerk door het maken van een netwerkanalyse. Er wordt gekeken hoe er meer steun/kracht verkregen kan worden. Ook wordt er geoefend met vaardigheden om sociaal contact te leggen en sociaal contact te laten voortduren, bijvoorbeeld door middel van rollenspelen en de inzet van een eHealth module over sociale vaardigheden. Ter psycho-educatie wordt er stilgestaan bij de hechtingsstijl en het aangaan van relaties. Een cliënt wordt gestimuleerd om te onderzoeken hoe hij met relaties omgaat gerelateerd aan zijn hechtingsstijl. In de veronderstelling dat dit houvast en handvatten biedt om te kijken of het zo lukt om bepaalde patronen stap voor stap te doorbeken. Gedachtegoed van dit onderdeel is dat als het lukt om meer intimiteit in relaties te ervaren en sociale steun, de neiging tot het plegen van SGG vermindert.
- **Hoofdstuk 4: Algemene Zelfregulatie** (Impulsiviteit is standaard voor misbruikers, Grip op emoties is standaard voor kindmisbruikers en vaak geïndiceerd voor misbruikers met een seksueel profiel, en Problemen oplossen is standaard voor misbruiker met antisociaal profiel).
 - o Onderdeel **Impulsiviteit**: Er wordt aandacht besteed aan het verbeteren van de impulscontrole om zo meer grip te krijgen op dwanggevoelens die leiden tot SGG. Ook wordt er gewerkt aan het aanleren van beheersingsvaardigheden die mogelijk helpen om toch te stoppen als je eigenlijk op het punt staat om het te gaan doen. Deze module is vooral geschikt voor cliënten met een antisociaal profiel of bij cliënten met hyperseksualiteit. De cliënt wordt bijvoorbeeld gestimuleerd om te onderzoeken welke oefeningen helpen om het verlangen, de drang te verminderen. Er is bijvoorbeeld een oefening waarbij de cliënt bevraagd wordt om terug te gaan naar een moment waarop de dwang sterk aanwezig was. Er wordt gefocust op verschillende lichaamsdelen en onderzocht waar de drang het sterkst gevoeld wordt en hoe dat voelt. Vervolgens wordt er een ontspanningsoefening gedaan en weer teruggegaan naar het gevoel van drang. De cliënt wordt gevraagd om naar het gevoel van drang te ademen en om te ervaren hoe het is om te ervaren dat de drang langzaam weer verdwijnt. Wanneer er al geoefend is met impulscontrole, is het onderdeel "Seksualiteit" makkelijker te doorlopen, omdat er al enige kennis van het beheersen van de eigen drang is.
 - o Onderdeel **Grip op emoties**: Het doorlopen van deze module draagt bij aan het beter kunnen differentiëren en uiten van diverse emoties, en de samenhang tussen emoties en seks te herkennen. Een voorbeeld van een oefening is het bespreken van een emotionele situatie: tijdens het delen van de ervaring wordt de cliënt gevalideerd en uitgenodigd om de emotie in zijn lichaam waar te nemen. Waar voel je de emotie, hoe voelt het daar precies, hoe groot is het gevoel? Ook wordt er gewerkt aan het meer grip krijgen op eigen emoties, onder andere door via een stoelentechniek de emotie te valideren en er vervolgens afstand van te nemen, of door het doen van ontspannings- en focusoefeningen.
 - o Onderdeel **Problemen oplossen**: In deze module wordt een inventarisatie gemaakt van de structurele problemen die spelen, en wordt er gekeken of die samenhangen met SGG. De cliënt leert een probleemanalyse te maken waarbij er gekeken wordt naar negatieve en positieve beïnvloeders van het probleem. De cliënt kiest vervolgens twee tot drie structurele problemen die veranderbaar zijn en kijkt welke oplossingsgerichte aanpak hier het beste bij

werkt. De cliënt beslist pas wat de juiste aanpak is door eerst verschillende manieren uit te proberen die mogelijk leiden tot oplossingen of het draaglijker maken van de situatie.

- **Hoofdstuk Seksualiteit** (eerste hoofdstuk standaard voor alle subgroepen, tweede hoofdstuk is optioneel):

Dit onderdeel geeft psycho-educatie over seksuele ontwikkeling, verschillende vormen van seksualiteit, seksueel probleemgedrag en overmatige seksuele drang. Er wordt gekeken waar het SGG bij cliënt vandaan komt, bijvoorbeeld door sociale isolatie, seksuele coping bij stress, of vervelende ervaringen. Ook wordt er gekeken naar de functie die SGG of seks in z'n algemeenheid heeft voor de cliënt. De cliënt kijkt naar de bouwstenen van prettige seks, zoals instemming, respect, vertrouwen, veiligheid, en beoordeelt in hoeverre dit voor cliënt belangrijk is en hoeverre cliënt dit al toepast. Tot slot wordt er stilgestaan bij overmatige seksuele drang/seksverslaving. Hierover wordt psycho-educatie gegeven (kan ook via een eHealth module). Er wordt geoefend om meer grip op de seksualiteit te krijgen, bijvoorbeeld door perspectiefname van de (seksuele) partner. Ook kunnen de seksuele en de verstandige kant in cliënt naast elkaar worden geplaatst door middel van twee verschillende stoelen, waarbij cliënt fysiek van kant kan wisselen. Er wordt een plan van aanpak gemaakt als de drang tot seks hoog is, hierbij wordt gekeken naar triggers, positieve beïnvloeders, en acties die helpen om de drang te verminderen.

Module Zelfbeeld: Ook deze module wordt tevens via Minddistrict aangeboden als de cliënt hier open voor staat en de middelen heeft. Tijdens deze module wordt er psycho-educatie gegeven over hoe het zelfbeeld zich ontwikkelt en hoe je een laag zelfbeeld kunt compenseren (al dan niet met grensoverschrijdend gedrag). Er worden diverse oefeningen aangeboden voor het krijgen van meer inzicht en oefeningen om het zelfvertrouwen te verbeteren en daarmee op den duur het zelfbeeld. Een voorbeeld van een oefening waarmee aan het zelfbeeld gewerkt wordt, is het oproepen van een positieve herinnering of fantasie, waarbij er ook focus is op het lichaam en spanning/ontspanning hierin, en een lichaamshouding die als anker voor het positieve gevoel kan werken. Aangeraden wordt om dit onderdeel, indien relevant, vóór het onderdeel "Sociale en intieme relaties" aan te bieden. Het werken aan sociale relaties kan immers gehinderd worden door een negatief zelfbeeld en zelf ondermijnende gedachten.

Afronding van de behandeling en nazorg

Er zijn drie manieren waarop de nazorg wordt vormgegeven:

1. Laag recidiverisico bij de eindmeting. Na het afronden van de behandelfase is er minstens drie maanden lang maandelijks face to face contact met de behandelaar. De cliënt krijgt de mogelijkheid om tussendoor telefonisch of via de mail contact op te nemen met de behandelaar als hij hier behoefte aan heeft. Als de cliënt contact opneemt, checkt de behandelaar of er sprake is van (dreigende) terugval en/of stressoren. De ondersteuning die vervolgens wordt geboden, kan op verschillende manieren worden vormgegeven. Soms is telefonische ondersteuning voldoende, eventueel gepaard gaande met mailcontact of contact via eHealth. Het kan echter ook nodig zijn om de individuele sessies vaker face to face te laten plaatsvinden. Het nazorgtraject kan worden afgesloten als er minimaal drie maanden geen terugval heeft plaatsgevonden. Wanneer er sprake is van reclasseringstoezicht, wordt de nazorg op dat moment volledig overgedragen aan de reclassering.
2. Matig recidiverisico bij de eindmeting. Hier geldt dezelfde procedure als bij een laag recidiverisico, met het verschil dat de nazorgfase minimaal vier maanden duurt, en dat de behandelaar om de week contact opneemt met de cliënt via de mail, telefoon, of eHealth.
3. Hoog tot (zeer) hoog recidiverisico bij de eindmeting. Dit komt zelden voor! Na het afronden van de behandelfase wordt er voor een periode van minstens zes maanden, de eerste drie maanden minstens elke 14 dagen (en daarna afgebouwd) een individuele of groepsessie aangeboden, waarin de stand van zaken (qua regulatieniveau en mogelijke risico's) wordt geïnventariseerd. In deze sessies worden de stand van zaken met betrekking tot gedragsregulatie en de mogelijke risico's geëvalueerd, en er kunnen aanvullende oefeningen worden meegegeven. In de weken waarin er geen face-to-facecontact is, zoekt de behandelaar contact met de cliënt via de mail, sms, telefoon of het eHealth-systeem en indien van toepassing een betrokken systeemlid. Deze contacten worden geïntensiveerd als de kans op terugval door de behandelaar als groot wordt ingeschat. Ter ondersteuning kan Circles of Support and Accountability (COSA) worden ingezet of gecontinueerd.

Het nazorgtraject kan worden afgesloten als er minimaal vier maanden geen terugval heeft plaatsgevonden. Wanneer er sprake is van reclasseringstoezicht, wordt het toezicht verder volledig overgedragen aan de reclassering.

NB Het is alleen toelaatbaar dat een behandelfase wordt afgerond met een matig-hoog recidiverisico als deze score hoog blijft door de aanwezigheid van een groot aantal statische risicofactoren.

Ondersteunende behandeling of begeleiding

Verslavingszorg en/of een trauma-interventie kan tijdens de behandelfase en parallel aan het SGG-zorgprogramma na het doorlopen van de Startmodule worden ingezet als het behoeftebeginsel hierom vraagt. Hetzelfde geldt voor het bieden van behandelondersteuning door een forensische maatschappelijk werker (behandelaar herstel) op het gebied van dagbesteding, schuldsanering, inkomen en huisvesting. Een deel van deze issues kunnen ook worden opgepakt door COSA. COSA probeert verder het sociale netwerk van een cliënt met een hoog recidiverisico te verbeteren door het inzetten van getrainde vrijwilligers. COSA biedt verder regelmatig bijeenkomsten, ondersteuning en concrete hulp bij verschillende problemen. COSA blijkt effectief in het verminderen van recidive (Clarke et al., 2017). Het is dus relevant om te toetsen of de inzet van COSA passend en mogelijk is.

Wat moet er minimaal worden gedaan (alle fasen)

De cliënt heeft de standaardonderdelen aangeboden gekregen die horen bij de subdoelgroep waar de cliënt onder valt. Zo ook de geïndiceerde optionele modules of hoofdstukken. Tijdens de helft van de behandelsessies zijn er ervaringsgerichte oefeningen aangeboden (ontspanningsoefeningen, imaginatieoefeningen, stoelentechnieken en/of rollenspelen). Ook is de cliënt gestimuleerd om thuis oefeningen of opdrachten te doen. Tevens is er indien mogelijk een systeemlid betrokken voor het verlenen van emotionele steun en om te ondersteunen bij het waarborgen van de veiligheid. Mocht het betrekken van een systeemlid niet mogelijk zijn of onvoldoende werken dan wordt er gebruik gemaakt van (professionele) netwerkleden. Denk aan de inzet van COSA.

2. Uitvoering

Materialen

De interventie bevat verschillende handleidingen en werkboeken, namelijk:

1. Theoretische handleiding. Deze handleiding bevat vrijwel alle informatie die ook in dit werkblad is te vinden, maar gaat uitgebreider in op de doelgroep en het verklarings- en veranderingsmodel.
2. Programmahandleiding voor de behandelaar. Deze handleiding bevat ondersteunende informatie voor het aanbieden van het SGG-zorgprogramma. Er is aandacht voor het behandelen van mensen met traumagerelateerde klachten en problematisch middelengebruik. Tevens bevat het informatie over het systeemgericht werken, inclusief het werkboek voor de netwerkleden.
3. Vier modules, namelijk de Startmodule, module Stressreductie, Kernmodule, en de module Zelfbeeld. De modules zijn geschreven voor de cliënten, maar ze bieden tevens een concreet kader voor de behandelaar.
4. Managementhandleiding voor de programma-verantwoordelijken, behandelaars en managers van de instelling. Deze handleiding biedt zicht op de wijze waarop de kwaliteitsbewaking en de programma-integriteit wordt gerealiseerd en gemonitord. Ook worden de randvoorwaarden helder omschreven, zodat managers van een instelling weten wat er nodig is om de interventie aan te bieden.
5. Er bestaat een PowerPoint die gebruikt wordt tijdens het verzorgen van de basisopleiding. Deze is bedoeld voor de trainers die de basisopleiding verzorgen.

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

Locatie en type organisatie

De interventie kan worden uitgevoerd door een forensische zorginstelling die beschikt over de inzet van een psychiater en over voldoende behandelaars met kennis van en ervaring in het systemisch werken en cognitieve gedragstherapie en het aanbieden van ervaringsgerichte technieken. Om de behandeling uit te kunnen voeren is het nodig om te beschikken over een reguliere behandelkamer en een groepsruimte voor ca. 8 personen.

Opleiding en competenties van de uitvoerders

Behandelaars van het SGG-zorgprogramma dienen universitair (psychologie) of hbo (sociaal-agogisch) opgeleid te zijn en hebben kennis van en ervaring met het aanbieden van cognitieve gedragstherapie. Mocht kennis over CGT ontbreken, dan wordt een (eventueel interne) opleiding gevolgd waarin basale kennis over de cognitieve gedragstherapie wordt verkregen. Verder dient de behandelaar enige kennis en ervaring te hebben opgedaan in het begeleiden of behandelen van zedendelinquenten. Mocht deze kennis en ervaring ontbreken dan wordt extra ondersteuning aangeboden vanuit andere behandelaars (dit hoeft niet per se de programmaverantwoordelijke te zijn). Naast de hierboven beschreven basale opleidingseisen, is een behandelaar die met het SGG-zorgprogramma aan de slag wil verplicht om de SSA-training te volgen en een tweedaagse SGG-basisopleiding. Verder wordt er jaarlijks een SGG-booster gevolgd.

Competenties en houding SGG-behandelaar

De SGG-behandelaar staat achter de werkwijze van het SGG-zorgprogramma en is bereid om maandelijks mee te doen aan de intervisie. De behandelaar heeft enige ervaring opgedaan in het behandelen van cliënten die seksueel grensoverschrijdend gedrag hebben vertoond of wordt tijdens het opdoen van ervaring begeleid door een behandelaar met meer ervaring of de programmaverantwoordelijke. De behandelaar staat stevig in zijn schoenen, is respectvol, empathisch, ondersteunend flexibel en in staat om een matig directieve houding aan te nemen. Ook is het een vereiste dat de persoon beschikt over voldoende gesprekstechnieken en in voldoende mate geëigende SGG-motivatietechnieken kan toepassen en open staat om ervaringsgerichte interventies aan te bieden of zich hier meer in te ontwikkelen.

Kwaliteitsbewaking

De manier waarop de kwaliteit en de programma-integriteit worden gewaarborgd, wordt beschreven in de managementhandleiding. De kwaliteit en de programma-integriteit van het programma worden bewaakt door zorg te dragen voor de volgende onderdelen/ handelingen:

1. Het SGG-zorgprogramma wordt aangeboden aan cliënten die hier daadwerkelijk voor geïndiceerd zijn;
2. Er is minimaal elke drie maanden (maar in de praktijk elke 6 weken) een gezamenlijk overleg met alle programmaverantwoordelijken onder begeleiding van de SGG-programmamanager. Er wordt tijdens deze overleggen onder andere besproken wat er verbeterd kan worden met betrekking tot het borgen van kwaliteit en de programma-integriteit en hoe dit wordt aangepakt.
3. De SGG-behandelaren volgen een training over de SSA, de basistraining van twee dagen en een jaarlijkse boostersessie. De basistraining biedt onder andere uitleg over het theoretische kader, de risicofactoren die spelen bij de specifieke doelgroep, en de wijze waarop betrokken systeemleden begeleid en ingezet worden. Verder wordt de inhoud van de modules besproken en wordt er geoefend met diverse oefeningen. Daarnaast wordt de basistraining van een dag over het werken met het Vlaggensysteem gevolgd, als een behandelaar hier nog geen ervaring mee heeft opgedaan.
4. Als een behandelaar de basisopleiding heeft gevolgd, dan is hij/zij bevoegd tot het aanbieden van het zorgprogramma. Hij krijgt dan nog wel begeleiding van de programmaverantwoordelijke. Om de bevoegdheid te behouden is het nodig om jaarlijks een booster van een dag te volgen en te voldoen aan de vereiste caseload. Dit betekent dat een behandelaar in één jaar gemiddeld genomen minimaal twee cliënten dit zorgprogramma aanbiedt, de praktijk leert echter dat de meeste SGG-behandelaren voor 70% met dit zorgprogramma werken.
5. Het faciliteren en volgen van MDO's en een maandelijks intervisie. De programmaverantwoordelijke verzorgt eens per maand intervisie van minimaal een uur. Daarnaast is er wekelijks MDO waarbij op casusniveau cliënten worden besproken. Tijdens deze intervisiebijeenkomsten zorgen de behandelaars met elkaar dat de inhoud van de interventie functioneel is. Tijdens de intervisie wordt er ook geoefend met het leren toepassen van de ervaringsgerichte opdrachten uit de verschillende modules. Hierbij wordt ook gelet op het responsief behandelen (aansluiten bij de leerstijl) door het aanbod te koppelen aan een specifieke cliënt.
8. Het monitoren van de programma-integriteit (PI). Er wordt gewerkt met evaluatieformulieren om tussentijds en aan het eind van de behandeling zicht te houden op de programma-integriteit. Door het invullen van deze formulieren wordt duidelijk hoe het gesteld is met het niveau van de programma-integriteit met betrekking tot het uitvoeren van een serie sessies. De uitkomst maakt inzichtelijk of de specifieke werkzame elementen om tot verandering te komen, daadwerkelijk worden aangeboden. Het formulier wordt door de behandelaar en cliënt ingevuld. Het helpt de behandelaar om programma-integer te werken. Tijdens intervisies worden de lijsten besproken om zo te toetsen of alle (potentiële) werkzame elementen in voldoende mate worden ingezet bij een behandeling en ook op groepsniveau.
8. Als een behandelaar net begint, dan wordt hij/zij ingewerkt door zijn collega's en de programmaverantwoordelijke. De behandelaar woont dan enkele bijeenkomsten bij die door de ervaren SGG-behandelaar worden aangeboden, tenminste als een cliënt hier toestemming voor geeft.

Randvoorwaarden

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

1. Het aanstellen van een SGG-programmaverantwoordelijke per vestiging die verantwoordelijk is voor de programma-integriteit (PI).
2. Tijd en geld realiseren voor PV en behandelaars om de nodige basisopleiding te kunnen volgen en de opleiding tot het kunnen afnemen van de SSA.
3. Het aanbieden van maandelijks intervisiemomenten.
4. Het realiseren en daadwerkelijk uitvoeren van Routine Outcome Monitoring (ROM) (FARE, Stable, Acute, FKL (door cliënt), SGG-klachtenlijst en evaluatieformulier). Dit ter ondersteuning van de inhoud van de behandeling, het monitoren van de voortgang en het bewaken van de programma-integriteit.
5. Er is een tablet aanwezig om filmmateriaal op te kunnen bekijken en eventueel om rollenspelen of stoelentechneken op te nemen.
6. De SGG-behandelaar heeft het gevoelswereldspel en het kwaliteitenspel tot zijn beschikking. (zie www.kwaliteitenspel.nl). Verder is de aanschaf van het Sensoa Vlaggensysteem nodig. Dit bestaat uit een box met een handboek waarin de methode wordt uitgelegd en onderbouwd. Ook worden er 44 kaarten meegeleverd met afbeeldingen van concrete situaties van seksueel gedrag en 1 kaart met uitleg over de betekenis van de vier vlaggen.
7. Zorgdragen voor de nodige PR.

Implementatie

De Waag heeft op alle vestigingen voldoende gekwalificeerde behandelaars die opgeleid kunnen worden tot SGG-behandelaar. De Waag is immers een forensische zorginstelling die als centrale taak cliënten behandelt, en voldoet daardoor al snel aan de randvoorwaarden om te kunnen behandelen. De SGG-behandelaars worden per vestiging of regio ondersteund door een programmaverantwoordelijke (PV) die zowel intervisie als werkbegeleiding aanbiedt. Dit helpt bij het implementeren van het programma.

Ondersteuning voorafgaande aan de uitvoering:

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

Ondersteuning tijdens de opstartfase:

De interventie kan vrij gemakkelijk worden aangeboden als behandelaars de basistraining hebben gevolgd en voldoen aan de competentie- en opleidingseisen. Zij beschikken immers al over behandelervaring, werken als behandelaar en vaak ook al met mensen die forensische zorg nodig hebben. Bovendien bieden MDO's, de maandelijkse intervisie en de begeleiding van de PV veel houvast. In de startfase dient er door een instelling rekening te worden gehouden met extra begeleiding aan de PV voor het beantwoorden van alle vragen en het extra coachen daar waar nodig.

Kosten

Tijdinvestering behandelaar

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

Uit dossierinformatie blijkt dat cliënten die geïndiceerd zijn voor het SGG-zorgprogramma gemiddeld genomen 76 weken behandeld werden met een gemiddelde duur van ca. 45 minuten per week. Dit is inclusief de nazorgperiode, uitval wegens ziekte en no-show. Stel dat er uitgegaan wordt van een uurloon van 60 euro bruto inclusief alle werkgeverslasten (maar exclusief overhead, kosten huisvesting, etc.) komt het neer op een bedrag van: $76 \times 45 \text{ minuten} \times 2 \text{ (ook 50\% indirecte tijd)} \times 60 \text{ euro} = 5700 \text{ euro}$.

Extra tijdinvestering programmaverantwoordelijke (PV):

Een PV besteedt naast de kosten die gemaakt worden als SGG-behandelaar 2 uur per week aan extra taken die niet declarabel zijn. Denk aan het zorgdragen voor werkbegeleiding aan de SGG-behandelaren en het verzorgen van contacten met ketenpartners voor het creëren van verwijzingen en om eventuele op- en afschaling gemakkelijker te kunnen realiseren. Vaak wordt de PV ook benaderd voor consult-overleggen.

$2 \text{ uur} \times 45 \text{ weken (min vakantie en ziekte)} \times \text{uurloon bruto inclusief alle werkgeverslasten} = \dots$

Kosten opleiding

Een instelling is voor een booster of opleidingsdag gemiddeld genomen 1500 euro kwijt (exclusief btw) als deze incompany wordt aangeboden met 1 trainer. De basistraining voor het werken met het Vlaggensysteem kost ca. € 365,00 (zie de website van Hobéon). Het volgen van de training voor het afnemen van de SSA (via de Rino), de tweedaagse basisopleiding en een jaarlijkse booster vraagt naast de opleidingskosten, ook om kosten

wegens verlies aan productie. Deze kosten hangen af van het salaris van de behandelaar en de afspraken die zijn gemaakt over de tarieven met de financiers.

Kosten materiaal

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

3. Onderbouwing

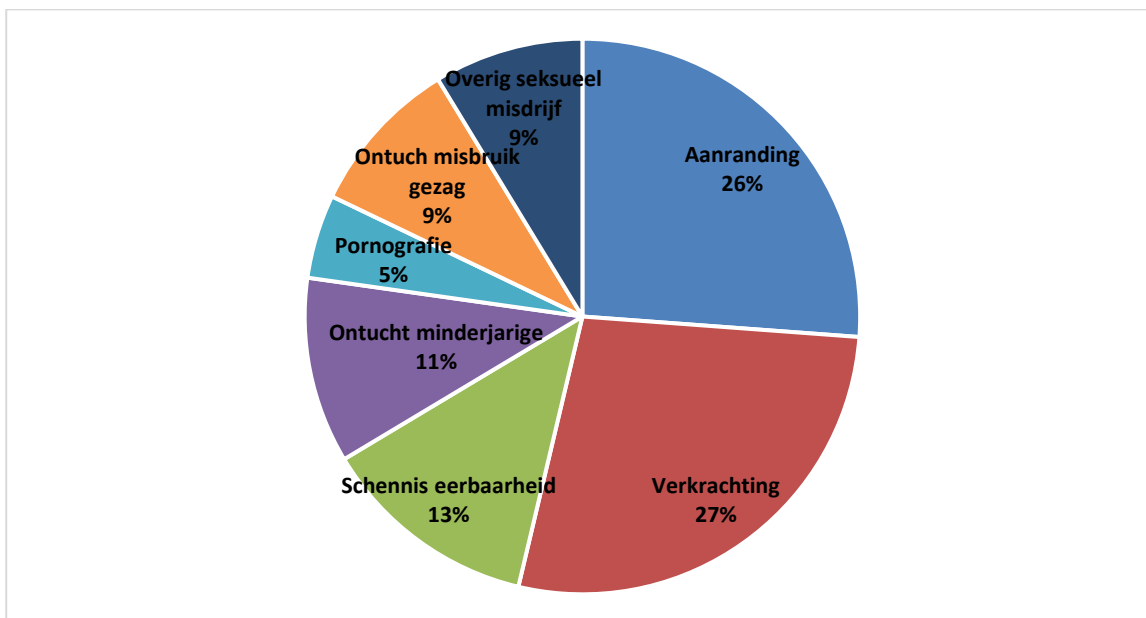
Probleem

Probleem

Het SGG-zorgprogramma richt zich op cliënten die seksueel grensoverschrijdend gedrag vertonen of hebben vertoond. Het kan gaan om lichte en zwaardere vormen. Het grensoverschrijdende gedrag betreft gedrag dat seksueel van aard is en de grenzen van het slachtoffer overschrijdt. Het gaat om seksueel gedrag waar het slachtoffer geen toestemming voor heeft gegeven (of hiertoe niet in staat was) of waarbij er sprake is van machtsverschillen. Bij de SGG-doelgroep gaat het om vormen van fysiek en niet-fysiek seksueel grensoverschrijdend gedrag. Denk bij niet-fysiek seksueel gedrag aan het ongevraagd geslachtsdelen of seksuele handelingen laten zien of het ongevraagd toezenden van pornografische afbeeldingen of verschillende seksueel getinte berichten. Bij fysiek grensoverschrijdend seksueel gedrag gaat het bij de doelgroep van het zorgprogramma om het ongevraagd aan lichaamsdelen zitten of het zonder toestemming of onder dwang seksuele handelingen ondergaan of uitvoeren (De Haas, 2012). Denk hierbij aan aanranding, schennis van de eerbaarheid of verkrachting. De genoemde voorbeelden betreffen seksuele misdrijven die bij voldoende bewijs in het Nederlandse Wetboek van Strafrecht onder te brengen zijn bij de artikelen 239, 240/240a en 242 tot en met 249. Er kan ook sprake zijn van het downloaden en kijken van kinderporno, maar dan in combinatie met een andere vorm van SGG. Bij de doelgroep is sprake van diverse criminogene risicofactoren die de kans op herhaling van SGG of andere vormen van grensoverschrijdend gedrag of delictgedrag vergroten. Om die reden is behandeling geïndiceerd.

Specifieke kenmerken gericht op ernst, spreiding en prevalentie

In 2021 zijn er in Nederland in totaal 2.690 volwassen verdachten (18+) aangehouden voor een seksueel misdrijf, terwijl er 8.505 seksuele misdrijven geregistreerd zijn (Statistics Netherlands [CBS], 2022). Van de geregistreerde seksuele misdrijven bestaat het grootste deel uit aanranding en verkrachting, zie Figuur 1. Er lijkt echter sprake te zijn van fikse onderrapportage: slechts één op de drie slachtoffers doet aangifte van seksuele delicten (Smit et al., 2018). Onderrapportage is waarschijnlijk vooral aan de orde wanneer het delict door bekenden wordt gepleegd (Mali, 2007).



Figuur 1. Geregistreerde seksuele misdrijven 2018 (Statistics Netherlands [CBS], 2022)

Bijna alle geregistreerde seksuele misdrijven worden gepleegd door mannen (96%). Bijna de helft van de verdachten is 25-45 jaar. In vergelijking met verdachten van andere delicten, zijn mensen die seksuele misdrijven plegen gemiddeld iets ouder. Meer dan de helft heeft een Nederlandse achtergrond, een derde heeft een niet-westerse migratieachtergrond (Marokko, Nederlandse-Antillen / Aruba, Suriname, Turkije en overig). In vergelijking met andere delictgroepen hebben verdachten van seksuele misdrijven relatief iets vaker een Nederlandse achtergrond (Statistics Netherlands [CBS], 2022).

Bij de Waag worden er jaarlijks ongeveer 222 cliënten aangemeld die wegens SGG in aanmerking komen voor dit zorgprogramma. Het gaat om cliënten die de behandeling volgen vanuit een vrijwillig of een strafrechtelijk kader.

(Inter)nationale recidive

Zedendelinquenten recidiveren vaker met een ander delict dan een zedendelict. Internationale onderzoeksgegevens vinden algemene recidivepercentages van 19% binnen 3 jaar en 67% binnen 9 jaar, terwijl seksuele recidive rond de 7 à 8% ligt (Alper & Durose, 2019; Hanson et al., 2007). Een recente internationale meta-analyse concludeert dat 14.1% van de onbehandelde zedendelinquenten recidiveert met een zedendelict binnen 76,2 maanden, tegenover 9,5% van de behandelde zedendelinquenten. Dit betekent dat behandelde zedendelinquenten relatief 32,6% minder recidiveren dan onbehandelde (Gannon et al., 2019). Recente Nederlandse recidivecijfers specifiek voor zedendelinquenten ontbreken, aangezien het meest recente beschikbare recidiverapport niet uitsplitst naar soort delict (Drieschner et al., 2020).

Onderzoek naar 558 cliënten die bij de Waag werden behandeld wegens SGG, toonde aan dat 3,6% binnen een jaar recidiveerde met een ander delict dan SGG, en 0,4% met een seksueel delict (Eisenberg & Van Horn, 2015). Binnen 2 jaar recidiveerde 6,3% met een ander delict dan SGG, en 0,6% met een seksueel delict. Binnen 6 jaar recidiveerde 13,0% met enig delict en 0,6% met een seksueel delict. Deze cijfers maken duidelijk dat in het algemeen SGG-plegers ook na ambulante behandeling weinig recidiveren met een seksueel delict. Vaker recidiveren zij met een andersoortig delict.

Gevolgen

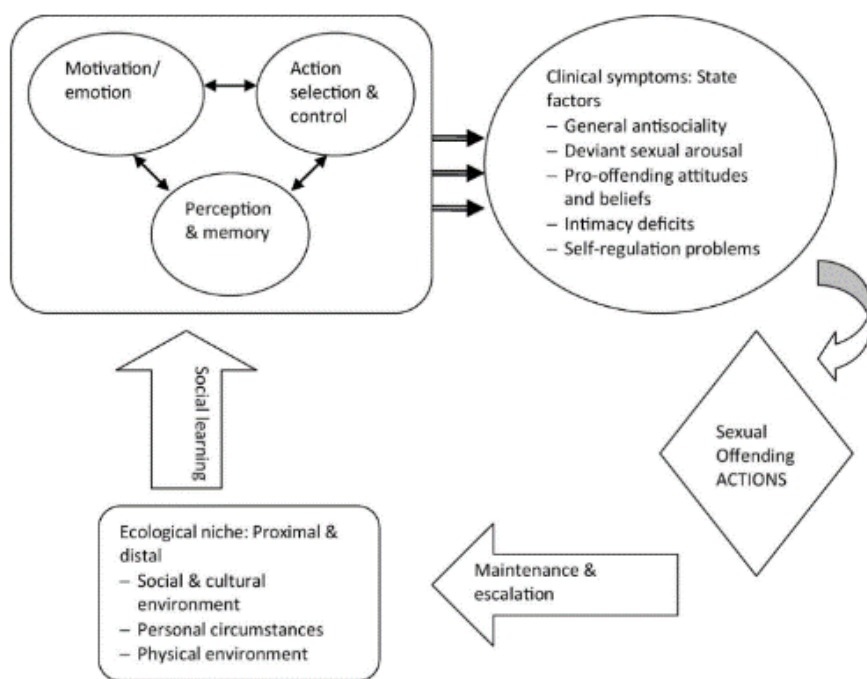
Een zedendelict kan diep ingrijpen in het leven van een slachtoffer. Bekende gevolgen voor slachtoffers zijn gedragsproblemen, depressie, suïcidaliteit, traumagerelateerde klachten, verslavingsproblematiek, seksuele problemen, een verhoogde kans op slachtofferschap, maar ook op ouderschap (Dube et al., 2005; Hornor, 2010; Morais et al., 2018; Wilson, 2010). Het plegen van een zedendelict kan ook voor de pleger ingrijpende gevolgen hebben. Een cliënt die eenmaal een delict heeft gepleegd, krijgt meestal te maken met stigmatisering (Hamilton et al., 2022; Lawrence & Willis, 2021; Lehmann et al., 2020). De reactie van de omgeving leidt tot nog meer sociaal isolement en dit vergroot de kans op herhaling van seksueel afwijkend gedrag.

Oorzaken

Om te verklaren hoe SGG zich ontwikkelt en gepleegd kan worden, maar ook hoe SGG en andere vormen van grensoverschrijdend gedrag en delictgedrag in stand blijven en herhaald kunnen worden, dient het Integrative Theory of Sexual Offending (ITSO) als kapstok en wordt ter verdieping voor cliënten met het seksuele profiel het Incentive Motivational Model of Sexual Deviance (IMMSD) gebruikt om toe te lichten hoe seksuele deviantie zich kan ontwikkelen.

Integrative Theory of Sexual (Re)Offending (ITS(R)O)

De Integrative Theory of Sexual Offending (ITSO) (Ward & Beech, 2006) en de afgeleide Integrative Theory of Sexual Reoffending (ITSRO) (Thakker & Ward, 2012) worden gebruikt als overkoepelend model om SGG als indexdelict en seksuele recidive en/of algemene recidive te verklaren. De ITS(R)O benadrukt de wisselwerking tussen ecologie/omgeving, neuropsychologisch functioneren, en klinische symptomen (risicofactoren). De ITS(R)O hanteert als uitgangspunt dat het neuropsychologisch functioneren wordt beïnvloed door de genen, maar ook door de ervaringen die zijn opgedaan en worden opgedaan in de sociale omgeving.



Figuur 2. Schematische weergave Integrative Theory of Sexual Reoffending (Thakker & Ward, 2012)

Volgens de ITSRO kunnen vanuit de samenwerking tussen deze verschillende domeinen verschillende soorten klinische symptomen ontstaan (risicofactoren) die zowel bij (kind)misbruikers met een seksueel als met een antisociaal profiel aan de orde kunnen zijn. Het betreft algemene antisocialiteit, problemen met de seksuele zelfregulatie en/of seksuele deviantie, delictondersteunende opvattingen (cognitieve vervormingen), problemen met sociale contacten en intimiteit, **en algemene zelfregulatieproblemen**. Iemand kan bijvoorbeeld een genetische dispositie tot impulsief gedrag en afwijkende seksuele voorkeur hebben, leven in eenzame omgeving zonder prosociale contacten om hem te corrigeren, in combinatie met SGG-ondersteunende percepties. Dit kan leiden tot de klinische symptomen van afwijkende seksuele opwinding en emotionele problemen, waaruit SGG kan ontstaan. Dit gedrag versterkt zichzelf, omdat er geen correctie uit de omgeving plaatsvindt, omdat het de eenzaamheid tijdelijk oplost, en door het sterke beloningsgevoel dat seksuele voldoening met zich meebrengt. Een persoon kan echter ook SGG hebben gepleegd vanuit zelfregulatieproblematiek in combinatie met een sterk verlangen naar intimiteit of juist vijandigheid ervaren richting vrouwen en om die reden een zedendelict plegen. De risicofactoren die aan de orde zijn, kunnen dan zowel leiden tot herhaling van SGG als een geweldsdelict.

In de doelgroep-beschrijving komen de genoemde risicofactoren terug, maar in een andere volgorde:

1. Met algemene antisociale levenshouding wordt onder ander instabiliteit op verschillende gebieden bedoeld, zoals werk/opleiding, financiële situatie en woonsituatie. Maar ook problematisch middelengebruik en regel brekend gedrag (Abracen et al., 2017; Hanson & Morton-Bourgon, 2005; Harris et al., 2009; Olver et al., 2018). Dit domein is over het algemeen het meest prominent bij misbruikers met een antisociaal profiel (Brouillette-Alarie & Proulx, 2019; Etzler et al., 2020; Harris et al., 2009).
2. Zoals bekend kunnen cognitieve vervormingen een rol spelen die (algemeen) delictgedrag of SGG versterken of ondersteunen (D'Urso, Petruccelli, Costantino, et al., 2018; D'Urso, Petruccelli, Grilli, et al., 2018; Ó Ciardha & Ward, 2012). Dit lijkt vooral een rol te spelen bij kindmisbruikers met het seksuele profiel, waarbij het draait om het zien van kinderen als seksuele wezens en sociale interacties (Etzler et al., 2020; Helmus et al., 2013). Bij misbruikers lijken cognitieve vervormingen minder vaak een rol te spelen, maar als ze er zijn gaat het eerder over (vrouw)vijandigheid, weinig inlevingsvermogen en gedachten die boosheid versterken (Etzler et al., 2020; Helmus et al., 2013).
3. Problemen met de algemene zelfregulatie, waaronder impulsiviteitsproblemen gaan vooral over een gebrek aan executieve functies gericht op gedragsregulatie (Stone & Thompson, 2001). Denk aan verhoogde stress (Toates et al., 2017), een beperkte impulscontrole (Helmus et al., 2021; Turner et al., 2018; van den Berg et al., 2020), een geringe emotieregulatie (Gillespie et al., 2018; Gunst et al., 2019), en geringe

oplossingsmogelijkheden (Etzler et al., 2020; Helmus et al., 2021; van den Berg et al., 2020). Dit domein speelt bij het **seksuele en antisociale profiel** een rol. Per individu kunnen de aandachtsgebieden verschillen. Over het algemeen genomen is er bij het seksuele profiel vaak aandacht nodig voor de emotieregulatie (zie uitleg bij het Incentive Motivational Model of Sexual Deviance) en bij het antisociaal profiel is standaard aandacht voor de impulscontrole en oplossingsvaardigheden (Etzler et al., 2020; Helmus et al., 2021; Olver et al., 2018). Met name mensen die passen in het antisociale profiel laten door problemen met de impulscontrole en een tekort aan oplossingsvaardigheden instabiliteit op verschillende levensgebieden zien met als gevolg crimineel gedrag. Deze groep profiteert echter ook vaak van het verkrijgen van meer tools voor het ervaren van meer positieve emotionaliteit.

4. Problemen met sociale contacten en intimiteit gaan over eenzaamheid, een beperkt sociaal netwerk, intimiteitsproblemen, verkeerde sociale invloeden, en hechtingsproblemen (Brouillette-Alarie & Proulx, 2019; Marshall, 2010). Dit domein speelt bij beide profielen, maar er zijn accentverschillen. Bij kindmisbruikers uit het seksuele profiel is vaak sprake van sociale isolatie en eenzaamheid, en bij het antisociale profiel (misbruikers) meer sprake van een delinquent sociaal netwerk, gebrek aan empathie, of negatieve invloeden uit het sociale netwerk (Helmus et al., 2021; Martin & Tardif, 2014). Beide profielen zijn bekend met de impact van stigmatisering en sociale afwijzingen.

5. Problemen met seksuele zelfregulatie en/of deviante seksuele interesses/parafiliën. Het gaat hierbij ook om seksuele preoccupatie of hyperseksualiteit (Helmus et al., 2021; Thornton et al., 2018). Seksuele preoccupatie kan bij alle subdoelgroepen aan de orde zijn en is zorgelijk als het de kans op SGG versterkt en het problemen op andere levensgebieden veroorzaakt. Deviante seksuele interesses spelen bij cliënten die ondergebracht worden in het seksuele profiel.

Aandacht voor de impact van stress

In het kader van de ITSRO is er ook aandacht voor de invloed van stress en aversieve emoties op het plegen van zedendelicten (Toates et al., 2017). Forensische patiënten ervaren in het algemeen hoge stresslevels (Bergman et al., 2020; Schwartz et al., 2020). Stress kan ontstaan uit opgedane traumatische ervaringen en omgevingsfactoren, maar heeft ook te maken met de eigen psychologische reactie daarop en de mate waarin iemand zijn gedrag en emoties kan reguleren. Stress kan ertoe leiden dat er meer impulsiviteit is en minder cognitieve controle is over gedragsmatige (automatische) reacties (algemene zelfregulatie) (Maier et al., 2015; Sandi & Haller, 2015; Shields et al., 2016). De stressreactie zorgt ervoor dat alle cognitieve aandacht gericht is op het omgaan met prikkels in het hier en nu (Shields et al., 2016). Dit kan het systeem meer responsief maken voor onmiddellijke beloningen zoals seksuele opwinding en climax, en minder gevoelig voor langetermijnconsequenties (Shields et al., 2016). Verder wordt er verondersteld dat zedendelinquenten op stress reageren met seksueel gedrag en fantasieën, wat het risico op seksueel delictgedrag (tijdelijk) verhoogt (Hanson & Morton-Bourgon, 2005; Maniglio, 2011). Het kan dus nuttig zijn om (chronische) stress te verminderen en vaardigheden te leren om meer grip te behouden op de algemene en seksuele zelfregulatie (Toates et al., 2017). Voor het verminderen van stress kan het naast stressreductie ook helpend zijn om het zelfvertrouwen te vergroten (vooral aan de orde bij kindmisbruikers met een seksueel profiel) en te werken met het minder vaak toepassen van zelfondermijnende gedachten.

Incentive Motivational Model of Sexual Deviance

De ITS(R)O brengt belangrijke risicofactoren in beeld van mensen die in aanmerking komen voor het SGG-zorgprogramma. Om nog meer beeld te krijgen bij factoren die de afwijkende seksualiteit bestendigen ((kind)misbruikers met seksuele profiel) wordt ook gebruik gemaakt van het Incentive Motivational Model of Sexual Deviance.

Het Incentive Motivational Model of Sexual Deviance (IMMSD) helpt om specifiek de seksuele aard van het delictgedrag te verklaren (Smid & Wever, 2019). De IMMSD gaat ervan uit dat seksuele opwinding een emotie is die vergelijkbaar is met andere emoties. Emoties kunnen elkaar beïnvloeden en versterken, zoals wanneer iemand sneller boos wordt als hij al gestrest is (Wang & Lang, 2012). Zo kan ook sluimerende seksuele opwinding versterkt worden door de aanwezigheid van een deviante prikkel met sterke emotionele lading (Craig et al., 2017; Schippers et al., 2022). Als een bepaalde emotionele stimulus eenmaal seksuele opwinding heeft veroorzaakt, kan dit vervolgens versterkt worden door het bewust en onbewust vaker opzoeken van deze deviante prikkel en de beloning van seksuele opwinding en orgasme (vicieuze cirkel).

Iemand zal vooral ontvankelijk zijn voor dit mechanisme wanneer er geen legaal, “normatief” alternatief aanwezig is dat voor seksuele voldoening kan zorgen, bijvoorbeeld wanneer er geen partner is of weinig interesse in seks met volwassen partners. Dit is bijvoorbeeld te rijmen met het gegeven dat kindmisbruikers met een seksueel en antisociaal profiel veelal geen bevredigend seksueel leven hebben (intimiteitstekorten) (Schippers et al., n.d.). Hierdoor zijn ze vatbaarder voor de beïnvloeding tussen emotie en seks wanneer normatieve seks onvoldoende slaagt (Wéry & Billieux, 2016). Ook kan seks gebruikt worden om emoties te beïnvloeden, bijvoorbeeld als verlichting van negatieve gevoelens (Bartels & Gannon, 2011; Gunst et al., 2019). Dit betekent dat emotieregulatie bij deze groep van belang is en het vinden van acceptabele alternatieven voor het beleven van een bevredigde vorm van seksualiteit.

Aan te pakken factoren

Onderstaande tabel biedt een overzicht van de risicofactoren die worden aangepakt om het probleemgedrag te stoppen en algemene en seksuele recidive te voorkomen. Tevens worden de daaraan gelinkte subdoelen die vermeld worden bij 1.2 en bijbehorende interventies⁵ beschreven. Er wordt daarnaast ook gewerkt aan responsiviteitsfactoren, denk aan het behandelen van eventuele trauma's. Het overzicht is ook helpend voor behandelaren om te bepalen wat standaard ingezet moet worden bij iedereen en wat bij welk profiel en welke interventies vervolgens van toepassing zijn. Behandelaren kunnen hiervoor ook de richtingaanwijzer gebruiken.

Subdoelgroep	Aan te pakken risicofactoren	Standaard (S) of vaak geïndiceerd (VG)	Subdoelen	Modules, domeinen, hoofdstukken en andere ondersteunende interventies
Alle subdoelgroepen	Houding en cognitieve vervormingen	S	<ul style="list-style-type: none"> - De cliënt stelt zich open voor behandeling, en is gemotiveerd om te werken aan verandering en veiligheid. - De cliënt heeft inzicht in eigen (seksuele) problematiek en staat achter zijn behandeldoelen. - - De cliënt ervaart voldoende positiviteit in zijn leven. Dit komt omdat hij beter voldoet aan zijn basisbehoeften. - De cliënt denkt op een helpende manier die de kans op SGG of een andere vorm van delictgedrag verkleint. 	<p>De volgende onderdelen uit de Startmodule:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Bereidheid om te veranderen -Werken met een veiligheidsplan -Betrekken van betrokken systeemleden indien mogelijk. <p>Psycho-educatie en Probleemsamenhang uit de Startmodule en eerste hoofdstuk uit domein seksuele zelfregulatie: Meer zicht op je seksuele probleemgedrag</p> <p>Kernmodule: domein Basisbehoeften Betrekken van betrokken systeemleden indien mogelijk.</p> <p>Kernmodule: domein Cognitieve vervormingen en houding, hoofdstuk niet-helpende gedachten gerelateerd aan SGG.</p>

⁵ eHealth wordt ingezet indien een cliënt hier de juiste middelen voor heeft en over voldoende vaardigheden beschikt om ermee te werken.

	Problemen met sociale contacten en intimiteit	S	<ul style="list-style-type: none"> - De cliënt beschikt over een adequaat sociaal netwerk dat steunend is in het voorkomen van SGG en helpt bij het realiseren (van een deel) van de basisbehoeften. - De cliënt houdt rekening met (de gevolgen voor) anderen. 	<p>Kernmodule: domein Sociale relaties en intimiteit, hoofdstuk Sociale relaties Zo ook netwerk bij de behandeling betrekken.</p> <p>Stoelentechniek en rollenspelen met perspectief inname. Kernmodule: hoofdstuk niet helpende gedachten gerelateerd aan SGG: oefening schrijf een (fictieve) brief aan het slachtoffer Kernmodule: hoofdstuk Meer zicht op je seksuele probleemgedrag. Oefening Trechter van dader (en slachtoffer). Hoofdstuk: Meer zicht op je seksuele probleemgedrag</p>
	Problemen met de algemene zelfregulatie	VG	<ul style="list-style-type: none"> - De cliënt ervaart voldoende ontspanning, het lukt om stress te reduceren. - De cliënt kan positieve emotionaliteit ervaren en zich positief opstellen. - De cliënt is voldoende in staat zijn emoties adequaat te reguleren 	<p>Module stressreductie</p> <p>Kernmodule: domein Algemene zelfregulatie, onderdeel over emotieregulatie</p>
	Problemen met seksuele zelfregulatie	VG	<ul style="list-style-type: none"> - De cliënt gebruikt geen seksueel (afwijkend) gedrag of seksuele gedachten als copingstrategie (in perioden van stress). - 	<p>Module stressreductie en/of Kernmodule, domein Oplossingsvaardigheden, hoofdstuk problemen en jouw copingstijl</p>
Seksueel profiel	Problemen met de seksuele zelfregulatie	S	<ul style="list-style-type: none"> - De cliënt vertoont geen seksueel afwijkend gedrag door afwijkende seksuele interesses dat de kans op SGG vergroot 	<p>Kernmodule, domein seksualiteit Indien van toepassing farmacotherapie</p>
	Problemen met sociale contacten en intimiteit	S	<ul style="list-style-type: none"> - De cliënt beschikt over voldoende relationele vaardigheden om een stabiele (intieme) relatie aan te gaan. - 	<p>Kernmodule: domein Sociale relaties en intimiteit, hoofdstukken Hechting & Hoe zorg je voor meer intimiteit?</p>

	Problemen met sociale contacten en intimiteit	VG	<ul style="list-style-type: none"> - De cliënt heeft voldoende sociaal netwerk en voelt zich niet eenzaam. - De cliënt heeft voldoende relationele vaardigheden om enkele vriendschappelijke relaties aan te gaan met volwassenen. 	Kernmodule: domein Sociale relaties en intimiteit. Inzet COSA of buddy Minddistrict: sociale vaardigheden
	Responsiviteit	VG	<ul style="list-style-type: none"> - De cliënt heeft een helpend zelfbeeld en ervaart regelmatig zelfvertrouwen (ook door het toepassen van helpende gedachten). - De cliënt ervaart meer zelfvertrouwen waardoor hij beter functioneert op het gebied van sociale relaties en intimiteit. 	Module Zelfbeeld
Seksueel profiel Kindmisbruiker	Problemen met sociale contacten en intimiteit	S	<ul style="list-style-type: none"> - De cliënt laat gedrag zien waarmee hij omgang met volwassenen bevordert (er is geen interesse in relaties met kinderen). - 	Kernmodule: domein Sociale relaties en intimiteit.
	Algemene antisocialiteit (houding en cognitieve vervormingen)	S	<ul style="list-style-type: none"> - De cliënt heeft geen gedachten die het verlangen naar intieme relaties met kinderen versterken of goedpraten. - 	Kernmodule: domein Cognitieve vervormingen en houding, beide hoofdstukken.
Seksueel profiel Misbruiker	Problemen met de algemene zelfregulatie	S	<ul style="list-style-type: none"> - De cliënt kan zichzelf voldoende beheersen op verschillende leefgebieden (is niet impulsief). - De cliënt heeft voldoende beheersingsvaardigheden om SGG tegen te gaan. - De cliënt kan positieve emotionaliteit ervaren en zich positief opstellen. - De cliënt is voldoende in staat zijn emoties adequaat te reguleren. 	Kernmodule: hoofdstuk Beheers je impulsen Farmacotherapie Kernmodule: hoofdstuk Beheers je impulsen Farmacotherapie Kernmodule: hoofdstukken over emotieregulatie
	Problemen met de algemene zelfregulatie	S	<ul style="list-style-type: none"> - De cliënt kan zichzelf voldoende beheersen op verschillende leefgebieden (is niet impulsief). - De cliënt heeft voldoende beheersingsvaardigheden om SGG tegen te gaan. - De cliënt kan positieve emotionaliteit ervaren en zich positief opstellen. - De cliënt is voldoende in staat zijn emoties adequaat te reguleren. 	Kernmodule: hoofdstuk Beheers je impulsen Farmacotherapie Kernmodule: hoofdstuk Beheers je impulsen Farmacotherapie Kernmodule: hoofdstukken over emotieregulatie

	Houding en cognitieve vervormingen	VG	<ul style="list-style-type: none"> - De cliënt hanteert geen vijandige denkbeelden die SGG kunnen bevorderen. - De cliënt hanteert geen vijandige denkbeelden die het aangaan van een stabiele (intieme) relatie belemmeren. 	Kernmodule: domein Cognitieve vervormingen en houding.
Antisociaal profiel (misbruiker)	Problemen met de algemene zelfregulatie	S	<ul style="list-style-type: none"> - De cliënt kan zichzelf voldoende beheersen op verschillende leefgebieden (is niet impulsief). - De cliënt heeft voldoende beheersingsvaardigheden om SGG tegen te gaan. - De cliënt heeft voldoende vaardigheden om (dagelijkse) problemen op te lossen. 	Kernmodule: hoofdstuk Beheers je impulsen Farmacotherapie Kernmodule, hoofdstuk over problemen oplossen.
	Houding en cognitieve vervormingen	VG	<ul style="list-style-type: none"> - De cliënt functioneert voldoende op het gebied van werk / opleiding. - De cliënt ervaart geen problemen wegens middelengebruik. 	Inzet behandelaar herstel (forensisch maatschappelijk werk) Behandeling gericht op PMG (CGT bij PMG en gokken)
	Problemen met sociale contacten en intimiteit	VG	<ul style="list-style-type: none"> - De cliënt hanteert geen vijandige denkbeelden die SGG kunnen bevorderen of andere vormen van delictgedrag. 	Kernmodule: domein Cognitieve vervormingen en houding.

Er kan ook sprake zijn van de volgende risicofactoren:

- Aanwezige hyperseksualiteit die leidt tot SGG kan bij alle subdoelgroepen voorkomen en wordt aangepakt door inzet van Domein over seksualiteit en Domein zelfregulatie, onderdeel Beheers je impulsen en eventueel de inzet van farmacotherapie en is gerelateerd aan de optionele doelen 7,8 en 13.
- De aanwezigheid van ASS en/of traumagerelateerde klachten en problematisch middelengebruik. Het behandelen van de genoemde problematiek kan nodig zijn omdat het een risicofactor is en/of omdat het nodig is voor het verbeteren van de responsiviteit (leerbaarheid). De problematiek wordt behandeld volgens de standaard multidisciplinaire richtlijnen van de ggz (zie ook de algemeen programma handleiding) en is gekoppeld aan de optionele doelen 1,2 en 3 .
- De risicofactoren die volgens het gehanteerde verklaringsmodel thuishoren bij algemene antisocialiteit, zoals een ongezonde financiële situatie, geen dagbesteding en een instabiele woonsituatie worden aangepakt door het inzetten van begeleiding van een forensische maatschappelijk werker. Het betreft het vierde optionele doel.

Verantwoording

Op basis van de ITSRO neemt het SGG-zorgprogramma de biologische, ecologische en neuropsychologische domeinen mee in een integratieve aanpak om zo verandering te realiseren. Er worden bijvoorbeeld handvatten geboden om met biologische predisposities zoals impulsiviteit, stressbestendigheid of afwijkende seksuele interesses om te kunnen gaan. Wanneer mogelijk wordt er een systemische aanpak aangeboden om een stabiele en ondersteunende omgeving te creëren en bepaalde triggers te verminderen. Ook is er aandacht voor de aanpak van psychologische factoren zoals cognitieve vervormingen en coping.

Om bovengenoemde veranderingen te realiseren, baseert het zorgprogramma zich op de Risk, Need, Responsivity principes, waarbij het Good Lives Model wordt ingezet om de specifieke responsiviteit te vergroten. Bovendien kan het verminderen van risicofactoren ook nodig zijn voor het beter voldoen aan basisbehoeften.

Risk, Need, Responsivity

Om tot verandering te komen worden de Risk, Need, Responsivity (RNR) principes als kapstok gebruikt (Bonta & Andrews, 2017). Uit onderzoek blijkt dat behandeling het meest effectief tot verandering leidt wanneer dit de RNR-principes volgt. Sterker nog, het niet navolgen van de RNR-principes kan nadelige gevolgen hebben (Andrews & Bonta, 2010; Olver et al., 2009).

- **Risico.** Het risicoprincipe (Risk) houdt in dat de behandelduur en intensiteit vormgegeven dienen te worden op basis van het risiconiveau van de cliënt. Een hoog risico op recidive vraagt om een intensievere behandeling dan een laag niveau.
- **Behoeften.** Het behoefteprincipe (Need) houdt in dat de focus van de behandeling ligt op het behandelen (verminderen) van de aanwezige individuele dynamische criminogene risicofactoren. Het gaat om veranderbare factoren die bij een cliënt aan de orde zijn en het risico op (hernieuwd) delictgedrag vergroten.
- **Responsiviteit.** Het responsiviteitsprincipe (Responsivity) houdt in dat de behandeling bestaat uit effectieve, werkzame elementen en afgestemd dient te worden op factoren die de leerbaarheid en ontvankelijkheid voor behandeling kunnen beïnvloeden. Hierbij wordt algemene en specifieke responsiviteit onderscheiden. *Algemene responsiviteit* gaat over het werken met (potentiële) werkzame elementen die werkzaam blijken in de forensische doelgroep. *Specifieke responsiviteit* heeft te maken met het aansluiten bij het individu. Onderdelen hiervan zijn de therapeutische relatie, aandacht voor motivatie voor behandeling en gedragsverandering, aansluiting bij leerstijl, intelligentieniveau en persoonlijkheid (Hanson et al., 2009; Looman et al., 2005).

Om aan de RNR-principes te kunnen voldoen wordt tijdens de start van de behandeling een risicotaxatie gedaan met de Forensische Ambulante Risico Evaluatie (FARE) (Van Horn et al., 2020; Van Horn et al., 2016) en de Static, Stable, Acute (SSA) (Brankley et al., 2019; Fernandez et al., 2014; Hanson et al., 2007; Phenix et al., 2016). Waar de Static, Stable, Acute zeer specifiek ingaan op seksuele risicofactoren, gaat de FARE meer in op het antisociale profiel. De risicodomeinen waar klinisch significant op gescoord wordt, bepalen vervolgens welke onderdelen van het zorgprogramma aan bod komen, zie het onderdeel over de aan te pakken factoren. Om de algemene en specifieke responsiviteit vorm te geven, worden naast eventuele ondersteuning door een forensisch maatschappelijk werker en/of een passende ketenpartner, de volgende elementen ingezet om verandering te realiseren:

Basishouding

Om verandering te realiseren is het een randvoorwaarde dat de behandelaar zorgt voor een behandelrelatie waarin de cliënt contact durft aan te gaan (Taylor et al., 2015; Tschuschke et al., 2015; Will et al., 2016). Hierbij is 'het valideren' essentieel, dit betekent dat de behandelaar aandacht geeft, empathie en compassie toont, oordeelsvrij onderzoekt wat de ander voelt en denkt en vanuit verbinding en vertraging de cliënt stimuleert om emoties waar te nemen en te ervaren (ook in het lichaam). Het valideren maakt het makkelijker om een werkalliantie op te bouwen en eventuele weerstanden/beschermers te doorbreken (Holländare et al., 2016; Linehan et al., 1999; Voutilainen et al., 2018).

Cognitieve Gedragstherapie (CGT)

CGT blijkt de beste behandelvorm te zijn om recidive te verminderen bij cliënten die SGG gepleegd hebben (Bonta & Andrews, 2017; Gannon et al., 2019; Harrison et al., 2020; Kim et al., 2016; McGrath et al., 2010; Schmucker & Lösel, 2015, 2017). Een recente meta-analyse naar CGT bij zedendelinquenten vindt een groot effect voor CGT-behandeling op algemene recidive (OR = 0.811; 95%CI 0.645-1.019), en een iets kleiner effect voor seksuele recidive (OR = 0.639; 95%CI 0.473-0.861; Harrison et al., 2020). CGT bevat psycho-educatie om probleembesef te stimuleren, signalering en vervanging van disfunctionele gedachten, en rollenspelen om inzicht te creëren en gedragsalternatieven te oefenen. Dit zorgprogramma heeft specifiek aandacht voor de ervaringsgerichte oefeningen (met imaginatie en stoelentechnieken) en mindfulness-technieken (bijv. ontspannings- en focusoefeningen). Op die manier kan de cliënt optimaal leren omgaan met biologische predisposities, gebeurtenissen in de omgeving en zijn eigen gedrag/interpretatie leren te veranderen.

Farmacotherapie

Farmacotherapie zoals testosteronverlagende medicatie kan aanvullend naast CGT gebruikt worden bij SGG-cliënten om effectieve gedragsverandering te ondersteunen (McPhail & Olver, 2020; Sauter et al., 2020). Een deel van de cliënten kan immers door medicatie minder heftig in beslag worden genomen door seksuele prikkels, impulsiviteit, en seksuele drang, waardoor zij beter in staat zijn hun leven op orde te brengen. Er zal nooit alleen farmacotherapie worden aangeboden, er wordt immers aanbevolen om farmacologische behandeling bij de SGG-doelgroep in te bedden in een breder behandelprogramma dat onder andere gebaseerd is op cognitief-gedragstherapeutische behandelingen (De Ruiter & Veen, 2006). Farmacotherapie is vooral geïndiceerd voor cliënten met deviante opwinding en een beperkte zelfregulatie (Sauter et al., 2020). Farmacotherapie kan de sterkte van seksuele opwinding en fantasieën verminderen (McPhail & Olver, 2020).

Systeemgericht

Systeemgerichte behandeling is vooral onderzocht in populaties van jeugdige SGG-plegers (Borduin et al., 2009). Er is reden om aan te nemen dat een systemische benadering (waar mogelijk) voor volwassen delinquenten evengoed effectief is, omdat we weten dat steun uit een sociaal netwerk een adequate interventie is die recidive vermindert (Clarke et al., 2017). Het SGG-zorgprogramma probeert waar mogelijk familie, partners en/of sociaal netwerk te betrekken om een bijdrage te leveren aan het opstellen en naleven van het veiligheidsplan, maar ook voor het realiseren van sociale en emotionele steun en voor het doorbreken van het sociaal isolement (indien aan de orde).

Good Lives Model (GLM)

Het Good Lives Model (Ward & Brown, 2004) behelst het identificeren van belangrijke basisbehoeften bij de cliënt en het samenstellen van een positief levensplan. Het GLM is te karakteriseren als een vorm van positieve psychologie die ervan uitgaat dat mensen van nature actieve, doelgerichte wezens zijn, die voortdurend doel en betekenis willen geven aan hun leven. Inspelen op de sterke eigenschappen van de cliënt, en de doelen die de cliënt zelf graag wil bereiken, vergroot zo de responsiviteit en het welzijn van de cliënt; dit kan opgevat worden als een beschermende factor. Deze manier van werken ondersteunt zowel de verandermotivatie van de cliënt als de therapeutische alliantie (Willis et al., 2013). Deze manier van werken sluit goed aan bij het RNR-denken. Risicofactoren die bijvoorbeeld thuishoren bij de algemene en seksuele zelfregulatie zorgen vaak voor problemen in de vervulling van een levensbehoefte (Willis et al., 2013). Werken aan meer positiviteit in je leven (positief levensplan) definieert vervolgens strategieën om levensbehoeften zonder problemen te vervullen. Dit helpt ook om met tegenslagen, stressoren en probleemsituaties om te gaan. Bovendien bevordert deze insteek de motivatie.

Motivatie

Het blijkt mogelijk om de behandeluitkomsten te voorspellen op grond van de behandelmotivatie (Norcross et al., 2011). Het is daarom relevant om als onderdeel van het veranderingsmodel in te zetten op het verbeteren van de verandermotivatie. Doordat een deel van de SGG-cliënten een ambivalente motivatie kan hebben, zet de behandelaar motiverende gespreksvoering (Miller & Rollnick, 2012) en andere motivatietechnieken in om de behandelmotivatie te vergroten. Dit speelt bij het begin van de behandeling en/of gedurende de behandeling indien noodzakelijk. Enkele voorbeelden van de toegepaste motivatietechnieken zijn:

1. Het aangaan van contact, het opbouwen van een werkalliantie en in voldoende mate valideren (e.g. Voutilainen et al., 2018);
2. Er wordt gewerkt aan het verbeteren van de zelfeffectiviteit, geloof in eigen kunnen (Briones-Rodriguez et al., 2016);
3. Er worden hulpbronnen ingezet om verandering te bereiken, zoals lotgenoten of steunende systeemleden.
4. Er wordt gewerkt met onderdelen uit het Good Lives Model (Ward, 2010). Door aan te sluiten bij de levensbehoeften en -doelen die een cliënt essentieel vindt, wordt de motivatie versterkt en wordt de ontwikkeling van beschermende factoren gestimuleerd.

EHealth

Het gebruik van eHealth kan de motivatie voor behandeling vergroten en wordt over het algemeen als positief ervaren door zowel forensische cliënten als behandelaars (Kip et al., 2018; Martens & Metselaar,

2014). Rekening houdend met het feit dat niet elke cliënt gebruik wil en kan maken van technologie, is eHealth een belangrijk onderdeel om in te zetten met betrekking tot responsiviteit en continuïteit. eHealth kan zorgen voor beter op maat gemaakte zorg, afgestemd op het individu (Kip et al., 2018), bijvoorbeeld omdat het kan inspelen op laaggeletterdheid van cliënten, omdat het naast tekst materiaal ook via beeld en video kan aanbieden. Daarnaast kan eHealth ondersteunen in communicatie tussen de behandelafspraken in, wat cliënten als prettig ervaren, en kan het efficiëntie in de hand werken door ervoor te zorgen dat behandelaar en cliënt beter voorbereid naar consulten komen (Martens & Metselaar, 2014). Naast dat het gebruik van eHealth effectief is bevonden in de forensische ggz (Kip et al., 2018) zijn er aanwijzingen dat eHealth-gebruik behandeltrouw vergroot (Naslund et al., 2015).

4. Onderzoek

4.1 Onderzoek naar de uitvoering

A. Procesevaluaties SGG-zorgprogramma

Marc Verheij, Larissa Hoogsteder, Umberto Argese

De Waag, Utrecht.

2021 en 2022

B. Dit document over de twee uitgevoerde procesevaluaties bestaat uit verschillende onderdelen. Er wordt in het document eerst beschreven hoe de ontwikkeling van het SGG-zorgprogramma sinds 2012 is verlopen.

Vervolgens wordt beschreven welke feedback er is voortgekomen uit de eerste procesevaluatie die in 2016 en 2017 heeft plaatsgevonden (zie ook kopje over de betrokkenheid van de doelgroep) en de wijze waarop aan deze feedback is gewerkt. Uit de procesevaluatie werd duidelijk dat er nog onvoldoende aan diverse randvoorwaarden was voldaan, en ook bleek dat er te weinig draagvlak was voor het zorgprogramma en dat er behoefte was aan inhoudelijke verbeteringen door onder andere meer verdieping aan te brengen, de doelen van oefeningen beter te beschrijven en meer ervaringsgerichte oefeningen te integreren.

De eerste procesevaluatie heeft ervoor gezorgd dat het zorgprogramma werd doorontwikkeld. Tegelijkertijd is er ook gewerkt aan het verbeteren van enkele randvoorwaarden, die tijdens de eerste procesevaluatie werden benoemd als aandachtspunt. Zo werd in het kader van de deskundigheidsbevordering gezorgd voor jaarlijkse boosters en meer budget en tijd om trainingen te volgen. Ook konden de nodige ROM-formulieren digitaal via een meettraject worden klaargezet. Tevens is er vanaf het begin geïnvesteerd in het opzetten van de zorglijn-intervisies op de vestiging waar dit nog niet op orde was.

De tweede procesevaluatie was gericht op de huidige versie. Er werd onder andere door middel van interviews onderzocht of er voldoende draagvlak was voor de verbeterde versie en in welke mate aan de eisen omtrent de randvoorwaarden (opleidingseisen van de behandelaren en indicatiecriteria) en de programma-integriteit (PI) was voldaan. Voor de beantwoording van de onderzoeksvragen werd een combinatie van twee methoden gebruikt, namelijk interviews met programma-verantwoordelijken en cliënten, en de uitkomst van een sessie-checklist en een eind-evaluatieformulier die zowel door cliënten als behandelaren zijn ingevuld. Door het invullen van deze vragenlijsten werd duidelijk hoe het gesteld was met het niveau van de programma-integriteit met betrekking tot het uitvoeren van een serie sessies. Er werd bijvoorbeeld getoetst in hoeverre de cliënt zich voldoende begrepen en gemotiveerd voelde, of er een thuisopdracht werd meegegeven om het generaliseren te bevorderen en of er regelmatig een doe-oefening werd aangeboden. Aan het einde van de behandeling (voordat de nazorgfase ingaat) of aan het einde van de procesevaluatie werd aan de behandelaar en de cliënt gevraagd om een eind-evaluatieformulier in te vullen. Het eind-evaluatieformulier dat voor de behandelaar is bedoeld, toetst of de potentiële werkzame elementen daadwerkelijk zijn uitgevoerd zoals bedoeld. Denk hierbij vooral ook aan de RNR-principes. Er werden bijvoorbeeld vragen gesteld over de ingezette intensiteit, of er met een veiligheidsplan is gewerkt en of belangrijke (potentiële) werkzame elementen zijn aangeboden. De tweede procesevaluatie heeft in de eerste helft van 2021 plaatsgevonden. De procesevaluatie is uitgevoerd bij 17 behandelaren, 23 cliënten en op 10 vestigingen van de Waag. In 2022 is er alsnog gekeken in het dossier naar eind-evaluatieformulieren die na de procesevaluatie van 2021 waren ingevuld. Er werden alleen formulieren geanalyseerd als er sprake was van informed consent.

C.

Uit de interviews met de programmaverantwoordelijken (9) van het SGG-zorgprogramma werd duidelijk dat er inmiddels voldoende draagvlak is voor het nieuwe product, maar dat het nog steeds lastig is om de senior behandelaren met het zorgprogramma te laten werken. De senior behandelaren zijn wel enthousiast over het programma, maar vinden het lastig om hun eigen werkwijze te veranderen. Junior behandelaren zijn daarentegen erg blij met het materiaal, het geeft hen houvast en inhoudelijk gezien duidelijke en helpende handvatten. Het programma wordt steeds vaker en met meer enthousiasme gebruikt. Ook verwachten de programmaverantwoordelijken dat, nu de procesevaluatie en het onderzoek naar de doeltreffendheid wordt uitgevoerd, er verbetering plaatsvindt in het aanbieden van het programma zoals bedoeld.

Uit het deel van de procesevaluatie waarin het niveau van de programma-integriteit werd beoordeeld, kan worden gesteld dat aan de randvoorwaarden werd voldaan. Zo voldeden de behandelaren aan de eisen omtrent de opleiding en werd de beoogde doelgroep ook daadwerkelijk bereikt. De programma-integriteit

bleek op groepsniveau in orde. Op het formulier dat elke maand werd ingevuld om de uitvoering van de sessies te evalueren, is een gemiddelde score van 76,0% (cliënten 77% en behandelaars 75%) gehaald en dit moest minimaal 75% zijn. Zowel behandelaars als cliënten waren het ermee eens dat er ondanks de positieve score onvoldoende gewerkt werd met ervaringsgerichte oefeningen. Dit onderdeel kreeg een 4,85 van cliënten en een 4,23 van behandelaars (gescoord met een 10 puntschaal) en kan dus gezien worden als een groot verbeterpunt.

Kijkend naar de uitkomst van de eindevaluatieformulieren waarin de gehele behandeling werd beoordeeld op het programma-integer werken, werd door behandelaars een score van 88% gerapporteerd en door cliënten een score van 87%, terwijl dit minimaal een score van 80% moest zijn. Uit de lijsten die door de behandelaars waren ingevuld, kwamen de volgende verbeterpunten naar voren:

1. Het beter gebruikmaken van de intervisies, dit kan inhoudelijk gezien aantrekkelijker worden vormgegeven.
2. De behandeling beter laten aansluiten bij de gesignaleerde needs.
3. Meer aandacht besteden aan het domein algemene zelfregulatie en/of intimiteitstekorten.

De cliënten en de behandelaars rapporteerden ook nu weer dat er onvoldoende werd gewerkt met ervaringsgerichte oefeningen.

Uit de lijsten die de cliënten hadden ingevuld werd duidelijk dat zij tevreden waren met de behandeling, ze gaven deze gemiddeld genomen een 8,5. Vooraf aan de behandeling gaven zij de mate waarin zij grip hadden op hun problemen een 3,8 en na afronding een 7,6. Zij vinden dat de behandeling hierbij heeft geholpen (score 8,6). De cliënten hebben er vertrouwen in dat zij door het volgen van de behandeling geen SGG meer zullen vertonen (score 8,2).

Naar aanleiding van de uitkomst van de procesevaluatie zijn de programmaverantwoordelijken onder andere bezig geweest met het anders inrichten van de intervisies en wordt er tijdens de intervisies meer aandacht besteed aan het doen van experiëntiële technieken. Ook is er aan alle SGG-behandelaars een booster aangeboden waarin er geoefend werd met het toepassen van deze technieken aan de hand van een specifieke casus. Uit de evaluatieformulieren die in 2022 zijn ingevuld door 17 behandelaars en 13 cliënten blijkt dat de score van de programma-integriteit stabiel is gebleven. Er is een lichte verbetering te zien in het toepassen van ervaringsgerichte oefeningen. Vooral op het gebied van het aanbieden van ontspanningsoefeningen en het doen van een stoelentherapie. Ook worden de intervisies positiever beoordeeld, het blijkt dat ze vaker worden aangeboden en behandelaars geven vaker aan dat ze er iets aan hebben.

Bij de Waag zijn de laatste 1,5 jaar 333 cliënten in aanmerking gekomen voor het SGG-zorgprogramma . 198 cliënten hebben informed consent gegeven voor gebruik van dossiergegevens en ROM-data voor onderzoek naar de doeltreffendheid. Van de 198 cliënten zijn er tot nu toe slechts 14 cliënten uitgevallen en 48 cliënten hebben de behandeling inmiddels afgerond. Aangezien de uitval uiterst laag is, worden er geen extra interventies ingezet om dit te voorkomen, anders dan het motiveren, valideren en het werken aan een behandelrelatie.

4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten

Momenteel wordt er onderzoek gedaan naar de effecten van het zorgprogramma SGG. Hier zijn nog geen resultaten van beschikbaar.

5. Samenvatting Werkzame elementen

1. Werken met RNR-principes
2. Het realiseren van een adequate therapeutische relatie waarbij het valideren als basishouding wordt gebruikt
3. Het betrekken van systeemleden die steun kunnen bieden (indien mogelijk)
4. Werken met een veiligheidsplan
5. Werken aan motivatie en geloof in eigen kunnen
6. Psycho-educatie aanbieden en inzicht meegeven passend bij de hulpvraag/problematiek
7. Stilstaan bij levensgebeurtenissen die te maken hebben met het SGG
8. Toepassen van CGT-technieken, eHealth, ervaringsgerichte technieken en een systeemgerichte benadering
9. Aandacht voor het verminderen van cognitieve vervormingen die leiden tot SGG
10. Toepassen van het Good Lives Model
11. Aandacht besteden aan het thema seksualiteit
12. Focus op seksuele zelfregulatie en/of intimiteit
13. Aansluiten bij de leerstijl en mogelijkheden van de cliënt (responsiviteit)
14. Thuiswerkopdrachten meegeven (analoog of via eHealth) om zo de generalisatie en intensiteit van de behandeling te bevorderen

6. Aangehaalde literatuur

- Abracen, J., Looman, J., & Ferguson, M. (2017). Substance abuse among sexual offenders: Review of research and clinical implications. *Journal of Sexual Aggression, 23*(3), 235–250. <https://doi.org/10.1080/13552600.2017.1334967>
- Alper, M., & Durose, M. (2019). *Recidivism of sex offenders released from state prison: A 9-year follow-up (2005-14)* (Issue May). U.S. Department of Justice, Bureau of Justice Statistics (BJS).
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct*. (5th ed.). Lexis-Nexis.
- Bartels, R. M., & Gannon, T. A. (2011). Understanding the sexual fantasies of sex offenders and their correlates. *Aggression and Violent Behavior, 16*(6), 551–561. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2011.08.002>
- Bergman, H., Nilsson, T., Andiné, P., Degl'Innocenti, A., Thomeé, R., & Gutke, A. (2020). Physical performance and physical activity of patients under compulsory forensic psychiatric inpatient care. *Physiotherapy Theory and Practice, 36*(4), 507–515. <https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1488320>
- Bonta, J., & Andrews, D. A. (2017). *The psychology of criminal conduct* (6th ed.). Routledge.
- Borduín, C. M., Schaeffer, C. M., & Heiblum, N. (2009). A randomized clinical trial of multisystemic therapy with juvenile sexual offenders: Effects on youth social ecology and criminal activity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*, 26–37.
- Brankley, A. E., Babchishin, K. M., Chankin, L., Barsetti, I., Hanson, R. K., Brankley, A. E., Babchishin, K. M., Chankin, L., Barsetti, I., & Hanson, R. K. (2019). *Acute-2007 evaluator workbook revised 2019*. <https://saarna.org/download/acute-2007-evaluator-workbook-revised-2019-pdf/>
- Briones-Rodriguez, C., Morales-Martinez, G. E., Santos-Alcantara, M. G., Lopez-Ramirez, E. O., & Urdiales-Ibarra, M. E. (2016). Cognitive Algebra Underlying High School Student's Self-Efficacy Judgment to Solve Mathematical Problems in the Classroom or Online. *International Journal of Education, 8*(2). <https://doi.org/10.5296/ije.v8i2.9148>
- Brouillette-Alarie, S., Hanson, R. K., Babchishin, K. M., & Benbouriche, M. (2014). From prediction to understanding: A literature review of the psychological dimensions of the Static-99. *Pratiques Psychologiques, 20*(1), 1–19. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2013.12.001>
- Brouillette-Alarie, S., & Proulx, J. (2019). The etiology of risk in sexual offenders: A preliminary model. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment, 31*(4), 431–455. <https://doi.org/10.1177/1079063218759325>
- Clarke, M., Brown, S., & Völlm, B. (2017). Circles Of Support and Accountability for sex offenders: A systematic review of outcomes. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment, 29*(5), 446–478. <https://doi.org/10.1177/1079063215603691>
- Craig, A. N., Peterson, Z. D., Janssen, E., Goodrich, D., & Heiman, J. R. (2017). Affect and sexual responsivity in men with and without a history of sexual aggression. *Journal of Sex Research, 54*(8), 984–993. <https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1301357>
- D'Urso, G., Petruccelli, I., Costantino, V., Zappulla, C., & Pace, U. (2018). The role of moral disengagement and cognitive distortions toward children among sex offenders. *Psychiatry, Psychology and Law, October*(online first), 1–9. <https://doi.org/10.1080/13218719.2018.1506718>
- D'Urso, G., Petruccelli, I., Grilli, S., & Pace, U. (2018). Risk factors related to cognitive distortions toward women and moral disengagement: A study on sex offenders. *Sexuality and Culture, October*(online first), 1–14. <https://doi.org/10.1007/s12119-018-9572-9>
- de Ruiter, C., & Veen, V. (2006). *De effectiviteit van farmacotherapie bij seksuele delinquenten. Een literatuuroverzicht*. Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.
- Drieschner, K. H., Hill, J. M., & Weijters, G. M. (2020). *Recidive na forensische zorgtrajecten met uitstroom 2013-2015. Cahier 2020-8*. WODC.
- Dube, S. R., Anda, R. F., Whitfield, C. L., Brown, D. W., Felitti, V. J., Dong, M., & Giles, W. H. (2005). Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. *American Journal of Preventive Medicine, 28*(5), 430–438. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2005.01.015>
- Eisenberg, M., & Van Horn, J. E. (2015). *Onderzoeksbulletin: Recidive in de ambulante forensische ggz (interne publicatie)*. De Forensische Zorgspecialisten, De Waag.
- Etzler, S., Eher, R., & Rettenberger, M. (2020). Dynamic risk assessment of sexual offenders: Validity and dimensional structure of the Stable-2007. *Assessment, 27*(4), 822–839. <https://doi.org/10.1177/1073191118754705>
- Fernandez, Y. M., Harris, A. J. R., Hanson, R. K., & Sparks, J. (2014). *Stable-2007 coding manual revised 2014*. Public Safety Canada. <https://saarna.org/download/stable-2007-coding-manual-2014/>
- Gannon, T. A., Olver, M. E., Mallion, J. S., & James, M. (2019). Does specialized psychological treatment for offending reduce recidivism? A meta-analysis examining staff and program variables as predictors of treatment effectiveness. *Clinical Psychology Review, 73*(101752), 1–18. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101752>
- Gillespie, S. M., Garofalo, C., & Velotti, P. (2018). Emotion regulation, mindfulness, and alexithymia: Specific

- or general impairments in sexual, violent, and homicide offenders? *Journal of Criminal Justice*, 58, 56–66. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2018.07.006>
- Gunst, E., Watson, J. C., Willemssen, J., & Desmet, M. (2019). The role of affect regulation in the treatment of people who have committed sexual offenses. *Aggression and Violent Behavior*, 44(November 2018), 99–110. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2018.10.008>
- Hamilton, E., Sanchez, D., & Ferrara, M. L. (2022). Measuring collateral consequences among individuals registered for a sexual offense: Development of the sexual offender collateral consequences measure. *Sexual Abuse*, 34(3), 259–291. <https://doi.org/10.1177/10790632211019733>
- Hanson, R. K., Bourgon, G., Helmus, L., & Hodgson, S. (2009). A meta-analysis of the effectiveness of treatment for sexual offenders: risk, need, and responsivity. In *Public Safety Canada*.
- Hanson, R. K., Harris, A. J. R., Scott, T.-L., & Helmus, L. (2007). *Assessing the risk of sexual offenders on community supervision: The Dynamic Supervision Project*. <https://www.publicsafety.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/ssssng-rsk-sxl-ffndrs/index-en.aspx>
- Hanson, R. K., & Morton-Bourgon, K. E. (2005). The characteristics of persistent sexual offenders: A meta-analysis of recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(6), 1154–1163. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.6.1154>
- Harris, D. A., Mazerolle, P., & Knight, R. A. (2009). Understanding male sexual offending: A comparison of general and specialist theories. *Criminal Justice and Behavior*, 36(10), 1051–1069. <https://doi.org/10.1177/0093854809342242>
- Harrison, J. L., O'Toole, S. K., Ammen, S., Ahlmeyer, S., Harrell, S. N., & Hernandez, J. L. (2020). Sexual offender treatment effectiveness within cognitive-behavioral programs: A meta-analytic investigation of general, sexual, and violent recidivism. *Psychiatry, Psychology and Law*, 0(0), 1–25. <https://doi.org/10.1080/13218719.2018.1485526>
- Helmus, L. M., Hanson, R. K., Babchishin, K. M., & Mann, R. E. (2013). Attitudes supportive of sexual offending predict recidivism: a meta-analysis. *Trauma, Violence & Abuse*, 14(1), 34–53. <https://doi.org/10.1177/1524838012462244>
- Helmus, L. M., Hanson, R. K., Murrie, D. C., & Zabarauckas, C. L. (2021). Field validity of Static-99R and STABLE-2007 with 4,433 men serving sentences for sexual offences in British Columbia: New findings and meta-analysis. *Psychological Assessment*, 33(7), 581–595. <https://doi.org/10.1037/pas0001010>
- Holländare, F., Gustafsson, S. A., Berglind, M., Grape, F., Carlbring, P., Andersson, G., Hadjistavropoulos, H., & Tillfors, M. (2016). Therapist behaviours in internet-based cognitive behaviour therapy (ICBT) for depressive symptoms. *Internet Interventions*, 3, 1–7.
- Hornor, G. (2010). Child sexual abuse: Consequences and implications. *Journal of Pediatric Health Care*, 24(6), 358–364. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2009.07.003>
- Jonker, F.J.R., Didden, H.C.M., Goedhard, L.E., Korzilius, H.P.L.M., & Nijman, H.L.I. (2021). The Adaptive Ability Performance Test (ADAPT): A new instrument for measuring adaptive skills in people with intellectual disabilities and borderline intellectual functioning. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*
- Kim, B., Benekos, P. J., & Merlo, A. V. (2016). Sex offender recidivism revisited: Review of recent meta-analyses on the effects of sex offender treatment. *Trauma, Violence, & Abuse*, 17(1), 105–117. <https://doi.org/10.1177/1524838014566719>
- Kip, H., Bouman, Y. H. A., Kelders, S. M., & van Gemert-Pijnen, L. J. E. W. C. (2018). eHealth in treatment of offenders in forensic mental health: A review of the current state. *Frontiers in Psychiatry*, 9(FEB), 1–19. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00042>
- Lawrence, A. L., & Willis, G. M. (2021). Understanding and challenging stigma associated with sexual interest in children: A systematic review. *International Journal of Sexual Health*, 33(2), 144–162. <https://doi.org/10.1080/19317611.2020.1865498>
- Lehmann, R. J. B., Schmidt, A. F., & Jahnke, S. (2020). Stigmatization of paraphilias and psychological conditions linked to sexual offending. *Journal of Sex Research*, April, 1–10. <https://doi.org/10.1080/00224499.2020.1754748>
- Linehan, M. M., Schmidt, H., Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J., & Comtois, K. A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *American Journal on Addictions*, 8(4), 279–292.
- Looman, J., Dickie, I., & Abracen, J. (2005). Responsivity issues in the treatment of sexual offenders. *TRAUMA VIOLENCE & ABUSE*, 6(4), 330–353. <https://doi.org/10.1177/1524838005280857>
- Maier, S. U., Makwana, A. B., & Hare, T. A. (2015). Acute stress impairs self-control in goal-directed choice by altering multiple functional connections within the brain's decision circuits. *Neuron*, 87(3), 621–631.
- Mali, S. R. (2007). Geregistreerde zedencriminaliteit in Nederland. In A. P. Van Wijk, R. A. R. Bullens, & P. Van den Eshof (Eds.), *Facetten van zedencriminaliteit* (pp. 71–98). Elsevier.
- Maniglio, R. (2011). The role of childhood trauma, psychological problems, and coping in the development of deviant sexual fantasies in sexual offenders. *Clinical Psychology Review*, 31(5), 748–756. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.03.003>
- Marshall, W. L. (2010). The role of attachments, intimacy, and loneliness in the etiology and maintenance of sexual offending. *Sexual and Relationship Therapy*, 25(1), 73–85.

- Martens, M., & Metselaar, S. (2014). *Digitale zorg verbindt: Ervaringen, wensen en behoeftes van cliënten en naasten die gebruik maken van ambulante GGz*.
- Martin, G. M., & Tardif, M. (2014). What we do and don't know about sex offenders' intimacy dispositions. *Aggression and Violent Behavior, 19*(4), 372–382. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.06.002>
- McGrath, R. ., Cumming, G. F., Burchard, B. L., Zeoli, S., & Ellerby, L. (2010). *Current practices and emerging trends in sexual abuser management: The Safer Society 2009 North American survey*. Safer Society Press. http://www.safersociety.org/downloadables/WP141-Current_Practices_Emerging_Trends.pdf
- McPhail, I. V., & Olver, M. E. (2020). Interventions for pedohebephilic arousal in men convicted for sexual offenses against children: A meta-analytic review. *Criminal Justice and Behavior, 47*(10), 1319–1339. <https://doi.org/10.1177/0093854820916774>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd ed.). The Guilford Press.
- Morais, H. B., Alexander, A. A., Fix, R. L., & Burkhart, B. R. (2018). Childhood sexual abuse in adolescents adjudicated for sexual offenses: Mental health consequences and sexual offending behaviors. *Sexual Abuse, 30*(1), 23–42. <https://doi.org/10.1177/1079063215625224>
- Naslund, J. A., Marsch, L. A., McHugo, G. J., & Bartels, S. J. (2015). Emerging mHealth and eHealth interventions for serious mental illness: A review of the literature. *Journal of Mental Health, 24*(5), 321–332. <https://doi.org/10.1016/j.trsl.2014.08.005>The
- Norcross, J. C., Krebs, P. M., & Prochaska, J. O. (2011). Stages of change. *Journal of Clinical Psychology, 67*(2), 143–154. <https://doi.org/10.1002/jclp.20758>
- Ó Ciardha, C., & Ward, T. (2012). Theories of cognitive distortions in sexual offending. *Trauma, Violence, & Abuse, 14*(1), 5–21. <https://doi.org/10.1177/1524838012467856>
- Olver, M. E., Neumann, C. S., Kingston, D. A., Nicholaichuk, T. P., & Wong, S. C. P. (2018). Construct validity of the Violence Risk Scale–Sexual Offender version instrument in a multisite sample of treated sexual offenders. *Assessment, 25*(1), 40–55. <https://doi.org/10.1177/1073191116643819>
- Olver, M. E., Wong, S. C. P., & Nicholaichuk, T. P. (2009). Outcome evaluation of a high-intensity inpatient sex offender treatment program. *Journal of Interpersonal Violence, 24*, 522–536.
- Phenix, A., Helmus, L. M., & Hanson, R. K. (2016). *Static-99R & Static-2002R: Evaluators' workbook*. http://www.static99.org/pdfdocs/Evaluators_Workbook_2016-10-19.pdf
- Sandi, C., & Haller, J. (2015). Stress and the social brain: behavioural effects and neurobiological mechanisms. *Nature Reviews Neuroscience, 16*(5), 290–304.
- Sauter, J., Turner, D., Briken, P., & Rettenberger, M. (2020). Testosterone-lowering medication and its association with recidivism risk in individuals convicted of sexual offenses. *Sexual Abuse, 28*(5)(Haus 10). <https://doi.org/10.1177/1079063220910723>
- Schippers, E. E., Smid, W. J., Both, S., & Smit, J. H. (2022). Excitation transfer between sexual arousal and other emotions in a community sample. *Archives of Sexual Behavior, 1*–14. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s10508-021-02235-x>
- Schippers, E. E., Smid, W. J., Hoogsteder, L. M., Planting, C. H. M., & de Vogel, V. (n.d.). Pedophilia is associated with a lack of sexual interest in adults: Meta-analyses and a systematic review. *Aggression and Violent Behavior*.
- Schmucker, M., & Lösel, F. (2015). The effects of sexual offender treatment on recidivism: An international meta-analysis of sound quality evaluations. *Journal of Experimental Criminology, 11*(4), 597–630. <https://doi.org/10.1007/s11292-015-9241-z>
- Schmucker, M., & Lösel, F. (2017). Sexual offender treatment for reducing recidivism among convicted sex offenders: A systematic review and meta-analysis. *Campbell Systematic Reviews, 8*. <https://doi.org/10.4073/csr.2017.8>
- Schwartz, J. A., Savolainen, J., Granger, D. A., & Calvi, J. L. (2020). Is crime bad for your health? The link between delinquent offending and cardiometabolic risk. *Crime and Delinquency, 66*(10), 1347–1368. <https://doi.org/10.1177/001128720903048>
- Shields, G. S., Sazma, M. A., & Yonelinas, A. P. (2016). The effects of acute stress on core executive functions: A meta-analysis and comparison with cortisol. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 68*, 651–668. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.06.038>
- Smid, W. J., & Wever, E. C. (2019). Mixed emotions: An incentive motivational model of sexual deviance. *Sexual Abuse, 31*(7), 731–764. <https://doi.org/10.1177/1079063218775972>
- Smit, P. R., Ghauharali, R., Van der Veen, H. C. J., Willemsen, F., Steur, J., Te Velde, R. A., Van der Vorst, T., & Bongers, F. (2018). *Tasten in het duister: Een verkenning naar bronnen en methoden om de aard en omvang van de criminaliteit te meten* (Issue Cahier 2018-21a). Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum.
- Statistics Netherlands [CBS]. (2022). *Suspects: offense type, age, and migration background*. [Verdachten; delictgroep, geslacht, leeftijd en migratieachtergrond.]. CBS Statline. <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/81947NED/table?ts=1581343921244>
- Stone, M. H., & Thompson, E. H. (2001). Executive function impairment in sexual offenders. *Journal of Individual Psychology, 57*(1), 51–59.

<http://www.utexas.edu/utpress/%5Cnhttp://search.epnet.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&an=2001-17072-005>

- Taylor, P. J., Rietzschel, J., Danquah, A., & Berry, K. (2015). The role of attachment style, attachment to therapist, and working alliance in response to psychological therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 88(3), 240–253.
- Thakker, J., & Ward, T. (2012). An Integrated Theory of Sexual Reoffending. *Psychiatry, Psychology and Law*, 19(2), 236–248. <https://doi.org/10.1080/13218719.2011.561765>
- Thornton, D., Ambroziak, G., Kahn, R. E., & Mundt, J. (2018). Advances in the assessment of sexual deviance. *Current Psychiatry Reports*, 20(8), 55. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0918-7>
- Toates, F., Smid, W. J., & van den Berg, J. W. (2017). A framework for understanding sexual violence: Incentive-motivation and hierarchical control. *Aggression and Violent Behavior*, 34, 238–253. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2017.01.001>
- Tschuschke, V., Cramer, A., Koehler, M., Berglar, J., Muth, K., Staczan, P., Von Wyl, A., Schulthess, P., & Koemeda-Lutz, M. (2015). The role of therapists' treatment adherence, professional experience, therapeutic alliance, and clients' severity of psychological problems: Prediction of treatment outcome in eight different psychotherapy approaches. Preliminary results of a naturalistic. *Psychotherapy Research*, 25(4), 420–434.
- Turner, D., Laier, C., Brand, M., Bockshammer, T., Welsch, R., & Rettenberger, M. (2018). Response inhibition and impulsive decision-making in sexual offenders against children. *Journal of Abnormal Psychology*, 27(5), 471–481.
- van den Berg, J. W., Smid, W. J., Kossakowski, J. J., van Beek, D., Borsboom, D., Janssen, E., & Gijs, L. (2020). The application of network analysis to dynamic risk factors in adult male sex offenders. *Clinical Psychological Science*, 8(3), 539–554. <https://doi.org/10.1177/2167702620901720>
- van Horn, J. E., Eisenberg, M. J., Bouman, Y. H. A., van den Hanenberg, F. J. A. C., van der Put, C. E., & Bogaerts, S. (2020). *Handleiding Forensisch Ambulante Risico Evaluatie versie 2 - FARE-V2*. <https://fare-ambulant.nl/wp-content/uploads/2021/06/Handleiding-Forensisch-Ambulante-Risico-Evaluatie-FARE-V2-2020.pdf>
- Van Horn, J. E., Eisenberg, M. J., Bouman, Y. H. A., Van den Hanenberg, F. J. A. C., Van der Put, C. E., & Bogaerts, S. (2016). *Handleiding Forensisch Ambulante Risico Evaluatie (FARE)*. Kwaliteit Forensische Zorg. <https://fare-ambulant.nl/wp-content/uploads/2021/06/Handleiding-Forensisch-Ambulante-Risico-Evaluatie-FARE-versie-1.0.pdf>
- Voutilainen, L., Henttonen, P., Kahri, M., Ravaja, N., Sams, M., & Peräkylä, A. (2018). Empathy, challenge, and psychophysiological activation in therapist–client interaction. *Frontiers in Psychology*, 9, 530.
- Wang, Z., & Lang, A. (2012). Reconceptualizing excitation transfer as motivational activation changes and a test of the television program context effects. *Media Psychology*, 15(1), 68–92. <https://doi.org/10.1080/15213269.2011.649604>
- Ward, T. (2010). The good lives model of offender rehabilitation: Basic assumptions, etiological commitments, and practice implications. In F. McNeill, P. Raynor, & C. Trotter (Eds.), *Offender supervision: New directions in theory, research and practice* (pp. 41–64). Willan Publishing.
- Ward, T., & Beech, A. (2006). An integrated theory of sexual offending. *Aggression and Violent Behavior*, 11(1), 44–63. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2005.05.002>
- Ward, T., & Brown, M. (2004). The good lives model and conceptual issues in offender rehabilitation. *Psychology, Crime & Law*, 10(3), 243–257.
- Wéry, A., & Billieux, J. (2016). Online sexual activities: An exploratory study of problematic and non-problematic usage patterns in a sample of men. *Computers in Human Behavior*, 56, 257–266. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2015.11.046>
- Will, T., Gessnitzer, S., & Kauffeld, S. (2016). You think you are an empathic coach? Maybe you should think again. The difference between perceptions of empathy vs. empathic behaviour after a person-centred coaching training. *Coaching: An International Journal of Theory, Research and Practice*, 9(1), 53–68.
- Willis, G. M., Yates, P. M., Gannon, T. A., & Ward, T. (2013). How to integrate the Good Lives Model into treatment programs for sexual offending: An introduction and overview. *Sexual Abuse*, 25(2), 123–142. <https://doi.org/10.1177/1079063212452618>
- Wilson, D. R. (2010). Health consequences of childhood sexual abuse. *Perspectives in Psychiatric Care*, 46(1), 56–64. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2009.00238.x>

Samenwerking erkenningstraject

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

