

# De ontkenning voorbij: Diagnostiek en behandeling van een vrouwelijke seksueel delinquent

Inge Korfage, Wim de Hoop

FPC Veldzicht, Balkbrug

---

## Samenvatting

In onze maatschappij is het nauwelijks bekend dat vrouwen daders kunnen zijn van seksuele geweldpleging. Ontkenning veroorzaakt onderrapportage en heeft negatieve gevolgen voor zowel slachtoffers als daders. In dit artikel wordt een kort overzicht gegeven van etiologie, typologie en behandeling van vrouwelijke seksueel delinquenten. Vervolgens wordt de behandeling beschreven van een TBS-gestelde vrouwelijke seksueel delinquent die in FPC Veldzicht was opgenomen. De bevindingen worden vergeleken met die in de literatuur. Er worden suggesties gedaan voor de verdere ontwikkeling van diagnostiek en behandeling van deze bijzondere doelgroep.

---

In dit tijdschrift wordt geregeld geschreven over de diagnostiek en behandeling van seksuele delinquenten. In alle artikelen wordt de man als dader centraal gesteld. In 2004 schrijft Hendriks voor de eerste maal in dit tijdschrift over (adolescente) vrouwelijke daders. Gesteld wordt dat van alle daders de minste aandacht op de vrouwelijke daders is gericht. In de Angelsaksische literatuur wordt sinds de beginjaren tachtig geregeld gepubliceerd over vrouwelijke plegers. In het overgrote deel betreft het casuïstiek-besprekingen en in enkele gevallen gaat het om exploratieve studies (Finkelhor & Russell, 1984; Allen, 1991). Er zijn geen prospectieve behandel-effectstudies gevonden.

Het aandeel van vrouwelijke plegers wordt op 1 tot 3 % geschat van het totale aantal seksuele geweldplegers (Leuw, Bijl & Daalder, 2004). De schattingen lopen sterk uiteen in de verschillende onderzoeken. Boroughs (2004) stelt zelfs dat 12 procent van een groep van meer dan 300.000 slachtoffers misbruikt waren door een vrouw.

De titel van het artikel van Denov (2001), "A culture of denial", geeft aan dat zij veel ontkenning en

taboes is tegengekomen toen ze startte met haar onderzoek naar vrouwelijke seksueel delinquenten. De gedachte dat vrouwen (moeders!) ook daders kunnen zijn van seksueel geweld is blijkbaar nauwelijks te verteren.

De etiologie van seksuele geweldpleging door vrouwen is niet opgehelderd. Er wordt van uitgegaan dat deze bestaat uit een combinatie van factoren. Saradjian (1996) stelt dat onderzoek heeft aangetoond dat de voorgeschiedenis, relaties en sociale omstandigheden bijdragen tot seksueel misbruik door een vrouw. Als etiologische factoren worden genoemd: seksueel misbruik in de anamnese (Matthews, Matthews & Speltz, 1991), persoonlijkheidsstoornissen, onbevredigende relaties (Hislop, 2001) en middelenmisbruik en -afhankelijkheid (Faller, 1987). Minder vaak worden zwakbegaafdheid en psychiatrische stoornissen genoemd (Hislop, 2001). Opvallend is het onvermeld blijven en de mogelijke betekenis van parafilieën. In slechts één studie wordt melding gemaakt van een vrouw met de classificatie pedofilie (Chow & Choy, 2002).

Matthews, Matthews en Speltz (1989) hebben als eerste auteurs een typologie van vrouwelijke seksueel delinquenten opgesteld. Zij onderscheiden de typen Teacher/Lover, Predisposed, Male-coerced en Male-accompanied. Bij het type Teacher/Lover richt de vrouwelijke dader zich op adolescente jongens met wie ze vriendschappelijk omgaat. Vaak wordt als motief genoemd dat de vrouwelijke dader het slachtoffer seksueel gedrag wil aanleren en zowel verbale agressie

als fysieke agressie is tegengekomen in eerdere relaties. Een relatie aangaan met een adolescent wordt dan ook als minder bedreigend ervaren.

Het Predisposed type dader is zelf slachtoffer geweest van ernstig langdurig seksueel misbruik op zeer jonge leeftijd. Ze neemt zelf initiatief tot het seksueel misbruik en de slachtoffers zijn veelal haar eigen kinderen. Vaak is de dochter het slachtoffer en worden ook de andere kinderen in het gezin zowel fysiek als affectief verwaarloosd. Sadistische fantasieën worden uitgevoerd en automutilatie en suïcidepogingen komen veel voor. Het motief van deze vrouwelijke plegers is het verkrijgen van niet-bedreigende intimiteit en het ervaren van macht en controle.

Het Male-coerced type pleegt het misbruik samen met een man die in het verleden meestal al kinderen heeft misbruikt. De vrouw is extreem afhankelijk en subassertief en gaat uiteindelijk participeren in het seksueel misbruik. De slachtoffers zijn de eigen kinderen en kinderen buiten de familie. Naast het Male-coerced type wordt nog een ander type beschreven, het Male-accompanied type. Deze vrouwelijke dader pleegt samen met een man seksuele delicten, zonder dat ze gedwongen wordt. In het verleden is er bij de vrouwelijke dader veelal sprake geweest van seksueel misbruik en het thema macht en controle speelt een grote rol bij het plegen van de delicten. Latere onderzoeken van Saradjian (1996) en Syed en Williams (1996) bevestigen de indeling van vrouwelijke seksuele delinquenten in deze groepen. Eldridge (1997) voegt hier nog een ander type aan toe. Zij beschrijft een type vrouwelijke seksueel delinquent die haar zoon parentificeert en een volwassen, dus ook seksuele, relatie met hem aangaat. Dit type vrouwelijke seksueel delinquent komt vaker voor in eenoudergezinnen. Charlene Steen geeft in haar workshop op het ATSA-congres (2005) aan dat de behandeling van vrouwelijke seksueel delinquenten zich dient te richten op relatiepatronen (autonomie en onafhankelijkheid), eigen slachtofferschap, sociale vaardigheden en coping. De behandeling wordt met name in een groep aangeboden met als voordelen dat er meer ervaringen worden gedeeld en de groep meer open is.

In het onderzoek van Syed en Williams (1996) worden aanbevelingen gedaan voor de behandeling per type vrouwelijke dader. Bij het Predisposed type is de behandeling van de nasleep van het eigen seksueel misbruik en afwijkende seksuele fantasieën aangewezen. Intensieve behandeling wordt aanbevolen. Cognitieve vervormingen, slachtofferempathie, agressieregulatie en aanleren van sociale vaardigheden zijn tevens thema's die in de behandeling betrokken dienen te worden. Elliot (1993) stelt dat dit type dader

moelijk te behandelen is vanwege de beperkte emotieregulatievaardigheden. Zowel angststoornissen als dissociatieve stoornissen komen veel voor. Naast behandeling is controle van belang. Een resocialisatie in een goed gestructureerde omgeving met praktische en emotionele steun is essentieel om recidive te voorkomen (Travin, Cullen & Protter, 1990).

De behandeling bij het Teacher/Lover type dient zich op thema's te richten als zelfwaardering en sociale vaardigheden. Daarnaast stelt Atkinson (1995) dat dit type een laag risico heeft op terugval in delicten en minder intensieve controle en begeleiding nodig heeft. Bij de behandeling van het male-accompanied/ male-coerced type staat assertiviteit en vergroting van het zelfvertrouwen centraal. Systeemtherapie is daarnaast belangrijk. Het male-accompanied type heeft een hoger risico op terugval dan het male-coerced type, vanwege het meer onafhankelijk handelen. Met betrekking tot medicamenteuze interventies is slechts incidenteel materiaal beschikbaar waarin wordt gesuggereerd dat in gevallen van seksuele preoccupatie of zwakke seksuele zelfregulatie SSRI's betekenis kunnen hebben (Chow & Choy, 2002).

In dit artikel volgt nu eerst de beschrijving van de diagnostiek en behandeling van een vrouwelijke zedendelinquent die sinds 2000 is opgenomen in de kliniek. Vervolgens wordt deze casus besproken aan de hand van de relevante bevindingen in de literatuur. Afgesloten wordt met het trekken van een aantal conclusies en aanbevelingen over nadere ontwikkelingen en onderzoek.

### Casus

Patiënte is een verstandelijk beperkte, gescheiden vrouw van middelbare leeftijd met twee zoons en een dochter. Ze is opgegroeid in een gezin met vage grenzen en weinig regels. Ook op seksueel gebied is er sprake van grensoverschrijdend gedrag, getuige de ontucht van vader met twee van zijn dochters, waaronder patiënte. Het seksueel grensoverschrijdende gedrag zet zich voort in haar eigen gezin. Zo geven patiënte en haar man aanschouwelijke seksuele voorlichting en heeft ze seksueel contact met haar broer die bij het gezin in huis woont.

Samen met haar broer en man pleegt patiënte een groepsverkrachting van een drietal minderjarige jongens, waaronder haar jongste zoon en is er sprake van ontucht met haar dochter vanaf vierjarige leeftijd. De delicten spelen zich af in de woning van patiënte en haar echtgenoot. Patiënte heeft, samen met haar broer, een overheersende rol en

mishandelt haar kinderen zowel in fysieke als affectieve zin.

In 1996 wordt patiënte veroordeeld tot acht jaar gevangenisstraf en TBS vanwege het plegen van ontucht, het medeplegen van verkrachting en het seksueel binnendringen van het lichaam bij een minderjarig kind. In 2000 komt patiënte in FPC Veldzicht terecht.

Zowel in het Pieter Baan Centrum als in FPC Veldzicht wordt een psychologisch en psychiatrisch onderzoek afgenomen. Uit het intelligentieonderzoek komt naar voren dat patiënte functioneert op zwakbegaafd niveau. Daarnaast is geprobeerd in het persoonlijkheidsonderzoek vragenlijsten af te nemen. Patiënte bleek echter nauwelijks in staat om vragen te begrijpen. Derhalve is afgezien van het voorleggen van verdere vragenlijsten. Wel is besloten om een uitgebreide risicotaxatie uit te voeren (HCR-20 Philipse, De Ruiter, Hildebrand & Bouman, 2000).

De behandelaars leren haar kennen als een verstandelijk beperkte vrouw die op basis van een traumatiserende voorgeschiedenis zelfbeschermende mechanismen heeft ontwikkeld om haar eigen onmacht en woede daarover een plaats te geven. Het delict kan ook vanuit dit kader bekeken worden. Zij gelooft in de realiteit die zij zelf creëert. Dit wordt gezien als overlevingsmechanisme, om niet nog verder psychisch ontregeld te raken.

Op As I wordt de V-code 61.21 geassocieerd: seksueel misbruik van een kind, omdat de reden van zorg bij de dader van het misbruik ligt. Op As II is er sprake van een persoonlijkheidsstoornis NAO met antisociale, borderline en ontwijkende trekken en zwakbegaafdheid (DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994). Onder andere vallen op haar gebrekkige identiteit, schijnaanpassing, gebrekkige realiteitstoetsing en vermijdingsgedrag.

In het verleden, heden en de toekomst, komen risicofactoren voor die samenhangen met toekomstig gewelddadig gedrag (HCR-20, Philipse, De Ruiter, Hildebrand & Bouman, 2000).

Hoewel de HCR-20 niet genormeerd is voor vrouwen, is er voor gekozen om deze toch af te nemen om grip te krijgen op relevante beschermende factoren en risicofactoren. Na een consensusbeoordeling komt naar voren dat de kans op toekomstig gewelddadig gedrag bij patiënte met name samenhangt met de interactie tussen haar zwakbegaafdheid en persoonlijkheidspathologie, waarvan impulsiviteit, gebrekkige empathische vermogens en sterk egocentrisch gedrag be-

langrijke kenmerken zijn. Patiënte heeft amper probleembesef en zelfinzicht ontbreekt (vrijwel) geheel. Ten aanzien van de toekomst zal patiënte blijvend op externe structuur en toezicht zijn aangewezen. Eventuele toekomstige relaties vormen een destabiliserende factor en zullen moeten worden begeleid. (Langdurig) contact met kinderen zonder toezicht blijft voor de toekomst een riskante situatie.

In FPC Veldzicht is patiënte niet geassocieerd als pedofiel. Aan de criteria van DSM-IV-TR (2001) lijkt echter wel voldaan te worden. Ze heeft in een periode van tenminste 6 maanden recidiverende intense seksueel opwindende fantasieën en seksuele drang die seksuele handelingen met meerdere kinderen van dertien jaar of jonger met zich meebrengen. Ze handelde op basis van deze drang en ze is zeker vijf jaar ouder dan de slachtoffers. In FPC Veldzicht werd de classificatie misbruik van een kind (V61.21) gebruikt.

De terughoudendheid om de classificatie pedofilie bij vrouwen te hanteren is gebaseerd op beperkte klinische ervaring. Dit wordt nog versterkt door de diverse problemen die in de literatuur worden beschreven bij de classificatie pedofilie zoals omschreven in DSM-IV-TR. Marshall (2006) geeft aan dat de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid ver onder de maat is.

Bij de analyse van het delict komt naar voren dat factoren als eigen (seksuele) traumata, onevenwichtigheid en impulsiviteit, een gebrek aan sociale vaardigheden, het ontbreken van seksueel normbesef en gevoel voor grenzen, gevoelens van onmacht en een gebrekkige agressieregulatie een rol hebben gespeeld bij het tot stand komen van de delicten.

Er worden geen aanwijzingen gevonden voor een sterke pre-occupatie met seks, noch hyperseksualiteit zoals Kafka (2003) deze voor mannen operationaliseert: meer dan zeven orgasmes per week gedurende een periode van minimaal 6 achtereenvolgende maanden.

De behandeling wordt vanwege de beperkingen van patiënte gericht op het aanleren van vaardigheden door middel van gedragstherapeutische technieken. In het begin van de behandeling worden een aantal doelen gesteld, zoals het versterken en aanleren van praktische en sociale vaardigheden en het leren van geboden en verboden op seksueel gebied.

Patiënte volgt allerlei vaardigheidstrainingen, zoals de Goldsteintraining, trainingen op het gebied van probleemoplossing en conflicthantering, emotieregulatie en daarnaast psychomotorische therapie. Het omgaan met kritiek en confrontaties is moeilijk voor patiënte. Af en toe is externe hulp, bijvoorbeeld in de vorm van een time-out, noodzakelijk. Andere methodieken als positief bekrachtigen, het voorschrijven van gewenst ge-

drag en het actief negeren van ongewenst gedrag werken goed bij patiënte. Minimaal twee maal per jaar vindt er een behandelplanbespreking plaats, waarin de voortgang van de behandeling wordt geëvalueerd, eventueel de visie op delictfactoren/ problematiek/ diagnostiek kan worden bijgesteld en waar afspraken voor de komende behandelperiode worden gemaakt.

Het leren van vaardigheden vergt veel tijd in de behandeling. Instructieleren en veelvuldige herhaling is nodig vanwege de verstandelijke beperkingen van patiënte. De Goldsteintraining volgt patiënte bij voorbeeld twee maal. Het generaliseren van de geleerde vaardigheden naar de dagelijkse praktijk gaat moeizaam.

Bij het maken van de delictanalyse (individueel) blijkt het moeilijk inhoudelijk op de feiten in te gaan, vanwege patiëntes beperkte begripsvermogen en haar enorme afweer.

Een poging is ondernomen om een terugvalpreventieplan op te stellen. Vanwege de beperkingen van patiënte is een signaleringskaart opgesteld waarin patiënte en de begeleiding letten op factoren waardoor ze uit evenwicht raakt en zou kunnen afglijden naar een nieuw delict.

Tijdens de behandeling is niet overwogen om patiënte medicamenteus te behandelen. Er waren geen aanwijzingen voor het bestaan van impulsiviteit dan wel hyperseksualiteit en/ of seksuele obsessies.

Gedurende de behandeling wordt duidelijk dat patiënte gezien haar forse beperkingen en het beperkte leervermogen, blijvend begeleiding en ondersteuning nodig zal hebben om het recidivegevaar onder controle te houden. Patiënte verblijft momenteel op de open resocialisatieafdeling en zal op relatief korte termijn overgeplaatst worden naar een instelling voor mensen met een verstandelijke beperking.

### Bespreking

De delicten die patiënte pleegde in haar voorgeschiedenis werden bekend toen haar dochter uiteindelijk aangifte deed. Ook de moeder van een buurjongetje deed aangifte toen het jongetje begon te praten over het misbruik. In het verlengde hiervan stelt Hislop (2001) dat kinderen niet snel hun moeder aangeven vanwege de afhankelijkheid van zorg. Het mogelijke verlies van de moederlijke zorg wordt dan als meer bedreigend gezien dan het seksueel misbruik. Ook jongens zullen het seksueel misbruik niet snel melden, omdat de maatschappelijke normen en waarden het moeilijk maken voor hen om het verschil te merken tussen misbruik en "geluk hebben". Hoewel als gevolg van het feminisme meer nadruk is komen te liggen op seksueel misbruik door mannen, kan deze nadruk ervoor zor-

gen dat vrouwelijke daders minder snel opgemerkt worden.

De factoren die bij patiënte hebben bijgedragen tot het plegen van seksuele delicten komen overeen met de factoren die genoemd zijn in de literatuur. Zo is er bij patiënte sprake van seksueel misbruik in de anamnese, een persoonlijkheidsstoornis NAO met anti-sociale, borderline en ontwijkende trekken, een onbevredigende relatie met haar man (zowel in seksuele als in emotionele zin), gevoelens van eenzaamheid en zwakbegaafdheid.

Kijkend naar de typologie van Mathews, Matthews en Speltz (1989) valt patiënte te omschrijven als een "Predisposed type dader". Haar (erg jonge) slachtoffers zijn haar eigen kinderen en kinderen uit de buurt. Er is sprake van pedagogische en affectieve verwaarlozing in het gezin en macht, controle en de emotie boosheid spelen bij het plegen van de delicten een grote rol. Patiënte is seksueel misbruikt door haar vader vanaf vijfjarige leeftijd. Op twaalfjarige leeftijd wordt ze door haar vader voor de eerste maal verkracht. Het seksueel misbruik duurt tot de adolescentie, patiënte wordt dan uit huis geplaatst en vader wordt veroordeeld. De relatie met familieleden gaat moeizaam. Er wordt niet openlijk gesproken over het misbruik en ze houdt het stil omwille van allerlei redenen. Ook heeft patiënte een seksuele verhouding met haar broer. De verleidingstactieken die gehanteerd worden om het slachtoffer binnen haar invloedssfeer te krijgen (grooming) zijn beperkt. De slachtoffers zijn veelal erg jong. Wel wordt het slachtoffer middels agressie gedwongen tot geheimhouding. Patiënte identificeert zich sterk met de slachtoffers en heeft positieve lichamelijke gevoelens bij het hebben van seks met het slachtoffer. Tenslotte wordt de hoge mate van macht en controle genoemd.

Het bleek zeer moeilijk voor patiënte om hierover te praten, wel noemde zij boosheid als bepalende factor voor de delicten.

Wat betreft de behandeling is in FPC Veldzicht de focus gelegd op de behandeling van het seksueel delictgedrag. Veel aspecten die Saradjian (1996) noemt, zijn in de behandeling van patiënte aan de orde gekomen. De factoren die bij het opstellen van de delictanalyse naar voren kwamen, zoals onevenwichtigheid en impulsiviteit, een gebrek aan sociale vaardigheden, het ontbreken van seksueel normbesef en gevoel voor grenzen, gevoelens van onmacht en een gebrekkige agressieregulatie zijn in de behandeling centraal komen te staan.

Ook het eigen seksueel misbruik is aan de orde gekomen in de behandeling. Al snel werd ervoor gekozen om dit niet uitgebreid door te werken. Haar eigen

seksualiteit en relatievorming zijn eveneens aan de orde gekomen. Er is veel aandacht besteed aan het geven van seksuele voorlichting en patiënte heeft een training gevolgd op het gebied van vriendschap, relaties, intimiteit en seksualiteit. Patiënte kreeg een relatie met een medepatiënt en vervolgens zijn relatiegesprekken gehouden. Wat betreft het gezinssysteem is ervoor gekozen dit niet bij de behandeling te betrekken, omdat de kinderen het contact niet wilden herstellen.

Het aanleren van sociale vaardigheden en probleemoplossende vaardigheden is in een aantal trainingen aan de orde gekomen en hier heeft patiënte goed van kunnen profiteren.

Zoals omschreven bij het pre-disposed type is intensieve behandeling geïndiceerd. Dit is gebeurd, patiënte heeft drie jaar intensieve behandeling ondergaan, waarna gestart is met resocialisatie. Het bieden van begeleiding en controle staat hierbij centraal.

### Besluit

In de Angelsaksische literatuur is veel geschreven over het onderwerp vrouwelijke seksueel delinquenten. In Nederland is dit echter nog minimaal. Onduidelijk is ook hoe groot het aantal vrouwelijke seksueel delinquenten is in Nederland. Zoals Denov (2001) stelt, kan dit percentage door onderschatting, ontkenning en minimalisering veel hoger liggen dan verwacht. Dit artikel is dan ook een eerste stap in de bewustwording dat vrouwen seksuele delicten kunnen plegen. Wellicht dat we op deze manier de ontkenning voorbij komen.

Het is dan ook belangrijk om het aantal vrouwelijke seksueel delinquenten te inventariseren.

Het is daarnaast van belang om te onderzoeken hoe de behandeling van vrouwelijke seksueel delinquenten wordt vormgegeven. De behandeling van de in dit artikel beschreven patiënte komt overeen met de in de literatuur beschreven onderdelen van de behandeling van een vrouwelijke seksueel delinquent. Hoewel over dit onderwerp weinig informatie beschikbaar was, kan achteraf gesteld worden dat de meest essentiële thema's aan bod zijn geweest.

Uit het literatuuronderzoek voor dit artikel is gebleken dat weinig wetenschappelijk onderzoek is gedaan naar de effectiviteit van behandelprogramma's van vrouwelijke seksueel delinquenten. Het feit dat de groepen vrouwelijke seksueel delinquenten zo klein zijn is hier zeker debet aan. Belangrijk is dan ook om te kijken hoe de behandelingen in de verschillende instellingen wordt uitgevoerd en wat dit betekent voor het recidivecijfer.

Tegelijkertijd kan dan bekeken worden of de in de literatuur genoemde typologieën van vrouwelijke sek-

sueel delinquenten klinisch relevant zijn in Nederland en wat dit impliceert voor de behandelintensiteit per type vrouwelijke dader.

Tot slot zij opgemerkt dat de gebruikte HCR-20 voornamelijk gevalideerd is voor mannelijke patiënten. Wij sluiten ons dan ook aan bij de bevinding van Hildebrand en de Ruiter (2005) en de Vogel (2005) dat onderzoek naar de toepassing van risicotaxatie-instrumenten bij vrouwelijke delinquenten dringend gewenst is.

### Literatuur

- Allen, C.M. (1991). *Women and men who sexually abuse children: A comparative analysis*. Orwell, VT: Safer Society Press.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4<sup>e</sup> ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Atkinson, J. (1995). *The assessment of female sex offenders*. Ottawa: Correctional Service of Canada.
- Boroughs, D.S. (2004). Female sexual abusers of children. *Children and Youth Services Review*, 26, 481-487.
- Chow, E.W.C., & Choy, A.L. (2002) Clinical characteristics end treatment response to SSRI in a female pedophile. *Archives of Sexual Behaviour*, 31, 211-215.
- Denov, M.S. (2001). A culture of denial: Exploring professional perspectives on female sexual offending. *Canadian Journal of Criminology*, 3, 303-329.
- Eldridge, H. (1997). Barbara's story: A mother who sexually abused. In M. Elliott (Ed.), *Female sexual abuse of children: The ultimate taboo*. Chichester: Wiley & Sons
- Elliott, M. (1993). *Female sexual abuse of children*. New York: Guilford Press.
- Faller, K. (1987). Women who sexually abuse children. *Violence and Victims*, 2, 263-276.
- Finkelhor, D., & Russell, D. (1984). Women as perpetrators. Review of the evidence. In D. Finkelhor, *Child sexual abuse; New theory and research*. New York: Free Press.
- Hendriks, J. (2004) Meisjes als zedendelinquent: Een exploratieve studie. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 28, 67-74.
- Hislop, J. (2001). *Female sex offenders*. Ravensdale: Idyll Arbor.
- Kafka, M.P. (2003). Sex offending and sexual appetite: The clinical and theoretical relevance of hypersexual desire. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 47, 439-451.
- Leuw, E., Bijl, R.V., & Daalder, A. (2004). *Pedoseksuele delinquentie: Een onderzoek naar prevalentie, toedracht en strafrechtelijke interventies*. Den Haag: Boom.
- Mathews, R., Matthews, J.K., & Speltz, K. (1989). *Female sexual offenders*. Orwell: Safer Society Press.
- Marshall, W.L., Fernandez, Y.M., Hudson, S.M., & Ward, T. (1998). *Sourcebook of treatment programs for sexual offenders*. Plenum Press.

- Marshall, W.L. (2006). *Diagnostic problems with sexual offenders in sexual offender treatment: Controversial issues*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Philipse, M., Ruiter, C. de, Hildebrand, M., & Bouman, Y. (2000). *HCR-20: Beoordelen van het risico van gewelddadig gedrag; versie 2*. Nijmegen en Utrecht: Prof. Mr. W.P.J. Pompestichting & Dr. Henri van der Hoeven Stichting.
- Ruiter, C. De, & Hildebrand, M. (2005). *Behandelingsstrategieën bij forensisch psychiatrische patiënten*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Saradjian, J. (1996). *Women who sexually abuse children*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Syed, F., & Williams, S. (1996). *Case studies of female sex offenders in the correctional service of Canada*. Ottawa: Correctional Service Canada. Correctional Service of Canada
- Steen, C. (2005). *Female sexual abusers* Workshop at the ATSA conference, 16-19 November 2005.
- Travin, S., Culen, K., & Protter, B. (1990). Female sex offenders: Severe victims and victimizers. *Journal of Forensic Sciences*, 35, 233-240.
- Vogel, V. de (2005). *Structured risk assessment of (sexual) violence in forensic clinical practice : the HCR-20 and SVR-20 in Dutch forensic psychiatric patients*. Amsterdam: Dutch University Press.

## Abstract

### Diagnosis and treatment of a female sex offender

The fact that women can be perpetrators of sex offences is relatively unknown in our society. This denial causes a large dark number and has negative consequences concerning victims as well as offenders. This article presents a brief overview of etiology, typology and treatment of female sex offenders. The treatment of a female sexual offender in Forensic Psychiatric Centre Veldzicht is presented. Findings are compared with those in the literature. Finally some recommendations are made for the further development of the treatment of this special group of patients.