

Recidiverisico bij seksuele delinquenten: de rol van psychopathie

Corine de Ruiter¹ & Martin Hildebrand

Naar aanleiding van een aantal recente gevallen van ernstige gewelddadige seksuele recidive ontstond een maatschappelijke en politieke roep om lange, zelfs levenslange, straffen voor daders van zedenmisdrijven. Dit noopt tot bezinning over de wijze waarop de recidiverisico-inschatting bij deze groep delinquenten plaatsvindt. Zo'n bezinning kan een tegenwicht bieden aan de maatschappelijke tendens naar repressie en langdurige opsluiting, waarbij alle zedendelinquenten over één kam geschoren worden en geen rekening wordt gehouden met de wetenschappelijke inzichten op het terrein van de risicotaxatie bij deze groep delinquenten.

In dit artikel willen wij daarom een overzicht geven van de uitkomsten van het recente empirisch-wetenschappelijke onderzoek op dit gebied. Een groot aantal risicofactoren voor seksuele recidive is inmiddels geïdentificeerd, en wij zullen in dit artikel speciale aandacht besteden aan de factor psychopathie. De resultaten van ons literatuuronderzoek worden vervolgens vertaald in een risicotaxatierichtlijn voor de praktijk. Toepassing van deze richtlijn wordt geïllustreerd aan de hand van twee cases.

Recidive bij seksuele delinquenten

Om in een individueel geval een inschatting te kunnen maken van het recidiverisico moet men inzicht hebben in de zogenaamde *base rate* voor recidive. De *base rate* is de prevalentie van een bepaald type (gewelddadig) gedrag binnen een gegeven populatie (bijvoorbeeld verkrachters) over een specifieke tijdsperiode. De *base rate* is afhankelijk van een aantal factoren, zoals de lengte van de observatieperiode, het recidivecriterium (bijvoorbeeld arrestatie, veroordeling, detentie, zelfrapportage) en de aard van de recidive (bijvoorbeeld: niet-seksueel, met slachtoffer; niet-seksueel, geen slachtoffer; seksueel, met slachtoffer) (Prentky, Lee, Knight & Cerce, 1997a). In dit artikel zullen wij ons voornamelijk beperken tot de seksuele recidive.

Recidiveonderzoek in Nederland is, vooral in vergelijking met Noord-Amerikaanse landen, schaars (Wartna, 1999). Uit de door Wartna uitgevoerde inventarisatie van de literatuur blijkt dat er weliswaar een redelijk groot aantal opzichzelfstaande recidivestudies zijn verricht, maar dat er tussen de verschillende studies weinig samenhang bestaat. Inzicht in recidivepercentages van verschillende daderpopulaties na afloop van verschillende sancties en maatregelen ontbreekt hierdoor goeddeels.

Van seksuele delinquenten is bekend, dat het vaak langere tijd kan duren vooraleer zij opnieuw (seksuele) delicten plegen. Uit recente overzichten van

1. Correspondentie: Mw. Prof.dr. C. de Ruiter, Afdeling Psychologie, Universiteit van Amsterdam, Roetersstraat 15, 1018 WB Amsterdam. E-mail: ruiter@psy.uva.nl. De auteurs zijn dr.mr. J.R. Niemantsverdriet erkentelijk voor zijn commentaar op een eerdere versie van dit artikel.

de Noord-Amerikaanse en Canadese literatuur blijkt dat behandelde delinquenten nog na vijftien tot twintig jaar recidiveren (Doren, 1998; Prentky, Lee, Knight & Cerce, 1997a). Het recidiverisico bij verkrachters is 39 procent over een periode van 25 jaar, waarbij een nieuwe veroordeling voor een zedendelict het criterium was. Bij pedofiele daders met extrafamiliaire slachtoffers is het recidiverisico over 25 jaar 52 procent (Doren, 1998; Prentky, Lee, Knight & Cerce, 1997a). Dit zijn uiteraard conservatieve schattingen, want lang niet alle daders worden gearresteerd en veroordeeld. Het recidiverisico verschilt per type seksuele delinquent. Pedofiele daders met extrafamiliaire jongens als slachtoffers vertegenwoordigen het hoogste risico, daders met intrafamiliaire meisjes als slachtoffers het laagste. Verkrachters representeren een risicogrootte die daar ergens tussenin ligt (Greenberg, 1998).

Terbeschikkingstelling en recidive

In Nederland is het voorspellen van risico op toekomstig seksueel delictgedrag in het individuele geval bij uitstek relevant in het kader van de strafrechtelijke maatregel terbeschikkingstelling (tbs)². Bij *pro justitia*-rapportage en bij verlengingsadviezen wordt de rechter immers door gedragsdeskundigen geadviseerd over het recidiverisico.

De tbs-maatregel is bedoeld voor delinquenten die een ernstig delict hebben gepleegd en daarvoor door de rechter verminderd toerekeningsvatbaar of ontoerekeningsvatbaar zijn verklaard. Bovendien bestaat een grote kans dat de delinquent opnieuw een soortgelijk delict zal plegen. Het doel van de terbeschikkingstelling – beveiliging van de maatschappij – wordt op korte termijn gerealiseerd door de gedwongen vrijheidsontneming van de ter beschikking gestelde binnen de muren van één van de justitiële of niet-justitiële inrichtingen voor verpleging van ter beschikking gestelden die ons land telt. Op lange(re) termijn dient beveiliging van de maatschappij te worden gerealiseerd door een behandeling gericht op structurele gedragsverandering, zodat de ter beschikking gestelde na afloop van de tbs-maatregel geen groot risico meer oplevert voor wat betreft het opnieuw plegen van een (ernstig) delict. Beëindiging van de tbs-maatregel impliceert, dat de rechter – al dan niet in overeenstemming met het advies van de behandelaars – van oordeel is dat er geen onacceptabel gevaar voor ernstige recidive meer bestaat. Zo bezien kan de mate van (ernstige) recidive na afloop van de tbs-maatregel beschouwd worden als een maat voor de effectiviteit van de tbs-maatregel en van de risicotaxatie die in het individuele geval heeft plaatsgevonden.

Er is relatief veel onderzoek verricht naar recidive bij ex-ter beschikking gestelden. Inmiddels zijn door het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC) van het Ministerie van Justitie vier onderzoeken gepubliceerd naar geregistreerde recidive van opeenvolgende cohorten ex-ter beschikking gestelden (Van Emmerik, 1985, 1989; Leuw, 1995, 1999). In elk van deze studies gaat het om tbs-gestelden van wie gedurende een periode

2. Waarmee niet gezegd is dat (meer gestructureerde) risicotaxaties in een andere context niet van belang kunnen zijn, zoals bij forensische dagbehandeling of reclasseringstoezicht.

van vijf jaar de tbs-maatregel is beëindigd. Bestudering van de recidivegegevens van zedendelinquenten laat zien dat circa veertien procent van de zedendelinquenten na beëindiging van de tbs recidiveert met een nieuw zedendelict (zogenaamde speciale recidive), gemeten over een periode van drie tot acht jaar (Leuw, 1995; Van Emmerik, 1996). Het gaat hierbij dan om een nieuwe veroordeling tot een gevangenisstraf van tenminste zes maanden en/of een nieuwe tbs. Hoe hoog de werkelijke recidive is, is niet bekend, het gaat hier immers slechts om de door justitie geregistreerde recidive.

Risicotaxatie bij seksuele delinquenten

Uit empirisch onderzoek komt naar voren dat het recidiverisico binnen de verschillende categorieën zedendelinquenten samenhangt met een aantal specifieke dadenkenmerken. Zo vonden Prentky, Knight, Lee & Cerce (1995) dat een impulsieve levensstijl, delictplanning en pervasieve woede discrimineerden tussen verkrachters die wel en niet recidiveerden. Op eenzelfde wijze konden recidiverende van niet-recidiverende pedofiele daders worden onderscheiden met behulp van de factoren seksuele deviante voorkeur, parafilieën en het aantal eerdere zedendelicten (Prentky, Knight & Lee, 1997b). In het afgelopen decennium hebben vooral Noord-Amerikaanse en Canadese recidiveonderzoekers zich gericht op het identificeren van dit type factoren die seksuele recidive voorspellen. De bevindingen uit dit onderzoek worden hieronder samengevat.

Risicofactoren

In een meta-analyse van 61 recidivestudies met in totaal 23.393 zedendelinquenten uit de Verenigde Staten, Canada, Groot-Brittannië, Australië en Scandinavië, werd een aantal relevante voorspellende factoren van seksuele recidive geïdentificeerd (Hanson & Bussière, 1998). De predictieve waarde van een factor wordt uitgedrukt met behulp van de correlatiecoëfficiënt r . De grootte van r kan geïnterpreteerd worden als het verschil in recidivepercentage tussen iemand die een bepaald kenmerk wel heeft, en iemand die het niet heeft (Rosenthal, 1991). In het algemeen wordt een $r > .30$ als groot beschouwd, r tussen .20 en .29 als middelmatig en r tussen .10 en .19 als klein. Slechts een minderheid (13,4 procent) van de totale groep recidiveerde met een nieuw zedendelict, over een *follow-up*-periode van vijf jaar. Seksuele recidive werd het best voorspeld door maten van seksuele deviatie³ en door algemene criminogene factoren, zoals psychopathie en jonge leeftijd. Tabel 1 geeft de gewogen gemiddelde r (r^+), gecorrigeerd voor verschillen in *base*

3. De termen seksuele deviatie en parafilie worden in de regel door elkaar gebruikt. In de DSM-IV worden parafilieën gedefinieerd als terugkerende, seksueel intens opwindende fantasieën, impulsen 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. Bovendien dienen de fantasieën, impulsen of gedragingen tenminste zes maanden te bestaan en te leiden tot een klinisch significante mate van onwelbevinden of een belemmering in het sociale of beroepsmatige leven, of tot een aantasting van andere belangrijke levenssferen. Voorbeelden van parafilieën zijn: exhibitionisme, pedofilie, voyeurisme, seksueel sadisme.

rates, weer voor de factoren die uit de meta-analyse naar voren kwamen met tenminste een r^+ van .10.

Tabel 1 Predictoren van seksuele recidive (N=23.393)

Variabele	r^+
Alleenstaand	.11
Psychopathie	.14
Eerdere zedendelicten	.19
Onbekend slachtoffer	.15
Vroege aanvang zedendelicten	.12
Deviant seksuele voorkeur	.22
Behandeling niet afgemaakt	.17
Negatieve relatie met moeder	.16

r^+ = gewogen gemiddelde correlatie, gecorrigeerd voor verschillen in base rates tussen de studies.

Verkort overgenomen uit Hanson & Bussière (1998)

De meeste correlaties (r^+) zijn niet bijzonder hoog en bevinden zich tussen .10 en .19; de factoren zijn ook niet geheel onafhankelijk van elkaar. Desalniettemin is het zinvol de in de meta-analyse gevonden factoren te gebruiken bij de risicotaxatie in het individuele geval. Immers, door de verschillende risicofactoren te combineren in de risicotaxatie, wordt de voorspellende kracht vergroot. De meest nauwkeurige risicotaxatie is gebaseerd op een beoordeling van een lijst met in empirisch onderzoek gevonden risicofactoren (Hanson, 1998).

Risicotaxatie-instrumenten

Een aantal onafhankelijke onderzoeksgroepen heeft de afgelopen jaren schalen ontwikkeld om een meer gestructureerde risicotaxatie in het individuele geval mogelijk te maken (De Ruiter, 1999). Deze instrumenten bevatten verschillende aantallen risicofactoren, die al dan niet gewogen worden, om tot een totaalscore te komen. Opvallend is de grote overlap tussen de instrumenten wat betreft de aard van met name de historische risicofactoren, zoals eerdere zedendelicten, mannelijke slachtoffers en niet-familiaire slachtoffers (zie Tabel 2). De *Rapid Risk Assessment for Sex Offence Recidivism* (RRASOR; Hanson, 1997) en de *Static-99*⁴ (Hanson & Thornton, 1999; Nederlandse geautoriseerde versie: Van Beek, De Doncker & De Ruiter, 1999) bevatten alleen historische, dat wil zeggen per definitie onveranderlijke, risicofactoren. De factor psychopathie is opgenomen in twee van de vier instrumenten, de *Sex Offender Risk Appraisal Guide* (SORAG; Quinsey, Harris, Rice & Cormier, 1998) en de *Sexual Violence Risk-20* (SVR-20; Boer, Wilson, Gauthier & Hart, 1997; Nederlandse geautoriseerde versie: Hildebrand, De Ruiter & Van Beek, in voorbereiding). Met behulp van bovengenoemde risicotaxatieschalen kan worden aangegeven

4. De auteurs ontwikkelen momenteel de Static-2000, waarin ook dynamische factoren worden opgenomen.

of een delinquent tot de hoog-risico- of de laag-risicogroep zedendelinquenten behoort, hetgeen aanwijzingen biedt voor het te voeren detentie- en/of behandelbeleid. Omdat zij stabiel zijn kunnen historische factoren echter geen richting geven aan het verlop- en/of ontslagbeleid; daarvoor is informatie nodig over dynamische, in principe veranderbare, risicofactoren. Helaas zijn er op dit moment nog onvoldoende empirische onderzoeksbevindingen die aangeven

Tabel 2 Risicotaxatie schalen voor zedendelinquenten

Risicofactoren	Risicotaxatie schalen			
	RRASOR	SORAG	Static-99	SVR-20
Seksuele deviatie				
Deviant seksuele voorkeur		+		+
Mannelijke slachtoffers	+	+	+	
Non-contact zedendelicten			+	
<i>Slachtoffer kenmerken</i>				
Non-familiaire slachtoffers	+		+	
Onbekenden als slachtoffer			+	
<i>Persistentie</i>				
Eerdere zedendelicten	+	+	+	
Hoge dichtheid van delicten				+
Meerdere typen delicten				+
Escalatie in frequentie/ernst				+
Extreme ontkenning/minimalisatie				+
Attitudes die zedendelicten goedkeuren				+
<i>Antisociaal gedrag</i>				
Huidig niet-seksueel geweld			+	
Eerder niet-seksueel geweld		+	+	+
Eerdere niet-gewelddadige delicten		+		+
Meer dan vier veroordelingen			+	
Psychopathie (volgens PCL-R)		+		+
Verslaving		+		+
Fysiek letsel aan slachtoffer(s)				+
Wapengebruik/bedreiging met de dood				
Gedragsproblemen basisschool		+		
<i>Demografische kenmerken</i>				
Leeftijd	+	+	+	
Nooit gehuwd		+	+	
Gescheiden van biologische ouders		+		
<i>Overig</i>				
Slachtoffer van kindermishandeling				+
Cognitieve beperkingen				+
Suïcidale/homicidale gedachten				+
Relatieproblemen				+
Werkgerelateerde problemen				+
Eerder falen van toezicht		+		+
Gebrek aan realistische toekomstplannen				+
Negatieve houding t.o.v. behandeling				+
Persoonlijkheidsstoornis		+		
Schizofrenie		+		

+ = Risicofactor opgenomen in risicotaxatieschaal; RRASOR=*Rapid Risk Assessment for Sex Offence Recidivism* (Hanson, 1997); SORAG=*Sex Offender Risk Appraisal Guide* (Quinsey, Harris, Rice & Cormier, 1998); SVR-20=*Sexual Violence Risk-20* (Boer, Wilson, Gauthier & Hart, 1997; Nederlandse versie: Hildebrand, De Ruiter & Van Beek, in voorbereiding)

wat re-
verand
recidiv
de schi
c.q. he
Harris,
WODC
de mat
proefv
Negati
samen
De SV
aantal
de beo
én (ev
SVR-2
dynam
numm
Omdat
nog we
In een
191 pe
was de
recidiv
ting Cl
hetgee
tot 26
aange
predic
respec
quente
ton, 19

Psych

Etymc
maar c
De coi
verkla

5. De
risi
rec
het
val
sar
dal
Na
gr
cu

en
of
en
ig
op
en

—
—
—

wat relevante dynamische risicofactoren zijn, wat hun vatbaarheid voor verandering ten gevolge van interventie is, en wat hun relatie met seksuele recidive is, zowel bij hoog- als laag-risicodelinquenten (Hanson, 1998). Uit de schaarse studies die er zijn weten we dat een positieve behandelattitude, c.q. het afmaken van een behandeling (Hanson & Bussière, 1998; Hanson & Harris, 1998) bijdraagt tot verminderde recidive. De onderzoeken van het WODC laten zien dat de wijze van beëindiging van de tbs van invloed is op de mate van (ernstige) recidive na afloop van de maatregel: het toepassen van proefverlof resulteert in de minst(e) (ernstige) recidive (Leuw, 1999). Negatieve sociale relaties en attitudes die zedendelicten goedkeuren hangen samen met een grotere kans op recidive (Hanson & Harris, 1998).

De SVR-20 is tot nu toe de enige risicotaxatieschaal die een relatief groot aantal dynamische risicofactoren bevat, waardoor de schaal geschikt is om de beoordelaar te assisteren bij een risico-inschatting op basis van statische én (eventuele veranderingen in) dynamische factoren. Toepassing van de SVR-20 in wetenschappelijk onderzoek kan op termijn onze kennis over dynamische risicofactoren vergroten (zie ook het artikel van Hilterman in dit nummer).

Omdat de genoemde risicotaxatieschalen vrij recent ontwikkeld zijn, is er nog weinig vergelijkend onderzoek naar de effectiviteit van de instrumenten. In een steekproef van 558 zedendelinquenten (bestaand uit 247 incestdaders, 191 pedofiele daders, 85 verkrachters en 35 daders van meerdere delicttypen) was de predictieve validiteit van de SORAG en de Static-99 voor seksuele recidive vrijwel identiek, namelijk .61, respectievelijk .62 (Receiver Operating Characteristics (ROC) analyses⁵; Mossman, 1994; Rice & Harris, 1995), hetgeen equivalent is aan een middelmatige effectgrootte. Slechts zeventien tot 26 procent van de steekproef werd door de twee schalen als hoog-risico aangemerkt (Firestone, Bradford, Greenberg, Nunes & Broom, 1999). De predictieve nauwkeurigheid van de RRASOR en de Static-99 was gemiddeld respectievelijk .68 en .70, over vier verschillende steekproeven zedendelinquenten, die wel of geen behandeling ondergaan hadden (Hanson & Thornton, 1999).

Psychopathie

Etymologisch gezien betekent psychopathie 'psychologisch beschadigd', maar door de jaren heen zijn er uiteenlopende betekenissen aan toegekend. De controverse over (de definitie van) psychopathie is voor een groot deel te verklaren vanuit het feit, dat er in Europa een andere betekenis aan werd

5. De statistische techniek voor het schatten van de predictieve validiteit van een continue risicomaat (bijvoorbeeld de score op de PCL-R) voor een dichotome uitkomstmaat (zoals recidive) is de ROC-analyse. In een ROC-analyse wordt, voor verschillende *cut-off scores*, het percentage correct positieve voorspellingen afgezet ('geplot') tegen het percentage vals-positieve voorspellingen. De 45° diagonaal is de lijn van 'geen informatie': het samenvallen van de ROC-curve van het instrument (bijv. de PCL-R) met deze lijn houdt in dat de voorspelling niet beter is dan toeval. De predictieve validiteit is in dat geval 0. Naarmate de ROC-curve verder van de diagonaal afwijkt wordt de predictieve validiteit groter. De effectgrootte van de risicomaat wordt bepaald door de oppervlakte onder de curve.

gegeven dan in de Anglo-Amerikaanse landen. Kort gezegd komt het verschil erop neer, dat psychopathie in continentaal Europa werd beschouwd als een persoonlijkheidsstoornis, waarbij antisociaal gedrag expliciet werd uitgesloten als criterium voor het stellen van de diagnose 'psychopathische persoonlijkheidsstoornis'. In de Anglo-Amerikaanse opvatting daarentegen werd van oudsher juist wel de nadruk gelegd op sociaal deviant en crimineel gedrag. In de Europese traditie werd crimineel gedrag hooguit als een *uitvloeisel* van de stoornis psychopathie beschouwd, terwijl in de Anglo-Amerikaanse landen de criminele voorgeschiedenis juist essentieel was voor het stellen van de diagnose. Schneider (1950), in de Europese traditie, onderscheidde meerdere typen psychopaten. Zijn classificatiesysteem heeft model gestaan voor de persoonlijkheidsstoornissen, zoals die onder meer zijn opgenomen in de latere edities van de DSM (Blackburn, 1992).

Met name Cleckley (1941, 1976) zette zich af tegen de in Europa heersende opvattingen over psychopathie. Hij beschouwde psychopathie als een zelfstandige persoonlijkheidsstoornis en ontwierp zestien criteria voor de diagnose, waaronder oppervlakkige charme, opgeblazen gevoel van eigenwaarde, manipulerend gedrag, gebrek aan schuldgevoel, ontbreken van emotionele diepgang en gebrek aan empathie.

Teneinde Cleckley's concept van psychopathie te kunnen operationaliseren en kwantificeren, ontwikkelden Hare en zijn collega's een onderzoeksinstrument om de mate van psychopathie vast te stellen, de Psychopathie Checklist (PCL; Hare, 1980), later gevolgd door een herziene versie (PCL-R; Hare, 1991; Nederlandse versie: Hare, Vertommen, Van den Brink & De Ruiter, in druk). Een bijkomende reden om de PCL(-R) te ontwikkelen was de onvrede die er heerste met de criteria van de antisociale persoonlijkheidsstoornis, zoals die in de verschillende edities van de *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM; American Psychiatric Association, 1980, 1987, 1994) is beschreven. Deze onvrede richtte zich met name op het feit, dat criteria van de antisociale persoonlijkheidsstoornis hoofdzakelijk bestonden uit gedragscomponenten, zoals onverantwoordelijk en crimineel gedrag en niet uit persoonlijkheidstrekken, conform de andere persoonlijkheidsstoornissen.

Een aantal studies heeft zich specifiek gericht op de voorspelling van seksuele recidive met behulp van Hare's PCL-R, een meetinstrument dat in het algemeen beschouwd wordt als het meest betrouwbaar en valide voor het vaststellen van psychopathie (Hildebrand & De Ruiter, 1998). Uit deze studies kwam overtuigend naar voren, dat de combinatie van deviante seksuele voorkeur en psychopathie het risico van seksuele recidive aanzienlijk deed toenemen (Rice & Harris, 1997; Gretton, McBride & Hare, 1995). Hieronder worden deze studies kort besproken. Voor een goed begrip beschrijven wij echter eerst de PCL-R.

De PCL-R

De PCL-R bestaat uit twintig items; zeventien items vallen uiteen in twee factoren (Harpur, Hakstian & Hare, 1988). De overige drie items laden niet op één van de twee factoren. Factor 1 bestaat uit affectieve en interpersoon-

lijke ke
lerend
wel aar
items c
geven.
overee
stoornis
de PCI

Tabel 3

Item
Numme

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.
- 11.
- 12.
- 13.
- 14.
- 15.
- 16.
- 17.
- 18.
- 19.

20.

Scoring

Alle P
zijn vi
analys
tueel i
van he
Het ir
verkrij
het int
van bo
diepga

'Dititer
te ervar
Zorgvu
oppervl
Ruiter,

lijke kenmerken, zoals oppervlakkige charme, pathologisch liegen, manipulerend gedrag, vlak affect, gebrek aan schuldgevoel en empathie, en wordt wel aangeduid met de term 'agressief narcisme' (Meloy, 1992). Factor 2 bevat items die onverantwoordelijkheid, impulsiviteit en antisociaal gedrag weer geven. Deze factor wordt 'antisociale levensstijl' genoemd en vertoont grote overeenkomst met de DSM-IV criteria voor de antisociale persoonlijkheidsstoornis (Hart & Hare, 1989). Tabel 3 geeft een overzicht van de items van de PCL-R en laat zien tot welke factor ze behoren.

Tabel 3 Items van de Psychopathie Checklist-Revised

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

Scoringsprocedure

Alle PCL-R items worden gescoord op basis van de gegevens die verkregen zijn via de afname van een bijbehorend semi-gestructureerd interview en de analyse van de aanwezige collaterale informatie (dossierinformatie en eventueel informatie over de behandeling). De PCL-R wordt gescoord op basis van het functioneren van de persoon gedurende zijn hele leven.

Het interview wordt gebruikt om bepaalde anamnestiche gegevens te verkrijgen die nodig zijn om de afzonderlijke items te scoren. Daarnaast biedt het interview de gelegenheid de interpersoonlijke stijl te observeren, hetgeen van belang is voor het scoren van items als 'ontbreken van emotionele diepgang'. In de PCL-R handleiding lezen we:

'Dit item beschrijft een persoon die niet in staat lijkt een normaal bereik en intensiteit van emoties te ervaren. Gevoelsuitingen zijn in het algemeen theatraal, oppervlakkig en van korte duur. Zorgvuldige observatie zal de indruk achterlaten dat betrokkene "doet alsof", en dat onder de oppervlakte weinig gebeurd dat echt betekenis heeft' (Hare, Vertommen, Van den Brink & De Ruiter, in druk).

De analyse van de collaterale informatie heeft een drieledig doel: 1) de geloofwaardigheid van de in het interview verkregen informatie te beoordelen; 2) bepalen of de interactiestijl van de persoon tijdens het interview representatief is voor zijn gebruikelijke manier van omgaan met anderen en 3) het leveren van primaire data teneinde bepaalde items te scoren, bijvoorbeeld de items 'jeugdcriminaliteit' en 'criminele veelzijdigheid'. Gewoonlijk zullen de onderzochten geneigd zijn hun strafblad minder groot voor te stellen dan het in werkelijkheid is en niet alle delicten opgeven die hen met het justitiële apparaat in contact hebben gebracht. Met behulp van de aanwezige collaterale informatie (strafdossier, reclasseringsrapportages, et cetera) kan een relatief betrouwbare score aan de items worden toegekend. De twintig PCL-R items worden gescoord met behulp van een ordinale driepuntschaal (score 2 = item is op de persoon van toepassing; score 1 = item is in een aantal opzichten van toepassing; score 0 = item is niet op de persoon van toepassing). Iemand kan een maximale score van 40 behalen. De PCL-R levert een dimensionele score op die aangeeft in hoeverre de persoon volgens de beoordelaar overeenkomt met de 'prototypische psychopaat'. Hare adviseert om een kritische waarde van 30 op de PCL-R te gebruiken om iemand als psychopaat te classificeren.

Het wetenschappelijk onderzoek met de PCL-R heeft zich in de afgelopen decennia vooral gericht op de relatie tussen de PCL-R-score en (gewelddadige) recidive. Uit een door Salekin, Rogers & Sewell (1996) uitgevoerde meta-analyse bij gevangenispopulaties, forensisch psychiatrische patiënten en algemeen psychiatrische populaties komt zeer overtuigend naar voren, dat de PCL-R-score een krachtige predictor is van institutioneel geweld en verbale agressie, algemene en gewelddadige recidive, en seksueel sadisme. De voorspellende waarde over alle studies ligt op een gemiddelde effectgrootte van .68, hetgeen voor sociaal-wetenschappelijk onderzoek een redelijk groot effect is. De voorspellende waarde voor gewelddadig gedrag was nog hoger, namelijk .79. De voorspellende waarde voor algemene recidive lag daarentegen lager (.55), hetgeen echter nog steeds een acceptabel resultaat is.

Naar de relatie tussen de PCL-R-score en de effectiviteit van behandeling is nog weinig onderzoek verricht. Het verrichtte onderzoek (Harris, Rice & Cormier, 1991; Ogloff, Wong & Greenwood, 1990), waar overigens inhoudelijk veel kritiek op te leveren valt (zie Hildebrand & De Ruiter, 1998), laat zien dat psychopathie moeilijk te behandelen is.

Psychopathie als voorspeller van recidive bij seksuele delinquenten

Vanuit theoretisch oogpunt kan men veronderstellen dat psychopathische kenmerken faciliterend zijn voor het ontstaan van seksueel delictgedrag. Een psychopaat wordt immers niet geremd door bezorgdheid om de gevolgen van zijn gedrag voor het slachtoffer en kan zijn manipulerende gedrag inzetten om een slachtoffer mee te lokken. Gegeven onder andere deze kenmerken is de hypothese gerechtvaardigd psychopathie als een risicofactor voor seksueel delinquent gedrag te beschouwen. Empirisch onderzoek bevestigt deze

hypothese
verkrachte
Rice & Ha
Rice, Harr
uit een for
46 maande
recidive. I
konden vo
ten, eerder
voorspelli
gedaan op
Quinsey,
procent (n
follow-up-
28 verkra
psychopaat
denis verto
Rice en H
seksuele
verkrachte
gend inter
reeds in e
seksuele c
voor de to
Survival i
Uit de fig
snelst na v

Figuur 1 K
(CPS; d.w.z.

1
0.8
0.6
CPS
0.4
0.2
0

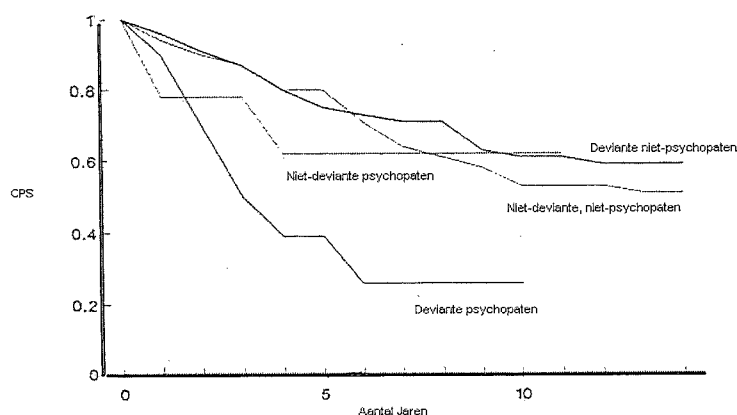
Verkort ove

223 C. d

hypothese. Psychopathie hangt samen met een vergrote kans op recidive bij verkrachters en pedofiele daders (Rice, Harris & Quinsey, 1990; Quinsey, Rice & Harris, 1995; Rice & Harris, 1997).

Rice, Harris & Quinsey (1990) vonden in een groep van 54 verkrachters die uit een forensisch ziekenhuis waren ontslagen bij een *follow-up*-periode van 46 maanden, 43 procent gewelddadige recidive, waarvan 28 procent seksuele recidive. Dit was derhalve een hoog-risicogroep. Nieuwe seksuele delicten konden voorspeld worden door eerdere veroordelingen voor geweldsdelicten, eerdere seksuele delicten en seksuele deviatie. Het bleek echter dat de voorspelling van latere gewelds- en seksuele delicten het best kon worden gedaan op basis van slechts twee factoren: seksuele deviatie en psychopathie. Quinsey, Rice en Harris (1995) vonden een recidivepercentage van 28 procent (nieuwe veroordeling voor een zedendelict) over een gemiddelde *follow-up*-periode van 59 maanden in een groep van 124 pedofiele daders, 28 verkrachters en 26 'gemengde' zedendelinquenten. Seksuele deviatie, psychopathie, burgerlijke staat (alleenstaand) en de criminele voorgeschiedenis vertoonden allen een correlatie tussen .21 en .23 met seksuele recidive. Rice en Harris (1997) vonden vergelijkbare resultaten: psychopathie en seksuele deviatie hadden in deze studie met 142 pedofiele daders, 88 verkrachters en 58 gemengde zedendelinquenten zelfs een vermenigvuldigend interactie-effect bij de voorspelling van seksuele recidive, naast de (ook reeds in eerder onderzoek gevonden) hoofdeffecten van psychopathie en seksuele deviatie. Figuur 1 (uit Rice & Harris, 1997) geeft *survival curves* voor de totale groep, onderverdeeld naar seksuele deviatie en psychopathie. *Survival* is hier gedefinieerd als een nieuwe arrestatie voor een zedendelict. Uit de figuur is af te lezen dat de groep seksueel deviante psychopaten het snelst na vrijlating en ook verreweg het meest recidiveert.

Figuur 1 Kaplan-Maier curves voor seksuele recidive. Cumulatieve proportie 'surviving' (CPS; d.w.z. het percentage niet recidivisten) afgezet tegen het aantal jaren na vrijlating



Verkort overgenomen uit Rice & Harris (1997)

Risicotaxatie en planning van behandeling: twee cases uit de tbs-praktijk

Het overzicht van de empirische onderzoeksliteratuur op het gebied van de voorspelling van seksuele recidive bij zedendelinquenten levert nog geen pasklare handleiding op voor de praktijk van de risicotaxatie. Daarvoor is meer voorspellend recidiveonderzoek nodig, zeker ook in Nederland. Toch kan uit het gepresenteerde overzicht wel een aantal voorlopige conclusies getrokken worden, die implicaties voor de praktijk en voor vervolgonderzoek opleveren. In de eerste plaats verdient systematische, empirisch onderbouwde risicotaxatie de voorkeur boven ongestructureerde, klinische risicotaxatie. In de tweede plaats dienen bij die systematische risicotaxatie in ieder geval de volgende risicofactoren beoordeeld te worden: deviante seksuele voorkeur/parafilieën, seksuele delictgeschiedenis, algemene delictgeschiedenis en psychopathie. Ten slotte verdient gebruik van één van de reeds ontwikkelde risicotaxatieschalen de voorkeur, eventueel met toevoeging van een aantal dynamische variabelen bij schalen die alleen historische factoren bevatten. Risicotaxatie volgens deze aanbevelingen kan de transparantie van de taxaties en de communicatie tussen deskundigen op dit gebied bevorderen. In onderstaande cases wordt deze systematische taxatie geïllustreerd.

Casus 1

Patiënt is een thans 26-jarige man die tot drie jaar gevangenisstraf en tbs met verpleging is veroordeeld wegens wederrechtelijke vrijheidsbeneming en seksueel binnendringen van het lichaam bij een meisje beneden de twaalf jaar, meermalen gepleegd, en wegens diefstal. Hij is eerder veroordeeld wegens diefstal en één keer wegens rijden onder invloed.

Voorgeschiedenis

Patiënt is geboren uit een eerdere relatie van zijn moeder, waarna zij later met een ander trouwt en nog drie kinderen krijgt. Als kind is patiënt driftig en vernielzuchtig en bazig over zijn zussen en broers. Vanaf zijn dertiende jaar breekt hij in en fantaseert hij over seksuele contacten met jonge meisjes. Na het succesvol afronden van de lts gaat hij in de horeca werken. Vervolgens gaat hij in militaire dienst, waarna hij zelfstandig gaat wonen en werk vindt als monteur. In deze periode gaat hij gokken, inbreken en helen en heeft hij seksuele contacten met prostituees. Hij zegt zijn baan op. Omdat hij zijn rekeningen niet betaalt wordt hij uit zijn huis gezet, en hij trekt weer bij zijn moeder in.

Op 22-jarige leeftijd zit patiënt een maand in voorarrest wegens tientallen inbraken, diefstallen en vernielingen. De rapporteur van de reclassering karakteriseert hem als egocentrisch en zonder binding aan vrienden of familie. Kennissen beschrijven patiënt als een jongen die aardig overkomt en een vlotte babbler heeft, maar je altijd besodemetert.

Na het voorarrest zwerft hij een tijd door het land met zijn auto en raakt, zoals hij het zelf noemt 'moreel in verval'. Hij lokt een negenjarig meisje naar zijn

auto, rijdt met haar weg en pleegt meermalen onzedelijke handelingen. 's Avonds zet hij haar weer in de buurt van haar huis af. Hij verklaart later dit contact prettig te hebben gevonden. Hierna volgt een periode waarin patiënt veel verhuist en zich schuldig maakt aan diverse vormen van criminaliteit: heling, oplichting, inbraken. Hij heeft in deze periode ook een aantal 'relaties', waar hij snel op is uitgekeken. Hij gaat veel uit en gokt en drinkt veel. Ruim een jaar na het eerste zedendelict lokt hij een negenjarig meisje mee naar zijn auto. Vervolgens neemt hij haar mee naar zijn kamer en pleegt zowel in de auto als thuis meermalen ontuchtige handelingen met haar. Hij laat haar naar haar ouders bellen en dwingt haar te vragen om een losgeld; zo wil hij het op een ontvoering doen lijken. Patiënt wordt binnen een week gearresteerd. Hij bekent pas enkele tijd later dat hij het meisje seksueel heeft misbruikt. Patiënt toont geen emoties en legt de schuld van het gebeurde buiten zichzelf. Hij vindt dat hij niet gestoord is en ook zijn gokverslaving behoeft volgens hem geen behandeling. Wel erkent hij dat hij voor zijn seksueel afwijkende gedrag behandeling nodig heeft.

Inventarisatie risicofactoren: codering van de PCL-R en SVR-20

Patiënt is ongeveer vier maanden opgenomen in een forensisch psychiatrische kliniek als de inventarisatie van de risicofactoren wordt uitgevoerd. Bij patiënt is een PCL-R-interview afgenomen en werd de PCL-R door drie onafhankelijke beoordelaars⁶ gescoord op basis van het – met toestemming van de patiënt op video opgenomen – interview en de aanwezige dossierinformatie. Wat opvalt tijdens het interview is zijn verbale begaafdheid en zijn neiging om zijn criminele verleden minder ongunstig te doen lijken (zo zegt hij bijvoorbeeld dat hij later met inbreken begon dan het geval was). Er zijn vragen die hij niet wil beantwoorden, uit angst dat de informatie wordt doorgegeven aan justitie. Opvallend is ook de afwezigheid van enig besef van de gevolgen voor zijn slachtoffers; hij is vooral blij dat hij ze 'niks ernstigs' heeft aangedaan. We komen bij onze patiënt uit op een PCL-R-totaalscore van 30⁷. Daarbij komt dat patiënt een deviante voorkeur heeft voor seksuele omgang met jonge meisjes. Bij Factor 1 imponeren het grandioze zelfbeeld en de afwezigheid van emotionele diepgang; het pathologisch liegen en het gebruik van list en bedrog. Wat betreft Factor 2 vallen onder meer op zijn gebrek aan realistische langetermijndoelen (hij leeft van dag tot dag), impulsiviteit (veel verhuizingen, snel afbreken van relaties, impulsieve delicten) en onverantwoordelijk gedrag (rijden onder invloed, schulden niet aflossen, dronken op het werk).

Wij hebben eveneens de SVR-20 ingevuld en komen tot een positieve score op een aantal belangrijke risicofactoren: seksuele deviatie, psychopathie,

6. Op dit moment wordt in de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek onderzoek verricht naar (onder meer) de psychometrische aspecten van de Nederlandse versie van de PCL-R. Dit 'verklaart' de drie onafhankelijke scores.

7. De totaalscores van de drie beoordelaars bedroegen resp. 33, 31 en 30; er was honderd procent overeenstemming tussen de drie beoordelaars op veertien van de twintig items. De consensusscore 30 is bepaald *nadat* de drie onafhankelijke beoordelaars ieder hun PCL-R-score voor de betreffende patiënt hebben vastgesteld.

relationele problemen, sterke minimalisering/ontkenning van de seksuele delicten (cognitieve vervormingen), gebrek aan realistische toekomstplannen en een negatieve houding ten aanzien van behandeling (vergelijk Tabel 2 voor de items van de SVR-20). Patiënt is een zogenaamde hoog-risicodelinquent. Dit hangt samen met zijn deviante seksuele voorkeur en zijn hoge psychopathiescore. Dit zijn risicofactoren die mogelijk slechts beperkt veranderbaar zijn. Het lijkt daarom raadzaam de behandeling te beginnen met interventies die gericht zijn op dynamische risicofactoren, zoals minimalisering van de delicten en negatieve opvattingen die seksuele delicten goedkeuren. Hoe psychopathie precies behandeld moet worden, en of de stoornis te 'genezen' is, is op dit moment nog niet bekend. Inzichtgevende behandelingen lijken in ieder geval weinig kans van slagen te bieden (Harris, Rice & Cormier, 1991); impulsiviteitstraining (vergroting frustratietolerantie en gedragsbeheersing), regelmatig toezicht en (mogelijk) ondersteuning met medicatie lijken meer aangewezen. Het volgen van een opleiding en reguliere arbeidsparticipatie behoren vanzelfsprekend tot het behandel aanbod. Een aantal relatief gangbare interventies bij seksuele delinquenten, zoals slachtoffer-empathietraining (Pithers, 1994) en de delictscenarioprocedure (Van Beek, 1999) zijn pas geïndiceerd als patiënt psychopathie verminderd is, omdat zijn psychopathische trekken een positieve behandelrespons op deze interventies verhinderen.

Casus 2

Onze tweede casus betreft een thans 35-jarige man, die ter zake van het plegen van ontucht is veroordeeld tot vijftien maanden gevangenisstraf en tbs met bevel tot verpleging; patiënt is nooit eerder veroordeeld. Wel zijn er hulpverleningscontacten geweest. Hij is inmiddels ruim twee jaar opgenomen.

Voorgeschiedenis

Patiënt is als ongewenst kind opgegroeid in het grootouderlijk gezin; hij heeft zijn vader nooit gekend. Daarna woont hij een tijd bij zijn moeder en haar nieuwe man. Als de moeder van haar man scheidt trekt hij in bij zijn moeder en zijn halfbroer. Reeds als kind wordt hij omschreven als een in zichzelf gekeerd, angstig jongetje. Op veertienjarige leeftijd wordt hij, naar eigen zeggen, 'gemagnetiseerd' door een vriend van zijn moeder, hetgeen hij als een geestelijke verkrachting heeft ervaren. Het is niet bekend of patiënt seksueel misbruikt is.

Na de middelbare school gaat patiënt als technicus aan de slag in een constructiebedrijf waar hij veel gepest wordt en seksueel geïntimideerd, onder meer vanwege zijn infantiele gedrag. Op 24-jarige leeftijd wordt hij opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis, omdat hij denkt een hersentumor te hebben. Achteraf gezien, zo lezen we in de rapportages, is er in dit stadium al sprake van een 'angstig-hysterische ontwikkeling in het kader van een ernstige *borderline* persoonlijkheidsstoornis. Kenmerkend zijn, naast vrijwel continue op tal van terreinen aanwezige angsten, de extreem lage

zelfwaardering, een gestoorde identiteit, een zwakke realiteitstoetsing en de neiging de eigen onlust op de buitenwereld te projecteren die dan een "duivels" karakter krijgt'.

Werkhervatting mislukt en patiënt wordt wegens zijn psychische conditie volledig afgekeurd voor zijn werk. Hij wordt naar de RIAGG verwezen, die dagbehandeling voor hem regelt. Patiënt stopt op eigen initiatief met deze behandeling, zonder ooit te hebben gesproken over zijn kernproblematiek. Hij heeft sindsdien nog een aantal banen en leert in deze periode zijn toekomstige echtgenote kennen. Zij heeft reeds een dochter uit een eerder huwelijk voor wie patiënt erg aardig is. Patiënt en zijn vrouw krijgen vervolgens samen een kind. Wanneer de toch al wankel seksuele relatie met zijn echtgenote in verband met haar incestverleden verder uitdooft, neemt patiënt, die chronisch onder spanning staat, zijn toevlucht tot zijn stiefdochtertje. Gedurende ruim drie jaar pleegt hij ontuchtige handelingen met haar. Hij voelt zich bij haar 'kind met de kinderen'; bovendien heeft hij het idee dat zij over paranormale (magnetiserende) gaven beschikt en kan hij bij haar zijn chronisch gevoel van machteloosheid compenseren.

Inventarisatie risicofactoren: codering van de PCL-R en SVR-20

Ook van deze patiënt hebben wij een consensus psychopathiescore (PCL-R); wij komen uit op een totaalscore van 10⁸. Zijn score is vooral gebaseerd op Factor 1 items, zoals manipulerend gedrag, geen verantwoordelijkheid nemen voor eigen gedrag en gebrek aan empathie. Hier dient bij aangetekend te worden dat deze items vooral in het delictgedrag een grote rol hebben gespeeld. Op de SVR-20 komen wij op dit moment tot een positieve score op de volgende risicofactoren: psychiatrische stoornis, relationele problemen, arbeidsgerelateerde problemen, sterke minimalisering/ontkenning van de seksuele delicten.

Het verloop van de behandeling

Belangrijke aandachtspunten in de behandeling zijn: het ontwikkelen van een zelfstandige identiteit en het versterken van het gevoel van eigenwaarde; leren accepteren van de beperkingen die voortvloeien uit zijn stoornis; verantwoording nemen voor de eigen handelingen (daderbesef); leren hanteren van conflicten door het afleren van conflictvermijdend gedrag, waarbij de ziekterol als 'alibi' wordt ingezet; ontwikkelen van een reële en volwassen seksualiteitsbeleving.

Patiënt etaleert zichzelf als te ziek en te ernstig getraumatiseerd om in een forensisch psychiatrisch ziekenhuis 'goed' te kunnen functioneren. Opvallend is zijn ongebreidelde behoefte over zichzelf en zijn problemen te praten. Meerdere malen dient hij een verzoek in tot overplaatsing naar een 'normaal' psychiatrisch ziekenhuis. Patiënt ontkent zijn problematiek in sterke mate.

8. In dit geval is de consensus bepaald door de auteurs van dit artikel, omdat patiënt niet in de steekproef van de betrouwbaarheidsstudie is opgenomen, en wij dus niet beschikken over drie onafhankelijke scores.

Vanwege de ernst van zijn problematiek wordt hij bij opname geplaatst op de afdeling voor gestructureerde en individuele behandeling. In de sociale omgang met anderen is hij zeer beperkt. Activiteiten met andere patiënten wijst hij in het begin veelal af. Zijn angst voor bepaalde patiënten speelt hierbij een grote rol. Na ongeveer zeven maanden wordt hij intern overgeplaatst naar een afdeling waar patiënten verblijven, waarbij een psychiatrische symptoomstoornis (zoals schizofrenie, angststoornis, depressie) meer op de voorgrond staat dan een persoonlijkheidsstoornis. Vanwege zijn houding, gedrag en pathologie heeft hij, vooral in het eerste jaar van zijn verblijf in de kliniek, veel structuur en bescherming nodig.

Na verloop van tijd onderkent patiënt steeds meer zijn dadenrol. Ook lukt het patiënt steeds beter om naar zijn eigen aandeel te kijken bij conflicten. Deze verandering is vooral zichtbaar in de dagelijkse omgang met medepatiënten in de leefgroep waar patiënt eerder veel vermijdend gedrag en passief verzet tentoonspreidde. Samen met zijn psychotherapeut werkt hij aan het opstellen van een delictscenario (Van Beek, 1999). Uiteindelijk dient patiënt zijn 'persoonlijke waarschuwingssignalen' te leren herkennen om recidive te voorkomen. Daarom wordt door patiënt en therapeut een terugvalpreventieplan opgesteld. Een volgende fase in het behandelingstraject zal 'verhuizing' naar een transmurale kliniekplaats zijn (Hildebrand & De Ruiter, 1999).

Commentaar

De beschrijving van de risicoanalyse van de twee seksuele delinquenten laat zien dat er grote verschillen zijn in het aantal en de aard van de risicofactoren voor seksueel delictgedrag bij verschillende delinquenten, zelfs als het om hetzelfde delicttype gaat. Deze verschillen hebben implicaties voor de aard en duur van de behandeling, voor het verloffbeleid en voor de mate van toezicht, die in verschillende fasen van de behandeling noodzakelijk is.

Bij de eerste casus is sprake van tenminste tien risicofactoren op de SVR-20, waarvan er twee – psychopathie en seksuele deviatie – een groot risico vormen en moeilijk veranderbaar zijn. Ons inziens zal deze patiënt lange tijd intramuraal behandeld moeten worden, want psychopathie is niet alleen een risicofactor voor seksuele recidive, maar ook voor gewelddadige recidive in het algemeen. Voordat deze patiënt verlof kan worden verleend, zal er een ontwikkeling op gang moeten komen naar een meer structurele persoonlijkheidsverandering met een duidelijk probleembesef en het nemen van verantwoordelijkheid voor het eigen gedrag. Hij is in het verleden in staat gebleken zijn charmes aan te wenden om onbekende slachtoffers mee te lokken en de groep potentiële slachtoffers is dan ook groot.

De tweede casus laat een ander beeld zien. Bij deze patiënt lijkt geen sprake te zijn van een deviante seksuele voorkeur voor jonge meisjes. Hij heeft seksueel delictgedrag vertoond als gevolg van insufficiëntiegevoelens, depressieve klachten en extreem beperkte sociale vaardigheden, met een slachtoffer dat in zijn directe omgeving beschikbaar was. De kans dat hij, zoals de patiënt van de eerste casus, een onbekend slachtoffer zou meelokken om haar seksueel te gebruiken, is zeer gering. Deze patiënt vertegenwoordigt dus een

veel lagere
van hem
worden in
zige psych
het sociale

Slotbesch

In de dage
gehouden
vertegenw
behandela
interventie
delinquent
de meeste
de werker
beveiligen
(seksuele)
doelmatig
den)delinc
Met dit art
aanpak va
brengen v
menten va
behandeli
tussen (ve
zocht. Oo
vastgestel
Wij zijn
beschikki
verrichten
en als klir
tbs-prakti
mogelijk.
kunnen le

Literatuur

American P
ders (3rd
American P
ders (3rd
American P
ders (4th
Beek, D.J.
Academ
Beek, D.J. v
vertaling

veel lager risico dan de eerste. Om die reden hoeft de intramurale behandeling van hem minder langdurig te zijn en kan sneller een resocialisatietraject worden ingezet, waarbij behandeling van de risicofactoren (zoals de aanwezige psychiatrische problematiek en de problemen met het ontwikkelen van het sociale netwerk) ook tijdens de transmurale fase kan plaatsvinden.

Slotbeschouwing

In de dagelijkse praktijk van de tbs-behandeling wordt uiteraard rekening gehouden met het risicoprofiel dat iedere afzonderlijke zedendelinquent vertegenwoordigt. De verschillende risicofactoren staan in de aandacht van behandelaars, en door middel van speciaal voor deze groep ontwikkelde interventies, zoals de delictscenarioprocedure en dadergroepen voor zedendelinquenten (Bullens, 1997), wordt getracht het risico terug te dringen. In de meeste gevallen lukt dit ook, in sommige andere niet. Het is de taak van de werkers in de forensisch psychiatrische instituten de maatschappij te beveiligen tegen (zedendelinquenten die een onaanvaardbaar hoog risico op (seksuele) recidive hebben. Tegelijkertijd moeten zij door middel van een doelmatige en doeltreffende behandeling een veilige terugkeer van (zedendelinquenten naar de samenleving proberen mogelijk te maken.

Met dit artikel hebben wij een pleidooi willen houden voor een systematischer aanpak van de risicotaxatie bij seksuele delinquenten. Door het in kaart brengen van statische en dynamische risicofactoren, op verschillende momenten van de behandeling, ontstaat meer inzicht in de effectiviteit van die behandeling op de risicofactoren. Na afloop van de behandeling kan de relatie tussen (veranderingen in) risicofactoren en eventuele recidive worden onderzocht. Ook de kracht van de verschillende risicofactoren kan zo worden vastgesteld.

Wij zijn ons ervan bewust dat de instrumenten die ons momenteel ter beschikking staan om systematische risicotaxatie bij zedendelinquenten te verrichten nader onderzocht dienen te worden op hun waarde als voorspellers en als klinische instrumenten. Door invoering van deze instrumenten in de tbs-praktijk, maar ook daarbuiten, wordt onderzoek naar de waarde ervan mogelijk. Dit zal naar onze verwachting op de lange termijn een bijdrage kunnen leveren aan een gedifferentieerd zorgbeleid voor zedendelinquenten.

Literatuur

- American Psychiatric Association (1980) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed.), Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1987) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd rev. ed.), Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.), Washington: American Psychiatric Association.
- Beek, D.J. van (1999) *De delictscenarioprocedure bij seksueel agressieve delinquenten*, Academisch proefschrift, Universiteit van Amsterdam, Deventer: Gouda Quint.
- Beek, D.J. van, D. de Doncker & C. de Ruiter (1999) *De Nederlandse Static-99* (geautoriseerde vertaling).

- Blackburn, R. (1992) 'Criminal behaviour, personality disorder and mental illness: the origins of confusion', *Criminal Behaviour and Mental Health*, 2: 66-77.
- Boer, D.P., R.J. Wilson, C.M. Gauthier & S.D. Hart (1997) 'Assessing risk of sexual violence: guidelines for clinical practice', in C.D. Webster & M.A. Jackson (eds.), *Impulsivity. Theory, Assessment and Research*, pp. 326-342, New York: Guilford.
- Bullens, R.A.R. (1997) 'Blijvende verandering: over de behandeling van plegers van seksueel misbruik', *Pedagogisch Tijdschrift*, 22: 271-283.
- Cleckley, H.M. (1941) *The Mask of Sanity*, St. Louis, MO: Mosby.
- Cleckley, H.M. (1976) *The Mask of Sanity. An Attempt to Clarify some Issues about the so-called Psychopathic Personality* (5th ed.), St. Louis, MO: Mosby.
- 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, J.L. van (1985) *TBR en recidive: een beschrijving van ter beschikking gestelden van wie de maatregel is beëindigd in de periode 1974-1979*, Den Haag: Staatsuitgeverij.
- Emmerik, J.L. van (1989) *TBR en recidive: een vervolgstudie naar de recidive van ter beschikking gestelden van wie de maatregel is beëindigd in de periode 1979-1983*, Arnhem: Gouda Quint.
- Emmerik, J.L. van (1996) *Nadere analyse van de gegevens uit WODC rapport nr. 141: Recidive na ontslag uit tbs*, Niet gepubliceerd.
- Firestone, P., J.M. Bradford, D.M. Greenberg, K.L. Nunes & I. Broom (1999) *A comparison of the Sex Offender Risk Appraisal Guide (SORAG) en the Static-99*, Poster presented at the annual conference of the Association for the Treatment of Sexual Abusers, Miami, Florida.
- Greenberg, D.M. (1998) 'Sexual recidivism in sex offenders', *Canadian Journal of Psychiatry*, 43: 459-465.
- Gretton, H., M. McBride & R.D. Hare (1995) *Psychopathy in Adolescent Sex Offenders. A Follow-up Study*, Paper presented at the annual conference of the Association for the Treatment of Sexual Abusers (october), New Orleans, LA.
- Hanson, R.K. (1997) *The Development of a Brief Actuarial Risk Scale for Sexual Offense Recidivism* (User report 97-04), Ottawa: Department of the Solicitor General of Canada.
- Hanson, R.K. (1998) 'What do we know about sex offender risk assessment?', *Psychology, Public Policy, and Law*, 4: 50-72.
- Hanson, R.K. & M.T. Bussière (1998) 'Predicting relapse: a meta-analysis of sexual offender recidivism studies', *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66: 348-362.
- Hanson, R.K. & A.J.R. Harris (1998) *Dynamic Predictors of Sexual Recidivism* (User report No. 98-01), Ottawa, Ontario, Canada: Department of the Solicitor General of Canada.
- Hanson, R.K., & D. Thornton (1999) *Static-99: Improving Actuarial Risk Assessments for Sex Offenders*, Unpublished manuscript.
- Hare, R.D. (1980) 'A research scale for the assessment of psychopathy in criminal populations', *Personality and Individual Differences*, 3: 35-42.
- Hare, R.D. (1991) *Manual for the Hare Psychopathy Checklist-Revised*, Toronto: Multi Health Systems.
- Hare, R.D., H. Vertommen, W. van den Brink & C. de Ruiter (in druk) *Handleiding bij de Nederlandse PCL-R*, Toronto, Canada: Multi Health Systems.
- Harpur, T.J., A.R. Hakstian & R.D. Hare (1988) 'Factor structure of the Psychopathy Checklist-Revised', *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56: 741-747.
- Harris, G.T., M.E. Rice & C.A. Cormier (1991) 'Psychopathy and violent recidivism', *Law and Human Behavior*, 15: 625-637.
- Hart, S.D. & R.D. Hare (1989) 'Discriminant validity of the Psychopathy Checklist in a forensic psychiatric population', *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1: 211-218.
- Hildebrand, M. & C. de Ruiter (1998) 'Ontwikkelingen in het onderzoek naar psychopathie: Hare's Psychopathy Checklist-Revised', *De Psycholoog*, 7/8: 314-320.
- Hildebrand, M. & de Ruiter, C. (1999) 'Intramurale behandeling in de forensische psychiatrie: de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek', in C. de Ruiter & M. Hildebrand (red.), *Behandelingsstrategieën bij forensisch psychiatrische patiënten*, Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Hildebran
Neder
op sek
Leuw, E.
Leuw, E.
Arne
Meloy, J.J.
Mossman
Journ
Ogloff, J.J.
comm
Pithers, W.
offenc
565-5'
Prentky, J.
impul:
Prentky, I.
moles
Prentky, I.
extraf:
Quinsey,
Journ
Quinsey,
Risk,
Rice, M.
maxin
Rice, M.E.
Consu
Rice, M.E.
Guide
Rosenthal
Ruiter, C.
Hilde
ten/Di
Salekin, R.
Check
cal Ps
Schneider
Wartna, F.
40-56.

- Hildebrand, M., C. de Ruiter & D.J. van Beek (in voorbereiding) *Handleiding van de Nederlandse Sexual Violence Risk-20. Professionele richtlijnen ter beoordeling van risico op seksueel gewelddadig gedrag (geautoriseerde versie)*.
- Leuw, E. (1995) *Recidive na ontslag uit TBS*, Arnhem: Gouda Quint.
- Leuw, E. (1999) *Recidive na de TBS. Patronen, trends en processen en de inschatting van gevaar*, Arnhem: Gouda Quint.
- Meloy, J.R. (1992) *Violent Attachments*, Northvale, NJ: Aronson.
- Mossman, D. (1994a) 'Assessing predictions of violence: being accurate about accuracy', *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62: 783-792.
- Ogloff, J.R., S. Wong & A. Greenwood (1990) 'Treating criminal psychopaths in a therapeutic community', *Behavioral Sciences and the Law*, 8: 181-190.
- Pithers, W.D. (1994) 'Process evaluation of a group therapy component designed to enhance sex offenders' empathy for sexual abuse survivors', *Behavior Research and Therapy*, 32: 565-570.
- Prentky, R.A., R.A. Knight, A.S. Lee & D.D. Cerce (1995) 'Predictive validity of lifestyle impulsivity for rapists', *Criminal Justice and Behavior*, 22: 106-128.
- Prentky, R.A., A.F.S. Lee, R.A. Knight & D.D. Cerce (1997a) 'Recidivism rates among child molesters and rapists: a methodological analysis', *Law and Human Behavior*, 21: 635-659.
- Prentky, R.A., R.A. Knight & A.S. Lee (1997b) 'Risk factors associated with recidivism among extrafamilial child molesters', *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65: 141-149.
- Quinsey, V.L., M.E. Rice & G.T. Harris (1995) 'Actuarial prediction of sexual recidivism', *Journal of Interpersonal Violence*, 10: 85-105.
- Quinsey, V.L., M.E. Rice & C.A. Cormier (1998) *Violent offenders. Appraising and Managing Risk*, Washington, DC: American Psychological Association.
- Rice, M.E., G.T. Harris & V.L. Quinsey (1990) 'A follow-up of rapists assessed in a maximum-security psychiatric facility', *Journal of Interpersonal Violence*, 5: 435-448.
- Rice, M.E. & G.T. Harris (1995) 'Violent recidivism: assessing predictive validity', *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63: 737-748.
- Rice, M.E. & G.T. Harris (1997) 'Cross-validation and extension of the Violence Risk Appraisal Guide for child molesters and rapists', *Law and Human Behavior*, 21: 231-241.
- Rosenthal, R. (1991) *Meta-Analytic Procedures for Social Research*, Newbury Park, CA: Sage.
- Ruiter, C. de (1999) 'Risicotaxatie bij forensisch psychiatrische patiënten', in C. de Ruiter & M. Hildebrand (red.), *Behandelingsstrategieën bij forensisch psychiatrische patiënten*, Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Salekin, R.T., R. Rogers & K.W. Sewell (1996) 'A review and meta-analysis of the Psychopathy Checklist and Psychopathy Checklist-Revised: predictive validity of dangerousness', *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3: 203-215.
- Schneider, K. (1950) *De psychopathische persoonlijkheid*, Utrecht: Erven J. Bijleveld.
- Wartna, B. (1999) 'Recidive-onderzoek in Nederland', *Tijdschrift voor Criminologie*, 41 (1): 40-56.