

Cognitief beperkte zedendelinquenten: Risicofactoren en recidive na behandeling

Joan van Horn, Ine Kusters

De Waag, Utrecht

Samenvatting

Onderzoek werd gedaan naar de risicofactoren en recidive na behandeling bij 45 cognitief beperkte zedendelinquenten. Recidive werd gedefinieerd als nieuwe aangiften en veroordelingen. De resultaten wezen uit dat bij een gemiddelde follow-up tijd van 39 maanden de percentages van aangiften voor algemene en seksuele recidive veel hoger lagen (resp. 42.8% en 27.4%) dan voor de veroordelingen (resp. 21.2% en 8%). Verschillen tussen aangiften en veroordelingen waren minder groot voor vermogensrecidive (resp. 11.2% en 8.7%) en geweldsrecidive (resp. 4.8% en 4%). Het niveau van intellectueel functioneren bleek niet samen te hangen met criminaliteit. Het niet afronden van de behandeling correleerde echter wel significant met delictgedrag. In de discussie wordt ingegaan op de resultaten, evenals op de implicaties hiervan voor de behandeling.

De prevalentie van mensen met een cognitieve beperking in Nederland wordt geschat op 0.7% (Wullink, Van Schrojenstein Lantman-de Valk, Dinant & Metsemakers, 2007). Hoeveel hiervan het criminele pad opgaan, is niet bekend. Toch concluderen enkele, zij het wat oudere, studies dat cognitief beperkten oververtegenwoordigd zijn in de criminaliteit (Lund, 1990; MacEachron, 1979). In meer recente onderzoeken wordt hiervoor geen ondersteuning gevonden (o.a. Lindsay, 2002). Misschien zijn we wat genuanceerder geworden, maar feit blijft dat bij het vaststellen van de aanwezigheid van een cognitieve beperking nog steeds verschillende definities en criteria gehanteerd worden. Dat maakt onderlinge vergelijking lastig. In sommige onderzoeken werd de klinische diagnose gebruikt en in andere studies gold het speciaal onderwijs als criterium (Lambrick & Glaser, 2004; LeGrand, Lutjenhuis & Solodova, 2003; Simpson & Hogg, 2001). Het gebruik van gestandaardiseerde en gevalideerde intelligentietests lijkt het meest objectief, maar ook deze tests, zo constateerden Resing en

Blok (2002), leveren elk een andere IQ-score op en hanteren een ander classificatieschema. Om studies beter met elkaar te kunnen vergelijken, pleiten Resing en Blok er voor om een genuanceerder en eenduidiger classificatieschema te hanteren.

Prevalentiecijfers van cognitief beperkten in de criminaliteit zijn niet voorhanden, maar het blijkt dat wanneer ze eenmaal het verkeerde pad opgaan, de kans op terugval in delictgedrag vrij hoog is. Het percentage recidivisten zou variëren van 30% tot 50% (Cockram, 2005; Le Grand e.a., 2003; Lindsay, Smith, Law, Quinn, Anderson, Smith & Allan, 2004) en in de oudere studies zelfs tegen de 70% lopen (zie bijvoorbeeld Gibbons & Robertson, 1983; Brownlee, 1995). Gespeculeerd wordt dat deze terugvalpercentages niet zozeer iets zeggen over de criminele predispositie van cognitief beperkten, maar vooral een gevolg zijn van het feit dat hun gedrag sneller wordt geïnterpreteerd als agressief of seksueel afwijkend (Sinclair & Murphy, 2004). Eenmaal bekend bij politie en justitie zouden cognitief beperkte delinquenten scherper in de gaten worden gehouden waardoor de pakkans toeneemt. Er wordt zelfs gespeculeerd dat het grensoverschrijdende gedrag van cognitief beperkten door de media dusdanig buitenproportioneel wordt uitvergroot dat er een soort 'deviancy amplification spiral' dreigt te ontstaan: een zichzelf versterkend idee dat cognitief beperkten gewelddadig en seksueel belust zijn. Deze ontwikkeling wordt door sommige on-

derzoekers als onterecht ervaren omdat cognitief beperkten niet of in veel mindere mate verantwoordelijk kunnen worden gesteld voor hun criminele activiteiten (Holland, Clare & Mukhopadhyay, 2002). Ten eerste omdat zij niet weten dat ze strafbare feiten plegen en ten tweede omdat ze de schadelijke gevolgen van hun gedrag niet kunnen overzien. In het strafrechtelijke systeem, zo stellen Holland e.a. verder, wordt een delict immers niet alleen gedefinieerd door het feitelijke gedrag of de gevolgen daarvan (*actus reus*), maar ook door de mate van toerekeningsvatbaarheid van de dader (*mens rea*). Lambrick (2003) suggereert echter dat de meeste cognitief beperkten die in het strafrechtelijke systeem terecht komen op een 'borderline' niveau (gemiddelde IQ-score tussen 65-75) functioneren en in principe zelfstandig, zonder al te veel begeleiding, in de maatschappij kunnen wonen. Wanneer men er van uit gaat dat deze groep cognitief beperkten niet verantwoordelijk kan worden gesteld voor hun daden, wordt hun de kans ontnomen om bijvoorbeeld door middel van interventie gedragsalternatieven aan te leren en recidive te verminderen. Hoewel onderzoek naar de effectiviteit van behandeling van cognitief beperkte delinquenten nog in de kinderschoenen staat, wordt wel onderkend dat behandeling succesvoller is als het is afgestemd op hun manier van denken (concreet versus abstract, impulsief versus reflectief) en intellectuele vaardigheden (responsiviteitsprincipe: Bonta 2000; Lindsay, 2002).

Ondanks alle discussie wordt een cognitieve beperking doorgaans beschouwd als een risicofactor voor het plegen van delicten, met name gewelds-, zeden- en vermogensdelicten (Barron, Hassiotis & Banes, 2004; Hudson, Wales, Bakker & Ward, 2002). In recent onderzoek in de tbs bleek dat het percentage cognitief beperkten in de groep tbs-ers die een zedenmisdrijf had gepleegd hoger was (25-30%) dan in de groep die andere typen delicten had gepleegd (18.8%). Veroordeelde cognitief beperkte zedendelinquenten zouden vooral minderjarigen misbruiken (Green, Gray & Willner, 2002). Er wordt verondersteld dat een aantal factoren aan de basis ligt van het vergrote risico op delictgedrag bij cognitief beperkten. De belangrijkste zijn het gebrek aan impulscontrole en adequate copingvaardigheden. Maar ook 'werkloosheid', 'beperkingen in sociaal en relationeel functioneren' en een 'instabiele woonsituatie' worden vaak geassocieerd met een verhoogd risico bij deze groep (Cockram, 2005; Green e.a., 2002).

In Nederland zijn er tot nu toe geen studies gepubliceerd waarin de samenhang tussen risicofactoren en recidive bij cognitief beperkten werd onderzocht. Tegen de achtergrond van de ontwikkeling dat risicotaxatie

in de Nederlandse (ambulante) forensische psychiatrie een prominentere plek krijgt, wordt onderzoek op dit gebied echter steeds belangrijker. Dit onderzoek is een eerste aanzet om het inzicht te vergroten in de risicofactoren en recidivepercentages van cognitief beperkte zedendelinquenten.

Methode

Het onderzoek was cross-sectioneel van aard. Cognitief beperkte zedendelinquenten die waren geïndiceerd voor de Intensieve Poliklinische Groepsbehandeling (IPG) bij De Waag Utrecht werden eenmalig gemeten voorafgaand aan de behandeling. De Waag is een ambulante forensisch psychiatrisch behandelcentrum en onderdeel van de Van der Hoevenstichting. De Waag biedt zowel individuele als groepsbehandelingen, waaronder ook voor zedendelinquenten, met als centrale doel recidive te voorkomen, dan wel te verminderen. De Waag kent een aantal algemene contra-indicaties voor behandeling. Daders die strafbare feiten plegen vanuit een psychose worden doorverwezen naar een centrum voor algemene psychiatrie of een andere forensisch psychiatrische (poli-)kliniek. Daders bij wie verslaving aan middelen primair op de voorgrond staat, worden verwezen naar de verslavingszorg. Eventueel kan kort daarna met behandeling bij De Waag worden gestart, al dan niet parallel aan de behandeling voor de verslaving. Tot slot moeten huisvesting, verwijzing door een arts en ziektekostenverzekering zijn geregeld.

IPG-behandeling

Over het algemeen komen zedendelinquenten met een IQ-score tussen de 60 en 90 in aanmerking voor IPG. Op indicatie, bijvoorbeeld bij een te snel oplopende spanning of te lage draagkracht, worden ook cliënten in de IPG toegelaten met een hogere IQ-score. Bij de onderzochte IPG-ers waren dat vijf cliënten. Andere voorwaarden voor het accepteren van cliënten voor de IPG zijn dat ze 1) naar het klinische oordeel of observatie van de behandelaar enig abstractievermogen moeten bezitten, 2) in enige mate moeten kunnen lezen en schrijven, 3) in een groep moeten kunnen functioneren en 4) dat er uitzicht is op enig behandelresultaat, d.w.z. het op termijn meer verantwoordelijkheid kunnen nemen voor het delictgedrag (Prevo, 1999). Uitsluitingscriteria zijn volledige ontkenning van het delict, een autistiforme stoornis waardoor de cliënt zich niet in een groep kan handhaven en risico op psychotische decompensatie.

Het doel van de behandeling is het voorkomen dan wel verminderen van recidive. Thema's die in de behandeling van belang worden geacht om dit doel te bereiken, zijn het opstellen van een terugvalpreventie-

plan (TVP), het vergroten van sociale en probleemoplossende vaardigheden (SOVA), het vergroten van zelfvertrouwen, leren stilstaan bij en praten over emoties, het leren onderscheiden van gedachten en emoties en seksuele voorlichting. De behandeling is opgesplitst in een behandel- en nazorgtraject. Het behandeltraject bestaat momenteel uit anderhalve dag in de week voor de duur van één jaar. Daarna komen de cliënten in een 1-jarig nazorgtraject waarin zij eens per maand een sessie van 45 minuten krijgen. Bij aanvang van het onderzoek bestond het behandeltraject uit drie dagen. Dit werd teruggebracht naar anderhalve dag omdat cliënten onvoldoende tijd hadden om werk te zoeken of te behouden.

Om de continuïteit tijdens de behandeling zoveel mogelijk te garanderen, worden vijf behandelaren aan de IPG-groep verbonden die ieder een specifiek deel van de behandeling op zich nemen. Bij elk behandelonderdeel wordt bij voorkeur een mannelijke en een vrouwelijke therapeut ingezet. Op indicatie, vooral bij cliënten die obsessief of hyperseksueel zijn, kan libidoremmende medicatie, waaronder Androcur, worden voorgeschreven. Androcur blokkeert de androgeenreceptoren, waardoor de frequentie en intensiteit van

seksueel verlangen en opwinding kwantitatief afnemen, zonder het verlangen totaal te onderdrukken (Van Renesse, 1999). Van de 45 onderzochte IPG-ers werd aan 12 (26.7%) libidoremmende medicatie voorgeschreven.

Onderzoeksgroep

In het onderzoek werden 45 cognitief beperkte mannelijke zedendelinquenten betrokken die van 1999 tot en met 2004 waren gestart met de IPG-behandeling. De gemiddelde leeftijd van de mannen bij aanvang van de behandeling was 35 jaar (sd=12.22; range: 18-62 jaar). De gemiddelde totale WAIS IQ-score was 80 (sd=8.25; range: 62-95). De gemiddelde performale IQ-score was 90 (sd=11.42) en de gemiddelde verbale IQ-score was 76 (sd=7.50). Uitgaande van het classificatiesysteem van Resing en Blok (2002) hadden vier (8.9%) cliënten een 'lichte verstandelijke beperking' (totale IQ score: 50-69), 18 (40%) waren 'laag begaafd' (totale IQ score: 70-79), 16 (35.6%) functioneerden op 'beneden gemiddeld' niveau (totale IQ score: 80-90) en 7 (15.6%) op 'gemiddeld' niveau (totale IQ score: 90-110).

Van de 45 onderzochte zedendelinquenten werden

Tabel 1. Cliëntkenmerken, criminele antecedenten en indexdelictkenmerken van de onderzoeksgroep (N=45)

Cliëntkenmerken	n	%	Criminele antecedenten en indexdelict kenmerken	n	%
<i>Leeftijdscategorie</i>			<i>Antecedenten (aangiften)*</i>		
Jonger 29 jaar	16	35.6	Seksuele misdrijven	73	61.9
Tussen 29 en 38 jaar	13	28.9	Fysieke geweldsmisdrijven	15	12.7
39 jaar en ouder	16	35.6	Vandalisme	5	4.2
<i>Burgerlijke staat bij aanmelding</i>			Vermogensdelicten	24	20.4
Met partner	6	13.3	Brandstichting	1	.8
Alleenstaand	39	86.7	<i>Antecedenten (veroordelingen)*</i>		
<i>Afkomst</i>			Seksuele misdrijven	46	68.7
Autochtoon	43	95.6	Fysieke geweldsmisdrijven	8	11.9
Allochtoon	2	4.4	Vandalisme	2	3.0
<i>Huidige woonsituatie</i>			Vermogensdelicten	11	16.4
Zelfstandig	10	22.2	Brandstichting	-	-
Familie	17	37.8	<i>Indexdelict kenmerken</i>		
Onder toezicht	18	40.0	Hands-off	7	15.6
<i>Opleidingsniveau</i>			Aanranding	17	37.8
Regulier onderwijs	12	26.7	Verkrachting	21	46.7
Speciaal onderwijs	33	73.3	<i>Sekse slachtoffer</i>		
<i>Werk bij aanmelding</i>			Vrouw	15	33.3
Ja	29	64.4	Man	30	66.7
Nee	16	35.6	<i>Leeftijd slachtoffer</i>		
<i>Life events voor het 18^{de} jaar^a</i>			= 12 jaar	24	54.5
Nee	20	44.4	12 – 16 jaar	11	25.0
Ja	25	55.6	> 16 jaar	9	20.5
<i>Co-morbiditeit</i>			<i>Relatie met slachtoffer</i>		
Nee	28	62.2	Verwant	13	28.9
Ja	17	37.8	Niet verwant	18	40.0
			Onbekende	14	31.1
			<i>Frequentie van misbruik</i>		
			Eenmalig	20	44.4
			Meerdere malen	25	55.6

* Van de 45 cliënten werden er tegen 22 meerdere aangiften gedaan (in totaal 118) en vonden meerdere veroordelingen plaats (in totaal 67). De weergegeven percentages zijn gebaseerd op het totale aantal aangiften en veroordelingen.

acht (17.8%) binnen een vrijwillig en 37 (82.2%) binnen een strafrechtelijk kader behandeld. De behandeling werd afgerond door 31 (68.9%) cliënten en 14 (31.1%) maakten de behandeling niet af (drop-outs). In Tabel 1 staan aanvullende cliëntkenmerken en criminele antecedenten vermeld van de onderzoeksgroep.

Ruim 50% van de cliënten had voor het 18^{de} jaar te maken met één of meerdere ingrijpende gebeurtenissen (life events: zie Tabel 1). De meeste groeiden op in multi-problem gezinnen, zich kenmerkend door verwaarlozing, fysieke en/of seksuele mishandeling, scheiding van ouders en uithuisplaatsing. Op basis van de DSM-IV TR werd door de intaker co-morbiditeit vastgesteld bij 17 cliënten: verslavingsproblematiek (n=8), psychische stoornis (n=3) en problemen met agressie-regulatie (n=6).

Uit tabel 1 blijkt dat 22 cliënten eerder in aanraking met politie en justitie zijn geweest voor het plegen van één of meerdere (typen) delicten. De eerste aangifte had bij de meeste cliënten (64%) te maken met een verdenking van het plegen van een seksueel misdrijf. In de meeste aangiften werd een beschuldiging geuit van seksueel misbruik van minderjarigen (45%) en exhibitionisme (34%). Cliënten die werden verdacht van het misbruiken van kinderen werden vaker veroordeeld (67%) dan cliënten tegen wie aangifte werd gedaan van exhibitionisme (40%). Specifiekere informatie over de minderjarige slachtoffers kon alleen worden verkregen via het indexdelict. De meeste slachtoffers waren 12 jaar of jonger en van het mannelijke geslacht.

De gemiddelde leeftijd van cliënten bij hun eerste aangifte was 28 jaar (sd=11.15; range 10-54 jaar) en 30 jaar bij hun eerste veroordeling (sd=10.29; range 14-54 jaar).

Meetinstrumenten

Intelligentie werd gemeten met de Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS. Wechsler, 1955; bewerkt voor Nederland en Nederlandstalig België door Stinissen, Willems, Coetsier & Hulsman, 1969). Vanwege de vergelijkbaarheid werd ervoor gekozen om ook na het verschijnen van de WAIS-III (Wechsler, 1999) door te gaan met afname van de WAIS.

Het recidiverisico werd ingeschat met de Sexual Violence Risk-20 (SVR-20; Boer, Hart, Kropp & Webster, 1997; geautoriseerde Nederlandse vertaling: Hildebrand, de Ruiter & van Beek, 2000). De SVR-20 is een methode om op gestructureerde wijze tot een klinisch oordeel te komen over toekomstig seksueel gewelddadig gedrag bij volwassen delinquenten. De SVR-20 bestaat uit 20 risicofactoren verdeeld over drie domeinen: 'Psychosociaal functioneren' (11 items),

'Seksueel delictgedrag' (7 items) en 'Toekomstplannen' (2 items). Alle risicofactoren werden door een getrainde diagnosticus gescoord op basis van dossiergegevens. Scoring gebeurde op een 3-puntsschaal van 'risicofactor afwezig' (0) tot 'risicofactor aanwezig' (2). Het ingeschatte recidiverisico werd weergegeven in de termen 'laag' (0), 'matig' (1) of 'hoog' (2). In de SVR-20 is psychopathie (item 3) als risicofactor in het domein 'Psychosociaal functioneren' opgenomen. Psychopathie kan het beste gediagnosticeerd worden met de Psychopathie Checklist – revised (PCL-r) van Hare (1991). Het gebruik van de PCL-r vereist een 3-daagse training. Het PCL-r interview neemt per cliënt minimaal 3 uur in beslag en dient bij voorkeur door twee getrainde codeurs onafhankelijk gescoord te worden om daarna tot een consensus te komen. Vanwege de tijdsinvestering werd besloten om psychopathie niet mee te nemen. Een extra overweging hierbij was dat onderzoek uitwees dat het voor de voorspellende waarde nauwelijks iets uit maakt als psychopathie niet in de SVR-20 totaalscore wordt meegenomen (De Vogel, de Ruiter, Hildebrand, Bos & van de Ven, 2004; Douglas, Ogloff, Nicholls & Grant, 1999). Het domein 'Psychosociaal functioneren' bestond in het huidige onderzoek uit 10 in plaats van 11 risicofactoren. Om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de SVR-20 vast te stellen, werden 10 zedendelinquenten door twee beoordelaars op hun recidiverisico getaxeerd. Met behulp van de Intraklasse Correlaties (ICC), single measures, werd de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid voor de SVR-20 domeinen vastgesteld, met als interpretatierichtlijn: ICC < .40 = slecht; ICC < .60 = matig; .60 = ICC < .75 = goed; ICC = .75 = uitstekend (Landis & Koch, 1977). De overeenstemming tussen de beoordelaars was, met uitzondering van het domein 'Toekomstplannen' (ICC=.21), goed tot uitstekend: 'Psychosociaal functioneren' ICC=.85, 'Seksueel delictgedrag' ICC=.61, totale SVR ICC=.86 en het ingeschatte recidiverisico ICC=.94.

Criminele voorgeschiedenis en recidive

Politie- (Herkenningssysteem, HKS) en justitiegegevens (Justitiële Documentatiesysteem, JDS) werden gebruikt om de criminele voorgeschiedenis en recidive van de cliënten in kaart te brengen (peildatum: 6 maart 2007). Het Herkenningssysteem (HKS) is een landelijk dekkend systeem dat sinds 1996 door de politie wordt gebruikt om aangiften van misdrijven tegen geïdentificeerde verdachten van 12 jaar en ouder te registreren. Het Justitiële Documentatiesysteem (JDS), beheerd door de Centrale Justitiële Documentatiedienst (CJD), geeft voor alle (rechts)personen die

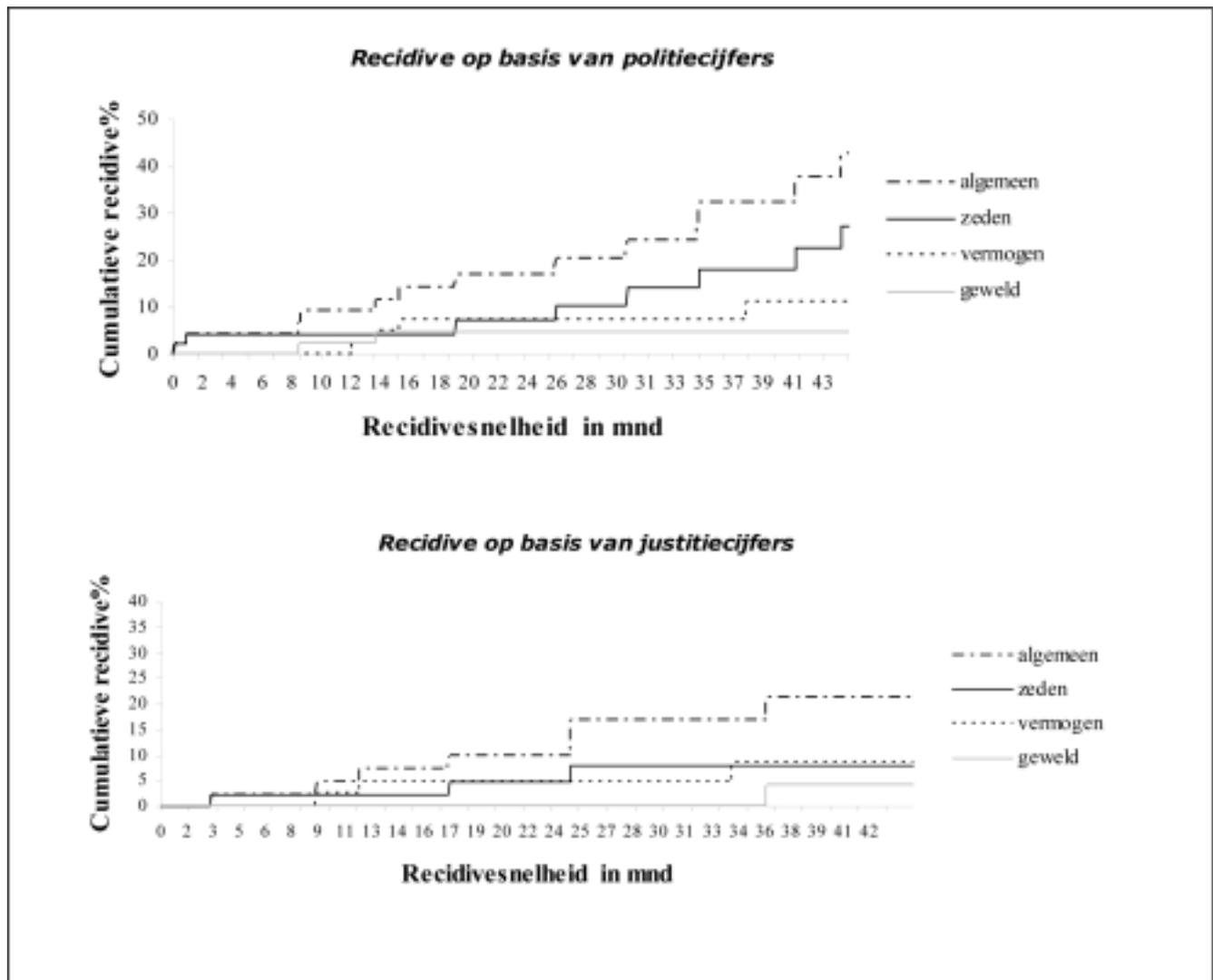
met de Nederlandse justitie in aanraking zijn gekomen, een overzicht van de strafzaken waarin zij als verdachte centraal stonden. In dit onderzoek werden uit het JDS alle afgedane zaken meegenomen die tot een veroordeling hebben geleid. Delicten die werden samengevoegd in één vonnis werden als aparte delicten geteld. Uit het HKS en JDS werden maximaal tien delicten in de voorgeschiedenis genoteerd voorafgaand aan het indexdelict en van de recidivedelicten werden maximaal tien delicten genoteerd vanaf de datum waarop de behandeling werd beëindigd. De follow-up periode (= de tijd tussen einde behandeling en de peildatum) was minimaal 1 maand en maximaal 77 maanden, met een gemiddelde van 39 maanden (sd.: 20.50). Voor de categorisering van de delicten werd onderscheid gemaakt in seksuele misdrijven, (dreiging van) fysiek geweld tegen personen, vandalisme, vermogensdelicten en brandstichting. Recidivepercentages werden berekend voor alle delicten (algemene recidive),

seksuele-, vermogens- en geweldsdelicten.

Analyses

De recidivepercentages werden berekend met Kaplan-Meier survivalanalyse, een statistische methode om de recidivepercentages en het recidiveverloop in tijd te berekenen van delinquenten die opnieuw delicten plegen. In deze berekening wordt gecorrigeerd voor individuele verschillen in de tijdsintervallen tussen het beëindigen van de behandeling en de peildatum. Ieder eerste recidivedelict impliceert een stijging van de recidivecurve; latere recidivedelicten worden niet meegerekend (voor een uitgebreidere uitleg over survivalanalyse: zie Wartna, 2000). Om zicht te krijgen op de samenhang tussen cliënt- en behandelkenmerken, SVR-20 risicofactoren, het recidiverisico en recidive werden Spearman's Rho correlatiecoëfficiënten berekend.

Figuur 1. Recidivepercentages op basis van politie- en justitiecijfers



Resultaten

In Figuur 1 staan de recidivepercentages weergegeven op basis van politie- en justitiegegevens. De nieuwe aangiften resulteerden in een percentage van 42.8% algemene recidive, 27.4% seksuele recidive, 11.2% recidive met een vermogensdelict en 4.8% geweldsrecidive. Voor de veroordelingen waren de percentages lager, namelijk 21.2% algemene recidive, 8% seksuele recidive, 8.7% recidive met een vermogensdelict en 4% geweldsrecidive.

Samenhang tussen cliënt- en behandelkenmerken, risicofactoren, recidiverisico en recidive

Spearman's Rho correlatiecoëfficiënten werden berekend tussen cliëntkenmerken, behandelkenmerken, risicodomeinen, recidiverisico en recidive (Tabel 2).

Recidive

Uit tabel 2 blijkt dat cliënten van allochtone afkomst vaker recidiveerden met vermogens- en geweldsdelicten. Cliënten met gewelddadige antecedenten kwamen vaker in aanraking met politie vanwege terugval in gewelddadig gedrag. Ook op psychosociaal gebied werd een significant verband gevonden met geweldsrecidive. Uit een aanvullende correlatieanalyse bleek dat cliënten met seksueel afwijkende voorkeuren ($r=-.32$; $p=.04$) en cliënten met relatieproblemen ($r=-.31$; $p=.04$) minder vaak recidiveerden met geweldsdelicten.

Recidiverisico

Een hoog recidiverisico hing samen met enkele psychosociale disfuncties en seksueel delictgedrag. Aanvullende correlatieanalyses wezen uit dat cliënten met een hoog recidiverisico vaker problemen hadden met middelengebruik ($r=.32$; $p=.04$), vaker suïcidale/homicidale gedachten hadden ($r=.33$; $p=.03$) en vaker voorwaarden hadden geschonden ($r=.33$; $p=.03$). Een hoog recidiverisico hing bovendien samen met een hoge dichtheid van seksuele delicten ($r=.32$; $p=.03$), meerdere typen seksuele delicten ($r=.43$; $p=.00$) en schending van voorwaarden ($r=.52$; $p=.00$).

Drop-outs

In tabel 2 is te zien dat het voortijdig stoppen met de behandeling (drop-out) samenhang met een aantal factoren: drop-outs hadden, vergeleken met cliënten die de behandeling hadden afgerond, meer problemen op alle SVR-20 risicodomeinen. Aanvullende correlatieanalyses wezen uit dat drop-outs vooral een problematisch arbeidsverleden hadden ($r=.37$; $p=.01$) en vaker (strafrechtelijke) voorwaarden hadden geschonden ($r=.37$; $p=.01$). Ook pleegden zij meerdere typen

seksuele delicten ($r=.40$; $p=.01$) die in ernst en/of frequentie toenamen ($r=.30$; $p=.05$). Bij drop-outs was vooral de negatieve houding ten opzichte van interventie ($r=.36$; $p=.02$) groter. Overall werd bij drop-outs vaker een hoog recidiverisico ingeschat en recidiveerden ze vaker met een seksueel delict (39.4% versus 16% bij cliënten die de behandeling afmaakten). Ten aanzien van de achtergrond kenmerken bleek dat drop-outs vaker opgroeiden in multi-probleem gezinnen, waarin sprake was van verwaarlozing, fysieke en/of seksuele mishandeling, scheiding van ouders en uithuisplaatsing.

Discussie

Dit onderzoek was het eerste onderzoek naar de risicofactoren en recidive van cognitief beperkte zedendelinquenten die waren geïndiceerd voor ambulante forensisch psychiatrische behandeling. Van 45 zedendelinquenten werden de aangiften (HKS) en veroordelingen (JDS) geregistreerd. De gemiddelde follow-up periode was 39 maanden. Uit de survivalanalyses bleek dat 27.4% na behandeling opnieuw met de politie in aanraking kwam wegens het plegen van een seksueel delict. Sinclair en Murphy (2004) suggereren echter dat het gedrag van cognitief beperkten sneller wordt geïnterpreteerd als seksueel afwijkend, met een toename van het aantal aangiften als gevolg. Bij de onderzochte groep zou dit mogelijk ook een rol kunnen hebben gespeeld, want bij slechts 8% was de bewijslast voldoende voor een veroordeling. Het grote verschil tussen aangiften en veroordelingen werd niet terug gevonden voor geweldsrecidive (4.8% aangiften en 4% veroordelingen). De vraag is of dit opgevat kan worden als een bevestiging voor het idee dat bij cognitief beperkte zedendelinquenten de omgeving meer gefocused is op seksueel grensoverschrijdend gedrag en niet zozeer op gewelddadig gedrag. Uit informatie van de criminele voorgeschiedenis werd duidelijk dat de meeste aangiften en veroordelingen 'seksueel misbruik van een minderjarige' betrof. Hoewel dit een bevinding is die in de meeste studies terugkomt, zijn er ook onderzoeken die een ander geluid laten horen. Thompson (1997) bijvoorbeeld stelt dat er bij dergelijke bevindingen mogelijk sprake is van een selectie-effect: seksuele misdrijven zouden zelden bij de politie worden gemeld als het om volwassen slachtoffers gaat. Zijn onderzoek wees uit dat 11% van de seksuele misdrijven werd gemeld als om het volwassen slachtoffers ging en 73% als het minderjarige slachtoffers betrof. Misbruik van hulpverleners en familie van de dader werd zelfs nooit gemeld.

Een cognitieve beperking wordt beschouwd als een extra risicofactor voor het plegen van verschillende

Tabel 2. Correlatie (Spearman's Rho) tussen cliëntkenmerken, delict- en behandelkenmerken, risicodomeinen, recidivisico en recidive

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Recidive ¹																			
Zeden	-.07	.01	-.10	-.18	.15	.15	-.10	-.05	.06	-.15	.12	.31*	.08	.01	.17	.18	-.20	-.15	.01
Vermogen	-.09	-.11	.31*	.12	.01	-.03	.09	.12	-.06	-.19	.24	.12	-.16	-.09	-.12	-.16	-.11	-.10	.10
Geweld	.00	.09	.48**	.08	-.11	-.02	-.16	-.02	.10	-.13	.05	-.15	-.31*	.02	-.13	-.01	.03	-.07	.54**
1 Leefijdcategorie																			
2 Burgerlijke staat	-.23																		
3 Afkomst	-.56	.09																	
4 Huidige woonsituatie	-.40**	-.08																	
5 Opleidingsniveau	.12	.06	-.36*	.08															
6 IQclassificatie	-.04	-.09	-.26	.04	-.14														
7 Werk bij aanmelding	.39**	-.26	-.16	-.12	-.29	.05													
8 Life events	-.37*	-.22	.19	.32*	.07	-.16	.01												
9 Behandelkader	.07	-.01	.10	-.14	-.15	.01	.22	-.07											
10 Medicatie	-.06	-.06	-.13	.40**	.25	.05	-.13	.24	-.25										
11 Co-morbiditeit	-.22	.17	.05	.12	-.15	.27	-.04	.05	-.12	-.26									
12 Drop-outs	-.29	-.02	.09	.07	.19	.08	-.20	.31*	-.19	.03	.07								
SVR-20 risicodomeinen																			
13 Psychosociaal functioneren	.01	-.01	.03	.08	.04	.08	.11	.23	-.10	.11	.19	.42**							
14 Seksueel delictgedrag	.00	-.22	.32*	.14	.06	-.06	.10	.35*	.28	.09	-.14	.30*	.31*						
15 Toekomstplannen	-.25	-.31*	.15	.15	-.07	-.02	-.24	.17	.08	.01	-.03	.38*	.21	.29					
16 Recidivisico	-.14	.08	.18	.28	-.01	.18	-.04	.05	-.07	.10	.24	.39**	.44**	.50**	.27				
Criminele antecedenten ²																			
17 Zeden	.15	.04	.03	.11	-.12	.12	.13	.02	.04	-.06	.13	-.18	.30*	.04	-.09	.05			
18 Vermogen	.00	-.10	.30*	-.19	.02	-.38	-.07	.13	-.07	-.19	-.07	.14	.21	.24	.30*	.12	.05		
19 Geweld	.07	.15	.23	-.08	-.05	-.27	-.02	-.04	-.18	-.24	.11	.03	-.06	-.11	.01	.04	.01	.34*	

*p=.05; **p=.01; ***p=.001

¹ Op basis van aangiften
² Op basis van veroordelingen

typen delicten (Barron e.a., 2004; Hudson e.a., 2002). De recidivepercentages (op basis van veroordelingen) bij de onderzochte groep voor andere typen delicten, zoals geweld en vermogen waren respectievelijk 4% en 8.7%. Hoewel deze percentages hoger liggen dan bij normaal begaafde zedendelinquenten (3.2% geweld, 4.2% vermogen; Van Horn, Mulder & Scholing, 2006), werd geen significante samenhang gevonden met intelligentie. Een subgroep binnen de onderzochte cognitief beperkten die veel meer risico's op terugval had, waren de behandeldrop-outs. Deze drop-outs lieten, vergeleken met degenen die de behandeling wel hadden afgerond, meer problemen zien op diverse terreinen. Zo groeiden ze vaker op in een instabiele gezinsituatie waarin vaak sprake was van verwaarlozing, seksueel en/of fysieke mishandeling, scheiding van de ouders en uithuisplaatsing. En ook op werkgebied deden zich allerlei problemen voor, zoals ontslag en langdurige werkloosheid. Naast een hoger recidiverisico en terugval in seksueel delictgedrag was er een toename te zien in de ernst en/of frequentie van de gepleegde zedendelicten. Hoewel deze bevindingen betrekking hebben op een kleine subgroep van 14 cognitief beperkte cliënten (31.1% van de totale groep) is het aantal significante verbanden opvallend.

Implicaties voor de behandelpraktijk

Drop-outs blijven een zorg voor de forensisch poliklinieken. Het blijken delinquenten die, gezien hun achtergrond en huidig functioneren, behandeling het meest nodig hebben maar het slechtst worden bereikt. Dat gold ook voor de onderzochte cognitief beperkte zedendelinquenten die voortijdig met de behandeling stopten. Zorgwekkend is vooral dat deze groep vaker recidiveerde met verschillende typen seksueel delicten, die in mate van ernst en/of frequentie toenemen. Daarnaast kwam een andere subgroep aan het licht bij wie terugval in delictgedrag zich vooral richtte op het plegen van gewelds- en vermogensdelicten. Bij deze subgroep was veel minder sprake van seksuele problematiek in de vorm van hyperseksualiteit of de aanwezigheid van een parafilie. Het lijkt er dan ook op dat het plegen van zedendelicten bij deze cliënten eerder een onderdeel vormt van een bredere criminele carrière (generalisten), dan dat er sprake zou zijn van seksueel afwijkende problemen. De specifieke kenmerken van beide groepen, 'drop-outs' en 'generalisten', pleiten voor een aangepaste benadering in de behandeling. Bij drop-outs zou het accent veel meer moeten liggen op het vergroten van de motivatie voor behandeling en de aanpak van specifieke seksuele problemen, terwijl de generalistengroep mogelijk meer gebaat is bij een agressieregulatiemodule als onderdeel

van een algemene behandeling voor zedendelinquenten.

Suggesties voor vervolgonderzoek

Het in dit onderzoek naar voren gekomen seksueel recidivepercentage bij cognitief beperkte delinquenten ligt aanzienlijk lager (8%) dan de percentages in internationale, vooral Amerikaanse en Canadese, studies (tussen de 30% en 50%). Deze percentages zijn eigenlijk niet met elkaar te vergelijken, al was het alleen maar vanwege de verschillen in het strafrechtstelsel en de culturele normen en waarden. Dat betekent dat binnen eenzelfde studie veel meer ingezet zou moeten worden op het verkrijgen van een controlegroep. Dat dit geen eenvoudige klus is, blijkt uit het feit dat er in Nederland nauwelijks forensische studies verschijnen waarin een behandelde groep delinquenten wordt vergeleken met een gematchte controlegroep. Dergelijke studies zouden in Nederland echter veel meer moeten worden verricht omdat daarmee stevigere conclusies kunnen worden getrokken over de effectiviteit van de behandeling.

Waar het in forensisch psychiatrisch onderzoek ook vaak aan ontbreekt, is de theoretische onderbouwing. Theoriegestuurd onderzoek kan meer inzicht geven in de oorzaken van (terugval in) delictgedrag. Een veelbelovende theorie op dit gebied is het zelfregulatiemodel van Ward, Hudson en Keenan (1998). In het kort beschrijft het model ineffectieve ketens van gedachten, gevoelens en gedragingen die leiden tot delictgedrag (pathways). Deze ketens worden primair aangestuurd door zelfregulatiestijlen om delictgedrag (passief of actief) te vermijden, in stand te houden of juist te bereiken. Delinquenten die delictgedrag op een passieve manier proberen te vermijden, worden gekenmerkt een sterke mate van ontkenning en/of het gebruik van ineffectieve strategieën om deviante seksuele voorkeuren onder controle te krijgen. Deze zelfregulatiestijlen verklaren dus het waarom en het hoe van delictgedrag en zouden daarom een goede ingang bieden voor een effectieve behandeling van zedendelictgeplegers. De eerste empirische ondersteuning voor het model werd gevonden in een groep gedetineerde seksuele delinquenten (Hudson, Ward & McCormack, 1999) en bij kindmisbruikers (Bickly & Beech, 2002). Het model is nog niet getoetst bij cognitief beperkte zedendelinquenten. Keeling en Rose (2005) vermoeden dat de zelfregulatiestijlen van cognitief beperkte zedendelinquenten zich voornamelijk zullen kenmerken door een 'passief vermijdende' of 'automatisch benaderende' stijl (= delicten worden gepleegd vanuit een hoge mate van impulsiviteit met minimale planning).

Referenties

- Barron, P., Hassiotis, A., & Banes, J. (2004). Offenders with intellectual disability: A prospective comparative study. *Journal of Intellectual Disability Research, 48*, 69-76.
- Bickly, J.A., & Beech, A.R. (2002). Implications for treatment of sexual offenders of the Ward and Hudson model of relapse. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 15*, 121-134.
- Bonta, J. (2000). Offender assessment: General issues and considerations. *Forum on Corrections Research, 12*, mei. Website: www.csc-scc.gc.ca.
- Boer, D.P., Hart, S.D., Kropp, P.R., & Webster, C.D. (1997). *Manual for Sexual Violence Risk-20*. Simon Fraser University: the Mental Health, Law & Policy Institute.
- Brownlee, I.D. (1995). Intensive probation with young adult offenders. *British Journal of Criminology, 35*, 599-612.
- Cockram, J. (2005). Careers of offenders with an intellectual disability: The probabilities of re-arrest. *Journal of Intellectual Disability Research, 47*, 525-536.
- de Vogel, V., de Ruiter, C., Hildebrand, M., Bos, B., & van de Ven, P. (2004). Different ways of discharge and risk of recidivism measured by the HCR-20: A retrospective study in a Dutch sample of treated forensic psychiatric patients. *The Journal of Forensic Mental Health, 3*, 149-165.
- Douglas, K.S., Ogloff, Nicholls, T.L., & Grant, I. (1999). Assessing risk for violence among psychiatric patients: The HCR-20 violence risk assessment scheme and the psychopathy checklist: Screening version. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 917-930.
- Gibbins, T.C., & Robertson, G. (1983). A survey of the criminal careers of restriction order patients. *British Journal of Psychiatry, 143*, 370-375.
- Green, G., Gray, N.S., & Willner, P. (2002). Factors associated with criminal convictions for sexually inappropriate behaviour in men with learning disabilities. *The Journal of Forensic Psychiatry, 13*, 578-607.
- Hare, R.D. (1991). *The Hare Psychopathy Checklist - Revised*. Toronto, Ontario: Multi Health Systems.
- Hildebrand, M., de Ruiter, C., & van Beek, D. (2000). *Handleiding van de Sexual Violence Risk-20: Professionele richtlijnen voor het beoordelen van het risico op seksueel gewelddadig gedrag*. Utrecht: dr. Henri van der Hoeven Stichting.
- Holland, T., Clare, I.C.H., & Mukhopadhyay, T. (2002). Prevalence of 'criminal offending' by men and women with intellectual disability and the characteristics of 'offenders': Implications for research and service development. *Journal of Intellectual Disability Research, 46*, 6-20.
- Hudson, S.M., Wales, D.S., Bakker, L., & Ward, T. (2002). Dynamic risk factors: The Kia Maranma evaluation. *Sexual Abuse: A journal of Research and Treatment, 14*, 103-119.
- Hudson, S.M., Ward, T., & McCormack, J.C. (1999). Offence pathways in sexual offenders. *Journal of Interpersonal Violence, 14*, 779-798.
- Keeling, J.A., & Rose, J.L. (2005). Relapse prevention with intellectually disabled sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 17*, 407-423.
- Lambrick, F. (2003). Issues surrounding the risk assessment of sexual offenders with an intellectual disability. *Psychiatry, Psychology and Law, 10*, 353-358.
- Lambrick, F., & Glaser, W. (2004). Sex offenders with an intellectual disability. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 16*, 381-392.
- Landis, J.R., & Koch, G.G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics, 33*, 159-174.
- LeGrand, B., Lutjenhuis, B., & Solodova, A. (2003). Behandeling van zwakbegaafde en licht verstandelijke gehandicapte plegers van seksueel misbruik. *Directieve Therapie, 24*, 82-102.
- Lindsay, W.R. (2002). Research and literature on sex offenders with intellectual and developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research, 46*, 74-85.
- Lindsay, W.R., Smith, A.H.W., Law, J., Quinn, K., Anderson, A., Smith, A., & Allan, R. (2004). Sexual and nonsexual offenders with intellectual and learning disabilities. A comparison of characteristics, referral patterns and outcome. *Journal of Interpersonal Violence, 19*, 875-890.
- Lund, J. (1990). Mentally retarded criminal offenders in Denmark. *British Journal of Psychiatry, 156*, 726-731.
- MacEachron, A.E. (1979). Mentally retarded offenders: prevalence and characteristics. *American Journal of Mental Deficiency, 84*, 165-176.
- Prevoo, N. (1999). Ambulante behandeling van de zwakbegaafde seksuele delinquent. In C. de Ruiter & M. Hildebrand (Red.). *Behandelingsstrategieën bij forensisch psychiatrische patiënten* (pp. 50-65). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Resing, W., & Blok, J. (2002). De classificatie van intelligentiescores, voorstel voor een eenduidig systeem. *De Psycholoog, 37*, 244-249.
- Simpson, M.K., & Hog, J. (2001). Patterns of offending among people with intellectual disability: A systematic review. Part I and II. *Journal of Intellectual Disability, 45*, 3840-406.
- Sinclair, N., & Murphy, G. (2004). *Preliminary outcome of group cognitive-behavioral treatment for men with an intellectual disability at risk for sexual offending*. Paper presented at the 4th Annual Conference of the International Association of Forensic Mental Health Services, Stockholm, Sweden, 6-9 June 2004.
- Stinissen, J., Willems, P.J., Coetsier, P., & Hulsman, W.L.L. (1969). *Handleiding bij de Nederlandstalige bewerking van de Wechsler Adult Intelligence Scale (W.A.I.S.)*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Thomson, D. (1997). Profiling the sexually abusive behaviour of men with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 10*, 125-139.

- van den Berg, J.W., & Brand, E. (2008). De prevalentie van zwakbegaafden en licht verstandelijk gehandicapten binnen de groep plegers van seksueel grensoverschrijdend gedrag in de TBS. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 32, 67-72.
- van Horn, J.E., Mulder, J., & Scholing, A. (2006). Recidive bij behandelde zedendelinquenten. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 30, 187-194.
- van Renesse, J.H. (1999). Farmacologische behandeling van forensisch psychiatrische patiënten. In C. de Ruiter & M. Hildebrand (Red.). *Behandelingsstrategieën bij forensisch psychiatrische patiënten* (pp. 50-65) Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Ward, T., Hudson, S.M., & Keenan, T., (1998). A self-regulation model of the sexual offense process. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 10, 141-157.
- Wartna, B. (2000). Recidive-onderzoek en survival analyse. Over het meten van de duur van de misdrijfrijke periode. *Tijdschrift voor Criminologie*, 42, 2-20.
- Wechsler, D. (1955). *Wechsler Adult Intelligence Scale*. London: Psychological Corporation.
- Wechsler, D. (1999). *Wechsler Adult Intelligence Scale (3de druk)*. London: Psychological Corporation.
- Wullink, M., van Schrojenstein Lantman-de Valk, H.M.J., Dinant, G.J., & Metselaar, J.F.M. (2007). Prevalence of people with intellectual disability in the Netherlands. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51, 511-519.

Summary

Intellectual disabled sex offenders; Risk factors and recidivism after treatment

The current research focused on risk factors and recidivism after treatment among 45 intellectually disabled sex offenders. Recidivism was defined as a new arrest or conviction. Results showed that – given the average follow-up period of 39 months – re-arrest rates for general and sexual recidivism were much higher (42.8% and 27.4% respectively) than re-convictions rates (21.2% and 8% respectively). Differences in re-arrest and reconviction rates were minimal for property offences (11.2% and 8.7% respectively) and violent offences (4.8% and 4% respectively). Results indicated that IQ was not related to criminal behaviour. However, treatment drop-out showed a significant correlation with delinquency. These results are discussed, as well as implications for treatment.