

Jongeren met seksueel grensoverschrijdend gedrag; kwalitatief onderzoek naar behandeling

J. Evenepoel, F. Van Deynze, D. Neves Ramos

- Achtergrond** Seksueel grensoverschrijdend gedrag door jongeren is een substantieel probleem. Deze doelgroep is echter moeilijk te onderzoeken, waardoor de wetenschappelijke evidentie waarop behandelaars zich kunnen baseren beperkt is.
- Doel** Vanuit praktijkervaring de behandelinterventies en de impact ervan in kaart brengen.
- Methode** Kwalitatief onderzoek met diepte-interviews bij Vlaamse hulpverleners (n = 10) en vervolgens een verhalende thema-analyse.
- Resultaten** Jongeren die seksueel grensoverschrijdend gedrag vertoonden, waren vaak getekend door ontwikkelingstrauma en kwetsuren. Het nut van hen als een aparte groep behandelen kon in twijfel worden getrokken. Vijf hoofdthema's kwamen naar voren als aandachtspunten bij de behandeling: afstemmen op het profiel van de jongere, weerstand en motivatie, therapeutische relatie, behoefte aan een positief verhaal en de context. Daarnaast werden er problemen aangewezen waar men in de praktijk tegenaan liep.
- Conclusie** De werkzame factoren lijken samen te vallen met algemene psychotherapeutische aspecten. Daarnaast wijzen de resultaten op een gebrekkige organisatie van het Vlaams zorglandschap. Er valt nog heel wat winst te boeken bij deze doelgroep, o.a. door meer te investeren in continuïteit van zorg.

Seksueel grensoverschrijdend gedrag (SGG) is een ernstig probleem dat veel persoonlijk en maatschappelijk leed met zich meebrengt. Aangezien naar schatting 20 tot 25% van al het seksueel geweld gepleegd wordt door adolescenten, vormen zij een belangrijke doelgroep voor behandeling (Gijs & Hendriks 2019).

Het meeste onderzoek over daders van SGG betreft volwassen mannen (Seto & Lalumiere 2010; Gijs & Hendriks 2019). De laatste jaren is het aantal studies naar jongeren met SGG weliswaar sterk toegenomen, maar deze studies zijn vaak beperkt tot het bestuderen van prevalentie, risicofactoren en recidive (van Den Berg e.a. 2018).

Jongeren met SGG worden in de literatuur vaak als een aparte groep beschreven. Men zoekt naar kenmerken van 'de jonge seksuele dader', of van subgroepen binnen deze doelgroep. Dit leidde tot diverse typologieën. Onderzoek toont echter aan dat geen enkele typologie adequaat voorspelt welke jongeren een hoger recidive-risico hebben (ter Beek 2019). Men veronderstelde lange tijd dat jongeren met SGG zedenfeiten zouden blijven plegen. Het empirische bewijs spreekt dit tegen; slechts een kleine subgroep valt terug in SGG (Caldwell 2010; van Den Berg e.a. 2017).

Behandelaars kunnen binnen de forensisch-psychiatrische literatuur hoofdzakelijk op twee basismodellen terugvallen: het dominante *risk-need-responsivity model* (RNR-model; Bonta & Andrews 2007) en het nieuwere *good lives model* (GLM; Ward e.a. 2012).

Het RNR-model focust op risicomanagement en terugvalpreventie. Zoals gezegd, is het echter moeilijk te bepalen of een jongere tot de hoogrisicogroep behoort. Het risico op terugval lijkt vaak te worden overschat, met overbehandeling als gevolg. Te intensief, gedwongen behandelen kan het herhalingsrisico juist vergroten en negatieve effecten hebben op het welbevinden en functioneren van de jongere (ter Beek 2019).

Een te enge focus op risico's kan bovendien het individu en zijn behandelbehoeftes doen vergeten. Zoals Seto en Lalumiere (2010) aangeven, rapporteren jongeren met SGG meer problemen met sociaal functioneren, meer angstklachten en een lager zelfbeeld dan jongeren met niet-SGG. Ook emotionele eenzaamheid is een vaak terugkomende klacht (ter Beek 2018). Het GLM probeert hierop een antwoord te bieden.

Het GLM heeft als uitgangspunt dat het grensoverschrijdend gedrag een inadequate manier is om bepaalde behoeftes in te vullen. Men tracht samen met de jon-

AUTEURS

Jessika Evenepoel, thans: kinder- en jeugdpsychiater, KARUS, Gent; ten tijde van het onderzoek ASO kinder- en jeugdpsychiatrie, UGent.

Freek Van Deynze, socioloog, beleidsmedewerker, VUB, Brussel.

Daniel Neves Ramos, kinder- en jeugdpsychiater, ZNA UKJA, Antwerpen.

Correspondentie

Dr. Jessika Evenepoel (jessika.evenepoel@karus.be)

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 9-2-2021.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2021;63(9):644-649

gere te achterhalen welke basisbehoeftes voor hem het belangrijkste zijn, en zoekt vervolgens naar adequate strategieën om deze te bereiken (Fortune e.a. 2014). Hoewel het GLM aanvankelijk als alternatief voor het RNR-model werd ontwikkeld, worden beide modellen in de praktijk steeds vaker geïntegreerd (van den Berg 2018).

Zowel het RNR-model als het GLM werd ontwikkeld gericht op volwassenen. Zoals weergegeven, bestaat er weinig wetenschappelijke evidentie over de behandeling bij jongeren. Ondanks dit gebrek, staan er dagelijks hulpverleners klaar om jongeren met SGG te behandelen. Wij deden onderzoek om meer te weten te komen over hun praktijkervaring. Door welke principes laten hulpverleners zich leiden? Wat zien zij als good practices? Worden zij gehinderd door obstakels bij het begeleiden van deze jongeren, en zo ja door welke?

METHODE

We kozen voor een kwalitatieve insteek, met de benadering van de *grounded theory* (Glaser & Strauss 1967). Kwalitatief onderzoek maakt het mogelijk de veelheid aan ervaringen van hulpverleners te verzamelen, zonder deze te beperken tot vooraf vastgelegde categorieën en concepten, wat doorgaans bij meer toetsende, kwantitatieve benaderingen het geval is.

Via een theoretisch gemotiveerde steekproef werden hulpverleners met praktijkervaring in de behandeling van jongeren met SGG, als respondenten gekozen. Onder jongeren verstonden we zowel schoolplichtige tieners als jongvolwassenen, zonder strikt afgebakende leeftijdsgrenzen. We kozen voor een semigestructureerd interview, met enkele onderwerpen om op terug te vallen.

De geïnterviewde hulpverleners waren verspreid over vier verschillende Vlaamse provincies. Ze behoorden tot verschillende disciplines: jeugdpsychiater (n = 4), volwassenenpsychiater (n = 2), psycholoog (n = 1), seksuoloog (n = 1), sociaal werker (n = 1), orthopedagoog (n

= 1), criminoloog/ergotherapeut (n = 1). De hulpverleners waren werkzaam in diverse verbanden: residentiële centra jeugdpsychiatrie, ambulante gespecialiseerde SGG-hulpverlening, residentiële centra volwassenenpsychiatrie, ambulante volwassenenpsychiatrie, afdeling voor herstelgerichte en constructieve afhandeling (HCA). Na tien diepte-interviews leek saturatie bereikt te zijn. (Tijdens een interview spraken we twee hulpverleners tegelijk; er waren dus in totaal 11 geïnterviewden). De interviews werden opgenomen en verbatim uitgeschreven. Hierop verrichtten we een thema-analyse met NVivo. Zoals voorgeschreven door de *grounded theory*, formuleerden we op voorhand geen codegroepen, om de resultaten zo dicht mogelijk te laten aansluiten bij de oorspronkelijke data. We codeerden de data eerst open, om vervolgens met axiale codering tot kernthema's te komen. Voor de leesbaarheid kozen we ervoor om de bevindingen als een thematisch gestructureerd verhaal te brengen.

RESULTATEN

Vijf hoofdthema's bij de therapie

De behandeling van jongeren met SGG was een combinatie van een algemene begeleiding, vaak gebaseerd op het biopsychosociaal model, en een specialistische aanpak gericht op het SGG. De hulpverleners gaven telkens aan dat het algemene stuk het zwaarst woog. Alle respondenten gingen ervan uit dat het verbeteren van het algemeen welbevinden ook recidivisme voorkomt. *'We vinden het [SGG] wel belangrijk, het is de aanmeldingsreden, maar dat hoeft daarom niet een therapie vorm te geven.'*

De meesten waren het erover eens dat hiernaast ook voldoende aandacht moet gaan naar delict en risico's. Hoe sterk dit beklemtoond werd, varieerde naargelang de hulpverlener.

De belangrijkste bevindingen bij het uitvoeren van de behandeling bespreken we hierna.

Afstemmen op het profiel van de jongere

De respondenten waren het erover eens dat er geen eenduidig profiel van 'de jonge seksuele vader' bestaat. Deze doelgroep wordt gekenmerkt door heterogeniteit. Ook stelde men dat het SGG zelden tot nooit een stoornis op zich vormt (i.t.t. tot parafilie bij volwassenen), maar veeleer een symptoom is van een onderliggende problematiek.

Bijna altijd schulde achter 'de vader' een kwetsbare jongere, die talrijke negatieve ervaringen had opgestapeld en/of met een psychiatrische problematiek kampte. Zijn verhaal was er eerder een van miskende kwetsuren en beperkingen, dan dat van een kille en berekenende verkrachter. Bovendien liepen slachtoffer- en vaderschap vaak door elkaar.

'De grens vader-slachtoffer is zeer warrig. ... Ze kennen de grens niet voor zichzelf en ook niet voor anderen.'

Sommigen waren als kind slachtoffer van seksueel misbruik, een grotere groep was tijdens hun opgroeien slachtoffer van mishandeling in brede zin (emotionele en lichamelijke mishandeling en verwaarlozing). Op het tijdstip van interventie zaten sommige jongeren hier nog middenin.

Verder wezen de respondenten op het belang van het identificeren van een ASS-problematiek. Een aanzienlijk deel van de jongeren die in de SGG-hulpverlening terecht kwam, had (kenmerken van) autismespectrumstoornis (ASS). Indien men seksualiteit beschouwde als een gecompliceerde vorm van sociaal-emotioneel functioneren, was het begrijpelijk dat jongeren met ASS hiermee worstelden. Ook hun aparte denkstijl kon voor problemen zorgen. Een praktijkvoorbeeld was een jongere die, zoals veel leeftijdgenoten, op zoek ging naar porno, maar vanuit zijn letterlijk denken 'kinderporno' intypte aangezien hij porno met leeftijdgenoten wilde zien.

De grote diversiteit onder deze jongeren daagde hulpverleners uit om zorg op maat te bieden. Vaak vertoonden zij tekorten op verschillende ontwikkelingsdomeinen, o.a. op verbaal en sociaal-emotioneel vlak. Ook was seksualiteit doordrongen van impliciete zaken die verbaal moeilijk te vatten waren. Klassieke gesprekstherapie diende dus te worden aangevuld met non-verbale aspecten. In tegenstelling tot andere observatievormen (bijv. spelobservatie), bestond er niet zoiets als een 'seksobservatie' waar de therapeut op kon terugvallen.

'Je merkt dat heel veel jongeren die bij ons terecht komen door allerlei comorbiditeit voor klassieke gesprekstherapie, of het geduld niet hebben, of de taal niet hebben, en dat dit voor hen niet de meest motiverende vorm is om aan therapie te doen. Omdat je ze op hun zwaktes pakt. En dan botst dat op verzet, niet zozeer omdat ze niet aan hun probleem willen werken, maar omdat de vorm niet aangepast is aan hun mogelijkheden.'

Ook moest rekening gehouden worden met een laag sociaal-emotioneel ontwikkelingsniveau. Dit vereiste aandacht voor de context, en het verlagen van verwachtingen t.o.v. de jongere zelf. Om dit te concretiseren maakten diverse hulpverleners dankbaar gebruik van

het SEO-kader (sociaal-emotionele ontwikkeling, volgens A. Došen).

Weerstand en motivatie

Zoals vaker bij jongeren die gedragsproblemen vertoonden, waren jongeren met SGG zelden de initiatiefnemer bij het zoeken van hulp. Ze werden doorgaans door anderen aangemeld: de jeugdrechtsbank, de jeugdinstelling, de school, hun ouders. Hierdoor ervoeren ze de hulpverlening vaak als gedwongen. Zolang de jongere maar fysiek aanwezig was, hoefde dit volgens de respondenten geen probleem te zijn. Een extrinsieke motivatie zoals 'ik wil niet meer in de gemeenschapsinstelling/justitiële jeugdinrichting terechtkomen', kon volstaan.

'We weten dat ze vaak niet gemotiveerd zijn, dus met elke sprankel zijn we tevreden en zelfs bij diegene die zeer weinig gemotiveerd waren merk je dat je daar snel door geraakt.'

Bij de meeste jongeren groeide gaandeweg een vorm van intrinsieke motivatie en hulpvraag, en zakte hun weerstand. Hierbij speelde de therapeutische relatie een belangrijke rol.

Therapeutische relatie

Deze jongeren droegen vaak talrijke kwetsuren met zich mee. Zowel in hun opgroeien, en t.g.v. het SGG, hadden ze veel afwijzing en bestraffing ervaren. Wanneer ze naar een therapeut gestuurd werden, verwachtten ze doorgaans meer van hetzelfde. Het was belangrijk dat de therapeut dit verwachtingspatroon doorbrak, en oog had voor de kwetsbare jongere achter het SGG. Wie jongeren tot 'daders' verengde, zou er zelden in slagen om hen te bereiken. Sommige hulpverleners spraken over het belang van de jongere 'graag te kunnen zien', ondanks de verschrikkelijke daden die hij gepleegd had.

'Wij hebben het niet enkel over de dingen die mislopen of over de feiten, en dat maakt vaak dat jongeren vertrouwen in ons krijgen of dat wij een band kunnen opbouwen om het dan later in de begeleiding ook over die moeilijkere thema's te hebben.'

Behoeftes aan een positief verhaal

De geïnterviewde hulpverleners waren het erover eens dat er behoefte was aan een positief verhaal. Een jongere enkel vanuit een repressieve blik benaderen, werkte niet. Bij een te sterke risicofocus had de therapie weinig te bieden aan de jongere, behalve leren wat niet mag. De meeste hulpverleners gaven aan het GLM als een noodzakelijke aanvulling aan het RNR-model te beschouwen en de basisprincipes ervan te omarmen. De implementatie was minder homogeen.

'De kern van onze job is voorkomen dat er nieuwe slachtoffers vallen, en ik denk dat dit inherent samengaat met jongeren tot een leven brengen waar ze zich echt goed in voelen. Alles, alles, komt op dit terug.'

Het positief verhaal was natuurlijk breder dan het GLM. Het hield in dat men als hulpverlener de jongere een mooi leven wilde bieden, waarin hij zich goed voelde en goed functioneerde. Het betekende perspectief bieden,

iets waar naartoe gewerkt kon worden, in plaats van enkel zaken af te nemen wegens te groot risico. Vaak waren jongeren vragende partij om aan hun autonomie of verbondenheid te werken. Het kon ook betekenen iets wegnemen dat door de jongere als hinderlijk werd ervaren, zoals angstklachten of te beperkende ouders. Zolang het voor de jongere maar duidelijk was dat er iets te winnen viel. Dit gold ook voor seksualiteit, die de jongere als iets strafbaars en negatiefs leerde te beschouwen.

‘Heel veel gasten hebben schrik gekregen van seks. Zij zeggen letterlijk “Ik ga dat niet meer doen tot ik 18 ben”.’

De therapeut diende te zoeken naar een evenwicht tussen voldoende kansen bieden en het vermijden van te risicovolle situaties. Zo zou men aan protectieve factoren kunnen werken door de jongere naar school te laten gaan, maar dit was in de praktijk niet altijd mogelijk door bijv. onvoldoende toezichtsmogelijkheden of doordat de jongere nog over te weinig vaardigheden beschikte.

Waar de balans lag, varieerde naargelang de hulpverlener. Zo wees de ene hulpverlener op de vaak onrealistische verwachtingen die we van jongeren hebben, namelijk dat zij onmiddellijk zullen stoppen met het SGG, terwijl we weten dat net zoals bij depressie, angst of andere problemen, het inadequaat gedrag slechts stap voor stap verbetert. In dit opzicht maakte terugval (met liefst zo weinig mogelijk schade), deel uit van het proces en zou het niet wenselijk zijn om te lang een risicovermijdende houding aan te nemen. Wie te sterk vanuit angst voor terugval vertrok, ontnam jongeren kansen om hun gezonde kanten te versterken.

‘We krijgen ook die vragen van, mag die nog deelnemen aan het speelplein, mag die mee op scoutskamp, mag die ... Ik vind dat altijd heel lastige vragen. Het moet zo veilig mogelijk zijn uiteraard, maar je moet de normale activiteiten zoveel als kan laten doorgaan. Ik geloof niet in het isoleren van jongeren.’

Context

Net zoals in de bredere jeugdpsychiatrie speelde de context bij jongeren met SGG een belangrijke rol. Deze was vaak nodig om tot terugvalpreventie te komen, enerzijds door externe controle te bieden, anderzijds door een positief antwoord te bieden op de eenzaamheid van de jongere (die vaak bijdroeg tot het SGG). Als de jongere in een residentiële centrum verbleef, was het noodzakelijk dat hij naar een context toe kon werken en perspectief had, anders traden uitzichtloosheid en dalende motivatie op.

‘Je hebt die mensen nodig, dat voel je heel hard, zeker bij die jongeren die al heel veel tekort zijn gekomen. Als je die ouders niet mee hebt, is dat heel moeilijk om van die gasten te vragen om hun best te doen, want dan hebben die zichzelf precies al opgegeven.’

De jongeren met wie de geïnterviewde hulpverleners aan de slag gingen, kwamen vaak uit kwetsbare gezinnen waar ouders hun eigen kwetsuren en beperkingen

met zich mee droegen. Een aanzienlijk deel woonde niet meer thuis, maar verbleef in een instelling. Het was niet evident om in dergelijke contexten tot leerbaarheid en duurzame verandering te komen. Om hen te bereiken had de hulpverlening zich sterk moeten aanpassen. Men had de laatste jaren ingezet op outreachende hulpverlening, die aan huis en op flexibele tijdstippen aan de slag kon. Dit was een enorme meerwaarde gebleken.

‘Ik denk als we dat [outreaching] zouden kwijt zijn, dan verliezen we een heel stuk van onze slagkracht, dan draaien we de klok tien jaar terug, waarin jongeren hier heel veel vooruitgang maakten, er thuis niets veranderd is, er op school niets veranderd is, en je ze buiten zet en ze gewoon terug in het hervat stuurt.’

Knelpunten

Praktische obstakels

De behandeling van jongeren met SGG zorgde op organisatorisch gebied voor uitdagingen.

Dit was ten eerste van toepassing op de organisatie binnen de SGG-hulpverlening. De hulpverleningscentra waren dun gezaaid, waardoor de afstand tussen woonplaats en centrum groot kon zijn, wat o.a. contextueel werken bemoeilijkte. Door de schaarse SGG-hulpverlening was het ook moeilijker om af te stemmen op het profiel en de zorgbehoefte van de jongere. Vermoedelijk werden hierdoor jongeren doorverwezen naar residentiële centra omdat ze nergens anders terecht konden, en dreigde men dus aan overbehandeling te doen. Ook bleek sommige hulp slechts toegankelijk op verwijzing van justitie, en diende men eerst strafbare feiten te plegen vooraleer men hierop aanspraak kon maken.

‘Dat hoor ik ouders dan zeggen, van “Ah dus er moeten eerst feiten gepleegd worden?”. Dat is wel heel wrang he.’

Ten tweede was de zorg voor jongeren met SGG vaak zeer multidisciplinair en dienden allerhande actoren op elkaar te worden afgestemd. Er diende rekening te worden gehouden met de jongere, ouders, leefgroep, school, justitie, gemandateerde voorzieningen, de al betrokken hulpverlening en het eigen team. Iedereen op één lijn krijgen was een omvangrijke, maar noodzakelijke onderneming. Het zou immers schadelijk zijn jongeren bloot te stellen aan allerhande inconsequenties binnen hun behandelingstraject.

In het algemeen werden er veel moeilijkheden in de continuïteit van zorg ervaren. Er leken onvoldoende schakels te zijn tussen de verschillende zorgintensiteiten, waardoor het te vaak een alles-of-nietsverhaal was. Vanuit het perspectief van residentiële hulpverlening waren er zowel in het voortraject (preventie) als in de nazorg belangrijke tekorten. Vaak waren er onvoldoende middelen om volwaardig outreachend te werken.

Uitstroom vormde regelmatig een struikelblok. Veel jongeren met SGG werden niet georiënteerd op een terugkeer naar huis en hadden opvang binnen een voorziening nodig. Dit aanbod was sowieso al beperkt, en voor jongeren met SGG des te meer (sommige leefgroepen

sloten hun deuren bij het zien van het label 'SGG'). Hulpverleners getuigden van schrijnende situaties, waarbij jongeren na hard aan zichzelf te hebben gewerkt, hun toekomstbeeld in duigen zagen vallen en maanden langer in opname bleven bij gebrek aan een voorziening die hen wilde/kon opvangen. De impact hiervan op de jongere lijkt uitermate schadelijk.

'... [jongeren] die echt niet weten "voor wat ben ik het hier aan het doen, de enige plek waar ze mij terug naartoe kunnen sturen is de jeugdgevangenis".'

Hulpverleners stonden vaak tegen de grens van de wettelijke meerderjarigheid. Vaak liet de financiering van hun centrum niet toe om boven de 18 jaar de behandeling voort te zetten. De brug tussen jeugdpsychiatrie en volwassenenpsychiatrie was vaak moeilijk te slaan. Bovendien bracht de meerderjarigheid van de ene op de andere dag een volledig ander wettelijk kader met zich mee: feiten gepleegd net voor of net na de meerderjarigheid konden volledig anders worden beoordeeld, of de 18-jarige kon alle therapie staken zodra hij niet meer onder de jeugdrechter stond.

Vermijding door hulpverleners

De meeste hulpverleners waren het erover eens dat een groot deel van de therapie ook door 'gewone' hulpverleners kan worden gegeven (zonder SGG-expertise), mits zij over goede basisvaardigheden beschikken (om o.a. tot een goede therapeutische relatie te komen). Toch zag men in de praktijk dat veel hulpverleners vermijding reageerden wanneer zij bij hun cliënten in aanraking kwamen met SGG, vermoedelijk vanuit de veronderstelling dat ze niet over de knowhow beschikten, of het onderwerp als taboe beschouwden en er niet op durfden ingaan.

'In de praktijk is het natuurlijk zo dat zowel bij kinderen als bij volwassenen, vanaf dat het iets te maken heeft met seks, dat iedereen een beetje van "Oei ja, ja dat is toch niet voor ons", en dan wordt er altijd doorgeschoven naar een ander.'

Dit leek bij te dragen aan de uitholling van de niet-gespecialiseerde, toegankelijke hulpverlening voor jongeren met SGG; door het vermijdingsgedrag binnen de algemene hulpverlening konden deze jongeren hier onvoldoende terecht.

Maatschappelijke verwerping

Alle respondenten gaven aan dat jongeren met SGG vaak op het etiket 'dader', 'viezerik' of 'verkrachter' botsten. Wanneer men in de maatschappij met SGG werd geconfronteerd, leek men vooral repressief op te treden. SGG leek door de maatschappij als ernstiger te worden beschouwd dan andere vormen van grensoverschrijdend gedrag. Dit stigma kon een bijzonder negatieve impact hebben op hoe jongeren naar zichzelf kijken en hun verdere identiteitsontwikkeling.

'Op die papieren, de beschikking die we krijgen, staan diverse woorden die voor hun zwaar binnenkomen. Dan komen ze met vragen als "Ben ik dan nu een verkrachter?"'

Ook leek de maatschappij een weinig genuanceerd beeld te hebben over wie al dan niet dader of slachtoffer kon zijn. Zo leken meisjes stevast als slachtoffers te worden beschouwd, en jongens telkens als daders. Beide groepen dreigden hierdoor een onafgestemd vonnis/advies te krijgen.

Gebrek aan referentiekader

De respondenten merkten op dat over seksualiteit zelden vrijuit wordt gesproken. De opgroeiende jongere moet voor zichzelf ontdekken wat seks precies inhoudt, zonder te kunnen terugvallen op een model (bijv. een ouder, vriend of leerkracht) die aangeeft hoe het moet. Jongeren die door hun problematiek beperkt waren in sociaal-emotionele vaardigheden en bijgevolg geen gezond referentiekader hadden betreffende seksualiteit, waren extra vatbaar voor het aannemen van schadelijke referentiekaders waar ze o.a. op het internet of via 'foute vrienden' mee in aanraking kwamen. Hulpverleners gaven aan dat in diverse casussen de jongere er zich niet van bewust was een grens te hebben overschreden. Onlinefeiten waren daar een goed voorbeeld van. Hier waren de grenzen nog vager, waardoor jongeren zonder het te beseffen te ver waren gegaan.

DISCUSSIE

Jongeren met SGG worden vaak ten onrechte als een apart te behandelen groep beschouwd. Het verhaal van de respondenten wijst op het grote aandeel van factoren die algemeen bij psychotherapie van allereerste doelgroepen werkzaam zijn. Van (2019) deelt in zijn meta-analyse deze factoren in als volgt: therapeutische relatie, herstellen van samenwerkingsbreuken, hanteling van tegenoverdracht, empathie, emotionele expressie, inzicht verwerven en persoon van de therapeut. Onder een goede therapeutische relatie kunnen we verstaan dat behandelaar en patiënt het eens zijn over de behandeldoelen en dat de patiënt vertrouwen heeft in de werkwijze en de persoon van de behandelaar. Specifiek voor onze doelgroep kunnen we hieraan toevoegen dat er ook vanuit de behandelaar behoefte is aan een zeker vertrouwen in de patiënt, om hem zo voldoende positieve kansen te bieden en niet enkel risico's te beperken. Om binnen de therapie tot emotionele expressie te komen is het nuttig om bij deze vaak verbale zwakkere jongeren ook non-verbale modaliteiten te bieden. Het hanteren van tegenoverdracht kan bij deze doelgroep als een belangrijk actiepunt worden beschouwd. Hierbij helpt het om oog te hebben voor de kwetsbare jongere achter 'de dader'. Uit de resultaten blijkt dat de jongere met SGG die men in de praktijk tegenkomt, vaker dan de literatuur doet vermoeden, getekend lijkt te zijn door ontwikkelingstrauma en allereerste kwetsuren. Terugkijkend op de besproken literatuur, kan men besluiten dat specifieke behandelmethoden zoals het RNR-model en het GLM een zinvolle aanvulling kunnen zijn in de behandeling van jongeren met SGG, maar

dat het fundament wordt vormgegeven door algemeen werkzame factoren.

De resultaten lezen als een pleidooi om als maatschappij zorgzamer om te gaan met kwetsbare kinderen en jongeren en nog meer in te zetten op het voorkomen van verontrustende opvoedingssituaties en ontwikkelingstrauma's. Het zijn o.a. deze kinderen die in hun opgroeien de weg verliezen en in grensoverschrijdend gedrag verzanden. De tweedeling dader versus slachtoffer die we zo vaak hanteren, gaat bij deze doelgroep niet op. Helaas lijkt de maatschappij vooral door een repressieve bril naar jongeren met SGG te kijken en hun identiteitsontwikkeling funest te beïnvloeden door hen als daders te bestempelen.

Daarnaast wijzen de resultaten op een gebrekkige organisatie van de Vlaamse zorg. Deze biedt onvoldoende mogelijkheden om continuïteit van zorg te garanderen. We berokkenen deze jongeren schade door hen eerst aan te sporen intensief aan zichzelf werken, zonder hun vervolgens de middelen te geven om deze successen op duurzame wijze in hun leven te integreren.

Aanbevelingen

Op organisatorisch/maatschappelijk vlak kunnen we de volgende aanbevelingen formuleren:

- Durf als hulpverlener zonder SGG-expertise aan de slag te gaan met deze doelgroep; uw algemene therapeutische vaardigheden vormen ook hier de basis van de begeleiding. Het is hierbij wenselijk om hulpverleners toegang tot SGG-expertise te bieden, bijv. met laagdrempelig telefonisch advies vanuit SGG-hulpverlening.
- Middelen dienen te worden ingezet op contextuele hulpverlening. Outreachend werken is een krachtige manier om tot duurzame verandering te komen.
- Men dient te investeren in continuïteit van zorg, in meer schakels tussen de diverse zorgmogelijkheden en de uitstroom uit residentiële centra faciliteren. Continuïteit van financiering is hiervoor een basisvoorwaarde.
- Het aanbieden van een gezond referentiekader over seksualiteit in de maatschappij kan een belangrijke stap richting preventie zijn. Het aanbod rond seksuele voorlichting en vorming binnen ons onderwijs is aan opwaardering toe.

Beperkingen

Het onderzoek heeft diverse beperkingen, die voornamelijk gelinkt zijn aan de praktische haalbaarheid. Het was zinvol geweest de uitwerking van de thema's en theorievorming in een tweede ronde interviews voor te leggen aan de respondenten, om te toetsen of zij de analyse ondersteunen. Daarnaast hadden we de validiteit van het onderzoek kunnen vergroten door het inschakelen van een tweede lezer, die een afzonderlijk codeerproces aflegt.

Het interviewen van andere relevante doelgroepen kan een aanvulling zijn op dit onderzoek. Zo lijkt het zinvol

om het perspectief van de jongeren en hun gezinnen te exploreren, alsook dat van justitiële professionals. Een andere aanvulling zou een vergelijkend onderzoek kunnen zijn tussen Vlaanderen en Nederland, om meer zicht te krijgen op de impact van organisatorische, beleids- en culturele aspecten.

Ten slotte ging de meeste aandacht naar mannelijke jongeren. Een meer diepgaande analyse van de vrouwelijke populatie kan eveneens als een toekomstig onderzoeksopzet worden aangestipt.

LITERATUUR

- Beek ter E. To treat or not to treat?: Harmful sexual behavior in adolescence: Needs before risk. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam; 2018.
- Beek ter E. Jeugdigen met ernstig seksueel grensoverschrijdend gedrag. Wanneer en wat te behandelen? Tijdschrift voor Orthopedagogiek 2019; 58(2).
- Berg van den C, Bijleveld C, Hendriks J. The Juvenile Sex Offender. Sexual abuse 2017;29(1):81-101.
- Berg van den C, Lkasbi Z, Neves Ramos D. Jeugdige plegers van zedendelicten. Tijdschr voor Seksuologie 2018; 42(4). Bonta J, Andrews DA. Risk-need-responsivity model for offender assessment and rehabilitation. rehabilitation. 2007; 6:1-22.
- Caldwell MF. Study characteristics and recidivism base rates in juvenile sex offender recidivism. Int J Offender Ther Comp Criminol 2010; 54: 197-212.
- Fortune C-A, Ward T, Print B. Integrating the good lives model with relapse prevention: Working with juvenile sex offenders. In: O'Donohue W, D. Bromberg D, red. Toolkit for working with juvenile sex offenders. New York: Elsevier Science. p 405-26.
- Gijs L, Hendriks J. Adolescenten die seksueel geweld plegen. In: Goethals K, Meynen G, Popma A, red. Leerboek forensische psychiatrie. Utrecht: De Tijdstroom/Boom 2019; 120-40.
- Glaser B, Strauss A. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. De Gruyter 1967.
- Seto MC, Lalumiere ML. What is so special about male adolescent sexual offending? A review and test of explanations through meta-analysis. Psychol Bull 2010; 136: 526-75.
- Van HL. Waarom werkt psychotherapie? Ned Tijdschr Geneesk 2019; 163: D3572.
- Ward T, Yates PM, Wills GM. The Good Lives Model and the Risk Need Responsivity model. A critical response to Andrews, Bonta and Wormith (2010). Crim Justice Behav 2012; 39: 94-110.

SUMMARY

Qualitative research into the treatment of adolescents who show sexually transgressive behavior

J. Evenepoel, F. Van Deynze, D. Neves Ramos

Background Sexually transgressive behaviour by adolescents is a serious societal issue. Unfortunately, as this is a difficult group to research, the scientific evidence on which mental health workers can base their treatment is rather limited.

Aim Mapping treatment interventions and their impact based on practical experience.

Method Qualitative research, through in-depth interviews with Flemish mental health workers (n = 10), presented as a narrative thematic analysis.

Results Adolescents who showed sexually transgressive behaviour were often scarred by developmental and psychological trauma. They should not necessarily be regarded as a separate category. Five main themes surfaced as focal points for treatment: aligning with the profile of the adolescent, resistance and motivation, therapeutical relationship, need for a positive story, and the context. In addition, some common practical obstacles for succesful treatment were also identified.

Conclusion Common factors of psychotherapy are key elements for their treatment as well. Treatment would also benefit from additional efforts, including investments into the continuity of care.