



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

Behandeling van seksueel delinquenten met een persoonlijkheidsstoornis

Jos Buschman en Daan van Beek *

SAMENVATTING In dit artikel presenteren we een klinisch model voor de behandeling van seksueel delinquenten met een persoonlijkheidsstoornis. Het model en de behandeling zijn gebaseerd op de aanname dat de cognitieve vertekeningen die het delict rechtvaardigen, illustratief zijn voor de algemene cognitieve schema's die de dader in het dagelijkse leven toepast. Dit betekent dat delictgerelateerd gedrag aan de keukentafel kan worden geobserveerd en behandeld. De behandeling is een eerste aanzet om dit principe te vertalen in een behandelmodel.

Gevalsbeschrijving

Delictsituatie

Johan leeft de week voor het delict behoorlijk in een roes. Hij is de hele week op stap geweest en verkeert in een feeststemming. Op de dag van het delict heeft Johan sterk de behoefte aan seks. Na zijn werk gaat hij op zoek naar een jong meisje om in zijn seksuele behoefte te voorzien. Bij een speelplaats vraagt hij vriendelijk aan diverse meisjes of ze weten waar de dichtstbijzijnde telefooncel is. Een meisje loopt mee en Johan duwt haar in de auto, zeggende dat hij eerst de hond nog even moet uitlaten. Hij troost haar door te zeggen dat hij haar snel weer naar huis zal terugbrengen. Onderweg naar huis stopt Johan zes keer ergens op een weggetje en pleegt al die keren ontuchtige handelingen met het meisje.

Als zijn auto vast komt te zitten op een zandpad en ze een eind naar zijn huis moeten lopen, geeft Johan het meisje een hand en legt hij soms een arm om haar schouder. Ook geeft hij haar af en toe kusjes op de wang en mond, omdat hij haar daardoor probeert te kalmeren. Thuisgekomen verkracht Johan haar. Hij gebruikt geen condoom, omdat hij dit te veel gedoe vindt. Johan zegt het meisje dat hij wel verkering met haar zou willen hebben.

Johan probeert daarna nog of hij losgeld kan vragen. Wanneer hij de moeder van het meisje aan de telefoon krijgt, hangt hij snel op en voelt hij zich plotseling onprettig om wat hij heeft gedaan. Johan zegt tegen het meisje dat ze thuis niet mag vertellen wat er is gebeurd, omdat hij anders problemen zou krijgen. Hij brengt haar ten slotte om negen uur 's avonds op de fiets naar haar huis. Hij heeft haar dan ruim acht uur in zijn macht gehad. Later vertelt Johan dat hij zijn slachtoffer al eerder naar huis had willen brengen. Hij moest namelijk om zes uur met zijn werk beginnen en hij had nog meer afspraken die avond. Doordat zijn auto vast kwam te zitten, liep alles in het honderd, aldus Johan.

* J. BUSCHMAN is senior psycholoog op de afdeling onderzoek en diagnostiek van de Dr S. van Mesdagkliniek. Correspondentieadres: Engelse Kamp 5, 9722 AX Groningen; e-mail: josbuschman@hotmail.com.
D. VAN BEEK is psychotherapeut en hoofd onderzoek en diagnostiek van de Dr. Henri van der Hoevenkliniek in Utrecht.

Verloop van de sociaal-emotionele ontwikkeling

Als baby heeft Johan eczeem en hevige astma. Hij is driftig. Hij speelt nooit, hij gooit met alles wat hij in zijn handen krijgt en hij maakt alles kapot. Hij kan niet met de andere kinderen overweg; hij is een eenling. Johans moeder wenst haar kind niet en laat het meerdere keren ergens achter. Zodoende heeft Johan de eerste periode van zijn leven in ziekenhuizen en tehuizen doorgebracht. Als zijn moeder trouwt, wordt Johan in het gezin opgenomen. Hij is bij haar zo driftig dat hij in ademnood raakt en bijna stikt. Als het huwelijk stukloopt (Johan is dan ongeveer tien jaar oud), bekeert zijn moeder zich tot een geloof dat een extreme rol in het gezinsleven gaat spelen. Johan mag vanaf dat moment niet meer spelen of meedoen met ongelovigen, of aan openbare activiteiten deelnemen waarbij wordt geloot.

Als Johan drie jaar oud is, gaat hij naar een crèche. Hij kan niet met andere kinderen spelen. Hij maakt alles stuk en hij neemt speelgoed mee naar huis. Zijn siefvader straft buitensporig; zijn moeder ergert zich mateloos aan hem. Ze vindt hem niet eerlijk, lui en ze meent dat hij alles met opzet doet.

Als hij op de middelbare school zit, begint Johan voor het eerst te fantaseren over seks met kleine meisjes. De schoolperiode verloopt goed. Johan is een sociaal aangepaste en vriendelijke leerling, waar de docenten tevreden over zijn. Thuis gaat hij zijn eigen gang, al strookt dit in het geheel niet met de strenge regels van zijn moeder. Men dient háár regels en normen te volgen. Zo niet, dan raakt het contact ernstig verstoord. Een tussenweg lijkt er voor Johans moeder niet te zijn.

Na school betreft Johan een flatje, hij vindt werk, doet aan fitness en heeft hobby's. Johan is een goede werknemer. Hij zet zich in en is collegiaal. Hij blijft trouw zo'n vijf keer per week bij zijn moeder eten. Op een gegeven moment ontwikkelt Johan een zekere dwangmatigheid in zijn handelen. Hij verzuimt van zijn werk en thuis moet het extreem netjes zijn. Alles moet recht liggen. Tegelijkertijd gaat Johan meer en meer gokken. In deze periode begint hij met inbreken en met fantaseren over seks met kleine meisjes. Hij heeft regelmatig betaalde seks bij hem thuis. Meisjes vinden hem opdringerig. Vrienden en familie bedriegt hij. De gokschulden nemen toe en zo ook de inbraken. Als mensen uit zijn omgeving hem geen oplossingen aanreiken voor zijn schulden, verbreekt Johan het contact met hen.

Johan fantaseert over macht, over de baas zijn en over seks met jonge meisjes. Onderwijl blijft hij van werk veranderen, waar hij telkens weer naar volle tevredenheid functioneert. In die periode vindt een eerste seksueel delict plaats met een negenjarig meisje. Johan bevestigt dat hij het plegen van zulk seksueel misbruik prettig heeft gevonden. Johans leefpatroon neemt steeds vastere vormen aan: werk zoeken, vrienden maken en bij hen inwonen, hen vervolgens bestellen en vertrekken. Het seksueel misbruiken van meisjes wordt langzaam ook onderdeel van zijn levensstijl.

Gedrag binnen de kliniek

Na aansporing en geholpen door de structuur van de kliniek kan Johan in eerste instantie stilstaan bij zichzelf. Als deze sturing van buiten af afneemt, neigt hij het isolement op te zoeken. Bij toenemende vrijheid en ruimte steken Johans koppige en gulzige kanten de kop op. Als de kliniek vervolgens de controle weer terugneemt, probeert Johan dagenlang alsnog zijn zin door te drijven.

Johan stemt slecht af op zijn groepsgenoten, schendt afspraken, is niet in staat ondersteuning te bieden en toont geen inlevingsvermogen. Het lukt hem niet om deze wijze van reageren te veranderen, ondanks hetgeen hem in de behandeling wordt aangeboden.

Johan is sociaal-vaardig in het contact met de behandelaars en medepatiënten. Hij weet voor zichzelf goed wat hij van iemand mag verwachten, maar is niet in staat relaties te onderhouden. Hij is er bedreven in om mensen uit zijn omgeving in te schakelen voor zijn behoeften. Hij weet bij wie hij voor wat moet zijn en hoe hij het moet krijgen. Het contact met medepatiënten blijft oppervlakkig en functioneel van aard. Het contact met mensen op zijn werk is vriendelijk en correct, maar het kent geen diepgang. Johan werkt zo precies, dat het op het dwangmatige af is. Bij succeservaringen neemt zijn inzet af. Hij komt daarna steeds minder vaak en alleen als hij zin heeft. Johan slaagt er niet in deze manier van doen te veranderen.

In de therapiezittingen neemt Johan amper afstand van zijn rigide denkwijzen. Gesprekken over zijn problematiek voeden zijn geneigdheid tot absolute ontkenning daarvan. In de gesprekken gedraagt Johan zich 'politiek correct', maar hij is onpeilbaar. Na emotioneel hevige conflicten over deze onderwerpen voelt hij zich doorgaans tekortgedaan en bevestigd in zijn wantrouwen. Johan kan het moeilijk verdragen als een ander een mening over hem heeft. Hij begint in eerste instantie lange discussies. In tweede instantie worden behandelaars bedreigd omdat ze hem zijn zin niet geven. Uiteindelijk wordt de therapie stopgezet.

Wanneer de kliniek probeert om Johans moeder bij de behandeling te betrekken, wordt enkel het oude patroon zichtbaar dat tussen haar en Johan is geschapen. Moeder stelt zich zakelijk op. Ze uit scherpe kritiek op Johan. Ze wijst hem erop dat het geloof de enige juiste weg is en eist dat hij het geloof onderschrijft. Moeder komt regelmatig bezoeksafspraken niet na. Als dit gebeurt heeft Johan somatische klachten en weet hij zich geen raad. Zijn preoccupatie precies te weten wat anderen van hem denken neemt op die momenten acuut toe. Hij masturbeert meerdere malen per dag op verkrachtingsfantasieën en is seksueel opdringerig tegen vrouwelijk personeel. Uiteindelijk wordt de poging opgegeven om moeder bij de behandeling te betrekken.

Samenvatting in termen van het delictmodel

De seksuele delicten vormen een vast onderdeel van Johans leven, net als zijn werk, gokken en inbreken. Johan volgt zijn behoeften van het moment. Hij heeft zin dus hij doet het. Zo gaat Johan met mens`en om en zo denkt hij dat alle mensen met elkaar omgaan.

Verder speelt het thema vertrouwen en macht een grote rol. Volgens Johan staat vertrouwen schenken gelijk aan macht uit handen geven. Vertrouwen winnen is macht krijgen. Hij wint vertrouwen door zich vriendelijk en waarderend op te stellen. Zo wil hij zijn slachtoffer het gevoel geven dat hij het waardeert wat ze bij hem doet. Hij kan het ook waarderen, ze doet haar werk tenslotte goed. Johan meent daardoor vriendschap voor haar te ontwikkelen. Desondanks misbruikt hij haar vele keren op de dag. De relatie met zijn slachtoffer is een instrument dat Johan gebruikt om zijn behoeften te bevredigen. De vriendelijkheid en sociale correctheid zijn mechanische handelingen om een doel te bereiken.

De behandelhypothese op grond van de feiten is dat deze gedachte zich in fasen heeft ontwikkeld. Onder de vleugels van moeder werd Johan gevoed met het gevoel minderwaardig te zijn. Daardoor ontwikkelt Johan de cognitieve schema's (Beck, 1967) dat anderen hem vijandig gezind zijn en hem gebruiken. De aanname daarbij is: 'Als ik de ander iets toevertrouw, maakt die daar misbruik van'. De beste reactie hierop is autonomie vergaren en achterdochtig zijn. De bijpassende emotie is woede.

Bij het loslaten van zijn moeder en het komen tot zelfstandigheid wordt Johan toenemend obsessief-compulsief. Hij lijkt zich verantwoordelijk te voelen voor zijn succes, maar het vijandige beeld dat hij van anderen heeft, overtuigt hem ervan dat ze zich onverantwoordelijk opstellen en incompetent zijn. De aanname daarbij is: 'Als er iets fout gaat, dan is het mijn schuld'. Johan reageert hierop door ordelijk en perfectionistisch te zijn. De bijpassende emotie is ergernis.

Doordat de problemen toenemen, merkt Johan uiteindelijk dat hij zijn leven niet in stand kan houden en dat hij zijn sociale netwerk niet kan onderhouden. Hij mist hier het basale vertrouwen voor. Johan heeft zich niet gehecht en kan zich niet hechten. Hij is emotioneel geïsoleerd. Met betrekking tot zelfregulatie is de hypothese dat Johans moeder zijn lusten en driften heeft gecontroleerd, maar dat hij dit niet heeft verinnerlijkt. En met het toenemend wegvallen van het controlerend oog van moeder, kan Johan zijn driften steeds minder hanteren. Uiteindelijk krijgt hij vele problemen door zijn hedonisme, maar kan hij dit niet onder ogen zien. Want daarmee zou hij zijn moeder gelijk geven. Het is de schuld van de ander, die hem miskent. Johan legt de schuld bij de anderen, die zijn vertrouwen altijd hebben misbruikt. De aanname daarbij is: 'Als je de ander niet pakt, dan word je zelf gepakt' (denk aan de antisociale persoonlijkheidsstoornis). Johan gaat zichzelf meer en meer zien als een eenling die niemand nodig heeft en die anderen mag exploiteren. De emotie die daarbij hoort is woede. De wijze waarop Johan dit bewerkstelligt, is door aanvallen en manipuleren. Johan gebruikt deze strategieën om zijn frustratie teniet te doen. Hij is zeer vaardig in strategieën. Hij gaat doelgericht en expliciet te werk. Het merendeel van de antisociale gedragingen vinden in het geniep plaats: inbreken, stelen, seksueel misbruiken. En steeds heeft Johan een goed gevoel over zijn acties. In dit licht is het opvallend dat Johan zich betrappt en slecht voelt, wanneer hij de moeder van zijn slachtoffer aan de telefoon krijgt. Deze gevoelens gaven zijn eigen moeder hem ook steeds.

Inleiding

Het idee achter het delictmodel en het behandelmodel die we hier presenteren, is dat een dader van seksueel misbruik met een persoonlijkheidsstoornis het slachtoffer op precies dezelfde manier beschouwt en benadert als mensen uit zijn sociale netwerk. Dit betekent dat een dader zich in hun dagelijkse leven, tijdens het delict en binnen de kliniek op dezelfde manier gedraagt. Via het delictmodel kunnen we patronen opsporen en voorspellen en kunnen we behandeling op maat bieden.

De behandeling van seksueel delinquenten in Nederland is in de laatste jaren uitgegroeid tot een nieuw specialisme, gericht op het blijvend voorkomen van recidive (Bullens, 1990, 1991a, 1991b, 1997; Van Beek & Derks, 1999). De belangrijkste doelen van daderbehandeling zijn altijd geweest het leren nemen van verantwoordelijkheid en het bijbrengen van empathie ten aanzien van het slachtoffer (Bullens, 1997). Tegenwoordig

ligt het zwaartepunt bij het bewerken van delictmotieven en het onderscheiden van seksueel gedrag als lust en als interpersoonlijke positionering (Buschman & Van Beek, 2003; Van Beek, 1999). Deze verschuiving betekent onder meer dat seksueel agressief gedrag steeds meer wordt beschouwd als een doelbewust product van feitelijke keuzes in plaats van 'een tragische samenloop van omstandigheden'. Dit is van groot belang geweest voor de rol die behandelaars toekennen aan de cognities van de dader. Vroeger stond het gebrek aan competente keuzemogelijkheden centraal; seksueel misbruik was een verslaving of een ziekte. Nu kijkt men naar cognities als motivering voor keuzes; seksueel misbruik is het gevolg van een intentie of beslissing.

Het denken over seksueel geweld als een keuze van de dader vindt zijn oorsprong in het adagium 'No cure but control'. In Nederland pasten Bullens (1997) en Eldridge en Bullens (1997) dit cognitief-gedragstherapeutisch principe voor het eerst toe in de behandeling van seksueel delinquenten, maar ze vonden al snel navolging (Le Grand, 1995, Prevo, 1999; Van Beek & Derks, 1999). Kortgeleden bewerkten auteurs dezes het principe tot een delictmodel en een behandelmethode voor seksueel delinquenten met een persoonlijkheidsstoornis (Buschman & Van Beek, 2003). Het delictmodel is een breiwerk van het zelfregulatiemodel van Ward en Hudson (1998) en drie aannames over het ontstaan van seksueel misbruik die de basis vormen voor een eerder behandelmodel (Buschman, 1998).

Het zelfregulatiemodel van Ward en Hudson

Ward en Hudson (1998) schiepen een raamwerk om delictgedrag stap voor stap in kaart te brengen. Dit zelfregulatiemodel gaat uit van het principe dat verschillende paden kunnen leiden tot een delict. De paden verschillen in het doel van de dader en de competentie van de dader om dit doel te bereiken. Ward en Hudson stellen dat daders vermijdingsdoelen hebben (het voorkomen van pijn en afwijzing) en toenaderingsdoelen (het verkrijgen van affectie en seks). Negatieve emoties wakkeren ineffektieve zelfregulatie aan en effectieve zelfregulatie is het resultaat van positieve emoties. Elk van de paden is in dezelfde negen gedragsstappen verdeeld. Passieve vermijdingsstrategieën behoren tot hetzelfde raamwerk als het streven naar gewenste doelen en signalen die iemand actief wil vermijden. Bakker-De Pree (1988) noemt dit actieve vermijding. Het is de kern van een eigensoortige benadering.

Om twee redenen hebben we gekozen voor het zelfregulatiemodel van Ward en Hudson. In de eerste plaats is het model ontwikkeld voor seksueel delinquenten. In de tweede plaats combineert het model doelen met zelfregulatie. Hierdoor ontstaat meer zicht op de aanvang van een seksueel delict en kan een delict beter worden verklaard in termen van predelictcomponenten en postdelictcomponenten. Deze mogelijkheid vergroot het behandelingspectrum voor seksueel geweld aanzienlijk. Voorheen besteedde men weinig aandacht aan deze concepten en richtte men de behandeling op een beperkt aantal aspecten van cognities, zoals attitudes en overtuigingen (Ward, Loudon, Hudson, & Marshall, 1995; Sternac & Segal, 1989). Met behulp van het zelfregulatiemodel wordt het nu mogelijk om de onderliggende affectieve, cognitieve en gedragsmatige mechanismen beter te analyseren.

Drie veronderstellingen

De drie theoretische aannames die met het raamwerk zijn vervlochten, dienen ter verklaring van het ontstaan van het seksueel agressieve gedrag en als leidraad voor het delictmodel en het behandelprogramma. We hebben voor deze drie theoretische aannames gekozen, omdat ze goed aansluiten bij het biosociaal leermodel van Marshall en Barbaree (1990), waarin zowel biologische determinanten als hechting en ervaring belangrijke factoren zijn (Buschman, 1998). Het biosociaal leermodel is bruikbaar bij het verklaren van seksueel geweld, omdat veel van de dagelijkse problemen van ouders van seksueel geweld te maken hebben met een ineffektieve emotionele zelfregulatie en met inadequate copingmechanismen, die vroeg in het leven zijn aangeleerd (Abel, Becker, & Cunningham-Rathner, 1984; Murphy, 1990; Ward, Fon, Hudson, & McCormack, 1998).

Het belangrijkste voordeel van 'breien met modellen' is dat de beste elementen van theorieën gecombineerd kunnen worden, zodat nieuwe perspectieven ontstaan. Een ander voordeel is dat het risico van fragmentatie van kennis als gevolg van wetenschappelijke verstarring kleiner wordt (Kalmar & Sternberg, 1988).

Rigiditeit

De eerste theoretische aanname is dat cognities een persoonlijkheidsstructuur vormen. Dit relatief jonge paradigma in de studie van persoonlijkheid combineert de trekbenadering en de cognitief-gedragsmatige benadering uit de behandeling van depressie (Beck, 1967) en van angststoornissen (Beck & Emery, 1985). De cognitieve benadering beschouwt cognities als de belangrijkste veroorzaker van stoornissen (Beck, 1976, 1996; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979). Cognities zijn een geïntegreerd en functioneel onderdeel van de persoonlijkheid. In de ogen van ouders is hun wijze van reageren logisch, omdat die overeenstemt met de manier waarop ze naar de wereld om hen heen kijken. Andere manieren om naar de wereld en naar zichzelf te kijken bestaan niet, zoals inderdaad blijkt uit de basisaannames van ouders met een persoonlijkheidsstoornis. Hun cognities kun je een persoonlijkheidstrek noemen die consistent is over situaties heen. Deze in wezen disfunctionele cognities maken dat een persoon onder stress geneigd is om zijn vaste, starre redeneringen te volgen (Millon, 1981).

Redeneringen die leiden tot een seksueel delict komen voort uit algemene kernovertuigingen. Dit verklaart dat ouders met een persoonlijkheidsstoornis hun delicten als een logisch vervolg zien op voorafgaande, dagelijkse situaties en dat zij hun kijk op de wereld niet als abnormaal of rigide beschouwen (Dweck, Chiu, & Hong, 1995; Ward, 2000). De basis voor het motief ligt in de rigide kernovertuigingen en de daarmee geassocieerde gedachten en gevoelens.

Emotioneel isolement

De tweede theoretische aanname is dat preverbale emotionele ervaringen het affectieve fundament vormen voor de overtuigingen, attitudes en denkstijlen die de persoonlijkheidsstijl definiëren (Smallbone & Dadds, 2000). Bowlby (1969, 1973, 1980) zegt hierover dat de eerste emotionele ervaringen met belangrijke anderen, zoals ouders en gezinsleden, de basis leggen voor de mate waarin angst kan worden getolereerd en vertrouwen kan worden ervaren. Als een kind taal machtig wordt, vormt het deze emotionele ervaringen om in kernovertuigingen over zichzelf, de anderen en de wereld

waarin het leeft. Deze cognitieve schema's past het kind vervolgens steeds meer toe op complexe interpersoonlijke relaties.

Dit betekent dat emoties aan de wortels van sociale binding liggen (Panksepp, 1984; Panksepp, Siviy, & Normansell, 1985) en dat er een sterke relatie is tussen factoren uit het verleden als responsiviteit en begrenzing in de opvoeding, of de kwaliteit van hechting, en de wijze waarop sociaal-cognitief gedrag in het hier en nu is georganiseerd. Uit onderzoek blijkt dat dergelijke factoren zich bij seksueel delinquenten vooral hebben vertaald in een basaal gevoel van emotioneel isolement (Marshall, 1989, 1993) en in zelfbedrog omtrent de redenen van hun gedrag en de doelen van hun slachtoffers (Buschman, Spreen, Van Beek, Bartels, in voorbereiding). Seksuele delicten berusten dan ook op zelfbevestigende motieven, zoals lust, emotionele controle en macht (Van Beek, 1999) en zijn direct gerelateerd aan disfunctionele attributies van delictgedrag (Ward et. al., 1998).

Agressie fuseert met lust

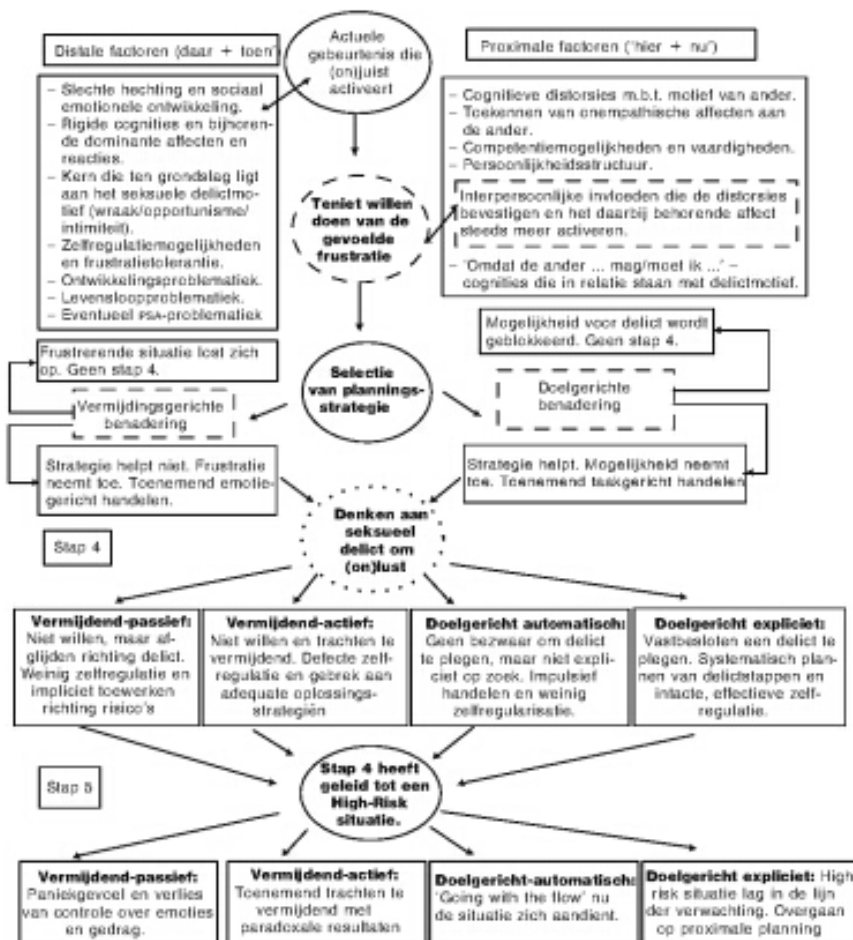
De derde theoretische aanname is dat agressie fuseert met lust als de dader de competentie mist om stress op een taakgerichte manier op te lossen. De socialisatie van agressie en lust is een ontwikkelingstaak die zich in de adolescentieperiode aandient en die vooral wordt gestuurd door sociale en maatschappelijke invloeden (Marshall & Barbaree, 1990). De ontwikkelingstaak houdt in dat iemand beide driften leert uiten volgens de eisen van de omgeving. Dit betekent onder meer dat er een besef van emotionele verbondenheid met die omgeving moet zijn en dat er een bereidheid moet zijn om naar de regels te leven. Dit betekent ook dat er mogelijkheden moeten zijn om de vaardigheden te kunnen leren die nodig zijn om op een gesocialiseerde (taakvaardige) wijze met agressie en lust om te gaan. Door voornamelijk emotiegericht om te gaan met agressie en lust, bijvoorbeeld door te masturberen op spanningen, komt deze socialisatie niet goed tot stand en leert men onvoldoende om frustratie te tolereren (Marshall & Barbaree, 1990).

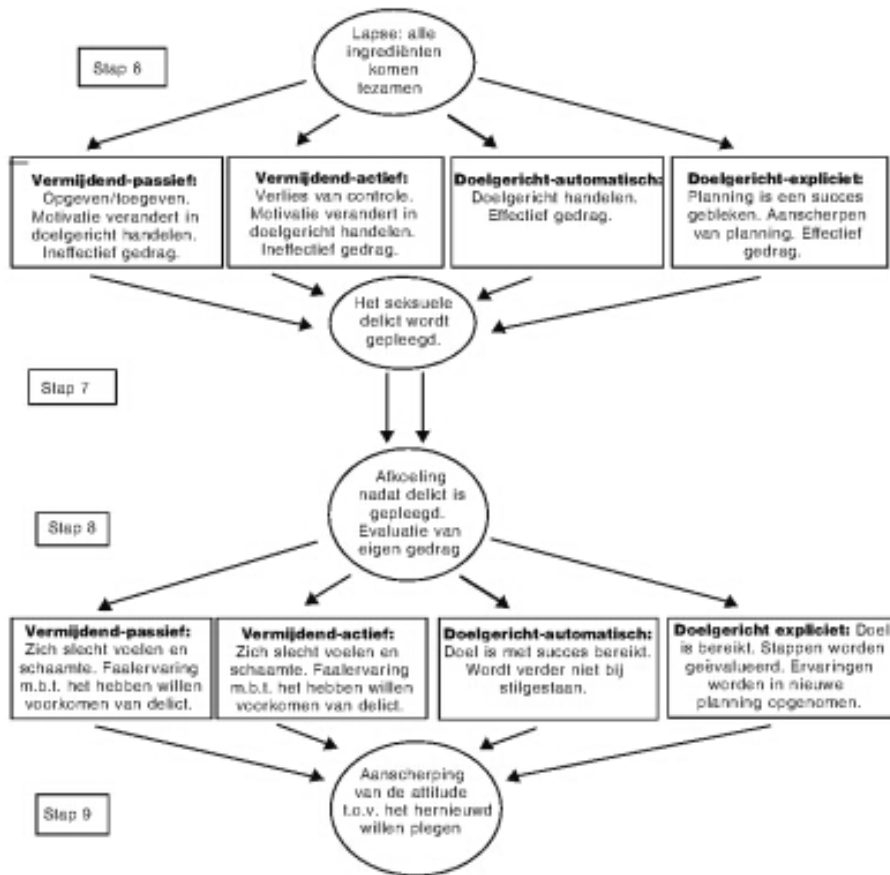
Miner (2000) poneerde de stelling dat hoe minder emotioneel competent de dader is, hoe minder hij sociaal te verliezen heeft bij een seksueel delict. Het uitgangspunt bij deze aanname is dat de wijze waarop iemand zich gedraagt, het resultaat is van de wisselwerking tussen de eisen die de situatie aan de dader stelt en de mogelijkheden van die dader om met deze eisen om te gaan (Bartels & Landman, 1993; Bartels, Parker-Brady, & Doreleijers, 1999). Wanneer iemand heeft geleerd om effectief met de eisen om te gaan, kan hij agressie en lust in relaties beter hanteren. Als iemand dat niet kan, zal hij eerder grijpen naar emotiegestuurd compensatiegedrag, zoals afwijkende seksuele fantasieën waarin lust en agressie fuseren.

De fusie van agressie en lust vormt een risicofactor voor veel daders van seksueel geweld (Marshall & Barbaree, 1990). Op basis van sociaal-emotionele ontwikkeling en vanuit de delictketen worden drie typen daders onderscheiden, te weten het wraakzuchtige type, het antisociale type en het seksualiserende type (Van Beek, 1999). Dit onderscheid vormt gereedschap bij het typeren van de delictketen en de behandeling van daders van seksueel geweld, omdat het (hen) helpt hun gedrag beter te begrijpen.

Van delictmodel naar gedragsbehandeling

Het zelfregulatiemodel en de drie aannames dienen als basis voor het delictmodel dat het uitgangspunt vormt voor de behandeling van de seksueel delinquent met een persoonlijkheidsstoornis (Buschman & Van Beek, 2003). Het delictmodel stuurt de beschrijving van delictgedrag in affectieve, cognitieve en gedragsmatige stappen, waaraan het wereldbeeld en de rigide vertekeningen van de werkelijkheid van de dader met een persoonlijkheidsstoornis ten grondslag liggen. Het delictgedrag wordt beschreven in termen van zelfregulatiepatronen en affecten (zie figuur 1 voor een voor een schematische weergave van het delictmodel). Het uiteindelijke stappenpatroon is typerend te beschouwen voor de wijze waarop die dader zijn interpersoonlijke gedrag organiseert, aan de hand van wat hij in het verleden heeft geleerd. Dit kan dan onder meer vertaald worden in duidelijk onderscheidbare dadertypen (Van Beek, 1999).





Figuur 1 Het delictmodel voor seksueel delinquenten met een persoonlijkheidsstoornis (Buschman & Van Beek, 2003)

De theoretische aannames bieden een verklaring voor de gepleegde delicten en aanknopingspunten voor behandeling. Alle behandelingsaspecten komen voort uit het delictgedrag, dat stap voor stap in kaart is gebracht. Deze stappen zijn kenmerkend voor delictsituaties en voor gewone situaties. Het zijn de stappen waarin de rigide cognities, affecten en gedragingen de dagelijkse omgang met anderen dicteren. De stappen hoeven echter niet altijd tot een delict te leiden. Dit gebeurt (pas) dan wanneer zich een mogelijkheid aandient of wanneer de interactie zo spanningsvol is geworden dat er geen andere ontladingsstrategieën meer mogelijk zijn.

Omdat het delictmodel als uitgangspunt heeft dat delictgedrag een extremiteit is van dagelijkse gedrag¹, biedt het praktische mogelijkheden om delictgedrag 'aan de keukentafel' te observeren. Het registreren van individuele delictpatronen door het observeren van groepen biedt mogelijkheden voor een individueel, op maat gesneden gedragsmodificatieprogramma binnen een groepsbenadering. De behandeling kan uitstekend onderdeel zijn van klinische behandelingsituaties, zoals een TBS-behandeling.

De vier stappen in de behandeling

De behandeling van seksueel delinquenten met een persoonlijkheidsstoornis is een 'op maat gemaakte' behandelvorm die is ingebed in een groepsgerichte aanpak. Ze bestaat uit vier stappen. Een eerste uitgangspunt is dat elke behandelingstechniek in alle stappen kan worden gebruikt als dat de beste manier is om effect te sorteren bij de patiënt. Dit betekent dat er in sommige gevallen ook medicatie of chemische castratie plaatsvindt. Een tweede uitgangspunt bij de behandeling is dat elk delictmodel een individuele benadering krijgt. Metingen vinden dan ook alleen plaats op $N = 1$ -niveau (Spreeen, Stam, & Bartels, 2004).

Stap 1: het exploreren van de cognitieve schema's die aan het delictgedrag ten grondslag liggen

We gaan uit van de aanname dat cognitieve schema's de onderliggende structuur van de delictgedragsketen vormen en verzamelen informatie over het delict door de beschikbare onderzoeksrapporten en processen-verbaal te analyseren (Ward, 2000). We bestuderen de processen-verbaal van de dader zelf en zo mogelijk van het slachtoffer en van getuigen.

We brengen de verkregen informatie onder in negen stappen (zie figuur 1). Hierbij besteden we vooral aandacht aan de beschrijving van het delict zelf, aan uitspraken of vragen van de dader aan het slachtoffer en aan eisen die de dader stelde. Deze informatie zegt ons iets over de wijze waarop de dader de delictsituatie inschatte, over de wijze waarop het slachtoffer invloed had op de emoties van de dader en over het verdere gedrag van de dader. De informatie helpt ons ook om vast te stellen vanuit welk type motief de dader handelde en op welke manier hij zijn delictgedrag rechtvaardigde. In dit alles wordt het beeld van de dader en diens kijk op zichzelf en anderen weerspiegeld. Bovendien letten we op slachtofferkenmerken (sekse, leeftijd, huidskleur, haar), de plek en het tijdstip van het delict en niet-seksueel gedrag als geweld, stelen van het slachtoffer, of haar achteraf bedanken.

Daarna analyseren we de resultaten op elementen die iets vertellen over de emotionele toestand van de dader, diens zelfregulatiepatroon en het delicttoewerkende gedragspatroon. Alle negen stappen van de delictketen worden aan de hand hiervan ingevuld. Zo verkrijgen we een gedetailleerde beschrijving van het sociaal-emotionele profiel van de dader tijdens het delict, diens gedragsregulatiemogelijkheden, diens cognitieve vertekeningen en diens seksscripts. De beschrijving vormt de basis voor de eerste hypothese over de onderliggende schema's van de dader die hij gebruikt om een gevoel van controle te bewerkstelligen in interpersoonlijke situaties en over de risicofactoren die specifiek voor deze dader zijn.

Op dezelfde wijze analyseren we processen-verbaal van eerdere delicten. Zo ontstaat een opeenstapeling van delictketens die tezamen steeds duidelijker laten zien welke kernovertuigingen, welk delictmotief en welk zelfregulatiepatroon als rode draad door de delictketen loopt. Aan de hand van die informatie wordt de werkhypothese telkens bijgeschaafd.

Stap 2: gedragsobservaties van de dader binnen de kliniek

We kunnen de daders intensief observeren, omdat het te observeren gedrag duidelijk in stappen is weergegeven en omdat de dader zelf in een dagboek zijn belevingen bijhoudt.

Elke dader krijgt dagelijks commentaar op de wijze waarop hij reageert op anderen. Ook vragen we hem om in een dagboek bij te houden waar hij die dag tegenaan liep en wat die dag goed ging. Aan de hand van zijn beschrijvingen krijgen we een beeld van de perceptie van de dader en zijn affecten. Deze bronnen geven nieuw inzicht in de kernovertuigingen en cognitieve vertekeningen van de dader en in de motieven die hij in relatie met anderen nastreeft. Dit beeld leggen we naast het geobserveerde gedrag om te zien of er overeenkomsten zijn met de werkhypothese over het delictgedrag van de dader. Op deze manier kunnen 'lifestyle'-factoren naar voren komen die ook predelictfactoren zijn. Zodoende ontstaat een gedragsnullijn waartegen we nieuw aangeleerd gedrag kunnen meten.

Het bestaan van predelictfactoren is recent aangetoond in een onderzoek van Proulx, Perrault en Ouimet (1999) naar delictpatronen van pedofielen. Uit hun resultaten bleek dat het gevoel van eenzaamheid en het afnemen van positief zelfbeeld direct gerelateerd waren aan het gepleegde delict, maar ook al een jaar eerder aanwezig waren. Ze vonden dat dergelijke achtergrondfactoren noodzakelijk waren voor het plegen van het delict. Zo kunnen lifestyle-factoren directe risicofactoren vormen (Ward, Loudon, Hudson, & Marshall, 1995).

Naast de prompte feedback en het bijhouden van een dagboek, bespreekt een mentor wekelijks de observaties met de dader. De mentor biedt gedragsalternatieven aan. Deze worden voorts op een stamkaart geschreven en worden die week intensief geoefend. Als een dader het gewenste gedrag toepast, oefent hij daarna met nieuwe gedragsalternatieven. Zo niet, dan wordt de oefenperiode uitgebreid. Indien blijkt dat een dader zich het gewenste gedrag niet eigen kan maken, beschouwen we dit voortaan als een handicap van de dader, hetgeen gevolgen kan hebben voor de verdere eindoelen.

Als de dader of de mentor van mening is dat aan het gedrag van de dader een dieperliggend probleem ten grondslag ligt, zoals een eigen trauma, kan men overgaan tot individuele psychotherapie. Ook het volgen van een training behoort tot de mogelijkheden. Zo krijgt de patiënt elke mogelijkheid om zijn vaardigheden aan te vullen en om zijn interpersoonlijke competentie te vergroten.

De gedachte achter deze strategie is dat de ongewenste, delictgerelateerde denkpatronen van de patiënt veranderen als hij positieve ervaringen opdoet. Als hij zich effectiever gedraagt, oefent hij ook met adaptieve denkpatronen (Beck & Freeman, 1990). Deze strategie dwingt de patiënt om zelf stil te staan bij zijn gedachten en geeft ons tevens de mogelijkheid om de cognitieve vertekeningen van de patiënt ter discussie te stellen.

Stap 3: de cognities tijdens het delict

Wekelijks analyseren de daders de structuur en de inhoud van hun eigen verklaringen over het hoe en waarom van hun delicten. Deze 'delictscenario-sessies' staan bij de daders te boek als de 'omdat-sessies'. Zij worden in deze sessies uitgedaagd om na te denken over de redenen die ze zichzelf geven voor een delict. De nieuwkomers beginnen stelselmatig met 'omdat de ander..., heb ik...'. Het doel van de sessies is om hen in te

laten zien dat de verantwoordelijkheid van hun delicten nooit bij een ander kan liggen, maar enkel bij henzelf, ondanks wat er in hun verleden heeft plaatsgevonden. Dit besef ontwikkelt zich traag en komt het beste tot stand wanneer daders meer op de hoogte raken van elkaars geschiedenis. De daders leren daardoor dat hun geschiedenis helemaal niet zo uniek is als ze dachten en dat hun excuses om een delict te plegen bij anderen juist redenen zijn om geen delict te plegen. Bovendien geeft dit de daders de kans om elkaar over dergelijke excuses te bevragen en om elkaar te helpen bij het inzicht krijgen in hun eigen vertekeningen.

Omdat daders ook buiten de groep met elkaar te maken hebben, ontstaat de mogelijkheid dat ze elkaar wijzen op ongewenst gedrag dat eerder in de week heeft plaatsgevonden. Deze kritiek mogen ze alleen uiten als het gerelateerd is aan delictgedrag. Het elkaar bekritisieren op gedrag kweekt het gevoel dat men niet enkel verantwoordelijk is voor het eigen gedrag, maar ook voor het gedrag van de groepsgenoten. Om dit leereffect zo optimaal mogelijk te maken, vinden de delictscenario-sessies plaats in een groep die wekelijks anderhalf uur bij elkaar komt en die uit vaste deelnemers bestaat. Aan een groep kunnen maximaal tien daders deelnemen. De gemiddelde lengte van de therapie is zestien maanden, variërend van een jaar tot twee jaar. Wanneer een patiënt na twee jaar groepstherapie niet in staat is om zijn delicten te bespreken zonder terug te vallen op excuses of vertekeningen, stoppen we de therapie.

In de groep moeten de patiënten om de beurt een presentatie houden over hun delict of over een van de negen stappen van het delict. Elke presentatie wordt opgenomen op een videoband die de patiënt in eigen beheer heeft. Dit biedt hun de mogelijkheid hun eigen presentatie terug te kijken. Na de presentatie kunnen de groepsgenoten de presentator bevragen over hetgeen ze gehoord hebben. De resultaten uit deze discussie kunnen ze meenemen in het verder nadenken over hun eigen delict.

De groepstherapie bestaat uit drie fasen, te weten fase nul, een en twee. De fasen onderscheiden zich in de mate van verantwoordelijkheid nemen voor het gepleegde delict. *Fase nul* wordt gekenmerkt door een waterval aan excuses en door de wijze waarop de dader de aanleiding of schuld bij het slachtoffer legt. *Fase een* breekt aan met het besef van de onzinnigheid van zulke vertekeningen. Dit besef is merendeels gebaseerd op het niet meer kunnen weerleggen van de feiten. *Fase twee* focust op het nemen van emotionele verantwoordelijkheid en van onvoorwaardelijke verantwoordelijkheid voor het gepleegde delict. De ervaring leert dat met het doorlopen van de fasen, de dader zijn delict steeds zakelijker en feitelijker gaat weergeven.

Wanneer een dader in fase twee komt, krijgt hij de mogelijkheid om een 'examen' af te leggen. Dit examen is een delictpresentatie volgens de negenstappenstructuur, aangevuld met een terugvalpreventieplan. In de presentatie moet het inzicht in eigen kernovertuigingen en oplossingsstrategieën duidelijk blijken. Deze aspecten moeten de bodem vormen voor de motivatie van de dader om het delict te plegen. Het terugvalpreventieplan moet bovendien volledig aansluiten op de risicofactoren van de dader en de wijze waarop die beperkt kunnen worden met behulp van de nieuw geleerde inzichten en gedragsalternatieven.

Indien een dader zijn examen met goed gevolg heeft afgerond, wordt zijn bezoek aan de dadergroep afgebouwd en komt hij in stap vier van de behandeling. De dader zal

moeten laten zien dat hij het geleerde in de dagelijkse praktijk kan toepassen. Wanneer een dader in stap vier van de behandeling zit, wordt ook van hem verwacht dat, wanneer de complexiteit van zijn pathologie dit vraagt, hij externe begeleiding in welke vorm dan ook zal accepteren. Dit betekent bijvoorbeeld dat sommige daders zich voor moeten bereiden op een begeleide woonsituatie.

Stap 4: evaluatie en het uitbouwen van vrijheden

Bij goed verloop van de verlopen is het mogelijk voor de dader om overgeplaatst te worden naar de resocialisatieafdeling. Van daaruit kan de dader verder begeleid worden via een ambulante dadergroeptherapie en de reclassering.

Beschouwing

Het delictmodel en het behandelmodel zijn beide een veelbelovende methode gebleken om beter inzicht te krijgen in het motief van een dader om een delict te plegen en het gedrag dat er naartoe leidt. Het heeft bovendien sterk bijgedragen aan de effectiviteit van de besluitvorming binnen het behandelproces.

De klinische ervaring heeft ons geleerd dat het delictmodel gemakkelijk in het gebruik is, mede omdat het op een heldere manier de complexiteit van gedrag weergeeft. Voor zowel het personeel op de afdelingen als voor de therapeuten, bood het verlichting in het begrijpen van en anticiperen op het gedrag van de daders.

Ondanks het klinische optimisme is het helaas nog onduidelijk of het delictmodel en het behandelmodel op de langere termijn bijdragen aan het terugdringen van recidives. Vervolgonderzoek naar de effectiviteit zal dan ook moeten plaatsvinden.

abstract

In this article we present a clinical model for the treatment of sexual offenders with a personality disorder. The model is based on the theoretical assumption that cognitive distortions emerge from more general explanatory theories. It seems that the pathways of offending processes that are characterized by positive or negative affects can be found in all treated sex offenders regardless of their motivation. We assume that these pathways are activated by cognitive distortions that illustrate the underlying general explanatory theory held by the offender and that these distortions are typical for overall daily interpersonal behavior of the offender. This means that, as predicted by our clinical model in the case of offenders with a personality disorder, the type of explanatory cognition that is underlying their sexual offenses is the same as the one that is underlying their general explanatory theories. We will describe the clinical model and the treatment program.

Noot

- 1 Nota bene, vanuit normaal oogpunt kan het dagelijkse gedrag reeds extreem zijn.

Referenties

- Abel, G.G., Becker, J.V., & Cunningham-Rathner, J. (1984). Complications, consent and cognitions in sex between children and adults. *International Journal of Law and Psychiatry*, 7, 89-103.
- Bakker-De Pree, B. (1988). *Constructieele gedragstherapie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Bartels, A.A.J., & Landman, F.E.M.H. (1993). Gedragstherapie voor adolescenten: de ontwikkelingsfactor in de functie-analyse en de therapie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 19, 142-150.
- Bartels, A.A.J., Parker-Brady, M.F., & Doreleijers, Th.A.H. (1999). Sociale-vaardigheidstraining als basis voor een forensisch jeugdpsychiatrisch dagklinisch programma. Het sociale-competentie programma van het Dagcentrum Forensische Jeugdpsychiatrie Amsterdam 'De Derde Oever'. In A. Collot d'Escury-Koenings, A. van der Linden & T. Snaterse (red.), *Van Preventie tot Straf. Naar meer Sociale Vaardigheden bij Jongeren* (pp. 155-174). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Beck A.T., & Freeman, A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Basic Books.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Hoeber.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A.T. (1996). Beyond belief: A theory of modes, personality and psychopathology. In P.M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp.1-25). New York: Guilford.
- Beck, A.T., & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Beek, D.J. van (1999). De delictscenarioprocedure bij seksueel agressieve delinquenten. Gouda: Quint.
- Beek, D.J. van, & Derks, F.C.H. (1999). Delictscenario en terugvalpreventie bij verkrachters en aanranders. In C. de Ruiter & M. Hildebrand (red.), *Behandelingsstrategieën bij forensisch psychiatrische patienten* (pp. 36-49). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*, 2nd ed., Vol. 1: *Attachment*. Londen: Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss*, Vol 2: *Separation, anxiety and anger*. Londen: Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss*, Vol 3: *Loss, sadness and depression*. Londen: Hogarth Press.
- Bullens, R.A.R. (1990). De ontkenning voorbij. In H. Baartman, A. Burgess, & C. Rümke et al., *Incest en hulpverlening* (pp. 147-151). Amersfoort/Leuven: Acco.
- Bullens, R.A.R. (1991a). Ambulante behandeling van seksuele delinquenten binnen een verplichtend justitieel kader. In Justitiële Verkenningen, jaargang 17: *Dwang in behandeling* (pp. 90-105). Gouda: Quint BV.
- Bullens, R.A.R. (1991b). Groepsbehandeling van plegers van seksueel geweld. In H. Spanjaard (red.), *Plegers van seksueel geweld. Ontwikkeling in hulpverlening en preventie* (pp. 121-131). Nijmegen: SSN.
- Bullens, R.A.R. (1997). Blijvende verandering. Over de behandeling van plegers van seksueel misbruik. *Ped. T.*, 22, 271-283.
- Buschman, J. (1998). *Behandeling van seksueel delinquenten in Forensisch Psychiatrisch Centrum Veldzicht. Een beschrijving*. Interne nota.
- Buschman, J., & Beek, D. J. van (2003). A Clinical Model for the Treatment of Personality Disordered Sexual Offenders: An Example of Theory-Knitting. *Sexual Abuse: A journal of Research and Treatment. Volume 15:3*.
- Dweck, C.S., Chiu, C., & Hong, Y. (1995). Implicit theories and their role in judgements and reactions: A world from two perspectives. *Psychological Inquiry*, 6, 267-285.
- Eldridge, H., & Bullens, R.A.R. (1997). *Blijvende verandering. Handboek terugvalpreventie*. Leiden: ABJ-publicaties.
- Kalmar, D.A., & Sternberg, R.J. (1988). Theory knitting: An integrative approach to theory development. *Philosophical Psychology*, 1, 153-170.
- Le Grand, A.L. (1995). Met (terug)vallen en opstaan. Diagnostiek en behandeling van licht verstandelijk gehandicapte plegers van seksueel misbruik. *NTZ nr. 4*, 257-279.
- 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. 257-271). New York: Plenum.

- Marshall, W.L. (1989). Invited essay: Intimacy, loneliness and sexual offenders. *Behavior Research and Therapy*, 27, 491-503.
- Marshall, W.L. (1993). The role of attachment, intimacy and loneliness in the etiology and maintenance of sexual offending. *Sexual and Marital Therapy*, 8, 109-121.
- Millon, T. (1981). *Disorders of Personality*. New York: Wiley.
- Miner, M.H. (2000). Competency-based assessment. In D.R. Laws, S.M. Hudson & T. Ward (Eds.), *Remaking Relapse Prevention with Sex Offenders. A Sourcebook* (pp. 213-224). Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.
- Murphy, W.D. (1990). Assessment and modification of cognitive distortions in sex offenders. In W.L. Marshall, D.R. Laws & H.E. Barbaree (Eds.), *Handbook of sexual assault: Issues, theories and treatment of the offender* (pp. 331-342). New York: Plenum.
- Panksepp, J. (1984). The psychobiology of prosocial behavior: separation distress play and altruism. In C. Zahn-Waxler, E.M. Cummins & R. Lanotti (Eds.), *Social and biological origins of altruism and aggression* (pp. 16-57). Cambridge: Cambridge University Press.
- Panksepp, J., Siviy, S.M., & Normansell, I.A. (1985). Brain opioids and social emotions. In M. Reite, T. Field, (Eds.), *The psychobiology of attachment and separation* (pp. 3-49). London: Academic Press.
- Prevo, N.A.M. (1999). Ambulante behandeling van de zwakbegaafde seksuele delinquent. In C. de Ruiter & M. Hildebrand (red.), *Behandelingsstrategieën bij forensisch psychiatrische patiënten* (pp. 66-77). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum
- Proulx, J., Perrault, C., & Ouimet, M. (1999). Pathways in the offending process of extrafamilial sexual child molesters. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, Vol. 11, nr. 2, 101-116.
- Smallbone, S.W., & Dadds, M.R. (2000). Attachment and Coercive Sexual Behavior. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, Vol. 12, No. 1, 3-15.
- Spreen, M., Stam, G., & Bartels, A. (2002). N = 1 statistiek in de Dr S. van Mesdagkliniek. *GGZet Wetenschappelijk*, 8, (2).
- Stermac, L.E., & Segal, Z.V. (1989). Adult sexual contact with children: An examination of the cognitive factors. *Behavior Therapy*, 20, 573-584.
- Ward, T. (2000). Sexual offenders' cognitive distortions as implicit theories. *Aggression and Violent Behavior: A Review Journal*, 491-507.
- Ward, T., & Hudson, S.M. (1998). A model of the relapse process in sexual offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 13, 700-725.
- Ward, T., & Siegert, R.J. (in press). Towards a comprehensive theory of child sexual abuse: A theory knitting perspective.
- Ward, T., Fon, C., Hudson, S.M., & McCormack, J. (1998). A descriptive model of dysfunctional cognitions in child molesters. *Journal of Interpersonal Violence*, 13, 129-155.
- Ward, T., Hudson, S.M., Johnston, L., & Marshall, W.L. (1997). Cognitive distortions in sex offenders: An integrative review. *Clinical Psychology Review*, 17, 479-507.
- Ward, T., Loudon, K., Hudson, S.M., & Marshall, W.L. (1995). A descriptive model of the offense chain for child molesters. *Journal of Interpersonal Violence*, 10, 453-473.