

Het onbespreekbare in beeld

Praktijkgericht kwalitatief onderzoek naar beeldende therapie bij volwassenen die worstelen met een pedofiele seksuele geaardheid

Sarah Faasse

2022



Auteur: Sarah Faasse
Studentnummer: 1737851
Consulent: Diane Kelderman
Eerste beoordelaar: Ida Lorbach
Tweede beoordelaar: Hans Diemel
Onderwijsinstelling: Hogeschool Utrecht
Opleiding: Vaktherapie, beeldend
Opdrachtgever: Debby Versteeg
Datum: 13-06-2022
Beoordeling: 9,1

Samenvatting

De term 'pedofilie' omvat de seksuele geaardheid die gekenmerkt wordt door het hebben van seksuele en/of romantische gevoelens voor kinderen onder de 13 jaar die nog geen secundaire geslachtskenmerken ontwikkeld hebben. In Nederland worden mensen met deze geaardheid gestigmatiseerd en rust er een taboe op het onderwerp. Volwassenen met deze geaardheid lopen het risico de negatieve houding ten opzichte van pedofilie uit de samenleving te internaliseren. Daarnaast moeten zij leven met het gegeven dat zij hun gevoelens niet kunnen praktiseren omdat dat mogelijk schade aan een ander zal berokkenen. Dit tezamen kan resulteren in uiteenlopende klachten: eenzaamheid, depressie, middelenmisbruik, zelfhaat en suïcidaliteit. Daarnaast lopen mensen die worstelen met deze geaardheid, indien zij niet behandeld worden voor deze klachten, verhoogd risico op het begaan van een zedendelict. De hulpverlening voor deze doelgroep is veelal in het forensisch kader georganiseerd, vanuit het oogpunt op veiligheid. Mede daardoor is de drempel om hulpverlening te benaderen hoog. Mensen uit deze doelgroep identificeren zich mogelijk niet met het label van 'potentieel risico voor de samenleving'. Buiten het forensisch kader is er, voor zover bij de onderzoeker bekend, vanuit geen enkele therapeutische discipline literatuur beschreven over het behandelen van deze doelgroep. Gezien bovenstaande problematiek zou het wenselijk zijn onderbouwde behandelvormen te ontwikkelen die buiten het forensisch kader ingezet kunnen worden. In dit onderzoek is op kwalitatieve wijze onderzocht op welke manier beeldende therapie ingezet kan worden bij volwassenen vanaf 23 jaar die worstelen met een pedofiele seksuele geaardheid en zich buiten het forensisch behandelkader aanmelden voor behandeling. Er zijn zowel mensen uit de betreffende doelgroep als deskundigen geïnterviewd. Daarnaast is de literatuur uitvoerig onderzocht om een concreet beeld te krijgen van hoe een beeldend therapeutische behandelinterventie voor deze doelgroep eruit kan komen te zien. Uit dit onderzoek blijkt dat beeldende therapie op verschillende wijzen ingezet kan worden bij deze doelgroep. Om een eerste set handvatten voor de beroepspraktijk te creëren is naar aanleiding van dit onderzoek een product plus naar richtlijnen van de Commissie Product- en Module Ontwikkeling geschreven.

Abstract

Pedophilia is a sexual preference that is recognized by the sexual and/or romantic attraction to pre-pubescent children below the age of 13, who haven't yet developed secondary gender characteristics. In The Netherlands, people with this sexual preference are stigmatized and the topic (itself) is considered as taboo. Adult people with this sexual preference risk internalizing the negative views from society.

Additionally they have to live with the notion that they will never be able to act according to their desires, since that could mean the harm of a child. Hence they risk developing multiple problems: loneliness, depression, substance abuse, self-hatred and suicidality. Furthermore, when untreated for these problems, the risks for committing sexual offenses grow. The Dutch healthcare system for people who struggle with this sexual preference is mainly organized in forensic institutions that put the focus on ensuring public safety. Therefore, it risks deterring people who struggle with their sexual preference, as they may not identify themselves with the label of 'potential risk to society'.

As far as the researcher could find, no specific treatments are described from any therapeutic discipline outside the forensic field, for the treatment of people who struggle with a pedophilic sexual preference. This qualitative research aimed to clarify in what way art therapy can be implemented in the care for adult adults aged 23 and over, who struggle with a pedophilic sexual preference and seek mental help outside the forensic system. Multiple interviews were conducted for this research: two with people with a pedophilic sexual preference and two expert art therapists. A third expert added to the research by filling in a questionnaire that was designed for this research and literary research was conducted to be able to form a clear image about in what way art therapy can aid in the care for people who struggle with a pedophilic sexual preference. The outcome of this research shows that art therapy can be implemented in several ways to aid this specific group of people. Based on the results of this research, an art therapy intervention was written with the purpose of offering art therapists and other mental health professionals a starting point for supplying mental treatment for adults who struggle with a pedophilic sexual preference.

Voorwoord

Tegelijk met de start van het schrijven van dit afstudeeronderzoek, ben ik begonnen met mijn eerste baan als beeldend therapeut. Dit vormde voor mij een extra uitdaging, omdat ik zowel in de praktijk als in de theorie echt de verdieping van het vak op moest gaan zoeken. Naast dat dit de nodige stress opleverde, vond ik het heel leuk om zo in het diepe gegoooid te worden. Ik heb in beide mijn tanden gezet en ben er vol voor gegaan.

In het tweede jaar van de opleiding kwam ik in aanraking met het onderwerp van mensen die worstelen met een pedofiele seksuele geaardheid, doordat ik een interview las over iemand die hier al zijn hele leven mee worstelde. Ik was geraakt door de uitzichtloosheid, de stigmatisering en het gebrek aan zorg dat beschikbaar is voor deze doelgroep. Vanaf dat moment wist ik dat ik mijn afstudeeronderzoek op deze doelgroep zou gaan richten, en dat ik iets neer wilde zetten waar de praktijk en de doelgroep ook daadwerkelijk iets aan zouden hebben. In het begin van het vierde jaar van de opleiding woonde ik een congres over pedofilie bij. Onder de sprekers waren onder andere twee mannen die openlijk vertelden over hun geaardheid en de weg die ze af hadden gelegd om hier mee te leren leven. Ook was Debby Versteeg een van de sprekers. Toen ik druk opzoek was naar een opdrachtgever en ik haar spotte op de sprekerslijst van het congres, heb ik haar snel benaderd en stemde ze in om mijn tijdens het onderzoeksproces te begeleiden. Dit heeft zij op een prettige en professionele manier gedaan.

Het schrijfproces heb ik als leerzaam en inspirerend ervaren. Hoewel ik ook een aantal tegenslagen heb moeten doorstaan en het niet altijd leuk was, heeft het me geprikkeld om in de toekomst meer met onderzoek in het werkveld van vaktherapie te willen gaan doen. Ik ga na deze opleiding dan ook direct doorstromen naar de Master Vaktherapie en hoop de behandelinterventie die ik voor dit afstudeeronderzoek geschreven heb, ooit zelf in de praktijk te mogen brengen.

Ik had dit afstudeeronderzoek niet kunnen schrijven zonder de hulp en steun die ik van de mensen om mij heen heb ontvangen en wil hen daar graag voor bedanken. Gemmy Willemars heeft mij tijdens de opleiding altijd uitgedaagd om 'alles eruit te halen wat erin zit' en om gedisciplineerd en secuur te werken. Marjan Helmich heeft tijdens de derdejaars stage enorm veel tijd en moeite in mijn ontwikkelingsproces gestoken. Samen hebben zij een grote bijdrage geleverd aan mijn professionalisering als beeldend therapeut en mijn persoonlijke ontwikkeling, ontzettend bedankt daarvoor! Ondanks dat zij nog nooit iemand met een afstudeeronderzoek had begeleid en mij voor dit onderzoek nog niet kende, stond mijn opdrachtgever Debby Versteeg klaar om mij tijdens het schrijfproces te begeleiden en met mij mee te denken wanneer ik ergens op vastliep. Hier ben ik haar erg dankbaar voor.

Ook wil ik de twee respondenten die ik mocht interviewen voor mijn scriptie, hartelijk bedanken voor het openlijk delen van hun verhalen. Daarnaast heb ik veel steun van mijn medestudenten en familie ontvangen, zonder hen was dit proces echt een minder fijne ervaring geweest. Tot slot wil ik mijn partner Michel bedanken voor alle steun en het meedenken over mijn woordkeuzes.

Inhoud

Samenvatting	2
Abstract.....	3
Voorwoord	4
Inleiding.....	8
1. Inhoudelijke oriëntatie.....	9
1.1.Pedofilie	9
1.2 De samenleving en pedofilie.....	10
1.3 Hulpverlening en pedofilie	10
1.5 Pedofilie en hulpverlening in het buitenland.....	11
1.4 Beeldende therapie en pedofilie.....	11
1.5 Conclusie inhoudelijke oriëntatie.....	12
2. Onderzoekskwestie.....	13
3. Hoofd- en deelvragen	14
3.1 Hoofdvraag	14
3.2 Deelvragen	14
3.3 Doelstelling	14
4. Onderzoeksmethode.....	15
4.1 Onderzoeksbenadering	15
4.2 Onderzoekstype.....	15
4.3 Dataverzamelingstechnieken.....	16
4.4 Interviews.....	16
4.5 Data-analyse techniek	17
4.6 Kwaliteitscriteria.....	17
5. Resultaten	18
5.1 Deelvraag 1	18
5.1.1 Interviews deskundigen.....	18
5.1.2 Interviews respondenten	19
5.1.3 literatuur	19
5.1.4 Conclusie	19
5.2 Deelvraag 2	20
5.2.1 Interviews deskundigen.....	20
5.2.2 Interviews respondenten	20
5.2.3 Literatuur.....	20
5.2.4 Conclusie	21
5.3 Deelvraag 3	21

5.3.1 Interviews deskundigen	21
5.3.2 Literatuur	21
Conclusie	22
5.4 Deelvraag 4	22
5.4.1 Interviews deskundigen	22
5.4.2 Literatuur	22
5.4.3 Conclusie	23
5.5 Deelvraag 5	24
5.5.1 Interviews deskundigen	24
5.5.2 Literatuur	24
5.5.3 Conclusie	25
5.6.1 Deelvraag 6	25
5.6.2 Interviews deskundigen	25
5.6.3 Literatuur	26
5.6.4 Conclusie	26
5.7 Deelvraag 7	27
5.7.1 Interviews deskundigen	27
5.7.2 Interviews respondenten	27
5.7.3 Literatuur	27
5.7.4 Conclusie	27
5.8 Deelvraag 8	27
5.8.1 Interviews deskundigen	27
5.8.2 Interviews respondenten	28
5.8.3 Literatuur	28
5.8.4 Conclusie	28
6. Conclusie	29
7. Aanbevelingen	31
7.1 Aanbevelingen voor de praktijk	31
7.2 Aanbevelingen voor de beroepsontwikkeling	31
7.3 Aanbevelingen voor de opdrachtgever	32
Bibliografie	33
Bijlage 1: Topiclijsten interviews deskundigen en respondenten	36
Bijlage 2: startlijst coderen interviews	37
Bijlage 3: voorbeeld codeerwerk	38
Bijlage 4: Codeerboom	39
Bijlage 5: transcripties interviews en vragenlijst	40

Bijlage 5.1: vragenlijst Fieke van der Meer	40
Bijlage 5.2: interview Marjan Helmich	40
Bijlage 5.3: interview Gemmy Willemars	41
Bijlage 5.4: interview Mike (pseudoniem)	41
Bijlage 5.5: interview Tim (pseudoniem).....	42
Bijlage 6: 5G schema	42
Bijlage 7: Het Expressive Therapies Continuüm	43

Inleiding

Voor u ligt het praktijkgericht onderzoek van Sarah Faasse, waarin middels kwalitatieve benadering onderzocht is op welke wijze beeldende therapie ingezet kan worden bij volwassenen die worstelen met een pedofiele seksuele geaardheid. De aanleiding hiervoor is afkomstig uit de praktijk. In het werkveld bestaat een gebrek aan kennis van en ervaring met het werken met deze doelgroep buiten het forensisch kader. Psychosociaal therapeut en opdrachtgever van dit onderzoek, Debby Versteeg, heeft daarom de opdracht gegeven om hier onderzoek naar te doen en hier een concreet behandelproduct uit te vormen. Dit onderzoeksverslag is als volgt opgebouwd:

In *hoofdstuk 1* staat de inhoudelijke oriëntatie beschreven. Hierin wordt het begrip ‘pedofilie’ uiteengezet en wordt uitgelegd wat de maatschappelijke tendens is omtrent mensen in Nederland die worstelen met een pedofiele seksuele geaardheid. Vervolgens wordt er omschreven hoe de hulpverlening voor deze doelgroep binnen Nederland en in het buitenland georganiseerd is, en is vanuit de inhoudelijke oriëntatie een conclusie beschreven die de aanleiding van de onderzoekskwestie vormt.

In *hoofdstuk 2* staat de onderzoekskwestie beschreven. Hierin worden de focus en aanleiding van het onderzoek onderbouwd.

In *hoofdstuk 3* staan de hoofdvraag, deelvragen en de doelstelling van dit onderzoek beschreven. De deelvragen zijn logischerwijs voortgevloeid uit de hoofdvraag.

In *hoofdstuk 4* staan de gebruikte onderzoeksmethoden beschreven. Hierin wordt onderbouwd waarom en hoe de gekozen onderzoeksmethoden zijn toegepast.

In *hoofdstuk 5* staan de onderzoeksresultaten beschreven. Per hoofdvraag staan de verkregen data uit de interviews met de deskundigen en respondenten omschreven, wordt het literatuuronderzoek uiteengezet en wordt er op grond van de verkregen data een conclusie gegeven die antwoord geeft op de hoofdvraag.

In *hoofdstuk 6* staat de conclusie beschreven, die voortvloeit uit de antwoorden op de deelvragen.

In *hoofdstuk 7* staan de aanbevelingen die voortkwamen uit dit onderzoek, beschreven. Deze zijn gericht op de praktijk, de beroepspraktijk en op de opdrachtgever.

In de *bijlagen* van dit onderzoek staat een overzicht van de gebruikte literatuur, voorbeelden van gebruikte topiclijsten en het codeerwerk. Ook staat in de bijlagen een afbeelding van de codeerboom die voor het verwerken van de data is gebruikt. In de originele versie van dit document zijn de transcripties en ingevulde vragenlijst opgenomen in de bijlagen. In de gepubliceerde versie van dit document zijn deze niet opgenomen, omwille van de privacy van de respondenten. Ten slotte zijn in de bijlage twee afbeeldingen opgenomen die visuele ondersteuning bij de teksten uit het onderzoek bieden.

1. Inhoudelijke oriëntatie

1.1. Pedofilie

Uit een meta-analyse van Seto (2019) waarin data uit bevolkingsonderzoeken uit Duitsland, Noorwegen en Finland met elkaar vergeleken worden, blijkt dat naar schatting tussen de 1 en 3% van de mannelijke bevolking romantische en/of seksuele gevoelens heeft voor kinderen onder de 13 jaar. In Nederland verwijzen die statistieken naar mogelijk 60.000 tot 180.000 mannen die met dit soort gevoelens rondlopen. Het ontbreekt aan onderzoek naar de aantallen vrouwen met dergelijke gevoelens, maar hun aanwezigheid is bevestigd (Lievesley & Lapworth, 2022). Omdat het een onderwerp betreft dat lastig te onderzoeken is, lopen de schattingen over de prevalentie uiteen. Stop it Now! is een anonieme hulplijn voor mensen die worstelen met pedofiele gevoelens. Volgens Stop it Now! is pedofilie een seksuele geaardheid die zich kenmerkt in het (seksueel en/of romantisch) aangetrokken zijn tot prepuberale minderjarigen tot 13 jaar oud, die nog geen secundaire geslachtskenmerken vertonen (Stop it Now!, z.d.). Pedofilie openbaart zich meestal in de pubertijd of vroeg-adolescente levensfase. Sommige mensen met een pedofiele seksuele geaardheid (PSG) beschrijven dat hen opviel dat terwijl zij ouder werden, de personen waar ze gevoelens voor hadden in dezelfde jonge leeftijdscategorie bleven steken (Bailey et al., 2016). Op de website van Stop it Now! wordt pedofilie als volgt omschreven:

Pedofilie is een seksuele voorkeur waar biologische, psychologische en sociologische factoren aan ten grondslag kunnen liggen. Een seksuele voorkeur is een relatief consistent en persistent blijvende emotionele, romantische, seksuele of affectieve aantrekkings. Sommige voelen zich alleen aangetrokken tot minderjarigen, terwijl anderen zich aangetrokken voelen tot zowel volwassenen als minderjarigen. (Stop it Now!, z.d.).

In de vijfde editie van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V) van de American Psychiatric Association (2014) wordt pedofilie ingedeeld onder de parafiele stoornissen. Parafilie kenmerkt zich door atypische seksuele opwindings of voorkeur voor bepaalde erotische doelen, activiteiten of voorwerpen. Er wordt van een parafiele stoornis gesproken "als de parafilie, de uiting of bevrediging daarvan, gepaard gaat met persoonlijk lijden, functionele beperking of (het risico op) schade bij zichzelf en anderen." (GGZ Standaarden, 2021, p.22). De demarcatie is dat het bij parafilie gaat om het hebben van bepaalde gevoelens en bij een parafiele stoornis om handelingen die de persoon zelf of anderen schade berokkenen. Een tweede belangrijk onderscheid is het verschil tussen pedoseksualiteit en pedofilie. Een pedoseksueel is iemand die seksuele handelingen verricht met minderjarigen. Iemand met een PSG kan seksuele en/of romantische gevoelens hebben jegens kinderen onder de 13 jaar, maar dat betekent niet dat hij hier per sé naar handelt. Anderzijds kan een pedoseksueel seksuele handelingen verrichten met een minderjarige en tegelijkertijd geen seksuele en/of romantische gevoelens jegens de minderjarige voelen. Er kunnen verschillende onderliggende oorzaken zijn voor pedoseksualiteit, zoals bijvoorbeeld een seksverslaving, middelenmisbruik, machtsmisbruik of sadisme (EOKM, 2018).

Over het ontstaan van pedofilie zijn verschillende theorieën beschreven, maar er is onvoldoende onderzoek verricht om deze concreet te duiden. Cantor (2008) heeft onderzoek gedaan naar een mogelijk neurofysiologische oorzaak van pedofilie, concluderend dat een aangeboren aanleg niet uit te sluiten is. Er wordt gesuggereerd dat alle mensen met een PSG in hun jeugd seksueel zijn misbruikt en daardoor een PSG hebben. Er is echter geen wetenschappelijk bewijs dat dit voor het overgrote deel van de mensen met een PSG zou gelden (Mulder, 2019). Uit kwalitatief onderzoek uitgevoerd met 15 respondenten (Houtepen et al., 2015), bleek wel dat de meeste respondenten nog voor hun pubertijd al in contact waren geweest met seksualiteit. Bij sommigen had dit met seksueel misbruik te maken, bij anderen kwam het voor dat ze uit zichzelf met seksualiteit bezig waren geweest. Aangezien de respondentengroep relatief klein was, kunnen hier geen harde conclusies uit worden getrokken. Samenvattend is er geen eenduidig beeld over het ontstaan van pedofilie.

1.2 De samenleving en pedofilie

In de huidige westerse samenleving ligt er een groot taboe op het bespreekbaar maken van pedofiele gevoelens (Mulder, 2019). In de Nederlandse samenleving is veel maatschappelijke weerstand en afkeer jegens mensen met een PSG.

De intensivering van zogenaamde “pedojagers” is hier een actueel voorbeeld van.

Dat zijn mensen die in hun vrije tijd op zoek gaan naar pedoseksuelen en mensen met een PSG en vervolgens proberen hen in de val te lokken met nep-afspraken of chats waarin zij zich voordoen als een minderjarige. Dit met als doel om mensen uiteindelijk af te schrikken, te intimideren, aan de politie over te dragen of in sommige gevallen te mishandelen (RTL nieuws, 2021).

Het stigma dat in de Nederlandse samenleving leeft over mensen met een PSG, namelijk dat alle mensen met een PSG erop uit zouden zijn om seksuele handelingen te verrichten met kinderen of dit in ieder geval goedkeuren, wordt anderzijds bekrachtigd door een relatief kleine groep mensen die zich hier de afgelopen jaren duidelijk over uit heeft gesproken. In 2020 hebben zij een politieke partij heropgericht, de Partij voor Naastenliefde, Vrijheid en Diversiteit (PNVD). Deze partij pleit voor het legaliseren van het verrichten van seksuele handelingen met minderjarigen en stellen dat dit voor hen niet schadelijk is (NPO, 2021). Door de maatschappelijke tendens omtrent pedofilie lijkt een belangrijke groep vergeten te worden, namelijk de groep mensen met een PSG die geen seksuele handelingen met kinderen wil verrichten, geen kinderporno kijkt en dit op alle fronten afkeurt. Mensen uit deze groep zitten vanwege de maatschappelijke weerstand jegens pedofilie in een complexe positie. Zij voelen doorgaans niet de veiligheid om zich uit te spreken over hun geaardheid, uit angst voor repercussie in hun zakelijk- en privéleven. Zij lopen het risico om de vijandige kijk op pedofilie van de samenleving te internaliseren. Dit kan resulteren in een sociaal isolement, middelenmisbruik, een slecht zelfbeeld, depressie en suicidaliteit (Willis, 2016).

Daarnaast kan dit ervoor zorgen dat mensen met een PSG zich minder snel aanmelden voor hulpverlening, omdat zij zich bij voorbaat al verstoten en afgewezen kunnen voelen.

Daardoor komen de meeste mensen met een PSG pas in aanraking met hulpverlening nadat ze een zedendelict hebben gepleegd (Grady et al., 2019). “Many individuals with pedophilic preferences remain standing at the edge of society, waiting for the self-regulation to fail” (Houtepen et al., 2016, p. 16).

1.3 Hulpverlening en pedofilie

De maatschappelijke visie op pedofilie komt terug in de organisatie van de Nederlandse hulpverlening. In de forensische zorg wordt veel aandacht besteed aan de behandeling van zedendelinquenten en seksueel grensoverschrijdend gedrag. Hiervoor worden verschillende behandelvormen aangeboden, zoals psychotherapie, vaktherapie en cognitieve gedragstherapie. In deze behandelingen ligt een sterke focus op het delictverleden van cliënten, hoe zij zich hiertoe verhouden met als doel het verlagen van de kans op recidive. Wanneer iemand met een PSG zich vrijwillig aanmeldt voor behandeling, wordt hij doorgaans doorverwezen naar een poliklinische behandeling voor seksueel grensoverschrijdend gedrag bij een forensische instelling. De focus in deze behandeling ligt voornamelijk op risicotaxatie, het voorkomen van delictgedrag en het vergroten van veiligheid (de Waag, z.d.). In dit soort behandelingen ligt de focus dus niet specifiek op het om leren gaan met een pedofiele seksuele geaardheid. De cliënt wordt hierin uit oogmerk van veiligheid niet uitsluitend benaderd als hulpbehoevend maar ook als risico geval of potentieel delinquent. Deze forensische insteek kan mensen die worstelen met pedofiele gevoelens afschrikken omdat zij zich mogelijk niet identificeren met het label van potentieel delinquent.

Wel beschikt ambulant forensisch behandelcentrum de Waag, naast behandelingen voor seksueel grensoverschrijdend gedrag, over ‘zelfacceptatie groepen’. Dit zijn geen behandelgroepen maar eerder steungroepen waarin de thema’s niet van tevoren vastliggen en deze vooral door de cliënten zelf aangedragen worden. De sessies worden begeleid door een GZ-psycholoog. In de steungroepen wordt soms gebruik gemaakt van elementen uit de cognitieve gedragstherapie, maar verder wordt er geen bepaalde methode gebruikt. Er is geen literatuur beschreven over hoe er met dit soort steungroepen gewerkt wordt.

Naast forensische behandelingen bestaat er de anonieme hulplijn genaamd Stop it Now! Dit is een hulplijn waar mensen naartoe kunnen bellen als zij worstelen met pedofiele gevoelens, of een naaste hebben die hier mee worstelt. Bij de hulplijn werken hulpverleners met verschillende achtergronden zoals forensisch-psychologen en agogen. Stop It Now! verwijst door naar poliklinische forensische behandelingen en is als zodanig wereldwijd in meerdere landen actief, waaronder Canada, Frankrijk, Oostenrijk, Finland, de Verenigde Staten, België en Ierland. Daarnaast bestaat nog het online platform pedofilie.nl, dat wordt gemodereerd door mensen met een PSG en een aantal hulpverleners. Hierop kunnen mensen die pedofiele gevoelens ervaren elkaar anoniem treffen en informatie uitwisselen over hoe ze om kunnen gaan met hun gevoelens en seksuele geaardheid. Daarnaast kunnen mensen met een PSG op dit platform op een laagdrempelige wijze contact maken met hulpverleners, wat hun vertrouwen in hulpverlening kan versterken en hen kan helpen om passende hulp te vinden.

1.5 Pedofilie en hulpverlening in het buitenland

In andere westerse landen bestaan een aantal vormen van hulpverlening voor mensen die worstelen met een PSG. De Verenigde Staten en Duitsland zijn hier het meest actief in. In deze paragraaf wordt beschreven hoe de hulpverlening voor mensen met een PSG in deze landen georganiseerd is.

In de Verenigde Staten bestaat een online supportgroep genaamd VirPed. VirPed staat voor “Virtuous Pedophiles” wat ruw vertaalt “deugdzame pedofielen” betekent. Hiermee worden mensen met een pedofiele seksuele geaardheid die tegen kindermisbruik en kinderporno zijn, bedoeld. Deze organisatie is opgezet door mensen met PSG en heeft als doel een veilige haven te zijn voor iedereen die worstelt met een PSG. In die zin lijkt VirPed op het Nederlandse platform pedofilie.nl. Mensen vanaf achttien jaar en ouder kunnen zich aanmelden bij VirPed en via dat platform in contact komen met andere mensen uit hun peergroup en hulpverleners.

Een ander online platform uit de Verenigde Staten is B4UACT.com.

B4UACT is een online organisatie die zich net zoals VirPed inzet om mensen met een PSG te bereiken, te informeren en in contact te brengen met andere mensen met een PSG en hulpverleners. Op B4UACT wordt er niet van virtuous pedophiles maar van non-offending minor-attracted persons (NO-MAP) gesproken. Grofweg vertaald betekent dit ‘tot minderjarige aangetrokken mensen die geen (zedendelicten begaan’. Deze term wordt gebruikt omdat de term ‘pedophiles’ (pedofielen) volgens hen stigmatiserend is en een negatieve connotatie met zich meedraagt. Mensen van alle leeftijden kunnen zich bij B4UACT aanmelden. Zowel VirPed als B4UACT zetten in op het ontwikkelen van educatie omtrent het onderwerp pedofilie, het ontwikkelen van adequate hulpverlening en het tegengaan van discriminatie op grond van seksuele geaardheid. In Duitsland bestaat Prevention Project Dunkelfeld. Dat is een organisatie die vanaf 2005 mediacampagnes in de openbare ruimte heeft georganiseerd met als doel om mensen met een PSG te bereiken en aan te sporen om contact op te nemen met hulpverleners (Beier et al., 2019). De term ‘Dunkelfeld’ betekent ‘donker veld’ in het Nederlands. Dit verwijst naar mensen met een PSG die geen delict begaan en daardoor niet in het zicht van hulpverlening komen.

Naast de mediacampagnes biedt Prevention Project Dunkelfeld ook hulpverleningstrajecten aan voor mensen die worstelen met een PSG. Deze trajecten bestaan uit cognitieve gedragstherapie, gericht op het leren accepteren van de seksuele geaardheid, zelfactualisatie en het betrekken van de naaste omgeving bij de situatie van mensen met een PSG.

Daarnaast krijgen deelnemers optioneel toegang tot medicatie die een remmende werking heeft op het libido en daarmee de lichamelijke behoefte aan seks vermindert.

Bij zowel Prevention Project Dunkelfeld, B4UACT en VirPed ligt de focus onder andere op de preventie van seksueel misbruik en het verlagen van de drempel om hulpverlening te benaderen.

1.4 Beeldende therapie en pedofilie

In de forensische zorg wordt al decennia beeldende therapie aangeboden aan mensen die een zedendelict met een minderjarige hebben begaan, waaronder mensen met een PSG.

Buiten de forensische zorg zijn er geen beeldende therapie praktijken die zich specifiek richten op mensen die worstelen met een PSG en hier vrijwillig behandeling voor zoeken.

Het is onbekend of en hoeveel mensen uit deze doelgroep bij beeldend therapeuten terecht komen. Er is ook geen literatuur beschreven over het werken met deze doelgroep binnen een beeldend therapeutische behandelsetting.

Evenmin is er binnen andere therapeutische disciplines literatuur geschreven over mogelijke vormgeving van behandelingen voor deze doelgroep.

In 2021 is er door Sanury Khelifi-Sar een afstudeerscriptie geschreven waarin de laagdrempelige hulp voor pedofiele jongeren en hun ouders werd onderzocht. De conclusie betrof dat er meer voorlichting voor jongeren moet komen en dat er meer behandelmogelijkheden buiten de forensische zorg ontwikkelt dienen te worden. Daarnaast zijn er verschillende onderzoeken gedaan naar de belevingswereld van mensen met een PSG.

Sommige van dergelijke onderzoeken bieden kaders voor het vormgeven van behandelingen voor mensen die worstelen met een PSG. Zo hebben Houtepen et al. (2015) in een kwalitatief onderzoek vijftien respondenten geïnterviewd over hoe zij hun pedofiele seksuele geaardheid ervaren en hiermee omgaan. Aan de hand van de resultaten geven de onderzoekers aandachtspunten voor hulpverleners, waaronder het belang van een open houding, aansturing op zelfacceptatie en het aanduiden van het verschil tussen seksualiteit en identiteit (e.g. 'je seksuele gevoelens maken je geen slecht mens').

Levenson et al. beschrijven in hun paper *Beyond the "ick factor": Counseling non-offending persons with pedophilia* (2019) welke praktische kaders en voorwaarden er zijn voor het verlenen van adequate hulpverlening aan mensen die worstelen met een PSG. Volgens hen moeten hulpverleners goed om kunnen gaan met gevoelens van afkeer en walging wanneer hun cliënten onderwerpen aansnijden die door hulpverleners als aanstootgevend ervaren kunnen worden.

Daarnaast is het volgens Levenson et al. (2019) van belang dat de focus van de behandeling moet liggen op zingeving, zelfbeeld, gezond contact met leeftijdsgenoten en identiteitsversterking.

1.5 Conclusie inhoudelijke oriëntatie

In Nederland zijn naar schatting mogelijk tussen de 60.000 en 180.000 mannen met pedofiele gevoelens (Seto, 2012). Er is geen data beschikbaar over hoeveel vrouwen pedofiele gevoelens hebben, maar hun aanwezigheid is bevestigd (Cohen & Galynker, 2002). In Nederland is het bespreken van een PSG taboe en leven mensen met een PSG veelal in anonimiteit (Mulder, 2019). Mensen die worstelen met een PSG lopen verhoogd risico op het ontwikkelen van problemen als een slecht zelfbeeld, depressie, suicidaliteit en middelenmisbruik (Willis, 2016). Om laagdrempelige hulpverlening te kunnen bieden aan mensen die worstelen met een PSG, is anoniem meldpunt Stop it Now! opgericht. Stop it Now! biedt geen behandeling maar verwijst mensen wel door naar forensische instellingen die poliklinische behandelingen aanbieden. De Waag biedt naast forensische behandelingen ook zelfacceptatie groepen aan.

Dat zijn praatgroepen die door GZ-psychologen begeleid worden, met als doel een *peergroup* te vormen voor mensen die worstelen met een PSG (en hier niet naar willen handelen). Binnen deze groepen worden thema's als seksualiteit, acceptatie en het omgaan met een PSG besproken. Er wordt binnen deze groepen niet met een specifieke werkwijze gewerkt. De forensische behandelingen zijn onder andere gericht op risicotaxatie en het voorkomen van delicten, wat een afschrikwekkende reactie kan oproepen bij mensen met een PSG die zich niet identificeren met het label van risico geval of potentieel delinquent. Zowel in het werkveld van beeldende therapie als andere (vak)therapeutische disciplines zijn er geen behandelproducten, behandelmodules of methoden voor de behandeling van mensen met een PSG (buiten forensisch kader) beschreven. Als iemand met een PSG dus behoefte heeft aan hulpverlening en niet in de forensische zorg wil instromen, zijn er geen onderbouwde behandelingen voor hem of haar beschikbaar.

2. Onderzoekskwestie

De drempel om hulpverlening te benaderen is voor mensen met een PSG hoog. Door de maatschappelijke weerstand jegens deze doelgroep kan bij mensen met een PSG het gevoel ontstaan dat zij minderwaardig zijn en hun seksualiteit geen bestaansrecht kent. Volwassenen die worstelen met een pedofiele seksuele geaardheid lopen verhoogd risico op het ontwikkelen van een sociaal isolement, een slecht zelfbeeld, verslavingsproblematiek, depressie en suïcidaliteit (Willis, 2016). De enige onderbouwde hulpverlening die momenteel beschikbaar is voor deze doelgroep, is enkel binnen de forensische zorg. Onderzoek toont aan dat er -vanuit de doelgroep en de hulpverlening- behoefte is aan onderbouwde behandelingen buiten het forensisch kader voor mensen die worstelen met een PSG (Levenson et al., 2020).

Waar beeldende therapie al ingezet wordt bij mensen uit de LHBTIQ+ gemeenschap die worstelen met hun seksuele geaardheid (Williams et al., 2019), is dit voor mensen met een PSG nog niet het geval. Er zijn geen onderbouwde beschrijvingen van de manier waarop beeldende therapie ingezet kan worden in de behandeling van deze doelgroep. Het is niet bekend wat er voor nodig is om een dergelijke behandeling vorm te kunnen geven en waar deze dan precies op gericht moet zijn.

Oprachtgever van dit onderzoek en psychosociaal therapeut Debby Versteeg werkt samen met andere hulpverleners als moderator en gespreksleider bij pedofilie.nl en krijgt daarnaast in haar praktijk te maken met cliënten die worstelen met een PSG. Zij stelt dat het voor de beroepspraktijk noodzakelijk is dat er handvatten voor (vak)therapeuten worden ontwikkeld zodat zij weten hoe zij behandelingen voor mensen met een PSG adequaat vorm kunnen geven (persoonlijke communicatie, 10 februari 2022). Ten eerste omdat de beschikbare informatie over de -beeldend therapeutische- behandeling van deze doelgroep schaars is, en ten tweede omdat deze doelgroep momenteel met name naar de forensische zorg wordt doorverwezen. Deze behandelsetting sluit niet per definitie aan op de behoeften van de doelgroep (Khelifi-Sar, 2021). Het praktische aspect van beeldende therapie biedt in deze een vertrekpunt voor andere disciplines in de behandeling van mensen met een PSG.

Schweizer (2009) benadrukt dat het delen van theoretisch en methodisch onderbouwde kennis nodig is om het handelen van de beeldend therapeut transparanter te maken voor anderen. Door te onderzoeken op welke wijze beeldende therapie ingezet kan worden bij mensen met een PSG, levert dit onderzoek een bijdrage aan de prangende vraag van zowel doelgroep als beroepspraktijk om meer handvatten en informatie omtrent behandeling buiten het forensisch kader om.

3. Hoofd- en deelvragen

Onderstaand worden de hoofd- en deelvragen van dit onderzoek beschreven, welke voortvloeien uit de eerder beschreven onderzoekskwestie. Aansluitend zal de doelstelling van dit onderzoek nader beschreven worden.

3.1 Hoofdvraag

Op welke manier kan beeldende therapie ingezet worden bij volwassenen vanaf 23 jaar die worstelen met een pedofiele seksuele geaardheid¹ en zich buiten het forensisch behandelkader aanmelden voor behandeling?

3.2 Deelvragen

1. Welke behandelthema's moeten aan bod komen in een beeldend therapeutische behandelinterventie voor volwassenen vanaf 23 jaar die worstelen met een pedofiele seksuele geaardheid en zich buiten het forensisch behandelkader aanmelden voor behandeling?
2. Welke attitude kan ingezet worden in een beeldend therapeutische behandelinterventie voor volwassenen vanaf 23 jaar die worstelen met een pedofiele seksuele geaardheid en zich buiten het forensisch behandelkader aanmelden voor behandeling?
3. Wat voor werkwijze kan ingezet worden in een beeldend therapeutische behandelinterventie voor volwassenen vanaf 23 jaar die worstelen met een pedofiele seksuele geaardheid en zich buiten het forensisch behandelkader aanmelden voor behandeling?
4. Welke behandelmethoden kunnen ingezet worden in een beeldend therapeutische behandelinterventie voor volwassenen vanaf 23 jaar die worstelen met een pedofiele seksuele geaardheid en zich buiten het forensisch behandelkader aanmelden voor behandeling?
5. Welke beeldende materialen kunnen ingezet worden in een beeldend therapeutische behandelinterventie voor volwassenen vanaf 23 jaar die worstelen met een pedofiele seksuele geaardheid en zich buiten het forensisch behandelkader aanmelden voor behandeling?
6. Wat voor werkvormen zijn te gebruiken in een beeldend therapeutische behandelinterventie voor volwassenen vanaf 23 jaar die worstelen met een pedofiele seksuele geaardheid en zich buiten het forensisch behandelkader aanmelden voor behandeling?
7. Welke interventies kunnen ingezet worden in een beeldend therapeutische behandelinterventie voor volwassenen vanaf 23 jaar die worstelen met een pedofiele seksuele geaardheid en zich buiten het forensisch behandelkader aanmelden voor behandeling?
8. Welke randvoorwaarden zijn van belang om een beeldend therapeutische behandelinterventie vorm te kunnen geven voor volwassenen vanaf 23 jaar die worstelen met een pedofiele seksuele geaardheid en zich buiten het forensisch behandelkader aanmelden voor behandeling?

3.3 Doelstelling

De doelstelling van dit onderzoek is het ontwikkelen van een erkende behandelinterventie welke door beeldend therapeuten ingezet kan worden in de behandeling van mensen met PSG die zich buiten het forensisch kader aanmelden voor behandeling. Deze interventie kan mogelijk ook als basis fungeren voor zorgprofessionals uit andere vakgebieden, zodat zij vanuit hun eigen discipline een behandeling vorm kunnen geven voor mensen die worstelen met een PSG. Dat zou er ook mogelijk voor kunnen zorgen dat er meer aandacht aan pedofilie wordt besteed in het vaktherapie werkveld en in de samenleving, zodat er ruimte kan ontstaan voor een meer genuanceerd maatschappelijk debat over pedofilie en hulpverlening in Nederland.

¹ In de lopende tekst wordt dit omwille van de leesbaarheid aangeduid als 'mensen die worstelen met een PSG'.

4. Onderzoeksmethode

In dit hoofdstuk wordt de toegepaste systematiek van het onderzoek beschreven en onderbouwd, zodat voor derden inzichtelijk is hoe de resultaten van dit onderzoek tot stand zijn gekomen.

4.1 Onderzoeksbenadering

Het onderzoeksdoel is tweeledig: 1. inventarisatie van behandelinhoudelijke behoefte van de doelgroep wat betreft beeldende therapie en 2., in kaart brengen op welke manier deze behoefte professioneel vervuld kan worden. Daarom is gekozen voor een kwalitatieve benadering.

Migchelbrink (2014) beschrijft de volgende kenmerken van kwalitatief praktijkgericht onderzoek:

- Het onderzoek wordt vanuit het insiderperspectief uitgevoerd: de onderzoeker probeert de kwestie te begrijpen vanuit het perspectief van de onderzoekssubjecten ofwel de doelgroep van dit onderzoek. "Daardoor is de onderzoeker in staat het perspectief van de betrokkenen te reconstrueren, de werkelijkheid te zien zoals de onderzochten die zien en die daardoor van binnenuit te begrijpen." (Migchelbrink, 2014, p. 77).
- In het onderzoek worden de gegevens beschouwend uitgedrukt in de vorm van woorden en gegevens. Bij kwantitatief onderzoek worden gegevens bijvoorbeeld eerder uitgedrukt in de vorm van cijfers en grafieken. Omdat bij kwalitatief onderzoek de focus ligt op de verhalen en ervaringen van mensen, wordt voornamelijk taal en beeld gebruikt om deze te beschrijven.
- Het onderzoeksproces is globaal omschreven en staat niet vanaf het begin vast. Tussen de interviews door worden er al data geanalyseerd en aan de hand daarvan kan gekozen worden om wijzigingen aan te brengen aan de onderwerpen die in de volgende interviews worden besproken. De onderzoeksfases zijn dus iteratief; ze wisselen elkaar af in plaats van dat ze elkaar opvolgen.

Dit praktijkgericht onderzoek wordt vanuit de visie van Practise Based Evidence (PBE) benaderd. PBE houdt in dat de onderzoeksvraag vanuit de beroepspraktijk is ontstaan en de uitkomst van het onderzoek een directe bijdrage levert aan de ontwikkeling hiervan. Daarnaast wordt de beroepspraktijk beschouwd als een essentiële databron voor het onderzoek (Van der Donk & Van Lanen, 2019; Migchelbrink, 2014). "Cliënten en hulpverleners worden als experts op hun eigen terrein gezien. PBE is ervaringskennis opgebouwd vanuit reflectie op casuïstiek. Doel is het beschrijven en ontwikkelen van succesvolle praktijken." (Smeijsters et al., 2012, p. 78).

Er wordt in dit onderzoek vanuit het PBE gedachtengoed gewerkt omdat er in de beroepspraktijk geen geschreven literatuur bestaat omtrent de non-forensische behandeling van mensen die worstelen met een PSG, terwijl er ten eerste vanuit de doelgroep wel vraag naar is, en ten tweede er hulpverleners zijn die buiten het forensisch kader te maken krijgen met deze doelgroep. Door respondenten uit de doelgroep te interviewen kan er vanuit hun perspectief beschreven worden waar de behandelinhoudelijke behoeften precies liggen. Evenwel kan er door het interviewen van beeldend therapeuten die in het forensisch kader werken (of gewerkt hebben) met de doelgroep, onderzocht worden hoe hun expertise bij kan dragen aan het vormgeven van een concrete behandelinterventie voor mensen die worstelen met een PSG maar buiten het forensisch kader behandeld willen worden. Doordat de focus van dit onderzoek praktijkgericht is en hieruit een behandelproduct is geformuleerd, kan dit onderzoek handvatten bieden voor beeldend therapeuten die in hun praktijk te maken krijgen met mensen die worstelen met een PSG.

4.2 Onderzoekstype

Het gebruikte onderzoekstype is ontwikkelingsonderzoek: er wordt een behandelproduct voor toepassing door beeldend therapeuten ontwikkeld. Hierin inventariseert de onderzoeker eerst wat de behandelinhoudelijke behoeftes zijn van mensen die worstelen met een PSG en op welke manier beeldend therapeuten deze thema's reeds in de praktijk behandelen. De inventarisatie betreft: behandelthema's, attitude, werkwijze, materialen, werkvormen, interventies en benodigde randvoorwaarden die ingezet kunnen worden bij mensen die worstelen met een PSG. Vervolgens wordt dit vertaald naar een behandelinterventie die toepasbaar is voor beeldend therapeuten buiten het forensisch kader.

Daarmee komt het ontwikkelingsonderzoek tegemoet aan de vraag naar onderbouwde interventies vanuit het werkveld. Hier hebben zowel beeldend therapeuten als hun cliënten baat bij en kan de behandelinterventie ter inspiratie dienen voor hulpverleners uit andere disciplines om hier hun eigen behandelingen op te baseren.

4.3 Dataverzamelingstechnieken

In dit onderzoek worden twee dataverzamelingstechnieken toegepast, namelijk literatuurstudie en interviews met deskundigen en personen met een PSG. Onder literatuur vallen alle databanken die toegankelijk zijn via digitale bibliotheek van de Hogeschool Utrecht, boeken en tijdschriften, hbo-kennisbanken en documenten van organisaties, websites en andere vergelijkbare (digitale) bronnen van kwalitatieve waarde die relevant zijn voor dit onderzoek. De interviews zijn vormgegeven volgens de half-gestructureerde wijze, waarbij van tevoren een topiclijst is gemaakt met gespreksonderwerpen en specifieke vragen van de onderzoeker. De topiclijst (zie bijlage 1) dient als leidraad voor de interviews, maar hoeft niet exact aangehouden te worden tijdens de gesprekken. Hierdoor blijft er ruimte voor de eigen invulling en ervaringen van de geïnterviewde en wordt gewaarborgd dat essentiële thema's in het gesprek aan bod komen. Het verhaal van de cliënt is een essentiële bron van kennis om inzicht te krijgen in de mogelijkheden en waarde van beeldende therapie (Schweizer et al., 2009).

De interviews zijn opgenomen met een audio-opname apparaat en naderhand woordelijk getranscribeerd en gecodeerd. De interviews met de respondenten uit de cliëntgroep zijn omwille van de privacy en veiligheid van de respondenten online in een privé chat gevoerd.

In bijlagen 5.4 en 5.5 staan de teksten uit deze chatgesprekken. De namen van de respondenten uit de cliëntgroep zijn door hen zelfgekozen pseudoniemen. In bijlage 4 staan voorbeelden van gecodeerde transcripties. Indien van belang voor het onderzoek, werd de topiclijst aangepast zodat deze beter aansloot bij zowel de respondenten als de doelstelling van het onderzoek. Ten slotte is er bij één de deskundigen gebruik gemaakt van een vragenlijst. De vragenlijst is later in het codeerproces geïncorporeerd.

4.4 Interviews

De respondentengroep van dit onderzoek bestaat uit twee beeldend therapeuten die werkzaam zijn of zijn geweest in de forensische zorg, een GZ-psycholoog die werkzaam is in de forensische zorg en twee volwassen mannen die zelf een PSG hebben. In dit onderzoek wordt een scheiding gemaakt tussen 'respondenten' en 'deskundigen'. De respondenten zijn mensen afkomstig uit de doelgroep, de deskundigen zijn mensen met expertise op het gebied van beeldende therapie en/of op het gebied van mensen die worstelen met een pedofiele seksuele geaardheid.

De geïnterviewde deskundigen en respondenten zijn:

- Fieke van der Meer
GZ-psycholoog, werkzaam bij de Waag. Zij heeft bij de Waag de zelfacceptatie groepen opgezet. Voordat ze GZ-psycholoog was, heeft ze in de forensische GGZ op een polikliniek gewerkt. Als GZ-psycholoog geeft ze nu individuele- en groepsbehandelingen, doet ze diagnostisch onderzoek, begeleidt ze collega's en is ze praktijkopleider van de GZ-opleiding.
- Marjan Helmich
Geregistreerd beeldend therapeut met de titel MATH, werkzaam bij Tactus Verslavingszorg en heeft tien jaar op het penitentiair psychiatrisch centrum van de penitentiaire inrichting van Zwolle en 3 jaar in de jeugd-tbs gewerkt. Daarnaast heeft zij een erkende behandelinterventie ontwikkeld voor de beeldende therapie behandeling voor vrouwen die hun eigen kind gedood hebben en onderzoek gedaan naar de effectiviteit van beeldende therapie bij jongeren in de jeugd-tbs.
Interview vond online op Microsoft Teams plaats op 11-04-2022.
- Gemmy Willemars
Gepensioneerd beeldend therapeut met de titel MATH, heeft tijdens haar loopbaan in de jeugd- en volwassen tbs gewerkt en jarenlang lesgegeven aan de Hogeschool Utrecht als beeldend en methodiek docent. Daarnaast heeft Gemmy Willemars verschillende onderzoeken gedaan naar de effectiviteit van beeldende therapie in de behandeling van zedendelinquenten. Interview vond online op Microsoft Teams plaats op 12-04-2022.
- Mike (pseudoniem)
Mike is een volwassen man van 40 jaar oud. Hij is al langere tijd werkloos maar heeft tot voorkort vrijwilligerswerk gedaan. Rond zijn 25^{ste} realiseerde hij zich dat hij pedofiele gevoelens had. Hij heeft een ASS en een ADD-diagnose en heeft in zijn leven veel geworsteld met depressie.

In het verleden is hij in forensische behandeling geweest, wat een eis was van het voorwaardelijkheid sepot dat opgelegd is nadat Mike veroordeelt is geweest voor het bezitten van kinderporno. Daarna heeft hij nog verschillende vrijwillige hulpverleningstrajecten doorlopen en is hij momenteel nog in behandeling voor het om leren gaan met zijn autisme. Interview vond online op pedofilie.nl plaats op 02-04-2022.

- Tim (pseudoniem)

Tim is een volwassen man van 36 jaar oud. Hij is na een burn-out aan het re-integreren op zijn werk. Op zijn veertiende realiseerde hij zich dat hij pedofiele gevoelens had, en wist niet hoe hij hier mee om moest gaan. Op zijn zeventiende raakte hij in contact met justitie, dat was gerelateerd aan zijn pedofiele gevoelens. Hierna volgde verschillende hulpverleningstrajecten waar hij gemengde ervaringen mee had. Momenteel is Tim in behandeling bij de Waag, om om te leren gaan met zijn pedofiele seksuele geaardheid en zijn persoonlijkheidsproblematiek. Interview vond online op pedofilie.nl plaats op 09-04-2022.

4.5 Data-analyse techniek

Om de hoofd- en deelvragen te kunnen beantwoorden is er gebruik gemaakt van kwalitatieve data-analyse. Hier is voor gekozen omdat deze vorm van analyseren het best aansluit bij de afgenomen half-gestructureerde interviews, waarin de onderzoeker al tijdens de gesprekken bezig kon zijn met het structureren van de verkregen data. De afgenomen interviews zijn woordelijk getranscribeerd en daarna gecodeerd (daarmee wordt het systematisch labelen en het schrappen van irrelevante informatie bedoeld). Door het gebruik van topiclijsten stond de inhoud van de interviews gedeeltelijk vast, waardoor in het coderen gemakkelijk de subjecten attitude, werkwijze, materialen, werkvormen, interventies, randvoorwaarden en behandelthema's te onderscheiden waren. Van hieruit is de data deductief geanalyseerd. Om te voorkomen dat belangrijke data over het hoofd werd gezien, is er voor het codeerproces een codeerboom gemaakt (die in bijlage 4 staat). Omdat er gebruik is gemaakt van drie databronnen (deskundigen, respondenten en literatuur) kon de data getrianguleerd worden en de verschillende perspectieven met elkaar vergeleken. Aan de hand van de verkregen data en codering is een behandelproduct geformuleerd waarin globaal een beeldend therapeutische behandelinterventie staat beschreven. Hierin staat uiteengezet welke behandelthema's aan bod moeten komen, welke fasering hierin zit, wat de benodigde randvoorwaarden zijn en welke attitude, werkwijze, materialen, interventies en werkvormen ingezet kunnen worden.

4.6 Kwaliteitscriteria

Volgens Migchelbrink (2014) is de *bruikbaarheid* voor de beroepspraktijk de belangrijkste kwaliteitseis voor praktijkgericht onderzoek. Om hieraan te voldoen zijn allereerst diverse literatuurbronnen gebruikt die vanuit verschillende invalshoeken informatie over het onderzoeksonderwerp gaven. Vervolgens werd een veelzijdige respondentengroep geïnterviewd, waaronder personen met een PSG en ervaren beeldend therapeuten. Doordat er gebruik is gemaakt van *triangulatie* kon de data-verzameling vanuit verschillende perspectieven benaderd worden en konden deze met elkaar vergeleken worden om een volledig beeld van het onderwerp te verkrijgen (Smeijsters, 2006). Tijdens het onderzoeksproces is tevens nauw contact met de opdrachtgever (Debby Versteeg) gehouden, met daarin veel communicatie en afstemming over de uitvoering van het onderzoek. Vanuit de onderzoeksresultaten is een behandelproduct geformuleerd, welke bruikbaar is voor de praktijk. De *onafhankelijkheid* van het onderzoek is gewaarborgd doordat het onderzoek objectief is uitgevoerd (Verhoeven, 2011). De onderzoeker heeft geen belang bij de uitkomsten van dit onderzoek. In de resultaten staat gedetailleerd en objectief beschreven wat er uit de data-verzameling is gekomen en krijgt de lezer middels de woordelijke transcripties de gelegenheid om te achterhalen hoe de resultaten tot stand zijn gekomen. Doordat dit inzichtelijk is gemaakt, voldoet het onderzoek aan de *toetsbaarheid van uitspraken* (Verhoeven, 2011). De *betrouwbaarheid* van dit onderzoek is gewaarborgd doordat voor de lezer de onderzoekssystematiek inzichtelijk is gemaakt en de databronnen (transcripties en audio-opnames) beschikbaar zijn (Verhoeven, 2011). Ten slotte zijn het onderzoek en het eindproduct geëvalueerd door een evaluatiegroep die bestond uit een beeldend therapeut, een forensisch agoog, een psycholoog/psychotherapeut en een volwassen man met een PSG. De feedback van de evaluatiegroep is vervolgens verwerkt in het onderzoeksverslag en het eindproduct, en verantwoord in het verslag verantwoording.

5. Resultaten

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de acht deelvragen van dit onderzoek. Hiervoor is gebruik gemaakt van drie databronnen: deskundigen, respondenten en literatuur. Bij deelvragen die specifiek gericht zijn op elementen van beeldende therapie (zoals werkwijze, behandelmethoden, materialen en werkvormen), zijn twee databronnen (deskundigen en literatuur) gebruikt omdat de respondenten niet beschikten over kennis van beeldende therapie. In de databronnen zijn verschillende terminologieën gebruikt om de doelgroep aan te duiden. Voor de consistentie van dit onderzoek is daarom gekozen voor: *mensen die worstelen met een PSG*.

5.1 Deelvraag 1

Welke behandelthema's moeten aan bod komen in een beeldend therapeutische behandelinterventie voor volwassenen vanaf 23 jaar die worstelen met een pedofiele seksuele geaardheid en zich buiten het forensisch behandelkader aanmelden voor behandeling?

5.1.1 Interviews deskundigen

Alle deskundigen geven aan dat het thema 'zelfacceptatie' belangrijk is in het om leren gaan met het hebben van een PSG (Bijlage 5). Van der Meer (Bijlage 5.1) beschrijft dat mensen met een PSG vaak somberheids- en angstklachten ervaren doordat zij zich realiseren dat zij niet mogen handelen naar hun gevoelens terwijl ze wel de aantrekkingskracht voelen. Volgens van der Meer leidt dit ook tot eenzaamheid omdat ze hier met niemand kunnen of durven praten, uit angst voor repercussie. Van der Meer (bijlage 5.1) benoemt dat mensen met een PSG zichzelf hierom veroordelen. Willemars (bijlage 5.3) beschrijft dat zelfacceptatie en lage zelfwaardering belangrijke onderwerpen waren in haar beeldende therapie behandelingen voor zedendelinquenten (waaronder mensen die worstelden met een PSG). Tevens benoemt Willemars (bijlage 5.3) het belang van 'het kunnen verdragen dat zij pedofiele gevoelens ervaren', wat volgens haar in het verlengde ligt van zelfacceptatie. Helmich (bijlage 5.2) maakt hierover de koppeling naar mensen met tinnitus en die daarvoor in behandeling gaan. Tinnitus is een vorm van gehoorbeschadiging die onomkeerbaar is, en daarmee iets waar iemand de rest van zijn leven mee moet leven. In behandelingen voor mensen met tinnitus ligt de focus onder andere op het accepteren van de situatie en het gegeven dat deze niet zal veranderen. Mensen met een PSG dragen ook iets met zich mee wat ze nooit zullen kunnen veranderen en zullen dat moeten leren accepteren. Willemars (bijlage 5.3) beschrijft dat identiteitsversterking ook een thema is dat zij belangrijk vindt in een behandelinterventie voor deze doelgroep. Hierin vindt zij zelfbeeld en identiteitsbesef belangrijk, in de context van 'wie ben ik?' en 'hoe zie ik mijzelf?'. Van der Meer (bijlage 5.1) beschrijft hierover dat het belangrijk is om te benadrukken dat iemands seksuele gevoelens niet bepalen wie iemand is. Een ander thema dat door alle drie de deskundigen wordt benoemd, is het 'leven met een geheim' (met het geheim wordt het hebben van een PSG bedoeld). Doordat er vanuit de maatschappij een stigma ligt op het hebben van een PSG, ervaren mensen met een PSG doorgaans niet de veiligheid om hun seksuele voorkeur bespreekbaar te maken (Mulder, 2019). Dit maakt dat zij dit met zich mee moeten dragen, wat ervoor kan zorgen dat zij zich eenzaam voelen (Van der Meer, bijlage 5.1). Van der Meer (bijlage 5.1) omschrijft ook dat het onderwerp 'gezonde seksualiteit' aan de orde komt in de zelfacceptatiegroepen van De Waag. Tevens vinden Willemars (bijlage 5.3) en Helmich (bijlage 5.2) dat het thema 'zingeving' relevant is voor mensen die worstelen met een PSG. Omdat het belangrijk is dat er gekeken wordt naar wat er wél mogelijk is in het leven, aangezien bij mensen met een PSG onderwerpen als 'trouwen' en 'kinderen krijgen' vaak als 'niet mogelijk' beschouwd worden. Ten slotte benoemt Van der Meer (bijlage 5.1) nog de onderwerpen 'netwerk', 'stigmatisering', 'hoe ziet mijn seksuele voorkeur eruit?', 'omgaan met minderjarigen' en 'toekomstperspectief'. Helmich (bijlage 5.2) noemt ook het thema 'toekomstperspectief', in de context van 'wat zijn mijn mogelijkheden in het leven?'. Daarnaast stipte Helmich (bijlage 5.2) ook het thema 'rouw en verlies' aan, waarmee ze doelde op de verlieservaring van het leven dat iemand voor ogen had met betrekking tot partnerschap en seksualiteit. Willemars (bijlage 5.3) onderschrijft het belang van het thema 'rouw en verlies'.

5.1.2 Interviews respondenten

Respondent Tim (bijlage 5.5) benoemt de thema's 'zelfbeeld', 'acceptatie' en 'grenzen'.

Hij vertelde dat hij contact maken met andere mensen lastig vindt doordat hij zichzelf niet volledig accepteert. Hierdoor voelt hij zich eenzaam, zorgt het voor spanning in zijn relatie en zit hij niet lekker in zijn vel. Respondent Mike (5.4) beschrijft de thema's 'contact met andere mensen', 'zelfacceptatie' en 'informatie over wat pedofilie precies inhoudt'. Overigens benoemt Mike (bijlage 5.4) ook dat hij denkt dat veel mensen met een PSG te maken hebben met eenzaamheid.

5.1.3 literatuur

Levenson et al. (2019) benoemen in hun paper *Beyond the "ick factor": Counseling non-offending persons with pedophilia* een aantal thema's die zij van belang achten in het counsellen van mensen die worstelen met een PSG (en hier niet naar willen handelen). De thema's die beschreven worden zijn 'zingeving', 'zelfbeeld', 'gezond contact met leeftijdsgenoten' en 'identiteitsversterking'.

Volgens Levenson et al. (2019) is het cruciaal dat er samen met de cliënt gezocht wordt naar verrijkende invulling van zijn of haar leven en dat iemand op een gezonde manier contact kan maken met leeftijdsgenoten. Het contact maken met leeftijdsgenoten ligt in relatie met de eenzaamheid die mensen met een PSG vaak ervaren, het komt voor dat mensen met een PSG zich van leeftijdsgenoten isoleren, uit angst om afgewezen te worden omdat zij zich anders voelen.

Cantor en McPhail beschrijven in hun artikel *Non-offending Pedophiles* (2016) dat 'gezonde seksualiteit', 'sociale interactie' en 'eenzaamheid' belangrijke onderwerpen zijn in een behandeling voor mensen die worstelen met een PSG en hier niet naar willen handelen. Hier dient echter wel de kanttekening bij geplaatst te worden dat Cantor en McPhail in het artikel doelen op een behandeling welke gericht is op preventie van seksueel misbruik en dus niet enkel op het omgaan met een PSG. Houtepen et al. (2015) beschrijven naar aanleiding van een kwalitatief onderzoek dat zij onder vijftien mensen met een PSG uitgevoerd hebben, dat de twee grootste onderwerpen in het omgaan met pedofilie zijn; 1, het leren accepteren van de eigen pedofiele gevoelens. En 2, het vinden van een gepaste manier om met de eigen seksuele *arousal* (spanning) om te gaan. Mulder beschrijft in zijn boek *Pedofielen en misbruikplegers: Voorkeur, gedrag en preventie van seksueel geweld* (2019) dat een behandeling voor mensen die worstelen met pedofiele gevoelens gericht moet zijn op acceptatie van hun geaardheid.

5.1.4 Conclusie

Alle deskundigen vonden dat zelfacceptatie een belangrijk onderwerp is dat meegenomen moet worden in een behandeling voor mensen die worstelen met een PSG. Daarnaast kwamen de thema's 'zelfbeeld', 'identiteit', 'seksualiteit' en 'toekomstperspectief' meermaals naar voren vanuit de deskundigen. Bij beide respondenten diende het thema '(zelf)acceptatie' zich aan. Daarnaast benoemde respondent Tim nog de thema's 'grenzen' en 'zelfbeeld', en beschreef respondent Mike de thema's 'contact met andere mensen' en 'informatie krijgen over pedofilie'.

Vanuit de literatuur wordt onderkend dat 'identiteit', 'interpersoonlijk contact' en 'zelfbeeld' belangrijke thema's zijn in de behandeling of counseling van mensen die worstelen met een PSG.

Concluderend kan er gesteld worden dat de thematiek vanuit de verschillende databronnen divers is, maar er een aantal thema's het vaakst naar voren is gekomen;

- (Zelf)acceptatie
- Identiteit
- Zelfbeeld
- Interpersoonlijk contact
- Eigen (gezonde) seksualiteit
- Toekomstperspectief

5.2 Deelvraag 2

Welke attitude kan ingezet worden in een beeldend therapeutische behandelinterventie voor volwassenen vanaf 23 jaar die worstelen met een pedofiele seksuele geaardheid en zich buiten het forensisch behandelkader aanmelden voor behandeling?

5.2.1 Interviews deskundigen

De attitude die de therapeut inzet in een beeldende therapie behandeling voor mensen die worstelen met een PSG, is cruciaal om de therapeutische relatie op gang te brengen en de cliënt in het contact veiligheid te bieden. Veiligheid is bij deze doelgroep extra belangrijk omdat voor hen de drempel om hulpverlening te benaderen erg hoog is vanwege de angst voor repercussie. Daarnaast ervaart de doelgroep doorgaans veel schaamte omtrent de seksuele geaardheid waarmee geworsteld wordt (Willis, 2016). Willemars (bijlage 5.3) benadrukt het belang van inzet van een adequate attitude bij deze doelgroep. Zij benoemt ten eerste dat de therapeut een open en niet-oordelende houding aan moet nemen, ten tweede vindt ze het belangrijk dat de therapeut structuur biedt en indien nodig ook tegengas geeft en de cliënt confronteert en ten derde is ze van mening dat de therapeut de gevoelens en belevingswereld van de cliënt moet valideren en daarmee aan moet geven dat het geheim dat de cliënt met zich meedraagt, er mag zijn.

Helmich (bijlage 5.2) onderkent het belang van het valideren van de gevoelens van de cliënt.

Daarnaast gaf ze aan dat ze de cliënt zou motiveren, steunen en zou bekrachtigen op momenten dat de cliënt zich kwetsbaar opstelt en persoonlijke informatie met de therapeut deelt. Daarbij zouden duidelijkheid, structuur en indien nodig, begrenzing van de cliënt geboden zijn. Van der Meer (bijlage 5.1) onderschrijft eveneens het belang van het aannemen van een niet-oordelende houding.

Daarnaast vindt zij het belangrijk dat er samen met de cliënt gekeken wordt naar mogelijkheden en dat de cliënt daarin aangemoedigd wordt om de regie te pakken. Ten slotte noemt ze ook het belang van het aannemen van een empathische houding ten opzichte van de cliënt.

5.2.2 Interviews respondenten

Respondent Tim (bijlage 5.5) heeft in zijn leven verschillende therapie trajecten doorlopen, met wisselende ervaringen. Hij heeft vaak het gevoel gehad dat hij niet begrepen werd en er weinig ruimte voor zijn gevoelens was. Tim benoemt dat hij het belangrijk vindt dat de therapeut de cliënt accepteert zoals hij of zij is en daarnaast de cliënt niet veroordeelt vanwege zijn of haar gevoelens.

Respondent Mike (bijlage 5.4) heeft in zijn leven ook uiteenlopende hulpverleningstrajecten doorlopen, waarin hij gemengde ervaringen heeft opgedaan. Mike beschrijft dat het belangrijk is voor mensen met een PSG om geaccepteerd te worden, en dat de behandelaar een open houding aanneemt. Tevens benoemt hij dat het belangrijk is dat de therapeut niet meteen een oordeel moet hebben over de cliënt.

5.2.3 Literatuur

Houtepen et al. beschrijven in hun onderzoek *Being Sexually Attracted to Minors: Sexual Development, Coping With Forbidden Feelings, and Relieving Sexual Arousal in Self-Identified Pedophiles* (2015) dat het van groot belang is dat hulpverleners een open houding hebben ten opzichte van mensen met een PSG. Daarnaast kaarten ze aan dat er bij veel hulpverleners nog sprake is van een stigma omtrent de doelgroep, wat volgens hen het bieden van goede hulpverlening in de weg staat. Levenson et al. benoemen in hun paper *Beyond the "ick factor": Counseling non-offending persons with pedophilia* (2019) het belang van autonomie van de cliënt in de behandeling. De cliënt moet volgens hen aangemoedigd worden om zijn eigen doelen te stellen en keuzes te maken. De therapeut heeft in die context een ondersteunende rol en biedt waar nodig structuur en begrenzing. Tevens moet de therapeut volgens hen een open houding hebben en de cliënt helpen bij het ontdekken van nieuwe perspectieven. Mulder (2019) beschrijft dat het belangrijk is dat mensen die worstelen met een PSG gehoord en gezien worden door hulpverleners, en dat zij met een open blik naar hun cliënten kunnen kijken.

5.2.4 Conclusie

Uit alle drie de databronnen komt naar voren dat het aannemen van een open, niet-oordelende houding van belang is in de attitude die ingezet kan worden in de behandeling van mensen die worstelen met een PSG. Daarnaast wordt duidelijk vanuit de deskundigen en literatuur dat het ook belangrijk is dat de therapeut een steunende houding aanneemt in het contact met de cliënt. Twee van de drie deskundigen benoemen daarnaast het belang van het structureren en indien nodig confronteren en begrenzen van de cliënt. Samenvattend kan er gesteld worden dat het belangrijk is dat de therapeut een open en niet-oordelende houding aanneemt, waarin hij of zij structuur en veiligheid kan bieden aan deze doelgroep.

5.3 Deelvraag 3

Wat voor werkwijze kan ingezet worden in een beeldend therapeutische behandelinterventie voor volwassenen vanaf 23 jaar die worstelen met een pedofiele seksuele geaardheid en zich buiten het forensisch behandelkader aanmelden voor behandeling?

5.3.1 Interviews deskundigen

Geen van de geïnterviewde deskundigen heeft een specifieke werkwijze benoemd. Wel heeft Willemars (bijlage 5.3) gezegd dat zij vooral gericht zou zijn op de cliënt en op wat hij of zij aan zou dienen in de therapie. Vanuit dat vertrekpunt zou ze van beeld naar beeld gaan werken, om daarin de cliënt te kunnen volgen in zijn of haar proces. Helmich (bijlage 5.2) beschrijft dat zij zich vooral zou richten op waar de cliënt zelf mee komt, en aan de hand daarvan richting van het proces zou bepalen. Zowel Helmich als Willemars zouden zich vooral richten op de attitude, in plaats van de werkwijze. Van der Meer (bijlage 5.1) beschrijft dat de behandelaren in de zelfacceptatie groepen van De Waag vooral fungeren als gespreksleiders en adviseurs. Hierin zijn ze steunend en valideren ze de gevoelens van de cliënten.

5.3.2 Literatuur

Er is geen literatuur beschreven over welke werkwijze ingezet moet worden in de behandeling van volwassenen die worstelen met een PSG welke zich buiten het forensisch kader aanmelden voor behandeling. Wel kan er een vergelijking gemaakt worden met de eerder beschreven behandelthema's en attitude en de door Smeijsters (2018) beschreven werkwijzen. Uit de conclusies op de deelvragen over de behandelthema's en attitude kan gedestilleerd worden dat de behandeling onder andere gericht moet zijn op acceptatie, zelfbeeld en identiteit. De attitude die de therapeut daarbij dient in te zetten is ondersteunend, structurerend, niet-oordelend en volgend. Smeijsters beschrijft in het boek *Handboek Creatieve Therapie* (2018) de supportieve werkwijze. Deze beschrijft hij als een werkwijze waarin men de onderliggende problemen niet weg probeert te nemen, maar in plaats daarvan zoekt naar manieren om de omgang hiermee te verbeteren.

De doelstellingen hebben een *ondersteunend, stabiliserend of ontwikkelingsgericht* karakter. Voorbeelden hiervan zijn:

- Verbeteren van de emotionele aanpassing (reageren overeenkomstig de situatie);
- Zo snel mogelijk een emotioneel evenwicht bereiken (rustig worden, minder huilen);
- Versterken van de bestaande afweer (niet snel overstuur raken, je niet laten meeslepen);
- Ontwikkelen van controlemechanismen (dingen wel of niet doen);
- Exploreren van (nieuwe) gedachten en gevoelens;
- Zelfactualisatie (mogelijkheden van jezelf ontwikkelen).

(Smeijsters, 2018, p. 57)

Daarnaast beschrijft Smeijsters (2018) de palliatieve werkwijze, welke hij omschrijft als gericht zijnde op “het verzachten van fysieke pijn, en het *verzachten* van, en het *ondersteunen* en *valideren* bij psychische problematiek.” (Smeijsters, 2018, p. 57). Voorbeelden van doelstellingen die Smeijsters (2018) bij de palliatieve werkwijze beschrijft zijn:

- Het verminderen van psychosomatische klachten;
- Het verminderen van chronische pijn;
- Het verwerken van het verlies van een persoon;
- Het verwerken van een verlies dat optreedt na een plots verworven handicap;
- Het afscheid kunnen nemen van het leven.

De palliatieve werkwijze sluit gedeeltelijk aan op de problematiek van de doelgroep omdat deze onder andere gericht is op het ondersteunen en valideren bij psychische problematiek. Daarnaast sluit de palliatieve werkwijze aan op het thema ‘rouw en verlies’, waar mensen die worstelen met een PSG mee te maken kunnen hebben. Nochtans lijkt de supportieve werkwijze beter aan te sluiten bij de problematiek van de doelgroep, omdat deze niet alleen gericht is op het ‘om leren gaan met’ (e.g. acceptatie), maar ook op het onderzoeken van hoe cliënten op een andere manier naar zichzelf kunnen kijken (e.g. identiteit en zelfbeeld) en het werken aan zelfactualisatie (e.g. toekomstperspectief en netwerk).

Conclusie

De geïnterviewde deskundigen hebben geen concrete werkwijze benoemd. Wel hebben zij informatie gegeven over welke thema’s en attitude belangrijk zijn in een behandeling voor mensen die worstelen met een PSG. Vanuit de literatuur zijn er twee werkwijze te koppelen aan de problematiek van de doelgroep. Wanneer deze tegen elkaar afgewogen worden blijkt de supportieve werkwijze het best aan te sluiten bij de problematiek van de doelgroep.

5.4 Deelvraag 4

Welke behandelmethoden kunnen ingezet worden in een beeldend therapeutische behandelinterventie voor volwassenen vanaf 23 jaar die worstelen met een pedofiele seksuele geaardheid en zich buiten het forensisch behandelkader aanmelden voor behandeling?

5.4.1 Interviews deskundigen

Willemars (bijlage 5.3) geeft aan dat zij bij de beschreven problematiek Mentalisation-Based Treatment (MBT) in zou zetten omdat er middels deze behandelmethode onder andere gewerkt kan worden aan het onderzoeken en valideren van de eigen gevoelens en binnenwereld.

Daarnaast benoemd Willemars (bijlage 5.3) dat een behandeling gebaseerd op Cognitieve Gedragstherapie (CGT) of Acceptance en Commitment Therapie (ACT) ook goed aan zouden sluiten bij de problematiek van de doelgroep. Helmich (bijlage 5.2) noemt eveneens CGT als passend bij een behandeling voor mensen die worstelen met een PSG. Dit onderbouwt ze met de notie dat zij het vermoeden heeft dat mensen die worstelen met een PSG in een negatieve gedachtestroom kunnen belanden, wat kan leiden tot eenzaamheid en een fixatie op waar ze moeite mee hebben (e.g. verliefd zijn op een minderjarige). Daarnaast beschrijft Helmich (bijlage 5.2) dat mindfulness ook helpend kan zijn bij de behandeling van deze doelgroep. Volgens haar is het element van mindfulness, ‘dat gedachten komen en gaan’, helpend voor deze doelgroep zodat deze zich niet hoeft te laten leiden door de niet-helpende gedachten die onderdeel zijn van de psychische problematiek. Van der Meer (bijlage 5.1) noemt dat CGT-elementen gebruikt worden bij de zelfacceptatie groepen van De Waag. Omdat de zelfacceptatie groepen geen behandelgroepen zijn wordt er geen gebruik gemaakt van een specifieke behandelmethode.

5.4.2 Literatuur

Er is geen literatuur die specifiek beschrijft welke behandelmethoden ingezet kunnen worden bij mensen die worstelen met een PSG welke zich buiten het forensisch kader aanmelden voor behandeling. Wel is er literatuur beschreven over de behandelmethoden die in de interviews genoemd zijn. Daarom zullen in dit paragraaf de genoemde behandelmethoden uitgelegd worden en wordt er beschreven hoe deze behandelmethoden aan kunnen sluiten op de problematiek van de doelgroep.

De Mentalisation-Based Treatment, oftewel mentalisatie bevorderende therapie (MBT) van Bateman en Fonagy (2013) is een behandelvorm waarin de focus ligt op het bevorderen van het mentaliserend vermogen. Mentaliseren is het vermogen om het gedrag en de gevoelens van jezelf en dat van anderen te interpreteren. Mentaliseren kan ook omschreven worden als het vermogen om na te kunnen denken over wat een ander zou kunnen bedoelen, voelen of wensen en tegelijkertijd ook stil te kunnen staan bij de eigen gevoelens, wensen en verlangens (Verfaillie, 2022).

Een belangrijk onderdeel van mentaliseren is dus het valideren van de eigen binnenwereld.

Uit de interviews blijkt dat het valideren van de eigen gevoelens een belangrijk thema zou zijn in een beeldend therapeutische interventie voor mensen die worstelen met een PSG. Daarnaast sluit MBT aan op de doelgroep omdat deze ook gericht is op hoe de cliënt de ander ziet en op hoe de ander de cliënt ziet. Mensen die worstelen met een PSG lopen het risico om het maatschappelijke stigma en de negatieve blik op pedofilie te internaliseren (Willis, 2016). Dit tast hun zelfbeeld aan en mogelijk ook de manier waarop zij contact maken met andere mensen. Uit de interviews komt naar voren dat interpersoonlijke contact een belangrijk thema is voor mensen die worstelen met een PSG. MBT sluit hierop aan door in te gaan op hoe iemand de ander waarneemt en dat iemand ook stil kan staan bij hoe hij denkt dat de ander hem of haar waarneemt.

Cognitieve gedragstherapie (CGT) is een behandelvorm die gericht is op het aanleren van andere manieren om naar een problematische situatie te kijken (Mentaal Beter, z.d.). In CGT wordt ervan uitgegaan dat problemen in stand gehouden of beïnvloed worden door iemands gedrag en gedachten.

Het uitgangspunt van de behandeling is dat de klachten af zullen nemen wanneer iemands gedrag en gedachten omtrent de problematiek veranderd worden. Als dit in een context geplaatst wordt kan dat er bijvoorbeeld zo uitzien; iemand denkt dat hij niks waard is omdat hij pedofiele gevoelens heeft, en voelt zich hierdoor slecht. Als die gedachten vervangen kunnen worden met positieve gedachten over zichzelf, zal hij zich ook beter gaan voelen. Mensen die worstelen met een PSG hebben vaak een negatief zelfbeeld en moeite om hun seksuele geaardheid als onderdeel te zien van hun identiteit, in plaats van dat het definiërend is voor hun identiteit. Ten grondslag van deze problematiek zijn de gedachten die iemand over zichzelf en zijn leven heeft. CGT sluit hierop aan omdat het de manier van hoe iemand over zichzelf en zijn problemen denkt positief kan veranderen.

Een instrument dat vaak in wordt gezet in CGT is het '5G schema', welke afgebeeld staat in bijlage 6. Een vorm van de derde generatie van CGT is Acceptance en Commitment Therapie (ACT), in het Nederlands te verstaan als 'acceptatie en toewijding therapie'. Hierin ligt de focus op het aanvaarden van de klachten die iemand ervaart (acceptatie) om vervolgens ruimte te creëren voor toewijding aan wat iemand echt belangrijk vindt in het leven (toewijding) (PsyQ, z.d.). Het doel van de behandeling ligt hierin dus niet op het oplossen van de problemen, maar wel op iemand in staat stellen om hier adequaat mee om te gaan zodat er toch goede kwaliteit van leven mogelijk is (Harris, 2021). Het hebben van een pedofiele seksuele voorkeur is blijvend, dit valt niet weg te behandelen of te veranderen. Het is voor iemand die deze voorkeur heeft een gegeven waar hij mee om zal moeten leren gaan. Zelfacceptatie is hierin, zo blijkt uit de interviews en literatuur, leidend. ACT sluit hierop aan doordat het de focus legt op het 'om leren gaan met' en op hoe mensen zich tot hun problemen verhouden. Hoewel CGT en ACT op elkaar lijken, zitten er ook duidelijke verschillen in de behandelvormen. ACT richt zich specifiek op het vergroten van de psychologische flexibiliteit, en gaat daarin niet uit van stoornissen of ziektes. Binnen een ACT behandeling worden emoties niet afgeleerd, hoeven gedachten niet te verdwijnen maar wordt er vooral gefocust op hoe iemand om kan gaan met deze emoties en gedachten. Binnen CGT wordt wel ingezet op het veranderen van gedachten, met als doel dat de gevoelens en het gedrag die volgen na de gedachten, ook veranderen en daarmee de problematiek verminderd.

5.4.3 Conclusie

De deskundigen hebben in de interviews aangegeven dat MBT, CGT en ACT behandelvormen zijn die mogelijk ingezet zouden kunnen worden in een beeldend therapeutische interventie voor mensen die worstelen met een PSG. Het literatuuronderzoek bevestigt dit beeld. Tevens kan er ook gekozen worden voor een eclectische benadering, waarin elementen van alle drie de behandelmethoden meegenomen worden zodat ingespeeld kan worden op de veelzijdigheid aan klachten waar de doelgroep mee te maken kan hebben.

5.5 Deelvraag 5

Welke beeldende materialen kunnen ingezet worden in een beeldend therapeutische behandelinterventie voor volwassenen vanaf 23 jaar die worstelen met een pedofiele seksuele geaardheid en zich buiten het forensisch behandelkader aanmelden voor behandeling?

5.5.1 Interviews deskundigen

Helmich (bijlage 5.2) geeft aan dat zij alle beeldende materialen geschikt zou vinden om in te zetten bij de beschreven doelgroep, omdat zij van mening is dat de cliënt zelf keuze moet hebben in het materiaal dat hij of zij wil gebruiken. Daarnaast vindt ze het belangrijk dat iemand zich beeldend uit kan drukken, maar dat dat niet hoeft te betekenen dat iemand zélf al het beeld moet maken. Hierbij refereert ze aan beeld dat van internet gehaald kan worden, en iemand dus niet per se zelf hoeft te creëren. Daarnaast noemt zij collage materialen als inzetbaar bij deze doelgroep. Ten slotte vermeldt ze dat het ook mogelijk moet zijn dat cliënten zelf materialen meenemen, zoals spullen die ze in een kringloopwinkel tegen zijn gekomen.

Willemars (bijlage 5.3) omschrijft dat zij het Expressive Therapies Continuum (ETC) model van Hinz (2020) zou gebruiken als het gaat om materiaalkeuze. Willemars (bijlage 5.3) zou bij behandeling van dezelfde doelgroep vooral krachtige materialen als klei en speksteen inzetten, met als al doel de cliënten letterlijk "in hun kracht te zetten". Haar idee hierover is dat als je mensen met materialen laat werken waar je kracht voor in moet zetten om ze te kunnen bewerken, dat dat mensen in hun identiteit kan versterken.

5.5.2 Literatuur

Er is geen specifieke literatuur beschreven over welke materialen ingezet kunnen worden bij een beeldend therapeutische interventie voor mensen die worstelen met een PSG. Wel is er literatuur beschreven over materiaalinzet in beeldende therapie en de effecten hiervan.

Haeyen beschrijft in het boek *De verbindende kwaliteit van beeldende therapie: Effecten van beeldende therapie in de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen. Introductie van een beeldende therapievragenlijst.* (2011) dat het werken met klei een sterk motorisch appèl doet op onder andere kneden, tasten, slaan en aanraking. Volgens Haeyen (2011) is klei hierdoor breed inzetbaar en kan er een breed scala aan emoties en gevoelens mee bereikt worden.

Hinz (2020) noemt in het boek *Expressive Therapies Continuum: A Framework for Using Art in Therapy* dat het maken van collages een laagdrempelige manier is om cliënten in contact met het medium te brengen. Daarnaast kan het volgens Hinz (2020) ook mogelijkheden bieden voor het krijgen van overzicht wanneer iemand worstelt met sterke emoties en negatieve gedachten.

Hinz (2020) benoemt ook dat schildermaterialen ingezet kunnen worden om iemand in contact met zijn gevoelswereld te brengen en om het lijf in beweging te zetten.

Hierbij plaatst ze wel de kanttekening dat de therapeut dit indien nodig moet structureren, omdat 'overstroming' van emoties een risico is van het werken met vloeibare materialen.

Haeyen (2011) beschrijft dat het gebruik van kistjes, zoals sigarenkistjes aantrekkelijk zijn om in beeldende therapie te gebruiken omdat ze open en dicht kunnen. Volgens haar kan dat de cliënt een gevoel van controle of autonomie geven. De cliënt krijgt volgens haar grip op wat hij van zichzelf wil laten zien en wanneer hij of zij dat wil. Deze materialen sluiten aan op de problematiek van de doelgroep, omdat ze ingezet kunnen worden ter bevordering van het in contact komen met de eigen gevoelswereld, het om leren gaan met het leven met een geheim, lichaamsgericht werken, en het structureren en overzicht krijgen van de eigen gedachten en cognities. Voor de bepaling van materiaalinzet kan het ETC gebruikt worden.

In bijlage 7 staat het ETC afgebeeld in figuur 2. Het ETC is een theoretisch raamwerk dat als instrument in beeldende therapie ingezet kan worden met betrekking tot observaties en materiaalkeuze. Het is gebaseerd op de ontwikkelings- en neuropsychologie en gaat uit van informatieverwerkingsprocessen die mensen vanaf de kindertijd doormaken (Fikke et al., 2017). Het ETC is hiërarchisch opgebouwd en bestaat uit drie niveaus. Op ieder niveau staan twee informatieverwerkingsprocessen, ook wel componenten genoemd. Ieder niveau wordt beschouwd als een bipolair continuüm waarop cliënten zich in het beeldend werk kunnen verplaatsen. Een cliënt kan ook stijgen of zakken tussen de niveaus. Aan de hand van het ETC wordt getoetst op welk niveau en op welk punt van het continuüm van dat niveau de cliënt zich bevindt. Vervolgens wordt in de therapie gewerkt aan het bewegen naar het niveau en de component waar de cliënt nog niet kan zitten.

Leidend in dit proces is de inzet van materialen en werkvormen die passen bij de componenten. In een ideale situatie kan een gezonde volwassene zich door alle niveaus en langs alle componenten bewegen. Het ETC kan als instrument gebruikt worden voor de bepaling van materiaalinzet in een beeldend therapeutische interventie voor mensen die worstelen met een PSG, omdat het inzichtelijk maakt waar voor de cliënt in het beeldend werken blokkades en hindernissen bestaan als het gaat om materiaalgebruik en de manier van informatieverwerking.

5.5.3 Conclusie

Uit de interviews blijkt dat verschillende beeldende materialen ingezet kunnen worden in een beeldend therapeutische interventie voor mensen die worstelen met een PSG. De deskundigen hebben verschillende materialen als klei, schildermaterialen, collages en kistjes genoemd. Tevens noemde één van de deskundigen dat ze alle beschikbare materialen in zou kunnen zetten in de beeldende therapie, omdat ze de cliënt volgens haar vrij moeten zijn in het kiezen van waar ze mee willen werken. Uit de literatuur blijkt dat de genoemde materialen aansluiten bij de doelgroep omdat deze mogelijkheden bieden om te werken aan de eerder beschreven behandelthema's. Tevens blijkt uit de literatuur dat het ETC gebruikt kan worden als hulpmiddel voor de bepaling van materiaalinzet. Concluderend kan er gesteld worden dat er verschillende materialen (zoals klei, collage beeld, schildermaterialen en kistjes) zijn die gebruikt kunnen worden voor een beeldend therapeutische behandelinterventie voor mensen die worstelen met een PSG, en er ook de mogelijkheid is om de materiaalkeuze door de cliënt te laten bepalen.

5.6.1 Deelvraag 6

Wat voor werkvormen zijn te gebruiken in een beeldend therapeutische behandelinterventie voor volwassenen vanaf 23 jaar die worstelen met een pedofiele seksuele geaardheid en zich buiten het forensisch behandelkader aanmelden voor behandeling?

5.6.2 Interviews deskundigen

Helmich (bijlage 5.2) beschrijft dat zij cliënten werkstukken zou laten maken met thema's als 'mijn leven over 5 jaar als ik op deze manier blijf denken, voelen en handelen' en 'mijn leven over 5 jaar als ik alternatieve gedachten en gedrag kan bedenken'. Helmich (bijlage 5.2) geeft aan dat zij met haar werkvormen daarnaast in zou steken op het zelfbeeld door iemand alle kanten en facetten hiervan uit te laten beelden. Ze zou ook werkvormen aanbieden met een lichaamsgerichte insteek, omdat zij van mening is dat de spanning die deze doelgroep met zich meedraagt, zich ook in het lichaam manifesteert. Aansluitend omschrijft Helmich (bijlage 5.2) dat zij rituelen in de therapie zou inzetten, met de focus op het geheim dat de cliënt met zich meedraagt.

Zo'n ritueel kan bijvoorbeeld vormgegeven worden met een kistje dat de cliënt zelf maakt of koopt en deze vervolgens decoreert. Wat er in het kistje zit kan symbool staan voor de pedofiele gevoelens die de cliënt heeft ofwel het geheim dat hij of zij met zich mee draagt. Helmich (5.2) zou dat kistje er bijvoorbeeld aan het begin van de sessie bij pakken en het openen en aan het einde weer sluiten en opbergen. Dit met als doel dat de cliënt structuur krijgt in wanneer het geheim de ruimte krijgt en hoe dit vormgegeven kan worden. Tevens kan het geheim en de bijbehorende gevoelens hierdoor volgens Helmich (5.2) als 'beheersbaar' en 'niet zo groot als de ruimte' ervaren worden door de cliënt, zodat het de cliënt op emotioneel vlak niet hoeft te overheersen. Willemars (bijlage 5.3) noemt dat zij niet zozeer specifieke werkvormen in zou zetten, maar eerder 'van beeld naar beeld' zou werken. Hierin zou ze de cliënt willen volgen in wat hij of zij maakt, maar wel de cliënt aansturen op het maken van beeld dat gerelateerd is aan de behandelthema's. Willemars (bijlage 5.3) beschrijft daarnaast nog de 'vreemde vogel' opdracht. Dat is een introductie werkvorm waarin de cliënt gevraagd wordt om zichzelf met schildermaterialen vorm te geven als vreemde vogel. Deze werkvorm geeft onder andere informatie over hoe iemand reageert op schildermaterialen en hoe iemand zichzelf ziet. Aansluitend zou Willemars (bijlage 5.3) de cliënt opdrachten geven welke gericht zijn op het verbeelden van het geheim dat iemand met zich meedraagt. Volgens haar zorgt het verbeelden van het geheim, hier iets tastbaars van maken en hier vervolgens 'oog in oog' mee staan, de gelegenheid om het geheim en de bijbehorende gevoelens te valideren en kan dit nieuwe informatie over de cliënt onthullen.

5.6.3 Literatuur

Hoewel er geen literatuur beschreven is waarin staat welke beeldende werkvormen ingezet kunnen worden bij mensen die worstelen met een PSG, is er wel literatuur beschikbaar over welke werkvormen ingezet kunnen worden bij behandelthema's als zelfacceptatie, zelfbeeld en interpersoonlijk contact. In dit paragraaf zullen hiervan enkele voorbeelden beschreven worden.

Haeyen noemt in het boek *Niet uitleven maar beleven: Beeldende therapie bij persoonlijkheidsproblematiek* (2007) de 'zelfportret, binnen- en buitenkant' werkvorm. In deze werkvorm wordt de cliënt gevraagd om met schildermaterialen twee zelfportretten te maken; één van wie hij is van binnen en één van wie hij is van buiten. Het doel van deze werkvorm is de cliënt bewust maken van het verschil tussen binnen- en buitenkant en welk effect dit kan hebben in communicatie met anderen mensen. Tevens kan deze werkvorm met gipsmaskers uitgevoerd worden, maar omdat dat voor sommige mensen als beklemmend ervaren kan worden zijn schildermaterialen ook bruikbaar. Een andere werkvorm welke aansluit bij de doelgroep is het 'plaatsen van het gevoel in het lichaam'. In deze werkvorm van Tesselaar (2018) wordt de cliënt gevraagd een omtrek van zijn lichaam op een groot papieren vel te tekenen. Vervolgens mag de cliënt zijn emoties en gevoelens een plek in het lichaam geven met kleuren die hij zelf kiest. Er wordt in deze werkvorm onderzocht hoeveel ruimte bepaalde emoties innemen en of de cliënt in staat is om te differentiëren in emoties en gevoelens. Daarnaast schept deze werkvorm de ruimte voor het valideren van de eigen gevoelswereld en welke uiting dit heeft op het lichaam. Uit de interviews met de deskundigen bleek dat het valideren van gevoelens een belangrijk thema zou moeten zijn in een beeldend therapeutische behandelinterventie voor mensen die worstelen met een PSG. Daarom zijn werkvormen gericht op het onderzoeken van de gevoelswereld toepasbaar voor deze doelgroep. Werkvormen gericht op interpersoonlijk contact kunnen gericht zijn op de sociale vaardigheden en op het systeem van de cliënt. Haeyen (2007) beschrijft bijvoorbeeld de werking van het maken van een sociogram. Dat geeft volgens haar inzicht in belangrijke relaties van de cliënt en biedt de mogelijkheid om een koppeling te maken naar de sociale vaardigheden van de cliënt.

Daarnaast omschrijft Haeyen (2007) de werkvorm 'wat zoek je in (materiaal) contact?'. In deze werkvorm moet de cliënt een materiaalsoort kiezen die hij of zij fijn vindt en vervolgens nog een materiaalsoort kiezen waar geen voorkeur voor is en eerder vermeden zou worden. Daarna wordt de cliënt gevraagd om een werkstuk te maken waarin deze materialen met elkaar in verband gebracht worden. In de evaluatie gaan de vragen niet alleen over de materiaalkeuze, maar wordt er ook de koppeling gemaakt van materiaalbehandeling en sociale contacten. Voorbeelden van evaluatievragen zijn 'hoe werk je met het materiaal? Ben je als het ware aan het volgen of aan het sturen?' en 'hoe verloopt samenwerking in sociale contacten? Is er een overeenkomst?'.

Het doel van deze werkvorm is het in kaart brengen van iemands gedragspatronen en eigen behoeften. Daarnaast biedt het ingangen tot reflectie op omgang met grenzen en conflict (Haeyen, 2007). Mensen die worstelen met een PSG lopen het risico om te vereenzamen en zich sociaal te isoleren. Het is daarom belangrijk om het systeem van de cliënt in beeld te krijgen en zijn sociale vaardigheden te onderzoeken in de beeldende therapie.

5.6.4 Conclusie

Uit de interviews met de deskundigen zijn verschillende soorten werkvormen te destilleren.

De werkvormen die genoemd werden sluiten aan bij de eerder genoemde behandelthema's van deelvraag 1. Volgens de deskundigen kunnen onder andere collage opdrachten, schilderopdrachten en rituelen ingezet worden in een beeldend therapeutische behandelinterventie voor mensen die worstelen met een PSG. Vanuit de literatuur blijkt dat er uiteenlopende werkvormen passend zijn bij de problematiek van de doelgroep.

5.7 Deelvraag 7

Welke interventies kunnen ingezet worden in een beeldend therapeutische behandelinterventie voor volwassenen vanaf 23 jaar die worstelen met een pedofiele seksuele geaardheid en zich buiten het forensisch behandelkader aanmelden voor behandeling?

5.7.1 Interviews deskundigen

Van der meer (bijlage 5.1) benoemt de interventie om te benadrukken dat de seksuele gevoelens van de cliënt niet bepalend zijn voor wie hij of zij is. Helmich (bijlage 5.2) beschrijft de interventies 'begrenzen, structureren, steunen en afremmen'. Volgens haar is het belangrijk dat de gevoelswereld gevalideerd wordt, maar tegelijkertijd ook gekaderd om overspoeling te voorkomen.

Willemars (bijlage 5.3) stelt dat zij de cliënt zou confronteren als de situatie daarom vraagt, parallel aan het steunen van de cliënt en valideren van zijn/haar gevoelens.

5.7.2 Interviews respondenten

Respondent Mike (bijlage 5.4) vindt het belangrijk dat de therapeut transparant is in de communicatie naar de cliënt, evenzeer noemt hij het belang van dat de therapeut 'niet volgens het boekje werkt' en dus in het moment kan improviseren. Respondent Tim (bijlage 5.5) omschrijft het belang van 'niet veroordeeld worden om de gevoelens die ik heb'. De therapeut zou dit in de therapie extra kunnen benadrukken als interventie.

5.7.3 Literatuur

Tesselaar (2018) beschrijft dat het cliënten die moeite hebben met grip krijgen op hun gevoelens, kan helpen extra structuur aan te bieden. Dit kan bijvoorbeeld gedaan worden door de tijd die de cliënt nog heeft om aan een werkstuk te werken, aan te geven. Of door werkvormen meer af te kaderen zodat de cliënt er meer in meegenomen wordt. In het boek *Bespreekbaar maken van seksualiteit en intimiteit: Handboek voor professionals in zorg en welzijn* van Höing et al. (2021) staat het belang beschreven van het stellen van open vragen als seksualiteit besproken wordt. Hierdoor kan er volgens hen verdieping in het gesprek plaatsvinden en kan de cliënt ruimte voelen om zijn eigen verhaal en beleving te delen. Houtepen et al. noemen in het onderzoek *Being sexually attracted to minors: Sexual development, coping with forbidden feelings, and relieving sexual arousal in self-identified pedophiles* (2016) dat het belangrijk is dat hulpverleners benadrukken dat iemands seksuele gevoelens iemand nog geen slecht mens maken.

Dit kan een interventie zijn die de therapeut in kan zetten tijdens een behandelsessie.

5.7.4 Conclusie

Vanuit de interviews met de behandelaren blijkt dat interventies als 'steunen', 'structureren', 'valideren', 'confronteren' en 'begrenzen' toegepast kunnen worden in een beeldend therapeutische behandelinterventie voor mensen die worstelen met een PSG. Aansluitend wordt er ook gesteld dat 'het benadrukken dat iemands seksuele gevoelens iemand nog geen slecht mens maakt' als bruikbare interventie beschouwd kan worden. De respondenten onderschrijven dit en vinden het daarnaast belangrijk dat de therapeut moet kunnen improviseren en moet benadrukken dat hij/zij de cliënt niet veroordeelt om zijn/haar pedofiele seksuele gevoelens. Concluderend kan er gesteld worden naast het inzetten van interventies als 'steunen', 'structureren' en 'valideren', het belangrijk is dat de therapeut congruent blijft in wat hij/zij doet, zegt en denkt en dat dat blijkt uit de interventies die door de therapeut gedaan worden.

5.8 Deelvraag 8

Welke randvoorwaarden zijn van belang om een beeldend therapeutische behandelinterventie vorm te kunnen geven voor volwassenen vanaf 23 jaar die worstelen met een pedofiele seksuele geaardheid en zich buiten het forensisch behandelkader aanmelden voor behandeling?

5.8.1 Interviews deskundigen

Van der meer (bijlage 5.1) geeft ten eerste aan dat zij het een randvoorwaarde vindt dat de behandelaar kennis van en affiniteit met de problematiek heeft. Ten tweede benadrukt zij het belang van op secure wijze omgaan met de persoonsgegevens van de cliënten. Ter afsluiting benoemt ze de mogelijkheid voor de cliënten tot het gebruik van voornamen of pseudoniemen.

Helmich (bijlage 5.2) onderschrijft het belang van privacy voor de cliënten. Zij legt uit dat de cliënten op een veilige manier naar de therapieruimte moeten kunnen komen.

Dit kan volgens haar bijvoorbeeld gewaarborgd worden als de behandeling gegeven wordt in een praktijk waar ook behandelingen voor heel andere problematieken gegeven worden. Willemars (bijlage 5.3) beschrijft dat groepsbehandeling in haar optiek bijna een randvoorwaarde is. Ze noemt dat de groep in een groepsbehandeling dingen kan bewerkstelligen waar een therapeut niet tegenop kan. Ze specificeert dit met het voorbeeld dat de groep herkenning en acceptatie kan bieden op gebieden waar de therapeut dat niet kan omdat de therapeut zelf niet tot de doelgroep behoort. Aansluitend vindt ze 'onvoorwaardelijke acceptatie' vanuit de therapeut ten opzichte van de cliënt een randvoorwaarde.

5.8.2 Interviews respondenten

Respondent Tim benoemt dat hij het van belang vindt dat de organisatie die de behandeling aanbiedt, duidelijk op diens website stelt dat er onder de behandelaars begrip is voor de problematiek en dat de hulpverlening niet specifiek gericht is op de preventie van seksueel misbruik.

Respondent Mike onderschrijft dat het belangrijk is dat de instelling die de behandeling aanbiedt, meerdere behandelingen voor verschillende problematieken aanbiedt zodat de cliënt veilig naar zijn behandeling kan zonder hierop aangekeken te worden.

5.8.3 Literatuur

Hoewel er geen specifieke literatuur is beschreven over welke randvoorwaarden van belang zijn in een beeldend therapeutische behandelinterventie voor mensen die worstelen met een PSG, bestaan er wel geschreven stukken over de randvoorwaarden waar een hulpverlener en vaktherapeut aan moeten voldoen. In het Beroepscompetentieprofiel Vaktherapie van de Federatie Vaktherapeutische Beroepen (z.d.) staat bij beroepstaak 8 beschreven op welke aspecten de vaktherapeut de randvoorwaarden voor vaktherapie beheert:

De vaktherapeut beheert financiële, materiële en immateriële randvoorwaarden voor de vaktherapeutische beroepsuitoefening en verricht gerichte werkzaamheden daartoe.

- ·Neemt initiatief met betrekking tot en draagt bij aan beheer van werkruimten en materialen;
- ·Draagt zorg voor de bijzondere eisen die de vaktherapeutische disciplines aan ruimte, tijd en materiaal stellen;
- ·Stelt zich op de hoogte van wet- en regelgeving en heeft inzicht in de financiering van zijn werkcontext;
- ·Voert een inzichtelijke cliëntenadministratie, waarbij de privacy van de cliënt is gewaarborgd. Stelt zich op de hoogte van actuele registratie- en administratiemethoden;
- ·Beheert en registreert en archiveert eventuele producten en producties en levert bijdragen aan verbetering van het beheer.

(Federatie Vaktherapeutische Beroepen,

z.d.)

In het boek *Besprekbaar maken van seksualiteit en intimiteit: Handboek voor professionals in zorg en welzijn* van Höing et al. (2021) staat de "algemene beroepscompetentie van de hulpverlener ten aanzien van seksualiteit" (Höing et al, 2021, p. 100) beschreven. Hierin staat dat "de hulpverlener: - Voert gesprekken met cliënten over seksualiteit, intimiteit, en relaties. Hij/zij geeft passende, op de cliënt afgestemde informatie over seksualiteit" (Höing et al., 2021, p. 100).

5.8.4 Conclusie

Vanuit de interviews met de deskundigen blijken het waarborgen van de privacy van de cliënt, het als behandelaar hebben van kennis en affiniteit met de problematiek, onvoorwaardelijke acceptatie ten opzichte van de cliënt en het bieden van een veilige en toegankelijke behandelomgeving belangrijke randvoorwaarden voor het kunnen bieden van een beeldend therapeutische behandelinterventie voor mensen die worstelen met een PSG. Ter afsluiting benadrukte één van de deskundige nog dat het aanbieden van een groepsbehandeling bijna als randvoorwaardelijk beschouwd kan worden. De respondenten onderschrijven het belang van privacy waarborging van de cliënt en diens gegevens. Vanuit de literatuur worden de randvoorwaarden voor het aanbieden van een vaktherapeutische behandeling beschreven en is er vanuit een algemene beroepscompetentie beschreven dat hulpverleners in staat moeten zijn om passende en op de cliënt afgestemde informatie over seksualiteit te bieden. Samenvattend kan er gesteld worden dat de randvoorwaarden met name

toegespitst zijn op het waarborgen van de privacy van de cliënt, de kennis en ervaring van de therapeut ten opzichte van de problematiek, het bieden van een veilige en toegankelijke behandelomgeving en het kunnen waarborgen van de randvoorwaarden welke beschreven staan in het Beroepscompetentieprofiel Vaktherapie van de Federatie Vaktherapeutische Beroepen (z.d.).

6. Conclusie

Dit onderzoek is gedaan naar aanleiding van de vraag uit de praktijk naar meer kennis en handvatten voor behandelaren omtrent volwassenen die worstelen met een pedofiele seksuele geaardheid. Voor deze doelgroep zijn er forensische (poliklinische) behandelingen beschikbaar welke veelal gericht zijn op de preventie van seksueel misbruik, wat een afschrikkend effect kan hebben op mensen die zich niet identificeren met het label van 'potentieel risico voor de samenleving'. Alleen bij forensisch behandelcentrum de Waag bestaan er steungroepen voor volwassenen die worstelen met pedofiele gevoelens, welke met name gericht zijn op het bieden van een veilige plek voor ondersteuning en contact met lotgenoten. Beeldende therapie wordt al decennia in het forensisch behandelkader ingezet voor de behandeling van zedendelinquenten, waaronder zich mensen bevinden die worstelen met een pedofiele seksuele geaardheid. Daarnaast wordt beeldende therapie ook ingezet bij mensen die worstelen met hun seksuele geaardheid, bij aan rouw en verlies gerelateerde problematiek en bij problematiek omtrent trauma. Samengevat wordt beeldende therapie ingezet bij doelgroepen waarbij de problematiek als *onbespreekbaar* ervaren kan worden.

Onbespreekbaar, omdat de lading die berust op het onderwerp mogelijk als 'te zwaar om over te praten' wordt beleefd. Bij mensen die worstelen met een PSG komt daar nog een dimensie bij; niet alleen ervaren zij zelf het onderwerp als moeilijk bespreekbaar en beladen, ook de samenleving keurt hen af op hun geaardheid, staat niet open voor dialoog en beschouwd hen eerder als een bedreiging dan als hulpbehoevend.

Met dit onderzoek wordt getracht een eerste opzet van een behandelinterventie te schetsen die handvatten voor beeldend therapeuten moet bieden om deze doelgroep de ondersteuning te bieden welke deze hard nodig heeft. Hiervoor zijn twee deskundigen en twee respondenten uit de doelgroep geïnterviewd. Een derde deskundige die voor dit onderzoek is benaderd heeft middels het invullen van een vragenlijst een bijdrage geleverd aan dit onderzoek. Naast de interviews en de vragenlijst is er literatuuronderzoek gedaan om daarmee op volledige wijze antwoord te kunnen geven op de acht deelvragen. Vanuit de onderzoeksresultaten kan er antwoord gegeven worden op de hoofdvraag van dit onderzoek:

Op welke manier kan beeldende therapie ingezet worden bij volwassenen vanaf 23 jaar die worstelen met een pedofiele seksuele geaardheid en zich buiten het forensisch behandelkader aanmelden voor behandeling?

Mensen die worstelen met een PSG lopen zoals beschreven verhoogd risico op het ontwikkelen van een depressie, eenzaamheid, angstklachten, neiging tot middelenmisbruik en suïcidale gedachten en/of neigingen (Willis, 2016). Deze doelgroep leeft veelal in anonimiteit, uit angst voor de afkeuring van andere mensen. Praten over hun seksuele geaardheid is voor hen zelden een optie en hulpverlening schiet vaak tekort wanneer iemand met een PSG in contact komt met een hulpverlener. In het werkveld van zorg en welzijn wordt buiten het gedwongen kader relatief weinig aandacht besteed aan de begeleiding en behandeling van mensen die worstelen met een PSG. Hulpverleners zijn vaak niet goed geïnformeerd over de doelgroep en kunnen beïnvloed zijn door de maatschappelijke stigma's die op deze doelgroep berusten. Door negatieve ervaringen met hulpverleners kunnen mensen die worstelen met een PSG zich verder gaan isoleren en daardoor meer pervasieve problematiek ontwikkelen, waardoor uiteindelijk ook het risico op het begaan van een zedendelict groter wordt (Mulder, 2019). Beeldende therapie kan op verschillende wijzen ingezet worden om deze doelgroep op weg te helpen naar een leven waarin hun geaardheid een plek kent, maar niet allesbepalend is in hoe het leven vormgegeven kan worden. Voor deze doelgroep zijn behandelthema's als 'zelfacceptatie', 'identiteit', 'zelfbeeld', 'interpersoonlijk contact', 'eigen (gezonde) seksualiteit' en 'toekomstperspectief' erg belangrijk.

In de beeldende therapie kan ten eerste aan deze thema's gewerkt worden door middel van het aanbieden van werkvormen gericht op de impuls- en emotieregulatie, identiteitsversterking, sociale vaardigheden en toekomstbeeld.

Ten tweede kan er 'van beeld naar beeld' gewerkt worden, waarin de therapeut de cliënt volgt in de thema's die hij/zij zelf aandraagt in de therapie. Ten derde kan in de werkvormen lichaamsgericht gewerkt worden, zodat ook de fysiologische uitwerking van de problematiek aandacht krijgt. Ten slotte kan er in de beeldende therapie gewerkt worden met rituelen omtrent het geheim dat de cliënt met zich meedraagt, zodat de geaardheid van de cliënt een duidelijke plek in de therapie krijgt. Parallel aan de beeldende werkvormen kan psycho-educatie gericht op gezonde seksualiteit en pedofilie ingezet worden. Het materiaal dat in de werkvormen gebruikt wordt kan vrij gekozen worden door de cliënt. Als de therapeut deze kiest kunnen schildermaterialen, collage materialen, klei, speksteen of *readymades* in de beeldende therapie gebruikt worden.

Voor de bepaling van materiaalinzet kan eveneens het *Expressive Therapies Continuum* van Hinz (2020) gebruikt worden.

Omdat het een kwetsbare doelgroep betreft die doorgaans negatieve ervaringen met hulpverlening heeft en de afkeuring van de samenleving geïnternaliseerd kan hebben, is de attitude van de therapeut cruciaal om het therapeutisch proces op een veilige manier op gang te kunnen brengen. In de attitude van de therapeut is het daarom belangrijk dat deze gericht is op het aannemen van een niet-oordelende en open houding, waarin de therapeut empathisch is en de gevoelswereld van de cliënt valideert. Tegelijkertijd is het essentieel dat de therapeut structuur kan bieden en de cliënt kan confronteren en begrenzen. Hoewel de supportieve werkwijze van Smeijsters (2018) hierbij aangehouden kan worden, kan er evenwel gekozen worden om geen specifieke werkwijze te volgen.

In een beeldend therapeutische behandelinterventie voor mensen die worstelen met een PSG kunnen verschillende behandelmethoden ingezet worden. Uit dit onderzoek blijkt dat ACT, CGT en MBT alle drie bruikbaar zijn voor een dergelijke behandelinterventie. Tevens kan er gekozen worden voor een eclectische benadering. Belangrijke interventies die de therapeut tijdens de therapie kan doen zijn veelal gericht op het stellen van duidelijke kaders (e.g. wat zijn (on)gezonde gedachten en gedragingen?), het valideren van de gevoelswereld van de cliënt, het benadrukken dat de geaardheid niet de identiteit definieert en het begrenzen, confronteren en afremmen van de cliënt.

Omdat het een doelgroep betreft die moeilijk bereikbaar voor hulpverlening is en de drempel om hulpverlening te benaderen als 'hoog' ervaren wordt, zijn de randvoorwaarden een belangrijke factor om behandeling op een veilige manier mogelijk te maken. Een kritiek onderdeel hiervan is de mogelijkheid voor de cliënt om op een veilige manier bij de therapieruimte te komen. Dit kan gefaciliteerd worden door de behandeling aan te bieden op een plek waar ook behandelingen voor andere problematieken aangeboden worden. Aansluitend is het voor deze doelgroep van levensbelang dat er secuur omgegaan wordt met de persoonsgegevens van de cliënten. Als die gegevens uitlekken lopen zij risico op het verliezen van hun baan, partner, huisvesting en op emotionele/fysieke intimidatie en geweld vanuit de samenleving. Een andere randvoorwaarde is dat de behandelaar kennis van en affiniteit met de doelgroep heeft en in staat is om onvoorwaardelijke acceptatie te bieden ten opzichte van de gevoelswereld van de cliënt. Eventueel kan groepsbehandeling nog als randvoorwaarde beschouwd worden (e.g. omdat de groep een vorm van acceptatie en confrontatie kan bieden die de therapeut alleen niet kan bewerkstelligen). Concluderend kan beeldende therapie op verschillende manieren ingezet worden bij volwassenen vanaf 23 jaar welke zich buiten het forensisch kader aanmelden voor behandeling.

Het vraagt van hulpverleners een extra stap om zich te verdiepen in de doelgroep en zich los te maken van de maatschappelijke stigma's en eigen vooroordelen jegens deze doelgroep. Het doet een beroep op de welwillendheid van hulpverleners om mensen te helpen die mogelijk gevoelsmatig heel ver van hen afstaan. Toch is het mogelijk om deze stap te maken, er wordt immers al decennia zorg geboden aan mensen die (zedendelicten hebben gepleegd. Vanuit dat opzicht moet het ook mogelijk zijn om zorg te bieden aan mensen die dat niet willen doen maar wel vastlopen op hun seksuele geaardheid. Uiteindelijk zijn mensen die worstelen met een pedofiele seksuele geaardheid ook mensen die zorg en kwaliteit van leven verdienen.

7. Aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden de aanbevelingen beschreven die uit de resultaten van dit onderzoek zijn geformuleerd. De aanbevelingen zijn gericht op de praktijk en de beroepsontwikkeling.

7.1 Aanbevelingen voor de praktijk

- De resultaten van dit onderzoek en het behandelproduct dat daaruit voort is gevloeid, kunnen als vertrekpunt gebruikt worden door zorgprofessionals uit andere therapeutische disciplines, zodat zij hier hun eigen behandeling op kunnen baseren.
- Voor de kennis omtrent de doelgroep is het van belang dat er meer kwalitatief onderzoek gedaan wordt naar de belevingswereld van mensen die worstelen met een PSG.
- Voor de kennis omtrent de doelgroep is het tevens van belang dat er meer kwantitatief onderzoek wordt gedaan om de grootte van de doelgroep in kaart te brengen.
- Voor de algemene hulpverlening is het van belang dat er meer informatie wordt verspreid over pedofilie, bijvoorbeeld in de vorm van workshops, congressen en symposia.

7.2 Aanbevelingen voor de beroepsontwikkeling

- Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat beeldende therapie op verschillende wijzen ingezet kan worden bij volwassenen vanaf 23 jaar die worstelen met een pedofiele seksuele geaardheid en zich buiten het forensisch kader aanmelden voor behandeling. Het zou voor de beroepsontwikkeling van waarde zijn als de verschillende wijzen waarop beeldende therapie ingezet kan worden bij deze doelgroep, nader gespecificeerd en beschreven worden.
- Het behandelproduct dat naar aanleiding van het onderzoek is geschreven, is gericht op individuele behandeling. Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat groepsbehandeling voor deze doelgroep een zeer grote meerwaarde kan hebben. Daarom is het aan te bevelen dat er onderzocht wordt hoe een beeldend therapeutisch behandelaanbod voor groepsbehandeling van deze doelgroep vormgegeven kan worden.
- Voor de beroepspraktijk zou het van waarde zijn als er naar aanleiding van het beschreven behandelproduct, een behandelmodule geschreven wordt zodat tastbaarder wordt hoe een behandeling voor mensen die worstelen met een PSG vormgegeven kan worden.
- Dit onderzoek is uitgevoerd met twee respondenten uit de doelgroep. Het is aan te bevelen dat dit onderzoek herhaald wordt op grotere schaal, met een grotere respondentengroep zodat er een eenduidiger beeld ontstaat over waar de behandelinhoudelijke behoeften van de doelgroep precies liggen.
- Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat de geïnterviewde beeldend therapeuten geen specifieke werkwijzen zouden gebruiken in de beeldende therapie behandeling voor mensen die worstelen met een PSG. Om dit nader uit te zoeken is het belangrijk dat er een grotere groep beeldend therapeuten bevraagd wordt omtrent deze kwestie, om te onderzoeken welke werkwijze het meest geschikt is voor inzet bij dergelijke behandelingen.
- Uit dit onderzoek blijkt niet op welke punten ACT, CGT en MBT *niet* aansluiten op de problematiek van de doelgroep. Daarom is per behandelmethode vervolgonderzoek nodig naar de effecten, wanneer toegepast in beeldende therapie bij deze doelgroep.
- De behandelinterventie die naar aanleiding van dit onderzoek is geschreven stelt dat mensen met een licht-verstandelijke beperking (LVB) contra-geïndiceerd zijn voor de beschreven interventie.
Het zou goed zijn als er een tweede (aangepaste) versie van de behandelinterventie geschreven wordt welke specifiek gericht is op cliënten met een LVB die worstelen met een PSG. De onderzoekster is van mening dat ook zij onderbouwde zorg verdienen die aansluit op hun niveau.
- De behandelinterventie die naar aanleiding van dit onderzoek is geschreven, zou *consensus-based* kunnen worden als verschillende beeldend therapeuten hier hun goedkeuring voor geven. Dit zou de validiteit van de interventie versterken.

7.3 Aanbevelingen voor de opdrachtgever

- Hoewel de opdrachtgever van dit onderzoek geen beeldend therapeut is, kan zij de behandelinterventie die uit dit onderzoek voortgevloeid is wel ter inspiratie gebruiken voor haar behandelingen in haar eigen praktijk als psychosociaal therapeut.

Bibliografie

- American Psychiatric Association. (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen DSM-5. Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition*. Boom Uitgevers
- Baeten, N. (2007). *Beeldende therapie: In de praktijk van de forensische psychiatrie*. Uitgeverij EFP
- Bailey, J. M., Hsu, K. J., & Bernard, P. A. (2016). An internet study of men sexually attracted to children: Sexual attraction patterns. *Journal of Abnormal Psychology*, 125(7), 976-988.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2013). Mentalization-based treatment. *Psychoanalytic inquiry*, 33(6), 595-613.
- Beier, K. M., Neutze, J., Mundt, I. A., Ahlers, C. J., Goecker, D., Konrad, A., & Schaefer, G. A. (2009). Encouraging self-identified pedophiles and hebephiles to seek professional help: First results of the Prevention Project Dunkelfeld (PPD). *Child Abuse and Neglect-The International Journal*, 33(8), 545.
- Cantor, J. M. (2008). MRI research on pedophilia: what ATSA members should know. *ATSA Forum*, 20(4), 6-10.
- Cantor, J. M., & McPhail, I. V. (2016). Non-offending pedophiles. *Current Sexual Health Reports*, 8(3), 121-128.
- Cohen, L. J., & Galynker, I. I. (2002). Clinical features of pedophilia and implications for treatment. *Journal of Psychiatric Practice*, 8(5), 276-289.
- De Waag (z.d.). *Seksueel grensoverschrijdend gedrag*. Geraadpleegd op 5 april 2022, van <https://dewaagnederland.nl/verwijzers/zorglijnen/seksueel-grensoverschrijdend-gedrag/>
- Federatie Vaktherapeutische Beroepen (2016). *Beroepscode voor de Vaktherapeutische Beroepen*. Geraadpleegd op 23 april 2022, van <https://fvb.vaktherapie.nl/download/?id=9198&download=1>
- Federatie Vaktherapeutische Beroepen (z.d.). *Beroepscompetentieprofiel Vaktherapeut*. Geraadpleegd op 23 april 2022, van <https://fvb.vaktherapie.nl/beroepscompetentieprofiel>
- GGZ Standaarden. (27 juli, 2021). *Parafiele en hyperseksuele stoornissen*. Geraadpleegd op 28 maart, 2022 van <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/parafiele-en-hyperseksuele-stoornissen/introductie>
- Gijs, L., Gianotten, W., Vanwesenbeeck, I., Weijnenborg, P. (2004). *Seksuologie*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Grady, M. D., Levenson, J. S., Mesias, G., Kavanagh, S., & Charles, J. (2019). "I can't talk about that": Stigma and fear as barriers to preventive services for minor-attracted persons. *Stigma and Health*, 4(4), 400-410.
- Haeyen, S. (2007). *Niet uitleven maar beleven: Beeldende therapie bij persoonlijkheidsproblematiek*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Haeyen, S. (2011). *De verbindende kwaliteit van beeldende therapie: effecten van beeldende therapie in de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen: introductie van een beeldende therapie vragenlijst*. Maklu.
- Haeyen, S. (2015). De Gezonde Volwassene verstevigen in beeldende therapie. In A., Claassen & Pol, S. (Red.), *Schematherapie en de Gezonde Volwassene* (pp. 157-174). Bohn Stafleu van Loghum
- Harris, R. (2021). *Acceptatie en Commitmenttherapie in de praktijk: een heldere en toegankelijke introductie op ACT*. Hogrefe uitgevers
- Hinz, L. D. (2020). *Expressive therapies continuum: A framework for using art in therapy*. Routledge.

- Höing, M., Janssen, J., & Boer, A. (2021). *Bespreikbaar maken van seksualiteit en intimiteit: Handboek voor professionals in zorg en welzijn*. Uitgeverij Coutinho
- Houtepen, J., Sijtsma, J. J., & Bogaerts, S. (2016). Being sexually attracted to minors: Sexual development, coping with forbidden feelings, and relieving sexual arousal in self-identified pedophiles. *Journal of Sex and Marital Therapy*. 42(1), 48-49.
- Integrated Trauma Therapy. (z.d.). *Expressive Therapies Continuum* [Illustratie]. Integrated Trauma Therapy. Geraadpleegd op 23 april 2022, van <https://integratedtraumatherapy.com.au/frameworks/expressive-therapies-continuum/>
- Khelifi-Sar, S. (2021). *Pedofiele jongeren: een kwalitatief onderzoek naar de mogelijkheden voor laagdrempelige hulp voor pedofiele jongeren en hun ouders*. [Bachelorscriptie]. Hogeschool van Amsterdam
- Levenson, J. S., Grady, M. D., & Morin, J. W. (2020). Beyond the “ick factor”: Counseling non-offending persons with pedophilia. *Clinical Social Work Journal*, 48(4), 380-388.
- Lievesley, R., & Lapworth, R. (2022). “We Do Exist”: The Experiences of Women Living with a Sexual Interest in Minors. *Archives of Sexual Behavior*, 51(2), 879-896.
- Love, S. (12 september, 2020). *Het wordt tijd dat pedofielen makkelijker psychische hulp kunnen krijgen*. (Vice). Geraadpleegd op 4 april 2022, van <https://www.vice.com/nl/article/y3zk55/pedofielen-makkelijker-psychische-hulp>
- Macwilliam, B., Harris, B., Trottier, D. & Long, K. (2019). *Creative arts therapies and the LGBTQ community: Theory and practice*. Jessica Kingsley Publishers.
- Mentaalbeter. (z.d.). *Cognitieve gedragstherapie*. Geraadpleegd op 3 mei 2022, van <https://mentaalbeter.nl/behandeling/cognitieve-gedragstherapie/#wat-is-cognitieve-gedragstherapie>
- Migchelbrink, F. G. H. M. (2014). *Handboek praktijkgericht onderzoek: zorg, welzijn, wonen en werken*. (2^e druk). Uitgeverij SWP.
- Mulder, J. (2019). *Pedofielen en misbruikplegers: Voorkeur, gedrag en preventie van seksueel geweld*. Uitgeverij SWP
- NPO 3. (24 februari, 2021). *De ‘pedopartij’ is terug: we vroegen 5 pedofielen wat zij daar van vinden*. Geraadpleegd op 18 mei 2022, van <https://www.npo3.nl/verkiezingen/pedopartij-pedofielen-pndv>
- Pomp, E., & Eeden, D. (2012). *Pedofilie – aandoening of geaardheid? Herkennen, signaleren, hulpverlening en samenwerking* (Verslag studiebijeenkomst). Expertise Centrum Psychiatrie. Geraadpleegd op 20 mei 2022, van https://www.seksuologischehulp.be/sites/default/files/bestanden/verslag_studiebijeenkomst_pedofilie_28_maart_2012.pdf
- PsyQ. (z.d.). *Acceptance Commitment Therapie*. Geraadpleegd op 3 mei 2022, van <https://www.psyq.nl/somatiek-psyche/behandelingen/act>
- RTL Nieuws. (28 september, 2021). *Van pedojacht naar de rechtbank: ‘dit staat gelijk aan een heksenjacht’*. Geraadpleegd op 18 mei 2022, van <https://www.rtlnieuws.nl/editienl/artikel/5256917/pedojagers-om-politie-heksenjacht-29-jarige-man-drie-jaar-cel-geeist>
- Schweizer, C., de Bruyn, J., Haeyen, S., Henskens, B., Visser, H., & Rutten-Saris, M. (2009). *Handboek beeldende therapie: Uit de verf*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Seto, M. (2012). Is Pedophilia a Sexual Orientation?. *Archives of Sexual Behavior*, 41(1), 231-236.

Seto, M. C. (2019). *Pedophilia and sexual offending against children: Theory, assessment, and intervention*. (2^e druk). American Psychiatric Association.

Smeijsters, H. (2006). *Handboek Muziektherapie*. Bohn Stafleu van Loghum.

Smeijsters, H. J. M. F. (2008). *Handboek creatieve therapie*. Uitgeverij Coutinho.

Smeijsters, H., Willemars, G., Kil, J., Kurstjens, H., Welten, J., & Dijkema, P. (2012). *Beeldende therapie in de Justitiële Jeugdinrichtingen en Gesloten Jeugdzorg: Resultaten van praktijkgericht onderzoek*. KenVak Publisher. Geraadpleegd op 6 april 2022, van <https://kenvak.nl/wp-content/uploads/2015/01/Smeijsters-H.-Beeldende-therapie-in-de-Justitiele-Jeugdinrichtingen-en-Gesloten-Jeugdzorg.pdf>

Stop It Now!. (z.d.). *Wat is pedofilie?*. Geraadpleegd op 28 maart 2022, van <https://www.stopitnow.nl/over-stop-it-now/faq-s/>

Tesselaar, J. (2018). *Werkvormen in een raamwerk: Expressive Therapies Continuum*. [Bachelorscriptie]. Hogeschool Utrecht.

Van der Donk, C., & Van Lanen, B. (2019). *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn*. Uitgeverij Coutinho.

Verfaillie, M. (2022). *Mentaliseren in beeldende vaktherapie: Met casuïstiek van Gizella Smet en Wijntje van der Ende*. Garant

Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek? Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs*. Boom Lemma uitgevers

Willis, P. (7 januari, 2016). *Beseffen dat je een pedofiel bent kan er voor zorgen dat je zelfmoord wil plegen*. (Vice) Geraadpleegd op 24 maart 2022, van <https://www.vice.com/nl/article/wdvvg4/beseffen-dat-je-een-pedofiel-bent-kan-ervoor-zorgen-dat-je-zelfmoord-wil-plegen-592>

Bijlage 1: Topiclijsten interviews deskundigen en respondenten

Topiclijst interviews deskundigen

Algemene informatie

- Professionele achtergrond en huidige werk
- Kennis omtrent de doelgroep en de context waarin deze zich bevindt.
- Kennis omtrent beeldende therapie

Informatie met betrekking tot de deelvragen

- Ideeën over welke behandelthema's voor deze doelgroep in beeldende therapie belangrijk zouden kunnen zijn?
- Wat is het belang van de attitude bij deze doelgroep, en hoe dient deze ingezet te worden in een behandeling?
- Welke werkwijze of werkwijzen kan/kunnen hierbij gebruikt worden?
- Welke behandelmethode(n) zouden bruikbaar zijn in een behandeling voor deze doelgroep?
- Welke materialen kunnen hierin ingezet worden?
- En welke niet?
- Welke werkvormen kunnen hierbij gebruikt worden?
- Welke interventies zijn belangrijk om in te zetten bij een beeldende therapie behandeling voor deze doelgroep?
- Waar moet de therapeut hierin oog voor hebben?
- Wat zijn belangrijke (organisatorische) randvoorwaarden om een dergelijke beeldende therapie behandeling vorm te kunnen geven?
- Waar moet de therapeut aan voldoen en waar moet de organisatie aan voldoen?

Topiclijst interviews respondenten

Algemene informatie

- Wat is je leeftijd, opleidingsniveau, relatiestatus en huidige arbeidssituatie?
- Op welke leeftijd realiseerde je je dat je een pedofiele seksuele geaardheid hebt?
- Hoe heb je dit toen ervaren?
- Heb je toen hulpverlening benadert? Zo ja, hoe verliep dat?

Informatie met betrekking tot de deelvragen

- Wat waren voor jou belangrijke thema's waar je tegenaan liep met betrekking tot je geaardheid?
- Wat zouden volgens jou belangrijke behandelthema's zijn die aan bod moeten komen in een behandeling voor deze doelgroep?
- Wat is volgens jou belangrijk in de houding van de therapeut in een dergelijke behandeling?
- Wat kunnen hier volgens jou belangrijke handelingen van de therapeut in zijn?
- Wat zijn volgens jou belangrijke randvoorwaarden waar de therapeut en de organisatie aan moeten voldoen om een dergelijke behandeling vorm te kunnen geven?
- Heb je ideeën over wat bij zou kunnen dragen aan het verlagen van de drempel om hulpverlening te benaderen voor mensen die worstelen met een pedofiele seksuele geaardheid?

Bijlage 2: startlijst coderen interviews

Voor het coderen van de data uit de interviews is er gebruik gemaakt van een startlijst.

In de startlijst staan de thema's die aangehouden zijn voor het analyseren van de teksten. Elk thema heeft een eigen kleur, waarmee in de tekst stukken gecodeerd werden. De thema's zijn:

Behandelthema's

Attitude

Werkwijze

Behandelmethode

Beeldende materialen

Werkvormen

Interventies

Randvoorwaarden

Bijlage 3: voorbeeld codeerwerk

interview gemmy PGO GEcodeerd • Opslaan... Zoeken (Alt+Q) Sarah Faasse SF

Invoegen Tekenenvormen SmartArt Afbeeldingen Pictogrammen Grafiek 3D-modellen Schermopname Illustraties Bestanden hergebruiken Invoegtoepassingen Onlinevideo's Koppelingen Opmerkingen Opmerkingen Koptekst Voettekst Paginanummer Tekstvak Tekst

pedofielen in die zin van dat ze kinderen vaak misbruikten. Daar zit wel veel ingehouden agressie bij.

O: Ja, dat kan ik me voorstellen, maar wat betreft deze doelgroep, die dat echt bij voorbaat afkeurt. Die keuren kindermisbruik en het kijken van kinderporno echt af. Dus ik vraag me af hoeveel agressie daar in zit. Die lopen denk ik meer vast op het stuk angst en depressie en dat stuk eenzaamheid.

D: Ja, dat denk ik zeker. **En dan toch is het denk ik ook identiteit versterken, als in op hun kracht gaan zitten. Dat ze ook met krachtige materialen moeten werken, waar kracht voor nodig is.**

O: Je wil ze eigenlijk letterlijk in hun kracht zetten zeg maar. Je wil ze activeren.

D: Ja, ook.

O: En zou je daar nog bepaalde werkvormen voor weten?

D: **Nee ik had wel wat vaste werkvormen in opbouw. Want de eerste werkvorm was altijd 'maak een vreemde vogel van jezelf'. Dat werd op de muur geschilderd en daarna collages zodat je kon zien of er gestructureerd kon worden. En vanuit die plaatjes of er een verhaal gevormd kon worden,** en vanuit dat verhaal naar ouderschap. Dat was bij mij natuurlijk belangrijk om aandacht aan te geven. En daarna veel meer gericht op je eigen daden, je eigen slachtofferschap maar ook het slachtofferschap van de ander. Dus empathie voor jezelf maar ook empathievorming naar de slachtoffers. Dus dat waren wel de thema's, en ook in het verloop van een proces van 2 jaar. En dan had ik bepaalde werkvormen en werkwijze, zoals dat volgen en collages. En ook een gift maken voor het slachtoffer van speeksteen. Omdat dat massief werk is, daar moet je heel lang aan werken. Met alle verfijning van dien en dat vond ik heel erg passen bij empathie vormen. En zo ouderschap, 'wat heb je gedaan?' in beeld brengen met klei. **Omdat het dan tactiel en fysiek wordt. Dus dat beroept op gevoelens. Dus op die manier zat ik op de materialen.**

SF Sarah Faasse
Identiteitsversterking, gericht op kracht zijn

SF Sarah Faasse
Krachtige materialen / materialen waar kracht voor nodig is om er mee te kunnen werken

SF Sarah Faasse
Werkvorm vreemde vogelopdracht, werkvorm collages maken en daaruit een verhaal vormen

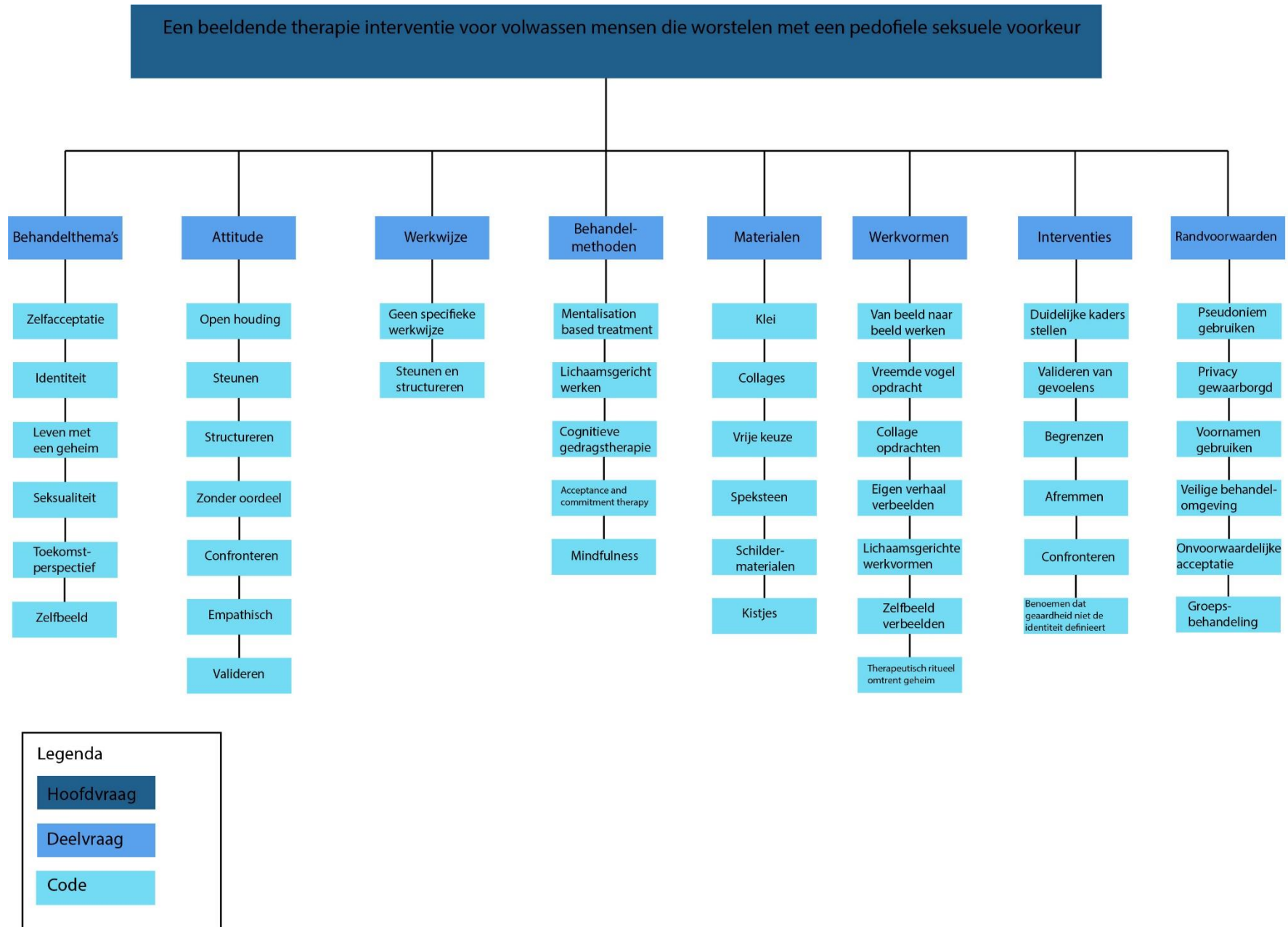
SF Sarah Faasse
Materiaalgebruik: materialen die een appel doen op tactiele en fysieke sensaties

3391 woorden Nederlands (standaard) Tekstvoorspelling: aan Toegankelijkheid: onderzoeken Focus

pe here to search

17°C Meest bewolkt ENG

Bijlage 4: Codeerboom



Bijlage 5: transcripties interviews en vragenlijst
Bijlage 5.1: vragenlijst Fieke van der Meer

Bijlage 5.2: interview Marjan Helmich

Bijlage 5.3: interview Gemmy Willemars

Bijlage 5.4: interview Mike (pseudoniem)

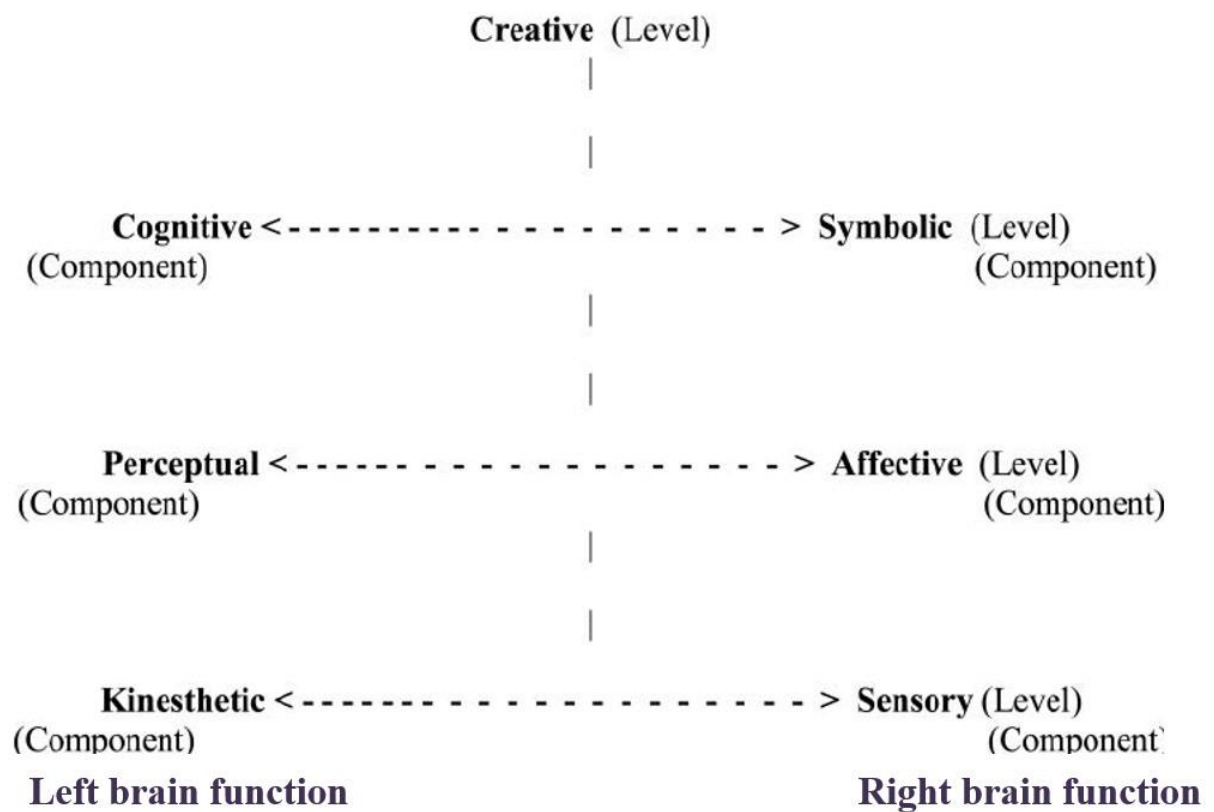
Bijlage 5.5: interview Tim (pseudoniem)

Bijlage 6: 5G schema



Figuur 1. 5G schema

Bijlage 7: Het Expressive Therapies Continuüm



Figuur 2. Het Expressive Therapies Continuüm

Opmerking. Overgenomen uit *Expressive Therapies Continuum* door Integrated Trauma Therapy, z.d. (<https://integratedtraumatherapy.com.au/frameworks/expressive-therapies-continuum/>). 2022, Integrated Trauma Therapy.