

## Serie forensische casuïstiek

# Ontucht met kinderen is niet hetzelfde als pedofilie

Prof. dr. C. de Ruiter

Steeds meer gz-psychologen zijn werkzaam in de forensische sector, en dat aantal zal de komende jaren zeker nog toenemen getuige de prognoses. Daar staat tegenover dat in Nederland op dit moment het opleidingsaanbod op het gebied van de forensische psychologie (nog) beperkt is. Forensische casuïstiek is bijna altijd complex en doet een maximaal beroep op de kennis en het analytisch/kritisch denkvermogen van de psycholoog die de forensische cliënt diagnostisch onderzoekt of behandelt. In deze serie worden aan de hand van gevalsstudies belangrijke thema's uit de forensische psychologie belicht.

### Eenling op school

Jeroen<sup>[1]</sup> vertelt dat hij zich zijn hele leven eenzaam heeft gevoeld. Al op de basisschool wordt hij erg veel gepest. Hij is een eenling op school, vindt moeilijk aansluiting bij de andere kinderen. Op de middelbare school (HAVO) wordt dit nog sterker. Zijn resultaten zijn mager, zeker gezien zijn intellectuele mogelijkheden (totaal IQ = 130). Hij kan zich niet concentreren tijdens de lessen, voelt zich niet op zijn gemak op een grote scholengemeenschap. Hij blijft zitten in de tweede en de derde klas HAVO, en wordt in de vierde voor het eerst gearresteerd wegens zedendelicten. Het betreft exhibitioneren en het seksueel betasten van vrouwen en meisjes.

Tijdens de gesprekken in het kader van het psychodiagnostisch onderzoek legt Jeroen een verband met een ervaring van seksueel misbruik op zijn veertiende tijdens een scoutingkamp. Een onbekende man op een motor betastte zijn penis, en omgekeerd deed Jeroen dat bij hem. Beiden kregen een orgasme en Jeroen vond het wel opwindend. Hij vertelt dat hij dit als een doorslaggevend voorbeeld heeft ervaren: 'Ik dacht toen: dit is dus OK.'

Al van jongs af aan zoeken zijn ouders hulp voor Jeroen bij de ggz. Als hij zedendelicten gaat plegen, wordt hij onder andere verwezen naar de Rutgers NISSO groep, en naar een forensisch psychiatrische kliniek. Hij ontvangt voornamelijk therapieën in groepen, waar hij zich op de vlakte houdt door zijn extreme sociale angst. Als hij ondanks herhaalde veroordelingen en diverse behandelingen bij herhaling vrouwen en kinderen onzedelijk

blijft betasten, wordt Jeroen op 23-jarige leeftijd veroordeeld tot tien maanden gevangenisstraf en tbs met dwangverpleging. Men constateert in het gedragskundig onderzoek Pro Justitia een schizoïde persoonlijkheidsstoornis.

Jeroen wordt opgenomen in een tbs-kliniek, hij krijgt een daderbehandeling en men maakt een delictscenario. Na een aantal jaren start men een resocialisatietraject met hem. Hij werkt buiten de kliniek en heeft voor het eerst een vriendin, waar hij erg blij mee is. Door een combinatie van grote werkdruk (Jeroen werkt meer dan vijftig uur per week) en spanningen in de relatie, raakt Jeroen overspannen. Hij wil echter ten opzichte van zijn behandelaars bewijzen dat het goed met hem gaat buiten en vertelt hen niet dat de stress hem boven het hoofd groeit. Op een dag valt hij, mede door de spanningen, terug in een oud patroon en doet twee zestienjarige meisjes een oneerbaar voorstel. De meisjes jagen hem weg, en Jeroen maakt zich geschrokken op zijn fiets uit de voeten. De meisjes doen aangifte bij de politie en Jeroens resocialisatie wordt gestopt.

### Een nieuwe diagnose

Er volgt een overplaatsing naar een andere tbs-kliniek en Jeroen moet van voren af aan beginnen. In deze kliniek doet men een nieuw psychodiagnostisch onderzoek en wordt de diagnose Stoornis van Asperger (AS) bij hem gesteld. Terugkijkend staan er in de oorspronkelijke Pro Justitia-rapportage ten behoeve van de rechtbank al allerlei aanwijzingen (bijvoorbeeld vanuit het milieu-onderzoek) dat er bij hem sprake is van AS. Hij herkent de symptomen ook bij zijn vader (die bijvoorbeeld specifieke hobby's had, zoals het maken van foto's van oude treinmodellen waarvoor hij uren alleen op pad was, en die in zijn vrije tijd bezig was fotoplakboeken samen te stellen) en het zoontje van zijn zus en zwager heeft ook AS. Zijn grootste handicap vindt Jeroen zijn sociale angst. Ook zijn obsessiviteit (dingen niet los kunnen laten) en zijn sociale onhandigheid vindt hij lastig.

[1] Jeroen heeft schriftelijke toestemming verleend voor het gebruik van het casusmateriaal in deze publicatie en hij heeft inzage gehad in de tekst. Zijn naam en een aantal persoonlijke gegevens zijn gewijzigd, de diagnose en de onderzoeksresultaten niet. De casusbeschrijving is in een aangepaste vorm tevens gebruikt in een publicatie in het tijdschrift *Expertise en Recht*, 2008-4, 121-131.

Gevraagd naar waarom hij seksuele delicten heeft gepleegd, antwoordt Jeroen als volgt. 'Ik zag niet wat ik verkeerd deed. Als een jongetje ging huilen, was het duidelijk voor me, dan stopte ik ook. Zo concreet moest het zijn. Jongetjes hadden ook een piemel, dat was bekend terrein voor me, ik had zelf die ervaring. Meisjes, daar had ik echt dromen bij, om mee te trouwen, kinderen mee te krijgen. Ik ben zelf op mijn vijftiende misbruikt, toen heb ik het verkeerde voorbeeld gekregen. Ik zie zelf hoeveel problemen dat mij gegeven heeft, dit wil ik iemand anders niet aandoen.'

### Risicotaxatie

Jeroen behaalt een totaalscore van 13 op de SVR-20, een gestructureerd risicotaxatie-instrument voor seksueel geweld, en het gestructureerde professionele oordeel komt uit op Laag (zie Tabel). Hij scoort niet op de belangrijkste empirische risicofactoren voor seksueel delictgedrag, namelijk seksuele deviatie (item 1) en psychopathie (item 3) (Hildebrand, De Ruiter & De Vogel, 2004). Hij scoort eveneens laag op de risicofactoren die samenhangen met de seksuele delicten zelf: deze delicten hadden in het verleden weliswaar een hoge frequentie, maar een lage ernst (geen bedreiging, geen gebruik van geweld). Bovendien vluchtte Jeroen

altijd onmiddellijk als het slachtoffer weerstand bood of hem achterna ging. Zijn seksuele delictgedrag wordt veroorzaakt door de sociale en emotionele beperkingen die samenhangen met zijn psychiatrische aandoening, de AS. Zijn besef en inzicht in de aard van deze aandoening is de afgelopen periode sterk toegenomen, en er is meer acceptatie van zijn handicap.

### AS en seksueel delictgedrag

De seksuele delicten van Jeroen zijn begonnen in de adolescentie. Eén van de ontwikkelingstaken in deze periode is het leren omgaan met seksuele interesses en behoeften. Door hun vaak obsessieve belangstelling, hun beperkte vermogen sociale gebaren en taal te decoderen en weinig voeling met sociale conventies, bestaat het gevaar van agressie, excessieve masturbatie en grensoverschrijdend seksueel gedrag bij personen met AS (Koller, 2000; Ray, Marks & Bray-Garretson, 2004). Seksueel grensoverschrijdend gedrag kan dus het gevolg zijn van AS. Vanuit hun autistische standpunt is seksueel gedrag vergelijkbaar met alle andere vormen van gedrag: als het goed voelt, doe je het en wat anderen ervan vinden is secundair. De AS-patiënt heeft geen oog voor de context van seksueel gedrag, wat kan leiden tot seksuele grensoverschrij-

### De SVR-20-codering van Jeroen door C. de Ruiter

#### Psychosociale aanpassing

1.	Seksuele deviatie	0 geen parafiele seksuele voorkeur
2.	Slachtoffer kindermishandeling	1 (veel gepest, ook thuis)
3.	Psychopathie	0
4.	Ernstige psychiatrische stoornis	2 (AS)
5.	Problemen met het gebruik van middelen	0
6.	Suïcidale/homicidale gedachten	0
7.	Relatieproblemen	2
8.	Problemen met betrekking tot het arbeidsverleden	2 (WAJONG-uitkering, overwerktheid)
9.	Eerder gepleegde, niet-seksueel gewelddadige delicten	0
10.	Eerder gepleegde, niet-gewelddadige, niet-seksuele delicten	0
11.	Eerdere schending van voorwaarden	2 (herhaald nieuw delict tijdens proeftijd)

#### Seksuele delicten

12.	Hoge dichtheid van seksuele delicten	1 (voorafgaand aan tbs-delicten wel; tijdens resocialisatiefase niet)
13.	Meerdere typen seksuele delicten	2 (aanranding, exhibitionisme, pedoseksuele delicten)
14.	Lichamelijk letsel bij slachtoffer(s) van seksuele delicten	0
15.	Gebruik van wapens of bedreigingen met de dood tijdens plegen van seksuele delicten	0 (zeker niet; vlucht als slachtoffer weerstand biedt)
16.	Escalatie in frequentie of ernst van seksuele delicten	1 (voorafgaand aan tbs-delicten wel; laatste incident tijdens resocialisatie was juist minder ernstig)
17.	Extreme minimalisering / ontkenning van seksuele delicten	0
18.	Opvattingen waaruit goedkeuring of vergoelijking van seksuele delicten blijkt	0

#### Plannen voor de toekomst

19.	Ontbreken van realistische toekomstplannen	0 (horlogemaker lijkt realistische beroepskeuze, evenals beschermd wonen + langdurig toezicht)
20.	Negatieve houding ten opzichte van interventies	0 (wil graag permanente begeleiding door een mentor met ervaring met AS; vindt dat hij in intramurale behandeling niet veel meer kan leren)

Eindoordeel risico:  Laag  Matig  Hoog



## Medische educatie en communicatie

Al meer dan 20 jaar bedenkt en ontwikkelt Benecke innovatieve communicatieconcepten voor professionals in de gezondheidszorg. Geaccrediteerde bij- en nascholing in de eerste plaats. Maar ook boeken, tijdschriften en internetprojecten. Altijd voor medisch specialisten, hulpverleners in de GGZ, huisartsen, tandartsen, apothekers en paramedici.

Een team van 30 zeer gemotiveerde Benecke-medewerkers bewaakt de kwaliteit van het projectportfolio. Of beter gezegd: úw portfolio!

**Want wie A zegt bij medische communicatie en educatie,  
durft ook Benecke te zeggen...**



- seminars
- studiedagen
- workshops
- vaardigheidstrainingen
- individueel schriftelijk onderwijs
- e-learning
- video conferencing
- boeken en tijdschriften
- congresverslagen en brochures

dingen. Meestal begint het met *hands off* seksueel delictgedrag (exhibitionisme, voyeurisme), maar dit kan overgaan in *hands on* delicten (zoals aanranding, pedoseksuele delicten). Hoewel de AS-patiënt seksueel aangetrokken wordt door leeftijdgenoten, kan hij toch zijn toevlucht nemen tot jongere kinderen, omdat hij binnen de eigen leeftijdsgroep wordt afgewezen, c.q. geen contact kan maken. Er is dan weliswaar sprake van pedoseksueel delictgedrag, maar niet van een pedoseksuele (=parafiele) voorkeur.

De behandelende tbs-kliniek heeft ook de SVR-20 gebruikt om een risicotaxatie te verrichten bij Jeroen, maar komt uit op het eindoordeel Hoog. De kliniek is van mening dat Jeroen lijdt aan pedofilie (item 1 wordt met een score 2 beoordeeld); men geeft hem een 1 op psychopathie (item 3) en men scoort hoger op de items 17 tot en met 20. Ik zet grote vraagtekens bij deze codering. Het plegen van pedoseksuele delicten, betekent niet noodzakelijkerwijs dat sprake is van een pedoseksuele voorkeur. De juridische veroordeling voor ontucht met kinderen (in het Engels: *child molestation*), kan niet gelijk gesteld worden met de diagnose pedofilie. Studer en Aylwin (2006) wijdden in 2006 een uitvoerige discussie aan dit onderscheid: *'The diagnosis of pedophilia is not indicated if the paraphilic incident [...] is not the patient's preferred sexual pattern'* (p. 775). Hall en Hall (2007) verwoordden het als volgt: *'Pedophilia is a clinical diagnosis usually made by a psychiatrist or psychologist. It is not a criminal or legal term. [...] By diagnostic criteria of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, a pedophile is an individual who fantasizes, is sexually aroused by, or experiences sexual urges toward prepubescent children (generally < 13 years) for a period of at least 6 months.'* (p. 457). Ontucht en pedofilie wordt door sommige gedragsdeskundigen door elkaar gehaald. In het geval van Jeroen zijn er vele aanwijzingen dat hij een voorkeur heeft voor seks met vrouwen van zijn eigen leeftijd. De score van 1 op het item Psychopathie is ook niet te onderbouwen, omdat Jeroen laag scoort op psychopathie. Deze diagnose omvat vier onderdelen: Antisociaal, Gedrag, Affectief en Interpersoonlijk (Hare, 2003; Hildebrand & De Ruiter, 2005). De Antisociale dimensie heeft betrekking op een breder scala van antisociale gedragingen waarvoor de persoon eerder veroordeeld is. De Gedragsdimensie betreft onverantwoordelijk, impulsief en sensatiezoekend gedrag. De Interpersoonlijke dimensie verwijst naar een opgeblazen gevoel van eigenwaarde, en manipulatief en leugenachtig gedrag. De Affectieve dimensie omvat gebrek aan empathie en schuldgevoelens. Jeroen behaalt een totaalscore van 10 op de PCL-R (waar de maximale score 40 is), voornamelijk op grond van zijn delictgeschiedenis.

De seksuele delicten die Jeroen heeft gepleegd komen niet voort uit een antisociale instelling (psychopathie) en ook niet uit een parafilie. De delicten hangen samen met zijn AS en met gebrek aan inzicht in de rol van zijn eigen seksueel misbruikervaring. Hij ziet nu in dat hij een ernstige psychiatrische aandoening heeft, waardoor hij blijvend psychische en sociale beperkingen zal ondervinden. Hij wil het liefst in een beschermde woonvorm geplaatst worden, waarbij begeleiding door medewerkers die verstand hebben van zijn stoornis voorhanden is.

## Besluit

Ondanks het feit dat Jeroen inmiddels meer dan twaalf jaar in tbs-klinieken verblijft, heeft hij nog steeds geen op zijn diagnose toegesneden behandeling aangeboden gekregen. Door het ontbreken van adequate behandeling bestaat het gevaar dat patiënten met AS onnodig lang in hoog beveiligde inrichtingen worden gehouden, zo signaleerden Milton, Duggan, Latham, Egan en Tantam reeds in 2002. De tbs-kliniek heeft een longstay-plaatsing voor Jeroen aangevraagd, en die is inmiddels toegewezen.

Is het feit dat de auteur en de tbs-kliniek tot zo'n verschillende risicobeoordeling betreffende Jeroen komen (beide gebruikmakend van nota bene hetzelfde instrument) eigenlijk geen slechte reclame voor gestructureerde risicotaxatieinstrumenten? Mijn antwoord hierop is ontkennend. De instrumenten zijn een verbetering ten opzichte van het ongestructureerde klinische oordeel, omdat klinieken nu moeten onderbouwen en transparant maken waarom zij tot een bepaald risico-oordeel komen. Een conclusie als: *'deze tbs-gestelde heeft een borderline persoonlijkheidsstoornis en is daarom recidive-gevaarlijk'*, zoals vroeger gebruikelijk was, is onaanvaardbaar en onhoudbaar geworden. De risicotaxatieinstrumenten dwingen de beoordelaar om te expliciteren wat voor kenmerken van de stoornis het risico verhogen en hoe dat plaatsvindt, en wat men aan verbetering, c.q. reductie van die kenmerken wil gaan doen. De risicotaxatieinstrumenten zijn bedoeld als basis voor een risicopreventieplan (Douglas & Kropp, 2002). De kennis over de diagnostiek en de behandeling van AS bij volwassenen kan nog aanzienlijk verbeterd worden. Het recente boek van Gaus (2007) biedt daartoe vele nuttige inzichten. ■

## Literatuur

- Douglas, K.S. & Kropp, P.R. (2002). A prevention-based paradigm for violence risk assessment. *Criminal Justice and Behavior*, 29, 617-658.
- Gaus, V.L. (2007). *Cognitive-behavioral therapy for adult Asperger syndrome*. New York: Guilford Press.
- Hall, R.C.W. & Hall, R.C.W. (2007). A profile of pedophilia: Definition, characteristics of offenders, recidivism, treatment outcomes, and forensic issues. *Mayo Clinic Proceedings*, 82, 457-481.
- Hare, R.D. (2003). *Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R): 2nd edition*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.
- Hildebrand, M., de Ruiter, C. & de Vogel, V. (2004). Psychopathy and sexual deviance in treated rapists: Association with sexual and nonsexual recidivism. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 16, 1-24.
- Hildebrand, M. & de Ruiter, C. (2005). Over criminele behoeften en het belang van gestructureerde risicotaxatie. In: C. de Ruiter & M. Hildebrand (red.), *Behandelingsstrategieën bij forensisch psychiatrische patiënten* (pp. 3-22). Tweede, geheel herziene druk. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Koller, R. (2000). Sexuality and adolescents with autism. *Sexuality and Disability*, 18, 125-135.
- Milton, J., Duggan, C., Latham, A., Egan, V. & Tantam, D. (2002). Case history of co-morbid Asperger's syndrome and paraphilic behavior. *Medicine, Science & Law*, 42, 237-244.
- Ray, F., Marks, C. & Bray-Garretson, H. (2004). Challenges to treating adolescents with Asperger's Syndrome who are sexually abusive. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 11, 265-285.
- Studer, L.H. & Aylwin, A.S. (2006). Pedophilia: The problem with diagnosis and limitations of CBT in treatment. *Medical Hypotheses*, 67, 774-781.

■ Prof. dr. Corine de Ruiter, bijzonder hoogleraar Forensische psychologie, Universiteit Maastricht en senior onderzoeker bij het Trimbos-instituut, Utrecht.  
E-mail: Corine.deRuiter@maastrichtuniversity.nl.