

# RISICOTAXATIE BIJ ZEDENDELINQUENTEN: EEN GLOBAAL LITERATUUROVERZICHT<sup>1</sup>

Chijs van Nieuwenhuizen<sup>2</sup> & Martien Philipse<sup>3</sup>

In dit artikel wordt een overzicht gegeven van risicotaxatie bij zedendelinquenten. Allereerst wordt het begrip 'risicotaxatie' in algemene zin toegelicht waarbij aandacht wordt besteed aan de waarde van klinische en statistische predictiemethoden. Vervolgens wordt stilgestaan bij welke risicofactoren er bij zedendelinquenten zijn vastgesteld op basis van empirisch onderzoek. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen statische en dynamische factoren. Daarna volgt een beschrijving van vijf veelgebruikte instrumenten voor het inschatten van het recidiverisico bij zedendelinquenten. Het artikel wordt afgesloten met een aantal aanbevelingen ter verbetering van risicotaxatie bij zedendelinquenten.

Risicotaxatie, ook wel bekend als *risk assessment*, is een term binnen de forensische psychiatrie welke staat voor het inschatten van het risico op gewelddadig en niet-gewelddadig gedrag. Met andere woorden, op basis van informatie over een delictpleger tracht men een inschatting te maken of hij wel of geen delicten (meer) zal plegen. Deze voorspelling is op velerlei momenten van belang en in het bijzonder in het kader van de strafrechtelijke maatregel terbeschikkingstelling (TBS; Ministerie van Justitie, 1999-2000; De Ruiter & Hildebrand, 2000). Zo speelt het inschatten van het delictgevaar een rol bij de oplegging van de TBS-maatregel, wordt idealiter op basis hiervan een specifieke behandeling ingezet in een TBS- of forensisch psychiatrische kliniek en speelt het een doorslaggevende rol bij het verlenen van (proef)verlof (Hanson, 2000; De Ruiter, 1999). In dit artikel wordt een globaal overzicht gegeven van risicotaxatie bij zedendelinquenten. Allereerst wordt het begrip risicotaxatie toegelicht. Vervolgens wordt stilgestaan bij welke risicofactoren bij zedendelinquenten zijn vastgesteld op basis van empirisch onderzoek en zullen vijf veelgebruikte risicotaxatie-instrumenten kort worden beschreven. Het artikel wordt afgesloten met een aantal aanbevelingen ter verbetering van risicotaxatie bij zedendelinquenten.

## Risicotaxatie

Het maken van een inschatting of iemand wel of geen delicten (meer) zal plegen, kan op verschillende manieren worden gedaan. Doorgaans wordt onderscheid gemaakt tussen een klinische en actuariële benadering (Grubin, 1999; Hanson, 2000; Hanson & Harris,

2000a; De Ruiter, 1999, 2000; Van Panhuis, 2000). Bij de klinische benadering worden de risico's op basis van een subjectieve inschatting bepaald. Bij de actuariële methode wordt de inschatting van het delictgevaar gebaseerd op factoren waarvan in empirisch wetenschappelijk onderzoek is aangetoond dat zij samenhangen met gewelddadig gedrag. Beide methodes zullen nader worden toegelicht waarbij de nadelen van elke methode expliciet aan bod komen.

Bij de klinische predictiemethode wordt de inschatting van het delictrisico gemaakt door een gedragsdeskundige in de (forensische) psychiatrie op basis van dossiers, interviews en psychodiagnostisch onderzoek. Aard en aantal van de risicofactoren waarnaar wordt gekeken zijn echter niet gestandaardiseerd, evenmin als hun onderlinge gewichtsverdeling. Er is geen vastliggend 'scoringssysteem': de conclusies worden op basis van subjectieve, vaak ook narratieve interpretaties bereikt. Het spreekt voor zich dat de kennis en ervaring van gedragsdeskundigen in deze erg zwaar telt. De klinische predictiemethode kent daarmee een aantal nadelen. Allereerst is er het probleem van de lage *base rate* van ernstige delicten (Quinsey et al., 1995b). De Ruiter & Hildebrand (2000) omschrijven *base rate* als volgt: 'De *base rate* is de prevalentie van een bepaald type (gewelddadig) gedrag binnen een gegeven populatie (bijvoorbeeld verkrachters) over een specifieke tijdsperiode. De *base rate* is afhankelijk van een aantal factoren zoals de lengte van de observatieperiode, het recidivecriterium (bijvoorbeeld arrestatie, veroordeling, detentie, zelfrapportage) en de aard van de recidive (bijvoorbeeld: niet-seksueel, met slachtoffer; niet-seksueel, geen slachtoffer; seksueel, wel slacht-

<sup>1</sup> Geaccepteerd voor publicatie: 21 januari 2002.

<sup>2</sup> Mw. dr. Ch. van Nieuwenhuizen is psycholoog en werkzaam als hoofd van de Sociaal Wetenschappelijke Dienst en staf deskundigheidsbevordering bij TBS-kliniek de Kijvelanden, Poortugaal. <sup>3</sup> Drs. M.W.G. Philipse is psycholoog en werkzaam als wetenschappelijk onderzoeker bij Prof. Mr. W.P.J. Pompestichting, Nijmegen. Correspondentieadres: Mw. dr. Ch. van Nieuwenhuizen, TBS-kliniek de Kijvelanden, Postbus 900, 3160 AC Rhoon; e-mail: chinie@kijvelanden.nl

offer). Dit impliceert dat, indien de *base rate* voor een bepaald type gewelddadig gedrag erg laag is, de voorspelling dat *niemand* een gewelddadig misdrijf zal plegen een veel grotere nauwkeurigheid heeft dan de voorspelling dat een aantal dat wel zullen doen (Quinsey et al., 1995a; Quinsey et al., 1995b). Het omgekeerde geldt voor gedrag met een extreem hoge *base rate*: de beste voorspelling is dan dat *iedereen* zal recidiveren. Aangezien klinici veelal weinig oog hebben voor de *base rates* van specifiek gewelddadig gedrag zullen zij geneigd zijn tot een overpredictie bij het inschatten van delictgevaar. Er bestaat daarmee een grote kans op 'vals positieven' hetgeen ertoe kan leiden dat een terbeschikkinggestelde een verlenging krijgt terwijl hij, mocht zijn TBS zijn beëindigd, niet gerecidiveerd zou hebben (Verhagen & Philipse, 1995).

Een tweede nadeel van de klinische predictiemethode is dat, bij risicotaxatie op basis van het klinisch oordeel, cognitieve vertekeningen op kunnen treden (zie De Ruiter, 1999; zie ook Campbell, 2000). Als voorbeelden noemt De Ruiter de *confirmatory bias* (de clinicus zoekt in de voorhanden zijnde gegevens bevestiging van zijn of haar eigen, reeds gevormde, oordeel) en de *illusoire correlatie* (de clinicus heeft bij één specifieke casus een bepaalde risico-inschatting gemaakt met een gunstig resultaat en generaliseert dit vervolgens naar volgende cases). Naast deze nadelen laat de nauwkeurigheid van de klinische voorspelling van delictgevaar te wensen over (Bonta et al., 1998; Grove & Meehl, 1996; zie ook Hall, 1988, 1990). Zo blijkt de accuraatheid van de klinische voorspelling van het recidivegevaar van zedendelinquenten slechts een gemiddelde correlatie van .10 op te leveren (Hanson, 1998; Hanson & Bussière, 1998; het betrof hier tien studies met in totaal 1.453 zedendelinquenten). Ter vergelijking: een enkel item als 'eerdere zedendelicten' correleert .19 met het optreden van een recidive bij zedendelinquenten (Hanson, 1998; Hanson & Bussière, 1998).

Het blijkt echter ook (Hanson, 1998) dat in studies waar gebruik werd gemaakt van een gesystematiseerde klinische beoordelingsmethode dat de gemiddelde correlatie .23 bedroeg (N=369, twee studies) tegenover  $r = .07$  wanneer een niet-gesystematiseerde methode werd gehanteerd (N= 1.084, acht studies). Daarnaast concludeert Mossman (1994) op basis van een her-analyse van studies naar het voorspellen van geweld, dat klinici in de regel significant beter inschatten dan het toeval maar dat statistische methoden het even goed doen en vaak zelfs beter. Anders gezegd: klinici zijn in staat tot redelijke voorspellingen, maar kunnen geen speciale expertise op dit terrein claimen aangezien een leek met een lijst statistisch afgeleide

predictoren waarschijnlijk tot een even goed of beter resultaat komt.

Er zijn dus de nodige kanttekeningen te plaatsen bij risicotaxatie op basis van het klinische oordeel alleen. In de afgelopen drie decennia is derhalve, met name in Canada en de Verenigde Staten, veel onderzoek verricht naar risicotaxatie met behulp van een actuariële benadering. Bij de actuariële benadering - ook wel statistische benadering genoemd - wordt de inschatting van het delictgevaar gebaseerd op factoren waarvan in empirisch wetenschappelijk onderzoek is aangetoond dat zij samenhangen met gewelddadig gedrag, echter zonder per se causaliteit of relevantie binnen een behandelsetting te impliceren. Aard en aantal van risicofactoren zijn gestandaardiseerd, evenals hun scoring. De eindconclusie van de risicotaxatie wordt bereikt op basis van een vastliggend algoritme.

Hoewel de gesystematiseerde aanpak van de actuariële benadering is te prefereren boven een volledig ongesystematiseerde klinische benadering (zie de eerdere opmerkingen ten aanzien van de waarde van klinische voorspellingen), kent ook deze methode zijn beperkingen. Aangezien de meeste actuariële risicotaxatie-instrumenten bestaan uit statische factoren zijn ze niet geschikt om behandeldoelen te identificeren, verandering te meten of een voorspelling te doen wanneer iemand in de toekomst zal recidiveren (Grubin, 1997; Hanson, 2000). Grubin en Wingate (1996) noemen als voornaamste kritiekpunten op de actuariële predictiemethode (a) het feit dat deze methode volledig op empirische studies is gebaseerd en als zodanig getwijfeld mag worden of bevindingen uit de ene populatie te generaliseren zijn naar een andere, en (b) actuariële voorspellingen zijn gebaseerd op groepen en de vraag is of dit iets zegt over het individuele geval. Anders geformuleerd: op welke wijze interpretere je van het algemene naar het specifieke? Grubin & Wingate (1996) gaan in hun artikel zelfs nog een stap verder door te beargumenteren dat zelfs wanneer binnen een bepaalde populatie (waar het recidivepercentage 10% is) met 90% zekerheid een recidief kan worden voorspeld, het voorspellen van een recidief binnen de 'hoog-risico'-groep door het hoog aantal vals positieven eigenlijk neerkomt op het gooien van een muntstuk (Grubin & Wingate, 1996, zie ook Rice & Harris, 1995). Met andere woorden: net als bij de klinische benadering, speelt het *base rate* probleem ook de statistische methode behoorlijk parten.

Mede om tegemoet te komen aan de kritiek op de actuariële benadering heeft Hanson recent (2000; zie ook Hanson, 1998; Hanson & Harris, 2000a) onderscheid gemaakt tussen (a) een gesystematiseerd kli-

nisch oordeel op basis van een vastgestelde lijst van risicofactoren – een methode passend binnen de klinische beoordelingsstrategie, (b) de actuariële benadering zoals eerder beschreven, en (c) een klinisch aangepaste actuariële voorspelling waarbij het delictgevaar op basis van externe factoren hoger of lager wordt ingeschat. Om een voorbeeld te geven van deze benadering: het risico wordt hoger ingeschat bij een ‘laag risico’ delictpleger die aangeeft dat hij van plan is om weer een delict te gaan plegen terwijl het risico bij een ‘hoog risico’ delictpleger lager ingeschat wordt indien hij ernstig gehandicapt is en daardoor een beperkte mobiliteit heeft.

Op zowel de klinische als op de statistische benaderingswijze zijn dus de nodige op- en aanmerkingen te maken. Desalniettemin zijn er relevante risicofactoren te onderscheiden bij zedendelinquenten die bij beide methodes van belang zijn. Hierover in de volgende paragrafen meer. (NB: voor een overzicht van de effectiviteit van psychotherapeutische behandeling van zedendelinquenten wordt verwezen naar de bijdrage van Emmelkamp en collega's elders in dit nummer.)

### Risicofactoren bij zedendelinquenten

Bij risicofactoren wordt - zowel bij seksuele als niet-seksuele delictplegers - onderscheid gemaakt tussen statische en dynamische factoren (Comité Instrumentarium Forensische Psychiatrie, 2000; Hanson & Harris, 2000a; Verhagen & Philipse, 1995). Statische factoren zijn op te vatten als ‘moderator’-variabelen dat wil zeggen: variabelen die op zichzelf niet noodzakelijk een risicofactor zijn, maar waarvan de waarde bepalend is voor de vraag of een andere variabele wel of niet een risicofactor is. Bij statische risicofactoren wordt gekeken naar de kenmerken en geschiedenis van de delinquent, bijvoorbeeld: leeftijd (bij eerste delict), eerdere veroordelingen, gedragsproblemen in de jeugd, en middelenmisbruik (in het verleden). Deze factoren geven echter geen bruikbare informatie over het concrete gedrag waarop de behandeling zich zou moeten richten (cf. Verhagen & Philipse, 1995). Dynamische factoren daarentegen zijn beïnvloedbare kenmerken van de delinquent en zijn omgeving die, indien zij veranderen, een positieve of negatieve invloed hebben op het recidiverisico. Voorbeelden hiervan zijn sociale steun en impulscontrole. Hanson en Harris (2000a) maken daarnaast nog onderscheid tussen stabiele en acute dynamische factoren. Bij stabiele dynamische factoren is de verwachting dat zij gedurende maanden of jaren onveranderd blijven (bijv. alcoholisme) terwijl de acute dynamische factoren heel erg snel kunnen veranderen (bijv.

alcoholintoxicatie).

Tot op heden zijn een aantal risicofactoren bij zedendelinquenten te onderscheiden die systematisch terugkomen in wetenschappelijk onderzoek. In 1998 hebben Hanson en Bussière een meta-analyse gepubliceerd van 61 recidivestudies met een totale steekproef van 23.393 zedendelinquenten. In tabel 1 staan de risicofactoren vermeld met een gewogen gemiddelde correlatie ( $r_r$ ) van .10 of hoger; gecorrigeerd voor verschillen in *base rates* (Hanson, 2000; zie ook Hanson & Bussière, 1998). Opgemerkt dient te worden dat de genoemde risicofactoren in deze tabel voornamelijk historische en stabiele factoren betreffen.

Uit tabel 1 blijkt dat de kans op seksuele recidive het beste wordt voorspeld door deviante seksuele voorkeur (Lalumière & Quinsey, 1994; Prentky et al., 1997a; Rice et al., 1991; Quinsey et al., 1995a; Quinsey et al., 1995b; Rice & Harris, 1997; zie ook De Ruiter & Hildebrand, 2000). Het recidivegevaar bij zedendelinquenten hangt tevens samen met het type zedendelict: het recidiverisico is het hoogst bij pedoseksuelen die gericht zijn op jongens buiten het gezin, gevolgd door respectievelijk verkrachters, pedoseksuelen gericht op meisjes buiten het gezin en incestplegers (Greenberg, 1998; Hanson et al., 1993; Prentky et al., 1997a, 1997b; Quinsey et al., 1995a; Quinsey et al., 1995b; De Ruiter & Hildebrand, 2000; zie ook Van Beek, 1999).

Andere factoren die een rol spelen bij een verhoogd delictisico zijn eerdere veroordelingen voor een zedendelict, eerdere veroordelingen in algemene zin, en burgerlijke status - nooit gehuwd zijn geweest (Hanson et al., 1993; Hanson & Bussière, 1998; Prentky et al., 1997a; Quinsey et al., 1995a; Quinsey et al., 1995b; Rice et al., 1990). Recidivestudies tonen bovendien aan dat zedendelinquenten die hoog scoren op de Psychopathie Checklist-Revised van Hare en collega's (PCL-R; Hare, 1991) een hoger recidivepercentage hebben in vergelijking met laagscorers op de PCL-R (Quinsey et al., 1995a; Quinsey et al., 1995b; Rice et al., 1990; Rice & Harris, 1997; De Ruiter & Hildebrand, 2000; Seto & Barbaree, 1999).

### Risicotaxatie-instrumenten voor zedendelinquenten

Inmiddels zijn er zo'n 25 risicotaxatie-instrumenten voor zedendelinquenten beschikbaar (Doren (1999) in Philipse & Verhagen, 2000). In tabel 2 wordt een overzicht gegeven van vijf risicotaxatie-instrumenten. De keuze voor de instrumenten is gebaseerd op de (inter)nationale bekendheid van het instrument of

Tabel 1: Predictoren van seksuele recidive.\*

<i>Risicofactor</i>	<i>r<sub>s</sub></i>	<i>N</i>
<i>Seksuele deviatie</i>		
Seksuele interesse in kinderen**	.32	4.853
Afwijkende seksuele voorkeur	.22	570
Eerdere zedendelicten	.19	11.294
Onbekende slachtoffers	.15	465
Vroege aanvang zedendelict	.12	919
Niet-verwante slachtoffers	.11	6.889
Jongetjes slachtoffers	.11	10.294
Verscheidene zedenmisdriven	.10	6.011
<i>Criminele voorgeschiedenis/levensstijl</i>		
Antisociale persoonlijkheid	.14	811
Eerdere veroordelingen	.13	8.683
<i>Demografische variabelen</i>		
Leeftijd (jong)	.13	6.969
Alleenstaand (nooit gehuwd)	.11	2.850
<i>Behandelingsvoorgeschiedenis</i>		
Behandeling niet afgemaakt	.17	806

\* overgenomen uit Hanson (2000); zie Hanson & Bussière (1998) voor een volledig overzicht van risicofactoren  
\*\* = bepaald met behulp van penisplethysmografie  
*r<sub>s</sub>* = gewogen gemiddelde correlatie, gecorrigeerd voor verschillen in *base rates* tussen de studi  
*N* = totale steekproefgrootte  
*K* = aantal studies

omdat het instrument veelbelovend lijkt gezien de ontwikkelingen rondom statische en dynamische risicofactoren (zie voor een uitgebreid instrumenten-overzicht: Philipse et al., 2001). Daarnaast is meegenomen of er een Nederlandse vertaling beschikbaar was en is rekening gehouden met het feit dat het artikel van Hanson & Bussière (1998) nog altijd toonaangevend is binnen dit onderzoeksterrein hetgeen de betrokkenheid van Hanson bij drie van de vijf instrumenten verklaard.

#### *SVR-20: Sexual Violence Risk-20*

De SVR-20 (Boer et al., 1997; Nederlandse vertaling Hildebrand et al., 2000) is een instrument om te komen tot een gesystemiseerd klinisch oordeel over het recidiverisico van eerder veroordeelde zedendelinquenten. Zoals de naam al suggereert, bestaat het instrument uit twintig risicofactoren waarbij elke factor wordt gecodeerd als zijnde 'zeker aanwezig', 'mogelijk aanwezig' en 'niet aanwezig'. Op basis van de meta-analyse van Hanson & Bussière (1998) dient voor de SVR-20 geconstateerd te worden dat voor vier van de twintig factoren geen tot onvoldoende

empirische ondersteuning is (slachtoffer van seksueel misbruik; verslavingsproblematiek, werkgerelateerde problematiek, extreme minimalisatie en ontkenning van het delict). Uit de gepresenteerde data in Tabel 2 en de genoemde beoordelingscriteria (zie voetnoot 2) blijkt dat de interraterbetrouwbaarheid van de SVR-20 vooralsnog te wensen over laat; informatie over predictieve validiteit is schaars en tegenstrijdig (zie ook Philipse et al., 2001).

#### *RRASOR: Rapid Risk Assessment for Sexual Offense Recidivism*

De RRASOR (Hanson, 1997) omvat een actuariële formule op basis waarvan een zedendelict wordt voorspeld. Hierbij worden vier factoren meegenomen: het aantal eerdere zedendelicten, de huidige leeftijd van de delictpleger, het geslacht van het slachtoffer, en wat de verwantschap van de delictpleger met het slachtoffer is. Factoren die alle terug te vinden zijn in de meta-analyse van Hanson & Bussière (1998). De RRASOR geeft een eindscore tussen 0 en 6. In zijn huidige vorm lijkt de RRASOR alleen geschikt als een globale screener ten aanzien van het risiconiveau. An-

<sup>1</sup> Sensitiviteit ('hit rate') refereert aan hoe goed het instrument recidivisten herkent; een instrument is sensitiever naarmate een lagere totaalscore al voldoende is om als recidivist te worden aangemerkt. Specificiteit (1 – vals alarm rate) refereert aan hoe goed het instrument niet-recidivisten herkent (zie Quinsey et al. 1998). Een instrument is specifiek naarmate een hogere totaalscore nodig is om als recidivist te worden aangemerkt.

dere relevante informatie zoals afwijkende seksuele voorkeur (zie Hanson & Bussière, 1998) dienen vervolgens in de uiteindelijke risicotaxatie te worden meegenomen. Campbell (2000) refereert in zijn beschrijving van de RRASOR aan een artikel van Janus en Meehl (1997) waaruit blijkt dat er een forse discrepantie is tussen de sensitiviteit en specificiteit van het instrument<sup>1</sup>. Uitgaande van de maximale *cutoff* score betekent dit dat de RRASOR een specificiteit van .97 heeft. De sensitiviteit daarentegen is slechts .15. Met andere woorden, met een *cutoff* score van 5 wordt maar 15% van de recidivisten geïdentificeerd. Uit de gegevens van Tabel 2 kan worden afgeleid dat de interraterbetrouwbaarheid van de RRASOR voldoende is; de predictieve validiteit is matig tot goed.

#### *SORAG: Sex Offender Risk Appraisal Guide*

De SORAG (Quinsey *et al.*, 1998) is een actuarieel instrument bestaande uit 14 items. De SORAG is ontworpen voor gebruik bij seksueel delinquenten maar taxeert tevens de kans op algemene geweldsrecidive binnen deze groep. De items van de SORAG worden uiteenlopend gescoord met als vaste referentiepunten '-1 = geen problemen', '+2 = lichte of milde problemen' en '+5 = ernstige problemen'. Wanneer de inhoud wordt gelegd naast de uitkomsten van de meta-analyse van Hanson & Bussière (1998) dan dient te worden geconcludeerd dat voor drie van de 14 items geen empirische ondersteuning is, namelijk voor 'alcoholproblemen', 'beantwoorden aan de DSM-III criteria voor persoonlijkheidsstoornis', en 'beantwoorden aan de DSM-III criteria voor schizofrenie' (deze laatste verlaagt het recidiverisico volgens de SORAG). Uit de gegevens van Tabel 2 kan worden afgeleid dat de interraterbetrouwbaarheid voldoende is; de predictieve validiteit is matig tot goed.

#### *Static-99*

De Static-99 (Hanson & Thornton, 1999; Nederlandse vertaling Van Beek *et al.*, 1999) bestaat uit 10 items waaronder de items van de RRASOR. De RRASOR maakt dus integraal onderdeel van de Static-99. De eerste vijf items worden gescoord op basis van officiële documentatie; de items 6-10 worden gescoord op basis van alle informatie die beschikbaar is, dus ook informatie die wordt verschaft door de dader en verklaringen van slachtoffer(s). De items van de Static-99 zijn relevant indien wordt uitgegaan van de meta-analyse van Hanson & Bussière (1998). De scores worden omgezet in vier risicocategorieën te weten: 0,1 = laag, 2,3 = laag gemiddeld, 4,5 = hoog gemiddeld en 6 of meer = hoog. Uit Tabel 2 kan worden

opgemaakt dat de interraterbetrouwbaarheid van de Static-99 voldoende is; de predictieve validiteit is matig tot goed.

#### *SONAR: Sex Offender Need Assessment Rating*

De SONAR (Hanson & Harris, 2000b) omvat vijf stabiele risicofactoren (30 items) en vier acute risicofactoren (15 items). De ontwikkelaars van de SONAR hebben in het bijzonder oog gehad voor het onderbrengen van dynamische factoren in het instrument. Zwak is echter dat het instrument deels gebaseerd is op retrospectieve data van gerecidiveerde delinquenten waarbij de medewerkers op de hoogte waren van deze recidieven. De scores van de SONAR worden omgezet in vijf risicocategorieën: -4 tot 3 = laag, 4,5 = laag gemiddeld, 6,7 = gemiddeld, 8,9 = hoog gemiddeld en 10 tot 14 = hoog. Uit de gegevens van Tabel 2 kan worden afgeleid dat de interraterbetrouwbaarheid voldoende is; over de predictieve validiteit is onvoldoende informatie beschikbaar.

### **Conclusie en discussie**

Uit dit artikel blijkt dat het maken van een inschatting of iemand wel of niet zal recidiveren, niet eenvoudig is. Ervaren klinische beoordelaars doen het niet beter dan een leek met lijstje statistische risicofactoren (Hanson, 2000) en de actuariële predictiemethode lijkt bij een lage *base rate* eigenlijk niet veel meer op te leveren dan het gooien van een muntstuk (Grubin & Wingate, 1996). Daarnaast laat een overzicht van relatief vaak gebruikte instrumenten weliswaar zien dat de betrouwbaarheid en validiteit over het algemeen matig tot goed is, maar tegelijkertijd maakt dit overzicht duidelijk dat de instrumenten nog erg in een eerste ontwikkelingsstadium zitten. Zo is de beschreven psychometrie wel erg summier: in geen van de artikelen wordt aandacht besteed aan bijvoorbeeld de homogeniteit van het instrument of aan de inhoud- of constructvaliditeit. Gangbare berekeningswijzen in gezondheidszorgonderzoek zoals de Cronbach's alfa, de split-half methode of factor analyse lijken nog geen enkele rol te spelen bij de ontwikkeling van risicotaxatie-instrumenten. Een duidelijke illustratie hiervan is het recente artikel van Brand & Diks (2001) over richtlijnen voor risicotaxatie in de forensische psychiatrie aangezien betrouwbaarheid en validiteit door hen pas op de zevende plaats worden gezet.

Ze recent noemden Philipse & Verhagen (2000) bovendien als kritiek het feit dat risicotaxatie-instrumenten worden gevalideerd op recidivegegevens terwijl uiteenlopende definities van recidive worden gehanteerd. Belangrijkste consequentie hiervan is dat

Tabel 2. Risicotaxatie-instrumenten voor zedendelinquenten: globale beschrijving inhoud, interra

Instrument	Referentie	Aantal items	Factoren (voorbeelden van items)
Sexual Violence Risk-20 (SVR-20)	Boer <i>et al.</i> 1997	20	<u>Psychosociaal functioneren</u> (seksuele deviatie, <u>Seksueel delinquent gedrag</u> (meerdere delicttypen goedkeuren/ondersteunen) <u>Toekomstplannen</u> (gebrek aan realistische plannen)
Rapid Risk Assessment for Sexual Offense Recidivism (RRASOR)	Hanson, 1997	4	<u>n.v.t.</u> (eerdere zedendelicten; mannelijke slachtoffers; jonge leeftijd)
Sex Offender Risk Appraisal Guide (SORAG)	Quinsey <i>et al.</i> , 1998	14	<u>n.v.t.</u> (alcoholproblemen, gedragsproblemen basaal voorkeur)
Static-99	Hanson & Thornton, 1999	10	<u>n.v.t.</u> (RRASOR-items plus niet-seksueel geweld veroordelingen; onbekende slachtoffers)
Sex Offender Need Assessment Rating (SONAR)	Hanson & Harris, 2000b	45	<u>beperkingen omtrent intimiteit</u> (problemen t.a.v. <u>negatieve sociale invloeden</u> (negatieve invloeden <u>tolerante attitudes t.a.v. zedendelicten</u> (sommige krijgen wat ze verdienen) <u>seksuele zelfregulatie</u> (iedereen heeft recht op <u>algemene zelfregulatie</u> (heeft geheimen) <u>acute risicofactoren</u> (middelenmisbruik, negatieve

1 Sensitiviteit ('hit rate') refereert aan hoe goed het instrument recidivisten herkent; een instrument aangemerkt. Specificiteit (1 – vals alarm rate) refereert aan hoe goed het instrument niet-recidivisten totaalscore nodig is om als recidivist te worden aangemerkt.

1 Toelichting bij de gebruikte criteria voor betrouwbaarheid en validiteit: De Receiver Operating Characteristic (ROC)-analyse een maat die rekening houdt met de balans tussen juist positieve en vals positieve af te zetten ontstaat een curve. De oppervlakte onder die curve (area under the curve, AUC) is een voorspelling niet beter dan toeval. Voor de (gewogen) kappa geldt dat een kappa >.60 acceptabele correlatiecoëfficiënt en de ROC (Hanson, 2000): matig predictieve waarde: r .25-.30, ROC rond .

voorspellingen zeer specifiek zijn omdat onvoldoende duidelijk is wat het betekent qua ernst (wat voor soort recidive, hoe vaak, hoeveel slachtoffers), of qua 'time frame' (volgende week of over 10 jaar?). Tevens stippen zij de hoge redundantie in items bij deze instrumenten aan (zie ook Philipse et al., 2001). Een andere opvallende bevinding is dat bij de instrumentontwikkeling men in Nederland nadrukkelijk leunt op het werk dat in Canada en Noord-Amerika is verricht. Dit vraagt om duidelijkheid omtrent de generaliseerbaarheid. Daarnaast lijkt de discussie in Vlaanderen rondom risicotaxatie en (vormgeving van) forensisch psychiatrische behandeling nog goed op gang te moeten komen (zie ook Casselman, 2000).

Er zijn echter minstens drie redenen waarom verder onderzoek naar risicotaxatie bij (zeden)delinquenten noodzakelijk is. Allereerst de veelal grote consequenties voor de slachtoffers van zedendelicten. Om toekomstig leed (=nieuwe slachtoffers) te voorkomen, dient met de hoogst mogelijke zekerheid een uitspraak gedaan te kunnen worden over het delictrisico alvorens een (proef)verlof te starten en/of de TBS te beëindigen. Daarnaast geldt dat indien meer duidelijkheid komt over de kans dat een terbeschikkinggestelde in de 'hoog' dan wel 'laag risico'-groep behoort, deze vrijheidsberovende maatregel niet langer dan strikt noodzakelijk opgelegd hoeft te worden. Een laatste, meer beleidsmatige, reden is dat een verbeterde risicotaxatie naar verwachting een kortere behandelduur tot gevolg heeft hetgeen de in-door-, en uitstroom positief kan beïnvloeden en daarmee kostenbesparend werkt (cf. Commissie Beleidsvisie TBS, 2001).

Wanneer het belang van risicotaxatie in termen van diagnostiek en behandeling wordt vertaald, dan zijn ook hier drie redenen te noemen waarom een grondige taxatie bij zedendelinquenten noodzakelijk is (Marshall, 1999; zie ook Marshall et al., 1999): (a) om toekomstig risico te bepalen, (b) om behoeften aan behandeling vast te stellen, en (c) om te kunnen evalueren of behandeling wel of niet de gewenste verandering tot stand heeft gebracht.

Afsluitend zouden wij derhalve een aantal aanbevelingen willen doen. Allereerst de aanbeveling dat er gekozen wordt voor eenduidige definitie van een recidive opdat uitkomsten van toekomstige recidivestudies beter vergelijkbaar worden. Een bijkomend voordeel zou kunnen zijn dat mede door een scherpere definiëring, meer dynamische factoren naar voren zullen komen hetgeen van belang is voor de klinische praktijk. Hanson en Harris (2000a) bijvoorbeeld suggereren om ook aandacht te besteden aan seksuele preoccupatie, wel of niet in de buurt kunnen komen van potentiële slachtoffers, mate van inzicht

van patiënt in recidiverisico en forse veranderingen wat betreft de stemming, met name boosheid. Deze factoren dienen echter eerst in prospectieve studies te worden onderzocht zodat zij op hun waarde kunnen worden geschat. Ten tweede de suggestie dat binnen de forensische psychiatrie gekozen wordt voor een gezamenlijk instrument t.a.v. risicotaxatie bij zedendelinquenten. Al eerder is vanuit het Comité Instrumentarium Forensische Psychiatrie (2000) met de HKT-30 (Historisch/Klinisch/Toekomst-30 een voorstel gedaan omtrent algemene risicotaxatie in Nederland. Bezien zou moeten worden of dit instrument ook geschikt is om een inschatting te maken t.a.v. het risico bij zedendelinquenten. Daarnaast zou, in navolging van Hanson (2000), meer gewerkt kunnen gaan worden met profielanalyses waarbij uitgegaan wordt van een specifieke weging van items. Hiermee wordt een stap gezet van risicotaxatie naar risicomangement hetgeen van groot belang is voor de vertaling naar de dagelijkse praktijk. Het recente artikel van Hilterman (2001) over kenmerken van recidiverende en niet-recidiverende tbs-gestelden kan hierbij ons inziens erg behulpzaam zijn

Tenslotte, het begrip risicotaxatie zou baat hebben bij een nadere theoretische onderbouwing. De manier waarop de risicotaxatie-schalen tot op heden zijn geformeerd, wordt ook wel 'dustbowl empiricism' genoemd (Bonta, 1997). Dit betekent dat items puur worden geselecteerd omdat zij statistisch gerelateerd zijn aan crimineel gedrag. Hierbij is echter uitgegaan van retrospectief onderzoek op basis van het voorhanden zijnde dossier. Simpel gezegd betekent dit dat 'wat er niet in gaat, komt er ook niet uit'. Een probleem bij deze aanpak is voorts, dat de gevonden risicofactoren vaak geen psychologische verklarende waarde hebben met betrekking tot recidive en niet bijdragen aan inzicht in het proces van recidiveren. De schalen zijn veelal a-theoretisch opgezet en mogelijk kan vanuit een theorie, of een theoretisch model, voorspellingen ten aanzien van toekomstige recidieven worden verbeterd.

## Referenties

- Beek, D.J. van (1999). *De delictscenarioprocedure bij seksueel agressive delinquenten*. Academisch proefschrift, Universiteit van Amsterdam. Gouda Quint: Gouda.
- Beek, D. van, De Doncker, D., & de Ruiter, C. (1999). *Static-99*. Hanson & Thornton, Nederlandse geautoriseerde vertaling. Forum Educatief, Dr. Henri van der Hoeven Stichting: Utrecht.
- Boer, D.P., Hart, S.D., Kropp, P.R., & Webster, C.D. (1997). *Manual for the Sexual Violence Risk-20*. The British Columbia Institute Against Family Violence: Vancouver BC.
- Bonta, J. (1997). Do we need theory for offender risk assessment? *Forum on Corrections Research*, 9, 42-45.
- Bonta, J., Law, M., & Hanson, K. (1998). The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: A

- meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 122, 125-142.
- Brand, E.F.J.M., & Diks, G.J.M. (2001). Richtlijnen voor risicotaxatie in de forensische psychiatrie: theorie en praktijk. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 43, 693-704.
- Campbell, T.W. (2000). Sexual predator evaluations and phrenology: Considering issues of evidentiary reliability. *Behavioral Sciences and Law*, 18, 111-130.
- Casselmann, J. (2000). Forensische psychiatrische eenheden: Nu of nooit. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 30, 148-152.
- Comité Instrumentarium Forensische Psychiatrie (2000). *Risicotaxatie in de forensische psychiatrie: Een Nederlands instrument in ontwikkeling*. Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen: Den Haag.
- Commissie Beleidsvisie TBS (2001). *Veilig en Wel. Een beleidsvisie op TBS*. Commissie Beleidsvisie TBS: Den Haag.
- Greenberg, D.M. (1998). Sexual recidivism in sex offenders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 459-465.
- Grove, W.M., & Meehl, P.E. (1996). Comparative efficiency of informal (subjective, impressionistic) and formal (mechanical, algorithmic) prediction procedures: The clinical-statistical controversy. *Psychology, Public Policy, and Law*, 2, 293-323.
- Grubin, D.H. (1997). Predictors of risk in serious sex offenders. *British Journal of Psychiatry*, 170, 17-21.
- Grubin, D. (1999). Actuarial and clinical assessment of risk in sex offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 14, 331-343.
- Grubin, D., & Wingate, S. (1996). Sexual offense recidivism: prediction versus understanding. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 6, 349-359.
- Hall, G.C.N. (1988). Criminal behavior as a function of clinical and actuarial variables in a sexual offender population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 773-775.
- Hall, G.C.N. (1990). Prediction of sexual aggression. *Clinical Psychology Review*, 10, 229-245.
- Hanson, R.K. (1997). *The development of a brief actuarial risk scale for sexual offense recidivism. (User Report 97-04)*. Ottawa: Department of the Solicitor General of Canada.
- Hanson, R.K. (1998). What do we know about sex offender risk assessment? *Psychology, Public Policy, and Law*, 4, 50-72.
- Hanson, R.K. (2000). *Risk assessment. ATSA: Association for the Treatment of Sexual Abusers. Informational package, ATSA*.
- Hanson, R.K., & Bussière, M.T. (1998). Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 348-362.
- Hanson, R.K., & Harris, A.J.R. (2000a). Where should we intervene? Dynamic predictors of sexual offense recidivism. *Criminal Justice and Behavior*, 27, 6-35.
- Hanson, R.K. & Harris, A. (2000b). *The Sex Offender Need Assessment Rating (SONAR): A method for measuring change in risk levels (User Report 2000-01)*. Ottawa: Department of the Solicitor General of Canada.
- Hanson, R.K., Steffy, R.A., & Gauthier, R. (1993). Long-term recidivism of child molesters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 646-652.
- Hanson, R.K., & Thornton, D. (1999). *Static-99: Improving actuarial risk assessments for sex offenders (User Report 99-02)*. Ottawa: Department of the Solicitor General of Canada.
- Hare, R.D. (1991). *Manual for the revised Psychopathy Checklist*. Multi-Health Systems: Toronto.
- Hildebrand, M., de Ruiter, C., & van Beek, D.J. (2000). SVR-20: Sexual Violence Risk. Dr. Henri van der Hoeven Stichting: Utrecht.
- Hilterman, E.L.B. (2001). Statische vergelijking van tijdens verlof recidiverende en niet-recidiverende tbs-gestelden. *Proces: Tijdschrift voor Berechting en Reclassering*, 7/8, 121-127.
- Lalumière, M.L., & Quinsey, V.L. (1994). The discriminability of rapists from non-sex offenders using phallometric measures: A meta-analysis. *Criminal Justice and Behavior*, 21, 150-175.
- Marshall, W.L. (1999). Diagnosing and treating sexual offenders. In A.K. Hess & I.B. Weiner (Eds.), *Handbook of Forensic Psychology* (pp. 640-670). New York, Chichester: John Wiley & Sons.
- Marshall, W.L., Anderson, D., & Fernandez, Y. (1999). *Cognitive-behavioural treatment of sexual offenders*. Chichester, New York: John Wiley & Sons.
- Ministerie van Justitie (1999-2000). *Brief t.b.v. vaststelling begroting van de uitgaven en ontvangsten van het Ministerie van Justitie voor het jaar 2000 (26 800 VI)*. 's Gravenhage: Sdu Uitgevers.
- Mossman, D. (1994). Assessing predictions of violence: Being accurate about accuracy. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 62, 783-792.
- van Panhuis, P.J.A. (2000). Empirisch gefundeerde risico-inschatting van agressief gedrag. In S. Tuinier, W.M.A. Verhoeven & P.J.A. van Panhuis (Eds.), *Behandelingsstrategieën bij agressieve gedragsstoornissen* (pp. 28-50). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Philipse, M., & Verhagen, T. (2000). Voor relativering vatbaar. Een reactie op De Ruiter 2000. *De Psycholoog*, december, 566-568.
- Philipse, M., Hilterman, E.L.B., & Doren, D.M. (2001). Tussen mogelijkheid en illusie. Een review van elf risicotaxatie instrumenten voor seksueel delinquenten. *Tijdschrift voor Criminologie*, 43, 2-24.
- Prentky, R.A., Knight, R.A., & Lee, A.F.S. (1997a). Risk factors associated with recidivism among extrafamilial child molesters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 141-149.
- Prentky, R.A., Knight, R.A., & Lee, A.F.S. (1997b). Recidivism rates among child molesters and rapists: a methodological analysis. *Law and Human Behavior*, 21, 635-659.
- Quinsey, V.L., Harris, G.T., Rice, M.E., & Cormier, C.A. (1998). *Violent Offenders: Appraising and Managing Risk*. Washington DC: American Psychological Association.
- Quinsey, V.L., Lalumière, M.L., Rice, M.E., & Harris, G.T. (1995a). Predicting sexual offenses. In J.C. Campbell (Ed.), *Assessing dangerousness: Violence by sexual offenders, batterers, and child abusers* (pp. 114-137). London: Sage.
- Quinsey, V.L., Rice, M.E., & Harris, G.T. (1995b). Actuarial prediction of sexual recidivism. *Journal of Interpersonal Violence*, 10, 85-105.
- Rice, M., & Harris, G.T. (1995). Violent recidivism: Assessing predictive validity. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 63, 737-748.
- Rice, M.E., & Harris, G.T. (1997). Cross-validation and extension of the Violence Risk Appraisal Guide for child molesters and rapists. *Law and Human Behavior*, 21, 231-241.
- Rice, M.E., Harris, G.T., & Quinsey, V.L. (1990). A follow-up of rapists assessed in a maximum security psychiatric facility. *Journal of Interpersonal Violence*, 5, 435-448.
- Rice, M.E., Quinsey, V.L., & Harris, G.T. (1991). Predicting sexual recidivism among treated and untreated extrafamilial child molesters released from a maximum security psychiatric institution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 381-386.
- Ruiter, C. de (1999). Risicotaxatie bij forensisch psychiatrische patiënten. In: de Ruiter, C., & Hildebrand, M. (Eds.), *Behandelingsstrategieën bij forensisch psychiatrische patiënten*, pp. 9-16. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Ruiter, C. de, & Hildebrand, M. (2000). Risicotaxatie bij seksueel delinquenten: de rol van psychopathie. *Tijdschrift voor Criminologie*, 42, 214-231.
- Ruiter, C. de (2000). Voor verbetering vatbaar. *De Psycholoog*, oktober, 423-428.
- Seto, M.C., & Barbaree, H.E. (1999). Psychopathy, treatment behavior, and sex offender recidivism. *Journal of Interpersonal Violence*, 14, 1235-1248.
- Verhagen, M.F.M., & Philipse, M.W.G. (1995). Het voorspellen van het risico van delicttherhaling in de TBS. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 17, 537-552.



## Summary

### Risk assessment of sex offenders

In this article, an overview is given of risk assessment of sexual offenders. First of all, the meaning of the term 'risk assessment' is explained and the value of the clinical and actuarial methods are discussed. Thereupon, the risk factors that have been found in empirical studies of sexual offenders are described – differentiating between static and dynamic risk factors. Five risk assessment instruments for sexual offenders that are often used are then discussed. Finally, a number of recommendations is mentioned for ameliorating the risk assessment of sexual offenders.