

De afgelopen tijd is Nederland meerdere malen opgeschrikt door geruchtmakende zedenmisdriven. In een aantal van deze gevallen blijken de daders eerdere veroordelingen en

behandelingen achter de rug te hebben. De vraag rijst dan of dit niet had kunnen worden voorzien. Onderstaande bijdrage laat zien

*Martin Hildebrand,
Corine de Ruiter
en Vivienne de Vogel*

Wetenschap

Recidive van verkrachters en aanranders na tbs

De relatie met psychopathie en seksuele deviatie

Verkrachting is een ernstig geweldsmisdrijf dat sterk aver sieve reacties oproept bij het algemene publiek en de media. Naar aanleiding van recente gevallen van ernstige seksuele recidive van terbeschikkinggestelden is een maatschappelijke en politieke roep te horen om lange, zelfs levenslange, straffen voor daders van zedenmisdriven. Door alle plegers van seksuele delicten over één kam te scheren, miskent men echter dat zedendelinquenten een zeer heterogene groep vormen (Doren, 1998). Bovendien houdt men dan geen rekening met wetenschappelijke inzichten op het terrein van de risicotaxatie bij deze groep delinquenten (De Ruiter & Hildebrand, 2000).

Een groot aantal risicofactoren is inmiddels geïdentificeerd, en wij zullen in deze bijdrage speciale aandacht geven aan twee van de belangrijkste risicofactoren: psychopathie en seksuele deviatie. Vervolgens doen wij verslag van een retrospectief onderzoek naar de voorspellende waarde van psychopathie en seksuele deviatie voor (seksuele) recidive in een groep verkrachters/aanranders die tussen 1975 en 1996 werd opgenomen in de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek, centrum voor klinische forensische psychiatrie te Utrecht. Doel van dit onderzoek is het bepalen van het belang van deze twee risicofactoren voor het voorspellen van (seksuele) recidive bij (ex) terbeschikkinggestelden.

Risicofactoren en recidive bij seksuele delinquenten

Om in het geval van een individuele delinquent een inschatting te kunnen maken van het risico van recidive, dient men inzicht te hebben in de zogenaamde *base rate* voor recidive – de prevalentie van een bepaald type gedrag binnen een gegeven populatie (bijvoorbeeld verkrachters/aanranders) over een bepaalde tijdspanne. De *base rate* is afhankelijk van diverse factoren, zoals de aard van de recidive (bijvoorbeeld: seksuele, of enige recidive), het recidivecriterium (bijvoorbeeld: nieuwe arrestatie, veroordeling) en de lengte van de tijdspanne: hoe

dat identificatie van de mate van psychopathie en seksuele deviatie bij verkrachters en aanranders, een grote voorspellende waarde heeft voor recidive.

langer de periode is waarin (seksuele) delinquenten worden gevolgd, des te hoger is in het algemeen het recidivepercentage (Furby, Weinrott & Blackshaw, 1989; Prentky, Lee, Knight & Cerce, 1997).

Van seksuele delinquenten is bekend dat het vaak lange tijd kan duren voordat zij opnieuw een seksueel delict plegen. Uit diverse studies blijkt dat behandelde zedendelinquenten nog na 15 tot 25 jaar kunnen recidiveren (Doren, 1998; Prentky et al., 1997), waarbij dient te worden opgemerkt dat het recidiverisico voor seksuele recidive aanzienlijk verschilt per type seksuele delinquent. Prentky et al. (1997) vonden dat het recidiverisico bij verkrachters ($N=136$), over een periode van 25 jaar, 39% bedroeg, waarbij een nieuwe aanklacht voor een zedendelict het criterium voor recidive was. Bij pedofiele daders met slachtoffers buiten het gezin ($N=115$) was het recidiverisico 52%. Dat dit conservatieve schattingen van de recidive zijn, behoeft geen betoog; lang niet alle daders worden immers gearresteerd of veroordeeld. Ook is bekend dat zedendelinquenten niet alleen recidiveren met een seksueel delict, maar ook met andere gewelddadige delicten (bijvoorbeeld Simon, 1997).

In Nederland is het inschatten van het risico van toekomstig (seksueel) delictgedrag in het individuele geval bij uitstek relevant in het kader van de strafrechtelijke maatregel terbeschikkingstelling (tbs). De tbs-maatregel wordt opgelegd aan delinquenten die een ernstig misdrijf hebben gepleegd en daarvoor door de rechter verminderd toerekeningsvatbaar of ontoerekeningsvatbaar zijn verklaard vanwege een psychische stoornis. Bovendien bestaat er (vanwege de stoornis) volgens deskundigen een groot risico op herhaling van een soortgelijk misdrijf. De tbs heeft tot doel de samenleving te beschermen tegen onaanvaardbare recidiverisico's. Beëindiging van de tbs impliceert dat de rechter – al dan niet in overeenstemming met het advies van de behandelaars – de mening is toegedaan dat er geen onacceptabel gevaar voor ernstige recidive meer bestaat. Hieruit volgt dat de mate van (ernstige) reci-

dive na afloop van de tbs-maatregel niet alleen kan worden beschouwd als graadmeter van het succes (of falen) van 'de behandeling', maar ook als indicator van de juistheid van de inschatting door de rechter.

Bestudering van recidivegegevens van ex-terbeschikkinggestelde zedendelinquenten laat zien dat circa 14% van de zedendelinquenten na beëindiging van de tbs recidiveert met een zedendelict, gemeten over een – relatief korte – periode van drie tot acht jaar, waarbij een nieuwe veroordeling tot een gevangenisstraf van minimaal zes maanden en/of een nieuwe tbs als recidivecriterium gehanteerd werden (Leuw, 1995; Van Emmerik, 1996). Helaas wordt in deze studies geen onderscheid gemaakt tussen typen delinquenten, zoals pedoseksuele daders en verkrachters.

Identificatie van subgroepen met een verhoogd risico is belangrijk, omdat dit richtlijnen biedt voor risicotaxatie en behandeling in het individuele geval, zodat daarmee recidive kan worden voorkomen (Hildebrand & De Ruiter, 2000).

Voor Noord-Amerikaanse onderzoekers hebben zich in het afgelopen decennium gericht op het identificeren van risicofactoren die (seksuele) recidive van zedendelinquenten voorspellen. In een meta-analyse van 61 recidiveonderzoeken met in totaal 23.393 zedendelinquenten uit de Verenigde Staten, Canada, Groot-Brittannië, Australië en Scandinavië werd een aantal relevante voorspellers van recidive geïdentificeerd (Hanson & Bussière, 1996, 1998; De Ruiter & Hildebrand, 2000). De beste voorspeller van *seksuele* recidive was de factor seksuele deviatie. Daarnaast werd seksuele recidive voorspeld door algemene criminogene factoren, zoals jonge leeftijd en psychopathie.

Seksuele deviatie

Seksuele deviatie – of deviante seksuele voorkeur of parafilie – wordt in de vierde editie van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994) gedefinieerd als een relatief stabiel patroon van terugkerende, seksueel opwindende fantasieën of gedragingen die betrekking hebben op (1) niet-menselijke objecten, (2) het lijden of vernederen van zichzelf of de partner of (3) kinderen of andere niet-instemmende personen. De fantasieën, impulsen of gedragingen dienen ten minste zes maanden aanwezig te zijn en subjectief lijden of sociaal disfunctioneren te veroorzaken. Uit de onderzoeksliteratuur komt over-



Foto: Marijke van Ruiten

tuigend naar voren dat personen bij wie seksueel gewelddadig gedrag (ten minste gedeeltelijk) voortkomt uit seksuele deviatie, een verhoogd risico hebben op nieuwe seksuele delicten. Dit geldt ongeacht of de seksuele deviatie is afgeleid uit de geschiedenis van het seksuele gedrag van de dader, uit plethysmografische¹ metingen van deviante seksuele opwinding of uit door de dader zelf gerapporteerde deviante seksuele fantasieën en gedachten (bijvoorbeeld Hanson & Bussière, 1998). Personen met seksuele deviaties plegen gewoonlijk seksueel gewelddadige handelingen die in overeenstemming zijn met hun fantasieën. Verschillende ernstige of bijzondere parafilieën zijn gerelateerd aan de kans op, en de frequentie van toekomstig seksueel gewelddadig gedrag. Seksueel sadisme (bijvoor-

beeld seksuele opwinding bij lichamelijk of psychologisch lijden van anderen) voorspelt de ernst van toekomstig seksueel geweld (bijvoorbeeld Ward, McCormack, Hudson & Polascheck, 1997).

Psychopathie

Aan het werk van verschillende auteurs (Cleckley, 1941/1976; Hare, 1993; Kernberg, 1992; Meloy, 1988; Wells, 1988) kunnen de volgende kenmerkende aspecten van de diagnose psychopathie worden ontleend: (1) gebrek aan empathie en het onvermogen een emotionele band met anderen aan te gaan; (2) manipulerend gedrag, bedoeld om de ander te overheersen en te misbruiken; (3) gebrek aan schaamte en schuldgevoel; (4) onbetrouwbaarheid. De psychopaat is goed in staat zichzelf achter een 'masker van gezondheid' te verbergen (Cleckley, 1941). In het contact met anderen toont hij vele gezichten; enerzijds kan hij charmerend, beleefd en sociaal geëngageerd overkomen, anderzijds is hij hard, koud en gevoelloos, of juist agressief en intimiderend. Ook voelt hij goed de zwakheden en emoties van anderen aan en buit deze uit wanneer het hem uitkomt (Cleckley, 1941; Millon & Davis, 1996; Wells, 1998). Daarnaast is er in veel gevallen sprake van chronisch onverantwoordelijk en antisociaal gedrag.

Teneinde de mate van psychopathie vast te kunnen stellen, ontwikkelden Hare en collega's de *Psychopathie Checklist* (PCL; Hare, 1980), later gevolgd door een herziene versie, de PCL-R (Hare, 1991; Nederlandstalige versie: Vertommen, Verheul, De Ruiter & Hildebrand, 2002). De PCL-R bestaat uit 20 items die traditioneel onderverdeeld worden in twee dimen-

sies (maar vergelijk Cooke & Michie, 2001; Hildebrand, De Ruiter, De Vogel & Van der Wolf, 2002; Johansson, Andershed, Kerr & Levander, 2002). Factor 1 ('egoïstisch, ongevoelig en zonder wroeging gebruik maken van anderen') beschrijft een constellatie van acht persoonlijkheidseigenschappen die volgens de meeste onderzoekers de kern vormen van psychopathie. Factor 2 ('chronisch instabiel en antisociaal gedrag') bestaat uit negen items die gedragskenmerken bevatten die horen bij een antisociale levensstijl. Deze dimensie vertoont grote overeenkomst met de criteria van de antisociale persoonlijkheidsstoornis, zoals die zijn geformuleerd in de DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994); zeven items verwijzen naar een impulsieve, onverantwoordelijke en parasitaire levensstijl, terwijl twee items ('jeugdcriminaliteit' en 'schending van voorwaarden') betrekking hebben op crimineel gedrag in engere zin. Drie items ('promiscue seksueel gedrag', 'veel kortstondige partnerrelaties', 'veelsoortige criminaliteit') laden op geen van beide dimensies (Hare, 1991). Tabel 1 geeft de items van de Hare PCL-R weer.

De twintig PCL-R items dienen te worden gescoord op basis van gegevens die verkregen zijn via de afname van een bijbehorend semi-gestructureerd interview en de analyse van aanwezige dossierinformatie. De items worden gescoord op een driepuntsschaal ('2' = item is van toepassing; '1' = item is in een aantal opzichten van toepassing; '0' = item is niet van toepassing). De PCL-R levert een score op die aangeeft in hoeverre de persoon volgens de beoordelaar overeenkomt met de 'prototypische psychopaat'. Hare (1991, 1996) adviseert om een kritische waarde van 30 te gebruiken om iemand als psychopaat te classificeren, maar in Europees onderzoek wordt vaak een *cut-off*-score van 26 gehanteerd (bijvoorbeeld Grann, Långström, Tengström & Stålenheim, 1998; Rasmussen, Storsæter & Levander, 1999). Onderzoek met de Nederlandstalige versie van de PCL-R bij terbeschikkinggestelden toont aan dat de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid, vastgesteld door drie onafhankelijke beoordelaars per patiënt ($N = 60$), voor de PCL-R totaalscore, en voor de individuele items, goed

is (Hildebrand, De Ruiter, De Vogel & Van der Wolf, 2002). Tussen de beoordelaars was er eveneens een bevredigende overeenstemming met betrekking tot de categoriale diagnostische psychopathie (gewogen Cohen's $\kappa = .63$).

Een verontrustende combinatie

Vanuit theoretisch oogpunt kan men veronderstellen dat psychopathische kenmerken, zoals manipulatie, gebrek aan empathie en impulsiviteit, faciliterend zijn voor seksueel delictgedrag. Niet-psychopaten zouden eerder worden geremd door bezorgdheid om de gevolgen van hun gedrag en minder de neiging hebben om anderen te misbruiken/manipuleren voor hun eigen behoeften. Buitenlands follow-up-onderzoek heeft aangetoond dat zedendelinquenten die hoog scoren op de PCL-R, sneller en vaker recidiveren met seksuele (en gewelddadige niet-seksuele) delicten dan laagscorders op de PCL-R (Hanson & Bussière, 1998; Quinsey, Rice & Harris, 1995; Rice & Harris, 1997; Seto & Barbaree, 1999; Seto & Lalumière, 2000), hetgeen (PCL-R-)psychopathie tot een belangrijke risicofactor voor (seksuele) recidive maakt.

Rice, Harris, en Quinsey (1990) vonden in een groep van 54 verkrachters die uit een forensisch ziekenhuis waren ontslagen, 43% gewelddadige recidive, waarvan 28% seksuele recidive (follow-up-periode = 46 maanden). Nieuwe seksuele delicten konden voorspeld worden door eerdere veroordelingen voor geweldsdelicten, eerdere seksuele delicten en seksuele deviatie. Latere gewelds- en seksuele delicten konden echter het best worden voorspeld op basis van slechts twee factoren: seksuele deviatie en psychopathie.

In hun recidivestudie met 142 pedofiele daders, 88 verkrachters en 58 gemengde zedendelinquenten vonden Rice en Harris (1997) vergelijkbare resultaten (gemiddelde follow-up-periode = 10 jaar). Naast de hoofdeffecten van psychopathie en seksuele deviatie vonden zij een cumulatief interactie-effect bij de voorspelling van seksuele recidive: seksueel deviant psychopaten recidiveerden het snelst na vrijlating en ook verreweg het meest in vergelijking met deviant niet-psychopaten, niet-deviant psychopaten en niet-deviant niet-psychopaten. Serin, Maillioux en Malcolm (2001) rapporteerden dat de combinatie van psychopathie en deviant seksuele voorkeur *enige recidive* voorspelde in een groep van 68 verkrachters en pedoseksuele delinquenten (helaas worden geen gegevens over *seksuele recidive* vermeld).

Factor 1	Factor 2	Aanvullende items
1. Gladde prater / oppervlakkige charme	3. Prikkelhongerig / neiging tot verveling	11. Promiscue seksueel gedrag
2. Sterk opgeblazen gevoel van eigenwaarde	9. Parasitaire levensstijl	17. Veel kortstondige partnerrelaties
4. Pathologisch liegen	10. Gebrekkige beheersing van het gedrag	20. Veelsoortige criminaliteit
5. List en bedrog / manipulerend gedrag	12. Gedragsproblemen op jonge leeftijd	
6. Gebrek aan berouw of schuldgevoel	13. Ontbreken van realistische doelen op de lange termijn	
7. Ontbreken van emotionele diepgang	14. Impulsiviteit	
8. Kil / gebrek aan empathie	15. Onverantwoordelijk gedrag	
16. Neemt geen verantwoordelijkheid voor het eigen gedrag	18. Jeugdcriminaliteit	
	19. Schending van voorwaarden	

Tabel 1. Items van de herziene versie van Hare's Psychopathie Checklist (PCL-R)

De huidige studie: hypothesen

Bovengenoemde bevindingen uit Noord-Amerikaans onderzoek tonen aan dat de *base rate* voor seksuele recidive niet alleen verschilt per type dader (bijvoorbeeld pedofiele daders versus verkrachters), maar ook dat het recidiverisico binnen een bepaald dadertype (bijvoorbeeld verkrachters) nader dient te worden gedifferentieerd. Niet alle verkrachters hebben een even grote kans te recidiveren met een seksueel delict. Buitenlands onderzoek suggereert dat met name delinquenten bij wie de aanwezigheid van psychopathie en een deviante seksuele voorkeur is vastgesteld, een groot risico hebben op het opnieuw plegen van een seksueel delict.

In dit retrospectieve onderzoek onderzochten wij de relatie tussen psychopathie, seksuele deviatie en (seksuele) recidive binnen een groep verkrachters/aanranders die tussen 1975 en 1996 werd opgenomen in de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek. Wij formuleerden de volgende hypothesen op basis van bevindingen uit eerder onderzoek:

- (1) Verkrachters/aanranders met een hoge score op de PCL-R recidiveren meer dan laagscorers op de PCL-R, ongeacht het type recidive (seksueel, gewelddadig niet-seksueel, enige recidive);
- (2) Psychopathische verkrachters/aanranders met een deviante seksuele voorkeur recidiveren vaker met een *seksueel* delict dan andere typen verkrachters (niet-deviant psychopathisch, deviant niet-psychopathisch, niet-deviant niet-psychopathisch).

Bevestiging van de hypothesen impliceert, dat een (langdurige) tbs-behandeling voor bepaalde patiënten weinig soelaas biedt en in een eerder stadium beslist moet worden over de zin van (voortgezette) behandeling in het kader van de terbeschikkingstelling.

Methode

Onderzoeksgroep

De onderzoeksgroep bestond uit 94 mannelijke patiënten die tussen juli 1975 en februari 1996 waren opgenomen in de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek (ontslagdatum tussen 1977 en 2000), een forensisch psychiatrisch instituut te Utrecht. Vijf-enzeventig patiënten waren veroordeeld voor (poging tot) verkrachting van een volwassen vrouw; negentien voor (poging tot) aanranding van een volwassen vrouw. Allen waren opgenomen in het kader van de strafrechtelijke maatregel tbs, plaatsing in een inrichting voor Buitengewone behandeling of artikel 120 Gevangenismaatregel. De gemiddelde leeftijd van de onderzoeksgroep bij opname was 24.5 jaar ($SD = 5.5$ jaar; bereik = 18-44 jaar). Het merendeel van de verkrachters/aanranders was blank (95%), alleenstaand (79%) en zonder werk (56%) ten tijde van het indexdelict. Tweeëntachtig patiënten (89%, gegevens van twee patiënten ontbreken) waren ten minste één maal eerder veroordeeld (gemiddeld aantal eerdere veroordelingen voor 'enig' delict was 4.5, $SD = 5.5$; bereik = 0-28).

Materialen

PCL-R. De PCL-R-scores werden vastgesteld op basis van de dossiers van de 94 patiënten. Hoewel de PCL-R niet is ontwikkeld om te worden gebruikt zonder afname van een interview, is in diverse studies aangetoond dat PCL-R-scores vastgesteld op basis van (uitgebreide) dossierinformatie, betrouwbaar zijn en dat deze scores geschikt zijn voor onderzoeksdoeleinden (Grann et al., 1998; Wong, 1988). In navolging van eerder Europees onderzoek met de PCL-R definieerden wij psychopathie als een score van 26 of meer op de PCL-R. Wij onderzochten de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid door bij 59 van de 94 patiënten de PCL-R-score ook door een tweede onafhankelijke beoordelaar te laten vaststellen. Beide beoordelaars (MH en VdV) hadden een erkende training gevolgd in het afnemen en scoren van de PCL-R. Er was tussen de twee beoordelaars een goede overeenstemming (Cohen's $\kappa = .66$) met betrekking tot de categoriale diagnose psychopathie (PCL-R-totaalscore ≥ 26). In 49 van de 59 gevallen (83%) stemden beide beoordelaars overeen met betrekking tot de aan- of afwezigheid van de diagnose psychopathie. In negen van de tien resterende beoordelingen bedroeg het verschil tussen de twee beoordelaars ≤ 5 punten, terwijl in één geval de scores van de beide beoordelaars sterk uiteenliepen (PCL-R-totaalscore 15 en 26).

Seksuele deviatie. Voor het doel van het huidige onderzoek werd de aan- of afwezigheid van een deviante seksuele voorkeur vastgesteld met item 1 (*Seksuele deviatie*) van de *Sexual Violence Risk-20* (SVR-20; Boer, Hart, Kropp & Webster, 1997; Nederlandstalige geautoriseerde versie: Hildebrand, De Ruiter & Van Beek, 2001). De SVR-20 is een checklist voor het inschatten van het risico van seksueel gewelddadig gedrag van eerder veroordeelde zedelinquenten. Wij definieerden aanwezigheid van seksuele deviatie als een score van '1' (het item is mogelijk aanwezig) of '2' (het item is duidelijk aanwezig) op item 1 van de SVR-20. De scores zijn gebaseerd op dossierinformatie en waren reeds eerder vastgesteld – in het kader van een studie naar de waarde van gestructureerde risicotaxatie bij behandelde seksuele delinquenten (De Vogel, De Ruiter, Van Beek & Mead, 2003).

De dossiers werden bestudeerd en de PCL-R en de SVR-20 werden gescoord door de auteurs *zonder* kennis van de recidivegegevens.

Recidivegegevens. Recidivegegevens werden opgevraagd bij het Justitieel Documentatieregister van het Ministerie van Justitie. Wij codeerden vier categorieën recidive: (1) *seksuele* recidive, een nieuwe veroordeling voor een seksueel delict volgens het Wetboek van Strafrecht, tijdens de follow-up-periode; (2) *gewelddadige niet-seksuele* recidive, een nieuwe veroordeling voor niet-seksuele gewelddadige delicten (bijvoorbeeld mishandeling, doodslag); (3) *gewelddadige* recidive, nieuwe veroordeling voor een seksueel delict of voor gewelddadige niet-seksuele delicten; (4) *enige* recidive, gedefinieerd als een veroordeling voor enig delict, waaronder bijvoorbeeld ook vermogensdelicten, et cetera. Delicten die door patiënten werden gepleegd *tijdens* hun verblijf in de Dr. Henri

van der Hoeven Kliniek, bijvoorbeeld tijdens proefverlof, én waarvoor zij opnieuw werden veroordeeld, zijn ook opgenomen als een nieuwe veroordeling.

Alle delinquenten werden retrospectief gevolgd vanaf de datum van ontslag (definitief vertrek uit de kliniek), danwel overplaatsing naar een andere kliniek, tot een nieuwe veroordeling of tot de einddatum van het onderzoek (1 december 2001). De gemiddelde follow-up duur bedroeg 11.8 jaar ($SD = 6$ jaar), variërend van 1.8 tot 23.5 jaar.

Procedure

De studie had een zogenaamd retrospectief follow-up-design. Met uitzondering van de recidivegegevens werden de onderzoeksvariabelen (PCL-R en SVR-20) retrospectief gecodeerd op basis van het in de kliniek aanwezige (meestal uitgebreide) dossiermateriaal. De dossiers bevatten over het algemeen projectie-rapportages, een geschreven voorgeschiedenis, verlegingsadviezen, behandelplannen, en behandelbeoordelingen.

Statistische analyses

De predictieve validiteit van de PCL-R werd onderzocht met Receiver Operating Characteristics (ROC) analyses, een statistische methode die steeds meer in zwang raakt als toets voor de voorspellende waarde van instrumenten.² Een belangrijk voordeel van deze methode is de onafhankelijkheid van de *base rate* van de uitkomstmaat (in ons geval: recidive). In een ROC-analyse worden proefpersonen op basis van een reeks hypothetische *cut-off*-scores op het instrument, i.c. de PCL-R, ingedeeld in groepen recidivisten en niet-recidivisten. Voor elke *cut-off*-waarde wordt vervolgens bepaald welk deel van de proefpersonen terecht als recidivist is ingedeeld (dus: inderdaad opnieuw is veroordeeld) en welk deel onterecht als recidivist is ingedeeld. In een curve wordt het percentage juiste indelingen op de y-as afgezet tegen het percentage fout positieven op de x-as. Aan de oppervlakte onder de curve, de *Area Under the Curve* (AUC) is de waarde van de voorspelling – de predictieve validiteit – af te lezen, de kans dat een willekeurig gekozen recidivist een score boven iedere *cut-off*-waarde van het instrument behaalt en een willekeurig gekozen niet-recidivist een score beneden deze waarden. AUC-waarden van $\pm .60$ worden doorgaans als marginaal beschouwd, waarden van $\pm .75$ en meer als groot.

Het recidivepercentage en de gemiddelde duur van de misdrijfrijke periode zijn afhankelijk van de duur van de observatieperiode. Met behulp van *survival*-analyses (Kaplan-Meiermethode) berekenden wij de cumulatieve recidivekansen voor de verschillende categorieën recidive op elk moment dat een delinquent zijn eerste recidivedelict pleegde.³ De cumulatieve overlevingskans is gelijk aan het product van de overlevingskansen op alle voorgaande momenten. Deze waarde geeft de kans voor een bepaalde groep om tot aan dat moment te 'overleven' – niet te recidiveren. Als bijvoorbeeld de cumulatieve overlevingskans 35% is, bedraagt het geschatte recidivepercentage $100\% - 35\% = 65\%$. Bij *survival*-analyse wordt de kans dat men recidiveert vastgesteld op elk moment tussen de start en het eind van de totale observatieperiode. Op elk tijdstip bin-

nen deze periode worden de waarden bepaald van (a) het aantal personen dat had kunnen recidiveren (personen *at risk*) en (b) het aantal personen dat daadwerkelijk opnieuw veroordeeld is. Als personen slechts korte tijd werden gevolgd, bijvoorbeeld omdat zij in een later stadium werden opgenomen en/of de datum van ontslag later was, zijn zij op bepaalde momenten niet *at risk* en worden ze niet meegeteld in de kansberekening en wordt er dus rekening gehouden met individuele verschillen in observatieperiode (follow-up-tijd). *Survival*-analyse richt zich alleen op het eerste recidivedelict van een bepaalde categorie recidive (bijvoorbeeld seksuele recidive). De Log-ranktoets werd gebruikt om verschillen in het verloop van de overlevingsfuncties van PCL-R-hoogscorers versus PCL-R-laagscorers statistisch te toetsen.

Resultaten

Kenmerken van de onderzoeksgroep

De gemiddelde PCL-R-score voor deze steekproef was 22.2 ($SD = 7.3$; bereik 8-36). Drieëndertig zedendelinquenten (35.1%) hadden een PCL-R score ≥ 26 .

De verdeling van de scores op item 1 ('Seksuele deviatie') van de SVR-20 was als volgt: 54 patiënten kregen een score '0' (afwezigheid van seksuele deviatie), 27 een score '1' (mogelijke aanwezigheid seksuele deviatie) en 13 patiënten kregen een score '2' (aanwezigheid deviante seksuele voorkeur). Veertig patiënten (43%) in de onderzoeksgroep voldeden derhalve aan ons criterium voor seksuele deviatie.

Predictieve validiteit PCL-R

De predictieve validiteit van de PCL-R is redelijk goed. Voor de PCL-R-totaalscore, alsmede voor Factor 2, werden significante AUC-waarden ($AUC \geq .65$) gevonden voor alle onderzochte recidivecategorieën. Voor Factor 1 werd een redelijke predictieve validiteit gevonden voor wat betreft seksuele en enige recidive. Factor 1 bleek daarentegen geen significante voorspeller te zijn van veroordelingen voor (niet seksuele) gewelddadige delicten. Tabel 2 geeft de AUC-waarden weer, met bijbehorend 95% betrouwbaarheidsinterval.

Recidive

Aan het einde van de follow-up-periode waren 32 van de 94 verkrachters/aanranders (34%) opnieuw veroordeeld voor een seksueel delict; het recidivepercentage voor gewelddadige niet-seksuele recidive bedroeg 47% ($n = 44$), voor gewelddadige recidive 55% ($n = 52$), en voor enige recidive 73% ($n = 67$).

De met behulp van *survival*-analyses geschatte percentages recidive liggen aanzienlijk hoger voor de vier gehanteerde recidivecategorieën, respectievelijk 45%, 58%, 68% en 100% (zie Tabel 3).

Psychopathie en recidive. Vijfenvijftig procent van de psychopatische delinquenten werd opnieuw veroordeeld voor een seksueel delict versus 23% van de niet-psychopaten (Tabel 3). Het verschil is significant, $\chi^2(1, 94) = 9.52, p < .01$. Psychopatische delinquenten werden ook vaker opnieuw veroor-

	Recidive categorie							
	Seksueel (n = 32)		Gewelddadig niet-seksueel (n = 44)		Gewelddadig (incl. seksueel) (n = 52)		Enige (n = 69)	
	AUC	95% BI	AUC	95% BI	AUC	95% BI	AUC	95% BI
PCL-R totaal	.68**	.56 - .80	.66*	.55 - .77	.70**	.59 - .80	.74**	.63 - .84
PCL-R Factor 1	.67**	.56 - .78	.55	.44 - .67	.62	.51 - .73	.67**	.55 - .80
PCL-R Factor 2	.65*	.53 - .77	.68**	.58 - .79	.69**	.58 - .83	.71**	.58 - .83

Noot PCL-R = Psychopathie Checklist-Revised. AUC = Area Under the Curve. BI = Betrouwbaarheidsinterval. * $p < .05$; ** $p < .01$.

Tabel 2. Predictieve validiteit PCL-R (N = 94)

	n	Recidivecategorie			
		Seksueel	Gewelddadig niet-seksueel	Gewelddadig (incl. seksueel)	Enige
Totale groep	94	34 (45)	47 (58)	55 (68)	73 (100)
<i>PCL-R score</i>					
PCL-R \geq 26	33	55 (60)	64 (69)	76 (78)	91 (100)
PCL-R < 26	61	23 (35)	38 (50)	44 (61)	64 (100)
<i>Seksuele deviatie</i>					
Aanwezig	40	48 (56)	47 (55)	62 (69)	72 (87)
Afwezig	54	20 (28)	46 (60)	48 (62)	70 (84)
<i>Psychopathie / seksuele deviatie</i>					
Hoog PCL-R / Seksueel deviant	17	82 (85)	59 (69)	82 (82)	94 (100)
Hoog PCL-R / Niet deviant	16	25 (25)	69 (72)	69 (71)	88 (88)
Laag PCL-R / Deviant	23	30 (38)	39 (44)	52 (58)	65 (100)
Laag PCL-R / Niet deviant	38	18 (35)	37 (58)	39 (61)	63 (75)

Noot PCL-R = Psychopathie Checklist-Revised.

Tabel 3. Recidivepercentages en (tussen haakjes) op basis van survival-analyses geschatte veroordelingspercentages, voor vier categorieën recidive voor verkrachters/aanranders (N=94), verder onderverdeeld naar aan- of afwezigheid van psychopathie en seksuele deviatie.

deeld voor gewelddadige niet-seksuele delicten dan niet-psychopaten [64% vs. 38%, $\chi^2(1, 94) = 5.78, p < .05$]. Logischerwijs is ook het recidivepercentage voor gewelddadige recidive van psychopaten significant hoger dan dat van de niet-psychopaten [76% vs. 44%, $\chi^2(1, 94) = 8.59, p < .01$], hetgeen ook geldt voor de categorie enige recidive [91% vs. 64%, $\chi^2(1, 94) = 7.98, p < .01, p < .01$].

In de Figuren 1 tot en met 4 zijn de overlevingsfuncties voor de vier verschillende recidivecategorieën weergegeven. De overlevingsfuncties geven (in jaren), voor elk tijdstip in de follow-up-periode, aan wat de verhouding is tussen het aantal niet-recidivisten en recidivisten voor psychopaten (PCL-R \geq 26) respectievelijk niet-psychopaten (PCL-R < 26). De overlevingsfunctie toont niet alleen de prevalentie, maar ook de reci-

divesnelheid kan uit de grafiek worden afgeleid.

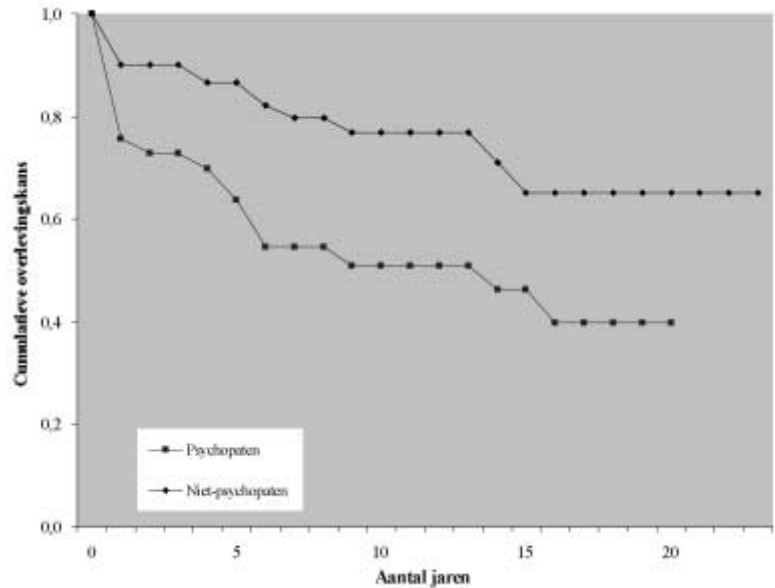
Met betrekking tot seksuele recidive (Figuur 1) geldt dat de misdrijfrijke periode voor psychopathische verkrachters/aanranders ($M = 10.8, Mdn = 13.4$) significant korter is dan die van niet-psychopathische delinquenten ($M = 16.8, Mdn = 20$), Log rank = 6.15, $p < .05$. Dit geldt ook voor de categorie gewelddadige recidive: ($M = 7.3, Mdn = 4.2$ vs. $M = 12, Mdn = 10.7$; Log rank = 5.74, $p < .05$ [vergelijk Figuur 3]). Ook voor de categorieën gewelddadige niet-seksuele en enige recidive (Figuren 2 en 4) laten de overlevings-tijden van psychopathische en niet-psychopathische verkrachters/aanranders behoorlijke verschillen zien, waarbij duidelijk wordt dat de curven van psychopathische delinquenten zich gedurende de hele observatieperiode onder die van niet-psychopathische delinquenten bevinden, hetgeen erop wijst dat er zich – op elk gemeten tijdstip – in de subgroep psychopathische verkrachters/aanranders meer recidivisten bevonden dan in de subgroep niet-psychopathische verkrachters/aanranders en dat psychopathische delinquenten eerder (hoewel net niet significant) recidi-

veerden voor wat betreft deze twee categorieën (gewelddadige niet-seksueel: $M = 9.7, Mdn = 5.9$ vs. $M = 13.6, Mdn = 11.7$, Log rank = 3.59, $p = .058$; enige: $M = 5.3, Mdn = 2.1$ vs. $M = 8.3, Mdn = 4.4$, Log rank = 3.17, $p = .07$).

Seksuele deviatie en recidive. Zoals verwacht, hing de aanwezigheid van een deviante seksuele voorkeur significant samen met een sterk verhoogde kans op een nieuwe veroordeling voor een seksueel delict. Negentien van de veertig verkrachters/aanranders (48%) die voldeden aan ons criterium voor seksuele deviatie, werden opnieuw veroordeeld voor (ten minste) één nieuw seksueel delict, terwijl 11 van de 54 delinquenten (20%) zonder deviante seksuele voorkeur opnieuw werden veroordeeld voor een nieuw seksueel delict (Tabel 2). Het ver-

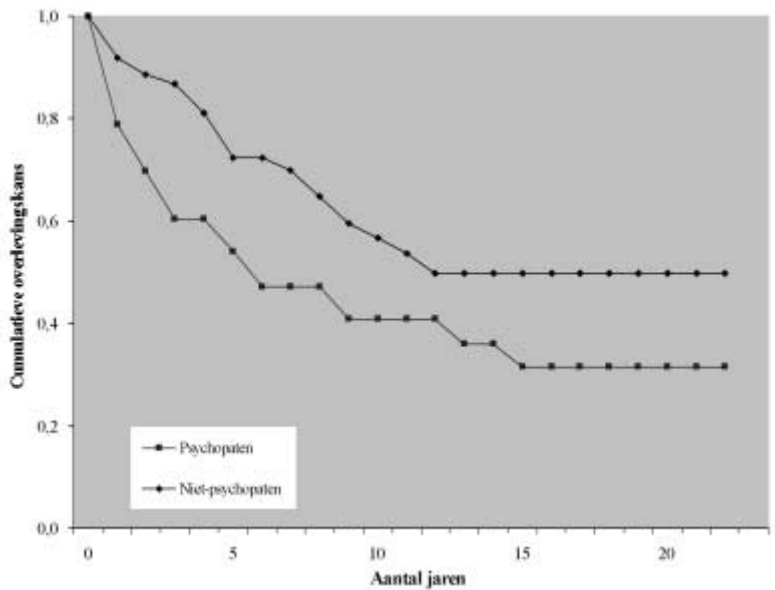
Figuur 1. Kaplan-Meier *survival*-functies voor psychopathische (PCL-R \geq 26) en niet-psycho-pathische (PCL-R < 26) verkrachters/aanranders met betrekking tot *seksuele* recidive

Noot PCL-R = Psychopathie Checklist-Revised. Cumulatieve overlevingskans = het percentage niet-recidivisten afgezet tegen het aantal jaren tot aan de eerste veroordeling voor een nieuw seksueel delict in de follow-up-periode.



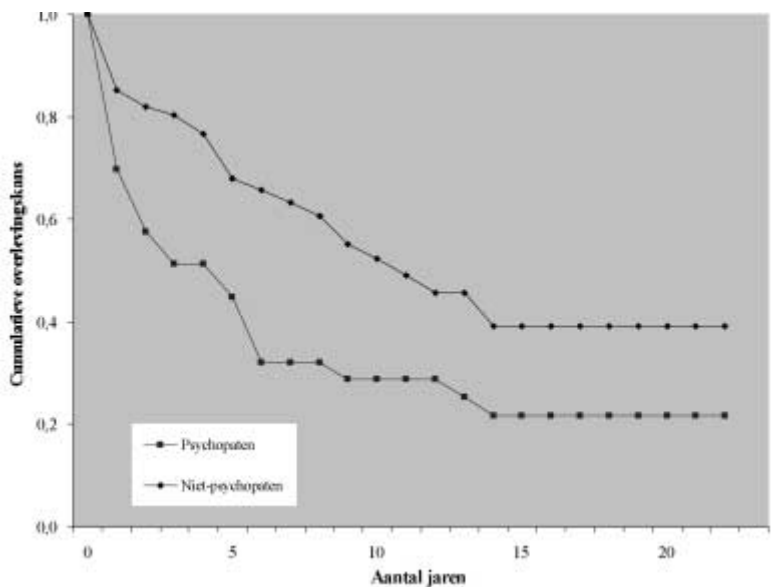
Figuur 2. Kaplan-Meier *survival*-functies voor psychopathische (PCL-R \geq 26) en niet-psycho-pathische (PCL-R < 26) verkrachters/aanranders met betrekking tot *gewelddadige, niet-seksuele* recidive

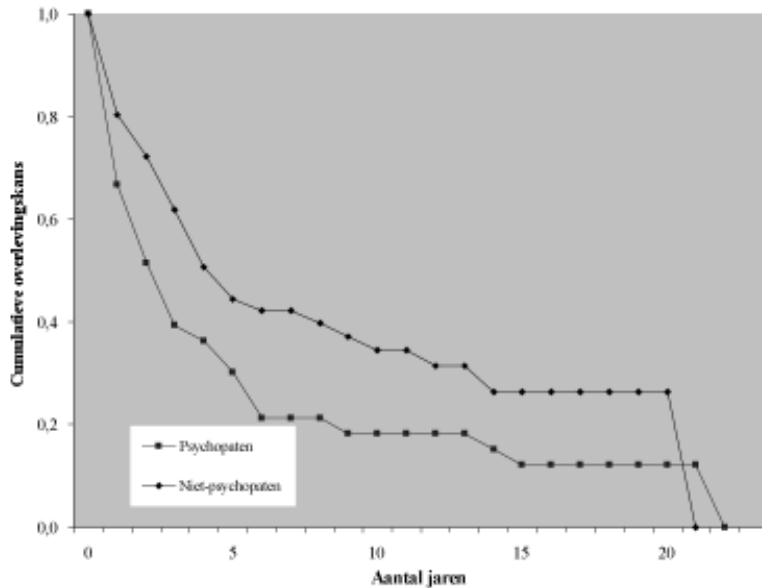
Noot PCL-R = Psychopathie Checklist-Revised. Cumulatieve overlevingskans = het percentage niet-recidivisten afgezet tegen het aantal jaren tot aan de eerste veroordeling voor een nieuw gewelddadig, niet-seksueel delict in de follow-up-periode.



Figuur 3. Kaplan-Meier *survival*-functies voor psychopathische (PCL-R \geq 26) en niet-psycho-pathische (PCL-R < 26) verkrachters/aanranders met betrekking tot *gewelddadige* recidive

Noot PCL-R = Psychopathie Checklist-Revised. Cumulatieve overlevingskans = het percentage niet-recidivisten afgezet tegen het aantal jaren tot aan de eerste veroordeling voor een nieuw gewelddadig delict (inclusief seksuele delicten) in de follow-up-periode.





Figuur 4. Kaplan-Meier survival-functies voor psychopathische (PCL-R \geq 26) en niet-psychopathische (PCL-R $<$ 26) verkrachters/aanranders met betrekking tot enige recidive

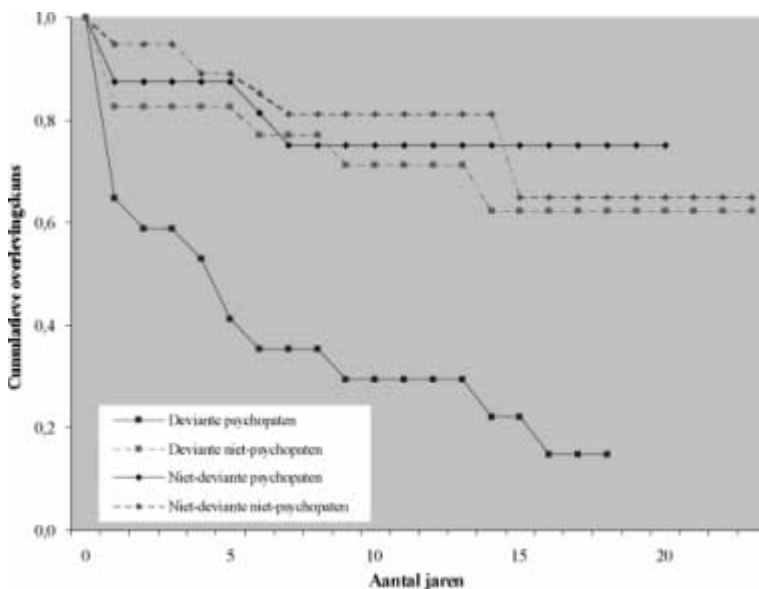
Noot PCL-R = Psychopathie Checklist-Revised. Cumulatieve overlevingskans = het percentage niet-recidivisten afgezet tegen het aantal jaren tot aan de eerste veroordeling voor enig nieuw delict in de follow-up-periode.

schil is significant, $\chi^2(1,94) = 7.83, p = .005$. De verschillen voor de andere categorieën recidive waren niet significant.

De overlevingsfuncties van verkrachters/aanranders met een diagnose seksuele deviatie verschilden alléén significant met die van delinquenten zonder deviante seksuele voorkeur voor wat betreft seksuele recidive (deviante verkrachters: $M = 11.6, Mdn = 13.4$ vs. $M = 17.6, Mdn = 22$ voor niet-deviante verkrachters; Log rank = 8.31, $p = .004$). Op elk gemeten tijdstip in de follow-up periode bevonden zich in de subgroep deviante verkrachters/aanranders méér recidivisten dan in de subgroep niet-deviante verkrachters/aanranders. Bovendien recidiveerden zij eerder met een seksueel delict.

Psychopathie en seksuele deviatie in relatie tot seksuele recidive
Psychopaten en niet-psychopaten werden verder onderverdeeld op basis van de aan- of afwezigheid van een deviante seksuele voorkeur. Zo werden vier groepen gecreëerd: seksueel

deviante psychopaten ($n = 17$), niet-deviante psychopaten ($n = 16$), deviante niet-psychopaten ($n = 23$) en niet-deviante niet-psychopaten ($n = 38$). Het percentage seksuele recidive voor de subgroep seksueel deviante psychopaten was extreem hoog, namelijk 82% (14 van de 17 verkrachters/aanranders in deze groep recidiveerden met een seksueel delict). Het percentage recidive voor de niet-deviante psychopathische delinquenten was 25%, voor de groep deviante niet-psychopaten 30% en voor de niet-deviante niet-psychopathische groep 18% (zie Tabel 3). Met betrekking tot seksuele recidive werd, ondanks het geringe aantal personen in de vier subgroepen, een duidelijk significante interactie gevonden voor psychopathie en seksuele deviatie (Figuur 5). Psychopaten met een deviante seksuele voorkeur recidiveerden veel sneller en vaker dan delinquenten in de andere drie groepen (log rank = 21.75, $p < .001$). Voor de andere drie categorieën recidive werden géén significante verschillen tussen de vier groepen gevonden.



Figuur 5. Kaplan-Meier survival-functies voor psychopathische (PCL-R \geq 26) en niet-psychopathische (PCL-R $<$ 26) verkrachters/aanranders, verder onderverdeeld naar aan- of afwezigheid van deviante seksuele voorkeur met betrekking tot seksuele recidive

Noot PCL-R = Psychopathie Checklist-Revised. Cumulatieve overlevingskans = het percentage niet-recidivisten afgezet tegen het aantal jaren tot aan de eerste veroordeling voor een nieuw seksueel delict in de follow-up-periode.

Exploratieve analyses

*Wijze van afsluiten van de behandeling.*⁴ Slechts 30 van de 94 patiënten (32%) hebben de behandeling in de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek afgerond, waarbij afgerond is gedefinieerd als: beëindiging van de tbs-maatregel door de rechter conform het advies van de kliniek (vanuit de intramurale fase of vanuit proefverlof). Vierenzestig patiënten hebben de behandeling niet afgerond; bij 33 van hen werd de terbeschikkingstelling tegen het advies van de kliniek beëindigd door de rechter, terwijl 28 patiënten door de kliniek ter herplaatsing in een andere instelling werden aangeboden, meestal vanwege een dermate ernstig verstoorde relatie tussen de patiënt en de staf van de kliniek dat verdere behandeling in de kliniek niet zinvol werd geacht; in drie gevallen werd de tbs-maatregel om een andere reden beëindigd.

Seksuele delinquenten die de behandeling niet hadden afgerond pleegden na vertrek uit de kliniek vaker nieuwe seksuele delicten dan diegenen die de behandeling wel hadden afgerond, $\chi^2(1, 94) = 5.93, p < .05$. Opvallend is, dat bijna alle patiënten in de subgroep deviante psychopathische verkrachters/aanranders de behandeling niet hebben afgerond (namelijk 16 van de 17); van deze 16 zijn er 14 opnieuw veroordeeld voor een seksueel delict. Voor de overige drie categorieën recidive geldt dat er geen significante verschillen zijn gevonden tussen delinquenten die hun behandeling wel en delinquenten die hun behandeling niet hadden afgerond.

Discussie

De *base rate* voor seksuele recidive (34%) in onze onderzoeksgroep van 94 verkrachters/aanranders, over een gemiddelde follow-up-periode van 11.8 jaar, stemt overeen met resultaten uit eerder buitenlands onderzoek, waarbij een relatief lange follow-up-periode werd gehanteerd, zoals de studie van Rice en collega's (1990). Andere studies (zoals Proulx et al., 1997; Quinsey et al., 1995b) vonden enigszins lagere *base rates* ($\pm 21\%$), hetgeen verklaard kan worden door de kortere follow-up-duur in deze studies. Uit onze bevindingen komt verder naar voren dat verkrachters/aanranders niet alleen nieuwe seksuele delicten plegen, maar dat een aanzienlijk percentage (47%) ook recidiveert met een gewelddadig niet-seksueel delict, hetgeen eveneens overeenkomt met bevindingen uit buitenlands onderzoek (Prentky et al., 1997; Simon, 1997; Sjöstedt & Långström, 2002). Het behoeft geen betoog dat de gevonden recidivepercentages een onderschatting zijn van de werkelijke recidivepercentages, omdat een aanzienlijk aantal seksuele delicten niet wordt gemeld bij de politie en niet alle seksuele delinquenten worden gearresteerd en veroordeeld (Bonta & Hanson, 1994; Doren, 1998).

Onze eerste hypothese (verkrachters/aanranders met een hoge score op de PCL-R recidiveren meer dan laagscorders op de PCL-R) werd bevestigd. De *base rate* voor zowel seksuele als gewelddadige niet-seksuele recidive verschilt sterk per type dader. Delinquenten met een hoge score op de PCL-R hebben – in vergelijking met laagscorders – een sterk verhoogd recidiverisico. Ook werd in het huidige onderzoek door middel van

survival-analyses aangetoond dat psychopathische verkrachters/aanranders significant eerder recidiveren met een gewelddadig (inclusief seksueel) delict dan niet-psychopathische delinquenten. Psychopathische verkrachters/aanranders recidiveerden ook eerder dan niet-psychopathische delinquenten met een seksueel, een gewelddadig niet-seksueel of enig delict, maar deze verschillen zijn niet significant.

Verkrachters/aanranders met een deviante seksuele voorkeur ($n = 40$) hadden een sterk verhoogd risico van een nieuwe veroordeling voor een seksueel delict. Bovendien recidiveerden delinquenten met een deviante seksuele voorkeur eerder dan diegenen zonder seksuele deviatie.

De tweede hypothese (psychopathische verkrachters/aanranders met een deviante seksuele voorkeur recidiveren vaker met een seksueel delict dan andere categorieën verkrachters) werd eveneens bevestigd. Nieuwe veroordelingen voor een seksueel delict konden weliswaar worden voorspeld door de factoren psychopathie en seksuele deviatie afzonderlijk, maar wij hebben sterke aanwijzingen gevonden dat de aanwezigheid van de specifieke combinatie psychopathie en seksuele deviatie een sterk verhoogd recidiverisico met zich mee brengt. Veertien van de 17 psychopathische verkrachters/aanranders met een deviante seksuele voorkeur (82%) recidiveerden met een seksueel delict. Zij recidiveerden bovendien significant eerder met een seksueel delict dan de drie andere groepen verkrachters/aanranders. Onze bevindingen staan niet op zichzelf; soortgelijke bevindingen zijn eerder gerapporteerd door Rice en Harris (1997).

De resultaten van ons onderzoek onderstrepen het grote belang van een systematische, empirisch onderbouwde inschatting van het recidiverisico. Er bestaan grote verschillen in het aantal en de aard van de risicofactoren voor seksueel delictgedrag bij verschillende delinquenten, zelfs als het om hetzelfde delicttype gaat. Reeds eerder stelden wij dat deze verschillen implicaties dienen te hebben voor de aard en de duur van de behandeling, voor het verlofbeleid en voor de mate van toezicht die in de verschillende fasen van de behandeling noodzakelijk is (De Ruiter & Hildebrand, 2000). De factoren psychopathie en seksuele deviatie, en met name de combinatie van beide factoren, vormen niet alleen een hoog risico, zoals uit deze studie duidelijk wordt, maar zijn ook moeilijk veranderbaar. Daar komt bij dat psychopathie niet alleen een risicofactor is voor seksuele recidive, maar ook voor gewelddadige recidive in het algemeen.

Een groot probleem bij de behandeling van patiënten met een hoge mate van psychopathie is dat deze patiënten zelf meestal weinig tot geen lijdensdruk ervaren, waardoor de intrinsieke motivatie om te veranderen vaak ontbreekt (Meloy, 1988). Het creëren van behandelmotivatie is daarom een eerste behandeldoel. Door middel van technieken uit de cognitieve therapie – waaronder uitdaging, kosten-batenanalyses, het als voorbeeld stellen van andere patiënten – dient de behandelaar te streven naar het problematiseren van de levensstijl van de psychopathische patiënt, zoals die zich in zijn of haar levensloop heeft gemanifesteerd (Prochaska & DiClemente, 1992; Templeman & Wollersheim, 1979). Een

zuiver cognitieve benadering zal niet bij alle patiënten voldoende zijn om de motivatie in stand te houden. Een andere, meer op directe ervaring gerichte strategie is het onmiddellijk benoemen van het problematische gedrag (bijvoorbeeld het voortdurend liegen) nadat het heeft plaatsgevonden.

De psychopaat is, met zijn dreigende, intimiderende, en onvoorspelbare gedrag, iemand die bij veel mensen (terechte) angstgevoelens oproept. Een andere reactie, die wellicht minder voor de hand ligt, maar in de praktijk nogal eens voorkomt, is de neiging van de hulpverlener om de psychopatische patiënt vooral aandoenlijk, onvermogen of van goede wil (coöperatief) te vinden en vooral zorg te willen bieden. De terbeschikkinggestelde psychopatische (zedendelinquent krijgt door de veelvuldige interacties in de kliniek en de goedbedoelde feedback ruimschoots de gelegenheid zijn 'doen-alsof-gedrag' aan te scherpen. Hij leert vooral van het gedrag van de ander en van de reactie van de ander op zijn gedrag. Het is niet ondenkbaar dat hij na zijn behandeling in zijn denken en doen nog beter dan voorheen in staat is toekomstige slachtoffers in te palmen en te misleiden (vergelijk ook Brand, 2001). Een coöperatieve houding tijdens de behandeling lijkt derhalve géén goed criterium voor behandelingsucces bij psychopatische zedendelinquenten. Sterker nog: (psychotherapeutische) behandeling zou, ondanks de goede bedoelingen, een averechts effect kunnen hebben (Langton, Barbaree & Seto, 2002; Seto & Barbaree, 1999).

Wat de generaliseerbaarheid van de resultaten betreft: alle seksuele delinquenten in onze onderzoeksgroep waren veroordeeld voor verkrachting of aanranding van volwassen vrouwen. Hoewel representatief voor de populatie zedendelinquenten met tbs zijn deze delinquenten niet representatief voor seksuele delinquenten in het algemeen. Eerder onderzoek (De Vogel et al., 2003) heeft aangetoond dat onze steekproef hoofdzakelijk bestaat uit daders met een matig-hoog tot hoog risico. Een andere methodologische kanttekening betreft het feit dat alle seksuele delinquenten waren behandeld in hetzelfde forensisch psychiatrisch instituut. Idealiter waren in de onderzoeksgroep verkrachters/aanranders opgenomen uit verschillende forensisch psychiatrische instellingen.

De strafrechtelijke maatregel tbs is allereerst een beveiligingsmaatregel. De primaire doelstelling van de maatregel is het zo goed mogelijk uitbannen van 'gevaar' voor de samenleving, dat uitgaat van de 'gestoorde' pleger van een ernstig delict. De meest specifieke opdracht bij de tenuitvoerlegging van de tbs is het bewerkstelligen van een zodanige verbetering van het functioneren van de ter beschikking gestelde dat deze na beëindiging van de tbs geen ernstig risico meer oplevert voor het opnieuw plegen van (seksuele) geweldsdelicten. Op grond van onze resultaten moeten wij echter concluderen dat er – alle behandelingspogingen ten spijt – een subgroep verkrachters lijkt te bestaan (de seksueel deviante psychopaten) bij wie deze opdracht tot op heden geen succes heeft opgeleverd. Het onderkennen hiervan is belangrijk voor het beschermen van mogelijk toekomstige slachtoffers én voor de noodzaak tot het ontwikkelen van effectieve behandelmethoden

voor deze specifieke categorie patiënten, hetgeen beslist een uitdaging te noemen is (Wallace, Vitale & Wallace, Vitale & Newman, 1999; Wong, 2000).

Mr.dr.s. M. Hildebrand is als onderzoeker werkzaam in de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek, Postbus 174, 3500 AD Utrecht. E-mail: <mhildebrand@hoevenstichting.nl>.

Mw prof.dr. C. de Ruiter is bijzonder hoogleraar Forensische psychologie aan de Universiteit van Amsterdam, Roetersstraat 11, 1018 WB Amsterdam, en programmahoofd 'Diagnostiek en Behandeling' bij het Trimbos-instituut, Postbus 725, 3500 AS Utrecht. E-mail: <cruiter@trimbos.nl>.

Mw drs. V. de Vogel werkt als onderzoekster in de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek. E-mail: <vdevoegel@hoevenstichting.nl>.

Noten

1. Penisplethysmografie is een individueel toegepaste psychofysiologische test waarmee de mannelijke seksuele opwinding gemeten wordt door middel van monitoring van de erectie. Aan de penis van de proefpersoon wordt een sensor aangebracht die is verbonden aan een computer die elke verandering in de bloeddtoevoer registreert, terwijl de proefpersoon aan verschillende seksuele stimuli wordt blootgesteld. De aard van de aangeboden stimuli kan sterk variëren. Penisplethysmografie wordt beschouwd als de beste techniek om (deviante) seksuele opwinding te meten (Launay, 1999). Desondanks wordt de techniek in Nederland vanwege het controversiële karakter nauwelijks toegepast (Hildebrand et al., 2001).
2. Zie onder andere Mossman (1994) en Quinsey, Harris, Rice & Cormier (1998) voor een uitleg over de ROC-analyse.
3. Voor een uitgebreide beschrijving van de statistische techniek *survival*-analyse en het gebruik ervan bij recidiveonderzoek, zie Wartna (2000).
4. Het verband tussen de mate van psychopathie, wijze van beëindiging van de tbs en (type) recidive bij deze onderzoeksgroep wordt momenteel gedetailleerd door ons in kaart gebracht.

Literatuur

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- 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.
- Bonta, J. & Hanson, R.K. (1994). *Gauging the risk for violence: measurement, impact and strategies for change*. [User Report No. 1994-09]. Ottawa, Ontario, Canada: Ministry Secretariat, Solicitor General of Canada.
- Brand, E.J.P. (2001). *Het persoonlijkheidsonderzoek in het strafrecht*. Deventer: Gouda Quint.
- Cleckley, H. (1941/1976). *The mask of sanity*. (5th ed.) St. Louis, MO: Mosby. (oorspronkelijke editie 1941).
- Cooke, D.J. & Michie, C. (2001). Refining the construct of psychopathy: towards a hierarchical model. *Psychological Assessment*, 13, 171-188.
- 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.
- Emmerik, van J.L. (1996). *Nadere analyse van de gegevens uit woec rapport nr. 141: Recidive na ontslag uit tbs*. Niet gepubliceerd.
- Furby, L., Weinrott, M.R. & Blackshaw, L. (1989). Sex offender recidivism: a review. *Psychological Bulletin*, 105, 303-330.
- Grann, M., Långström, N., Tengström, A. & Stålenheim, E.G. (1998). Reliability of file-based retrospective ratings of psychopathy with the PCL-R. *Journal of Personality Assessment*, 70, 416-426.
- Hanson, R.K. & Bussière, M.T. (1996). *Predictors of sexual offender recidivism: a meta-analysis*. [User Report No. 1996-04]. Ottawa, Ontario, Canada: Ministry Secretariat, 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.
- Hare, R.D. (1980). A research scale for the assessment of psychopathy in criminal populations. *Personality and Individual Differences*, 1, 111-119.
- Hare, R.D. (1991). *The Hare Psychopathy Checklist-Revised*. Toronto, Ontario: Multi Health Systems.
- Hare, R.D. (1993). *Without conscience*. New York, NY: Simon & Schuster.
- Hare, R.D. (1996). Psychopathy: a clinical construct whose time has come. *Criminal Justice and Behavior*, 23, 25-54.
- Hildebrand, M. & Ruiters, C. de (2000). Terbeschikkingstelling, recidive en risicotaxatie: de rol van psychopathie. *Delikt en Delinkwent*, 30, 764-774.
- Hildebrand, M., Ruiters, C. de & Beek, D.J. van (2001). *Svr-20: Richtlijnen voor het beoordelen van het risico van seksueel gewelddadig gedrag*. Utrecht: Forum Educatief.
- Hildebrand, M., Ruiters, C. de, Vogel, V. de & Wolf, P. van der (2002). Reliability and factor structure of the Dutch language version of Hare's Psychopathy Checklist-Revised. *International Journal of Forensic Mental Health*, 1, 139-154.
- Johansson, P., Andershed, H., Kerr, M. & Levander, S. (2002). On the operationalization of psychopathy: further support for a three-faceted personality oriented model. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 81-85.
- Kernberg, O.F. (1992). *Aggression in personality disorders and perversions*. New Haven: Yale University Press.
- Langton, C., Barbaree & Seto, M. (2002, October). *How should we interpret behavior in treatment?* Paper presented at the 21st Annual Research and Treatment Conference of the Association for the Treatment of Sexual Abusers, Montreal, Quebec, Canada.
- Launay, G. (1999). The phallometric assessment of sex offenders: an update. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 9, 254-274.
- Leuw, E. (1995). *Recidive na ontslag uit tbs*. Arnhem: Gouda Quint.
- Meloy, J.R. (1988). *The psychopathic mind: origins, dynamics and treatment*. Northvale, NJ: Aronson.
- Mossman, D. (1994). Assessing predictions of violence: being accurate about accuracy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 783-792.
- Millon, T. & Davis, R.D. (1996). *Disorders of personality: DSM-IV and beyond* (2nd ed.). New York: Wiley.
- Prentky, R.A., Lee, A.F.S., Knight, R.A. & Cerce, D.D. (1997). Recidivism rates among child molesters and rapists: a methodological analysis. *Law and Human Behavior*, 6, 635-659.
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1992). Stages of change in the modification of problem behavior. In M. Hersen, R.M. Eisler & P.M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (p. 184-214). Sycamore, IL: Sycamore.
- Proulx, J., Pellerin, B., Paradis, Y., McKibben, A., Aubut, J. & Ouimet, M. (1997). Static and dynamic predictors of recidivism in sexual aggressors. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 9, 7-27.
- Quinsey, V.L., Rice, M.E. & Harris, G.T. (1995a). Actuarial prediction of sexual recidivism. *Journal of Interpersonal Violence*, 10, 85-115.
- Quinsey, V.L., Harris, G.T., Rice, M.E. & Cormier, C.A. (1998). *Violent offenders: appraising and managing risk*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Quinsey, V.L., Lalumière, M.L., Rice, M.E. & Harris, G.T. (1995b). Predicting sexual offenses. In J.D. Campbell (Ed.), *Assessing dangerousness: violence by sexual offenders, batterers, and child abusers* (p. 114-137). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Rasmussen, K., Storsæter, O. & Levander, S. (1999). Personality disorders, psychopathy, and crime in a Norwegian prison population. *International Journal of Law and Psychiatry*, 22, 91-97.
- 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.
- Rice, M.E., Harris, G.T. & Quinsey, V.L. (1990). A follow-up of rapists assessed in a maximum security psychiatric facility. *Journal of Interpersonal Violence*, 5, 435-448.
- Ruiters, C. de & Hildebrand, M. (2000). Recidiverisico bij seksuele delinquenten: de rol van psychopathie. *Tijdschrift voor Criminologie*, 42, 214-231.
- Serin, R.C., Mailloux, D.L. & Malcolm, P.B. (2001). Psychopathy, sexual arousal, and recidivism. *Journal of Interpersonal Violence*, 16, 234-246.
- Seto, M.C. & Barbaree, H.E. (1999). Psychopathy, treatment behavior, and sex offender recidivism. *Journal of Interpersonal Violence*, 14, 1235-1248.
- Seto, M.C. & Lalumière, M.L. (2000). Psychopathy and sexual aggression. In C.B. Gacno (Ed.), *The clinical and forensic assessment of psychopathy: a practitioner's guide* (p. 333-351). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Simon, L.M.J. (1997). The myth of sex offender specialisation: an empirical analysis. *New England Journal on Criminal and Civil Confinement*, 23, 387-403.
- Sjöstedt, G. & Långström, N. (2002). Assessment of risk for criminal recidivism among rapists: a comparison of four different measures. *Psychology, Crime & Law*, 8, 25-40.
- Templeman, T.L. & Wollerheim, J.P. (1979). A cognitive-behavioral approach to treatment of psychopathy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 132-139.
- Vertommen, H., Verheul, R., Ruiters, C. de & Hildebrand, M. (2002). *Handleiding bij de herziene versie van Hare's Psychopathie Checklist*. Lisse: Swets Test Publishers.
- Vogel, V. de, Ruiters, 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, 9-20.
- Wallace, J.F., Vitale & Newman, J.P. (1999). Response modulation deficits: implications for the diagnosis and treatment of psychopathy. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 13, 55-70.
- Ward, T., McCormack, J., Hudson, S.M. & Polaschek, D. (1997). Rape: assessment and treatment. In D.R. Laws & W. O'Donohue (Eds.), *Sexual deviance. Theory, assessment, and treatment* (p. 356-393). New York: Guilford.
- Wartna, B. (2000). Recidiveonderzoek en survival analyse: over het meten van de duur van de misdrijfrijke periode. *Tijdschrift voor Criminologie*, 42, 2-20.
- Wells, R. (1988). A fresh look at the muddy waters of psychopathy. *Psychological Reports*, 63, 843-856.
- Wong, S. (1988). Is Hare's Psychopathy Checklist reliable without the interview? *Psychological Reports*, 62, 931-934.
- Wong, S. (2000). Psychopathic offenders. In S. Hodgins & R. Müller-Isberner (Eds.), *Violence, crime and mentally disordered offenders. Concepts and methods for effective treatment and prevention* (p. 81-112). Chichester: Wiley.

Summary

Psychopathy and sexual deviance in relation to recidivism in a sample of treated rapists M. Hildebrand, C. de Ruiters, V. de Vogel

The role of PCL-R rated psychopathy and sexual deviance in predicting recidivism was examined in a sample of 94 rapists involuntarily admitted to a Dutch forensic psychiatric hospital between 1975 and 1996. Recidivism (reconviction) data were retrieved from the Judicial Documentation Register of the Ministry of Justice and were related to PCL-R and sexual deviance scores. The follow-up period after release ranged up to 23.5 years ($M = 11.8$ years). Base rates for sexual, violent nonsexual, violent (including sexual) and general recidivism were 34%, 47%, 55%, and 73%, respectively. Offenders scoring high on the PCL-R (≥ 26) were more often than nonpsychopathic offenders reconvicted for all types of offenses. Survival analyses provided considerable evidence that psychopathic sex offenders with deviant sexual preferences are at much greater risk of committing new sexual offenses than psychopathic offenders without deviant preferences and nonpsychopathic offenders with or without the presence of sexual deviance. These findings point to the necessity of standardized risk assessments in forensic settings and to the great need for treatment programs that help manage the risk to society of psychopathic offenders.

Rectificatie

Onder het hoofdartikel van Tatjana van Strien in het februari-nummer staat ten onrechte vermeld dat zij verbonden is aan de Universiteit van Tilburg. Dit moet zijn: de Katholieke Universiteit Nijmegen.