

Seksueel grensoverschrijdend gedrag

Landelijk zorgprogramma voor plegers van seksuele delicten in de forensische psychiatrie

Versie **2.1**

Laatst gewijzigd op 30-01-2012

Colofon

© Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP), 2010

Eindredactie Marc Schabracq

Research Elisabeth Pomp

Mindmaps Carla Huismans, Lex van Rooy, Elisabeth Pomp

Inleiding.....	7
Doel en doelgroep	8
Doel van het ZP	8
Doelgroep	8
Volwassen mannen	8
SGG.....	9
Verhoogd risico	9
Psychoseksuele problematiek	9
De SGG-beslisboom.....	10
Indicatie.....	13
Is er sprake van SGG?	13
De wet	13
Toelichting op de wet	13
Wetsartikelen volledig	15
SGG dat buiten de zedenwet valt.....	19
Prevalenties van SGG.....	20
Is er sprake van psychoseksuele problematiek?.....	22
De DSM-IV-TR.....	22
Seksuele deviantie.....	24
Interesse versus voorkeur	24
Hyperseksualiteit.....	25
Proposed diagnostic criteria for Hypersexual Disorder in DSM_V	25
Andere psychoseksuele problematiek	27
Risicotaxatie	28
Wat is risicotaxatie?	28
Base-rates van verschillende subgroepen.....	29
Gestructureerde risicotaxatie: indelen op risico	30
Actuariel versus gestructureerd klinisch oordeel	31
Actuariële statische instrumenten.....	31
RRASOR.....	32
SACJ-Min.....	32
SORAG	32
STATIC-99.....	33

STATIC-2002.....	34
Actuariële dynamische instrumenten	34
SONAR	34
STABLE	35
ACUTE	36
Gestructureerd klinisch oordeel	36
SVR-20	36
RSVP	38
Violence Risk Scale: Sex Offender Version.....	38
De Waagschaal.....	39
Onderliggende factoren	39
De risicofactoren van seksuele recidive	41
Overwegend statische risicotaxatie-items	44
Delictverleden	44
Slachtofferkeuze	45
Persoonlijke geschiedenis.....	46
Stoornissen	47
Cognitieve vervormingen.....	48
Beschermdende factoren	48
Samenvatting.....	49
Diagnostiek.....	50
Diagnostiek van SGG	50
Zelfrapportage	50
Multidimensional Assessment of Sex and Aggression	50
Multiphasic Sex Inventory	50
De MSI.....	51
Sexual Adjustment Inventory.....	51
Card Sort Test (in combinatie met de MSI).....	52
Overige	52
Impliciete maten	53
Penisplethysmografie	53
Visual reaction time (VRT)	54
Implicit Association Task en Picture Association Task.....	55
Hyperseksualiteit	56

Seksueel sadisme	56
Typologieën	57
MTC-typologie	57
Typering naar zelfreguleringstijl en delictroute.....	58
Beschrijvende diagnostiek.....	59
Anamnese van de seksualiteit	59
Ten slotte.....	60
Behandeling.....	62
Hoe te behandelen	62
Modaliteiten van ‘best evidence’-behandeling	62
Cognitieve gedragstherapie.....	62
Marshall’s program.....	65
Het Vermont Treatment Program for Sexual Aggressors (VTPSA).....	66
Het Phoenix Program.....	67
Farmacotherapie.....	67
Hormonale behandeling	67
Meer over Hormonale behandeling	67
Psychofarmacotherapie.....	67
Vormkwesties in de behandeling.....	68
Groeps- versus individuele behandeling	68
Homogene versus heterogene groepen.....	68
De therapeutische relatie	69
Seksualiteit in de kliniek	69
Behandelevaluatie	71
Algemeen	71
Toepassingen bij zedendelinquenten	72
Resocialisatie	74
Algemeen	74
Controle.....	74
Public notification	74
Circles of Support and Accountability	75
Farmacotherapie.....	75
Tot slot	75
Bijlage.....	76

1 Bijzondere groepen	76
Patiënten met een verstandelijke beperking	76
Vrouwelijke daders	82
Patiënten met een autismespectrumstoornis	84
2 Monitoring hormonale behandeling	86
Anti-androgenen	86
LHRH-agonisten	86
Overige aandachtspunten bij anti-androgenen en LHRH-agonisten	86
3 Monitoring psychofarmacotherapie	87
SSRI's	87
Overige psychofarmaca	87
4 Behandelalgoritme medicamenteuze behandeling	88
5 Handleiding voor therapeuten voor het afnemen van een seksuologische anamnese (Van Mesdagkliniek).....	90
6 Lijst met deelnemers werkgroepen en leescommissie	103
Literatuurlijst	131

Inleiding

Een forensisch psychiatrisch zorgprogramma (ZP) is een samenhangend behandelaanbod om delictrisico's te verkleinen. Een dergelijk ZP biedt hiertoe een overzicht van het optimale zorgaanbod voor de desbetreffende forensisch psychiatrische doelgroep. Het betreft een gemeenschappelijk kader voor organisaties, professionals en patiënten, gebaseerd op de beschikbare wetenschappelijke en professionele kennis.

Als zodanig is het bedoeld als een richtlijn, niet als een voorschrift: een document met aanbevelingen en instructies, een hulpmiddel voor de dagelijkse gang van zaken.

Deskundigen uit het forensisch psychiatrische veld hebben met ondersteuning van het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP) in 2008 de eerste versies van verschillende ZP's in boekvorm gepubliceerd voor drie doelgroepen, te weten forensisch psychiatrische patiënten met:

- seksueel grensoverschrijdend gedrag,
- psychotische kwetsbaarheid,
- persoonlijkheidsstoornissen.

In 2009 verscheen er ook een ZP voor patiënten in de langdurige forensisch psychiatrische zorg (LFPC).

Deze ZP's vertoonden veel overlap. Dit was aanleiding om voor de volgende versie te kiezen voor een afzonderlijk Basis-ZP, dat alle gemeenschappelijke punten behandelt, en aanzienlijk kortere stoornisspecifieke ZP's. Deze nieuwe versies verschijnen om redenen van flexibiliteit en kostenbesparing ook niet meer in boekvorm, maar als documenten op de EFP-website, en wel in de vorm van een mindmap opgebouwd uit losse modules, elk met verschillende niveaus.

De onderhavige versie van het Zorgprogramma (ZP) voor forensisch psychiatrische patiënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag (SGG) baseert zich dus op de gelijknamige eerste versie uit 2008. Deze eerste versie zelf baseerde zich onder andere op de ZP's van verschillende FPC's en ideeën uit het veld en de wetenschap.

Ook het ZP SGG baseert zich zoveel mogelijk op empirische evidentie en, bij de afwezigheid daarvan, op de meningen van experts op dit gebied (zie het Basis-ZP, h.1) en gaat daarbij uit van de *what works principles* (zie het Basis-ZP h.2). Ook onderschrijft het een aantal andere principes: die van het *good lives model* en het biopsychosociale model, alsook die van professionaliteit, rehabilitatie en equivalentie (zie het Basis-ZP h. 2).

Deze tweede versie houdt zich dus alleen bezig met wat uniek is voor SGG, maar is ook herzien volgens de laatste inzichten. Waar nodig wordt telkens verwezen naar het Basis-ZP. Dit ZP is primair bedoeld voor gebruik in de FPC's, maar het programma of onderdelen ervan kan men ook in een andere context toepassen. Ook voor deze versie ten slotte geldt dat zij niet definitief is. Het betreft eerder een project in uitvoering, dat men naar de laatste inzichten periodiek kan actualiseren, herzien en uitbreiden.

Doel en doelgroep

Doel van het ZP

Het doel van het ZP is seksuele recidive terugdringen. We beogen daartoe op grond van de laatste wetenschappelijke en klinische inzichten richtlijnen en aanbevelingen te ontwikkelen voor assessment en behandeling van plegers van SGG.

Richtlijnen zijn bedoeld om richting te geven, niet als een dwingend keurslijf. Wij realiseren ons terdege dat de klinische werkelijkheid altijd weerbarstiger is dan wat richtlijnen be- en voorschrijven. In de praktijk is het dan ook mogelijk van de richtlijnen af te wijken of deze op te rekken. Wel wordt aangeraden hier terughoudend in te zijn en eventuele afwijkingen goed te beargumenteren. Daarnaast moet men zich realiseren dat de hier aangevoerde empirische evidentie, die toch al niet in overdaad aanwezig is, dan mogelijk niet van toepassing is.

Doelgroep

Dit ZP is primair bedoeld voor:

- volwassen mannen (18 jaar en ouder) die
- SGG hebben vertoond,
- met een verhoogd risico op nieuw SGG,
- bij wie psychoseksuele problematiek mede dat risico bepaalt.

Men kan het ZP SGG ook zien als een meer algemene leidraad voor een bredere doelgroep, inclusief jongeren en vrouwen. Behandelinhoudelijk echter richt het zich specifiek op volwassen mannen. Het verdient aanbeveling voor jongeren en vrouwen uiteindelijk tot een apart onderdeel in het ZP te komen.

Volwassen mannen

Voor mannen onder de 18 jaar zijn speciale instrumenten en ZP's ontwikkeld, waarvoor we verwijzen naar bijvoorbeeld *Understanding Juvenile Sexual Offenders: Assessment, Treatment, and Rehabilitation* ([Rich, 2003](#)) en *Working with children and young people who sexually abuse* ([Calder, M.C. \(2007\)](#)).

Zwakbegaafde mannen vallen wel binnen het ZP, hoewel deze groep op het punt van de responsiviteit soms een specifieke aanpak vraagt ([zie bijlage 1](#)).

Vrouwelijke seksuele delinquenten zijn zo schaars dat er amper statistisch onderzoek naar valt te doen. Recent onderzoek ([Hanson & Morton-Bourgon, 2009](#)) geeft wel aan dat de risico's bij vrouwen beduidend anders liggen dan bij mannen. Toch zijn er te weinig vrouwelijke seksuele delinquenten om een afzonderlijk ZP te rechtvaardigen. Bij de opname van vrouwelijke seksuele delinquenten in dit ZP moet men dan ook rekening houden met de aanzienlijke verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke plegers van SGG.

SGG

SGG is seksueel en seksueel gemotiveerd gedrag (dus niet gemotiveerd vanuit een ander motief zoals macht) jegens een slachtoffer, zonder instemming van dat slachtoffer, al dan niet met geweld, dan wel jegens een slachtoffer dat de wet niet in staat acht tot instemming. Dat kunnen kinderen onder de 16 jaar zijn, maar ook zwakbegaafden, mensen buiten bewustzijn en mensen in een afhankelijkheidsrelatie zoals de relatie tussen volwassenen en kinderen, artsen en patiënten et cetera.

Ook pornografisch materiaal met kinderen – van kennelijk jonger dan 18 jaar – in bezit hebben of verspreiden geldt als SGG. Dit is niet het geval bij andere pornografie, ook niet als het pornografische afbeeldingen van seksueel geweld betreft. Pornografie aanbieden op openbare plaatsen en aan kinderen onder de 16 is echter wel strafbaar en daarmee grensoverschrijdend.

Het gaat hierbij overigens om de aannemelijkheid dat een seksueel delict heeft plaatsgevonden. Het programma richt zich dus ook op plegers die (nog) niet zijn veroordeeld en plegers die zijn veroordeeld voor een niet-seksueel delict met duidelijke seksuele aspecten.

Mannen van wie niet aannemelijk is dat ze een seksueel delict hebben gepleegd, maar van wie wel aannemelijk is dat ze dat kunnen gaan doen kan men ook behandelen volgens het ZP, bijvoorbeeld wanneer zo iemand zich vrijwillig aanmeldt voor behandeling omdat hij bang is een delict te zullen plegen. Hierbij zij erop gewezen dat de empirische evidentie die aan dit ZP ten grondslag ligt niet van toepassing is op deze specifieke groep. Enige terughoudendheid is hier dus op haar plaats ([zie 1.4](#)).

Overigens kijkt het juridische kader op dit punt af van het vakinhoudelijke kader en dit blijft voorlopig zo.

Verhoogd risico

Dit ZP **richt zich primair op mensen met een verhoogd risico op een nieuw seksueel delict**. Dit zijn vaak TBS-ers met dwangverpleging die in behandeling zijn in FPC's. Ook in de ambulante forensische sector en in gevangenissen bevinden zich echter personen met een verhoogd risico op seksuele recidive. Onderdelen uit dit ZP kan men zowel in een klinische als een ambulante setting toepassen, alsook in een gevangenis. Hierbij is het wel zaak de duur en de intensiteit van de interventies af te stemmen op het risiconiveau ([zie hoofdstuk 2](#)).

Psychoseksuele problematiek

Dit ZP richt zich uitdrukkelijk op plegers bij wie psychoseksuele problematiek (mede) het seksuele recidiverisico bepaalt. Dat wil zeggen dat het ZP zich niet richt op mensen bij wie uitsluitend antisociale of andere factoren (bijvoorbeeld een psychotische stoornis) ten grondslag liggen aan hun verhoogde recidiverisico op een seksueel delict. Voor hen zijn er in eerste instantie andere ZP's, die zich richten op de voor hen relevante factoren, zoals de ZP's voor persoonlijkheidsstoornissen en psychotische kwetsbaarheid. Voor zover er na de

vermindering van de invloed van deze factoren nog steeds sprake is van een verhoogd risico op SGG kan men dat risico vervolgens wel met onderdelen van het ZP SGG aanpakken.

Uit een aantal onderzoeken komt overigens naar voren dat veel seksuele delinquenten vaker met een gewelddadig en niet-seksueel delict recidiveren dan met een seksueel delict ([Hanson & Bussière, 1998](#); [Hanson & Morton-Bourgon, 2005](#)). Veel instrumenten die seksuele recidive voorspellen, zijn vaak ook goede voorspellers van geweldsrecidive of algemene recidive. Hier gaat het echter in de eerste plaats om voorspellen van recidive met een seksueel delict voor zedendelinquenten.

Het ZP is wel van toepassing op mensen met een laag risico op seksuele recidive, maar met duidelijke psychoseksuele problematiek. Voorwaarde is wel dat de psychoseksuele problematiek delictgerelateerd is ([zie 1.4.2 voor meer over psychoseksuele problematiek](#)).

Ondanks de nauwe omschrijving van de doelgroep betreft het toch een zeer heterogene groep met zeer uiteenlopende eigenschappen, stoornissen, leeftijden, slachtoffers, drijfveren en persoonlijkheidstrekken. Hierover meer in [hoofdstuk 3](#).

De SGG-beslisboom

De [SGG-beslisboom](#) is de kapstok van het ZP. De beslisboom is een hulpmiddel bij de correcte uitvoering van het ZP. Het geeft hulpverleners overzicht, houvast en handvatten in het behandelproces. De beslisboom bestaat uit een aantal logisch opeenvolgende stappen, die men in principe in de aangegeven volgorde doorloopt. Afwijken hiervan vraagt expliciete onderbouwing van degene die deze keuze maakt. Na de korte omschrijving van de stappen hieronder volgt een uitgebreidere uitwerking in de volgende hoofdstukken.

De stappen in de beslisboom vertonen enige overlap. De psychoseksuele problematiek vaststellen bij de indicatie (stap 2) houdt diagnostiek in (stap 4) en heeft gevolgen voor de inschatting van het recidiverisico (stap 3). Risicotaxatie (stap 3) is bijvoorbeeld op te vatten als een vorm van diagnostiek (stap 4), terwijl diagnostische instrumenten ook kunnen bijdragen aan de risicotaxatie. Verder ligt herhaalde risicotaxatie voor de hand als een vorm van behandel-evaluatie (stap 6). Hoewel er wel degelijk sprake is van een duidelijke volgorde zijn de onderdelen in het schema kunstmatig wat meer uit elkaar getrokken dan dat in de praktijk het geval is.

Stap 1 en 2: indicatie

Doel van de eerste twee stappen, de indicatiestappen, is vaststellen of een patiënt in aanmerking komt voor het ZP. Mogelijk is een ander ZP meer aangewezen. Soms ook ligt het meer voor de hand eerst een ander ZP aan te bieden en daarna alsnog het ZP SGG ([zie 1.2 en 1.4](#)).

Stap 3: risicotaxatie

Het doel van de risicotaxatie in dit ZP is een schatting van het risico op nieuw SGG. Op grond van het risicoprofiel wordt, volgens het risicoprincipe, bepaald in welke setting men de persoon gaat behandelen: hoe groter het risico, des te intensiever en langduriger de behandeling. De risicotaxatie dient ook voor de bepaling van de dynamische risicofactoren die zich lenen voor behandeling, en daarmee voor de identificatie van de behandeldoelen ([zie hoofdstuk 2](#)).

Stap 4: diagnostiek

Diagnostiek dient enerzijds ter verfijning van de risicotaxatie, door diagnostische instrumenten te gebruiken om de individuele risicofactoren zo goed mogelijk te meten. Anderzijds dient zij om een beeld te krijgen van de responsiviteit en eventuele comorbiditeit ([zie hoofdstuk 3](#)).

Stap 5: behandeling

De behandeling krijgt haar vorm op grond van de *what works principles*, omdat deze de empirische grondslag zijn voor een zo effectief mogelijke behandeling ([Andrews & Bonta, 2010](#)). Dit leidt tot de volgende richtlijnen.

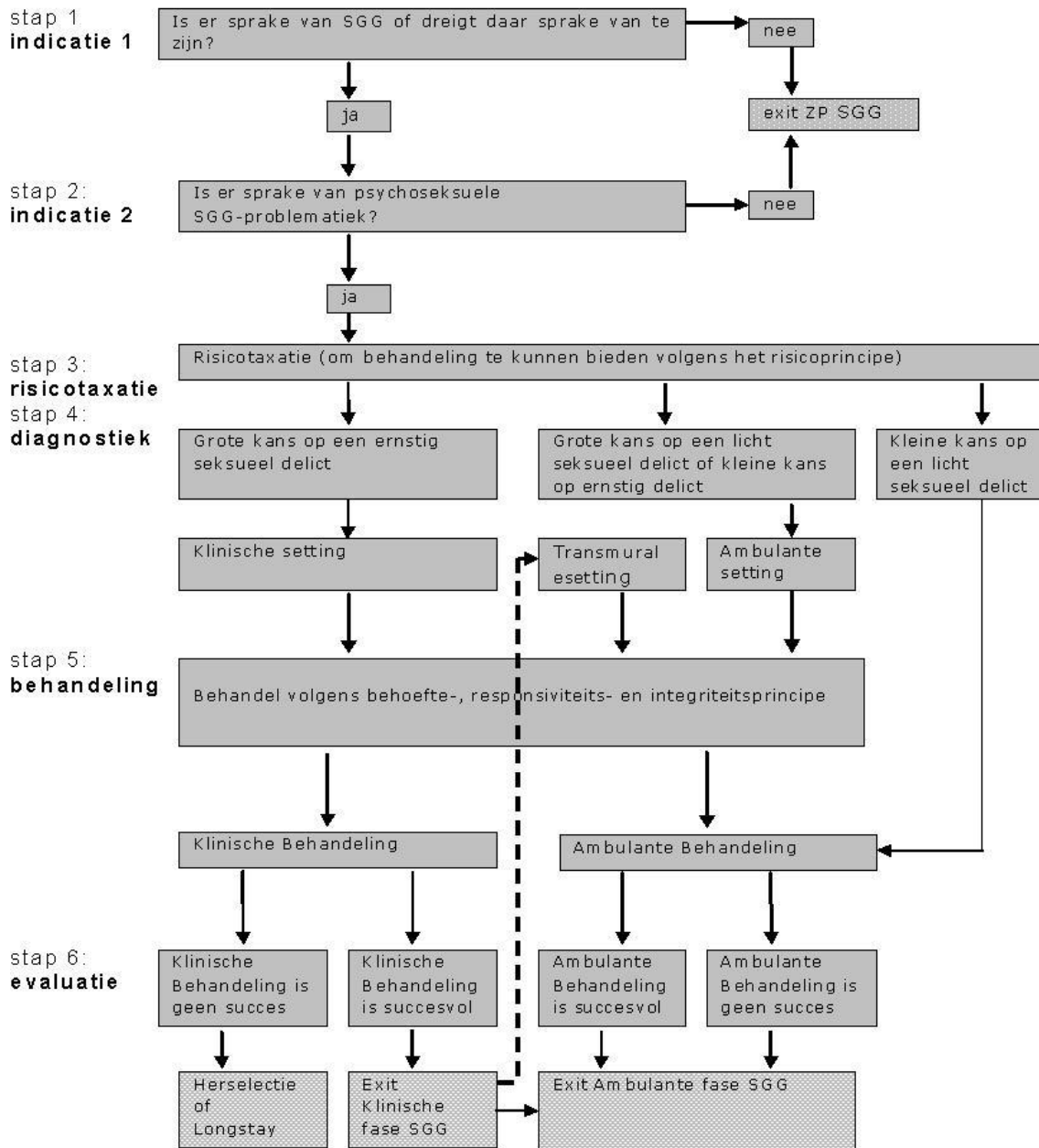
- Behandel de relevante dynamische risicofactoren (behoefteprincipe).
- Bied de behandeling zo aan dat de betrokkene er optimaal van kan profiteren (responsiviteitsprincipe).
- Bied het programma aan zoals het is bedoeld (integriteitsprincipe).

[Zie hoofdstuk 4](#).

Stap 6: evaluatie

De behandeling wordt geëvalueerd om de effecten voor de desbetreffende patiënt te bepalen. Op grond van de individuele behandel-evaluatie kan men opnieuw een risicoprofiel opstellen ([zie hoofdstuk 2](#)) en het vervolg van de behandeling aanpassen aan de actuele situatie. De behandeling is zo een cyclisch proces van behandelen, evalueren, bijstellen, verder behandelen en zo verder. [Zie hoofdstuk 5](#).

De beslisboom in schematisch overzicht



Richtlijnen voor de behandeling van de forensische psychiatrie (2)

- Gebruik de beslisboom als leidraad voor de behandeling
- Wijk alleen op goede gronden af van de stappen die in de beslissingsboom staan vermeld.

Als een behandeling niet slaagt, adviseert of besluit men over een geschikt vervolg. Ook na een succesvolle behandeling kan men doorverwijzen naar vervolgvoorzieningen. Deze opties komen in de beslisboom niet aan de orde omdat zij buiten het ZP vallen.

Indicatie

Als gezegd ([link](#)) is het doel van de eerste twee stappen vaststellen of iemand in dit ZP thuishoort of daar het beste past. Nagaan of iemand in het ZP SGG thuishoort, vergt de beantwoording van twee vragen: is er sprake geweest van SGG en is er sprake van enige psychoseksuele problematiek?

Is er sprake van SGG?

De wet

In het Nederlandse Wetboek van Strafrecht is strafbaar seksueel gedrag terug te vinden bij de Misdrijven tegen de zeden, in de [artikelen 239 tot en met 250](#) (Kool, 2007). Het ZP volgt grotendeels [de wet](#), waardoor SGG min of meer gelijk staat aan seksueel delinquent gedrag. SGG is echter een iets ruimer begrip, omdat ook seksueel gemotiveerd gedrag hieronder valt. Artikel 250, dwingen tot prostitutie, valt buiten de omschrijving van SGG, omdat dat meestal berust op niet-seksuele motieven.

Toelichting op de wet

De eerste artikelen, 239 en 240, beschrijven de *hands-off* delicten, seksuele delicten zonder direct fysiek contact met het slachtoffer. Zo is het over het algemeen verboden ongevraagd pornografisch materiaal aan te bieden. Ook is het in de meeste situaties niet toegestaan geslachtsdelen te tonen. Daarnaast is het altijd verboden pornografisch materiaal aan te bieden aan kinderen onder de 16 jaar, gevraagd of ongevraagd. Dit geldt in de meeste situaties ook voor geslachtsdelen tonen aan kinderen onder de 16 jaar, gevraagd of ongevraagd. Artikel 240b is in oktober 2002 nog aangepast om niet alleen kinderporno vervaardigen en verspreiden, maar ook kinderporno in bezit hebben strafbaar te stellen. Kinderporno is daarbij gedefinieerd als pornografisch materiaal met kinderen die kennelijk nog geen 18 jaar zijn, met andere woorden: met kinderen die er uitzien als jonger dan 18 jaar. Vooral behandelaars in de ambulante forensische sector hebben veel te maken met hiervoor veroordeelde mannen, de zogenaamde *downloaders* van strafbaar SGG-gerelateerd materiaal.

Hierbij zij aangetekend dat onderzoek naar plegers van *hands-off* delicten schaars is. Exhibitionisme geldt vaak slechts als *nuisance behavior*. Personen die strafbaar SGG-gerelateerd materiaal van internet downloaden (vooral kinderporno) vormen een relatief nieuwe groep. Overigens geldt dit verbod op downloaden sinds februari 2010 ook voor materiaal dat betrekking heeft op seksualiteit met dieren. Veel onderzoek laat de *hands-off* plegers buiten beschouwing en aparte studies over deze groep zijn zeldzaam. Er is dus relatief weinig empirisch materiaal over bijvoorbeeld risicotaxatie bij deze groepen.

De artikelen 242 tot en met 249 (artikel 241 bestaat niet meer) beschrijven de zogenaamde *hands-on* delicten, delicten waarbij sprake is van direct fysiek contact met het slachtoffer. De wet verdeelt dit strafbare seksuele gedrag onder aan de hand van drie criteria:

- al dan niet fysieke dwang of geweld gebruiken (of daarmee dreigen),
- al dan niet het lichaam van het slachtoffer penetreren,
- de leeftijd van het slachtoffer.

Komt er fysieke dwang of (dreiging met) geweld bij kijken dan spreekt de Nederlandse wet van verkrachting of aanranding, ongeacht de leeftijd van het slachtoffer. Als dat niet het geval is, spreekt de Nederlandse wet van ontucht. De wet gaat er dan stilzwijgend vanuit dat een slachtoffer niet in staat is tot instemming. Daarbij is doorgaans minimaal sprake van zeer ongelijke verhoudingen en meer of minder subtiele psychologische dwang.

Bij penetratie van het slachtoffer spreekt men van 'het seksueel binnendringen van het lichaam', zonder penetratie van 'ontuchtige handelingen'. Vroeger gold alleen penetratie van de vagina of anus met de penis als 'binnendringing van het lichaam'. In de loop der jaren wordt dit echter steeds ruimer geïnterpreteerd. Tegenwoordig geldt bijvoorbeeld ook het penetreren met vingers of gedwongen orale seks als verkrachting. Ook een afgedwongen tongzoen kan men tegenwoordig juridisch als verkrachting aanmerken.

Ten slotte gelden er drie verschillende leeftijdscategorieën:

- kinderen beneden de 12 jaar,
- kinderen van 12 tot en met 16 jaar;
- personen boven de 16 jaar, die niet in staat zijn tot instemming.

De delicten tegen personen boven de 12 waren tot 01-10-02 zogenaamde klachtdelicten. Dat betekent dat men de pleger alleen kon vervolgen wanneer het slachtoffer of degenen die voor haar of hem verantwoordelijk zijn een aanklacht indienden. Sinds de laatste wetswijziging berust de bevoegdheid strafvervolging in te stellen echter geheel bij het Openbaar Ministerie. De officier van Justitie hoeft slechts het slachtoffer de gelegenheid te geven een mening over eventuele vervolging kenbaar te maken ([Kool, 2007](#)).

Zo krijgen we de volgende voor SGG relevante artikelen.

239 Exhibitionisme, ongevraagd geslachtsdelen tonen,

- 240 Pornografie, ongevraagd pornografisch materiaal tonen,
- 240a Pornografie, pornografisch materiaal tonen aan kinderen onder de 16 jaar,
- 240b** Pornografie, bezit of verspreiding van pornografisch materiaal met kinderen onder de 18 jaar,
- 242** Verkrachting, binnendringen van het lichaam met dwang of (dreiging met) geweld,
- 243 Ontucht, binnendringen van het lichaam, slachtoffer is niet in staat tot instemming,
- 244** Ontucht, met binnendringen van het lichaam, slachtoffer onder de 12 jaar,
- 245** Ontucht, met binnendringen van het lichaam, slachtoffer onder de 16 jaar, maar niet jonger dan 12 jaar.
- 246** Aanranding, ontuchtige handelingen met dwang of (dreiging met) geweld,
- 247** Ontucht, slachtoffer van 12 jaar of ouder en onder of boven de 16 jaar, maar niet in staat tot instemming,
- 248 Verzwarende factor, bij ernstig letsel of dood van slachtoffer,
- 248a Verleiding, verleiden tot ontucht van slachtoffer onder de 18 jaar (meestal boven de 16),
- 248b Prostitutie, ontucht met slachtoffer tussen de 16 en de 18 jaar dat zich prostitueert.
- 248c Aanwezigheid bij ontucht met slachtoffer onder de 18 jaar of afbeelding daarvan,
- 249:** Ontucht met misbruik van gezag, zowel onder als boven de 18 jaar.

 Wetsartikelen volledig

Artikel 239

Met gevangenisstraf van ten hoogste drie maanden of geldboete van de tweede categorie wordt gestraft schennis van de eerbaarheid:

- 1 op of aan een plaats, voor het openbaar verkeer bestemd;
- 2 op een andere dan onder 1° bedoelde openbare plaats, toegankelijk voor personen beneden de leeftijd van zestien jaar;
- 3 op een niet openbare plaats, indien een ander daarbij zijns ondanks tegenwoordig is.

Artikel 240

Met gevangenisstraf van ten hoogste twee maanden of geldboete van de derde categorie wordt gestraft hij die weet of ernstige reden heeft om te vermoeden dat een afbeelding of voorwerp aanstotelijk voor de eerbaarheid is en die afbeelding of dat voorwerp:

- 1 op of aan een plaats, voor het openbaar verkeer bestemd, openlijk tentoonstelt of aanbiedt;
- 2 aan iemand, anders dan op diens verzoek, toezendt.

Artikel 240a

Met gevangenisstraf van ten hoogste een jaar of geldboete van de vierde categorie wordt gestraft hij die een afbeelding, een voorwerp of een gegevensdrager, bevattende een afbeelding waarvan de vertoning schadelijk is te achten voor personen beneden de leeftijd van zestien jaar, verstrekt, aanbiedt of vertoont aan een minderjarige van wie hij weet of redelijkerwijs moet vermoeden, dat deze jonger is dan zestien jaar.

Artikel 240b

- 1 Met gevangenisstraf van ten hoogste vier jaren of geldboete van de vijfde categorie wordt gestraft degene die een afbeelding - of een gegevensdrager, bevattende een afbeelding - van een seksuele gedraging, waarbij iemand die kennelijk de leeftijd van achttien jaar nog niet heeft bereikt, is betrokken of schijnbaar is betrokken, verspreidt, openlijk tentoonstelt, vervaardigt, invoert, doorvoert, uitvoert of in bezit heeft.
- 2 Met gevangenisstraf van ten hoogste zes jaren of geldboete van de vijfde categorie wordt gestraft degene die van het plegen van een van de misdrijven, omschreven in het eerste lid, een beroep of een gewoonte maakt.

Artikel 240bis [Vervallen per 21-05-1986]

Artikel 240ter [Vervallen per 21-05-1986]

Artikel 241 [Vervallen per 01-10-1971]

Artikel 242

Hij die door geweld of een andere feitelijkheid of bedreiging met geweld of een andere feitelijkheid iemand dwingt tot het ondergaan van handelingen die bestaan uit of mede bestaan uit het seksueel binnendringen van het lichaam, wordt als schuldig aan verkrachting

gestraft met gevangenisstraf van ten hoogste twaalf jaren of geldboete van de vijfde categorie.

Artikel 243

Hij die met iemand van wie hij weet dat hij in staat van bewusteloosheid, verminderd bewustzijn of lichamelijke onmacht verkeert, dan wel aan een zodanige gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van zijn geestvermogens lijdt dat hij niet of onvolkomen in staat is zijn wil daaromtrent te bepalen of kenbaar te maken of daartegen weerstand te bieden, handelingen pleegt die bestaan uit of mede bestaan uit het seksueel binnendringen van het lichaam, wordt gestraft met gevangenisstraf van ten hoogste acht jaren of geldboete van de vijfde categorie.

Artikel 244

Hij die met iemand beneden de leeftijd van twaalf jaren handelingen pleegt die bestaan uit of mede bestaan uit het seksueel binnendringen van het lichaam, wordt gestraft met gevangenisstraf van ten hoogste twaalf jaren of geldboete van de vijfde categorie.

Artikel 245

Hij die met iemand, die de leeftijd van twaalf jaren maar nog niet die van zestien jaren heeft bereikt, buiten echt, ontuchtige handelingen pleegt die bestaan uit of mede bestaan uit het seksueel binnendringen van het lichaam, wordt gestraft met gevangenisstraf van ten hoogste acht jaren of geldboete van de vijfde categorie.

Artikel 246

Hij die door geweld of een andere feitelijkheid of bedreiging met geweld of een andere feitelijkheid iemand dwingt tot het plegen of dulden van ontuchtige handelingen, wordt, als schuldig aan feitelijke aanranding van de eerbaarheid, gestraft met gevangenisstraf van ten hoogste acht jaren of geldboete van de vijfde categorie.

Artikel 247

Hij die met iemand van wie hij weet dat hij in staat van bewusteloosheid, verminderd bewustzijn of lichamelijke onmacht verkeert, dan wel aan een zodanige gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van zijn geestvermogens lijdt dat hij niet of onvolkomen in staat is zijn wil daaromtrent te bepalen of kenbaar te maken of daartegen weerstand te bieden of met iemand beneden de leeftijd van zestien jaren buiten echt ontuchtige handelingen pleegt of laatstgemelde tot het plegen of dulden van zodanige handelingen buiten echt met een derde verleidt, wordt gestraft met een gevangenisstraf van ten hoogste zes jaren of geldboete van de vierde categorie.

Artikel 248

1 Indien een der in de artikelen 240b, 243, 245 tot en met 247, 248a, 248b en 249 omschreven misdrijven zwaar lichamelijk letsel ten gevolge heeft of daarvan levensgevaar voor een ander te duchten is, wordt gevangenisstraf van ten hoogste twaalf jaren of geldboete van de vijfde categorie opgelegd.

2 Indien een der in de artikelen 240b, 242, 243 tot en met 247, 248a, 248b en 249 omschreven misdrijven de dood ten gevolge heeft, wordt gevangenisstraf van ten hoogste vijftien jaren of geldboete van de vijfde categorie opgelegd.

Artikel 248a

Hij die door giften of beloften van geld of goed, misbruik van uit feitelijke verhoudingen voortvloeiend overwicht of misleiding een persoon waarvan hij weet of redelijkerwijs moet vermoeden dat deze de leeftijd van achttien jaren nog niet heeft bereikt, opzettelijk beweegt ontuchtige handelingen te plegen of zodanige handelingen van hem te dulden, wordt gestraft met gevangenisstraf van ten hoogste vier jaren of geldboete van de vierde categorie.

Artikel 248b

Hij die ontucht pleegt met iemand die zich beschikbaar stelt tot het verrichten van seksuele handelingen met een derde tegen betaling en die de leeftijd van zestien jaren maar nog niet de leeftijd van achttien jaren heeft bereikt, wordt gestraft met een gevangenisstraf van ten hoogste vier jaren of geldboete van de vierde categorie.

Artikel 248c

Hij die opzettelijk aanwezig is bij het plegen van ontuchtige handelingen door een persoon waarvan hij weet of redelijkerwijs moet vermoeden dat deze de leeftijd van achttien jaren nog niet heeft bereikt dan wel bij het vertonen van afbeeldingen van dergelijke handelingen in een daarvoor bestemde gelegenheid, wordt gestraft met gevangenisstraf van ten hoogste vier jaren of geldboete van de vierde categorie.

Artikel 248bis [Vervallen per 12-05-1971]

Artikel 248ter [Vervallen per 01-10-2000]

Artikel 249

1 Hij die ontucht pleegt met zijn minderjarig kind, stiefkind of pleegkind, zijn pupil, een aan zijn zorg, opleiding of waakzaamheid toevertrouwde minderjarige of zijn minderjarige bediende of ondergeschikte, wordt gestraft met gevangenisstraf van ten hoogste zes jaren of geldboete van de vierde categorie.

2 Met dezelfde straf wordt gestraft:

- 1 de ambtenaar die ontucht pleegt met een persoon aan zijn gezag onderworpen of aan zijn waakzaamheid toevertrouwd of aanbevolen;
- 2 de bestuurder, arts, onderwijzer, beambte, opzichter of bediende in een gevangenis, rijksinrichting voor kindbescherming, weeshuis, ziekenhuis, of instelling van weldadigheid, die ontucht pleegt met een persoon daarin opgenomen;
- 3 degene die, werkzaam in de gezondheidszorg of maatschappelijke zorg, ontucht pleegt met iemand die zich als patiënt of cliënt aan zijn hulp of zorg heeft toevertrouwd.

Artikel 250

1 Wordt gestraft:

- 1 met gevangenisstraf van ten hoogste vier jaren of geldboete van de vierde categorie, hij die het plegen van ontucht door zijn minderjarig kind, stiefkind of pleegkind, zijn pupil, een aan zijn zorg, opleiding of waakzaamheid toevertrouwde minderjarige of zijn minderjarige bediende of ondergeschikte met een derde opzettelijk teweegbrengt of bevordert;
 - 2 met gevangenisstraf van ten hoogste drie jaren of geldboete van de vierde categorie, hij die, buiten de gevallen genoemd onder 1°, het plegen van ontucht door een minderjarige wiens minderjarigheid hij kent of redelijkerwijs moet vermoeden, met een derde opzettelijk teweegbrengt of bevordert.
- 2 Indien de schuldige van het plegen van het misdrijf een gewoonte maakt, kunnen de gevangenisstraffen met een derde worden verhoogd.

Artikel 250a [Vervallen per 01-01-2005]

Artikel 250bis [Vervallen per 01-10-2000]

Artikel 250ter [Vervallen per 01-10-2000]

SGG dat buiten de zedenwet valt

De bovenstaande delicten zijn belangrijk voor dit ZP. De meeste patiënten die in het ZP terechtkomen, zijn ook voor een of meer van deze delicten veroordeeld. Maar als gezegd, de definitie van SGG is iets breder dan wat volgens de wet strafbaar is. Ten eerste is er seksueel gemotiveerd gedrag zoals de aanloop tot een seksueel delict, zonder dat het delict plaatsvindt, bijvoorbeeld door verzet van het slachtoffer of ingrijpen van omstanders of politie. Ook kan er sprake zijn van een andersoortig delict waar wel een seksuele motivatie aan ten grondslag ligt, bijvoorbeeld diefstal van ondergoed. Psychodynamische seksuele

interpretaties van niet-seksuele delicten, zoals brandstichting of tasjesroof vallen hier overigens uitdrukkelijk buiten.

Af en toe komt het voor dat iemand die een seksueel getinte moord heeft gepleegd alleen een veroordeling voor moord krijgt. Omdat de Nederlandse wet straffen niet bij elkaar optelt, volstaat men dan met een veroordeling voor moord, omdat deze de hoogste straf oplevert. In dat geval kan men uiteraard wel spreken van SGG.

In dit ZP gaat het om de aannemelijkheid dat er een seksueel delict heeft plaatsgevonden. Een veroordeling voor een seksueel delict is dus geen voorwaarde. Er kan ook sprake zijn van een ander soort sanctie, zoals uitzetting uit het ambt bij een priester of alleen van een bekentenis. Ook hier gaat het om de inschatting van de aannemelijkheid dat SGG heeft plaatsgevonden

Andersom kunnen er zich patiënten aandienen van wie het onaannemelijk is dat ze een seksueel delict hebben gepleegd, maar bij wie het wel aannemelijk is dat ze dit kunnen gaan doen. Dit betreft doorgaans vrijwillige aanmeldingen. Dit is slechts een kleine groep waarover empirisch weinig bekend is. Zoals eerder vermeld kan men overwegen deze mensen op te nemen in het ZP.

Prevalenties van SGG

Het is zeer moeilijk concrete cijfers te geven over de prevalentie van seksuele delicten. Een belangrijke reden hiervan is het hoge *dark number*. Waar de algemene aangiftebereidheid boven de 30% ligt, worden seksuele delicten het minst vaak aangegeven ([Mali, 2007](#)). De aangiftebereidheid is groter wanneer het gaat om een onbekende dader, er meer daders zijn, het een voltooid delict is of wanneer er een wapen of geweld is gebruikt met fysiek letsel tot gevolg. Men veronderstelt de grootste onderrapportage bij incest en seksueel misbruik binnen het gezin. In het geval van verkrachting door een bekende is de schatting dat minder dan 10% van de slachtoffers aangifte doet ([Mali, 2007](#)).

Tabel 1.1 geeft een en ander weer voor het jaar 2002. Eerst komt het geschatte aantal delicten per jaar op grond van de gemelde delicten in de slachtofferenquêtes van het CBS. Daarna volgen het aantal opgemaakte processen-verbaal, het aantal gehoorde verdachten uit de politiecijfers CBS, het aantal ingeschreven zaken bij het O.M. uit de rechtbankcijfers CBS en het aantal schuldigverklaringen door de rechter in de onherroepelijk afgedane zaken uit de OBJD.

Tabel 1.1 Het vóórkomen van (pogingen tot) verkrachting, aanranding en ontucht in verschillende bronnen in 2002 (Onderzoeks- en Beleidsdatabase Justitiële Documentatie, in Brouwers & Smit, 2005).

Ontucht	Verkrachting	Aanranding
Door slachtoffers gemelde delicten	15.000 tot 16.000	N.v.t.
Aantal processen-verbaal	1801	2737
Aantal gehoorde verdachten	1132	1398
Aantal ingeschreven zaken bij het O.M.	939	879
Aantal schuldigverklaringen door de rechter	362	389
		648

Van 1996 tot en met 2004 bedroeg het aantal geregistreerde aangiften van seksuele delicten in totaal 61.559. Het grootste deel, iets meer dan een derde, betreft aanrandingen. In 27 % van de gevallen gaat het om schennis van de eerbaarheid (exhibitionisme), in 12% om verkrachting en in 11% om ontuchtige handelingen met een persoon onder de 16 jaar ([Frenken, 2002](#); [Mali, 2007](#)).

In een onderzoek van de Rutgers Nisso Groep (RNG) ([Bakker et al, 2009](#); in [Movisie, 2009](#)) gaf een op de drie vrouwen en een op de 20 mannen aan ooit seksueel geweld (van kwetsende aanrakingen tot verkrachting) te hebben ondervonden. 12% Van de vrouwen en bijna 3% van de mannen zijn ooit verkracht. Gegevens van slachtofferenquêtes van het CBS laten zien dat op jaarbasis rond de 2% van de vrouwen en 0,3% van de mannen boven de 15 slachtoffer worden van een of meer ongewenste seksuele contacten. In de meeste gevallen gaat het om vervelend of kwetsend gedrag. Volgens [Portegijs et al 2006](#); in [Movisie, 2009](#)) overkomen seksuele delicten vrouwen:

- op het werk en op school: 36%;
- op straat: 19%;
- in horecagelegenheden: 17%;
- bij het slachtoffer thuis: 7%;
- bij een ander thuis: 4%.

Er is een groot sekseverschil als het gaat om jeugdige slachtoffers van seksueel geweld. Een op de vijf vrouwen en een op de 25 mannen heeft seksueel geweld meegemaakt voor het 16^{de} levensjaar ([Bakker et al, 2009](#); in [Movisie 2009](#)). Een eerder onderzoek van de RNG in 2006 liet vergelijkbare cijfers zien, waaruit verder bleek dat de gemiddelde leeftijd bij de aanvang van het misbruik 10 jaar is bij vrouwen en 11 jaar bij mannen ([Bakker & Vanwesenbeeck, 2006](#); in [Movisie 2009](#)). Deze cijfers komen overeen met die uit een onderzoek van De Graaf et al ,2005, in [Movisie 2009](#)) onder jongeren tot 25 jaar. Wat betreft slachtoffers van seksueel huiselijk geweld blijkt, op grond van landelijke politiecijfers uit

2007, 19,1% tussen de nul en 12 jaar te zijn, en 24% tussen de 12 en 18 jaar. Kinderen en pubers zijn dus een grote (43,1%) slachtoffergroep binnen het seksuele huiselijke geweld ([Ferwerda, 2008](#); in [Movisie, 2009](#)).

Is er sprake van psychoseksuele problematiek?

Het ZP SGG richt zich nadrukkelijk op de behandeling van psychoseksuele problematiek. Naast SGG moet er dus sprake zijn van psychoseksuele problematiek. Onder psychoseksuele problematiek wordt het volgende verstaan.

- Seksuele deviantie, afwijkende seksuele interesses, met name:
 - Seksuele interesse in kinderen
 - Seksuele interesse in niet-instemmende partner
 - Seksueel sadisme
 - Hyperseksualiteit
 - Andere psychoseksuele problematiek

De voor ons doel meest bruikbare omschrijving van deze psychoseksuele stoornissen loopt niet synchroon met de beschikbare [DSM-IV-TR](#) diagnoses. Hieronder wordt uitgelegd waarom.

Hierbij moet worden opgemerkt dat in 2013 de DSM-V zal uitkomen. De huidige voorstellen van de DSM-V sluiten beter aan bij de voor ons bruikbare omschrijvingen (zie: <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx> en 1.4.2.4).

De DSM-IV-TR

Parafilieën zijn volgens de DSM-IV-TR gedurende minstens zes maanden terugkerende, intense seksueel opwindende fantasieën, seksuele impulsen of gedragingen die betrekking hebben op kinderen of niet-instemmende personen, niet-menselijke objecten, lijden of vernederen van zichzelf of de partner ([American Psychiatric Association, 2000](#)). Tot de parafilieën worden gerekend:

- exhibitionisme,
- fetisjisme,
- frotteurisme,
- pedofilie (seksueel aangetrokken tot jongens, meisjes of beide seksen; exclusief of niet-exclusief; al dan niet beperkt tot incest),
- seksueel masochisme,
- seksueel sadisme,
- fetisjistisch transvestitisme,
- voyeurisme,
- de restcategorie 'parafilie niet anders omschreven' (N.A.O.).

Een parafilie voor afgedwongen seks en hyperseksualiteit komen niet als zodanig voor in de DSM-IV-TR-definitie. Verkrachting kan desgewenst worden gerangschikt onder de V-code voor seksueel misbruik van een volwassene (V61.12 als dader tevens partner is; V62.83 als dader niet tevens partner is).

De DSM-IV-TR lokt veel discussie uit in de literatuur en binnen het forensische veld blijken deze diagnoses amper te worden gebruikt. Een diagnose aan de hand van de DSM-IV-criteria brengt op grond van de volgende beperkingen problemen met zich mee.

Het is onduidelijk wat er wordt bedoeld met “recidiverend”, “intens” en “seksuele gedragingen”. Valt bijvoorbeeld *grooming* ([zie paragraaf 4.2.2](#)) onder seksuele gedragingen? Het gegeven dat men in de DSM-IV-TR gedragingen heeft opgenomen in criterium A heeft tot gevolg dat een en ander weliswaar gemakkelijker te meten is, omdat het om *over* gedrag gaat, maar leidt er ook toe dat de diagnose veel vaker wordt gesteld.

Evenmin is duidelijk hoe men fantasieën moet beoordelen, alsook wat men bedoelt met ‘klinisch significant lijden’ of ‘sociaal disfunctioneren’. Verder ontbreekt een motivatie voor de keuze van een termijn van zes maanden. Mogelijk is het de bedoeling een temporeel stabiel fenomeen te beschrijven. De gekozen duur ontbeert echter een empirische basis. Ook de leeftijdslimiet van 13 jaar geeft in de praktijk problemen.

Dat betekent dat de diagnose ‘parafilie’ al aan de orde is als iemand bepaald deviant seksueel gedrag heeft laten zien. Volgens de DSM-IV-TR kan men dus nu wel, anders dan volgens de DSM-IV, de diagnose pedofilie stellen als iemand pedoseksueel gedrag vertoont, maar hier verder niet onder lijdt. Een op gedrag gebaseerde diagnose is echter op veel meer zedendelinquenten van toepassing en differentieert niet tussen diegenen met en zonder voorkeur voor dat gedrag. Incestueus misbruik duurt meestal langer dan zes maanden, maar er ligt meestal geen pedofiele voorkeur aan ten grondslag. Toch krijgt een dergelijke pleger volgens de DSM-IV-TR de diagnose pedofilie. De diagnose is daarmee zo breed geworden dat deze weinig meer bijdraagt aan een accurate inschatting van het recidiverisico.

[Kingston et al \(2007\)](#) onderzocht de diagnose pedofilie aan de hand van onder andere de DSM (in deze studie III/III R) en vond geen significante relatie met de PPG of met de SSPI (PPG, zie [3.1.2.1](#); SSPI, [zie 2.1.4.3](#)). Er blijkt dan ook amper een relatie te bestaan tussen de DSM-diagnose en recidive. De DSM-IV-TR-diagnose is ook niet opgenomen in enig risicotaxatie-instrument.

De diagnose seksueel sadisme komt wel voor in de DSM-IV-TR. Ook voor seksueel sadisme geldt een gedragscriterium, ten minste als het hierbij gaat om sadistisch gedrag gericht op een niet-instemmende partner. [Marshall et al \(2002a, b\)](#) onderzochten in twee studies de validiteit van de diagnose seksueel sadisme. In een eerste studie vonden zij dat ervaren forensische psychiaters de diagnose vooral stelden bij patiënten die niet aan de DSM-IV-TR criteria voldeden. In een tweede studie vroegen zij aan internationaal bekende forensische psychiaters een aantal case-vignettes te beoordelen. Resultaat: een erg lage interbeoordelaarsbetrouwbaarheid ($\kappa = .14$).

Samengevat

- Twee van de belangrijkste psychoseksuele stoornissen of parafilieën als het gaat om seksuele delicten, een parafilie voor afgedwongen seks en hyperseksualiteit, komen niet expliciet in de DSM-IV-TR voor.
- De criteria voor pedofilie leiden niet tot een zinvol onderscheid tussen pedofiele en niet-pedofiele plegers van seksuele delicten jegens kinderen.
- De diagnose seksueel sadisme ontbeert de minimaal vereiste betrouwbaarheid.

Seksuele deviantie

Er is dus een nieuwe definitie nodig om de centrale psychoseksuele problematiek te beschrijven. Seksuele deviantie is niet gelijk aan SGG. De wet, wat mag en wat niet mag, loopt hier maar deels gelijk met wat als normaal en wat als afwijkend geldt (op grond van hoe vaak het voorkomt). Er zijn vele seksuele interesses die voor afwijkend doorgaan (pluchefetis, ballonnenfetisj, travestie), maar het grootste deel daarvan is niet strafbaar, omdat het gaat om seksuele interacties met voorwerpen of tussen instemmende volwassenen. Over deze afwijkende interesses gaat het in dit hoofdstuk niet, omdat mensen er doorgaans niet door in aanraking komen met justitie en de forensische psychiatrie. Alleen wanneer dergelijke deviante interesses delictgerelateerd zijn of samenhangen met hyperseksualiteit zijn ze relevant voor dit ZP ([zie 1.4.2.4](#)).

Voor SGG zijn vooral die seksuele interesses van belang die zich richten op niet-instemmende personen en kinderen onder de 16. Seksueel gedrag dat anderen schaadt dus. Dit zijn de seksuele gedragingen die bij wet zijn verboden. Echter, meisjes of jongens van 14 of 15 seksueel aantrekkelijk vinden is weer niet per se seksueel deviant. De meeste volwassen mannen vinden jonge meisjes wel eens aantrekkelijk. Maar de sociale conventie vereist dat ze daar niets mee doen. Seks met een puber is dan ook eerder antisociaal gemotiveerd dan dat het uit seksuele deviantie voortkomt.

Ook enige interesse in afgedwongen seks komt veel vaker voor dan men zou denken. Zo constateerde Malamuth in 1980 dat 51% van een groep Amerikaanse *college*-studenten aangaf een verkrachting te zullen plegen als ze zeker zouden weten dat ze ermee wegwamen ([Malamuth et al, 1980](#)).

Seksueel sadisme komt ook voor binnen sadomasochistische relaties tussen instemmende volwassenen. Seksueel sadisme is opwinding door de seksuele partner te laten lijden of te vernederen. Zonder instemming van die partner is er sprake van SGG en dus van een voor dit ZP relevante deviantie. Dit soort seksueel sadisme blijkt gelukkig relatief zeldzaam.

Interesse versus voorkeur

Bij SGG is er natuurlijk altijd minimaal sprake van enige – maar mogelijk eenmalige – interesse in dat gedrag, i.c. seksuele interesse in een kind of een niet-instemmende partner. Voor veel mensen valt dergelijk gedrag binnen hun mogelijke repertoire en, wanneer er op grond van antisociale problematiek en impulsiviteit onvoldoende remming is van dit gedrag, kan het een keer voorkomen. Dat is dan nog geen seksuele deviantie. Seksuele deviantie

wordt het wanneer er een uitgesproken interesse bestaat in het deviante gedrag of zelfs een, al dan niet exclusieve, voorkeur. Er is dan een innerlijke *drive* voor dat SGG, wat uiteraard een groot probleem met zich meebrengt als het gaat om terugvallen in dergelijk gedrag.

Hyperseksualiteit

Het begrip 'hyperseksualiteit' heeft betrekking op mannen en vrouwen met een excessieve behoefte aan seksualiteit, maar kent nog geen eenduidige definitie of diagnose ([Kaplan & Krueger, 2010](#)). Het gaat hier om een abnormaal sterke seksuele preoccupatie en als zodanig betreft het vooral de kwantiteit van het seksuele gedrag of de gedachten, en niet zozeer de vorm en inhoud ervan ([Kafka, 1997](#)).

De voorstellen voor DSM-V spreken van een *hypersexual disorder*, een nieuwe psychiatrische (!) stoornis, die men zou kunnen opnemen in de *Sexual Disorders section*. [Kafka \(2010\)](#) geeft aan dat er zich belangrijke lacunes voordoen in de huidige wetenschappelijke kennis op het punt van het klinische verloop, de risicofactoren in de ontwikkeling, de gezinshistorie, en de neurobiologie en –psychologie van de stoornis. Hij geeft ook een tabel van de diagnostische criteria voor deze stoornis in DSM-V, die overigens niet duidelijk maakt of en in hoeverre elk van de criteria noodzakelijk of voldoende zijn om de stoornis te indiceren.

[Proposed diagnostic criteria for Hypersexual Disorder in DSM_V](#)

Proposed diagnostic criteria for Hypersexual Disorder in DSM_V

A. Over a period of at least 6 months, recurrent and intense sexual fantasies, sexual urges, or sexual behaviors in association with 3 or more of the following 5 criteria:

A1. Time consumed by sexual fantasies, urges or behaviors repetitively interferes with other important (non-sexual) goals, activities and obligations.

A2. Repetitively engaging in sexual fantasies, urges or behaviors in response to dysphoric mood states (e.g., anxiety, depression, boredom, irritability).

A3. Repetitively engaging in sexual fantasies, urges or behaviors in response to stressful life events.

A4. Repetitive but unsuccessful efforts to control or significantly

reduce these sexual fantasies, urges or behaviors.

A5. Repetitively engaging in sexual behaviors while disregarding the risk for physical or emotional harm to self or others.

B. There is clinically significant personal distress or impairment in social, occupational or other important areas of functioning associated with the frequency and intensity of these sexual fantasies, urges or behaviors.

C. These sexual fantasies, urges or behaviors are not due to the direct physiological effect of an exogenous substance (e.g., a drug of abuse or a medication)

Specify if:

Masturbation

Pornography

Sexual Behavior with Consenting Adults

Cybersex

Telephone Sex

Strip Clubs

Other:

[Kaplan & Krueger \(2010\)](#) geven een overzicht van de etiologie, verschijningsvormen, theoretische modellen, comorbiditeit, diagnose en behandelingen van hyperseksualiteit. Ze benadrukken ook de heterogeniteit van de patiënten die hiervoor in behandeling zijn.

Hyperseksualiteit kan zich in beginsel richten op uitsluitend 'normale' en legale seksuele ideeën of gedragingen. Hyperseksualiteit en seksuele deviantie komen wel vaak samen voor. Personen met veel afwijkende interesses of voorkeuren zijn vaak ook hyperseksueel. Hyperseksuele personen hebben namelijk vrijwel altijd ook afwijkende seksuele interesses of voorkeuren. Hyperseksualiteit kenmerkt zich als een hele grote en meestal ook hele brede seksuele interesse, die gemakkelijk iets grensoverschrijdends insluit. Een hyperseksuele persoon met veel afwijkende interesses heeft een grotere kans op een toekomstig delict. Hoe meer seksueel afwijkende interesses of voorkeuren en hoe groter de drang naar

seksuele activiteit, des te groter de kans op een seksueel delict ([Ten Hag, 2007](#)). [Kaplan & Krueger \(2010\)](#) geven overigens aan dat er nog steeds geen overeenstemming bestaat over een definitie van hyperseksualiteit, maar dat er zich wel een dialoog ontwikkelt om de uiteenlopende conceptualisaties en verklaringen te integreren.

Andere psychoseksuele problematiek

Andere psychoseksuele problematiek omvat alle andere psychoseksuele problematiek gerelateerd aan SGG. Hier kunnen dus andere afwijkende voorkeuren onder vallen, die op zichzelf niet illegaal zijn, maar wel tot delictgedrag hebben geleid, zoals impotentieproblemen, *gender*-kwesies of gynaecologische preoccupaties. Een en ander moet wel samenhangen met SGG en dat betekent meestal dat naast de afwijkende voorkeur, die in principe niet strafbaar is, een en ander is gebeurd zonder toestemming van het slachtoffer, wat wel strafbaar is

Risicotaxatie

Wat is risicotaxatie?

In tegenstelling tot wat de media ons willen doen geloven, recidiveren de meeste zedendelinquenten niet. Slechts 10% van alle behandelde en 20% van alle onbehandelde, veroordeelde zedendelinquenten worden binnen afzienbare tijd (ongeveer 10 jaar) opnieuw veroordeeld of aangeklaagd voor een zedendelict ([Hanson, & Morton-Bourgon \(2009\)](#); [Schmucker & Lösel, 2008](#)). Deze percentages kan men dus beschouwen als de algemene *base-rate* voor seksuele recidive van veroordeelde zedendelinquenten. Hoewel dat wat minder geldt voor *recidive-base-rates* dan voor *base-rates*, die uitgaan van de gehele populatie, is hierbij vaak sprake van onderrapportage, iets om bij risicotaxatie rekening mee te houden. Ook blijkt steeds meer dat zedendelinquenten een zeer heterogene groep vormen ([De Vogel, 2005](#); [Doren, 1998](#); [Prentky et al, 1995](#)). In dit zeer heterogene gezelschap bevinden zich ook individuen die geneigd blijven telkens opnieuw seksuele delicten te plegen. Het is dan ook cruciaal deze laatsten als zodanig te identificeren.

[Hanson & Morton-Bourgon \(2009\)](#) hebben een meta-analyse gedaan over de validiteit van risicotaxatie in termen van recidivisme voor zedendelinquenten. De meta-analyse ging over 118 onderzoeken in 16 landen (gemiddelde follow-up-tijd 70 maanden). Zij maakten geen onderscheid tussen behandelde en onbehandelde seksuele delinquenten. De recidivepercentages zijn weergegeven in tabel

Tabel: Recidivepercentages van verschillende soorten delinquenten (Hanson & Morton-Bourgon, 2009)

Recidive-Percentage	Aantal patiënten	Aantal steekproeven	Soort recidive
11,5	28.757	100	Seksueel
19,5	17.421	50	Seksueel + Gewelddadig
33,2	23.343	65	Algemeen

Andere recidive-percentages, gespecificeerd naar behandelde en onbehandelde patiënten komen naar voren uit de studies van [Hanson et al \(2009\)](#) en [Schmucker & Lösel \(2008\)](#). Deze onderzoeken komen aan de orde in het hoofdstuk over evaluatie in [5.1](#).

[De Vogel & De Ruiter \(2004\)](#) onderzochten retrospectief recidivegegevens (met een gemiddelde follow-up-tijd 140 maanden) van 121 seksuele delinquenten, opgenomen tussen 1974 en 1996 in de Van der Hoeven Kliniek. De base-rate voor seksuele recidive was 39%, voor niet-seksueel gewelddadige recidive 46% en voor algemene recidive 74%. Gecorrigeerd voor de tijd dat de delinquenten blootstonden aan risico op recidive liepen deze cijfers respectievelijk op tot 48%, 63% en 91%. Deze percentages liggen opvallend veel

hoger dan die van [Hanson & Morton-Bourgon \(2009\)](#). Dit kan een kwestie zijn van de aanzienlijk langere follow-up-tijd, de behandeling of de ernst van de problematiek, maar in essentie valt hierover weinig te zeggen.

Base-rates van verschillende subgroepen

Een goede manier om te kijken naar het recidiverisico is de gehele, heterogene groep zedendelinquenten onder te verdelen in kleinere, meer homogene subgroepen en voor elke subgroep het bijbehorende recidivepercentage te bepalen. In de jaren 90 is een aantal studies gedaan naar zulke recidive-*base-rates*. Delinquenten werden daarbij ingedeeld naar delict (zoals exhibitionisme), maar vooral ook naar hun slachtoffers: slachtoffers onder of boven de zestien, bekende of onbekende slachtoffers, en jongens of meisjes.

De grote meta-analyse van [Schmucker & Lösel, 2008](#), zie [ook 5.1](#)) laat zien dat verkrachters het meeste recidiveren, gevolgd door exhibitionisten en pedoseksuelen buiten het gezin, met incestplegers op een duidelijke laatste plaats.

[Hanson & Bussière \(1998\)](#) deden een meta-analyse naar recidive van zedendelinquenten over 61 onderzoeken. Gemiddeld bedroeg de SGG-recidive 13,4% (n = 23.393; gemiddelde follow-up-periode 4 à 5 jaar). Voor verkrachters was dat 18,9% (n = 1.839), voor pedofiele daders 12,7% (n = 9,603). Het recidivisme voor niet-seksueel geweld bedroeg 12,2% (n = 7.155). Dit laatste getal lag echter aanzienlijk lager voor pedofiele daders (9,9%; N= 1.774) dan voor verkrachters (22,1%; N =782). Het recidivisme voor welk misdrijf dan ook bedroeg 36,3% overall (n= 19,374), voor pedofiele daders 36,9% (n = 3.363) en voor verkrachters 46,2% (n= 4.017).

Recidivecijfers zedendelinquenten, Nederlandse onderzoeken.

	De Ruiter & De Vogel, 2004			Van Horn, Mulder & Scholing, 2006		Nieuwbeerta, Blokland & Bijleveld, 2003	
Follow-up-periode	20-291 maanden			12-88 maanden		25 jaar	
N	121			149		88	
Populatie	Tbs-gestelden			Ambulant patiënten		In 1977 veroordeeld voor een zedendelict	
Recidive (%)	Seksuueel	Geweld	Alg	Seksueel	Geweld	Seksueel	Algemeen
Verkrachter	33	44	72	5.6	?	24	76
Pedoseksueel	59	52	78	12.5	?	28 (ontucht/incest)	66
Meisje	44	50	69		?		
Jongen	80	50	90		?		
Incestpleger				3.7	?		
Exhibitionist				23.1 (75% hands-on)		40	65
Totale populatie	39	46	74	9.5	3.8	29	71

De Nederlandse studies laten dus een ander beeld zien dan de eerder genoemde twee internationale meta-analyses. Er zij echter op gewezen dat deze getallen, en hun verschillen, vrijwel niet zijn te interpreteren. Allereerst zijn de Nederlandse aantallen veel kleiner dan die van de internationale meta-analyses. Verder is er bij zedendelicten nu eenmaal sprake van een hoog *dark number* en hangen de verschillen in gevonden *base-rates* ook af van de

uiteenlopende definities (e.g. [Nieuwenhuijzen & Philipse, 2002](#); [Bonta & Hanson, 1994](#)). Zo zijn er onder andere verschillen in:

- de wijze waarop de percentages worden berekend,
- de follow-upperiodes,
- het recidivecriterium (arrestatie, veroordeling, detentie of zelfrapportage),
- de aard van de recidive (zoals seksueel, of seksueel en gewelddadig, et cetera).

De meeste onderzoeken definiëren recidive overigens als een nieuwe aanklacht of veroordeling voor een nieuw seksueel delict na een ruime follow-upperiode van minimaal vijf jaar, maar meestal 10 jaar of meer.

Gestructureerde risicotaxatie: indelen op risico

Risicotaxatie is in dit ZP een gestructureerde inschatting van het risico dat iemand opnieuw een seksueel delict zal plegen. De beschikbare risicotaxatie-instrumenten zijn op vergelijkbare empirische manieren tot stand gekomen. Alle mogelijke informatie over de plegers, hun slachtoffers en delicten is uit oude dossiers van veroordeelde zedendelinquenten gehaald. Vervolgens is nagegaan welke daders opnieuw zijn aangeklaagd en veroordeeld voor een zedendelict, en waarin deze recidivisten verschilden van degenen die niet opnieuw zijn veroordeeld. Alle kenmerken die correleren met recidive (dat wil zeggen: kenmerken die recidivisten onderscheiden van niet-recidivisten) komen in een lijst. Die lijst dient vervolgens om bij nieuwe delinquenten het recidiverisico te taxeren.

Eigenlijk is ook dit een manier om de gehele groep zedendelinquenten onder te verdelen in kleinere subgroepen met een bijbehorend recidiverisico. De items van de instrumenten vallen dan ook deels samen met de hierboven beschreven indeling op grond van het delict of de slachtofferkeuze. Dat houdt bijvoorbeeld in dat mannen die delicten plegen met jongetjes buiten het gezin als slachtoffer hoger scoren dan incestplegers. Dat betekent overigens niet dat een persoon wel of niet zal recidiveren. Het gaat hier immers om kansberekening.

Sinds de jaren 90 van de vorige eeuw heeft deze vorm van risicotaxatie een hoge vlucht genomen (zie [Craig, Browne & Beech, 2008](#) voor een overzicht). Het belang van een gestructureerde risicotaxatie bij personen die onder invloed van een geestesstoornis een (ernstig) delict pleegden, vindt in steeds bredere kring erkenning. Het Verlofbeleidskader ([RSJ, 2007](#)) schrijft bijvoorbeeld voor dat een risicotaxatie met een instrument dat een schatting geeft van het risico voor (seksueel) gewelddadig gedrag deel uitmaakt van de verlofaanvraag. Dit berust op de overtuiging dat risicotaxatie zowel de consistentie en transparantie van de besluitvorming over verlofmodaliteiten en uitstroom als de TBS-maatregel zelf verbetert, alsook dat men zo het aantal recidives kan terugdringen. Daarnaast waarborgt gestructureerde risicotaxatie de rechten van alle betrokkenen: al dan niet verloven toekennen gebeurt zo op zakelijke gronden die van belang zijn voor de algemene veiligheid.

De beschikbare empirische fundering kent echter haar beperkingen. Zo zijn de hier besproken instrumenten en de daarin ondergebrachte factoren uitsluitend van toepassing op volwassen mannen die al eerder een seksueel delict hebben gepleegd. Voor andere plegers is (nog) geen empirische evidentie beschikbaar. Wegens de centrale rol van risicotaxatie in dit ZP is de doelgroep van dit ZP min of meer op dezelfde wijze gedefinieerd.

Actuariel versus gestructureerd klinisch oordeel

In het meeste internationale onderzoek naar de risicotaxatie voor zedendelinquenten neemt de validiteit van het gestructureerde klinische oordeel een middenpositie in tussen de actuariële instrumenten en het ongestructureerde klinische oordeel, waarbij de empirische bepaalde actuariële maten het meest valide bleken ([Hanson & Morton-Bourgon, 2004, 2009](#)). De effectgroottes voor de actuariële maten waren matig tot groot in termen van de gebruikelijke standaarden op dit punt. De utiliteit van deze maten hangt mede af van de vervolginstanties waarnaar de patiënten zijn doorverwezen en van de specifieke steekproeven.

In het onderzoek van [De Vogel \(2005\)](#) echter bleek voor plegers van SGG na een TBS-behandeling het gestructureerde klinische oordeel een betere voorspeller van seksuele recidive dan een actuariële inschatting. Dit onderzoek staat echter op zichzelf. Andere onderzoeken in de TBS-sector laten een veel minder goede voorspellende waarde van het gestructureerde klinische oordeel (met de SVR-20) zien ([Schönberger et al, 2008](#); [Koster, Lankveld & Spreen 2006](#)). Voor zover het gestructureerde klinische oordeel het goed doet, is dit waarschijnlijk alleen het geval als het plaatsvindt onder zeer strikte voorwaarden.

Overigens stelt [Hanson \(2009a\)](#) dat er geen eenduidige empirische ondersteuning is voor de suprematie van een van de drie voornaamste methoden van risicotaxatie, te weten het gestructureerde professionele oordeel, volledig actuariële risicotaxatie en de klinische interpretatie van actuariële resultaten. Bovendien stelt hij dat klinische evaluaties van actuariële resultaten vaak onvermijdelijk zijn. Wel spreekt hij de overtuiging uit dat zuiver empirische en actuariële instrumenten uiteindelijk het meest accuraat zouden moeten zijn. Volgens [Hanson \(2009a\)](#) neigt dit ook uit de meest recente meta-analyses naar voren te komen ([Hanson & Morton-Bourgon, 2009](#)).

Actuariële statische instrumenten

Bij actuariële statische instrumenten gaat het om feitelijke informatie die meestal goed in dossiers is terug te vinden. Deze instrumenten zijn dan ook relatief eenvoudig en zeer betrouwbaar in te vullen. Een training in het gebruik van een dergelijk instrument blijft echter noodzakelijk, evenals zorgvuldige raadpleging van de handleiding. Om tot hoge interbeoordelaarsbetrouwbaarheden te kunnen komen moet men zich strikt aan de scoringsregels houden. Zonder die hoge betrouwbaarheid komt de validiteit van deze actuariële statische instrumenten in gevaar ([Schönberger et al, 2008](#)). Hoewel ook de predictieve validiteit van deze instrumenten te wensen overlaat, houden ze wel een verbetering in en zijn ze het beste wat er nu voorhanden is op het gebied van risicotaxatie.

Voor alle hier besproken instrumenten geldt dat ze (nog) niet voor een Nederlandse populatie van zedendelinquenten zijn gevalideerd. De RRASOR en de STATIC-99 zijn wel

gebruikt in risicotaxatie-onderzoek bij uitgestroomde TBS-patiënten en ambulante forensische patiënten ([De Vogel et al, 2004](#); [Schönberger et al, 2008](#); [Van Horn, Scholing & Mulder, 2005](#)).

RRASOR

In 1997 ontwikkelde Hanson in Canada de RRASOR, *Rapid Risk Assessment for Sexual Offence Recidivism* ([Hanson, 1997](#)). Uit de verzameling factoren die recidive voorspellen uit zijn meta-analyse ([Hanson & Bussière, 1996](#)) selecteerde hij met stapsgewijze regressie de volgende vier items die seksuele recidive het beste voorspellen:

- eerdere seksuele delicten,
- leeftijd van de pleger,
- geslacht van het slachtoffer,
- de relatie tot het slachtoffer

Het instrument kent geen indeling in categorieën, maar gebruikt alleen de eindscore, die van 0 tot 6 loopt. De RRASOR laat over het algemeen een redelijke validiteit zien voor seksuele recidive met een gemiddelde AUC-waarde van .66 over 34 studies ([Hanson & Morton-Bourgon, 2009](#)). De voorspellende waarde verschilt wel behoorlijk per onderzoekspopulatie en is iets beter voor pedoseksuele plegers dan voor verkrachters ([Hanson & Thornton, 2000](#); [Sjöstedt & Långström, 2000](#); [Barbaree et al, 2001](#); [Langton et al, 2007](#)).

Men kan vrij beschikken over de coderingsregels van de RRASOR (Hanson, 1997), maar ze zijn niet in het Nederlands vertaald. De RRASOR is in zijn geheel opgenomen in de STATIC-99 met dezelfde coderingsregels en kan dus altijd worden bepaald bij een afname van de STATIC-99.

SACJ-Min

Tegelijk met de RRASOR in Canada werd in het UK de *Structured Anchored Clinical Judgement* ontwikkeld (SACJ-Min; [Grubin, 1998](#)). De scoring omvat twee stappen. Op grond van de scores op vijf items (over eerdere seksuele en geweldsdelicten) komt iemand in een lage, matige of hoge risicocategorie. Op grond van de score op drie extra items (over slachtofferkenmerken, eventuele *hands-off* delicten en relationele geschiedenis) kan een pleger nog een of twee risicocategorieën stijgen.

De SACJ-Min is niet veel onderzocht, maar komt in de laatste meta-analyse tot een teleurstellende gemiddelde AUC-waarde van .46 over zes studies ([Hanson & Morton-Bourgon, 2009](#)). De SACJ-Min wordt niet veel meer gebruikt omdat er een nieuwe versie van het instrument is verschenen, de Risk Matrix 2000 (zie verderop).

SORAG

De *Sex Offender Risk Appraisal Guide*, ([Quinsey et al, 2006](#)), ontwikkeld in de VS, is een gewijzigde vorm van de *Violence Risk Appraisal Guide* (VRAG), een veel gebruikt actuarieel, statisch risicotaxatie-instrument voor geweldsrecidive. Van de VRAG is één item aangepast

– het geslacht van de slachtoffers – en één item verwijderd. Daarnaast zijn er drie items toegevoegd over eerdere seksuele en geweldsdelicten, en afwijkende seksuele interesses. Het resultaat is een instrument met 14 items, die deels relatief eenvoudig zijn te scoren (leeftijd, burgerlijke staat, criminele voorgeschiedenis), maar deels ook ingewikkelder zijn te scoren (persoonlijkheidsstoornis, ontwikkelingsproblemen, psychopathie). De scoring van de items is ingewikkeld wegens de weging en leidt tot een indeling in negen risicocategorieën.

Vooraf de bepaling van psychopathie met de PCL-R (of eventueel de PCL:SV), wanneer die score niet al voor de risicotaxatie beschikbaar is, kost veel extra tijd en inspanning. De PCL-R-score kan men eventueel vervangen door die op de veel eenvoudiger in te vullen CATS. Daarnaast heeft het instrument de uitslag van een fallometrisch onderzoek als item. Zulk onderzoek wordt in Nederland niet gedaan bij deze doelgroep, maar deze maat kan men vervangen door de score op de SSPI, (*Screening Scale for Pedophilic Interest*, [Seto & Lalumière, 2001](#)), een met de RRASOR vergelijkbaar instrument, dat aan de hand van vier slachtofferkenmerken probeert aan te geven of er sprake is van een afwijkende seksuele interesse in kinderen. Ten slotte meet de SORAG de ernst van het delictverleden met de *Cormier-Lang Criminal History Score*, die elk delict een score geeft op grond van het Amerikaanse classificatiesysteem van delicten. Van deze lijst is geen Nederlandse vertaling beschikbaar. Al met al is de scoring van de SORAG vergeleken met de andere instrumenten moeizaam en tijdrovend.

Uit internationaal onderzoek komt de voorspellende waarde van de SORAG naar voren als redelijk: een gemiddelde AUC-waarde van .60 over 12 studies ([Hanson & Morton-Bourgon, 2009](#)). Er zijn aanwijzingen dat de SORAG een betere voorspeller is voor pedoseksuele delicten dan voor verkrachting ([Harris et al, 2003](#)). Het boek *Violent Offenders* ([Quinsey et al, 2006](#)) geeft – tamelijk summiere – coderingsregels.

STATIC-99

De STATIC-99 is internationaal het meest gebruikte en meest onderzochte instrument in zijn soort. Het instrument is voortgekomen uit het onderzoek van [Hanson & Thornton \(2000\)](#), waarin zij alle items van de RRASOR en een deel van die van de SACJ-Min verenigen. De STATIC-99 bestaat uit 10 items over eerdere seksuele, gewelds- en overige delicten, slachtofferkenmerken, relationeel verleden en leeftijd. De totaalscore van de items ligt tussen de nul en de 12 en leidt tot een indeling in vier risicocategorieën van laag tot hoog. De STATIC-99 laat over de vele onderzoeken heen, ook in Nederland, een vrij consistente voorspellende waarde zien (gemiddelde AUC-waarde .74 over 63 studies; [Hanson & Morton-Bourgon, 2009](#); [De Vogel et al, 2003](#); [Ducro & Pham, 2006](#); [Looman, 2006](#); [Van Horn, Mulder & Scholing, 2006](#)). Uit onderzoek van [Schönberger et al \(2008\)](#) onder seksuele delinquenten (ex-TBS-ers, zowel verkrachters en aanranders als pedoseksuele daders; N=88) kwam echter naar voren dat de predictieve validiteit van de Static-99-totaalscore en van de risicocategorieën voor de totale groep voor seksuele recidive beperkt was (AUC-waarden van 0.56 en 0.57). Ook voor gewelddadige niet-seksuele recidive was de predictieve validiteit van de totaalscore en van de risicocategorie voor de totale groep matig (AUC-waarden 0.62 en 0.59). Voor algemene gewelddadige recidive was de predictieve validiteit van de Static-99 totaalscore (AUC=0.67, $p<0.01$) en van de risicocategorie (AUC=0.63, $p<0.05$) matig tot redelijk.

Tabel 2.1.4.4 vermeldt de recidivepercentages van de verschillende risicocategorieën.

Tabel Voorspellende waarde van STATIC-99 (overgenomen uit Hanson & Thornton, 2000)		Seksuele recidive		
Risicocategorie	n	na 5 jaar	na 10 jaar	na 15 jaar
Laag	257 (24%)	0.06	0.09	0.09
Laag gemiddeld	410 (38%)	0.11	0.14	0.18
Hoog gemiddeld	290 (27%)	0.30	0.34	0.37
Hoog	129 (12%)	0.39	0.45	0.52

Van de plegers in de lage risicocategorie heeft na 15 jaar minder dan een op de 10 gerecidiveerd met een nieuw seksueel delict, terwijl van de plegers in de hoge risicocategorie dan iets meer dan de helft zo heeft gerecidiveerd. Deze recidivepercentages per risicocategorie van de STATIC-99 komen vrij consistent terug in verschillende onderzoekspopulaties ([Doren, 2004](#)).

De STATIC-99 is ook vertaald in het Nederlands ([Van Beek, De Doncker & De Ruiter, 2001](#)) en is in gebruik bij de reclassering en in de TBS-sector.

STATIC-2002

De STATIC-2002 is een gewijzigde versie van de Static-99. De 13 items van de STATIC-2002 zijn onderverdeeld in vijf clusters: leeftijd, persistentie van seksuele delicten, deviante seksuele interesses, relatie tot slachtoffers en algemeen crimineel gedrag. De itemscores worden per cluster opgeteld en leiden tot een bepaalde clusterscore. De clusterscores worden opgeteld tot een totaalscore, die leidt tot een indeling in vier risicocategorieën. Deze scoringsprocedure vereist wel een hoge mate van zorgvuldigheid, ook al omdat de toegevoegde items lastig in de dossiers zijn terug te vinden. Over zaken als arrestaties voor zedendelicten in de jeugd, twee of meer slachtoffers onder de 12 van wie minstens een geen familie is en aantal jaren in vrijheid voor het plegen van het indexdelict is vaak moeilijk uitsluitel te geven. De STATIC-2002 wordt internationaal aanzienlijk minder gebruikt dan de STATIC-99. Uit onderzoeken naar de STATIC-2002 komt een redelijke voorspellende waarde naar voren: een gemiddelde AUC-waarde van .71 over acht onderzoeken ([Hanson & Morton-Bourgon, 2009](#)).

De coderingsregels van de STATIC-2002 zijn vrij toegankelijk ([Hanson & Thornton, 2003](#)), maar niet in een Nederlandse vertaling beschikbaar.

Actuariële dynamische instrumenten

SONAR

De *Sex Offender Need Assessment Rating* is het eerste actuariële dynamische instrument, ook ontwikkeld in Canada ([Hanson & Harris, 2001](#)). De dynamische items van de SONAR zijn onderverdeeld in vijf stabiele factoren en vier acute factoren. De stabiele dynamische factoren zijn:

- intimiteitsproblemen,
- sociale invloeden,

- antisociale opvattingen,
- seksuele zelfregulering,
- algemene zelfregulering.

De acute dynamische factoren zijn:

- middelenmisbruik,
- negatieve stemming,
- boosheid / vijandigheid,
- toegang tot slachtoffers.

De SONAR is minder gemakkelijk te scoren dan de statische actuariële instrumenten, omdat dynamische factoren vaak een inschatting van een psychologische toestand inhouden.

[Hanson & Harris \(2001\)](#) onderzochten de SONAR in een populatie verkrachters en pedoseksuele daders. Het instrument liet een behoorlijke predictieve validiteit zien. De SONAR wordt internationaal nog regelmatig gebruikt. Er is een onofficiële Nederlandse vertaling van de SONAR beschikbaar (ontwikkeld in de Van der Hoevenkliniek). Inmiddels hebben Hanson en Harris de SONAR verder ontwikkeld tot twee instrumenten, de [STABLE](#) en de [ACUTE](#)

STABLE

De STABLE is het verder ontwikkelde stabiele dynamische gedeelte van de SONAR. Het instrument heeft 17 stabiele dynamische items in vijf domeinen te weten:

- intimiteitsproblemen,
- sociale invloeden,
- algemene zelfregulering,
- seksuele zelfregulering,
- de mate van samenwerking met toezicht.

De items van de STABLE zijn minder gemakkelijk te scoren dan de statische actuariële instrumenten, omdat dynamische factoren vaak een inschatting van een psychologische toestand inhouden. Wel kent de STABLE een handleiding met zo strikt mogelijke scoringsregels en een semigestructureerd interview, zowel voor klinische als ambulante patiënten. Dit maakt het instrument ook geschikt voor gebruik in een minder specialistische setting.

In 2003 is begonnen met de validering van beide instrumenten in het *Dynamic Supervision Project* ([Harris & Hanson, 2003](#)), een soort reclasseringscontact, dat plegers volgt bij hun re-integratie in de samenleving. Omdat zij het instrument tegelijkertijd onderzoeken en gebruiken om recidive te voorkomen zijn de resultaten van het onderzoek moeilijk te interpreteren. De validiteit voor de STABLE-schaal voor seksuele recidive blijkt redelijk (Hanson et al, 2007b). Uit onderzoek komt naar voren dat de combinatie van de STABLE en de STATIC-99 (STATIC-99, zie [2.1.4.4](#)) een aanzienlijke verbetering van de validiteit oplevert ([Matthes, Rettenberger & Eher, 2010](#)).

De coderingsregels van de STABLE-2007 zijn vrij beschikbaar ([Hanson et al, 2007a](#)) in het Engels. Aan een Nederlandse vertaling wordt momenteel gewerkt.

ACUTE

De ACUTE is het verder ontwikkelde acute, dynamische gedeelte van de SONAR. Het instrument bestaat uit zeven acute, dynamische items. Als de totaalscore boven een bepaalde waarde komt, is dat een alarmsignaal. Onmiddellijk ingrijpen valt dan aan te raden. De items van de ACUTE zijn relatief gemakkelijk te scoren en het instrument is bedoeld om bij elk contact met de pleger af te nemen.

Het *Dynamic Supervision Project* ([Harris & Hanson, 2003](#)), dat plegers volgt bij hun re-integratie in de samenleving, valideert ook de ACUTE. Omdat ook dit instrument tegelijkertijd wordt onderzocht en gebruikt om recidive te voorkomen zijn de resultaten van dit onderzoek eveneens moeilijk te interpreteren. Uit het *Dynamic Supervision Project* komt overigens wel naar voren dat de acute factoren wellicht stabiel zijn dan gedacht. Dat wil zeggen dat niet de laatste afname voor de recidive, maar de gemiddelde score over de laatste jaren het beste die recidive voorspelt. Verder onderzoek moet hierover uitsluitsel geven ([Hanson et al, 2007b](#)).

De coderingsregels van de ACUTE-2007 zijn beschikbaar ([Hanson et al, 2007a](#)). Aan een Nederlandse vertaling wordt gewerkt.

Gestructureerd klinisch oordeel

SVR-20

De in Canada ontwikkelde *Sexual Violence Risk-20* ([Boer et al, 1997](#)) is het bekendste instrument voor zedendelinquenten dat werkt volgens de methode van het gestructureerde klinische oordeel. Het gebruik van dit instrument is sinds 2004 verplicht bij de beoordeling van verlofaanvragen bij TBS-patiënten.

De 20 items zijn deels gekozen op grond van onderzoek, deels op grond van inzichten van deskundigen. De items zijn onderverdeeld in de volgende drie domeinen.

- Psychosociale aanpassing (11)
- Seksuele delicten (7)
- Toekomstplannen (2)

Slechts vier items zijn dynamisch van aard. De mate waarin plegers hun delicten ontkennen, minimaliseren of goedpraten, hun houding tegenover de behandeling en hun eigen toekomst zijn de factoren in de SVR-20 die te veranderen zijn. Alle items worden gescoord op een driepuntsschaal: aanwezig, waarschijnlijk of enigszins aanwezig, en afwezig. Een aantal items houdt een klinisch oordeel of een klinische inschatting in. Men kan de lijst met factoren per geval aanvullen met eventuele extra risico- en beschermende factoren. Het eindoordeel is geen optelsom, maar een klinisch oordeel op grond van de besproken risicofactoren. De

pleger komt op grond van het eindoordeel terecht in de risicocategorieën laag, matig of hoog. De SVR-20 is moeilijk te scoren. Daarnaast ontbeert een aantal opgenomen factoren, bijvoorbeeld ontkenning, eenduidige empirische steun. Verder ontbreken sommige algemeen geaccepteerde risicofactoren (zoals het aantal eerdere seksuele delicten). Aan een revisie wordt gewerkt (Boer, pers. comm., 2009).

De onderzoeksresultaten over de validiteit van de SVR-20 zijn schaars en lopen sterk uiteen. De laatste meta-analyse ([Hanson & Morton-Bourgon, 2009](#)) splitst de resultaten uit naar onderzoeken die gebruikmaken van het gestructureerde klinische eindoordeel van de SVR-20 en degene die de scores gewoon optellen (actuariële puntentelling). Deze laatste procedure levert met de items van de SVR-20 een matige gemiddelde AUC waarde op: .60 over 10 studies. Dit komt overeen met de voorlopige resultaten van een lopend Nederlands valideringsonderzoek in een brede populatie zedendelinquenten in de Van der Hoevenkliniek.

Er is weinig onderzoek gedaan naar de validiteit van het gestructureerde klinische oordeel op grond van de items van de SVR-20, het zogenaamde eindoordeel. Slechts drie internationale onderzoeken halen de recente meta-analyse van [Hanson & Morton-Bourgon \(2009\)](#), wat eigenlijk te weinig is voor een gefundeerd oordeel. In twee van deze studies (waarvan één uit Nederland) doet het eindoordeel het goed, in de derde doet dit eindoordeel het slecht.

In twee andere Nederlandse studies, niet opgenomen in de meta-analyse, presteert het eindoordeel van de SVR-20 ook matig ([Koster, Van Lankveld & Spreen, 2006](#); [Schönberger et al, 2008](#)). [Koster, Van Lankveld & Spreen \(2006\)](#) onderzochten retrospectief de psychometrische kwaliteiten en de predictieve validiteit van de SVR-20 aan de hand van dossierinformatie van 30 van de 58 zedendelinquenten die in de jaren 1984 tot 2002 zijn uitgestroomd uit de Dr. S van Mesdagkliniek. Het eindoordeel bleek een goede voorspeller voor algemeen gewelddadige recidive, maar niet voor seksuele recidive. Uit een studie van [Schönberger et al \(2008\)](#) onder seksuele delinquenten (ex-TBS-ers, zowel verkrachters en aanranders als pedoseksuele daders; N=88) bleek dat de SVR-20 seksuele recidive matig voorspelde (AUC-waarden < 0.60). 'Psychosociale aanpassing', het eindoordeel en de totaalscore bleken echter wel redelijk samen te hangen met gewelddadige niet-seksuele en algemene recidive (significante AUC-waarden tussen 0.63 en 0.66).

De indruk bestaat dat de interbeoordelaarsbetrouwbaarheden bij deze verschillen een cruciale rol spelen. Daarom kan het gebruik van de SVR-20 het beste beperkt blijven tot uiterst professionele settings, waar verschillende getrainde professionals met veel deskundigheid en ervaring in consensus de eindbeoordeling bepalen.

De SVR-20 is in het Nederlands verkrijgbaar en is in gebruik in de TBS-sector ([Hildebrand, De Ruiter & Van Beek, 2001](#)).

RSVP

De *Risk Sexual Violence Protocol* ([Hart et al, 2003](#)), ontwikkeld in Canada, kan men zien als een aangepaste versie van de SVR-20. Het omvat 22 items, deels statische, deels dynamische, onderverdeeld in een aantal domeinen:

- geschiedenis van seksueel gewelddadig gedrag,
- psychologische aanpassing,
- psychopathologie,
- sociale aanpassing,
- behandelbaarheid.

Alle items krijgen de scores 'aanwezig', 'waarschijnlijk of enigszins aanwezig' of 'afwezig'. Elk item krijgt bovendien een score voor de aanwezigheid van het bedoelde verschijnsel in het verleden, die in het huidige tijdsgewricht en de waarschijnlijke aanwezigheid in de toekomst. Een aantal items vergt een klinisch oordeel of klinische inschatting. Men kan de factoren per geval aanvullen met eventuele extra risico- en beschermende factoren. Het eindoordeel is een klinisch oordeel op grond van de risicofactoren, geen optelsom. Ook de RSVP is moeilijk te scoren, waarschijnlijk nog moeilijker dan de SVR-20 en de scoring is zeker bewerklijker. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheden zijn vaak laag.

Het is de bedoeling van de RSVP, door specifieke risicoformuleringen te gebruiken, het mogelijk te maken specifieker de aard en ernst van toekomstige gewelddadigheid in te schatten, om deze informatie doelgericht in te zetten in het risicomangement. Er is internationaal nog onvoldoende onderzoek naar de RSVP om tot een uitspraak over de voorspellende waarde van het instrument te komen.

De coderingsregels van de RSVP zijn verkrijgbaar ([Hart et al, 2003](#)), maar zijn niet in een Nederlandse vertaling beschikbaar.

Violence Risk Scale: Sex Offender Version

De in Canada ontwikkelde *Violence Risk Scale: Sex Offender Version* (VRS:SO) is de voor zedendelinquenten aangepaste versie van de gewone VRS van [Wong & Gordon \(2001\)](#), gebaseerd op het *risk-need-responsivity model*. De VRS:SO omvat 24 factoren, waarvan zeven statisch zijn en 17 dynamisch. Van een aantal als dynamisch benoemde items is de dynamiek echter twijfelachtig. Alle items worden gescoord op een vierpuntschaal. De eerste afname dient om het risiconiveau en de behandelbehoeften te bepalen. Naast de itemscore bepaalt men ook de *readiness for treatment* op de aangepaste versie van de motivatiecyclus van [Prochaska, DiClemente & Norcross \(1992\)](#). Op grond van daderinformatie en een semigestructureerd interview met de dader bepaalt men zijn plaats op de motivatiecyclus voor elk item om zo zijn responsiviteit in kaart te brengen. Bij elke volgende afname kijkt men of iemand zich heeft verplaatst op de motivatiecyclus, zodat men de score op het desbetreffende risico-item kan aanpassen. De VRS:SO is bewerkelijk in het gebruik en moeilijk te scoren, maar heeft door het expliciete gebruik van het *risk-need-responsivity model* en de motivatiecirkel een extra waarde.

De VRS:SO geeft geen klinisch eindoordeel, maar telt de itemscores op tot een totaalscore, die overigens geen risicocategorie aanduidt. Over het algemeen geldt: hoe hoger de score, des te groter het risico. De rest wordt overgelaten aan het oordeel van de diagnosticus. Dit maakt de VRS:SO toch tot een instrument om tot een gestructureerd klinisch oordeel te komen.

Er is internationaal nog te weinig onderzoek gedaan naar de VRS:SO om een uitspraak te doen over de voorspellende waarde ervan.

De VRS:SO heeft een Engelse handleiding ([Wong et al, 2004](#)) met een verplichte training. Een Nederlandse vertaling en een Nederlandse training zijn niet beschikbaar.

De Waagschaal

De Waagschaal is een gestructureerd klinisch risicotaxatie-instrument voor ambulante forensisch psychiatrische instellingen, bestaande uit (delen van) diverse andere risicotaxatie-instrumenten, waaronder de Static-99, SVR-20 en SONAR. De Waagschaal bevat zowel statische als dynamische items. De inhoud van de items varieert van relatief eenvoudig vast te stellen feiten tot veel moeilijker vast te stellen aangelegenheden die een klinisch oordeel vergen. Het recidiverisico loopt van 'laag', 'laag - matig', 'matig', 'matig - hoog' tot 'hoog'.

Op grond van toetsing in de poliklinische behandelpraktijk is de Waagschaal geschikt bevonden voor afname in heel professionele ambulante settings. De Waagschaal is sinds januari 2006 als standaard risicotaxatie-instrument in gebruik in acht vestigingen van De Waag. De eerste onderzoeksresultaten wijzen uit dat de Waagschaal behoorlijk betrouwbaar is en een goede voorspeller is van recidive met een geweldsdelict. Voor zedendelicten is de Waagschaal echter nog niet onderzocht.

Voor de Waagschaal is een handleiding beschikbaar en men raadt een training in het gebruik ervan sterk aan ([Van Horn, Bos & Wipert, 2007](#)).

Onderliggende factoren

Uit meta-analyses en factoranalyses ([Roberts, Doren & Thornton, 2002](#); [Hanson et al, 2007b](#)) blijkt dat de meeste items uit de risicotaxatie-instrumenten zich laten herleiden tot twee onderliggende factoren, die [Hanson & Morton-Bourgon \(2005, 2009\)](#) seksuele deviantie en antisociale oriëntatie noemen. Seksuele deviantie staat voor de mate waarin iemand zich aangetrokken voelt tot strafbaar seksueel gedrag en antisociale oriëntatie voor de mate waarin iemand is geneigd andermans belangen te schaden en uit het oog te verliezen. Deze twee hoofdfactoren zijn te zien als twee assen: de as van de seksuele deviantie en de antisociale-impulsieve as (waarmee overigens niet is gezegd dat deze assen statistisch onafhankelijk zijn).

Als iemand heel antisociaal is, is een minimale interesse genoeg om tot een delict te komen. Eigenlijk hoeft zich alleen maar de mogelijkheid voor te doen. Dit geldt zeker wanneer het delict in seksuele zin niet echt deviant is, zoals seks met een 14- of 15-jarige. Plegers kunnen dus uitsluitend antisociale en/of impulsieve stoornissen hebben, die met het delict samenhangen, zonder verdere psychoseksuele problematiek. Dat is bij seksuele delinquenten geen uitzondering. Deze mensen horen in principe echter niet thuis in dit ZP, maar wel in het ZP voor persoonlijkheidsstoornissen.

Plegers kunnen ook hoofdzakelijk psychoseksuele problemen hebben (zoals een pedofiele voorkeur), zonder al te veel antisociale tendensen of een te grote impulsiviteit. Als iemand een uitgesproken interesse of voorkeur heeft voor een delict (zoals seks met kinderen), maar niet antisociaal is, houdt dat in dat hij om een delict te plegen remmingen moet overwinnen.

Vaak is er echter sprake van een combinatie van beide factoren, waarbij de ene of de andere factor meer op de voorgrond treedt. Beide factoren zijn ook terug te vinden in zowel de statische als de dynamische risicofactoren. Bij de hierna beschreven risicofactoren vermelden we, waar mogelijk, op welke van deze twee onderliggende factoren ze betrekking zouden hebben.

Uit tal van onderzoeken blijkt dat er een kleine subgroep is met een hoog tot extreem hoog risico op seksuele recidive, namelijk die van psychopathische patiënten met een seksueel deviante voorkeur ([Rice & Harris, 1997](#); [Hildebrand, De Ruiter & De Vogel, 2004](#); [Olver & Wong, 2006](#)). Zij koppelen een uitgesproken voorkeur voor verboden seksuele interacties aan een sterke antisociale inslag, voelen zich tot delicten aangetrokken en hebben weinig remmingen op dat punt.

De voorspellende waarde van de combinatie van seksuele deviantie en psychopathie vindt men zowel in gemengde groepen seksuele delinquenten als in groepen met alleen verkrachters. Bij pedoseksuele delictplegers komt een hoge psychopathiescore overigens weinig voor. Opvallend is dat hier vooral de factor 1-score van de PCL-R het risico bepaalt (Hildebrand, 2004), terwijl factor 2 van de PCL-R doorgaans met allerlei andere soorten recidive correleert.

Overigens komt uit [Andrews & Bonta \(2010\)](#) naar voren dat *algemene* risicofactoren, zoals de *Big Four* (zie [4.1](#) en het einde van [2.3](#)) en de *Central Eight*, voor seksuele delinquenten vaak belangrijker zijn dan men tot nu toe dacht. Dit impliceert dat specifieke seksuele psychopathologie een kleinere rol speelt.

De Central Eight van [Andrews & Bonta \(2010\)](#), die dus ook voor zedendelinquenten van belang zijn, hebben betrekking op de volgende punten.

- De geschiedenis van antisociaal gedrag
- De aanwezigheid van een antisociaal persoonlijkheidspatroon (psychopathie)
- De aanwezigheid van antisociale cognities (antisociale waarden en normen)
- De aanwezigheid van een antisociaal netwerk en antisociale relaties
- Middelenmisbruik
- Onvoldoende opleiding en geen werk

- Geen emotionele binding met familie en gezin
- Geen niet-criminele vrijetijdsbesteding

De risicofactoren van seksuele recidive

Na de beschrijving van de diverse risicotaxatie-instrumenten volgt nu een nadere beschouwing van de risicofactoren waar de items van de diverse instrumenten naar verwijzen. De volgende items maken in wisselende samenstelling met variërende criteria deel uit van bovengenoemde instrumenten.

Tabel: Overzicht van de items van de gangbare risicotaxatie-instrumenten

Statische items

Delictverleden

Eerdere *hands-on* seksuele delicten

Eerdere *hands-off* seksuele delicten

Eerdere geweldsdelicten

Geweld in eerdere seksuele delicten

Eerdere algemene criminaliteit

Slachtoffers

Sekse van slachtoffer(s)

Relatie tot slachtoffer(s)

Persoonlijke geschiedenis

Leeftijd

Problemen in de jeugd

Relationele geschiedenis

Werkgeschiedenis

Schending van voorwaarden

Stoornissen

Misbruik of afhankelijkheid van middelen

Ernstige psychische stoornis

Dynamische items

Seksuele interesses

Hyperseksualiteit en preoccupatie met seks

Gebruik van seks als coping

Seksuele interesse in kinderen

Overige delictgerelateerde parafilieën

Emotionele identificatie met kinderen

Seksuele interesse in geweld en seksueel sadisme

Cognitieve vervormingen

Ontkenning en minimalisering

Vergoelijkende attitudes

Ideeën die misbruik van kinderen ondersteunen

Ideeën die verkrachting ondersteunen

Vijandige seksuele overtuigingen

Seksueel overal recht op menen te hebben

Vrouwvijandigheid

Relationele vaardigheden

Niet in staat zijn tot een stabiele relatie

Verstoorde intimiteitsbalans

Geen emotionele intimiteit met volwassenen

Persoonlijkheidsstoornissen	Geen rekening houden met anderen
Impulsiviteit	Veelvuldige grieven
	Sociale invloeden
	Algehele afwijzing door anderen
Psychopathie	

Deviantie Seksuele Interesses

Seksuele interesse in kinderen

Seksuele interesse in geweld

Seksueel sadisme

Overige parafilieën

Hyperseksualiteit

Zelfregulering

Impulsiviteit

Gebrek aan probleemoplossende
vaardigheden

Gebrekkige beheersing van emoties

Negatieve emotionaliteit

Minderwaardigheidsgevoelens

Middelengebruik

Geen instemming met toezicht en
behandeling

Geen realistische toekomstplannen

Acuut

Toegang tot slachtoffers

Vijandigheid

Seksuele preoccupatie

Afwijzing van supervisie

Emotionele ineenstorting

Verlies sociale contacten

Middelengebruik

Voor de precieze omschrijvingen en coderingsregels van de items in tabel 2.3 zij verwezen naar de handleidingen van de diverse instrumenten. De indeling statisch-dynamisch is niet exclusief. Zo verschillen de meningen over de veranderbaarheid van bijvoorbeeld seksuele deviantie en persoonlijkheidsstoornissen. Sommige factoren zijn ook in beide categorieën terug te vinden, simpelweg omdat ze in beide soorten instrumenten voorkomen. Soms berust dat op een verschil van inzicht, soms wordt eenzelfde factor vanuit verschillende perspectieven bekeken. Van middelenmisbruik of van seksuele preoccupatie kan men bijvoorbeeld vaststellen of er ooit sprake van was (statisch), hoe het zich gedurende de behandeling ontwikkelt (dynamisch), alsook of het op dit moment speelt (acuut).

De vier best gevalideerde dynamische risicofactoren voor zedendelinquenten zijn ([zie Hanson, 2009b](#)):

- afwijkende seksuele interesses,
- seksuele preoccupatie,
- intimiteitsproblemen,
- excuses, rechtvaardigingen en opvattingen die seksueel misbruik en geweld ondersteunen.

De statische items worden hieronder kort uitgelicht.

Overwegend statische risicotaxatie-items

Delictverleden

Het aantal eerdere seksuele delicten dat iemand heeft gepleegd is een van de belangrijkste voorspellers voor seksuele recidive. Hoe meer eerdere seksuele delicten iemand heeft gepleegd des te groter het risico op een nieuw seksueel delict. Gedrag in de toekomst is nu eenmaal goed te voorspellen uit gedrag in het verleden. Dat geldt niet alleen voor seksuele delicten, maar bijvoorbeeld ook voor depressies of suïcidepogingen. Een behandeling hoopt deze cirkel uiteraard te doorbreken, maar voor de bepaling van het basisrisico blijft dit een belangrijk punt.

Sommige instrumenten tellen alleen de eerdere veroordelingen voor seksuele delicten, andere ook de aanklachten en weer andere alles wat men te weten kan komen, bijvoorbeeld via zelfrapportage. Naarmate men meer meetelt, komt de *cut-off score* navenant hoger te liggen. De STATIC-2002 bevat een berekening van de 'delictdichtheid', het gemiddelde aantal veroordelingen in een periode van 15 jaar. Een inschatting van de delictdichtheid is een item van de SVR-20.

Plegers die naast *hands-on* ook *hands-off* seksuele delicten hebben gepleegd lopen een groter risico nieuwe *hands-on* delicten te plegen. *Hands-off* seksuele delicten in het verleden van *hands-on* plegers wijzen op mogelijke seksuele deviantie of hyperseksualiteit. Voor plegers van louter *hands-off* seksuele delicten levert dit echter geen hoger risico op *hands-on* seksuele delicten op. Overigens zijn de beschikbare risicotaxatie-instrumenten voor uitsluitend *hands-off* plegers minder bruikbaar. Vaak zijn de instrumenten voor deze groep ook moeilijk in te vullen, bijvoorbeeld op het punt van de slachtoffers.

Verschillende typen seksuele delicten hebben gepleegd impliceert een hoger risico op seksuele recidive dan een historie van één type delict. Deze risicofactor komt in een aantal onderzoeken naar voren ([Hanson & Bussière, 1996](#)), maar is maar in één instrument terug te vinden, de SVR-20. Waarschijnlijk komt het als item in de andere instrumenten niet voor omdat het overlapt met de items 'aantal seksuele delicten' en 'hands-off seksuele delicten'. Verschillende typen delicten zijn immers alleen mogelijk als er ook sprake is van meer delicten. *Hands-on* en *hands-off* seksuele delicten komen bovendien relatief vaak samen voor.

De risicofactor 'verschillende typen seksuele delicten' zou een aanwijzing kunnen inhouden voor seksuele deviantie of wellicht hyperseksualiteit.

Escalatie in frequentie of ernst van de gepleegde seksuele delicten komt als risicofactor alleen in de SVR-20 aan de orde. De veronderstelling is dat iemand van wie de delicten escaleren een grotere kans heeft te recidiveren met een seksueel delict. Deze factor heeft nog weinig empirische ondersteuning. Wellicht kan escalatie in het verleden helpen bij de inschatting van het soort recidive of de termijn waarop men recidive kan verwachten.

Gebruik van geweld bij seksuele delicten is een item dat in verschillende instrumenten terugkomt. Iemand die fors geweld gebruikt bij een zedendelict zou een grotere kans op seksuele recidive hebben dan iemand die weinig of geen geweld gebruikt. Ook voor dit item is nog niet veel empirische ondersteuning gevonden. Voor het gebruik van wapens of doodsbedreigingen tijdens het delict en verwonding van het slachtoffer (alleen in de SVR-20) geldt hetzelfde. In theorie kunnen deze factoren wijzen op seksueel sadisme, maar in de praktijk leveren deze items weinig op. Dat druist dus in tegen het gangbare denkbild dat de gruwelijkste delicten met veel geweld en verwondingen ook het hoogste recidiverisico impliceren.

De factor 'Gewelddelicten naast zedendelicten in het verleden' verhoogt het risico van seksuele recidive. Deze gewelddelicten wijzen op een antisociale inslag van de pleger, de geneigdheid de belangen van anderen te schaden. Uiteraard zijn eerdere gewelddelicten ook een belangrijke voorspeller voor nieuwe algemene gewelddelicten.

Algemene criminaliteit in het verleden verhoogt het risico op seksuele recidive. Deze delicten wijzen evenals gewelddelicten op een antisociale inslag. Ook is eerdere criminaliteit weer een belangrijke voorspeller voor nieuwe criminaliteit.

Slachtofferkeuze

Plegers die *slachtoffers maken buiten het gezin*, dus geen (stief)kind of (ex-)partner, hebben een hoger risico op een nieuw seksueel delict. Slachtofferkeuze zegt vooral iets over de kans dat de dader seksueel deviant is. Jarenlang misbruik van een eigen kind is een zeer ernstig delict, maar deze plegers hebben doorgaans geen hoog recidiverisico. De groep met slachtoffers buiten het gezin of de familie omvat meer plegers met een uitgesproken voorkeur voor specifieke delicten, zoals een voorkeur voor delicten met kinderen en hebben een grotere kans op recidive.

Er zijn ook plegers met een voorkeur voor kinderen die een relatie aangaan met een vrouw om toegang te krijgen tot haar kinderen. Als een nieuwe stiefvader heel snel (binnen twee jaar) begint zijn stiefkinderen te misbruiken gelden deze kinderen, bijvoorbeeld voor de STATIC-99, als slachtoffers buiten het gezin.

Plegers die slachtoffers maken die ze helemaal niet kennen, de *stranger victims* – aan de dader onbekende slachtoffers – hebben een hoger risico op seksuele recidive. Dit wijst vermoedelijk zowel op seksuele deviantie als op een antisociale inslag. De meeste instrumenten definiëren een *stranger victim* als een slachtoffer dat de pleger 24 uur voor het delict niet bij naam kende.

Plegers met *mannelijke slachtoffers* lopen een groter risico op seksuele recidive dan plegers met alleen vrouwelijke slachtoffers. Dit item heeft vooral betrekking op plegers van pedoseksuele delicten. Ook dit item zegt vooral iets over de kans op seksuele deviantie. Mannen die seks hebben met achtjarige jongetjes hebben daar vaker een uitgesproken en soms zelfs exclusieve voorkeur voor. Zodoende lopen ze een grotere kans op recidive.

Persoonlijke geschiedenis

Hoe vroeger iemand begint met seksuele delicten des te groter het recidiverisico. Een *early onset* wijst op seksuele deviantie voor juist dit soort delicten. Het gaat hierbij om patiënten die als volwassene seksuele delicten hebben gepleegd en die daar kennelijk al heel jong mee zijn begonnen, niet om een jongere die wordt opgepakt voor een eerste zedendelict.

Lage leeftijd ten tijde van de risicotaxatie, vooral als een pleger nog onder de 25 jaar is, gaat samen met een hoger recidiverisico. Deze factor wijst waarschijnlijk op een antisociale oriëntatie, want ook bij gewelds- en algemene recidive voorspellen is dit een belangrijke factor. Men neemt aan dat jonge mannen zich antisociaal gedragen dan oudere mannen en dat dit antisociale gedrag met de jaren afneemt. Bekend is dat deze afname bij plegers met een hoge psychopathiescore aanzienlijk langzamer verloopt dan bij andere antisociale personen. Bij zedendelinquenten ligt dit echter complexer, omdat men ook rekening moet houden met seksuele deviantie.

In de afgelopen jaren is er toenemende aandacht voor de relatie tussen de leeftijd bij ontslag en recidiverisico ([Hanson, 2002](#); [Fazel, Sjostedt & Langstrom, 2006](#); [Thornton, 2006](#); [Prentky & Lee, 2007](#)). Over het algemeen neemt de recidive enigszins af met de leeftijd. Barbaree & Blanchard (2008) geven als verklaring hiervoor dat de testosteronspiegel met de jaren afneemt. Overigens recidiveren pedoseksuele delinquenten meer tot op latere leeftijd dan verkrachters. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat testosteron niet alleen van invloed kan zijn op de mogelijkheid tot seksualiteit, maar ook op agressie (e.g. [Archer, 2006](#)) en ontremming (e.g. [Aluja & García, 2005](#); [Kohnstam, 2009](#)).

Waarschijnlijk nemen de seksuele delicten die voortkomen uit antisociale tendensen af met de leeftijd, waar de seksuele deviantie zelf er veel langer over doet om af te zwakken. Wegens tegenstrijdige onderzoeksresultaten en uiteenlopende resultaten op het punt van

dadere en delicttype is het vooralsnog onduidelijk welk gewicht men aan leeftijd moet toekennen.

Relationele geschiedenis Of iemand in staat is geweest tot een intieme relatie met een volwassen partner gedurende enige tijd zegt iets over diens interpersoonlijke vaardigheden. Sommige instrumenten gaan simpelweg na of iemand getrouwd is geweest, andere of iemand een relatie heeft gehad van langer dan zes maanden of langer dan twee jaar.

Werkgeschiedenis Als iemand in staat is geweest een stabiel *arbeidsverleden* op te bouwen zegt dat iets over zijn interpersoonlijke vaardigheden en doorzettingsvermogen, maar er is ook een relatie met antisociale oriëntatie en middelenmisbruik. Antisociale plegers werken doorgaans maar sporadisch en misbruikers van middelen werken meestal maar beperkte tijd in één baan.

Schending van voorwaarden is een van de beste individuele voorspellers van recidive, zowel voor gewelds- als seksuele recidive. Schending wil zeggen dat iemand, ondanks een hem boven het hoofd hangende voorwaardelijke straf tijdens toezicht of gedurende behandeling, zich niet aan de afspraken houdt. Dat hoeft niet om een seksueel delict te gaan. Het betekent namelijk dat iemand, ook als hij de consequenties kent, zich toch niet kan of wil beheersen. Dat zegt iets over antisociale oriëntatie en impulsiviteit.

Stoornissen

In enkele instrumenten is lijden aan een *major mental illness* een item. Bij de SORAG gaat het hierbij alleen om schizofrenie. Schizofrenie correleert overigens juist enigszins negatief met gewelddadig gedrag, ([Monahan, 1992](#)) en seksuele recidive ([Hanson & Bussière, 1996](#)), hoewel een meer recente studie geen samenhang heeft gevonden ([Hanson & Bussière, 1998](#)).

De SVR-20 vraagt naar *major mental disorders*. Naast psychotische stoornissen zijn dit ook cognitieve beperkingen en ernstige stemmingsstoornissen. Er is geen duidelijke evidentie voor samenhang van *major mental disorders* met seksuele recidive.

Middelenmisbruik en -afhankelijkheid komen relatief veel voor bij zedendelinquenten. Dit kan zowel een kwestie zijn van ontremming als van stimulatie. Vooral alcohol speelt vaak een ontremmende rol bij SGG. Er is een hoge correlatie tussen middelenmisbruik en antisociaal gedrag. Dit item wijst daarom vaak op een antisociale oriëntatie.

Persoonlijkheidsstoornissen zijn een belangrijke risicofactor. Vooral de antisociale persoonlijkheidsstoornis is belangrijk, in verband met de antisociale oriëntatie. Maar ook 'cluster C'-persoonlijkheidsstoornissen komen regelmatig voor bij plegers van SGG. De assessment van persoonlijkheidsstoornissen is moeilijk en de persoonlijkheidsstoornis NAO is hier dan ook de meest voorkomende diagnose. De meeste instrumenten vragen dan ook slechts naar de diagnose persoonlijkheidsstoornis.

Psychopathie, zoals vastgesteld met de PCL-R ([Hare, 1991](#)) verwijst onder andere naar een extreem antisociale oriëntatie. Psychopathie wordt als enige persoonlijkheidsstoornis apart vermeld voor deze doelgroep.

Impulsiviteit is moeilijk te meten, maar is van grote invloed op het recidiverisico. De meeste instrumenten met het item 'impulsiviteit' vragen naar de frequentie van impulsieve acties of om een klinische inschatting van de impulsiviteit. Impulsiviteit valt onder de antisociale factor van het SGG.

Deviante seksuele interesses en *hyperseksualiteit* zijn heel belangrijk en wijzen rechtstreeks op hun belangrijkste onderliggende risicofactor, het motief voor het delict. Deviante seksuele interesses en hyperseksualiteit zijn echter moeilijk vast te stellen ([zie hoofdstuk 3](#)). De meeste instrumenten vragen niet rechtstreeks naar seksuele deviantie, maar richten zich op de hierboven beschreven correlerende factoren. Andere instrumenten vragen wel rechtstreeks naar seksuele deviantie, maar vragen daarbij om een klinisch oordeel zonder daarvoor al te veel ankers te bieden.

Cognitieve vervormingen

Cognitieve vervormingen zijn de excuses van plegers van SGG voor hun eigen gedrag, bijvoorbeeld: het kind wilde het zelf ook. Deze cognitieve vervormingen nemen barrières voor SGG weg, dienen als excuus achteraf en faciliteren toekomstig SGG. Cognitieve vervormingen wegnemen vormt al jaren een speerpunt van de behandeling. Onderzoek laat zien dat plegers met veel van deze cognitieve vervormingen een groter recidiverisico hebben, maar geen enkel onderzoek heeft nog aangetoond dat cognitieve vervormingen wegnemen tot minder recidive leidt.

Beschermende factoren

Steeds vaker rijst de vraag of er naast risicofactoren ook beschermende (of protectieve) factoren bestaan, die iemand voor terugval kunnen behoeden. Volgens sommigen is de discussie vooral semantisch van aard. Een risicofactor verkleinen kan men immers ook formuleren als een beschermende factor versterken. Een beschermend en ondersteunend netwerk opbouwen bijvoorbeeld verlaagt het risico op eenzaamheid en negatieve sociale invloeden. Anderen zijn van mening dat beschermende factoren meer zijn dan de tegenpool van risicofactoren. De aandacht voor beschermende factoren komt ook tegemoet aan de behoefte aan een positieve formulering van behandeldoelen, zoals die in het *good lives model* opgeld doet ([Ward & Mann, 2004](#)).

Er zijn (nog) geen instrumenten voor (specifieke) beschermende factoren bij seksuele delinquenten. Recentelijk is in Nederland de SAPROF ontwikkeld ([De Vogel et al, 2007](#)). Dit instrument geeft een gestructureerd klinisch oordeel over beschermende factoren voor algemene geweldsdelicten, die mogelijk ook op zedendelicten van toepassing zijn. In onderzoeken is immers herhaaldelijk aangetoond dat risicofactoren voor antisociale oriëntatie zowel voor geweldsdelinquenten als voor seksuele delinquenten gelden ([Hanson & Bussière, 1998](#); [Hanson & Morton-Bourgon, 2004](#)). Specifieke factoren aangaande psychoseksuele problematiek ontbreken in de SAPROF

Samenvatting

Richting voor de praktijk (3)

- Gebruik in ieder geval een actuariel instrument voor de risicotaxatie en volg de richtlijnen daarvan.
- Bepaal zowel statische als dynamische, en eventueel, acute risicofactoren.
- Wees bedacht op de combinatie van seksuele deviantie en psychopathie.

Besef dat

- de meeste items berusten op een *correlatie* met recidive, niet op een *causaal verband*
- risicotaxatie een schatting oplevert van het recidiverisico en geen zekerheid.

Diagnostiek

Diagnostiek van SGG

De diagnostiek van psychoseksuele problematiek staat, conform de uitgangspunten van het ZP, centraal bij de diagnostiek van plegers van SGG ([zie hoofdstuk 2](#)).

Zelfrapportage

Er zijn vele zelfbeoordelingsvragenlijsten om allerlei psychoseksuele eigenschappen te meten bij plegers van SGG. Meestal bestaan dergelijke instrumenten uit een aantal vragen met enkele antwoordcategorieën. De vragen clusteren zich in schalen die verschillende psychoseksuele probleemgebieden in kaart brengen. Validering vindt meestal plaats door de antwoorden van een groep bekende plegers van SGG te vergelijken met die van een groep niet-plegers. Dat levert doorgaans significante verschillen op de diverse schalen op. Het blijft echter moeilijk individuele scores te interpreteren, zeker als er geen Nederlandse normscores beschikbaar zijn, wat helaas vaak het geval is. Daarnaast zijn de vragen vaak kwetsbaar voor oneerlijke en sociaal wenselijke antwoorden. Hieronder volgt een overzicht van de bekendste zelfbeoordelingsvragenlijsten.

Multidimensional Assessment of Sex and Aggression (uit De Doncker, Schotte & Koeck, 2002)

De *Multidimensional Assessment of Sex and Aggression* MASA/MIDSA ([Knight, Prentky & Cerce, 1994](#)) behandelt diverse domeinen die empirisch relevant bleken bij de assessment van seksuele agressie. Het instrument beoogt verkrachters nader te differentiëren volgens een door [Knight et al \(1994\)](#) eerder ontwikkeld model, de MTC: R3. Met de MASA is geprobeerd de beoordeling van de MTC: R3- en MTC: CM3-classificatielijsten ([zie 3.2.1](#)) meer betrouwbaar en meer valide te maken

Voorlopig bestaat er alleen een Nederlandse vertaling van versie 4 van de MASA, bestaande uit zes boekjes met vragenlijsten ([Vertommen, Vanhouche & Verhoeven, 1999b](#)). Deze versie is in een onderzoeksproject naar de validering van psychologische tests voor seksuele delinquenten in België bij een penitentiaire populatie onderzocht ([Vertommen, Vanhouche & Verhoeven, 1999a](#)).

De meest recente versie van de MASA (versie 5) bestaat uitsluitend in een gecomputeriseerde vorm (*MIDSA; Multidimensional Inventory of Development, Sex, and Aggression*) en vervult volgens [Knight & Cerce \(1999\)](#) de functie van een gestandaardiseerd uitvoerig (allesomvattend) zelfrapportage-instrument voor zowel jeugdige als volwassen seksueel misbruikers en voor zowel criminele als niet-criminele steekproeven.

Multiphasic Sex Inventory (uit De Doncker, Schotte & Koeck, 2002)

De *Multiphasic Sex Inventory* (MSI, Nichols & Molinder, 1984, Nederlandse versie: Vereniging Forensische Seksuologie, 1994) is een zelfbeoordelingsvragenlijst die psychoseksuele kenmerken van plegers van seksueel misbruik in kaart brengt voor evaluatie

en behandeling. De meest recente versie (versie 3) bestaat uit 21 hoofdschalen, ondergebracht in de volgende vier subtests.

- Parafilieën, i.c. seksuele deviantie, over seksueel gedrag met zowel gerechtelijke, culturele als klinische implicaties (zoals pedofilie).
- Parafilieën, i.c. *atypical sexual outlet*, over seksueel gedrag met zowel culturele als klinische, maar zonder gerechtelijke implicaties (zoals fetisjisme).
- Overige seksuele subtests en schalen, over seksueel gedrag zonder gerechtelijke gevolgen en klinisch alleen van betekenis als de betrokkene zelf het als een probleem ervaart (zoals een seksuele functiestoornis).
- 'Validity subtest', zeven schalen om te controleren op leugens en sociale wenselijkheid.

De MSI

[Craig et al \(2006\)](#) namen de MSI af bij 119 veroordeelde mannelijke zedendelinquenten. De MSI bleek significant bij te dragen aan de voorspelling van seksuele recidive. De MSI zou niet alleen geschikt zijn als maat voor psychoseksuele kenmerken van plegers van seksueel misbruik, maar ook als bron van aanvullende informatie bij risicotaxatie.

De MSI is ook onderzocht in andere Engelstalige steekproeven van seksuele delinquenten (zie [Willemssen, Declercq & Dautzenberg, 2006](#)). De interne consistentie viel slechts voor enkele schalen te berekenen. Voor de schalen Sociale seksuele wenselijkheid en Seksuele preoccupatie bedroeg de interne consistentie 0.71 en 0.65. De test-herstestbetrouwbaarheid varieert van 0.58 tot 0.92 over een periode van zes tot 67 dagen. Wat de validiteit van de MSI-schalen betreft, is er een correlatie tussen Sociale seksuele wenselijkheid en Seksuele preoccupatie. De correlaties tussen de andere schalen zijn laag. Zoals verwacht correleren de MSI-validiteitsschalen met analoge schalen van de MMPI. De MSI-schalen correleren niet met irrelevant geachte variabelen als leeftijd, IQ en opleiding ([Willemssen, Declercq & Dautzenberg, 2006](#)).

Sexual Adjustment Inventory

De *Sexual Adjustment Inventory* (SAI) is een gecomputeriseerde vragenlijst voor seksuele delinquenten (volwassen mannen en vrouwen), die seksueel deviant en parafiel gedrag in kaart brengt, gebaseerd op normering van duizenden seksuele delinquenten. De SAI heeft 214 items en de volgende 13 subschalen.

- *Sex Item Truthfulness Scale*,
- *Sexual Adjustment Scale*,
- *Child (Pedophile) Molest Scale*,
- *Sexual (Rape) Assault Scale*,
- *Exhibitionism Scale*,
- *Incest Scale*,
- *Test Item Truthfulness Scale*,
- *Alcohol Scale*,

- *Drugs Scale*,
- *Violence (Lethality) Scale*,
- *Distress Scale*,
- *Antisocial Scale*,
- *Judgement Scale*.

De SAI heeft een goede betrouwbaarheid met betrouwbaarheidcoëfficiënten tussen de 0.85 en 0.91 ([Lindeman, 2005](#)). Ook de validiteit en accuratesse zijn relatief goed ([Lindeman, 2005](#)). Het instrument is (nog) niet in het Nederlands beschikbaar. Meer informatie is te vinden op de website: www.online-testing.com/sai.htm

Card Sort Test (in combinatie met de MSI)

De *Card Sort Test* is een methode om iemands seksuele voorkeur vast te stellen. De betrokkene krijgt een aantal plaatjes van mogelijke seksuele partners, moet deze rangordenen naar aantrekkelijkheid of moet aangeven hoe aantrekkelijk de persoon op het plaatje is. Het probleem is dat deze methode zich volledig baseert op zelfrapportage en zodoende gevoelig is voor oneerlijke en sociaal wenselijke antwoorden. Bij plegers die volledig en eerlijk meewerken, kan men de precieze voorkeur met deze test goed bepalen. Uit onderzoek van Holland et al (2000) blijkt dat de test-hertestbetrouwbaarheid van de verschillende items varieert van 0.71 tot 0.96.

De hierboven beschreven MSI, een zelfbeoordelvragenlijst met 300 ja-nee-vragen, bevat schalen die de neiging tot ontkennen of liegen (c.q. sociaal wenselijk antwoorden) vaststellen. Deze schalen blijken goed te werken. [Kalmus & Beech \(2005\)](#) stellen dan ook een combinatie van de *Card Sort Test* en de MSI voor, waarbij men met de MSI kan schatten hoe betrouwbaar iemands antwoorden zijn, om vervolgens met de *Card Sort Test* te bepalen waar diens precieze seksuele voorkeur ligt.

Als de MSI aangeeft dat iemand ontkent of liegt, is de testuitslag van de *Card Sort*

Overige

De volgende vragenlijsten richten zich op specifieke onderdelen van de psychoseksuele problematiek. De eerste vijf richten zich op de taxatie van cognitieve vervormingen bij plegers van SGG.

- De *Hanson Sex Attitude Questionnaire*, HSAQ-DV ([Hanson, Gizzarelli & Scott, 1994](#))
- De *Abel and Becker Cognitions Scale* (ABCS; [Abel et al, 1989](#); Nederlandse experimentele versie: [Bogaerts & De Doncker, 1994](#))
- De *MOLEST Scale* ([Bumby, 1996](#); Nederlandse experimentele versie: [De Doncker, 2000a](#))
- De *Rape Myth Acceptance Scale*, RMAS ([Burt, 1980](#); Nederlandse experimentele versie: De [Doncker & Bogaerts, 1994](#))
- De *RAPE Scale* ([Bumby, 1996](#); Nederlandse experimentele versie: [De Doncker, 2000b](#))

- De *Wilson Sex Fantasy Questionnaire*, WSFQ ([Wilson, 1978](#)), bedoeld om seksuele fantasieën te inventariseren
- De *Facets of Sexual Offender Denial Scale*, FoSOD ([Wright & Schneider, 2004](#)); bedoeld om verschillende dimensies van ontkenning – en wellicht ook verandering – in kaart te brengen)

Er bestaan overigens twijfels over de kwaliteit van deze instrumenten.

Impliciete maten

De aandacht voor impliciete maten van seksuele interesses en voorkeuren is de laatste jaren toegenomen. Naast penisplethysmografie (PPG) is er een aantal nieuwe instrumenten in ontwikkeling om het geslacht en de leeftijd van eventuele beoogde slachtoffers te bepalen. Deze laatste instrumenten vinden in Nederland weinig toepassing. De meeste zijn ook nog niet in een Nederlandse versie verkrijgbaar. Voor een overzicht van de laatste bevindingen met deze maten zij verwezen naar [Thornton & Laws \(Eds; 2009\)](#). Achtereenvolgens gaat het om:

- [Penisplethysmografie](#).
- [Visual Reaction Time](#) (*Implicit Association Task* en *Picture Association Task*).

Penisplethysmografie

Penisplethysmografie (PPG) is al vier decennia een bekende manier om seksuele voorkeur te onderzoeken. Bij PPG-onderzoek worden verschillende seksuele prikkels aangeboden, in beeld of geluid, terwijl men de doorbloeding van de penis meet. Nagegaan wordt of de doorbloeding bij de aanbidding van bepaalde deviante seksuele prikkels (bijvoorbeeld van seks met kinderen) groter is dan bij niet-deviante seksuele prikkels. Als dat het geval is, geldt dat als een aanwijzing voor een deviante voorkeur, weergegeven in een *pedophile index* en een *rape index*.

Vooraf plegers van misbruik van kinderen buiten het gezin vertoonden over de studies heen gemiddeld een grotere opwinding bij stimuli met kinderen dan bij stimuli met volwassenen ([Marshall, 1999](#)). In de meta-analyse van [Hanson & Bussière \(1998\)](#) was de *pedophile index* de belangrijkste individuele predictor van recidive ($r = .32$), terwijl de *rape index* geen recidive voorspelde.

Er zijn ook beperkingen aan de methode verbonden.

- Er is onvoldoende standaardisatie van de gebruikte media (video, foto's en audio), aard van de stimulus, meetmethode, meetwaarde (gemiddelde of maximale respons), meetprocedure et cetera ([Tiggelaar & Koster, 2008](#)). Standaardisatie op dit punt verdient daarom aanbeveling, iets waar men ook aan werkt ([Laws, 2009](#)).
- Het betreft een tijdrovende procedure ([Laws, 2009](#)).

- Een algemene lage respons maakt het onmogelijk uitspraken te doen over seksuele voorkeur, ook al omdat de betrokkene de respons kan manipuleren, zelfs als men als voorzorgsmaatregel een aandachtstaak toevoegt ([Tiggelaar & Koster, 2008](#)).
- De test-hertestbetrouwbaarheid leverde tegenstrijdige resultaten op ([Barbaree & Marshall, 1989](#); [Malcolm, Davidson & Marshall, 1985](#)).
- De PPG-methode kent ethische bezwaren (werken met verboden stimulusmateriaal, de intrusieve werkwijze en de inbreuk op de privacy, zie voor deze laatste twee ook [Laws, 2009](#)). Dit laatste stuit ook op bezwaren bij medewerkers, ook bij het aanbrengen van de apparatuur ([Tiggelaar & Koster, 2008](#)). Het gebruik van een infrarood camera om de doorbloeding in de penis te meten kan overigens het laatste bezwaar wegnemen. Ten slotte levert PPG op grond van het voorafgaande juridische problemen op als het gaat om rechtszaken over verlof en ontslag ([Laws, 2009](#)).

Gedurende de meer dan 40-jarige historie van PPG is er opvallend weinig sprake van effectieve innovaties. [Laws \(2009\)](#) spreekt zelfs van een *stale technology*, al heeft hij grote verwachtingen van het gebruik van *virtual reality* op dit punt.

Visual reaction time (VRT)

Er zijn twee tests (nog niet vertaald in het Nederlands) die gebruikmaken van VRT; de AASI (*Abel Assessment of Sexual Interest*) en de *Affinity*.

De AASI ([Abel, 1997](#)) biedt een groot aantal afbeeldingen van personen variërend in geslacht en leeftijd aan. Men meet vervolgens hoe lang de betrokkene elk van de plaatjes op het scherm heeft staan, alvorens door te klikken naar het volgende plaatje. De rationale achter de methode is dat personen geneigd zouden zijn langer te kijken naar plaatjes van personen die beantwoorden aan hun seksuele voorkeur. Om de betrokkene af te leiden van de bedoeling van de test en hem toch naar het plaatje in kwestie te laten kijken vraagt men deze de leeftijd van de getoonde persoon te schatten (een instructie die overigens kan interfereren met de meting van de bedoelde variabele). De AASI combineert het VRT-gedeelte met een (Engelse) vragenlijst die de neiging tot ontkenning van seksuele delicten in kaart brengt.

Bij de AASI worden de testgegevens via internet opgestuurd naar de maker van de test, die vervolgens de resultaten terugstuurt. Dat heeft als nadeel dat men per afname betaalt en testinformatie aan derden verstrekt.

Het andere beschikbare instrument dat gebruikmaakt van VRT is de *Affinity* ([Glasgow, Croxen & Osborne, 2003](#)). Evenals bij de AASI biedt *Affinity* een groot aantal afbeeldingen van personen variërend in geslacht en leeftijd aan. De onderzochte geeft aan hoe seksueel aantrekkelijk hij de afgebeelde persoon vindt. Gemeten wordt weer hoe lang men met de verschillende plaatjes bezig is. Deze tijd zou een indicatie geven van de voorkeur van de onderzochte, terwijl de discrepantie tussen kijktijd en aangegeven aantrekkelijkheid zou aangeven in hoeverre hij deze voorkeur probeert te verdoezelen. De *Affinity* bevat geen vragenlijst en is dus gemakkelijker in Nederland te gebruiken. Ook hoeft men de testresultaten niet op te sturen.

Beide VRT-methoden hebben als voordeel dat ze relatief goedkoop zijn en er geen of nauwelijks ethische bezwaren aan kleven. Daar staat tegenover dat 'bezig zijn met een

plaatje' niet hetzelfde is als VRT, en ook niet als seksuele belangstelling. Ook is de methode gevoelig voor manipulatie doordat men een reactie kan onderdrukken of veinzen. Deze methode zou vooral bruikbaar zijn om een deviante voorkeur voor kinderen te bepalen, maar niet voor geweld.

Het valideringsonderzoek naar de VRT-methoden richt zich ook vooral op de succesvolle classificatie van bepaalde seksuele delinquenten. Pedoseksuele delinquenten (vooral met jongetjes als slachtoffer) kijken significant langer naar de plaatjes van kinderen dan seksuele delinquenten die zich niet op kinderen richten ([Letourneau, 2002](#)). Deze tijd hangt soms zelfs samen met het aantal slachtoffers en het aantal delicten ([Abel et al, 2004](#)). Onderzoek naar de voorspellende waarde van VRT voor seksuele recidive is er nog niet.

Implicit Association Task en Picture Association Task

Greenwald ontwikkelde de *Implicit Association Task* (IAT), een test die de sterkte van de associatie tussen twee begrippen in kaart wil brengen ([Greenwald et al, 1998](#)). Bij het onderzoek op het gebied van SGG met de IAT gaat het tot nu toe vooral om de associatie tussen de begrippen kind en seks, ervan uitgaande dat deze associatie bij pedoseksuelen sterker is dan die tussen de begrippen volwassene en seks.

De onderzochte krijgt een reeks woorden aangeboden die hij categoriseert door een van twee knoppen in te drukken. In de congruente conditie vallen seksueel getinte woorden en woorden die betrekking hebben op volwassenen samen in de ene categorie, en seksueel neutrale woorden en woorden die betrekking hebben op kinderen in de andere. In de incongruente conditie vallen seksueel getinte woorden en woorden die betrekking hebben op kinderen samen in de ene categorie, en de seksueel neutrale woorden en woorden die betrekking hebben op volwassenen in de andere. De verwachting is dat de meeste mensen in de congruente conditie sneller en beter reageren dan in de incongruente conditie, terwijl mensen met een pedoseksuele voorkeur juist in de incongruente conditie sneller en beter zouden reageren.

Ook is het mogelijk neutrale of seksueel geladen woorden aan te bieden op plaatjes van volwassenen of kinderen (*Picture Association Task*, PAT). De onderzochte krijgt dan de opdracht de woorden zo snel mogelijk te classificeren als seksueel of neutraal. De verwachting is dat pedoseksuelen, vergeleken met andere mensen, de seksgerelateerde woorden die zijn geprojecteerd op plaatjes van kinderen sneller classificeren dan de seksgerelateerde woorden die zijn geprojecteerd op plaatjes van volwassenen.

Doordat deze test onbewuste voorkeuren naar boven zou halen zou het risico op manipulatie kleiner zijn dan bij VRT ([Assendorf, Banse & Muecke, 2002](#); [Greenwald & Farnham, 2000](#)). Het blijft echter mogelijk de testresultaten te beïnvloeden, bijvoorbeeld door willekeurig te antwoorden.

Deze methode maakt in beginsel diverse varianten mogelijk. Zo zou men de associatie tussen de begrippen seks en dwang kunnen onderzoeken, om na gaan of iemand een voorkeur voor afgedwongen seks zou hebben. Er zijn helaas nog geen kant-en-klare instrumenten beschikbaar voor de klinische praktijk.

Er is nog weinig onderzoek met de IAT en plegers van SGG, maar de resultaten zijn vooralsnog niet negatief. De matige test-hertestbetrouwbaarheid is echter een aandachtspunt ($r = .69$; [Bosson, Swann & Pennebaker, 2000](#)). Ook zijn er problemen met de afname bij zwakbegaafden. Baaren & Chakhssi (ongepubliceerd) hebben in Nederland met de IAT en PAT een vergelijkende studie gedaan tussen mannen met pedoseksuele gevoelens die ook pedoseksuele delicten hebben gepleegd, mannen met pedoseksuele gevoelens die geen delicten hebben gepleegd en mannen zonder pedoseksuele gevoelens. Zowel op de IAT als de PAT bleken de pedofielen significant te verschillen van de controlegroep, maar er bleek geen significant verschil tussen de pedofielen die wel of niet een seksueel delict hadden begaan.

Noot Seksuele deviantie op zichzelf is geen voorwaarde voor SGG. De meeste zedendelinquenten hebben zelfs geen uitgesproken voorkeur voor het SGG in kwestie, maar handelen eerder vanuit antisociale drijfveren of een gebrek aan remmingen. Andersom leidt een seksuele deviantie ook niet altijd tot SGG. Bovendien, risicotaxatie en diagnostiek in het kader van SGG beperken zich vrijwel uitsluitend tot mensen die al eerder SGG hebben vertoond. Men kan dus hooguit stellen dat mensen die eerder SGG hebben vertoond met een voorkeur voor dat SGG een veel grotere kans lopen om te recidiveren met nieuw SGG dan plegers zonder deze voorkeur. De hierboven beschreven tests zijn dus zeker niet als een algemeen screeningsinstrument te gebruiken om te bepalen wie al dan niet SGG gaat vertonen.

Naast de hierboven behandelde instrumenten dienen zich in de nabije toekomst mogelijkheden aan voor metingen op de volgende gebieden.

- Patronen van allerlei psychofysiologische maten zoals GSR, EEG, ECG, EMG-maten, pupildilatatie etc. NB Een groot probleem hier is de psychofysiologische specificiteit, het feit dat mensen heel erg verschillen in hun psychofysiologische patronen en de daaraan te hechten betekenis. Programmatuur die patronen kan herkennen om deze patronen vervolgens te kalibreren aan andere variabelen met een beter bekende betekenis zou hierbij kunnen helpen.
- Oogbewegingen,
- Gelaatsexpressies en allerlei andere non-verbale gedragselementen,
- Biomedische maten, zoals allerlei technieken van *brain imaging*.

Hyperseksualiteit

-
- **Deze tekst is nog in behandeling.**

Seksueel sadisme

Deze tekst is nog in behandeling.

Typologieën

Om enige ordening aan te brengen in de heterogeniteit van de plegers van SGG heeft men al sinds de jaren 50 typologieën opgesteld (zie voor een overzicht [Koeck, Van Beek & De Doncker, 2002](#)). De meeste typologieën baseren zich op klinische beschrijvingen en proberen inzicht te geven in de drijfveren van de pleger. Veelal gaat het min of meer om dezelfde basistypen met als primaire factoren een antisociale levenshouding, een problematische emotieregulering en een afwijkende seksuele voorkeur.

MTC-typologie

Om meer inzicht te krijgen in de etiologische variabelen, en zo tot een meer focale behandeling en een betere risicotaxatie voor verschillende typen verkrachters te komen, ontwikkelden [Prentky & Knight \(1991\)](#) de *Massachusetts Treatment Center Child Molester Typology* (MTC:CM) en de *Rapist Typology* (MTC:R). Dit zijn de enige classificatiesystemen op empirische grondslag met een redelijke betrouwbaarheid en validiteit ([Knight & Prentky, 1990](#)).

De MTC:CM3 vereist een beoordeling van criteria op twee assen. As 1 omvat 'fixatie op kinderen' (intensiteit van de pedofiele belangstelling) en 'sociale competentie' (stabiliteit in werk, relatie, ouderschap en sociaal leven). As 2 maakt eerst een onderscheid tussen plegers met veel of weinig contact met kinderen, zowel in seksuele als niet-seksuele zin. Bij plegers met veel contact maakt as 2 dan een onderscheid tussen plegers die uitzijn op een interpersoonlijke relatie en plegers voor wie het vele contact uitsluitend seksueel is gemotiveerd. Plegers met weinig contact worden verder ingedeeld naar de mate van (sadistisch) fysiek letsel dat zij toebrengen.

Twee belangrijke dimensies vallen buiten de basisstructuur van deze typologie, namelijk het geslacht van het slachtoffer en de aanwezigheid van factoren die de zelfbeheersing kunnen ondermijnen, zoals middelengebruik, psychose, organiciteit, seniliteit en zwakbegaafdheid. Het instrument is niet toepasbaar op incestplegers.

[Koeck et al \(2006\)](#) stuiten bij het gebruik van de MTC:CM3 bij een ambulante populatie op betrouwbaarheidsproblemen bij narcistisch en interpersoonlijk gemotiveerde plegers (as 2). Om de betrouwbaarheid en gebruikersvriendelijkheid te vergroten ontwikkelden zij de SCEP (Systeem voor Classificatie van Extrafamiliale Pedoseksuelen).

Het MTC:R3 model van Knight & Prentky onderscheidt negen typen verkrachters. Zo zijn er de 'klassieke' antisociale verkrachter, de seksualiserende pleger en de vrouwenhater, alsook een (zeldzame) seksueel sadistische pleger. Deze vier naar drijfveren ingedeelde typen kunnen vervolgens elk hoog of laag sociaal competent zijn, wat resulteert in acht types. Als negende type noemen ze het gegeneraliseerde-woede-type, een dader die verkracht uit woede op alles en iedereen.

De Van der Hoevenkliniek heeft samen met de makers de MTC:R3 vertaald en bruikbaar gemaakt om patiënten op grond van dossierinformatie te classificeren ([Van Beek, 1999](#)).

De meeste studies naar de MTC:CM3 en MTC:R3 vinden aanwijzingen voor een aanvaardbare interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en validiteit ([Barbaree et al, 1994](#); [Looman, Gauthier & Boer, 2001](#); [Prentky & Knight, 2000](#); [Prentky et al, 1989](#)). Kritische beschouwingen ([Bickley & Beech, 2001](#); [Koeck, Van Beek & De Doncker, 2002](#)) betreffen voornamelijk de complexiteit ervan en de steekproef, die vragen oproept over de generaliseerbaarheid.

Er is weinig bekend over de relatie tussen de typen en recidiverisico, alsook over de toegevoegde waarde voor risicotaxatie. Omdat de typologie iets over de drijfveren achter het SGG probeert te zeggen levert een juiste typering wel relevante informatie voor de behandeling op.

De laatste versie van de MTC-typologie voor verkrachters, de MTC:R4, kent drie typen plegers van seksueel geweld tegen vrouwen, die hier op drie dimensies worden beoordeeld ([Knight & Sims-Knight, 2003](#)). De onderscheidende dimensies zijn:

- affectdefect: een kille en emotionele opstelling (factor 1 van de PCL-R),
- antisocialiteit: een antisociale levensstijl en grote impulsiviteit (factor 2 van de PCL-R),
- seksualisering: deviante seksuele interesse en hyperseksualiteit.

Deze nieuwe versie is nog weinig onderzocht.

Typering naar zelfreguleringstijl en delictroute

Op grond van het zelfreguleringmodel ([Laws, Hudson & Ward, 2000](#); [Van Beek & Mulder, 2007, 2009](#)) zijn daders te onderscheiden naar vier typen zelfreguleringpatronen die corresponderen met verschillende delictroutes ([zie ook 4.1.1.1](#)). Belangrijke uitgangspunten zijn dat mensen doelgericht zijn en zichzelf reguleren. Bij zedendelinquenten spelen zowel vermijdingsdoelen (geen misbruik willen plegen) als toenaderingsdoelen (juist wel misbruik willen plegen) een rol en zijn er drie problematische zelfreguleringstijlen. De eerste, een te geringe regulering, kenmerkt zich door een falende beheersing van seksueel afwijkende verlangens: negatieve emoties, terwijl gebrekkige vaardigheden leiden tot verlies van beheersing over het eigen gedrag. Bij de tweede falende vorm van regulering leiden juist de pogingen afwijkende gedachten, fantasieën of emoties te beheersen op paradoxale wijze tot een verlies van beheersing. In beide gevallen gaan vermijdingsdoelen die men niet verwezenlijkt over in toenaderingsdoelen. In het derde geval is de zelfregulering intact, maar heeft het toenaderingsdoel een sociaal onaanvaardbare uitkomst. Binnen deze categorie onderscheidt men een impulsieve variant (met te geringe regulering) en een planmatige variant.

Plegers met toenaderingsdoelen vergen een andere behandeling dan plegers met vermijdingsdoelen. Deze typologie kan dan ook bijdragen aan de afstemming van de behandeling op de specifieke behoeften van seksuele delinquenten. Veel

valideringsonderzoek naar deze typologie is er echter nog niet. Bovendien kunnen delictroutes per pleger veranderen, zelfs binnen het bestek van één delict.

Beschrijvende diagnostiek

Beschrijvende diagnostiek betreft hier de anamnese van de seksualiteit, een semigestructureerd interview om de psychoseksuele ontwikkeling van de dader in kaart te brengen. Voor andere vormen van beschrijvende diagnostiek zoals de delictanalyse en het delictscenario, die zich richten op een zo compleet mogelijk beeld van het delict, zij verwezen naar het [Basis-ZP¹](#).

Anamnese van de seksualiteit

De anamnese van de seksualiteit kent gewoonlijk twee onderwerpen: de seksuele voorgeschiedenis en het huidige seksuele functioneren. Deze anamnese is van groot belang voor de risicotaxatie bij SGG. Wat iemand precies heeft gedaan en hoe vaak, alsook wanneer een en ander is begonnen zijn vragen waarvan de beantwoording het delict verheldert en aanknopingspunten biedt voor behandeling. Veel anamnestiche gegevens komen overigens terug in de risicotaxatie-instrumenten.

De specifieke inhoud van een anamnese van de seksualiteit sluit aan bij wat er al bekend is over de patiënt. Onderwerpen die aan de orde kunnen komen zijn:

- seksuele ervaringen uit de kindertijd, puberteit en adolescentie (inclusief die van misbruik),
- de houding tegenover seksualiteit in het gezin van herkomst,
- seksuele voorlichting,
- eigen beleving van en opvattingen over seksualiteit,
- seks in relaties,
- het feitelijke seksuele gedrag, inclusief afwijkend seksueel gedrag,
- kennis over voorbehoedsmiddelen en geslachtsziekten.

Sommige onderwerpen in een anamnese van de seksualiteit keren een paar keer terug. Een goede structuur van de anamnese helpt de gewenste informatie daadwerkelijk te verkrijgen. Omdat alle informatie uiteindelijk op zelfrapportage berust, is validering aan collaterale informatie belangrijk. Een tijdlijn tekenen, met daarop de belangrijkste anamnestiche punten, helpt om zicht te krijgen op de chronologie en clustering van seksuele problemen, delicten en *life events*.

¹ Er zij op gewezen dat er over de definiëring van en het onderscheid tussen deze twee termen de nodige verschillen van mening en verwarring bestaan. Ook gelden beide begrippen hier en daar eerder als een deel van de behandeling dan als een onderdeel van de diagnose. Het ZP SGG volgt de definitie van het AVT.

Richtlijn voor de praktijk (5)

- Stel een checklist voor seksuele anamnese samen.
- Protocolleer de vragenlijsten die ingebruik zijn. NB. In het veld zijn verschillende checklists ingebruik. Als voorbeeld geeft bijlage 5 de lijst van de Van Mesdagkliniek.
- Het verdient aanbeveling op den duur tot standaardisering op dit punt te komen.

Ten slotte

Uit de hoofdstukken 2 en 3 wordt duidelijk dat er geen algemeen geaccepteerd en aanbevolen instrumentarium is voor risicotaxatie en diagnostiek van psychoseksuele problematiek. Hoewel de betrouwbaarheid en validiteit van de actuariële instrumenten nog altijd te wensen overlaat, zij er wel op gewezen dat deze instrumenten vergeleken met het, al dan niet gestructureerde, klinische oordeel een verbetering inhouden. Bij de selectie van de instrumenten moeten de *what works principles* de doorslag geven. Het verdient aanbeveling veel aandacht te besteden aan de verdere ontwikkeling van de bestaande methoden en instrumenten.

Richtlijn voor de praktijk (6)

- Aanbevolen methoden van informatievergaring

Zelfrapportage is onvermijdelijk. Waar mogelijk verdient een multimodale aanpak, met gebruikmaking van collaterale informatie (dossierinformatie, informatie van derden) en gedragsobservaties de voorkeur, ook al is er weinig bekend over de betrouwbaarheid en validiteiten van deze informatie.

- Aanbevolen risicotaxatie-instrumenten.

Statisch: **STATIC-99** (met de bijbehorende training in de afname ervan)

.In mindere mate de **STABLE-2007** en **ACUTE-2007** (met de bijbehorende training in de afname ervan).

Een gestructureerd klinisch oordeel verdient niet de voorkeur. Desgewenst kan men eventueel (in een uiterst professionele setting, na een gedegen training, met de nodige voorzichtigheid en aandacht voor de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid) de **SVR-20** afnemen.

Richtlijn voor de praktijk (7)

Het verdient aanbeveling ook verder onderzoek te doen naar de hierboven genoemde instrumenten en methoden, om ze verder te ontwikkelen.

Hetzelfde geldt voor de volgende instrumenten en methoden voor het assessment van psychoseksuele problematiek, ook al omtot een multimodale verzameling van informatie te komen.

- de niet bovenstaand genoemde op zelfrapportage gebaseerde instrumenten
- de genoemde impliciete maten
- psychofysiologische technieken als penisplethysmografie en het polygrafische interview
- Voornoemde collaterale informatie

Bovendien kan men nieuwe maten ontwikkelen die betrekking hebben op:

- patronen van allerlei psychofysiologische maten zoals GSR, EEG, ECG, EMG-maten en pupildilatatie
- oogbewegingen
- gelaatsexpressies en allerlei andere non-verbale gedragselementen
- biomedische maten, zoals allerlei technieken van brain imaging

Daarnaast verdient het aanbeveling om programmatuur te ontwikkelen om individuele patronen in de scores op de verschillende variabelen te kunnen herkennen, waarvan men de betekenis vervolgens kan kalibreren aan relevante externe informatie.

Behandeling

Hoe te behandelen

Er is enige empirische evidentie dat cognitieve gedragstherapie en farmacologische behandeling de seksuele recidive bij plegers van SGG verminderen. Conform de *what works principles* probeert men de meest effectieve interventies toe te passen, maar een geheel *evidence-based* behandelprogramma voor SGG is om verschillende redenen helaas nog een utopie. Enerzijds heeft de empirische evidentie betrekking op groepen patiënten en niet op individuen, Een *evidence-based* individueel behandelprogramma behoort daarmee niet tot de mogelijkheden. Anderzijds betreft de empirische evidentie pakketten van interventies. Waar er wel empirische steun bestaat voor de effectiviteit van het gehele pakket, ontbreekt die voor de effectiviteit van de afzonderlijke interventies.

De onderstaande paragrafen gaan in op de gangbare behandel mogelijkheden, waarvan onderdelen voldoen aan de principes van *best evidence* en *best practice*. De behandelaar moet hieruit binnen de hierboven genoemde beperkingen een op maat gesneden behandelplan opstellen.

Modaliteiten van 'best evidence'-behandeling

In het [BasisZP](#) komt aan de orde dat behandelingen in de forensische psychiatrie aan de *What Works Principles* moeten beantwoorden. Zo moet de behandelaar:

- zich richten op de belangrijkste dynamische risicofactoren van de pleger (risicoprincipe);
- de behandeling zo aanbieden dat die past bij de leerstijl van de pleger (responsiviteitsprincipes);
- de behandeling op de bedoelde wijze uitvoeren (integriteitsprincipe).

Bij zedendelinquenten spelen wat betreft het behoeftenprincipe volgens [Andrews & Bonta \(2010\)](#) naast de *Central Eight* (zie [2.2](#)) ook de volgende vier punten (de *Big Four*) een rol.

- Seksuele deviantie
- Seksuele preoccupatie
- Intimiteittekorten
- Excuses, rechtvaardigingen en andere opvattingen die het seksuele misbruik ondersteunen

Cognitieve gedragstherapie

Volgens [McGrath, Cumming, & Burchard \(2003\)](#); in [Hanson et al, 2009](#)) is CGT de norm als het gaat om psychotherapeutische behandeling van zedendelinquenten. [Andrews & Bonta \(2010\)](#) stellen dat CGT veel betere effecten sorteert bij delinquenten dan andere vormen van psychotherapie. Wel geven zij toe dat veel CGT eigenlijk amper of niet cognitief van karakter is. Zij geven een beschrijving van de verschillende stappen in een CGT-benadering

delinquenten. Voor een algemene inleiding over het gebruik van cognitieve gedragstherapie (CGT) in de forensische psychiatrie zij ook verwezen naar het [Basis-ZP. Dobson \(2009\)](#) ten slotte biedt een goed handboek voor de verschillende vormen van CGT.

Er zij hier ook op gewezen dat gedragstherapie en cognitieve gedragstherapie, veel meer dan andere vormen van psychotherapie, zijn geworteld in de traditie van de empirische academische psychologie. Dit heeft met zich meegebracht dat de effecten van gedragstherapie en CGT veel meer en systematischer zijn onderzocht dan die van de andere vormen van psychotherapie. De aldus aangetoonde effecten hebben deze vormen van gedragstherapie in de medische wereld – en in die van de verzekeringen – een, althans voorlopig, beslissende voorsprong bezorgd op de andere vormen van psychotherapie, waarvan de effecten – noch de afwezigheid daarvan overigens – veel minder zijn gedocumenteerd.

Hoe dan ook, allerlei vormen van cognitieve gedragstherapie (CGT) zijn gebruikelijke interventies bij de behandeling van plegers van SGG. Zo is CGT werkzaam gebleken bij plegers van SGG met kinderen, bij incestplegers en bij exhibitionisten, maar niet bij verkrachters ([Marshall, et al, 1991](#)).

[Lösel & Schmucker \(2005\)](#) en [Schmucker & Lösel \(2008\)](#) laten in hun meta-analyse (zie ook [link](#)) positieve effecten van CGT-programma's op seksueel en ander recidive zien, die ook die van andere psychosociale benaderingen overtreffen.

Er is weinig goed onderzoek gedaan naar het exclusieve effect van CGT in populaties van zedendelinquenten. De evaluatie van [Marques et al \(2005\)](#), in [Hanson et al, 2009](#)) van het *Sex Offender Treatment & Evaluation Project* (SOTEP), een op CGT en een terugvalpreventiemodel gebaseerd programma, lijkt op het eerste gezicht een uitzondering. Uit dit onderzoek komt naar voren dat de benadering geen significante effecten sorteerde, noch voor verkrachters, noch voor pedoseksuelen. Hoewel het formeel gesproken dus een sterk onderzoek lijkt, kleven er toch forse tekortkomingen aan, die deze conclusie volledig ondergraven ([Marshall & Marshall, 2007](#)).

Uit onderzoek van McGrath et al (2010) komt naar voren dat CGT bij volwassen zedendelinquenten in de US zich gewoonlijk richt op verbeteringen aanbrengen op de volgende punten.

- Beheersing van de eigen opwinding
- Regulering van de eigen stemming en emoties
- Een ondersteunend gezinsnetwerk
- Vaardigheden op het punt van intimiteit en relaties
- Verantwoordelijkheid nemen voor delicten en deze niet langer ontkennen
- Attitudes die delicten ondersteunen
- Het vermogen om problemen op te lossen
- Controle en beheersing van eigen gedachten, gevoelens en attitudes op dit punt
- Sociale vaardigheden
- Bewustzijn van en empathie met slachtoffers

hoeverre deze van belang zijn voor de andere groepen van zedendelinquenten blijft overigens een empirische vraag.

De meeste CGT-programma's adresseren de meeste van deze punten. De zwaartepunten hierin stemmen overigens vaak niet overeen met wat uit onderzoek naar voren komt over de belangrijkste risicofactoren. Zo is er weinig tot geen empirische evidentie dat meer verantwoordelijkheid nemen voor delicten en deze niet langer ontkennen enerzijds en meer bewustzijn van en empathie met slachtoffers anderzijds tot minder recidive leiden. Andersom komen beheersing van de eigen opwinding en attitudes die delicten ondersteunen uit onderzoek naar voren als belangrijke risicofactoren, terwijl ze in de behandeling vaak relatief weinig nadruk krijgen ([McGrath et al, 2010](#); zie ook [Van Beek, 2010](#)).

[Hanson et al \(2009\)](#) waarschuwen er echter voor bepaalde *noncriminogenic needs* niet volledig te negeren. De juiste voorwaarden scheppen voor verandering vereist nu eenmaal aandacht voor factoren als ontkenning, eigenwaarde en uitgaan van eigen effectiviteit. Pas dan kan men de 'echte' *criminogenic needs* aanpakken (zie ook de opmerking hierover bij de behandeling van het zelfreguleringsmodel hieronder). Veelbelovende *criminogenic needs* zijn bijvoorbeeld seksuele deviantie, seksueel gepreoccupeerd zijn, geringe zelfbeheersing, zich verongelijkt voelen en gebrek aan zinvolle intieme relaties met volwassenen ([Hanson & Morton-Bourgon, 2004, 2005](#)). Het blijft echter van groot belang meer te weten te komen over de aansluiting van de interventies bij de behoeften van individuele delinquenten, alsook welke combinaties van behoeften aanpakken recidive het beste kunnen terugdringen.

Nog een aantal opmerkingen:

CGT maakt soms ook deel uit van aanpakken met verschillende aangrijpingspunten zoals het individuele functioneren, het gezin en de samenleving, de zogenaamde *multisystemic therapy* (MST; zie [Hanson et al, 2009](#)). Hierbij is er dus niet alleen sprake van CGT, maar ook van gezinstherapie (e.g., [Borduin et al, 1990, 2009](#)) en *Circles of Support and Accountability* (COSA, [Wilson, Picheca, & Prinzo, 2005](#); [link](#)). Deze aanpak laat veelbelovende en sterke effecten zien, al heeft de empirische evidentie ([Borduin et al, 1990, 2009](#)) alleen betrekking op adolescenten. Dit roept de vraag op in hoeverre men deze resultaten kan generaliseren naar volwassen zedendelinquenten.

Wat betreft psycho-educatie geldt dat specifieke seksuele voorlichting geschikt kan zijn voor patiënten met problemen in hun psychoseksuele ontwikkeling, vooral bij patiënten met onvoldoende kennis van seksualiteit.

Er is geen empirisch wetenschappelijk onderzoek bekend waarin verschillen tussen individuele en groepsbehandeling bij plegers van SGG is aangetoond (zie ook [4.2.2](#)).

Bij CGT-interventies bij plegers van SGG gaat men meestal uit van het zelfreguleringsmodel van [Ward, Hudson & Keenan \(1998\)](#). Dit is een revisie van het eertijds populaire terugvalpreventiemodel van [Pithers et al \(1983\)](#). Onderzoek wijst uit dat de toepassing van deze modellen tot enige vermindering van seksuele recidive leidt ([Hanson et al, 2002](#)).

Het zelfreguleringsmodel beschrijft vier manieren waarop een zedendelinquent tot SGG komt ([zie 3.2.2](#)). Vooral de gedachte dat sommige zedendelinquenten zonder duidelijke frustraties,

en zonder ergens over in te zitten tot SGG komen, is klinisch relevant. Men moet deze plegers namelijk eerst motiveren hun ideeën over zedendelicten bij te stellen: zij moeten hun opvattingen eerst als problematisch gaan zien, alvorens men hun behandeling in engere zin kan bieden. Het delictscenario kan de zelfreguleringsroute van een plegger verduidelijken. Op grond daarvan kan men dan een terugvalpreventieplan opstellen (zie het [Basis-ZP](#) voor een beschrijving van het terugvalpreventieplan). Ook het *good lives model* ([Ward, 2002a, 2002b](#), zie eveneens het [Basis-ZP](#)) met zijn oriëntatie op nieuwe waardevolle doeleinden kan hierbij een rol spelen

In link worden drie min of meer representatieve voorbeelden gegeven van CGT-georiënteerde behandelprogramma's. Achtereenvolgens gaat het om

- een programma van [Marshall](#) zoals beschreven in Marshall et al (2006);
- het [Vermont treatment Program for Sexual Aggressors \(VTPSA\)](#),
- het [Phoenix Program](#).<

Ook Van Beek heeft in de Van der Hoevekliniek een programma ontwikkeld dat gebruikmaakt van CGT. Voor een beschrijving hiervan zij verwezen naar ... link.

Marshall's program.

Marshall is een bekende naam als het gaat om behandelprogramma's. Hij behandelt al tientallen jaren zedendelinquenten en heeft programma's ontwikkeld die vooral geschikt zijn voor seksuele delinquenten met een laag tot matig recidiverisico (meest ambulante patiënten). Ter illustratie volgt hier een nadere uitwerking van het programma beschreven in Marshall et al (2006).

Het betreft een open groepsprogramma in een gevangenis met wekelijkse bijeenkomsten van 2,5 uur gedurende circa vier tot maximaal zes maanden, met daarna een ambulante vervolgbehandeling. Het programma volgt de *what works principles*. Zo is de behandelingsduur afgestemd op het risiconiveau van de plegger.

In het programma komen de volgende problemen aan de orde.

- Problemen met emotieregulering
- Gebrekkige sociale vaardigheden
- Gebrekkige probleemoplossende vaardigheden
- Hechtingsproblemen
- Cognitieve vervormingen
- Seksueel deviante interesses

De behandeling van de dynamische risicofactoren vindt flexibel plaats in modules en richt zich op verbetering van vaardigheden om met die risicofactoren om te gaan. Hiertoe gebruikt men een combinatie van:

Zorgprogramma SGG

- psycho-educatie,
- rollenspellen,
- voorbeeldleren,
- herhaald oefenen,
- huiswerkopdrachten,
- zelfregistratie,
- veel groepsinteractie in de therapiegroep,
- werken aan toenaderingsdoelen vanuit het *good lives model*.

Als de vorderingen dat toelaten, wordt het programma stapsgewijs afgebouwd. Onder begeleiding vindt er een geleidelijke terugkeer plaats in de maatschappij.

Marshall benadrukt de therapeutische houding als onderdeel van het responsiviteitsprincipe (zie het [Basis-ZP](#)). Om de integriteit van het programma te garanderen zijn er wekelijks besprekingen over de voortgang met de groepstherapeuten en de programmaleider van drie tot vier uur. De groepstherapeuten krijgen individuele supervisie, participeren in onderzoeksprojecten rond het programma en verplichten zich op de hoogte te blijven van de relevante literatuur.

Onderzoek laat zien dat de recidive (seksueel en algemeen) na de behandeling significant lager lag, bij een gemiddelde follow-up van 5,4 jaar. De seksuele recidive was vijf keer lager dan de verwachte recidive, de algemene drie keer lager ([Marshall et al, 2006](#)).

Het Vermont Treatment Program for Sexual Aggressors (VTPSA)

Het VTPSA (zie De Kogel & Nagtegaal, 2008) is een Amerikaans behandelprogramma voor gevangenen met daarop aansluitend een nazorgprogramma in de maatschappij met CGT voor terugvalpreventie en geïntensiveerd toezicht volgens de *containment*-benadering (McGrath et al, 2003). De doelen van de therapie zijn:

- verantwoordelijkheid accepteren voor het eigen gedrag,
- cognitieve vertekeningen corrigeren,
- empathie ontwikkelen voor het slachtoffer,
- seksuele impulsen leren beheersen,
- sociale vaardigheden verbeteren,
- terugvalpreventiestrategieën aanleren.

Om de consistentie en kwaliteit te waarborgen baseren het programma in de gevangenis en het nazorgprogramma in de samenleving zich op dezelfde uitgangspunten. Het is de bedoeling is dat zij samen één gecoördineerd geheel vormen.

Uit onderzoek komt naar voren dat het programma effectief de recidive verlaagt (McGrath et al, 2003). Van de behandelgroep recidiveerde vergeleken met groepen met een andere of zonder behandeling een geringer percentage met een gewelddadig delict (resp. 12,5%,

16,3% en 31,1%) of seksueel delict (resp. 5,4%, 30,6% en 30%). Er was geen verschil in het percentage recidivisten met een ander dan seksueel of gewelddadig delict.

Het Phoenix Program

Het Canadese *Phoenix Program* richt zich sinds 1985 op de behandeling van zowel gedetineerde verkrachters van volwassen slachtoffers als gedetineerde plegers van SGG met kinderen. Na hun voorwaardelijke invrijheidstelling moeten zij (sinds 1993) het ambulante *Step-Out* nazorgprogramma volgen. Het *Phoenix Program* omvat een CGT-groepsbehandeling in het ziekenhuis van 32 tot 35 uur per week, gedurende zes tot 12 maanden, en een ambulante nazorgprogramma van vier tot zes maanden. Hierin volgen de betrokkenen naast hun werk of andere activiteiten vijf dagen per week groepstherapie.

Uit een effectstudie van Studer et al (1996) komt naar voren dat het percentage recidivisten met een seksueel delict onder de behandelde delinquenten drie keer kleiner was dan onder degenen die het programma niet volgden, en ongeveer twee keer lager voor het percentage recidivisten met een gewelddadig delict. Een vervolgstudie vergeleek specifiek de recidive van verkrachters die de behandeling hadden gevolgd met die van verkrachters die de behandeling niet hadden gevolgd (Clelland, Studer & Reddon, 1998). Het percentage recidivisten met een seksueel delict verschilde statistisch niet significant tussen de groepen. Van de behandelgroep recidiveerde echter een geringer percentage met een niet-seksueel geweldsdelict en eveneens een geringer percentage met een niet-seksueel en niet-gewelddadig delict.

Farmacotherapie

•
Deze tekst is nog in behandeling.

Hormonale behandeling

Deze tekst is nog in behandeling.

Meer over Hormonale behandeling

Deze tekst is nog in behandeling.

Psychofarmacotherapie

Deze tekst is nog in behandeling.

Vormkwesties in de behandeling

Groeps- versus individuele behandeling

De belangrijkste voordelen van groepsbehandeling van pedoseksuele mannen liggen volgens behandelaars op het gebied van de identificatie en bijstelling van cognitieve vervormingen ([Mulder, 1997](#)). Plegers van seksuele delicten merken van elkaar heel goed op als ze cognitieve vervormingen debiteren. Op verschillende manieren is dit ook in onderzoek gebleken. Daarmee is de veronderstelling dat plegers geen slachtofferempathie hebben onjuist gebleken ([Marshall, Anderson & Fernandez, 1999](#)). Het is veeleer de empathie met het eigen slachtoffer waar het aan schort.

Homogene versus heterogene groepen

Men spreekt van een homogene groep daders wanneer het type seksuele delinquenten in de groep hetzelfde is, bijvoorbeeld bij een groep pedoseksuele daders. Als een groep bestaat uit verschillende soorten plegers, zoals pedoseksuele plegers en verkrachters van volwassen vrouwen, spreekt men van een heterogene groep.

Het is de vraag of menging van pedoseksuele daders en verkrachters in een behandelgroep of op een afdeling effectief en productief is. Door de bank genomen hebben pedoseksuele daders en verkrachters een heel andere persoonlijkheidsdynamiek en hechtingsstijl. Pedoseksuelen hebben een vervormde visie op mensen, in het bijzonder kinderen, en vertonen vermijding. Verkrachters scoren over het algemeen hoger op de psychopathieschaal en hebben deviante beelden van vrouwen (vrouwvijandige ideeën). Het risico bestaat ook dat pedoseksuele daders in een gemengde groep te weinig aandacht krijgen. Of dat daadwerkelijk gebeurt, is ook afhankelijk van de getalsverhouding en de kwaliteiten van de therapeut(en).

Een mogelijk nadeel van een homogene groep voor pedoseksuelen is dat het komt tot uitwisseling van technieken van *grooming*. *Grooming* betreft de planning en de gebruikte voorzorgsmaatregelen en strategieën om een kind te verleiden. Eerst betreft dit seksualisering van de relatie en later de rechtvaardiging van seksueel contact.

Een voordeel van een homogene groep van pedoseksuele daders kan zijn dat ze elkaar kunnen steunen en behulpzaam zijn in de benoeming en herkenning van stappen *vangrooming*. Wel moet men voorkomen dat ze – buiten de therapie – uitgebreid delictgeschiedenissen met elkaar gaan bespreken. In een klinische setting kan men dit over het algemeen goed in de gaten houden. Waar patiënten elkaar buiten de therapie ongecontroleerd kunnen benaderen, zoals in een ambulante setting, kan dit echter tot problemen (zoals de oprichting een pedofielennetwerk) leiden.

Wat betreft de keuze voor een homogene of heterogene groep kan men in de praktijk helaas het onderscheid tussen pedoseksuelen, pedofielen en verkrachters niet altijd maken. Ook kunnen de aantallen patiënten met bepaalde typen SGG binnen een forensisch behandelcentrum te klein zijn om homogene groepen samen te stellen. Mogelijke oplossingen zijn de heterogene groep niet te strak te structureren en naast de groepsbijeenkomsten met patiënten individuele doelen en werkpunten af te spreken.

De therapeutische relatie

Onderzoek heeft laten zien dat het effect van de behandeling groter is als er sprake is van een goede therapeutische relatie (zie o.a. [Ward, Polaschek & Beech, 2006](#)). De behandelaar accepteert de patiënt zoals hij is, onthoudt zich van waardeoordelen en toont respect voor de patiënt. De behandelaar streeft naar overeenstemming met de patiënt over het doel van de behandeling, de manier om het doel te bereiken en de wijze waarop zij de onderlinge relatie beleven ([Wong & Hare, 2005](#)).

[Marshall \(2005\)](#) heeft aangetoond dat transparantie, empathie en warmte enerzijds, en directiviteit en een belonende houding bij gewenst gedrag anderzijds van de kant van de behandelaars in groepsbehandelingen de effecten van de behandeling bij zedendelinquenten gunstig beïnvloeden. Een positief groepsklimaat met een grote cohesie leidde tot grotere emotionele en gedragsmatige openheid en minder antisociale opvattingen ([Beech & Hamilton-Giachritsis, 2005](#)). Vooral de subjectieve ervaring van de deelnemers hangt samen met de effectiviteit van de behandeling, iets wat behandelaars niet altijd goed taxeren ([Beech & Fordham, 1997](#)). Ook volgens [Garret et al \(2003\)](#) is de subjectieve ervaring van de therapeutische relatie door de dader van belang.

Het belang van de therapeutische relatie voor de effectiviteit van de behandeling van plegers van seksueel grensoverschrijdend gedrag is tot voor kort onderschat, doordat de nadruk te veel lag op de juiste toepassing van CGT-protocollen. Marshall adviseert auteurs van programma's dan ook hun draaiboeken niet te gedetailleerd te maken, zodat zij niet ten koste gaan van de kwaliteit van de therapeutische relatie.

Voor psychopaten verdient overigens een meer zakelijke houding de voorkeur boven een op emotionele nabijheid gerichte houding ([Wong & Hare, 2005](#)).

Seksualiteit in de kliniek

Seksualiteit is voor de meeste mensen een primaire behoefte, maar in het geval van plegers van SGG is seksualiteit tegelijkertijd ook het domein waarin het delict zich heeft afgespeeld. Een belangrijk onderdeel van de behandeling bestaat er dan ook uit het seksuele leven van de patiënt in goede banen te leiden. Dit moet zodanig gebeuren dat dit waardevol en belonend wordt voor hemzelf, en zijn eventuele partner, zodanig ook dat dit 'nieuwe' seksuele leven aantrekkelijker is dan het SGG in kwestie. Tegelijkertijd moet dit seksuele leven geen vormen aannemen die voor de verdere samenleving onaanvaardbaar zijn. Dit alles geheel volgens het *good lives model*. Programma's over intimiteit en seksualiteit (Van de [Bergh-Lotz et al, 2002](#)) kunnen hierbij een rol spelen, terwijl ook bepaalde vormen van systeem- en partnerrelatietherapie hieraan kunnen bijdragen. Voor trainingen in seksualiteit in een forensisch psychiatrische setting bestaat overigens geen systematische empirische evidentie, al is er wel enige casuïstische evidentie.

Daarnaast is het van belang dat er een algemeen eenduidig beleid komt voor relaties en seksualiteit binnen de kliniek. Een dergelijk beleid kan men dan van patiënt tot patiënt bekijken en bijstellen.

Het belang van een algemeen eenduidig beleid geldt ook de omgang met pornografie. Bekend is dat bepaalde vormen van pornografie heftige ongewenste effecten hebben op bepaalde seksuele delinquenten. Pornografie is in dit geval een serieuze risicofactor. Zo is kans op seksuele recidive voor pedofiele delinquenten die gewelddadige porno keken 233% hoger dan de voorspelde waarde voor recidive, vergeleken met degenen die geen gewelddadige porno kijken ([Kingston, et al, 2008](#)).

Daarnaast vonden [Kingston et al \(2009\)](#) dat blootstelling aan deviante pornografie alle delinquenten, ongeacht hun risiconiveau, negatief beïnvloedde. Ook vonden zij dat de frequentie van blootstelling aan pornografie (ongeacht de specifieke inhoud) een significante risicofactor was voor recidive voor individuen met een hoog risico, maar ook dat de frequentie van naar porno kijken weinig voorspellende waarde had voor mannen met een laag risico op seksuele agressie. Verder blijkt uit hun review van de literatuur dat pornografie van negatieve invloed kan zijn op de houding en overtuigingen van plegers van seksuele en niet-seksuele delicten.

Toch wijzen [Kingston et al \(2008\)](#) er terecht op dat seksuele delinquenten, voor zover dat beleidsmatig mogelijk is in een instelling, dezelfde rechten hebben als de mensen buiten die instelling en daarmee recht hebben op pornografisch materiaal. Dit betreft het equivalentieprincipe (zie het [Basis-ZP h. 2](#)). Zij raden daarom aan in de behandelprogramma's psycho-educatie over de effecten van pornografie en hoe daarmee om te gaan op te nemen. Zij geven daarbij aan dat een algehele verbanning van porno uit een instelling in de hand kan werken dat personen de porno meer gaan missen en van alles gaan doen om alsnog aan de verboden porno te komen. Volgens hen zou het dan ook beter zijn patiënten aan te moedigen geen porno te kijken, dan het helemaal te verbieden.

In grote lijnen kan men stellen dat blootstelling van zedendelinquenten aan pornografie hun rehabilitatie niet ten goede komt. Hierbij moet men er ook op verdacht zijn dat sommige films die niet als pornografie zijn bedoeld wel degelijk scènes bevatten die zich als gewelddadige pornografie laten beschrijven, alsook dat pornografie op internet gemakkelijk toegankelijk is.

Behandelevaluatie

Voor een uitgebreide beschrijving van individuele hehandelevaluatie zij verwezen naar paragraaf 4.3 van het Basis-ZP.

Algemeen

Twee meta-analyses laten zien dat behandeling van SGG wel degelijk grote effecten heeft, ook al zijn deze effecten niet ideaal. De resultaten van een meta-analyse van [Hanson et al \(2009\)](#) over 23 onderzoeken naar de effectiviteit van de behandeling van zedendelinquenten met recidive als uitkomstmaat zijn weergegeven in tabel 5.1.

Tabel 5.1a Recidivepercentage van behandelde en onbehandelde zedendelinquenten (Hanson et al, 2009)

Soort recidive	Recidivepercentage behandelde patiënten	Recidivepercentage onbehandelde patiënten
Seksueel	10,9	19,2
Algemeen	31,8	48,3

Een andere uitkomst van Hanson et al (2009) was dat programma's die zich hielden aan de *risk-needs-responsivity principles* de grootste afnames in seksuele en algemene recidive te zien gaven. Gegeven de aansluiting van deze bevindingen bij de algemene literatuur op dit punt, geven de auteurs aan dat zij geloven dat deze principes een belangrijke overweging moeten zijn bij het ontwerp en de implementatie van behandelprogramma's voor zedendelinquenten.

Een andere meta-analyse met recidive als uitkomstmaat over 80 onderzoeken ([Schmucker & Lösel, 2008](#)) geeft de volgende resultaten te zien (zie tabel 5.1b).

Tabel 5.1b Recidivepercentage van behandelde en onbehandelde patienten (Schmucker & Lösel, 2008)

Soort recidive	Recidivepercentage behandelde patiënten	Recidivepercentage onbehandelde patiënten
Seksueel	11,1	17,5
Gewelddadig	6,6	11,8
Algemeen	22,4	32,5

Hierbij zij vermeld dat de auteurs aangeven dat de methodologische kenmerken van de onderzoeken de grootste fractie van de variantie in effect-grootte voor hun rekening namen. Met deze restrictie in het achterhoofd is het toch opmerkelijk dat chirurgische castratie als de meest effectieve interventie naar voren kwam. Onder hetzelfde voorbehoud zij vermeld dat hormonale medicatie, CGT en andere gedragsmatige aanpakken ook een significant positief effect lieten zien, dit in tegenstelling tot andere psychotherapeutische benaderingen.

De meta-analyse van [Schmucker & Lösel \(2008\)](#) laat ook zien dat de beschrijvingen van het specifieke SGG in veel onderzoeken veel te wensen overlaat. Waar wel werd gedifferentieerd naar verschillende soorten SGG viel op dat dat de vermindering van recidivisme vrijwel alle SGG behalve incest betrof, wat overigens voornamelijk een kwestie was van de lage baserate van de incestplegers. Het aanzienlijke effect voor de behandeling verkrachters lijkt het algemene idee te weerspreken dat deze daders juist moeilijk te behandelen zouden zijn. Deze bevinding berust echter op slechts vijf onderzoeken, zodat de interpretatie ervan de nodige voorzichtigheid vereist.

Toepassingen bij zedendelinquenten

Hoewel het valt aan te bevelen veel meer wetenschappelijk onderzoek te doen naar instrumenten die geschikt zijn om behandeling op individueel niveau te evalueren is er wel enig onderzoek voorhanden. Een voorbeeld hiervan is het onderzoek naar de *therapist rating scale* die [Marshall et al \(2006\)](#) beschrijven. Hieronder komen een paar studies aan de orde met voorbeelden van diagnostische instrumenten waarvan de bruikbaarheid voor individuele behandelbeoordeling is onderzocht bij zedendelinquenten.

[Wright en Schneider \(2004\)](#) onderzochten in hoeverre de *Facets of Sexual Offender Denial* (FoSOD) in staat is vooruitgang door behandeling op te sporen door veranderingen in ontkenning van pedofielen te meten. De FoSOD differentieerde daarbij tussen drie componenten van ontkenning: weerlegging, minimalisatie en depersonalisatie. De FoSOD bleek te kunnen differentiëren tussen delinquenten op grond van hun vooruitgang, alsook veranderingen op te kunnen sporen in hun vooruitgang over de tijd. De FoSOD's-scores waren hoger aan het begin van hun behandeling vergeleken met de scores aan het eind.

Uit een studie van [Studer et al \(2005\)](#) blijkt dat onder veroordeelde seksuele delinquenten een hoger serumtestosteronniveau samenhangt met een grotere kans op seksuele agressie. Effectieve behandeling verkleint echter die samenhang van testosteron en seksueel afwijkend gedrag. Een afname van de voorspellende waarde van testosteron voor recidive geeft dus hier een positief behandel-effect weer: de patiënt is kennelijk in staat ondanks een hoog testosterongehalte niet over te gaan tot SGG. De resultaten van deze studie worden inzichtelijk als men ervan uitgaat dat het testosteronniveau hier veeleer samenhangt met de agressieve component van de seksuele agressie dan met de seksualiteit op zichzelf.

Richtlijn voor de praktijk op het gebied van behandeling (8)

- De behandeling richt zich op dynamische risicofactoren.
- Cognitieve gedragstherapie en bepaalde vormen van farmacotherapie zijn vooral nog de enige interventies waarvoor enige empirische steun voorhanden is, al valt er ook op dit punt nog veel te onderzoeken. Hormonale farmacotherapie is overigens alleen geïndiceerd voor een beperkte groep patiënten, na een zorgvuldige '*informed consent*'-procedure en met inschakeling van een endocrinoloog.
- Behandelaars besteden expliciet aandacht aan de motivatie van de patiënt en de therapeutische relatie.
- Behandelaars stemmen de vorm van de behandeling optimaal af op de individuele patiënt.
- Om de kwaliteit van de behandeling te waarborgen is speciale aandacht voor de integriteit van de behandeling nodig, bijvoorbeeld door een goede programmaleider aan te stellen en voor goede opleiding, intervisie en supervisie voor behandelaars te zorgen.
- Naast kwalitatieve individuele behandelbeoordeling biedt kwantitatieve individuele behandelbeoordeling een meerwaarde.

Resocialisatie

Voor een uitgebreide beschrijving van Resocialisatie zij verwezen naar hoofdstuk 6 van het Basis-ZP.

Algemeen

Resocialisatie van patiënten met SGG verschilt van die van andere TBS-patiënten, vooral doordat de samenleving zo beducht is voor deze patiënten. Dat geldt wellicht het sterkst voor pedoseksuele delinquenten, omdat hun slachtoffers kinderen zijn. Het beeld bestaat dat seksuele delinquenten niet te behandelen zijn en dat zorgt voor grotere angst deze patiënten te laten terugkeren in de maatschappij. Ook vervolgvoorzieningen, bijvoorbeeld instellingen voor beschermd wonen (RIBW), schrikken soms terug voor patiënten met deze delictachtergrond.

Controle

Controle is een belangrijk onderdeel van risicomangement. De controle tijdens resocialisatie richt zich ten eerste op de mate waarin patiënten laten zien dat zij de relevante dynamische risicofactoren beheersen. Daarnaast gaat het hier ook om de mate waarin zij *prosocial behavior* aan de dag leggen, i.e. gedrag dat is bedoeld ten goede te komen aan een of meer anderen. Voorbeelden hiervan zijn helpen, delen en troosten,

De wijze van controleren en toezicht uitoefenen verschilt voor deze doelgroep van die voor andere TBS-patiënten. Beheersing en controle blijven namelijk veel langer noodzakelijk, omdat recidive bij plegers van SGG een langere latentietijd kan hebben. Soms zijn medicatie innemen en blijven innemen erg belangrijk, al zijn de meningen hierover onder experts verdeeld. Naast strengere controles in sommige klinieken maakt men ter ondersteuning van de controle in sommige gevallen ook gebruik van een polygraaf. De meningen over het gebruik van een polygraaf zijn echter verdeeld (zie het [Basis-ZP](#)). Hetzelfde geldt voor andere methoden als elektronisch toezicht en elektronische volgsystemen (zie het [Basis-ZP](#)). Ten slotte is het van belang dat men bij deze doelgroep extra alert is op sociaal wenselijk gedrag wanneer er sancties (beperking van vrijheden) vastzitten aan openheid van zaken geven door de patiënt. Een goede relatie met de behandelaar is hier cruciaal (zie het [Basis-ZP](#)).

Een ander punt dat aandacht vereist, is omgaan met pornografie (zie [4.3](#)). Hierover kan men met de patiënten in kwestie afspraken maken, hoewel controle hierop niet eenvoudig is. De aard van deze afspraken zal van patiënt tot patiënt verschillen.

Public notification

- Deze tekst is nog in behandeling.

Circles of Support and Accountability

Een veelbelovende benadering in dit verband is die van de *Circles of Support and Accountability* (COSA). Dit betreft de installering van netwerken van vrijwilligers die veroordeelde pedofielen en verkrachters opvangen na hun terugkeer in de maatschappij. Deze netwerken hebben zowel een sociale als een controlerende functie ([Cosa Bulletin, 2010](#)). Onderzoek laat zien dat COSA allerlei positieve effecten heeft, waaronder een drastische daling van de recidive vergeleken met een vergelijkbare controlegroep ([Wilson, Picheca & Prinzo, 2005](#)). Daarnaast bleek de ernst van de recidive in de COSA-groep veel geringer. De reclassering zet in navolging van projecten in Canada en het UK een pilot op in Noord Brabant, en er zijn plannen dit ook te doen in andere delen van het land. Opvallend hierbij is de grote belangstelling van vrijwilligers om hieraan mee te doen.

Farmacotherapie

•

Deze tekst is nog in behandeling.

Tot slot

Concluderend kan men stellen dat verschillende landen initiatieven hebben ontwikkeld en geïmplementeerd om toezicht te houden op forensische patiënten in de resocialisatiefase. Vooralsnog is er echter nog weinig empirische ondersteuning voor de effecten op de lange termijn van deze supervisie in het geval van SGG. Effectstudies in andere forensisch psychiatrische gebieden geven mogelijk beter zicht op de werking van de mechanismen die bijdragen aan een succesvolle resocialisatie.

Aanbevelingen voor onderzoek:

Het verdient aanbeveling na te gaan welke programma's of onderdelen specifiek voor patiënten met SGG effectief kunnen zijn in de Nederlandse TBS-setting. Deze kan men dan verder ontwikkelen en onderzoeken. Daarbij is het aan te raden aanvullende literatuur en andere informatie over deze programma's, zoals protocollen (indien beschikbaar), te verzamelen en daarnaast onderzoek te doen naar hun kosteneffectiviteit.

Bijlage

1 Bijzondere groepen

Patiënten met een verstandelijke beperking

In het afgelopen decennium is veel onderzoek gedaan naar plegers van SGG met een verstandelijke beperking. De literatuur gebruikt vaak verschillende termen en definities om deze groep plegers te beschrijven. In deze bijlage wordt de voorkeur gegeven aan de in Nederland gangbare termen lichte verstandelijke handicap en zwakbegaafdheid. Men spreekt van een lichte verstandelijke handicap bij een intelligentiequotiënt (IQ) tussen 50 tot 55 en 70 tot 75. Van zwakbegaafdheid is sprake bij een IQ tussen 70 tot 75 en 85 (APA, DSM-IV-TR, 2000). Het internationaal in de gehandicaptenzorg gebruikte AAMR-model ([AAMR, 2002](#)) van verstandelijke beperking geeft aan dat een IQ-score niet het enige criterium kan zijn. Om een beeld te krijgen van iemands mogelijkheden en beperkingen is het ook belangrijk naar de persoonlijkheidsstructuur, het sociaal-emotionele ontwikkelingsniveau, de sociale redzaamheid en omgevingsfactoren te kijken. Uitgaande van het responsiviteitsprincipe moet men met deze factoren rekening houden bij de behandeling van licht verstandelijk gehandicapten binnen de groep plegers van SGG.

Prevalentie

Wetenschappelijke onderzoeken komen met zeer uiteenlopende prevalentiecijfers voor licht verstandelijk gehandicapten binnen de groep plegers van SGG. Zo is er volgens [Day \(1994\)](#) een duidelijke oververtegenwoordiging van zwakbegaafde en licht verstandelijk gehandicapten binnen deze groep. [Lindsay \(2002\)](#) vindt in zijn literatuuronderzoek zeer wisselende gegevens, variërend van 3,7% tot 50%. Op grond van zijn literatuurstudie concludeert hij dat er sprake is van een oververtegenwoordiging van licht verstandelijk gehandicapte plegers binnen meer beveiligde settings. Recent onderzoek binnen het Nederlandse TBS-systeem bevestigt deze conclusie: mensen met een lichte verstandelijke handicap zijn oververtegenwoordigd binnen zowel de groep verkrachters als de groep plegers van pedoseksuele delicten ([Van den Berg & Brand, 2008](#)).

Diagnostiek

Bij diagnostisch onderzoek en behandeling van licht verstandelijk gehandicapte en zwakbegaafde plegers van SGG is het van belang extra aandacht te besteden aan de volgende aspecten.

1 Neuropsychologische factoren

Zwakbegaafde en licht verstandelijk gehandicapte ouders kampen dikwijls met neuropsychologische problemen. Daar kunnen verschillende oorzaken aan ten grondslag liggen, zoals genetische factoren (bijvoorbeeld diffuus subnormaal functioneren van de cortex) of hersenbeschadigingen (bijvoorbeeld door een geboortetrauma). Hierdoor kunnen specifieke leer- en aanpassingsproblemen ontstaan. Op grond van deze afwijkingen en de hierdoor verstoorde interactie met de omgeving is de kans groter dat er gedrags- en psychische stoornissen ontstaan ([Došen, 1993](#)). Neurologisch en neuropsychologisch

onderzoek heeft aangetoond dat de structuren in de hersenen die evolutionair het laatst tot ontwikkeling komen bij verstandelijk gehandicapten vaak niet zo stabiel worden en tot volle wasdom komen als bij niet-verstandelijk gehandicapten. Het gevolg is dat de meeste verstandelijk gehandicapten problemen hebben met complexe ruimtelijke vaardigheden, symbolisch denken, abstract denken, planning en introspectie. Ook is er een grotere kans op een verminderd vermogen tot zelfregulering, bijvoorbeeld ten gevolge van een taalstoornis (verbale regulering van het eigen gedrag).

2 Onrijpe seksualiteit

In de seksuele ontwikkeling van verstandelijk gehandicapten kan een vertraging of stagnatie optreden. Daardoor kan er een kloof ontstaan tussen de fysieke seksuele drift (inclusief de seksuele fantasieën) en het object waar deze zich op richt. Oftewel: er is sprake van seksuele opwinding, maar de betrokkene weet er geen raad mee. De seksuele opwinding wordt dan ongericht geuit in de vorm van bijvoorbeeld exhibitionisme, excessieve masturbatie, seksuele spelletjes met kinderen of frotteurisme.

3 Specifieke ontwikkelingsfactoren

Verstandelijk gehandicapte en zwakbegaafde mensen zijn extra kwetsbaar in hun sociaal-emotionele ontwikkeling. Deze verloopt doorgaans langzamer dan die van andere gehandicapten. Daardoor kunnen de diverse ontwikkelingsfasen extra problemen met zich meebrengen. Wanneer een verstandelijk gehandicapte tussen de 15 en 25 jaar oud is, kunnen de volgende factoren een bron van spanning vormen ([Verberne, 1994](#)):

- het einde van de kindertijd,
- de volwassenheid bereiken,
- een verlangen naar onafhankelijkheid,
- een gevoel van seksuele identiteit krijgen (vaak gepaard aan veel twijfels hierover),
- existentiële twijfels en angsten,
- angst voor het veranderende lichaam, voor seksuele passie en fantasieën.

Ook bij normaal begaafden is dat in deze leeftijdsfase (ten dele) het geval. Mensen met een lichte verstandelijke handicap hebben echter minder mogelijkheden met deze conflicten en angsten om te gaan en lopen daardoor een grotere kans op decompensatie en *acting-out*. Door de wisselwerking van eigen beperkingen en inadequate reacties van de omgeving komen ze vaak al zeer jong onder grote emotionele druk te staan. In de psychische problematiek en de gedragsstoornissen in latere fasen schuilt dan ook veel 'vroeg' ontwikkelingsproblematiek, zoals symbiotische afhankelijkheid, separatieangst, angst voor verlies van autonomie en slecht ontwikkelde objectpermanentie. Seksueel deviant of seksueel agressief gedrag kan een van de mogelijke manifestaties hiervan zijn.

4 Leeraspecten van het gedrag

Leren speelt een rol in de ontwikkeling van gedrag, zowel in de vorm van klassieke en operante conditionering als van *modelling*. Seksueel deviant gedrag kan men zien als een geleidelijk aangeleerde gewoonte, ontstaan en in stand gehouden door bekrachtiging van dit

gedrag. Gebrekkige vaardigheden in contact leggen en afspraakjes maken, maar ook een aangeleerde angst voor de andere sekse kunnen hierbij meespelen. Ook cognitieve factoren spelen een belangrijke rol bij bepaald gedrag aanleren en uitvoeren. Ingesleten afwijkende seksuele voorkeuren geven voor een groot deel weer hoe die persoon zijn wereld ziet, beoordeelt en waardeert.

5 Slachtofferschap van seksueel misbruik

Studies wijzen uit dat tussen 3% en 10% van alle jongens in hun jeugd seksueel is misbruikt ([Frenken, 2002](#)). Er zijn aanwijzingen dat dit bij de groep licht verstandelijk gehandicapte en zwakbegaafde mannen meer voorkomt. [Lindsay et al \(2001\)](#) geven aan dat 38% van de zedendelinquenten met een verstandelijk handicap seksueel was misbruikt, vergeleken met 13% van een controlegroep van normaal begaafde zedendelinquenten.

6 Gebrek aan seksuele voorlichting

Inadequate seksuele voorlichting kan leiden tot inadequaat seksueel gedrag. Hiaten in de kennis worden dan opgevuld met ideeën en fantasieën, die vaak ver van de realiteit afstaan.

Risicotaxatie

Tot enkele jaren geleden was het onduidelijk of de bestaande risicotaxatie-instrumenten toepasbaar zouden zijn bij de groep licht verstandelijk gehandicapte plegers. Er was toen nog geen wetenschappelijk onderzoek naar de betrouwbaarheid, validiteit en voorspellende waarde van deze instrumenten voor deze doelgroep ([Johnston, 2002](#); [Harris & Tough, 2004](#)). Inmiddels zijn er enige onderzoeken gepubliceerd over de voorspellende waarde van bestaande risicotaxatie-instrumenten bij plegers met een verstandelijke beperking. [Van den Berg en De Vogel \(2008\)](#) concluderen op grond van deze studies dat de kans op gewelddadig gedrag tijdens behandeling en na ontslag bij forensisch psychiatrische patiënten met een verstandelijke handicap redelijk tot goed valt te taxeren met de VRAG, de HCR-20 en de HKT-30. Voor de inschatting van de kans op seksuele recidive bij deze doelgroep is op dit moment één onderzoek bekend. Hierin blijkt de Static-99 een redelijke voorspeller voor seksuele recidive tijdens de behandeling. Ook de RRASOR is onderzocht bij de doelgroep licht verstandelijk gehandicapten ([Tough, 2001, Harris & Tough, 2004](#)) en blijkt een betere voorspeller dan de latere uitgebreidere versie (de STATIC-99). De STATIC-99 zou het recidiverisico van de LVG-groep onderschatten ([Doren, 2004](#)). De STATIC-99 vult de RRASOR voornamelijk aan met items die hoog correleren met antisociaal gedrag, wat bij pedofiele patiënten mogelijk wat minder voorkomt. Deze items zouden ook de reden kunnen zijn dat [Craig et al. \(2005\)](#) vonden dat de STATIC-99 seksuele recidive slechter, maar algemene gewelddadige recidive beter voorspelt dan de RRASOR.

De recentere STATIC-2002 ([Hanson & Thornton, 2003](#)) is volgens het instructieboek ook onderzocht bij mensen met een verstandelijke handicap en zou ook voor hen toepasbaar zijn.

Behandeling

Wegens een meervoudige diagnose (lichte verstandelijke handicap, leerstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, pervasieve ontwikkelingsstoornissen, angststoornissen, parafilieën, verslaving, stoornissen in de impulsbeheersing) hebben licht verstandelijk gehandicapte en zwakbegaafde mensen vaak een complexe constellatie van problemen. Het is niet zozeer de ernst van elke afzonderlijke diagnose die de behandeling bemoeilijkt, maar het zijn veeleer de combinatie en interacties van de verschillende problemen die cumulatief resulteren in ernstigere problemen en zo de behandeling compliceren.

De literatuur geeft weinig empirische onderbouwing voor de effectiviteit van behandelprogramma's voor licht verstandelijk gehandicapte en zwakbegaafde plegers van (ernstig) SGG. Daarbij komt dat de onderzochte groepen verschillen in intelligentie, psychopathologie, alsook in de aard en ernst van het probleemgedrag. Er is enige onderbouwing voor een succesvolle toepassing van CGT-programma's ([Grand, Lutjenhuis & Solodova, 2005](#)). [Courtney en Rose \(2004\)](#) hebben uitgebreid onderzoek gedaan naar effectstudies van behandelingen van licht verstandelijk gehandicapte plegers van SGG. Zij concluderen dat de uitkomsten daarvan vaak positief zijn. De criminogene behoeften en de mechanismen die deze in stand houden zijn, behandelbaar en een langere behandelduur leidt tot een lagere kans op recidive. Verder zijn er practice-based aanwijzingen dat non-verbale therapie bij deze groep werkzaam kan zijn.

Responsiviteit

Verschillende auteurs (o.a. [Van Beek, 2006](#); [Grand, et al, 2005](#); [Lambrick & Glaser, 2004](#)) geven aan dat de responsiviteit en daarmee het effect van de behandeling groter kan worden als men gebruikmaakt van de volgende aanwijzingen.

- *Behandel integraal*

Mensen met een lichte verstandelijke handicap kunnen zich met gerichte sturing nieuw gedrag eigen maken. Zij vergeten het geleerde echter relatief snel en passen het beperkt toe. Zij hebben doorgaans ook moeite met generalisatie en transfer. Om de kans op transfer zo groot mogelijk te maken moet men de training en therapie zoveel mogelijk inbouwen in het dagelijkse leven. Licht verstandelijk gehandicapte mensen hebben veel oefening binnen verschillende contexten en voortdurende aansporing nodig. Dit vergt veel tijd en geduld.

In een klinische setting is de groepsleiding een belangrijke schakel in de behandeling. Zij heeft de taak de patiënten actief te ondersteunen bij de behandeling. De verbinding tussen training, therapie en leefgroep kan sterker worden door groepsleiders in te zetten als trainer of cotherapeut. Zij zijn dan op de hoogte van de inhoud van de training en therapie, probleemgebieden, gedragspatronen, huiswerkopdrachten en relevante ontwikkelingen van de patiënt. Situaties in de dagelijkse praktijk van de leefgroep en de routine van wonen, werken en vrije tijd kunnen dienen als leermoment. Dit maakt de transfer van het geleerde gemakkelijker. Omgekeerd kunnen situaties uit het dagelijkse leven ook onderwerp zijn van training en therapie.

- *Sluit aan bij het ontwikkelingsniveau van de patiënt*

Het ontwikkelingsniveau van de patiënt is een leidraad om tot aanknopingspunten in de behandeling te komen. Het gaat dan zowel om het cognitieve als het sociaal-emotionele ontwikkelingsniveau van de patiënt, het begrips- en taalniveau, de leerstijl, de belevingswereld en interesses.

Wat begrijpt hij al dan niet? Wat is de beste wijze van uitleggen? Hoe moet hij worden benaderd? Hoe groot is zijn spanningsboog? Wat kan hij volledig of enigszins zelfstandig? Wat moet worden overgenomen? Hiervoor is dagelijkse omgang met de patiënt nodig, waarin men kan observeren en mogelijkheden kan uitproberen. Om de patiënt actief te laten deelnemen is het belangrijk creatief in te spelen op zijn interesses en mogelijkheden.

- *Blijf de patiënt motiveren en stimuleren*

De opbouw van de motivatie vergt veel tijd en energie. Patiënten haken gemakkelijk af. Het is belangrijk in kleine stapjes te werken, die elk succes opleveren. De rol van de groepsleiding is hier van groot belang, bijvoorbeeld door inzicht te geven in het behandelplan en in het nut van meedoen aan de behandeling. Dat kan door de patiënt aan te moedigen aan de behandeling mee te werken, gebruik te maken van visuele middelen, en eenvoudige taal en beloningsprogramma's te gebruiken.

Patiënten hebben zelf doorgaans geen hulpvraag. Ze zien zichzelf meer als slachtoffer dan als dader en zien de noodzaak van gedragsverandering vaak niet in. Tijdens een behandeling is expliciet werken aan de persoonlijke inzet van patiënten cruciaal. In de loop van een behandeltraject kan er sprake zijn van teleurstelling, moedeloosheid en terugval in oud gedrag. De behandeling weer vlot trekken en de patiënt helpen opnieuw te beginnen vormen dan de opgave voor de behandelaars. Het is in ieder geval belangrijk patiënten niet af te wijzen wanneer zij fouten maken en hen te laten ervaren dat men conflicten ook op kan lossen door in gesprek te gaan.

- *Zorg voor een veilige (behandel)omgeving*

Een veilige woon- en werkomgeving is een van de basisvoorwaarden voor behandeling en ontwikkeling. De groepsleiding draagt zorg voor structuur, een dag- en nachtritme en een goede afwisseling van bezigheden en ontspanning. Vooral in het begin van een behandeling, waarin soms sprake is van veel oppositie, moet van buitenaf goed worden gelet op de handhaving van een veilig leefklimaat. Dat betekent conflicten adequaat oplossen, rekening houden met anderen en afspraken en regels nakomen, zodanig dat iedereen zich op de afdeling veilig kan voelen.

De rol van de groepsleiding verandert in de loop van de behandeling van beheersen en reguleren naar coachen en ondersteunen. Afhankelijk van de mogelijkheden en beperkingen van de patiënt blijft er meer of minder een stijl van bevoogding nodig. Omdat patiënten zelf zaken moeilijk bespreekbaar maken, is het vaak nodig actief in te springen om problemen te voorkomen: 'bemoeizorg' is een passend stijl bij mensen met een verstandelijke handicap met risicogedrag.

- *Blijf het geleerde herhalen*

Wegens de cognitieve beperkingen is het nodig eenmaal geleerde zaken vaak te herhalen om ze te laten inslijpen. Kom regelmatig terug op wat er is besproken, herhaal wat eerder is afgesproken, controleer telkens of het is begrepen. Later in de behandeling kan wat er eerder is geleerd in nieuwe situaties worden geoefend. Zo onderhoudt men de verworven vaardigheden en gedragingen, en verbreedt men ze naar meer complexe sociale contexten.

- *Blijf uitleg geven*

Regelmatige contactmomenten en korte gesprekken zijn belangrijk om herhaaldelijk zaken uit te leggen: afdelingsregels, het behandelplan, terugkoppeling van een patiëntbespreking, het hoe en wat van het behandeltraject en andere zaken waar de patiënt mee te maken heeft en krijgt. Situaties die moeilijk zijn voor een patiënt moet men achteraf – vaak meer dan eens – bespreken, waarbij de ervaring en het doel van de patiënt centraal staan. Hoe is een bepaalde interactie verlopen? Hoe denken en reageren anderen? Hoe los je een conflict op? Ga voortdurend na wat de patiënt van de verdieping of de uitleg begrijpt. Om situaties vooraf en achteraf te kunnen bespreken is rollenspel een geschikt middel; het daadwerkelijk ‘doen’ en ‘zien’ van een manier sluit beter aan bij deze patiënten dan een gesprek alleen.

De therapieontvankelijkheid staat of valt met de mate waarin de hulpverleners erin slagen over te brengen dat ze het beste met de patiënt voorhebben (*de best interest principale*).

- *Benoem en bespreek emoties*

Het is van belang aandacht te besteden aan de emoties van de patiënt. Dat betekent goed observeren, luisteren en feedback geven. Patiënten hebben vaak een diffuus gevoel van zich niet welbevinden, herkennen hun emoties niet en kunnen gevoelens niet verwoorden. Vaak kunnen ze verschillende emoties als boosheid, angst, verdriet, somberheid, blijheid en schaamte niet onderscheiden. Emoties moeten soms letterlijk worden benoemd, zodat patiënten ze leren kennen en herkennen. Als minder duidelijk is wat er speelt, kan men doorvragen met open vragen: Wat zit je dwars? Wat is er aan de hand? De patiënt wordt als het ware aan de hand genomen om duidelijk te krijgen welke emoties een rol spelen, waarbij altijd wordt geverifieerd of de patiënt of diens begeleider het goed hebben begrepen.

Ook gevoelens bij andere mensen herkennen moet vaak worden geleerd. Hoe kun je zien dat iemand boos op je wordt? Hoe kom je te weten of iemand zich ergert aan je opmerking? Patiënten zijn vaak niet goed in staat verbale en non-verbale signalen te herkennen, waardoor het vaak misgaat in de omgang met anderen.

- *Bied hulp en steun bij transfer naar de dagelijkse situatie*

De hulp en steun veranderen vaak in de loop van de behandeling van beheersen naar onderhandelen. In het begin van de behandeling neemt men, indien nodig, verantwoordelijkheden over zoals op tijd opstaan, deelnemen aan een dagprogramma, verzorging van zichzelf en de omgeving. Later kan men anders begeleiden en helpen, meer op afstand. Van overnemen van taken gaat het geleidelijk naar zelf doen, gestimuleerd door de groepsleiding op de achtergrond, met controle achteraf en laten leren van fouten. Men kan helpen met conflicten oplossen, huiswerk maken, hobby's aanleren, omgangsvormen

oefenen, etc. Voorbeeldgedrag van medewerkers is belangrijk om te tonen hoe gewenst gedrag er feitelijk uitziet.

- *Maak ingewikkelde zaken begrijpelijk*

Er is een vertaalslag nodig van het behandelplan naar individuele behandeldoelen. Leg het plan uit in begrijpelijke taal en maak een verbinding tussen het behandelplan, het gedrag van de patiënt op dat moment en het gedrag dat hij nog moet leren. Het uitgangspunt hierbij is de delictanalyse (inclusief de delictketen) die men samen met de patiënt maakt. Een delictketen opstellen vraagt veel tijd en geduld bij deze patiënten, maar is deze eenmaal samen met de patiënt gemaakt, dan is de verbinding met het behandelplan goed (uit) te leggen.

Visualiseren (plaatjes, filmpjes, kleuren gebruiken voor bepaalde gevoelens), herhaling en eenvoudig taalgebruik zijn hulpmiddelen bij dit proces.

Vrouwelijke daders

Prevalentie

Er is weinig aandacht voor vrouwelijk plegers van SGG, hoewel zij wel degelijk bestaan. De schattingen van de omvang lopen uiteen in verschillende onderzoeken, van 1 tot 3% . Uit een studie van [Brouwers en Smit \(2005\)](#) komt naar voren dat bij seksuele delicten de verdachte maar zelden een vrouw is: slechts in 2% van de zaken, terwijl dat voor alle misdrijven op 13% ligt. Als het gaat om SGG zijn vrouwen wat vaker betrokken bij ontucht dan bij aanranding en verkrachting. Op grond van de gegevens valt in dit onderzoek geen onderscheid te maken tussen gevallen waarin vrouwen worden verdacht van medeplichtigheid, medeplegen of pleger zijn ([Brouwers en Smit, 2005](#)). Deze gegevens stemmen overeen met de resultaten van een onderzoek van [Wijkman, Bijleveld en Hoving \(2008\)](#). Zij analyseerden de gegevens van alle tussen 1994 en 2005 veroordeelde vrouwelijke daders van zedendelicten in Nederland. Ongeveer 2 % van alle verdachten die in zedenzaken zijn vervolgd waren vrouwen. Een Amerikaans onderzoek laat hogere percentages zien. In 1996 heeft het *National Center on Child Abuse and Neglect* meer dan 2.000.000 rapportages onderzocht van mishandeling van meer dan 3.000.000 miljoen kinderen. Meer dan 1.000.000 miljoen kinderen werden geïdentificeerd als slachtoffers van misbruik, van wie 12% van seksueel misbruik. In een kwart van deze 12% bleek de dader een vrouw, waarbij het vooral om moeders ging ([Boroughs, 2004](#)).

Dader-, slachtoffer- en delictkenmerken

Om een groot aantal redenen blijft seksueel misbruik door vrouwen onopgemerkt. [Denov \(2001\)](#) noemt er een aantal. Zo ziet onze maatschappij vrouwen als niet-gewelddadige, primaire verzorgers. Seksueel misbruik past niet in dat beeld. Seksuele delicten van vrouwen zijn veelal incestueus van aard. Het slachtoffer geeft de primaire verzorger van wie het afhankelijk is om redenen van loyaliteit, schaamte en vrees niet te worden geloofd niet snel aan. De omgeving merkt het seksuele misbruik ook niet snel op omdat het schuilgaat achter de opvoeding. Vaak ook zwakt men de verantwoordelijkheid van vrouwelijke daders bij confrontatie met seksueel misbruik af. Vrouwen worden bovendien fysiek onbekwaam geacht tot seksueel misbruik van jongens en mannen.

Ook het onderzoek heeft vrouwelijke plegers van SGG onderbelicht gelaten. Dit is te wijten aan een combinatie van methodologische moeilijkheden als een kleine en heterogene dadergroep en de diversiteit van motieven en problematiek ([Wijkman, Bijleveld & Hoving, 2008](#)). Korfage en de Hoop (2007) bespreken in hun artikel een casus van een seksuele delinquente bij wie de dynamiek en de vorm van het SGG overeenkomen met die van mannelijke daders. Andere studies noemen verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke daders. [Jennings \(1993\)](#) geeft aan dat een groot percentage van de vrouwelijke daders het misbruik samen met een andere persoon plegen. Zij kennen hun slachtoffers, zijn minder gewelddadig dan mannelijke daders en misbruiken hun slachtoffers gedurende een kortere periode.

De etiologie van seksuele geweldpleging door vrouwen is onduidelijk, maar is anders dan die bij mannen. Volgens Saradjian laat onderzoek zien dat voorgeschiedenis, relaties en sociale omstandigheden bijdragen tot seksueel misbruik door vrouwen. Als etiologische factoren worden in de anamnese seksueel misbruik, persoonlijkheidsstoornissen, onbevredigende relaties, middelenmisbruik en afhankelijkheid genoemd. Zwakbegaafdheid en psychiatrische stoornissen komen minder vaak naar voren. Slechts één studie maakt melding van pedofilie bij een vrouw. [Matthews \(1993\)](#) stelt dat vrouwelijke daders de volgende kenmerken hebben: lage zelfwaardering, gebrekkige empathie, woede (als gevolg van onderliggende angst en pijn) en schaamte. Ze zijn minder geneigd het misbruik te ontkennen en nemen meer verantwoordelijkheid dan mannen.

Typologieën

Verschillende auteurs hebben op grond van uiteenlopende onderzoeksdesigns subtypen binnen de groep vrouwelijke zedendelinquenten onderscheiden (zie [Wijkman, Bijleveld & Hoving, 2008](#)).

[Mathews, Matthews en Speltz \(1991\)](#) hebben een typologie van vrouwelijke seksuele delinquenten opgesteld die het meeste inzicht geeft in de aard van de delicten en de motivatie van de daders. Zij onderscheiden de typen *teacher-lover*, *intergenerationally predisposed molester*, *male-coerced*.

Bij het type *teacher-lover* richt de vrouwelijke dader zich op adolescente jongens met wie ze vriendschappelijk omgaat. Vaak noemt de vrouwelijke dader als motief dat zij het slachtoffer seksueel gedrag wil aanleren en zowel verbale als fysieke agressie is tegengekomen in eerdere relaties. Een relatie aangaan met een adolescent wordt ook als minder bedreigend ervaren. Zij ontkent het seksuele misbruik.

Het *predisposed* type dader is zelf slachtoffer geweest van ernstig langdurig fysiek en/of seksueel misbruik op zeer jonge leeftijd. Ze neemt zelf initiatief tot het seksuele misbruik en de slachtoffers zijn veelal haar eigen dan wel haar bekende kinderen. Vaak is de dochter het slachtoffer en worden ook de andere kinderen in het gezin zowel fysiek als affectief verwaarloosd. Zij voeren sadistische fantasieën uit en automutilatie en suïcidepogingen komen veel voor. Niet-bedreigende intimiteit en macht en beheersing ervaren zijn hun motieven.

Het *male-coerced* type pleegt het misbruik samen met een man die in het verleden meestal al kinderen heeft misbruikt. De vrouw is (extreem) afhankelijk en subassertief en neemt uiteindelijk gedwongen deel aan het seksuele misbruik. De slachtoffers zijn de eigen kinderen en kinderen buiten de familie.

Naast het *male-coerced* type beschrijven zij nog een ander type, het *male-accompanied* type. Deze vrouwelijke dader pleegt samen met een man seksuele delicten, zonder dat hij haar daartoe dwingt. In het verleden is er bij de vrouwelijke dader veelal sprake geweest van seksueel misbruik en het thema macht en beheersing speelt een grote rol bij de delicten.

Latere onderzoeken van [Saradjian \(1996\)](#) en [Syed en Williams \(1996\)](#) bevestigen deze indeling van vrouwelijke seksuele delinquenten. [Eldridge \(1997\)](#) voegt hier nog een ander type aan toe. Zij beschrijft een type vrouwelijke seksuele delinquent die haar zoon parentificeert en een volwassene, dus ook seksuele, relatie met hem aangaat. Dit type vrouwelijke seksuele delinquent komt vaker voor in èènoudergezinnen.

Het onderzoek van [Wijkman, Bijleveld en Hoving \(2008\)](#) dat de populatie bij Justitie bekende vrouwelijke zedendelinquenten in de periode 1994-2005 beschrijft, benadrukt de heterogeniteit in deze groep van vrouwelijke daders. Er zijn veel verschillen wat betreft achtergrond, motivatie, aard en ernst van de delicten. Deze verschillen zijn echter gradueel: er is relatief veel overlap tussen de profielen van de onderzochte daders. Zij spreken daarom over prototypes en niet van duidelijk te onderscheiden subtypen.

De behandeling van zowel het *male-coerced* en het *male-accompanied* type dient zich te richten op assertiviteit en zelfvertrouwen vergroten. Daarnaast is systeemtherapie belangrijk. [Chow & Choy \(2002\)](#) suggereren dat in gevallen van seksuele preoccupatie of zwakke seksuele zelfregulering SSRI's van betekenis kunnen zijn.

Patiënten met een autismespectrumstoornis

Over het algemeen is er niet veel onderzoek te vinden over zedendelinquenten met een autismespectrumstoornis (ASS). Een kort overzicht.

[T Hart-Kerkhoffs et al \(2009\)](#) vergeleken een groep jeugdige zedendelinquenten (n=175) met een controlegroep (n=500) en een groep patiënten met een ASS-diagnose (n=114) die niet waren veroordeeld voor SGG. Uit deze studie komt naar voren dat de groep zedendelinquenten meer ASS-symptomen vertoont dan de controlegroep, maar weer minder dan de algemene ASS-groep.

[Långström et al \(2009\)](#) onderzochten risicofactoren voor gewelddadige delicten binnen een groep met ASS. Van de groep van 422 individuen die tussen 1988 en 2000 waren opgenomen voor ASS werden er 31 (7%) veroordeeld voor gewelddadige niet-seksuele delicten en twee (0,5%) voor seksuele delicten. Gewelddadige individuen met ASS bleken vaker mannen met de diagnose 'syndroom van Asperger' (een vorm van autisme die minder interfereert met adequaat maatschappelijk functioneren en gepaard gaat met een gemiddeld of hoger IQ). Deze studie impliceert dat het goed is delinquenten met het Asperger-syndroom als zodanig te herkennen en dienovereenkomstig te behandelen.

Volgens [Haskins & Silva \(2006\)](#) hangt eventueel crimineel gedrag van ASS-patiënten die relatief goed functioneren, c.q. ASS-patiënten met een gemiddeld of hoger intelligentieniveau, vooral samen met twee aspecten van hun stoornis. Ten eerste betreft dit het gebrek aan *theory of mind*, een onvermogen de waarnemingen, gevoelens, gedachten van andere mensen te taxeren en te integreren, zodat men het eigen gedrag daarop af adequaat kan stemmen: zij kunnen sociale signalen niet goed 'lezen'. Daarnaast betreft het hun beperkte, zich herhalende interesses, die preoccupaties kunnen worden, van waaruit zij sociale consequenties als sancties negeren. Dit kan ook seksuele preoccupaties betreffen, wat kan uitmonden in excessieve masturbatie en uiteenlopend SGG, omdat ze dit gedrag nu eenmaal niet relateren aan de sociale conventies of de reacties van de anderen (zie ook Ray, Marks, & Bray-Garretson, 2004), meestal begint dit met *hands off* seksuele delicten, maar dit kan overgaan in *hands on* delicten. Omdat een ASS-patiënt binnen de eigen leeftijdsgroep op afwijzing stuit of daar geen contact kan maken neemt hij soms zijn toevlucht tot jongere kinderen. Er is dan weliswaar sprake van een pedoseksueel delict, maar niet van een pedoseksuele voorkeur.

[Ray, Marks, & Bray-Garretson, 2004](#)) geven ook aan dat kinderen met ASS vaker dan kinderen zonder ASS zelf slachtoffer zijn van seksueel misbruik Het risico zou voor hen 1.7 keer hoger liggen.

Uit de wetenschappelijke literatuur komt naar voren dat er binnen de forensische psychiatrie vaak een groot gebrek bestaat aan kennis over ASS en de behandeling ervan, waardoor ASS-patiënten het gevaar lopen onterecht langdurig in intramurale settings te verblijven. Het is dan ook belangrijk dat patiënten met ASS speciale zorg krijgen, zeker ook gezien hun verhoogde risico om gewelddadig te worden in een sociaal veeleisende omgeving en moeilijke situaties ([Anckarsäter et al, 2008](#)).

De patiënten met een ASS bij wie geen sprake is van psychoseksuele problematiek horen, conform de inclusiecriteria (zie hoofdstuk 2), niet thuis in het ZP SGG. Zij komen in aanmerking voor een ander ZP om hun hoofdproblematiek te behandelen.

2 Monitoring hormonale behandeling

Anti-androgenen

Deze tekst is nog in behandeling.

LHRH-agonisten

Deze tekst is nog in behandeling.

Overige aandachtspunten bij anti-androgenen en LHRH-agonisten

Deze tekst is nog in behandeling.

3 Monitoring psychofarmacotherapie

SSRI's

Bijwerkingen

Bijwerkingen van SSRI's zijn doorgaans mild en van voorbijgaande aard. Het gaat onder andere om gewichtsveranderingen, slapeloosheid, overgevoeligheid, droge mond, sufheid, trillen, zweten, rusteloosheid, bloedingen en maag- en darmklachten. De meest voorkomende bijwerkingen van SSRI's zijn seksuele bijwerkingen zoals een verminderd libido, anorgasmie en vertraagde ejaculatie. Volgens een aantal auteurs, berust hierop een deel van de werking van SSRI's bij seksueel delinquenten.

Dosering

De doses in de literatuur variëren. Zo wordt fluoxetine verstrekt in doses tussen 20 en 60 mg per dag en sertraline tussen 50 en 200 mg per dag.

De NVVP raadt in haar richtlijn de volgende doses aan:

- fluoxetine (Prozac) 20-40 mg/dd
- sertraline (Zoloft) 50-100 mg/dd

Brikenwaarschuwt voor een mogelijke versterking van de parafiele fantasieën als vertraagde ejaculatie of orgasme optreedt als bijwerking. In dergelijke gevallen raadt hij aan de dosis individueel te titreren.

Voor de meeste serotonerge psychofarmaca bestaat geen eenvoudige methode tot controle van de therapietrouw via bloedafname.

Overige psychofarmaca

Buspiron en lithiumcarbonaat zouden ook kunnen worden voorgeschreven, waarbij men veronderstelt dat hun werking ook via het serotonerg systeem tot stand komt.

De gerapporteerde doses liggen lager dan bij de reguliere indicaties (10-25 mg voor buspar en 300-1200 mg voor lithium).

Er is ook enig onderzoek gedaan naar het gebruik van naltrexon, een opioïde-antagonist, eerder toegepast in de behandeling van verslaving. Zo vond [Ryback \(2004\)](#) in een kleine en selecte steekproef bij adolescente zedendelinquenten een positief effect bij 15 van de 21 deelnemers. De gebruikte dosering lag tussen de 100 en 200 mg.

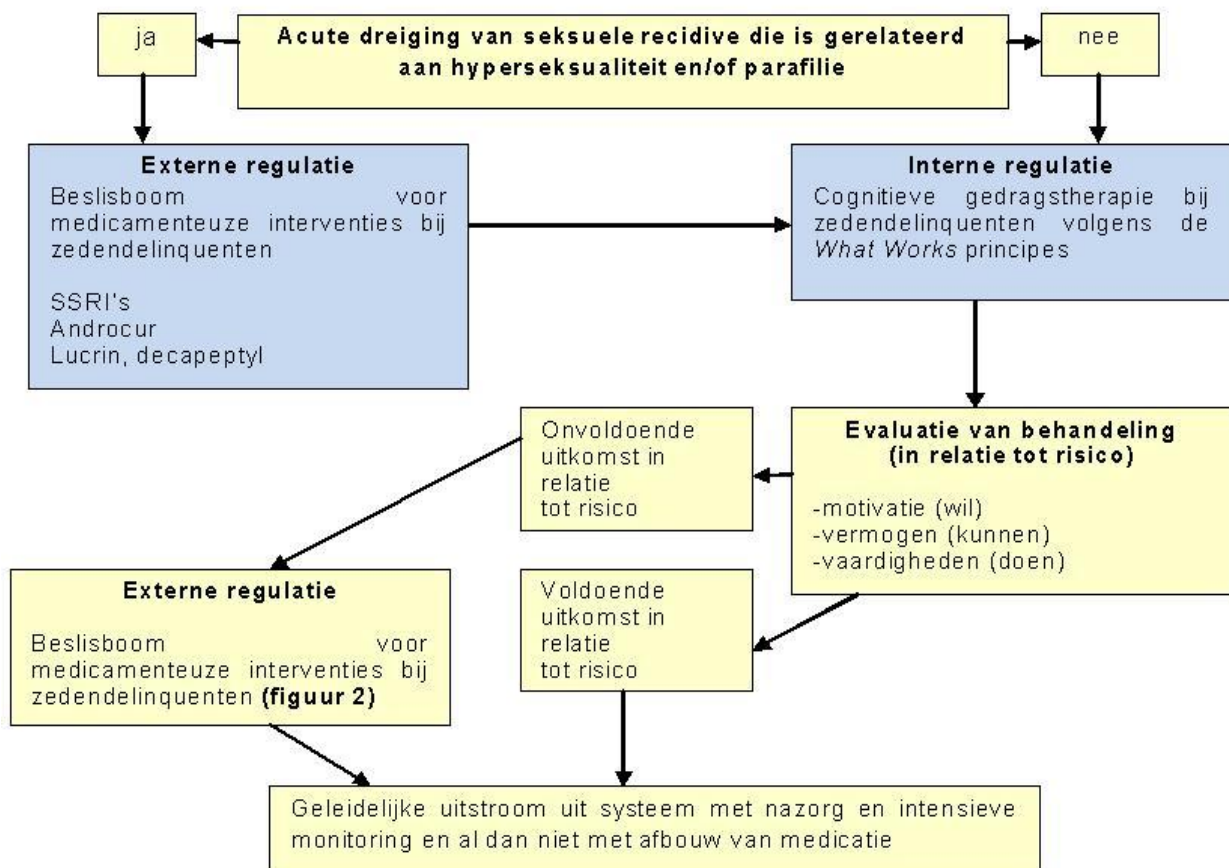
4 Behandelalgoritme medicamenteuze behandeling

Een behandelingsprogramma zou altijd moeten starten met psychotherapie en de farmacologische (evenals de psychotherapeutische) behandeling van comorbide stoornissen zo nodig.

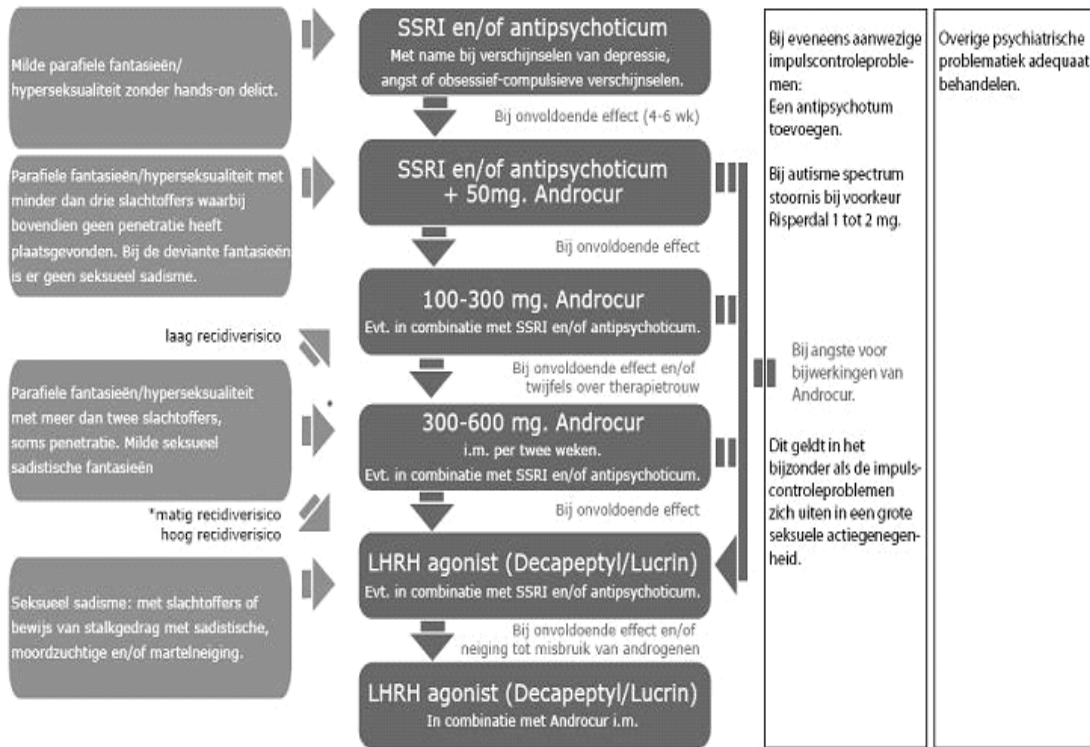
Het gebruik van een SSRI is vervolgens de eerste stap in het behandelalgoritme. Men zou ten minste een, maar meestal twee pogingen met een dergelijk middel moeten doen.

Extra aandacht dient gegeven te worden aan ernstig antisociale/psychopatische personen. Naast een erg gebrekkige therapietrouw bestaat het risico dat zij proberen via zelfmedicatie de effecten van de antihormonale behandeling tegen te gaan. Voor deze mensen kan de combinatie van een LHRH-agonist en CPA een optie zijn ([Hansen & Lykke-Olesen, 1997](#)).

Figuur 1 Beslisboom medicamenteuze interventies in relatie tot zelfregulatie (Van Beek, 2010)



Figuur 2 Behandelalgoritme afkomstig uit het psychofarmacotherapeutisch formularium (mede gebaseerd op de behandelalgoritmen van J. Bradford en P. Briken)



5 Handleiding voor therapeuten voor het afnemen van een seksuologische anamnese (Van Mesdagkliniek)

Deze handleiding beoogt de therapeut enige handvatten te geven om een of meer gesprekken te hebben met een patiënt over diens seksualiteit.

Vooraf dient de therapeut zich echter de vraag te stellen of hij / zij zich voldoende in staat acht om het thema seksualiteit überhaupt te bespreken. De therapeut dient te beschikken over enige theoretische kennis over seksualiteit, alsmede over vaardigheden om over seksualiteit te kunnen praten. De therapeut dient te beschikken over een juiste attitude en zich voldoende bewust te zijn van de eigen waarden en normen met betrekking tot dit thema.

Het is natuurlijk niet de bedoeling om de vragen als een soort spervuur op de patiënt te richten; de handleiding is vooral bedoeld om in een tweede gesprek de verschillende onderwerpen aan de orde te laten komen.

Bij veel van de vragen staat tussen () een tekst, bedoeld om enige context te geven. Niet alle vragen hoeven persé aan de orde te komen. Ongetwijfeld zullen er bepaalde vragen of thema's niet in de handleiding of in de vragenlijst staan. Afhankelijk van de problematiek van de patiënt kunnen naar eigen inzicht uiteraard nog andere vragen worden gesteld. Ook de volgorde waarin de vragen worden gesteld ligt niet per se vast. Het is de bedoeling om steeds meer 'in het thema te groeien'.

In sommige gevallen is het prettig om de "vragenlijst" (zie deel 2) te gebruiken. Dit is een lijst die een patiënt (al of niet in het gesprek) kan invullen, waarna over de lijst gesproken kan worden.

De kunst is om (in)zicht te krijgen in / op de seksuele ontwikkeling van de patiënt én in diens seksuele gedrag zowel vroeger als op dit moment in zijn leven.

Van Mesdagkliniek, Groningen, november '06

Henny Verboom, Seksuologe NVVS

- Hoe vaak praat patiënt nu met anderen over seks? (zelden, soms, vaak, nooit)

Met wie?

- Hoe ging men in het gezin / omgeving van patiënt om met 'bloot'?

(Zag patiënt ouders /broertjes/ zusjes wel eens naakt bv bij het douchen? Was er recht op privacy; was men erg preuts; té open over bloot, etc)

- **Seksuele ervaringen in de kindertijd, puberteit, adolescentie**

- Hoe vaak heeft patiënt als kind seksspelletjes gedaan?

(men noemt dat ook wel: doktertje spelen; vadertje / moedertje spelen, 'vieze spelletjes doen'. Let op dat patiënt begrijpt wat je hiermee bedoelt). (vaak, 1x. nooit etc).

- Met wie deed patiënt deze spelletjes?

(met leeftijdsgenootjes, alleen met een meisje / jongetje, met een groepje, broertjes / zusjes, etc)

Hoe oud was patiënt? Waar deed patiënt die spelletjes? Hoe vond patiënt die spelletjes?

Wie begon meestal?

- Is patiënt ooit 'betrapt' bij dit soort seksuele spelletjes? Zo ja, door wie en hoe werd er gereageerd?
- Kent patiënt het gevoel van verliefdheid? Wanneer en hoe merkte patiënt dat hij verliefd was?

Was het wederzijds? Hoe liet patiënt dat merken?

(Denk b.v. ook aan verliefdheidsgevoelens op de kleuter / basisschool)

- Was patiënt een versierder of liet patiënt zich liever versieren?

Zat patiënt achter de meiden aan? Hoe deed hij dat? Was patiënt uit op verking, een relatie, op seks?

- Hoe ontdekte patiënt dat hij op meisjes / vrouwen viel, of op jongens / mannen, of op kinderen? (jongens? meisjes?)
- Wanneer begon patiënt voor het eerst te (tong)zoenen? En met wie?
- Wanneer werd patiënt voor het eerst verliefd?
- Hoe heeft patiënt het ervaren dat zijn lichaam in de puberteit erg is gaan veranderen?

Denk aan: de baard in de keel, haargroei, schaamhaar, (ongewilde) erecties, natte dromen; wie heeft hem geleerd hoe zich te scheren enz.?

- Vanaf wanneer kan patiënt zich herinneren seksuele gevoelens te hebben?
- Wanneer betaste patiënt iemand seksueel boven de kleren? En wanneer onder de kleren? Van wie ging het initiatief daartoe uit?
- Laat patiënt iets vertellen over zijn eerste seksuele ervaringen (bijvoorbeeld: zijn '1^{ste} keer'). Wat waren patiënt's verwachtingen van de 1^{ste} keer? Liep het ook zo, anders?

Was dit een vrijwillig seksueel contact?

- Bij de 1^{ste} keer vrijwillig seksueel contact: Hoe overwon patiënt zijn onzekerheid? Gebruikte patiënt voorbehoedsmiddelen? Maakte patiënt zich zorgen over (het vasthouden van) zijn erectie? Pijn? Kon patiënt klaarkomen? Wat vond patiënt van het geslachtsdeel van de partner?
- Dacht patiënt veel na over seks? Tobde patiënt erover? Hoe is dat nu?
- Hoe oud was patiënt toen hij voor het eerst:

Seksuele handeling dat?	Leeftijd	Leeftijd en sekse van	Hoe vond patiënt
--------------------------------	-----------------	------------------------------	-------------------------

de ander

Zoende

Tongzoende

Streelde boven de kleren

Streelde onder de kleren

Geslachtsdelen streelden

Elkaar bevredigde

Neukte

Orale seks deed

Anale seks deed

- Wat vond patiënt belangrijk aan degene met wie hij seks hebt gehad (uiterlijk, aardig, lief, etc)?
- Heeft patiënt ooit met meer personen tegelijkertijd seksueel contact gehad (groepsseks)?

(nee, ja, metjongens / mannen en meisjes/vrouwen)

- Is patiënt tevreden over zijn lichaam? Wat wel, wat niet?

En over zijn 'seksuele uitrusting' = zijn geslachtsdelen?

- Welke seksuele problemen / moeilijkheden heeft patiënt (gehad)?

(Denk dan bijvoorbeeld aan pijn met de voorhuid / te nauwe voorhuid; te snel of te langzaam klaarkomen; erectieproblemen, etc).

Heeft patiënt ooit hulp gevraagd / gekregen bij seksuele moeilijkheden?

Zijn er medische ingrepen geweest op dit gebied?

- Van wie heeft patiënt leren masturberen (aftrekken)? Of hoe ontdekte patiënt dat je dat kon doen?

Wat wond patiënt vooral op? Welke fantasieën had patiënt daar bijvoorbeeld bij.

Hoe vaak per dag / week masturbeerde patiënt vroeger?

Hoe vaak per dag / week masturbeert patiënt nu?

- Naar wat voor soort porno keek patiënt vroeger?

En hoe kwam patiënt aan porno?

- Welke seksuele fantasieën hielpen patiënt bij het opgewonden raken, bij b.v. het masturberen?

(denk ook aan het gebruik van hulpmiddelen, pepmiddelen, seksspeeltjes, etc.)

- Welke positieve ervaringen heeft patiënt met seksualiteit?
- Heeft patiënt ooit seksuele handelingen gedwongen moeten ondergaan?

3. Seks en relatie

- Hoe vaak heeft patiënt verkering gehad? Hoe lang heeft de verkering geduurd; wat deed patiënt samen met zijn verkering, wat was er leuk / moeilijk aan; was het wederzijds; hoe en waarom is de verkering uit gegaan; door wie uitgemaakt?
- Heeft patiënt vaste relaties gehad in de zin van verloofd, samenwonend, gehuwd, etc.?

Met wie, hoe lang, intensiteit / kwaliteit / duur van de relatie, scheiding(en), etc.?

- Heeft patiënt een kinderwens / heeft patiënt kinderen? Laat patiënt iets over zijn kinderen vertellen.
- Laat patiënt wat over zijn seksuele relatie(s) vertellen.
- Zijn er in de relatie(s) van patiënt (seksuele) moeilijkheden geweest? Welke?
- Wat vindt patiënt van mensen die hulp vragen bij hun seksuele problemen?
- Is / was patiënt meestal degene die in een relatie het initiatief nam tot seks?

4. Seksualiteit nu

- Welke seksuele fantasieën helpen patiënt nu bij het opgewonden raken, bij b.v. het masturberen?
- Welke hulpmiddelen gebruikt patiënt bij het masturberen? (denk aan speeltjes, al dan niet zelfgemaakt)
- Welke porno vindt patiënt aantrekkelijk en opwindend?
- Op welke mannen / vrouwen / kinderen valt patiënt?
- Houdt patiënt van seksuele activiteiten waarbij hij zichzelf pijn doet?
- Idem om te zien, te fantaseren over of te denken aan iemand anders die pijn heeft door seksuele activiteit?

5. Homoseksualiteit

- Welke seksuele ervaringen heeft patiënt met iemand van de eigen sekse?
- Voelt patiënt zich het meest aangetrokken tot vrouwen of mannen of tot beide?
- Hoe denkt patiënt over homoseksualiteit?
- Als patiënt zich homoseksueel zou voelen, zou hij dat aan anderen vertellen?
- Gaat patiënt homoseksuele mensen (in de kliniek) uit de weg?
- Wat vindt patiënt van behandelaars van wie hij weet dat ze homoseksueel zijn?

6. Betaalde seks

- Heeft patiënt ooit betaald (geld of andere dingen) voor seks?
- Heeft patiënt ooit zelf iets gekregen voor seks?

Indien ja:

- Hoe oud was patiënt? Jaar
- Hoe vaak/lang heeft patiënt dit gedaan? Keer
- Doet patiënt het nu nog (wel eens)? nee / ja
- Hoe gebeurde het dat patiënt voor het eerst seks voor geld had / gaf?...
- Welke vormen van betaalde seks heeft patiënt meegemaakt:
 - strelen
 - masturbatie (elkaar aftrekken)
 - foto's maken
 - orale seks geven
 - orale seks ontvangen
 - anale seks geven
 - anale seks ontvangen
 - anders, n.l.:
- Heeft patiënt prostituees bezocht? Hoe vaak?
- Heeft patiënt seksclubs bezocht? Hoe vaak?

7. Verkering en relaties

- Wat is patiënt's ideaal van een meisje / jongen resp. vrouw / man waarmee hij verkering zou willen / heeft?
- Heeft patiënt een vaste vriend / vriendin (gehad)
 - ja, sinds
 - ja, maar nu niet
 - nee
- Als patiënt nu een relatie heeft, welke plaats neemt seks in in de relatie?
- Hoe belangrijk vindt patiënt samen vrijen? Waarom?
- Hoe zorgt patiënt ervoor dat er seks kan plaatsvinden?
- Welke activiteiten onderneemt patiënt met zijn relatie?
- Welke toekomstplannen heeft patiënt met betrekking tot zijn relatie? Welke?
- Wat vindt patiënt prettig aan het hebben van een relatie / verkering?
- Als patiënt geen relatie heeft op dit moment, hoe ervaart patiënt dat?

- Heeft patiënt behoefte aan seksueel contact?
- Lijkt het patiënt leuk verkering / een relatie te hebben? Wat lijkt er leuk aan?

8a. Seks met jezelf, porno en fantasieën

- Hoe oud was patiënt toen hij zich voor het eerst masturbeerde (zichzelf aftrok)? jaar
- Hoe vaak masturbeerde patiënt meestal vóóordat hij in de kliniek kwam?:

(dagelijks meer keren, een keer per dag, drie keer per week, een paar keer per maand, minder vaak, nooit)

- Hoe vaak keek patiënt vroeger naar erotische foto's in tijdschriften of naar pornoboekjes?

(vaak, soms, zelden, nooit)

- Welke tijdschriften/boekjes / dvd's, tv-zenders bekeek patiënt?
- Hoe kwam patiënt aan deze tijdschriften / boekjes?
- Welke foto's / plaatjes / beelden vond patiënt het leukst / spannendst / opwindendst?
- Hoe vaak masturbeert patiënt nu meestal?

(dagelijks meer keren, een keer per dag, drie keer per week, een paar keer per maand, minder vaak, nooit)

- Hoe zorgt patiënt voor seksuele opwinding? Wat windt patiënt op?
- Hoe vaak kijkt patiënt nu naar erotische foto's in tijdschriften of naar pornoboekjes?

(vaak, soms, zelden, nooit)

- Welke tijdschriften / boekjes?
- Hoe komt patiënt aan deze tijdschriften / boekjes?
- Welke foto's vindt patiënt het leukst / spannendst?
- Hoe vaak kijkt patiënt naar erotische films of pornovideo's? (vaak, soms, zelden, nooit)
- Hoe komt patiënt aan deze films / video's?
- Welke films / video's / tv-programma's, tv-kanalen?
- Welke films / video's vindt patiënt het leukst / spannendst?
- Als je nu seksueel fantaseert, ben jij dan degene die 'de controle' heeft of ben je liever passief?
- Overkomt het patiënt wel eens dat hij terugdenkt aan zijn delict(en) en daar seksueel opgewonden van raakt?

8b: Seks met kinderen / pedoseksualiteit

- Vanaf wanneer kan patiënt zich herinneren dat hij fantaseerde over seks met een kind / kinderen?
- Fantaseerde patiënt over
 - Jongens, vanaf de leeftijd
 - Meisjes, vanaf de leeftijd
 - Zowel jongens als meisjes, leeftijd
- Vanaf wanneer kan patiënt zich herinneren dat dat masturbeerde bij een fantasie over seks met een kind?

Vanaf

- Als patiënt masturbeert (zichzelf aftrekt) hoe vaak heeft hij dan de volgende fantasieën?

Vaak soms zelden nooit

Seks met een man van eigen leeftijd

Seks met een vrouw van eigen leeftijd

met een beroemd iemand

Seks met een onbekende van de eigen leeftijd

Seks met meer dan een persoon tegelijk

Seks met een kind tussen de 8 en 11 jaar

Seks met een kind tussen 4 en 7 jaar

Seks met een
baby of een
dreumes

Gedwongen
worden tot sex

Iemand anders
dwingen tot sex

- Overkomt het patiënt wel eens dat hij terugdenkt aan zijn delict(en) en daar seksueel opgewonden van raakt?
- Legt patiënt verband tussen de manier waarop hij seksueel is opgevoed en zijn delicten, of tussen zijn seksuele ervaringen en zijn delicten? Welke?

9. Vreemd / afwijkend seksueel gedrag

Hoe vaak heeft patiënt de volgende dingen gedaan:

- zijn blote kont aan iemand laten zien vaak / soms / zelden / nooit
- plassen in het openbaar vaak / soms / zelden / nooit
- iemand opbellen zonder zijn naam te zeggen

en geile taal gebruiken vaak / soms / zelden / nooit

- iemand begluren zonder dat die persoon het weet vaak / soms / zelden / nooit
- iemand begluren die naakt is vaak / soms / zelden / nooit
- mensen begluren die met elkaar vrijen vaak / soms / zelden / nooit
- masturberen in het openbaar vaak / soms / zelden / nooit
- iemands ondergoed stelen vaak / soms / zelden / nooit
- ondergoed van een vrouw aantrekken vaak / soms / zelden / nooit
- vrouwenkleren aandoen vaak / soms / zelden / nooit
- masturberen in vrouwenkleren vaak / soms / zelden / nooit
- masturberen met gestolen kleding vaak / soms / zelden / nooit
- zijn geslachtsdelen van een afstand aan iemand

laten zien vaak / soms / zelden / nooit

- seks met dieren vaak / soms / zelden / nooit
- obscene telefoongesprekken gevoerd vaak / soms / zelden / nooit
- iemand stiekem aangeraakt (frottage) vaak / soms / zelden / nooit
- prostituees bezocht vaak / soms / zelden / nooit
- iemand achtervolgd (stalking) vaak / soms / zelden / nooit
- aan telefoonseks doen vaak / soms / zelden / nooit

- opgewonden raken van een bepaald object (fetisj) vaak / soms / zelden / nooit
- dingen in de anus gestopt voor seksuele opwinding vaak / soms / zelden / nooit
- aan plasseks doen vaak / soms / zelden / nooit
- aan poepseks doen vaak / soms / zelden / nooit
- trio-seks gedaan vaak / soms / zelden / nooit
- naaktbars bezoeken vaak / soms / zelden / nooit
- surfen op internet naar porno vaak / soms / zelden / nooit
- porno downloaden vaak / soms / zelden / nooit
- surfen op internet naar kinderporno vaak / soms / zelden / nooit
- kinderporno downloaden vaak / soms / zelden / nooit
- zelf porno maken vaak / soms / zelden / nooit
- kinderporno maken vaak / soms / zelden / nooit
- sekscorrespondentie doen vaak / soms / zelden / nooit
- slipjes, bh's of andere dingen pikken? vaak / soms / zelden / nooit
- op internet chatten vaak / soms / zelden / nooit
- via internet seks hebben vaak / soms / zelden / nooit
- met een webcam / video seks opnemen vaak / soms / zelden / nooit
- je voor iemand anders uitgeven dan je bent vaak / soms / zelden / nooit

10. Seksuele toenadering

Wat doet patiënt als...

- hij een leuke vrouw /man ziet die hij nog niet kent en contact met haar / hem wil maken?
- patiënt verliefd op iemand is? Hoe laat patiënt dat merken?
- patiënt met een vrouw/man wil vrijen? Hoe maakt hij dat duidelijk?
- Een vrouw zegt dat ze niet zoveel zin heeft om te vrijen en patiënt wel?
- Iemand met patiënt wil vrijen en patiënt heeft geen zin of is er nog niet aan toe?
- Andere mannen tegen elkaar opscheppen wat ze allemaal durven en hebben uitgehaald?
- Andere jongens / mannen patiënt proberen over te halen een meisje / vrouw lastig te gaan vallen?
- Andere jongens / mannen patiënt proberen over te halen een homo / lesbo lastig te gaan vallen?
- Een groep iets wil gaan doen waar patiënt eigenlijk geen zin in heeft?
- Een groep jongens / mannen van plan is om een meisje op te wachten en haar eens flink te 'pakken'

- Wat is volgens patiënt het verschil tussen: instemmen met seks, meewerken aan seks en je inschikken?

11. Voorbehoedsmiddelen en geslachtsziekten

- Welke voorbehoedsmiddelen kent patiënt? (laten opsommen)
- Weet patiënt waar / hoe hij aan voorbehoedsmiddelen kan komen? (laten vertellen)
- Met welke voorbehoedsmiddelen heeft patiënt ervaring?
- Heeft patiënt wel eens een geslachtsziekte gehad? (nee, ja, welke)
- Welke geslachtsziekten kent patiënt (SOA'S)?
- Weet patiënt op welke manier hij een geslachtsziekte kan oplopen? (Nee, Ja, nl. door ...)
- Weet patiënt hoe hij besmetting met HIV/AIDS kan voorkomen? (Nee, Ja, nl. door ...)

12. Eigen misbruikervaringen

- Is patiënt zelf ooit slachtoffer geweest van seksueel misbruik? (ja; nee)
- Zo ja:
 - Leeftijd waarop dit gebeurde: Jaar
 - Aantal keren:keren
 - Aangifte gedaan ja, nee
 - Aantal plegers (en leeftijd en sekse)
 - Korte beschrijving van de aard van het misbruik
- Is patiënt ooit lichamelijk mishandeld? (ja; nee)
- Zo ja:
 - Leeftijd waarop dit gebeurde: Jaar
 - Aantal keren:keren
 - Aangifte gedaan (ja; nee)
 - Aantal plegers (en leeftijd en sekse)
 - Korte beschrijving van de aard van het mishandeling
- Heeft patiënt andere vormen van mishandeling (b.v. verwaarlozing) meegemaakt
 - Leeftijd waarop dit gebeurde: Jaar
 - Aantal keren:keren
 - Aangifte gedaan (ja; nee)
 - Aantal plegers (en leeftijd en sekse)
 - Korte beschrijving van de aard van het mishandeling

Zorgprogramma SGG

- Komt er in het gezin waarin patiënt is opgegroeid seksueel misbruik voor? Zo ja, in welke vorm?
- Zijn er seksuele ervaringen of onderwerpen die hier niet genoemd zijn die patiënt leuk, prettig of belangrijk vindt om te vertellen?
- Wat vindt patiënt zijn leukste ervaring op het gebied van de seksualiteit?
- Open vraag

Opmerkingen:

6 Lijst met deelnemers werkgroepen en leescommissie

Aan de totstandkoming van de eerste versie van dit zorgprogramma hebben de volgende personen bijgedragen.

Instelling	Naam
De Woenselse Poort	Jeandarme (I.)
Hoeve Boschoord	Le Grand (A.L.)
	Kramer (E.)
FPK Oldenkotte	Panjer (R.)
Van Mesdag kliniek	Pieters (R.)
Pompestichting	Vissers (A.W.T.M.)
	Versteijnen (D.)
Van der Hoeven Stichting	Van Beek (D.)
Universiteit Utrecht	Koenraadt (F.)
Universiteit Leuven	Gijs (L.)
EFP	Van Eeden (D.)
	Embley Smit (I.)
	Hempel (I.)
	Van der Horst (A.)
	Pantus (M.)
	Pomp (E.R.)
	Schabracq (M.) (eindredacteur)
de Kijvelanden	Koudstaal (B.)
	Leenaars (P.E.M.)
	Schultheis (D.)
	Soe-Agnie (S.)
AMC de Meren	Holscher (B.)
	Mocking (S.)
	Nijhuis (Y.)
FPK Oldenkotte	Holwerda (G.)
	Horsch (M.)
	Panjer (R.)
	Winkelhorst (Y.)
GGZ Drenthe	Krakeel (J.)
GGZE	Hendriks (T.E.M.) <i>leescommissie</i>
	Jeandarme (I.) <i>leescommissie</i>
Hoeve Boschoord	le Grand (A.L.)
	Niewold (M.)
Oostvaarderskliniek	Jonkers (P.)
	Larooy (M.)
	del Prado (F.A.A.)

Zorgprogramma SGG

<	
	Slot (M.)
Pompestichting	van Bergen (J.W.M.)
	Kop (J.A.J.)
	Vermij (J.)
	Versteijnen (D.)
	Vissers (A.W.T.M.)
Rooyse Wissel	Smits (M.J.)
	Verhaert (A.)
Van der Hoeven Stichting	van Beek (D.) <i>leescommissie</i>
	van den Berg (J.W.) <i>leescommissie</i>
	Smid (W.J.M.) <i>leescommissie</i>
Van Mesdag kliniek	Feringa (H.A.)
	Heerschop (J.)
	Pieters (R.)
Veldzicht	Korfage (I.)
	Veldsema (W.)
	Ziel (R.)
Groot Batelaar	ten Brinck (K.)
	van Wessel (W.M.J.)
EFP	Bon (C.)
	van Eeden (D.)
	Embley Smit (I.)
	Janssen (H.J.)
	van Leeuwen (N.)
	Meijer (W.A.)
	Mertens (J.)
	Mertens (N.M.)
	Meyer (J.)
	Nijhof (W.)
	Pantus (M.)
	Pomp (E.R.)
	Postma (G.)
	Schönberger (H.J.M.)

Literatuurlijst

A

AAMR (2002).

Mentalretardation. Definition.classification and systems of support 10th edition. Washington: AAMR.Menta

Abel, G.G. (1997).

Abel assessment for sexual interst: Therapist's product information. Georgia: Abel Screening.

Abel, G.G. et al (1989).

The measurement of cognitive distortions of child molesters. Annals of Sexual Research, 2, 135-153.

Abel, G.G. et al (2004).

Use of visual reaction time to assess mal adolecents who molest children. Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 16, 255-265.

Adi, Y. et al (2002).

Clinical effectiveness and cost- consequences of selective serotonin reuptake inhibitors in the treatment of sex offenders (HealthTechnology Assessments ,6, No, 28,London: Her Majesty's Stationary Office. Aluja, A & Garcia, L.F. (2005). Sensation seeking, sexualcuriosity and testosterone in inmates. Neurosychobiology, 5, 128-33.

Aluja, A. & Garcia, L.F. (2005)

Sensation seeking, sexual curiosity and testosteronein inmates.Neuropsychobiology,5,128-33.

American Psychiatric Association (2000).

Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Andrews, D.A. & Bonta, J. (2010).

The psychology of criminal conduct (5th edition).New Providence, NJ: LexisNexis.

Andrews, D.A., Bonta, J. & Hoge, R. (1990).

Seksuele gezondheid in Nederland 2009. Utrecht: Rutgers Nisso GroepClassification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology. Criminal Justice & Behavior, 17, 19-52.

Anckarsäter, H., Nilsson, T., Saury, J.M., Rastam, M. & Gillberg, C. (2008)

Autism spectrum disorders in institutionalized subjects. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62, 160-167.

Archer, J. (2006).

Testosterone and human aggression: an evaluation of the challenge hypothesis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 30, 319-345.

Assendorf, J.B., Banse, R. & Muecke, D. (2002).

Double dissociation between implicit and explicit personality self-concept: The case of shy behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 380-393.

B

Bakker, F. et al (2009).

Seksuele gezondheid in Nederland 2009. Utrecht: Rutgers Nisso Groep

Bakker, F. & Vanwesenbeeck, I. (red.) (2006).

Seksuele gezondheid in Nederland. Utrecht: Rutgers Nisso Groep.

Barbaree, H.E. & Blanchard, R. (2008).

Sexual deviance over the lifespan: reductions in deviant sexual behavior in the aging sex offender. In: D.L. Laws & W.T. O'Donohue, (Eds.), *Sexual deviance; theory, assessment and treatment* (pp. 37-60). New York, London: The Guilford Press.

Barbaree, H.E. & Marshall, W.L. (1989).

Erectile responses amongst heterosexual child molesters, father-daughters incest offenders and matched mom offenders: Five distinct age preference profiles. *Canadian Journal of Neurological Science*, 21, 70-78.

Barbaree, H.E., Seto, M.C., Langton, C.M. & Peacock, E.J. (2001).

Evaluating the predictive accuracy of six risk assessment instruments for adult sex offenders, *Criminal Justice and Behavior*, 28, 490-521.

Barbaree, H.E., Seto, M.C., Serin, R.C. & Preston, D.L. (1994).

Comparison between sexual and nonsexual rapist subtypes; sexual arousal to rape, offense precursors and offense characteristics. *Criminal Justice and Behavior*, 21, 95-114.

Beech, A.R. & Fordham, A.S. (1997).

Therapeutic climate of sexual offender treatment programs. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 9, 219-237.

Beech, A.R. & Hamilton-Giachritsis, C.E. (2005).

Relationship between therapeutic climate and treatment outcome in group-based sexual offender treatment programs. *Sexual Abuse: a Journal of research and treatment*, 17, 127-140.

Beek, D.J. van (1999).

De delictscenarioprocedure bij seksueel agressieve delinquenten; een onderzoek naar de bruikbaarheid van de delictscenarioprocedure in de behandeling van seksueel agressieve delinquenten in de Dr Henri van der Hoeven Kliniek. Proefschrift, Universiteit van Amsterdam. Deventer: Gouda Quint

Beek, D.J. van (2006).

'What works' principes in de behandeling van pedoseksuelen. In T.L.I. Oei & M.S. Groenhuijsen (Eds.), *Capita selecta van de forensische psychiatrie anno 2006* (pp. 543-557). Deventer: Kluwer.

Beek, D.J. van (2010).

Van terugblik naar vooruitzien. Behandeling van seksueel grensoverschrijdend gedrag. Deventer: PowerPoint presentatie ter gelegenheid van het symposium 12 ½ jaar bestaan van de Tender, 13 oktober 2010.

Beek, D.J. van, Doncker, D. de & Ruiter, C. de (2001).

Static-99. Inschatten van het risico van seksueel geweldadige recidive bij volwassen seksuele delinquenten. Utrecht: Forum Educatief.

Beek, D.J. van & Mulder, J.R. (2002).

De rol van cognitieve vervormingen in het plegen van pedoseksuele delicten en hun plaats in de behandeling. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 26, 79-86.

Beek, D.J. van & Mulder, J.R. (2007).

Het zelfregulatiemodel in delictroutes. Handleiding deel 1 Diagnostiek. Utrecht: Forum Educatief. (Nederlandse bewerking van: *The Self-Regulation model of the offense and relapse process* by T. Ward, J. Bickley, S. Webster, D. Fisher, A. Beech & H. Eldridge, 2004).

Beek, D.J. van & Mulder, J.R. (2009).

Het zelfregulatiemodel in delictroutes. Handleiding Deel 2 Behandeling. Utrecht: Forum Educatief. (Nederlandse bewerking van : *The Self-Regulation of the offense an relapse procecess. A. Manual. Volume 2: Treatment* by T. Ward, P.M. Yates & C.A. Long, 2006)

Berg, J.W. van den & Brand, E. (2008).

De prevalentie van zwakbegaafden en licht verstandelijk gehandicapten binnen de groep plegers van seksueel grensoverschrijdend gedrag in de TBS. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 32, 67-72.

Berg, J.W. van den & Vogel, V. de (2008).

Risicotaxatie bij forensisch psychiatrische patiënten met een licht verstandelijke handicap: hoe bruikbaar zijn bestaande risicotaxatie-instrumenten? Aangeboden ter publicatie.

Bergh-Lotz, Y. van de, Grand, B. le, Kriek, C., Verhagen, T. (2002)

Intimay training in a forensic psychiatric setting: An experiment. *International Journal of Offender and Comparative Criminology*, 45, 249-266.

Bickley, J. & Beech, A.R. (2001).

Classifying child abusers: Its relevance to theory and clinical practice. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 45, 51-69.

Boer, D.P., Hart, S.D., Kropp, P.R. & Webster, C.D. (1997).

Manual for the Sexual Violence Risk-20: Professional guidelines for assessing risk of sexual violence. Vancouver, BC: Institute against Family Violence.

🔍 Bogaerts, J. & Doncker, D. de (1994).

Voorlopige vertaling van de Abel and Becker Cognitions Scale (ABCS): onderzoeksversie Edegem: UZA.

Bonta, J. & Hanson, R.K. (1994).

Gauging the risk for violence: Measurement, impact, and strategies for change. Ottawa: Solicitor General.

Borduin, C.M., Henggeler, S.W., Blaske, D.M. & Stein, R.J. (1990).

Multisystemic treatment of adolescent sexual offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 34, 105-113.

Borduin, C.M., Schaeffer, C.M., & Heilblum, N. (2009).

A randomized clinical trial of multisystemic therapy with juvenile sexual offenders: Effects on youths social ecology and criminal activity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 26-37.

Boroughs, D.S. (2004).

Female sexual abusers of children. *Children and Youth Services Review*, 26, 481-487.

Bosson, J.K., Swann, W.B. & Pennebaker, J.W. (2000).

Stalking the perfect measure of implicit self-esteem: The blind men and elephant revisited? *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 631-643.

Bradford, J.M. (1997).

Medical interventions in sexual deviance. In D.R. Laws (Ed.) *Sexual deviance: Theory, assessment and treatment* (pp. 449-464). New York, London: The Guilford Press.

Bradford, J.M. & Mc Lean, D. (1984).

Sexual offenders, violence and testosterone: a clinical study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 29, 335-343.

Brouwers, M. & Smit, P.R. (2005).

Seksuele delinquentie. De prevalentie door de jaren heen. Justitiële Verkenningen, 1, Den Haag: Boom Juridische Uitgevers.

Briken, P., Hill, A. & Berner, W. (2003).

Pharmacotherapy of paraphilias with long-acting agonists of Luteinizing Hormone-Releasing hormone: a systematic review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 890-897.

Bumby, K.M. (1996).

Assessing the cognitive distortions of child molesters and rapists: Development and validation of the MOLEST and RAPE scales. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 8, 37-54.

Burt, M.R. (1980).

Cultural myths and supports for rape. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 217-230.



Calder, M.C. (2007).

Working with children and young people who sexually abuse: taking the field forward. Lyme Regis: Russell House.

Chow, E.W.C. & Choy, A.L. (2002).

Clinical characteristics and treatment response to SSSRI in a female pedophile. *Archives of Sexual Behaviour*, 31, 303-329.

Clelland, S.R., Studer, L.H. & Reddon, J.R. (1998).

Follow-up of rapists treated in a forensic psychiatric hospital. *Violence and Victims*, 1, 79-86.

Cooper, A.J. (1995).

Review of the role of two antilibidinal drugs in the treatment of sex offenders with mental retardatio. *Mental Retardation*, 33, 42-48.

Cooper, A.J., Sandhu, S., Losztyn, S. & Cernovsky, Z. (1992).

A double-blind placebo controlled trial of Medroxyprogesterone Acetate and Cyproterone Acetate with seven pedophiles. *Canadian Journal of Psychiatry*, 37, 687-693.

Cosa Bulletin 1 (2010).

http://www.cosanederland.nl/documents/1/100222_COSA_bulletin01_vs3.pdf

Courtney, J. & Rose, J. (2004).

The effectiveness of treatment for male sex offenders with learning disabilities: A review of the literature. *Journal of Sexual Aggression*, 10, 215-236.

Craig, L.A., Browne, K., Beech, A. & Stringer, I. (2006).

Psychosexual characteristics of sexual offenders and the relationship to sexual reconviction. *Psychology, Crime and Law*, 12, 231-243.

Craig, L.A., Browne, K.D. & Beech, A.R. (2008)

Assessing risk in sex offenders. A practioner guide. New York: Wiley.

Craig, L.A., Browne, K.D., Stringer, I. & Beech, A.R. (2005).

Sexual recidivism: A review of static, dynamic and actuarial risk predictors, *Journal of Sexual Aggression*, 11, 65-84.

D

Day, K. (1994).

Male mentally handicapped sex offenders. *British Journal of Psychiatry*, 165, 630-639.

Denov, M.S. (2001).

A culture of denial: Exploring professional perspectives on female sexual offending. Canadian Journal of Criminology, 3, 303-329.

Dobson, K.S. (2009, 3th ed.).

Handbook of cognitive-behavioral therapies. New York: Guilford Press.

Doncker, D. de (2000a).

Voorlopige vertaling van de MOLEST Scale: onderzoeksversie. Edegem: UZA.

Doncker, D. de (2000b).

Voorlopige vertaling van de RAPE Scale: onderzoeksversie Edegem: UZA.

Doncker, D. de & Bogaerts, J. (1994).

Voorlopige vertaling van de Rape Myth Acceptance Scale (RMAS): onderzoeksversie. Edegem: UZA.

Doncker, D. de, Schotte, C. & Koeck, S. (2002).

De klinisch psychologische diagnostiek van seksueel misbruik: Een diagnostische strategie en instrumentarium. Tijdschrift voor Seksuologie, 26, 46-58.

Doren, D.M. (1998).

Recidivism base rates, predictions of sex offender recidivism, and the 'sexual predator' commitment laws. Behavioral Sciences and the Law 16, 97-114.

Doren, D.M. (2004).

Stability of the interpretative risk percentages for the RRASOR and Static-99. Sexual Abuse: a journal of Research and Treatment, 16, 25-36.

Došen, A. (1993).

Psychiatrie binnen de zorg voor verstandelijk gehandicapten. In Zorg voor verstandelijk gehandicapten (pp. 288-294). Assen: Van Gorcum.

Ducro, C. & Pham, T. (2006).

Evaluation of the SORAG and the Static-99 on Belgian sex offenders committed to a forensic facility. Sexual Abuse: a Journal of Research and Treatment, 18, 15-26.

E

EFP (2008).

Libidoremmende medicatie bij de behandeling van zedendelinquenten. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.

Eldridge, H. (1997).

Barbara's story: A mother who sexually abused. In M. Elliot (Ed.), Female sexual abuse of children: The ultimate taboo (pp. 74-88). Chichester: Wiley & Sons.

F

Faller, K. (1987).

Women who sexually abuse children. *Violence and Victims*, 2, 263-276.

Fazel, S., Sjostedt, G. & Langstrom, N. (2006).

Risk factors for criminal recidivism in older sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 18, 159-167.

Ferwerda, H. (2008).

Huiselijk geweld gemeten – cijfers 2007. Vierde meting op basis van landelijke politiecijfers. Arnhem: Advies- en Onderzoeksgroep Beke.

Frenken, J. (2002).

Strafbare seksualiteit en seksueel deviant gedrag: Definities en prevalenties. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 26, 4-8.

G

Garret, T., Oliver, C., Wilcox, D.T. & Middleton, D. (2003).

Who cares? The views of sexual offenders about the group treatment they receive. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 15, 323-338.

Gijs, L. & Gooren, L. (1996).

Hormonal and psychopharmacological interventions in the treatment of paraphilias: an update. *The Journal of Sex Research*, 33, 273-290.

Glasgow, D.V., Croxen, J. & Osborne, A. (2003)

An assessment tool for investigating paedophile sexual interest using viewing time: An application of single case methodology. *British Journal of Learning Disability*, 31, 96-102

Grand, B.I. le, Lutjenhuis, B.H.M. & Solodova, A. (2005).

Behandeling van zwakbegaafde en licht verstandelijk gehandicapte plegers van seksueel misbruik (2e herziene druk ed.). Houten: Bohn Stafleu Van Lochem.

Greenberg D.M., Bradford J.M.W., Curry S. & O'Rourke A. (1996).

A comparison of treatment of paraphilias with three serotonin reuptake inhibitors: A retrospective study. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 2, 525–532.

Greenwald, A.G. & Farnham, S.D. (2000).

Using the Implicit Association Test to measure self-esteem and self-concept. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 1022-1038.

Greenwald, A.G., McGee, M.D. & Schwartz, J.K.L. (1998).

Measuring individual differences in implicit cognition: The Implicit Association Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1464-1480.

Grossman, L.S., Martis, B. & Fichtner, C.G. (1999).

Are sex offenders treatable? A research overview. *Psychiatric Services*, 50, 349-361.

Grubin, D. (1998).

Sex offending against children: Understanding the risk. Police Research London: Home Office.

H

Hag, B. ten (2007).

Hyperseksualiteit en seksuele problematiek bij zedendelinquenten. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 31, 11-18.

Hansen, T.R. & Lykke-Olesen, A. (1997).

Treatment of dangerous sexual offenders in Denmark. *Journal of Forensic Psychiatry*, 8, 1995-1999.

Hanson, R.K. (1997).

The development of a brief actuarial risk scale for sexual offense recidivism. Ottawa, Ontario: Solicitor General of Canada.

Hanson, R.K. (2002).

Recidivism and age: Follow-up data from 4,673 sexual offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 17, 1046-1062.

Hanson, R.K. (2009a).

The psychological assessment of risk for crime and violence. *Canadian Psychology*, 50, 172-182.

Hanson, R.K., (2009b).

Recent developments in risk assessment and treatment efficacy. Utrecht: PowerPoint presentatie ter gelegenheid van TBS Advisory Board Seminar, 24 april 2009.

Hanson, R.K., Bourgon, G., Helmus, L., & Hodgson, S. (2009)

The principles of effective correctional treatment also apply to sexual offenders : A meta-analysis
Criminal Justice and Behavior, 36, 865-891.

Hanson, R.K. & Bussière, M.T. (1996).

Predictors of sexual offender recidivism: A meta-analysis (User Report 96-04). Ottawa, Ontario:
Department of the Solicitor General of Canada.

Hanson, R.K. & Bussière, M.T. (1998).

Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. Journal of Consulting and
Clinical Psychology, 66, 348-362.

Hanson, R.K., Gizzarelli, R. & Scott, H. (1994).

The attitudes of incest offenders: Sexual entitlement and acceptance of sex with children. Criminal
Justice and Behavior, 21, 187-202.

Hanson, R.K et al (2002).

First report of the collaborative outcome data project on the effectiveness of psychological treatment
for sex offenders. Sexual Abuse: a Journal of Research and Treatment, 14, 169-194.

Hanson, R.K., Harris, A.J.R., Scott, H. & Helmus, L. (2007a).

Assessing the risk of sexual offenders on community supervision: The Dynamic Supervision Project.
Unpublished manuscript. Ottawa: Public Safety Canada.

Hanson, R.K., Harris, A.J.R., Scott, T.L. & Helmus, L. (2007b).

Assessing the risk of sexual offenders on community supervision: The Dynamic Supervision Project
(User Report 2007-05). Ottawa: Public Safety Canada.

Hanson, R.K. & Harris, J.R. (2001).

A structured approach to evaluating change among sexual offenders. Sexual Abuse: A Journal of
Research and Treatment, 13, 105-122.

Hanson, R.K. & Morton-Bourgon, K.E. (2004).

Predictors of sexual recidivism: An updated meta-analysis (User Report No. 2004-02). Ottawa, ON:
Public Safety and Emergency Preparedness Canada.

Hanson, R.K. & Morton-Bourgon, K.E. (2005).

The characteristics of persistent sexual offenders: A meta-analysis of recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 1154-1163.

Hanson, R.K. & Morton-Bourgon, K.E. (2007).

The accuracy of recidivism risk assessment for sexual offenders: A meta-analysis. (User Report 07-01). Ottawa: Department of the Solicitor General of Canada.

Hanson, R.K. & Morton-Bourgon, K.E. (2009)

The accuracy of recidivism risk assessments for sexual offenders: a meta-analysis of 118 prediction studies. *Psychological Assessment*; 21,1-21.

Hanson, R.K., Steffy, R.A. & Gauthier, R. (1993).

Long-term recidivism of child molesters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 646-652.

Hanson, R.K. & Thornton, D. (2000).

Improving risk assessment for sex offenders: A comparison of three actuarial scales. *Law and Human Behavior*, 24, 119-136.

Hanson, R.K. & Thornton, D. (2003).

Notes on the development of Static-2002. User Report 2003-01. Ottawa: Department of the Solicitor General of Canada.

Hare, R.D. (1991).

The Hare Psychopathy Checklist-Revised. Toronto: Multi-Health Systems.

Harris, A.J.R. & Hanson, R.K. (2003).

The Dynamic Supervision Project: Improving community supervision of sex offenders. *Corrections Today*, 65(5), 60-64. Harris, G.T. et al (2003). A multisite comparison of actuarial risk instruments for sex offenders. *Psychological Assessment*, 15, 413-425.

Harris, A.J.R. & Tough, S. (2004).

Should actuarial risk assessments be used with sex offenders who are intellectually disabled? *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 17, 235-241.

't Hart-Kerkhoffs L.A. et al (2009).

Autism spectrum disorder symptoms in juvenile Suspects of sex offenses. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70, 266-72.

Hart, S.D. et al (2003).

The Risk for Sexual Violence Protocol (RSVP): Structured professional guidelines for assessing risk of sexual violence. Vancouver, BC: Mental Health, Law and Policy Institute Simon Fraser University.

Haskins, B.G., & Silva, J.A. (2006).

Asperger's disorders and criminal behavior: Forensic-psychiatric considerations. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 34, 374-384.

Heim, N. & Hursch, C.J. (1979).

Castration for sex offenders: treatment or punishment? A review and critique of recent European literature. *Archives of Sexual Behavior*, 8, 281-304.

Higley, J.D. et al (1996).

CSF testosterone and 5-HIAA correlate with different types of aggressive behaviors. *Biological Psychiatry*, 40, 1067-1082.

Hildebrand, M. (2004).

Psychopathy in the treatment of forensic psychiatric patients: assessment, prevalence, predictive validity and clinical implications. Amsterdam: Dutch University Press.

Hildebrand, M., Ruiter, C. de & Vogel, V. de (2004).

Psychopathy and sexual deviance in treated rapists: Association with sexual and non-sexual recidivism. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 16, 1-24.

Hildebrand, M., Ruiter, C. de & Beek, D.J. van (2001).

SVR-20. Richtlijnen voor het beoordelen van het risico op toekomstig seksueel gewelddadig gedrag. Utrecht: Dr. Henri van der Hoeven Stichting, Forum Educatief.

Hildebrand, M., Ruiter, C. de & Vogel, V. de (2004).

Psychopathy and sexual deviance in treated rapists: Association with sexual and nonsexual recidivism nonsexual recidivism. *Sexual Abuse: a Journal of Research and Treatment*, 16, 1-24.

Hill, A. et al (2003).

Differential pharmacological treatment of paraphilias and sex offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 47, 407-421.

Hislop, J. (2001).

Female sex offenders. Ravensdale: Idyll Arbor. Holland, L.A., Zolondek, S.C., Abel, G.G., Jordan, A.D., & Becker, J.V. (2000). Psychometric analysis of the Sexual Interest Cardsort Questionnaire. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*, 12, 107–122.

Horn, J. van, Bos, M. & Wipert, J. (2007).

De WaagSchaal: onze visie op risicotaxatie. Utrecht: Van der Hoeven Stichting.

Horn, J. van, Mulder, J. Scholing, A. (2006)

Recidive bij subgroepen van zedendelinquenten in de ambulante forensische psychiatrie. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 30, 187-194.

Horn, J. E. van, Scholing, A. & Mulder, J. (2005).

Risicotaxatie bij volwassen zeden- en geweldplegers in een ambulante setting. *Diagnostiekwijzer*, 8, 42-43.

Hunsel, F. van & Cosyns, P. (2002).

Biomedische interventies bij plegers van seksueel geweld. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 26, 87-96.

I

J

Jennings, K.T. (1993).

Female child molesters: A review of the literature. In M. Elliot (Ed.), *Female sexual abuse of children: the ultimate taboo* (p.219-234). Rexdale, Canada: John Wiley & Sons.

Johnston, S.J. (2002).

Risk assessment in offenders with intellectual disability: the evidence base. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46, 47-56.

K

Kafka, M.P. (1995).

A monoamine hypothesis for the pathophysiology of paraphilic disorders. *Archives of Sexual Behavior*, 26, 343-358.

Kafka, M.P. (1997).

Hypersexual desires in males: An operational definition and clinical implications for males with paraphilias and paraphilia-related disorders. *Archives of Sexual Behavior*, 5, 505-526.

Kafka, M.P. (2010).

Hypersexual disorder: A proposed diagnosis for DSM-V. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 377-400.

Kalmus, E. & Beech, A.R. (2005).

Forensic assessment of sexual interest: A review. *Aggression and Violent Behavior*, 10, 192-217.

Kaplan, M.S. & Krueger, R.B. (2010).

Diagnosis, assessment and treatment of hypersexuality. *Journal of Sex Research*, 47, 181-198.

Kingston, D.A, Federoff, P., Firestone, P., Curry, S. & Bradford, J.M. (2008).

Pornography use and sexual aggression: The impact of frequency and type of pornography use on recidivism among sexual offenders. *Aggressive Behavior*, 34, 1-11.

Kingston, D.A., Firestone, P., & Moulden, H.M. (2007).

The utility of the diagnosis of pedophilia: a comparison of various classification procedures. *Archives of Sexual Behaviour*, 36, 423-436.

Kingston, D.A., Malamuth, N.M., Federoff, P. & Marshall, W.L. (2009).

The importance of individual differences in pornography use: Theoretical perspectives and implications for treating sexual offenders. *Journal of Sex Research*, 46, 216-232.

Knight, R.A. & Cerce, D.D. (1999).

Validation and revision of the Multidimensional Assessment of Sex and Aggression. *Psychologica Belgica*, 39, 135-161.

Knight, R.A. & Prentky, R.A. (1990).

The development and corroboration of taxonomic models. In W. L. Marshall, D. R. Laws, & H. E. Barbaree (Eds.), *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender* (pp. 23–52). New York: Plenum.

Knight, R.A., Prentky, R.A. & Cerce, D.D. (1994).

The development, reliability, and validity of an inventory for the multidimensional assessment of sex and aggression. *Criminal Justice and Behavior*, 21, 72-94.

Knight, R.A. & Sims-Knight, J.E. (2003).

The developmental antecedents of sexual coercion against women: testing alternative hypotheses with structural equation modeling. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 989, 72-85.

Koeck, S., Doncker, D. de, Huys, W. & Winter, J. (2006).

Classificatie van extrafamiliale pedoseksuelen. Deel II: SCEP-1: Het MTC:CM3 systeem herbekeken. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 30, 75-90.

Koeck, S., Beek, D.J. van & Doncker, D. de (2002).

Classificatie van pedoseksuelen en verkrachters. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 26, 37-45

Kogel, C.H. de & Nagtegaal, M.H. (2008).

Toezichtprogramma's voor delinquenten en forensisch psychiatrische patiënten. Effectiviteit en veronderstelde werkzame mechanismen. Den Haag: WODC, Boom Juridische uitgevers.

Kohnstam, R. (2009)

Kleine ontwikkelingspsychologie III. (derde druk) Houten: Bohn, Stafleu & Van Loghum.

Kool, R. (2007).

Strafbare seksualiteit. In: A. P. Van Wijk, R. A. Bullens & P. Van den Eshof (Ed). *Facetten van zedencriminaliteit* (pp.99-124).

Korfage, I. & Hoop, W.C. de (2006).

De ontkenning voorbij: Diagnostiek en behandeling van een vrouwelijke seksueel delinquent. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 30, 138-143.

Koster, K., Lankveld, J. van & Spreen, M. (2006).

Voorspelling van recidive bij zedendelinquenten met behulp van retrospectief gebruik van de PCL-R en SVR-20. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 30, 204-214.

L

Lambrick, F. & Glaser, W. (2004).

Sexoffenders with intellectual disability. *Sex Abuse: A Journal of research and Treatment*, 16381-392.

Långström, N., Grann, M., Ruchkin, V., Sjöstedt, G. & Fazel S. (2009).

Risk factors for violent offending in autism spectrum. a national study of hospitalized individuals. *Journal of Interpersonal Violence*, 24, 1358-1370.

Langton, C.M., et al (2007).

Actuarial assessment of risk for reoffense among adult sex offenders: Evaluating the predictive accuracy of the Static-2002 and five other instruments. *Criminal Justice and Behavior*, 34, 37-59.

Laws, D.R. (2009)

Penile plethysmography; Strength, limitations and innovations.: In Thornton & Laws (Eds). *Cognitive approaches to the assessment of sexual interest in sexual offenders.* (Pp. 7-30) Chichester: J. Wiley & Sons.

Laws, D.R., Hudson, S.M. & Ward, T. (2000).

Remaking relapse prevention with sex offenders: A sourcebook. Thousand Oaks, Ca: Sage Publications.

Letourneau, E.J. (2002).

A comparison of objective measures of sexual arousal and interest: visual reaction time and penile plethysmography. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 14, 207-223.

Leuw, E., Bijl, R.V. & Daalder, A. (2004).

Pedoseksuele delinquentie: een onderzoek naar prevalentie, toedracht en strafrechtelijke interventies. De Haag: Boom.

Lindeman, H.H. (2005).

Sex offender tests - SAI and SAI-Juvenile. In B.A. Schwartz (Ed.), *The sex offender: Issues in assessment, treatment, and supervision of adult and juvenile populations* (Vol. 5) (pp. 7-1 -7-22). Kingston, NJ: Civic Research Institute.

Lindsay, W.R. (2002).

Research and literature on sex offenders with intellectual and developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46, 74-85.

Lindsay, W.R., Law, J., Quinn, K., Smart, N. & Smith, A.H.W. (2001).

A comparison of physical and sexual abuse: Histories of sexual and non-sexual offenders with intellectual disability. *Child Abuse & Neglect*, 25, 989-995.

Looman, J. (2006).

Comparison of two risk assessment instruments for sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 18, 193-206.

Looman, J., Gauthier, C. & Boer, D. (2001).

Replication of the Massachusetts Treatment Center Child Molester Typology in a Canadian sample. *Journal of Interpersonal Violence*, 16, 753-767.

Lösel, F. & Schmucker, M. (2005).

The effectiveness of treatment for sexual offenders: A comprehensive meta-analysis. *Journal of Experimental Criminology*, 1, 117-146.

M

Malamuth, N., Heim, N., & Feshbach, S. (1980).

The sexual responsiveness of college students to rape depictions: Inhibitory and disinhibitory effects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 399-408.

Malcolm, P.B., Davidson, P.R. & Marshall, W.L. (1985).

Control of penile tumescence: The effect of arousal level and stimulans content. *Behaviour Searchand Therapy*.

Maletzky, B.M. (1991).

The use of medroxyprogesterone acetate to assist in the treatment of seksual offenders. *Annals of Sex Research*, 4, 117-129.

Maletzky, B.M., Tolan, A. & McFarland, B. (2006).

The Oregon depo-Provera Program: a five year follow-up. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 18, 303-316.

Mali, S.R.F. (2007).

Geregistreerde zedencriminaliteit in Nederland. In A. P. Van Wijk, R. A. R. Bullens & P. Van den Eshof (Eds.), *Facetten van zedencriminaliteit* (pp. 71-98). Den Haag: Elsevier.

Marques, J.K., Wiederanders, M., Day, D.M., Nelson, C. & van Ommeren, A. (2005).

Effects of a relapse prevention program on sexual recidivism: Final results from California's Sex Offender Treatment and Evaluation Project (SOTEP). *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 17, 79-107.

Marshall, W.L. (2005).

Therapist style in sexual offender treatment: influence on indices of change. *Sexual Abuse: a Journal of Research and Treatment*, 17, 109-116.

Marshall, W.L., Anderson, D. & Fernandez, Y.M. (1999).

Cognitive behavioural treatment of sexual offenders. Chichester, UK: John Wiley & Sons.

Marshall, W.L. (1999).

Current status of North American assessment and treatment programs for sexual offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 14, 221-239.

Marshall, W.L., Jones, R., Ward, T., Johnston, P. & Barbaree, H.E. (1991).

Treatment outcome with sex offenders. *Clinical Psychology Review*, 11, 465-485.

Marshall, L.E. & Marshall, W.L. (2007)

The utility of the random controlled trial for evaluating sexual offender treatment: The gold standard or an inappropriate strategy? *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 19, 175-191.

Marshall, W.L., Marshall, L.E., Serran, G.A. & Fernandez, Y. M. (2006).

Treating sexual offenders: an integral approach. New York: Routledge.

Marshall, W.L., Kennedy, P., Yates, P.M., & Serran, G.A. (2002a).

Issues concerning the reliability and validity of the diagnosis of sexual sadism applied in prison settings. *Sexual Abuse a Journal of Research and Treatment*, 14, 301-311.

Marshall, W.L., Kennedy, P., Yates, P.M., & Serran, G.A. (2002b).

Diagnosing sexual sadism in sexual offenders: reliability across diagnosticians. *International Journal of Offender and Comparative Criminology*, 46, 668-677.

Matthes, A., Rettenberger, M. & Eher, R. (2010).

Predictive and incremental validity of the STABLE-2000 and the STABLE-2007 in an Austrian sample of child sexual abusers. *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie*, 17, 66.

Matthews, J. (1993).

Working with female sex offenders. In M. Elliot (Ed.), *Female sexual abuse of children* (pp. 57-73). New York: Guilford Press.

Matthews, R., Matthews, J.L. & Speltz, K. (1991).

Female sexual offenders. A Typology. In M.Q. Patton (Ed.), *Family sexual abuse: Frontline research and evaluation* (199-219). London: Sapp.

Mc Grath, Cumming en Burchard (2003).

Current practices and trends in sexual abuser management: The Safer Society 2002 nationwide survey. Brandon, VT: Safer Society Press.

Mc Grath et al (2010)

McGrath, R., Cumming, G., Burchard, B., Zeoli, S., & Ellerby, L. (2010). *Current Practices and Emerging Trends in Sexual Abuser Management: The Safer Society 2009 North American Survey*. Brandon, Vermont: Safer Society Press.

McGrath, R.J., Cumming, G., Livingston, J.A. & Hoke, S.E. (2003).

Outcome of a treatment program for adult sex offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 18, 3-17.

Menedez-Abraham, E., Moran Viesca, P., Velasco Plaza, A. & Marin, B. (1988).

Modifications of the sexual activity in male rats following administration of antiserotonergic drugs. *Behavioural Brain Research*, 30, 251-258.

Monahan, J. (1992).

Mental disorder and violent behaviour. Perceptions and evidence. *American Psychologist*, 47, 511-521.

Movisie (2009).

Factsheet seksueel geweld: feiten en cijfers. Utrecht: Movisie. Mulder, J. (1997). Poliklinische groepspsychotherapie met pedoseksuele cliënten. *Tijdschrift Groepspsychotherapie*, 31, 123-131.

Mulder, J. (1997).

Poliklinische groepspsychotherapie met pedoseksuele cliënten. *Tijdschrift Groepspsychotherapie*, 31, 123-131.

N

Nagayama Hall, G.C. (1995).

Seksual offender recidivism revisited: a meta-analysis of recent treatment studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 802-809.

Neumann, F. & Kalmus, J. (1991).

Hormonal treatment of sexual deviations. Berlijn: Diesbach.

Nichols, H.R. & Molinder, I. (1984).

Multiphasic Sex Inventory Manual. Tacoma: WA:Authors.

Nieuwebeerta, P., Blokland, A. & Bijleveld, C.C.J.H. (2003).

Lange termijn recidive van daders van seksuele delicten. Tijdschrift voor Criminologie, 45, 369-377.

Nieuwenhuijzen, C. & Philipse, M. (2002).

Risicotaxatie bij zedendelinquenten: een globaal literatuuroverzicht. Tijdschrift voor Seksuologie, 26, 70-78.



Olver, M.E. & Wong, S.C.P. (2006).

Psychopathy, sexual deviance, and recidivism among sex offenders. Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 18, 65-82.

Ortmann, J. (1980).

The treatment of sexual offenders: castration and antihormone therapy. International Journal of Law and Psychiatry, 3, 443-451.



Pithers, W.D., Marques, J.K., Gibat, C.C. & Marlatt, G.A. (1983).

Relapse prevention with sexual aggressives: A self-control model of treatment and maintenance of change. In J.G. Greer & I.R. Stuart (Eds.), The sexual aggressor (pp. 214-239). New York: Van Nostrand Reinhold.

Portegijs, W., Hermans, B. & Lalba, V. (2006).

Emancipatiemonitor 2006. Veranderingen in de leefsituatie en levensloop. Den Haag: SCP.

Prentky, R., Knight, R., Lee, A. & Cerce, D. (1995).

Predictive validity of lifestyle impulsivity for rapists. Criminal Justice & Behavior, 22, 106-128.

Prentky, R. & Lee, A. (2007).

Effect of age-at-release on long term sexual re-offense rates in civilly committed sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 19, 43-59.

Prentky, R.A. & Knight, R.A. (1991).

Identifying critical dimensions for discriminating among rapists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 643-661.

Prentky, R.A. & Knight, R.A. (2000).

Psychopathy baserates among subtypes of sex offenders, Presentation at the Annual Meeting of the Association for the treatment of Sexual Abusers. San Diego.

Prentky, R.A., Knight, R.A., Rosenberg, R. & Lee, A. (1989).

Path analytic approach to the validation of a taxonomic system for classifying child molesters. *Journal of Quantitative Criminology*, 5, 231-257.

Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. & Norcross, J.C. (1992).

In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.

Q

Quinsey, V.L., Harris, G.T., Rice, M.E. & Cormier, C.A. (2006).

Violent Offenders: Appraising and managing risk (2nd edition). Washington DC: American Psychological Association.

R

Rada, R.T., Laws, D.R., Kellner, R., Stivastava, L. & Peake, G. (1983).

Plasma androgens in violent and non violent offenders. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry & the Law*, 11, 149-158.

Ray, F., Marks, C., & Bray-Garretson, H. (2004).

Challenges to treating adolescents with Asperger's syndrome who are sexually abusive. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 11, 265-285.

Rich, P. (2003).

Understanding juvenile sexual offenders: Assessment, treatment, and rehabilitation. New York, John Wiley & Sons.

Rice, M., & Harris, G.T. (1997).

Cross-validation and extension of the violence risk appraisal guide for child molesters and rapists. *Law and Human Behavior*, 21, 231-241.

Roberts, C.F., Doren, D.M. & Thornton, D. (2002).

Dimensions associated with assessments of sex offender recidivism risk. *Criminal Justice and Behavior*, 29, 569-589.

Rösler, A., & Witztum, E. (2000).

Pharmacotherapy of the paraphilias in the next millenium. *Behavioral Sciences and the Law*, 18, 43-56.

RSJ. (2007).

Verloftoetsingskader tbs 2007: Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming Advies Verloftoetsingskader tbs 2007. Den Haag: RSJ.

Ruiter, C. de & Veen, V.C. (2006).

De effectiviteit van farmacotherapie bij seksuele delinquenten. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.

Ruiter, C. de & Vogel, V. de (2004).

Recidive bij behandelde seksuele delinquenten. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 28, 92-102.

Ryback, S. (2004).

Naltrexone in the treatment of adolescent sexual offenders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 982-986.



Saradjian, J. (1996).

Women who sexually abuse children. Chicester: John Wiley & Sons.

Schmucker, M. & Lösel, F. (2008).

Does sexual offender treatment work? A systematic review of outcome evaluations. *Psicothema*, 20, 10-19.

Schönberger, H.J.M., Hildebrand, M., Spreen, M. & Bloem, O. (2008).

De waarde van gestructureerde risicotaxatie en van de diagnose psychopathie bij seksuele delinquenten. Een onderzoek naar de betrouwbaarheid en predictieve validiteit van de SVR-20, Static-99, HKT-30 en PCL-R. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.

Seto, M.C. (2005).

Is more better? Combining actuarial risk scales to predict recidivism among adult sex offenders. *Psychological Assessment*, 17, 156-167.

Seto, M.C. & Lalumière, M.L. (2001).

A brief screening scale to identify pedophilic interests among child molesters. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 13, 15-25.

Sjöstedt, G. & Långström, N. (2000).

Actuarial assessment of risk for criminal recidivism among sex offenders released from Swedish prisons 1993-1997. Poster presented at the 19th Annual Conference of the Association for the Treatment of Sexual Abusers. San Diego, California.

Sodersten, P., Larsson, K., Ahlenius, S. & Engel, J. (1976).

Stimulation of mounting behavior but not lordosis behavior in ovariectomized female rats by p-chlorophenylalanine. *Pharmacology, Biochemistry, and Behavior*, 5, 329-333.

Studer, L.H., Aylwin, A.S. & Reddon, J.R. (2005).

Testosterone, sexual offense recidivism, and treatment effect among adult male sex offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 17, 171-181.

Studer, L.H., Reddon, J.R., Roper, V. & Estrada, L. (1996).

Phoenix: An in-hospital treatment program for sexual offenders. *Journal of Offender Rehabilitation*, 23, 91-97

Syed, F. & Williams, S. (1996).

Case studies of female sex offenders in the correctional service of Canada. Ottawa: Correctional Service Canada.

T

Thibault, G.E. (1994).

Drug modulation of libido and sexual activity. *Annals endocrinologiques parisiens*, 55, 229-233.

Thole, Z., Manso, G., Salgueiro, E., Revuelta, P. & Hidalgo, A. (2004).

Hepatotoxicity induced by antiandrogens: A review of literature. *Urologia Internationalis*, 73, 289-295.

Thornton, D. (2006).

Age and sexual recidivism: a variable connection. *Sexual abuse: A journal of Research and Treatment*, 18, 123-135.

Thornton, D. & Laws, D.R. (Eds. 2009),

Cognitive approaches to the assessment of sexual interest in sexual offenders. Chichester: J. Wiley & Sons.

Thornton, D. et al (2003).

Distinguishing and combining risks for sexual and violent recidivism. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 989, 225-235.

Tiggelaar, L. & Koster, K. (2008).

Penisplethysmografie als effectevaluatiemaat voor libidoremmende medicatie. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 32, 121-127.

Tough, S. (2001).

Validation of two standard assessments (RRASOR, 1997; Static-99, 1999) on a sample of adult males who are intellectually disabled with significant cognitive deficits. Unpublished Masters Thesis, University of Toronto, Toronto, Ontario, Canada.

Tuinier, S., Verhoeven, W., & Praag, H. van (1995).

Cerebrospinal fluid 5-hydroxyindolacetic acid and aggression: A critical reappraisal of the clinical data. *International Clinical Psychopharmacotherapy*, 10, 147-156.

U

V

Verberne, G.J.C.M. (1994).

Ervaringen met daderbehandeling in een SGLVG-kliniek, symposium *Beleid in Beweging Huis ter Heide*.

Vereniging Forensische Seksuologie. (1994).

Vragenlijst voor mannen over seksualiteit: Geautoriseerde vertaling en bewerking van de Multiphasic Sex Inventory. Harreveld: Harreveld.

Vertommen, H., Vanhouche, W. & Verhoeven, B. (1999a)

Nederlandstalige aanpassing en validering van tests voor diagnostische evaluatie van seksueel delinquenten: Onderzoeksrapport. Leuven: KUL, Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen.

Vertommen, H., Vanhouche, W. & Verhoeven, B. (1999b).

Nederlandstalige aanpassing en validering van tests voor diagnostische evaluatie van seksueel delinquenten: Bijlagen. Leuven: KUL, Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen.

Vogel, V. de (2005).

Structured risk assessment of (sexual) violence in forensic clinical practice: The HCR-20 and SVR-20 in Dutch forensic psychiatric patients. Academisch Proefschrift. Universiteit van Amsterdam: Dutch University Press.

Vogel, V. de & Ruiter, C. de (2004).

Recidive bij behandelde seksuele delinquenten. Tijdschrift voor Seksuologie, 28, 92-102.

Vogel, V. de, Ruiter, C. de, Bouman, Y.H.A. & Vries Robbé, M. de (2007).

Handleiding bij de SAPROF: Structured assessment of protective factors for violence. Utrecht/Nijmegen: Van der Hoeven-kliniek/Trimbos-Instituut/Prof. mr. W.P.J. Pompestichting.

Vogel, V. de, Ruiter, C. de, Hildebrand, M., Bos, B. & Ven, P. van de (2004).

Type of discharge and risk of recidivism measured by the HCR-20. A retrospective study in a Dutch sample of treated forensic psychiatric patients. International Journal of Forensic Mental Health, 3, 149-165.

Vogel, V. de, Ruiter, C. de, Beek, D. van & Mead, G. (2003).

De waarde van gestructureerde risicotaxatie: een retrospectief empirisch onderzoek bij behandelde seksuele delinquenten. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 58, 9-29.

Vogel, V. de, Ruiter, C. de, Beek, D. van & Mead, G. (2004).

Predictive validity of the SVR-20 and Static-99 in a Dutch sample of treated sex offenders. Law and Human Behavior, 28, 235-251.

Volavka, J. (1995).

Neurobiology of Violence. Washington: American Psychiatric Press.



Ward, T. (2002a).

Good lives and the rehabilitation of offenders: Promises and problems. *Aggression and Violent Behavior*, 7, 513-528.

Ward, T. (2002b).

The management of risk and the design of good lives. *Australian Psychologist*, 37, 172-179.

Ward, T., Hudson, S.M., & Keenan, T.R. (1998).

A self-regulation model of the sexualoffense process. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 10, 141-157.

Ward, T. & Mann, R. (2004).

Good lives and the rehabilitation of offenders: A positive approach to treatment. In P.A. Linley & S. Joseph (Eds.), *Positive psychology in practice* (pp. 598-616). Hoboken, NJ: Wiley.

Ward, T., Polaschek, P.L.L. & Beech, T. (2006).

Theories of sexual offending. Chichester UK: J. Wiley & Sons.

Wijkman M.C.B., Bijleveld, C. & Hoving, E. (2008).

Zoiets doet een vrouw niet". Kenmerken en subtypen van vrouwelijke zedendelinquenten. *Tijdschrift voor Criminologie*, 50, 215-233.

Willemsen, J., Declercq, F. & Dautzenberg, M. (2006).

Het effect van alternatieve gerechtelijke maatregelen. Antwerpen: Maklu

Wilson, G. (1978).

The secrets of sexual fantasy. London: J.M. Dent & Sons.

Wilson, R.J., Picheca, J.E. & Prinzo, M. (2005).

Circles of Support and Accountability: An evaluation of the pilot project in South-Central Ontario. Ottawa: Ontario, Correctional Services Canada.

Wong, S., Olver, M.E., Nicholaichuk, T.P. & Gordon, A. (2004).

The Violence Risk Scale: Sexual Offender version (VRS:SO). Saskatoon, Canada: Regional Psychiatric Centre and University of Saskatchewan.

Wong, S.C.P. & Gordon, A. (2001).

The Violence Risk Scale. Forensic update, 67, 19-23.

Wong, S.C.P. & Hare, R.D. (2005)

Wright, R.C. & Schneider, S.L. (2004).

Transcending socially desirable responding with a self-report measure: The case of the FoSOD. A research paper presented at the annual meeting of the Association for the Treatment of Sexual Abusers. Albuquerque, New Mexico.

X

Y

Z

 Startpagina Zorgprogramma's