

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Lust als last

De cognitief gedragstherapeutische behandeling van een man met ernstige seksuele en persoonlijkheidsproblematiek

Gerian Holwerda¹ en Daan van Beek²

SAMENVATTING

Dit artikel beschrijft het eerste half jaar van een individuele cognitieve gedragstherapie van een zedendelinquent in een klinische setting. De *what works* principes waren daarin leidend met de focus op het behoeften- en responsiviteitsprincipe. Door een structuurbiedende en positieve, empathisch steunende behandelrelatie is de patiënt erin geslaagd van de cognitief gedragstherapeutische interventies te profiteren. Inhoudelijk stonden het versterken van de zelfregulatie en het opbouwen van een prosociale levensstijl als behandeldoelen voorop.

INLEIDING

In dit artikel beschrijven wij het eerste half jaar van de cognitief gedragstherapeutische behandeling van een 30-jarige man, die zich vanaf zijn twaalfde jaar schuldig heeft gemaakt aan seksueel misbruik van kinderen. Binnen het kader van een TBS met voorwaarden³ is hij opgenomen op een gesloten afdeling van een Forensisch Psychiatrische Kliniek (FPK).

De behandeling is gebaseerd op de globale integratieve biopsychosociale leertheorie van Marshall en Barbaree (1990), het descriptieve zelfregulatiemodel van Ward en Hudson (1998) en het *good lives* model van Ward en

1 Gerian Holwerda, FPK Assen, Dennenweg 9, 9400 RA Assen

2 Daan van Beek, PhD, Van der Hoeven Kliniek, Willem Dreeslaan 2, 3515 GB Utrecht

3 TBS met voorwaarden wordt voor de duur van twee jaar opgelegd. De rechter kan de maatregel verlengen tot in totaal negen jaar, al dan niet conform het advies van de behandelaars van de kliniek. In de regel valt het einde van de behandeling samen met het einde van de maatregel. Getracht wordt om voor het einde van de maatregel een resocialisatietraject in te zetten met voldoende nazorg.

Maruna (2007). De biopsychosociale leertheorie over de etiologie van seksueel misbruik gaat uit van de gedachte dat seksueel misbruik voortkomt uit een ongunstige wisselwerking tot biologische, psychologische en sociaal culturele factoren die een pleger kwetsbaar/ontvankelijk hebben gemaakt (door een gebrek aan inhibitievaardigheden) om in specifieke contexten tot seksueel misbruik over te gaan (zie ook de inleiding en het artikel van Smid en collega's in dit themanummer). Dit model biedt vooral een raamwerk voor de holistische theorie. Het zelfregulatiemodel is gericht op de proximale factoren die seksueel misbruik in stand houden, het biedt aanknopingspunten voor de topografische en functieanalyses. In dit model staat de vraag centraal hoe het seksueel misbruik in stand wordt gehouden. Er worden twee hoofdvarianten onderscheiden: (1) door negatieve bekrachtiging (-S-), bijvoorbeeld vanwege het reguleren van negatieve emoties en (2) door positieve bekrachtiging (+S+), bijvoorbeeld ten behoeve van seksuele lustbevrediging.

Het *good lives* model is een model met betrekking tot de rehabilitatie van zedendelinquenten. In dit model gaat het erom hoe een pleger van seksueel misbruik zijn primaire basale behoeften op een prosociale, in plaats van op een antisociale manier, kan leren bevredigen. Het geeft een leidraad voor een systematische benadering van de persoonlijke behoeften/doelen van de pleger en het maatschappelijke doel –voorkomen van herhaling- bij een delictpreventieve behandeling. De drie modellen hebben gemeen dat zij ervan uitgaan dat disfunctionele (cognitieve) leerprocessen hebben geleid tot seksueel misbruik en dat de behandeling vanuit een cognitief gedragstherapeutisch perspectief dient te worden uitgevoerd (zie ook: Landelijk zorgprogramma voor plegers van seksuele delicten in de forensische psychiatrie, 2008; Smid, Van Beek & Wever, 2012 in dit themanummer).

Daarnaast gebruiken wij het atheoretische *Risk-Need-Responsivity* model van Andrews en Bonta (2006). Volgens dit model is de behandeling van crimineel gedrag effectiever als een aantal *evidence based* principes wordt toegepast. De duur en de intensiteit van de behandeling van een delinquent moeten corresponderen met het risico op herhaling van het delictgedrag (risicoprincipe), de interventies moeten gericht zijn op het verbeteren van intern en/of extern management van de relevante risicofactoren die hebben geleid tot delictgedrag (behoefteprincipe) en de interventies moeten afgestemd worden op het leervermogen van de delinquent (responsiviteitsprincipe). Enkele grote studies geven steun aan deze claim (Hanson, Bourgon, Helmus & Hodgson, 2009; Olver, Wong & Nicholaichuk, 2009; vergelijk ook Andrews & Bonta, 2010). De risicofactoren die in deze behandeling aan bod komen, zijn geselecteerd op basis van wat empirisch bekend is over risicofactoren van seksueel recidivisme (voor een overzicht: Mann et al., 2010) en op basis van de uitgevoerde risicotaxatie bij deze patiënt (zie verder de paragraaf Risicotaxatie). Het is belangrijk op te merken dat empirisch onderbouwde risicofactoren niet noodzakelijkerwijze overeenkomen met theoretisch of klinisch belangrijk

geachte risicofactoren. Zo is bijvoorbeeld 'slachtofferempathie' tot nog toe niet empirisch relevant gebleken voor recidive (Mann et al., 2010). Het is onmogelijk hier verder op in te gaan, maar voor een goed begrip van onderstaande casus is het belangrijk om zich te realiseren dat we de behandeling gebouwd hebben op wat empirisch bekend is over factoren die een risico vormen voor recidive (vergelijk ook Ware & Mann, in press).

HET PROBLEEMGEDRAG

De heer K., die sinds enkele maanden in de FPK verblijft, masturbeert drie of vier keer per dag bij seksuele fantasieën over jongens tussen negen en twaalf jaar. Hij ervaart daarbij een voortdurende interne strijd. Enerzijds wil hij zich toestaan om te masturberen bij seksuele fantasieën over jongens, anderzijds wil hij dit stoppen. Voor zijn opname masturbeerde hij dagelijks tijdens het kijken naar kinderporno of bij eigen fantasieën. Hij is tweemaal eerder in aanraking met Justitie geweest vanwege het seksueel misbruik van bekende en onbekende jongens in dezelfde leeftijdscategorie. Het fantaseren en masturberen op seksuele fantasieën over jongen wordt beschouwd als een onderdeel van de delictketen leidend tot seksueel misbruik van jongens en is als zodanig onderdeel van zijn probleemgedrag.

Seksuele anamnese en delictgeschiedenis

Zolang hij zich kan herinneren heeft de heer K. belangstelling voor seksualiteit. Vanaf zijn zevende jaar verrichtte hij (dwangmatig) handelingen bij zichzelf waardoor hij seksueel opgewonden raakte. Hij telde hierbij zijn bewegingen tot hij een bepaald aantal had bereikt. Wanneer hij werd onderbroken, ging hij op een andere plek verder. Hij werd onder meer opgewonden bij het aantrekken van de nylonkousen van zijn moeder. Vanaf zijn twaalfde jaar masturbeerde hij op verlaten openbare plekken. Hij misbruikte in zijn puberteit gedurende enkele jaren een nichtje (van acht jaar) en een neefje (van diens negende tot vijftiende jaar). Op de middelbare school had hij enkele vrienden met wie hij ook seksueel contact had. Als volwassene had hij consensuele seksuele contacten met meerderjarige mannen. Daarnaast misbruikte hij acht jongens in de leeftijd van negen tot twaalf jaar, waarbij de seksuele handelingen bestonden uit het bekluren van naakte jongens, betasten van de geslachtsdelen met zijn handen en mond, en video-opnamen maken.

Resultaten van psychodiagnostisch onderzoek

Voor het psychodiagnostisch onderzoek is gebruik gemaakt van de volgende instrumenten: *Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS-III)*, *Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2)*, *Nederlandse Persoonlijkheidsvragenlijst (NPV-2)*, *Inventarisatielijst Omgaan met Anderen (IOA)*, *Utrechtse Coping Lijst (UCL)*, *Symptom Checklist (SCL-90)*, *Buss-Durkee*

Hostility Inventory (BDHI-D) (Buss & Durkee, 1957), *Screening voor pedoseksuele interesse* (Seto & Lalumière, 1998), *Massachusetts Treatment Center Child Molester Typology* (MTC-CM3) (Knight & Prentky, 1990), *Impliciete theorieën* (Ward, 2000), en *Cognitive Distortions Molest scale* (Bumby, 1996).

Uit het testonderzoek komt het volgende beeld naar voren: de heer K. is een man met een gemiddelde intelligentie, die een negatief zelfbeeld heeft, adequate sociale aansluiting mist en (extreem) egocentrisch is. Hij vertoont (oppervlakkig) aangepast gedrag, maar heeft problemen met het onderhouden van bevredigende, emotioneel diepgaande sociale relaties. Hij staat wantrouwend ten opzichte van anderen, ook ten opzichte van hulpverleners. Hij heeft een passieve copingstijl, maar hij is ook impulsief prikkelzoekend en provocerend. Hij zoekt voortdurend afleiding in seksuele activiteiten. Hij heeft eerder de neiging om zijn (hoge mate van) agressie in te houden dan naar buiten te richten. Hij doet zich niet beter voor dan hij is. Het leven wordt door hem als een grote last ervaren, waar hij weinig greep op lijkt te hebben.

Er is een duidelijke interesse in en verlangen naar seksuele contacten met jongens. Hij kan ook seksuele opwindning ervaren bij volwassen mannen, maar dit houdt hem minder bezig. Tijdens het plegen van delicten gebruikt hij geen fysiek geweld. Hoewel hij beseft dat seks met kinderen strafbaar is, heeft dat geen invloed op zijn gedrag.

Zijn stemming is enigszins dysfoor, maar er zijn geen aanwijzingen voor een stemmingsstoornis. Er is sprake van parafilieën en hyperseksualiteit. De persoonlijkheidsontwikkeling is beperkt. Zijn belevingswereld wordt beheerst door seksualiteit. Hij heeft een verminderde gewetensfunctie, verzet zich tegen algemeen maatschappelijke normen en heeft een beperkt empathisch vermogen. Sociale situaties mijdt hij, omdat hij zich hierin uiterst ongemakkelijk voelt. Dagelijkse handelingen en seksuele handelingen voert hij vaak volgens een ritueel uit.

Risicotaxatie

Om het risico op herhaling van seksueel misbruik in te schatten zijn twee actuariële, de *STATIC-99* (Van Beek, De Doncker & De Ruiter, 2001) en de *SONAR* (*Sex Offender Need Assessment Rating*) (Hanson & Harris, 2001), en een gestructureerd klinisch risicotaxatie-instrument afgenomen de *SVR-20* (*Sexual Violence Risk-20*) (Hildebrand, De Ruiter & Van Beek, 2000). De risicotaxatie-instrumenten geven een hoog risico op terugval in delictgedrag te zien. De dynamische delicttrisicofactoren zijn: seksuele zelfregulatie (beperkte controle over het uiten van seksuele impulsen en de neiging om negatieve emoties te hanteren door middel van seksualiteit), gebrekkige algemene zelfregulatie, tolerante houding ten aanzien van delinquent gedrag, het ontbreken van sociale steun, intimiteitsproblemen en een ambivalente houding ten opzichte van behandelinterventies. Er is nauwelijks bescherming door protectieve factoren zoals vermogen tot hechting, een prosociaal, ondersteunend netwerk, een

stabile intieme relatie en werk. Zijn vertrouwen in anderen lijkt structureel gering te zijn. Hij heeft geen reële toekomstplannen.

HOLISTISCHE THEORIE

Biologische factoren

Er zijn geen directe aanwijzingen dat de afwijkende seksuele gedragingen -hyperseksualiteit, blijkt uit de masturbatiefrequentie en zijn beleving ervan, en zijn homoseksuele gerichtheid naar bij voorkeur jongens- een biologische basis hebben.

Ontwikkelingspsychologische factoren

De heer K. groeit op in een gezin met twee jongere zussen. Moeder is een dominante persoonlijkheid die veel kritiek op hem heeft en hoge eisen aan hem stelt. Hij kan het nooit goed doen en krijgt geen waardering als hij zijn best doet, wat bij hem mogelijk mede heeft geleid tot aangeleerde hulpeloosheid. Met vader heeft de heer K. geen emotionele band ontwikkeld. Hij mist aandacht van zijn vader en is jaloers op de aandacht die zijn zusjes krijgen. De heer K. voelt zich ten opzichte van zijn zussen sterk achtergesteld door zijn ouders. In het gezin is perfectionisme en aanpassing ten opzichte van de buitenwereld een absolute norm (*'keeping up appearances'*). De heer K. heeft van zijn ouders niet geleerd om op een adequate wijze met behoeften en gevoelens om te gaan. In de peuterschool wordt hij een aantal keren in het ziekenhuis opgenomen, vanwege een operatie aan het lieskanaal en wegens blaasklachten. Op school vindt hij geen aansluiting en wordt hij gepest. Hier is een escalerende ongunstige wisselwerking tussen hem en zijn omgeving zichtbaar; in reactie op de pesten is zijn toch al angstig-vermijdende hechtingsstijl versterkt. De heer K. ervaart als kind dat hij wordt buitengesloten. De vriendjes die hij heeft zijn, zoals hij zelf aangeeft, kneusjes.

Al op jonge leeftijd toont hij meer dan gewone seksuele belangstelling en gedrag en wordt een afwijkende seksuele ontwikkeling zichtbaar. Dit is een disfunctionele manier van omgaan met zijn emotionele en sociale isolement. De dwangmatige gerichtheid op seks staat de emotionele en relationele ontwikkeling ernstig in de weg.

De (voor seksuele delinquentie) ontvankelijke persoonlijkheid

De heer K. is een angstige, teruggetrokken man geworden met een negatief zelfbeeld. Hij ziet anderen als bedreigend. Hij is niet goed in staat om langdurige intieme relaties aan te gaan en te onderhouden. Competentiegevoelens en plezier op andere levensgebieden dan seks ontbreken. Alleen op het gebied van onderwijs heeft hij zich enigszins kunnen ontplooiën. Hij heeft een mavo-diploma gehaald en vier jaar middelbaar beroepsonderwijs gevolgd. Hij heeft enkele baantjes als uitzendkracht gehad, maar is langere periodes werkloos

geweest. Zijn seksuele gedrag heeft een obsessief-compulsief karakter. Door meerdere keren per dag met seks bezig te zijn en orgasmen te bereiken kan hij enerzijds zijn negatieve gevoelens tijdelijk op de achtergrond houden of eraan ontsnappen. Met andere woorden, het gedrag wordt negatief bekrachtigd. Anderzijds geeft hij zichzelf op korte termijn veel lustbevrediging, dat wil zeggen dat het gedrag positief bekrachtigd wordt.

De heer K. zou wel uit zijn geseksualiseerde leven willen ontsnappen, maar heeft onvoldoende alternatieven om andere keuzes mogelijk te maken. Door cognitieve vervormingen en impliciete theorieën ziet hij kinderen als beschikbare seksuele wezens. Hij onderkent de negatieve gevolgen van zijn misbruik voor zijn slachtoffers en voor zichzelf niet. Zijn empathisch vermogen is zeer beperkt.

Situationele factoren

De kwetsbaarheid van de heer K. voor het plegen van seksueel misbruik wordt versterkt op het moment dat hij in de gelegenheid komt door de aanwezigheid van een kind (sd) dat hij treft of actief zoekt (CR). Door het vele fantaseren en masturberen (CR) is hij nagenoeg voortdurend seksueel opgewonden (+s+). Negatieve emoties, zoals eenzaamheid, maken dat hij zoekt naar een manier om deze te vermijden of er aan te ontsnappen. Door zijn isolement (+s-) en de afwezigheid van een steunend netwerk (+s-) staat niets hem in de weg om tot seksueel misbruik over te gaan (+s + en -s-). Kortom het gedrag staat onder controle van twee typen contingenties: positieve (+s +) en negatieve bekrachtiging (-s-).

Delictgedrag

Kinderporno in bezit hebben en seksueel misbruik plegen met jongens van negen tot twaalf jaar.

FUNCTIEANALYSE VAN HET DELICTGEDRAG

In de delictgeschiedenis van de heer K. zijn twee routes te onderscheiden: de vermijdingsroute en de toenaderingsroute. De toenaderingsroute komt het meest duidelijk naar voren in de vroegere delicten (+s+ route). Hij heeft zowel impulsief en automatisch gehandeld, op momenten dat een kind in zijn nabijheid kwam, als bewust geplande contacten met kinderen gehad. In zijn laatste delict is aanvankelijk sprake van een vermijdingsroute, de heer K. worstelt met zichzelf om zijn impulsen te beheersen. Hij heeft echter weinig mogelijkheden om zijn gevoelens te reguleren (-s- route).

De vermijdingsroute (ik wil het niet, maar....) In deze route wordt het delictgedrag in stand gehouden door negatieve bekrachtiging (-s-). Negatieve gevoelens overheersen in het leven van de heer K. Vaak gaan hier negatieve

gedachten over zichzelf en het leven aan vooraf. Ook het ontbreken van invulling op het gebied van wonen, werken, sociale relaties en vrijetijdsbesteding kunnen negatieve emoties opleveren. Hij reageert vermijndend op zijn negatieve gevoelens. Hij zoekt afleiding in (deviante) seks. De deviante seksuele fantasieën en handelingen brengen seksuele opwinding teweeg (+s+) en drukken de negatieve gevoelens naar de achtergrond (-s-). Door de seksuele opwinding (sd) raakt hij gemotiveerd om tot seksueel gedrag over te gaan (cr). Er is onvoldoende remming in de vorm van zelfcontrole of inhiberende gedachten, waardoor hij snel overgaat tot de toenaderingsroute (+s+). De aanwezigheid van een kind dat hij treft of actief opzoekt (sd) brengt zoveel positieve gevoelens teweeg, dat hij in korte tijd tot seksueel misbruik overgaat. De gevoelens achteraf zijn bij deze route aanvankelijk positief door de seksuele bevrediging en de vermindering van de negatieve gevoelens. Al vrij snel komt het gevoel van falen en uitzichtloosheid (+s-) echter op. Hierdoor komt hij opnieuw in een spiraal van negatieve gedachten en gevoelens (Van Beek & Mulder, 2007).

De toenaderingsroute (ik wil het, want...) In deze route wordt het delictgedrag in stand gehouden door positieve bekrachtiging (+s+). De heer K. pleegt seksueel misbruik, omdat dit prettig voelt. Wanneer hij een interne of externe seksuele prikkel (sd) krijgt, reageert hij met seksuele fantasieën waarbij hij masturbeert (cr). Hierdoor neemt de seksuele opwinding toe (+s+). Door de seksuele opwinding verlangt hij naar seks met een jongen en treft hij de voorbereidingen voor seksueel misbruik (cr). De positieve gevoelens nemen toe (+s+): naast seksuele spanning ervaart hij ook het vooruitzicht van seksuele bevrediging en de competentie om het slachtoffer hiervoor te kunnen gebruiken (+s+). Er is geen aarzeling om tot actie over te gaan om zijn doel te bereiken. Wanneer hij het seksueel misbruik gepleegd heeft, waarbij hij ook een orgasme bereikt (+s+), is dit een succeservaring. Op de lange termijn heeft hij er last van dat hij niet aan deze gedragssequentie weet te ontsnappen (+s-). Hij krijgt soms het gevoel gevangen te zitten in een vicieuze cirkel die leidt tot seksueel misbruik en weinig ruimte laat voor andere ervaringen (+s-). Wanneer negatieve gevoelens gaan overheersen kan hij ook tot herhaling van seksueel misbruik overgaan via de vermijdingsroute.

BEHANDELING

In dit artikel wordt het eerste gedeelte van de individuele therapie besproken (wekelijkse sessies van 45 minuten). De individuele therapie is onderdeel van een multidisciplinaire behandeling met onder meer delictpreventieve groepstherapie (tweemaal 90 minuten per week) en milieutherapie. Samen met de heer K. zijn de volgende doelen voor deze (eerste) periode van een half jaar opgesteld: (1) Inzicht hebben in de factoren die aanzetten of verleiden tot strafbaar seksueel gedrag, (2) Meer gemotiveerd zijn voor andere dingen dan seks,

- (3) Vaardigheden verkrijgen om stress- en verleidingsfactoren te hanteren en
- (4) Meer gevoel van vertrouwen krijgen in eigen kunnen.

Om op korte termijn te bereiken dat de seksuele preoccupatie van de heer K. vermindert, wordt deze in overleg met patiënt voorlopig onder controle gebracht door medicamenteuze interventies (libidoremmende medicatie, waarbij patiënt registreert hoe vaak hij masturbeert per dag en of hij hierbij een erectie kan krijgen, zie verder onder 'behandelverloop'). Met behulp van het *good lives* model wordt de heer K. geholpen om een toekomstperspectief te krijgen zonder seksueel grensoverschrijdend gedrag. Het stellen van toenaderingsdoelen en deze stapsgewijs vormgeven, stimuleert in de eerste plaats zijn motivatie om te veranderen. Door de samenwerking in de therapeutische relatie kan zijn vertrouwen in zichzelf en anderen sterker worden. Bij het willen bereiken van de toenaderingsdoelen zullen de delictrisicofactoren als blokkades optreden, doordat deze incompatibel zijn met de gestelde doelen. Delictrisicofactoren zijn te onderscheiden in verleidingsfactoren (+ s +), zoals seksueel verlangen naar jongens, en stressfactoren (-s-), zoals zich minderwaardig voelen. De behandelinterventies zijn gericht op het verkrijgen van vaardigheden om de stress- en verleidingsfactoren te hanteren of de invloed ervan te verminderen. Hierdoor krijgt hij meer gevoel van competentie en kan hij een positiever zelfbeeld ontwikkelen. De hulpvraag – meer controle over zijn seksuele gedrag- wordt aldus op verschillende manieren nagestreefd:

1. Doordat hij meer vaardigheden krijgt om zijn gedrag te reguleren, zal zijn gevoel van competentie toenemen. Naarmate hij meer ervaring krijgt met effectieve regulatie, zal hij dit vaker kunnen toepassen en ook kunnen generaliseren naar zijn seksuele gedrag
2. Wanneer hij emoties adequaat weet te reguleren, zal hij minder gebruik hoeven maken van seksuele coping
3. Wanneer hij meer tevreden is met zichzelf en minder gevoelens van eenzaamheid en minderwaardigheid heeft, zal hij minder behoefte hebben aan (onaangepaste) seksuele bevrediging

Plan van aanpak

Interventies:

Behandelfase 1: Delictinventaris, delictscenario en delictanalyse opstellen en bespreken

Behandelfase 2: Toekomstplan opstellen, inclusief stress- en verleidingsfactoren (*good lives* model)

Behandelfase 3: Oefenen met weekdoelen aan de hand van het Toekomstplan, onder meer met cognitieve technieken, rollenspel en gedragsexperimenten

Behandelfase 4: Gebruik maken van therapeutische relatie om vertrouwen in zichzelf en anderen te oefenen

Evaluatie van de behandeldoelen na 6 maanden:

- 1: Hij kan uitleggen wat zijn stress- en verleidingsfactoren zijn en kan deze in zijn dagelijks leven herkennen
- 2: Hij heeft een idee over hoe een bevredigend leven zonder seks met jongens eruit kan zien, hij heeft zichzelf doelen gesteld op verschillende levensgebieden en hij is bereid om zich hiervoor in te zetten
- 3: Hij heeft ervaring opgedaan met het bereiken van zijn korte termijn doelen en het reguleren van de stress- en verleidingsfactoren.
- 4: Hij kan samenwerking met de therapeut aangaan en heeft meer zelfwaardering

Diagnostische fase

Bij het doornemen van de seksuele delictgeschiedenis, die wordt opgesteld aan de hand van zelfrapportage en collaterale informatie, doen zich afstemmingsmoeilijkheden voor. De heer K. presenteert zijn delictachtergrond op een chaotische en grenzeloze manier. Bij het bespreken van zijn seksuele handelingen bij slachtoffers raakt hij seksueel opgewonden. Er is weinig verschil tussen belevenissen in het verre of recente verleden, in werkelijkheid of fantasie: in alle gevallen praat hij erover alsof hij het ter plekke beleeft. De heer K. laat zich wel bijsturen, maar dit vraagt veel inzet van de therapeut. De combinatie van de grenzeloosheid van de heer K., de ontboezeming van 'nieuwe' delicten en de moeite die het de therapeut aanvankelijk kost om hem bij de les te houden, maakt de delictinventarisatie tot een intensieve interventie die meer sessies (6) in beslag neemt dan gepland (2 tot 3).

Om de omvang van zijn actuele seksueel deviante gedrag in kaart te brengen, registreert de heer K. aanvankelijk met een turflijst de frequentie van masturberen en fantaseren over seks met jongens. Het dagelijkse registreren van zijn afwijkende seksuele fantasieën en gedrag blijkt zijn obsessieve fantasieën over seks met jongens te bekrachtigen. Besloten wordt dat de psychiater medicatie voorschrijft waarvan verwacht wordt dat dit de heer K.'s preoccupatie met seks kan verminderen. De heer K. stemt hiermee in. De psychiater onderhoudt wekelijks contact met hem en op basis van zelfrapportage en gedragsobservatie door zijn directe begeleiders wordt geregistreerd of zijn preoccupatie minder is geworden. De heer K. krijgt in eerste instantie in het

kader van het algoritme libidoremmende medicatie een SSRI voorgeschreven in een hoge dosering (Paroxetine 50 mg/dag en later Sertraline 150 mg/dag), mede gezien zijn obsessief-compulsieve gedragingen. Omdat uit de zelfrapportage na enkele maanden blijkt dat dit onvoldoende effect heeft, wordt na gespecialiseerde somatische screening conform hetzelfde algoritme, overgegaan op toevoeging van hormonale libidoremmende medicatie (Androcur 100 mg/dag).

Op de terugkoppeling van de resultaten van het psychodiagnostisch onderzoek reageert de heer K. ontroerd. Hij zegt zich erkend te voelen, doordat zijn lijdensdruk, lage zelfwaardering en moeite om zich te handhaven gezien worden. Hij herkent zijn problemen op sociaal gebied en met betrekking tot zijn zelfregulatie.

Behandelfase 1

In deze fase worden de behandeldoelen besproken en wordt meer structuur gebracht door voor elke sessie een agenda vast te stellen en aan te houden. Aan de hand van de delictinventarisatie heeft de therapeut met de heer K. een delictscenario en delictanalyse opgesteld. Hierbij heeft hij de neiging om bij alle factoren die besproken worden opnieuw met details te komen en associatief allerlei dingen uit het verleden en heden erbij te betrekken. In deze fase wordt echter minder nadruk gelegd op exploratie en meer op het vaststellen van de grote lijnen als basis voor het terugvalpreventieplan. Ten behoeve van het monitoren van de kwaliteit van de behandelrelatie tekent de heer K. aan het einde van elke sessie op de Roos van Leary in welke positie hij zichzelf en in welke positie hij de therapeut heeft ervaren. Het structureren geeft een zekere rust tijdens de sessies. Er komt meer samenhang in de inhoud en er ontstaat een sfeer van samenwerking. Bij het invullen van de Roos van Leary gaat de heer K. serieus te werk, waarbij hij zijn overwegingen om wel of niet voor een bepaalde positie te kiezen laat weten. In de meeste gevallen geeft hij zichzelf en de therapeut op de dimensie 'mate van (behoefte aan) acceptatie' een maximaal samen-positie. Op de dimensie 'mate van invloed' geeft hij zichzelf een positie iets onder het midden, en de therapeut iets boven het midden ('samen-onder' voor zichzelf, 'samen-boven' voor de therapeut).

Behandelfase 2

Het opstellen van het *Toekomstplan* start met een beschrijving van hoe de heer K. zou willen dat zijn leven er over vijf jaar uit zou zien op de levensgebieden wonen, werken, relaties en vrijetijdsbesteding. Bij elk gebied beschrijft hij zijn wensen en behoeften. Vervolgens bekijkt hij samen met de therapeut hoe hij er nu voor staat. De delicttrisicofactoren krijgen een plek in dit plan als stress- of verleidingsfactor die het behalen van korte en lange termijn doelen van zijn toekomstplan kunnen remmen of verhinderen. Op het gebied van wonen, werken en vrijetijdsbesteding formuleert hij realistische plannen. Bij

relaties ligt het ingewikkelder. Het idee van een relatie ervaart hij vooral als bedreigend: dat er niets van hem over zal blijven en dat hij zijn autonomie zou verliezen. Een langdurige vriendschap is het meest haalbare dat hij zich kan voorstellen. Hierbij zou seks idealiter ook een rol spelen, zodat zijn seksuele behoeften bevredigd zouden worden en hij minder naar kinderen zou verlangen. Dit ideaal staat echter ver van zijn huidige belevingswereld af. Wanneer hij geen seks met kinderen heeft, worden ook de andere 'relationele' behoeften niet bevredigd en heeft hij het gevoel tekort te komen. Tijdens de bespreking van dit onderwerp wordt de heer K. af en toe overvallen door gevoelens van somberheid.

In deze fase wordt extra aandacht besteed aan het karakter van een veranderingsproces: in kleine stappen. De heer K. reageert enigszins opgelucht, maar in eerste aanleg vooral ook bestraffend naar zichzelf omdat hij niet kan voldoen aan zichzelf opgelegde, te hoge verwachtingen. In het taalgebruik benadrukt de therapeut de samenwerking in het therapieproces. Er wordt gebruik gemaakt van humor. Er wordt aandacht geschonken aan zijn (normale, menselijke) behoeften en zijn kwaliteiten. Er is begrip voor zijn worstelingen. Het werken met het Toekomstplan brengt veel enthousiasme bij de heer K. teweeg. Op de positieve aandacht van de therapeut reageert de heer K. soms opgelucht of verrast, vaak ongemakkelijk en onzeker. Positieve uitspraken en uitnodigingen tot samenwerking wantrouwt hij. Hij heeft automatisch de verwachting dat hij kritiek krijgt en afgewezen wordt. Gaandeweg wordt steeds duidelijker hoe hardnekkig deze overtuiging is. Hij beseft dat zijn opvoeding, in het bijzonder de relatie met zijn moeder, heeft bijgedragen aan de ontwikkeling van zijn extreme zelfkritiek.

Behandelfase 3

Het Toekomstplan van de heer K. hangt hij elke sessie op het bord. Om te beginnen worden korte termijndoelen gesteld op het gebied van vrijetijdsbesteding. Als doel op korte termijn stelt hij dat hij een hobby ontwikkelt. Om te zorgen dat hij ook werkelijk aan het ondernemen van activiteiten toe komt, maakt hij aan het begin van de week een planning om drie leuke activiteiten te doen. De heer K. is enthousiast bij het bedenken van activiteiten, tot het moment dat er weekdoelen opgesteld worden. Hij is gewend om zijn activiteiten te laten afhangen van zijn stemming en impulsen. Door een planning te maken heeft hij het gevoel dat hij geen keuzevrijheid meer heeft. Bij deze opdracht komt hij dezelfde mechanismen tegen als bij de vermijdingsroute naar seksueel misbruik. Hij voelt zich falen, omdat het hem niet lukt om zich aan zijn voornemen te houden. Zijn negatieve gevoelens nemen toe en doordat hij zich ellendig voelt, geeft hij het tenslotte helemaal op. Door de stapsgewijze, op succes gerichte werkwijze en door ondersteunende en structurerende interventies door de therapeut gaat het hem uiteindelijk steeds gemakkelijker af. Hij krijgt er zelfs plezier in om zich aan zijn voorgenomen

plan te houden. Hij merkt dat hij door te plannen gemakkelijker weerstand kan bieden aan zijn seksuele drang. Ook ervaart hij meer keuzemogelijkheden in het omgaan met negatieve gevoelens. De therapeutische houding wordt gekenmerkt door *'limited reparenting'*, zoals die in de schema schemagericht therapie, een vorm van cognitieve gedragstherapie, wordt toegepast. De therapeut tracht de heer K. structuur te geven en de ruimte om pijnlijke zaken onder ogen te zien en te ervaren. De combinatie van pijnlijke confrontaties met vastgeroeste patronen (exposure) en de energie van perspectief ontwikkelen en vooruit kijken (o.a. door cognitieve herstructurering en gedragsoefening) geeft een krachtige impuls aan het therapeutische contact.

Behandelfase 4

De heer K. onderneemt steeds meer activiteiten. Dit doet hij alleen of met medepatiënten. Hij maakt er een gewoonte van om zijn dag te plannen. In de therapie worden zijn plannen voorbereid en geëvalueerd. Hierbij wordt de nadruk gelegd op het in overeenstemming brengen van zijn gedrag met zijn doelen. In het begin worden de weekdoelen uitgebreid voor- en nabesproken. Na enkele weken wordt het meer aan hem overgelaten wat hij hierover wil bespreken. Een van zijn succeservaringen is dat het hem is gelukt om de nog aanwezige seksuele drang 'uit te zitten', of te wel niet tot handelingen overgaan en wachten tot de seksuele drang overgaat (responspreventie). Hij maakt voor zichzelf de afweging wat hem op langere termijn de meeste voldoening zal geven. In het besef dat hij zich rotter gaat voelen als hij toegeeft aan zijn seksuele drang, heeft hij een aantal keren zijn gevoel de vrije loop gegeven – in de zin van zijn seksuele verlangen ervaren- zonder tot actie over te gaan. Hierbij heeft hij gemerkt dat de seksuele drang na verloop van tijd afneemt en dat er ruimte ontstaat voor iets anders. Een andere succeservaring is dat hij met een medepatiënt muziek is gaan maken. Tijdens de therapie sessies wordt het gewenste gedrag besproken en soms geoefend in een rollenspel. Bij het oefenen in de sessies kan de heer K. steeds meer kwetsbaarheid laten zien.

De manier van samenwerken is min of meer een gewoonte geworden. De heer K. lijkt tevreden te zijn met de voorspelbaarheid van de gang van zaken en de beschikbaarheid van de therapeut om zijn thema's te bespreken. Op eigen initiatief past de heer K. zijn verworven inzichten toe op diverse situaties. Zo vraagt hij een sociotherapeut om een gesprek, omdat hij zich irriteerde aan haar (naar zijn idee) te stellige manier van communiceren over een verlof-aanvraag.

RESULTATEN

Bij de halfjaarlijkse evaluatie blijkt dat de heer K. kan uitleggen wat zijn stress- en verleidingsfactoren zijn. Hij geeft met praktische voorbeelden aan hoe deze in zijn dagelijks leven een rol spelen. Met betrekking tot de verleidingsfactoren 'hyperseksualiteit' en 'seksueel verlangen naar jongens' geeft hij aan dat hij minder behoefte ervaart om veelvuldig te masturberen op seksuele fantasieën over jongens en dat hij meer controle ervaart over het wel of niet toegeven aan zijn drang om te masturberen (van drie of vier keer per dag tot gemiddeld drie keer per week).

De heer K. heeft een idee over hoe een bevredigend leven zonder seks met kinderen eruit kan zien, hij heeft zichzelf lange termijn doelen gesteld op verschillende levensgebieden en toont bereidheid om zich hiervoor in te zetten. Hierbij kan hij positieve gevoelens ervaren. Op het gebied van vrijetijdsbesteding heeft hij haalbare korte termijn doelen gesteld en obstakels overwonnen. Op de andere gebieden heeft hij nog veel ondersteuning nodig. De frustratie over het ontbreken van seksuele bevrediging en seksuele coping kan soms hoog oplopen. Hij heeft nog wel af en toe seksuele fantasieën over jongens, maar kan minder gemakkelijk een orgasme bereiken. Dit gaat gepaard met sombere gevoelens en minder motivatie om zijn leven te veranderen.

In de therapie gaat hij de samenwerking aan om te leren op een andere wijze dan via seksuele coping met zijn problemen in het leven om te gaan. Er is meer sprake van zelfcontrole: het lukt hem soms om plannen uit te voeren onafhankelijk van zijn seksuele drang of emotionele gemoedstoestand. Hij gaat meer sociaal contact aan en bespreekt de belemmerende cognitieve schema's in de therapie. Hoe fragiel de ontwikkeling van meer zelfregulatievaardigheden is, blijkt wel uit het feit dat hij gemakkelijk kan doorslaan: hij wil anderen ook leren hoe het kan en wil op onrealistisch veel gebieden tegelijk aan de slag.

De groei van de heer K. in zijn zelfwaardering en zelfregulatie is merkbaar in zijn gedrag. Hij kan meer confrontaties aan, bijvoorbeeld met zijn negatieve kernovertuigingen en moeite met sociaal contact. Op momenten dat het hem lukt om zijn korte termijn doelen te behalen, ervaart hij tevredenheid over zijn toegenomen zelfcontrole.

De NPV-2, IOA, UCL, SCL-90, BDHI-D, URICA (*University of Rhode Island Change Assessment*) zijn opnieuw afgenomen (zie tabel 1). De testresultaten geven aan dat de heer K. ten opzichte van een half jaar geleden een positiever zelfbeeld heeft en meer competentiegevoelens. Hij vertoont iets meer sociaal gedrag en ervaart daar minder spanning bij. Tegelijkertijd ervaart hij nog veel sociale inadequaatie. Gezien zijn ernstige problematiek is dit een realistische beleving, waarin mogelijk pas in een later stadium verandering zal optreden. Dat hij relatief iets meer gevoel van dominantie heeft, kan een teken zijn van (of bevorderlijk zijn voor) een meer gelijkwaardige wisselwerking met ande-

Tabel 1: Testresultaten gedurende de behandeling.

Instrument Halfjaarlijkse evaluatie	Score I vergelijk normale mannen	Score II vergelijk normale mannen	Beschrijving
NPV-2			
- inadequatie	zeer hoog (30)	hoog (18)	De zelfwaardering is toegenomen, het dominantiegevoel is toegenomen tot benedengemiddeld, gevoelens van verongelijkheid zijn toegenomen tot hoog. Het gevoel van inadequatie is afgenomen.
- sociale inadequatie	hoog (27)	hoog (26)	
- rigiditeit	bovengemiddeld (27)	bovengemiddeld (25)	
- verongelijkheid	bovengemiddeld (14)	hoog (17)	
- zelfgenoegzaamheid	zeer hoog (19)	zeer hoog (29)	
- dominantie	laag (12)	benedengemiddeld (17)	
- zelfwaardering	zeer laag (11)	benedengemiddeld (24)	
IOA			
<i>Algemene spanning</i>	<i>zeer hoog (103)</i>	<i>hoog (90)</i>	De frequentie van sociaal gedrag is enigszins toegenomen: aandacht vragen voor de eigen mening en initiatief nemen tot contact doet hij vaker. De sociale spanning is afgenomen.
- kritiek geven	zeer hoog (27)	zeer hoog (24)	
- aandacht vragen	zeer hoog (22)	zeer hoog (17)	
- waardering uitspreken	benedengemiddeld (4)	benedengemiddeld (4)	
- initiatief nemen tot contact	hoog (14)	hoog (12)	
- jezelf waarderen	zeer hoog (15)	zeer hoog (13)	
<i>Frequentie</i>	<i>benedengemiddeld (101)</i>	<i>benedengemiddeld (110)</i>	
- kritiek geven	benedengemiddeld (15)	benedengemiddeld (19)	
- aandacht vragen	laag (15)	benedengemiddeld (16)	
- waardering uitspreken	gemiddeld (15)	gemiddeld (15)	
- initiatief nemen tot contact	gemiddeld (15)	bovengemiddeld (16)	
- jezelf waarderen	bovengemiddeld (11)	bovengemiddeld (12)	
UCL			
- actief aanpakken	gemiddeld (17)	gemiddeld (16)	De emotionele expressie in stressvolle situaties is toegenomen, afleiding zoeken om niet aan problemen te hoeven denken (palliatieve reactie) is afgenomen.
- palliatieve reactie	zeer hoog (21)	hoog (18)	
- vermijden	gemiddeld (16)	gemiddeld (14)	
- sociale steun zoeken	gemiddeld (12)	gemiddeld (12)	
- passief reageren	zeer hoog (17)	zeer hoog (18)	
- emotionele expressie	gemiddeld (6)	hoog (8)	
- geruststellende reactie	gemiddeld (13)	gemiddeld (11)	
SCL-90			
<i>Psychoneuroticisme</i>	<i>bovengemiddeld (130)</i>	<i>hoog (140)</i>	Het niveau van ervaren klachten is toegenomen. Er zijn meer angstgevoelens, somatische klachten en slaapproblemen. Er wordt beduidend minder hostiliteit gerapporteerd.
- angst	bovengemiddeld (12)	hoog (16)	
- agorafobie	laag (7)	laag (7)	
- depressie	hoog (23)	hoog (31)	
- somatische klachten	gemiddeld (15)	bovengemiddeld (18)	
- insufficiëntie van denken en handelen	bovengemiddeld (14)	bovengemiddeld (14)	
- sensitiviteit	hoog (29)	hoog (30)	
- hostiliteit	hoog (9)	laag (3)	
- slaapproblemen	bovengemiddeld (5)	hoog (9)	
BDHI-D			
- directe agressie	hoog (8)	gemiddeld (6)	De directe agressie is afgenomen. De indirecte agressie is weliswaar gelijk gebleven, maar de ruwe score geeft wel een toename aan.
- indirecte agressie	zeer hoog (9)	zeer hoog (16)	
- sociale wenselijkheid	laag (1)	laag (0)	

ren. De coping laat een lichte verschuiving zien in de richting van de expressie van zijn emoties, wat bij hem een gunstige ontwikkeling zou kunnen zijn (meer uiten, minder afleiding zoeken en vermijden). Geconstateerd wordt dat zijn verongelijkheid is toegenomen. Dit kan te maken hebben met zichzelf meer gunnen of toegeven aan zijn werkelijke behoeften en een discrepantie ervaren met de realiteit. Er is minder woede en frustratie; het algehele agressieniveau is afgenomen. Het klachtenniveau is toegenomen. Dit duidt op meer lijdensdruk, mogelijk in reactie op de verminderde mogelijkheid tot seksuele coping en de confrontatie met zijn hardnekkige patronen. De mate van hostiliteit is beduidend afgenomen. Dit geeft aan dat hij meer ontvankelijk is voor de omgeving. Mogelijk werkt dit positief op zijn motivatie voor de verdere behandeling.

Volgens de procesmeting heeft de heer K. nu beduidend meer motivatie voor het ondernemen van actie. De aandacht is ook iets meer verschoven van overweging naar actie. Mogelijk dat het oefenen met de weekdoelen hieraan heeft bijgedragen.

Gedurende het behandelproces is de Roos van Leary gebruikt om de interactie tussen de therapeut en de patiënt in kaart te brengen en bespreekbaar te maken. De heer K. heeft zichzelf en de therapeut vooral gepositioneerd in de zogenoemde 'cognitief-gedragstherapeutische ovaal' (Korrelboom & Ten Broeke, 2004): 'samen-onder' voor zichzelf, 'samen-boven' voor de therapeut. Doordat hij ook enkele keren hele andere posities aan gaf, bestaat niet de indruk dat hij sterk aan verwachtingen probeerde te voldoen. De therapeut heeft de indruk dat er groei is in de mate waarin hij zich kwetsbaar opstelt en nabijheid kan verdragen. Hij kan gevoelens laten zien zonder er in te blijven hangen en hij lijkt het op prijs te stellen als de therapeut laat blijken dat zij zijn gevoeligheden kent. Ook stelt de heer K. zich volwassener op in het contact. Tijdens het bespreken van de delictgeschiedenis kon hij zich nog verkneukelen bij de gedachte aan intieme details. Nu lijkt hij zich meer rekenschap te geven van hoe hij overkomt. Daarbij treedt wel meer schaamte op de voorgrond.

TOT BESLUIT

Samenvattend wordt een voorzichtige ontwikkeling geconstateerd in de richting van het behandeldoel om de vicieuze cirkel van seksualiserend gedrag te doorbreken. De opmerking van de heer K. dat hij 'meer is gaan leven' geeft aan dat er sprake is van niet-seksuele zingeving, het belangrijkste doel van de behandeling. Vanwege zijn hoge recidiverisico en de ernst van zijn problematiek zal een intensieve en langdurige begeleiding nodig zijn om dit doel te kunnen integreren in zijn leven. Relevant voor de risicotaxatie is dat er een positieve ontwikkeling is ingezet op 'sociale invloeden'; dit is een stabiele dynamische factor van de SONAR. Bij de SVR-20 lijkt er een positieve ontwikkeling te zijn ten aanzien van de dynamische factor 'Negatieve houding ten

opzichte van interventies'. Er is een start gemaakt met het maken van realistische toekomstplannen, wat op korte termijn zal resulteren in een gunstiger score op deze dynamische risicofactor.

Het vervolg van de behandeling zal een voortzetting zijn van de aanpak die in gang is gezet. Het ultieme doel blijft dat de heer K. geen kinderen meer zal misbruiken. De behandeling kan worden afgerond als getoetst is of de positieve effecten (toegenomen vermogen tot zelfregulatie) van de behandeling ook onder condities van verminderde externe controle door middel van medicatie overeind blijven. De medicatie zou daartoe geleidelijk moeten worden afgebouwd. Daarnaast zal ook buiten de muren van de kliniek een aanvang moeten worden gemaakt met het realiseren van zijn *good lives* plan. De verwachting is dat voor de heer K. nog een lange periode nodig is van intensieve begeleiding na de beëindiging van de behandeling in engere zin.

Bij het ter perse gaan van dit artikel heeft de patiënt de klinische behandelingsfase na drie jaar afgerond en is hij na een verblijf op de resocialisatie-afdeling extramuraal verder aan het resocialiseren. Hierbij is een intensief netwerk met ambulante begeleiders, reclassering, wijkagent, werkbegeleiding en laagfrequente therapie om hem heen gevormd.

SUMMARY

Individual cognitive behavioural therapy of a sex offender

This article describes the first half year of an individual cognitive behavioural therapy of a sex offender in an intramural setting. The what works principles formed the basis of it, especially the need and responsivity principles. Due to a structuring and positive empathic supporting treatment alliance the patient was able to benefit from cognitive behavioural interventions. The main treatment areas were the improvement of the self regulation skills and developing a prosocial lifestyle.

Key words: sex offender, what works principle, self-regulation skills, prosocial lifestyle

LITERATUUR

- Andrews, D.A., & Bonta, J. (2006). *The psychology of criminal conduct* (4th ed), Newark, NJ: LexisNexis.
- Beek, D.J. van, Doncker, D. de., & Ruiter, C. De. (2001). *STATIC-99: inschatting van seksueel geweldadige recidive bij volwassen seksuele delinquenten. Coderingsregels bij de Static-99* (Vertaling van oorspronkelijke uitgave van A. Phenix, R.K. Hanson, & D.Thornton). Utrecht: Forum Educatief
- Beek, D.J. van, & Mulder, J. (2007). *Het zelfregulatiemodel. Handleiding, Deel 1: Diagnostiek*, Utrecht: Forum Educatief.
- Bumby, K.M. (1996). Assessing the cognitive distortions of child molesters and rapists: development and validation of the MOLEST and RAPE Scales. *Sexual Abuse: a Journal of Research and Treatment*, 8, 37-54.

- Buss, A.H., & Durkee, G. (1957). An inventory of assessing different kinds of hostility. *Journal of Consulting psychology*, 26, 84-89.
- Hanson, R.K., & Harris, A.J.R. (2001). A structured approach to evaluating change among sexual offenders. *Sexual Abuse: a Journal of research and treatment*, 13, 105-122.
- Hanson, R.K., Morton, K.E., & Harris, A.J.R. (2003). Sexual offender recidivism risk: What we know and what we need to know. In R.A. Prentky, E.S. Janus, & M.C. Seto (Eds.), *Sexually Coercive Behavior: Understanding and Management* (154-166). New York: The New York Academy of Sciences.
- Hanson, K., Bourgon, G., Helmus, L., & Hodgson, S. (2009). *A meta-analysis of the effectiveness of treatment for sexual offenders: Risk, Need and responsivity*. Canada: Public Safety.
- Hildebrand, M., Ruiter, C. de., & Beek, D.J. van, (2000). *Handleiding bij de Sexual Violence Risk-20* (Vertaling van oorspronkelijke uitgave van D.P.Boer, S.D.Hart, P.R. Kropp & C.D. Webster). Utrecht: Forum educatief.
- Knight, R.A., & Prentky, R.A. (1990). Classifying sexual offenders; the development and corroboration of taxonomic models. In: Marshall, W.L. & Laws, D.R. & Barbaree, H.E. (Eds.). *Handbook of sexual assault: issues, theories, and treatment of the offender* (pp. 23-52) New York: Plenum Press.
- Korrelboom, K., & Broeke, E. ten (2008). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie. Handboek voor theorie en praktijk*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Mann, R.E., Hanson, R.K., & Thorton, D. (2010). Assessing risk for sexual recidivism: Some Proposals on the nature of psychologically meaningful risk factors. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 22, 191-217.
- Marshall, W.L., & Barbaree, H.E. (1990). An integrated theory of the etiology of sexual offending, in: W.L. Marshall, D.R. Laws & H.E. Barbaree (Eds), *Handbook of sexual assault: issues, theories, and treatment of the offender* (pp. 257-275). New York: Plenum Press.
- 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.
- Seto, M.C. (2008). *Pedophilia and sexual offending against children; Theory, Assessment, and intervention*. Washington: American Psychological Association.
- Smid, W., Beek, D.J., & Doncker, D. de (2009). *Plegers van seksueel geweld*, in: Gijs, L., W. Gianotten, I. Vanwesenbeek en P. Weijenberg (Red). *Seksuologie* (pp. 437-463) Houten: Bohn, Stafleu Van Loghum
- Ward, T., & Hudson, S.M. (1998). A model of the relapse process in sexual offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 13, 700-725.
- Ward, T. (2000). Sexual offenders' cognitive distortions as implicit theories. *Aggression and violent Behavior* 5, 491-507.
- Ward, T., & Maruna, S. (2007). *Rehabilitation, beyond the risk paradigm*. London and New York: Routledge.
- Ware, J., & Mann, R.E. (in press). How should "acceptance of responsibility" be addressed in sexual Offending treatment programs? *Aggression and Violent Behavior*.



Ruud Beunderman, Fatima van der Maas (red.)

2011. 212 p. € 34,95

ISBN 978 90 232 4850 7

Supervisie in de GGz

Een oriëntatie op de praktijk

Supervisie heeft een belangrijke plaats in de opleidingen in de GGz en is gericht op het bevorderen van het leerproces van een professional in opleiding. Over de inhoud van en de wijze waarop superviseren plaats moet vinden is in Nederland nog betrekkelijk weinig gepubliceerd.

Supervisie in de GGz telt vier delen. Deel I bestaat uit een algemene verkenning en oriëntatie op het werkveld. In het tweede deel worden de voorwaarden voor supervisie besproken met aandacht voor onder meer de kwaliteiten of competenties waarover een supervisor moet beschikken en voor de stijlen van interactie en leren. In deel III komen onderwerpen aan de orde die betrekking hebben op de praktijk, zoals het supervisieproces en de supervisierelatie in de psychotherapie. Behalve voor de verschillende vormen en toepassingen in supervisie is er in dit deel ook aandacht voor het belang van de werkrelatie in supervisie en de factoren die deze kunnen verstoren. In het laatste deel wordt specifiek ingegaan op supervisie in de cognitieve gedragstherapie.

Meer informatie, inhoudsopgave en online bestellen: www.vangorcum.nl

**Van Gorcum**

Koninklijke Van Gorcum BV
Postbus 43, 9400 AA Assen
[t] 0592 37 95 56
[e] verkoop@vangorcum.nl

www.vangorcum.nl/nieuwsbrief
altijd op de hoogte van de nieuwste uitgaven

