

Het behandelbeloop van seksuele delinquenten in een TBS-kliniek: zes magere jaren?

Selini Vlachos, Wim de Hoop

AMC De Meren, Amsterdam; FPC Veldzicht, Balkbrug

Samenvatting

De laatste jaren is er een toenemende vraag naar inzicht in de effectiviteit van de TBS-maatregel, onder andere opgelegd aan plegers van seksuele geweldsmisdrijven. Behandel-evaluatieonderzoek naar TBS-gestelde seksuele delinquenten is echter zeer schaars. Deze gegevens vormden aanleiding om van patiënten van het Cluster Seksuele Delinquenten van FPC Veldzicht in de periode 1999 – 2005 retrospectief het behandelbeloop te onderzoeken. In deze periode bleek dat 23% van de patiënten reeds in een longstay-voorziening werd geplaatst. Vijfentwintig procent werd overgeplaatst naar een andere TBS- kliniek in het kader van een tweede behandel-poging vanwege het bereiken van onvoldoende behandelresultaten. Vooralsnog werd van 10% van de patiënten de TBS beëindigd. Kenmerken als psychopathie, een groot aantal eerdere veroordelingen en eerdere deserties correleerden met een minder gunstig behandelbeloop. Bij beschouwing van het behandelbeloop viel het hoge aantal ernstige incidenten op in de toch streng beveiligde kliniek. De resultaten van dit onderzoek worden besproken en er worden aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek.

Bij herhaling wordt de samenleving opgeschrikt door seksuele delinquenten die ondanks de hen opgelegde maatregel terbeschikkingstelling (TBS) nieuwe slachtoffers maken. Deze gebeurtenissen roepen vragen op naar de effectiviteit van het TBS-systeem zoals Nederland dat kent. TBS heeft onder andere als doelstelling door behandeling de delictgevaarlijkheid van patiënten te verminderen zodat verantwoorde terugkeer naar de maatschappij mogelijk wordt.

Het behandel-evaluatieonderzoek naar seksuele delinquenten die ten gevolge van hun seksueel agressieve gedrag een intensieve, intramurale behandeling krijgen in een TBS-kliniek is echter zeer schaars (Koster, van Lankveld & Spreen, 2006; Veen, de Ruiter & Greeven, 2005). Dit is des te meer opvallend daar bijna drie op de tien terbeschikkinggestelden seksueel de-

linquent zijn (28%; Emmerik, 2003). De behandeling van seksuele delinquenten zoals deze onder andere in Nederlandse TBS-klinieken wordt geboden is vooral gebaseerd op Noord-Amerikaanse zorgprogramma's (Marshall, Marshall, Serran & Fernandez, 2006). Behandeling richt zich grotendeels op terugvalpreventie (Carich & Stone, 2001). Terugvalpreventie is gebaseerd op cognitief-gedragstherapeutische technieken waarbij het aanleren van zelfregulatievaardigheden centraal staat. Onderzoek suggereert dat behandeling bijdraagt aan het terugdringen van recidive (Huot, 2002; Zgoba, Sager & Witt, 2003; McGrath, Cumming, Livingston & Hoke, 2003; Emmelkamp, Emmelkamp, de Ruiter & de Vogel, 2002; Hanson, Gordon, Harris, Marques, Quinsey & Seto, 2002; Marshall, Laws & Barbaree, 1990; Hall, 1995). Echter, het beschikbare onderzoek kent veel methodologische beperkingen die het nagenoeg onmogelijk maken betrouwbare conclusies te trekken (Emmelkamp, Emmelkamp, de Ruiter & de Vogel, 2002; Doren, 1998). Het enige, ons bekende, gerandomiseerde en gecontroleerde onderzoek, het Sex Offender Treatment and Evaluation Project (SOTEP; Marques, Wiedarnaders, Day, Nelson & van Ommeren, 2005), wijst vooralsnog uit dat behandeling volgens het 'terugvalpreventiemodel' geen duidelijk aantoonbaar effect heeft op het terugdringen van

Drs. S.T.W. Vlachos, GZ-psycholoog.

Dr. W.C. de Hoop, arts-psychotherapeut.

Correspondentieadres: S.Vlachos, AMC de Meren, Domselaerstraat 128, Amsterdam. T: 020-8913100;

E: s.vlachos@amcdemeren.nl.

Met dank aan Irma Timmerman voor haar constructieve bijdrage bij de totstandkoming van dit artikel.

Ontvangen: 8 december 2006; Geaccepteerd: 27 april 2007.

recidive.

In één van de weinige Nederlandse onderzoeken naar de effectiviteit van TBS-behandeling van seksuele delinquenten bleek dat een aanzienlijk percentage opnieuw was veroordeeld voor seksuele en niet-seksuele geweldsdelicten (De Vogel, de Ruiter, van Beek & Mead, 2004). Pedoseksuele daders recidiveerden vaker dan de groep verkrachters met volwassen vrouwen als slachtoffer. Tevens bleek dat daders met een hoge mate van psychopathie, gemeten met de PCL-R (Psychopathy Checklist-Revised, Hare, 1991), frequenter recidiveerden met seksuele delicten dan de niet-psychopaten. Ook blijkt psychopathie voorspellend voor het voorkomen van incidenten, zoals (dreigen met) fysiek en seksueel geweld (de Ruiter, 2000).

Zoals uit bovenstaande blijkt gaan bepaalde daderkenmerken gepaard met een hoger recidiverisico. Meta-analyses wijzen op de volgende risicofactoren voor seksuele recidive: persoonlijkheidsstoornissen (impulsiviteit, slechte algemene zelfregulatie en een pro-criminele attitude), eerdere veroordelingen voor seksuele delicten, deviante seksuele voorkeur en slachtofferkeuze (minderjarige jongens en onbekenden) (Hanson & Morton-Bourgon, 2004). Seksuele delinquenten recidiveren overigens vaker met niet-seksuele delicten dan met seksuele delicten (Hanson & Morton-Bourgon, 2004).

In het licht van bovenstaande is het zinvol om terug te blikken op zes jaar intramurale behandeling van TBS-gestelde seksuele delinquenten in FPC Veldzicht. In 1999 werd gestart met een speciale afdeling voor de behandeling van seksuele delinquenten. Idealiter wordt gecontroleerd onderzoek verricht naar de effectiviteit van behandeling. Gezien de relatieve onmogelijkheid hiervan in het onderhavige onderzoek beperken wij ons tot het in kaart brengen van het behandelbeloop van de patiënten die in deze afdeling werden opgenomen.

In deze studie werd onderzocht of de beschreven risicofactoren voor seksuele recidive ook van invloed zijn op het behandelbeloop van deze patiëntenpopulatie. Als dit opgaat dan werd van de patiënten die aan de hierna te noemen kenmerken voldeden een ongunstiger behandelbeloop verwacht: psychopathie, minderjarige mannelijke slachtoffers buiten het gezin, onbekenden als slachtoffer, eerdere veroordelingen voor (seksuele) delicten.

Method

Onderzoeksgroep

De onderzoeksgroep bestond uit 56 mannelijke daders van seksueel geweld, die tussen april 1999 en april 2005 werd opgenomen in het Cluster Seksuele Delin-

quenten van het Forensisch Psychiatrisch Centrum Veldzicht, te Balkbrug. De patiënten werden allen geplaatst in het kader van de maatregel TBS met dwangverpleging. Van zes patiënten (10.7%) was een TBS met voorwaarden vanwege schending van de voorwaarden omgezet in een TBS met dwangverpleging. Vier patiënten (7.1%) hadden eerder een TBS met dwangverpleging gehad. Negenentwintig patiënten (51.8%) hadden meerderjarige slachtoffers, 23 patiënten (41.1%) minderjarige slachtoffers en 4 patiënten (7.1%) hadden zowel minderjarige als meerderjarige slachtoffers. In totaal werden 7 patiënten (12.5%) veroordeeld voor een dodelijk delict of een poging daartoe.

De diagnose schizofrenie, een intelligentie beneden de 75 zijn uitsluitingscriteria voor opname in het cluster. De gemiddelde intelligentie was 98 (Sd = 13, range 75-131). Tweeëndertig patiënten (57.1%) hadden een parafilie (DSM-IV; APA, 1994), bij 19 patiënten (33.9%) werd met behulp van de Psychopathy Checklist (PCL-R; Hare, 1991) psychopathie aangetoond (PCL-R score > 29). Eenenvijftig (91.1%) patiënten leden aan een persoonlijkheidsstoornis waarvan 44 (86,2 %) aan een persoonlijkheidsstoornis met overwegend trekken uit het cluster B. Meer dan driekwart was van Nederlandse afkomst, alleenstaand en laag opgeleid.

Onderzoeksvariabelen

Het onderzoek betreft een retrospectief onderzoek. Informatie over de demografische kenmerken, het behandelbeloop, de delictkenmerken en de psychopathologie werd achterhaald met behulp van dossiers en contact met collegae uit TBS-klinieken in het land. De dossiers bevatten onder meer uitgebreide psychologische onderzoeken, pro-justitia rapportages en informatie over het behandelbeloop (o.a.: incidentenrapporten, behandelplanbesprekingen). Het diagnostisch onderzoek wordt bij opname door de kliniek uitgevoerd met behulp van gestructureerde psychopathologie-interviews.

Teneinde het behandelbeloop in kaart te brengen werd van alle patiënten de huidige status achterhaald. De huidige status bevat de volgende categorieën: 1) nog in behandeling in de eerste kliniek, 2) TBS contrair beëindigd (tegen advies van de kliniek in), 3) TBS op niet-contraire wijze beëindigd, 4) geruild/ geherselecteerd, 5) longstay-status. Een ongunstig behandelbeloop werd geoperationaliseerd als overplaatsing naar een tweede kliniek binnen drie jaar of het verkrijgen van een longstay-status. Resocialisatie werd gedefinieerd als praktiseren van ongebeleid verlof en tenminste een overplaatsing naar de resocialisatie afdeling.

Incidenten, gepleegd tijdens behandeling in de huidige of voorgaande kliniek, werden achterhaald met behulp van dossiers en contact met collegae. Als matig ernstige incidenten werden geclassificeerd: druggebruik en –handel, vernieling en bezit van porno. De volgende incidenten werden als ernstig geclassificeerd: bedreiging, fysiek geweld, seksueel gerelateerde incidenten en seksuele en fysiek gewelddadige recidive tijdens verlof. Seksueel gerelateerde incidenten betreffen geen verbaal seksueel overschrijdend gedrag, maar gedrag als exhibitionisme en aanranding. Recidive tijdens verlof werd alleen geregistreerd als het delict heeft geleid tot een nieuwe veroordeling geregistreerd door het WODC¹.

De variabelen die voor de statistische analyses werden gebruikt werden allen gecategoriseerd als dichotome variabelen: wel (PCL-R score hoger dan 29) versus geen psychopathie (PCL-R score lager dan 30), wel versus geen ernstige of matig ernstige incidenten, geen desertie versus een of meerdere deserties, wel versus niet eerder veroordeeld voor een seksueel delict, niet versus wel verslaafd aan middelen volgens de DSM-IV, wel versus geen parafilie volgens de DSM-IV, wel versus geen minderjarige slachtoffers, bekende of onbekende als slachtoffer. Ook werd het totale aantal veroordelingen geregistreerd. Bij de analyses werd het gemiddelde aantal eerdere veroordelingen berekend. Desertie werd gedefinieerd als onttrekking aan de verblijfssituatie.

Ter beschikking stelling

De TBS-maatregel wordt opgelegd aan een verdachte bij wie tijdens het plegen van het delict sprake was een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens, mits het door de verdachte begane feit een misdrijf is waarop een gevangenisstraf van tenminste vier jaar staat. Bovendien dient de veiligheid van anderen of de algemene veiligheid van goederen het opleggen van de maatregel te eisen. Een belangrijk doel van TBS is bescherming van de samenleving. De behandeling in een TBS-kliniek is gericht op het wegnemen of verminderen van de delictgevaarlijkheid, evenals op het behandelen van de psychische stoornis(sen) waardoor de patiënt tot zijn delict gekomen is. De oplegging van een TBS impliceert een gedwongen karakter. Echter, de patiënt mag niet tot behandeling en/of medicatie gedwongen worden.

In een TBS-kliniek bestaat de mogelijkheid om patiënten die niet van behandeling lijken te profiteren of bij onvoldoende behandelresultaat, een tweede behandel poging te geven in een andere TBS-kliniek. Hiertoe kan worden besloten in de volgende situaties: patiënt heeft drie jaar na aanvang van zijn TBS (te) weinig vooruitgang geboekt, patiënt blijft behandeling weigeren (drop-out), de behandeling is gestagneerd en de delictgevaarlijkheid is ondanks jarenlange behandeling nog hoog. Als hiervoor wordt gekozen noemt men dit ruiling of herselectie.

Longstay is een bijzondere maatregel binnen de TBS. Longstay is het verblijf op een ‘permanente’ verblijfsafdeling voor patiënten bij wie het risico van herhaling ongeoorloofd groot is. Tot plaatsing op een longstay afdeling kan worden overgegaan indien aan de volgende criteria is voldaan: er is sprake van onverminderde en onbeïnvloedbare delictgevaarlijkheid, de patiënt moet ten minste zes jaar terbeschikking gesteld zijn en ten slotte moet er sprake zijn van meerdere ongeslaagde behandel pogingen in minstens twee TBS-klinieken.

De instelling: FPC Veldzicht

Het Forensisch Psychiatrisch Centrum Veldzicht is een rijksinrichting die klinische behandeling biedt aan 220 terbeschikkinggestelden. De behandeling is primair gericht op vermindering van de delictgevaarlijkheid, veelal in relatie tot het bewerken van ernstige psychopathologie. De kliniek werkt vanuit een cognitief-gedragstherapeutisch kader. Deze visie vertaalt zich binnen alle disciplines, betrokken bij de behandeling. Sinds 1999 bestaat FPC Veldzicht uit meerdere gespecialiseerde afdelingen, waaronder het Cluster Seksuele Delinquenten.

Behandeling in het Cluster Seksuele Delinquenten

In 1999 werd gestart met het Cluster Seksuele Delinquenten (Brandwagt & Buschman, 1999; Brandwagt & de Hoop, 2003). Uitgegaan wordt van het terugvalpreventiemodel (Laws, Hudson & Ward, 2000). Er wordt een gefaseerde groepsbehandeling geboden die met name gericht is op het beïnvloeden van dynamische risicofactoren. Het supportieve behandelprogramma biedt diverse trainingen en therapieën op het gebied van sociale en cognitieve vaardigheden; biomedische interventies kunnen deel uitmaken van het

¹ Het WODC is het onderzoek- en documentatiecentrum van het Ministerie van Justitie.

behandelaanbod. Na een behandelduur van minimaal drie jaar kunnen patiënten bij een positief beloop geplaatst worden in de resocialisatieafdeling van Veldzicht waar zij vervolgens gericht worden voorbereid op terugkeer naar de maatschappij.

Statistische analyses

De gegevens van daders die meer dan drie jaar behandeld werden in de kliniek (gunstig behandelbeloop), de gegevens van patiënten die binnen drie jaar behandeling in de kliniek werden geruild of op een longstay werden geplaatst (ongunstig behandelbeloop), en de gegevens van patiënten die vanuit een andere TBS-kliniek in het cluster werden opgenomen, werden op de volgende variabelen vergeleken met de Chi-kwadraat toets danwel de Fischer's exact toets: mannelijke minderjarige slachtoffers buiten het gezin, onbekenden als slachtoffer, psychopathie (PCL-R score > 29), parafilie, een voorgeschiedenis van (seksuele) delicten, deserties en incidenten. De patiënten die momenteel minder dan drie jaar in de kliniek verblijven, werden niet meegenomen in deze analyses.

Met behulp van een Chi-kwadraat toets werd onderzocht of voorspellers van incidenten konden worden geïdentificeerd. Met een Mann-Whitney toets werd onderzocht of er een verband bestaat tussen het totale aantal eerdere veroordelingen per patiënt en het behandelbeloop.

Resultaten (zie tabel 1)

Ten tijde van het huidige onderzoek waren 36 patiënten (64.3%) nog in behandeling in FPC Veldzicht of in een andere TBS-kliniek. Dertien patiënten (23.2%) waren niet meer in 'behandeling' en waren geplaatst op een longstay afdeling of in afwachting van een plaatsing. De longstaygroep bestond uit acht patiënten die opgenomen waren vanuit andere klinieken voor een tweede behandelkans in Veldzicht en vijf patiënten waren door Veldzicht zelf overgeplaatst naar een andere kliniek waarna uiteindelijk een longstayplaatsing volgde.

Van drie patiënten (5.4%) was de TBS contrair beëindigd door de rechter en van twee patiënten (3.6%) werd de TBS niet-contrair beëindigd. Zeventien patiënten (30.4%) waren middels een herselectie of ruiling door een andere TBS-kliniek opgenomen in FPC Veldzicht. Veertien patiënten (25%) werden na enkele jaren behandeling door Veldzicht geselecteerd of geruild. Tweeëndertig van de 56 (57%) patiënten verbleven tijdens hun TBS tot nu toe, in meer dan een kliniek. Negen patiënten (16%) verbleven in meer dan twee klinieken. Ten tijde van het huidige onderzoek waren zes patiënten (11%) in een resoci-

alisatie traject.

Eén patiënt recidiveerde met een levensdelict en vijf patiënten recidiveerden met een seksueel delict na desertie tijdens een verlof. Twee van de drie patiënten, van wie de TBS contrair werd beëindigd zijn reeds gerecidiveerd. Eén patiënt recidiveerde met vermogensdelicten en een met meerdere zedendelicten. Van de patiënten van wie de TBS niet contrair werd beëindigd, is één patiënt gerecidiveerd met meerdere geweldsdelicten en drugssmokkel. Recidives vonden plaats, één tot vier jaar na het beëindigen van de TBS.

Hieronder volgt een beschrijving van de verschillen tussen de patiënten die langer dan drie jaar behandeld werden in Veldzicht en de patiënten die binnen drie jaar werden aangeboden voor een tweede behandelkans elders. De laatstgenoemde groep bleek significant vaker een diagnose psychopathie te hebben ($p = 0.006$), vaker gedeserteerd te zijn ($p = 0.006$) en in totaal vaker veroordeeld ($Z = -2.19, p = 0.02$; tweezijdig). De patiënten die vanuit een andere kliniek werden opgenomen scoorden hoger op psychopathie in vergelijking met de patiënten die meer dan drie jaar in Veldzicht verbleven ($p = 0.02$). De longstaypatiënten bleken significant vaker gedeserteerd ($\chi^2 = 12.03, df = 2, p = 0.02$) en voldeden vaker aan de diagnose psychopathie ($\chi^2 = 8.96, df = 2, p = 0.01$) in vergelijking met de patiënten die meer dan drie jaar behandeling hadden doorlopen in Veldzicht. Daar er slechts acht patiënten waren met mannelijke minderjarige slachtoffers buiten het gezin kon over deze variabelen de toets niet worden uitgevoerd. Met behulp van een Chi-kwadraat toets werd onderzocht of verbanden konden worden gevonden tussen psychopathie en het plegen van ernstige incidenten, dit was niet het geval.

Discussie

Het huidige onderzoek richt zich op het behandelbeloop van TBS-gestelde seksueel delinquenten. In overeenstemming met eerder onderzoek (de Ruiter & De Vogel, 2004) constateren wij een beperkt behandelresultaat. Zeer opvallend is dat bijna een kwart van de patiëntengroep reeds in de onderzoeksperiode over een longstaystatus beschikte. Een kwart van de patiënten werd door Veldzicht naar elders verwezen voor een tweede behandel poging. In deze groep bevinden zich zowel patiënten die behandeling hebben geweigerd als patiënten die onvoldoende vermindering van delictgevaarlijkheid hebben bereikt na behandeling. Ten tijde van het schrijven van dit artikel was de meerderheid van de onderzochte patiënten nog in behandeling.

De patiënten die door Veldzicht werden aangeboden voor een tweede behandel poging elders, bleken

Tabel 1. Overzicht van patiëntkenmerken en het behandelbeloop in het cluster seksuele delinquenten

	Gehele groep N=56	Herselectie door Veldzicht ¹ N=14	Opgenomen vanuit andere kliniek ¹ N=17	Longstay ¹ N=13	>3jaar Veldzicht N=13	<3jaar Veldzicht N=12	TBS contrair beëindigd N=3	TBS beëindigd N=2
Onbekende als slachtoffer	31	9	11	11	5	6	3	1
Minderjarige slachtoffers	23	5	6	8	6	6	0	1
Meerderjarige slachtoffers	29	9	8	5	6	6	3	1
Minderjarige en meerderjarige slachtoffers	4	0	3	2	1	0	0	0
Extrafamiliaire mannelijke minderjarige slachtoffers	8	2	1	1	3	2	0	0
Parafilie (een of meer)	32	5	10	7	9	8	2	0
PCL-R score >29	19	7*	6**	5**	0	6	1	1
PCL-R score 20-29	17	5	6	6	4	2	1	0
Aantal eerdere veroordelingen (gemiddelde en range)	9.5(1-38)	12.4(1-35)**	10.6(1-38)	10(1-32)	6.4(1-28)	7.9(1-22)	26.7(14-38)	1(1)
Eerder veroordeeld voor een seksueel delict	37	10	13	12	6	8	2	0
Ernstige incidenten (seksueel. Gewelddadig of bedreiging)	33	11	11	12	6	5	3	1
Matig ernstige incidenten	9	1	3	1	3	2	3	1
Desertie	9	7*	2	6*	0	0	0	0

noot 1: deze groepen werden middels een Chi-kwadraattoets danwel Fischer's exact toets vergeleken met de groep ">3 jaar behandeling in Veldzicht"

noot 2: * = significant bij $p < 0.01$; ** = significant bij $p < 0.05$.

Nota bene: in enkele kolommen is overlap in de cijfers. Dit wordt veroorzaakt doordat patiënten die bijvoorbeeld eerder werden geselecteerd door Veldzichten inmiddels op een longstay-afdeling verblijven.

vaker de diagnose psychopathie te hebben, deserterden vaker en hadden in totaal meer veroordelingen vergeleken met de groep die op het moment van onderzoek, wel meer dan drie jaar werd behandeld in Veldzicht. De patiënten waarvan de behandeling resulteerde in een longstaystatus bleken vaker aan de criteria voor psychopathie te voldoen en vaker gedeserteerd te zijn. De hier boven genoemde variabelen die samenhangen met een hoger risico op recidive hingen, in overeenstemming met onze hypothesen, samen met een ongunstiger behandelbeloop. De variabele 'onbekende als slachtoffer' die uit de literatuur naar voren komt als voorspeller van seksuele recidive en de variabele "eerdere veroordelingen voor seksuele delicten", bleken niet voorspellend voor een ongunstiger behandelbeloop. Misschien wijst deze bevinding ook wel op een onderscheid in voorspellers van recidive en voorspellers van behandelbeloop.

De groep die vanuit een andere kliniek voor een

tweede behandel poging werd opgenomen in het Cluster Seksuele Delinquenten onderscheidde zich enkel op een hogere mate van psychopathie in vergelijking met de groep die langer dan drie jaar behandeling kreeg in Veldzicht. Uit ons onderzoek blijkt de tendens dat seksuele delinquenten met psychopathie vaker in meerdere TBS-klinieken zijn behandeld als gevolg van gestrande behandel pogingen. Dit kan louter een effect zijn van de veronderstelde onbehandelbaarheid van psychopaten. Een andere mogelijke verklaring is de negatieve connotatie van deze pathologie, als gevolg van recente publicaties over de hoge mate waarin psychopate seksuele delinquenten recidiveren (de Ruiters & de Vogel, 2004). Mogelijk neigen behandelaars ertoe psychopaten sneller over te plaatsen voor een tweede behandel poging.

Het uit eigen beweging niet afmaken van behandeling (drop-out) is een voorspeller van seksuele recidive (Hanson & Mourton-Bourgon, 2004). De patiënten die

werden overgeplaatst naar een tweede TBS-kliniek zijn niet per definitie drop-outs. Immers, de overplaatsing kan meerdere oorzaken hebben. Wel bleken deze patiënten zich te onderscheiden met belangrijke risicofactoren (psychopathie, deserties en een hoger aantal veroordelingen in totaal). Onderzoek naar het verdere behandelbeloop van deze groep, na de overplaatsing naar een tweede TBS-kliniek, kan meer duidelijkheid geven over het mogelijke onderscheid met drop-out.

Opvallend is het hoge aantal ernstige incidenten in een streng beveiligde instelling als Veldzicht, te meer als men bedenkt dat waarschijnlijk niet alle incidenten zijn geregistreerd en het aantal incidenten de komende jaren nog kan toenemen. Hoewel we niet kunnen vergelijken wijst de hoge frequentie van ernstige incidenten op de complexiteit van de onderzoeksgroep. Psychopate patiënten bleken zich niet te onderscheiden in de mate van het veroorzaken van incidenten. Mogelijk wordt dit veroorzaakt door onze definitie van incidenten. Deze verschilt van die van De Ruiter (2000). In haar onderzoek bleken patiënten die hoog scoren op psychopathie vaker incidenten te veroorzaken zoals het overtreden van kliniekregels, dreigend gedrag vertonen tegenover staf en medepatiënten, en verbale agressie.

Bij het huidige onderzoek kunnen enkele kanttekeningen worden geplaatst. Ten eerste was de follow-up duur beperkt en kon in deze publicatie nog niet het volledige behandelbeloop van de gehele onderzoeksgroep en de recidivecijfers worden weergegeven. Ten tweede zijn niet alle denkbare patiëntkenmerken die van invloed kunnen zijn op het behandelbeloop geïnventariseerd. Ten derde is het zo dat anders dan patiëntkenmerken externe factoren invloed kunnen uitoefenen op het behandelbeloop. Zo zijn er politiek-maatschappelijke factoren die invloed uitoefenen op het behandelbeloop. In reactie op deserties werd door het Ministerie van Justitie het verlofbeleid aangescherpt met als gevolg een aanzienlijke vertraging in het behandelbeloop. Ten vierde konden over een aantal variabelen geen analyses worden verricht vanwege het geringe aantal dat aan deze kenmerken voldeed (extrafamiliaire minderjarige mannen als slachtoffer).

Een belangrijke bevinding is dat reeds veel patiënten op een longstay afdeling verblijven. Mogelijk is de behandelbaarheid van sommige seksuele delinquenten zo beperkt dat men niet anders kan dan de samenleving te beschermen door ze te plaatsen in een longstayvoorziening. Hiermee wordt voldaan aan de eerste doelstelling van de maatregel TBS, namelijk bescherming van de maatschappij. Resocialisatie is blijkbaar niet voor een ieder weggelegd.

Seksuele delinquenten die worden opgenomen in een TBS-kliniek lijken voornamelijk een zeer moeilijk te behandelen groep. Gezien de bevindingen mag worden geconcludeerd dat het veel belang heeft dat men de behandeling van TBS-patiënten blijft evalueren middels onderzoek. Het is tevens van belang dat zorgprogramma's zich inhoudelijk blijven optimaliseren volgens de laatste empirische inzichten. Door het gebrek aan onderzoek naar behandelbeloop en behandel-effect van de groep seksuele delinquenten valt niet goed uit te maken of het de voorkeur heeft om deze groep op speciale afdelingen te behandelen. Het cluster Seksuele Delinquenten in FPC Veldzicht zal het behandelbeloop van de onderzoeksgroep blijven volgen. Men is voornemens over vijf jaar de behandelresultaten wederom te publiceren. Voor uitgebreide informatie over de kenmerken van de onderzoeksgroep verwijzen wij naar Vlachos en de Hoop (publicatie in voorbereiding).

Literatuur

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4e ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Brandwagt, T., & Buschman, J. (1999). *Nota van de afdeling seksueel delinquenten*. Balkbrug, Forensisch Psychiatrisch Centrum Veldzicht.
- Brandwagt, T., & de Hoop, W.C. (2003). *Zorgprogramma cluster seksuele delinquenten*. Balkbrug, Forensisch Psychiatrisch Centrum Veldzicht.
- Carich, M.S., & Stone, M.H. (2001). Offenders: Using relapse intervention strategies to treat sexual offenders. *The Journal of Individual Psychology*, 57, 26-36.
- de Ruiter, C. (2000). *Voor verbetering vatbaar*. Amsterdam: Vossiuspers AUP.
- de Ruiter, C., & de Vogel, V. (2004). Recidive bij behandelde seksuele delinquenten. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 28, 92-102.
- de Ruiter, C., & Veen, V. (2004). *Terugdringen van recidive bij drie typen geweldsdelinquenten: Werkzame interventies bij relationeel geweld, seksueel geweld en algemeen geweld*. Utrecht: Trimbos-reeks.
- de Vogel, V., de Ruiter, C., van Beek, D., & Mead, G. (2004). Predictive validity of structured and actuarial risk assessment for sexual violence: A retrospective study in a Dutch sample of treated sex offenders. *Law and Human Behavior*, 28, 235-251.
- Doren, D.M. (1998). Recidivism base rates, predictions of sex offender recidivism and the 'sexual predator' commitment laws. *Behavioural Sciences and the Law*, 16, 97-114.
- Emmelkamp, P., Emmelkamp, J., de Ruiter, C., & de Vogel, V. (2002). Effectiviteit van psychotherapeutische behandeling bij plegers van seksueel geweld. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 26, 107-104.

- Emmerik, J.L. (2003). *TBS-gestelden: Een gemêleerd gezelschap*. In H. Groen & M. Drost (Red.), *Handboek Forensische Geestelijke Gezondheidszorg* (pp. 33-50). Utrecht, De Tijdstroom Uitgeverij.
- Freund, K. (1967). Erotic preference in pedophilia. *Behaviour Research and Therapy*, 5, 339-348.
- Hall, G.C.N. (1995). Sexual offender recidivism revisited: A meta-analysis of recent treatment studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 802-809.
- Hanson, R.K., & Bussière, M.T. (1998). Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 66, 384-362.
- Hanson, R.K., Gordon, A., Harris, A.J.R., Marques, J.K., Quinsey, V.L., & Seto, M.C. (2002). First report of the Collaborative Outcome Data Project on the effectiveness of psychological treatment for sex offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 14, 169-193.
- Hanson, R.K., & Morton-Bourgon, K. (2004). *Predictors of sexual recidivism: An updated meta-analysis*. Ottawa, CA: Public Works and Government Services.
- Hare, R.D. (1991) *The Hare Psychopathy Checklist - Revised*. Toronto, Ontario: Multi- Health Systems.
- Huot, S. (2002, October). *Recidivism, recidivism, recidivism! An update of several Minnesota recidivism studies*. Paper presented at the 21st annual meeting of the Association for the Treatment of Sexual Abusers. Montréal, QC.
- Koster, K., van Lankveld, J., & Spreen, M. (2006). Voorspelling van recidive bij zedendelinquenten met behulp van retrospectief gebruik van de PCL-R en SVR-20. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 30, 204-214.
- Laws, D., Hudson, S., & Ward, T. (2000). The original model of relapse prevention with sex offenders: Promises unfilled. In D.R. Laws, S.M. Hudson & T. Ward (Eds.), *Remaking relapse prevention with sex offenders: A sourcebook* (pp. 3-24). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Marques, J.K., Wiedarnaders, M., Day, D.M., Nelson, C., & van Ommeren, A. (2005). Effects of relapse prevention programs on sexual recidivism: Final results from California's Sex Offender Treatment & Evaluation Project (SOTEP). *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 17, 31-38.
- Marshall, W.L., Laws, D.R., & Barbaree, H.E. (Eds.) (1990). *Handbook of sexual assault: Issues, theory and treatment of the offenders*. New York: Plenum.
- McGrath, R.J., Cumming, G., Livingston, J.A., & Hoke, S.E. (2003). Outcome of a treatment program for adult sex offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 18, 3-17.
- Prentky, R.A.L., Knight, R.A.C., & Cerce, D.D. (1997). Recidivism rates among child molesters and rapists: A methodological analysis. *Law and Human Behavior*, 21, 635-659.
- van Beek, D.J. (1999). *De delictscenarioprocedure bij seksueel agressieve delinquenten*. Academisch proefschrift Universiteit van Amsterdam. Deventer: Gouda Quint.
- Veen, V., de Ruiter, C., & Greeven, P.G.J. (2005). *De effectiviteit van psychologische behandeling bij verkrachters. Bevindingen van een meta-analyse*. Actuele kennis 3.

Zgoba, K.M., Sager, W.R., & Wit, P.H. (2003). Evaluation of New Jersey's sex offender treatment program at the adult diagnostic and treatment center: preliminary results. *The Journal of Psychiatry and Law*, 31, 133-164.

Abstract

The course of treatment of sexual offenders in a high security Dutch forensic psychiatric centre: Six poor years?

In the Netherlands during recent years one is critically questioning the outcome of the so-called TBS-order*, especially for sex-offenders. Sex offender treatment outcome research in the Netherlands, however, is very scarce. These facts motivated us to conduct a retrospective study on the course of treatment of the sex offenders who were treated in Forensic Psychiatric Centre Veldzicht, a Dutch TBS-clinic, in the period 1999 – 2005.

During this period 23% of the patients was referred to high-care forensic facilities because they still were at high risk for recidivism after treatment. Twenty-five percent was referred to other TBS-clinics because of poor outcome. For only 10% of the patients the TBS-order could be ended. Features like psychopathy, desertions and earlier convictions for sexual assaults correlated with a less positive course of treatment. Remarkable was the finding that, though the clinic is a high security facility, the frequency of serious incidences was very high.

*Article 37a of the Dutch Code of Criminal Law (ref. Wetboek van Strafrecht) states that a defendant who, at the time of the alleged crime, suffered from a mental defect or disorder may receive what is called a "disposal to be involuntary admitted to a forensic psychiatric hospital on behalf of the state"(TBS-order). The nature of the order is to provide custodial care aimed at motivating the offender to participate in treatment (Hildebrand, 2004).