

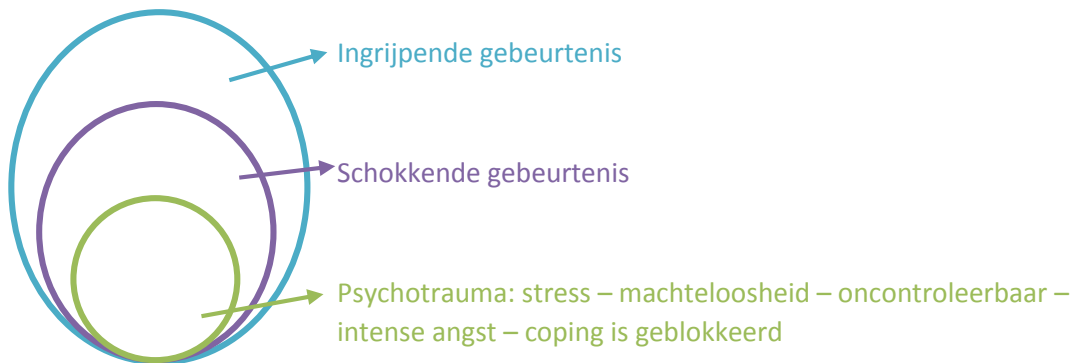
SAMENVATTING SEKSUELE PSYCHOPATHOLOGIE – DEEL 1

ACHTERGRONDEN

1. Definitie kindermishandeling voor hulpverlening

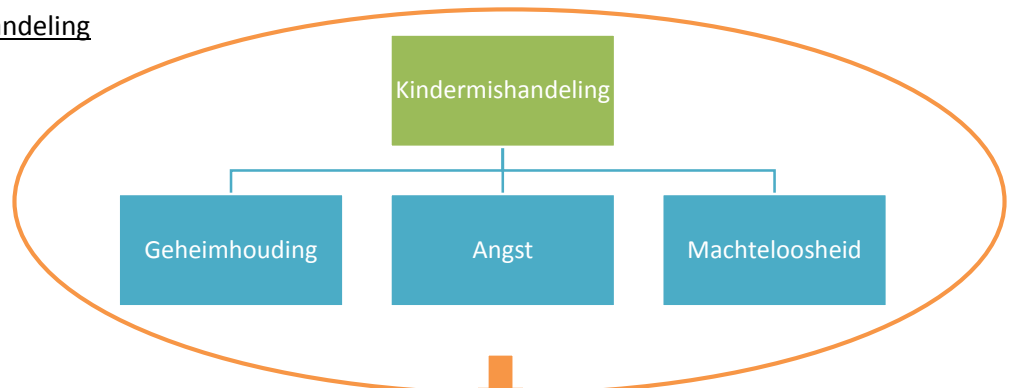
Kindermishandeling is iedere situatie waarin het kind het slachtoffer is van geweld van fysieke, psychische of seksuele aard; en dit is passief of actief.

2. Kindermishandeling als psychotrauma

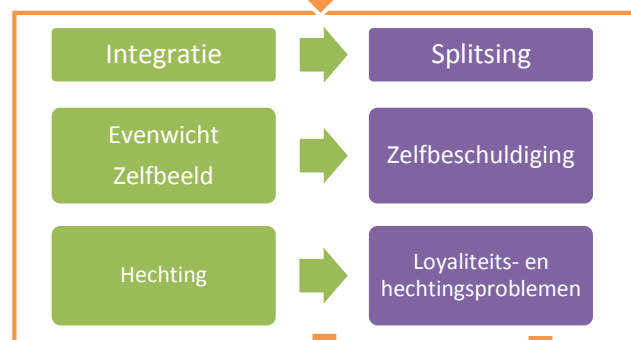


3. Invloed van kindermishandeling

PSYCHOTRAUMA



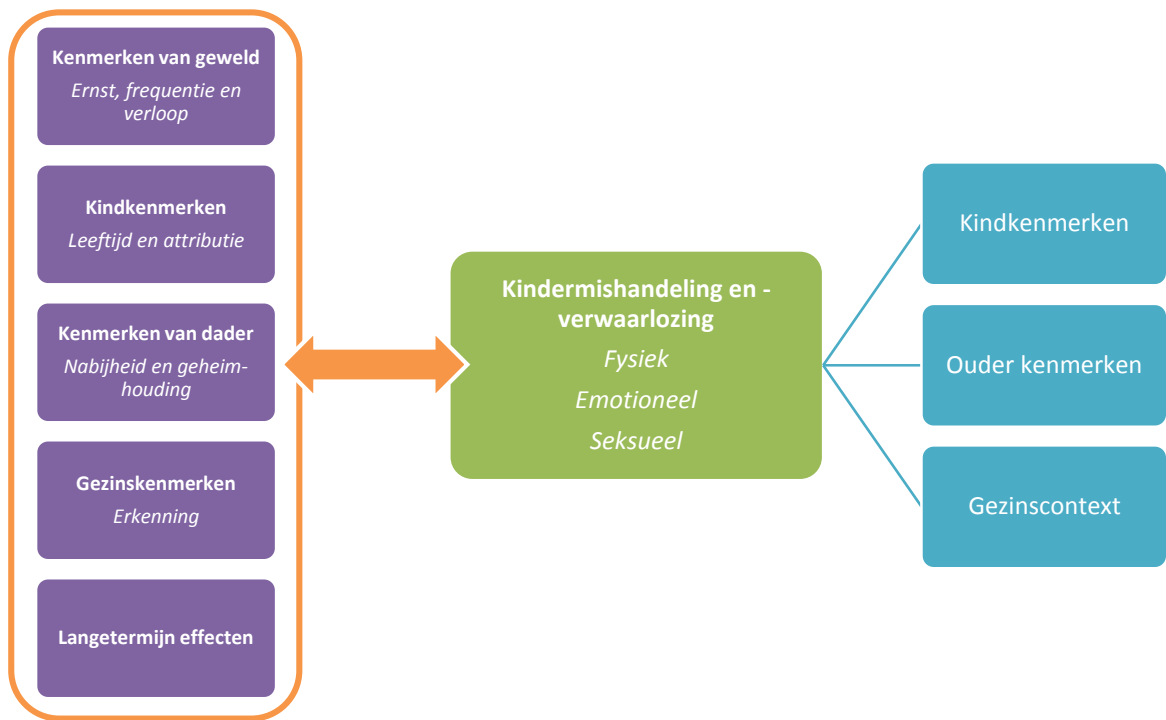
ONTWIKKELINGSOPDRACHTEN



GEVOLGEN OP LANGE TERMIJN



4. Kindermishandeling als resultaat van een systemische interactie

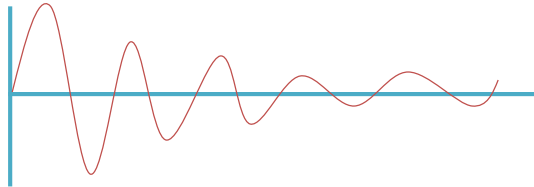


DE RELATIE MET VROEGTIJDIGE TRAUMATISERING EN HECHTING

1. Traumamodellen Leonore Terr

1.1. Type 1

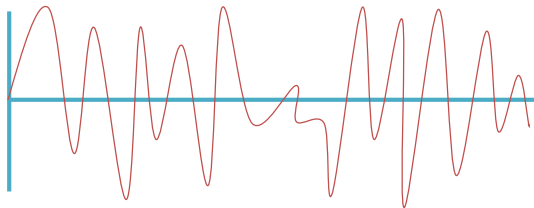
- Model



- Type stressoren
 - Acute stressor
 - Niet misbruik gebonden
 - Inbegrepen éénmalig ernstig traumatisch gebeuren

1.2. Type 2

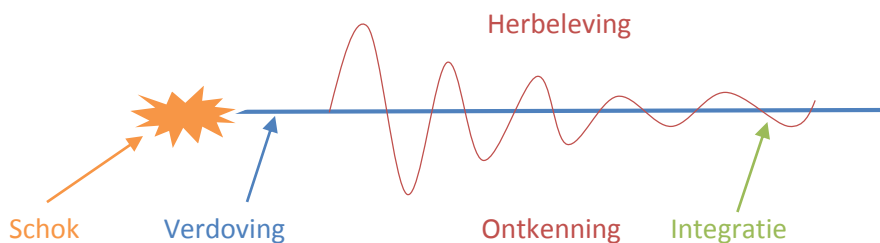
- Model



- Type stressoren
 - Chronische stressor
 - Wel misbruik geboden (en/of)
 - Inbegrepen terugkerende meervoudige stressoren

2. Schokverwerking

2.1. Stress response syndrome: herbeleving + ontkenning



2.2. Herbeleving

- Scènes herbeleven
- Plotse huilbuien
- Hyperactiviteit/concentratie
- Woede

2.3. Schokverwerking

- Integratie (positief)
 - Integratie in zelfbeeld
 - Verwerking ten opzichte van de dader
- Posttraumatische stressstoornis (negatief)

3. Posttraumatische stressstoornis

3.1. DSM-IV definitie

- Blootstelling aan traumatische ervaring
- Traumatische ervaring wordt voortdurend herbeleefd
 - Spel, dromen, opnieuw 'voelen', hallucinaties, dissociatieve episodes met flashback, trauma-specifieke heropvoeringen...
 - Fysiologische reacties bij stimuli die op een aspect van ervaring lijken of symboliseren
 - Intens psychisch lijden bij stimuli die ervaring symboliseren of er op lijken
- Aanhoudend vermijden van prikkels die bij het trauma horen of dempen van algemene reactiviteit
 - Pogingen gedachten, gevoelens, plaatsen, betrokkenen en gesprekken erover te vermijden
 - Onvermogen zich een belangrijk aspect te herinneren
 - Verminderde belangstelling voor activiteiten, gevoelens van onthechting/vervreemding
 - Niet in staat lief te hebben of een toekomst te hebben
- Aanhoudende symptomen van verhoogde prikkelbaarheid
Moeite met slapen, prikkelbaarheid, woede, moeite met concentratie, overmatig waakzaam, overdreven schrikreacties...

3.2. Verruiming gediagnosticeerde groep

- Ook personen met minimaal psychotrauma
- Ook getuigen
- Ook secundaire slachtoffers

3.3. Trauma gerelateerde psychopathologie

- Acute stressstoornis
- Posttraumatische stressstoornis
- Gecompliceerd sterfgeval
- New onset attention deficit disorder
- Scheidingsangststoornis
- Andere angststoornissen
- Slaapstoornis
- Hechtingsstoornis
- Gedragsstoornis
- Eetstoornis
- Fobische stoornis
- Dissociatieve stoornis
- Somatisatiestoornis
- Middelenmisbruik

3.4. Incidentie PTSS in US

- 7 – 11% bij doodsdreigingen en ernstige ongevallen
- Kans op PTSS in leven: 30% (mannen) en 26% (vrouwen)
- Klinische populaties
 - Hogere incidentie
 - Vrouwen > mannen

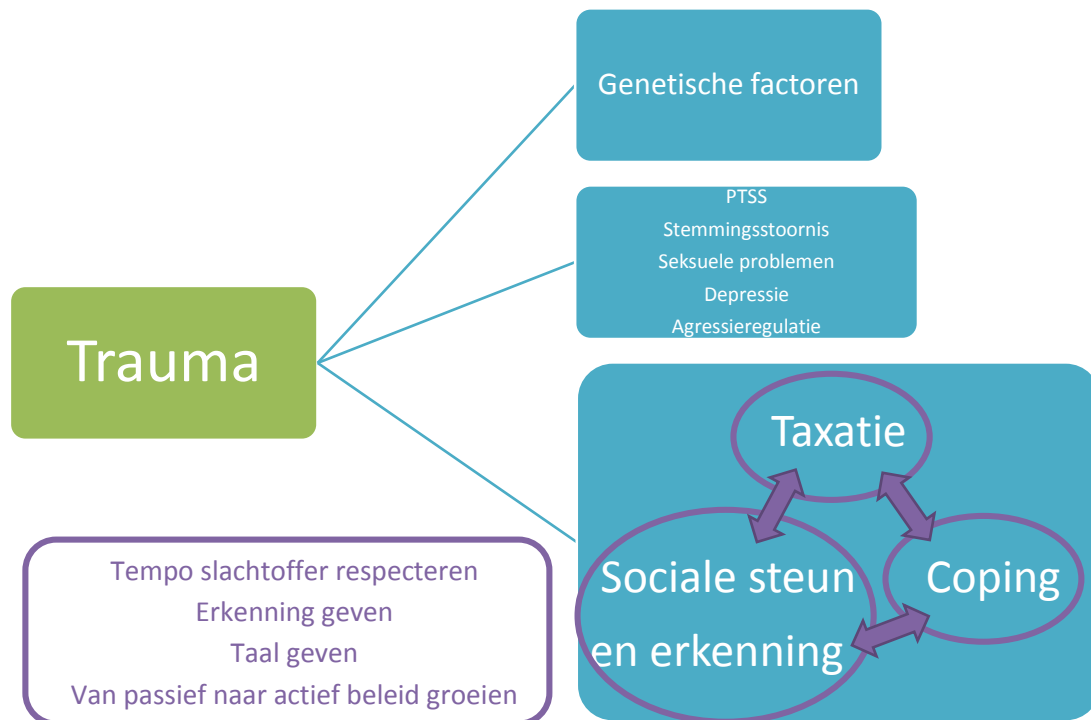
3.5. Impact op langere termijn

- Kenmerken traumatische gebeurtenis
 - Leeftijd
 - Ernst
 - Duur/frequentie
 - Verwantschap dader
 - Sociale steun
- Andere?

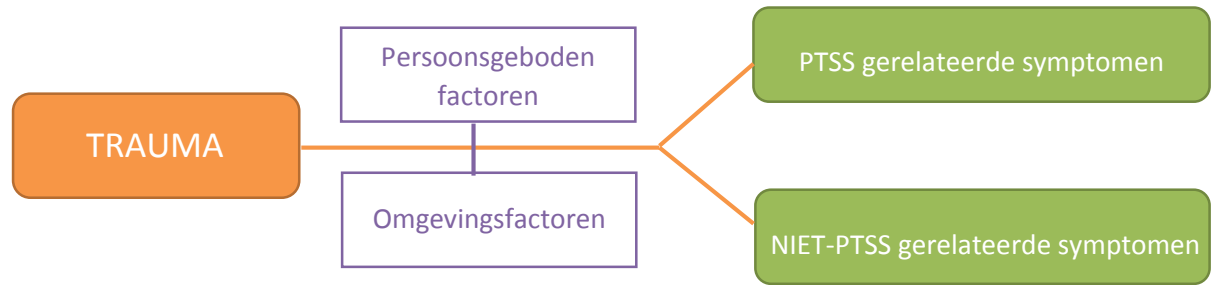
3.6. Invloed van kenmerken eigen aan trauma

- Afwezigheid van gevolgen bij vrij groot aantal slachtoffers wijst op complexiteit van effecten
- Mannarino en Cohen: 31% vertoont geen symptomen na seksueel misbruik
- Tong, oates en McDowell: 36% heeft normale score op Child Behaviour Checklist
- Draijer: 30% van vrouwen hebben geen langetermijneffecten

3.7. Elementen van trauma



3.8. Modererende factoren



3.9. Evidence-based behandelen

- Hoofdpunten
 - Starten waar het slachtoffer staat
 - Het slachtoffer terug auteur laten zijn van het eigen leven
- Wat?
 - Stabilisatie en betrokkenheid
 - Psycho-educatie
 - Angst management
 - Exposure
 - Cognitieve herstructurering
 - Terugvalpreventie

Hoe belangrijk is het om te weten wat er toch gebeurd is? Iemand zegt 'ja ik heb misbruik meegemaakt', dus zegt dit in algemene termen. Wat zou je daarmee doen? Wat wil je weten als je aan zorg zou willen beginnen?

➤ *Wat de klachten/symptomen zijn?*

➤ *In vertrouwensrelatie of met wildvreemde? Kan indicatie zijn voor hoe patiënt naar relatie met hulpverlener kijkt...*

Visie van jaren 80: het is heel belangrijk om trauma te bevragen (kledij, waar stond persoon, wat deed persoon precies...). Het is alleen maar als je iemand helpt alle details uit te spreken dat persoon leert om te gaan met duivel (soort catharsis).

Waarom zou je dit niet doen? Misschien een soort van hertraumatisering. Cf. vorige les: neuro-biologie die toen niet gekend was, met kennis die we vandaag hebben denkt men dat het terug beginnen vertellen dat men daar heel voorzichtig mee moet zijn. Hetgeen waar we dan mee bezig zijn, is als je een hoger stresshormoon uitlokt werkt dit negatief op geheugencentra waardoor een deel niet herinnerd wordt of verkeerd herinnerd wordt (1) en het terug doen ontwakent van hyperactiviteit van emotionele centra (amygdala: vecht/vlucht reacties) die het gevaar triggert (oproepen van beelden) (2).

➤ *Vluchten: ik kom niet meer terug*

➤ *Vluchten: ik heb me zo fantastisch gevoeld vorige sessie, ik heb gevoel dat ik ervan af ben*

Voorbeeld: anorexia. Lunchsessie organiseren met familie en therapeut, familie brengt eten mee, dekt tafel... Men eet samen want dit geeft een beeld hoe het is om te eten in het gezin. Wat vindt je dat je dochter minimaal moet eten? Ouders moesten zelf bord opscheppen. Dochter wilt niet eten of wilt het niet allemaal opeten en dan moest therapeut ouders steunen om autoriteit te nemen 'dwing uw dochter om te eten'. Dan had je meisjes die weglieden en dan moest papa erachteraan, breng ze terug naar hier en ze zal luisteren. Het werd indertijd gezien als een autoriteitsprobleem. Successen waren enorm, jongeren moesten niet meer opgenomen worden... MAAR paar jaar later verschijnen studies van opvolging van deze meisjes en komt ontdekking van iets. Meerderheid van deze meisjes waren incestslachtoffers waar het niet eten deel was van de symptomen. Aan tafel zitten was tijd van familiale gezelligheid 'ik kan niet eten als papa hier aan tafel zit'. Het eten is het affectieve waar ouders voor zorgen, dat moet ik niet hebben. Vooral bij jongeren die oraal misbruikt werden, konden niks meer in de mond

nemen. Behandelvorm die ontwikkeld was (papa moet volledige autoriteit herstellen), zorgde voor enorm positieve resultaten, maar de dochter at terug om van de hulpverlener af te geraken. In de loop van jaren 80 is men pas gaan zien dat het complexer is dan dat men denkt. Vanaf begin jaren 2000 begreep men mechanismen pas en dat hulpverleners zelf de emotionele hersenen beschadigen of maximaal aanvuren (mensen waren opnieuw getraumatiseerd door de hulpverlening).

Geschiedenis is belangrijk omdat we ons realiseren dat we in discussie blijven naar wat de kwaliteit van onze behandelprogramma's is. We moeten hier een kwetsbaarheid in behouden, proberen het beste te doen, maar luisteren naar kritiek van cliënten, andere hulpverleners... Dit zorgt ervoor dat we moeten evolueren.

Begin jaren 2000 is slide het schema geworden van omgang met slachtoffers. Hetgene dat belangrijk is, is dat het woord exposure maar op de 4^{de} plaats staat. Het echt hebben over het trauma, waar we het slachtoffer ook maar mee willen helpen, is iets dat niet meer eerst staat in onze doelstelling. Het eerste is dat slachtoffer zich veilig voelt in therapie, werk, school, familie... Is er risico dat misbruik zich nog voordoet, dan moeten we daar eerst ingrijpen. Dan is er psychoeducatie, waarbij cliënt recht heeft op uitleg van hoe wij naar hem/haar kijken (zowel slachtoffer als jeugdige pleger). We werken meer en meer in transparantie: het gaat over leven van cliënten, wij zijn niet meer wijsneuzen, maar we zeggen jongere 'wil je tegen volgende sessie eens op zoek gaan naar info en kijk eens of je je daar in herkent, als er dingen zijn die je opvallen, print ze af, onderlijn hetgeen waarover je wilt praten en breng het mee' en dit is niet noodzakelijk met verbale woorden te stellen.

- Uitrekeningservaringen: mensen zeggen dat ze terwijl ze praten het gesprek kan zien. Dit is iets dat veel slachtoffers niet durven vertellen. Men is bang dat je dan gaat zeggen dat ze schizofrenie hebben, terwijl ze zelf weten dat ze dat vertellen maar dat al enkele jaren hebben. Sommige symptomen zijn makkelijk te vertellen, andere zijn moeilijk te vertellen. Maar als je dit ziet staan in een lijst en je kan het onderlijnen en tonen aan hulpverlener, dan is dit een ondersteuning of erkenning van hun positie 'ik ben echt niet alleen'. Daarenboven helpen ze op hun beurt ook een volgend slachtoffer indien de pagina die ze bovenhalen heel nuttig en leerzaam is, want therapeut kan dit aan andere slachtoffers tonen.
- Voorbeeld: vrouw die mishandeld wordt door man en er niet van weg kan en komt in therapie om er weerbaarder door te worden. Maar aan dit soort flauwekul werken we niet mee, want we gaan niet liegen dat er een therapie bestaat om mensen weerbaar te maken tegen misbruik. Maar we zijn wel vertrokken, je zit hier nu, maar we werken stap voor stap. Je moet dus starten waar het slachtoffer staat en auteur laten zijn van het eigen leven.
- Voorbeeld: het is maar twee keer gebeurd, dus mss heb ik geen therapie nodig? Het slachtoffer test hier de hulpverlener dus of therapeut het wel aan kan. Maar therapeut zou hier moeten zeggen: aantal keer maakt niet uit, het zou nooit mogen gebeuren.

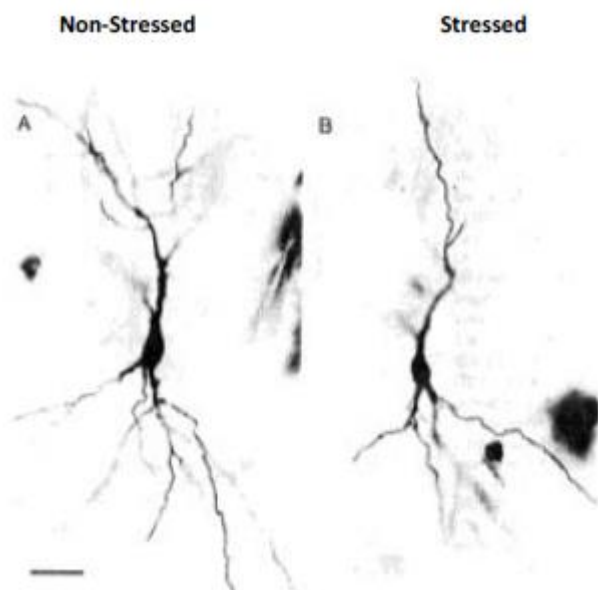
We worden eerst getoetst. Als slachtoffer onderlijnd wat er is, dan test die of dat hulpverlener dat in zijn/haar fantasie gaat meenemen. Dit klinkt mss heel logisch, want we kunnen ons dit mss meer voorstellen dan doorsnee burger, maar voortdurend komen we toch situaties tegen die we ons nooit hadden kunnen voorstellen.

Vraag: waar ontmoet ik mijn grenzen van denken? Ben ik bereid om te gaan staan waar het slachtoffer staat en kan ik daarin voldoende kracht bieden? Jij moet niet voor mij zorgen, want proberen te werken in groepspraktijk en proberen er niet alleen voor te staan.

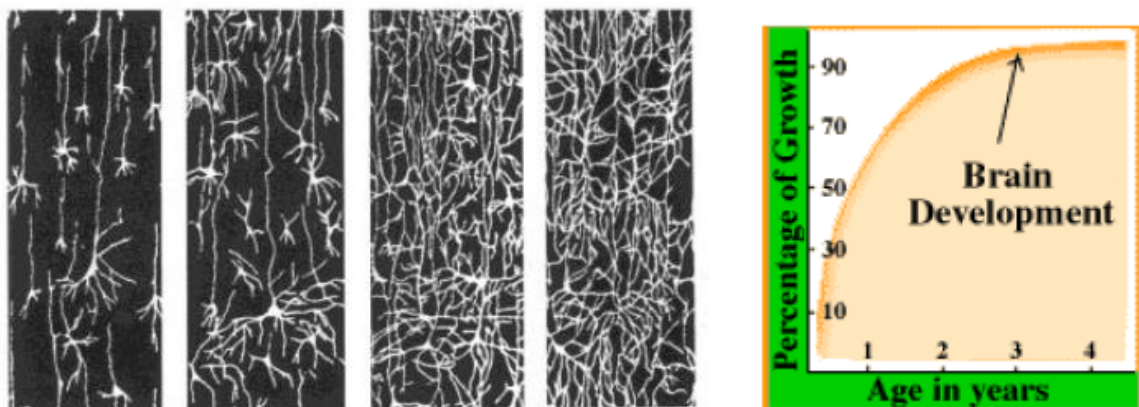
NEUROBIOLOGIE VAN TRAUMA, DELICT EN HERSENEN BIJ JONGEREN

1. Beschadiging neurobiologische processen en verstoring normale zelforganisatie

1.1. Afbeelding neuron

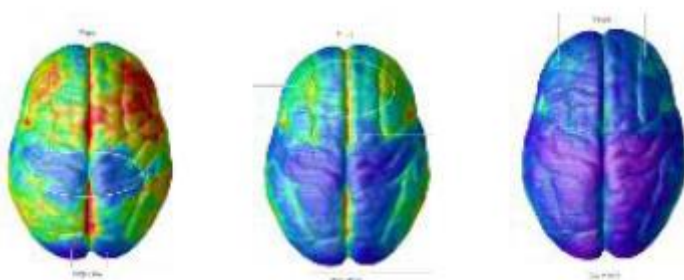
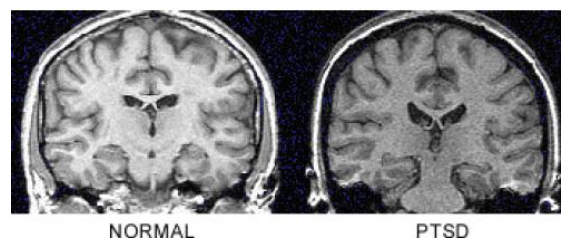


1.2. Omvang hersenen neemt sterkst toe in eerste levensjaar



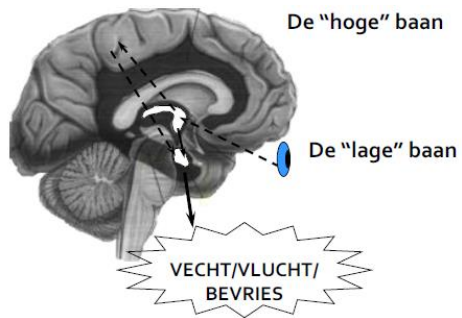
2. Ontregeling stresshuishouding

- Wijziging in volume hippocampus
- Verschillende studies
 - o Studie 1: linker (28% kleiner) en rechter (30% kleiner)
 - o Studie 2: linker (12% kleiner)

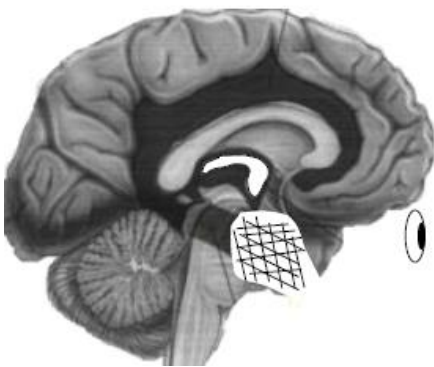


3. Beschadiging emotionele geheugen

3.1. **Fight/Flight/Fright systeem**



3.2. **Trauma veroorzaakt anatomische verandering in hersenen**



Post-trauma ANGST netwerk (in amygdala)

4. Conclusie

Symptomen van constructiefouten

MINDERJARIGE PLEGERS VAN SEKSUEEL GEWELD

1. Onderzoek

- Onderzoek naar jeugdige plegers is 50 jaar bezig
- Grote aandacht vanaf halfweg '80 met eerste behandelprogramma's
- Vandaag 200 onderzoekspublicaties per jaar

2. Onderscheid normaal – abnormaal seksueel gedrag

- De nood om onderscheid te verduidelijken neemt toe
- Probleem is dat hetzelfde seksuele gedrag normaal of pathologisch kan zijn (bv. masturberen)
- Het is een uitdaging de norm van het aanvaardbare goed te omschrijven
- Onderzoek
 - o Bv. observatie van ontwikkeling van kinderen die nooit misbruik pleegden (Friedrich)
 - o Maar ontwikkeling is ook verschillend tussen wie als kind vooraf wel en niet misbruikt werd
 - o Kinderen die zelf slachtoffer zijn geweest van geweld
 - Hebben uitdrukkelijker geseksualiseerd gedrag (reeds voor 12 jaar)
 - Zijn dwangmatig in dit gedrag
 - Vertonen minder spontane schaamte en inhibitie
 - Zijn weerstandig aan behandeling
 - o Probleem
 - Ouders met kind met geseksualiseerd gedrag willen meestal de vraag niet eens overwegen of hun kind getuige/slachtoffer is/was van vorm van KMH
 - Kinderen die slachtoffer zijn geweest, vertellen dit eerder zelden
 - Ouder(s) kunnen dader zijn en baat hebben bij zwijgen
 - Niet ieder kind met geschiedenis van misbruik ontwikkelt afwijkend gedrag
- Normaal seksueel gedrag
 - o Jongens van 5 maanden: erecties en orgasme-achtig gedrag (Rutter)
 - o 2 tot 5 jaar: meisjes wrijfgedrag, exhibitionisme en voyeurisme met andere kinderen, seksuele ontdekkingsspelletjes, interesse in genitalia, spelen met eigen genitalia, masturbeergedrag (vooral jongens)
 - o 3 tot 6 jaar: flirten, verleiden, imiteren van ouders en televisie
 - o Voorbeeld: orale seks
 - Kleine kinderen spreken over piemel in mond en proberen het
 - Is daarom nog niet erotisch
 - Er is veel adult-like gedrag
 - o Plaats gedrag ten opzichte van leeftijd
- Abnormaal seksueel gedrag
Ongewoon in groep 2 tot 12 jarigen: penetratie nabootsen, voorwerpen in vagina of anus steken en borsten van volwassenen herhaaldelijk aanraken (Friedrich)
- Pre-adolescentie
 - o Toenemende masturbatie
 - o Toenemend heteroseksueel spel
 - o Toenemend homoseksueel spel (25 – 30%)

- Kijken naar seksueel gedrag
 - o Spel is spontaan, leuk, er wordt gelachen, er zijn verschillen tussen kinderen in schaamte, inhibitie en desinhibitie
 - o Misbruikspel
 - o Dominantie, dreiging, kracht en machtsmisbruik
 - o Slachtoffers zijn angstig, boos en prikkelbaar
 - o Als opvoeders grenzen stellen stopt dit de ouders niet
 - o Ouders zijn dwangmatig in doorgaan

- Conclusie: problematisch seksueel gedrag
 - o Als anderen er zich niet goed bij voelen, het conflicten geeft met opvoeders/ouders/normen in samenleving of er duidelijk misbruik is
 - o Als anderen betrokken worden zonder hun akkoord, de partijen ongelijk zijn of er druk uitgeoefend wordt
 - o Als de pleger zelf hierdoor risico loopt in diens ontwikkeling, het gezonde grenzen verstoort of het gezonde contacten belet

NORMAAL VERSUS ABNORMAAL SEKSUEEL GEDRAG BIJ JONGEREN

Debat dat vandaag loopt: negen meisjes van 12 jaar hebben klacht neergelegd tegen leerkracht over grensoverschrijdend gedrag op een kamp. Vandaag heeft rechtbank leerkracht vrijgesproken en gezegd dat wat er meisjes aan de hand is, dat dat massapsychologie is (elkaar gekopieerd). Bestaat er zoiets als massapsychologie? Ja, dit bestaat.

Voorbeeld: misbruik door groep mannen verkleed als clowns in afgelegen dorp, alle ouders beginnen kinderen te ondervragen hierover en in alle gezinnen beginnen kinderen dit te vertellen, maandenlang is er onderzoek naar gedaan. Maar alle kinderen waren beïnvloed door 'men zegt...'. Internationaal voorbeeld van wat massapsychologie kan doen.

Voorbeeld: mensen niet geïnteresseerd door voetbal, maar rode duivels op WK toch mee supporteren op markten en mee juichen als er goal gemaakt is.

Voorbeeld: primark geopend in Brussel, gaat als vuurtje rond, daar moet je toch eens geweest zijn...

Als iemand heel populair is in klas en die brengt een verhaal, dan kan die persoon mensen die tot groep proberen te behoren meetrekken in dat verhaal. Kinderen die zelf ervaring hebben meegemaakt, brengen meer ervaring in hun verhaal terwijl kinderen die kopiëren meer hetzelfde zeggen.

Het is eigen aan complexiteit van ouderschap dat deze perfect kunnen functioneren in bepaalde contexten. Je ziet ouders die goed functioneren in eigen gezin, maar ze gebruiken bv. eigen kinderen om andere kinderen te lokken. Eigen partner en kinderen worden advocaten van pleger.

Het gaat tot op gerechtelijk niveau: wat beschouwen we als ongegrond en gegrond? Wat is hier terecht? Onderscheid maken, nood hieraan neemt toe want hebben steeds meer complexe situaties. Bij jongeren kan hetzelfde gezond en ongezond zijn (bv. masturberen) en je hebt ook nog het hele opvoedingsaspect. Iemand moet leren omgaan met seksualiteit. Rekening houden met ontwikkeling, met eigen trajecten...

Voorbeeld: jongeren met autisme hebben meer nood aan transparantie van wat kan en wat niet kan. Geven bepaald profiel van vrouwen waarbij jongen in de klas naar de juffrouw roept 'mevrouw u hebt een string aan, mag ik dat eens zien'. Leerkracht weet geen houding te vinden en vindt dat dit niet kan.

Pogingen om er onderzoek naar te doen zijn niet zo succesvol. Je stoot altijd op dezelfde scholen die toch hard moeten zoeken om te proberen dit aan te geven en die eigenlijk ook aantonen dat het niet is 'als je zelf misbruik hebt meegemaakt, zal je wss makkelijker mee (???)'. Uitspraken die gedaan zijn in geselecteerde kliniek die we niet terug vinden in grote groepen.

PROBLEEM

Het is niet omdat iemand zegt dat men niks heeft meegemaakt, dat dit waar is. Je kan niet zomaar rekenen op ouders, je kan niet zomaar zeggen 'is er ooit overschrijdend gedrag geweest? Nee, dan gaat u bij de normale groep'. Onderzoeksopdracht is niet zo succesvol.

NORMAAL SEKSUEEL GEDRAG

Komt heel vroeg op gang. Vele mensen blijven seksueel gedrag koppelen aan bepaalde leeftijd. Meeste kunnen zich voorstellen dat kind van 10 ermee bezig is, maar dat kleuter hier al mee bezig is, kan men zich niet voorstellen.

ABNORMAAL SEKSUEEL GEDRAG

Letterlijk nabootsen wijst eerder op traumatische achtergronden: nood aan intimiteit, gehechtheid... Het is er een aanwijzing voor, dus differentieel diagnostisch moet je dit in het oog houden. Aanwezigheid van dwangmatig gedrag is belangrijk.

Voorbeeld: kind dat aan niet vragen 'mag ik aan je borsten voelen?' is normaal, maar het is niet normaal als kind niet zegt 'kind kan me niet passeren zonder naar borsten te grijpen ook al heb ik gezegd dat hij daar mee moet stoppen'. Dit is een aanwijzing van dwanggedrag, dit vinden we meer en meer bij kinderen waarbij ontwikkeling in de knoei zit.

Voorbeeld: jongen schrijft in brief 'ik wil neuken met mama, maar mama wilt dit niet, ik vind dat je moet praten met mijn mama'. CLB spreekt met ouders en jongen geeft brief af aan mama waarin hij geschreven heeft dat zijn mama hem moet opvoeden en dat wilt zeggen dat ze moet neuken met hem, ze moet hem leren hoe dat is omdat hij aan niks anders kan denken. Heftig omdat we geen duidelijke aanleiding hebben bij deze jongen die dit kunnen helpen uitleggen en waarbij in eerste plaats opvoedingsassistentie gezorgd wordt.

CONSENSUS

Nieuwe generatie vaders aan zet. Voor actuele vaders lijkt het duidelijker te zijn dat je van je kind afblijft, we zien een enorme daling van incest. Terwijl 20 jaar geleden men een dossier had om de 2-3 dagen. Het is 9 keer van de 10 een stiefvader. We worden ook geconfronteerd met explosie van misbruik door jongeren.

Voorbeeld: kind van 14 met vader en noemt dit een gekozen seksuele relatie. Zodra ze 18 was, zou ze met hem willen samenleven en kinderen met hem willen hebben. Dit is niet gezond zegt iedereen, maar dit heeft niet belet dat we dergelijke incestgezinnen kennen waarbij men stopt tot men 18 is zodat men niet meer kan tussenkomen. Dit gaat gepaard met allerlei andere risicofactoren die je in zo'n koppel kan vinden.

We zijn niet geïnteresseerd in of iemand het tegen zijn zin doet. Maar we kunnen kennis hebben die zegt 'ook al ben je er niet mee akkoord, dit bedreigt jouw normale ontwikkeling en dit hoort niet te gebeuren'.

3. Zedendelicten < 18 jaar

- 20% van alle verkrachtingen
- 30 – 50% van misbruik van kinderen
- Meesten eerste delict tussen 12 en 15 jaar
- Aantal meldingen neemt internationaal toe

Men wordt plots geconfronteerd met ontzettend probleem van seksueel misbruik (verkrachting door leeftijdsgenoten: 60%). Je ziet generatie ouders die zelf door dictatuur de pathologie gekend hebben van dominant gedrag, die dit voor zichzelf afgezworen hebben en gekozen hebben voor land met democratie en willen naar kinderen toe deze autoriteit ook niet meer. Jongens worden niet meer gestuurd in hun machogedrag, want dit gedrag wordt gezien als teken van nieuwe vrijheid en er is een collectieve attitude van 'we hebben nooit kunnen experimenteren', dus men zegt 'laat men jeugd hiervan genieten'. Confronterend dat we moeten vaststellen dat in deze generatie die kindgericht is waar relatie is voor relaties etc. dat er theorie is dat dit beschermend zou moeten werken, maar dit werkt helemaal niet! Er is nog nooit zoveel kinderporno, partnergeweld, misbruik tussen jongeren... geweest.

Jaren 80-90: meeste misbruik was incest. Tegenwoordig is misbruik door andere jongeren. Men probeert overheid hiervoor te motiveren om zedendelicten ernstig te nemen en er ernstig beleid voor te nemen.

4. David Finkelhor, Richard Ormrod en Mark Chaffin

4.1. Algemeen

- Jongeren plegen 1/3^{de} van bekende aangiften van seksueel misbruik op jongeren
- 1 op 8 plegers is jonger dan 12 jaar
- In vergelijking met volwassenen plegers handelen ze vaker in groep en op school
- Vooral jongens zijn hun slachtoffers, die meestal jonger zijn dan hen
- Jongens die voor deze feiten bekend raken, duiken plots op vanaf leeftijd van 12 jaar, toename tot 14 jaar en dan blijft het aantal redelijk stabiel
- Jonge jeugdige daders treffen heel jonge kinderen
- Tieners zijn slachtoffers van adolescenten, terwijl de interesse voor min 12-jarigen daar daalt

4.2. Onderscheid tienerplegers en kindplegers

- Tienerplegers zijn > 90% jongens
- Kindplegers zijn in grote mate vrouwelijk
- Onderzoekers publiceren vooral over tienerplegers met jonge kinderen als slachtoffers

4.3. Meisjes als plegers

- Meisjes vormen 7% van jeugdige plegers
- Meisjes als plegers worden vooral aangetroffen bij jonge kindplegers en oudere tieners
- Meisjesplegers hebben vaker periodes waarin ze meerder slachtoffers tegelijkertijd maken met meerdere plegers
- Deze slachtoffers komen vaak uit de familiekring en zijn vaak jongens

We zien ook vrouwen als daders, langzaam groeiende groep. Emancipatie speelt in vele opzichten. Vrouwen die seksueel misbruik plegen, richten zich prioritair naar het jonge kind. Vrouwen die al babysittend misbruik plegen (clitoris zuigen, penis zuigen... waar confituur op gesmeerd wordt). Jonge kinderen die als 2-3 jarigen betrokken worden in masturbatie van een volwassene. Jongens misbruiken vooral tieners. Je ziet soort selectie in literatuur. Mensen zijn geïnteresseerd in pedofilie, dus jongens die jonge kinderen misbruiken wordt veel sterker naar voren getrokken. Je vindt hier makkelijker artikels over. Zit zekere selectiviteit in. Woord wordt heel snel gebruikt.

5. Evolutie in de perceptie

- De vaststelling dat vele pedofielen reeds misbruik pleegden in hun adolescentie, heeft de opinies en het onderzoek naar jeugdige plegers lang gekleurd
- Het gevolg was een overschatting van de rol van seksuele perversies, afwijkende seksuele voorkeur bij jeugdige plegers
- Pas veel recenter zag men dat er bij jeugdige plegers een groot verschil is in het motivationele, de aard van het plegergedrag en de prognose i.v.m. volwassen daders
- Actuele modellen houden rekening met de diversiteit in de groep minderjarige plegers, de gunstige resultaten van behandeling met laag risico op recidief en grote overlap tussen kenmerken van jeugdige zedendelinquenten en andere vormen van jeugddelinquentie

Eenvoudige uitleg 'je wordt zo geboren', nemen we niet meer aan. Het zoeken naar hoe moet je dit doen, want er zijn allerlei gegevens gekend, hoe moet je al die elementen samenbrengen in één beeld? Voorbeeld: onderzoek naar jongen, wat zou je dan voorstellen? Belangrijk om model te kunnen hanteren in je gesprek en bevraging met deze jongere.

6. De variatie is zeer groot

6.1. Nood aan transparant profiel is illusie

- Seksueel gedrag
 - Kinderporno tonen aan jonge kinderen
 - Betasten genitalia boven kledij
 - Betasten onder kledij en kledij verwijderen
 - Seksueel vastgrijpen van kinderen op school (tussen benen, bij borsten...) = grabbing
 - Oraal, vaginaal en anaal betasten of penetreren
 - Groepsverkrachting

- Incidentie
 - Eenmalig
 - Enkele geïsoleerde incidenten
 - Herhaaldelijk
 - Eén slachtoffer tot meerdere

- Achtergrond: variatie van familiale en sociale achtergronden
- Comorbiditeit : geen tot diverse andere problemen

6.2. Link met eerder misbruik?

- In een aantal gevallen speelt eerder seksueel misbruik een rol in later dadergedrag
- De meeste slachtoffers van seksueel misbruik worden geen plegers
- Kindplegers (preteen) met seksuele gedragsproblemen zijn veel vaker slachtoffers geweest van seksueel misbruik

6.3. Motivationale factoren zijn uiteenlopend

- Sommigen handelen enkel uit nieuwsgierigheid
- Bij anderen maakt het deel uit van een attitude van schending van de rechten van anderen
- Bij sommigen zijn andere psychische stoornissen duidelijk aanwezig
- Bij sommigen is het gedrag compulsief
- Bij de meesten is het gedrag impulsief of is er een gebrek aan mentale vaardigheden om hun gedrag in te schatten

7. Heterogeen: specifieke behoeften

- Typologie-onderzoek: nog geen doorbraak, wel veelbelovend
- Complex: niet één factor theorie
- Biopsychosociale model (Barbaree) en pathways model (Hudson & Ward): aansluiting met ontwikkelingspsychologische aspecten

ONDERZOEK NAAR GEÏNTEGREERDE ONTWIKKELINGSMODELLEN EN TYPOLOGIEËN

1. Etiologische modellen

1.1. Biologisch (Ellis)

- Genetische en biologische factoren voorprogrammeren de uiting van seksualiteit
- Bv. testosteron en autisme

1.2. Sociale leertheorieën

Seksuele agressie wordt geleidelijk geleerd door

- a) Ongevoelig worden voor schade van seksueel geweld
- b) Geweld te associëren met genot
- c) Overtuiging dat seksuele bevrediging bereikt wordt via agressie

1.3. Hechtingstheorie

- Seksueel delictgedrag wordt gezien in relatie tot wijze waarop intimiteit wordt verkregen of vermeden via bindingsstijl en gedragsstrategieën
- Marshall & Barbaree
 - Integrerend model
 - Samenspel van persoonlijkheidsfactoren en situationele variabelen

1.4. Groepsfactoren

- Ervaringen in kindertijd
- Socio-culturele context
- Biologische variabelen
- Situationele variabelen



Biologisch: bewijzen dat er genetische programmering is van pedofiel gedrag, dit zijn degenen die testosteron onderzoeken en link proberen te vinden tussen autisme en dadergedrag. We hebben er geen objectief bewijs voor. Jongeren met autisme komen makkelijker in beeld en worden vaker opgevolgd en komen vaker in beeld van onderzoekers, maar er is voldoende onderzoek dat er ook jonge ouders zijn die geen autisme hebben.

Sociaal: het wordt aangeleerd.

1) *Er is nogal wat onderzoek voor dat zegt dat het jongeren zijn die opgroeien in een gezin waar men leert ongevoelig te zijn voor wat men doet bij een ander. Dan weet men dus dat iemand die thuis zelf regelmatig slaag krijgt (bv. slecht rapport) en waar iemand die huilde enkel als antwoord krijgt dat hij/zij dit aan zichzelf te danken heeft. Er is een volwassene die jongere toont dat wat hij/zij voelt hem/haar niet interesseert. Het aanleren om kil te reageren. Mensen die zeggen 'ik zal eens zeggen wat ik zelf allemaal meegemaakt heb'.*

2) *Geweld associëren met genot*

3) *Seksuele bevrediging wordt bereikt via agressie: opgewonden raken is geassocieerd met 'je moet op dat ogenblik vele smerige woorden zeggen, je moet je partner een hoer noemen...', want dit pept op.*

Voor elk van deze elementen zijn er argumenten, maar ze dekken zeker niet de ganse groep van ouders.

Groepsfactoren

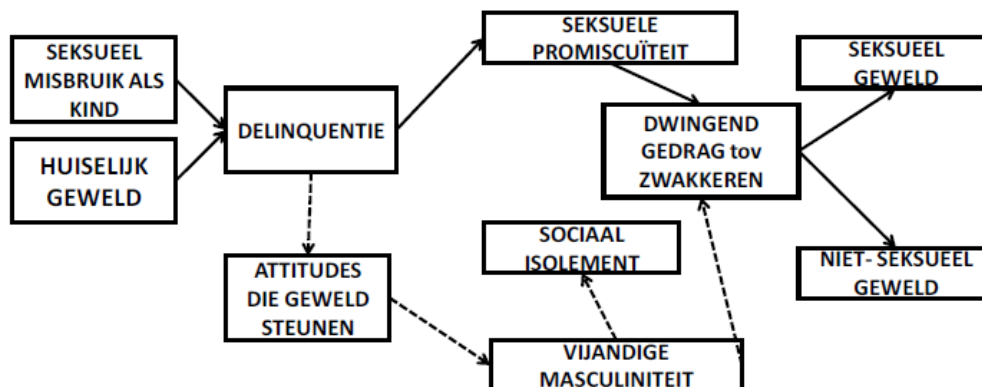
Getrapt model. Je zou er in kliniek al mee aan het werk kunnen gaan. Er is inspanning om clinicus te helpen van toch aandacht te hebben voor complexiteit. Al deze factoren kunnen rol spelen, over alle factoren goed nadenken met cliënt, maar je ziet ook nog altijd beperking dat er een zekere lineariteit zit. De ene stap veroorzaakt de volgende stap. Maar wat als je persoon hebt die helemaal niet in zo'n context zit? Met situationele factoren hebben we moeite omdat theorieën die dit zeggen onderzoek is dat op hele dunne benen loopt, kijkt vaak alleen maar naar beperkte paramaters... Als alcohol een rol speelt, speelt het een bewuste rol volgens het onderzoek, namelijk dat het scenario er al is en dat alcohol of medicatie een faciliterende rol spelen. Ouders komen hierdoor er makkelijker onderuit, er zijn heel wat jongeren die geregeld alcohol gebruiken en toch geen misbruik plegen. Voorbeeld: jongen met ernstige ADHD en die impulsiviteitsproblemen heeft gehad, je gaat kijken of er voorbeschikking is in dat opvoedingstraject (dingen meegemaakt in jeugd die rol spelen), dan ga je kijken naar socio-culturele aspecten (milieu waar negatieve attitudes zijn), zijn er dingen die in situatie zelf een rol speelden (uitlokkend: alcohol, woede...) en dan de feiten zelf.

2. Het confluentiemodel van Malamuth (sociale leertheorie)

2.1. Algemeen

- Waarom verloopt ontwikkeling van alle plegers niet gelijk?
- Omdat zedenplegers relatief hoog scoren op diverse risicofactoren
- Ontremmende factoren die interageren met gelegenheidsfactoren

2.2. Model

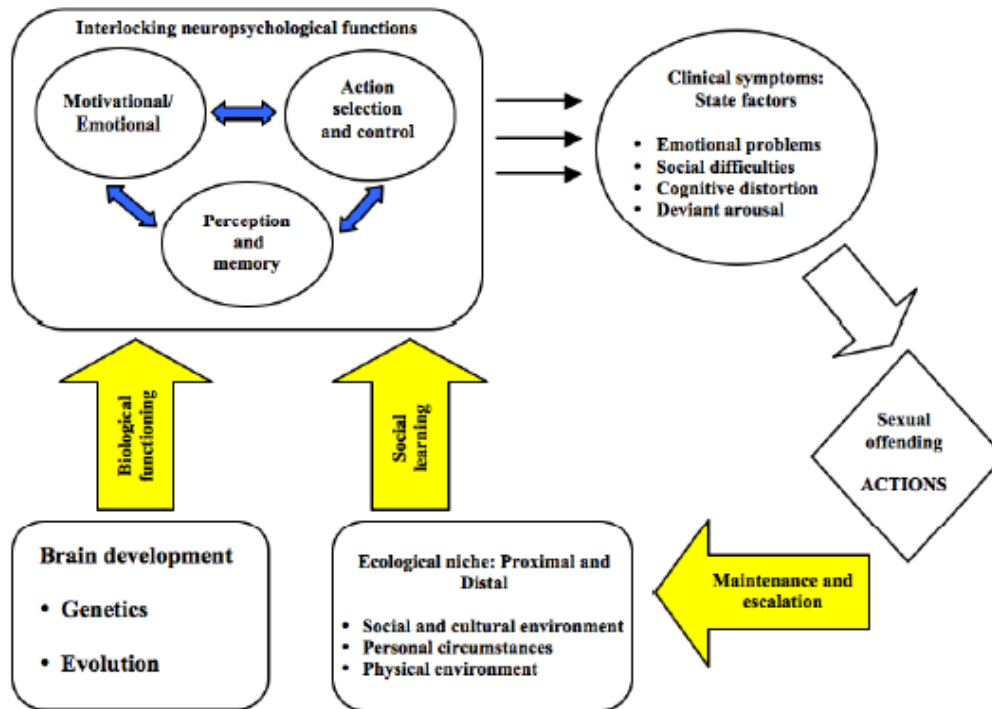


Model dat men ook voor minderjarigen heeft proberen toe te passen waarbij je ziet dat model een eerste belangrijke poging is geweest om complexiteit duidelijker te maken. Factoren die rol kunnen spelen in de jeugd, attitudes die rol kunnen spelen, milieu van promiscuïteit...

3. ITSO: Integrated Theory of Sexual Offending (Ward and Beech)

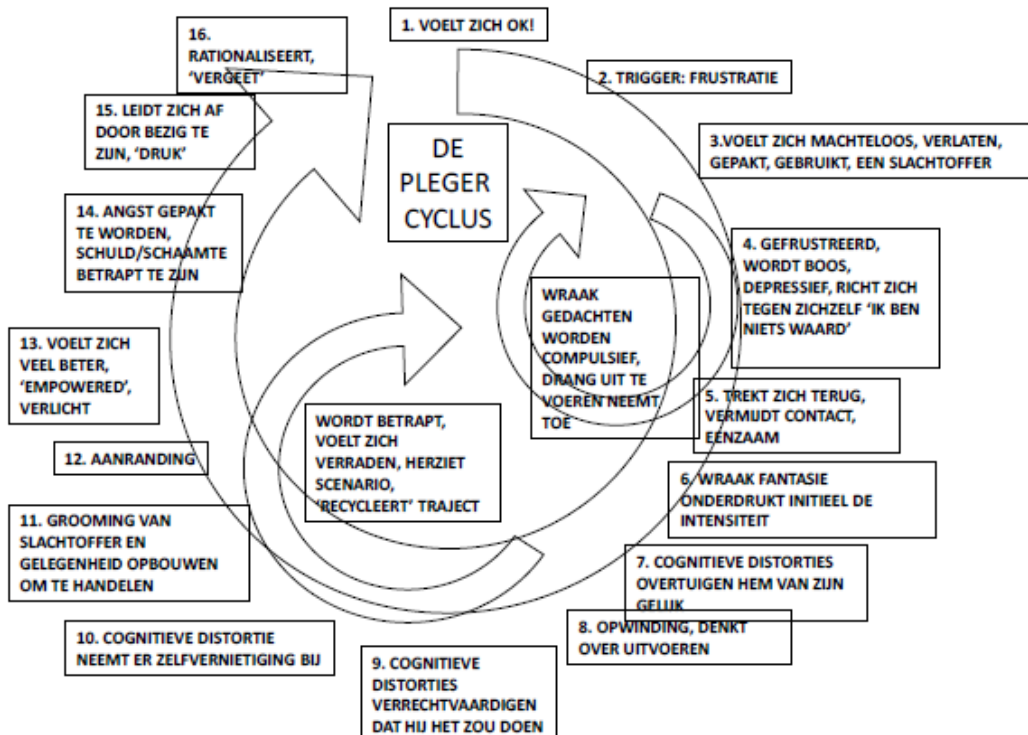
3.1. Schema

Figure 1. A schematic representation of the integrated theory of sexual offending.

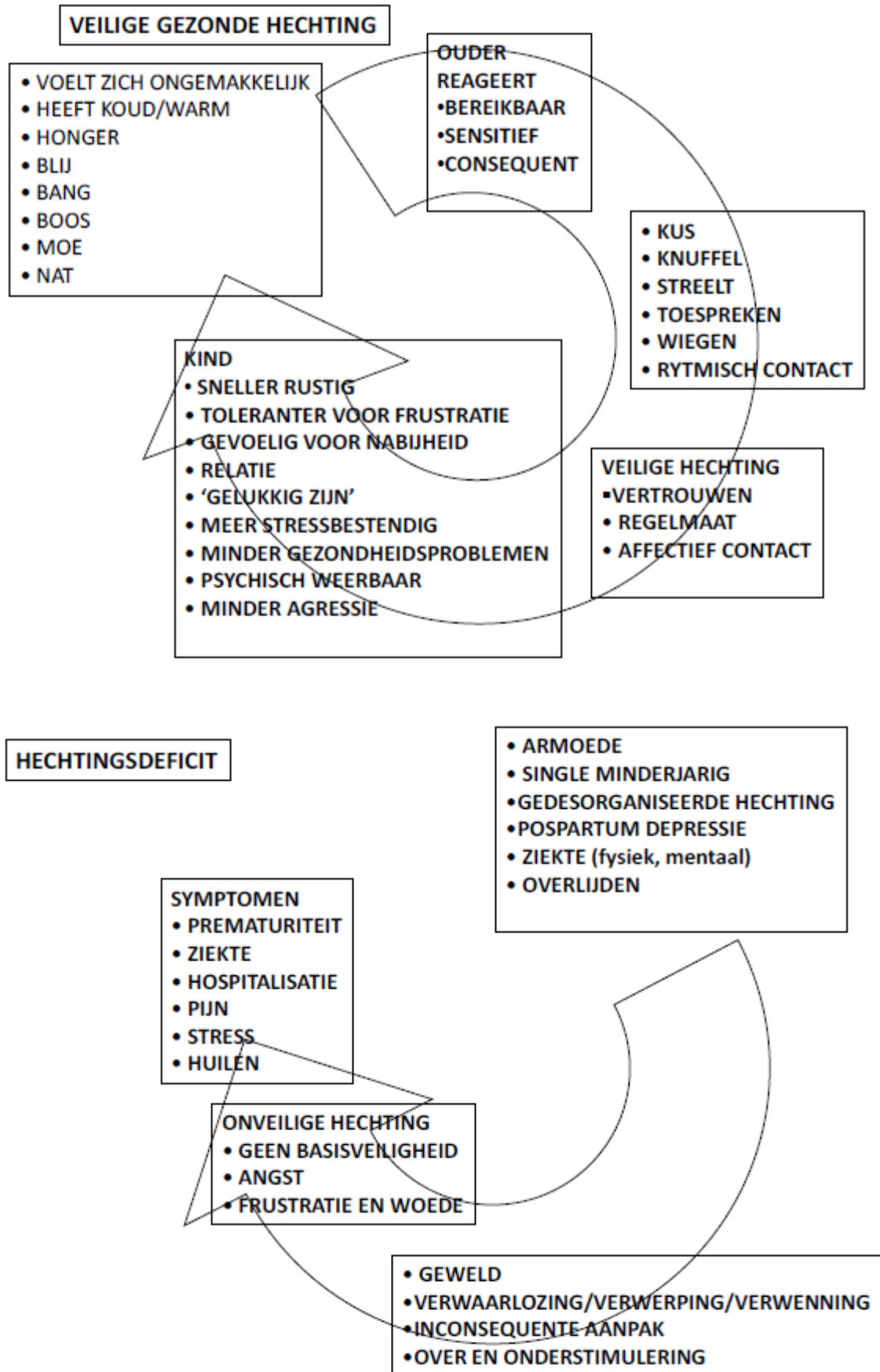


Model wordt erbij genomen in consultatie. Kwalitatief werk waarbij we kunnen aanvinken dat we bij elk van de elementen toch aan het werk geweest zijn. Dit is belangrijk omdat je toch kan verwijzen naar duidelijkheid/degelijkheid van je onderzoek.

3.2. Plegercyclus



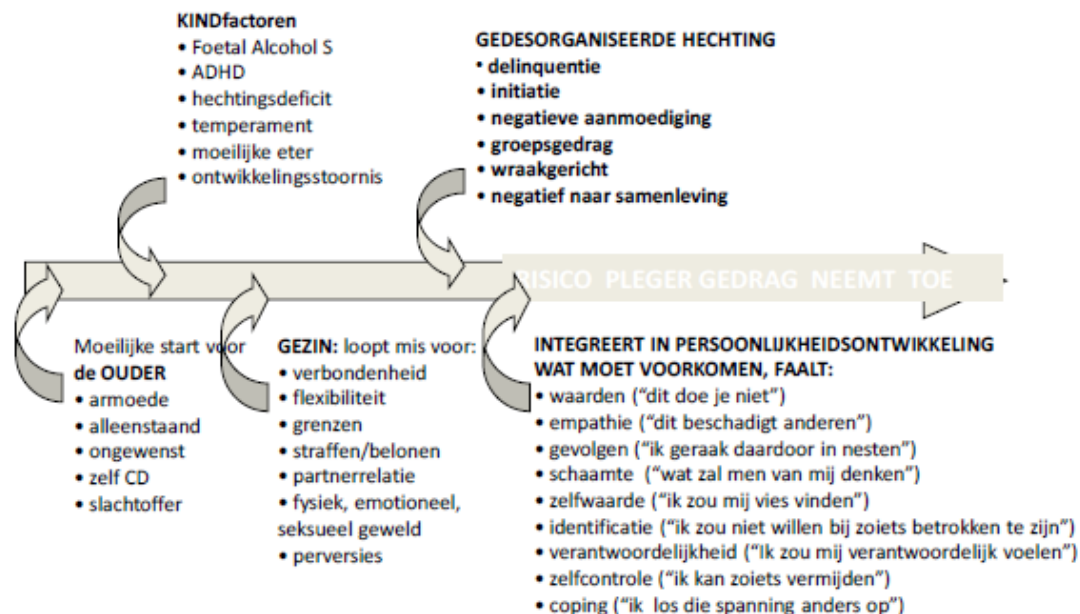
3.3. Gehechtheid





3.4. Ontwikkelingstraject jeugdige zedendelinquent

ONTWIKKELINGSTRAJECT VAN JEUGDIGE ZEDENDELINQUENT



3.5. Grooming: de voorbereiding

- Gedrag om vertrouwen op te reppen bij de andere
- Geruststelling van eigen familie en van familiedoel
- Geleidelijke aantasting van grenzen
- Opbouw van geheimpje met slachtoffer
- Zorgen voor veilige aftocht en indekking

3.6. Het oude paradigma

- Jongens die misbruikt warden worden daders
- Komen steeds uit zeer disfunctionele families
- Jongens die misbruik plegen werden zelf misbruikt
- Eens een pleger, altijd een pleger
- Behandeling van plegers is weinig succesvol
- Opsluiten is veiligste voor samenleving
- Jongens met jongens is aanwijzing voor homoseksualiteit

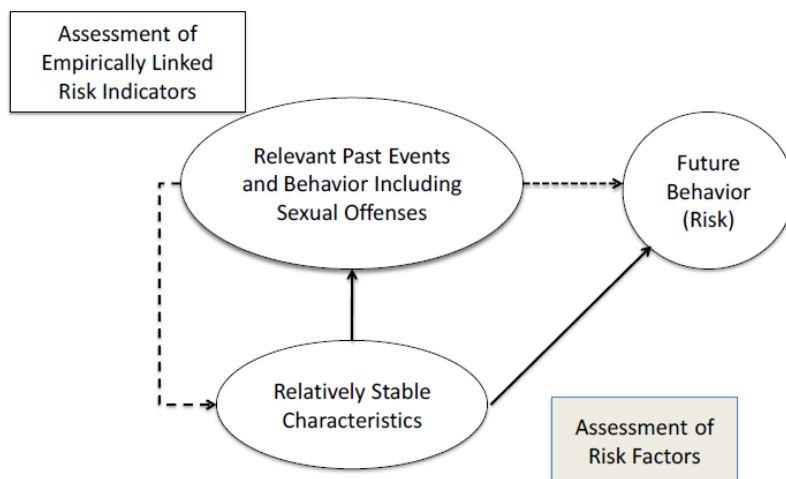
3.7. Welke uitspraken kloppen niet

- Het aantal jeugdige zedendelinquenten neemt steeds toe
- Allen zijn pedofielen
 - Diagnose na 16 jaar
 - Sommigen beantwoorden aan de definitie (cf. DSM)
- Het recidive risico ligt hoog (want 4 – 14%)
- Ze hervallen in niet-seksueel ouderschap: hoe juist zijn de studies (recruterende en opvolging)

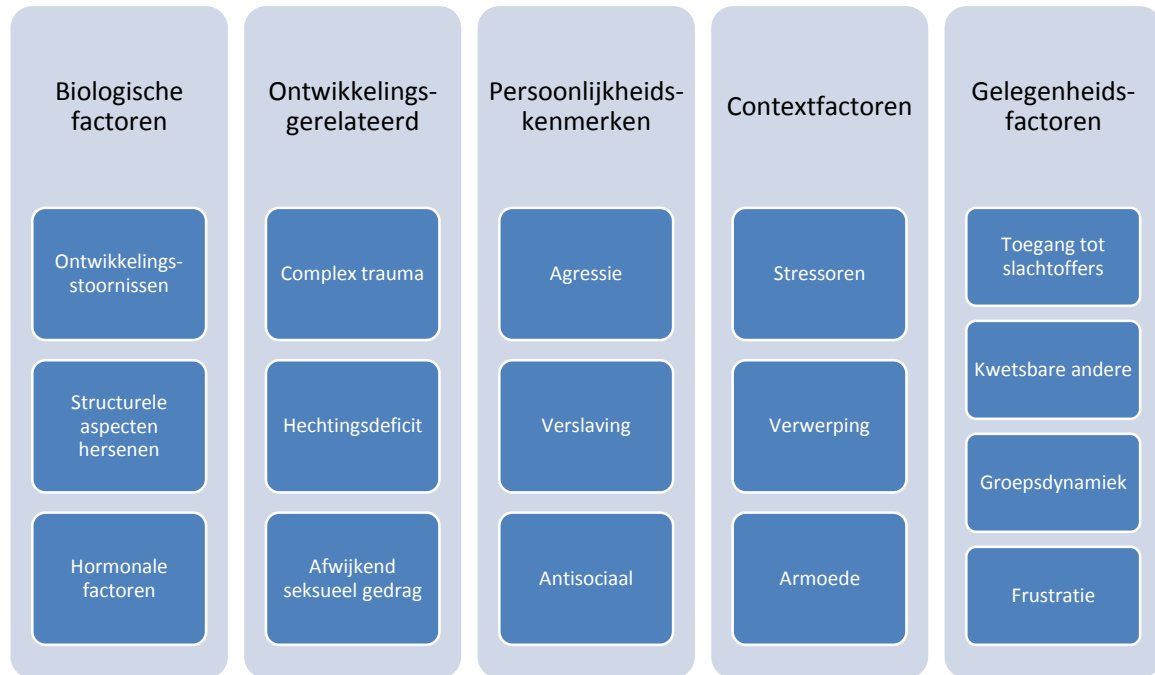
3.8. Herval?

- Current research shows that the sexual re-offense rate for those who receive treatment is low in most US settings. Studies suggest that the rates of sexual re-offense (5 – 14%) are substantially lower than the rates for other delinquent behavior (8 – 58%)
- Na behandeling: gevaar op herval lager dan geen behandeling
- Risico op herval: 7% bij vervolging en 6% bij niet-vervolging
- Risico voor jongens om nadien slachtoffer te worden is even hoog als risico zelf te hervallen
- They are just as likely to become victims as they are to reoffend
- In one study seven percent of those adjudicated for sexual offenses reoffended and six percent of those not adjudicated committed sex offenses

4. Risicotaxatie JSORRAT (Juvenile Sexual Offender Risk Assessment)



5. Besluit



KENNISMAKING MET BESLISSINGSTRAJECT VOOR KEUZE VAN BEHANDELING

1. Diagnostiek

- Klinisch interview: open stijl (niet beschuldigend)
 - o Geschiedenis seksuele agressie
 - o Ontwikkelings- en psychosociale geschiedenis
 - o Medische en psychiatrische geschiedenis
 - o Schoolgeschiedenis
 - o Onderzoek psychisch functioneren (suïcide gevaar?)

- Psychologische tests
- Phallometrisch onderzoek
- Uithuisplaatsing met multidisciplinaire observatie

2. Behandeling

2.1. Doelstellingen

- o Confronteren met ontkenning
- o Seksuele opwinding leren controleren
- o Nondeviante seksuele belangstelling versterken
- o Empathie met slachtoffer leren
- o Sociale en interpersoonlijke vaardigheden versterken
- o Inzicht geven in cognitieve processen
- o Leren interne en externe voorlopers van het seksueel delinquent gedrag te herkennen

2.2. Behandelingsmethoden

- o Cognitief-gedragstherapeutische interventies
 - Met specifieke educatieve modules en terugvalpreventie
 - Delinquent leert zich bewust te zijn van iedere fase van zijn seksueel geweldcyclus en van prikkels die deze in gang zetten
 - Doel van terugvalpreventie is de delinquenten te leren om het eigen seksleven te organiseren, middels cognitief begrip van antecedenten van eigen ontoelaatbare seksuele gedrag en ontwikkeling van copingstrategieën waarmee cyclus van seksueel wangedrag kan worden doorbroken

- o Psychosociale therapieën
 - Individueel (nooit als enige therapie)
 - Gezin (vooral bij incest)
 - Groep of therapeutische gemeenschap

- o Psychofarmaca
 - Nooit als enige behandeling
 - SSRI's (fluoxetine)
 - Anti-androgene middelen