

Criminogene factoren van seksueel gewelddadige terbeschikkinggestelden

R.H.J. HORNSVELD, C.H.S. GERRITSMAN, T. KANTERS, A.J. ZWETS, S. ROOZEN-VLACHOS

- ACHTERGROND** In Nederland is tot op heden niet gepubliceerd over criminogene factoren bij subgroepen seksueel gewelddadige terbeschikkinggestelden.
- DOEL** Onderzoeken van criminogene factoren bij kindmisbruikers en verkrachters en die vergelijken met niet-seksueel gewelddadige terbeschikkinggestelden.
- METHODE** In een exploratieve studie onderzochten wij 16 kindmisbruikers, 22 verkrachters en 59 niet-seksueel gewelddadige terbeschikkinggestelden. We maakten daarbij gebruik van een risicotaxatie-instrument, een checklist voor psychopathie, Implicit Association Tests en zelfrapportagevragenlijsten.
- RESULTATEN** De kindmisbruikers en verkrachters verschilden niet van elkaar in recidiverisico. De kindmisbruikers scoorden lager op psychopathie en associeerden onderdanigheid minder met seksuele aantrekkelijkheid dan de verkrachters. Bij een vergelijking van de drie groepen onderling bleek dat de kindmisbruikers en verkrachters niet significant verschilden van de niet-seksueel gewelddadige patiënten wat betreft psychopathie. Tussen de drie groepen werden ook geen verschillen gevonden in seksuele voorkeur, neuroticisme, altruïsme, woede als trek, vijandigheid en sociale vaardigheden. Wat betreft agressie scoorden de kindmisbruikers lager dan de verkrachters en de niet-seksueel gewelddadige patiënten. Daarnaast rapporteerden de kindmisbruikers meer angst bij het geven van kritiek dan de niet-seksueel gewelddadige patiënten.
- CONCLUSIE** Gezien de gevonden effectgroottes van de verschillen tussen de drie groepen raden wij een vervolgonderzoek met grotere groepen aan. Daarnaast adviseren wij de SVR-20 nader op een valide factorstructuur te onderzoeken. Verkrachters dienen behandeld te worden voor zowel seksueel als algemeen geweld.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)7, 430-438

TREFWOORDEN forensische psychiatrie, seksueel geweld, terbeschikkinggestelden



ARTIKEL



Volgens Bonta en Andrews (2007) moet de intensiteit van een behandelprogramma voor delinquenten gerelateerd zijn aan hun recidiverisico. Dit recidiverisico wordt bepaald door specifieke criminogene factoren zoals antisociale cognities, antisociale contacten, geschiedenis van antisociaalgedragenantisociale persoonlijkheid (Andrews & Bonta 2010). Voor de behandeling van seksueel gewelddadige terbeschikkinggestelden is het gebruikelijk dat een onderscheid wordt gemaakt tussen kindmisbruikers en verkrachters. In Nederland is echter nauwelijks onderzoek gedaan naar de specifieke criminogene factoren van deze

twee subgroepen, mede in vergelijking tot die van niet-seksueel gewelddadige terbeschikkinggestelden.

Recidiverisico

Het ministerie van Veiligheid en Justitie eist dat bij alle terbeschikkinggestelden de *Psychopathy Checklist-Revised* (PCL-R; Hare 2003; Nederlandse versie: Vertommen e.a. 2002) wordt afgenomen. Bij seksueel gewelddadige terbeschikkinggestelden is daarnaast het scoren van de *Sexual Violence Risk-20* verplicht (SVR-20; Boer e.a. 1997; Nederlandse versie: Hildebrand e.a. 2001). Tot op heden werd in

de meeste studies van seksueel gewelddadige patiënten meestal geen onderscheid gemaakt tussen kindmisbruikers en verkrachters. Alleen in een onderzoek naar de voorspellende waarde van de SVR-20 door De Vogel e.a. (2004) werden de SVR-20-totaalscores van 27 kindmisbruikers vergeleken met die van 95 verkrachters. Zij vonden tussen beide groepen geen significante verschillen in recidiverisico.

Meerdere niet-Nederlandse studies hebben aangetoond dat verkrachters over het algemeen een hogere PCL-R score hebben dan kindmisbruikers. Zo hadden in een onderzoek van Serin e.a. (1994) de 33 verkrachters een significant hogere score op de PCL-R dan de 32 kindmisbruikers, maar verschilden beide groepen niet van elkaar op de factoren van Hares (1991) twee-factorenmodel. Verschillen in PCL-R scores werden later ook gevonden in andere studies (bijvoorbeeld Porter e.a. 2000), waarbij verkrachters steeds hoger scoorden dan kindmisbruikers.

Psychopathie samen met seksuele deviatie blijkt bij seksueel gewelddadige patiënten een betere voorspeller voor recidive te zijn dan een van beide determinanten alleen. Zo stellen Serin e.a. (1994, p. 9) dat zowel de PCL-R als een penisplethysmograaf overwogen moet worden als men het risico op recidive schat en de vereisten voor adequaat toezicht wil bepalen. Hildebrand e.a. (2004) gebruikten het eerste item van de SVR-20 als maat voor seksuele deviatie. Van seksuele deviatie werd gesproken bij een score van '1' (mogelijk of in beperkte mate aanwezig) of '2' (duidelijk aanwezig). Zij vonden in een groep van 94 verkrachters dat seksueel gewelddadige patiënten met psychopathie en seksueel afwijkende voorkeuren een grotere kans maken om een nieuw seksueel delict te plegen dan psychopathische seksueel gewelddadige patiënten zonder deviante voorkeuren of niet-psychopathische geweldplegers, al dan niet met een seksuele deviatie.

Seksuele voorkeur

Sinds enkele jaren wordt de *Impliciete Associatie Test* (IAT; Greenwald e.a. 1998) gebruikt om de disfunctionele seksuele voorkeur bij seksueel gewelddadige patiënten te onderzoeken. Dit gebeurt door de associatie tussen verschillende concepten in het geheugen te meten. Uit onderzoek met de IAT kwam onder andere naar voren dat kindmisbruikers 'kinderen' relatief vaak met 'seks' en niet-pedoseksuele delinquenten 'volwassenen' met 'seks' associeerden (Gray e.a. 2005), en dat kindmisbruikers sterkere kind-seksassociaties hadden dan seksuele delinquenten met volwassen slachtoffers (Hempel e.a. 2013). Wat betreft associaties tussen 'vernedering' en 'seks' vonden Steffens e.a. (2008) echter geen significante verschillen tussen kindmisbruikers, verkrachters en studenten.

AUTEURS

RUUD H.J. HORNSVELD, klinisch psycholoog en onderzoeker, Erasmus Universitair Medisch Centrum, Rotterdam.

CHANTAL H. S. GERRITSMAN, klinisch psycholoog en manager Behandeling & Bedrijfsvoering, FPC de Kijvelanden, Poortugaal.

THIJS KANTERS, psycholoog en onderzoeker, FPC De Kijvelanden, Erasmus Universitair Medisch Centrum, Rotterdam.

ALMAR J. ZWETS, psycholoog en onderzoeker, FPC De Kijvelanden, Erasmus Universiteit, Rotterdam.

SELINI ROOZEN-VLACHOS, gezondheidszorgpsycholoog en onderzoeker, FPC 2Landen, Utrecht.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. R.H.J. Hornsveld.

E-mail: r.hornsveld@tiscali.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 27-11-2013.

Andere criminogene factoren

De weinige studies over de persoonlijkheidskenmerken en probleemgedragingen van seksueel gewelddadige patiënten hebben uiteenlopende resultaten opgeleverd. Zo vonden Fagan e.a. (1991) met de NEO-PI (Costa Jr. & McCrae 1985) dat 51 'parafiele' mannen hoger scoorden op neuroticisme en lager op altruïsme en consciëntieusheid dan 51 mannen met een psychogene seksuele disfunctie. Uit een onderzoek door Dennison e.a. (2001) met de NEO-PI-R (Costa Jr. & McCrae 1992) bleek echter dat 32 gedetineerde kindmisbruikers lager scoorden op extraversie dan 33 niet-klinische proefpersonen, maar niet lager op altruïsme. Seidman e.a. (1994) gebruikten onder andere de dispositieschaal van de *State-Trait Anger Expression Inventory* (Spielberger 1988) bij 15 kindmisbruikers, 17 verkrachters, 15 plegers van huiselijk geweld en 33 niet-klinische proefpersonen. Zij constateerden dat beide groepen seksueel gewelddadige patiënten niet meer gedisponeerd waren tot woede dan de niet-seksueel gewelddadige patiënten en dan een niet-klinische controlegroep. Marshall (1999) stelde echter dat verkrachters, kindmisbruikers en incestplegers wel degelijk moeite hebben om hun boosheid onder controle te houden.

Ook studies naar de mate van sociale competentie bij seksueel gewelddadige patiënten resulteerden in tegenstrijdige bevindingen. Zo veronderstelde Bumby (2000) dat seksueel gewelddadige patiënten adequate sociale vaardigheden missen, maar meenden bijvoorbeeld Marshall

e.a. (1999) dat dit alleen het geval is bij kindmisbruikers en niet bij verkrachters.

Wij vergeleken in een exploratieve studie eerst beide groepen seksueel gewelddadige patiënten met elkaar. Vervolgens onderzochten we eventuele verschillen tussen de drie groepen in psychopathie, seksuele voorkeur, persoonlijkheidstrekken en probleemgedragingen.

METHODE

Patiënten

De studie werd uitgevoerd bij 97 terbeschikkinggestelden van FPC de Kijvelanden en FPC 2Landen. Het betrof 16 kindmisbruikers (gemiddelde leeftijd 45,88 jaar; SD 11,70, uitersten: 26-64 jaar), 22 verkrachters (gemiddelde leeftijd 39,59 jaar; SD 9,49, uitersten: 22-57 jaar) en 59 niet-seksueel gewelddadige patiënten (gemiddelde leeftijd 35,44 jaar; SD 7,73; uitersten: 24-56 jaar). Patiënten werden geclassificeerd als kindmisbruiker wanneer het indexdelict seksueel misbruik van slachtoffers jonger dan 16 jaar betrof. Bij 12 kindmisbruikers ging het om slachtoffers die geen verwant van de dader waren, bij 3 om verwante slachtoffers en bij 1 om zowel verwante als niet-verwante slachtoffers. Verkrachters waren veroordeeld voor aanranding of verkrachting (bij slachtoffers van 16 jaar of ouder). Indexdelicten bij de niet-seksueel gewelddadige patiënten waren (poging tot) moord, (poging tot) doodslag, (poging tot) zware mishandeling, diefstal met geweld, bedreiging (tegen het leven gericht) en brandstichting.

Van de 97 patiënten hadden er 69 een cluster B-persoonlijkheidsstoornis op as II als hoofddiagnose en 28 een (chronisch) psychotische stoornis op as I als hoofddiagnose en een comorbide cluster B-persoonlijkheidsstoornis op as II (DSM-IV: American Psychiatric Association 1994). Het psychiatrisch toestandbeeld van de patiënten met een psychotische stoornis was zodanig gestabiliseerd dat de aanwezige cluster B-persoonlijkheidsstoornis op de voorgrond was komen te staan.

Meetinstrumenten

RECIDIVERISICO

De *Sexual Violence Risk-20* (SVR-20; Hildebrand e.a. 2001) meet het recidiverisico bij seksueel gewelddadige patiënten. De lijst omvat 20 items, ondergebracht in drie subschalen te weten: seksuele delicten (7 items), psychosociale aanpassing (11 items) en toekomstplannen (2 items). Items moeten beoordeeld worden als mogelijke risicofactor met als scoringsmogelijkheden: afwezig, mogelijk aanwezig, of duidelijk aanwezig.

De *Psychopathy Checklist-Revised* (PCL-R; Vertommen e.a. 2002) wordt gebruikt voor het meten van de mate van

psychopathie. De lijst bestaat uit 20 items die gescoord moeten worden met een driepuntsschaal (0 = niet van toepassing, 1 = enigszins van toepassing en 2 = van toepassing).

SEKSUELE VOORKEUR

De *Impliciete Associatie Test* (IAT; Greenwald e.a. 1998) is een op reactietijd gebaseerde computertaak waarbij de proefpersonen verschillende stimuli (plaatjes, woorden) zo snel mogelijk juist moeten categoriseren (bijvoorbeeld: 'kind', 'volwassen', 'seks' of 'niet seks'). Eenvoudige paringen (snelle reactietijden, minder fouten) worden geïnterpreteerd als sterker geassocieerd in het geheugen dan moeilijkere paringen (tragere reactietijden, meer fouten).

ANDERE CRIMINOGENE FACTOREN

De *NEO Five Factor Inventory* (NEO-FFI; Hoekstra e.a. 1996) heeft 60 items en meet vijf persoonlijkheidsdomeinen, te weten: neuroticisme, extraversie, openheid, altruïsme en consciëntieusheid. Respondenten geven op een vijfpuntschaal aan in hoeverre ze de uitspraak onderschrijven, lopend van: 1 = helemaal oneens tot 5 = helemaal eens.

In deze studie gebruikten we alleen de scores op de domeinen neuroticisme en altruïsme, omdat we psychische labiliteit en egocentrisme beschouwden als kenmerkende persoonlijkheidstrekken van forensisch psychiatrische patiënten (Hornsveld e.a. 2008).

De *Zelf-Analyse Vragenlijst* (ZAV; Van der Ploeg e.a. 1982) kent tien *trait* items voor de bepaling van boosheid als dispositie. Respondenten moeten bij elk item aangeven hoe boos ze zich in het algemeen voelen en daarbij gebruikmaken van een vierpunts-likertschaal: 1 = bijna nooit, 2 = soms, 3 = vaak en 4 = bijna altijd.

De *Aangepaste Versie van de Rosenzweig Picture-Frustration Study* (PFS-AV; Hornsveld e.a. 2007) wordt gebruikt voor het meten van vijandigheid. De test vraagt respondenten hun reacties op te schrijven op 12 cartoonachtige plaatjes waarop steeds twee personen staan afgebeeld. Antwoorden worden gescoord op vijandigheid met een zevenpuntschaal: 1 = afwezig, 2 = minimaal, 3 = enigszins, 4 = matig, 5 = sterk, 6 = zeer sterk en 7 = extreem.

De *Aangepaste Versie van de Agressie Vragenlijst* (AVL-AV; Hornsveld e.a. 2009) omvat 12 items, verdeeld over vier subschalen, te weten fysieke agressie, verbale agressie, woede en vijandigheid. Items worden gescoord met een vijfpuntsschaal, lopende van 1 = helemaal mee oneens tot 5 = helemaal mee eens.

De *Inventarisatielijst Omgaan met Anderen* (IOA; Van Dam-Baggen & Kraaimaat 2000) vraagt respondenten voor 35 interpersoonlijke situaties aan te geven hoeveel spanning zij zouden ervaren (sociale angst), en hoe vaak ze het beschreven gedrag daadwerkelijk zouden uitvoeren als de

situatie zich zou voordoen (sociale vaardigheden). De vijf subschalen, zowel voor de schaal spanning als voor de schaal frequentie, zijn: kritiek geven, aandacht vragen voor de eigen mening, waardering voor een ander uitspreken, initiatief nemen tot contact en jezelf waarderen. Items worden gescoord op een vijfpuntsschaal. Voor sociale angst lopen de scoremogelijkheden van: 1 = helemaal niet gespannen tot 5 = heel erg gespannen, en voor sociale vaardigheden van: 1 = nooit tot 5 = altijd.

Wij gebruikten van zowel de spanning- als de frequentieschaal alleen de subschalen kritiek geven en waardering voor een ander uitspreken (compliment geven), omdat we deze probleemgedragingen als kenmerkend beschouwen voor forensisch psychiatrische patiënten (Hornsveld e.a. 2008).

Procedure en statistiek

Het onderzoek werd besproken in de Wetenschappelijke Commissie van FPC de Kijvelanden en werd beoordeeld als niet wmo-plichtig (vallend onder de Wet Medisch wetenschappelijk Onderzoek met mensen) door de Medisch Ethische Commissie van het Erasmus Medisch Centrum. Alle patiënten ontvingen een folder met informatie over het onderzoek. Deelname was vrijwillig, data zouden anoniem worden verwerkt, deelname zou vergoed worden met € 15,- en weigering zou niet van invloed zijn op de behandeling. Patiënten die bereid waren om aan het onderzoek deel te nemen, tekenden een verklaring van informed consent.

Voor de scores op de SVR-20 en de PCL-R kon gebruikgemaakt worden van een dataset met gegevens van alle in FPC de Kijvelanden en FPC 2Landen opgenomen patiënten. De meeste patiënten voltooiden de IAT's en de zelfrapportagevragenlijsten in dezelfde week. Voor het analyseren van de IAT-data volgden wij de procedure zoals voorgesteld door Greenwald e.a. (2003). Nadere informatie over de gevolgde IAT-procedure is verkrijgbaar bij de derde auteur (Thijs.Kanters@hotmail.com). Helaas ontbraken bij sommige deelnemende patiënten gegevens van de SVR-20, PCL-R, IAT en/of zelfrapportagevragenlijsten.

Omdat de drie groepen patiënten bleken te verschillen in leeftijd ($F(2,93) = 8,79; p < 0,001$), werd bij vergelijkingen tussen groepen gecorrigeerd voor leeftijd.

RESULTATEN

Kindmisbruikers versus verkrachters

De kindmisbruikers en de verkrachters verschilden niet significant van elkaar op de totaal- en subschaalscores van de SVR-20 (TABEL 1).

Op itemniveau werden echter wel significante verschillen gevonden. Zo scoorden de kindmisbruikers significant

hoger op seksuele deviatie (item 1; $F(2,33) = 4,74; p < 0,05$), op hoge dichtheid van seksuele delicten (item 12; $F(2,33) = 11,08; p < 0,01$) en op opvattingen waaruit goedkeuring of vergoelijking van seksuele delicten blijkt (item 18; $F(2,34) = 10,51; p < 0,01$). De verkrachters scoorden significant hoger op gebruik van wapens of bedreiging met de dood tijdens het plegen van seksuele delicten (item 15; $F(2,33) = 10,24; p < 0,01$).

De kindmisbruikers hadden een significant lagere score dan de verkrachters op de totaalscore van de PCL-R-totaal en de scores op de facetten leefstijl en antisociaal. Op de onderdanig/sexu IAT hadden de kindmisbruikers een relatief minder negatieve onderdanig-sexyassociatie dan de verkrachters. De kindmisbruikers verschilden niet van de verkrachters op de zelfrapportagevragenlijsten, met uitzondering op de vragenlijst over agressie (AVL-AV). Daarop scoorden de kindmisbruikers significant lager dan de verkrachters (zie TABEL 1).

Kindmisbruikers, verkrachters en niet-seksueel gewelddadige patiënten

Bij een vergelijking van de drie groepen met elkaar bleek opnieuw dat de kindmisbruikers significant lager dan de verkrachters scoorden op PCL-R-totaal en op het facet antisociaal. Echter, beide groepen verschilden niet van de niet-seksueel gewelddadige patiënten in PCL-R-totaal- en facetscores (TABEL 2).

De drie groepen verschilden niet van elkaar op de IAT's en op de vragenlijsten, met uitzondering van de AVL-AV-totaal en subschaal fysieke agressie, waarop de kindmisbruikers significant lager scoorden dan de verkrachters. Bovendien scoorden de kindmisbruikers significant lager dan de niet-seksueel gewelddadige patiënten op de AVL-AV-totaal en de subschalen fysieke agressie, verbale agressie en woede. Daarnaast rapporteerden de kindmisbruikers significant meer angst dan de niet-seksueel gewelddadige patiënten in situaties waarin kritiek gegeven kan worden.

DISCUSSIE

We exploreerden mogelijke verschillen tussen 16 kindmisbruikers, 22 verkrachters en 59 niet-seksueel gewelddadige patiënten in criminogene factoren. De kindmisbruikers en verkrachters bleken niet van elkaar te verschillen in recidiverisico. De kindmisbruikers scoorden wel lager op psychopathie en associeerden onderdanigheid minder met seksuele aantrekkelijkheid dan de verkrachters. Bij een vergelijking van de drie groepen onderling, bleek dat de kindmisbruikers en verkrachters niet significant verschilden van de niet-seksueel gewelddadige patiënten in psychopathie. Tussen de drie groepen werden ook geen verschillen gevonden in seksuele voorkeur, neuroticisme, altruïsme, woede als trek, vijandigheid en sociale

TABEL 1 Recidiverisico, psychopathie, seksuele voorkeur, persoonlijkheidstrekken en probleemgedragingen in kindmisbruikers en verkrachters, gecorrigeerd voor leeftijd

Checklists of vragenlijsten	(Sub)schalen	Kindmisbruikers M (SD)	Verkrachters M (SD)	F	Cohens d
SVR-20	Recidiverisico	21,89 (6,17)	22,94 (5,14)	F(2,34) = 1,88 (p = 0,179)	0,18
	Psychosociale aanpassing	12,64 (4,85)	14,94 (3,86)	F(2,34) = 3,68 (p = 0,064)	0,52
	Seksuele delicten	7,14 (2,93)	5,86 (2,92)	F(2,34) = 0,33 (p = 0,569)	0,44
	Toekomstplannen	2,00 (1,13)	2,27 (1,35)	F(2,34) = 1,20 (p = 0,280)	0,22
PCL-R	Psychopathie	18,83 (6,97)	24,89 (7,20)	F(2,28) = 7,30 (p = 0,012) ^a	0,86
	Interpersoonlijk	2,92 (2,15)	3,89 (2,60)	F(2,28) = 2,15 (p = 0,154)	0,41
	Affectief	6,67 (1,44)	6,53 (1,54)	F(2,28) = 0,25 (p = 0,618)	0,09
	Leefstijl	4,00 (3,07)	6,37 (2,27)	F(2,28) = 4,89 (p = 0,035) ^a	0,88
IAT	Antisociaal	2,67 (2,06)	5,37 (2,61)	F(2,28) = 9,53 (p = 0,005) ^b	1,15
	insect/plezierig	-0,97 (0,36)	-0,92 (0,34)	F(2,35) = 0,02 (p = 0,901)	0,14
	kind/seks onderdanig/sexy	-0,02 (0,37) 0,22 (0,58)	-0,22 (0,42) -0,30 (0,52)	F(2,35) = 1,72 (p = 0,198) F(2,35) = 5,11 (p = 0,031) ^a	0,50 0,94
NEO-FFI	Neuroticisme	35,00 (7,30)	33,71 (8,76)	F(2,28) = 1,15 (p = 0,292)	0,16
	Altruïsme	42,57 (4,59)	40,53 (5,09)	F(2,28) = 0,41 (p = 0,528)	0,42
ZAV	Woede als trek	15,00 (5,69)	18,00 (4,28)	F(2,30) = 1,08 (p = 0,307)	0,60
PFS-AV	Vijandigheid	27,33 (4,25)	29,00 (6,49)	F(2,28) = 0,17 (p = 0,680)	0,30
AVL-AV	Agressief gedrag	20,93 (6,31)	28,32 (6,50)	F(2,31) = 8,24 (p = 0,007) ^b	1,15
	Fysieke agressie	5,47 (2,75)	8,00 (2,43)	F(2,31) = 6,54 (p = 0,016) ^a	0,97
	Verbale agressie	4,87 (1,46)	6,42 (2,34)	F(2,31) = 3,56 (p = 0,069)	0,79
	Woede	4,67 (1,80)	6,37 (2,54)	F(2,31) = 3,51 (p = 0,070)	0,77
	Vijandigheid	5,93 (2,37)	7,53 (2,32)	F(2,31) = 2,13 (p = 0,155)	0,68
IOA Angst	Kritiek geven	17,13 (6,37)	15,80 (4,56)	F(2,33) = 1,12 (p = 0,298)	0,24
	Compliment geven waarden	5,94 (2,74)	6,25 (3,01)	F(2,33) = 0,02 (p = 0,896)	0,11
IOA Frequentie	Kritiek geven	20,44 (6,23)	22,25 (3,82)	F(2,33) = 3,06 (p = 0,089)	0,35
	Compliment geven	16,06 (2,29)	15,35 (2,85)	F(2,33) = 0,01 (p = 0,923)	0,27

SVR-20 = Sexual Violence Risk-20; PCL-R = Psychopathy Checklist-Revised; IAT = Implicit Association Test; NEO-FFI = NEO Five Factor Inventory; ZAV = Zelf-Analyse Vragenlijst, PFS-AV = Aangepaste Versie van de Picture-Frustration Study; AVL-AV = Aangepaste Versie van de Agressie Vragenlijst; IOA = Inventarisatielijst Omgaan met Anderen.

^a p < 0,05.

^b p < 0,01.

vaardigheden. Wat betreft agressie scoorden de kindmisbruikers lager dan de verkrachters en de niet-seksueel gewelddadige patiënten. Daarnaast rapporteerden de kindmisbruikers meer angst bij het geven van kritiek dan de niet-seksueel gewelddadige patiënten.

Onze resultaten komen niet op alle onderdelen overeen met de bevindingen van andere auteurs, die vonden dat kindmisbruikers een sterkere kind-seksassociatie hebben dan niet-seksueel gewelddadige delinquenten (Gray e.a. 2005) of een niet-klinische controlegroep (Hempel e.a. 2013). Gezien de gevonden effectgroottes werd waarschijnlijk in een aantal gevallen geen significant verschil gevon-

den vanwege powerproblemen zoals het kleine aantal onderzochte patiënten. Zo doet de effectgrootte bij de kind-seksassociatie op de IAT vermoeden dat bij een groter aantal patiënten wel een significant verschil tussen kindmisbruikers en verkrachters gevonden zou zijn.

Beperkingen

Het onderzoek kent een aantal beperkingen. Ten eerste deden de patiënten op basis van vrijwilligheid mee aan het onderzoek, waren de groepen tamelijk klein en kon niet van alle patiënten een complete dataset samengesteld worden. Een tweede beperking is dat voor de bepaling van

TABEL 2 Recidiverisico, psychopathie, seksuele voorkeur, persoonlijkheidskenmerken en probleemgedragingen bij kindmisbruikers, verkrachters en niet-seksueel gewelddadige patiënten, gecorrigeerd voor leeftijd

Checklist of vragenlijsten	(Sub-)schalen	Kindmisbruikers M (SD)	Verkrachters M (SD)	Niet-seksueel gewelddadige patiënten M (SD)	F	Kindmisbruikers vs. niet-seksueel gewelddadige patiënten Cohens d	Verkrachters vs. niet-seksueel gewelddadige patiënten Cohens d
PCL-R	Psychopathie	18,83 (6,97) ^a	24,89 (7,20) ^b	21,64 (7,92) ^{ab}	F(3,84) = 3,27 (p = 0,043) ^a	0,38	0,42
	Interpersoonlijk	2,92 (2,15)	3,89 (2,60)	2,93 (2,55)	F(3,84) = 1,18 (p = 0,313)	0,00	0,37
	Affectief	6,67 (1,44)	6,53 (1,54)	5,74 (2,01)	F(3,84) = 1,39 (p = 0,256)	0,53	0,44
	Leefstijl	4,00 (3,08)	6,37 (2,27)	6,00 (2,83)	F(3,84) = 2,88 (p = 0,062)	0,67	0,14
	Antisociaal	2,67 (2,06) ^a	5,37 (2,61) ^b	5,74 (2,64) ^b	F(3,84) = 9,51 (p = 0,000) ^b	1,30	0,14
IAT	insect/plezierig	-0,97 (0,36)	-0,92 (0,34)	-0,81 (0,42)	F(3,92) = 1,28 (p = 0,282)	0,41	0,29
	kind/seks	-0,02 (0,37)	-0,22 (0,42)	-0,23 (0,36)	F(3,93) = 1,19 (p = 0,308)	0,58	0,03
	onderdanig/sexy	0,22 (0,58)	-0,30 (0,52)	-0,17 (0,50)	F(3,81) = 3,01 (p = 0,055)	0,72	0,25
NEO-FFI	Neuroticisme	35,00 (7,30)	33,71 (8,76)	33,44 (7,62)	F(3,79) = 0,62 (p = 0,543)	0,21	0,03
	Altruïsme	42,57 (4,59)	40,53 (5,09)	40,35 (6,02)	F(3,79) = 0,21 (p = 0,811)	0,41	0,03
ZAV	Woede als trek	15,00 (5,70)	18,00 (4,28)	18,78 (7,50)	F(3,84) = 0,92 (p = 0,403)	0,57	0,13
PFS-AV	Vijandigheid	27,33 (4,25)	29,00 (6,49)	30,35 (4,60)	F(3,73) = 1,14 (p = 0,325)	0,68	0,24
AVL-AV	Agressief gedrag	20,93 (6,31) ^a	28,32 (6,50) ^b	30,05 (10,14) ^b	F(3,87) = 5,48 (p = 0,006) ^b	1,08	0,20
	Fysieke agressie	5,47 (2,75) ^a	8,00 (2,43) ^b	9,00 (2,99) ^b	F(3,87) = 8,67 (p = 0,000) ^b	1,29	0,38
	Verbale agressie	4,87 (1,46) ^a	6,42 (2,34) ^{ab}	6,79 (2,57) ^b	F(3,87) = 3,47 (p = 0,036) ^a	0,92	0,15
	Woede	4,67 (1,80) ^a	6,37 (2,54) ^{ab}	7,23 (3,26) ^b	F(3,87) = 4,55 (p = 0,013) ^a	0,97	0,29
	Vijandigheid	5,93 (2,37)	7,53 (2,32)	7,04 (3,28)	F(3,87) = 0,98 (p = 0,379)	0,39	0,17
IOA	Kritiek geven	17,13 (6,37) ^a	15,80 (4,56) ^{ab}	13,90 (4,44) ^b	F(3,90) = 3,15 (p = 0,048) ^a	0,59	0,42
	Angst	Compliment geven	5,94 (2,74)	6,25 (3,01)	5,83 (2,66)	F(3,90) = 0,21 (p = 0,810)	0,04
IOA Frequentie	Kritiek geven	20,44(6,23)	22,25 (3,82)	20,78 (5,69)	F(3,90) = 0,79 (p = 0,456)	0,06	0,30
	Compliment geven	16,06 (2,29)	15,35 (2,85)	13,74 (3,99)	F(3,90) = 1,95 (p = 0,148)	0,71	0,46

PCL-R = Psychopathy Checklist-Revised; IAT = Implicit Association Test; NEO-FFI = NEO Five Factor Inventory; ZAV = Zelf-Analyse Vragenlijst, PFS-AV = Aangepaste Versie van de Picture-Frustration Study; AVL-AV = Aangepaste Versie van de Agressie Vragenlijst; IOA = Inventarisatielijst Omgaan met Anderen.

^a p < 0,05.

^b p < 0,01.

de PCL-R-score niet consequent dezelfde werkwijze werd aangehouden: sommige PCL-R-scores zijn enkel gebaseerd op dossieronderzoek, terwijl andere PCL-R-scores door dossieronderzoek in combinatie met het interview tot stand zijn gekomen. Ten derde werden voor het meten van persoonlijkheidstrekken en probleemgedragingen zelfrapportagelijsten gebruikt die niet alle op psychometrische eigenschappen bij forensisch psychiatrische patiënten zijn onderzocht. Verder is er naar de validiteit van *Impliciete Associatie Tests* nog relatief weinig onderzoek gedaan. Ten slotte merken we op dat de indeling in kindmisbruikers, verkrachters en niet-seksueel gewelddadige patiënten gebaseerd is op het delict waarvoor de patiënten tbs kregen opgelegd en weinig zegt over het gewelddadige gedrag in de voorgeschiedenis. Veel seksueel gewelddadige patiënten met een hoog recidiverisico pleegden in het verleden waarschijnlijk ook niet-seksueel geweld (Hanson & Bussière 1998).

CONCLUSIES

Rekening houdend met de genoemde beperkingen kunnen we enkele voorlopige conclusies trekken. Zo lijkt de bestaande indeling in drie subschalen van de svr-20 klinisch minder relevant. In het huidige onderzoek scoorden de kindmisbruikers niet lager op de subschaal 'psychosociale aanpassing' dan de verkrachters, maar wel significant hoger op item 1 (seksuele deviatie) en significant lager op item 3 (psychopathie) van de svr-20. Dit laatste resultaat is

opmerkelijk omdat kindmisbruikers geneigd zijn om misbruik te maken van anderen teneinde hun doel te bereiken. Onze onderzoeksresultaten roepen daarom de vraag op of een score op de subschaal psychosociale aanpassing wel voldoende recht doet aan het manipulatieve en seksueel deviante gedrag van kindmisbruikers. Een studie naar een empirisch onderbouwde factorstructuur van de svr-20 bij een grote groep seksueel gewelddadige patiënten lijkt ons mede daarom aangewezen.

Hoewel de verkrachters in recidiverisico niet verschilden van de kindmisbruikers, scoorden ze wel significant hoger op item 15 (gebruik van wapens of bedreiging met de dood tijdens het plegen van seksuele delicten). Daarnaast scoorden de verkrachters significant hoger op psychopathie en verschilden ze niet van de niet-seksueel gewelddadige patiënten op zelfgerapporteerd (fysiek) agressief gedrag. Deze bevindingen ondersteunen volgens ons een beleid om in principe verkrachters zowel een programma voor seksueel geweld als een programma voor algemeen geweld te laten volgen. Een langdurige behandeling van verkrachters, vooral van hun neiging tot het plegen van geweld in seksuele en niet-seksuele situaties, werd al eerder aangeraaden door Smid e.a. (2013).

Ten slotte adviseren we het onderhavige onderzoek uit te voeren bij grotere groepen seksueel en niet-seksueel gewelddadige terbeschikkinggestelden, om zo nader inzicht te krijgen in hun specifieke criminogene factoren.

LITERATUUR

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4de ed.). Washington: American Psychiatric Association; 1994.
- Andrews DA, Bonta J. The Psychology of Criminal Conduct (5de ed.). Cincinnati: Anderson; 2010.
- Boer DP, Wilson RJ, Gauthier CM, Hart SD. Assessing risk for sexual violence: Guidelines for clinical practice. In: Webster CD, Jackson MA, red. Impulsivity: Theory, assessment, and treatment. New York: Guilford; 1997. p. 326-42.
- Bonta J, Andrews DA. Risk-Need-Responsivity model for offender assessment and rehabilitation. Ottawa: Public Safety Canada; 2007. http://www.publicsafety.gc.ca/res/cor/rep/risk_need_200706-eng.aspx
- Bumby KM. Empathy inhibition, intimacy deficits, and attachment difficulties in sex offenders. In: Laws DR, Hudson SM, Ward T, red. Remaking relapse prevention with sex offenders: A sourcebook. Thousand Oaks: Sage; 2000. p. 143-66.
- Costa PT Jr., McCrae RR. The NEO Personality Inventory manual. Odessa: Psychological Assessment Resources; 1985.
- Costa PT Jr., McCrae RR. Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and the Five Factor Inventory (NEO-FFI): Professional manual. Odessa: Psychological Assessment Resources; 1992.
- Dam-Baggen CM van, Kraaimaat FW. Inventarisatielijst Omgaan met Anderen (IOA): Handleiding (2de herz. druk). Lisse: Swets Test Services; 2000.
- Dennison SM, Stough C, Birgden A. The big 5 dimensional personality approach to understanding sex offenders. Psychol Crime Law 2001; 7: 243-61.
- Fagan PJ, Wise TN, Schmidt CW Jr., Ponticas Y, Marshall RD, Costa PT Jr. A comparison of five-factor personality dimensions in males with sexual dysfunction and males with paraphilia. J Pers Assess 1991; 57: 434-48.
- Gray NS, Brown AS, MacCulloch MJ, Smith J, Snowden RJ. An implicit test of the associations between children and sex in pedophiles. J Abnorm Psychol 2005; 114: 304-8.
- Greenwald AG, McGhee DE, Schwartz JLK. Measuring individual differences in implicit cognition: The Implicit Association Test. J Pers Soc Psychol 1998; 85: 1464-80.

- Greenwald AG, Nosek BA, Banaji MR. Understanding and using the Implicit Association Test: I. An improved scoring algorithm. *J Pers Soc Psychol* 2003; 85: 197-216.
- Hanson RK, Bussière MT. Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *J Consult Clin Psych* 1998; 66: 348-62.
- Hare RD. *The Hare Psychopathy Checklist-Revised*. Toronto: Multi-Health Systems; 1991.
- Hare RD. *The Hare Psychopathy Checklist-Revised (2de dr.)*. Toronto: Multi-Health Systems; 2003.
- Hempel IS, Buck NM, Goethals KR, Van Marle HJC. Unraveling sexual associations in contact and noncontact child sex offenders using the Single Category-Implicit Association Test. *Sex Abuse* 2013; 25: 444-62.
- Hildebrand M, de Ruiters C, van Beek D. *Handleiding bij de Sexual Violence Risk-20: Richtlijnen voor het beoordelen van het risico van seksueel gewelddadig gedrag*. Utrecht: Forum Educatief; 2001.
- Hildebrand M, de Ruiters C, de Vogel V. Psychopathy and sexual deviance in treated rapists: Association with sexual and nonsexual recidivism. *Sex Abuse* 2004; 16: 1-24.
- Hoekstra HA, Ormel J, De Fruyt F. *Handleiding NEO Persoonlijkheidsvragenlijsten*. Lisse: Swets Test Services; 1996.
- Hornsveld RHJ, Muris P, Kraaimaat FW, Meesters C. Psychometric properties of the Aggression Questionnaire in Dutch violent forensic psychiatric patients and secondary vocational students. *Assessment* 2009; 16: 181-92.
- Hornsveld RHJ, Nijman HLI, Hollin CR, Kraaimaat FW. An adapted version of the Rosenzweig Picture-Frustration Study (PFS-AV) for the measurement of hostility in violent forensic psychiatric patients. *Crim Behav Ment Health* 2007; 17: 45-56.
- Hornsveld RHJ, Nijman HLI, Kraaimaat FW. *Aggression Control Therapy for violent forensic psychiatric patients: First results*. *Psychol Crime Law* 2008; 14: 1-18.
- Marshall W. Diagnosing and treating sexual offenders. In Hess AK, Weiner IB, red. *The Handbook of Forensic Psychology (2de dr.)*. New York: Wiley; 1999. p. 640-70.
- Marshall WL, Anderson D, Fernandez Y. *Cognitive behavioural treatment of sexual offenders*. Chichester: Wiley; 1999.
- Ploeg HM van der, Defares PB, Spielberger CD. *Handleiding bij de Zelf-Analyse Vragenlijst, ZAV*. Lisse: Swets & Zeitlinger; 1982.
- Porter S, Fairweather D, Drugge J, Hervé H, Birt A, Boer DP. Profiles of psychopathy in incarcerated sexual offenders. *Crim Justice Behav* 2000; 27: 216-33.
- Seidman BT, Marshall WL, Hudson SM, Robertson PJ. An examination of intimacy and loneliness in sex offenders. *J Interpers Violence* 1994; 9: 518-34.
- Serin RC, Malcolm B, Khanna A, Barbaree HE. Psychopathy and deviant sexual arousal in incarcerated sexual offenders. *J Interpers Violence* 1994; 9: 3-11.
- Smid WJ, Kamphuis JH, Wever EC, van Beek D. Treatment referral for seks offenders based on clinical judgment versus actuarial risk assessment: Match and analysis of mismatch. *J Interpers Violence* 2013; doi: 10.1177/0886260512475313.
- Spielberger CD. *State-Trait Anger Expression Inventory: Professional manual (research edition)*. Odessa: Psychological Assessment Resources; 1988.
- Steffens MC, Yundina E, Panning M. Automatic associations with 'erotic' in child sexual offenders: identifying those in danger of reoffence. *Sexual Offender Treatment* 2008; 3: online.
- Vertommen H, Verheul R, De Ruiters C, Hildebrand M. *De herziene versie van Hare's Psychopathie Checklist (PCL-R)*. Lisse: Swets Test Publishers; 2002.
- Vogel V de, de Ruiters C, van Beek D, Mead G. Predictive validity of the SVR-20 and Static-99 in a Dutch sample of treated sex offenders. *Law Hum Behav* 2004; 28: 235-51.

SUMMARY

Criminogenic factors in sexually violent offenders detained by hospital order

R.H.J. HORNSVELD, C.H.S. GERRITSMAN, T. KANTERS, A.J. ZWETS, S. ROOZEN-VLACHOS

BACKGROUND Up till now there have not been any publications about criminogenic factors in subgroups of sexually violent offenders detained by hospital order in the Netherlands.

AIM To perform an explorative study of criminogenic factors in 16 child abusers, 22 rapists and 59 non-sexually violent inpatients detained by hospital order.

METHOD For our study we used a risk taxation instrument, a psychopathy check-list, Implicit Association Tests and self-report questionnaires.

RESULTS The child abuser group and the rapist group did not differ with regard to the risk of recidivism. The child abusers, however, scored lower on psychopathy and they associated submissiveness less with 'sexy' than the rapists did. When the three groups of offenders were compared, the child abusers and the rapists differed significantly from the non-sexually violent patients with regard to psychopathy. No differences were found between the three groups with regard to sexual preference, neuroticism, altruism, anger traits, hostility, and social skills. With regard to aggression, the child abusers scored lower than the rapists and the non-sexually violent patients. Furthermore, the child abusers reported more anxiety when voicing criticism than the non-sexually violent patients did.

CONCLUSION In view of the effect sizes of the differences found between the three groups, further research involving larger groups seems warranted. We also recommend that the svr-20 will be revised on the basis of a more valid factor structure. Rapists should be treated for both sexual and general violence.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 56(2014)7, 430-438

KEY WORDS forensic psychiatry, offenders detained by hospital order, sexual violence