

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

# Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, [www.reprorecht.nl](http://www.reprorecht.nl)) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.cedar.nl/pro](http://www.cedar.nl/pro)).

*No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.*

[info@boomamsterdam.nl](mailto:info@boomamsterdam.nl)  
[www.boomuitgeversamsterdam.nl](http://www.boomuitgeversamsterdam.nl)

## Plegers van seksuele delicten: etiologie, assessment en interventies

*Wineke Smid<sup>1</sup>, Daan van Beek<sup>1</sup> en Edwin Wever<sup>1</sup>*

### SAMENVATTING

Dit artikel geeft een beknopt overzicht van etiologie, assessment en interventies bij plegers van seksuele delicten. Naast het confluente model en de biopsychosociale leertheorie is er aandacht voor de rol van cognitieve vervormingen, seksuele deviantie en zelfregulatie in de aanloop naar seksueel delictgedrag. Daarnaast wordt een nieuw theoretisch kader geïntroduceert: een stimulus model voor seksuele motivatie. De beschrijving van de assessment van plegers van zedendelicten valt uiteen in enerzijds een beschrijving van zowel statische als dynamische taxatie van het risico van herhaling, als anderzijds een beschrijving van de diagnostiek van de specifieke risicofactoren: deviante interesse/voorkeur, hyperseksualiteit en seksuele coping. In het overzicht van behandelvormen ligt de nadruk op het risk, need, responsivity model, gevolgd door beschrijving van de basiselementen van behandeling voor laag/matig- en hoog-risico plegers. Voor een uitgebreide beschrijving van de behandeling van een hoog risico pleger verwijzen we naar de casus (Holwerda & Van Beek) in dit themanummer.

### INLEIDING

Seksueel delictgedrag leidt in onze samenleving, meer dan ander delictgedrag, tot grote maatschappelijk verontwaardiging die vaak gepaard gaat met een gelijkschakeling van het seksuele delictgedrag aan psychiatrische stoornissen. Een misbruikpleger is automatisch een pedofiel, een verkrachter al gauw een psychopaat. Echter, seksueel delictgedrag is op zichzelf geen (seksuele) stoornis en impliceert ook niet per se een (seksuele) stoornis. Dit artikel geeft een

<sup>1</sup> Van der Hoeven Kliniek, Willem Dreeslaan 2, 3515 GB Utrecht

Correspondentie adres: Wineke Smid, De Forensische Zorgspecialisten, Van der Hoeven Kliniek, Afdeling onderzoek, Willem Dreeslaan 2, 3515 GB Utrecht, tel 030 275 8 275  
wsmid@deforensischezorgspecialisten.nl

overzicht van gangbare etiologische verklaringen voor seksueel delictgedrag en de inschatting van het risico van herhaling. Daarnaast wordt de diagnostiek van specifieke risicofactoren beschreven, waaronder seksuele deviantie. Tenslotte is er aandacht voor de behandeling die primair een interventie is om nieuw (seksueel) delictgedrag te voorkomen.

#### *Definitie en prevalenties*

'Hands-on' seksueel delictgedrag wordt in westerse samenlevingen gedefinieerd als een feitelijke seksuele interactie met iemand die daar niet mee instemt of die niet in staat wordt geacht die instemming uit vrije wil te geven. Dat laatste is het geval als het gaat om kinderen jonger dan de 'age of consent'. Daarnaast kunnen er ook andere redenen zijn waarom een slachtoffer niet in staat worden geacht tot vrijwillige instemming, bijvoorbeeld omdat deze een geestelijke beperking heeft, ten tijde van het delict niet bij bewustzijn was, of in een afhankelijkheidsrelatie met de pleger verkeert, zoals een arts en een patiënt.

Tussen 2005 en 2010, gaven zo'n 200.000 personen per jaar aan te zijn geconfronteerd met ongewenste seksuele contacten (Kalindien, De Heer-De Lange & Van Rosmalen, 2011), vrouwen ongeveer vijf keer zo vaak als mannen (2,4 procent versus 0,5 procent). Het grootste deel van deze voorvallen wordt als 'vervelend gedrag' ervaren. In ongeveer 15 procent van de gevallen (+/- 30.000), gaat het om een verkrachting of aanranding of een poging daartoe (Frenken, 2002). In de justitiële statistieken zien we van al deze delicten maar een klein deel terug. In de periode 2005-2010 werd gemiddeld 12 procent van het totale aantal incidenten bij de politie gemeld en van 6 procent werd officieel aangifte gedaan. Tussen 2005 en 2010 nam het aantal geregistreerde zedendelicten af van 12.699 tot 9.088. De geleidelijke afname van geregistreerde 'hands-on' zedendelicten komt overeen met internationale gegevens (Finkelhor & Jones, 2004). Het gaat niet om een afname van de aangiftebereidheid, daar deze gelijk lijkt te blijven of zelfs licht lijkt toe te nemen. De ontwikkelingen zouden kunnen wijzen op een werkelijke afname van het aantal 'hands-on' zedendelicten. Over de oorzaak van die afname zijn legio theorieën in omloop, maar geen van deze theorieën is nog breed geaccepteerd.

#### **ETIOLOGIE**

In hun recente overzicht van theorieën die seksueel delictgedrag moeten verklaren, onderscheiden Ward, Polaschek en Beech (2006) drie soorten theorieën: integratieve, monocausale en descriptieve theorieën. Integratieve theorieën kenmerken zich door een globale ordening van factoren die iemand in een bepaalde context predisponeren tot seksueel delictgedrag. Bij monocausale theorieën wordt één predisponerende determinant diepgaand onderzocht. Bij de descriptieve theorieën wordt de wisselwerking tussen persoon en context beschreven.

### *Integratieve theorieën*

Integratieve theoretische verklaringen voor strafbaar seksueel gedrag komen voort uit academische belangstelling voor een maatschappelijk probleem en zijn meestal ontwikkeld op basis van empirisch onderzoek bij niet-criminele populaties. Veruit het belangrijkste model van deze traditie is het confluentie-model van Malamuth (2003). Dit is het enige verklaringsmodel voor seksuele delinquentie tegen vrouwen dat een behoorlijke mate van empirische ondersteuning geniet (Hunter, 2010). Malamuth (2003) postuleert op basis van zijn onderzoek twee ontwikkelingstrajecten naar seksueel geweld tegen vrouwen. Als startpunt staan ouderlijk geweld en/of seksueel misbruik centraal. In het criminogene traject leidt dit tot delinquent gedrag, een positieve houding ten opzichte van geweld om interpersoonlijke geschillen mee te beslechten en vijandige masculiniteit (vrouwen zijn minderwaardig en hebben het slecht voor met mannen), wat uiteindelijk uitmondt in verhoogde bereidheid tot (seksuele) agressie tegen vrouwen. In het promiscuïteitstraject gaat het delinquente gedrag gepaard met seksuele promiscuïteit, die uiteindelijk aanleiding kan geven tot seksueel delictgedrag.

Integratieve klinische theorieën zijn voornamelijk gebaseerd op veroorzaakte seksuele delinquenten, zijn meer descriptief van aard en hun empirische onderbouwing is zwak. Binnen de klinische traditie is de biopsychosociale leertheorie van Marshall en Barbaree (1990) toonaangevend. In deze theorie wordt ervan uitgegaan dat seksueel delictgedrag jegens kinderen en vrouwen optreedt als een consequentie van de wisselwerking tussen ongunstige biologische, ontwikkelingspsychologische en sociaal-culturele factoren die iemand kwetsbaar maken om, als specifieke situatieve factoren aanwezig zijn, over te gaan tot het plegen van seksuele delicten. In deze theorie wordt de puberteit gezien als een kritische ontwikkelingsfase: biologische factoren (sterke toename in testosteronproductie) stellen de puber voor de taak om seksuele en agressieve impulsen sociaal aanvaardbaar te leren reguleren en seksuele partners te leren kiezen passend bij de eigen leeftijd. Als die ontwikkeling niet goed verloopt, kan seksueel grensoverschrijdend gedrag met kinderen of volwassenen plaatsvinden. Door een leerproces van masturberen op seksueel afwijkende prikkels (pornografie en/of fantasieën), zou de ongewenste seksuele interesse door operante conditionering aan opwindning worden gekoppeld. Situatieve factoren zoals stress, negatieve gevoelens en middelengebruik verlagen de drempel verder om zich seksueel grensoverschrijdend te gedragen. Beide integratieve theorieën doen niet voldoende recht aan de grote heterogeniteit onder plegers.

### *Monocausale theorieën*

In de afgelopen decennia heeft een aantal monocausale invalshoeken sterk aan invloed gewonnen. Met de opkomst van cognitieve gedragstherapie is de rol van cognities en disfunctionele schema's sterk toegenomen. Ook zijn verklaringen vanuit neurobiologisch perspectief sterk in opmars.

Tabel 1. Impliciete theorieën van misbruikplegers en verkrachters

Impliciete theorieën met betrekking tot misbruik van kinderen	Impliciete theorieën met betrekking tot verkrachting van vrouwen
<p><b>De drang is oncontroleerbaar.</b> Emoties, verlangens, gedachten en gedrag zijn niet beheersbaar, vooral niet de seksuele. Het seksuele delict was door de plegger niet te voorkomen.</p>	
<p><b>Recht hebben op.</b> Centraal staat de aanname dat er superieure en ondergeschikte mensen zijn. Kinderen/vrouwen zijn ondergeschikt en dienen daarom te doen wat volwassenen/mannen van hen willen.</p>	
<p><b>Het kind als seksueel wezen.</b> Kinderen hebben dezelfde seksuele verlangens als volwassenen en zijn in staat tot 'informed consent' aangaande seks met volwassenen.</p>	<p><b>De vrouw als hyperseksueel wezen.</b> Vaak door porno geïnspireerd idee dat vrouwen altijd seks willen, ook als ze nee zeggen.</p>
<p><b>De aard van de schade.</b> Er is sprake van gradaties in de schade die het seksuele misbruik de slachtoffers berokkent. Niet-gewelddadige seksuele activiteit veroorzaakt geen schade.</p>	<p>Vrouwen zijn onbegrijpelijk en onbetrouwbare wezens. Vrouwen komen van Venus en Mannen van Mars. Ze kunnen elkaar niet begrijpen. Vrouwen zijn er op uit mannen te manipuleren.</p>
<p><b>De gevaarlijke wereld.</b> Mensen zijn vijandig en bedreigend. Uit wraak op de gevaarlijke wereld pak de dader wat hij graag hebben wil. Kinderen zijn veiliger dan volwassenen.</p>	

**Cognities en disfunctionele schema's** In de cognitieve gedragstherapie wordt ervan uitgegaan dat een plegger zich met behulp van cognitieve vervormingen toestaat te doen wat maatschappelijk en/of door hem als 'verkeerd' gedrag wordt gezien. Cognitieve vervormingen komen voort uit onderliggende causale theorieën (Van Beek & Mulder, 2002). Theoretisch uitgangspunt is dat het opgroeiende kind handelt als een pseudowetenschapper: hij vormt hypothesen over de oorzaken van zijn ervaringen, test ze en verworpt ze als ze niet worden gesteund. Zo ontwikkelen kinderen geleidelijk aan een steeds functioneler begrip (impliciete theorie) van zichzelf, anderen en de wereld. Door een variëteit aan ingrijpende ervaringen – zoals een vroege blootstelling aan pornografie, geweld in het gezin, eigen misbruik – zouden deze impliciete theorieën een onaangepast karakter kunnen krijgen. Ward (2000) geeft in zijn *Implicit Theory Model* een overzicht van impliciete theorieën die een rol zouden spelen bij plegers van zedendelicten. In Tabel 1 zijn Ward's impliciete theorieën ingedeeld naar hun toepasbaarheid op plegers van seksuele delicten jegens kinderen dan wel volwassen vrouwen.

Cognitieve vervormingen kunnen ontstaan in aanloop naar het delict, maar ook tijdens of pas daarna (Gannon & Polaschek, 2006). Het achteraf aandragen van excuses voor ongewenst gedrag, is relatief normaal en kan tot op zekere hoogte zelfs als gezond beschouwd worden. Het geeft immers aan dat het vertoonde gedrag ook door de pleger zelf als ongewenst beschouwd wordt en wordt gezien als niet passend bij zijn persoon (Maruna & Mann, 2006). Volgens Mann, Webster, Wakeling en Marshall (2007) zijn het meer specifiek de delict ondersteunende attitudes, de redenen waarom het delictgedrag geoorloofd zou zijn (bijvoorbeeld: 'kinderen willen ook seks'), die betekenisvol zijn en niet zozeer de excuses waarom het per ongeluk gebeurde (bijvoorbeeld: 'ik was dronken'). Wanneer specifiek gekeken wordt naar deze delict ondersteunende attitudes, levert dat meer eenduidige resultaten op. In een meta-analyse van Helmus (2010), kwam een bescheiden maar significante samenhang naar voren tussen delict ondersteunende attitudes en seksuele recidive. Onderzoek heeft nog niet kunnen laten zien dat verandering in attitudes die seksueel delictgedrag ondersteunen leidt tot lagere recidiverisico's (Helmus, persoonlijke mededeling, 17 januari 2012). Dat kan veroorzaakt worden doordat verandering in attitudes moeilijk betrouwbaar vast te stellen is (Gannon & Polaschek, 2006). Maar de vraag of de cognities een oorzakelijke of beïnvloedende of louter geassocieerde rol hebben, blijft gerechtvaardigd.

**Deviante seksuele interesse** Deviante seksuele interesse, gedefinieerd als interesse in seksuele interacties die verboden zijn (i.c. seksuele interacties met personen die daarvoor geen instemming hebben gegeven of die niet in staat werden geacht die instemming uit vrije wil te kunnen geven), heeft lang dienst gedaan als monocausale verklaring voor seksueel delictgedrag. Maar het idee dat mensen seksueel delictgedrag enkel vertonen omdat ze daar interesse in hebben en dat mensen die dat gedrag niet vertonen die interesse niet hebben, is een te simplistische voorstelling van zaken gebleken. Enige deviante seksuele interesse is bepaald niet zeldzaam. Onderzoek in een normale populatie heeft aangetoond dat ongeveer 20% van de volwassen mannen wel eens een kind onder de 12 jaar seksueel aantrekkelijk vindt (Green, 2002; Seto, 2008). In het onderzoek van Ahlers et al. (2011) rapporteert bijna 10% van de mannen seksuele fantasieën over kinderen onder de 14 jaar. Bij penis plethysmografisch onderzoek komt enige opwinding bij het aanbieden van seksuele prikkels met kinderen vanaf 13 jaar zelfs algemeen voor (Lalumière, Harris & Quinsey, 2005). Opgemerkt moet worden dat de meeste mannen duidelijk meer seksuele opwinding laten zien bij prikkels met volwassen vrouwen.

Hetzelfde geldt voor seksuele prikkels met dwang: enige seksuele reactie is algemeen, maar de meeste mannen laten duidelijk meer opwinding zien bij prikkels met instemming. Seksuele opwinding bij deviante stimuli lijkt ook te variëren met de 'mood state'. Malamuth (1981) liet bijvoorbeeld zien dat de opwinding bij verkrachtingsstimuli aanzienlijk toenam bij een groep niet-delin-

quente proefpersonen die moedwillig geïrriteerd werden door een vrouwelijke proefleidster.

Het vertonen van *enige* opwinding bij deviante seksuele prikkels lijkt dus vrij 'gewoon' te zijn. De mate van die opwinding, die als reflectie van de seksuele interesse kan worden beschouwd, verschilt echter wel sterk tussen personen en per context. Het is die mate van interesse die belangrijk is voor seksueel delictgedrag, zeker wanneer sprake is van een (exclusieve) *voorkeur* voor deviant seksueel gedrag. In de literatuur worden met enige regelmaat drie etiologische routes beschreven naar het ontstaan van deviante interesses/voorkeuren: eigen misbruik in de jeugd, (neuro)biologische afwijkingen en deviante conditionering (Blanchard, Cantor & Robichaud, 2006).

**Eigen misbruik** Onderzoek heeft duidelijk gemaakt dat zedendelinquenten veel vaker dan andere delinquenten zelf in hun jeugd misbruikt zijn, dit geldt met name voor plegers van seksuele delicten jegens kinderen (Jespersen, Lalumière & Seto, 2009). Maar lang niet alle plegers zijn zelf misbruikt en lang niet alle misbruikslachtoffers gaan zelf seksuele delicten plegen, denk bijvoorbeeld aan de vele misbruikte meisjes. Met andere woorden: de invloed van het eigen misbruik lijkt pervasief noch exclusief te zijn. Hoe de route van het eigen misbruik naar het zelf plegen van seksuele delicten verloopt, blijft vooralsnog onduidelijk.

**(Neuro)biologische afwijkingen** Onderzoek naar biologische afwijkingen die verantwoordelijk zouden kunnen zijn voor seksueel delictgedrag variëren van chromosomale afwijkingen, bijvoorbeeld het zeldzame xyy syndroom (Briken, Habermann, Berner & Hill, 2006), wat bij zedendelinquenten vaker (maar nog steeds heel weinig) voor lijkt te komen, tot eventuele verschillen in hormoonspiegels tussen wel en niet recidiverende zedendelinquenten (Studer, Aylwin & Reddon, 2005). Dergelijk onderzoek laat wisselende resultaten zien en voor geen van de biologische determinanten lijkt een overtuigende causale rol weggelegd.

Met steeds verbeterende beeldvormende technieken (CT Scan, MRI, fMRI), is onderzoek naar hersenanatomie en -functies sinds de jaren tachtig van de vorige eeuw populair geworden (Cantor et al., 2008; Schiffer et al., 2007; Schiltz et al., 2007;). Het onderzoek richt zich tot nog toe vooral op kleine niet-representatieve steekproeven van plegers met een deviante voorkeur voor kinderen. De resultaten geven over het algemeen de indruk van een minder goede ontwikkeling in de onderzochte hersengebieden bij deze plegers, maar leiden niet tot een duidelijke locatiebepaling van een hersenstructuur of bepaalde hersenafwijking die verantwoordelijk zou kunnen zijn voor een deviante seksuele interesse in kinderen.

**Deviante conditionering** Deviante conditionering verwijst naar het proces van klassieke en operante conditionering waarbij een deviante prikkel (cs) en

seksuele opwinding (UCS) steeds meer aan elkaar gekoppeld raken. De deviante interesse zou als het ware inslijten door herhaalde koppeling van prikkel en opwinding met orgasme via fantasieën en masturbatie. Pfaus (2001) concludeert dat ervaring en conditionering bij dieren een belangrijke rol spelen in seksueel gedrag (Pfaus, 2001). Bij mensen is systematisch onderzoek naar conditionering van seksuele stimuli, zeker recent onderzoek, uitgesproken schaars te noemen (Both, Brauer & Laan, 2011) en de invloed van conditionering op het seksuele gedrag is vooralsnog onduidelijk.

Alle bovengenoemde invalshoeken lijken bruikbaar bij het verklaren van het ontstaan van deviante seksuele voorkeuren en sluiten elkaar zeker niet uit.

### *Descriptieve theorieën*

Momenteel is het zelfregulatiemodel van Ward en Hudson de invloedrijkste descriptieve theorie (Van Beek & Mulder, 2007; Ward & Hudson, 1998). Belangrijk uitgangspunt is dat mensen doelgerichte wezens zijn die door zelfregulatie hun doelen proberen te bereiken. Er worden twee typen doelen verondersteld: vermijdingsdoelen (geen misbruik willen plegen) of toenaderingsdoelen (wel misbruik willen plegen) en drie zelfregulatiestijlen: onderregulatie, verkeerde regulatie en intacte regulatie. De combinatie van doelen en regulatiestijlen leiden tot vier basisroutes naar delictgedrag. De eerste is de combinatie van vermijdingsdoel en onderregulatie: iemand wil geen misbruik plegen, maar negatieve emoties en gebrekkige vaardigheden leiden tot verlies van controle. De tweede is de combinatie van vermijdingsdoel en verkeerde regulatie: iemand wil geen misbruik plegen, maar pogingen om fantasieën of emoties onder controle te houden (bijvoorbeeld door te masturberen) leiden juist tot een verlies van controle. De derde variant is de combinatie van toenaderingsdoel en onderregulatie: iemand doet geen poging misbruik te vermijden, maar zoekt het ook niet op; een impulsief delict wanneer de mogelijkheid zich voordoet kan het gevolg zijn. Tot slot is er de vierde combinatie van toenaderingsdoel en intacte regulatie: iemand wil misbruik plegen en gaat daarbij planmatig te werk. De erkenning van het bestaan van een groep zedendelinquenten die positief staan ten opzichte van hun delictgedrag voorziet in een leemte. Om de flexibiliteit van het model te verhogen wordt gesteld dat iemand van delictroutes kan veranderen. Een vermijdingsdoel kan na een aantal delicten een toenaderingsdoel worden, maar ook kan de angst om (opnieuw) gepakt te worden van een toenaderingsdoel een vermijdingsdoel maken.

Deze theorie kan als een stap voorwaarts worden gezien in de differentiatie in subgroepen en maakt enige 'fine tuning' van de behandeling op de behoeften van deze subgroepen mogelijk (Webster, 2005). Yates, Prescott en Ward (2010) geven een praktische beschrijving van de toepassing van het zelfregulatiemodel in de behandeling. Knelpunt van het model is dat cognitieve factoren een wel heel belangrijke rol krijgen toebedeeld. Het is maar de vraag of



mensen altijd van begin tot eind zulke rationele wezens blijven. Alle positieve ervaringen in de klinische praktijk ten spijt, ontbreekt het vooralsnog aan evidentie waaruit blijkt dat het zelfregulatiemodel resulteert in een effectievere behandeling.

#### *Incentive theory of sexual motivation*

Een nieuw model dat een aantrekkelijk raamwerk kan bieden voor de beschrijving van seksueel delictgedrag is de *Incentive Theory of Sexual Motivation* (ITSM) (Bindra, 1974; Both, Everaerd & Laan, 2007; Singer & Toates, 1987; Toates, 2009). Dit model, waarin seksueel verlangen wordt gezien als een emotie, is ontwikkeld in de reguliere seksuologie om normaal seksueel gedrag te beschrijven en heeft nog geen toetsing ondergaan met betrekking tot seksueel delictgedrag.

**Stimulus, liking, wanting en inhibitie** In het algemeen geldt dat er geen motivatie is zonder competente stimulus die beloning of gevaar voorspelt (Schultz, 1998) en dat geldt volgens dit model ook voor seksuele motivatie. Mensen en dieren worden vooral in staat van seksuele paraatheid gebracht als er een aantrekkelijke stimulus wordt waargenomen (Herbert, 2001). Het seksueel verlangen ontstaat vervolgens uit de bewustwording van de seksueel opgewonden staat van het lichaam en het brein en is de emotie die teweeggebracht wordt door seksuele opwindings en niet de oorzaak daarvan. Een stimulus die de seksuele reactie oproept, wordt een competente stimulus genoemd. De, grotendeels onbewuste, evaluatie van de stimulus wordt sterk bepaald door de individuele geschiedenis van seksuele beloning. Dat wil zeggen dat iemands persoonlijke ervaring mede bepaalt welke stimulus voor hem/haar het beste werkt.

De voorbereiding van het organisme op seksuele actie kent volgens dit model twee componenten, 'liking' en 'wanting' (Berridge, 1996) die door verschillende neurotransmitters worden aangestuurd. Wanneer we ons bewust worden van de lichamelijke (neurobiologische) veranderingen, ervaren we enerzijds seksuele opwindings en verlangen (*liking*). Anderzijds resulteert het verwerken van emotioneel competente stimuli ook in fysiologische veranderingen die het lichaam voorbereiden op actie. In het geval van een dreigende stimulus is dat vermijding, in geval van een (seksueel) aantrekkelijke stimulus is dat toenadering (*wanting*). Het proces verloopt grotendeels onbewust en automatisch. Over het algemeen zal een sterkere stimulus leiden tot een grotere emotionele reactie. Of er uiteindelijk overgegaan wordt tot actie hangt af van de context en de mogelijkheden tot inhibitie van het individu. Bij inhibitie spelen onbewuste, maar ook meer bewuste processen een rol waarbij de context betrokken wordt en de mogelijkheden en risico's worden afgewogen (Toates, 2009).

### *Toepassing van het ITSM-model op seksueel delictgedrag*

**Stimulus-competentie** Mensen verschillen onderling sterk met betrekking tot de specifieke stimuli die het seksuele systeem het meest krachtig activeert; de stimulus met de grootste competentie. Problemen met betrekking tot delictgedrag zijn vooral te verwachten bij mensen die een (exclusieve) voorkeur hebben voor deviante stimuli, oftewel het meest opgewonden raken bij deviante prikkels. Dit wordt in onderzoek bij plegers van seksuele delicten jegens kinderen regelmatig teruggevonden: een deel van de plegers vertoont duidelijk meer reactie bij seksuele prikkels met kinderen dan bij prikkels met volwassenen. Deze plegers hebben een duidelijk hoger recidiverisico dan vergelijkbare plegers zonder die voorkeur (Hanson & Morton-Bourgon, 2007).

Met betrekking tot interesse in verkrachting (non-consent), ligt dat ingewikkelder. Uit onderzoek blijkt dat het niet zo is dat verkrachters met beduidend meer opwinding reageren op non-consent prikkels dan controlegroepen. Maar het blijkt vooral zo te zijn dat verkrachters veel *minder* sterk dan controlegroepen reageren op consent prikkels (Harris, Lalumière, Seto, Rice & Chaplin, 2012; Merdian & Jones, 2011). Eigenlijk lijken verkrachters met min of meer dezelfde mate van opwinding te reageren op prikkels met en zonder consent, terwijl controlegroepen met beduidend meer opwinding reageren wanneer er sprake is van consent. Een deviante interesse in non-consent kan dus misschien beter uitgelegd worden als een desinteresse in consent. Of in termen van het ITSM-model: voor de gemiddelde man lijken seksuele prikkels met consent extra competentie te hebben, voor verkrachters is dat niet het geval.

Het is mogelijk dat deviante interesses en voorkeuren aangeboren zijn, maar het is ook mogelijk dat deviante voorkeuren ontstaan uit de relatief veel voorkomende deviante interesses, die door positieve bekrachtiging tot voorkeur uitgroeien. Of, in het geval van non-consent, misschien het omgekeerde: dat bepaalde conditioneringseffecten uitblijven, waardoor gebruikelijke voorkeuren niet ontwikkeld worden.

**Liking/wanting** Naast het feit dat voor verschillende mensen verschillende stimuli de meeste competentie hebben, zijn er ook individuele verschillen in de werking van de 'emotie-triggerende' gebieden, daardoor is het mogelijk dat de ene persoon bij dezelfde prikkel een sterkere emotie (liking/wanting) ervaart dan de ander. Daarnaast is er grote variatie tussen individuen in het aantal verschillende competente stimuli; sommige mensen ervaren sterke opwinding bij een breed scala aan prikkels. Bij iemand met een sterke emotionele reactie of een breed scala aan competente stimuli of een combinatie van beide kan dit zich uiten als hyperseksualiteit: overmatig seksueel verlangen en gedrag. Hyperseksualiteit is een belangrijke voorspeller voor seksuele recidive bij zedendelinquenten (Hanson & Morton-Bourgon, 2007).

De term seksuele coping verwijst naar het overmatig/dwangmatig gebrui-

ken van seks, meestal masturbatie, als middel tot coping met negatieve emoties (Cortoni & Marshall, 2001). Het emotionele systeem is niet alleen langs verschillende routes te activeren (angst, woede, opwinding) maar ook via verschillende routes te reguleren. Seksuele bevrediging kan zich ontwikkelen tot een eenzijdige manier om allerlei negatieve emoties het hoofd te bieden. Hoewel seksuele coping vaak wordt gezien als een kenmerk van hyperseksualiteit en daar nauw mee verweven lijkt, is seksuele coping ook te beschouwen als een afzonderlijke risicofactor naast hyperseksualiteit (Mann et al., 2010).

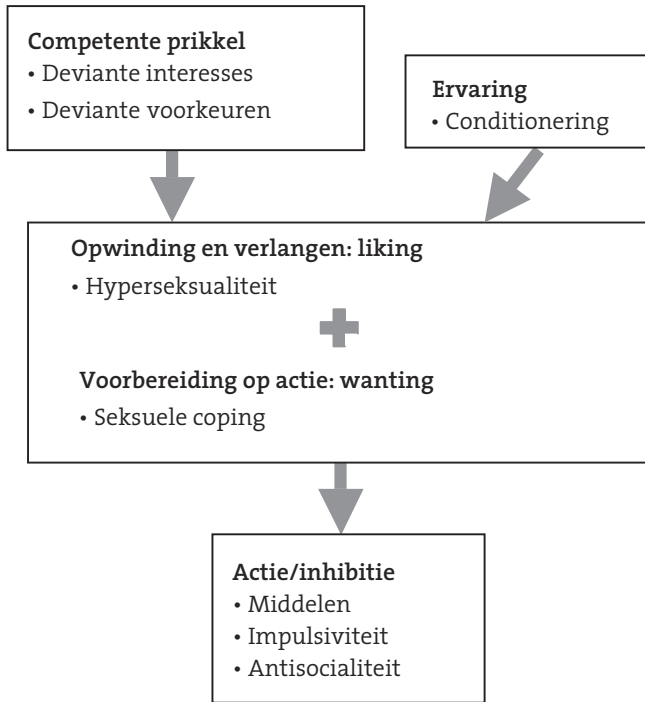
**(Dis)inhibitie** Disinhibitie met betrekking tot seksueel delictgedrag is onder te verdelen in drie categorieën: a) disinhibitie naar aanleiding van een toestand b) disinhibitie als persoonlijkheidstrek en c) disinhibitie als keuze. Disinhibitie naar aanleiding van een toestand verwijst meestal naar het gebruik van middelen. Ontremming is een belangrijk effect van vrijwel alle drugs. Het biedt een verklaring waarom relatief normale mensen soms onder invloed van middelen in staat zijn tot het plegen van een zedendelict. Zestig procent van alle aangiftes van 'sexual assault' in het onderzoek van ElSohly en Salamone (1999) betreft delicten die gepleegd zijn onder invloed van drank of drugs. Naast middelen kunnen ook heftige emoties als bijvoorbeeld woede of acute manische toestanden disinhiberend werken.

Naast toestandsgebonden disinhibitie is ook disinhibitie/impulsiviteit als persoonlijkheidstrek een belangrijke risicofactor voor seksueel delictgedrag. Stoornissen waarvan impulsiviteit een kenmerk is, komen zeer veel voor onder zedendelinquenten (zie bijvoorbeeld Fazel & Danesh, 2002).

Antisociale trekken tenslotte, verwijzen naar de neiging om, tegen de sociale conventies in, belangen van anderen te schaden voor het eigen gerief. In plaats van het onvermogen ligt hier de nadruk op de onwil om te inhiberen. Antisocialiteit is een van de belangrijkste risicofactoren voor seksueel delictgedrag (Hanson & Morton-Bourgon, 2007).

Elk van deze drie vormen van disinhibitie brengen duidelijke risico's met zich mee met betrekking tot seksueel delictgedrag. Bovendien komt de combinatie van twee of zelfs drie varianten regelmatig voor. Mensen die een antisociale persoonlijkheidsstoornis hebben, waarvan zowel antisocialiteit als impulsiviteit deel uit maken, hebben bijvoorbeeld acht keer zo vaak alcohol-, en elf keer zo vaak drugs problemen als mensen zonder die persoonlijkheidsstoornis (Compton, Conway, Stinson, Colliver & Grant, 2005).

Een voordeel van de *Incentive Theory for Sexual Motivation* is dat het model zich goed leent voor beschrijving van de heterogeniteit onder seksuele delictplegers, van overwegend deviant tot overwegend antisociaal, met 'feel bad' en 'feel good' routes naar delictgedrag, inclusief de invloed van 'state' variabelen. De rol van seksuele deviantie wordt enigszins genuanceerd en het model biedt ruimte voor de invloed van conditionering (Zie Figuur 1).



*Figuur 1.* Schematische weergave van de *Incentive Theory of Sexual Motivation* toegepast op seksueel delictgedrag.

## ASSESSMENT

Assessment bij plegers van seksuele delicten is onder te verdelen in de assessment van het seksuele recidiverisico in zijn algemeenheid, de risicotaxatie, en de specifieke assessment van individuele (dynamische) risicofactoren, die de focus van een risicoverlagende interventie zouden moeten vormen (Andrews & Bonta, 2010). Hanson en Morton-Bourgon vonden in hun meest recente meta-analyse (2009), met 45.398 zedendelinquenten en een gemiddelde follow-up tijd van 70 maanden, een seksueel recidivepercentage van gemiddeld 15 procent en in studies waarin gewelds- en zedendelicten bij elkaar opgeteld werden gemiddeld 28 procent. In de zeer heterogene groep van zedendelinquenten verschilt het recidiverisico sterk per subgroep. Het is belangrijk om inzicht te krijgen in de verschillende risiconiveaus om plegers aan de juiste interventie toe te kunnen wijzen.

### *Risicotaxatie*

Diverse onderzoeken hebben aangetoond dat de voorspellende waarde van het ongestructureerde klinisch oordeel (specifiek op de betreffende delin-

quent toegespitste overwegingen van een individuele deskundige) op kansniveau ligt en soms zelfs daaronder (Hanson, Morton & Harris, 2003). Dat het klinisch oordeel tekort schiet met betrekking tot voorspellende waarde, is niet nieuw en geldt niet alleen voor de forensische sector (Dawes, Faust & Meehl, 1989). Ongestructureerde klinische oordelen gaan vooral gebukt onder een zeer lage statistische betrouwbaarheid: geen twee individuele deskundigen oordelen hetzelfde.

Tegenhanger van het klinisch oordeel is de gestructureerde actuariële risicotaxatie, waarbij empirisch aan recidive gerelateerde factoren worden gescoord om het recidiverisico te taxeren. De taxatie levert voor elk individu een kansberekening op omtrent het recidiverisico. Het meest gebruikte risicotaxatie-instrument voor zedendelinquenten is de *STATIC-99* (Hanson & Thornton, 2000) of de gereviseerde versie, *STATIC-99R*, met een uitgebreidere weging van de leeftijd (Helmus, Babchishin, Hanson & Thornton, 2010). De items van de *STATIC-99R* betreffen allemaal feitelijke informatie en het instrument is relatief eenvoudig en betrouwbaar in te vullen (zie Tabel 2). De scores op de items leiden tot een totaalscore die correspondeert met een bepaalde risicocategorie. De *STATIC-99* is vertaald in het Nederlands en een training in het gebruik ervan is te volgen via Forum Educatief ([www.forumeducatief.nl](http://www.forumeducatief.nl)).

*Tabel 2.* De risicofactoren van de *STATIC-99(R)*

1.	Eerdere seksuele delicten
2.	Eerdere veroordelingen voor alle soorten delicten
3.	Veroordeling voor een hands-off seksueel delict
4.	Veroordeling voor geweld in het indexdelict
5.	Eerdere veroordeling voor een geweldsdelict
6.	Extrafamiliaal slachtoffer
7.	Onbekend slachtoffer
8.	Mannelijk slachtoffer
9.	Leeftijd ten tijde van de risicotaxatie
10.	Relationeel verleden

De *STATIC-99* wordt door de Reclassering Nederland gebruikt als onderdeel van een risico-beoordeling, maar is daarbij niet doorslaggevend. Ook Pro Justitia rapportages voor zedendelinquenten worden nog niet geleid door het gebruik van gestructureerde risicotaxatie, Nederland blijft daarmee achter bij de internationale ontwikkelingen.

De *STATIC-99R* is een voorbeeld van een zogenaamd actuariel, statisch en a-theoretisch instrument (Hanson & Thornton, 2000). Actuariel wil zeggen dat de score volgens een vast algoritme bepaald wordt. Statisch verwijst naar de relatief eenvoudig te scoren feitelijke informatie, waar echter met behandeling niet veel meer aan te veranderen is. Daarbij betreft het items die

weliswaar empirisch gefundeerd correleren met recidive, maar waarvan het (onderliggende) causale verband met delictgedrag onduidelijk blijft.

Het actuariële karakter roept weerstand op omdat er geen ruimte overblijft voor de eigen deskundige blik en het meewegen van individu-specifieke risico- en beschermende factoren. Het klinisch aanpassen van actuariële conclusies en het toevoegen van individuele factoren op klinische indicatie blijken echter de inschatting van het risico niet te verbeteren (De Vogel, De Ruiter, Van Beek & Mead, 2004) maar eerder te verslechteren (Quinsey, Harris, Rice & Cormier, 2004). Zeker voor het inschatten van het basisrisico lijkt actuariële risicotaxatie het meest geschikt.

*Tabel 3.* De risicofactoren van de STABLE-2007

---

1.	Negatieve sociale invloeden
2.	Onvermogen tot het vormen van stabiele relaties
3.	Emotionele identificatie met kinderen
4.	Vrouwvijandigheid
5.	Sociale afwijzing
6.	Geen rekening houden met anderen
7.	Impulsiviteit
8.	Tekort aan probleemoplossende vaardigheden
9.	Negatieve emotionaliteit
10.	Hyperseksualiteit, seksuele preoccupatie
11.	Gebruik van seks als coping
12.	Deviante seksuele voorkeur (eventueel in remissie)
13.	Gebrek aan coöperatie met supervisie

---

Voor het focussen en evalueren van de behandeling zijn bijvoorbeeld de STABLE-2007 en ACUTE-2007 (Eher, Schilling, Haubner-MacLean & Rettenberger, 2011; Hanson, Harris & Helmus, 2007) bruikbare opties. Deze instrumenten bevatten uitsluitend dynamische factoren die een inmiddels behoorlijk empirisch onderbouwde samenhang met recidive hebben en ze worden op actuariële wijze gescoord (Zie Tabel 3). Ze zijn bedoeld om in combinatie met statische instrumenten gebruikt te worden. Eerst wordt door middel van het statische instrument het basis-risico bepaald en vervolgens kan door middel van het dynamische instrument bepaald worden of het risico gedurende de behandeling opschuift. Het basisrisico dient altijd als ijkpunt in het oog gehouden te worden. Uit onderzoek blijkt dat de combinatie van basisrisico en dynamisch risico een betere voorspelling van recidive geeft dan het basisrisico alleen (Eher et al., 2011; Hanson et al., 2007). Een Nederlandse vertaling van deze instrumenten is binnenkort beschikbaar.

*Diagnostiek: assessment van individuele risicofactoren*

Voor diagnostiek in een forensische setting gelden een aantal specifieke aanbevelingen (Hildebrand & De Ruiter, 1999), die ook voor zedendelinquenten gelden. Forensische patiënten worden behandeld voor gedrag dat zij zelf vaak niet als problematisch onderkennen. Daarnaast zijn de consequenties en dus de belangen van de assessment groot. Een defensieve testhouding en/of de neiging tot het geven van sociaal wenselijke antwoorden liggen voor de hand. Anderzijds zijn een gebrek aan zelfinzicht, defensiviteit en achterdocht bij uitstek kenmerken van de in de forensische psychiatrie veel voorkomende stoornissen. Om die redenen lijken (zelfbeoordelings)vragenlijsten bij deze doelgroep geen voor de hand liggende keuze en is het altijd verstandig ook zoveel mogelijk collaterale informatie te vergaren (uit andere bronnen dan vanuit de patiënt zelf). Het is ook mogelijk om metingen te doen die door de proefpersoon niet of moeilijk bewust te beïnvloeden zijn, door middel van impliciete maten, bijvoorbeeld door het gebruik van psychofysiologische maten of cognitieve reactietaken (neuropsychologische tests). Overigens staat de toepassing hiervan bij plegers van seksuele delicten nog in de kinderschoenen.

In termen van de *incentive theory of sexual motivation* zijn vooral de risicofactoren die betrekking hebben op de competentie van stimuli en de 'liking' en 'wanting' specifiek van belang voor zedendelinquenten. De mogelijkheden voor de assessment van deze risicofactoren worden hieronder beschreven. Voor het overige zijn de risicofactoren voor zedendelinquenten gelijk aan de risicofactoren die gelden voor andere forensische patiëntgroepen. Dit zijn met name factoren die in het model thuishoren onder (dis)inhibitie: impulsiviteit, antisocialiteit en middelenmisbruik. Assessment hiervan bij zedendelinquenten is zeker ook van belang.

**Stimulus-competentie: Assessment van seksuele deviantie** Het concept deviante *voorkeur* leent zich bij uitstek voor assessment, omdat de individuele delinquent met zichzelf vergeleken kan worden; de verhouding tussen zijn niet-deviante en deviante interesse kan worden bepaald. Wanneer de deviante interesse groter is dan de niet-deviante interesse, spreken we van een deviante voorkeur. De meeste instrumenten voor de assessment van seksuele deviantie baseren zich op dit principe. Een aantal mogelijkheden wordt hieronder besproken. Voor een compleet overzicht zie Thornton en Laws (2009).

**Penis Plethysmografie (PPG)** Bij een PPG-onderzoek worden verschillende seksuele prikkels aangeboden, in beeld of geluid, terwijl de erectie van de proefpersoon gemeten wordt door middel van een bandje om de penis. Gekeken wordt bijvoorbeeld of de erectie bij de aanbieding van stimuli met kinderen groter is dan bij prikkels met volwassenen, resulterend in een zogenaamde positieve 'pedophile index'. Als dat het geval is, kan gesproken worden van een deviante voorkeur voor kinderen. Dit is een van de beste individuele voorspel-

lers voor seksuele recidive (Hanson & Bussière, 1998). Het is ook mogelijk om op deze manier een zogenaamde 'rape index' vast te stellen met betrekking tot de reactie op non-consent prikkels. De resultaten met betrekking tot deze 'rape index' zijn, zoals eerder uiteengezet, veel minder eenduidig en de 'rape index' is dan ook geen goede voorspeller voor recidive (Hanson & Bussière, 1998). In Nederland wordt penis plethysmografie in het forensisch veld nauwelijks toegepast wegens ethische bezwaren. De intrusieve werkwijze en het aanbieden van illegaal stimulusmateriaal spelen daarbij een rol. Daarnaast zijn er ook technische problemen die de PPG parten spelen. Het is bijvoorbeeld onduidelijk of iemands gemiddelde respons of iemands maximale respons op bepaalde stimuli bekeken moet worden (Meridian & Jones, 2011).

**Viewing Time Measures (VT)** Er zijn een aantal recent ontwikkelde cognitieve reactietaken die gebruik maken van de Viewing Time (kijktijd), gebaseerd op het gegeven dat we geneigd zijn langer te kijken naar wat ons boeit dan naar wat ons onverschillig laat. Bij deze tests worden plaatjes van mannen en vrouwen van verschillende leeftijden aangeboden. De personen op de plaatjes zijn niet naakt of in seksuele poses afgebeeld. De proefpersoon wordt gevraagd aan te geven hoe seksueel aantrekkelijk hij de persoon op het plaatje vindt. Ondertussen wordt de tijd gemeten die besteed wordt aan het kijken naar het betreffende plaatje. De rationale achter de methode is dat proefpersonen geneigd zijn langer te kijken naar de plaatjes van partners van hun voorkeur. De testuitslag geeft dus een indicatie van iemands voorkeur voor een bepaald geslacht en een bepaalde leeftijdscategorie. Dit is een veel minder intrusieve en ethisch bezwaarlijke meetmethode dan de PPG. Twee voorbeelden van instrumenten die op deze manier werken zijn de *Abel Assessment of Sexual Interest (AASI)* (Abel, Jordan, Hand, Holland & Phipps, 2001) en de *Affinity* (Glasgow, Osbourne & Croxson, 2003), die via internet besteld kan worden ([pacific-psych.com/products/affinity-2-5/](http://pacific-psych.com/products/affinity-2-5/)). De onderzoeksresultaten naar deze instrumenten zijn wisselend en het gebruik kan voorlopig het beste als experimenteel beschouwd worden.

**Implicit Association Task (IAT)**. De IAT is een test die de associatie meet tussen twee cognitieve constructen. De focus bij de forensische assessment ligt vooral op de associatie tussen de constructen kind/seks versus volwassene/seks. De veronderstelling is wanneer bij iemand de associatie kind/seks sterker is dan de associatie volwassene/seks, dit indicatief is voor een seksuele voorkeur voor kinderen. Diverse onderzoeken vinden significante verschillen tussen plegers van seksuele delicten jegens kinderen en controlegroepen (Gray, Brown, MacCulloch, Smith & Snowden, 2005). Er is echter nog geen standaard IAT beschikbaar voor klinisch gebruik.



**Liking en wanting: Assessment van hyperseksualiteit** De nadruk in het forensisch seksuologisch onderzoeksveld ligt sterk op de bepaling van seksueel deviante voorkeuren. Dit heeft wellicht te maken met de relatief aantrekkelijke mogelijkheden voor assessment, het vergelijken van een individu met zichzelf. Met betrekking tot hyperseksualiteit ligt dat een stuk ingewikkelder: daar is per definitie sprake van een vergelijking met een norm. Hoewel hyperseksualiteit geldt als een belangrijke risicofactor voor recidive (Hanson & Morton-Bourgon, 2007), is er weinig overeenstemming over het construct hyperseksualiteit en eventuele criteria. Kafka (1997) geeft als definitie van hyperseksualiteit een 'total sexual outlet' (TSO) van zeven of meer orgasmes per week, gedurende een half jaar of langer. Hoe dat vastgelegd moet worden, anders dan door zelfrapportage, is niet duidelijk. In de klinische praktijk komen extreme gevallen van hyperseksualiteit wel aan het licht, maar de mogelijkheden met betrekking tot gestructureerde assessment zijn buitengewoon karig te noemen. Voor seksuele coping geldt hetzelfde.

**(Dis)inhibitie: Assessment van psychopathie** Met betrekking tot disinhibitie is psychopathie nog van speciaal belang voor zedendelinquenten. Uit tal van onderzoeken is naar voren gekomen dat de kleine subgroep van zedendelinquenten die hoog seksueel deviant is in combinatie met een hoge mate van psychopathie, een extreem hoog risico op seksuele recidive heeft (Olver & Wong, 2006; Rice & Harris, 1997). Het is dan ook belangrijk om bij zedendelinquenten op betrouwbare wijze de mate van psychopathie in te schatten. Dat gebeurt door middel van de *Psychopathy Check List-Revised* (Hare, 2003) de PCL-R. De PCL-R is vertaald in het Nederlands en een training in het gebruik ervan is te volgen via Forum Educatief ([www.forumeducatief.nl](http://www.forumeducatief.nl)).

Er is nog geen algemeen geaccepteerde en gestandaardiseerde testbatterij voor zedendelinquenten. Over het algemeen schieten de meeste instrumenten tekort in betrouwbaarheid en validiteit om een individuele diagnose met verstrekkende gevolgen te verantwoorden. Conclusies dienen daarom bij voorkeur niet gebaseerd te worden op de uitkomst van een enkele test en altijd met enige terughoudendheid gepresenteerd te worden (Smid, Van Beek & Troelstra, 2011).

## BEHANDELING

In Nederland krijgt minder dan de helft van de veroordeelde plegers van zedendelicten een behandeling opgelegd, ongeveer 5 procent wordt ter beschikking gesteld (tbs) (Brouwers & Smit, 2005). De behandeling van zedendelinquenten is vooral een interventie om nieuw delictgedrag te voorkomen. De effectiviteit van de behandeling laat zich dan ook vertalen in een afname van de seksuele recidive (Brown, 2005; Prentky, 1995). Evaluatie van de effectiviteit van behandelingen is altijd problematisch omdat de gewenste uit-

komstmaat van dergelijk onderzoek recidive is, terwijl dat tegelijkertijd de uitkomst is die we koste wat het kost willen voorkomen. Dat maakt het vormen van adequate controlegroepen problematisch. Het is immers onwenselijk om een random groep plegers als controlegroep onbehandeld in de maatschappij terug te laten keren, om te kunnen vaststellen of ze vaker recidiveren dan de behandelde plegers.

### *Risk, Need, Responsivity*

In 1990 werd het *Risk-Need-Responsivity* model (RNR-model) ontwikkeld (Andrews, Bonta, & Hoge, 1990). Het model is empirisch goed onderbouwd en richt zich primair op risicomangement (Andrews & Bonta, 2010; Ward, Melser, & Yates, 2007). De basisprincipes van het RNR-model bestaan eruit dat interventies gestructureerd moeten worden volgens drie belangrijke rehabilitatieprincipes: risico (risk), behoefte (need) en responsiviteit (responsivity). Later werd hier het principe van behandelintegriteit (integrity) aan toegevoegd (Lipsey, 1995). Dit model, ook wel aangeduid als de 'what works' principes heeft zich ontwikkeld tot het meest toonaangevende model in het forensisch veld.

Het eerste principe, het risk-principe, bestaat uit twee elementen: (1) plegers dienen voorafgaand aan een behandeling te worden onderworpen aan risicotaxatie met empirisch gevalideerde en betrouwbare risicotaxatie-instrumenten en (2) plegers met een hoog risicoprofiel moeten een intensievere behandeling krijgen dan plegers met een laag risicoprofiel.

Het behoefteprincipe benadrukt dat de behandeling moet worden gericht op de dynamische risicofactoren van de plegers. Behandeling wordt gericht op de *dynamische* factoren omdat deze beïnvloedbaar zijn en op de *risicofactoren* omdat juist die aspecten behandeld moeten worden die het delictgedrag beslissend beïnvloeden (de criminogene factoren). Idealiter geven dynamische risicofactoren dus niet alleen informatie over het risico van delictgedrag, maar geven ze ook richting aan de wijze waarop het risico gereduceerd kan worden (Hanson & Morton-Bourgon, 2007). Cognitieve gedragstherapie komt consistent als beste behandelmethode voor zedendelinquenten naar voren (Beech & Fisher, 2004; Lipsey, 1995; Vennard, Hedderman, & Sugg, 1997).

Het responsiviteitsprincipe betreft de juiste afstemming van het behandelprogramma op de leerstijl en de capaciteiten en beperkingen van de pleger. Zwakbegaafde plegers hebben bijvoorbeeld een aan hun niveau aangepaste aanpak nodig. Behandelingen die zijn gebaseerd op (cognitief) gedragstherapeutische uitgangspunten (soms) in combinatie met farmacologische interventies, blijken op basis van meta-analyses het meest effectief om criminogene behoeften te beïnvloeden (Andrews & Bonta, 2010). Het gestructureerd aanbieden van het programma door middel van thematische modules in een groepsformat waarin psycho-educatie en het vergroten van vaardigheden

door middel van rollenspel, huiswerk en voorbeeldgedrag van de behandelers een belangrijke plaats innemen, zijn in het cognitief gedragstherapeutische pakket essentiële elementen. Er is geen evidentie dat groepstherapie superieur is aan individuele therapie of andersom (Ware, Mann & Wakening, 2009).

Naast de juiste vorm van het behandelprogramma, is het voor de behandelresponsiviteit van belang om goed aan te sluiten bij de behandelmotivatie van de pleger en een goede werkrelatie te bewerkstelligen. Ten aanzien van motivatie neemt het draaideurmodel (*Stages of Change*) een prominente plaats in (Prochaska, 2005). In dit model wordt motivatie opgevat als een gefaseerd verlopend proces, waarin een pleger in meer of mindere mate gemotiveerd kan zijn om te veranderen. Behandelaars kunnen uiteenlopende motivatie bevorderende interventies toepassen afhankelijk van de motivatiefase waarin de pleger zich bevindt. Een andere mogelijkheid om de behandelmotivatie te beïnvloeden is de toepassing van het *good lives* model (Ward & Steward, 2003). In dit model wordt verondersteld dat delictgedrag voortkomt uit gedepriveerde fysieke, psychische, sociale of zelfs maatschappelijk behoeften. Door de pleger te leren zijn behoeften op prosociale wijze te realiseren, zou hij geen delicten meer hoeven plegen. Ondanks het feit dat dit model naïef overkomt en wederom een vrij eenzijdig feel-bad benadering betreft, heeft het een voor de klinische praktijk aantrekkelijke component: het richt zich in plaats van op vermijdingsdoelen (*wat mag je niet meer doen?*) op prosociale toenaderingsdoelen (*wat wil je van het leven en hoe kun je dat op een prosociale manier bereiken?*). Dynamische risicofactoren kunnen vervolgens worden opgevat als bedreigingen voor het eigen toekomstplan, waardoor de pleger zelf belang heeft bij het onder controle te brengen en houden van zijn dynamische risicofactoren. Yates, Prescott en Ward (2010) geven een praktische beschrijving van de toepassing van het *good lives* model in de behandeling. Het *good lives* model wordt in de klinische praktijk als positief ervaren, maar empirische evidentie voor de achterliggende rationale en de toegevoegde waarde ontbreekt vooralsnog (Andrews, Bonta & Wormith, 2011).

Een ondersteunende, belonende en richtinggevende benadering waarin de zelfwaardering van de patiënt kan toenemen zonder dat aan de ernst van de delicten voorbij wordt gegaan, bleek als therapeutische houding het meest effectief om verandering in de patiënten te bevorderen (Marshall, Serran & Fernandez, 2003). Bij patiënten met duidelijk psychopathische kenmerken is deze houding echter niet aan te bevelen. Deze patiënten zullen de therapeut zodanig proberen te misleiden dat zij zelf niet hoeven te veranderen. Bij hen voldoet een neutrale zakelijke houding beter (Wong & Hare, 2005).

Niet alleen de directe behandelaar heeft invloed op de responsiviteit, maar ook het beleid van de instelling waar de patiënt behandeld wordt en in bredere zin het beleid in de samenleving. Ward, Day, Howells & Birgden (2004) verwijzen met *treatment readiness* naar zowel de interne als de externe condities

voor motivatie. Wanneer in een samenleving bijvoorbeeld geen enkel risico meer geaccepteerd wordt en de uitstroom uit de behandelinstellingen onmogelijk wordt, valt logischerwijze alle behandelmotivatie bij patiënten weg.

In 1995 is aan het RNR model een vierde principe toegevoegd, namelijk behandelintegriteit (integrity) (Lipsey, 1995), waarin tot uitdrukking komt dat er voor moet worden gezorgd dat het behandelprogramma wordt aangeboden zoals het is bedoeld. De belangrijkste bedreiging van het integriteitprincipe is dat behandelaars willekeurig de doelstellingen en werkwijze van het programma negeren, loslaten of veranderen. De integriteit van een behandelprogramma kan worden gewaarborgd door zorg te dragen voor een gedegen theoretische onderbouwing en een uitgebreid protocol over wat er in het programma hoe en wanneer moet gebeuren.

Hanson, Bourgon, Helmus en Hodgson (2009) beoordeelden diverse behandelprogramma's voor zedendelinquenten met betrekking tot het vervullen van de risk, need, responsivity principes en kwamen tot de conclusie dat behandelingen die aan geen van de principes voldeden niet effectief waren of zelfs een negatief effect hadden. Daarentegen waren de behandelingen die aan alle drie de principes voldeden het meest effectief.

In Nederland valt met betrekking tot de RNR principes in de behandeling van zedendelinquenten nog veel winst te behalen. Vooralsnog gebeurt de toewijzing van zedendelinquenten aan verschillende behandelingen vooral op basis van psychische stoornissen met daarnaast een grotendeels ongestructureerde klinische inschatting van het recidiverisico. Onderzoek laat zien dat deze werkwijze niet voldoende leidt tot toewijzing van delinquenten met het hoogste risico aan de meest intensieve behandelvormen (Smid, Kamphuis, Wever & Van Beek, *under review*). Standaardgebruik van gestructureerde risicotaxatie kan daar verbetering in aanbrengen. Assessment van de relevante dynamische risicofactoren door middel van empirisch gevalideerde instrumenten voor-, tijdens- en na de behandeling is in Nederland nog niet standaard en kan een bijdrage leveren aan een betere focus op de need-factoren in de behandeling. Naast de effectiviteit, zou dit ook de efficiëntie van de behandeling ten goede kunnen komen, leidend tot een kortere behandelduur. Die is in Nederland, met name voor de lagere risicogroepen, erg lang vergeleken met andere landen (Beech, Fisher & Beckett, 1999; Marshall, Marshall, Serran & Fernandez, 2006). De bejegening van forensische patiënten is in Nederlandse gespecialiseerde forensische instellingen doorgaans gunstig: sturend maar ook steunend, waarbij niet de persoon maar het delictgedrag veroordeeld wordt. Maar in het harder wordende politieke klimaat komt de forensische psychiatrie steeds meer onder druk te staan. Beoogde maatregelen als levenslang toezicht, openbare registratie of dwangmedicatie voor alle zedendelinquenten spreken de kiezer misschien aan, maar ondermijnen de responsiviteit en zullen waarschijnlijk eerder tot verslechtering dan tot verbetering van de behandelresultaten leiden.

### *Een behandelprogramma*

Een voorbeeld van een cognitief gedragstherapeutisch behandelprogramma voor zedendelinquenten met voornamelijk een laag tot matig risico, is het CGT behandelprogramma van Bill Marshall (Marshall, Marshall, Serran & Fernandez, 2006; Marshall, Marshall, Serran & O'Brien, 2011). Zijn programma wordt in een open groep format geleverd in de gevangenis (met een continue in- en uitstroom). Er vinden wekelijks bijeenkomsten plaats van 2,5 uur. De duur van het programma is ongeveer vier maanden met een maximale uitloop naar zes maanden. Na het gevangenisprogramma volgt een ambulante vervolghandeling. Het programma is in belangrijke mate afgestemd op de *what-works*-principes. Dat betekent dat de behandelduur is afgestemd op het risiconiveau van de pleger en dat onderwerpen als emotieregulatieproblemen, gebrekkige sociale en probleemoplossende vaardigheden, intimiteitsproblemen, cognitieve vervormingen, deviante seksuele interesses/voorkeuren en hyperseksualiteit, deel uitmaken van het programma. De behandeling van de dynamische risicofactoren wordt flexibel in modules aangeboden en is gericht op het verbeteren van gedragsmatige, emotionele en cognitieve vaardigheden om met dynamische risicofactoren om te gaan. Interventies om deze vaardigheden bij te brengen bestaan uit een combinatie van psycho-educatie (beperkt), rollenspel, voorbeeldleren, herhaald oefenen, groepsdiscussie, huiswerkopdrachten, zelfregistratie en een hoog niveau van onderlinge interpersoonlijke interactie in de therapiegroep. Ook wordt er gewerkt aan *good lives* toenaderingsdoelen, zoals bijvoorbeeld kennis, status of erbij horen en de behandeling wordt stapsgewijs afgebouwd als de vorderingen dat toelaten. Er is gezorgd voor een geleidelijke terugkeer in de maatschappij. Marshall legt een grote nadruk op de therapeutische houding (onderdeel van responsiviteitsprincipe), die zich kenmerkt door empathische, warme, directieve en belonende wijze van omgang met de plegers. Ten behoeve van de integriteit van het programma zijn er wekelijks besprekingen met de groepstherapeuten en de programmaleider over de voortgang in het programma en krijgen de groepstherapeuten supervisie. De groepstherapeuten participeren allemaal in onderzoeksprojecten rond het programma en worden geacht goed op de hoogte te blijven van relevante literatuur. Een uitgebreide omschrijving van het behandelprogramma is te vinden in Marshall, Marshall, Serran en Fernandez (2006).

De resultaten van het behandelprogramma laten zien dat de seksuele recidives van behandelde plegers met drie procent veel lager uitkomen dan de verwachte 17 procent recidives zonder behandeling (ingeschat op basis van risicotaxatie-instrumenten). Een rechtstreekse adequate controlegroep ontbreekt echter in het onderzoek.

*Hoog risico plegers*

De (bescheiden) groep hoog risico plegers heeft behoefte aan langere en intensievere behandelprogramma's. De hoog-risico groep bestaat vooral uit plegers met een uitgesproken interesse, soms exclusieve voorkeur voor seksueel delictgedrag, of plegers met een erg antisociale instelling of een hoge mate van psychopathie. In het ernstigste geval is er sprake van een combinatie van beide. Het door behandeling veranderen van een seksuele voorkeur wordt over het algemeen als uitermate moeilijk zo niet onmogelijk beschouwd. Wel is het mogelijk de seksuele reactiviteit door cognitief gedragstherapeutische interventies of medicatie te onderdrukken. Daarnaast is bekend dat een hoge mate van psychopathie de responsiviteit van een patiënt negatief beïnvloedt; zij profiteren doorgaans veel minder van een behandeling dan mensen met een lage mate van psychopathie (Harris & Rice, 2006). Een uitgebreide beschrijving omtrent de benadering en behandeling van patienten met een hoge mate van psychopathie is te vinden in Kröger, Van Beek, Van der Wolf, Klein Haneveld en Geraerts (2011).

De meeste instellingen die zich in Nederland richten op de behandeling van hoog risico plegers (vooral tbs-klinieken) bieden dan ook een zeer langdurig, intensief en gevarieerd programma waar, naast cognitieve gedragstherapeutische programma's (bijvoorbeeld Van Beek & Van den Berg, 2009), steeds vaker medicatie deel van uitmaakt. Daarnaast is er bijvoorbeeld aandacht voor interpersoonlijke vaardigheden, onderwijs en dagbesteding. Deze programma's kenmerken zich ook door het zeer geleidelijk afbouwen van behandeling en toezicht en een langzame, stapsgewijze resocialisatie. De grenzen van die resocialisatie zijn natuurlijk sterk afhankelijk van het risico. In sommige gevallen wordt besloten om het toezicht op een patiënt nooit op te heffen. Dat betekent tot nog toe dat iemand in de 'longstay' terecht komt, maar dat hoeft niet in alle gevallen te betekenen dat iemand dan te allen tijde binnen de muren van een instelling verblijft.

Voor de effectiviteit van deze veelomvattende en langdurige behandeling is geen empirische ondersteuning voorhanden. Evaluatie van deze forensische interventies is onontbeerlijk maar buitengewoon ingewikkeld. Seksuele recidives van uitstromende tbs-patiënten, worden in recente cohorten steeds lager (Bregman & Wartna, 2011). Maar ook de uitstroom, met name van zeden-delinquenten is sterk teruggelopen, 47 procent van de 'longstayers' is zeden-delinquent. Het is niet duidelijk of de afname van de recidive het gevolg is van de behandeling of van selectie die de gevaarlijkste delinquenten binnenhoudt. In beide gevallen voldoet de tbs overigens aan haar doelstellingen: het beveiligen van de samenleving en (in mindere mate) re-integratie wanneer mogelijk. Een en ander gaat wel ten koste van de behandelduur, deze is inmiddels opgelopen tot een lengte van meer dan tien jaar.

### *Medicatie*

Farmacologische interventies voor zedendelinquenten, de zogenaamde libidoremmende medicatie, zijn de afgelopen tien jaar steeds meer in zwang geraakt, met name in het tbs-veld (Bourget & Bradford, 2008). Sinds enige jaren wordt er in Nederland gewerkt volgens de door psychiaters van diverse instellingen geformuleerde beslisboom voor indicatiestelling, medicatiekeus en dosering bij uiteenlopende risicoprofielen van zedendelinquenten (Troelstra, Kossen & Helmus, 2009). Deze beslisboom is gebaseerd op klinische inzichten en behoeft nog empirische ondersteuning.

Chemische castratie, zoals het gebruik van deze medicatie wel genoemd wordt, is in principe omkeerbaar en wordt daarom niet gezien als schending van de lichamelijke integriteit, maar de effecten en bijwerkingen zijn ingrijpend (Giltay & Gooren, 2009; Thibaut et al., 2010). De meeste richtlijnen dringen er dan ook op aan om de gebruiksduur zoveel mogelijk te beperken. Het is echter onduidelijk of en wanneer de medicatie veilig afgebouwd kan worden, waardoor de patiënten vooralsnog voor de rest van hun leven onder controle moeten blijven om naleving van de medicatieafspraken te waarborgen.

Onderzoek naar het effect van medicatie op seksuele recidive laat voorzichtige positieve resultaten zien (Grubin, 2009), maar is vooralsnog schaars en de onderzoeksopzet laat vaak veel te wensen over (Rice & Harris, 2011). Al met al lijkt het erop dat medicatie behulpzaam kan zijn bij de behandeling van sommige zedendelinquenten, maar zeker niet geschikt is als standaardbehandeling voor alle zedendelinquenten.

### *Toezicht*

De laatste jaren zijn er, met name in de VS, steeds meer maatregelen genomen die erop gericht zijn om zedendelinquenten ook na hun straf en/of behandeling onder toezicht te houden of anderzins in hun bewegingsvrijheid te beperken met de bedoeling om hun recidiverisico verder in te dammen. Uit onderzoek komt naar voren dat het beschermend effect van verplichte registratie en het opleggen van woonrestricties nihil is en zelfs averechts kan werken (Agan, 2011; Prescott & Rockoff, 2011). Dat heeft vermoedelijk te maken met de negatieve invloed van dergelijke maatregelen op werk, wonen en netwerk van de zedendelinquenten en de toename van uitstoting en eenzaamheid (Lasher & McGrath, 2012). Dit zijn factoren die het recidiverisico negatief beïnvloeden (Levenson, 2008). Daarnaast zijn de registratiesystemen erg duur en bewerkelijk vanwege het snel groeiende aantal mensen dat geregistreerd moet worden.

Een positieve uitzondering is het in Canada vanuit de kerk opgezette COSA project (Circles of Support and Accountability). Daarbij worden uitstromende zedendelinquenten begeleid door een netwerk van vrijwilligers die zowel steunend als controlerend betrokken zijn. Ook in Nederland is in 2009 het eerste COSA-project van start gegaan. De evaluaties van COSA lijken goed, maar ook in dit onderzoek ontbreken adequate controlegroepen (Wilson, Bates, Völlm, 2010).

## TOT BESLUIT

Seksueel delictgedrag komt veel voor, maar van verreweg de meeste delicten wordt geen aangifte gedaan: het zogenaamde 'dark number' blijft onverminderd hoog. De prevalentie van 'hands-on' delictgedrag lijkt de laatste jaren wel langzaam af te nemen.

De wetenschappelijke status van theorieën over zedendelinquentie is niet bijster hoog. Het belangrijkste academische model krijgt empirische steun, maar vindt nauwelijks zijn weg naar de behandeling van zedendelinquenten (Malamuth, 2003). Het belangrijkste klinische model is invloedrijk in de behandeling maar de empirische steun schiet tekort (Marshall en Barbaree, 1990). De *Incentive Theory of Sexual Motivation* (Both, Everaerd & Laan, 2007) kan mogelijk een bruikbaar alternatief bieden. Empirische validering van het model met betrekking tot seksueel delictgedrag moet echter nog beginnen.

Gestructureerde risicotaxatie is empirisch het best ontwikkeld, maar ontbeert een theoretische basis. Statische actuariële risicotaxatie is zeer bruikbaar voor de inschatting van het basisrisico en het selecteren van plegers voor verschillende interventieniveaus. Risicotaxatie-instrumenten met dynamische factoren kunnen gebruikt worden voor het bepalen van de focus en het evalueren van de behandeling (Hanson, Harris, & Helmus, 2007). De mogelijkheden voor de diagnostiek van individuele risicofactoren zijn nog karig en er is sprake van een eenzijdig focus op de ontwikkeling van instrumenten voor het vaststellen van een deviante voorkeur voor kinderen.

De behandeling van zedendelinquenten richt zich op het voorkomen van terugval. Deze behandeling is het meest effectief wanneer deze voldoet aan de principes van het *Risk Need Responsivity* (RNR) model (Andrews & Bonta, 2010). Dat betekent dat de meest intensieve interventies gericht dienen te worden op de plegers met het hoogste risico, dat de focus dient te liggen op de dynamische risicofactoren en dat de behandeling aangepast moet worden aan de talenten en beperkingen van de patiënt.

Cognitief gedragstherapeutische behandelprogramma's lijken met name voor laag en matig risico plegers redelijk effectief te zijn in het terugdringen van recidive (Hanson, Bourgon, Helmus & Hodgson, 2009). De behandeling van hoog-risicopatiënten is vooralsnog aan grenzen gebonden. Daarom zal naar verwachting langdurig toezicht voor een deel van deze groep een rol blijven spelen. Zeker als de behandeling steeds meer zal worden gekenmerkt door een combinatie van psychotherapeutische interventies met libidoremmende medicatie die moeilijk afgebouwd kan worden.

Goed onderzoek naar behandel-effecten in deze groep is zo moeilijk dat het nauwelijks van de grond komt. Wanneer echter alleen behandelingen aangeboden zouden worden waarvan de werkzaamheid empirisch onomstotelijk vaststaat, zou dat leiden tot een vrijwel totale stilstand in het behandelaanbod. Het verdient aanbeveling om in elk geval de empirisch onderbouwde



facetten van diagnostiek, risicotaxatie en behandeling van zedendelinquenten een vooraanstaande plaats te geven en eventuele nieuwe ontwikkelingen goed bij te houden. Daarnaast is het van belang alles in het werk te stellen om diverse vormen van behandelbeoordeling ondanks alle moeilijkheden van de grond te krijgen (Rice, 2010).

In Nederland kan de behandeltoewijzing beter gebaseerd worden op gestructureerde risicotaxatie. Het behandel aanbod kan, meer dan nu het geval is, worden afgestemd op de empirisch onderbouwde risicofactoren. Ten behoeve van de responsiviteit is het relatief gunstige Nederlandse behandelklimaat gebaat bij bescherming tegen ondoordachte maatregelen die opkomen vanuit het zich verhardende politieke krachtenveld.

Tot slot moet opgemerkt worden dat alle beschreven vormen van risicotaxatie, behandeling en toezicht alleen maar invloed kunnen hebben op de seksuele recidive van veroordeelde zedendelinquenten. Gezien het feit dat slechts 1 procent van de ernstige zedendelicten in Nederland eindigt in een veroordeling, zal dit niet leiden tot het uitbannen van seksueel delictgedrag in het algemeen. Serieuze initiatieven met betrekking tot het terugdringen van het aantal slachtoffers dienen dus niet alleen gericht zijn op uitstromende zedendelinquenten maar ook op preventie, het bevorderen van de aangiftebereidheid onder de slachtoffers en het verhogen van kans op veroordeling.

#### SUMMARY

##### *The etiology, assesment and treatment of sex offenders*

The article provides a brief summary of current views on the etiology, assessment and treatment of sex offenders. Besides the confluence model and biopsychosocial learning theory, this includes a description of the role of cognitive distortions, sexual deviance and self-regualtion in the etiology of sexual offending behaviour. A new theoretical model is introduced: an incentive theory of sexual motivation. The description of the assessment of sex offenders is divided in the description of (static and dynamic) assessment of the risk reoffending and the description of the assessment of specific risk factors: deviant sexual interest/preference, hypersexual desire and sexual coping. In the overview of treatment possibilities emphasis is placed on the risk, need, responsivity model, followed by a description of the key elements of treatment programmes for low/moderate- and high-risk offenders. For a detailed description of the treatment of a high risk sex offender, we refer to the case study (Holwerda & Van Beek) included in this volume.

*Key words:* sex offenders, incentive theory of sexual motivation, sex offender risk assessment, sex offender treatment, risk need responsivity model

## LITERATUUR

- Abel, G.G., Jordan, A., Hand, C.G., Holland, L.A., & Phipps, A. (2001). Classification models of child molesters utilizing the Abel Assessment for Sexual Interest. *Child Abuse and Neglect*, 25, 703-718.
- Agan, A.Y. (2011). Sex offender registries: Fear without function? *Journal of Law and Economics*, 54, 207-239.
- Ahlers, C.J., Schaefer, G.A., Mundt, I.A., Roll, S., Englert, H., Willich, S.N., & Beier, K.M. (2011). How unusual are the contents of paraphilias? Paraphilia associated sexual arousal patterns in a community-based sample of men. *The Journal of Sexual Medicine*, 8, 1362-1370.
- Andrews, D.A., & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct* (5th ed.). Newark, NJ: LexisNexis.
- Andrews, D., Bonta, J., & Hoge, R. (1990). Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology. *Criminal Justice and Behavior*, 17, 19-52.
- Andrews, D.A., Bonta, J., & Wormith, S. J. (2011). The Risk-Need-Responsivity (RNR) model: Does adding the good lives model contribute to effective crime prevention? *Criminal Justice and Behavior*, 38, 735-755.
- Beech, A., & Fisher, D. (2004) Treatment in prison and probation settings. In H. Kems-hall (Ed.) *Research highlights in social work: Managing sex offender risk* (pp. 137-163). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Beech, A.R., Fisher, D., Beckett, R. C. (1999). *An Evaluation of the Prison Sex Offender Treatment Programme*. UK Home Office Occasional Report.
- Beek, D.J., van, & Berg, J.W., van den (2009). *Seksueel geweldplegers tegen vrouwen: Een klinisch groepsprogramma*. 2e editie. Utrecht: Forum Educatief.
- Beek, D.J. van, Mulder, J. (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*. Utrecht: Forum Educatief (Nederlandse bewerking van: Ward, T., Bickley, J., Webster, S., Fisher, D., Beech, A., & Eldridge, H. (2004). *The Self-Regulation model of the offense and relapse process*. Victoria (Ca): Pacific Psychological Assessment Cooperation.
- Berridge, K.C. (1996). Food reward: brain substrates of wanting and liking. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 20: 1-25.
- Bindra, D. (1974). A motivational view of learning, performance, and behavior modification. *Psychological Review*, 81, 199-213.
- Blanchard, R., Cantor, J.M., & Robichaud, L. K. (2006). Biological factors in the development of sexual deviance and aggression in males. In: H.E. Barbaree, & W.L. Marshall (Eds.). *The juvenile sex offender*. 2nd ed (pp. 77-104). New York: Guilford Press.
- Both, S., Everaerd, W., & Laan, E. (2007). Desire emerges from excitement: A psychophysiological perspective on sexual motivation. In E. Janssen (Ed.) *The psychophysiology of sex* (pp. 327-339). Bloomington: Indiana University Press.
- Both, S., Brauer, M., & Laan, E. (2011). Classical Conditioning of Sexual Response in Women: A Replication Study. *The Journal of Sexual Medicine*, 8, 3116-3131.
- Bourget, D., Bradford, J.M. (2008). Evidential basis for the assessment and treatment of sex offenders. *Brief Treatment Crisis Intervention*, 8, 130-146.
- Bregman, I.M, & Wartna, B.S.J. (2011). Recidive TBS 1974-2008: Ontwikkelingen in de strafrechtelijke recidive van ex-terbeschikkinggestelden. Factsheet 2011-6. Den Haag: WODC.
- Briken, P., Habermann, N., Berner, W., & Hill, A. (2006). XYY chromosome abnormality in sexual homicide perpetrators. *American Journal of Medical Genetics, Part B Neuro-psychiatric Genetics*, 141, 198-200.
- Brouwers, M., & en Smit, P.R. (2005) Seksuele delinquentie: De prevalentie door de jaren heen. *Justitiële verkenningen*, 31, 37-47.
- Brown, S. (2005). *Treating sex offenders: An introduction to sex offender treatment programmes*. Cullumpton: Willan Publishing.

- Cantor, J.M., Kabani, N., Christensen, B.K., Zipursky, R. B., Barbaree, H. E., Dickey, R. et al. (2008). Cerebral white matter deficiencies in pedophilic men. *Journal of Psychiatric Research*, *42*, 167-183.
- Compton, W.M., Conway, K.P., Stinson, F. S., Colliver, J. D., Grant, B. F. (2005). Prevalence, correlates, and comorbidity of DSM-IV antisocial personality syndromes and alcohol and specific drug use disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, *66*, 677-685.
- Cortoni, F., & Marshall, W.L. (2001). Sex as a coping strategy and its relationship to juvenile sexual history and intimacy in sexual offenders. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*, *13*, 27-43.
- Dawes R.M., Faust D, Meehi PE. (1989). Clinical versus actuarial judgement. *Science*, *245*, 168-174.
- Diamond, M. (2009). Pornography, public acceptance and sex related crime: a review. *International Journal of Law and Psychiatry*, *32*, 304-314.
- Ehe, R., Matthes, A., Schilling, F., Haubner-MacLean, T., & Rettenberger, M. (2011). Dynamic risk assessment in sexual offenders using the Stable-2000 and the Stable-2007: An investigation of predictive and incremental validity. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, *15*, 269-283.
- ElSohly M.A., Salamone, S.J. (1999). Prevalence of drugs used in cases of alleged sexual assault. *Journal Analytical Toxicology*, *23*, 141-6.
- Fazel, S., & Danesh, J. (2002). Serious mental disorder among 23,000 prisoners: A systematic review of 62 surveys. *Lancet*, *16*, 545-550.
- Finkelhor, D., & Jones, L. M. (2004). *Explanations for the decline in child sexual abuse cases*. Washington, DC: Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.
- Frenken, J. (2002). Strafbare seksualiteit en seksueel deviant gedrag: Definities en prevalenties. *Tijdschrift voor Seksuologie*, *26*, 4-8.
- Gannon, T.A., & Polaschek, D.L.L. (2006). Cognitive distortions in child molesters: A re-examination of key theories and research. *Clinical Psychology Review*, *26*, 1000-1019.
- Giltay, E.J., & Gooren, L.J.G. (2009). Potential side effects of androgen deprivation treatment in sex offenders. *Journal of the American Academy of Psychiatry and Law*, *37*, 53-58.
- Glasgow, D.V., Osbourne, A., & Croxen, J. (2003). An assessment tool for investigating pedophile sexual interest using viewing time: An application of single case research methodology. *British Journal of Learning Disabilities*, *31*, 96-102.
- Gray, N., Brown, A., MacCulloch, M., Smith, J., & Snowden, R. (2005). An implicit test of the associations between children and sex in pedophiles. *Journal of Abnormal Psychology*, *114*, 304-308.
- Green, R. (2002). Is pedophilia a mental disorder? *Archives of sexual behavior*, *31*, 467-471.
- Grubin D. (2009). Medical models and interventions in sexual deviance. In: D.R. Laws & W. T. O'Donohue (Eds.) *Sexual deviance: Theory, assessment, and treatment*, 2nd ed. (pp. 594-610). New York: Guildford Press.
- 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., & Busiere, 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., Harris, A.J.R., Scott, T., & Helmus, L. (2007). Assessing the risk of sexual offenders on community supervision: The Dynamic Supervision Project. Corrections Research User Report 2007-05. Ottawa: Public Safety Canada.
- Hanson, R.K., Morton, K.E., & Harris, A.J.R. (2003). Sexual offender recidivism risk: What we know and what we need to know. In R. A. Prentky, E. S. Janus, & M. C. Seto (Eds.), *Sexually Coercive Behavior: Understanding and Management* (pp. 154-166). New York: The New York Academy of Sciences.
- Hanson, R.K., & Morton-Bourgon, K.E. (2007). The accuracy of recidivism risk assessments for sexual offenders: A meta-analysis. Public Safety and Emergency Preparedness 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.
- Hare, R.D. (2003). *Manual for the revised psychopathy checklist*. Toronto: Multi-Health Systems
- Harris, G.T., Lalumière, M.L., Seto, M.C., Rice, M.E., & Chaplin, T.C. (2012). Explaining the erectile responses of rapists to rape stories: The contributions of sexual activity, non-consent and violence with injury. *Archives of Sexual Behavior, 41*, 221-229.
- Harris, G.T., & Rice, M.E. (2006) Treatment of psychopathy: A review of empirical findings. In R. Patrick (Ed.). *Handbook of psychopathy* (pp. 555-572). New York: Guilford Press.
- Helmus, L (2010). Do attitudes tolerant of sexual offending predict recidivism? A meta-analysis. Paper presented at the 29th Annual Research and Treatment Conference of the Association for the Treatment of Sexual Abusers, Phoenix, Arizona.
- Helmus, L., Babchishin, K.M., Hanson, R.K. & Thornton, D. (2010). Static-99R: Revised age weights. Downloaded from [http://www.static99.org/pdfdocs/static\\_99rand-age20091005.pdf](http://www.static99.org/pdfdocs/static_99rand-age20091005.pdf).
- Herbert, J. (2001). Sexual behaviour as adaptation: Relating brain, endocrine system and the social environment. In: W. Everaerd, E. Laan, & S. Both (Eds.), *Sexual appetite, desire and motivation: energetics of the sexual system* (pp.95-110). Amsterdam: Royal Netherlands Academy of Arts and Sciences.
- Hildebrand, M., & De Ruiter, C. (1999). Classificatie en diagnostiek in de forensische psychiatrie. In C. de Ruiter & M. Hildebrand (Eds.) *Behandelstrategieën bij forensisch psychiatrische patiënten* (pp. 1-7). Houten: Bohn, Stafleu Van Loghum.
- Hunter, J., Figueredo, A., & Malamuth, N. (2010). Developmental pathways into social and sexual deviance. *Journal of Family Violence, 25*, 141-148.
- Jespersen, A.F., Lalumière, M.L., & Seto, M.C. (2009). Sexual abuse history among adult sex offenders and non-sex offenders: A meta-analysis. *Child Abuse & Neglect, 33*, 179-192.
- Kafka, M.P. (1997). Hypersexual desire in males: an operational definition and clinical implications for men with paraphilias and paraphilia-related disorders. *Archives of Sexual Behavior, 26*, 505-526.
- Kalidien, S.N., Heer-de Lange, N.E. de, & Rosmalen, M.M. van (2011). *Criminaliteit en Rechts-handhaving 2010: Ontwikkelingen en samenhangen*. Den Haag: Boom juridische uitgevers.
- Kröger, U., Beek, D. van, Wolf, P. van der, Klein Haneveld, E., & Geraerts, R. (2011). *Behandeling van psychopathie. A mission impossible? Een behandelprogramma voor patiënten met een hoge mate van psychopathie in de Van der Hoevenkliniek*. Utrecht: Forum Educatief.
- Lalumière, M., Harris, G., & Quinsey, V. (2005). *The causes of rape: Understanding individual differences in the male propensity for sexual aggression*. Washington: American Psychological Association.
- Lasher, M.P., & McGrath, R.J. (2012). The impact of notification on sex offender reintegration: A quantitative review of the literature. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 56*, 6-58.
- Levenson, J.S. (2008). Collateral consequences of sex offender residence restrictions. *Criminal Justice Studies, 21*, 153-166.
- Lipsey, M.W. (1995). What do we learn from 400 research studies on the effectiveness of treatment with juvenile delinquents? In J. McGuire, *What works: Reduce reoffending - guidelines from research and practice* (pp. 63-78). Chichester: Wiley.
- Malamuth, N. (1981). Rape proclivity among males. *Journal of Social Issues, 37* (4), 138-157.
- Malamuth, N.M. (2003). Criminal and noncriminal sexual aggressors: Integrating psychopathy in a hierarchical mediational confluence model. In: R.A. Prentky, E.S. Janus, & M.C. Seto (Eds.). *Sexually coercive behavior: Understanding and management* (pp. 33-58). New York: Annals of the New York Academy of Sciences.
- Mann, R. E., Hanson, R. K. & Thornton, D. (2010). Assessing risk for sexual recidivism: some proposals on the nature of psychologically meaningful risk factors. *Sexual Abuse, 22*, 191-217.

- Mann, R., Webster, S., Wakeling, H., & Marshall, W. (2007). The measurement and influence of child sexual abuse supportive beliefs. *Psychology, Crime & Law*, 13, 443-458.
- Marshall, W.L., & Barbaree, H.E. (1990). An integrated theory of the etiology of sexual offending. In: W.L. Marshall, D.R. Laws, & H.E. Barbaree (Eds.) *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender* (pp. 257-275). New York: Plenum Press.
- 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., Marshall, L.E., Serran, O'Brien, M.D. (2011). *Rehabilitating sexual offenders: A strength-based approach*. Washington: American Psychological Association.
- Maruna, S., & Mann, R.E. (2006). A fundamental attribution error? Rethinking cognitive distortions. *Legal and Criminological Psychology*, 11, 155-177.
- Merdian, H.L., & Jones, D.T. (2011) Phallometric assessment. In D.P. Boer, R. Eher, L. Craig, M. Miner, & F. Pfafflin (Eds.) *International Perspectives on the Assessment and Treatment of Sexual Offenders* (pp. 141-171). West Sussex: Wiley.
- Diamond, M. (2009). Pornography, public acceptance and sex related crime: a review. *International Journal of Law and Psychiatry*, 32, 304-314.
- 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.
- Pfaus, J.G. (2009). Pathways of sexual desire. *Journal of Sexual Medicine*, 6, 1506-1533.
- Prentky, R. (1995). A rationale for the treatment of sex offenders: Pro bono publico. In J. McGuire, *What works: Reduce re-offending - guidelines from research and practice* (pp. 153-170). Chichester: Wiley.
- Prescott, J.J., & Rockoff, J. (2011). Do sex offender registries and notification laws deter crime? *Journal of Law and Economics*, 54, 161-206.
- Prochaska, J.O. (2005). Stages of change, readiness and motivation. In J. Kerr, R. Weitkunat & M. Moretti (Eds.) *ABC of Behavior Change: A Guide to Successful disease prevention and health promotion* (pp.111-123). Edinburgh: Elsevier.
- Quinsey, V.L., Harris, G.T., Rice, M.E., & Cormier, C.A. (2004) *Violent offenders: Appraising and managing risk* (2<sup>nd</sup> Ed.) Washington, DC: American Psychological Association.
- Rice, M.E. (2010, September). Treatment for adult sex offenders: May we reject the null hypothesis? Paper presented at the 11th Conference of the International Association for the Treatment of Sexual Offenders, Oslo.
- Rice, M.E., & Harris, G.T. (2011). Is androgen deprivation therapy effective in the treatment of sex offenders? *Psychology, Public Policy and Law*, 17, 315-332.
- Rice, M.E., & 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.
- Schiffer, B., Peschel, T., Paul, T., Gizewski, E., Forsting, M., Leygraf, N., Schedlowski, M., Krueger, T.H.C. (2007). Structural brain abnormalities in the frontostriatal system and cerebellum in pedophilia. *Journal of Psychiatric Research* 41, 753-762.
- Schiltz, K., Witzel, J., Northoff, G., Zierhut, K., Gubka, U., Fellmann, H., Kaufmann, J., Tempelmann, C., Wiebking, C., & Bogerts, B. (2007). Brain pathology in pedophilic offenders: Evidence of volume reduction in the right amygdala and related diencephalic structures. *Archives of General Psychiatry*, 64(6), 737-746.
- Schultz, W. (1998). Predictive reward signal of dopamine neurons. *Neurophysiology*, 80, 1-27.
- Seto M.C. (2008) *Pedophilia and sexual offending against children: Theory, assessment, and intervention*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Singer, B., & Toates, F.M. (1987). Sexual motivation. *The Journal of Sex Research*, 23, 481-501.
- Smid, W.J., Beek, D. van, & Troelstra, J. (2011) Proxy measures of sexual deviancy. In D.P. Boer, R. Eher, L. Craig, M. Miner, & F. Pfafflin (Eds.) *International Perspectives on the Assessment and Treatment of Sexual Offenders* (pp. 171-193). West Sussex: Wiley.
- Smid, W.J., Kamphuis, J.H., Wever, E., & Beek, D. Van (2012). Treatment Selection for Sex Offenders Based on Clinical Judgment vs. Actuarial Risk Assessment: Match and Analysis of Mismatch. Under review.

- 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.
- Thornton, D., & Laws, D.R. (Eds.). (2009). *Cognitive Approaches to the Assessment of Sexual Interest in Sexual Offenders*. West Sussex: Wiley.
- Toates, F. (2009). An integrative theoretical framework for understanding sexual arousal, motivation, and behavior. *Journal of Sex Research*, 46, 168-193.
- Troelstra, J.A., Kossen, M., & Helmus, N. G. M. (2009). *Forensisch psychiatrische centra Nederland: Forensisch psychofarmacologisch formularium*. Utrecht: Van der Hoevenstichting
- Vennard, J., Hedderman, C., & Sugg, D. (1997). *Changing offenders attitudes and behaviour: what works?* London: Home Office Research Findings No.61, Research and Statistics Directorate.
- Vogel, V., Ruiters, C. de, Beek, D.J. 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.
- Ward, T. (2000). Sexual offenders' cognitive distortions as implicit theories. *Aggression and Violent Behavior*, 5, 491-507.
- Ward, T., Day, A., Howells, K., & Birgden, A. (2004). The multifactor offender readiness model. *Aggression and Violent Behavior*, 9, 645-673.
- Ward, T., Hudson, S. M., & Keenan, T. (1998). A self-regulation model of the sexual offense process. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 10, 141-157.
- Ward, T., Melsler, J., & Yates, P.M. (2007). Reconstructing the Risk Need Responsivity Model: A theoretical elaboration and evaluation. *Aggression and Violent Behavior: A Review Journal*, 12, 87-107.
- Ward, T., Polaschek, D.L.L. & Beech, A.R. (2006). *Theories of sexual offending*. New York: Wiley
- Ward, T., & Stewart, C.A. (2003). Criminogenic needs and human needs: A theoretical model. *Psychology, Crime, and Law*, 9, 125-143.
- Ware, J., Mann, R.E., & Wakening, H. C. (in press.). What is the best modality for treating sexual offenders? *Sexual Abuse in Australia and New Zealand*, 2, 2-13.
- Webster, S.D. (2005) Pathways to sexual offence recidivism following treatment: An examination of the Ward and Hudson self-regulation model of relapse. *Journal of Interpersonal Violence*, 20, 1175-1196.
- Wilson, C., Bates, A., & Völlm, B. (2010). Circles of support and accountability: An innovative approach to manage high-risk offenders in the community. *The Open Criminology Journal*, 3, 48-57.
- Wong, S.C.P., & Hare, R. D. (2005). *Guidelines for a Psychopathy Treatment Program*. Toronto: Multi-Health Systems Inc.
- Yates, P.M., Prescott, D., Ward, T. (2010). *Applying the Good Lives and Self Regulation Models to Sex Offender Treatment: A Practical Guide for Clinicians*. Brandon Vt.: Safer Society Press.

