

Diagnostiek bij en behandeling van zedenplegers met een verstandelijke beperking: een stand van zaken

Marije Keulen-de Vos¹, Jan Willem Van den Berg^{2,3}, Kasia Uzieblo^{4,5,6}

¹ FPC De Rooyse Wissel, afdeling Wetenschappelijk Onderzoek, Venray, Nederland

² De Forensische Zorgspecialisten, Van der Hoeven Kliniek, Afdeling Klinische Kortdurende Behandeling, Utrecht, Nederland

³ Instituut voor Familiale en Seksuologische Wetenschappen, Departement Neurowetenschappen, KU Leuven, België

⁴ De Forensische Zorgspecialisten, Van der Hoeven Kliniek, Afdeling Klinisch Onderzoek, Utrecht, Nederland

⁵ Departement Experimenteel-Klinische en Gezondheidspsychologie, Universiteit Gent, België

⁶ Departement Criminologie, Vrije Universiteit Brussel, België

Samenvatting

Diverse studies tonen aan dat forensische cliënten met een verstandelijke beperking (VB) relatief vaak zijn veroordeeld voor het plegen van zedendelicten in vergelijking tot andere delictentypen. De accuraatheid van prevalentiecijfers is echter lastig in te schatten, aangezien het diagnosticeren van een VB geen eenvoudige opgave is en afhankelijk is van het gekozen instrument. Bovendien is er risico op over- of onderschatting, en is de pakkans wellicht groter dan voor andere diagnostische groepen. In deze literatuurstudie schetsen wij eerst belangrijke aandachtspunten bij het diagnosticeren van een VB. Vervolgens beogen wij te informeren over de meest invloedrijke verklarende modellen voor seksueel grensoverschrijdend gedrag bij plegers met een VB, over de bruikbaarheid van risicotaxatie-instrumenten bij plegers met een VB, over de verschillende behandelmogelijkheden en over de effectiviteit van de bestaande behandelprogramma's bij plegers met een VB. Meer inzicht ten aanzien van deze doelgroep kan leiden tot een betere inzet van middelen.

Een verstandelijke beperking (VB) is een beperking waarbij sprake is van intellectuele tekorten, zoals doorgaans getaxeerd aan de hand van een intelligentie-instrument, en tekorten in adaptief functioneren, zoals blijkt uit deficiënties op conceptueel, sociaal en praktisch domein. Het percentage van forensische cliënten dat een VB heeft varieert van 3 tot 50% (Craig, 2018; Hellenbach, Karatzias, & Brown, 2017; Kaal, Overvest & Boertjes, 2014; Uzieblo, Winter, Vanderfaillie, Rossi, & Magez, 2012). Diverse studies tonen aan dat deze daders vaker worden veroordeeld voor *zedendelicten*, met percentages oplopend van 21 tot 40%, dan voor andere delicten (Lindsay, 2002; Van den Bogaard, Embregts, Hendriks, & Heestermans, 2013). Hoewel in het afgelopen decennium een duidelijke toename wat betreft het aantal studies die zich op forensische-gereleerde onderwerpen bij personen met een VB merk-

baar is, blijft het probleem van zedendelicten in deze doelgroep nog relatief onderbelicht. Het werken met zedenplegers met een VB begint met een adequate vaststelling van het intellectueel functioneren. In deze literatuurstudie schetsen wij dan ook eerst belangrijke aandachtspunten bij het diagnosticeren van *verstandelijke* beperkingen. Vervolgens beogen wij te informeren over de meest invloedrijke modellen voor seksueel grensoverschrijdend gedrag (SGG) bij plegers met een VB alsook over de bruikbaarheid van risicotaxatie-instrumenten bij plegers met een VB. Tot slot wordt de toepassing en de effectiviteit van de meest gebruikte behandelingsprogramma's bij deze doelgroep belicht.

Belangrijke aandachtspunten bij het diagnosticeren van verstandelijke beperking

Beschermings- en strafmaatregelen worden vaak afgestemd op de intellectuele vaardigheden van de pleger. Justitie dient zich er bijvoorbeeld van te verzekeren dat de betrokkene de rechten, plichten en procedures voldoende begrijpt en haar begeleiding hier op aan te passen (Uzieblo, Habets, & Jeandarme, 2015). Een foutieve inschatting van het intellectueel functioneren (i.e., een onder- of overschatting) kan dan ook verstrekende gevolgen hebben. In geval van overschatting krijgt de persoon bijvoorbeeld geen (aangepaste) behandeling. Een kwalitatieve bepaling van het intellec-

M. Keulen-de Vos PhD, senior wetenschappelijk onderzoeker
J.W. Van den Berg MSc, GZ-psycholoog/Psychotherapeut
prof. dr. K. Uzieblo, senior wetenschappelijk onderzoeker
Correspondentie: M. Keulen-de Vos, FPC De Rooyse wissel, Afd. Wetenschappelijk Onderzoek, Postbus 433, 5800 AK Venray. E: mkeulen-devos@derooysewissel.nl

tueel functioneren is onontbeerlijk. In tegenstelling tot eerdere versies, wordt in de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)-5* (APA, 2013) gesteld dat zowel het intellectueel als het adaptief functioneren daarbij in kaart dient gebracht te worden. In wat volgt bespreken we enkele belangrijke aandachtspunten betreffende deze twee domeinen.

Het in kaart brengen van het intellectueel functioneren
 Diagnostici hebben diverse intelligentie-instrumenten tot hun beschikking, waaronder de Wechsler-schalen (WAIS; Wechsler, 2005), de Raven Progressieve Matrices (RPM; Raven, Court, & Raven, 1983) en de Kaufman-Intelligentietesten (KAIT; Kaufman & Kaufman, 1994). Ondanks dat deze testen dezelfde meetpretentie hebben, blijken de instrumenten onderling niet zomaar inwisselbaar te zijn (Habets et al., 2015; Uzieblo et al., 2012). Het is dan ook aan te raden om de keuze van het instrument te laten bepalen door de evaluaties zoals beschreven in de Commissie Testaangelegenheden Nederland (COTAN; <https://www.cotandocumentatie.nl/>) en/of het kwalificatiesysteem zoals beschreven door de Sectie Psychodiagnostiek van de Belgische Federatie voor Psychologen (Vlaams Forum voor Diagnostiek, 2019). De COTAN focust vooral op de betrouwbaarheid en validiteit van instrumenten. In tegenstelling tot de COTAN evalueert het Belgische kwalificatiesysteem ook in welke mate de instrumenten een diepgaande screening van de verscheidene cognitieve vaardigheden toelaten. In lijn met recente theoretische ontwikkelingen, zijn verschillende IQ-testen immers geëvolueerd naar een multifactoriële benadering (Greenspan & Woods, 2014). Ook in de DSM-5 worden tekorten in het intellectueel functioneren nu beschreven aan de hand van tekorten op verscheidene cognitieve domeinen (APA, 2013). Het intellectueel functioneren dient dan ook bij voorkeur vanuit een multidimensionele benadering geëvalueerd te worden.

Momenteel kennen de Cognitieve Vaardigheidstest volgens het CHC-model (CoVat-CHC; Magez et al., 2015) en de WAIS-IV niet alleen de beste psychometrische kwaliteiten, maar laten zij, in tegenstelling tot de overige instrumenten, een brede assessment van diverse cognitieve vaardigheden bij volwassenen toe waardoor zij beschouwd mogen worden als beste instrumenten voor volwassenen. Daarnaast dient men erop bedacht te zijn dat intelligentiemetingen niet feilloos of zonder meer inwisselbaar zijn. Habets, Jeandarme, Uzieblo, Oei, en Bogaerts (2015) onderzochten de instrumentele en temporele stabiliteit van herhaalde IQ-metingen in een forensische populatie. Aan de hand van een dossierstudie werden van 167 cliënten meerdere IQ-scores gevonden van de Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS; Wechsler, 1955), de WAIS-III (Wechsler, 1997), de RPM en de verkorte Groninger Intelligentie Test (vGIT; Kooreman & Luteijn, 1987). In lijn met voorgaande studies, waren de intelligentietesten onderling sterk gecorreleerd ($r=.54-.96$). Bovendien voorspelde de IQ-

score van een test deze van een andere test. Deze stabiliteit tussen scores werd echter niet vastgesteld bij cliënten met een VB. Meer nog, er werden zelfs op individueel niveau gemiddelde verschillen van groter dan 10 punten vastgesteld wat impliceert dat een persoon op één moment binnen de categorie verstandelijke beperkingen valt en op het andere moment als normaal begaafd kan beschouwd worden.

Diverse zaken kunnen aan de basis van deze verschillen liggen, zoals gewijzigde eetgewoonten (Reichelt, Westbrook, & Morris, 2017) en intellectuele stimulatie. Zo blijkt bij ondervoede kinderen het overslaan van het ontbijt bijvoorbeeld een duidelijk effect te hebben op cognities (Bellisle, 2004). Ook bij bepaalde psychiatrische stoornissen als de psychotische stoornis en bij bepaalde medicatie kan het intellectueel functioneren sterk fluctueren (Van Winkel et al., 2006). Daarnaast kunnen toevalsfouten (bijv. motivatie, stress, het gedrag van de onderzoeker) en systematische fouten aan de orde zijn. Een belangrijke systematische fout die ook binnen het forensisch werkveld aan de orde is, betreft het zogenaamde leereffect. Hiermee wordt verwezen naar een scoreverbetering vanwege een herhaalde testafname (Estevis, Basso, & Combs, 2012). Deze variabiliteit in IQ-scores kan enigszins opgevangen worden door de rapportage van zowel de IQ-scores als de bijhorende betrouwbaarheidsintervallen. Maar de studie van Habets en collega's (2015) toont aan dat deze aanpak niet feilloos is: diverse scores vielen zelfs buiten de betrouwbaarheidsintervallen. Dit is dan ook wederom een argument om meer op de afzonderlijke cognitieve vaardigheden te focussen, eerder dan op de totale IQ-score.

Tenslotte wordt de forensische praktijk geconfronteerd met een bijkomende uitdaging, zijnde de heterogeniteit binnen de dadergroep wat betreft onder meer de etnische en de sociale achtergrond. Studies geven bijvoorbeeld aan dat etnische minderheidsgroepen en personen met een lagere socio-economische status oververtegenwoordigd zijn binnen de forensische psychiatrie (Vinkers, Barendregt, De Beurs, Hoek, & Rinne, 2011). Indien intellectuele tekorten gerelateerd zijn aan de ontwikkelingscontext of etniciteit, dan vergen deze doorgaans een aangepaste diagnostiek, indicatiestelling en interventies. Een voorbeeld hiervan is dat bij de bepaling van het IQ ook rekening moet worden gehouden met contextfactoren (bijv. het milieu waarin persoon zich bevindt). Het is dus aan de clinicus om aandachtig te zijn voor de mogelijke nefaste invloed van deze factoren (Flinn, Hassett, & Braham, 2018).

Het in kaart brengen van het adaptief functioneren

In de DSM-5 wordt de mate van ernst van de verstandelijke beperking bepaald aan de hand van het adaptieve functioneren (APA, 2013) en niet aan de hand van de IQ-score. Hierbij wordt het adaptief gedrag op drie domeinen geëvalueerd: (1) het conceptuele domein (o.a. schoolse vaardigheden en klokkezen), (2) het sociale domein (o.a. relaties met anderen kunnen aangaan en het sociale oordeelsvermogen), en (3) het praktische domein (o.a. eten en hygiëne). Hoewel er een ruim aanbod aan instrumenten voor adaptief gedrag bestaan (bijv. de Sociale redzaamheidsschaal (Kraijer, Kema & De Bildt, 2004), en de Adaptive Behavior Assessment System (ABAS; Harrison & Oakland, 2015)), botst men op drie problemen die de diagnostische mogelijkheden aanzienlijk beperken. Ten eerste ontbreekt het tot op heden aan kwaliteitsvolle instrumenten voor de evaluatie van het adaptief functioneren bij volwassenen (Maes et al., 2017). Ten tweede dekken de beschikbare instrumenten inhoudelijk niet alle relevante subdomeinen van het adaptief gedrag. Ten derde zijn deze instrumenten niet aangepast aan de forensische werkcontext. Een deel van de forensische cliënten verblijft in een gesloten, beveiligde omgeving, waardoor het binnen deze omgeving niet mogelijk is om alle relevante gedragingen te observeren. Ook blijft het onduidelijk wie dit gedrag betrouwbaar kan beoordelen. Dit blijkt onder meer uit een recente studie van Boccaccini en collega's (2016). Deze onderzoekers vergeleken de beoordelingen van het adaptief functioneren bij 56 justitiabelen door de justitieassistenten/reclasseringsmedewerkers en door het gevangenispersoneel. Zij stelden significante verschillen vast tussen deze twee informatiebronnen, waarbij het gevangenispersoneel de aanwezigheid van maladaptief gedrag aanzienlijk leek te overschatten.

Diagnostiek van intellectueel functioneren is niet eenvoudig noch eenduidig. De diagnosticus moet erop bedacht zijn dat instrumenten niet inwisselbaar zijn, en moet bij voorkeur uit gaan van een multidimensionele benadering van intellectueel functioneren.

Verklaringsmodellen voor SGG bij VB

Er zijn inmiddels verschillende theorieën en determinanten voor SGG. De vier meest invloedrijke modellen, zijnde de *counterfeit-deviance*-hypothese, het zelfregulatiemodel, een integratieve theorie, en het vier-factorienmodel, lichten we kort toe. Het zijn, met uitzondering van de *counterfeit-deviance*-hypothese, modellen die niet specifiek ontwikkeld zijn voor de verklaring van SGG bij VB, maar die het meest worden toegepast bij deze doelgroep.

De *counterfeit-deviance*-hypotheses, letterlijk vertaald 'vervalste deviantie-hypotheses', is waarschijnlijk een van de meeste invloedrijke modellen ten aanzien van zedenplegers met een VB. Deze hypothesen veronderstellen dat seksueel deviant gedrag niet louter voortkomt uit seksueel deviantie interesses, maar ook

het gevolg kan zijn van bijvoorbeeld gebrekkige seksuele kennis, medisch fysiologische problemen (bijv. een urineweginfectie in geval van exhibitionisme), en een gebrek aan adequate sociale en interpersoonlijke vaardigheden in combinatie met beperkte mogelijkheden om gepaste seksuele relaties aan te gaan (Hingsburger, Griffith, & Quinsey, 1991; Griffith, Hingsburger, Hoath, & Ioannou, 2013). Casus Pim (zie Casus 1) geeft een voorbeeld van hoe een gebrek aan seksuele kennis heeft bijgedragen tot SGG.

Pim, een verstandelijk beperkte man van veertig jaar, is naar een seksuoloog verwezen omdat hij masturbeert in de leefgroep en hierin niet te corrigeren is. Tijdens de intake wordt het duidelijk dat Pim vlak voor de zaadlozing ophoudt met masturberen. Dit resulteert in een doorlopende staat van seksuele opwindning die voor hem naast seksuele preoccupatie vooral frustratie en agressie oproept. Tijdens de intake geeft Pim aan dat hij ervan overtuigd is dat hij ziek wordt van een zaadlozing. In het verleden is hij wel klaargekomen. Hij denkt dat het sperma pus is en besmettingsgevaar met zich meebrengt.

Casus 1. Pim

De studies ten aanzien van de validiteit van dit model zijn niet eenduidig. Diverse studies bevestigen bijvoorbeeld dat zedenplegers met een VB doorgaans seksueel naïefer zijn ten aanzien van seksuele handelingen en seksuele relaties dan hun normaal begaafde tegenhangers (o.a. Lindsay, 2002; Rice, Hariss, Lang, & Chaplin, 2008). Er zijn echter ook onderzoeken die wijzen op het tegenovergestelde (Lunsky, Frieters, Griffith, Watson, & Williston, 2007) of aantonen dat er geen verschillen zijn tussen zedenplegers met en zonder een VB (Talbot & Langdon, 2006). Een verband tussen seksuele naïviteit en seksueel delictgedrag is bovendien niet noodzakelijkerwijs een causaal verband. De meerwaarde van de *counterfeit*-hypothesen zit er dus niet in dat het een sluitende verklaring voor SGG bij mensen met een VB zou zijn, maar vooral in het feit dat ze alternatieve verklaringen geven voor het ontstaan van SGG bij mensen met een VB. Therapeuten en diagnostici worden door deze hypothesen geholpen breder naar het gedrag van mensen met een VB te kijken en alternatieven te zoeken voor het ontstaan van SGG (Van den Berg, 2012).

Een tweede model dat gebruikt wordt om zeden delicten te duiden is het zelfregulatiemodel (Ward et al., 2004; Ward & Hudson, 2000). Volgens dit model zijn er vier expliciete paden die tot seksueel delictgedrag leiden. Hierbij vertrekt men vanuit het idee dat een (toekomstige) plegger van SGG die een verlangen krijgt naar een strafbaar seksueel gedrag kan kiezen tussen zogenaamde toenaderings- of vermijdingsdoelen. Vervolgens zijn er drie mogelijkheden van (de mate van)

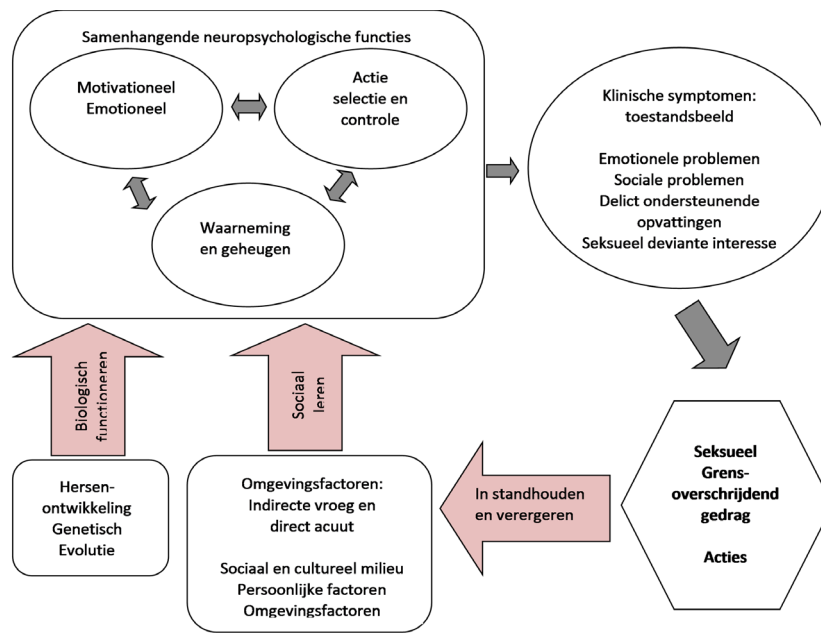
zelfregulatie: intacte zelfregulatie, onderregulatie of misregulatie. De vier paden zijn dan:

1. Geplande toenadering: De pleger heeft een verlangen naar een zedendelict, ziet hierin niets verkeerd of meent er recht op te hebben en beschikt over uitstekende zelfregulatievaardigheden om zijn sociaal onacceptabele doel te bereiken, namelijk het plegen van het delict;
2. Automatische toenadering: De pleger heeft een verlangen naar een zedendelict, ziet hierin geen (onoverkomelijke) bezwaren, beschikt over te weinig zelfregulatievaardigheden en komt impulsief tot zijn delict;
3. Passieve vermijding: De pleger heeft het verlangen naar een zedendelict, maar wil deze niet plegen. Het ontbreekt hem echter (totaal) aan probleemoplossingsvaardigheden. Hij onderneemt geen of onvoldoende actie en komt uiteindelijk tot een zedendelict;
4. Actieve vermijding: De pleger heeft het verlangen een delict te plegen. Hij wil dit echter niet, zet verschillende copingvaardigheden in, die in eerste instantie helpend zijn, maar zich later als het ware tegen zich keren (misregulatie). Denk hierbij aan het gebruik van alcohol of porno om seksuele delictgerelateerde verlangens te onderdrukken.

Beperkt onderzoek heeft onduidelijke resultaten opgeleverd ten aanzien van welke route het meest van toepassing is in geval van plegers met een VB. Sommige studies tonen aan dat deze daders zedendelicten plegen via toenaderingsroutes (Keeling, Rose, & Beech, 2009; Lindsay, Steptoe, & Beech, 2008), andere onderzoeken wijzen naar passieve routes (Ford, Rose, & Thrift, 2009; Lindsay et al., 2008), terwijl *nog* een andere studie heeft aangetoond dat beide routes veel voorkomen bij zedendelinquenten met een VB (Langdon, Maxted, Murphy, & OTSEC-ID GROUP, 2007). Enerzijds duiden deze studies erop dat het zelfregulatiemodel enige validiteit heeft bij de VB-doelgroep, anderzijds duiden de studies erop dat alle paden van toepassing zouden kunnen zijn waardoor het model weinig zegt over VB-plegers als aparte groep.

De integratieve theorie van SGG (ITSO; Ward & Beech, 2006) is een derde invloedrijk verklaringsmodel. In tegenstelling tot de voorgaande modellen, is de ITSO een holistisch model. In het ITSO-model wordt ervan uitge-

gaan dat SGG het resultaat is van een interactie tussen drie factoren. Allereerst is het biologisch (dis)functioneren van belang. Hierbij moet gedacht worden aan zaken als iemands hersenontwikkeling en genetische predispositie. Een tweede beïnvloedende factor is sociaal leren, waarbij wordt gerefereerd naar iemands sociaal en cultureel milieu, persoons- en omgevingsfactoren. Bij de omgevingsfactoren wordt een onderscheid gemaakt tussen indirecte vroege factoren (bijv. traumatische gezinsomstandigheden tijdens de jeugd) en directe acute factoren (bijv. middelenmisbruik, toegang tot slachtoffers). Tot slot spelen neuropsychologische functies een rol, waarbij het gaat om een wisselwerking tussen motivatie, geheugen en concentratie, emoties, controle en informatieverwerking. Het samenspel van deze drie factoren genereert klinische symptomen zoals emotionele- en sociale problemen, delictondersteunende opvattingen en seksuele deviante interesses welke vervolgens leiden tot SGG. Deze acties houden vervolgens de sociale factoren in stand (Ward & Beech, 2006). Zie Figuur 1 voor een visuele verduidelijking van het ITSO-model. Veel van de genoemde factoren komen ook voor bij zedenplegers met een VB. Zo blijkt uit diverse studies dat ze problemen hebben met de verwerking van sociale informatie, moeilijkheden ervaren met de herkenning van emoties in interpersoonlijke situaties en dat er sprake zou zijn van problemen in de emotieregulatie (o.a. Sappok et al., 2013; Woodcock & Rose, 2007). Daarnaast tonen sommige onderzoeken dat impulsiviteit een veel voorkomende factor is bij zedenplegers met een VB (o.a. Ogilvie, Stewart, Chan, & Shum, 2011). Als ingezoomd wordt op omgevingsfactoren, dan is er doorgaans sprake van een beperkt sociaal netwerk en een problematische opvoedsituatie (bijv. seksueel misbruik) (Lindsay et al., 2002). Er is nog weinig duidelijk over de rol van genetische factoren of beperkingen in de hersenontwikkeling bij zedenplegers met een VB. De meerwaarde van het ITSO-model is dat het een holistische blik op SGG werpt en dus naar de hele persoon kijkt. Deze blik biedt echter weinig concrete handvaten voor therapeuten aangezien het onduidelijk is wat juist maakt dat iemand over gaat tot SGG. Een ander kritiekpunt is dat het ITSO-model niet alleen bij zedenplegers met een VB geldt, maar ook bij andere plegers. Het model is daarmee erg algemeen en weinig specifiek.



Figuur 1. Ward en Beech's (2006) interactie theorie ten aanzien van seksuele deviantie

Een vierde verklaringsmodel is het vier-factorenmodel voor kindermisbruik van Finkelhor (1984). Allereerst moet er sprake zijn van seksuele motieven van de pleger, al dan niet gedreven door verhoogde opwinding of een seksuele voorkeur voor kinderen. Ook is er vaak sprake van persoonlijke ervaringen met seksueel misbruik, of emotionele en/of cognitieve verwantschap aan kinderen. Ten tweede zou er een gebrek aan interne controle zijn bij de pleger; dit kan permanent zijn of vlak voor/tijdens het misbruik. De derde factor is de aanwezigheid van een situatie waarin het delict gepleegd kan worden. Deze factor kan gefaciliteerd worden door een gebrek aan externe controle (bijv. verslaving) en interne controle, zoals het hebben van cognitieve vertekeningen waardoor de gevolgen van de beoogde handelingen worden geminimaliseerd. Tot slot moet de pleger toegang hebben tot het slachtoffer en eventuele weerstand bij het kind wegnemen of onder controle houden. Bij deze factor kan het gaan om *grooming* of inpalmen van het slachtoffer, maar ook om agressie om controle te houden over het slachtoffer. Het vier-factorenmodel verklaart waarom iemand op een bepaald moment overgaat tot SGG en biedt daarmee aanwijzingen voor de behandeling, maar uiteindelijk biedt het geen verklaring voor het ontstaan van dit gedrag en is het niet onderzocht bij de VB-populatie.

In deze paragraaf zijn vier modellen besproken. De *counterfeit-deviance*-hypothese veronderstelt dat seksueel delictgedrag niet het gevolg is van een deviantie, maar het resultaat van gebrekkige kennis of andere factoren. Het zelfregulatiemodel gaat ervan uit dat de route tot SGG onder te verdelen is in vier te onderscheiden paden, gebaseerd op een combinatie van de mate waarin iemand zichzelf kan reguleren en het doel dat

hij kiest (vermijden van of toenaderen tot een zedendelict). Het ITSO-model geeft aan dat er een veelheid aan factoren op diverse niveaus bij kan dragen aan het ontstaan van SGG, terwijl het vier-factorenmodel van Finkelhor vooral beschrijft waarom iemand op een bepaald moment over gaat tot seksueel delictgedrag. Het bespreken van deze modellen leert ons dat deze modellen op dit moment nog onvoldoende zijn onderzocht bij mensen met een VB en dat er nood is aan theorievorming die start vanuit deze doelgroep.

Risicofactoren en risicotaxatie bij zedenplegers met een VB

De doelstelling van risicotaxatie-instrumenten is om een inschatting te maken van het risico van (herhaling van seksueel) gewelddadig gedrag. De inschatting geeft bovendien aanwijzingen voor diagnostiek en behandeling, en beïnvloedt bepaalde beslissingen betreffende bijvoorbeeld de mogelijkheden voor verlof of andere interne dan wel externe vrijheden in geval van opname in een forensische setting. Bij deze inschatting wordt doorgaans onderscheid gemaakt tussen statische en dynamische risicofactoren. Statische factoren zijn beperkt veranderbaar en stammen uit het verleden, zoals leeftijd, eerdere gepleegde zedendelicten en relatie tot het slachtoffer (bijv. familiair/onbekend) (Embregts et al., 2010; Harkins & Beech, 2007). Dynamische factoren kunnen spontaan of door behandeling veranderen, waarbij een onderverdeling gemaakt kan worden tussen stabiele dynamische en acute dynamische risicofactoren. Het veranderen van stabiele dynamische factoren vraagt de nodige tijd en moeite. Voorbeelden van stabiel dynamische risicofactoren zijn: impulsiviteit, het gebruiken van seks als coping en

tekortschietende probleemoplossende vaardigheden. Acute dynamische factoren kunnen snel en soms ook buiten de actieve invloed van de plegger veranderen, bijvoorbeeld toegang tot potentiële slachtoffers, het wegvallen van sociale steun of afwijzing van begeleiding (Hanson & Harris, 2000).

Er zijn diverse internationale en in het Nederlands vertaalde risicotaxatie-instrumenten beschikbaar om het risico van seksueel geweld in te schatten bij zedenplegers in het algemeen. Voorbeelden van instrumenten die uitgaan van historische en daarmee veelal statische risicofactoren zijn de *Static-99R* (Harris, Phenix, Hanson, & Thornton, 2003; Smid, Koch, & van den Berg, 2014) en de *SORAG* (Quinsey, Harris, Rice, & Cormier, 1998). Ook zijn er instrumenten die zowel statische als dynamische factoren omvatten, bijvoorbeeld de *Sexual Violence Risk-20* (SVR-20; Boer, Hart, Kropp, & Webster, 1997; Hildebrand, de Ruiter, & Van Beek, 2001), en de *Juvenile Sex Offender Assessment Protocol* (J-SOAP; Bullens et al., 2005; Prentky & Righthand, 2003). Andere instrumenten bestaan volledig uit dynamische (stabiele dan wel acute) risicofactoren. Voorbeelden van dergelijke instrumenten zijn de *Stable-2007* (Fernandez, Harris, Hanson, & Sparks, 2012; Van den Berg, Smid, & Koch, 2014) en de *Acute-2007* (Hanson & Harris, 2012; Koch, van den Berg, & Smid, 2014). In Nederland en België wordt voor plegers met VB naast de SVR-20 in toenemende mate de *Static-99R* gebruikt. Twee recente studies tonen aan dat de *Static-99R* bruikbaar is bij deze doelgroep (Hanson, Sheahan, & VanZuylen 2013; Stephens, Newman, Cantor, & Seto, 2018), terwijl Wilcox, Beech, Markall, en Blacker (2009) aantoonde dat de risicofactoren van de *Static-99* geen toegevoegde waarden hadden ten opzichte van louter inschatting op basis van klinisch oordeel in een groep van slechts 27 zedendelinquenten met een VB. Onderzoek naar de voorspellende waarde van dynamische risicotaxatie-instrumenten specifiek bij mensen met een VB is nog te schaars om definitieve conclusies aan te verbinden (van den Berg & Vogel, 2011; Pouls & Jeandarme, 2015). De eerste studies lijken uit te wijzen dat deze instrumenten gebruikt kunnen worden bij deze doelgroep. Tot op heden zijn er nagenoeg geen risicotaxatie-instrumenten speciaal voor plegers van SGG met een VB ontwikkeld. Een uitzondering hierop is de *Assessment of Risk and Manageability for Individuals who Offend Sexually* (ARMIDILO-S; van Alphen, 2016; Boer et al., 2012), welke gedeeltelijk gebaseerd is op de *Stable-2000* en de *SONAR* (Hanson & Harris, 2000). De ARMIDILO-S bestaat uit persoons- en omgevingsfactoren waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen stabiel en acuut dynamische factoren waarbij elk item wordt

beoordeeld op de mate waarin het een risicofactor en/of beschermende factor is. In twee studies bleek de ARMIDILO-S een accurate voorspeller voor SGG bij plegers met een VB (*area under the curve*¹ [AUC] = .75-.90) (Blacker, Beech, Wilcox, & Boer, 2011; Lofthouse et al., 2013). Deze studies baseren zich echter op relatief kleine steekproefgroottes ($N = 44-64$) wat de vraag doet rijzen in hoeverre de validiteit echt al bewezen is.

Zowel internationaal als in Nederland en België zijn diverse risicotaxatie-instrumenten beschikbaar voor seksueel geweld, waarbij in Nederland/België bij zedenplegers met een VB de SVR-20 en *Static-99R* het vaakst worden ingezet. Patiënten met een VB maken doorgaans deel uit van de algemene steekproeven waarin risicotaxatie-instrumenten worden getoetst, waardoor voorzichtig kan worden geconcludeerd dat deze instrumenten gebruikt kunnen worden bij deze doelgroep. Men moet desondanks wel behoedzamer conclusies trekken ten aanzien van mensen met een zeer laag niveau van intellectueel functioneren.

Behandeling en begeleiding

De invulling van de behandeling en bejegening van zedenplegers met een VB kan via diverse behandelmodellen worden vormgegeven. Een behandelmodel is een omschrijving van principes of uitgangspunten voor behandeling. De meest gehanteerde modellen en behandelingen worden hier kort toegelicht.

Modellen

Allereerst wordt de invulling van de forensische zorg bij plegers met VB -net als bij plegers zonder VB- idealiter bepaald aan de hand van het *Risk-Need-Responsivity*-model (RNR; Andrews & Bonta, 2010). Dit model gaat ervan uit dat de intensiteit van de behandeling moet aansluiten bij het risico, dat de behandeling zich moet richten op dynamische risicofactoren en bovendien moet aansluiten bij de kenmerken (o.a. leerstijl, motivatie) van het individu. Hierop aansluitend stelt Hanson (2018) voor te werken met vijf risiconiveaus en daarmee gepaard gaand risicomangement c.q. behandeling (zie ook Tabel 1). Niveau I verwijst naar een erg laag risico waarbij geen noodzaak voor inhoudelijke behandeling is. Niveau II duidt op een beneden gemiddeld risiconiveau welke best verholpen kan worden door begeleiding (*case management*).

¹ De *area under the curve* geeft aan hoe accuraat een test is in het voorspellen van een dichotome uitkomst (bijv. wel of geen recidive) waarbij 1 een perfecte voorspelling aangeeft en 0,5 een voorspelling is die niet beter is dan een gok.

Tabel 1. Risiconiveaus en behandelvoorschriften volgens Hanson (2018)

Niveau	Omschrijving	Defining risico	Behandelvoorschrift
I	Erg laag risico	Pro-sociaal persoon, zijn risico op recidive is vergelijkbaar met de kans dat een willekeurig persoon voor het eerst een delict zal begaan	Geen behandeling of begeleiding nodig om kans op recidive te verminderen
II	Beneden gemiddeld	Er zijn wat dynamische risicofactoren, meer kans op recidive dan dat een willekeurig persoon 'first offender' zal worden, maar heeft een kans die lager is dan de gemiddelde pleger	Casemanagement
III	Gemiddeld	Dynamische risicofactoren zijn duidelijk aanwezig, de scores op de risicotaxatie-instrumenten bevinden zich midden in de normaalverdeling, gemiddeld risicoprofiel	100+ uur interventie gericht op verandering dynamische risicofactoren; toezicht bij uitstroom
IVa/b	Boven gemiddeld	Chronische problemen op het gebied van de dynamische risicofactoren, bijv. schenden van voorwaarden, weinig beschermende factoren	200-300 uur behandeling gericht op verandering dynamische risicofactoren, trapsgewijze inzet van behandeling en toezicht
V	Ruim boven het gemiddelde	Vrijwel zeker recidive in de toekomst (Categorie V wordt, vanwege de relatief lage base-rate van seksuele recidive, niet gehanteerd bij het inschatten van de kans op dit type recidive.)	Zeer intensieve behandeling en beveiliging is aangewezen.

Noot. Ontleend aan Hanson (2018).

Bij niveau III is er sprake van een gemiddeld risico op herhaling; dit risico kan het best gemanaged worden door 100 uur aan interventies die zijn gericht op verandering. Niveau IV wordt uitgesplitst naar bovengemiddeld (IVa) en ruim boven gemiddeld (IVb) waarbij in beide gevallen uit zou moeten worden gegaan van 200-300 uur aan behandeling. In Casus 2 geeft casus Mark een voorbeeld weer van een cliënt die een risiconiveau van III heeft en als gevolg daarvan een laag-intensieve behandeling behoeft. Op basis van de risicotaxatie maken begeleiders afspraken met Mark en zijn leidinggevende over contact met kinderen. Deze komen erop neer dat hij niet alleen met kinderen mag zijn en dat er wordt gekeken hoe Mark zoveel mogelijk voor hem fijne contacten met leeftijdsgenoten kan hebben. Ook wordt hij aangemeld bij een seksuoloog en krijgt hij seksuele voorlichting. Deze voorlichting richt zich niet alleen op kennisoverdracht, maar zal ook gaan over 'wat kan wel en wat kan niet' op het gebied van seksualiteit.

Mark is nu 41 jaar. Vanaf zijn 30e woont hij in een begeleid wonen project. Nadat hij het speciaal onderwijs heeft afgerond werkt hij bij een sociale werkvoorziening. Vanaf jonge leeftijd ervaart hij dat hij anders is dan zijn leeftijdsgenoten. Hij voelt zich er niet bij horen en merkt dat hij zich prettiger voelt bij jongens van een jaar of zes. Hij heeft dezelfde interesses en ze plagen hem niet. In de pubertijd ontdekt hij zijn seksuele gevoelens. Hij merkt dat hij het prettig vindt om aan zijn piemel te zitten wanneer deze groot wordt. Nadat hij een van zijn 'vrienden van 6 jaar' vraagt om dit te doen wordt hij veroordeeld voor seksueel misbruik van een minderjarige. De orthopedagoog van Mark neemt de static-99R af. Hieruit blijkt dat Mark binnen de groep plegers valt met een risiconiveau III.

Casus 2. Mark

De casus van Ron (zie Casus 3) is een voorbeeld van een plegger van SGG met een VB die past binnen de groep plegers met een ruim bovengemiddeld recidiverisico (cfr. risiconiveau IVb) en heeft dus 200 tot 300 uur behandeling. Reclassering adviseert om een opname in een forensisch psychiatrische kliniek die ervaring heeft met de behandeling van mensen met een VB. Als mogelijk speerpunt voor de behandeling benoemen zij de seksuele en algemene zelfregulatie. Daarnaast kan, volgens hen, gewerkt worden aan het vergroten van de probleemoplossende vaardigheden. Uit een meta-analyse van Hanson, Bourgon, Helmus en Hodgson (2009) naar de inzet van de RNR-principes in de behandeling van zedenplegers blijkt dat zedenprogramma's die trouw waren aan deze principes grotere afname in seksuele en algemene recidive bewerkstelligden dan wanneer deze principes werden losgelaten. Soortelijke bevindingen zijn gerapporteerd door Lösel en Schmucker (2005). Bij deze studie zijn geen zedendelinquenten met een VB geïncludeerd. Nader onderzoek moet uitwijzen of behandeling volgens RNR-behandeling ook effectief is bij de VB-doelgroep. Gezien de bijzondere kenmerken van deze doelgroep (zoals beperkt sociaal adaptief vermogen), is het aannemelijk dat met name het responsiviteitsprincipe een sleutelfunctie heeft in de behandeling.

Ron is 25 jaar. Hij woont in een begeleid wonen project in de stad. Hij werkt in de plantsoendienst en wordt hier begeleid door iemand uit een zorginstelling. In het verleden heeft hij seksueel contact gehad met drie verschillende jongens. Eén van hen kende hij niet voor het delict, hij heeft deze jongen bedreigd iets aan te zullen doen wanneer hij niet deed wat Ron wilde. Ron is toen veroordeeld voor het plegen van ontucht en bedreiging. In begeleidingsgesprekken die volgen op de veroordeling geeft hij aan dat hij graag seks heeft met jongetjes, hij denkt hier veel aan en masturbeert zo'n vier tot vijf keer per week op deze fantasieën. Ook heeft hij veel problemen met zijn financiën, komt hij afspraken slecht na en is hij vaak boos op zijn begeleiders. Recent heeft Ron een nieuw seksueel delict gepleegd. De Reclassering is gevraagd een advies uit te brengen. Zij nemen de STATIC-99R en de STABLE-2007 af. Ron komt hoog uit op de STATIC-99R en scoort op de STABLE-2007 items: 'Vermogen tot een stabiele relatie', 'Emotionele identificatie met kinderen', 'Sociale afwijzing/eenzaamheid', 'Seksuele preoccupatie', 'Deviant seksuele interesse', 'Ontbrekende probleemoplossingsvaardigheden'. De STATIC-99R/STABLE-2007 combinatie geeft aan dat Ron behoort tot de groep plegers met een risiconiveau IVb

Casus 3. Ron

Een tweede behandelmodel is het *Good Lives Model* (GLM; Ward & Gannon, 2006). In het GLM wordt ervan uitgegaan dat het vergroten van welzijn de focus dient te zijn van een preventieve behandeling. Het model stelt dat mensen ervaringen nastreven en acties uitvoeren die intrinsiek belonend zijn voor het individu (*primary goods*) en derhalve voor eigen welzijn worden nagestreefd (bijv. intimiteit). De middelen waarmee iemand in deze behoeftes voorziet kunnen echter problematisch zijn, zoals in geval van SGG. Behandeling richt zich dan op het op een andere, acceptabele/prosociale wijze voorzien in iemands basisbehoeften. Men richt zich daarbij op het vergroten van vaardigheden en versterken van goede persoonlijke eigenschappen (Netto, Carter, & Bonell, 2014; Ward & Gannon, 2006). Er is nog maar weinig empirische evidentie dat interventies effectiever zijn in het terugdringen van seksuele recidive als ze aansluiten bij het GLM. Er zijn voor zover bekend twee studies uitgevoerd naar GLM bij zedendelinquenten die ambulant werden behandeld. In de studie van Harkins, Flak, Beech en Woodhams (2012) werd een GLM-module vergeleken met een terugvalpreventie-module in een groep van 777 zedendelinquenten die onder toezicht van de reclassering stonden. Het behandel aanbod bestond uit 3 onderdelen: 1) een standaardonderdeel gericht op slachtofferempathie en verantwoordelijkheid nemen; 2) een GLM-module gericht op gezond leven (*primary goods*); en 3) een terugvalpreventiemodule. Er waren geen significante verschillen tussen de beide groepen (laag vs. matig/hog) wat betreft drop-out en verandering in behandeling waaruit kan worden opgemaakt dat een GLM-aanpak geen uitgesproken voordelen heeft ten opzichte van een andere aanpak. Verandering was merkbaar in sociaal-affectief functioneren, terugvalvaardigheden, en delictondersteunende opvattingen (Harkins e.a., 2012). Een tweede studie toonde aan dat de mate waarin de *primary goods* worden verwezenlijkt geassocieerd is met positieve resocialisatie na een gevangenisstraf in een groep van 16 zedendelinquenten (Willis & Ward, 2011). De onderzoeksgroep van dit onderzoek is echter erg klein. Bovendien is de mate van resocialisatie niet onderzocht bij delinquenten die *niet* volgens een GLM-benadering zijn behandeld. Er is nog geen empirisch onderzoek gedaan naar de meerwaarde van een GLM-benadering bij zedendelinquenten met een VB; wel zijn er twee artikelen die de toepassing ervan theoretisch bespreken en uitgaan van een goede toepassingsmogelijkheden (Aust, 2010; Lindsay, Ward, Morgan, & Wilson, 2007).

Tot slot wordt er bij zedenplegers met een VB regelmatig gewerkt vanuit het terugvalpreventiemodel (Marlatt & Gordon, 1985; Pithers, Marques, Gibat, & Marlatt, 1983) waarmee (de aanloop tot) hoog-risicosituaties worden geïdentificeerd. Aan de hand van het uitwerken van een delictketen wordt duidelijk welke gevoelens, denkpatronen en situaties hebben bijgedragen tot de totstandkoming van SGG. Uitgangspunt

is dat het vergroten van inzicht in deze factoren bijdraagt tot de afname van het risico van herhaling van delictgedrag. Het concept van terugvalpreventie is opgenomen in diverse cognitieve gedragstherapeutische interventies. Hoewel het terugvalpreventiemodel in de praktijk vaak wordt gehanteerd, zijn er relatief weinig gecontroleerde studies gedaan naar de effectiviteit ervan (o.a. Dowden, Antonowicz, & Andrews, 2003; Laws, 1999; Proulx, 2014). Enkele studies suggereren dat de implementatie van dit model een positief effect heeft. Uit een onderzoek van Marques en collega's (2005) bij normaal begaafde zedenplegers, blijkt bijvoorbeeld dat het volgen van een terugvalpreventiemodule ($N=259$) leidt tot lagere recidivecijfers dan wanneer deze module niet wordt gevolgd ($N=445$). Het werken met het terugvalpreventieplan is – met uitzondering van studies naar het zelfregulatie model (zie *verklaringsmodellen*) – voor zover bekend nog niet empirisch onderzocht bij zedenplegers met een VB. Het terugvalpreventiemodel is vooral gestoeld op cognitief gedragstherapeutische principes en kan daarmee een te talig/cognitief beroep doen op zedendelinquenten met een VB. Nader onderzoek moet dit uitwijzen.

Behandelingen

In deze paragraaf belichten we een aantal specifieke therapieën of interventies die het meest worden ingezet bij zedenplegers met een VB.

Cognitieve (gedrags)therapie. Zedenplegers met een VB worden doorgaans behandeld middels interventies uit de cognitieve gedragstherapie, zoals vaardigheidstraining, educatie, en interventies gericht op het aanleren van gedragsalternatieven. Competenties en vaardigheden worden vergroot waardoor ongewenste gedrag afneemt. Thema's die frequent aan bod komen bij zedenplegers met een VB zijn: sociale vaardigheden, probleemoplossende vaardigheden, delictondersteunende opvattingen, slachtofferempathie en bewustwording, terugvalpreventie en delictketen, educatie gericht op seksualiteit en gepaste seksuele relaties, *self disclosure* (m.a.w., dingen over jezelf vertellen) en assertiviteit (Jones & Chaplin, 2017; Marotta, 2017). Dit zijn vaak aspecten die opgenomen worden in terugvalpreventieplan. Een terugvalpreventieplan omvat interventies, acties en aangrijpingspunten die de patiënt en/of diens omgeving helpen om de risico's tijdig te onderkennen en effectief aan te pakken. Veel van deze interventies worden aangeboden in therapiegroepen.

De empirische evidentie voor cognitieve gedragstherapie bij zedenplegers met een VB is niet eenduidig. Enkele studies rapporteren positieve veranderingen in seksuele kennis en delictondersteunende opvattingen (Heaton & Murphy, 2013; Murphy et al., 2010; Sakdalan & Collier, 2012), maar andere geven aan dat het risico op herhaling bij zedenplegers met een VB weinig werd beïnvloed door de inzet van cognitieve gedragstherapie (bijv. Craig, Stringer, & Moss, 2006). Een juiste interpretatie van behandelresultaten bij zedenplegers met een

VB is niet altijd eenvoudig. Hun verminderde informatieverwerking, moeite om ervaringen en vaardigheden te generaliseren en het feit dat ze het lastig vinden om nieuwe concepten tot zich te nemen, kunnen onterecht gelabeld worden als bewijs van een gebrek aan motivatie of behandelvoortgang (Craig, 2018). Bovendien is er veel aan te merken op de methodologische kwaliteit van diverse studies (bijv. kleine onderzoeksgroep, geen adequate controlegroep), waardoor we uitspraken ten aanzien van de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie bij zedenplegers met een VB nog onvoldoende kunnen onderbouwen.

Farmacologische therapie. Farmacologische behandeling kan ingezet worden als aanvullende behandeling om seksuele preoccupatie of verhoogde seksuele opwindbaarheid te verminderen. Hormonale libidoremers (bijv. Androcur®) werken in op het testosteronniveau. Een farmacologische behandeling kan ook ingezet worden in het kader van behandeling van comorbide problematiek, bijvoorbeeld door psychotrope medicatie voor te schrijven die via het centrale zenuwstelsel inwerken op agressie, stemming en impulsiviteit. In dit laatste geval worden er doorgaans lage dosering antipsychotica (bijv. risperidon) en antidepressiva (bijv. sertraline) voorgeschreven (Bhaumik et al., 2009; Oliver-Africano, Murphy & Tyrer, 2009). De inzet van farmacologische therapie is de afgelopen decennia toegenomen al is de empirische evidentie wisselend (Sajith, Morgan, & Clarke, 2008). Veelal lijkt farmacologische behandeling vooral in combinatie met gedragstherapie en reclasseringscontacten het meest effectief te zijn (Thibaut et al., 2010).

Sociale interventies. In de rehabilitatie van zedenplegers met een VB is het noodzakelijk om niet alleen een psychologische en eventueel een farmacologische behandeling in te zetten, maar ook oog te hebben voor sociale interventies en kwaliteit van leven en inbedding in de maatschappij. Zo kunnen zij, meer dan hun niet-VB tegenhangers problemen hebben met huisvesting, werk en dagbesteding. Diverse forensische instellingen bieden een modulair aanbod gericht op arbeidsmatige ondersteuning. Ook zijn er modules vanuit de vaardigheidstherapie gericht op vrijetijdsbesteding. Deze interventies kunnen niet alleen bijdragen aan een zinvolle dagbesteding, maar ook bijdragen aan het doorbreken van het sociale isolement waar zedenplegers met een VB vaak mee te maken hebben (Lindsay, 2011). Het beperkt aantal beschikbare studies toont aan dat de inzet van sociale interventies naast cognitieve gedragstherapie een positieve invloed heeft op het recidiverisico van zedenplegers met een VB (Lindsay et al., 2002, 2004). Een andere sociale interventie is de inzet van een 'kunstmatig' sociaal netwerk rondom de zedenpleger met een VB. De Cirkels voor Ondersteuning, Samenwerking en Aanspreekbaarheid (COSA; Hannem & Petrunik, 2007) zijn hiervan een voorbeeld. COSA is een aanvulling op gespecialiseerde therapie en niet een op zichzelf staande interventie. Het doel is om de resocia-

lisatie van zedenplegers te bevorderen. Hiervoor wordt met een professional en vier of vijf vrijwilligers rond de zedenpleger een zogenaamde cirkel gevormd van mensen die regelmatig bij elkaar komt om de cliënt te ondersteunen op sociaal-emotioneel en praktisch vlak, waarbij het nemen van verantwoordelijkheid centraal staat. Tot op heden lijkt de inzet van COSA positieve effecten te hebben op het vlak van risico, psychosociaal welzijn en sociaal netwerk (Clarke, Brown, & Vollm, 2017) al zijn er wel kanttekeningen te plaatsen bij deze studies (bijv. niet onderzocht bij VB-doelgroep, kleine steekproeven en geen controlegroepen).

In voorgaande tekst zijn de meest gangbare behandelingen beschreven die worden ingezet bij zedenplegers met een VB, te weten cognitieve (gedrags) therapie, farmacotherapie en sociale interventies. Uit bovenstaande kan worden opgemaakt dat er geen gouden standaard is ten aanzien van behandeling van deze doelgroep, voornamelijk vanwege een gebrek aan studies bij deze doelgroep. Bovendien worden de behandelingen doorgaans ingezet voor verschillende aspecten waardoor behandelingen ook naast elkaar kunnen worden ingezet. Toekomstig onderzoek zou er goed aan doen om nader in te zoomen op de werkzame ingrediënten van de diverse behandelinterventies bij de VB-doelgroep en deze – waar mogelijk – tegen elkaar af te zetten.

Tot slot

In dit artikel hebben we allereerst een beeld geschetst van diagnostische aandachtspunten, welke allemaal onontbeerlijk zijn voor het werken met zedendelinquenten met een VB. Een verstandelijke beperking wordt niet altijd tijdig herkend mede daar personen met een VB geleerd kunnen hebben hun beperkingen te verdoezelen. Het is aan de professional om de concrete intellectuele en adaptieve beperkingen te detecteren en de behandeling hierop af te stemmen. De beschreven verklarende modellen, risicotaxatie-instrumenten en behandelmodellen en interventies worden doorgaans gebruikt bij normaal begaafde zedenplegers en zijn in de laatste decennia overgenomen door de VB-sector. We weten vaak nog onvoldoende zeker wat de empirische evidentie van deze modellen, instrumenten en behandelingen is bij zedenplegers met een VB. Het is niet onwaarschijnlijk dat er overlap is tussen zedenplegers met en zonder VB, maar nader gericht onderzoek zal dit moeten uitwijzen. Een kritische houding van diagnosticus en behandelaar bij de toepassing van deze zaken is en blijft noodzakelijk.

Literatuur

- American Psychiatric Association (2013). *Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5*. Washington, DC: Author.
- Andrews, D.A., & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct (5th ed.)*. New Providence, US: Anderson Publishing.
- Aust, S. (2010). Is the Good Lives Model of offender treatment relevant to sex offenders with a learning disability? *Journal of Learning Disabilities and Offending Behaviour*, 1(3), 33 – 39. <http://dx.doi.org/10.5042/jldob.2010.0627>
- Bellisle, F. (2004). Effects of diet on behaviour and cognition in children. *British Journal of Nutrition*, 92(S2), S227-S232. <https://doi-org.ezproxy.ub.unimaas.nl/10.1079/BJN20041171>
- Bhaumik, S., Watson, J.M., Devapriam, J., Raju, L.B., Tin, N.N., Kiani, R., ... Tyrer, F. (2009). Aggressive challenging behavior in adults with intellectual disability following community resettlement. *Journal of Intellectual Disability*, 53, 298-302. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2008.01111.x>
- Blacker, J., Beech, A. R., Wilcox, D. T., & Boer, D. P. (2011). The assessment of dynamic risk and recidivism in a sample of special needs sexual offenders. *Psychology, Crime & Law*, 17(1), 75–92. <https://doi.org/10.1080/10683160903392376>
- Boccaccini, M.T., Kan, L.Y., Rufino, K.A., Noland, R.M., Young-Lundquist, B.A., & Canales, E. (2016). Correspondence between correctional staff and offender ratings of adaptive behavior. *Psychological Assessment*, 28(12), 1608-1615. doi: 10.1037/pas0000333
- Boer, D. P., Hart, S. D., Kropp, P. R., & Webster, C. D. (1997). *Manual for the sexual violence risk-20: professional guidelines for assessing risk of sexual violence*. Vancouver: The Mental Health, Law, & Policy Institute.
- Boer, D. P., Haaven, J., Lambrick, F., Lindsay, W. R., McVilly, K. R., Sakdalan, J. A., & Frize, M. (2012). ARMIDILLO-S [Psychology Test website]. www.armidilo.net: Boer, Haaven, Lambrick, Lindsay, McVilly, Sakdalan & Frize. Retrieved from <http://www.armidilo.net/>
- Bullens, R., Horn, J. E. van, Eck, A. van, & Das, J. (2005). *J-SOAP D. De Nederlandse vertaling en bewerking van de J-SOAP II (Juvenile Sex Offender Assessment Protocol II). Handleiding. Versie 1*. Utrecht: Forum Educatief.
- Clarke, M., Brown, S., & Völlm, B. (2017). Circles of Support and Accountability for Sex Offenders: A Systematic Review of Outcomes. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*, 29(5), 446–478. <https://doi.org/10.1177/1079063215603691>
- Commissie Testaangelegenheden Nederland (2019). <https://www.cotandocumentatie.nl/>
- Craig, L.A. (2018). *Treatment of sexually harmful behavior for people with IDD*. NL-ATSA Masterclass at IAFMHS pre-conference, Antwerpen, België.
- Craig, L.A., Stringer, I., & Moss, T. (2006). Treating sexual offenders with learning disabilities in the community: A critical review. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 50, 369–390.
- Dowden, C., Antonowicz, D., & Andrews, D. A. (2003). The effectiveness of relapse prevention with offenders: A meta-analysis. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 47, 516-528.
- Embregts, P., Van den Bogaard, K., Hendriks, L., Heestermans, M., & Schuitemaker, M., & van Wouwe, H. (2010). Sexual risk assessment for people with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 31(3), 760-767. doi:10.1016/j.ridd.2010.01.018
- Estevis, E., Basso, M.R., & Combs, D. (2012). Effects of Practice on the Wechsler Adult Intelligence Scale-IV Across 3- and 6-Month Intervals. *The Clinical Neuropsychologist*, 26, 239-254. <https://doi-org.ezproxy.ub.unimaas.nl/10.1080/13854046.2012.659219>

- Fernandez, Y., Harris, A. J. R., Hanson, R. K., & Sparks, J. (2012). *Stable-2007 Coding Manual: Revised 2012*. Ottawa: Public Safety Canada.
- Finkelhor, D. (1984). *Child sexual abuse: new theory and research*. New York, US: Free Press.
- Flinn, L. C., Hassett, C. L., & Braham, L. (2018). Development of forensic normative data for the WAIS-IV. *Journal of Forensic Practice*, 20(1), 58–67. <https://doi.org/10.1108/JFP-08-2017-0029>
- Ford, H.J., Rose, J.L., & Thrift, S. (2009). An evaluation of the applicability of the self-regulation model to sexual offenders with intellectual disabilities. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 20, 440-57.
- Greenspan, S., & Woods, G.W. (2014). Intellectual disability as a disorder of reasoning and judgement: the gradual move away from intelligence quotient-ceilings. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(2), 110-116. doi: 10.1097/YCO.0000000000000037
- Griffiths, D., Hingsburger, D., Hoath, J., & Ioannou, S. (2013). 'Counterfeit deviance' revisited. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 26(5), 471-80. doi: 10.1111/jar.12034.
- Habets, P., Jeandarme, I., Uzieblo, K., Oei, T. I., & Bogaerts, S. (2015). Intelligence is in the eye of the beholder: Investigating repeated IQ measurements in forensic psychiatry. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 28(3), 182-192. doi: 10.1111/jar.12120
- Hannem, S., & Petrunik, M. (2007). Circles of support and accountability: A community justice initiative for the reintegration of high-risk sex offenders. *Contemporary Justice Review*, 10(2), 153-171.
- Hanson, K. (2018). *How Much Intervention is Enough?* Keynote address at the 37th Annual Research and Treatment Conference of the Association for the Treatment of Sexual Abusers (ATSA), Vancouver, B.C., Canada.
- Hanson, K., Bourgon, G., Helmus, L., & Hodgson, S. (2009). *A Meta-Analysis of the Effectiveness of Treatment for Sexual Offenders: Risk, Need, and Responsivity*. Ottawa: Public Safety Canada.
- Hanson, R.K., & Harris, A.J.R. (2012). *Acute-2007 Coding Manual*. Ottawa: Public Safety Canada.
- Hanson, R. K., & Harris, A. (2000). *The sex offender need assessment rating (SONAR): a method for measuring change in risk levels 2000-1*. Ottawa: Department of the Solicitor General of Canada.
- Hanson, R.K., Sheahan, C.L., & VanZuylen, H. (2013). STATIC-99 and RRA-SOR Predict Recidivism among Developmentally Delayed Sexual Offenders: A Cumulative Meta-Analysis. *Sexual Offender Treatment*, 8(1), 1-14.
- Harkins, L., & Beech, A. R. (2007). A review of the factors that can influence the effectiveness of sexual offender treatment: Risk, need, responsivity, and process issues. *Aggression and Violent Behavior*, 12(6), 615–627. <http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2006.10.006>
- Harkins, L., Flak, V.E., Beech, A.R., & Woodham, (2012). Evaluation of a community-based treatment program using a Good Lives Model approach. *Sexual Abuse*, 24(6), 519-543. doi: <https://doi.org/10.1177/1079063211429469>
- Harris, A., Phenix, A., Hanson, R.K., & Thornton, D. (2003). Static-99 Coding rules revisited. www.sgc.gc.ca
- Harrison, P. L., & Oakland, T. (2015). *Adaptive Behavior Assessment System* (3rd ed.). Torrance, CA: Western Psychological Services.
- Heaton, K.M., & Murphy, G.H. (2013). Men with intellectual disabilities who have attended sex offender treatment groups: A follow-up. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 2013; 26, 489–500.
- Hellenbach, M., Karatzias, T., & Brown, M. (2017). Intellectual Disabilities Among Prisoners: Prevalence and Mental and Physical Health Comorbidities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 30(2), 230–241. <https://doi.org/10.1111/jar.12234>
- Hildebrand, M., de Ruiter, C., & van Beek, D. (2001). *SVR-20. Richtlijnen voor het beoordelen van het risico van seksueel gewelddadig gedrag*. Utrecht, The Netherlands: Forum Educatief.
- Hingsburger, D., Griffiths, D., & Quinsey, V. (1991). Detecting counterfeit deviance: Differentiating sexual deviance from sexual inappropriateness. *Habilitative Mental Healthcare Newsletter*, 10(9), 51-54.
- Jones, E., & Chaplin, E. (2017). A systematic review of the effectiveness of psychological approaches in the treatment of sex offenders with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 1-22. doi: 10.1111/jar.12345 (published ahead of print).
- Kaal, H., Overvest, N., & Broertjes, M. (Red.) (2014). *Beperkt in de keten: mensen met een licht verstandelijke beperking in de strafrechtketen*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Kaufman A. S. & Kaufman N. L. (1993). *Kaufman Adolescent and Adult Intelligence Test (KAIT) Manual*. American Guidance Service Inc, Circle Pines, MN
- Keeling, J.A., Rose, J.L., & Beech, A.R. (2009). Sexual Offending Theories and Offenders with Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 22(5), 468-476. <https://doi-org.ez-proxy.ub.unimaas.nl/10.1111/j.1468-3148.2009.00493.x>
- Koch, M., van den Berg, J. W. & Smid, W. (2014). *Acute-2007 Scorehandleiding*. (Vertaling van Hanson, R. K., Harris, A. J. R. Acute-2007 Coding Manual. Ottawa: Public Safety Canada.) Utrecht: De Forensische Zorgspecialisten.
- Kooreman, A., & Luteijn, F. (1987). *Groninger Intelligentie Test – Verkort*. Lisse, NL: Swets & Zeitlinger.
- Kraijer, D.W., Kema, G.N., & de Bildt, A.A. (2004). *Sociale Redzaamheidschaal-Z. Zesde, herziene en uitgebreide handleiding. Verantwoording en handleiding*. Amsterdam: Harcourt Test Publishers.
- Langdon, P.E., Maxted, H., Murphy, G.H., & SOTSEC-ID GROUP (2007). An exploratory evaluation of the Ward and Hudson offending pathways model with sex offenders who have intellectual disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disabilities*, 32(2), 94–105. doi:10.1080/13668250701364686
- Laws, D. R. (1999). Relapse Prevention: The State of the Art. *Journal of Interpersonal Violence*, 14, 285-302.
- Lindsay, W.R. (2011). Theoretical perspectives and their practical application for assessment and treatment of sexual offenders with an intellectual disability. In D.P. Boer, R. Eher, L.A. Craig, M.H. Miner, & F. Pfäfflin (Eds), *International perspectives on the assessment and treatment of sexual abusers*, (pp. 215-233). Chichester, United Kingdom: Wiley-Blackwell.
- Lindsay, W.R. (2002). Research and literature on sex offenders with intellectual and developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46(1), 74-85. doi: 10.1046/j.1365-2788.2002.00006.x
- Lindsay, W., Ward, T., Morgan, T., & Wilson, I. (2007). Self-regulation of sex offending, future pathways and the Good Lives Model: applications and problems. *Journal of Sexual Aggression*, 13(1), 37-50. doi: <https://doi.org/10.1080/13552600701365613>
- Lindsay, W.R., Smith, A.H.W., Law, J., Quinn, K., Anders, A., Smith, A., ... Allan, R. (2002). A treatment service for sex offenders and abusers with intellectual disability: a comparison of men with one and two year probation services. *Journal of Applied Research in Intellectual Disability*, 15(2), 116-174. <https://doi.org/10.1046/j.1468-3148.2002.00111.x>
- Lindsay, W.R., Smith, A.H.W., Law, J., Quinn, K., Anderson, A., Smith, A., & Allen, A. (2004). Sexual and non-sexual offenders with intellectual and learning disabilities: a comparison of characteristics, referral patterns and outcome. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(8), 875-890. <https://doi.org/10.1177/0886260504266884>
- Lindsay, W.R., Steptoe, L., & Beech, A.T. (2008). The Ward and Hudson pathways model of the sexual offence process applied to offenders with intellectual disability. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 20(4), 379-392. doi: 10.1177/1079063208323369
- Lofthouse, R., Lindsay, W., Totsika, V., Hastings, R., Boer, D., & Haaven, J.

- (2013). Prospective dynamic assessment of risk of sexual reoffending in individuals with an intellectual disability and a history of sex-offending behaviour. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 26(5), 394–403. <https://doi.org/10.1111/jar.12029>
- Lösel, F. & Schmucker, M. (2005). The effectiveness of treatment for sexual offenders: A comprehensive meta-analysis. *Journal of Experimental Criminology*, 1(1), 117–146. doi: <https://doi.org/10.1007/s11292-004-6466-7>
- Lunsky, Y., Frijters, J., Griffith, D.M., Watson, S.L., & Williston, S. (2007). Sexual knowledge and attitudes of men with intellectual disability who sexually offend. *Journal of Intellectual and Developmental Disabilities*, 32(2), 74–81.
- Maes, B, Noens, I., & Maljaars, Y. (2017). *Overzicht instrumenten adaptief gedrag*. Leuven (B): KU Leuven, Onderzoekseenheid Gezins en Orthopedagogiek.
- Magez, W., Tierens, M., Van Huynegem, J., Van Parijs, K., & Bos, A. (2015). *Cognitieve Vaardigheidstest volgens het CHCmodel Basisversie (Co-VaT – CHC)*. Psychodiagnostisch Centrum (PDC): Thomas More Hogeschool, Antwerpen
- Marlatt, G.A., & Gordon, J.R. (1985). Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: Guilford. In Hudson, S. M., Ward, T., &
- McCormack, J. C. (1999). Offense pathways in sexual offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 14, 779–798.
- Marotta, P.L. (2017). A systematic review of behavioral health interventions for sex offenders with intellectual disabilities. *Sexual Abuse*, 29(2), 148–185. doi:10.1177/1079063215569546.
- Marques, J.K., Wiederanders, M., Day, D.M., Nelson, C., & Ommeren, A. van. (2005). Effects of a relapse prevention program on sexual recidivism: Final results from California's Sex Offender Treatment and Evaluation Project (SOTEP). *Sex Abuse*, 17(1), 79–107. doi: 10.1007/s11194-005-1212-x
- Murphy, G.H., Sinclair, N., Hays, S.J., Heaton, K., Powell, S., Langdon, P., & Craig, L. (2010). Effectiveness of group cognitive behavioral treatment for men with intellectual disabilities at risk of sexual offending. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 23, 537–551.
- Netto, N. R., Carter, J. M., & Bonell, C. (2014). A Systematic Review of Interventions That Adopt the "Good Lives" Approach to Offender Rehabilitation. *Journal of Offender Rehabilitation*, 53, 403–432.
- Ogilvie, J., Stewart, A., Chan, R.C.K., & Shum, D.H.K. (2011). Neuropsychological measures of executive function and antisocial behavior: a meta-analysis. *Criminology*, 49(4), 1063–107. doi: 10.1111/j.1745-9125.2011.00252.x
- Oliver-Africano, P., Murphy, D., & Tyrer, P. (2009). Aggressive behavior in adults with intellectual disability: defining the role of drug treatment. *CNS Drugs*, 23(11), 903– 913. doi: 10.2165/11310930-000000000-00000.
- Pithers, W. D., Marques, J. K., Gibat, C. C., & Marlatt, G. A. (1983). Relapse prevention with sexual aggressives: A selfcontrol model of treatment and maintenance of change. *The sexual aggressor: Current perspectives on treatment*, 214–239.
- Pouls, C., & Jeandarme, I. (2015). Risk Assessment and Risk Management in Offenders with Intellectual Disabilities: Are We There Yet? *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 8(3-4), 213–236. doi: 10.1080/19315864.2015.1070221
- Prentky, R., & Righthand, S. (2003). Juvenile Sex Offender Assessment Protocol-II (J-SOAP-II) Manual, <https://www.csom.org/pubs/JSOAP.pdf>
- Proulx, J. (2014). Pithers' Relapse Prevention Model. In J. Proulx, E. Beauregard, P. Lussier, & B. Leclerc (Eds.). *Pathways to Sexual Aggression*, (pp. 9–25). New York, NY: Routledge
- Quinsey, V. L., Harris, G. T., Rice, M. E., & Cormier, C. A. (1998). *Violent offenders: Appraising and managing risk*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Raven, J. C., Court, J. H., & Raven, J. (1983). *Manual for Raven's Progressive Matrices and vocabulary scales, section 3: Standard Progressive Matrices*, London: H. K. Lewis Reichelt, A.C., Westbrook, R.F., & Morris, M.J. (2017). Editorial: Impact of Diet on Learning, Memory and Cognition. *Frontiers in Behavioural Neuroscience*, 11, 96. doi: 10.3389/fnbeh.2017.00096
- Rice, M.E., Harris, G.T., Lang, C., & Chaplin, T.C. (2008). Sexual preferences and recidivism of sex offenders with mental retardation. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 20(4), 409–425. doi: 10.1177/1079063208324662
- Sajith, S.G., Morgan, C., & Clarke, D. (2008). Pharmacological management of inappropriate sexual behaviours: a review of its evidence, rationale and scope in relation to men with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52(12), 1078–1090.
- Sakdalan, J.A., Collier, V. (2012). Piloting an evidence-based group treatment program for high risk sex offenders with intellectual disability in the New Zealand setting. *New Zealand Journal of Psychology*, 41(3):5–11
- Sappok, T., Budczies, J., Bölte, S. Dziobek, I., Dosen, A., & Diefenbacher, A. (2013). Emotional development in adults with autism and intellectual disabilities: a retrospective, clinical analysis. *PLoS ONE* 8(9), e74036. doi:10.1371/journal.pone.0074036
- Smid, W. J., Koch, M., & van den Berg, J. W. (2014). *Static-99R Scorehandleiding* (herziene uitgave 2014). (Bewerkte vertaling van Harris, A. J. R., Phenix, A., Hanson, R. K., & Thornton, D. STATIC-99R Coding Manual: Revised 2003. Ottawa: Public Safety Canada.) Utrecht: De Forensische Zorgspecialisten.
- Stephens, S., Newman, J.E., Cantor, J.M., & Seto, M. (2018).The Static-99R predicts sexual and violent recidivism for individuals with low intellectual functioning. *Journal of Sexual Aggression*, 24(1), 1–11. <https://doi.org/10.1080/13552600.2017.1372936>
- Talbot, T.J., & Langdon, P.E. (2006). A revised sexual knowledge assessment tool for people with intellectual disabilities: is sexual knowledge related to sexual offending behaviour? *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(7), 523–531. <https://doi-org.ezproxy.ub.unimaas.nl/10.1111/j.1365-2788.2006.00801.x>
- Thibaut, F., De La Barra, F., Gordon, H., Cosyns, P., Bardford, J.M., & WFSBP Task Force on Sexual Disorders. (2010). The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of paraphilias. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 11(4), 604–55. doi: 10.3109/15622971003671628
- Uzieblo, K., Habets, P., & Jeandarme, I. (2015). De IQ-score in twijfel getrokken: Evolutie naar een multidimensioneel cognitief vaardigheidsprofiel. *Neuropsychiatrie*, 19(4), 87–94. <https://doi.org/10.1007/s12474-015-0095-y>
- Uzieblo, K., Winter, J., Vanderfaeillie, J., Rossi, G., & Magez, W. (2012). Intelligent diagnosing of intellectual disabilities in offenders: food for thought. *Behavioral Sciences & the Law*, 30(1), 28–48.
- Van Alphen, P. (2016). *ARMIDILO: Nederlandse vertaling van de Assessment of Risk Manageability of Intellectually Disabled Sex Offenders*. Eindhoven: Open Universiteit.
- Van den Berg, J.W. (2012). Seksuele deviantie als oorzaak voor seksueel grensoverschrijdend gedrag van verstandelijk beperkte zedendelinquenten: De counterfeit deviance-hypotheses verworpen? In J.W. van den Berg, J. Mulder & W. Smid (red.), *It takes two to tango: De synergie tussen wetenschappelijk onderzoek en klinische praktijk*, Liber Amicorum Daan van Beek (pp. 1–8). Utrecht: Forum educatief.
- Van den Berg, J.W., & de Vogel, V. (2011). Risicotaxatie bij forensisch psychiatrische cliënten met een licht verstandelijke handicap: hoe bruikbaar zijn bestaande risicotaxatie-instrumenten? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 53, 83–93.
- Van den Berg, J. W., Smid, W. J., & Koch, M. (2014). *Stable-2007 Score han-*

- dleiding*. (Vertaling van Fernandez, Y., Harris, A. J. R., Hanson, R. K., & Sparks, J. Stable-2007 Coding Manual: Revised 2012. Ottawa: Public Safety Canada.) Utrecht: De Forensische Zorgspecialisten.
- Van den Bogaard, K.J.H.M., Embregts, P.J.C.M., Hendriks, A.H.C., & Heestermans, M. (2013). Comparison of intellectual disabled offenders with a combined history of sexual offenses and other offenses versus intellectual disabled offenders without a history of sexual offenses on dynamic client and environmental factors. *Research in Developmental Disabilities, 34*, 3226-2324. doi: 10.1016/j.ridd.2013.06.027
- Van Winkel, R., Myin-Germeys, I., Delespaul, P., Peuskens, J., de Hert M., & van Os, J. (2006). Premorbid IQ as a predictor for the course of IQ in first onset patients with schizophrenia: A 10-year follow-up study. *Schizophrenia Research, 88*(1-3), 47-54. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2006.06.033>
- Vinkers, D.J., Barendregt, M., de Beurs, E., Hoek, H.W., & Rinne, T. (2011). Etnische verschillen tussen pro Justitia gerapporteerde verdachten. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, (11), 801-811.
- Vlaams Forum voor Diagnostiek (2019). <http://www.vlaamsforumdiagnostiek.be/nieuws.html> ; zie Update kwalificatie IQ-testen oktober 2017.
- Ward, T., & Beech, A. (2006). An integrated theory of sexual offending. *Aggression and Violent Behavior, 11*, 44-63. doi:10.1016/j.avb.2005.05.002
- Ward, T., Bickley, J., Webster, S. D., Fisher, D., Beech, A., & Eldridge, H. (2004). *The self-regulation model of the offence and relapse process: A manual: Vol. 1. Assessment*. Victoria, BC: Pacific Psychological Assessment Corporation.
- Ward, T., & Hudson, S.M. (2000). A self-regulation model of relapse prevention. In D.R Laws, S.M. Hudson, T. Ward (Eds.), *Remaking relapse prevention with sex offenders: sourcebook*, (pp. 79-101). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Ward, T., & Gannon, T. (2006). Rehabilitation, etiology, and self-regulation: The Good Lives Model of sexual offender treatment. *Aggression and Violent Behavior, 11*, 77-94.
- Wechsler, D. (1955). *Manual for the Wechsler Adult Intelligence Scale*. Oxford, England: Psychological Corp.
- Wechsler, D. (1997). WAIS-III, Nederlandstalige bewerking, technische handleiding. [WAIS-III, Dutch version manual]. Lisse (NL): Swets Test.
- Wechsler D. (2005). *WAIS-III Nederlandstalige bewerking. Technische Handleiding*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Willis, G.M., & Ward, T. (2011). Striving for a good life: The good lives model applied to released child molesters. *Journal of Sexual Aggression: An international, interdisciplinary forum for research, theory and practice, 17*(3), 290-303. doi: <https://doi.org/10.1080/13552600.2010.505349>
- Wilcox, D., Beech, A., Markall, H., & Blacker, J. (2009). Actuarial risk assessment and recidivism in a sample of UK intellectually disabled sexual offenders. *Journal of Sexual Aggression, 15*(1), 97-106. <https://doi.org/10.1080/13552600802578577>
- Woodcock, K.A., & Rose, J. (2007). The relationship between facial expressions and self-reported anger in people with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disability, 20*, 279-284. doi: 10.1111/j.1468-3148.2006.00326.x

Summary

Assessment and treatment of sex offenders with an intellectual disability: a state of affairs

Various studies show that forensic patients with a mild intellectual disability (ID) are more often convicted of committing sexual offenses compared to other types of offenses. However, the question remains how accurate these rates are, as they may be dependent on which assessment tool has been used to identify the ID. The assessment of ID is not an easy task, and there is a risk for over- or underestimation of ID. In this paper, we discuss issues in the assessment of ID. Furthermore, we present influential explanatory models and risk assessment instruments, and review available treatment options and their effectiveness for sex offenders with ID. More insight into this challenging population may lead to better allocation of services.

Keywords: intellectual disability, sex offenders, intelligence, assessment, etiology and risk, treatment

Trefwoorden: verstandelijke beperking, zedendelinquent, diagnostiek en etiologie, risico, behandeling