

DE BEHANDELING VAN SEKSUEEL AGRESSIEVE DELINQUENTEN IN DE TBS^o

Thieu Verhagen*

De behandeling van daders van seksueel-agressieve delicten staat de laatste jaren sterk in de belangstelling. Dat geldt onverkort de intramurale behandeling van deze groep in het kader van de terbeschikkingstelling (tbs). Forensisch seksuologen uit met name de Verenigde Staten, Canada en Engeland hebben ons recent een aantal nieuwe inzichten aangereikt die wegen openen tot vernieuwing van de overwegend milieutherapeutisch en psychoanalytisch georiënteerde behandelingsaanpak in de Nederlandse klinieken voor terbeschikkinggestelden. In deze bijdrage wordt in grote lijnen geschetst hoe de diagnostiek en behandeling van seksuele delinquenten in deze klinieken vorm krijgt en in hoeverre daarbij van deze nieuwe inzichten gebruik gemaakt wordt.

Het is alweer zo'n zeven jaar geleden dat het forensisch-psychiatrische veld in Nederland werd opgeschrikt door een tweetal zeer ernstige seksueel-agressieve recidives van terbeschikkinggestelden die met verlof waren. Deze recidives hadden tot gevolg dat de aandacht voor de behandeling van seksueel-agressieve delinquenten sterk toenam. Vanuit het ministerie van Justitie werd onderzoek geëntameerd naar specifieke kenmerken van deze groep (Van Emmerik, 1989). De gezamenlijke tbs-klinieken startten een overleg over de behandeling van seksuele delinquenten. Dit overleg kreeg begin 1990 een formele vorm: 'de Wientjes-groep' werd opgericht, genoemd naar de plaats van samenkomst (hotel Wientjes in Zwolle). In datzelfde jaar ontstond de werkgroep forensische seksuologie. Naast vertegenwoordigers uit de tbs-klinieken namen hieraan ook ambulante behandelaars en wetenschappers deel. De Wientjes-groep is later opgegaan in de werkgroep forensische seksuologie, die inmiddels is omgedoopt tot Vereniging voor Forensische Seksuologie (Kuypers, 1994).

Dit artikel schetst een aktueel beeld van de diagnostiek en behandeling van seksuele delinquenten in het kader van de tbs met verpleging. Seksuele delinquenten die ter beschikking zijn gesteld hebben allen een ernstig seksueel-agressief delict gepleegd dat hen op grond van hun gestoordheid niet of verminderd is toegerekend en waarbij de veronderstelde kans op herhaling groot is. Qua etiologie maar ook qua symptomatologie betreft het een zeer heterogene groep met een tot nu toe relatief lange behandelingsduur en relatief grote kans op herhaling (Van Emmerik, 1989 a en b, 1993; Leuw, 1995).

- * Drs M.F.M. Verhagen, orthopedagoog, hoofd Onderzoek en Ontwikkeling, Prof. Mr. W.P.J. Pompekliniek, Postbus 31435, 6503 CN Nijmegen, tevens secretaris van de Vereniging voor Forensische Seksuologie (VFS). Met dank aan Daan van Beek (Van der Hoevenkliniek), Sven Leeuwestein (Van Mesdagkliniek), Ad Kuypers en Siem Bosman (Oldenkotte), Yvonne van den Berg, Sjef de Roos en Pierre Smeets (Pompekliniek) en Wouter Radius (Veldzicht) voor hun informatie over de gang van zaken in hun kliniek. Dank ook aan Jos Frenken (NISSO), Martien Philipse en Katja Welzen (Pompekliniek) voor hun commentaar bij de opzet of een eerdere versie van deze bijdrage.
- o Dit artikel is een bewerking van een op 25 november 1994 te Den Haag gehouden voordracht op een Studiedag van Districtspsychiaters, gevangenispsychologen en anderen. Geaccepteerd voor publicatie 17 augustus 1995.

Om een indruk te krijgen van de intramurale behandeling van seksuele delinquenten heb ik een inventariserend onderzoek uitgevoerd in de vijf justitiële klinieken voor terbeschikkinggestelden in Nederland: de Van der Hoevenkliniek, de Van Mesdagkliniek, Oldenkotte, Veldzicht en de Pompekliniek. In elk van deze inrichtingen heb ik aan een deskundige op het terrein van de behandeling van seksuele delinquenten een drietal vragen voorgelegd:

1. Welke therapeutische denkkaders cq. werkwijzen zijn op dit moment het meest prominent in uw kliniek?
2. Wat is er de laatste drie jaar in uw kliniek gedaan aan (min of meer) gestandaardiseerde seksuologische diagnostiek? Wat zijn de ervaringen daarmee?
3. Welke behandelingsvormen worden toegepast, specifiek gericht op seksuele delinquenten? Wat zijn de ervaringen daarmee?

Gehanteerde therapeutische werkkaders

Om het hen gemakkelijk te maken en terwille van de vergelijkbaarheid, heb ik mijn respondenten een zevental therapeutische kaders op kaartjes voorgelegd, met het verzoek deze op volgorde te leggen van meest naar minst prominent in de eigen kliniek. Deze kaders zijn ontleend aan een typering die Blankstein gegeven heeft van de algemene kenmerken van de opzet van de behandeling van terbeschikkinggestelden (Blankstein, 1990). Uit tabel 1 blijkt dat er wat werkkaders betreft grote verschillen zijn tussen de onderzochte klinieken.

Tabel 1. Meest en minst prominente werkkaders in vijf klinieken voor de behandeling van terbeschikkinggestelden.

	V.d.Hoeven	Mesdag	Oldenkotte	Pompe	Veldzicht
Meest prominent	* milieuthera- peutisch/ psycho- educatief * cognitief gedragsthera- peutisch	* analytisch * rogeriaans	* analytisch * rogeriaans	* milieuthera- peutisch * analytisch/ rogeriaans	* cognitief gedrags- therapeutisch * analytisch/ rogeriaans
Minst prominent	* analytisch * rogeriaans	* cognitief gedrags- therapeutisch * systeem- benadering	* cognitief gedrags- therapeutisch * psycho- educatief	* medisch psychiatrisch * cognitief gedrags- therapeutisch	* analytisch * rogeriaans

De Van Mesdagkliniek, Oldenkotte en in iets mindere mate de Pompekliniek komen uit het plaatje naar voren als primair, wat je zou kunnen noemen, procesgeoriënteerd, gericht op emoties en non-directief. De Van der Hoevenkliniek en Veldzicht daarentegen presenteren zich vooral als probleem- c.q. delictgeoriënteerd, gericht op cognities en gedrag en directief. Toch behoeven deze typering en enige nuancering. Mijn indruk is namelijk dat de onderzochte klinieken wat denkkader en werkwijze betreft steeds meer naar elkaar toegroeien. Er

wordt meer en meer eclectisch gedacht en gewerkt. Mede ingegeven door verschillen in patiëntenpopulaties (Van Emmerik, 1993) lopen accenten in de behandeling en sfeer in de kliniek nog wel duidelijk uiteen, maar over bijvoorbeeld de plaats die het delict moet hebben in de behandeling komen de meningen steeds dichter bij elkaar. Zo kon je zo'n zeven jaar geleden in de Van Mesdagkliniek nog horen dat de psychopathologische symptomen, waaronder het delictgedrag, kunnen worden verondersteld vanzelf te verdwijnen als de onderliggende stoornis is verdwenen (Leeuwestein, 1989), terwijl in een rapport van 1992 uit diezelfde kliniek wordt gesteld: 'het eerste interventiegebied voor de behandeling van seksuele delinquenten vormt het delict' (van Mesdagkliniek, 1992). Zoals ook uit het vervolg van dit artikel zal blijken, doen soortgelijke bewegingen zich voor in de Pompekliniek en Oldenkotte.

De geschetste werkkaders vormen de achtergrond waartegen in de onderzochte klinieken behandeld wordt. Door hulpverleners op verschillend niveau wordt daar op allerlei manieren invulling aan gegeven. In het navolgende worden hun werkwijzen in kaart gebracht, echter uitsluitend voor zover ze specifiek zijn voor de behandeling van seksuele delinquenten.

Seksuologische diagnostiek

Mijn tweede onderzoeksvraag was: Wat is er de laatste drie jaar in de verschillende klinieken gedaan aan (min of meer) gestandaardiseerde seksuologische diagnostiek en wat zijn de ervaringen daarmee? In tabel 2 staat de mate waarin in de onderzochte klinieken gebruik gemaakt wordt van vier seksuologisch diagnostische instrumenten.

Tabel 2. Gebruik van vier seksuologisch diagnostische instrumenten in vijf onderzochte klinieken. vdH = van der Hoevenkliniek; vM = van Mesdagkliniek; O = Oldenkotte; P = Pompekliniek; V = Veldzicht.

	vdH	vM	O	P	V
Seksuele anamnese	+	+	+	±	-
MSI	+	-	±	±	±
Delictscenario	+	+	±	±	±
Penisplethysmografie	-	-	-	-	-

+ veel gebruik

± niet veel, maar ook niet weinig gebruik

- weinig of geen gebruik

In drie van de vijf klinieken wordt standaard een *seksuele anamnese* afgenomen. Dat is óf de seksuele anamneselijst zoals deze destijds is ontwikkeld door de Wientjes-groep, een verkorte vorm daarvan óf een andere 'checklist' seksualiteit. Op Veldzicht wordt niet standaard een seksuele anamnese afgenomen, in de Pompekliniek af en toe.

De *Multiphasic Sex Inventory* van Nichols en Molinder (1984) is in het Nederlands vertaald door de Vereniging voor Forensische Seksuologie. Deze zelfbeoordelvragenlijst is be-

doeld om een grote verscheidenheid aan psychoseksuele kenmerken van de seksuele delinquent vast te stellen. De respondent wordt gevraagd naar het voorkomen van allerlei vormen van, al dan niet deviant, seksueel gedrag en hoe hij seks beleeft en er over denkt. De lijst wordt standaard afgenomen in de Van der Hoevenkliniek en af en toe in Oldenkotte, de Pompekliniek en Veldzicht.

Het *Delictscenario* is niet een specifiek seksuologisch diagnostisch instrument. Toch heeft het onmiskenbaar belang voor de diagnostiek en behandeling van seksuele delinquenten. Het betreft een semi-gestructureerd interview om de cognitieve, emotionele, gedragsmatige en situationele factoren voorafgaand aan, tijdens en kort na het delict in kaart te brengen als ware het een scenario van die gebeurtenis (Van Beek en Mulder, 1991, 1992). Een delictscenario wordt vaak opgesteld in de Van der Hoevenkliniek en de Van Mesdagkliniek en iets minder vaak in de andere drie klinieken.

In de Verenigde Staten en Canada is sprake van een sterke cognitief gedragstherapeutische benaderingswijze van seksuele delinquenten. In de diagnostiek en (evaluatie van de) behandeling aldaar wordt veelvuldig gebruik gemaakt van de *penisplethysmograaf* ofwel penisomtrekmeter (Frenken, Gijs en Van Beek, 1994). Daarmee wordt deviante seksuele opwinding gemeten, opgewekt door seksueel geladen videobeelden. In de behandeling speelt het beïnvloeden van de deviante opwinding dan wel het leren er op een maatschappelijk aanvaardbare manier mee om te gaan een belangrijke rol. In Nederland wordt op tenminste twee universiteiten experimenteel onderzoek gedaan met de penisomtrekmeter, te weten de Erasmus-Universiteit (Prof. Dr. A.K. Slob) en de Vrije Universiteit Amsterdam (Prof. Dr. W. Everaerd). In de diagnostiek en behandeling van terbeschikkinggestelden wordt penisplethysmografie echter niet toegepast. Men acht het te technologisch, te 'inhumaan' en vooralsnog niet passen binnen de vigerende behandelingsaanpak (Frenken, Gijs en Van Beek, 1994).

Ervaringen in het gebruik

De ervaringen die ik noteerde met het gebruik van de hiervoor aangeduide diagnostische instrumenten laten zich als volgt samenvatten. Ten eerste worden er 'organisatorische' problemen gerapporteerd. De methoden waarom het gaat zijn namelijk nogal tijdrovend, terwijl er in de klinieken, met uitzondering van de Van der Hoevenkliniek, geen aparte 'test'-diagnostici zijn. Dat kan worden verklaard uit de deels fenomenologische, deels psychoanalytische traditie waaruit de meeste klinieken voor de behandeling van terbeschikkinggestelden zijn voortgekomen. Binnen die tradities speelt testdiagnostiek een ondergeschikte rol. Voor de behandelers komt het psychodiagnostisch werk er daardoor als het ware bij. Vandaar ook dat er in de meeste klinieken slechts beperkt gebruik gemaakt wordt van genoemde instrumenten.

Een ander probleem betreft het gebruik van de verkregen diagnostische gegevens. Naar ik verneem ontbreekt het vaak aan zorgvuldige verwerking en interpretatie van deze gegevens en, als dat wel gebeurt, worden de resultaten niet of onvoldoende geïntegreerd in de behandeling van de patiënt.

In de gevallen waarin seksuologische diagnostiek plaatsvindt, wordt de impact ervan op de patiënt zelf groot genoemd. Veel van de gezochte informatie is bij binnenkomst in de kliniek kennelijk niet bekend. Als illustratie van dit feit tekende ik in Oldenkotte de volgende anecdote op over iemand die na het plegen van enkele aanrandingen inmiddels zo'n twaalf jaar in verschillende tbs-klinieken heeft doorgebracht. Kort na zijn binnenkomst in Oldenkotte werd hem een seksuele anamnese afgenomen. De psycholoog vroeg hem, ik citeer letterlijk:

Weet je nog hoe oud je was toe je je eerste erectie kreeg? Patiënt: 'Jazeker, die heb ik nooit gehad!' Psycholoog: 'Waarom heb je daar dan nooit over gesproken?' Patiënt: 'Er is mij nooit naar gevraagd!' Uit deze illustratie moge blijken dat allerlei seksuele problemen die anders misschien onontdekt waren gebleven, door gerichte seksuologische diagnostiek boven tafel kunnen komen. Bovendien sein je, door aan seksuologische diagnostiek te doen, uit dat seks iets is waar je gewoon over kunt praten. En dat is voor lang niet alle terbeschikkinggestelden vanzelfsprekend. Behalve voor de klinieken zelf ligt hier dus een terrein braak voor het Pieter Baan Centrum (waar gedragskundig onderzoek gedaan wordt naar verdachten van ernstige misdrijven), het Meijersinstituut (dat terbeschikkinggestelden selecteert naar de behandelklinieken), districtspsychiaters en andere gedragsdeskundigen die aan de rechtbank rapporteren over hun psychodiagnostische ervaringen met daders c.q. verdachten van strafbaar seksueel handelen.

Behandeling van seksuele delinquenten

De derde vraag betreft behandelingsvormen waarin seksualiteit en het seksuele delict centraal staan (Frenken, Gijs en Van Beek, 1994). Dergelijke benaderingen zijn voor een deel ontleend aan de cognitieve gedragstherapie met delinquenten waarover, vooral in de Verenigde Staten en Canada, gunstige resultaten worden gerapporteerd in termen van behandelduur en recidivecijfers. In met name de Van der Hoevenkliniek en Oldenkotte zijn de laatste jaren initiatieven ontwikkeld om bepaalde onderdelen van die aanpak te implementeren in de bestaande werkwijze (Van Beek, 1989; Van Beek en Mulder, 1991, 1992; Kuypers en Kramer, 1990). Belangrijkste verschil in focus lijkt te zijn dat in de Van der Hoevenkliniek accent wordt gelegd op het delict als gedrag, als tegenwicht tegen stromingen die pogen de onderliggende persoonlijkheidsproblematiek te genezen, terwijl in Oldenkotte de aandacht vooral uitgaat naar de rol van de seksualiteit in het leven en het delict van de patiënt, als tegenwicht tegen de gedachte dat het bij seksueel gewelddadig gedrag uitsluitend om agressieproblematiek zou gaan.

In beide klinieken zijn specifieke gestructureerde groepsprogramma's rondom het thema seksualiteit en seksueel geweld. Behalve aan seksuele voorlichting en socio-seksuele vaardigheden en attitudes in verband met seksualiteit, wordt in deze groepen veel aandacht besteed aan het uitwisselen van ervaringen.

Zowel in Oldenkotte als in de Van der Hoevenkliniek wordt expliciet werk gemaakt van *terugvalpreventie*. In Oldenkotte gebeurt dat als onderdeel van het groepsprogramma, in de Van der Hoevenkliniek gebeurt de terugvalpreventie individueel. Aan de hand van het delictscenario wordt een behandelingsprogramma opgesteld waarin individuele cognitieve gedragstherapie centraal staat. Behalve aan de interne 'zelfcontrole-kant' van de terugvalpreventie wordt daarbij in toenemende mate aandacht besteed aan de externe 'supervisie-kant'. Het externe sociale netwerk van de patiënt wordt bij de behandeling betrokken om signalen van terugval in een vroeg stadium te helpen onderkennen en tijdig actie te ondernemen.

Bij terugvalpreventieprogramma's zoals die in de Van der Hoevenkliniek wordt gewerkt vanuit het gedragstherapeutisch adagium: 'no cure, but control', of met andere woorden, 'de onderliggende persoonlijkheidsstoornis kun je toch niet genezen, zorg maar dat hij geen delicten meer pleegt'. Overigens in zekere zin slechts een schijnbare tegenstelling, want wat is er meer genezend, met name in termen van ik-sterkte, dan het gevoel je eigen gedrag onder

controle te hebben?

Een andere recente ontwikkeling binnen de intramurale behandeling van ter beschikking gestelden is het inschakelen van *seksoefenpartners*. Doelen daarvan kunnen zijn het aanleren van seksuele vaardigheden, angstvermindering voor bepaalde seksuele stimuli en diagnostiek. Positieve indicaties zijn een duidelijke motivatie, een omschreven probleemdefinitie en bereidheid om te experimenteren. Contra-indicaties zijn onder andere gevaar voor gewelddadige impulsdoorbraken, vergaande perversies en vrees voor psychotische desintegratie. In vier van de betrokken klinieken heeft tenminste één contact plaatsgevonden tussen een seksoefentherapeute en een patiënt. In alle gevallen betrof het plegers van pedofiele delicten of aanranding; geen ervaring werd opgedaan met plegers van verkrachtingen. Al met al zijn de ervaringen niet onverdeeld gunstig. Grootste probleem lijkt te zijn de juiste oefenpartners te vinden; dat wil zeggen evenwichtige vrouwen met een therapeutische attitude.

Tot slot van het onderdeel behandeling nog iets over het toepassen van *medicatie* bij seksuele delinquenten. Ruwweg kunnen farmaci om de seksuele behoefte te onderdrukken worden onderverdeeld in twee groepen: hormonale/endocrinologische middelen die direct inwerken op de seksuele behoefte en psychofarmaca (antidepressiva of antipsychotica) met als bijwerking invloed op de regulatie van de seksualiteit in de hersenen (Kuijpers, 1992; Gijs en Gooren, 1994). In twee van de betrokken klinieken is de afgelopen jaren sporadisch het antiandrogeen Androcur toegepast (Van der Hoevenkliniek en Oldenkotte). Het ging om patiënten die obsessief bezig waren met seks. De ervaringen ermee worden als 'redelijk goed' omschreven. In minstens twee andere klinieken (de Pompekliniek en Veldzicht) zijn de afgelopen jaren bij een klein aantal patiënten lage doseringen psychofarmaca voorgeschreven met de bedoeling de seksuele behoefte te remmen. Ook met deze middelen zijn de ervaringen niet onverdeeld negatief. Definitieve conclusies zijn echter niet te trekken. Daarvoor zijn de ervaringen te beperkt.

Tot slot

Er is de laatste jaren veel gebeurd op het terrein van de behandeling van seksueel agressieve delinquenten in het kader van de terbeschikkingstelling. Samengevat komen de ontwikkelingen er vooral op neer dat er meer aandacht is gekomen voor het delict(-gedrag) zelf. Ten tweede is er toenemende aandacht voor de rol van de seksualiteit in het delictgedrag. Verreweg het belangrijkste vind ik echter dat in de onderzochte klinieken steeds sterker het besef lijkt door te dringen dat men er met uitsluitend non-directieve behandelingsmethoden bij terbeschikkinggestelde seksuele delinquenten niet komt. Hun sterke neiging de problematische kanten van hun beleving en gedrag af te schermen voor behandelaars, vraagt om een krachtige directieve aanpak. Zelf initiatief nemen om als behandelaar vrij en direct over seksualiteit en het delict te praten is noodzakelijk. Daar kan tegenin gebracht worden dat je een 'goed gesprek' niet kunt afdwingen. Maar men moet er bij de patiënt geen misverstand over laten bestaan dat een aantal thema's is in verband met seksualiteit en het delict hoe dan ook aan de orde moet komen. Seksuologische diagnostiek die is toegespitst op het delict en de aanloop ertoe, kan aanwijzingen geven welke thema's dat moeten zijn.

Summary

Court-ordered in-patient treatment of sexually aggressive delinquents in The Netherlands

In recent years growing attention has been paid to the court-ordered treatment of sexually aggressive delinquents in The Netherlands. This paper briefly outlines how the assessment and treatment of sexual delinquents gets shape in five Dutch forensic clinics. Main conclusions are that the attention for the delinquent behavior itself is increasing while more and more directive treatment methods are used.

Literatuur

- Beek, D.J. van en J.R. Mulder (1991). De plaats van het delictscenario in de behandeling van seksueel agressieve delinquenten. *Directieve Therapie* 11: 4-18.
- Beek, D.J. van en J.R. Mulder (1992). Ervaringen met het opstellen van het delictscenario bij seksueel agressieve delinquenten. *Directieve Therapie* 12: 347-360.
- Blankstein, J.H. (1990). Behandeling van terbeschikkinggestelden: een zwarte of magische doos? In: *Harmonie en Tegenspraak*. C. Kelk, F. Koenraadt, A.W.M. Mooij (red.). Gouda Quint, Arnhem.
- Emmerik, J.L. van (1989a). Het delictgedrag van ter beschikking gestelde seksuele delinquenten. Enkele kwantitatieve gegevens. *Justitiële Verkenningen* 15: 20-33.
- Emmerik, J.L. van (1989b). *Tbs en recidive. Een vervolgstudie naar de recidive van terbeschikkinggestelden van wie de maatregel is beëindigd in de periode 1979-1983*. Gouda Quint, Arnhem.
- Emmerik, J.L. van (1993). De maatregel tbs. Een overzicht in cijfers. *Justitiële Verkenningen* 19: 9-38.
- Frenken, J., L. Gijs en D.J. van Beek (1996). Seksuele delinquenten in Nederland. Incidentie, kenmerken en behandeling van de plegers. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, in druk.
- Gijs L. en L. Gooren (1994). Hormonale en psychofarmacologische interventies in de behandeling van parafilieën. *Tijdschrift voor Seksuologie* 18: 56-71.
- Kuijpers, A.A.M. (1992). Medicamenteuze ondersteuning bij de behandeling van seksuele delinquenten. *Intern rapport*. Oldenkotte, Rekken.
- Kuijpers, A.A.M. (1994). De behandeling van seksuele delinquenten in Oldenkotte. In: *Met menselijke maat. Verkenningen in de forensische psychiatrie*. J.J.P. Hendrickx, B.C.M. Raes en M.J. Zomer (red). Pompekliniek, Nijmegen.
- Kuijpers, A.A.M. en F. Kramer (1990). De behandeling van seksuele delinquenten in Oldenkotte. *Intern rapport*. Oldenkotte, Rekken.
- Leeuwestein, S.U. (1989). De behandeling van agressief-seksueel gestoorde delinquenten in de Dr. S. van Mesdagkliniek. *Justitiële Verkenningen* 15: 76-92.
- Leuw, Ed. (1995). Recidive na ontslag uit tbs. *Onderzoek en beleid* 141. Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum/Gouda Quint, Den Haag/Arnhem.
- Mesdagkliniek, Dr. S. van (1992). De theorie en klinische behandeling van seksueel agressieve patiënten. *Intern rapport*. Dr. S. van Mesdagkliniek, Groningen.
- Nichols en Molinder (1984). *Multiphasic Sex Inventory; Manual and Questionnaire*. 437 Bowes Drive, Tacoma Wa. 98466, USA.