

Androgeen deprivatie therapie bij mannen die een zedendelict pleegden: wanneer en hoe af te bouwen, te wijzigen of te stoppen?

Inge Jeandarme^{1,2}, Sophie Verschueren¹, Hein Bokern³, Jan De Laender⁴, Jacques Lucieer⁵, Philippe Marcq⁶, Guy T'Sjoen⁷, Jelle Troelstra⁸, Dirk Van de Putte¹, Bieke Van Haecke⁹, Dirk Vanderschuieren², & Luk Gijs²

¹Psychiatrisch centrum Asster, België

²Katholieke Universiteit Leuven, België

³FPC dr. S. van Mesdag, België

⁴OPZC Rekem, België

⁵FPC De Kijvelanden, België

⁶Ziekenhuis Maas en Kempen, België

⁷Universitair Ziekenhuis Gent, België

⁸Van der Hoevenkliniek, Nederland

⁹Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Lucia, België

Samenvatting

Androgeen deprivatie therapie (ADT) is een waardevolle aanvulling bij psychotherapeutische behandelingen bij mannen met een parafiele stoornis en een verhoogd risico op recidive. De behandeling kan echter gepaard gaan met hinderlijke tot ernstige bijwerkingen. Ook wordt het vrijwillige karakter van de noodzakelijke geïnformeerde toestemming van de patient in vraag gesteld. In de praktijk leidt dit tot vragen om ADT te stoppen, te verminderen dan wel te wijzigen. De literatuur biedt echter weinig concrete richtlijnen met betrekking tot de beoogde behandelduur. Het doel van deze studie is het ontwikkelen van een consensus-based richtlijn inzake de besluitvorming tot aanpassing van ADT bij mannen met een parafiele stoornis. Aan de hand van de gemodificeerde Delphi-methode werden in drie rondes experts bevestigd over de ideale behandelduur van ADT. De criteria van de COSTLow-R schaal werden beoordeeld op hun bruikbaarheid en relevantie in het kader van stopzetting dan wel wijziging van ADT. Aanbevelingen zijn gevormd op basis van de mate van consensus tussen de experts. Er werd geen consensus bereikt omtrent de vereiste minimale behandelduur, maar de experts waren het er wel over eens dat er geen maximum duur is. Stopzetting is gerechtvaardigd bij het ontstaan van ernstige onbehandelbare bijwerkingen en bij het intrekken van toestemming door de patient. Psychiaters hebben de eindbeslissing over het stopzetten dan wel wijzigen van ADT. Voor het merendeel van de criteria van de COSTLow-R schaal die gebruikt kan worden ter onderbouwing van deze beslissing vonden de psychiaters in de huidige studie sterke of zwakke consensus. Drie extra criteria werden aan de lijst toegevoegd. Bij gebrek aan een empirische validering, is een richtlijn gebaseerd op een transparante overeenstemming een eerste stap in een betere onderbouwing van de besluitvorming tot aanpassing van ADT.

Prof. Dr. Inge Jeandarme is hoofddocent KUL vakgroep rechten en criminologie, en is forensisch psychiater in PC Asster.

Sophie Verschueren is seksuoloog en wetenschappelijk onderzoeker in PC Asster.

Dr. Hein Bokern is psychiater n.p. en voorheen FPC Dr. S. van Mesdag.

Dr. Jan De Laender is forensisch psychiater en beleidspsychiater forensisch zorgcircuit in OPZC Rekem.

Dr. Jacques Lucieer is psychiater en voormalig geneesheer-directeur FPC de Kijvelanden.

Philippe Marcq is consultant congenitale en reproductieve endocrinologie in de dienst endocrinologie UZ Leuven en medisch diensthoofd endocrino-diabetologie in ZOL campus Maas en Kempen te Maaseik.

Prof. Dr. Guy T'Sjoen is hoogleraar UGent vakgroep geneeskunde en is endocrinoloog bij Dienst endocrinologie en stofwisselingszieken, en Centrum voor Seksuologie en Gender, UZ Gent.

Dr. Jelle Troelstra is psychiater en Opleider Psychiatrie, forensische psychiatrie.

Dirk Van de Putte is psychiater n.p. en voorheen PC Asster.

Dr. Bieke Van Haecke is psychiater Kliniek voor Forensische Psychiatrie/Forensisch Psychiatrisch Verzorgingstehuis in PZ Sint-Lucia.

Prof. Dr. Dirk Vanderschuieren is Gewoon hoogleraar KU Leuven, vakgroep geneeskunde en Kliniekhoofd endocrinologie UZ Leuven.

Prof. dr. Luk Gijs, psycholoog, is universitair hoofddocent aan het Instituut voor Familiale en Seksuologische Wetenschappen, Departement Neurowetenschappen, KU Leuven.

Correspondentieadres: ingeborg.jeandarme@telenet.be

Ontvangen: 21 oktober 2020; geaccepteerd: 19 augustus 2021

Om de intensiteit en frequentie van deviante fantasieën te verminderen en het risico op zedendelicten te verminderen kunnen hormonale behandelingen of androgeen deprivatie therapie (ADT) worden gebruikt. ADT omvat zowel de antiandrogenen medroxyprogesteron acetaat (MPA; Depo-Provera®)¹ en cypoteron acetaat (CPA; Androcur®) als de Luteïniserend Hormoon Releasing Hormoon-agonisten (LHRH-agonisten) zoals triptoreline (Salvacyl®).

Door het testosterongehalte te verlagen tot een pre-pubertair niveau bewerkstelligt ADT een verminderde gevoeligheid voor seksuele stimuli. Onder ADT worden - in meestal ongecontroleerde studies (zoals bij fysieke castratie) - sterk verminderde recidives vastgesteld; bijvoorbeeld 1 tot 2% bij het gebruik van een LHRH-agonist en dat is aanzienlijk minder dan de recidivecijfers zonder deze behandeling (13.7%) of met alleen een psychologische behandeling (10.1%) (Thibaut et al., 2020; vergelijk Schmucker & Lösel, 2015). Enkel bij personen met een parafiele stoornis en/of hyperseksualiteit en een matig of hoog recidiverisico is ADT geïndiceerd (Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, 2019). Niet alle zedendelinquenten hebben immers een parafiele stoornis of met andere woorden een deviante seksuele voorkeur (zoals pedofilie). In 2011 werden in Duitsland 10.6% van de 611 zedendelinquenten met een parafiele stoornis behandeld met een LHRH-agonist en 5.1% met CPA (Turner, Basdekis-Jozsa, & Briken, 2013). Ondanks het voordeel van een dosisafhankelijk effect bij CPA, gaat de voorkeur bij Nederlandstalige experts in een recent uitgevoerde studie eerder uit naar LHRH-agonisten (Verschuieren et al., 2021); volgens 86.6% van de respondenten uit deze studie geven LHRH-agonisten in vergelijking met CPA een sterkere daling van de frequentie en intensiteit van deviante seksuele fantasieën en verlangens.

ADT is een medische behandeling waarmee de patiënt vrijwillig instemt. In sommige gevallen gebeurt dit op expliciete vraag van een patiënt met bijvoorbeeld een hoge lijdensdruk tengevolge van zich opdringende deviante fantasieën. In het kader van een justitieel opgelegde behandeling, kan het vrijwillige karakter van deze instemming echter betwist worden; het betreft dan een drangbehandeling omdat bijvoorbeeld bij weigering een gevangenisstraf het enige alternatief is (Cosyns & Vander Laenen, 2020; Gooren, 2011). Sommige patiënten ervaren ADT dan ook niet als een vrije keuze maar als het 'minste van twee kwaden', en geven aan na afloop van hun justitiële voorwaarden ermee te willen stoppen (Boons, Jeandarme, & Vervaeke, 2021). In de praktijk ontstaat er vaak spanning tussen enerzijds de wensen van de patiënt die aandringt op stopzetting omdat hij de onderdrukking van het seksuele verlangen als zodanig als negatief ervaart en/of bijwerkingen ervaart en anderzijds de behandelaar die het risico op nieuwe slachtoffers tracht te verminderen

via ADT (zie ook Berends, Meijer, & Neven, 2021). Bij gebrek aan duidelijke richtlijnen en empirische evidentie, staat de clinicus voor dilemma's. Wanneer en onder welke omstandigheden kan ADT afgebouwd, gewijzigd of gestopt worden? Briken, Bradford, Cosyns en Thibaut (2015) ontwikkelden op basis van hun uitgebreide klinische ervaring de *Change or Stop Testosterone Lowering Medications-Scale* (COSTLow-Scale) als hulpmiddel bij deze besluitvorming. De tien factoren van de COSTLow schaal werden getest op bruikbaarheid en relevantie, hetgeen resulteerde in een gereviseerde versie (COSTLow-R; Briken et al., 2019) met 15 factoren, die vijf thema's omvatten: leeftijd en duur van de behandeling, therapeutische alliantie, psychopathologie en risicofactoren, motivatie, therapietrouw en mate van externe controle. In de hier gerapporteerde empirische studie werd de Nederlandse vertaling van deze schaal gevalideerd via een bevraging bij Nederlandstalige psychiaters werkzaam in de forensisch psychiatrische sector. De Delphi-methodiek die hierbij werd toegepast, is geschikt gelet op de beperkte evidentie die er bestaat over dit thema (Hsu & Sandford, 2007). De studie beoogt meer algemeen een consensus-based richtlijn te ontwikkelen inzake de besluitvorming tot aanpassing van ADT bij mannen met een parafiele stoornis.

Opvolging en behandelduur van ADT

De complexiteit van ADT vereist een multidisciplinaire benadering. Voor de opvolging van het behandel-effect en psychiatrische bijwerkingen kunnen psychiaters samenwerken met psychologen en/of seksuologen. Een nauwgezette somatische opvolging is daarnaast noodzakelijk wegens het risico op bijwerkingen (zoals osteoporose, gewichtstoename en borstvorming) die in sommige gevallen erg hinderlijk kunnen zijn (Gijs & Gooren, 1996). Het Belgische Raadgevend Comité voor Bio-ethiek (2006) stelde ons inziens terecht dat specialistisch endocrinologisch advies nodig is bij de opstart van ADT, ook al blijft de psychiater eindverantwoordelijk voor de indicatiestelling, de geïnformeerde toestemming en de opvolging (indien nodig met hulp van een consulent-endocrinoloog). In België is de terugbetaling gekoppeld aan zowel de psychiatrische als de somatische opvolging. In Nederland is dit verrassend genoeg niet het geval, waardoor Nederlandse psychiaters in de praktijk vaak ook de somatische opvolging voor hun rekening nemen (Verschuieren et al., 2021).

Over de optimale behandelduur van ADT bestaat weinig consensus (Cooper, 1986; Gijs & Gooren, 1996; Thibaut et al., 2020). De meest recente versie van de richtlijn van de *World Federation of Societies of Biological Psychiatry* (WFSBP; Thibaut, et al., 2020) inventariseert in een omvattende review 62 studies (1969 - 2018) inzake het gebruik van CPA en LHRH-agonisten bij zedendelinquenten (waaronder 35 case reports en 27 open en gecontroleerde studies) en concludeert op basis hiervan dat er weinig bekend is over bijwerkingen op lange termijn gezien de meeste studies eerder

¹ In Vlaanderen en Nederland niet gebruikt voor deze indicatie.

een beperkte follow-up periode (minder dan één jaar bij CPA en minder dan twee jaar bij LHRH-agonisten) bestrijken. Er wordt geadviseerd om mensen met een milde parafiele stoornis (zoals exhibitionisme of pedofilie zonder slachtoffers) minimum twee jaar te behandelen en personen met een hoog risico op seksueel agressief gedrag minimaal vijf jaar of langer (Thibaut et al., 2020). Hierbij dient opgemerkt te worden dat het in de praktijk niet altijd makkelijk zal zijn om te differentiëren tussen een milde, matige of ernstige parafiele stoornis. Volgens Thibaut en collega's (2020) kan een gradatie van mild tot zeer ernstig gemaakt worden aan de hand van de aanwezigheid van slachtoffers, het aantal slachtoffers, de leeftijd van de slachtoffers en de mate van victimisatie. Ook deze formulering is echter voor interpretatie vatbaar. Aangezien parafiele stoornissen veelal gezien worden als chronische aandoeningen (Mokros & Habermeyer, 2016), en ADT weliswaar resulteert in een daling van de seksuele interesse maar de inhoud ervan in principe niet verandert, kan men argumenteren dat ADT best zo lang mogelijk gecontinueerd wordt. Een gezichtspunt dat ondersteund wordt door de vaststelling dat na stopzetting van een LHRH-agonist, er in 60 tot 90% van de gevallen een heropflakking was in parafiele fantasieën (Thibaut et al., 2020). Ook Cooper (1981) rapporteerde een significante stijging in seksuele interesse vier weken na stopzetting van CPA. Toch meent Fedoroff (2018) dat er niet zomaar vanuit gegaan mag worden dat parafiele stoornissen chronische aandoeningen zijn. Het onderzoek van Müller en collega's (2014) toonde met penisplethysmografie aan dat ongeveer de helft van de 43 behandelde pedofielen na zes maanden een stijging in seksuele opwindning vertoonde voor volwassen stimuli en een reductie voor pedofiele stimuli. In een systematische review concludeerden Turner en Briken (2018) verder dat er aanwijzingen zijn dat LHRH-agonisten, anders dan CPA, effecten hebben op hersenregio's die betrokken zijn bij de emotionele evaluatie van parafiele stimuli. Hoewel dit een interessante bevinding is, is er vooralsnog geen empirisch onderzoek die deze conclusie bevestigt. Na stopzetting van een LHRH-agonist moet volgens sommige auteurs daarenboven rekening gehouden worden met het *flare-up* effect, dat is een tijdelijke verhoging van de testosteron waarden vooraleer deze terug normaliseren (Huygh et al., 2015; Koo et al., 2013). Thibaut en collega's (2020) adviseren om een LHRH-agonist niet onmiddellijk te stoppen, maar eerst over te schakelen naar CPA en in elk geval de psychotherapeutische behandeling niet te onderbreken.

Methode

De huidige studie maakt deel uit van een onderzoek naar de somatische en psychiatrische opvolging van ADT bij mannen met een parafiele stoornis, waaraan 22 Vlaamse en Nederlandse experts deelnamen. Het onderzoek werd goedgekeurd door het ethisch comité van UZ/KU Leuven op 27 februari 2019. In Vlaanderen

namen negen psychiaters deel (zeven verbonden aan high of medium security residentiële centra en twee aan low security ambulante forensische (referentie) zorginstellingen voor de behandeling van personen met een parafiele stoornis). In Nederland werden de 19 forensisch psychiatrische centra (beveiligingsniveau 4¹) en forensisch psychiatrische klinieken (beveiligingsniveau 3) benaderd, waarna zeven psychiaters instemden tot deelname. Bij 11 van deze forensische centra werd er voor de somatische opvolging (soms) samengewerkt met endocrinologen of urologen. Zes van deze somatisch specialisten accepteerden de uitnodiging tot deelname. Alle experts hadden ervaring met het voorschrijven en opvolgen van ADT. Hun sociodemografische gegevens worden weergegeven in Tabel 1.

Tabel 1. Karakteristieken van totale steekproef (N = 22)

Variabelen	n	%
Leeftijd (in jaren)		
<i>(M = 51.3, range = 32-70, SD = 10.0)</i>		
< 40	2	9.1
40-49	9	40.9
50-59	6	27.3
> 60	5	22.7
Geslacht		
Man	17	77.3
Vrouw	5	22.7
Beroep		
Psychiater	16	72.7
Endocrinoloog	5	22.7
Uroloog	1	4.5
Land		
België (Vlaanderen)	14	63.6
Nederland	8	36.4
Aantal jaren ervaring in eigen specialisme		
<i>(M = 19.9, range = 1.5-43.0, SD = 10.4)</i>		
1-10	4	18.2
11-20	10	45.5
21-30	5	22.7
31-40	2	9.1
> 40	1	4.5
Aantal patiënten onder ADT opgevolgd		
1-5	3	13.6
6-10	3	13.6
11-20	4	18.2
21-50	7	31.8
51-100	2	9.1
101-150	2	9.1
151-200	1	4.5
> 200	0	0

¹ Nederland kent vier verschillende beveiligingsniveaus van zeer laag tot zeer hoog. Voorzieningen waar tbs-gestelden verblijven tot aan de transmurale verloffase zijn bijvoorbeeld hoog beveiligd: een Forensisch Psychiatrisch Centrum (beveiligingsniveau 4) en een Forensische Psychiatrische Kliniek (beveiligingsniveau 3). Er is in deze gevallen sprake van een gesloten setting met geringe of zeer geringe bewegingsvrijheid.

De hier gerapporteerde empirische deelstudie beoogde de inhoudsvaliditeit van de COST-Low-schaal te onderzoeken door een expertenpanel aan te wenden (Bolarinwa, 2015). Bovendien werd er getracht bij te dragen aan de Nederlandse vertaling van deze schaal met een bevraging bij Nederlandstalige psychiaters werkzaam in de forensisch psychiatrische sector. Een gemodificeerde Delphi-methodiek (combinatie van open vragen en gesloten stellingen) werd gebruikt teneinde consensus te bereiken (Hsu & Sandford, 2007). De stellingen werden beantwoord via een vijfpunts-Likertschaal. De bevraging werd verspreid via *Lime-survey* en geanalyseerd via het statistisch programma SPSS, versie 21. De mate van consensus werd berekend aan de hand van beschrijvende analyses. Er werd een onderscheid gemaakt tussen sterke en zwakke consensus (Grade working Group, 2004), waarbij voor het bepalen van sterke consensus gekozen werd voor een strenge consensusregel met 75% overeenkomst vereist (Hsu & Sanford, 2007) (Tabel 2). De Delphi-methodiek die hierbij werd toegepast is geschikt gelet op de beperkte evidentie die er bestaat over dit thema. Op basis van welke criteria consensus bepaald wordt in een Delphi studie is vatbaar voor discussie, aangezien hier geen officiële richtlijnen voor bestaan. Echter wordt de consensusregel van Keeney en collega's (2006) frequent gehanteerd, waarbij een overeenkomst van 75% wordt opgelegd. Voorzichtigheidshalve werd in de huidige studie gekozen voor een gelijkaardige conservatieve consensusregel (Hsu & Sandford, 2007). Voorliggend onderzoeksthema kan namelijk als belangrijk beschouwd worden wegens de grote impact die de beslissing heeft op het mentale en fysieke welzijn van een individu. Bij een consensus *cut-off* van bijvoorbeeld 51% kunnen de gebruikers van de vragenlijst in de praktijk de geldigheid ervan in vraag stellen en zijn ze minder geneigd deze te volgen (Keeney, et al. 2006). Aangezien Briken en collega's (2019) een meer liberale benadering hanteerden om consensus te bepalen, wordt er verwacht dat items met een lagere mate van consensus in hun studie, niet geïnccludeerd kunnen worden in de schaal op basis van de criteria in huidige studie.

De volgende vragen werden voorgelegd aan alle experts:

Bestaat er een minimum en/of maximum behandelduur van ADT?

Moet ADT gestopt worden bij ernstige bijwerkingen die onbehandelbaar zijn?

Moet ADT gestopt worden indien de patiënt geen toestemming meer verleent?

Onder welke voorwaarden kan ADT gestopt, afgebouwd of gewijzigd worden?

Moet in geval van stopzetting, ADT afgebouwd worden of onmiddellijk beëindigd worden?

Wie bepaalt stopzetting van ADT?

De 15 criteria met betrekking tot de COSTLow-R schaal werden enkel voorgelegd aan de psychiaters, waarbij gevraagd werd de relevantie en bruikbaarheid bij het veranderen of stopzetten van ADT te beoordelen op een vijfpunts-Likertschaal (i.e., 'helemaal niet bruikbaar/relevant' tot 'zeer bruikbaar/relevant'). In de klinische praktijk volgt de COSTLow-R schaal de principes van het gestructureerd klinisch oordeel, waarbij de factoren beoordeeld worden op hun (mogelijke) aanwezigheid en individueel gewogen worden tot een klinisch eindoordeel: ADT wordt gewijzigd, ADT wordt gestopt, dosis ADT wordt verminderd of ADT wordt gecontinueerd. Er is geen cut-off score, maar een hogere score resulteert in een beter onderbouwd besluit (2 = relatief veilig, 1 = niet zeker/mogelijk geïndiceerd, 0 = niet veilig) tot wijziging of stopzetting van ADT.

Resultaten

Met één uitzondering namen alle 22 uitgenodigde experts deel aan de drie ronden; elf experts becommentarieerden in de bijkomende feedbackronde de ontwikkelde richtlijn. Alle experts waren van mening dat er geen maximumduur gesteld mag worden en het bijgevolg mogelijk moet zijn om iemand levenslang met ADT te behandelen. De meerderheid (68.8%) vond een minimumduur daarentegen wel noodzakelijk, maar er

Tabel 2. Criteria voor het indelen van de consensus-based aanbevelingen

Graad	Beschrijving	Percentage	Mediaan	IQR ^a
A	Sterke consensus	≥ 75%: ≥ 4 of ≥ 75%: ≤ 2	≥ 4 of ≤ 2	≤ 1
B	Zwakke consensus	≥ 75%: ≥ 4 of ≥ 75%: ≤ 2 60.0% ≤ x < 75.0%: ≥ 4 of 60.0% ≤ x < 75.0%: ≤ 2	≥ 4 of ≤ 2 ≥ 4 of ≤ 2	> 1
C	Geen consensus	60.0% ≤ x < 75.0%: ≥ 4 of 60.0% ≤ x < 75.0%: ≤ 2 < 60%: ≥ 4 of < 60%: ≤ 2	< 4 of > 2	

^a IQR = interkwartielafstand

¹ De hoogte van de score op de Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R; Hare, 2003) geeft een indicatie van de mate waarin psychopathische kenmerken aanwezig zijn. De maximale score op de PCL-R bedraagt 40. De cut-off score om van psychopathie te spreken ligt volgens Hare (2003) op 30. In Europa wordt een score van 25 of meer als indicatief voor psychopathie aanzien (Cooke & Michie, 1999). Een hoge score is geassocieerd met herval in algemene en geweldsdelicten, ook bij zedendelinquenten.

was geen consensus over de precieze duur hiervan. In de eerste ronde werd een minimum duur van twee jaar het vaakst (50%) gerapporteerd. In de derde ronde werd er slechts bij 56.9% hierover consensus bereikt; een derde (33.3%) reageerde neutraal en 9.5% gaf aan niet akkoord te zijn met deze stelling. Alle experts vonden dat ADT onmiddellijk dient gestopt te worden bij het optreden van ernstige bijwerkingen (bijvoorbeeld ernstige anemie) en wanneer de patient niet langer instemt met de behandeling. Een geleidelijke afbouw van ADT had de voorkeur boven een onmiddellijk stopzetting, zodat (zelfs subtiele) heropflakkingen van seksuele verlangens tijdig kunnen opgemerkt worden. De meeste experts (95.5%) vonden dat de behandelduur dient te worden bepaald door de behandelend psychiater; 4.5% reageerde neutraal op deze stelling.

Tabel 3 geeft in detail weer in welke mate en in welke ronde door de psychiaters consensus bereikt werd met betrekking tot de criteria voor afbouw dan wel stopzetting van ADT. Over negen van de 15 COSTLow-R criteria werd sterke en over drie zwakke consensus bereikt zowel qua relevantie als qua bruikbaarheid. Over het criterium 'Duur hormonale behandeling met minimaal twee jaar voldoende effect' werd sterke consensus bereikt voor relevantie maar zwakke consensus voor bruikbaarheid. Over de criteria 'PCL-R¹ score < 25' en 'leeftijd > 45 jaar' reageerde ongeveer de helft van de psychiaters neutraal op beide aspecten en werd er bijgevolg geen consensus bereikt. Toch vond bijna de helft (46.7%) een lage PCL-R score wel een goed criterium om mee te betrekken in de besluitvorming. Een oudere leeftijd was volgens 26.7% een (erg) bruikbaar en (erg) relevant criterium. Op de open vraag aan welke criteria een patiënt moet voldoen om stopzetting van ADT te overwegen, waren de antwoorden van de experts genuanceerd. Zij vonden deze vraag erg belangrijk, maar benadrukten dat een beslissing tot stopzetting zorgvuldig moet afgewogen worden, en dit enkel na een langdurige stabiele periode zowel op seksueel (fantasieën onder controle) als op gedragsmatig (geen delictgedrag) vlak. Naast een laag algemeen recidiverisico, werd ook het belang van therapietrouw, voldoende probleembesef, een beschermend netwerk en stabiele levensomstandigheden benadrukt. Op basis van de antwoorden op deze open vraag werden in de tweede en derde ronde drie bijkomende criteria gesuggereerd om toe te voegen aan de COSTLow-R schaal, waarvan er door de psychiaters uiteindelijk twee in sterke mate als bruikbaar en relevant werden weerhouden: 'stabiliteit in woon- en werksituatie' en 'voldoende probleembesef'. Verder werd 'geen recente delicten' als zwakke aanbeveling toegevoegd.

Discussie

Net zoals dit het geval is bij de indicatiestelling tot ADT, geeft de wijziging of stopzetting ervan aanleiding tot discussie. Inmiddels is er een instrument ontwikkeld, de COSTLow-R schaal, waarmee de noodzaak om ADT

te minderen, aan te passen dan wel stop te zetten kan worden geïnventariseerd. Deze schaal werd op basis van de klinische expertise van een aantal, hoofdzakelijk Duitse experts, ontwikkeld. Met de huidige studie wilden wij de bruikbaarheid en relevantie van de schaal testen bij Nederlandstalige psychiaters met uitgebreide ervaring in het voorschrijven van ADT. Voor zover ons bekend, betreft het hier de eerste onafhankelijke validatiestudie naar deze schaal.

Vooraleer in te gaan op de specifieke factoren in de COSTLow-R schaal, werd eerst gepolst naar de ideale behandelduur van ADT. De experts in de huidige studie bereikten geen consensus omtrent de ideale minimale behandelduur, terwijl meer dan de helft het erover eens was dat ADT minimaal twee jaar moet gegeven worden. Aangezien de meeste studies aangeven dat er een heropflakking ontstaat in parafiele fantasieën en interesse na stopzetting van ADT, kan twee jaar als een eerder korte periode beschouwd worden. De WFSBP adviseert om in geval van een hoog recidive risico de behandeling minimaal vijf jaar te continueren (Thibaut et al., 2020). De empirische onderbouwing van dit advies is echter beperkt, omdat in veel studies follow-up recidive cijfers ontbreken en er derhalve niet is aangetoond dat een heropflakking in deviante fantasieën altijd leidt tot meer recidives. Ten tweede werden in de huidige studie de experten bevraagd naar randvoorwaarden, die leiden tot de noodzaak om ADT onmiddellijk te stoppen. Voor twee voorwaarden, die ook reeds door Briken en collega's (2018) werden geformuleerd, werd in de huidige studie consensus bereikt. Ten eerste dient ADT gestopt te worden indien er ernstige bijwerkingen optreden die zonder onderbreking moeilijk tot niet behandelbaar zijn (bijvoorbeeld ernstige osteoporose, anemie, trombo-embolie). Ten tweede is de geïnformeerde toestemming van de patiënt ten allen tijden vereist en moet bij het intrekken van deze toestemming ADT gestopt worden. Het wordt in deze context opgemerkt door de participerende experts dat het aan de patiënt zelf is om na de start van ADT aan te geven dat hij niet meer akkoord is met deze behandeling. Gelet op de complexiteit van de geïnformeerde toestemming binnen een justitieel kader, is het minimaal de taak van de behandelend arts om de patiënt zowel voor als tijdens behandeling voldoende en op een verstaanbare wijze te informeren (Boons et al., 2021; Knack, Chandler, & Fedoroff, 2020). Als een hulpmiddel hierbij kunnen de informatiefolders voor patiënten, die ontwikkeld werden in Psychiatrisch Centrum Assster in samenwerking met UZ Leuven, gebruikt worden¹.

Ten derde werd bevraagd onder welke andere omstandigheden het veilig geacht wordt om ADT af te bouwen, te verminderen of te stoppen. Ook zonder dat er sprake is van ernstige bijwerkingen of afwezigheid van toestemming, is er immers vaak weerstand bij pati-

¹ Deze brochures (met een aparte versie voor verstandelijk beperkte personen) zijn op verzoek te verkrijgen.

Tabel 3. Samenvatting van de mate van consensus met betrekking tot de criteria voor afbouw of stopzetting van ADT, gebaseerd op de COSTLow-R schaal (Briken et al., 2019)

	RONDE	1	2	PERCENTAGE			5	MED	IQR	CONSENSUS
				3	4					
Leeftijd en duur behandeling										
1	Leeftijd > 45 jaar									
	Bruikbaarheid	3	6.7	13.3	53.3	20.0	6.7	3.0	1.0	Geen
	Relevantie	3	6.7	13.3	53.3	20.0	6.7	3.0	1.0	Geen
2	Duur hormonale behandeling met minimaal 2 jaar voldoende effect									
	Bruikbaarheid	3	0	0	33.3	60.0	6.7	4.0	1.0	Zwak
	Relevatie	2	0	0	25.0	56.3	18.8	4.0	0.75	Sterk
Therapeutisch alliantie										
3	Betrouwbare hulpverleningsrelatie voor start ADT									
	Bruikbaarheid	3	0	0	26.7	60.0	13.3	4.0	1.0	Zwak
	Relevantie	3	0	13.3	26.7	53.3	6.7	4.0	1.0	Zwak
4	Psychotherapeutische behandeling was mogelijk voor start ADT									
	Bruikbaarheid	3	0	0	33.3	60.0	6.7	4.0	1.0	Zwak
	Relevantie	3	0	0	26.7	66.7	6.7	4.0	1.0	Zwak
5	Openheid over seksuele interesse en activiteit voor ADT en stijging tijdens									
	Bruikbaarheid	1	0	0	6.3	56.3	37.5	4.0	1.0	Sterk
	Relevantie	1	0	0	12.5	37.5	50.0	4.5	1.0	Sterk
Psychopathologie en risicofactoren										
6	Geen hyperseksuele stoornis of seksuele preoccupatie									
	Bruikbaarheid	1	6.3	0	12.5	43.8	37.5	4.0	1.0	Sterk
	Relevantie	1	0	0	6.3	50.0	43.8	4.0	1.0	Sterk
7	Lage mate geweld in parafelie (bijv. geen sadistische-homicidale fantasieën)									
	Bruikbaarheid	3	0	0	6.7	80.0	13.3	4.0	1.0	Sterk
	Relevantie	2	0	0	12.5	56.3	31.3	4.0	1.0	Sterk
8	Substantiële daling van de ernst van de parafilie/parafiele stoornis									
	Bruikbaarheid	1	0	0	18.8	50.0	31.3	4.0	1.0	Sterk
	Relevantie	1	0	0	6.3	62.5	31.3	4.0	1.0	Sterk
9	PCL-R score < 25									
	Bruikbaarheid	3	0	0	53.3	46.7	0	3.0	1.0	Geen
	Relevantie	3	0	6.7	46.7	46.7	0	3.0	1.0	Geen
10	Geen acute ernstige psychopathologie (psychotisch, manisch, hoog impulsief)									
	Bruikbaarheid	3	0	13.3	26.7	60.0	0	4.0	1.0	Zwak
	Relevantie	3	0	13.3	26.7	46.7	13.3	4.0	1.0	Zwak
11	Geen acuut hoog-risico									
	Bruikbaarheid	1	6.3	6.3	6.3	50.0	31.3	4.0	1.0	Sterk
	Relevantie	2	0	0	12.5	56.3	31.3	4.0	1.0	Sterk
Motivatie										
12	Verlangen niet-parafiele seksualiteit waaronder intimiteit (incl. kind erwens)									
	Bruikbaarheid	3	0	0	20.0	73.3	6.7	4.0	0	Sterk
	Relevantie	2	0	0	25.0	75.0	0	4.0	0.75	Sterk
13	Bereidheid van patiënt om over te stappen op andere medicatie (GnRH-agonist→CPA oraal →SSRI)									
	Bruikbaarheid	1	0	14.3	7.1	64.3	14.3	4.0	1.0	Sterk
	Relevantie	2	0	8.3	16.7	75.0	0	4.0	0.75	Sterk
Therapietrouw en mate van controle										
14	Medewerking opvolging effecten en de bijwerkingen									
	Bruikbaarheid	1	0	0	6.3	50.0	43.8	4.0	1.0	Sterk
	Relevantie	1	0	0	12.5	43.8	43.8	4.0	1.0	Sterk
15	Voldoende supervisie en controle (indien nodig) of geen toegang slachtoffers									
	Bruikbaarheid	1	0	0	12.5	43.8	43.8	4.0	1.0	Sterk
	Relevantie	1	0	0	6.3	43.8	50.0	4.5	1.0	Sterk
Extra variabelen										
16	Stabiliteit in woon- en werksituatie									
	Bruikbaarheid	3	6.7	0	6.7	80.0	6.7	4.0	0	Sterk
	Relevatie	3	6.7	0	6.7	73.3	13.3	4.0	0	Sterk
17	Voldoende probleembesef									
	Bruikbaarheid	3	0	6.7	6.7	80.0	6.7	4.0	0	Sterk
	Relevatie	3	0	6.7	6.7	73.3	13.3	4.0	0	Sterk
18	Geen recente delicten									
	Bruikbaarheid	3	0	0	33.3	46.7	20.0	4.0	1.0	Zwak
	Relevatie	3	0	0	33.3	40.0	26.7	4.0	2.0	Zwak

Noot: 1 = helemaal niet akkoord; 2 = niet akkoord; 3 = neutraal; 4 = akkoord; 5 = helemaal akkoord

enten om ADT langdurig te continueren. Vele patiënten met een parafiele stoornis geven aan dat hun parafiele interesses sterk verminderd of verdwenen zijn (Fedoroff, 2018). De vraag is in hoeverre deze beweringen sociaal wenselijk zijn. Het is volgens de meerderheid van de experts (95.5%) aan de behandelend psychiater om dan een afweging te maken tussen de wens van de patiënt en de bescherming van de maatschappij. Een praktisch hulpmiddel voor klinici om tot een onderbouwd besluit te komen is de COSTLow-R schaal, waarvan de criteria in de huidige studie beoordeeld werden. Bij Nederlandstalige psychiaters bleek er vooral sterke consensus te zijn voor aspecten gerelateerd aan motivatie, therapietrouw en mate van controle. Belangrijk te vermelden is dat de consensus regels in de huidige studie erg streng waren om de kwaliteit van de consensusgebaseerde richtlijn te verzekeren (Hsu & Sandford, 2007). Wanneer dezelfde consensusregel zou toegepast worden als in de studie van Briken en collega's (2019) - d.i. 50% van de experts met score twee of hoger op relevantie en bruikbaarheid - was er ook in de huidige studie over alle items consensus bereikt geweest. Hieronder wordt verdere toelichting gegeven bij de vijf verschillende thema's uit de COSTLow-R schaal.

Leeftijd en duur behandeling

Briken en medewerkers (2019) baseerden zich voor het stellen van een arbitraire leeftijdsgrens (> 45 jaar) op bevindingen die wijzen op een verlaagd recidiverisico bij oudere seksueel delinquenten (bijvoorbeeld Booth, 2016). Er was in de huidige studie hierover geen consensus; één op de vijf psychiaters gaf aan het totaal niet eens te zijn met dit criterium.

Na drie jaar behandeling met goed effect, zullen volgens Briken en collega's (2019) enerzijds de testosteronspiegels meer gradueel stijgen na stopzetting van ADT en anderzijds patiënten meer openstaan voor een geleidelijke afbouw. Omdat in de huidige studie de meeste deelnemers een minimale behandelduur van twee jaar noemden, werd voor dit criterium bij de gesloten stellingen een periode van twee in plaats van drie jaar vooropgesteld. Toch werd ook voor deze stelling slechts zwakke consensus gevonden. Een efficiënte behandeling impliceert ook dat er geen sprake is van nieuwe delicten. De experts vonden het aangewezen dit gegeven als extra criterium op te nemen in de lijst, hoewel het in de praktijk niet evident zal zijn om hier zicht op te krijgen, bijvoorbeeld omdat er - vooral in België - wettelijke restricties zijn die de toegang voor derden tot justitiële gegevens beperken.

Therapeutische alliantie

De kwaliteit van de therapeutische alliantie, ofwel de kwaliteit van de relatie tussen patiënt en therapeut, bepaalt in belangrijke mate het effect van verschillende soorten therapieën. Hoe meer overeenstemming over de taken en doelen van de therapie en hoe beter de empathische relatie, hoe sterker de alliantie tussen pa-

tiënt en hulpverlener en hoe beter het resultaat, welk therapeutisch model er ook gebruikt is (Wampold, 2015). Het belang van een betrouwbare hulpverleningsrelatie en opstarten van een psychotherapeutische behandeling voor de start van ADT wordt in nagenoeg alle richtlijnen benadrukt (bijvoorbeeld Thibaut et al., 2020). Medicatie dient altijd aangeboden te worden in combinatie met psychotherapie die erop gericht is de falende zelfregulatie zodanig te verbeteren dat delictgedrag voorkomen wordt. Het is eveneens van groot belang deze psychotherapeutische behandeling niet te onderbreken na afbouw of stopzetting van ADT. De psychiaters in de huidige studie bereikten slechts zwakke consensus voor deze twee criteria, en voegden als extra criterium 'voldoende probleembesef' en 'inzicht in de problematiek' toe. Sterke consensus werd gevonden voor het criterium 'openheid over seksuele interesse en activiteit'. Naarmate langer onder ADT wordt verwacht dat patiënten meer open zullen praten omdat zij meer zelfcontrole ervaren over hun fantasieën. Na wijziging of stopzetting van ADT is blijvende open en eerlijke communicatie des te belangrijker in het kader van monitoring en risicomanagement.

Psychopathologie en risicofactoren

Voor de drie factoren gerelateerd aan seksuele problematiek werd in de huidige studie sterke consensus gevonden. Hyperseksualiteit of seksuele preoccupatie en ernstige parafiele stoornissen zijn gekende risicofactoren voor hervat en vormen een indicatie voor ADT (bijvoorbeeld Hanson & Morton-Bourgon, 2005). Samenhangend hiermee is het risico op hervat lager als er een lage mate van geweld (bijvoorbeeld geen sadistische-homicidale fantasieën) in parafiele symptomatologie is (Briken, Bourget, & Dufour, 2014). Naarmate risicotaxatie-instrumenten bepalen dat het risico laag is voor een toename in frequentie van seksueel verlangen en gedrag, kan volgens de WFSBP richtlijn een lagere dosis dan wel minder ingrijpende medicatie op de seksuele prikkelgevoeligheid voorgeschreven worden (Thibaut et al., 2020). In de COSTLow-R schaal wordt geadviseerd om de mate van seksuele deviantie te meten aan de hand van een afname op het item 'seksuele deviantie' in de Stable-2007, een risicotaxatieinstrument dat dynamische (veranderbare) risicofactoren meet bij een pleger van een zedendelict, of een afname in niveau van ernst in het WFSBP algoritme (zie Thibaut, et al., 2020). Hoewel een gestructureerde aanpak als deze te verkiezen valt boven een ongestructureerd klinisch oordeel, blijft enige voorzichtigheid geboden en moet het effect van een medicatiewijziging ook steeds klinisch geëvalueerd worden, zodat bij onvoldoende effectiviteit terug kan opgeschaald worden.

Een hoge PCL-R score is een risicofactor voor recidive, maar voorspelt seksuele recidive minder sterk dan geweldsrecidive (bijvoorbeeld Hanson & Morton-Bourgon, 2005). De psychiaters in de huidige studie waren echter van mening dat psychopathie hier geen goede

maatstaf is. Mogelijk heeft dit te maken met het feit dat seksuele delicten vaak voorkomen als onderdeel van een algemene antisociale levensstijl eerder dan met parafiele problematiek. Zedendelinquenten vormen een heterogene groep en verhoogde psychopathiescores lijken voornamelijk bij een beperkte subgroep van zedenplegers (i.e., gemengde daders en verkrachters) voor te komen; het varen op een PCL-R score zou tot verkeerde inschattingen kunnen leiden. Ook Uzieblo en van Doorn (2019) stelden recent in vraag of PCL-R totaalscores, naast risicotaxatieinstrumenten, wel van toegevoegde waarde zijn bij de evaluaties van het recidiverisico bij zedendelinquenten. Daarnaast merkten deze auteurs terecht op dat er tot op heden geen ontegensprekelijk empirische evidentie bestaat die een verlaagde *cut-off* score (25 in plaats van 30) verantwoordt. Als PCL-R scores worden gebruikt, wordt het aanbevolen om diagnostische analyses op facetniveau of minimaal op factorniveau te geven omdat dit een genuanceerder en informatiever klinisch profiel weer geeft (Uzieblo & van Doorn, 2019).

Als patiënten op algemeen psychiatrisch vlak niet stabiel zijn omdat zij bijvoorbeeld psychotisch of manisch zijn, is het niet aangewezen om een medicatiewissel door te voeren. Toch werd voor dit criterium slechts zwakke consensus gevonden. Daarentegen waren de psychiaters het er wel over eens dat een acuut hoog recidiverisico een tegenindicatie vormt om ADT te wijzigen of te verminderen. Naast een dreigend nieuw delict, achtten de psychiaters het ook aangewezen - zij het in zwakke consensus - om het item 'recente delicten' op te nemen in de lijst als een bijkomende risicofactor. Naast klinische (risico)factoren voegden de psychiaters nog een sociaal criterium toe. Naarmate er meer stabiliteit is in de woon- en werksituatie van de patiënt, wordt het veiliger geacht medicatie te wijzigen.

Motivatie

Onder dit thema vallen twee aspecten waarbij expliciet de mening van de patiënt wordt meegewogen; voor beide aspecten werd sterke consensus gevonden. Tijdens ADT ondervinden patiënten een lager seksueel verlangen en potentieel een verminderd erectievermogen. Indien een patiënt nog intiem wenst te zijn met een volwassen instemmende persoon, kan dit moeilijkheden opleveren met penetratieve seks. Hoewel andere vormen van lichamelijke en niet-lichamelijke intimiteit denkbaar zijn, kan dit aanleiding geven tot relationele spanningen en een beperktere therapietrouw en motivatie bij de patiënt. Zowel Nederlandse als Vlaamse experts zijn eerder terughoudend in het voorschrijven van Viagra^a. Indien de seksuele relatie met de volwassen instemmende partner past binnen een positief levensplan, kan een aanpassing van ADT overwogen worden. Indien er gekozen wordt om de behandeling te beëindigen, moet er bovendien aandacht besteed worden aan de wijze waarop dit proces

plaatsvindt. Thibaut et al. (1996) benadrukten 25 jaar geleden al dat een voorzichtige afbouw wordt verkozen boven een abrupte stopzetting, omdat de testosteronspiegel dan een meer geleidelijke stijging kent en de kans op recidive verkleint. Deze stelling wordt ook door de psychiaters in de huidige studie onderschreven. Bij gebrek aan concrete empirisch onderbouwde aanbevelingen in de literatuur qua dosis en duur, adviseren de auteurs na stopzetting van triptoreline een lage dosis CPA te geven, bijvoorbeeld 50 mg per dag gedurende één maand en vervolgens 25 mg per dag gedurende enkele maanden onder voortgezette monitoring van de testosteronspiegels. Na stopzetting van CPA kan een switch naar een SSRI overwogen worden.

Compliance en controle

Een aanpassing dan wel stopzetting van ADT dient te gebeuren in veilige omstandigheden met monitoring van de effecten hiervan. Op dit vlak was er sterke consensus bij de psychiaters. Voldoende psychologische begeleiding is erg belangrijk in deze fase, omdat er aanwijzingen zijn voor een testosteronstijging, gepaard met intense seksuele fantasieën tot twee maand na beëindiging van ADT (Koo et al., 2013). Een pijnpunt bij de opvolging blijft de manier waarop seksuele interesse gemeten wordt. Ondanks het feit dat er verschillende methoden zijn (bijvoorbeeld fallometrisch onderzoek of *viewing time* instrumenten) om de mate van seksueel deviante interesse te beoordelen, is er geen universeel geaccepteerde standaardmethode (Carvalho, Bradford, Murphy, Briken, & Fedoroff, 2020). In Nederland en België worden fysiologische maten zoals penisplethysmografie of impliciete maten zoals de Impliciete Associatie Taak niet systematisch toegepast, maar wordt veelal gebruik gemaakt van interviews of zelfrapportage. Het behandelingseffect zou door deze keuze beïnvloed kunnen worden, aangezien er een hoger behandelingseffect wordt gerapporteerd bij zelfrapportagemetingen in vergelijking met psychofysiologisch onderzoek (Schober et al., 2005). Voorzichtigheid blijft bijgevolg de boodschap.

Beperkingen van deze studie

Het aantal experts dat deelnam aan de studie was laag, maar voldoende voor het uitvoeren van een Delphi studie (Hsu & Sandford, 2007). Helaas was het door deze kleine aantallen niet mogelijk om een vergelijking te maken tussen psychiaters uit Nederland en Vlaanderen.

De COSTLow-R schaal werd ontwikkeld voor de klinische praktijk van psychiaters. Hoewel het wordt gepromoot om andere disciplines zoals seksuologen en psychologen bij dit proces te betrekken, werd hun visie en precieze inbreng niet bevraagd. Ook is verdere evaluatie van de schaal noodzakelijk om de voorspellende waarde ervan te valideren. Tot slot blijft het belangrijk om op te merken dat consensus van specialisten geen vervanging kan zijn voor gedegen empirisch onderzoek. Hoewel er recent vooruitgang geboekt is in het

empirisch valideren van de effectiviteit van ADT (Gallo, Abracen, Looman, Jeglic, & Dickey, 2019; Landgren, et al., 2020), blijven veel vragen over de effectiviteit en bijwerkingen van ADT op lange termijn onbeantwoord. Bij gebrek aan een dergelijke empirische validering, is een richtlijn gebaseerd op een transparante overeenstemming wel een vooruitgang.

Conclusie

De COSTLow-R schaal werd door Briken en collega's (2019) ontwikkeld als ondersteuning bij de besluitvorming tot afbouw, wijziging of stopzetting van ADT. In de huidige studie werden de meeste factoren van deze schaal ook door Nederlandstalige experts als relevant en bruikbaar beoordeeld. Voor de factoren leeftijd en psychopathie score werd echter geen consensus bereikt. Deze *practice-based* richtlijn kan beschouwd worden als een zinvolle aanvulling voor de klinische praktijk. Of het gebruik van de COSTLow-R schaal in de praktijk ook zal resulteren in minder recidives dient evenwel nog empirisch onderzocht te worden.

Op basis van literatuur en de huidige bevraging van experts in Vlaanderen en Nederland kunnen tot slot enkele algemene aanbevelingen voor de klinische praktijk gedaan worden bij een vraag tot stopzetting dan wel wijziging van ADT:

1. Geef voldoende informatie over ADT.
2. Zet ADT stop bij het ontbreken van informed consent en/of bij het optreden van ernstige bijwerkingen.
3. Geef ADT minimaal twee jaar en ga niet lichtzinnig in op een vraag tot stopzetting en bespreek vooraf met de patient grondig de risico's verbonden aan een mogelijke opflakking van het (parafiele) seksueel verlangen.
4. Onderbouw de besluitvorming met een gevalideerde schaal zoals de COSTLow-R schaal.
5. Bouw geleidelijk af, volg de patiënt hierna nauwgezet op en continueer de psychotherapeutische behandeling.

Literatuur

- Berends, Y.R., Meijer, M., & Neven, A. (2021). Osteoporose bij androgeen-deprivatie: afweging tussen individu en maatschappij. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 63 (1), 74-78.
- Boons, L., Jeandarme, I., & Vervaeke, G. (2021). Androgen deprivation therapy in pedophilic disorder: Exploring the physical, psychological, and sexual effects from a patient's perspective. *The Journal of Sexual Medicine*, 18, 353-362.
- Booth, B. (2016). Elderly sexual offenders. *Current Psychiatry Reports*, 18(4), 34.
- Briken, P., Bourget, D., & Dufour, M. (2014). Sexual sadism in sexual offenders and sexually motivated homicide. *Psychiatric Clinics of North America*, 37(2), 215-230.
- Briken, P., Bradford, J., Cosyns, P., & Thibaut, F. (2015). *The Change or Stop Testosterone Lowering Medication (COSTLow)-Scale*. Niet-gepubliceerd manuscript.
- Briken, P., Turner, D., Thibaut, F., Bradford, J., Cosyns, P., & Tozdan, S. (2019). Validation of the Change or Stop Testosterone-Lowering Medication (COSTLow) Scale Using the Delphi Method Among Clinical Experts. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 45(2), 148-158.
- Bolarinwa, O. (2015). Principles and methods of validity and reliability testing of questionnaires used in social and health science researches. *Nigerian Postgraduate Medical Journal*, 22, 195-201.
- Carvalho, J., Bradford, J., Murphy, L., Briken, P., & Fedoroff, P. (2020). Measuring pedophilic sexual interest. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(3), 378-392.
- Cooper, A. (1981). A placebo-controlled trial of the antiandrogen cyproterone acetate in deviant hypersexuality. *Comprehensive Psychiatry*, 22(5), 458-465.
- Cooper, A. (1986). Progestogens in the treatment of male sexual offenders: A review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 31(1), 73-79.
- Cosyns, P. & Vander Laenen, F. (2020). Behandeling van seksuele daders: ethiek & deontologie en ethische kwesties. In K. Goethals, M. de Boeck, T. Dilliën, W. Huys & A. Nuyts (red.), *Handboek behandeling van seksueel afwijkend gedrag* (pp. 443-461). Oud-Turnhout: Gompel & Svacina.
- Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (2019). *Seksueel Grensoverschrijdend Gedrag. Landelijk zorgprogramma voor daders van seksuele delicten in de forensische psychiatrie*.
- Fedoroff, P. (2018). More Puzzles: A Response to Seto's (2017) "The Puzzle of Male Chronophilias". *Archives of Sexual Behavior*, 47(8), 2171-2173.
- Gallo, A., Abracen, J., Looman, J., Jeglic, E., & Dickey, R. (2019). The use of leuprolide acetate in the management of high-risk sex offenders. *Sexual Abuse*, 31(8), 930-951.
- Gijs, L., & Gooren, L. (1996). Hormonal and psychopharmacological interventions in the treatment of paraphilias: an update. *The Journal of Sex Research*, 33(4), 273-290.
- Goethals, K. (2020). De biologische basis van seksualiteit en seksueel grensoverschrijdend gedrag: de rol van hormonen en medicamenteuze behandelmogelijkheden. In K. Goethals, M. de Boeck, T. Dilliën, W. Huys & A. Nuyts (red.), *Handboek behandeling van seksueel afwijkend gedrag* (pp. 293-315). Oud-Turnhout: Gompel & Svacina.
- Gooren, L. (2011). Clinical review: Ethical and medical considerations of androgen deprivation treatment of sex offenders. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 96(12), 3628-3637.
- GRADE Working Group (2004). Grading quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*, 328, 1490-1494. doi: 10.1136/bmj.328.7454.1490
- Hanson, R. K., & Morton-Bourgon, K. E. (2005). The characteristics of persistent sexual offenders: A meta-analysis of recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(6), 1154-1163.

- Hsu, C., & Sandford, B. (2007). The Delphi Technique: Making sense of consensus. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 12(10).
- Huygh, J., Verhaegen, A., Goethals, K., Cosyns, P., De Block, C., & Van Gaal, L. (2015). Prolonged flare-up of testosterone after administration of a gonadotrophin agonist to a sex offender: an under-recognised risk? *Criminal Behaviour and Mental Health*, 25(3), 226-230.
- Keeney, S., Hasson, F., & McKenna, H. (2006). Consulting the oracle: ten lessons from using the Delphi technique in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 53, 205-212.
- Knack, N., Chandler, J., & Fedoroff, P. (2020). A qualitative study of forensic patients' perceptions of quasi-coercive offers of biological treatment. *Behavioral Sciences & the Law*, 38(2), 135-151.
- Koo, K., Shim, G., Park, H., Rha, K., Choi, Y., Chung, B., . . . Lee, J. (2013). Treatment outcomes of chemical castration on Korean sex offenders. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 20(6), 563-566.
- Landgren, V., Malki, K., Battai, M., Arver, S., & Rahm, C. (2020). Effect of Gonadotropin-Releasing-Hormone Antagonist on risk of committing child sexual abuse in men with pedophilic disorder: A randomized controlled trial. *JAMA Psychiatry*, 77(9): 897-905.
- Mokros, A., & Habermeyer, E. (2016). Regression to the mean mimicking changes in sexual arousal to child stimuli in pedophiles. *Archives of Sexual Behavior*, 45(7), 1863-1867.
- Muller, K., Curry, S., Ranger, R., Briken, P., Bradford, J., & Fedoroff, J. P. (2014). Changes in sexual arousal as measured by penile plethysmography in men with pedophilic sexual interest. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(5), 1221-1229.
- Raadgeving Comité voor Bio-etiek (2006). *Advies nr. 39 van 18 december 2006 betreffende de hormonale behandeling van plegers van seksuele misdrijven*. Geraadpleegd van https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/advies_39_horm_behand_seksuele_delinq_web.pdf
- Schober, J. M., Kuhn, P. J., Kovacs, P. G., Earle, J. H., Byrne, P. M., & Fries, R. A. (2005). Leuprolide acetate suppresses pedophilic urges and arousal. *Archives of Sexual Behavior*, 34(6), 691-705.
- Schmucker, M. & Lösel, F. (2015). The effects of sexual offender treatment on recidivism: an international meta-analysis of sound quality studies. *Journal of Experimental Criminology*, 11, 597-613.
- Thibaut, F., Cordier, B., & Kuhn, J. (1996). Gonadotrophin hormone releasing hormone agonist in cases of severe paraphilia: A lifetime treatment? *Psychoneuroendocrinology*, 21(4), 411-419.
- Thibaut, F., Cosyns, P., Fedoroff, J., Briken, P., Goethals, K., Bradford, J., & Paraphilias, The WFSBP Task Force on. (2020). The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) 2020 guidelines for the pharmacological treatment of paraphilic disorders. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 1-79.
- Turner, D., Basdekis-Jozsa, R., & Briken, P. (2013). Prescription of testosterone-lowering medications for sex offender treatment in German forensic-psychiatric institutions. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(2), 570-578.
- Turner, D., & Briken, P. (2018). Treatment of Paraphilic Disorders in Sexual Offenders or Men with a risk of sexual offending with Luteinizing Hormone-Releasing Hormone Agonists: An updated systematic review. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(1), 77-93.
- Turner, D., Petermann, J., Harrison, K., Krueger, R., & Briken, P. (2019). Pharmacological treatment of patients with paraphilic disorders and risk of sexual offending: An international perspective. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 20(8), 616-625.
- Uzieblo, K., & van Doorn, E. (2019). Een kritische blik op psychopathie en seksueel geweld. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 43(1), 51-60.
- Verschueren, S., Jeandarme, I., Gijs, L., Bokern, H., Marcq, P. T'Sjoen, G. Van de Putte, D., Van Haecke, B. & Vanderschueren; D. (2021). Opvolging

van androgeen deprivatie therapie bij mannen met een parafiele stoornis: Aanbevelingen voor een consensus-based multidisciplinaire richtlijn. Ingediend ter publicatie.

Wampold, B. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270-277.

Summary

Androgen deprivation therapy in sex offenders: when and how lower, change or stop the treatment?

Background. Androgen deprivation therapy (ADT) is of added value to psychotherapeutic treatment in men with a paraphilic disorder and an increased risk of recidivism. However, ADT can be accompanied by bothersome to serious side effects. The voluntary nature of the necessary informed consent of the patients is also questioned. In practice, this leads to questions to stop, reduce or change ADT. However, the literature offers few concrete guidelines with regard to the intended duration of treatment.

Aim. To develop a consensus-based guideline on decision-making to adjust ADT in men with paraphilic disorder.

Method. Using the modified Delphi method, experts were questioned in three rounds about the ideal duration of treatment for ADT. The criteria of the COSTLow-R scale were assessed for their usefulness and relevance in the context of discontinuation or modification of ADT.

Results. Recommendations have been formed based on the degree of consensus among the experts. No consensus was reached on the required minimum duration of treatment, but the experts agreed that there is no maximum duration. Discontinuation is justified when serious untreatable side effects develop and when consent is withdrawn by the patient. Psychiatrists have the final decision on whether to stop or change ADT. For most of the criteria of the COSTLow-R scale that can be used to support this decision, the psychiatrists in the present study found strong or weak consensus. Three additional criteria were added to the list.

Conclusion. In the absence of empirical validation, a guideline based on a transparent agreement is a first step in a better substantiation of the decision-making to adjust ADT.

Keywords: androgen deprivation therapy, ADT discontinuation, paraphilic disorder, sex offense

Trefwoorden: androgeen deprivatie therapie, stopzetting ADT, wijziging ADT, parafiele stoornis, zedendelict