

VRAGENLIJSTPAKKET ZEDEN – VPZ

EEN MULTIFUNCTIONELE STEUNPILAAR VOOR DE BEHANDELING VAN VOLWASSEN
CLIENTEN MET SEKSUEEL GRENSOVERSCHRIJDEN GEDRAG (SGG)

Bernard ten Hag, Julia Wilpert en Joan van Horn

Het effectief behandelen van SGG-cliënten vraagt om een gedegen diagnose en periodieke evaluatie van hun problematiek. Het Vragenlijstpakket Zeden (VPZ) van de Waag voorziet in deze behoefte. Alweer zo'n tien jaar geleden werd de basis gelegd voor het VPZ. Ten Hag verdiepte zich destijds in de behandeling van zedendelinquenten. Ter ondersteuning van vooral de problemen die de SGG-cliënten hebben met intimiteit, maakte hij gebruik van enkele zelfrapportagelijsten over hechting. Uiteindelijk werd dit uitgebouwd tot het VPZ, een diagnostisch vragenlijstpakket om de behandeling van SGG-cliënten te monitoren en richting te geven.

Aan het VPZ is door de jaren heen flink geknutseld en geschaafd. De grootste revisie van het VPZ vond plaats na doorlichting van het behandelprogramma door de Waagbrede werkgroep Zeden. Deze werkgroep was in het leven geroepen om aan de hand van literatuuronderzoek de state of the art in kaart te brengen op het gebied van de behandeling van SGG-cliënten. Volgens de laatste inzichten zou in de behandeling niet zozeer het delict centraal moeten staan, maar de problemen die aan delictpleging ten grondslag liggen.

In de forensische ggz wordt het *Risk-Need-Responsivity* model van Andrews en Bonta (2006) breed gedragen. De statische risicofactoren bepalen vooral het recidiverisico op lange termijn, terwijl de dynamische risicofactoren (Needs) richting geven aan de behandeling en het recidiverisico op een kortere termijn bepalen. Uit diverse invalshoeken komen steeds dezelfde vier thema's als belangrijkste criminogene factoren naar voren: 1) relationele problemen, 2) algemene zelfregulatieproblemen, 3) seksuele zelfregulatieproblemen en 4) cognitieve distorsies.

Het uitgangspunt was om in het VPZ zoveel mogelijk gestandaardiseerde en gevalideerde vragenlijsten op te nemen die bij deze thema's aansluiten. Dat was niet eenvoudig omdat veel lijsten niet zijn onderzocht op hun psychometrische kwaliteiten in een forensisch poliklinische populatie. Bovendien zijn veel vragenlijsten te doorzichtig geformuleerd om het betreffende concept betrouwbaar te meten. Dat gold vooral voor vragenlijsten die cognitieve distorsies pretenderen te meten. Thema 4 'cognitieve distorsies' is in het VPZ dan ook niet in vragenlijstvorm opgenomen. In de behandeling komt het wel uitgebreid aan bod.

VPZ inmiddels afgenomen bij 118 SGG-cliënten

De laatste volledig herziene versie van het VPZ is inmiddels vanaf juli 2010 in gebruik en wordt naast de therapeutenhandleiding ingezet ter ondersteuning van de behandeling. In een periode van bijna 1.5 jaar (tot december 2011) werd het nieuwe VPZ door 118 mannelijke SGG-cliënten ingevuld voorafgaand aan de start van hun behandeling. Het merendeel van de mannen werd behandeld vanwege het plegen van een pedoseksueel delict (40.9%) of het downloaden van kinderporno (33.6%). Andere aangemelden betroffen exhibitionisme (8.2%), andere hands-off delicten en minder frequent voorkomende seksueel grensoverschrijdende handelingen zoals handtastelijkheid op het werk en verkrachting met percentages onder de vijf procent.

In deze NewsFlash

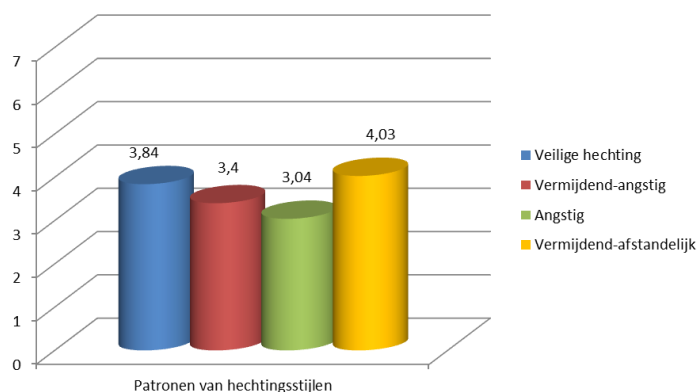
Het doel van deze NewsFlash is om de drie thema's toe te lichten: 'relationele problemen', 'algemene zelfregulatieproblemen' en 'seksuele regulatieproblemen'. De gegevens van de 118 mannen dienen hierbij ter illustratie.

CRIMINOGENE FACTOREN ALS BEHANDELDOELEN

1. Relationale problemen: hechting en intimiteit

Begin jaren '90 gaf Marshall de aanzet om sociale problemen vanuit de gehechtheidstheorie te beschouwen. Verondersteld wordt dat een onveilige gehechtheid in de kindertijd een beperkt vertrouwen in jezelf en de ander in de hand werkt, wat later in het leven leidt tot moeilijkheden om intieme contacten met anderen aan te gaan. In meerdere onderzoeken werd de hypothese bevestigd dat een persoon vanuit intimiteittekorten op indirecte wijze zijn behoefte aan intimiteit in seks zoekt. Een gebrek aan intimiteit wordt daarom vaak beschouwd als één van de grootste risicofactoren voor het plegen van seksuele delicten. In onderzoek kon echter de causale relatie tussen hechtingsproblemen en het plegen van seksuele delicten niet worden bevestigd. Onveilige gehechtheid moet eerder worden opgevat als een factor die de individuele kwetsbaarheid om psychische problemen te ontwikkelen vergroot, ongeacht het type gepleegde delict.

In het VPZ wordt hechting gemeten met de *Relationship Questionnaire* (RQ) en de *Experiences in Close Relationship revised* (ECR-r). In de praktijk blijkt de RQ het meest bruikbaar. Hechtingsstijlen sluiten elkaar niet uit. Afhankelijk van de situatie herkent iemand zich meer of minder in een bepaalde hechtingsstijl. In figuur 1 staat op een schaal van 1 tot 7 aangegeven in welke mate de SGG-cliënten zich herkennen in de vier hechtingsstijlen.



Figuur 1. Hechting bij cliënten met SGG

De vermijdend-angstige hechtingsstijl gaat bij 50 procent van de mannen gepaard met intimiteitsproblemen (gemeten met de *Fear of Intimacy Scale* – FIS), waarvan bij 20 procent de intimiteitproblemen ernstig tot zeer ernstig waren. Mannen met intimiteitsproblemen ervaren problemen om in een partnerrelatie te praten over gevoelens en persoonlijke kwesties. Deze vermijdings- en intimiteitsproblemen bij SGG-cliënten lijken te worden bevestigd door het gegeven dat 64 procent van de mannen geen partner (meer) heeft.

2. Zelfregulatieproblemen: probleemoplossende vaardigheden

Een vrij constante lijn in de theorievorming en behandeling van SGG-cliënten betreft hun vaardigheidstekorten en disfunctionele copingstijlen. Onderzoek wijst uit dat delinquenten vaak op een verkeerde manier met stress en spanningen omgaan. In stressvolle situaties waarin een probleemgerichte coping het meest effectief is, hanteren ze ineffektieve mechanismen, bijvoorbeeld door de spanning te vermijden of verkeerd aan te pakken (Cortoni & Carich, 2007). Het gevolg is dat problemen niet goed worden geanalyseerd en dat er dus onvoldoende effectief op kan worden geanticipeerd. De situatie wordt alsnog erger. Het komt ook voor dat SGG-cliënten een inaccuraat perceptie hebben van hun copingstrategie, in die zin dat zij denken dat hun strategie effectief is.

Disfunctionele copingstijlen en tekorten in probleemoplossende vaardigheden worden tegenwoordig geschaard onder de algemene zelfregulatietekorten. In het gedrag van daders die vanuit een antisociale manier van leven delicten plegen, zien we impulsiviteit, een gebrekkige probleemoplossing en negatieve emotionaliteit, vaak in de vorm van vijandigheid. Een dergelijk cluster wordt meer onder verkrachters dan onder pedoseksuele daders gevonden. Onder dit domein kunnen echter ook daders geschaard worden die vanuit impulsiviteit en gebrekkige probleemoplossing hun leven onvoldoende op orde krijgen en bij wie seksueel gedrag een vorm van coping is.

Tegenwoordig wordt vaker de term 'zelfregulatie' gebruikt dan coping. Een effectieve zelfregulatie stelt mensen in staat hun leven zo te ordenen dat ze op succesvolle wijze hun doelen kunnen halen. In de algemene psychologische literatuur is aangetoond dat het hebben van controle over je emoties essentieel is voor de ontwikkeling van een effectieve zelfregulatie. Door gebrekkige emotieregulatie kunnen cliënten niet focussen op hun plannen en op de uitvoering daarvan. Door de emotionele labiliteit overzien ze de gevolgen op lange termijn niet, maar richten zich veelal op de onmiddellijke beloning (denk aan criminaliteit, middelenmisbruik en seksuele gratificatie). Uit onderzoek van Hanson is bekend dat een acute emotionele toestand een trigger is voor seksueel grensoverschrijdend gedrag.

De vragenlijsten in het VPZ die zelfregulatieproblemen meten zijn de *Coping Inventory for Stressful Situations* (CISS NL), *Social Problem Solving Inventory – revised* (SPSI-r) en de *Barratt Impulsiveness Scale* (BIS). In deze NewsFlash wordt ingezoomd op de CISS NL en vooral de disfunctionele scores. Van de totale groep scoorde 44.1% laag tot zeer laag op probleemgerichte coping, 33.9% hoog tot zeer hoog op de emotiegerichte coping en 21.2% hoog tot zeer hoog op vermijdende coping.

Onderzoek van Serran en collega's (2007) heeft aangetoond dat het vergroten van probleemgerichte coping bij zedendelinquenten geen gunstig effect heeft op hun disfunctionele emotionele coping. Een emotiegerichte copingstijl is voor zedendelinquenten bijzonder problematisch omdat vanuit een negatieve gevoelstoestand de kans op SGG groot is. In de behandeling zal men zich - naast het verbeteren van probleemgerichte coping - vooral moeten richten op het verminderen van de emotiegerichte reactie op stress en spanningen. Het aanpakken van disfunctionele copingstijlen en in het bijzonder van emotiegerichte coping is van belang voor zowel de intimiteitstekorten als de seksuele zelfregulatie. Cliënten met een onveilige hechtingsstijl gebruiken meerdere disfunctionele copingstrategieën om de afstand tot de intieme ander te reguleren. Zij klampen zich vast wanneer de band met de ander in gevaar komt, of ze nemen afstand wanneer de band met de ander als knellend wordt ervaren of angst oproept.

Onderzoek van Cortoni toont aan dat de meeste SGG-clieënten een seksuele copingstijl hebben, wat gezien moet worden als een emotiegerichte vorm van coping. Zij verklaart dat als volgt: seksueel gedrag geeft een plezierige toestand en een (tijdelijke) verlichting van negatieve gevoelens. Seksueel gedrag is daarmee tegelijkertijd een positieve als een negatieve bekrachtiger. Herhaling van dit gedrag leidt tot een gewoonte met als gevolg dat er een behoefte ontstaat aan meer seks en meer variatie om seksueel plezier te blijven krijgen. Daarbij kan iemand van consensuele activiteiten overgaan naar deviante seksuele activiteiten. In het domein van de seksuele zelfregulatie wordt hier nader op ingegaan.

3. Seksuele zelfregulatieproblemen: de drive achter het plegen van seksuele delicten

Een van de grootste risicofactoren voor seksuele recidive is de seksuele problematiek. Hanson en Harris (2007) omschrijven deze problematiek als een stoornis in de seksuele zelfregulatie die uit drie onderdelen bestaat: afwijkend seksueel gedrag, gepreoccupeerd seksueel gedrag en seksuele coping. Het gaat dus om een delict dat hoofdzakelijk seksueel gemotiveerd is. Het is overigens niet uitgesloten dat andere niet-seksuele motieven hierbij ook een rol spelen.

In het VPZ zijn vragenlijsten opgenomen voor de diagnostiek van seksuele disfuncties (Elf vragen over Seksueel Functioneren - SF), parafilieën (*Sexual Addiction/Compulsion Inventory - SA/CI*) en om te bepalen of er sprake is van seksuele compulsiviteit (*Sexual Compulsivity Scale - SCS*), hyperseksuele stoornis (*Hypersexual Disorder Screening Inventory - HDSI*) en seksuele coping (*Coping Using Seks Inventory - CUSI*).

Deze vijf vragenlijsten zijn bedoeld als hulpmiddel bij het 'gestructureerd interview seksueel functioneren'. Met name de diagnostiek van een deviante seksuele voorkeur is een heikel onderwerp omdat parafiele pedoseksuele daders niet snel een dergelijke voorkeur zullen meedelen. De meest ongecompliceerde, directe manier van het in kaart brengen van een cliënt's seksueel (dis)functioneren is het diagnostisch interview waarin het algeheel seksueel functioneren wordt besproken. Het doel van het diagnostisch interview is om de seksuele problemen in kaart te brengen zodat in de behandeling kan worden gewerkt aan een gezondere seksuele ontwikkeling, met een verminderde seksuele preoccupatie, minder onpersoonlijke seks en het uitdoven van onjuiste seksuele bekrachtigingen.

De SCS is internationaal gezien de meest gebruikte zelfrapportagelijst om seksuele compulsiviteit te meten omdat het inzicht geeft in de mate waarin seksuele preoccupatie als belastend en problematisch wordt ervaren. Uit de SCS-scores bij de onder-

zochte mannen blijkt dat 47% in hoge mate de seksueel compulsiviteit als belastend te ervoeren, 27.4% rapporteerde een gemiddelde belasting en 25.6% gaf aan geen problemen op dit gebied te hebben.

Om de seksuele problemen nog beter in kaart te brengen, is ook informatie nodig over de mate waarin een persoon bezig is met seks (hyperseksualiteit). Het als belastend ervaren dat je met seks bezig bent (seksuele compulsiviteit) zegt namelijk nog niets over hoeveel je met seks bezig bent. De HDSI meet de mate waarin er sprake is van een hyperseksuele stoornis. In Kafka's categoriale meting ligt de drempel voor de aanwezigheid van een hyperseksuele stoornis hoog. Grofweg kun je stellen dat een persoon moet voldoen (score 3 of 4 op een 4-puntsschaal) aan vijf van de zeven criteria wil er sprake zijn van een hyperseksuele stoornis. Van de 118 mannen beantwoorde 8.5% aan deze criteria.

HOE ZIET DE TOEKOMST ERUIT?

Het VPZ wordt door de behandelaars beschouwd als een multifunctionele steunpilaar in de behandeling van SGG-cliënten. Het blijft een instrument in ontwikkeling. Ingangen voor verbetering worden gezien langs twee lijnen: behandelinhoudelijk en qua instrumentarium zelf.

Behandelinhoudelijke verbeteringen

Centraal staat de vraag op welke wijze het VPZ een nog beter hulpmiddel kan zijn voor het opstellen van een behandelplan op maat en voor het monitoren van de voortgang van de behandeling? Wetenschappelijk onderzoek is nodig om deze vraag te beantwoorden. Het VPZ wordt nu nog te weinig als ROM-instrument gebruikt, terwijl juist het evalueren van de - al dan niet opgetreden - veranderingen gerichte aanknopingspunten kunnen bieden voor cliënt en behandelaar om waar nodig bij te sturen. Met deze NewsFlash wordt dan ook een oproep gedaan aan behandelaars om het VPZ ook als herhaalde meting te laten invullen.

In Engeland waar men een vrij lange traditie heeft om psychologische factoren te meten met zelfrapportage-vragenlijsten is de reikwijdte onderzocht van zelfrapportagelijsten in het voorspellen van recidive. Craig, Thornton, Beech en Browne (2007) concludeerden dat het gebruik van zelfrapportagelijsten als ondersteunend kan worden beschouwd in het voorspellen van seksuele recidive. Het VPZ bestaat voor een groot deel uit zelfrapportagelijsten. Het onderzoek van Craig e.a. bieden een interessante invalshoek om de voorspellende waarde van het VPZ te onderzoeken in termen van risicotaxatie (met name de dynamische risicofactoren) en (seksuele) recidive.

Verbeteringen van de psychometrische eigenschappen van het VPZ

Het VPZ bestaat uit 16 zelfrapportagelijsten waarvan een groot deel nog niet is gevalideerd voor de ambulante forensische ggz. Naast het valideren van deze lijsten, ligt de meerwaarde van het VPZ ook in het toevoegen van impliciete maten om bijvoorbeeld de cognitieve vervormingen, impulsiviteit en seksuele voorkeuren te meten. Instrumenten hiervoor zijn onder andere de *Affinity Measure of Sexual Interest (AMSI)* voor het meten van seksuele voorkeuren, de *Implicit Association Task/Picture Association Task (IAT/PAT)* voor het meten van de associatie tussen twee begrippen, bijvoorbeeld kind en seks, en de *Go/no go task* om de mate van impulsiviteit te meten. Voorbereidingen zijn gaande om - in samenwerking met onderzoekers van de Van der Hoevenkliniek - de meerwaarde van enkele impliciete maten voor de diagnostiek en behandeling van SGG-cliënten onder de loep te nemen.

Referenties zijn opvraagbaar bij de Bernard ten Hag. Btenhag@dewaagnederland.nl

UITGAVE

De Waag NewsFlash wordt driemaal per jaar uitgegeven en heeft als doel om medewerkers van de Waag en externen te informeren over afgeronde, geplande en lopende wetenschappelijke onderzoeken in de Waag.

Redactie: Joan van Horn, Julia Wilpert, Mara Eisenberg, Hiske Dibbets & Jules Mulder

Voor meer informatie: jvanhorn@dewaagnederland.nl