

PSYCHIATRISCHE DIAGNOSTIEK VAN DE ZEDENDELINQUENT °

Frits Bruinsma*

In dit artikel pleit ik voor een multidisciplinaire diagnostiek van de zedendelinquent, waarbij de psychiater-seksuoloog een belangrijke rol kan spelen. Het diagnostisch schema van Finkelhor biedt een goed model voor taxatie van het delict en diagnostiek van de delinquent. In Nederland is het categorale aspect van het delict onderbelicht.

Het is van belang dat de in te stellen behandeling bij de rapportage en de diagnostiek van de zedendelinquent wordt betrokken. Wezenlijke verandering van de zedendelinquent is alleen mogelijk in een psychotherapeutische relatie zonder dat we daarmee het delict goedkeuren. Opgelegde programma's leiden nogal eens tot een vorm van externe controle in plaats van verandering van de persoon. Ook psychiatrische diagnostiek kan de zedendelinquent stigmatiseren.

Sommigen verwarren seksueel geweld met sexe-agressie, geweld van mannen tegen vrouwen. Mannen kunnen in onze patriarchale samenleving misbruik maken van hun macht. Op grond van zijn machtspositie is de mannelijke psychiater verdacht geworden, als het over seksueel misbruik gaat. En helaas niet altijd ten onrechte. De psychiatrie heeft hierdoor te lijden gehad.

Diagnostiek als doel op zich is onzinnig en onzindelijk. Zij moet in dienst staan van de behandeling. Omdat op dit terrein de behandeling gebaseerd is op de therapeutische relatie als middel tot verandering zal de diagnostiek zich richten op de delinquent, de taxatie op het delict. Ik schrijf dit zo expliciet omdat de uit de Verenigde Staten overgewaaid behandelprogramma's voor zedendelinquenten vaak meer recht doen aan onze verholde strafbehoefte dan aan de wens om met de delinquent en de samenleving naar alternatieven te zoeken. (Haag, 1989)

* Drs. F. Bruinsma, psychiater. Eigen praktijk en Rutgers Stichting Utrecht, Weerdsingel W.Z. 10, 3513 BA Utrecht.

° Bewerking van een lezing gehouden op 26 januari 1990 voor de sectie psychiatrie van de Vereniging voor Psychiatrie. Geaccepteerd voor publikatie 4 april 1990.

Eerst vermeld ik in dit artikel na een problematische casus enkele gedachten over de seksuele delinquent, waarna ik uitvoerig inga op het diagnostisch model van Finkelhor (1984). Aan het eind zal ik proberen duidelijk te maken dat de psychiater-seksuoloog niet gemist kan worden bij de multidisciplinaire categorale diagnostiek van de seksuele geweldpleger.

Casus

Het hoofd van een gezinsvervangend tehuis (46) wordt verdacht van seksuele contacten met drie verstandelijk gehandicapte bewoonsters van het huis. Hij ontkent het ten laste gelegde. De verklaringen van de bewoonsters worden door een psycholoog-deskundige als zeer geloofwaardig geacht. De autoritaire opstelling van de verdachte in het onderzoek door de getuige-deskundige maakt het zeer aannemelijk dat de man de dader is.

Het onderzoek van een psychiater-deskundige leidt tot een geheel tegen-gestelde mening. De verdachte heeft een dwangmatige karakterstructuur met een uiterst strenge gewetensfunctie. Op basis hiervan acht de psychiater het uiterst onwaarschijnlijk dat de man de delicten heeft gepleegd. De psychiater adviseert tot vrijwillige behandeling van de dwangneurose van de man.

De man wordt bij gebrek aan bewijs vrijgesproken. Iedereen voelt zich onbevredigd. De slachtoffers omdat zij zich niet voldoende erkend voelen. De psycholoog omdat het bewijs niet geleverd kan worden, de psychiater omdat de man behandeling weigert en de verdachte zelf omdat hij intussen ontslagen en werkloos is. De rechter laat zich niet uit, maar in zijn vonnis deelde hij mede dat hij de uiteenlopende onderzoeken niet heeft kunnen betrekken.

Seksuele delinquent

In 1886 verscheen von Krafft-Ebing's *Psychopathia Sexualis*, een vooral casuïstisch georiënteerd naslagwerk. Nog steeds worden wij vooral geïmponeerd door de bizarre gedragingen op het terrein van de menselijke geest.

In 1965 schreven Gebhard, Gagnon, Pomeroy en Christenson (1965) van het Kinsey Instituut in Bloomington, Indiana een lijvig handboek over de seksuele delinquent. Op de vraag wie een seksuele delinquent is, geven zij eerst het antwoord „iemand die een seksueel delict heeft gepleegd”. In andere vorm komt dat later terug wanneer een seksuele delinquent gedefiniëerd wordt als iemand die geen controle heeft over zijn (seksuele) impulsen. Hoewel het er op lijkt dat het voor ons allemaal duidelijk is waar we het over hebben, is het dat in

feite allerminst.

Gebhard e.a. (1965) noemen naast de juridische en de culturele ook een psychiatrische definiëring van het seksuele delict als indicatief voor een psychisch en/of emotioneel defect of aanpassingsstoornis. Maar vaak blijkt het defect of de stoornis nu juist niet aantoonbaar, en meestal leidt dat defect of deze stoornis ook niet tot een seksueel delict. Het seksuele delict van een verstandelijk gehandicapte alleen te verklaren vanuit zijn cognitieve beperkingen, is onvoldoende.

In de Verenigde Staten wordt de seksuele delinquent steeds vaker een „sexual addict” genoemd. Programma's lijkend op het twaalf-stappen-plan van de Alcoholics Anonymous leiden tot gelijksoortige bekentenissen van de verslaafde (Carnes, 1983). Zolang de verslaafde onder een sterk normatief ingestelde externe controle staat, is er geen gevaar voor recidive. Wel wordt elk moreel niet geaccepteerd gedrag geweten aan de verslaving met het gevaar dat het gevaar van terugval altijd dreigt.

Vanuit verschillende motieven kan er misbruik worden gemaakt van de psychiatrische diagnostiek. Op een conferentie over seksuele delinquenten in Minneapolis in mei 1989 werd uitvoerig verslag gedaan van temporale afwijkingen in de scans van deze mensen. De op dit terrein zeer bekende Gene Abel (1989) vertelde vol trots hoe hij in staat was met de door de computer gestuurde penisplethysmograaf de seksuele voorkeur van de seksuele delinquent te diagnostiseren, zonder dat hij de persoon zelf hoefde te spreken. De penis kan niet liegen, de mond des te meer, vertelde hij lachend. Door te zeggen dat ik hier over Amerika spreek, ontkennen we de ook bij ons bestaande verleiding tot stigmatiseren, om niet meer de persoon achter het delict te zien.

Aan de andere kant wordt wellicht in Nederland te weinig aandacht besteed aan het specifiek categorale karakter van het seksuele delict. In veel Amerikaanse programma's is dat juist wel het geval. Knopp en Stevenson (1988) hebben 429 verschillende programma's geïnventariseerd voor volwassen seksuele delinquenten, en 573 voor adolescentenplegers. Inhoudelijk klinkt het goed als we lezen over modulen als empathie-training, al of niet coverte aversieve conditioneringen, cognitieve herstructurering, en veel meer vooral gedragstherapeutische technieken. Maar in feite worden deze „behandelingen” vaak te veel aan de delinquent opgelegd. Met de rechtvaardiging van de normen van de samenleving. Te vaak wordt voorbij gegaan aan het belang van een therapeutische werkrelatie als middel tot verandering.

Wat we moeten leren is de diagnostische en therapeutische ervaring en kennis uit Amerika in te bouwen in onze eigen meer persoons georiënteerde aanpak. Zelf gebruik ik naast de gebruikelijke psychiatrische diagnostiek het schema zoals Finkelhor (1984) dat beschreven heeft voor het seksuele misbruik van

een kind door een volwassene. Schematisch komt het op het volgende neer:

1. motivatie : seksueel en/of emotioneel
2. desinhibitie van innerlijke remmingen
3. manipulatie van externe situaties
4. doorbreken van de weerbaarheid van het slachtoffer

Diagnostisch schema van Finkelhor (1984)

1. Motivatie

De seksuele delinquent moet op de één of andere manier zijn hebben gehad. Voor de pedofiel zal deze zijn voornamelijk op seksuele motivatie gebaseerd zijn, voor de incestpleger in het algemeen meer emotioneel.

Veel seksueel geweldplegers zijn vroeger in hun jeugd seksueel getraumatiseerd. Bij een eerste evaluatie in ambulante en justitiële settingen wisselt het percentage van twintig tot veertig procent. Clinici komen in de loop van de behandeling tot veel hogere percentages : zestig tot zelfs honderd procent. Het verschil in beoordeling heeft te maken met de schaamte die vooral mannen ten aanzien van seksueel misbruikt zijn ervaren, als ook met de angst om in de gevangenis en daar buiten gestigmatiseerd te worden tot de sociaal laagst geplaatsten in de hiërarchie. Maar vaak blijkt het „vergeten” ook een onbewust mechanisme van verdringing te zijn, een aspect van verwerking. Bij seksueel getraumatiseerde adolescenten wordt ik bang als zij zich niet meer bewust zijn van hun angst om het de ander betaald te zetten. Is de angst verdrongen, dan kunnen bepaalde triggers, emoties of situaties, tot een onverwachte ontsporing in gedrag leiden.

Aan de andere kant wil ik waarschuwen voor de automatische koppeling van identificatie met de agressor. Niet elk mannelijk slachtoffer wordt een pleger, en ook omgekeerd is niet elke seksuele delinquent een slachtoffer van seksueel geweld geweest.

Voor de verwerking van seksuele traumata wijst Gilgun (1988) op het belang van twee factoren : het niet hebben van een „confidant”, een vrouwensfiguur, en de verseksualisering in het gezin van herkomst. Bij jongens siden beide factoren eerder tot het zelf seksueel delinquent worden dan bij meisjes.

Knight en Prentky (1987) hebben de relatie onderzocht tussen de individuele voorgeschiedenis in de jeugd bij verschillende categorieën delinquenten. Pedagogische en emotionele verwaarlozing leiden vooral tot agressieve delicten, inconsistentie in en een groot aantal van wisselende ouderfiguren

(moeders en vaders) tot seksuele delinquentie. Hierbij past ook de bevinding dat het aantal eerdere delicten en het aantal uithuisplaatsingen in het verleden betere graadmeters voor recidive zijn dan de toegepaste behandeling. Waarbij we ons natuurlijk niet vrij mogen pleiten om alles in het werk te stellen in een zo vroeg mogelijk stadium bij te sturen. Vanuit die overwegingen is het Utrechtse project opgezet, waarbij een jeugdige zedendelinquent en het delict al op het politiebureau gediagnostiseerd en getaxeerd worden, hetgeen resulteert in een behandelingsadvies aan de Raad voor de Kinderbescherming of aan de jongen zelf.

Knight en Prentky (1987) komen tot de volgende vier typen verkrachters, welke indeling een uitbreiding is van die van Groth (1979):

Het compensatoire type

Op basis van een gering gevoel van eigenwaarde of angst om af te gaan, tracht de verkrachter dit negatief gevoel te compenseren door de verkrachting. Vóór het delict is de pleger seksueel erg opgewonden, er is sprake van een bewustzijnsverandering ten tijde van het delict. De cognitieve dissonantie blijkt uit zijn „bezorgdheid” voor het welzijn van het slachtoffer.

Het exploitatieve type

Het slachtoffer is een object geworden voor de verkrachter, fantasieën spelen geen rol, er is zelfs sprake van een totale gevoelloosheid bij de pleger. Hij reageert situatief en onmiddellijk. Zijn omgeving is een instrument voor zijn impulsen.

De „woede” verkrachter

Het slachtoffer en/of de situatie staan voor een meestal onbewuste en verdrongen emotie van angst of vernedering. Door ogenblikkelijk de ander, het slachtoffer, te vernederen is hij in staat enige controle over de onverdraaglijke emoties te krijgen. De agressie overstijgt het instrumenteel objectiverende karakter, waardoor het slachtoffer groot gevaar loopt.

Het sadistische type

Het seksuele gedrag is een uitdrukking van de seksueel agressieve fantasieën. Indien het slachtoffer passief en onderdanig blijft, is dat nu juist wat deze verkrachter nodig heeft. Verzet zij zich, dan zal hij haar afhankelijkheid des te meer afdwingen.

Bewust probeer ik me te onthouden van een psychiatrische terminologie. Maar in een enkel geval zal de motivatie tot het seksuele delict strict psychia-

trisch zijn. Ik denk hierbij bijvoorbeeld aan de seksueel gekleurde bevels-hallucinaties bij een psychotische man. Of aan de aan een meervoudige persoonlijkheidsstoornis lijdende patiënt. Meestal zullen wij dit voldoende snel onderkennen.

Blijkens een groot onderzoek van Toch en Adams (1989) onder gestoorde delinquenten had twintig procent vóór het delict contact met een psychiatrische instelling gehad. Voor seksuele delinquenten was dat zestig procent. Bij de seksuele delicten met kinderen ging die behandeling vaak over de seksuele voorkeur van de delinquent, bij die met volwassenen hadden de delinquenten vooral problemen gehad rond het gebruik van alcohol en drugs.

Het is nog steeds onduidelijk welke rol biologische aspecten spelen in de motivatie tot seksuele agressie. Er is een bepaalde hoeveelheid testosteron nodig, maar in het algemeen kan beslist niet gezegd worden dat alle seksuele delinquenten een verhoogd gehalte testosteron hebben. Evenmin als chromosomale afwijkingen zoals bij het syndroom van Klinefelter, of van afwijkingen in de scan van de temporaalkwab, of andere afwijkingen rechtstreeks gerelateerd aan seksuele delinquentie.

2. Interne belemmering

Hoewel wij wellicht allemaal wel eens sociaal niet geaccepteerde seksuele fantasieën hebben, is nu juist het gebrek aan controle specifiek voor de delinquent. Dat kan tijdelijk of blijvend zijn.

Tijdelijk kan de interne controle ontbreken bij elk lijdend, waar het bewustzijn gestoord is, zowel op organische als op psychische basis. Van de exogene reactievormen van Bonhoeffer, epilepsie tot aan dissociatieve stoornissen toe.

Bij de antisociale persoonlijkheidsstoornis en de borderline symptomatologie zijn de gewetensfuncties in de ontwikkeling gedeformeed. Bij de verstandelijk gehandicapte of de gedementeerde patiënt zal de controle over het gedrag min of meer van buiten moeten komen. Ik heb gerapporteerd over tijdelijke seksuele ontsporingen bij een patiënt met pseudo-dementie ten gevolge van een perniciëuse anaemie en bij een patiënt met irritatieve afwijkingen temporaal in het EEG (Bruinsma, 1990). De laatste tijd horen we steeds meer over de combinatie van verslaving aan cocaïne en seks. Enerzijds is cocaïne een afrodisiacum, anderzijds versterkt de seksuele beleving de vicieuze cirkel van de met de cocaïne gepaard gaande delinquentie (Washton, 1989).

Ook de aan alcohol of seks verslaafde zal zijn motivatie tot gedrag als „locus of external control” ervaren. Daarmee gaat hij natuurlijk wel voorbij aan de verantwoordelijkheid voor de eerste stap in de volgorde van verslavende

gedragingen. Bovendien is gebleken dat niet zo zeer de alcohol op zich de ontremming bewerkstelligt, maar de overtuiging dat alcohol is gedronken (Bridle, Rimm, Caddy, Krawitz, Stoles & Wunderlin, 1979). En daarmee komen we op de eigen cognities die het geweten van de seksuele delinquent sussen.

In de loop van zijn leven is de seksuele delinquent steeds meer gaan geloven in zijn rationalisaties, justificaties, ontkenningen, verdringen en bagateliserings van zijn gedrag. Deze wijze van „verwerking” krijgt soms het karakter van een waan. Hoe sterker de seksuele delinquent in het begin van de behandeling geconfronteerd wordt met zijn cognitieve vervormingen, hoe meer die vaak persisteren. Vooral incestplegers en pedofielen blijken merkwaardige ideeën te hebben, zoals „ik deed het om bestwil van het slachtoffer, in het kader van de seksuele voorlichting of om er voor te zorgen dat zij later niet ongewenst zwanger zou worden”. Juist door het ontbreken van invoelend vermogen is de seksuele delinquent erg moeilijk te overtuigen dat anderen, waaronder het slachtoffer, niet dezelfde mening hebben als zij.

Ook de verwarring van macht en controle, van intimiteit en seksualiteit, blijken in de loop van het leven van de seksuele delinquent de vorm van het voor zichzelf goedpraten van zijn gedrag te hebben gekregen. Alleen niet zo bewust en intentioneel als ik dat hier schrijf. Maar juist veel meer als een adaptief proces. We spreken daarom ook niet meer van een lineaire gedragssequentie, maar van een seksuele geweldscyclus, waar ook negatieve reacties op voorafgaand gedrag een plaats hebben. „Ik ben een klootzak, ik doe het nooit meer”. Totdat de nieuwe voor hem „traumatische” prikkel zich aandient. Bij de jeugdige zedendelinquent zien we deze cyclus in ontwikkeling. Bij de volwassene is het een automatisme geworden, waardoor hij ook echt niet meer weet waarom hij zich verongelijkt is gaan terugtrekken, alvorens hij in een toestand van spanning en vernauwd bewustzijn het seksuele delict begaat.

3. Manipulatie externe situatie

Net zoals hij zijn geweten weet te sussen, zoekt de seksuele delinquent de situaties op, waar hij zich voor dat moment min of meer veilig waant. Er kan ook sprake zijn van een toestand van vernauwd bewustzijn, waardoor de buitenstaander of de onderzoeker zich kan verbazen over de naïviteit van de seksuele geweldpleger.

De incestpleger heeft het voor elkaar gekregen dat moeder geen bescherming heeft kunnen bieden. De pedofiel nodigt de jongen(s) in zijn huis uit. De verkrachter van het compensatoire type zoekt zijn slachtoffer ver van huis, die van het exploitatieve type en de woede-verkrachter dicht bij huis. De

sadistische verkrachter zal grotendeels zijn eigen woning voor de verkrachting gebruiken. Een exhibitionist kan een vaste plek gevonden hebben. Soms vertegenwoordigt de plaats de specifieke prikkel voor een seksueel geweldpleger. Een zich in zijn schoolopleiding gestigmatiseerd voelende man randde alleen studentes aan op een bepaalde plek dicht bij het universiteitscentrum.

Door het ontbreken van cognitieve mogelijkheden pleegt de verstandelijk gehandicapte of de gedementeerde het seksuele delict ook op een knullige wijze. Daardoor lopen zij eerder tegen de lamp. Bij de behandeling zullen we moeten zoeken naar mogelijkheden van externe controle.

4. Doorbreken weerbaarheid van het slachtoffer

Tenslotte de laatste factor van het complex van Finkelhor : het breken van de weerbaarheid van het slachtoffer. De pedofiel heeft een soort van antenne welke kinderen emotioneel te kort gekomen zijn. Slachtoffers van seksueel geweld lopen grotere kans later wederom hiermee te maken te krijgen dan zij die dat in het verleden niet hebben ervaren. Van de kant van de slachtoffers spreken we van het „syndroom van de aangeleerde hulpeloosheid”. De pleger „voelt” iets van de angst van zijn potentiële slachtoffers. Ik weet niet of dat wetenschappelijk is aangetoond, maar zo iets als de angst om door een hond gebeten te worden. Alsof de verhoogde zweetproductie leidt tot een selectieve perceptie van de hond. Daarmee raken wij op de nog onbekende terreinen van de traumatheorieën. Er lijkt een organisch sensorisch substraat te zijn voor de verwerking van een trauma, de „muscle memory” zoals de Amerikanen dat noemen. Bij de mannen uit zich dat fenomeen vooral in een verhoogde spier-tonus, bij vrouwen in een sensorische reactie van vooral de interne organen. Op de één of andere wijze lijkt het seksuele delict een herhaling te zijn van deze somatisch geïnternaliseerde reactie. In hoeverre er tevens een organisch cerebraal of hormonaal substraat is, is nog onvoldoende onderzocht.

De noodzaak tot objectivering van het slachtoffer kan genoemd worden bij het tweede complex van factoren van Finkelhor, maar heeft ook zeker tot „doel” de weerbaarheid van het slachtoffer te breken. Voor de laatste heeft dat grote consequenties voor de verwerking. In dit opzicht is het van belang of het slachtoffer seksuele activiteiten voor de pleger moet *doen* of juist *ondergaan*. Bij het laatste zijn de gevolgen voor het slachtoffer veel ernstiger, bij de eerste kan het slachtoffer de seksuele handelingen gemakkelijker buiten zichzelf plaatsen.

Met het bovenstaande hangt ook samen de totale gevoelloosheid van veel seksueel geweldplegers en de daarmee vaak gepaard gaande totale onver-

schillingheid voor het slachtoffer. In extreme vorm zien we dat natuurlijk bij een psychose. Bij een vitale depressie zal de persoon te geremd zijn, maar bij een manische decompensatie zien we, zoals bekend, vaak een sterk seksuele ontremming. Ook bij vrouwen. Bij een neurotische depressie zien we soms een sterke promiscuïteit, maar dit leidt zelden tot seksuele delinquentie in de vorm van verkrachting of aanranding.

Bij de borderline is de seksuele agressie nog al eens naar binnen gekeerd in de vorm van automutilatie van de genitaliën. Zo ook bij schizofrene ontwikkelingen. Maar een enkele keer kan de patiënt totaal onverwachts ook seksueel agressief zijn en een ander iets aandoen. Vooral wanneer de psychos met een noodzakelijke neuroleptica permanent gereguleerd wordt.

Multidisciplinaire diagnostiek

Elk seksueel delict is er één te veel. Het blijkt dat een seksuele delinquent gemakkelijk en veel recidive pleegt. Als samenleving zullen we alles moeten doen om het seksuele delict en de pleger zo goed mogelijk te taxeren en te diagnostiseren. In klinische settings als het Pieter Baan Centrum en de TBS klinieken gebeurt dat uitvoerig en multidisciplinair. Wellicht komt daar het categoriaal seksuologische karakter onvoldoende aan bod.

Uit bezuinigingsoverwegingen beslist de rechter-commissaris vaak tot een eenmalige ambulante forensische rapportage door een psycholoog of een psychiater. De traumatische voorgeschiedenis van betrokkene komt in de psychiatrische rapportage uitgebreid aan de orde. Helaas ontbreekt nog steeds de samenhang met het delict. Bovendien wordt alleen dat referentiekader gebruikt dat de onderzoeker hanteert: analytisch, systeemtheoretisch of gedragsmatig. Ook is uit de rapportage snel te destilleren of de zedendelinquent onderzocht is door een psycholoog of psychiater. De psycholoog legt meer de nadruk op het delict, de psychiater op de delinquent met zijn voorgeschiedenis van emotionele en pedagogische verwaarlozing.

In de loop der tijd lijkt er een competentiestrijd te zijn ontbrand. Seksueel geweld is in en we vinden allemaal dat we wat te zeggen hebben. In plaats van elkaar aan te vullen, bestrijden we elkaar met verschillende attitudes. De psychiater loopt het risico zich verongelijkt terug te trekken. Dat is een gevaarlijke ontwikkeling, omdat de taxatie van het delict niet zonder de diagnostiek van de delinquent kan en omgekeerd. Multidisciplinaire diagnostiek van maatschappelijk werker, psycholoog en psychiater in een forensisch kader is nodig voor een volledig beeld van de zedendelinquent en zijn delict.

In Amerika wordt gezocht naar een blauwdruk voor het onderzoek van de

seksuele delinquent en het delict. Tevens worden daarbij criteria opgesteld op basis waarvan dat onderzoek door welke disciplines gedaan kan worden (Coleman, 1988).

De samenleving vraagt om harde gegevens. Als het mogelijk blijkt in het laboratorium met de penisplethysmograaf seksuele opwinding op „deviante” prikkels te registreren, of uit de NMPI harde testgegevens voor seksuele delinquentie te halen, dan zal de samenleving maar al te gemakkelijk geneigd zijn deze pseudo-zekerheid tot de hare te maken. Vooral ook omdat de forensisch psychiater tot op heden meer op diagnostisch (en soms stigmatiserend) gebied heeft bijgedragen dan dat hij op therapeutisch gebied veel te bieden had.

Door gemeenschappelijk de handen ineen te slaan wordt de kans op recidive zo klein mogelijk gemaakt, maar wordt vooral de mogelijkheid geboden om ook de seksuele delinquent een individu te laten worden met zijn eigen traumatisch litteken : niet vergeten, maar in staat om in de toekomst zonder die destructieve en traumatiserende vorm op door hem ervaren stress te reageren. Een multidisciplinair onderzoek had in het geval van het hoofd van het gezinsvervangend tehuis kunnen leiden tot een rapportage die begrijpelijk had gemaakt dat de man met die persoonlijkheidsstructuur en diens verleden op dat moment al of niet de seksuele delicten, waarvan hij verdacht werd, had gepleegd. Een eventueel advies tot behandeling op basis van een dergelijk multidisciplinaire rapportage zou meer gewicht in de schaal hebben gelegd voor de rechter, de behandelaars, maar vooral voor de man zelf.

Literatuur

- Abel, G. (1989). *Identifying pedophiles in volunteer organizations*. Paper presented at the First International Conference on the Treatment of Sex Offenders, Minneapolis, May 21-23, 1989.
- Bridle, D. W., D. C. Rimm, G. R. Caddy, G. Krawitz, D. Stoles en R. J. Wunderlin (1978). Effects of alcohol and cognitive set on sexual arousal to deviant stimuli. *Journal of Abnormal Psychology*, 87 : 418-430.
- Bruinsma, F. (1990). Psychiatrie en de seksuele delinquent. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 32 : 5-12.
- Carnes, P. (1983). *Out of the shadows. Understanding sexual addiction*. Compcare, Minneapolis.
- Coleman, E. (1989). *Standards of care for the treatment of adult sex offenders*. Paper presented at the International Conference on the Treatment of Sex Offenders, May 21-23, 1989, Minneapolis.
- Finkelhor, D. (1984). *Child Sexual Abuse*. The Free Press, New York.
- Gebhard, P. H., J. H. Cagnon, W. B. Pomeroy en C. V. Christenson. *Sex Offenders : an Analysis of types*. Harper & Row, New York.

- Gilgun, J. F. (1988). *Factors which block the development of sexually abusive behavior in adult abused and neglected as children*. Paper presented at the National Conference on Male Victims and Offenders: Controversies in treatment. Minneapolis, October, 27-28.
- Groth, N. (1979). *Men who rape*. Plenum Press, New York.
- Haag, A. (1989). *Bericht an die Deutsche Forschungsgemeinschaft über meine Teilnahme an dem internationalen Kongress zur Behandlung von Sexualstraftätern in Minneapolis/US von 21-23.5.1989*. Universität Hamburg.
- Knight, R. A. en R. A. Prentky (1987). The development antecedents and adult adaptation of rapist subtypes. *Criminal Justice and Behavior*, 14 : 403-426.
- Knopp, F. H. en W. F. Stevenson (1988). *Nationwide survey of juvenile and adult sex-offender treatment programs and models*. The Safer Society Press, Shoreham.
- Toch, H. en K. Adams (1989). *The Disturbed Violent Offender*. Yale University Press, New Haven.
- Washton, A. M. (1989). Cocaine Abuse and Compulsive Sexuality. *Medical Aspects of Human Sexuality*, 12 : 32-39.

Summary

Psychiatric assessment of the sex offender.

Multidisciplinary assessment of the sexual offense and diagnosis of the offender can be done along the lines of Finkelhor's model. Possibilities of treatment should be mentioned in this. Real change is only possible if we regard the offender as a man in a psychotherapeutic relationship without accepting his crime. Mandatory programs might lead to a form of external control instead of changing the offender. Psychiatry can bring about an unwanted stigmatization of the sex offender.