

Interventie

Pas op de grens Jeugd

Erkenning

Erkend door deelcommissie Justitiële interventies

Datum: 19 juni 2019

Oordeel: Goed onderbouwd

De referentie naar dit document is: Hoogsteder (mei 2019).

Justitieinterventies.nl: beschrijving 'Pas op de grens Jeugd'. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut, Movisie en Trimbos instituut. Gedownload van www.justitieinterventies.nl.

Inhoud

Samenvatting	4
Doelgroep	4
Doel	4
Aanpak	4
Materiaal	4
Onderbouwing	4
Onderzoek	5
1. Uitgebreide beschrijving	5
1.1 Doelgroep	6
1.2 Doel	8
1.3 Aanpak	10
2. Uitvoering	15
3. Onderbouwing	18
4. Onderzoek	25
4.1 Onderzoek naar de uitvoering	25
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten	25
5. Samenvatting Werkzame elementen	26
6. Aangehaalde literatuur	27

Samenvatting

Pas op de grens Jeugd is bedoeld voor jongens (12-21 jaar) die seksueel grensoverschrijdend gedrag (SGG) vertonen of hebben vertoond. Het gaat om jongeren met een matig, matig-hoog of hoge kans op algemene en/of seksuele recidive, maar hoe dan ook een minimale score van laag-matig qua seksuele recidive. De doelgroep is onder te verdelen in de subgroepen misbruikers en kindmisbruikers. Pas op de grens Jeugd heeft als doel om seksueel grensoverschrijdend gedrag in het heden te stoppen en om de kans op recidive in de toekomst te reduceren. De interventie bestaat in ieder geval uit een individuele behandeling, de kernmodule kan eventueel in groepsverband worden aangeboden bij kindmisbruikers. Daarnaast worden de opvoeders bij de behandeling betrokken. De interventie maakt gebruik van een cognitieve gedragsmatige aanpak, het structureel aanbieden van doe-oefeningen en werkt ook systeemgericht. De duur van de interventie is afhankelijk van het leertempo en de ernst van de problematiek, de behandelfase varieert van vier maanden tot maximaal één jaar, exclusief de nazorg.

Doelgroep

Pas op de grens Jeugd is bedoeld voor jongens (12 tot 21 jaar) met een IQ-score boven de 80 die seksueel grensoverschrijdend gedrag vertonen of hebben vertoond met een laag-matig, matig of hoge kans op recidive. De jongens hebben één of meerdere seksuele delict(en) gepleegd (of de kans hierop is groot). Bij de doelgroep is sprake van (enige) psychoseksuele problematiek, zoals hyperseksualiteit en/of strafbare parafilie, seksuele interesses in kinderen of interesses in seks onder dwang. De doelgroep is onder te verdelen in de subgroepen misbruikers en kindmisbruikers.

Doel

Het primaire doel van Pas op de grens Jeugd is tweeledig. Enerzijds gaat het om het minderen of stoppen van SGG in het heden. Anderzijds gaat het om het reduceren van recidive van SGG in de toekomst. Hiertoe richt de behandeling zich op het verminderen van SGG door dynamische (criminogene) risicofactoren te behandelen die gerelateerd zijn aan het seksuele probleemgedrag van de jongere en door protectieve factoren te versterken.

Aanpak

Pas op de grens Jeugd is een op maat gesneden behandeling en bestaat uit drie fasen (voorlopige indicatie en pre-behandeling, behandelfase en de nazorg). De interventie kent een cognitieve gedragsmatige en systeemgerichte aanpak. Het aanbod is individueel, eventueel kan de Kernmodule in groepsverband worden aangeboden bij de kindmisbruikers. Opvoeders worden vooral ingezet om veranderingen in het gedrag van hun kind te realiseren en voor het generaliseren. Verder worden er vrijwel elke sessie doe-oefeningen gedaan. De duur van de interventie is afhankelijk van het leertempo en de ernst van de problematiek, de behandelfase varieert van vier maanden tot maximaal één jaar, exclusief de nazorg. De intensiteit kan oplopen tot drie keer per week als het gaat om een hoog recidiverisico.

Materiaal

Het materiaal van de interventie bestaat uit diverse handleidingen, zoals een theoretische handleiding, een programmahandleiding voor de behandelaren, een managementhandleiding voor zowel de behandelaren als de managers van een instelling. De Startmodule, de module het Verminderen van Stress en Boosheid, en de Kernmodule beschrijven de inhoud van het programma voor zowel de jongere als de behandelaar. Ook is er de module voor de opvoeders (Gezin in beeld). Voor de werving kan gebruik gemaakt worden van een folder en een PowerPointpresentatie. Ook is er een PowerPoint die laat zien hoe de opleiding er uit ziet.

Onderbouwing

Het zorgprogramma maakt gebruik van het transactionele ontwikkelingsmodel om te verklaren hoe de ontwikkeling van SGG en/of het plegen van zedendelicten tot stand is gekomen. Hierbij wordt specifiek de systeemtheorie en het gedachtegoed van het Forward Focused model betrokken, dit model is specifiek ontwikkeld voor jeugdige zedendelinquenten. Het gebruikte verklaringsmodel biedt de mogelijkheid om verschillende criminogene risicofactoren onder te brengen die passen bij de twee subdoelgroepen (misbruikers en kindmisbruikers) die samen de totale doelgroep vormen. Het Forward Focused model gaat ervan uit dat de kans op het vertonen van SGG versterkt wordt tijdens de adolescentiefase. Naast de adolescentiefase als

risicofactor, wordt SGG bij adolescenten beïnvloed door een combinatie van andere risicofactoren. Denk aan een verhoogde kwetsbaarheid voor groepsdruk (misbruikers), het ervaren van een sociaal isolement (sterker en vaker aanwezig bij kindmisbruikers), een tekort aan executieve functies (impulsiviteit en een tekort aan oplossingsvaardigheden). De laatst genoemde risicofactoren komen bij beide subdoelgroepen voor, maar in sterkere mate bij misbruikers. Het disfunctioneren is voor een groot deel verklaarbaar door grote veranderingen die optreden in de hersenen van adolescenten. Als resultaat hiervan kan SGG door jeugdigen worden gezien als korte-termijn gedrag (doen wat het eerste in je opkomt; Caldwell, 2010), in combinatie met geconditioneerde ingebakerde patronen die ontstaan zijn door andere risicofactoren (Central Eight).

Onderzoek

Er heeft een procesevaluatie plaatsgevonden naar de uitvoering van de interventie bij vier vestigingen van de Waag (forensische ambulante zorginstelling). De onderzoeksgroep bestond uit 20 jongeren en 12 behandelaars. De programma-integriteit bleek op groepsniveau meer dan voldoende te zijn. Hierbij werd gekeken naar de werkzame elementen op het gebied van het uitvoeren van een serie sessies en de gehele behandeling (tot nu toe). De jongeren beoordelen de interventie Pas op de grens Jeugd tijdens dit onderzoek met een 9.1. 100% van de jongeren vond dat de behandeling (tot nu toe) had geholpen. Zij vertrouwen er allemaal op dat zij niet nogmaals (seksueel) grensoverschrijdend gedrag zullen vertonen. Tijdens het onderzoek is ook gekeken naar de doeltreffendheid op groepsniveau over een periode van twee maanden. Zowel de jongeren als de behandelaars rapporteerden een significant verschil (positief).

1. Beschrijving interventie

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

Pas op de grens Jeugd is bedoeld voor jongens (12 tot 21 jaar) met een IQ-score boven de 80 (eventuele problemen met betrekking tot het intellectueel en adaptief functioneren zijn beperkt) die seksueel grensoverschrijdend gedrag (SGG) vertonen of hebben vertoond met een matig, matig-hoog of hoge kans op algemene en/of seksuele recidive en een minimale score op laag-matig qua seksuele recidive. De jongens hebben één of meerdere seksuele delict(en) gepleegd (of de kans hierop is groot).

De doelgroep kan worden onderverdeeld in kindmisbruikers (SGG met een kind jonger dan tien jaar of minimaal vier jaar jonger, of met een persoon die fysiek en/of sociaal-emotioneel een stuk zwakker is) en misbruikers (SGG met een leeftijdgenoot of een persoon die ouder is). Bij beide groepen is het van belang om te bepalen in welke mate er sprake is van hyperseksualiteit (bij adolescenten kan dit ook met de leeftijd/ontwikkelingsfase te maken hebben) en/of een vorm van parafilie. Een sterke mate leidt immers bij beide vormen tot sterke gevoelens van drang en leiden daardoor mogelijk eerder tot SGG.

Voor kindmisbruikers geldt in het algemeen dat er vaker sprake is van internaliserende problematiek zoals angst, depressie, en seksuele problemen. Ze hebben weinig tot geen vriendschap met leeftijdsgenoten en hebben weinig sociale vaardigheden. Ook zijn zij relatief vaker slachtoffer van pesten en (seksueel) misbruik (Bijleveld & Hendriks, 2003; Höing, Jonker, & van Berlo, 2010). Mede hierdoor is er een laag zelfbeeld ontstaan (weinig zelfvertrouwen), en is er sprake van gevoelens van eenzaamheid en sociaal isolement. Impulsiviteit uit zich onder andere in een gebrekkige (seksuele) zelfregulatie. Het vermogen om emoties te reguleren is vaak beperkt en vooral naar binnen gericht. Het gaat bij deze subgroep om het moeite hebben met sociale relaties en intimiteit (op dit vlak is er een tekort aan sociale vaardigheden) en disfunctioneel seksueel gedrag, waarvan grensoverschrijdend gedrag een onderdeel is.

Voor misbruikers geldt dat ze naast SGG ook op andere leefgebieden antisociaal gedrag vertonen. Zo hebben zij problemen met de algemene zelfregulatieproblemen (waaronder impulsiviteit en een tekort aan oplossingsvaardigheden) en is dit vaak zichtbaar op verschillende leefgebieden. Het vermogen om emoties te reguleren is vaak beperkt, hierbij spelen ook gevoelens van boosheid een rol. Cognitieve vervormingen gaan niet alleen over seksualiteit, maar ook over het rechtvaardigen van antisociaal gedrag (waaronder agressie) en middelengebruik. In het algemeen hebben misbruikers, tegengesteld aan kindmisbruikers, een sociaal netwerk, maar zijn zij niet goed in het weerstaan van negatieve groepsdruk. Verder is onderscheidend voor deze subdoelgroep dat de thuissituatie vaker problematisch is, met bijvoorbeeld alleenstaande of werkloze ouders of mishandeling / verwaarlozing door de opvoeders (Hissel, Bijleveld, Hendriks, Jansen, & Collot D'Escury, 2006; Höing et al., 2010). Bij deze subdoelgroep is sprake van een antisociaal gedragspatroon gevoed door negatieve sociale druk. Het gaat om regel overtredend gedrag, waarvan SGG (slechts) een onderdeel is.

Bij beide subgroepen is sprake van overlap in risicofactoren (waaronder impulsiviteit en een tekort aan oplossingsvaardigheden), Er is niet altijd een duidelijk onderscheid te maken, een pleger kan uitsluitend misbruiker of kindmisbruiker zijn, maar ook kenmerken van beide subgroepen vertonen.

Intermediaire doelgroep

Pas op de grens Jeugd richt zich naast de jongere, ook op de opvoeder(s) van de jeugdige.

Selectie van doelgroepen

De jongere wordt (in overleg) via een verwijzer aangemeld bij een forensische zorginstelling (de Waag of Accare). Tijdens het intakegesprek wordt onderzocht of een jongere voorlopig geïndiceerd lijkt voor het zorgprogramma. Vervolgens wordt een initieel behandelplan opgesteld met doelen voor de pre-behandelingsfase. In deze fase vinden risicotaxatie en assessment plaats, maar is ook aandacht voor het motiveren, het betrekken van de opvoeder(s) en het opstellen van een veiligheidsplan. De uitkomst van de risicotaxatie (en indien nodig verdiepende diagnostiek) vormt de basis voor een behandelplan dat leidend is in de behandelingsfase. Dit plan wordt ingebracht in een multidisciplinair teamoverleg (MDO). De regiebehandelaar is eindverantwoordelijk voor de definitieve indicatie en draagt zorg voor het opstellen van een behandelplan.

Indicatiecriteria

Formele criteria

1. De jongere beheerst de Nederlandse taal in voldoende mate zodat hij de gegeven instructies en aanwijzingen kan begrijpen;
2. De jongere is tussen de 12 en 21 jaar oud en heeft een IQ-score van 80 of hoger. Afhankelijk van de uitkomst van de screener voor intelligentie en licht verstandelijke beperking (SCIL) en het opleidingsniveau dat de jongere volgt, wordt bepaald of er een intelligentietest moet worden afgenomen. Het is van belang dat de jongere in voldoende mate kan profiteren van de interventie, dit is aannemelijk als de problemen met het intellectueel en adaptief functioneren slechts beperkt zijn. Bij twijfel over het niveau van adaptief functioneren wordt het screeningsinstrument SCAF voor jeugdigen afgenomen.

Inhoudelijke criteria

1. Uit informatie van de verwijzer blijkt dat de jongere minstens één of meerdere seksuele delicten heeft gepleegd of dat de kans hierop groot is. Als er misdrijven zijn gepleegd dan gaat het om misdrijven tegen de zeden, denk aan ontucht, aanranding en verkrachting, het kan ook gaan om SGG via de sociale media, (artikel 240, 242 tot en met 249).
1. De jongere scoort op de RAF-GGZ Jeugd (Risicotaxatie-instrument voor de Ambulante Forensische GGZ Jeugd; Van Horn, Wilpert, Bos, Eisenberg, & Mulder, 2009) matig, matig-hoog of hoog op algemene en/of seksuele recidiverisico met een minimale laag-matig score op seksueel recidiverisico;
2. Er is sprake van (enige) psychoseksuele problematiek. De jongere scoort op de RAF-GGZ Jeugd een 1 of hoger op seksuele deviatie en/of seksuele preoccupatie.
3. Er is sprake van een andere gespecificeerde disruptieve, impulsbeheersings- of andere gedragsstoornis en/of de Oppositionele-Opstandige Stoornis (ODD) en/of CD, en/of ASS en/of een parafilie stoornis.

Indicatiecriteria kindmisbruiker versus misbruiker

Om te bepalen of het gaat om een misbruiker of kindmisbruiker wordt gekeken naar het indexdelict, daarnaast wordt gebruik gemaakt van de J-SOAP-D (Juvenile Sex Offender Assessment Protocol II; Bullens, van Horn, van Eck, Das, 2005). Als het gaat om een kindmisbruiker dan scoort hij lager op schaal II (antisociaal gedrag) dan op schaal I (seksuele drang) al dan niet in combinatie met een matig of hoge score op schaal I en schaal III (inzicht en responsiviteit). De misbruiker scoort hoger op schaal II dan schaal I.

Kindmisbruiker (seksueel risicoprofiel)

Mocht een jongere passen in dit profiel, dan zijn de onderdelen uit de kernmodule gericht op de seksuele zelfregulatie, het vergroten van zelfvertrouwen en het doorbreken van het sociale isolement hoe dan ook van toepassing.

Misbruiker (antisociaal risicoprofiel)

Jongeren die meer passen bij het antisociale risicoprofiel en/of die matig of hoog scoren op het item Impulsiviteit (RAF-GGZ-Jeugd) zijn intensiever bezig met het hoofdstuk 'baas over je gedrag' uit de kernmodule. Ook is voor hen de module het Verminderen van Stress en Boosheid van toepassing. Als blijkt uit het delict dat de jongere een groepsdader is, dan is eveneens het onderdeel over het leren weerstaan van groepsdruk uit het hoofdstuk 'Assertiviteit' van de kernmodule geïndiceerd.

Contra-indicatiecriteria

Contra-indicaties voor deelname aan het zorgprogramma

1. De jongere is niet te motiveren om in behandeling te gaan¹.
2. De jongere kampt met een acute psychose;
3. Er is sprake van ernstige verslavingsproblematiek die leren/verandering onmogelijk maakt. Meestal wordt dit duidelijk door gedrag tijdens de intake, informatie vanuit het netwerk en de verwijzer en de uitkomst van de screening op problematisch middelengebruik.

Contra-indicatie voor het groepsgericht werken²

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

De contra-indicatiecriteria worden vastgesteld op grond van dossierinformatie die afkomstig is van de verwijzer, de informatie verkregen uit het intakegesprek, de pre-behandelingsfase en de klinische blik van de regiebehandelaar.

Betrokkenheid

Tijdens het ontwikkelen van Pas op de grens Jeugd is de doelgroep beperkt betrokken. Aan de jongeren die de behandeling aangeboden hebben gekregen, is gevraagd om ervaringen te delen en tips te geven over gewenste veranderingen. Uit deze evaluatie kwam naar voren dat jongeren die door Waag-behandelaren zijn behandeld, de interventie gemiddeld genomen hebben beoordeeld met een 9,1. Jongeren vonden het prettig dat er concreet aan hun probleemgedrag werd gewerkt, maar ook dat er oog was voor hun positieve eigenschappen en mogelijke talenten. Ze voelden zich gemotiveerd en begrepen (score van 9,5 en 9,2). Enkele jongeren gaven aan dat ze nog meer doe-oefeningen wilden doen. Verder werd duidelijk dat de titel (SOS-ZORG, stop ongewenste seksualiteit) niet goed viel. Ook gaven enkele jongeren aan dat ze het niet fijn vinden dat er aan de voorkant van de module staat dat het gaat om seksueel grensoverschrijdend gedrag. Dit mag eventueel wel op het tweede blad worden vermeld.

1.2 Doel

Hoofddoel

De interventie heeft primair tot doel om seksueel grensoverschrijdend gedrag in het heden te stoppen en (de kans op) recidive van seksueel delictgedrag in de toekomst te reduceren. Om te bepalen of het hoofddoel wordt behaald, worden de RAF-GGZ Jeugd, de J-SOAP-D en de SGG-doelenlijst gebruikt. De laatst genoemde lijst wordt door de behandelaar, de jongere en de opvoeder ingevuld. Bij het eerste instrument wordt gestreefd naar het bereiken van een lager risiconiveau. Bij de J-SOAP-D wordt gestreefd naar vermindering van de dynamische risicofactoren (schaal IV (persoonlijke en maatschappelijke stabiliteit), helaas is schaal III onbetrouwbaar gebleken). Als er onderzoek wordt gedaan naar de effectiviteit van de interventie dan worden er ook recidivecijfers opgevraagd bij het WODC. Een hogere score bij de SGG-doelenlijst (een gemiddelde stijging van anderhalve punt) betekent dat de dynamische risicofactoren zijn verminderd en dit leidt tot minder kans op recidive.

¹ Als er sprake is van demotivatie wordt er fors ingezet op het motiveren, waaronder het opbouwen van een behandelrelatie. Eventueel is outreachend werken gepast als dit motiverend werkt of het rust in crisissituaties brengt. Als een jongere echter blijft weigeren om een gesprek aan te gaan, dan is er sprake van een contra-indicatie.

² Het is mogelijk om jongeren de Kernmodule grotendeels in groepsverband aan te bieden als het gaat om jongeren die vallen onder de subgroep kindmisbruikers. Er dient dan echter geen sprake te zijn van een contra-indicatie voor groepsgericht werken. Groepsgericht werken wordt ingezet als het aannemelijk is dat de jongere gemakkelijker tot leren komt in een groep en hier steun aan ontleent. De groep dient overigens nooit groter dan zes personen te zijn. Op die manier kan de responsiviteit beter worden gewaarborgd.

Subdoelen

Hieronder worden de verschillende subdoelen beschreven die helpen om het hoofddoel te realiseren. Het betreft subdoelen voor de gehele doelgroep en subdoelen voor de kindmisbruikers en de misbruikers. Hierbij wordt ook stilgestaan of het om jongeren gaat met hyperseksualiteit of sterke drang tot (strafbare) parafilie. N.B. Er zijn jongeren die kenmerken hebben van beide subgroepen. Check dan bij welke subdoelen van beide groepen van toepassing zijn.

Subdoelen voor de gehele doelgroep.

Algemene veiligheid

De jongere houdt zich aan de afspraken van het veiligheidsplan en staat hier ook achter (startmodule / gezin in beeld).

Responsiviteit

Bij de jongere is sprake van verandermotivatie. De jongere toont inzet tijdens de behandeling en doet moeite om te werken aan verandering (begint tijdens de startmodule).

1. Seksuele zelfregulatie

De jongere weet wat seksueel grensoverschrijdend gedrag is en herkent dit bij zichzelf (Kernmodule (KM), hoofdstuk seksualiteit).

2. Beperkt positief zelfbeeld, gebrek aan sociale- en oplossingsvaardigheden / sociaal isolement

- A. De jongere oefent met het herkennen en accepteren van de (seksuele) grenzen van een ander (KM: grenzen herkennen en accepteren);
- B. Er is minimaal één persoon uit het netwerk van de jongere die daadwerkelijk steun biedt (begint al tijdens de Startmodule).

3. Problemen met de algemene (en seksuele) zelfregulatie

- A. De jongere is in staat om (seksuele) impulsen te beheersen als deze mogelijk leiden tot problemen. De jongere kan eigen impulsen waarnemen en deze uitstellen/stoppen. Ook is hij in staat om minimaal twee beheersingsvaardigheden toe te passen als de neiging tot SGG of andere vormen van ongewenst gedrag sterk wordt. *(Er wordt intensiever aan dit doel gewerkt via KM, het hoofdstuk baas over eigen gedrag bij misbruikers en jongeren met hyperseksualiteit of sterke drang tot (strafbare) parafilie).*
- B. De jongere kan zijn emoties herkennen en hier gepast uiting aan geven, zodat verwerking mogelijk is (KM: meer zicht op je emoties).
- C. De jongere beschikt over basale oplossingsvaardigheden. Hij kan enkele oplossingen (manieren van reageren) bedenken en toepassen bij lastige situaties en indien nodig om hulp vragen (elke sessie).

4. Problematische attitude en cognities (hoofdstuk KM: Anders denken)

De jongere kan functionele (helpende) gedachten toepassen en maakt geen gebruik van goedpratens. De irrationele gedachten / problematische opvattingen die gerelateerd zijn aan seksueel grensoverschrijdend (geldt vooral voor kindmisbruikers) en/of antisociaal gedrag (geldt vooral voor misbruikers) zijn afgenomen.

Subdoelen bij kindmisbruikers

1. Seksuele zelfregulatie (KM: Baas over je gedrag, geldt ook voor jongeren met hyperseksualiteit of sterke drang tot (strafbare) parafilie, dit kunnen misbruikers zijn).

- A. De jongere heeft een adequate seksuele zelfregulatie. Dit betekent dat de jongere het verlangen naar seksueel afwijkend gedrag de baas is. Zeker als dit kan leiden tot strafbaar gedrag.
- B. De jongere denkt niet voortdurend aan seks (indien van toepassing). De jongere is in staat om dagelijks aandacht te besteden aan bezigheden die passen bij diverse leefgebieden;

2. Beperkt positief zelfbeeld, gebrek aan sociale- en oplossingsvaardigheden / sociaal isolement

- A. De jongere weet wat hij kan en ervaart een paar keer per week momenten van zelfvertrouwen (KM: vergroten van je zelfvertrouwen);

- B. De jongere beschikt over adequate vaardigheden voor het maken van contact. Hij doet minimaal wekelijks een activiteit met een ander (KM: Contact maken);
- C. Er is een adequate dagbesteding gerealiseerd (indien nodig). De jongere ervaart hierdoor minder sociaal isolement.

Subdoelen bij misbruikers

1. Beperkt positief zelfbeeld, gebrek aan sociale- en oplossingsvaardigheden / sociaal isolement

De jongere is in staat om de negatieve groepsdruk van leeftijdgenoten te weerstaan (indien er grensoverschrijdend gedrag in groepsverband wordt gepleegd (KM: Assertiviteit).

2. Problemen met de algemene zelfregulatie

De jongere is in staat om stress en/of boosheid te verminderen. De jongere doet dagelijks oefeningen die leiden tot minder stress en/of boosheid. Ook kent en doet de jongere oefeningen die hem helpen bij het legitiem uiten van gevoelens van boosheid (module het Verminderen van Stress en Boosheid).

Subdoelen voor opvoeders voor de gehele doelgroep (module Gezin in beeld)

1. Opvoeders begrijpen meer over de gedragsproblemen (CD, ODD, SGG, ASS, ADHD) van hun kind door het krijgen van psycho-educatie en zijn in staat om het veiligheidsplan na te leven;
2. Opvoeders weten waar een seksuele opvoeding uit bestaat en krijgen hiervoor handvatten aangereikt. Zij kunnen SGG bij hun kind begrenzen en zorgen voor de juiste steun (eventueel door de inzet van iemand anders) bij vragen en/of moeilijkheden over seksualiteit.

Subdoel voor opvoeders van kindmisbruikers

1. Opvoeders stimuleren de jongere tot het uitbreiden van zijn netwerk en het wekelijks doen van een activiteit met leeftijdgenoten.

Subdoelen voor opvoeders van misbruikers

1. Opvoeders beschikken over meer copingvaardigheden, in het bijzonder over meer oplossingsvaardigheden in het omgaan met hun kind;
2. De opvoedingscompetenties van opvoeder(s) zijn verbeterd, ze hebben meer gezag, maar tonen ook (meer) begrip en zijn in staat tot valideren (actief luisteren en aandacht voor de denkwijze en emoties van hun kind).

Voor het evalueren van het behalen van de subdoelen wordt naast de RAF-GGZ Jeugd (ook functioneren van het gezin), de J-SOAP-D en de SGG-doelenlijst (ook functioneren van het gezin), ook de Forensische Klachten Lijst Jeugd (Van Horn, & Boswinkel, 2017) gebruikt. Validatieonderzoek m.b.t. deze laatste lijst is gaande, de lijst meet o.a. mate van boosheid, de actieve coping en executieve functies gericht op gedragsregulatie en functioneren m.b.t. seksualiteit. Om de behandelingsfase succesvol af te ronden is het nodig dat de scores op deze instrumenten in vergelijking met de nulmeting zijn verbeterd. Op groepsniveau betekent dit dat de veranderingen bij alle subdoelen significant zullen zijn.

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie

Algemeen

Er wordt gewerkt met een Startmodule, Kernmodule en de module Gezin en Beeld. De modules bestaan uit verschillende hoofdstukken. Sommige hoofdstukken en enkele onderdelen uit de hoofdstukken zijn optioneel; deze worden alleen toegepast als dit aansluit bij de problematiek van de jongere / opvoeder(s). Hetzelfde geldt voor de optionele module het Verminderen van Stress en Boosheid.

Opzet / fasering

Pas op de grens Jeugd bestaat uit de volgende drie fasen:

1. Voorlopige indicatie en pre-behandeling. Deze fase kan worden gezien als een verkenningsfase met de maximale duur van drie maanden (intake, voorlopige indicatie, opstellen initieel behandelplan, uitvoering geven aan de pre-behandeling met ter afsluiting een behandelplan die geldt tijdens de behandelingsfase). Tijdens deze fase wordt gestart met de Startmodule, de jongere en opvoeder(s) worden

indien nodig gemotiveerd om aan de behandeling deel te nemen. Er wordt aan veiligheid gewerkt, maar ook aan het vergroten van de responsiviteit door stil te staan bij de eigen kracht en mogelijkheden. Daarnaast is er aandacht voor het betrekken van een steunend netwerk en het leren herkennen van risicofactoren. Ook wordt er zorggedragen voor risicotaxatie en assessment.

2. **Behandeling.** Er wordt gewerkt aan de onderdelen uit de Startmodule waar tijdens de pre-behandeling nog niet aan toe is gekomen, maar die wel van toepassing zijn. Daarna volgen de standaard en geïndiceerde optionele onderdelen uit de Kernmodule met als doel SGG te stoppen, eventueel in combinatie met de optionele module het Verminderen van Stress en Boosheid. Voor indicatiestelling van de optionele onderdelen wordt gebruik gemaakt van de uitkomsten van het risicotaxatie-instrument, de J-SOAP en de doelenlijst. Parallel aan dit aanbod wordt de module Gezin in beeld aangeboden. Ook is ondersteunende behandeling mogelijk, zoals EMDR of farmacotherapie voor het behandelen van bijvoorbeeld ADHD.
3. **Nazorg.** In de nazorgfase werken jongeren en opvoeders aan het voorkomen van terugvalpreventie. Er wordt getoetst of nieuwe vaardigheden in voldoende mate worden toegepast. Tijdens de nazorg wordt het aantal face tot face interventies afgebouwd en zal het contact steeds vaker uit telefonisch contact en beeldbellen bestaan, indien de veiligheid dit toelaat. Zodra de behandelaar merkt dat er sprake is van (dreigende) terugval of als de jongere eenzaamheid ervaart, wordt het contact geïntensiveerd. De nazorg worden stopgezet, als de jongere minimaal twee maanden achter elkaar stabiel gedrag heeft laten zien. De nazorg wordt dan volledig overgedragen aan de reclassering, indien hier sprake van is.

Frequentie en duur

De duur en intensiteit zijn bepaald op basis van ervaringen die zijn opgedaan in het jarenlang behandelen van de doelgroep. De eerste fase is binnen twaalf weken afgerond. De duur van de behandelfase is afhankelijk van het recidiverisico, de motivatie en het leertempo van de jongere. Het gaat om minimaal vier maanden tot maximaal 12 maanden (exclusief de nazorgfase). De aangeboden behandelfrequentie verschilt per jongere. Als er geen aanvullende behandeling wordt aangeboden en het om een laag-matig tot matig recidiverisico gaat, dan wordt er gemiddeld genomen een keer per week een behandelsessie aangeboden. Parallel aan deze behandeling vinden ook een keer per twee weken sessies plaats met de opvoeder(s). Mocht er sprake zijn van aanvullende behandelvormen, een hoger recidiverisico en/of acute risicofactoren dan kan er gemiddeld genomen anderhalf tot drie keer per week een sessie worden aangeboden. Bij het bepalen welke frequentie het meest passend is, wordt rekening gehouden met de draagkracht van de jongere en de opvoeders. Het is belangrijk dat het volgen van een opleiding en andere vormen van dagbesteding voortgezet kunnen worden. De duur van een individuele sessie kan variëren van 45 minuten tot 90 minuten. Een groepsessie duurt ongeveer 90 minuten, inclusief pauze.

Inhoud van de interventie

Algemene informatie

De onderdelen uit de module worden waar mogelijk in een vaste volgorde aangeboden (zie onderstaand overzicht over de inhoud van de modules). Het moment waarop de verschillende probleemgebieden worden aangepakt, heeft immers invloed op de leerbaarheid. Als een jongere minder gestrest en/of boos is, is het bijvoorbeeld makkelijker om te werken aan het hoofdstuk Anders denken uit de Kernmodule. In het kader van de responsiviteit kan echter van de volgorde worden afgeweken, bijvoorbeeld als een jongere weerstand toont tegen een specifiek onderdeel en liever begint met een ander onderdeel. De tijd die een jongere of een groep met een hoofdstuk bezig is, is afhankelijk van het leertempo en de hardnekkigheid van de problematiek. Mocht dit tempo binnen een groep verschillen, dan werkt een jongere individueel door aan het thema. Ook hang het af van de inbreng van een jongere tijdens het bespreken van de afgelopen periode.

Opbouw sessie

Elke bijeenkomst wordt een transfer gemaakt naar de vorige bijeenkomst en stilgestaan bij de afgelopen dagen of week. Hierbij wordt gevraagd of de jongere een lastige situatie heeft meegemaakt. Zo ja, dan wordt er ook stilgestaan bij het bedenken van een passende reactie en het oefenen hiervan. Verder wordt er stilgestaan bij positieve ervaringen, de emoties die de jongere heeft ervaren en hoe vaak hij bezig was met seks. Eventueel wordt ook navraag gedaan naar de mate waarin (seksuele) spanning werd ervaren. Na het bespreken van deze vragen wordt er doorgedaan met onderdeel uit de module, focus ligt dan op het bieden van inzicht en het doen van een oefening. Aan het einde van de sessie wordt er al pratend de bijeenkomst samengevat en wordt er een

passende thuis-opdracht aan de jongere meegegeven. Meestal in de vorm van een doe-oefening. Bijvoorbeeld door de komende dagen te oefen met het toepassen van een beheersingsvaardigheid of een helpende gedachte. Indien nodig worden er altijd motivatietechnieken ingezet om motivatieverandering te stimuleren.

Individuele versus groepsbehandeling

Er wordt (grotendeels) individueel behandeld in combinatie met het betrekken van de opvoeder(s). Alleen de standaard onderdelen uit de Kernmodule en de onderdelen die passen bij de kindmisbruiker kunnen eventueel in groepsverband (kleine groepjes) worden aangeboden als dit (beter) aansluit bij de leerstijl van de jongere en het gaat om een kindmisbruiker. Ook moet het logistiek gezien haalbaar zijn. Het is immers essentieel dat de jongere niet te lang hoeft te wachten voordat er een groep van start gaat. In de praktijk is het om die reden tot nu toe nog niet voorgekomen. Als er gekozen wordt voor een groepsgericht aanbod, dan wordt alsnog minimaal elke drie weken een individuele sessie aangeboden. Er is dan aandacht voor de optionele onderdelen uit de kernmodule die bij de jongere van toepassing zijn. Dit kan echter vaker worden ingezet (afhankelijk van het recidiverisico, de aanwezigheid van acute risicofactoren, het leertempo en de mate waarin er sprake is van demotivatie). De evaluaties die iedere vier maanden plaatsvinden zijn altijd individueel gericht, maar in aanwezigheid van de opvoeder(s), de verwijzer (tenzij het gaat om de huisarts). In verband met het verzorgen van een veilig leerklimaat bestaat een groep uit maximaal zes jongeren.

1. Startmodule (standaard).

Deze module wordt tijdens de pre-behandeling aangeboden. Er wordt gewerkt aan het motiveren (werken met voor-en nadelen balans) en het opstellen van een veiligheidsplan. Hierbij worden ook de opvoeder(s) betrokken. Verder ligt de focus op het in beeld brengen van het netwerk met een netwerkanalyse en het verkrijgen van meer steun. Bij kindmisbruikers wordt er vooral gewerkt aan een plan voor het uitbreiden van het netwerk, bij misbruikers wordt vaker bekeken wie een negatieve invloed heeft, wat dit voor de jongere betekent en hoe dit doorbroken kan worden. Er wordt ingegaan op de krachten van de jongere door te kijken naar wat er goed gaat in het leven. De module besteedt ook aandacht aan negatieve en positieve gebeurtenissen die de jongere heeft meegemaakt (via het werken met een levenslijn). Op deze wijze wordt getracht te ontdekken of er ervaringen zijn die van invloed zijn op het getoonde SGG. De module wordt afgerond door te ontdekken aan welke levensdoelen de jongere wil werken die helpen om te worden zoals de jongere graag wil zijn. Op basis van de uitkomst worden ten slotte leerdoelen voor de komende periode geformuleerd. Hierbij wordt uitgegaan van het gedachtegoed van het Good Lives Model, namelijk dat het werken aan “levensdoelen” en “hoe je graag wil zijn” beschermend werkt en motiverender is, dan (alleen) risicogericht behandelen.

2. De module het Verminderen van Stress en Boosheid (optioneel)

Deze module is vooral bedoeld voor de misbruiker en biedt handvatten om gevoelens van stress en boosheid te verminderen. De jongere leert gevoelens van stress en boosheid bij zichzelf waar te nemen en ontdekt welke (structurele) situaties de gevoelens versterken. Daarnaast onderzoekt de jongere welke manieren helpen om stress en boosheid te verminderen, aangezien dit leidt tot meer leerbaarheid en zelfeffectiviteit en minder negatieve emoties, waaronder boosheid. Er wordt tijdens deze module o.a. gewerkt met diverse ontspanningsoefeningen, bewerkte mindfulness oefeningen en de oefening ‘wisselen van aandacht’. Het is de bedoeling dat de jongere minimaal twee tot drie oefeningen kan toepassen en dit regelmatig herhaalt waardoor chronische stress gereduceerd wordt.

3. Kernmodule (standaard met optionele onderdelen)

De kernmodule is opgebouwd uit diverse hoofdstukken. Enkele hoofdstukken of onderdelen uit de hoofdstukken zijn optioneel. Dit betekent dat er per jongere bekeken wordt of de optionele onderdelen voor hem van toepassing zijn. Als de Kernmodule ook groepsgericht wordt aangeboden, worden de optionele onderdelen individueel doorgenomen, tenzij een optioneel onderdeel bij alle groepsleden van toepassing is.

Het hoofdstuk Seksualiteit is standaard en vooral gericht op het bieden van psycho-educatie. Het gaat in op de seksuele ontwikkeling en de ervaringen van jongeren omtrent seksualiteit gerelateerd aan de leeftijd. Daarna wordt de mogelijkheid geboden om meer informatie te geven over vormen van SGG, maar ook over de impact van het seksueel misbruikt zijn. Hierbij is het mogelijk om stil te staan bij de eventuele eigen slachtofferschap (speelt vaker bij kindmisbruikers). Tevens kan, indien wenselijk, onderzocht worden of de jongere mogelijk verslaafd is aan seks / er te vaak mee bezig is.

Het hoofdstuk Zelfvertrouwen (optioneel) werkt de jongere aan vaardigheden die helpen om het geloof in eigen kunnen te vergroten. Er wordt gewerkt aan het vergroten van het zelfvertrouwen door een jongere regelmatig verschillende dingen te laten doen waar hij goed in is. Ook leert de jongere zichzelf aan te moedigen door te oefenen met het toepassen van een helpende gedachte, inclusief een houding die de gedachte versterkt, in plaats van zelf-ondermijnende gedachten te gebruiken. Daarnaast wordt er geoefend met het aannemen van een houding die zelfvertrouwen uitstraalt. De jongere wordt gestimuleerd om deze houding en het gevoel regelmatig op te roepen, zodat hij dit op den duur ook kan oproepen/toepassen als hij geconfronteerd wordt met lastige situaties.

Het hoofdstuk Baas over je gedrag is standaard, en gericht op het verbeteren van de impulscontrole door onder andere te werken met bewerkte mindfulness-oefeningen gericht op het leren richten van de aandacht (langer kunnen concentreren). De jongere leert zijn impulsen beter te herkennen en oefent met vaardigheden die helpen zijn impulsen gemakkelijker uit te stellen. Vervolgens wordt er geoefend met het toepassen van diverse beheersingstrucs. Hierbij oefent de jongere met het weerstaan van triggers die sneller leiden tot ongewenste vormen van seks en/of SGG, maar er kan ook geoefend worden met andere vormen van drang / boosheidsgevoelens die leiden tot agressie. Bedoeling is dat de jongere uiteindelijk minimaal twee manieren kan toepassen die helpen zichzelf te beheersen om bijvoorbeeld ongewenste seks, het kijken naar porno, SGG en/of ander antisociaal gedrag of agressie te voorkomen.

Het hoofdstuk over Anders denken is standaard en werkt via CGT-technieken aan het verminderen van cognitieve vervormingen. De invloed van het denken op emoties en gedrag wordt uitgelegd (RET) met het model van de vijf G's (gebeurtenis, gedachten, gevoelens, gedrag en gevolgen). De jongere wordt gestimuleerd om helpende gedachten toe te passen in diverse situaties die voor hem lastig zijn. Ook wordt de jongere uitgedaagd zich te identificeren met iemand die tegenovergesteld denkt aan zichzelf. Dit helpt om meer flexibiliteit in denken te realiseren. Verder wordt er inzicht geboden in de goedpraters die de jongere toepast en wordt de jongere opnieuw gestimuleerd om goedpraters om te zetten in helpende (realistische) gedachten.

Het hoofdstuk Meer zicht op je emoties is standaard en draagt bij aan het leren kennen van de verschillende functies van emoties. Ook wordt de jongere gestimuleerd om te onderzoeken welke emoties hij regelmatig heeft en leiden tot negatieve gevoelens en/of ongewenste seks, het kijken van porno of SGG. Het hoofdstuk helpt om emoties beter te leren herkennen, zowel bij de jongere zelf als bij anderen. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de kaartjes met gevoelens die horen bij het gevoelswereldspel. Verder wordt er gewerkt aan het meer leren uiten van gevoelens en het meer greep krijgen op eigen emoties.

In het hoofdstuk Het herkennen en accepteren van grenzen (standaard) worden diverse ervaringsgerichte oefeningen aangeboden die helpen om (seksuele) grenzen te herkennen, maar ook om deze te accepteren. Zo wordt er vanuit rollenspelen geoefend met het herkennen van een grens van jezelf en de ander, en al doende onderzocht wat passend gedrag is en wat niet. Ook wordt het vlaggensysteem (Movisie, 2011) ingezet voor krijgen van handvatten over grenzen omtrent seksualiteit. Er worden verschillende seksuele gedragingen voorgelegd die op kaartjes beschreven staan. Het is de bedoeling dat de jongere beoordeelt of het seksuele gedrag wenselijk, schadelijk of zelfs strafbaar is. Of een voorbeeld grensoverschrijdend is, hangt sterk af van de leeftijd, de context, de mate van gebrek aan instemming en of er dreiging of dwang wordt gebruikt.

In het hoofdstuk over Assertiviteit (standaard) leert de jongere het verschil kennen tussen subassertief, assertief en agressief reageren door te werken met filmfragmenten en door het zelf uit te proberen. Vervolgens worden verschillende manieren van assertief zijn geoefend d.m.v. rollenspelen aan de hand van eigen ingebrachte situaties. Bij beide subgroepen is het belangrijk dat een jongere enkele manieren ontdekt die bij hem passen en die passen bij de context. Daarna wordt er stilgestaan en geoefend met hoe je NEE kunt zeggen. Verder wordt er door het toepassen van specifieke vaardigheden geoefend met het weerstand bieden tegen (verschillende situaties van) negatieve groepsdruk (dit laatste deel is vooral van toepassing bij de misbruiker). Bij de kindmisbruiker zal het accent meer liggen op het veranderen van subassertief gedrag in assertief gedrag, bij de misbruiker ligt de focus op het voor jezelf leren opkomen door assertief gedrag in plaats van agressief gedrag.

Het hoofdstuk over Contact maken werkt aan vaardigheden die helpen om contact te maken, ook met iemand die de jongere leuk vindt. Er worden tips gegeven en geoefend met het toepassen van deze tips. Er wordt hierbij gelet op gebruik van taal/tekst, een passende lichaamstaal, een houding die past bij het ervaren van rust en/of zelfvertrouwen en het toepassen van helpende gedachten. Dit hoofdstuk is vooral van toepassing bij kindmisbruikers,

Het hoofdstuk over Probleemoplossing (optioneel) wordt alleen aangeboden als het werken aan probleemoplossingsvaardigheden aan het begin van elke sessie onvoldoende leidt tot verbetering. In dit hoofdstuk worden de jongeren gestimuleerd om manieren van reageren te bedenken voor voortdurende problemen. Het kan ook gaan om situaties die niet op te lossen zijn.

4. Gezinsmodule Gezin in beeld (standaard met optionele onderdelen)

Tijdens de gezinsmodule is allereerst aandacht voor het realiseren van veiligheid (inzet veiligheids- en crisisplan). Er wordt psycho-educatie gegeven over een gedragsstoornis en/of ADHD en/of autisme, mochten ouders nog onvoldoende kennis hebben. Verder ligt de focus op het verkrijgen van meer steun door het maken van een netwerkanalyse, zodat beter beoordeeld kan worden wie hiervoor benaderd kan worden. Er is aandacht voor de impact die het SGG gedrag heeft (gehad) op het gezin en hoe ze hier nu het beste mee om kunnen gaan. Verder wordt er stilgestaan bij (seksuele) opvoedingsvaardigheden. Opvoeders erkennen de eigen normen en waarden met betrekking tot seksualiteit en leren (en oefenen met rollenspelen) welke gedragingen van hun kind begrensd moeten worden. Als het nodig is om conflicten te verminderen, wordt hier aan gewerkt. Ouders leren dan bijvoorbeeld te stoppen met het inzetten van rode knoppen en kijken hoe zij de-escalerend kunnen reageren op gedrag van hun kind dat boosheid oproept. Ook oefenen zij d.m.v. rollenspelen en feedback van de behandelaar hoe zij hun kind meer kunnen “valideren” (met meer aandacht luisteren en erkenning geven voor gevoel). Er wordt eventueel gewerkt met het toe leren passen van helpende gedachten die ervoor zorgen dat de opvoeder(s) en de jongere minder negatief over elkaar denken.

Een hoofdstuk uit de gezinsmodule gaat in op het thema vriendschappen van de jongere. Dit hoofdstuk wordt alleen behandeld als de jongere zich negatief laat beïnvloeden door vrienden en opvoeder(s) of als opvoeder(s) de neiging hebben de schuld van het probleemgedrag van hun kind bij de vrienden te leggen, waardoor er nog meer verwijdering plaatsvindt en de jongere juist naar zijn vrienden toetrekt. Verder wordt er indien nodig aandacht besteed aan het realiseren van een zinvolle dagbesteding en krijgen ouders adviezen voor het verminderen van spijbelgedrag. Tevens is er een hoofdstuk gericht op psycho-educatie over problematisch middelengebruik en interventies die ondersteunen bij het stoppen van (problematisch) middelengebruik.

Afronding van de behandeling

In de laatste fase van de behandeling wordt in het laatste hoofdstuk van de Kernmodule gewerkt aan een toekomstplan. Hierbij wordt eerst geëvalueerd welke veranderingen zichtbaar zijn door te kijken naar de oude en de nieuwe ik. Vervolgens wordt er besproken wat er nodig is om de nieuwe ik ook nog in de toekomst te versterken. Tijdens het opstellen van het toekomstplan wordt rekening gehouden met mogelijke lastige situaties in de toekomst.

Wat moet er minimaal worden gedaan (alle fasen)

De jongere heeft de standaardonderdelen aangeboden gekregen en de geïndiceerde optionele hoofdstukken. Hierbij zijn er vrijwel elke sessie doe-oefeningen aangeboden. Ook is de jongere gestimuleerd om thuis oefeningen of opdrachten te doen. Opvoeder(s) zijn betrokken bij de behandeling, zij hebben meegewerkt aan het opstellen en naleven van het veiligheidsplan. Er wordt via de module Gezin in Beeld gewerkt aan het aanleren van ondersteunende vaardigheden om herhaling van SGG te voorkomen (maar ook andere vormen van grensoverschrijdend gedrag). Ook worden ouders uitgenodigd tijdens de evaluatiemomenten om zo de voortgang van hun kind te bespreken. Daarnaast worden de jeugdige en de opvoeder(s) gestimuleerd om mensen uit hun netwerk te benaderen voor het krijgen van meer steun.

2. Uitvoering

Materialen

De interventie bevat verschillende handleidingen en modules, namelijk:

1. Theoretische handleiding. Deze handleiding bevat vrijwel alle informatie die ook in dit werkblad is te vinden, maar gaat uitgebreider in op de doelgroep en het verklarings- en veranderingsmodel.
2. Programmahandleiding voor de behandelaar. Deze handleiding bevat ondersteunende informatie over het aanbieden van de interventie met specifieke aandacht voor de basistechnieken, veiligheidsmanagement en het motiveren. Ook worden er algemene richtlijnen meegegeven als er bijvoorbeeld sprake is van traumagerelateerde klachten en problematisch middelengebruik, etc. Verder zijn er richtlijnen te vinden m.b.t. de modules.
3. Een viertal modules (Startmodule, de module het Verminderen van Stress en Boosheid, de Kernmodule en de module Gezin in beeld).
De eerste drie modules zijn geschreven voor de jongeren (mochten ze deze willen lezen), de laatste module is vooral bedoeld voor de opvoeders. Alle modules bieden echter ook houvast voor de behandelaar. Aan de hand van de modules en het hoofdstuk in de algemene programmahandleiding over deze modules, krijgt de behandelaar een duidelijk beeld en kader aangereikt over de inhoud;
4. Managementhandleiding voor de behandelaar en managers van de instelling. Deze handleiding biedt zicht op de wijze waarop de kwaliteitsbewaking wordt gerealiseerd en gemonitord. Ook worden de randvoorwaarden helder omschreven, zodat managers van een instelling weten wat er nodig is om de interventie aan te bieden. Er wordt ook uitleg gegeven over de nodige eisen omtrent de basisopleiding en competenties.

Er bestaat een PowerPoint die inzage biedt in de basisopleiding, en een PowerPoint die gebruikt kan worden om de behandeling intern of aan ketenpartners te presenteren. Ook is er een folder over Pas op de grens Jeugd leverbaar. Deze kan gebruikt worden om de interventie te promoten bij reguliere verwijzers. Het materiaal is via de Waag te verkrijgen.

Locatie en type organisatie

De interventie wordt uitgevoerd door de Waag en Accare. Het gaat om forensische ambulante zorginstellingen die gespecialiseerd zijn in het behandelen van adolescenten en beschikken over de inzet van een kinder- en jeugdpsychiater in combinatie met voldoende behandelaren met kennis van en ervaring in het systemisch werken en de cognitieve gedragstherapie. Om de behandeling uit te kunnen voeren is het nodig om te beschikken over een reguliere behandelkamer en een kleine groepsruimte.

Opleiding en competenties van de uitvoerders

Als vooropleiding dient een behandelaar voor deze interventie universitair (psychologie of forensische orthopedagogiek of hbo+ (sociaal-agogisch) opgeleid te zijn. In het laatste geval kan het gaan om een dramatherapeut met voldoende kennis over CGT of een systeemtherapeut. De behandelaar is geschoold in het werken en/of het toepassen van cognitieve gedragstherapie. Kennis over ontwikkelingspsychologie en ervaring met het systeemgericht werken is een pré. Een behandelaar die met het zorgprogramma gaat werken is verplicht om hier een specifieke training voor te volgen. Hier wordt uitgebreid bij stil gestaan bij het onderdeel over de kwaliteitsbewaking.

Naast eisen omtrent de opleiding, zijn er ook specifieke competenties vereist, namelijk:

Een behandelaar die met Pas op de grens Jeugd gaat werken, wordt op de volgende competenties getoetst tijdens de selectieprocedure:

- De behandelaar heeft affiniteit en ervaring opgedaan in het toepassen van cognitieve gedragstherapie en het toepassen van verschillende vormen van rollenspelen;
- De behandelaar heeft affiniteit met de doelgroep en heeft enige ervaring opgedaan in het behandelen van jongeren in een forensische setting;
- De behandelaar kan een actieve (en indien nodig directieve) houding aannemen en is in staat tot responsief behandelen. Hierbij is sensitiviteit en creativiteit relevant;
- De behandelaar beschikt over voldoende gesprekstechnieken en kan in voldoende mate geëigende motivatietechnieken toepassen, waaronder het valideren;

Kwaliteitsbewaking

De kwaliteit van het programma wordt bewaakt door zorg te dragen voor de volgende onderdelen/handelingen:

1. Een instelling zorgt dat de managers de inhoud van de managementhandleiding kennen en bereid zijn om aan de randvoorwaarden te voldoen;
2. Er wordt een programmaverantwoordelijke (PV) aangesteld per vestiging of regio die verantwoordelijk is voor de programma-integriteit van Pas op de grens Jeugd;
3. De PV heeft jaarlijks minimaal drie dagdelen overleg met andere PV-en en ontvangt begeleiding van de coördinator/programmamanager (die door de instelling is benoemd);
4. De behandelaars voldoen aan de gestelde eisen omtrent vooropleiding en competenties (zie vorige kopje);
5. De behandelaars volgen een passende basistraining (afhankelijk van de kennis en kunde van de behandelaar duurt deze vaak twee dagen). Daarnaast wordt er om het jaar een boostersessie georganiseerd. De basisopleiding biedt onder andere uitleg over het theoretische kader, de risicofactoren die spelen bij de specifieke doelgroep, de J-SOAP-D, en de wijze waarop opvoeders betrokken worden bij de behandeling. Verder wordt de inhoud van de modules besproken en wordt er geoefend met diverse oefeningen. Daarnaast wordt de basistraining van een dag over het werken met het vlaggensysteem gevolgd, als een behandelaar hier nog geen ervaring mee heeft opgedaan;
6. Het aanbieden van een maandelijks Pas op de grens Jeugd-intervisie. Er is tijdens deze interventie vooral ruimte voor intervisiemomenten gericht op de methodiek en persoonlijke leerpunten;
7. Het voldoen aan de minimale eis om de interventie per jaar aan minimaal twee jongeren aan te bieden. Dit biedt een redelijke garantie op voldoende flexibiliteit en om de kennis en deskundigheid van een behandelaar verder te ontwikkelen en op een hoog niveau te houden (meer is onmogelijk gezien het geringe aantal aan verwijzingen);
8. Pas op de grens Jeugd wordt aangeboden aan jongeren die hier daadwerkelijk voor geïndiceerd zijn;
9. Tijdens het aanbieden van een Pas op de grens Jeugd-behandeling wordt de behandeling gemonitord aan de hand van een tweemaandelijks behandelchecklist. Aan het einde van de behandeling wordt een eindevaluatielijst ingevuld, zodat gecontroleerd kan worden of voldaan wordt aan de meest essentiële Pas op de grens Jeugd-methoden en technieken. Deze eindevaluatielijsten worden door zowel de behandelaar als de jongere ingevuld en eventueel door de opvoeders. Aan jongeren en opvoeders wordt specifiek gevraagd wat zij van het programma vinden. De tweemaandelijks behandelchecklist dient als ondersteuningsmiddel en wordt in het begin zelfs elke vier weken door de behandelaar ingevuld, totdat de behandelingen goed lopen. Het instrument wordt maandelijks toegepast als er een procesevaluatie wordt uitgevoerd.
10. Om de aandachtspunten van de behandelaars en de programmaverantwoordelijke in kaart te brengen en ontwikkeling te stimuleren, wordt er gebruik gemaakt van een ontwikkelingsformulier. Er vindt minimaal jaarlijks een gesprek plaats over de uitkomsten van het ingevulde formulier.

Randvoorwaarden

Om de interventie op een goede manier uit te kunnen voeren, is het nodig dat de instelling ervoor zorgt dat bij alle medewerkers voldoende kennis is over de interventie en dat er voldaan wordt aan de eisen die worden gesteld voor het bewaken van de kwaliteit. Hier worden nog enkele randvoorwaarden aan toegevoegd:

1. De Pas op de grens Jeugd-PV krijgt twee uur per week extra tijd voor het verrichten van ondersteunende werkzaamheden die niet declarabel zijn, zoals het niet casuïstiek gericht begeleiden van Pas op de grens Jeugd-behandelaren, het zorgdragen voor de PR, het registreren van de uitkomsten van de nul- en eindmetingen en eind-evaluatieformulieren (ROM-en);
2. De behandelaars dienen voldoende indirecte tijd (50%) te krijgen voor het uitvoeren van coördinerende taken, het intensief afstemmen met andere behandelaars, (professionele) systeemleden en ketenpartners, en om eventueel ook outreachend te kunnen werken;
3. Voor elke deelnemer is werkmateriaal beschikbaar. Ook is er een tablet, het gevoelswereldspel, het kwaliteitenspel, en het vlaggensysteem aanwezig;
4. Het is nodig om gebruik te maken van de ROM-instrumenten die bij het onderdeel over de doelen zijn beschreven.

Implementatie

Ondersteuning voorafgaande aan de uitvoering:

Op het moment dat een instelling interesse toont in de interventie, zal er besproken worden of implementatie van de interventie opportuun is (ligt aan de regio en type instelling, zo is het belangrijk dat er veel ervaring is opgedaan in het behandelen van SGG bij jeugdigen). Informatie over de randvoorwaarden en het borgen van de kwaliteit staat in de managementhandleiding beschreven en eerder in dit werkblad. De hoofdontwikkelaar zal adviseren over wat er nodig is om eventuele belemmeringen en risico's te verminderen. Verder geldt altijd (ook nu nog voor de Waag en Accare) dat er voldoende aandacht wordt besteed aan de interne PR, denk aan het geven van voorlichtingspresentaties over verschillende functiegroepen.

Ondersteuning tijdens de opstartfase:

De interventie kan vrij gemakkelijk worden aangeboden als behandelaars de basistraining hebben gevolgd en voldoen aan de competentie- en opleidingseisen. Zij beschikken immers al over behandelervaring, werken als forensische jeugdbehandelaar en kennen de doelgroep of werken onder supervisie van een behandelaar die de doelgroep voldoende kent. Bovendien biedt de maandelijkse intervisie en de begeleiding van de PV veel houvast. In de startfase is er rekening gehouden met extra begeleiding van de PV voor het beantwoorden van allerlei vragen. .

Kosten

Wat zijn de kosten van de interventie? Benoem daarbij de personele (in aantallen uren) en de materiële kosten.

Totale tijdsinvestering (personele kosten) van een SGG-behandelaar per jongere

Behandelduur = 50% directe tijd X 50% indirecte tijd (zoals voorbereiding, verslaglegging, evalueren, intervisie, overdracht en afstemming met eventuele regiehoofdbehandelaar, mede-behandelaars, ketenpartners, docenten, verwijzers (reclassering), reistijd, etc. =

Als ervan uitgegaan wordt dat een SGG-behandelaar vier maanden lang behandelt met een gemiddeld aanbod van anderhalf uur per week, dan gaat het om een bedrag van 5.670 euro, uitgaande van een uurtarief van 105 euro (tarief dat geldt bij de gespecialiseerde GGZ).

Op basis van 30 jongeren, komt de gemiddelde behandelduur uit op 23 weken met een directe tijd van 1,4 uur. Dit is inclusief de module Gezin in Beeld en behandelcontact met de kinder- en jeugdpsychiater (indien nodig). Dit komt neer op $7098 + 840 = 6.762$ euro. De kosten lopen op als het gaat om jongeren met een hoog recidiverisico.

Extra tijdsinvestering programmaverantwoordelijke (PV):

Een PV besteedt naast de kosten die gemaakt worden als behandelaar van deze interventie gemiddeld twee uur per week aan extra taken die niet declarabel zijn. Denk aan het zorgdragen voor werkbegeleiding (als het niet specifiek gerelateerd is aan een cliënt en PR (tenzij dit door een teamleider wordt gedaan). De tijd zal minder zijn/worden als er met ervaren behandelaars wordt gewerkt.

Kosten opleiding

Een instelling is voor een booster of opleidingsdag 1300 euro kwijt (exclusief btw) als deze in company wordt aangeboden met één trainer. De basistraining voor het werken met het vlaggensysteem kost 475 euro (aangeboden door Movisie). Er worden ook kosten gemaakt wegens productieverlies als een behandelaar de basisopleiding of booster volgt. Deze kosten hangen af van het salaris van de behandelaar.

Kosten materiaal

Er dient rekening te worden gehouden met de kosten voor het vervaardigen van de modules (dit doet de instelling zelf), het kunnen aanbieden van de meetinstrumenten als ROM. De meetinstrumenten zelf zijn gratis te gebruiken. Verder dienen het gevoelswereldspel, het kwaliteitenspel en het vlaggensysteem aangeschaft te worden en enkele tablets om eventuele filmfragmenten te laten zien en rollenspelen op te kunnen nemen (zie randvoorwaarden).

3. Onderbouwing

Probleem

Probleem

Pas op de grens Jeugd richt zich op jongens die seksueel grensoverschrijdend gedrag (SGG) vertonen. Bij SGG gaat het om gedrag dat seksueel van aard is en de grenzen van het slachtoffer overschrijden. In een gezonde seksuele interactie is er sprake van wederzijdse toestemming, gelijkwaardigheid en vrijwilligheid (Ryan, Leversee & Lane, 2011). Wanneer één van deze criteria ontbreekt, is er sprake van seksueel grensoverschrijdend gedrag (SGG). In Nederland worden jaarlijks 800 à 900 jongeren gehoord inzake zedendelicten (Van Wijk, Loeber, Ferwerda, Smulders, & Vermeiren, 2005). Dit is slechts een beperkt deel van de plegers van seksueel grensoverschrijdend gedrag, omdat velen van hen niet terechtkomen bij politie en justitie (Mali, 2007). Dit wordt ook duidelijk door de uitkomst van Nederlands onderzoek onder bijna 5.000 jongeren. Hieruit blijkt dat 18% van de meisjes en 4% van de jongens voor het 25e jaar te maken heeft gehad met onvrijwillige seksuele handelingen, variërend van onvrijwillig zoenen tot onvrijwillige geslachtsgemeenschap (De Graaf, Meijer, Poelman, & Wesenbeeck, van, 2005).

Specifieke kenmerken gericht op spreiding, prevalentie en ernst

Uit recente gegevens op basis van aangiftes die de laatste twee decennia zijn gedaan, blijkt dat pedoseksuele delicten, aanranding, verkrachting en overige seksuele misdrijven sinds 2005 fors zijn afgenomen. Zo daalde het totaal aantal geregistreerde seksuele misdrijven van 12.720 in 2005, naar 9.610 in 2010, naar 7.355 in 2015 (Kalidien, 2016). Het grootste gedeelte van de aangegeven seksuele misdrijven in 2015 bestaat uit aanranding, ongeveer 23%. In 19% van deze misdrijven gaat om schennis van de eerbaarheid, en in 16% van de gevallen gaat het om verkrachting. In 11% van deze misdrijven gaat het om ontuchtige handelingen met een persoon onder de zestien jaar. In gedateerd internationaal onderzoek wordt geschat dat 20 tot 30% van de verkrachtingen en 30 tot 50% van het seksueel misbruik tegen jonge kinderen wordt gepleegd door adolescenten (Becker & Johnson, 2001). Er worden echter lagere percentages gevonden als aan jongeren zelf wordt gevraagd of zij seksueel grensoverschrijdend gedrag hebben vertoond (De Haas, Van Berlo, & Bakker, 2010). 8% van de jongens en 1% van de meisjes tussen de 15 en 25 jaar gaven aan dat zij wel eens seksueel grensoverschrijdend gedrag hadden laten zien. In de meeste gevallen zijn dader en slachtoffer bekenden van elkaar, zoals klas- of buurtgenoten (Bakker et al., 2009).

20% van de meisjes geeft aan negatieve ervaringen te hebben met sexting, denk aan het geconfronteerd worden met een ander die aan het masturberen is, de druk die uitgeoefend wordt om zichzelf naakt te fotograferen of het verspreiden van privé foto's waar zij naakt op staan zonder toestemming. Jongeren die relatief meer gebruik maken van sociale media en bij wie thuis sprake is van emotionele verwaarlozing of mishandeling (in de kindertijd), hebben vaker een negatieve ervaring met sexting opgedaan (De Graaf et al, 2017).

Van de 1.585 jongeren (<18) die tussen 2008 en 2012 in behandeling waren bij De Waag, was slechts bij 101 jongeren sprake van een zedendelict (6,4% van de jeugdigen; Van Horn, Van, Slagteren, & Eisenberg, 2015). Het gaat vooral om Nederlandse jongeren; een deel van de doelgroep heeft echter een andere etnische afkomst, in het bijzonder een Turkse of Afrikaanse.

Gevolgen

Een zedendelict kan diep ingrijpen in het leven van een slachtoffer, vooral als het misbruik niet eenmalig is geweest (De Visser, Rissel, Richters, & Smith, 2007). Bekende gevolgen voor slachtoffers zijn gedragsproblemen, traumagerelateerde klachten, seksuele problemen, een verhoogde kans op slachtofferschap, maar ook op daderschap (Van Berlo & Mooren, 2009; Höing & Van Berlo, 2006; Wolfe & Birt, 1997). Het plegen van een zedendelict heeft ook vaak voor de pleger ingrijpende gevolgen. Een jongere die eenmaal een delict heeft gepleegd, krijgt meestal te maken met stigmatisatie. Als de buurt het weet, kan de jongere zelfs worden bedreigd en gekleineerd. De reactie van de omgeving leidt tot nog meer sociaal isolement (Dagnan & Jahoda, 2006) en dit vergroot de kans op herhaling van seksueel afwijkend gedrag (= risicofactor).

Oorzaken

Het zorgprogramma maakt gebruik van het transactionele ontwikkelingsmodel om voor beide subdoelgroepen te verklaren hoe de ontwikkeling van SGG en het plegen van zedendelicten tot stand is gekomen. Hierbij wordt specifiek de systeemtheorie en het gedachtegoed van het Forward Focused model (FF-model; Calleja, 2013) betrokken, dit model is ontwikkeld voor jeugdige zedendelinquenten. Het

gebruikte verklaringmodel biedt de mogelijkheid om verschillende criminogene risicofactoren onder te brengen die passen bij de twee subdoelgroepen (misbruikers en kindmisbruikers).

Transactionele ontwikkelingsmodel

Het transactionele ontwikkelingsmodel kan gezien worden als een dynamische visie op ontwikkeling (Sameroff & Fiese, 2000). Vanuit deze theorie wordt de ontwikkeling van SGG bij jongeren gezien als het product van een voortdurende wisselwerking tussen het individu en zijn omgeving (Granic & Patterson, 2006). De ontwikkeling van SGG wordt verklaard door te kijken naar mogelijke oorzaken van het specifieke gedrag in combinatie met hoe verschillende factoren op elkaar hebben ingewerkt (Burton, 2003; Hunter, Figueredo, Malamuth, & Becker, 2003). Hoe meer criminogene risicofactoren er aanwezig zijn, hoe groter de kans wordt op het vertonen van SGG (Murray & Farrington, 2010).

Forward Focus Model (FF-model)

Het FF-model gaat ervan uit dat de kans op het vertonen van SGG versterkt wordt tijdens de adolescentiefase. Adolescenten zijn immers gevoeliger voor het vertonen van grensoverschrijdend gedrag en delinquentie, vooral tussen het 15e en 17e levensjaar (Ter Beek et al., 2018; Zimring, Jennings, & Piquero, 2007).

Naast de adolescentiefase als risicofactor, wordt SGG bij adolescenten beïnvloed door een combinatie van andere risicofactoren, denk aan een verhoogde kwetsbaarheid voor groepsdruk (vooral misbruikers), het ervaren van een sociaal isolement (sterker en vaker aanwezig bij kindmisbruikers), een tekort aan executieve functies (Ter Beek et al., 2018). Met name impulsiviteit / gebrek aan zelfcontrole en een tekort aan oplossingsvaardigheden (Calleja, 2013; is sterker aanwezig bij misbruikers) en een gebrek aan toezicht (Farrall & Bowling, 1999; Monahan, Steinberg, & Cauffman, 2009; Pratt & Cullen, 2000; Sampson & Laub, 2003). Hierbij geldt dat de genoemde dynamische risicofactoren in een omgekeerde U-vorm worden aangetroffen. Zeker als het gaat om impulsiviteit, een tekort aan oplossingsvaardigheden, hyperseksualiteit en problematisch middelengebruik. In het midden van de adolescentie bereiken zij hun top en deze daalt in de vroege volwassenheid (Chen & Jacobson, 2012; Kan, Cheng, Landale, & McHale, 2010; Terry-McElrath & O'Malley, 2011). Dit is voor een groot deel verklaarbaar door grote veranderingen die optreden in de hersenen van adolescenten (Calleja, 2013). Zo kan een toename aan impulsief gedrag en het minder goed vooruitdenken gerelateerd worden aan de hersenontwikkeling van adolescenten (Galvan et al., 2006; Steinberg, 2009).

Door impulsiviteit is er sprake van een beperkte zelfregulatie en wordt het lastig om aandacht, gedrag, gedachten en emoties te controleren, waardoor je minder goed verstandige keuzes kunt maken, zonder je negatief te laten beïnvloeden door je eigen impulsen / emoties of externe prikkels. Helemaal als de jongere ook nog moeite heeft met het bedenken en toepassen van goede oplossingen/reacties.

Ook Van der Put en collega's (2011) tonen aan dat het beperkt kunnen controleren van interne en externe triggers een criminogene risicofactor is. Het tekort aan executieve functies zal bij een substantieel deel van de doelgroep na de adolescentiefase verbeteren.

Een deel van de problematiek wordt dus verklaard door het doorlopen van de adolescentiefase en de hersenontwikkeling die daarmee gepaard gaat. Door het tekort aan belangrijke executieve functies zijn adolescenten gedragsmatig gezien onvolwassen. Ze hebben moeilijkheden met de zelfbeheersing, het inzien van lange-termijn gevolgen en zijn kwetsbaar voor de invloed van anderen (Casey, Getz, & Galvan, 2008; Ter Beek et al., 2018). Als resultaat hiervan, kan SGG dat door een jeugdige wordt getoond, gezien worden als korte-termijn gedrag (doen wat het eerste in je opkomt; Caldwell, 2010), in combinatie met een resultaat van geconditioneerde ingebakerde patronen van gedrag dat veroorzaakt wordt door risicofactoren.

Central Eight

Bij kindmisbruikers ontstaat er, vanuit bepaalde seksuele interesse en ongeremdheid door de aanwezige impulsiviteit, een problematische seksuele zelfregulatie. Samen met een sociaal isolement en gebrekkige sociale vaardigheden kan dit leiden tot SGG met jongere slachtoffers (Bijleveld & Hendriks, 2003; Höing et al., 2010). Bij misbruikers is er meer sprake van een algehele antisociale achtergrond, waarbij familieproblematiek, antisociaal netwerk, antisociale cognities en middelengebruik kunnen leiden tot antisociaal gedrag in het algemeen, waar SGG een onderdeel van is (Hissel et al., 2006; Höing et al., 2010). Qua risicofactoren gaat het bij beide subgroepen om de Central Eight (Bonta & Andrews, 2017) de acht

centrale risicofactoren die het sterkst geassocieerd zijn met delictgedrag bij volwassenen en jongeren. Dit zijn de “Moderate Four”: familie, schoolproblemen, vrijetijdsbesteding, middelengebruik en de “Big Four”: geschiedenis van antisociaal gedrag, antisociaal persoonlijkheidspatroon, antisociale cognities, en antisociaal netwerk. De “Central Eight” criminogene risicofactoren blijken algemene en seksuele recidive in jongeren te voorspellen (Grieger & Hosser, 2014; Fanniff, Schubert, Mulvey, Iselin, & Piquero, 2017). Hoewel alle risicofactoren bij beide groepen aanwezig kunnen zijn, dient de invulling anders vormgegeven te worden, waarbij bij misbruikers de meeste aandacht naar de antisociale achtergrond moet gaan, en het herstellen van een steunende thuissituatie en systeem, en weerstand tegen groepsdruk. Bij kindmisbruikers dient er veel aandacht te zijn voor sociale vaardigheden en eenzaamheid, en de seksuele arousal.

Systeemtheorie

Het ontstaan van gedragsproblemen (zoals SGG) wordt vanuit de systeemtheorie verklaard door de aanwezigheid van steeds vaker voortkomende negatieve interacties binnen het familiesysteem en de omgeving en wordt dus versterkt door seksueel misbruik, kindermishandeling en/of verwaarlozing. Een reeks van negatieve interacties, kan leiden tot een vicieuze cirkel. Het kind / de jongere ervaart dan bijvoorbeeld een tekort aan bevestiging en een positieve vorm van affectie. Jongeren proberen dit te compenseren door op een andere manier bevestiging te krijgen (relatie opbouwen met een jonger kind of door op te trekken met (antisociale) vrienden (Klahr, Burt, McGue, & Iacono, 2011). Doordat de interactie is verstoord, ontstaat er stress en dit leidt er vaak toe dat ouders zich minder competent voelen in het opvoeden (Prinz, Deković, & Reitz, 2008). Deze gevoelens zorgen ervoor dat zij zich terug trekken of juist te rigide vasthouden aan opvoedingspatronen die niet passen bij de leeftijd van hun kind (Jagers, 2001) of die leiden tot grotere conflicten of vervreemding.

Impliciete theorieën

Cognitieve vervormingen representeren onderliggende impliciete theorieën, of schemata. De impliciete theorieën rechtvaardigen het SGG, en kunnen iemands wensen en verlangens weerspiegelen of zorgen voor ontkenning en minimalisatie van het delictgedrag (Polaschek & Ward, 2002; Ward, 2000). Deze zijn te verdelen in ideeën met betrekking tot de pleger (bijvoorbeeld: ik heb recht op seks, ik kan mijn seksuele drang niet beheersen), het slachtoffer/delict (vrouwen/kinderen zijn seksuele objecten, willen seks), en de wereld (de wereld is een gevaarlijke plek, mensen zijn niet te vertrouwen [en kinderen wel]) (Polaschek & Ward, 2002; Ward, 2000). Deze impliciete theorieën kunnen lang voorafgaand of vlak voorafgaand aan een delict gevormd worden of na het delict (Szumski, Bartels, Beech, & Fisher, 2018).

Er is nog niet veel bekend over het effect van impliciete theorieën op SGG bij jongeren. Wel is er een meta-analyse naar impliciete theorieën bij jongeren die aantoonde dat impliciete theorieën vooral samenhangen met geestelijke gezondheidsproblematiek (Schleider, Abel, & Weisz, 2015). In een steekproef van Britse jeugdige zedendelinquenten werd gevonden dat onderliggende impliciete theorieën een onderscheid konden maken tussen jongeren die kinderen misbruikt hadden en jongeren die leeftijdsgenoten of volwassen vrouwen misbruikt hadden (Richardson, 2005). Wel wordt vaker een relatie gevonden tussen cognitieve vervormingen bij jongeren en externaliserend probleemgedrag, waaronder SGG (Helmond, Overbeek, Brugman & Gibbs, 2015).

Bovenstaande toont de relevantie van het uitvragen en behandelen van cognitieve vervormingen en het onderzoeken van eventuele onderliggende impliciete theorieën die samen kunnen hangen met het delictgedrag.

Aan te pakken factoren

Hieronder wordt kort beschreven welke criminogene risicofactoren bij Pas op de grens Jeugd worden aangepakt. De risicofactoren gelden in meer of mindere mate voor de kindmisbruikers en misbruikers (Pullman & Seto, 2012; Seto & Lalumière, 2010). Het gaat om:

De aanwezigheid met problemen rondom de seksuele zelfregulatie. Dit is gerelateerd aan de algemene subdoelen 1, 3A en de subdoelen 1A en 1B voor kindmisbruikers / jongeren met hyperseksualiteit of sterke drang tot (strafbare) parafilie.

De aanwezigheid van een beperkt zelfbeeld, beperkte sociale vaardigheden en een sociaal isolement.

Dit is gerelateerd aan de algemene subdoelen 2A en 2B en de subdoelen 2A, 2B en 2C die horen bij de kindmisbruikers.

De aanwezigheid van problemen rondom de algemene zelfregulatie. Dit is gerelateerd aan de algemene subdoelen 3A, 3B en 3C en subdoel 2 voor misbruikers.

De aanwezigheid van cognitieve vervormingen (impliciete overtuigingen): Dit is gerelateerd aan het algemene doel 4. De focus is afhankelijk van de subdoelgroep.

De aanwezigheid van problemen binnen het functioneren van het gezin. Er is sprake van een tekort aan oplossings- en (seksuele) opvoedingsvaardigheden bij opvoeder(s). Hier wordt aan gewerkt via de algemene doelen 1 en 2 voor de opvoeders. Bij opvoeders van kindmisbruikers geldt ook subdoel 1, bij opvoeders van misbruikers gelden de bijbehorende subdoelen 1 en 2.

Verantwoording

Uit het hierboven beschreven verklaringsmodel is duidelijk geworden dat biologische factoren en sociale factoren in wisselwerking met het psychologisch functioneren elkaar beïnvloeden en seksueel probleem- en delictgedrag kunnen veroorzaken. Dit verklaringsmodel maakt echter ook duidelijk dat verandering mogelijk is. Ondanks overgeërfde en aangeboren kenmerken is er sprake van een menselijke natuur die kan worden gewijzigd door de invloed van cultureel en sociaal leren. Het zorgprogramma realiseert veranderingen door de criminogene risicofactoren, die uit het verklaringsmodel naar voren komen, te verminderen. De veronderstelling hierbij is dat veranderingen op dit gebied invloed zullen hebben op het psychologisch functioneren en de sociale factoren. De sociale factoren worden specifiek aangesproken door het systeem te betrekken bij de behandeling, het netwerk van de jongere in te zetten en indien nodig te versterken (waaronder het krijgen van meer vrienden en het verminderen van het sociaal isolement) en door te werken aan de veiligheid. Er is dus ook aandacht voor beschermende factoren. Het biologisch en psychologisch functioneren zal verbeteren door het toepassen van farmacotherapie (indien geïndiceerd), door de SGG-behandeling te richten op het bieden van inzicht, het verbeteren van de (seksuele) zelfregulatie (waaronder de impulscontrole), het verkrijgen van meer zelfvertrouwen (zelfbeeld, is ook een beschermende factor), het aanleren van oplossingsvaardigheden, het verminderen van cognitieve vervormingen en boosheidsgevoelens (indien van toepassing). Ook zal er aandacht zijn voor traumaverwerking en problematisch middelengebruik (indien van toepassing). Om de hierboven beschreven veranderingen uit te voeren, wordt als basis de *Risk Need Responsivity-principes* (RNR) toegepast. Het hanteren van dit model (zie hieronder voor meer uitleg) blijkt effectief te zijn bij het behandelen van delinquenten (Bonta & Andrews, 2017), waaronder jongeren die zedendelicten hebben gepleegd.

Uitwerking RNR-principes gerelateerd aan de interventie Pas op de grens Jeugd

A. Het risicobeginsel: de intensiteit van de behandeling wordt afgestemd op het recidiverisico van de jeugdige. De behandeling van jeugdigen met een hoog risico vraagt om een intensieve, meer gestructureerde en langdurige behandeling, dan jeugdigen met een matig recidiverisico. Bij Pas op de grens Jeugd wordt voldaan aan het risicobeginsel door eerst een uitgebreide risicotaxatie te doen (RAF-GGZ Jeugd en J-SOAP). Het is van belang dat de behandelaar met deze instrumenten ontrafelt of er sprake is van een meer seksueel of juist antisociaal profiel. Ook wordt bekeken hoe de verschillende criminogene risico- en protectieve factoren op elkaar hebben ingespeeld en hebben geleid tot een laag-matig, matig, matig-hoog of hoog risicoprofiel (RAF-GGZ-Jeugd). Aan de hand van de uitkomst, wordt de intensiteit van de behandeling bepaald.

B. Het behoeftebeginsel: de behandeling moet gericht zijn op de specifieke dynamische criminogene risicofactoren, die bij de jeugdige van toepassing zijn. De behandeldoelen worden op deze criminogene risicofactoren afgestemd. Om in voldoende mate in te kunnen spelen op de *needs* van de doelgroep van Pas op de grens Jeugd wordt structureel het gezin betrokken bij de behandeling, ligt de focus op het versterken van het netwerk en worden er drie standaard modules met optionele onderdelen aangeboden en een optionele module. Het gaat om de Startmodule (S), de Kernmodule (S), Module gezin in beeld (S) en de module Het verminderen van stress en boosheid (optioneel). Deze modules zijn gericht op het verminderen van de genoemde (criminogene) risicofactoren uit het SGG-verklaringsmodel. Sommige onderdelen (motiveren, krijgen van meer zelfvertrouwen, werken aan levensdoelen) uit de modules zijn bedoeld om de responsiviteit (zie C.) en daarmee de ontvankelijkheid voor de interventie te vergroten. Naast dit SGG-aanbod kan extra ondersteuning worden aangeboden door middel van andere behandel- en begeleidingsvormen. Dit is aan de orde als er sprake is van kritische en acute risicofactoren (zoals middelenmisbruik en/of een eventuele psychische stoornis die niet in voldoende mate worden behandeld met het SGG-behandelingsaanbod).

C. Het responsiviteitsbeginsel: responsiviteit kun je samenvatten als de ontvankelijkheid van een individu voor een bepaalde interventie (Menger & Krechtig, 2008; Verdonck & Jaspaert, 2009). Het responsiviteitsbeginsel wordt gezien als een essentiële variabele in het succes van een behandeling (Van den Hurk & Nelissen, 2004). Het responsiviteitsbeginsel is onder te verdelen in algemene en de specifieke responsiviteit.

1. Algemeen responsiviteitsprincipe

Algemene responsiviteitsprincipe

Om te voldoen aan de algemene responsiviteit is het nodig om gebruik te maken van technieken die bij de doelgroep effectief zijn gebleken. Het gaat om cognitieve gedragstherapie gecombineerd met een gedragsmatige aanpak (veel doe-oefeningen en bewerkte mindfulness oefeningen), een systeemgerichte benadering en eventueel farmacotherapie. Hieronder wordt onderbouwd en beschreven om welke technieken het gaat.

Cognitieve gedragstherapie

De effectiviteit van een cognitief gedragsmatige aanpak bij jeugdige delinquenten in het algemeen komt uit meerdere meta-analyses, literatuurreviews- en overzichten naar voren (zie bijvoorbeeld Boendermaker et al., 2007; Oudhof & Van der Steege, 2007; Silverman, Pina, & Viswesvaran, 2008). Ook voor jeugdige zedendelinquenten geldt dat deze aanpak een (klein) effect veroorzaakt (Dopp, Borduin, & Brown, 2015; Lösel & Schmucker, 2005; Ter Beek et al., 2018). Zeker als er ook een individueel aanbod is (Calleja, 2013).

CGT is passend voor adolescenten omdat het de autonomie van de adolescent vergroot en aansluit bij de groeiende cognitieve capaciteiten (Weisz & Hawley, 2002). Aan een cognitief-gedragsmatige aanpak ligt de veronderstelling ten grondslag dat bepaald gedrag vooraf wordt gegaan door gebeurtenissen, gedachten en gevoelens en gevolgd wordt door consequenties (Van Beek, 1999; Hermans, Eelen & Orlemans, 2007). Dit geldt ook voor seksueel delictgedrag, geen enkel gedrag is er 'zomaar'. Het (delict)gedrag valt vervolgens op verschillende manieren te beïnvloeden in een gewenste richting. Dit kan via de voorafgaande gebeurtenissen en situaties, door de cognities en gevoelens te beïnvloeden die eraan vooraf gaan, of door de consequenties van gedrag te beïnvloeden. Als de jongere beter beseft dat gewenst gedrag wordt gevolgd door een positieve consequentie en ongewenst gedrag door een negatieve consequentie (op de lange termijn!) zal het gedrag van de jongere veranderen.

Bij jongeren is een gedragsmatige en ervaringsgerichte aanpak relevant. Denk aan veel oefenen in de vorm van rollenspelen, het aanbieden van filmfragmenten, het vergroten van oplossingsvaardigheden en sociale vaardigheden door ze uit te proberen en te zien hoe het werkt. Het toepassen van helpende gedachten met een bijpassende houding (Taylor & Novaco, 2005), maar bijvoorbeeld ook door gebruik te maken van het vlaggensysteem en het werken met thuiswerkopdrachten (ter bevordering van het generaliseren).

Systeemgerichte benadering

Er is bewijs dat systeemgericht behandelen bij jeugdige zedendelinquenten effectief is (Calley, 2012, Dwyer & Letourneau, 2011; Hanson et al., 2002; Hendriks & Bijleveld, 2008; Letourneau et al., 2009). Vooral in combinatie met CGT (Schmucker & Lösel, 2015; Ter Beek et al., 2018). Het disfunctioneren van het gezinssysteem kan immers een risicofactor zijn. Veranderingen binnen het gezin gericht op de seksuele opvoeding, begrenzings (samen naleven van het veiligheidsplan) en de kwaliteit van het contact kunnen leiden tot verbeteringen. Hierbij is ook aandacht nodig voor het inbouwen van familie engagement en betrokkenheid (Calleja, 2013). Daarnaast wordt er gewerkt aan het krijgen van meer steun voor opvoeders en de jongeren door relevante netwerkleden te betrekken.

Bewerkte mindfulness oefeningen

Om stressreductie te realiseren wordt er o.a. gewerkt met (bewerkte) elementen uit de mindfulness-based-stress-reduction (MBSR), deze is ontwikkeld door Kabat-Zinn (1998). Mindfulness heeft o.a. als doel het verminderen van stress door het leren richten van de aandacht (focussen) en het bewust worden van dat wat je waarneemt en doet. Uit onderzoek van Chiesa en Serretti (2009) leiden deze oefeningen tot vermindering van stress. Tevens zijn er recent enkele single-subject studies uitgevoerd waarin wordt gesteld dat mindfulness een reducerende werking zou hebben op boosheid (Deffenbacher, 2011). Het is echter nog veel te vroeg om te spreken over generaliseerbare effect-sizes (Fix & Fix, 2013).

2. Specifieke responsiviteitsprincipe

Specifieke responsiviteit staat ten eerste voor aandacht voor het aangaan van contact en het opbouwen/behouden van een werkbare behandelrelatie / werkalliantie. Verder is het nodig dat er wordt zorggedragen voor een goede afstemming tussen de jongere en de behandelaar (Menger & Krechtig, 2008). Om dit te realiseren is het van belang dat je als behandelaar kijkt naar de persoonlijkheid (Van den Hurk & Nelissen, 2004), de intellectuele cognitieve en sociale (on)mogelijkheden van de jongere (Verdonck & Jaspaert, 2009), de aard van de problematiek (Bonta, 1995), de behandelmotivatie (Menger & Krechtig, 2008) en de 'leerstijl' van de jongere (Boendermaker, 2008).

Sommige onderdelen uit de modules zijn bedoeld om de responsiviteit en daarmee de ontvankelijkheid voor de interventie te vergroten. Denk aan het zorgen voor meer motivatie en het vergroten van het zelfvertrouwen.

Realiseren van maatwerk

Pas op de grens Jeugd voldoet aan het specifieke responsiviteitsprincipe door het werkmateriaal en de inhoud van de behandeling af te stemmen op de behandelmotivatie, cognitieve capaciteiten, leerstijl en leertempo van de jeugdige. Het werkmateriaal is bijvoorbeeld geschikt voor zowel jeugdigen met een lage intelligentie als voor jeugdigen met een hogere intelligentie. Rollenspellen kunnen variëren in moeilijkheidsgraad, bovendien worden er in de modules diverse oefeningen beschreven voor het behalen van hetzelfde subdoel. De behandelaar kiest samen met de jeugdigen voor oefeningen die het beste aansluiten bij de leerstijl en interesses. De duur van de module wordt bepaald door het leertempo van de jeugdige. Tevens kan worden gekozen voor verschillende thuisopdrachten, wederom afhankelijk van de leerstijl en de hulpvraag.

Verbeteren van zelfeffectiviteit / geloof in eigen kunnen

De theorie van Bandura (1997) wordt ingezet om de leerbaarheid (responsiviteit voor een behandeling) te vergroten. Bandura stelt dat 'zelfeffectiviteit' (het geloof in eigen kunnen) een belangrijke rol speelt bij het veranderen van gedrag. Een goede zelfeffectiviteit / geloof in eigen kunnen vergroot de leerbaarheid, waardoor nieuw gedrag gemakkelijker aan te leren is. Zelfeffectiviteit gaat over hoe een mens zich voelt, wat hij denkt, de mate van motivatie en het vermogen tot zelfregulatie. Zelfeffectiviteit wordt gevormd door ervaring, sociale scripts, rolmodellen, kerngedachten, de mate van ervaren stress en negatieve emoties (Bandura, 1997). Het zorgprogramma probeert de motivatie en het zelfvertrouwen te vergroten, laat jongeren succeservaringen opdoen en stimuleert de jongere te oefenen met het toepassen van beheersingsvaardigheden, waardoor de kans groter wordt dat de zelfeffectiviteit verbetert.

Het gedachtegoed van het Good Lives-model (GLM; Ward & Brown, 2004) wordt gebruikt om de responsiviteit te vergroten. Het GLM-model blijkt namelijk motiverend te werken en helpt voor het verbeteren van de oplossingsvaardigheden (Laws & O'Donohue, 2008; Simons, McCullar, & Tyler, 2008). GLM is te karakteriseren als een vorm van positieve psychologie die ervanuit gaat dat mensen van nature actieve, doelgerichte wezens zijn, die voortdurend doel en betekenis willen geven aan hun leven. Volgens het GLM-gedachtegoed leidt het bevorderen van het welzijn van de jongere tot bescherming tegen de risicofactoren. Tijdens de behandeling wordt om die reden een appèl gedaan op de sterke eigenschappen en capaciteiten van de jongere (empowerment), en het versterken van beschermende factoren. Om de focus te leggen op verandering en terugvalpreventie wordt de jongere gestimuleerd om te werken aan levensdoelen (doelen die belangrijk zijn voor de jongeren) en die helpen om de persoon te worden die ze willen zijn ("de nieuwe ik"; Haaven, Little & Petre-Miller, 1990; Van den Berg & Van Beek, 2006). Een deel van de oude ik staat hierbij symbool voor een identiteit die het risico op SGG versterkt. Terwijl de nieuwe ik symbool staat voor het op een waardevolle manier invulling geven aan het leven zoals de jongere graag wil en die beschermend werkt tegen SGG.

Doorlopend motiveren

Aangezien een deel van de doelgroep gedemotiveerd is, zet de behandelaar doorlopend verschillende motivatietechnieken in om motivatieverandering te stimuleren (Stevens et al., 2015). Hierbij is het van belang dat de toegepaste technieken aansluiten bij het motivatieniveau van de jongere en inspelen op de verschillende domeinen die de motivatie kunnen beïnvloeden. Pas op de grens Jeugd benadert motivatie als een veranderbaar begrip dat o.a. wordt bepaald door een proces waarbij de jongere, de opvoeders en de behandelaar interacteren (Rovers, 2010). Voorbeelden van relevante motivatietechnieken zijn:

1. Het aangaan van contact en het opbouwen van een werkalliantie;
2. Het geloof in eigen kunnen van de jongere neemt toe (Bandura, 1997). De jongere ervaart o.a. door het responsief aanbod en het opdoen van succeservaringen meer vertrouwen in eigen mogelijkheden en kan zichzelf hierdoor gemakkelijker beheersen en nieuwe vaardigheden aanleren;
3. De jongere ziet voordelen in verandering (voordelen benoemen van oplossingen / inzetten op aspecten die snel resultaat opleveren);
4. Er worden hulpbronnen ingezet om verandering te bereiken (betrekken van opvoeders en steunende systeemleden).
5. De jongere gelooft steeds meer in (een deel van) de behandeldoelen en denkt dat deze doelen ook echt bereikt kunnen gaan worden (afstemmen van de behandeldoelen);
6. De jongere vindt onderdelen uit het programma-aanbod interessant of leuk (er wordt om die reden gezorgd voor een gevarieerd en actief aanbod dat aansluit bij de leerstijl). Oefeningen of onderdelen die aangenaam worden bevonden, worden vaker gedaan of er wordt langer bij stilgestaan);
7. De jongere staat open voor begeleiding en ervaart een klik met de behandelaar. De behandelaar valideert, dit betekent dat het gedrag, de gedachten en gevoelens van de jongere serieus worden genomen en niet afgewezen. (Het SGG wordt afgewezen, de jongere als persoon niet).

4. Onderzoek

4.1 Onderzoek naar de uitvoering

- A.** Een Procesevaluatie en Eerste Aanzet Naar de Doeltreffendheid van het Zorgprogramma SGG-Jeugd (masterscriptie), Stuij, A.G.. Universiteit van Amsterdam. Oktober 2018.
Een aanvullend document met meer informatie over de procesevaluatie (Hoogsteder, 2019).
- B.** De procesevaluatie heeft van januari 2018 tot september 2018 gelopen, hierbij zijn vier vestigingen van de Waag betrokken. De onderzoeksgroep bestond uit 20 jongeren en 12 behandelaars. Voor het procesonderzoek is gebruik gemaakt van korte interviews met behandelaars om te toetsen in hoeverre zij voldeden aan de opleidingseisen, de uitkomst van de sessies-checklist over een periode van vier weken en een evaluatieformulier over de totale behandelperiode tot nu toe. Beide vragenlijsten zijn door cliënten en behandelaars ingevuld. Door het gebruik van de eerste vragenlijst werd duidelijk hoe het gesteld was met het niveau van de programma-integriteit (PI) over een serie behandelsessies bij verschillende behandelaars en cliënten. Dit door te kijken naar de mate waarin werkzame ingrediënten en specifieke onderdelen van de interventie tijdens de sessies werden toegepast. Er werd bijvoorbeeld gevraagd of de cliënt zich voldoende begrepen en gemotiveerd voelde en of er een thuisopdracht werd meegegeven. Aan het einde van de behandeling (voordat de nazorgfase inging) of aan het einde van de procesevaluatie is aan de behandelaar en de jongere gevraagd om ook een eind-evaluatieformulier in te vullen. Het eind-evaluatieformulier voor de behandelaar toetst in welke mate alle werkzame elementen tijdens de hele behandeling (tot nu toe) zijn aangeboden om zo te kunnen beoordelen of de individuele behandeling tot nu toe een voldoende score qua behandelintegriteit. Hierbij is bijvoorbeeld ook gekeken naar de toepassing van de RNR-principes. Tijdens de procesevaluatie zijn jongeren geïncludeerd die net waren begonnen, maar ook jongeren die al bezig waren met de behandeling.
- C.** Uit de procesevaluatie is duidelijk geworden dat er redelijk aan de randvoorwaarden werd voldaan. 92% van de behandelaars voldeed aan de opleidingseisen bij aanvang van de procesevaluatie (halverwege het onderzoek ging het om 100%). De doelgroep voldeed grotendeels aan de indicatiecriteria, 100% voldeed aan de eisen m.b.t. leeftijd, intelligentie, geslacht en diagnose. Echter, 30% van de beoogde doelgroep voldeed niet aan het gewenste recidiverisico. Toch werd bij hen besloten om Pas op de grens Jeugd aan te bieden vanwege de seksuele problematiek en de zorgen vanuit de omgeving (maar wel minder intensief). Met behulp van de sessies-checklist werd de PI gescoord met een gemiddelde van 91% volgens de mening van de jongens en een gemiddelde van 85% volgens de behandelaars. Het behaalde resultaat voldeed aan de minimale eis van 80%. De behandelprogramma-integriteit bleek ook voldoende als er gekeken werd naar de gehele behandeling (tot nu toe). Er werd een gemiddelde van 95% gerapporteerd door de jongens en een gemiddelde van 85% door de behandelaars. Deze score bleek eveneens voldoende, aangezien een minimale score van 75% als criteria werd gehanteerd. Er bleken twee behandelingen niet behandel-integer te zijn uitgevoerd.
- Volgens de laatst genoemde lijst werd de inzet van alle werkzame elementen door de jongens met een 8 of hoger beoordeeld met uitzondering van het doen van doe-oefeningen, hier werd een 6.8 voor gegeven. De behandelaars beoordeelden dit onderdeel nog lager (er werd gemiddeld een kleine zes gescoord). Verder werd er een kleine zes gescoord op de invulling van de intervisie en de mate waarop er werd geoefend met oefeningen uit de SGG-methodiek. De jongeren beoordelen de interventie Pas op de grens Jeugd tijdens dit onderzoek met een 9.1. 100% van de jongeren vond dat de behandeling (tot nu toe) had geholpen. Zij vertrouwen er allemaal op dat zij niet nogmaals (seksueel) grensoverschrijdend gedrag zouden gaan vertonen.
- Tijdens het onderzoek is ook gekeken naar de doeltreffendheid op groepsniveau in een periode van twee maanden. De jongeren rapporteerden een groot effect met betrekking tot verschil in uitkomst tussen de nulmeting en de eindmeting. Ook de behandelaars rapporteerden een significant verschil, maar volgens hen betrof het een klein effect ($d = 0.36$).

4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten

Er is nog geen onderzoek gedaan naar de doeltreffendheid of effectiviteit van Pas op de grens Jeugd .

5. Samenvatting Werkzame elementen

1. Toepassen van de RNR-principes (Bonta & Andrews, 2017), waaronder het aansluiten bij de specifieke responsiviteit, zoals de leerstijl, eigenschappen en taal van de jongere;
2. Aandacht voor het aangaan van contact en het opbouwen/behouden van een werkbare behandelrelatie / werkalliantie (Martin, Garske, & Davis, 2000);
3. Systeemgericht aanpak met focus op het verminderen van onderlinge conflicten en het verbeteren van de kwaliteit van het contact tussen ouder en kind;
4. Focus op het realiseren van een steunend persoon uit het netwerk;
5. Het generaliseren wordt bevorderd door opvoeders te betrekken en thuisopdrachten (in de vorm van doe-opdrachten) mee te geven en door gezamenlijk te werken aan het naleven van het veiligheidsplan;
6. Inzet van bewezen effectieve therapeutische technieken, zoals systemische aanpak in combinatie met CGT-technieken en grotendeels individuele aanpak;
7. Structureel aanbieden van gedragsmatige aanpak door doen van doe-oefeningen, waaronder rollenspelen en bewerkte mindfulness oefeningen;
8. Aandacht voor meer inzicht en grip op eigen seksuele zelfregulatie;
9. Het structureel stimuleren in het toepassen van adequate oplossingsvaardigheden (start van elke sessie);
10. Aandacht voor het verminderen van stress en boosheid (Ter Beek et al., 2018);
11. Gebruik van ondersteunende materialen zoals het vlaggensysteem en diverse filmfragmenten;
12. Focus op het vergroten van het zelfvertrouwen om het geloof in eigen kunnen te verbeteren en zo ook de leerbaarheid (Bandura, 1997).

6. Aangehaalde literatuur

- Bakker, F., de Graaf, H., de Haas, S., Kedde, H., Kruijjer, H. & Wijsen, C. (2009). *Seksuele gezondheid in Nederland 2009*. Utrecht: Rutgers Nisso Groep.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy. The Exercise of Control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Becker, J. V., & Johnson, B. R. (2001). Treating juvenile sex offenders. In: J. B. Ashford, B. D. Sales, & W. H. Reid (Eds.), *Treating adult and juvenile offenders with special needs* (pp. 273–289). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bijleveld, C., & Hendriks, J. (2003). Juvenile sex offenders: differences between group and solo offenders. *Psychology, Crime & Law*, 9(3), 237–245.
- Bonta, J., & Andrews, D. A. (2017). *The psychology of criminal conduct* (6th ed.). New York, NY: Routledge.
- Boendermaker, L. (2008). De professional als uitvoerder van effectieve interventies. In: B. Rovers & M. Kooijmans (Eds.), *Werken met risicjongeren. Handboek voor sociale professionals* (pp. 41-52). 's Hertogenbosch: Drukkerij NPC bv.
- Boendermaker, L., Harder, A., Speetjes, P., Van der Pijl, M., Bartelink, C., & Van Everdingen, J. (2007). *Programmeringsstudie Jeugdzorg*. Nederlands Jeugdinstituut, Rijsuniversiteit Groningen.
- Bonta, J. (1995). The responsivity principle and offender rehabilitation. *Forum on Corrections Research*, 7(3), 34-37.
- Bonta, J., & Andrews, D. A. (2017). *The psychology of criminal conduct* (6th ed.). New York, NY: Routledge.
- Bullens, R. A. R., van Horn, J., van Eck, A. M., & Das, J. (2005). *J-SOAP D: risicotaxatie-instrument voor jeugdige zedendelinquenten*. Utrecht: Forum Educatief.
- Burton, D. L. (2003). Male adolescents: Sexual victimization and subsequent sexual abuse. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 20(4), 277-296.
- Caldwell, M. F. (2010). Study characteristics and recidivism base rates in juvenile sex offender recidivism. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 54(2), 197-212.
- Calleja, N. G. (2013). Integrating research into practice: The Forward-Focused Model of adolescent sexual behavior treatment. *Aggression and Violent Behavior*, 18(6), 686-694.
- Calley, N. G. (2012). Juvenile offender recidivism: An examination of risk factors. *Journal of child sexual abuse*, 21(3), 257-272.
- Casey, B. J., Getz, S., & Galvan, A. (2008). The adolescent brain. *Developmental Review*, 28(1), 62–77. <http://doi.org/10.1016/j.dr.2007.08.003>
- Chen, P., & Jacobson, K. C. (2012). Developmental trajectories of substance use from early adolescence to young adulthood: Gender and racial/ethnic differences. *Journal of adolescent health*, 50(2), 154-163.
- Chiesa A., & Serretti A. (2009). Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: a review and meta-analysis. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 2009, 15, 593-600.
- Dagnan, D., & Jahoda, A. (2006). Cognitive-behavioural intervention for people with intellectual disability and anxiety disorders. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 19(1), 91-97.
- Deffenbacher, J.L. (2011). Cognitive-behavioral conceptualization and treatment of anger. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18, 212-221.
- De Graaf, H., Meijer, S., Poelman, J., & Vanwesenbeeck, I. (2005). *Seks onder je 25e* (No. 7). Eburon Uitgeverij BV.
- de Graaf, J., Van den Borne, M., Nikkelen, S., Twisk, D., & Meijer, S. (2017) *Seks onder je 25e - seksuele gezondheid onder jongeren anno 2017*. Rutgers, Soa Aids Nederland
- De Haas, S., Van Berlo, W., & Bakker, F. (2010). Jeugdige en volwassen plegers van seksueel geweld: een representatief onderzoek naar zelfgerapporteerde seksuele dwang. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 34, 218–223.
- De Visser, R. O., Rissel, C. E., Richters, J., & Smith, A. M. (2007). The impact of sexual coercion on psychological, physical, and sexual well-being in a representative sample of Australian women. *Archives of sexual behavior*, 36(5), 676-686.
- Dopp, A. R., Borduin, C. M., & Brown, C. E. (2015). Evidence-based treatments for juvenile sexual offenders: review and recommendations. *Journal of aggression, conflict and peace research*, 7(4), 223-236.
- Dwyer, R. G., & Letourneau, E. J. (2011). Juveniles who sexually offend: recommending a treatment program and level of care. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 20(3), 413-429.
- Fanniff, A. M., Schubert, C. A., Mulvey, E. P., Iselin, A. M. R., & Piquero, A. R. (2017). Risk and outcomes: are adolescents charged with sex offenses different from other adolescent offenders?. *Journal of youth and adolescence*, 46(7), 1394-1423.
- Farrall, S., & Bowling, B. (1999). Structuration, human development and desistance from crime. *British Journal of Criminology*, 39(2), 253-268.
- Fix, R.L. & Fix, S.T. (2013). The effects of mindfulness-based treatments for aggression: A critical review. *Aggression and Violent Behavior*, 18, 219-227.

- Galvan, A., Hare, T. A., Parra, C. E., Penn, J., Voss, H., Glover, G., & Casey, B. J. (2006). Earlier development of the accumbens relative to orbitofrontal cortex might underlie risk-taking behavior in adolescents. *Journal of Neuroscience*, 26(25), 6885-6892.
- Granic, I., & Patterson, G. R. (2006). Toward a comprehensive model of antisocial development: A dynamic systems approach. *Psychological review*, 113(1), 101.
- Grieger, L., & Hosser, D. (2014). Which risk factors are really predictive? An analysis of Andrews and Bonta's "Central Eight" risk factors for recidivism in German youth correctional facility inmates. *Criminal justice and behavior*, 41(5), 613-634.
- Haaven, J., Little, R., & Petre-Miller, D. (1990). *Treating intellectually disabled sex offenders: A model residential program*. Orwell, VT: Safer Society Press.
- Hanson, R. K., Gordon, A., Harris, A. J. R., Marques, J. K., Murphy, W. D., Quinsey, V. L., & Seto, M. C. (2002). First report of the collaborative Outcome Data Project on the Effectiveness of Psychological Treatment of Sex Offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 14, 169-195.
- Helmond, P., Overbeek, G., Brugman, D., & Gibbs, J. C. (2015). A meta-analysis on cognitive distortions and externalizing problem behavior: Associations, moderators, and treatment effectiveness. *Criminal justice and behavior*, 42(3), 245-262.
- Hendriks, J., & Bijleveld, C. (2008). Recidivism among juvenile sex offenders after residential treatment. *Journal of sexual aggression*, 14(1), 19-32.
- Hermans, D., Eelen, P., & Orlemans H. (2007). *Inleiding tot de gedragstherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Hissel, S., Bijleveld, C., Hendriks, J., Jansen, B., & Collot D'Escury, A. (2006). Jeugdige zedendelinquenten: specialisten, generalisten en "first offenders." *Tijdschrift Voor Seksuologie*, 30, 215-225.
- Höing, M., Jonker, M., & van Berlo, W. (2010). Juvenile sex offenders in a Dutch mandatory educational programme: Subtypes and characteristics. *Journal of Sexual Aggression*, 16(3), 332-346. <https://doi.org/10.1080/13552600903350991>
- Höing, M., & van Berlo, W., (2006). Seksuele dwang. In: F. Bakker & I. Vanwesenbeeck (Eds.) *Seksuele gezondheid in Nederland 2006* (pp 157-166). Delft: Eburon.
- Hunter, J. A., Figueredo, A. J., Malamuth, N. M., & Becker, J. V. (2003). Juvenile sex offenders: Toward the development of a typology. *Sexual Abuse*, 15(1), 27-48.
- Jagers, H. D. (2001). Gezinsbenaderingen bij de behandeling van jeugdigen met justitiële contacten. *Kind en adolescent*, 22(4), 149.
- Kabat-Zinn, J., Wheeler, E., Light, T., Skillings, A., Scharf, M., Cropley, T.G., Hosmer, D., & Bernhard, J. (1998). Influence of a mindfulness-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA). *Psychosomatic Medicine*, 60, 625-632.
- Kalidien, S.N. (2016). *Criminaliteit en rechtshandhaving 2015*. Ontwikkelingen en samenhangen. CBS en WODC.
- Kan, M.L., Cheng, Y.A., Landale, N.S., McHale, S.M. (2010) Longitudinal predictors of change in number of sexual partners across adolescence and early adulthood. *Journal of Adolescent Health*, 46(1), 25-31.
- Klahr, A. M., McGue, M., Iacono, W. G., & Burt, S. A. (2011). The association between parent-child conflict and adolescent conduct problems over time: Results from a longitudinal adoption study. *Journal of Abnormal Psychology*, 120(1), 46.
- Laws, D.R., & O'Donohue, W.T. (2008). *Sexual Deviance: Theory, assessment and treatment* (2nd edition). Guilford publications.
- Letourneau, E. J., Henggeler, S. W., Borduin, C. M., Schewe, P. A., McCart, M. R., Chapman, J. E., & Saldana, L. (2009). Multisystemic therapy for juvenile sexual offenders: 1-year results from a randomized effectiveness trial. *Journal of Family Psychology*, 23(1), 89.
- Lösel, F., & Schmucker, M. (2005). The effectiveness of treatment for sexual offenders.: A comprehensive meta-analysis. *Journal of Experimental Criminology*, 1, 117-146.
- Mali, S.R.F. (2007). Geregistreerde zedencriminaliteit in Nederland. In A. P. Van Wijk, R. A. R. Bullens & P. Van den Eshof (Eds.), *Facetten van zedencriminaliteit* (pp. 71-98). Den Haag: Elsevier.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(3), 438.
- Menger, A., & Krechtig, L. (2008). Motiveren in het kader van de jeugdreclassering. In: I. Wijers (Eds.) *Justitiële interventies bij delinquente jongeren* (pp 304-418).
- Monahan, K. C., Steinberg, L., & Cauffman, E. (2009). Affiliation with antisocial peers, susceptibility to peer influence, and antisocial behavior during the transition to adulthood. *Developmental psychology*, 45(6), 1520.
- Movisie (2011) *Over de grens: Seksueel opvoeden met het Vlaggensysteem*. Utrecht: Movisie.
- Murray, J., & Farrington, D. P. (2010). Risk factors for conduct disorder and delinquency: key findings from longitudinal studies. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55(10), 633-642.
- Oudhof, M., & Van der Steege, M. (2007). *Evidence-based interventies rond agressieregulatie en woedebeheersing*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut

- Polaschek, D. L., & Ward, T. (2002). The implicit theories of potential rapists: What our questionnaires tell us. *Aggression and violent behavior*, 7(4), 385-406.
- Pratt, T. C., & Cullen, F. T. (2000). The empirical status of Gottfredson and Hirschi's general theory of crime: A meta-analysis. *Criminology*, 38(3), 931-964.
- Prinz, P., Dekovic, M., & Reitz, E. (2008). Ouderlijke persoonlijkheid, opvoeding en probleemgedrag: Directe en indirecte effecten. *Kind en Adolescent*, 29(1), 4-16.
- Pullman, L., & Seto, M. C. (2012). Assessment and treatment of adolescent sexual offenders: Implications of recent research on generalist versus specialist explanations. *Child abuse & neglect*, 36(3), 203-209.
- Richardson, G. (2005). Early maladaptive schemas in a sample of British adolescent sexual abusers: Implications for therapy. *Journal of Sexual Aggression*, 11(3), 259-276.
- Rovers, B. (2010). Motiveren en motivatieproblematiek. In M. Kooijmans (eds.), *Integraal motiveren in het jongerenwerk van de Twern*. Den Bosch: Expertise centrum veiligheid.
- Ryan, G., Leversee, T. F., & Lane, S. (2011). *Juvenile sexual offending: Causes, consequences, and correction*. John Wiley & Sons.
- Sameroff, A. J., & Fiese, B. H. (2000). Transactional regulation: The developmental ecology of early intervention. *Handbook of early childhood intervention*, 2, 135-159.
- Sampson, R. J., & Laub, J. H. (2003). Life-course desisters? Trajectories of crime among delinquent boys followed to age 70. *Criminology*, 41(3), 555-592.
- Schleider, J. L., Abel, M. R., & Weisz, J. R. (2015). Implicit theories and youth mental health problems: A random-effects meta-analysis. *Clinical psychology review*, 35, 1-9.
- Schmucker, M., & Lösel, F. (2015). The effects of sexual offender treatment on recidivism: An international meta-analysis of sound quality evaluations. *Journal of Experimental Criminology*, 11(4), 597-630. <https://doi.org/10.1007/s11292-015-9241-z>
- Seto, M. C., & Lalumière, M. L. (2010). What is so special about male adolescent sexual offending? A review and test of explanations through meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 136(4), 526-575
- Silverman, W. K., Pina, A. A., & Viswesvaran, C. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(1), 105-130.
- Simons, D., McCullar, B. & Tyler, C. (2008, October). Evaluation of the good lives model approach to treatment planning, *27th annual research and treatment conference of the Association for the Treatment of Sexual Abusers*. Atlanta, GA.
- Steinberg, L. (2009). Adolescent development and juvenile justice. *Annual review of clinical psychology*, 5, 459-485.
- Stevens, L., Verdejo-Garcia, A., Roeyers, H., Goudriaan, A.E. & Vanderplasschen, W. (2015). Delay discounting, treatment motivation and treatment retention among substance-dependent individuals attending an inpatient detoxification program. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 49, 58-64.
- Szumski, F., Bartels, R. M., Beech, A. R., & Fisher, D. (2018). Distorted cognition related to male sexual offending: The multi-mechanism theory of cognitive distortions (MMT-CD). *Aggression and violent behavior*, 39, 139-151.
- Taylor, J. L., & Novaco, R. W. (2005). *Anger treatment for people with developmental disabilities: A theory, evidence and manual based approach*. John Wiley & Sons.
- Ter Beek, E., Spruit, A., Kuiper, C.H.Z., Van der Rijken, R.E.A., Hendriks, J., & Stams, G.J.M. (2018). Treatment Effect on Recidivism for Juveniles Who Have Sexually Offended: A Multilevel Meta-Analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25.
- Terry-McElrath, Y. M., & O'malley, P. M. (2011). Substance use and exercise participation among young adults: Parallel trajectories in a national cohort-sequential study. *Addiction*, 106(10), 1855-1865.
- Van Beek, D.J. (1999). *De delictscenarioprocedure bij seksueel agressieve delinquenten*. Gouda: Quint.
- Van Berlo, W., & Mooren, T. (2009). Seksueel geweld: gevolgen en behandeling. *Seksuologie*, 419-435.
- Van den Berg, J. W., & Van Beek, D. (2006). Verstandelijk gehandicapte plegers van seksueel grensoverschrijdend gedrag: Een literatuuroverzicht. *Psycholoog Amsterdam*, 41(3), 125.
- Van den Hurk, H., & Nelissen, A.A. (2004). What Works: Een nieuwe benadering van resocialisatie van delinquenten. *Sancties*, 5, 280-297.
- Van Der Put, C. E., Deković, M., Stams, G. J. J., Van Der Laan, P. H., Hoeve, M., & Van Amelsfort, L. (2011). Changes in risk factors during adolescence implications for risk assessment. *Criminal justice and behavior*, 38(3), 248-262.
- Van Horn, J. E., & Boswinkel, N. (2017) *Forensische Klachtenlijst - Jeugd (FKL-Jeugd): Handleiding*. Utrecht: De Waag.
- Van Horn, J. E., Wilpert, J., Bos, M.G. N., Eisenberg, M. & Mulder, J. (2009). RAF MH Youth: validation of a structured risk assessment instrument for outpatient delinquents. *Tijdschrift voor Strafrecht, Criminologie en Forensisch welzijnswerk*, 30, 23-34.
- Van Horn, J., Van Slagteren, J., & Eisenberg, M. (2015). *Onderzoeksbuletin: Redicive bij jongeren in de ambulante forensische ggz*. Utrecht: De Forensische Zorgspecialisten.

- Van Wijk, A., Loeber, R., Ferwerda, H., Smulders, A., & Vermeiren, R. (2005). Jeugdige zedendelinquenten en geweldplegers: Een vergelijking op grond van de Pittsburgh Youth Study. *Justitiële verkenningen*, 3(1), 8.
- Verdonck, E., & Jaspaert, E. (2009). *Motivatie voor gedragsinterventies bij jeugdige justitiabelen*. Leuven Instituut voor Criminologie, Katholieke Universiteit Leuven.
- Ward, T. (2000). Sexual offenders' cognitive distortions as implicit theories. *Aggression and violent behavior*, 5(5), 491-507.
- Ward, T., Brown, M. (2004) The good lives model and conceptual issues in offender rehabilitation, *Psychology, Crime and Law*, 10, 243-57.
- Weisz, J. R., & Hawley, K. M. (2002). Developmental factors in the treatment on adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(1), 21-43
- Wolfe, V., & Birt, J. (1997). *Child sexual abuse* (pp. 569-623). I. E. Mash, & L. Terdal (Eds.). Guilford Press.
- Zimring, F., Jennings, W., & Piquero, A. R. (2007). Juvenile and adult sexual offending in Racine, Wisconsin: Does early sex offending predict later sex offending in youth and young adulthood. *Criminology & Public Policy*, 6, 507-534.

Samenwerking erkenningstraject

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

