



# Help mij! Ik begrijp het niet..

*De noodzaak van PMT binnen de  
behandeling van  
LVG zedendelinquenten*

Geeke Blenk  
4PA S304075

School of Human Movements & Sports  
Bewegingsagogie & Psychomotorische Therapie

Begeleidend Docent: Dienneke Jol  
Beoordelend Docent: Pauline Fellingner  
Datum: 25 mei 2009

## **Voorwoord**

Ik heb gekozen om een behandelprogramma uit te diepen waar ik zelf nog weinig informatie over had en waar ik meer over wilde weten. Het betreft een doelgroep die naar mijn mening een grote mate van begeleiding en hulp nodig heeft. Dit zijn de jeugdige zedendelinquenten. De heftigheid die deze problematiek met zich meebrengt, heeft mij als persoon en als therapeut in proces gezet. Dit neem ik mee als ervaring in mijn rugzak.

Ik wil graag mijn stagebegeleider P. Dijkema en de psychologe S. Harmsma bedanken voor de mogelijkheid dat ik deze groep therapie heb mogen geven. Zij hebben mij inzichten gegeven en de mogelijkheid geboden om te leren.

Verder wil ik ook Dineke Jol als mijn scriptiebegeleider van de opleiding Bewegingsagogie en Psychomotorische Therapie bedanken voor haar kritische blik.

# Inhoud

<b>Voorwoord</b> .....	2
<b>1. Inleiding met vraagstelling</b> .....	4
1.1 Inleiding .....	4
1.2 Opbouw casestudy .....	5
1.3 Samenvatting.....	5
<b>2. Verantwoording vraagstelling</b> .....	6
<b>3. Casuïstiek</b> .....	7
3.1 DSM IV TR classificatie.....	7
3.2 Hermeneutische diagnostiek.....	8
3.3 Kritische diagnostiek .....	9
3.4 Casus in de PMT .....	10
<b>4. Theoretische verdieping</b> .....	11
4.1 Wat is de leerstijl van deze doelgroep? .....	11
4.2.1 Hoe integreren LVG zedendelinquenten verbale informatie?.....	12
4.2.2 Hoe integreren LVG zedendelinquenten informatie op gevoels- en handelsniveau? .....	13
4.3 Wat is de veranderstijl van deze doelgroep? .....	14
4.4 Hoe beïnvloedbaar/veranderbaar is het gedrag van een LVG zedendelinquent? .....	15
4.5 Wat is het recidivegevaar en hoe wordt deze het beste afgewend?.....	15
<b>5. Inhoud van de behandeling</b> .....	17
5.1 Wat is de rol van het psychologische programma in deze therapie? .....	18
5.2 Wat is de rol van de psychomotorische therapie binnen dit programma? .....	18
5.3 Hoe worden de thema's van het psychologische gedeelte op psychomotorisch niveau (voelen, handelen) ingezet? .....	19
5.4 Hoe verhouden deze twee programma's zich tot elkaar? .....	20
<b>6. Conclusie</b> .....	22
<b>7. Discussie</b> .....	23
7.1 Discussie .....	23
7.2 Aanbevelingen .....	23
7.2.1 Aanbeveling op de lange termijn .....	23
7.2.2 Aanbevelingen op korte termijn .....	23
<b>8. Literatuur</b> .....	25

# 1. Inleiding met vraagstelling

## 1.1 Inleiding

Deze scriptie gaat over de noodzaak van psychomotorische therapie bij de behandeling van licht verstandelijk gehandicapte zedendelinquenten (LVG<sup>1</sup>). De groep is gediagnosticeerd met terugkerend grensoverschrijdend seksueel delictgedrag. Drie jongens tussen de 12 en 16 jaar vormen de jeugdige behandelgroep.

De behandeling wordt de Vriendschap, Relaties, Intimiteit en Seksualiteit training genoemd, ofwel de VRIS. Het is een programma binnen mijn eindstage van de Forensische Jeugd en orthoPsychiatrische instelling Accare te Assen. Deze behandelvorm duurt 20 weken en is twee jaar geleden van start gegaan binnen deze instelling. Het betreft een samenwerking tussen een psychologe en een psychomotorisch therapeut, waar in het programma beide therapeuten de twee uur werkzaam zijn. In het eerste uur wordt de nadruk gelegd op een verbaal psychologisch programma en het uur daarna gaat de behandeling verder in de PMT zaal met meer non verbale en ervaringsgerichte oefeningen.

De behandeling wordt benaderd vanuit de cognitieve gedragstherapie (CGT), welke verder in deze casestudy zal worden uitgelegd. Binnen het programma staat het voorkomen van recidive centraal, waarbij de behandeling vooral is gericht op de cognities van de jongeren. Het psychologische gedeelte is de rode draad door de behandeling heen en de psychomotorische therapie zet vooral in op het ervaringsgerichte deel van de behandeling.

Na de start van deze behandeling in december 2008 is mijn interesse door de praktijkervaringen die ik heb opgedaan, gewekt. Mijn nieuwsgierigheid is gegaan naar de waarde van de combinatie tussen het psychologische gedeelte en het psychomotorische deel. Met deze casestudy wil ik de keuze van dit combinatieprogramma van psychotherapie en PMT gaan beschrijven en legitimeren. Dit door te kijken hoe de informatieverwerking verloopt, wat de leer- en veranderstijl beïnvloedt en wat het recidivegevaar is bij deze doelgroep. De nadruk zal komen te liggen op de waarde van de psychomotorische therapie. Binnen dit geheel zullen ook mijn praktijkervaringen een plek krijgen.

Alle aspecten die binnen deze casestudy onderzocht en beschreven zijn, komen naar voren in de vraagstelling. Deze vraagstelling is dan ook:

**“Waarom is bij een psychologisch programma voor behandeling van zedendelinquenten in de leeftijd van 12-16 jaar, een combinatie met psychomotorische therapie noodzakelijk voor het integreren van informatie, ter voorkoming van recidive?”**

---

<sup>1</sup> LVG indicatie IQ ligt tussen de 70 - 85

## **1.2 Opbouw casestudy**

De casestudy is opgebouwd uit verschillende hoofdstukken. Ten eerste wordt de behandelgroep in casusvorm beschreven en uitgewerkt. Er wordt gezocht naar een onderbouwing van het combinatieprogramma door de cognitieve gedragstherapie (CGT) uit te leggen binnen het psychologische en psychomotorische deel. Daarnaast wordt er gezocht naar theoretische onderbouwing om de noodzaak van psychomotorische therapie in deze behandeling te legitimeren.

### **1. Inleiding**

De inleiding geeft een korte introductie op de casestudy en geeft het doel van dit product weer.

### **2. Verantwoording vraagstelling**

De probleemstelling wordt kritisch bekeken door de inhoud van dit probleem te kunnen verantwoorden met kennis en informatie uit de praktijk.

### **3. Casuïstiek**

In dit hoofdstuk wordt de diagnostische, hermeneutische en kritische diagnostiek beschreven. Hier wordt ook de casus in de PMT-zaal beschreven.

### **4. Theoretische verdieping: De informatieverwerking**

In het theoretische deel wordt de informatieverwerking van de jeugdige LVG zedendelinquent uitgelicht. Dit zal gebeuren op denk, gevoels en handelingsniveau. Daarnaast wordt de leerstijl, de veranderstijl en het recidivegevaar van deze doelgroep beschreven.

### **5. Inhoud van de behandeling**

De inhoud en vorm van de behandeling zoals die heeft plaatsgevonden, wordt hier beschreven evenals de gedane interventies door de therapeuten.

### **6. Conclusie**

Resultaten van de behandeling worden geïnterpreteerd.

### **7. Discussie**

Reflectie op de inhoud van de behandeling, resultaten van de theoretische verdieping en de conclusies.

### **8. Aanbevelingen**

Verbeterpunten worden aangestipt en er wordt terugverwezen naar het doel van de casestudy zoals deze in de inleiding beschreven staat.

## **1.3 Samenvatting**

Binnen de forensische jeugd en orthopsychiatrische instelling Accare bestaat er een combinatieprogramma voor jeugdige LVG zedendelinquenten. Dit programma bestaat uit een meer verbaal psychologisch programma gericht op de cognitie en een psychomotorisch programma dat meer ervaringsgericht ingezet wordt. De indruk bestaat dat ouders met een licht verstandelijke handicap onvoldoende kunnen profiteren van alleen een cognitieve aanpak. Omdat de meerwaarde van PMT binnen deze behandeling nog niet is gelegitimeerd, wordt in deze casestudy de informatieverwerking van de LVG zedendelinquent onderzocht. Hieruit blijkt inderdaad dat deze doelgroep onvoldoende vermogen heeft om te leren van alleen verbale informatie. Informatie moet zichtbaar worden gemaakt en herhalend worden ingezet. De jongeren moeten nieuw gedrag kunnen oefenen en ervaren om dit helemaal te kunnen integreren.

## **2. Verantwoording vraagstelling**

Vanuit het stageadres kwam de vraag of er een mogelijkheid zou zijn om een theoretische basis te zoeken voor deze behandeling, waar uiteindelijk ook de behandeling op geëvalueerd zou kunnen worden. Door mijn interesse in deze behandeling heb ik gekozen om een casestudy te maken over deze behandeling.

Daarnaast vind ik het een uitdaging om met deze doelgroep te werken omdat er binnen de opleiding Psychomotorische Therapie en Bewegingsagogie weinig informatie voorhanden was. Door deze casestudy wil ik mezelf meer verdiepen in dit onderwerp. De volgende stelling geeft ook mijn motivatie en de waarde voor de verdieping naar dit onderwerp en deze behandeling weer: "Het belang van het voorkomen van recidive van zedendelinquentie is veel groter dan bij andere stoornissen aangezien de teweeggebrachte schade voor anderen in de maatschappij veel groter is." (Emmelkamp, Emmelkamp, de Ruiter & de Vogel, 2002).

### **Doelstellingen specifiek gericht op de psychomotorische therapie**

In deze behandeling van de jeugdige licht verstandelijk gehandicapte zedendelinquenten ligt vooral de nadruk op het psychologische deel omdat dit beschreven is in de bestaande module van de behandeling. De bijdrage van de psychomotorische therapie is hierin nog niet gelegitimeerd. De keuze om psychomotorische therapie aan het psychologische programma toe te voegen is omdat het binnen deze instelling belangrijk wordt geacht dat jongeren na het psychologische gedeelte nog verder werken met hetzelfde onderwerp. Het uiteindelijke doel van de behandeling is het voorkomen van recidive bij de jongeren.

Er wordt in grote mate psycho-educatie gegeven. Een onderdeel van het programma is dat de jongeren hun risicofactoren, door middel van een delicttrap, leren kennen. Zoals later in deze casestudy staat uitgewerkt, integreren LVG-ers verbale informatie alleen niet voldoende. Wanneer zij met deze informatie aan het werk gaan binnen de PMT zal er veel meer informatie worden geïntegreerd. Door de verdieping van de casestudy te plaatsen op de leerstijl en veranderstijl van deze specifieke doelgroep, kan ik de noodzaak van de PMT verklaren.

Ik beschrijf hoe de combinatie van het psychologische en psychomotorische programma bij deze groep en in deze context heeft gewerkt. Het gaat me dan vooral om wat de bijdrage van de PMT is geweest en hoe de PMT de vertaalslag maakt naar het psychologische programma. Zo zou ik de praktijkervaring kunnen toetsen aan een theoretische onderbouwing.

### **3. Casuïstiek**

Omdat dit een groepscasus betreft, is er gekozen om niet de delicten van de jongeren apart te beschrijven, maar deze meer algemeen te beschrijven. Verduidelijkingen per jongere en ervaringen zullen door middel van vignetten beschreven worden.

#### **3.1 DSM IV TR classificatie**

Voor deelname aan deze behandeling worden geen tests gebruikt, wel zullen er verschillende gesprekken en een intake aan vooraf gaan. Onderstaande informatie is verder van belang voor deelname aan deze behandelgroep.

Binnen de beschreven behandeling worden jongeren met een IQ tussen de 70 – 85 (licht verstandelijk gehandicapt) behandeld die seksueel grensoverschrijdend gedrag hebben gepleegd wat binnen de Nederlandse wetgeving niet is toegestaan. Jongeren die voor deze behandeling worden aangemeld worden meestal gedwongen behandeld. De behandeling richt zich op een aspect van seksueel probleem- of delictgedrag bij jongeren met maximaal een laag gemiddelde intelligentie. Mogelijk hierin zijn: hands off delicten als voyeurisme, telefonische scatalogie, exhibitionisme, fetisjisme, en hands on seksuele delicten als pedoseksueel gedrag, aanranding, verkrachting, frotteurisme, seksueel masochisme, seksueel sadisme of multiprobleemgedrag.

Alle jongeren binnen de behandelgroep hebben in termen van DSM-IV-TR een disruptieve stoornis (conduct disorder of oppositional defiant disorder) en de meerderheid heeft comorbide psychiatrische classificaties (autismespectrum stoornissen, stemmingsstoornissen, hechtingsstoornissen, middelenaafhankelijkheid, ADHD en psychotische verschijnselen).

Omdat de jongeren allen onder de 17 jaar zijn, en omdat een persoonlijkheidsstoornis pas in de volwassenheid gediagnosticeerd mag worden, wordt er binnen deze behandeling nog niet gesproken van persoonlijkheidsstoornissen.

#### **Indicatie voor de behandeling**

Terugkerend grensoverschrijdend seksueel delictgedrag.

#### **Contra-indicaties voor de behandeling**

- ✓ IQ lager dan 70
- ✓ Primaire verslavingsproblematiek
- ✓ Primaire agressie problematiek
- ✓ Actuele delictgevaarlijkheid op korte termijn

### 3.2 Hermeneutische diagnostiek

De behandelgroep bestaat uit 3 jongeren in de leeftijd van 12 – 16 jaar. Deze jongeren hebben allemaal seksueel misbruik gepleegd bij andere jeugdigen. Twee jongens hebben een licht verstandelijke handicap. Een jongen heeft het Syndroom van Asperger en heeft zodanig moeite met het inleven in de ander dat ook zijn problematiek aansloot bij deze behandelgroep.

De jongeren die aan deze groep deelnemen zijn erg onzeker over zichzelf en hebben weinig kennis over normaal maatschappelijk functioneren. Zij komen allen uit een onstabiele gezinssituatie en het contact met hun biologische ouders is verstoord.

Het primaire probleem bij de meerderheid van deze jongeren is dat zij een vertekend beeld van seksualiteit hebben. Zij zijn opgegroeid met het feit dat het normaal is om extreme pornovideo's te kijken of om vrienden van ouders naakt in huis te zien rondlopen. Daarnaast was de porno van een dergelijke mate dat de jongeren gedacht kunnen hebben dat het normaal is seks te hebben met dieren. Naast dit vertekende beeld van seks, is ook de meerderheid van de groep al op vroege leeftijd zelf door hun vader of door andere voor hen bekende mannen seksueel misbruikt. Dit heeft ontzettend veel gedaan met deze jonge jongens. Het is ontzettend moeilijk geweest om dit wel aan de buitenwereld te laten weten. Omdat dit wel naar buiten is gekomen, zijn deze jongeren uit huis gehaald en in een pleeggezin of instelling geplaatst. Van alle jongeren hebben de ouders nooit het vermogen gehad om de jongeren veilig te laten opgroeien. Zij kennen dus ook geen stabiele opvoeder of een persoon die er altijd voor hen is en waar ze op terug kunnen vallen.

Pesten speelt een ook grote rol in het leven van deze jongens. Zij zijn allen vroeger gepest en worden soms nu nog steeds gepest. Zij hebben nooit geleerd adequaat voor zichzelf op te komen. Het pestverleden van de jongeren kan ertoe hebben geleid dat zij nu behoefte hebben aan een machtspositie.

*“M.(16) is een pestslachtoffer. Vanaf zijn vroege jeugd is hij gepest. De enige mogelijkheid die hij ziet om controle te hebben, is in zijn thuissituatie. Hij is daar intimiderend, controlerend en heeft alle macht in huis. De ultieme controle die M. heeft gevonden is het herhaaldelijk seksueel misbruik plegen bij zijn zusje.”*

De combinatie van alle gevoelens en gedachten, de barre jeugd en het niet lekker in hun vel zitten, heeft geleid tot het plegen van een seksueel delict. Argumenten hiervoor waren dat zij ook wel eens wilden proberen wat anderen bij hen hadden gedaan en er was zo'n behoefte aan het hebben van macht, dat zij hierin een slachtoffer voor hun seksueel delict hebben gezocht. Deze slachtoffers zijn niet willekeurig gekozen maar zijn door samenloop van omstandigheden uitgekozen. In alle gevallen was het slachtoffer een goede bekende van de dader en in twee gevallen zelfs directe familie van de dader. Het is voor te stellen hoe deze jongeren tot dit seksueel delictgedrag zijn gekomen. Alle jongeren hebben op dit moment spijt van hun daden. Nu wordt er gezocht naar een manier om deze problematiek op te lossen, met als uitgangspunt het voorkomen van recidive.

Gedurende de behandeling hebben de jongeren voor een vertrouwenspersoon moeten zorgen op wie zij te allen tijde terug kunnen vallen en met wie zij vertrouwelijke opdrachten vanuit de therapie moeten bespreken.



### 3.3 Kritische diagnostiek

Gekeken vanuit de omgeving van de jongeren zijn er een aantal vergelijkbare aspecten in de levensloop. Er is geen eenduidige aanleiding waardoor deze jongeren dit gedrag zijn gaan vertonen. Iedere situatie per jongere blijft uniek. Er zijn wel overeenkomsten uit de omgeving binnen het leven van de drie jongeren waardoor zij een vergrote kans hebben gehad om een seksueel misdrijf te gaan plegen.

De LVG problematiek die deze groep kenmerkt, speelt een grote rol binnen hun leven. Door deze beperking hebben de jongeren een beperkte sociale redzaamheid en weinig oplossingsgerichte vaardigheden. De hoge eisen die de maatschappij aan de jongeren stelt hebben zij niet kunnen halen. De omgeving heeft erg veel van deze jongeren gevergd, waar zij door de weinige steun vanuit thuis niet mee om konden gaan. Door hun beperkte sociale redzaamheid zullen zij altijd een blijvende behoefte aan ondersteuning nodig hebben gehad, die hun niet is geboden. Zij kunnen zich hierdoor moeilijk handhaven in een gezin, school/werk, groep van leeftijdgenoten en buurt.

Twee van de drie jongens zijn op vroege leeftijd door naaste familieleden seksueel misbruikt. Naast deze onverwerkte trauma's heeft ook de mate van het kijken naar extreme pornovideo's de jongeren een onwerkelijk beeld van seksualiteit gegeven. De normen en waarden die de maatschappij stelt rondom seksualiteit zijn de jongeren onbekend.

Alle jongeren gaan op dit moment wel naar school, zij het een speciale school binnen een gesloten instelling. Vroeger hebben deze jongeren op reguliere scholen veel met pestgedrag te maken gehad, waarvan zij het slachtoffer waren. Trauma's van dit pestgedrag komen bij alle deelnemers in de groep terug in de delicttrap van het seksuele misdrijf.

Door hun opvoeding, vertekende normen en waarden, levensloop en hun LVG problematiek zijn deze jongeren niet in staat normaal te functioneren binnen de maatschappij. Zij hebben uiteindelijk hierdoor hun seksuele delict gepleegd.

Binnen de families van de jongeren spelen er verschillende stoornissen. Schizofrenie en depressies zijn in twee gevallen bekend in de directe familie van de verschillende jongeren.

### 3.4 Casus in de PMT

De jongeren voelen zich vrij in de PMT zaal. Wanneer zij na het psychologische deel een kwartier pauze hebben, schieten deze jongens al snel de PMT zaal in om zich even met wat sportactiviteiten te vermaken. Op deze manier zijn zij erg vertrouwd met de ruimte en materialen geraakt.

De jongeren voelen zich redelijk ontspannen in de zaal en zetten zich in voor de activiteiten. De groep is verontwaardigd wanneer het eerste gedeelte uitloopt, want dit betekent dat er minder tijd voor de PMT overblijft. Het bewegingsniveau van de jongeren is matig tot goed. Bewegingen worden niet heel nauwkeurig uitgevoerd, maar het is wel mogelijk om veel activiteiten uit te voeren. De groep heeft geen speciale voorkeur voor een activiteit. De groep beweegt zich door de hele zaal en lijkt geen angst of terughoudendheid te hebben in hun gedrag. Zo zijn de jongeren meestal opgewekt en serieus met het onderwerp bezig wat we op dat moment in de PMT behandelen. Het is wel kenmerkend voor deze groep dat ze zich weinig geremd voelen in spannende activiteiten net zo min als dat ze zich geremd voelen in vertrouwens oefeningen.

De groep geeft toe dat ze niet altijd achter de keuzes staan die ze maken binnen activiteiten, en het doel van grenzen herkennen en accepteren is voor hen het steeds weer verleggen van hun grenzen. Het is te omschrijven dat de jongeren in deze groep weinig grenzen kennen en accepteren.

*“T. (14) moet zijn grenzen herkennen en hanteren in de oefening dat hij een bank op moet klimmen die schuin in de ringen hangt. T. laat de bank zo hoog hangen, dat de bank tegen het plafond hangt. Hij heeft nog maar 50 cm over om zelf door dat gat te kruipen. T. redt dit niet en durft ook niet meer naar beneden te springen.”*

Dit is een typisch voorbeeld voor de jongeren binnen de groep omdat T. zijn eigen grens over is gegaan en niet heeft gekeken waar hij moest stoppen. Nu stond hij al daar, waar hij niet meer terug kon. Met dit soort oefeningen is er geoefend om grenzen en gevoelens te herkennen en voortijdig stop te zeggen.

De therapeuten hebben een open en uitnodigende houding die de jongeren stimuleert om na te denken en om zich in te zetten voor de behandeling. Zo zijn de therapeuten ook confronterend naar de jongeren toe over het misdrijf wat zij hebben gepleegd. De jongeren moeten de gevolgen en ernst van hun misdrijf zien en erkennen.

De psychomotorische therapie heeft verschillende functies binnen deze behandeling. Vaak was dit ervaren leren of psycho-educatief, daarnaast werd het soms ook ontspannend ingezet na een emotioneel zwaar psychologisch gedeelte. Ervaren, oefenen en ontdekken zijn naast vieren (meer bewegingagogisch gericht) veel gebruikte PMT strategieën.

De strategieën oefenen en ervaren zijn erg belangrijk binnen deze behandeling. De jongeren met een licht verstandelijke handicap onthouden door veel te doen en te oefenen, waardoor binnen de PMT veel werd herhaald zodat de jongeren de informatie goed konden integreren. De strategie ervaren is erg belangrijk omdat hierdoor de jongeren zichzelf en hun gedrag beter gaan leren kennen. Zeker ten aanzien van het delict dat zij hebben gepleegd moeten zij veel zelfkennis en zelfcontrole ontwikkelen. Na verloop van tijd begonnen zij habitueel gedrag te herkennen bij zichzelf. Dit ligt vooral op het gebied van macht(misbruik) en het herkennen en hanteren van grenzen. Er wordt dan ook een oefenruimte gecreëerd waarin de jongeren nieuw gedrag kunnen oefenen en oud gedrag kunnen herkennen en achter zich laten. Wat de behandeling compleet zou maken op PMT gebied is dat de jongeren meer met de PMT strategie ‘ontdekken’ te maken zouden krijgen. Deze jongeren hebben veelal naast hun zedendelict zelf ook een trauma, maar die binnen deze behandeling niet wordt aangeraakt.

## 4. Theoretische verdieping

De doelgroep heeft twee hoofdkenmerken, ten eerste hebben de jongeren een licht verstandelijke handicap en ten tweede zijn zij zedendelinquent. Beide aspecten hebben te maken met hoe de jongeren informatie zowel van externe als interne bronnen verwerken.

### Denkpatronen

Seksuele LVG delinquenten hebben vaak een vertekend beeld van de respons van het slachtoffer en hebben denkbeelden die hun gedrag rechtvaardigen (Emmelkamp et al., 2002). Vele LVG zedendelinquenten zien hun slachtoffer als meewerkend en hebben het idee dat het misbruik geen schadelijke gevolgen voor het slachtoffer zal hebben. Zo ook de jongeren binnen deze groep.

*"De 12-jarige D. heeft meerdere malen geslachtsgemeenschap gehad met zijn toen 8 jarige zusje. D. ziet zichzelf niet als dader omdat hij sterk van mening is dat zij beiden de geslachtsgemeenschap wilden."*

Door deze cognitieve vertekeningen kunnen seksuele delinquenten hun interne remmingen makkelijker overwinnen en het gebruik van deze vorm van agressie accepteren. Naast dit vertekende beeld van de respons die LVG zedendelinquenten over hun slachtoffer hebben, zijn zij zich echter wel degelijk bewust van hun daad. Vele van deze seksuele delinquenten ontkennen of minimaliseren hun daad of de gevolgen ervan (Emmelkamp et al., 2002). Het komt vaak voor dat de daad wordt ontkennd of dat ze het vergrijp wat ze hebben gepleegd, minimaliseren. Ze ontkennen soms dat ze het vergrijp gepleegd hebben, of ze minimaliseren hun daad: 'ik streelde haar alleen maar', of 'ik ben blij dat het daarbij gebleven is, het had erger gekund'. Daarnaast zijn deze jongeren geneigd om de bereidwilligheid van het slachtoffer te overschatten ('het gebeurde met wederzijdse instemming'), of negatieve reacties op hun seksuele toespelingen te interpreteren als een aanmoediging ('als een vrouw nee zegt, bedoelt ze ja').

### Rol van emoties

Uit onderzoek blijkt dat seksueel geweld vaak vooraf gegaan wordt door negatieve emoties (Emmelkamp et al., 2002). Enerzijds gaat het hierbij om gevoelens van woede, wraak, of frustratie, anderzijds om gevoelens van leegte, depressie, eenzaamheid of zich waardeloos voelen.

*"M. voelde zich door het gepest worden somber en depressief. Wanneer hij zijn zusje per ongeluk naakt zag, vulde hij die leegte op met fantasieën over haar."*

Van belang is dan om binnen de behandeling verschillende copingvaardigheden aan te leren, om een manier te vinden met negatieve emoties om te gaan. Binnen deze cognitieve gedragstherapeutische behandeling wordt hier ook aandacht aan besteed<sup>2</sup>. Daarnaast spelen de gebrekkige sociale vaardigheden een grote rol binnen de totstandhouding van het seksueel agressieve gedrag. De jongeren hebben vaak moeite met het hanteren van conflicten, het aangaan en onderhouden van contacten, hun sociaal probleem oplossend vermogen en assertiviteit.

### 4.1 Wat is de leerstijl van deze doelgroep?

#### De LVG jongere

De LVG-jongere is oververtegenwoordigd in het justitiële circuit. Uit een onderzoek in Engeland blijkt dat er ong. 30 procent van de personen in een gevangenis een intelligentieniveau heeft van lager dan tachtig. Dit is aanzienlijk meer dan op grond van een normaal verdeelde populatie mag worden

---

<sup>2</sup> Zie ook hoofdstuk 5: Inhoud van de behandeling

verwacht. Wat is hiervan dan de oorzaak? Wordt de LVG-jongere eenvoudigweg meer aangehouden, of is de LVG-jongere extra kwetsbaar waar het delinquent gedrag betreft? Zijn er meer risicofactoren bij de LVG-jongere? Of heeft de LVG-jongere meer aanleg voor delinquent gedrag?

Koolhof, Loeber & Collot d'Escury (2007) onderzochten diverse risicofactoren, persoonlijkheidskenmerken zoals depressie en impulsiviteit, gezinskenmerken -sociaal economische status, relatie ouders, ouder-kind relatie, delict gedrag, en gegevens van justitie bij 2000 jongeren in een follow-up studie van 8 jaar. Daaruit bleek dat delinquente jongeren vaker vroeg met delinquent gedrag beginnen, meer delicten plegen, vaker middelen gebruiken, vaker conflicten thuis hebben, minder steun van thuis ontvangen, vaker met delinquente vrienden optrekken, minder pro-sociale vrienden hebben en vaker in een slechte buurt wonen.

Al deze aspecten hebben te maken met de leerstijl van de LVG jongere. Vanuit de kritische diagnostiek kan je zeggen dat de omgeving en de maatschappij te hoge eisen aan de jongeren stellen. De jongeren hebben te weinig in huis om met bovenstaande punten om te kunnen gaan.

## **4.2 De informatieverwerking bij een LVG zedendelinquent**

De behandeling van LVG-jongeren met complex gedrag vraagt meer tijd, flexibiliteit en energie dan behandeling van gedragsproblematiese jongeren met een gemiddelde intelligentie, zeker gezien het feit dat er problemen zijn in de informatieverwerking.

Gedachten en gevoelens ontstaan in wisselwerking met de omgeving. Zij zijn het gevolg van de wijze waarop gebeurtenissen worden geïnterpreteerd. Afwijkend gedrag is mede het gevolg van irrationele gedachten en gevoelens over een bepaalde gebeurtenis. Irrationele gedachten en gevoelens kunnen worden omgezet in een meer rationele vorm door bewustwording van de gehanteerde denkpatronen en het hanteren van een andere cognitieve stijl.

*“D. heeft als jonge jongen veel pornomateriaal gezien en heeft een irreëel beeld van seksualiteit. Tijdens de behandeling is D. veel duidelijk geworden over de maatschappelijke normen en waarden op seksueel gebied. Gedachten over gemeenschap met zijn zusje kan hij nu ook beter reguleren en niet op reageren.”*

Ten aanzien van depressie, gebrek aan pro-sociale vrienden en een hoog percentage delinquente vrienden lijkt de LVG-jongere wel degelijk meer kwetsbaar te zijn. LVG-jongeren zijn sterk gericht op sociale bekrachtiging en zijn geneigd meer op de ander te vertrouwen dan op hun eigen mening, of eigen kunnen (Koolhof et al., 2007). Dit maakt de LVG jongere extra kwetsbaar voor de invloed van negatieve vrienden zodat zij sneller meegezogen worden in delinquent gedrag.

### **4.2.1 Hoe integreren LVG zedendelinquenten verbale informatie?**

LVG-jongeren hebben meer moeite dan anderen met leren en onthouden, vooral als het gaat om abstracte zaken. Het aanleren van vaardigheden bij LVG-jongeren vraagt om extra ondersteuning bij:

- Het ontlasten (van het werkgeheugen),
- Het oefenen (informatie in langetermijngeheugen vastzetten)
- Het ondersteunen (het werkgeheugen helpen).

Met het korte- en langetermijngeheugen van LVG-jongeren is niet veel mis. Doen de taken echter een beroep op het werkgeheugen (tegelijktijd vasthouden van informatie tijdens het uitvoeren van cognitieve vaardigheden) dan wordt dit een ander verhaal. De combinatie van minder efficiënte opslag, minder snel denktempo, minder efficiënt zoekproces en daarmee verhoogde kwetsbaarheid voor afleidende prikkels, lijkt te kunnen verklaren waarom deze jongeren informatie vaak niet snappen (Koolhof et al., 2007).

LVG-jongeren hebben moeite met het snel verwerken van verbale informatie, zij hebben een beperktere spanningsboog dan hun normaal begaafde leeftijdsgenoten en hun denktempo ligt lager. Uit onderzoek Montfort (2006) komt daarnaast naar voren dat LVG-jongeren weliswaar evenveel informatie waarnemen als normaal begaafde jongeren, maar dat zij zich meer focussen op letterlijk gesproken en negatieve informatie. Naast dit differentiatieprobleem is ook het vermogen tot ordenen en rangschikken van informatie beperkt. Dit maakt het proces van sociale informatieverwerking extra kwetsbaar, juist omdat in sociale situaties de informatie zelden 'netjes' binnenkomt. Bovendien gaan LVG-jongeren minder efficiënt om met de integratie van nieuwe en bestaande informatie.

De opvoeding en eerdere ervaringen hebben binnen deze doelgroep sporen achtergelaten in het denkvermogen van de jongeren. Het is dan ook van belang dat deze cognities veranderd kunnen worden zodat zij vaardigheden ontwikkelen waarmee zij het gedrag kunnen veranderen.

#### **4.2.2 Hoe integreren LVG zedendelinquenten informatie op gevoels- en handelsniveau?**

Vanuit de risicotaxatie en de ontwikkeling tot grensoverschrijdend gedrag wordt onder meer gewezen op impulsiviteit, een gebrek aan empathie en een gebrek aan gevoelens van spijt en schuld als belangrijke risicofactoren ten aanzien van delinquent gedrag (Koolhof et al., 2007). De LVG-jongere lijkt moeite te hebben zich te verplaatsen in de ander; hij heeft moeite de bedoeling van de ander te begrijpen of te anticiperen op het gedrag van die ander. Het vermogen zich in de positie van de ander te verplaatsen: kunnen bedenken wat een ander voelt, is een belangrijke voorwaarde voor gevoelens van empathie en schuld. Gevoelens van empathie en schuld vormen op hun beurt een bescherming tegen het uitvoeren van delinquent gedrag. Als je het leed van de ander kan invoelen en de eigen verantwoordelijkheid daarvoor beseft, is dit een rem op het uitvoeren van delinquent gedrag (Le Sage, 2006). Koolhof et al. (2007) vergeleek impulsiviteit, empathie en gevoelens van spijt en schuld van delinquente en niet-delinquente LVG jongeren en delinquente- en niet-delinquente niet-LVG jongeren. De LVG delinquente jongeren missen als het ware de cognitieve rem, die hun niet-LVG delinquente leeftijdsgenoten nog wel kunnen vinden. Zij hebben onvoldoende vaardigheden om de consequenties van grensoverschrijdend gedrag te kunnen bedenken en te overzien. Wellicht kan het zijn dat de LVG jongeren het wel weten, maar het cognitief niet kunnen verwerken: het gaat te snel, ze hebben het delict als het ware gepleegd voordat ze het beseffen. Omdat licht verstandelijk gehandicapte jongeren moeite hebben met abstract denken, begrijpen ze veel vragen niet en hebben ze uitleg en vertaling nodig.

Wanneer de empathie en schuldgevoelens door ervaringsgerichte oefeningen geprikkeld kunnen worden zullen deze jongeren deze gevoelens integreren. Zoals hierboven staat beschreven zorgt meer empathie voor het voorkomen van het plegen van een seksueel delict.

#### **4.2.3 In wat voor mate speelt het denken, voelen en handelen van de LVG zedendelinquent een rol in het integreren van informatie op het niveau van denken, voelen en handelen?**

De LVG-jongere wordt gemiddeld genomen met meer risicofactoren geconfronteerd dan zijn niet-LVG leeftijdsgenoot en de LVG-jongere heeft minder cognitieve mogelijkheden om 'aan de rem' te trekken.

Een primair probleem wat bij deze doelgroep ligt, zoals in de vorige paragraaf beschreven, is de mate van gewetensontwikkeling; wanneer de jongere geen medelijden met het slachtoffer of gevoelens van schuld en schaamte ten aanzien van het delict ervaart, spreekt men van een gebrekkige

gewetensontwikkeling. Andere beschrijvingen hiervan zijn: 'ervaart oppervlakkige spijtgevoelens', 'is emotioneel vlak', 'hij leeft zich nauwelijks in' en 'vertoont een gebrek aan slachtofferempathie'. Hier lijkt het te gaan om tekortkomingen op affectief (gevoels) gebied.

Wanneer een LVG zedendelinquent dus geen gewetensontwikkeling heeft, heeft dit in een grote mate effect op het denken, voelen en handelen van die persoon. Waar een normaal begaafd mens empathie zou voelen, voelt deze LVG zedendelinquent dat niet of in mindere mate. Dit kan wel in zekere mate ervaren en aangeleerd worden binnen de PMT zoals blijkt uit het volgende voorbeeld.

*"M. is een jongen met weinig empathie en heeft een machtspositie nodig. Deze neiging naar macht bij M. is onderzocht tijdens het spel 'lummelen'. M. had de vrijheid om de lummel te pesten of te helpen. Wanneer M. de lummel was, confronteerde de groep hem met zijn intimiderende gedrag door samen te spelen en M. de bal niet te laten krijgen. M. reflecteert hier later op dat dit nare gevoelens bij hem heeft opgeroepen. In de volgende ronde was M. meer empathisch en zat meer op het samenspel."*

De beperkte sociale vaardigheden zijn zichtbaar in de relaties van de LVG-jongere met zijn omgeving, zoals zijn ouders, de familie, vrienden, de school en hobby's. Later komen daar partnerrelaties en het werk bij. Vooral momenten van verandering en emotionele spanning veroorzaken steeds opnieuw problemen en crises.

Je zou dus kunnen zeggen dat de onvoldoende kennis en bewustzijn van het eigen denken, voelen en handelen een negatief effect heeft op hun uiteindelijke denken, voelen en handelen. Wanneer je die informatie-integratie bij deze jongeren zou kunnen verbeteren door ervaringsgerichte oefeningen, zouden zij zichzelf beter kunnen gaan controleren.

#### **4.3 Wat is de veranderstijl van deze doelgroep?**

Veel herhaling en vaardigheden aanleren op diverse manieren is noodzakelijk. Het valideren en veranderen van gedrag kost extra inspanning en vraagt om specifieke kennis voor de therapeut. Niet alleen constateert de behandelaar regelmatig een gebrekkige gewetensontwikkeling, maar tevens vindt zij het wenselijk dat de behandeling of straf zich richt op het stimuleren van de gewetensontwikkeling. Seksuele delinquenten krijgen vaak trainingen om sociaal vaardiger te worden. Er komen meestal verschillende facetten aan bod. Conversatievaardigheden, angst en boosheidhantering, assertiviteit, probleemoplossingvaardigheden en het verhogen van de zelfwaardering zijn een aantal van deze facetten. Cognitief-gedragstherapeutische programma's richten zich op het verhogen van zelfwaardering en het vergroten van zelfvertrouwen bleken niet alleen deze doelstellingen te realiseren (Emmelkamp et al., 2002) maar ook te resulteren in een afname van de seksuele voorkeur. De LVG- jongeren zijn sterk gericht op concrete bekrachtiging en op direct waarneembare gevolgen van hun gedrag.

*"Binnen de behandeling wordt er gesproken over het laatste redmiddel. Dit is iets wat je de tijd geeft om weg te lopen als je bij wijze van op het punt staat een nieuw seksueel delict te plegen. T. moest een bank aan een kant optillen waar een andere jongen opliep. Wanneer de bank voor T. te zwaar zou worden, zou hij zichzelf een pijnprikkel moeten geven, de bank laten vallen en weglopen. Toen T. dit werd verteld snapte hij de functie van de pijnprikkel niet en waarom hij moest weglopen ook niet. Na de ervaring in de PMT-zaal vertelde hij dat de pijnprikkel (het bijten op zijn tong) hem nieuwe energie gaf en een helder moment van nadenken. Hij kon de bank waar iemand op stond letterlijk laten vallen en uit de situatie weglopen."*

Door overzichtelijk te werken en veel te herhalen, worden de leerdoelen voor de jongere helder. LVG jongeren zijn daarbij ook heel visueel ingesteld, wat PMT een pre maakt om deel uit te maken van de behandeling van deze doelgroep.

#### **4.4 Hoe beïnvloedbaar/veranderbaar is het gedrag van een LVG zedendelinquent?**

Wanneer de veranderstijl van de jongere bekend is, kan je gaan kijken hoe je het habituele gedrag van de jongere kan gaan beïnvloeden. Er zijn genoeg aspecten waarop je de LVG zedendelinquent op kan behandelen en waarin je zijn gedrag ook kan beïnvloeden en uiteindelijk veranderen.

Van belang is om naast maatschappelijke normen en waarden aan te leren, ook de moreel affectieve ontwikkeling te 'triggeren'. Een belangrijk aspect hierin is dat er rollenspellen gespeeld worden met betrekking tot slachtofferconfrontatie en empathie. Er wordt dan gewerkt met rollenspellen waarin de jongeren de rol van slachtoffer en van dader moeten innemen en met gevoelens van afkeer, verontwaardiging en dergelijke op elkaar mogen reageren (Le Sage, 2006). Als deze risicofactoren gespecificeerd zijn moeten de delinquenten vervolgens copingvaardigheden aanleren die deze risico's kunnen verminderen.

Tevens moet er een plan opgesteld worden om risico's te vermijden of om te gaan met onverwachte risicosituaties. Zorgwekkend blijft vooral het gebrek aan pro-sociale vriendschappen en de hoge score op delinquent vriendschappen van de delinquent LVG jongere. Waarmee het belang van aandacht voor de context en het sociale netwerk in het werken met LVG-jongeren onomstotelijk naar voren komt.

#### **4.5 Wat is het recidivegevaar en hoe wordt deze het beste afgewend?**

De vraag die gesteld wordt is of alle jeugdige daders doorgaan met het plegen van zedendelicten. Het mag duidelijk zijn dat het antwoord op deze vraag waarschijnlijk niet voor de volle 100% ja zal zijn, een deel van deze jongeren zal waarschijnlijk niet recidiveren. Onderzoek naar zedendelinquentie wordt vooral bemoeilijkt doordat er vele gevallen zijn die niet aangegeven worden. Solodaders en kindmisbruikers blijken de meest problematische groep te zijn: zij zijn neurotischer, sociaal geïsoleerder, hebben een negatiever zelfbeeld en hebben vaker al een zedendelict gepleegd.

Bij twee van onze drie jongeren was dit ook het geval.

##### **Recidive onderzoek en cijfers**

Normaalbegaafde zedendelinquenten die met een cognitief-gedragstherapeutische programma ambulante werden behandeld hadden een recidive met een seksueel delict van 11 procent na gemiddeld twee jaar. Dit getal betrof officieel geregistreerde criminaliteit.

Grand, Lutjenhuis & Solodova (2003) vonden delinquenten met een licht verstandelijke handicap een recidive met een seksueel delict van 30,8 procent. Het grootste deel van deze recidives zou hebben plaatsgevonden in het eerste jaar na ontslag. Ook volgden zij zes zwakbegaafde zedendelinquenten na hun ontslag uit Harreveld, een justitiële behandelinstelling voor jeugdigen. Hiervan had de helft binnen vijf jaar na ontslag een nieuw seksueel delict gepleegd.

De bekende recidivecijfers zijn dus hoog. Ook kan er gezegd worden dat jongeren met LVG problematiek met hetzelfde behandelprogramma sneller recidiveren dan normaal begaafde jongeren (Grand, Lutjenhuis & Solodova, 2003). Van belang in de behandeling blijft dat doelstellingen en eindtermen dusdanig geformuleerd moeten worden dat duidelijk is wanneer de behandeling beëindigd kan worden en de jongere de overstap kan maken naar een vervolgvoorziening. Praktijkervaring is dat LVG zedendelinquenten een blijvende behoefte aan ondersteuning hebben. Hoewel deze cijfers zeggen dat het gunstig gesteld is met de recidivecijfers, moet er aandacht en

onderzoek gedaan blijven worden naar dit soort delicten. Het doel is om zo een vervolgtraject voor iemand te bepalen dat de kans bijna nihil is dat de jeugdige zal recidiveren.



## 5. Inhoud van de behandeling

Binnen deze behandeling wordt gewerkt met de cognitieve gedragstherapie (CGT). De cognitieve gedragstherapie houdt in dat via stimulus en respons nieuwe psychosociale vaardigheden verworven worden. Oftewel de cognitieve, gedragsmatige technieken worden zodanig geïntegreerd dat de therapeut de cliënt beïnvloedt via twee kanalen, namelijk, denken (cognitief) en doen (gedragsmatig) (Van Genderen & Nadort, 2008). In het psychologische gedeelte wordt de cognitie vooral benadrukt en in het psychomotorische deel komt binnen de cognitieve gedragstherapie ook de ervaring naar voren. Jongeren worden dus in een ervaringsgebied gebracht, waar zij van leren en tegelijkertijd nieuw gedrag kunnen aanleren.

Het eerste uur van de twee uur behandeling wordt vooral cognitief benaderd en wordt het psychologische deel van het programma genoemd. Het tweede uur van de behandeling wordt ingevuld met psychomotorische therapie en wordt de PMT genoemd. De jongeren hebben het eerste cognitieve gedeelte vaak zwaar en moeilijk gevonden. De onderwerpen die op het gebied van seksualiteit en het delict naar voren komen zijn beladen en moeilijk om bespreekbaar te maken.

*“We moeten moeilijke zaken ophalen en bespreken. Ik wil het liefst mijn delict vergeten en doorgaan met mijn leven. Dit kan niet omdat ik hier in behandeling zit en moet leren hoe ik niet weer in een dergelijke situatie terecht kom. Vooral in het eerste deel van de twee uur worden mijn delictdetails besproken, waarbij ik mij niet prettig voel. D.”*

Deze therapie is een verplicht onderdeel voor deze drie jongeren die zijn aangemeld bij FJP Accare<sup>3</sup>. Deze gedwongen deelname heeft uiteraard consequenties voor de samenwerking tussen de behandelaars en de jongeren. Zo mag in de eerste instantie niet verondersteld worden dat deze jongeren gemotiveerd zijn voor de behandeling, maar dat ze daar juist tijdens de behandeling voor gemotiveerd moeten worden. Wel moeten ze de behandeling ook ondergaan als ze ongemotiveerd blijven. Motivatie blijkt een proceskenmerk te zijn in de behandeling (Lodewijks & Wisselink, 2007). Door rekening te houden met het probleembesef van drie jongeren, de wederzijdse contactname tussen behandelaar en jongeren en de Timing van de interventies, is de motivatie van de jongeren wel gestimuleerd en vergroot.

Er worden vier algemene behandeldoelen in acht genomen:

1. De drie jongeren te leren stoppen met dadergedrag en het maken van slachtoffers.
2. Zij nemen verantwoordelijkheid voor het eigen dadergedrag.
3. Het vinden en onderzoeken van hun persoonlijke stappen in de delictketen.
4. Ontwikkelen van alternatieve competenties ter vergroting van hun gedragsrepertoire.

De specifieke einddoelen van het behandelplan per jongere zijn zo geformuleerd dat ze rekening houden met de ontwikkelmogelijkheden van de jongere. Taxatie van risico- en protectieve factoren is daarbij een belangrijk onderdeel van het behandelplan. De jongere moet zo mogelijk en zo veel mogelijk verantwoordelijkheid voor zijn eigen gedrag gaan dragen, met inachtneming van zijn verstandelijke beperking.

Deze behandeling bestaat uit 20 bijeenkomsten van elk 120 minuten. Het belangrijkste criterium voor succes van de behandeling van deze doelgroep is het voorkomen van recidive.

---

<sup>3</sup> Forensische Jeugdpsychiatrie Accare

De behandeling wordt groepsmatig gegeven, om maximaal voordeel te halen uit peergroup variabelen, die passend zijn bij de doelgroep. Werkvormen zijn: groeps gesprekken, psycho-educatie, zelfwerkzaamheid, psychomotorische therapie en een examen voor de groep over de eigen delict- of probleemketen om het leereffect te optimaliseren. De houding van de therapeuten is normatief empatisch, gericht op het behouden van het contact en het bewerken van gedrag, cognities en emoties.

Accare heeft als uitgangspunt dat binnen deze behandeling het psychologische gedeelte de basis legt voor de behandeling en de PMT maakt de vertaalslag naar het gevoelswezen. Omdat het eerste psychologische deel vooral cognitief is en de PMT vooral ervaringsgericht is er geprobeerd de rode lijn te vertalen naar de PMT.

### **5.1 Wat is de rol van het psychologische programma in deze therapie?**

De drie jongeren binnen deze behandelgroep moeten leren risicofactoren voor seksuele agressie te herkennen. Hieronder vallen factoren, als een lage zelfwaardering, afwijkende fantasieën, het onder invloed zijn van middelen en boosheid, die tot het delict aanzetten. Ook bijkomstige risicofactoren als het alleen zijn met een potentieel slachtoffer, of het doelloos rondrijden, vallen hieronder.

In de module staat dan ook het volgende beschreven (Harmsma, 2008):

*Het is de bedoeling dat de jongere een eigen visie ontwikkelt op zijn seksualiteit in het algemeen en op zijn probleemgedrag in het bijzonder. Aan de hand van stapsgewijze confrontatie met het eigen van de jongere zal de jongere na afloop van de behandeling de volgende competenties ontwikkeld hebben:*

- ✓ *Inzicht in algemene principes rond vriendschap, intimiteit, seksualiteit en grensoverschrijdend seksueel gedrag.*
- ✓ *Is hij op de hoogte van zijn delictketen.*
- ✓ *Is de keuze om te leven zonder seksueel misbruik maximaal scherp gesteld, waarbij de jongere de volledige verantwoording ervaart voor zijn gedrag.*
- ✓ *Zijn de keuze mogelijkheden t.a.v. verschillende competenties vergroot*
- ✓ *Is hij op de hoogte van zijn eigen normen en waarden t.a.v. het probleemgedrag*

Een onderdeel hiervan is dat iedereen in deze behandeling zijn delict zo gedetailleerd mogelijk aan de rest beschrijft. Hierbij komen ook de omstandigheden ten tijde van het delict, de gedachten en gevoelens van de dader, zijn mentale gesteldheid, de mate van intoxicatie, en zijn interpretatie van het gedrag en de emotionele reactie van het slachtoffer, ter sprake.

Vanaf het begin wordt er open over seksueel misbruik gesproken en afspraken gemaakt over welke woorden we gebruiken voor de verschillende intieme lichaamsdelen. De inhoud betreft algemene kennis op het gebied van seksualiteit en normen en waarden, maar spitst zich gaandeweg steeds meer toe op de door de deelnemers gepleegde delicten (delictscenario), de verantwoordelijkheid nemen hiervoor, de betekenis daarvan (delictanalyse), en wat er voor nodig is om herhaling van de delicten te voorkomen.

### **5.2 Wat is de rol van de psychomotorische therapie binnen dit programma?**

Met de psychomotorische therapie willen we de jongeren meer bewust maken van hun eigen denken, voelen en handelen en welke keuzes zij maken.

*“M. vindt het leuk om zichzelf op deze manier beter te leren kennen. Vooral zijn machtsmisbruik komt hier naar voren. Hij komt erachter wanneer en waarom hij deze macht nodig heeft.”*

De psychomotorische therapie (PMT) wordt in dit programma gebruikt om de opgedane informatie uit het psychologische gedeelte beter te laten implementeren. Verschillende onderwerpen zijn dan ook ervaringsgericht gemaakt binnen de PMT. Ook binnen de PMT wordt er gebruik gemaakt van psycho-educatie en andere werkvormen. Waaronder vooral het denken, voelen en handelen in een ervaringsgerichte context wordt getrokken.

In het bijzonder voor de LVG-doelgroep geldt dat nieuwe aangeleerde vaardigheden beter generaliseren wanneer ze in verschillende situaties worden geoefend. Een gesloten setting biedt minder oefensituaties en uit de praktijk blijkt dat jeugdigen meestal na tien maanden aan hun plafond zitten wat betreft ontwikkelmogelijkheden in één specifieke groep. (Uijting, 2004). Mede hierom is gekozen om dit programma uit twee delen te laten bestaan. Naast een verbaal psychologisch gedeelte, ook een ervaringsgericht psychomotorisch gedeelte.

De stap die dan gemaakt wordt in het behandeltraject zorgt ervoor dat nieuwe leersituaties aangeboden worden waarin de jongeren nieuw gedrag kunnen oefenen. Met dit nieuwe gedrag kunnen jongeren risicovolle situaties toch blijven controleren.

### **Empatisch vermogen**

Het komt vaak voor dat seksuele delinquenten niet inzien dat ze schade hebben toegebracht aan het slachtoffer. Ze kunnen zich niet inleven in het slachtoffer. Dit gebrek aan empatisch vermogen wordt als een belangrijke factor beschouwd voor de oorzaak en het in stand blijven van het seksueel agressieve gedrag. Om te beginnen moeten de delinquenten leren emoties te herkennen in anderen. Uitgangspunt hierbij is dat herkenning van angstgevoelens van zijn slachtoffer een pleger ervan zal weerhouden om verder te gaan met seksuele agressie (Emmelkamp et al., 2002).

*“Zowel binnen het psychologische deel als binnen de PMT wordt de empathie richting het slachtoffer uitgevraagd. De jongeren moeten terughalen of er een moment is geweest dat ze konden weten dat wat ze deden bij hun slachtoffers niet gewild was. Het antwoord was dat het slachtoffer het had kunnen zeggen. Hoe ze het hadden kunnen zien was onduidelijk. Binnen de PMT is er een staande spiegel gepakt en zijn we de emoties die een slachtoffer had kunnen laten zien (angst, verdriet, boosheid) gaan nadoen in de spiegel. Emoties op het gezicht en in het lijf werden zo zichtbaar gemaakt.”*

Vervolgens wordt de zedendelinquent geleerd zich te verplaatsen in het perspectief van het slachtoffer. Daarna wordt de dader getraind een uitgebreide reeks van emoties te herkennen en te benoemen bij zichzelf. Tot slot leert hij beslissen op basis van zijn gevoelens of hij wel of niet over zal gaan tot seksuele handelingen. Deze vorm van therapie blijkt tot aanmerkelijke verbetering te leiden (Emmelkamp et al., 2002).

### **5.3 Hoe worden de thema's van het psychologische gedeelte op psychomotorisch niveau (voelen, handelen) ingezet?**

Er wordt binnen deze behandeling gewerkt met een vertaalslag van het psychologische programma naar het psychomotorische programma. Meestal zijn de thema's van het psychologische gedeelte direct vertaalbaar naar PMT. Hier worden deze thema's dan ervaringsgericht ingezet.

*De gevolgen van het delict worden door de jongeren in het psychologische gedeelte opgeschreven, hier komen dan voor- en nadelen naar voren van het delict dat er gepleegd is. In de PMT zaal moesten de jongeren materiaal uitkiezen waarin de grootte van het materiaal gelijk stond de grootte van het voor- of nadeel. Uiteindelijk waren er twee grote voordelen te vinden (bevrediging en doen wat een ander jou heeft aangedaan), de andere kant van de zaal stond vol met grootte materialen die de*

*nadelen symboliseerden voor het slachtoffer, jezelf en je omgeving. Bij het zichtbaar maken van deze voor- en nadelen werden de consequenties van het delict voelbaar gemaakt.*

Anderzijds wordt PMT ook ingezet als ontspanning na een heftig en emotioneel geladen verbaal gedeelte.

De nadruk ligt op het leren van nieuw en gewenst gedrag. Hiertoe krijgen de jongeren veelvuldig feedback op adequaat gedrag. Nieuw gedrag wordt geleerd door instructie (visueel ondersteund), veelal gevolgd door voordoen en oefenen. De instructie is veelal ook al besproken in het verbale gedeelte. Wanneer er inadequaat gedrag vertoond wordt, wordt zoveel mogelijk geprobeerd het alternatieve (adequate) gedrag te instrueren en tegelijkertijd uit te leggen waarom ander gedrag inadequaat is. Met andere woorden: de therapeuten geven in deze oefensituatie aan wat jongeren wel moeten doen in plaats van wat zij niet moeten doen.

Gezien de cognitieve gedragstherapie is er veel tijd besteed aan het aanleren van nieuw gedrag. Maar daaraan voorafgaand zijn de jongeren eerst zichzelf beter gaan leren kennen.

#### **5.4 Hoe verhouden deze twee programma's zich tot elkaar?**

De programma's lopen aan het begin en aan het einde gelijk aan elkaar. Het middenstuk geeft weinig ruimte aan de PMT. De PMT heeft vooral de vertaalslag naar de ervaringsgerichte context gemaakt. Dit wordt gedaan door oorzaken en gevolg letterlijk te symboliseren, door emoties en waar je iemand wel en niet mag aanraken voor de spiegel na te spelen, het aangeven en herkennen van grenzen door spannende activiteiten waarin als je eenmaal je keus hebt gemaakt niet meer terug kan. Daarbij wordt er uitgezocht wat ieder zijn pressiemiddel richting het slachtoffer is geweest, uiteindelijk leren de jongeren hun impulsen te controleren en zichzelf te benaderen door middel van de stoplichtmethode. Dit is een methode waarin de jongeren duidelijk krijgen dat er fases zitten in de voorloop naar een delict en dat hun gedrag daarbij kenmerkend is. Gedrag wordt gekenmerkt in groen, oranje en rood. Dan worden er specifieke middelen opgeschreven die helpend zijn voor de jongere wanneer deze in oranje of rood zit, om weer terug naar groen te gaan.

*“Binnen de PMT hebben we geoefend met afleidende gedachten. Tijdens een potje voetbal moest ik blijven denken aan mijn nieuwe spelcomputer. Dit lukte me niet. Dus wanneer ik in oranje zit in mijn stoplicht en veel aan seks denk, zoek ik een afleiding. Dit is voor mij muziek luisteren of met anderen gaan voetballen. T.”*

De paragraaf gaat verder op de volgende pagina.

	<b>Psychologisch deel</b>	<b>PMT</b>
Fase 1.	Kennismaking	Kennismaking
	Waarom therapie?	Symboliseren delicttrap
	Oorzaak / Gevolg	Symboliseren Oorzaak / Gevolg
	Voor- en Nadelen	Symboliseren Voor- / Nadelen
Fase 2.	Psycho-educatie	Waar mag je iemand wel / niet aanraken
	Seksualiteit	Afstand - Nabijheid
	Lichamelijkeid	Blind vertrouwen
	Grenzen aangeven / herkennen	Grenzen aangeven / herkennen
Fase 3.	Delicttrap 1: Je levensverhaal	Geen PMT
	Delicttrap 2: Je leven op moment van het delict	Geen PMT
	Delicttrap 3: Gedachten, gevoelens, fantasieën	Geen PMT
	Delicttrap 4: Keuzes en goedpraters	Keuzes maken
	Delicttrap 5: Het delict	Geen PMT
Fase 4.	Risicofactoren van de jongere	Macht als pressiemiddelen
	Preventieplan	Agressie als pressiemiddelen (verbaal en lichamelijk)
Fase 5.	Preventieplan	Stoplichtmethode
		Stoplichtmethode / impulsen stoppen

*Verhouding tussen het psychologische programma en de psychomotorische therapie.*

Zoals zichtbaar is in de tabel is er in fase 3 weinig ruimte voor PMT. Hier is het programma vol met het psychologische deel: de delictanalyse. In mijn aanbevelingen komt dit onderwerp verder naar voren.

## 6. Conclusie

De informatieverwerking van de jeugdige LVG zedendelinquent vraagt specifieke aandacht op meerdere vlakken. Als je deze jongeren iets aan wilt leren zul je dat vanuit verschillende invalshoeken moeten bewerkstelligen. Er moet rekening worden gehouden met de leerstijl op het cognitieve gebied en hoe de jongeren ervaringsgerichte informatie integreren. Een combinatie van deze twee werkt het best.

### Licht Verstandelijk Gehandicapt

Doordat de LVG jongere vaak uit een minder goed milieu komt, delinquente vrienden heeft, minder steun van huis uit krijgt en minder goed conflicten kan oplossen is deze jongere sneller geneigd een delict te plegen.

Het geheugen bij een licht verstandelijk gehandicapte jongere vraagt om extra ondersteuning. Zij hebben moeite met het snel verwerken van verbale informatie, hebben een korte spanningsboog en het denktempo ligt lager. Het werkgeheugen moet meer ontlast worden dan bij een normaal begaafde jongere, een LVG-jongere moet extra oefening en herhaling hebben zodat informatie in het lange termijn geheugen kan worden opgeslagen en het werkgeheugen moet voldoende gestimuleerd worden. In de theorie staat beschreven dat het bovenstaande in werking gesteld kan worden door de informatie visueel of ervaringsgericht te maken.

### Zedendelinquent

Kenmerkend voor de zedendelinquent is dat zij gevoelens als schuld en empathie missen. Zij hebben vaker verkeerde denkpatronen over de bereidwilligheid van het slachtoffer en interpreteren de respons van het slachtoffer verkeerd. Vaak zijn zijzelf ook slachtoffer geweest van een zedendelict wat hun denkpatronen kleurt. De jongere voelt zich vaak alleen, leeg of depressief. Het afwijkende gedrag van de jongere is het gevolg van irrationele kennis, gedachten en gevoelens over een bepaalde gebeurtenis.

Zoals in de inleiding beschreven staat wordt er gezocht naar een legitimatie voor de aanvulling van de PMT bij het psychologische programma. Gezien de verander- en leerstijl van de doelgroep kan er gezegd worden dat de psychomotorische therapie een grote meerwaarde heeft op de behandeling. Deze jongeren leren door herhaling, ervaring en door het bezig zijn met de onderwerpen. De onderwerpen moeten eerst wel geïntroduceerd worden binnen het psychologische deel zodat hier de kennis kan worden opgedaan. Door hier een vertaalslag naar de PMT te maken op een meer ervaringsgerichte manier zullen deze jongeren de informatie beter kunnen implementeren.

Binnen de ervaringen met het werken met deze groep jongeren is duidelijk geworden dat zij het psychologische deel vooral erg zwaar en moeilijk vonden. De psychomotorische therapie hebben zij ervaren als uitdagend en verrassend, zij hebben zichzelf echt beter leren kennen.

De combinatie van deze twee onderdelen binnen het programma is zeer goed bevallen. De recidivecijfers ten aanzien van de cognitieve gedragstherapie zijn positief gesteld. Concluderend vanuit de theorie hebben de jongeren meer nodig dan alleen cognitieve informatie. De ervaring leert dat het psychologische deel essentieel is om een rode draad binnen het programma te houden. De feedback van de jongeren geeft aan dat de PMT niet mag ontbreken. Het ervaringsgerichte deel heeft een positief effect op de informatieverwerking. Er mag dus gezegd worden dat binnen deze behandeling de PMT als noodzakelijk mag worden bevonden.

## **7. Discussie**

### **7.1 Discussie**

Binnen dit programma ligt de boventoon op het psychologische deel van de behandeling en de psychomotorische therapie sluit daarbij aan. Het product van de PMT is nog niet beschreven zodat de PMT zich aansluit bij het psychologische programma. Hierdoor kan de PMT haar kwaliteiten minder naar boven halen.

Wanneer de delicttrap in fase 3 van de behandeling door de jongeren uitgezocht wordt, is er minder tijd voor PMT. Hierdoor missen de jongeren 6 á 7 weken psychomotorische therapie. Duidelijk is geworden dat deze doelgroep niet genoeg heeft aan alleen cognitieve informatie. De inhoud van de behandeling zou een wijziging kunnen hebben in fase 3, zodat binnen die fase van de delictanalyse ook psychomotorische therapie wordt gegeven. De jongeren kunnen dan in een ervaringsgebied worden gebracht waarin zij hun gedrag op het moment van het plegen van het delict via de PMT kunnen inzien.

### **7.2 Aanbevelingen**

#### **7.2.1 Aanbeveling op de lange termijn**

Op basis van de theorie en de ervaring binnen het programma is er een positief resultaat neergezet. Wanneer dit programma in de toekomst wordt voortgezet zou dit combinatieprogramma wetenschappelijk onderzocht moeten worden. Het empirisch resultaat van dit onderzoek is dan geen aanname meer vanuit ervaring maar een programma dat als 'evidenced based' kan worden betiteld.

#### **7.2.2 Aanbevelingen op korte termijn**

De aanbeveling is om de psychomotorische therapie een prominentere rol te geven binnen de behandeling. Er moet gekeken worden naar de onderwerpen waar ruimte voor gemaakt moet worden, bijvoorbeeld oefeningen gericht op impulscontrole en slachtofferempathie.

Daarnaast moet er binnen de delictanalyse (fase 3) een betere afstemming komen tussen de PMT en het psychologische programma. Hier kan men zich binnen de PMT richten op de spanningsregulatie. Wanneer er kritisch gekeken wordt hoe de combinatie gelegd kan worden tussen beide delen is dat een aanvulling op de behandeling.

Aanbevelingen in tabelvorm staan op de volgende pagina. Doordat nu de vertaalslag vanuit het psychologische programma wordt gemaakt, sluit de PMT aan bij die informatie.

	<b>Verbaal</b>	<b>PMT</b>
Fase 1.	Kennismaking	Kennismaking
	Waarom therapie?	Symboliseren delicttrap
	Oorzaak / Gevolg	Symboliseren Oorzaak / Gevolg
	Voor- en Nadelen	<i>Afleidende gedachten</i>
Fase 2.	Psycho-educatie	Waar mag je iemand wel / niet aanraken
	Seksualiteit	Afstand - Nabijheid
	Lichamelijkheid	Blind vertrouwen
	Grenzen aangeven / herkennen	Grenzen aangeven / herkennen
Fase 3.	Delicttrap 1: Je levensverhaal	<i>Spanningsregulatie</i>
	Delicttrap 2: Je leven op moment van het delict	<i>Spanningsregulatie</i>
	Delicttrap 3: Gedachten, gevoelens, fantasieën	<i>Spanningsregulatie</i>
	Delicttrap 4: Keuzes en goedpratens	Keuzes maken
	Delicttrap 5: Het delict	Macht als pressiemiddel
Fase 4.	Risicofactoren van de jongere	Agressie als pressiemiddel (verbaal en lichamelijk)
	Preventieplan	Stoplichtmethode
Fase 5.	Preventieplan	<i>Inleven in de ander</i>
		<i>Dader / slachtoffer confrontatie naspelen</i>

*Aanbevelingen combinatie psychologische deel en psychomotorische deel*

De schuingedrukte woorden zijn aanbevelingen voor de behandeling. In fase drie wordt er voor psychomotorische therapie in het schema 3 á 4 weken uitgetrokken om aan de spanningsregulatie van de jongeren te werken. Deze spanningsregulatie loopt van ontspanningsoefeningen tot het in bedwang houden van oplopende spanning. De jongeren zullen tijdens deze oefeningen meer duidelijkheid krijgen hoe hun spanning oploopt en wat dat te maken heeft met het plegen van het delict. Door dit in deze fase aan te bieden sluit dit mooi aan bij de delictanalyse. De spanning die zich opbouwt voorafgaand aan het plegen van een delict wordt dan niet alleen uitgevraagd binnen het psychologische deel maar ook geanalyseerd in de psychomotorische therapie.

Daarbij kunnen de jongeren letterlijk oefenen met het omlaag brengen van hun spanning door middel van ontspanningsoefeningen of middels een andere vorm van afleiding.

Binnen de theorie komt ook naar voren dat deze jeugdige LVG zedendelinquenten een gebrek hebben aan empathie en schuldgevoelens. Deze eigenschappen zijn cruciaal in het voorkomen van een nieuw delict. De keuze is dus om meer te oefenen met het aanleren van het herkennen van gevoelens, dit zelf te ervaren en hier een naam aan te geven. Door een dader / slachtoffer confrontatie na te spelen zullen er bij beide partijen gevoelens naar boven komen. In deze situatie mag het slachtoffer de dader zeggen wat voor hem of haar de gevolgen waren van dit seksuele misbruik. De daders zullen de geoefende emoties herkennen. De stap naar empathie en het hebben van schuldgevoelens is nog niet compleet, maar wordt zo wel kleiner gemaakt.



## 8. Literatuur

Beek, D. van & Mulder, J. (2002). De rol van cognitieve vervormingen in het plegen van pedoseksuele delicten en hun plaats in de behandeling.

*Tijdschrift voor Seksuologie*, 26: 79-86

Bijleveld, C. & Hendriks, J. (2005). Seksuele delinquentie. Jeugdige zedendelinquenten; jong geleerd, oud gedaan?

*Justitiële verkenningen* 1: 96-102

Damme, G. van (2002). Plegers van seksueel geweld: Diagnostiek en behandeling.

*Tijdschrift voor Seksuologie*, 26: 272

Doncker, D. de, Schotte, C. & Koeck S. (2002). De klinische psychologische diagnostiek van plegers van seksueel misbruik: Een diagnostische strategie en instrumentarium.

*Tijdschrift voor Seksuologie*, 26: 46-58

Emmelkamp P., Emmelkamp J., Ruiter, C. de & Vogel, V. de (2002). Effectiviteit van Psychotherapeutische behandeling bij plegers van seksueel geweld.

*Tijdschrift voor Seksuologie*, 26: 97-104

Frenken, J. (2002). Strafbare seksualiteit en seksueel deviant gedrag: Definities en prevalenties.

*Tijdschrift voor Seksuologie*, 26: 4-8

Genderen H. van & Nadort M. (2008) *Wat is schemagerichte cognitieve therapie?* Utrecht:

Cursusprogramma

Gijs, L. (2002.) Etiologische theorieën over seksueel agressief gedrag: Een inleidend overzicht.

*Tijdschrift voor Seksuologie*, 26: 9-25

Grand, B. le, Lutjenhuis, B., Solodova, A. (2003). Behandeling van zwakbegaafde en lichtverstandelijk gehandicapte plegers van seksueel misbruik.

*Directieve therapie*, 23: 82-102

Hag, B. ten (2002). Congresverslag: De jeugdige en verstandelijk gehandicapte zedendelinquent.

*Tijdschrift voor Seksuologie*, 26: 115-119

Harmsma, S. (2008). *Module Vriendschap, Relatie, Intimiteit en Seksualiteit*. Assen: Module

Koolhof, R., Loeber, R. Collot d'Escury, A. (2007). Eerst tot tien tellen! Of is dat voor LVG-jongeren niet genoeg? Is de LVG-jongere extra kwetsbaar om delinquent gedrag te ontwikkelen?

*Onderzoek & Praktijk Voorjaar 2007 Jaargang 5, nummer 1*

Le Sage, L. (2006). Het geweten van jeugdige zedendelinquenten: negeren of behandelen?

*Pedagogiek* 26 1: 82-99

Lodewijks, H. & Wisselink, S. (2007). Behandeling van LVG jongeren met een strafrechtelijke maatregel.

*Onderzoek & Praktijk Voorjaar 2007 Jaargang 5, nummer 1*

Montfort, van. (2006). Effectieve programma's. Handboek methode jeugdreclassering. [Electronische versie].

[www.jeugdreclassering.nl/handboek/pdf/handboek\\_methode\\_jeugdreclassering\\_2006\\_samenvatting.pdf](http://www.jeugdreclassering.nl/handboek/pdf/handboek_methode_jeugdreclassering_2006_samenvatting.pdf)

Nieuwenhuizen, C. van, Doncker, D. de, Beek, D. van & Luk, G. (2002). Redactioneel themanummer 'Seksueel delinquenten: Een overzicht rondom theorie, diagnostiek & behandeling.

*Tijdschrift voor Seksuologie*, 26: 1-3

Nieuwenhuizen, C. van, Philipse M. (2002). Risicotaxatie bij zedendelinquenten: Een globaal literatuuroverzicht.

*Tijdschrift voor Seksuologie*, 26: 70-78

Uijting, M. (2004). Behandeling van 'agressieproblemen': Probleemgedrag bij jongeren met een Licht Verstandelijke Handicap. [Electronische versie]. <http://www.pmtinfosite.nl/index.php>