



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

Behandeling van zwakbegaafde en licht verstandelijk gehandicapte plegers van seksueel misbruik

Bram le Grand, Bernadette Lutjenhuis en Alya Solodova*

Samenvatting

Bij de behandeling van zwakbegaafde of licht verstandelijk gehandicapte plegers van seksueel misbruik wordt veelal een directief-gedragstherapeutische ingang gekozen. Recentelijk is daar ook de cognitieve benadering aan toegevoegd, in de vorm van de delictscenario- en terugvalpreventiemethode. In dit artikel wordt een overzicht gegeven van de beschikbare literatuur op dit gebied. We beschrijven een intramuraal behandelprogramma waarvan we de eerste resultaten presenteren. Voor de groep zwakbegaafde daders die in staat is te profiteren van groepstherapie, lijkt deze methode, als deel van een meer omvattend programma, voldoende ingang te bieden voor behandeling. Ernstige psychische stoornissen en psychosociale tekorten kunnen ertoe leiden dat het programma moet worden afgebroken. De indruk bestaat dat daders met een lichte verstandelijke handicap (een IQ van 50-70) onvoldoende kunnen profiteren van een cognitieve aanpak.

Abstract

The treatment of sexual abuse committed by people with a mild intellectual handicap or borderline intelligence used to be based on highly structured behaviour therapy. Recently, elements of cognitive behavioural therapy like relapse-prevention were added. This article reviews recent literature in this area. A therapy program in a secure ward is described, including its preliminary results. Cognitive behavioural therapy seems to offer a possibility for perpetrators with borderline intelligence, as part of a more comprehensive programme. Complex mental and psychosocial deficits may disturb the program to an extent that it cannot be completed. Perpetrators with a mild intellectual handicap (IQ below 70) may not profit from the cognitive elements in the program.

Inleiding

Plegers van seksueel misbruik staan volop in de belangstelling. Elk seksueel misdrijf roept heftige emotionele reacties op. Buurtbewoners voeren handtekeningenacties om een pleger uit hun buurt te weren. In de politiek en in de media worden kritische kanttekeningen geplaatst bij de effectiviteit van behandeling in relatie tot de hoge

* DRS. A.L. LE GRAND is als gezondheidszorgpsycholoog en gedragstherapeut verbonden aan Hoeve Boschoord. Hij is behandelverantwoordelijke van een afdeling voor zwakbegaafde en licht verstandelijk gehandicapte plegers van seksueel misbruik. Correspondentieadres: Hoeve Boschoord, Boylerstraat 4, 8387 XN Boschoord. Tel.: 0561-42 22 22. E-mail: boschoord@tref.nl
DRS. B.H.M. LUTJENHUIS is als gezondheidszorgpsycholoog en gedragstherapeut verbonden aan Hoeve Boschoord. Zij doet onderzoek naar licht verstandelijk gehandicapte en zwakbegaafde plegers van seksueel misbruik.
E.A. SOLODOVA is studente klinische psychologie aan de Rijksuniversiteit Groningen en stagiaire in Hoeve Boschoord.

kosten. Een bijzondere categorie plegers is de groep mensen die op licht verstandelijk gehandicapt of zwakbegaafd niveau functioneert. Deze mensen ervaren vaak een discrepantie tussen wat ze kunnen en wat ze willen. Ze willen hun leven naar eigen ideeën vorm en inhoud geven, terwijl ze toch ook in meerdere of mindere mate afhankelijk blijven van anderen. Bij de behandeling van licht verstandelijk gehandicapte en zwakbegaafde mensen heeft de therapeut dagelijks te maken met deze discrepantie. De behandeling moet zo worden vormgegeven dat deze aansluit bij de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt en tegemoet komt aan wat hij kan en wil.

Terminologie en definities

De bestudering van de internationale literatuur met betrekking tot (zeden)delicten door mensen met een verstandelijke handicap is ingewikkeld door de onduidelijkheid over terminologieën en definities. Zo worden, afhankelijk van het land en de tijd waarin het artikel is verschenen, de volgende termen door elkaar gebruikt: *Developmental Disability*, *Intellectual Disability*, *Mental Retardation*, *Learning Disability*, *Mental Handicap*, *Low Functioning*, *Borderline Functioning*, *Intellectual and Developmental Difficulties*, *Intellectual and Socially Disadvantaged* en *Learning Difficulties*. In het Nederlandstalig gebied bestaat verwarring over de begrippen lichte zwakzinnigheid, zwakbegaafdheid, moeilijk lerend en lichte verstandelijke handicap. Met name het verschil tussen zwakbegaafdheid en lichte verstandelijke handicap is niet altijd duidelijk. *Zwakbegaafdheid* wordt in de DSM IV (APA, 1994) omschreven als een IQ van 71 tot 84. Resing en Blok (2002) deden het voorstel om de grenzen 70 tot 79 en de term 'moeilijk lerend' te hanteren. De diagnose *lichte verstandelijke handicap* ofwel *lichte zwakzinnigheid* vereist volgens de DSM IV (APA, 1994) de aanwezigheid van de volgende kenmerken:

- verstandelijk onder het gemiddelde functioneren: een IQ van tussen 50 en 55 tot ongeveer 70 bij een individueel toegepaste IQ-test;
- gelijktijdig aanwezig tekorten in of beperkingen van het vermogen zich aan te passen;
- begin voor het achttiende jaar.

In een overzichtsartikel van Simpson en Hogg (2001) over delictgedrag van mensen met een verstandelijke handicap stelden de auteurs dat van de 480 onderzoeksartikelen slechts vijftien voldeden aan de noodzakelijke criteria, waaronder 'het betrouwbaar vaststellen van de verstandelijke handicap'.

Prevalentie

Er is in Nederland geen recent cijfermateriaal over de prevalentie van zwakbegaafdheid en lichte verstandelijke handicap. Ook de prevalentie van criminaliteit onder zwakbegaafde en licht verstandelijk gehandicapte personen is in Nederland onbekend. Simpson en Hogg (2001) concludeerden geen bewijs te kunnen vinden voor de stelling dat mensen met een verstandelijke handicap vaker delicten plegen dan normaal begaafde mensen. Er is wel verschil in type delicten. Geweldpleging en seksuele delicten komen vaker voor, delicten als moord of een gewapende overval minder vaak. Zwakbegaafde mensen plegen vaker seksuele delicten, vernieling en beroving (maar niet diefstal; zie

ook Day, 1997). Mensen met een IQ lager dan 50 komen weinig voor in het justitiële circuit (Simpson & Hogg, 2001).

Van de Nederlandse TBS-populatie heeft een derde een IQ beneden de 90. Daarvan is vijftien procent zwakbegaafd en heeft vijf procent een intelligentie tussen 50 en 69 (Van Emmerik, 2001). Ook hier blijkt dat plegers met een benedengemiddeld IQ minder delicten met een dodelijke afloop plegen en dat seksuele delicten oververtegenwoordigd zijn (36 procent, versus 26 procent bij normaal begaafde TBS-gestelden).

Kenmerken van licht verstandelijk gehandicapte en zwakbegaafde zedendelinquenten

In de literatuur wordt door diverse auteurs ingegaan op de kenmerken van licht verstandelijk gehandicapte en zwakbegaafde mensen.

Overeenkomsten

Er zijn belangrijke overeenkomsten tussen zwakbegaafde en normaal begaafde zedendelinquenten (Day, 1997; Haaven, Little, & Petre-Miller, 1990; Schoen & Hoover, 1990; Van Daele, 2000). Zwakbegaafde daders zouden net zo bedreven zijn in het creëren van cognitieve distorsies, zoals stereotiepe opvattingen en mythen over vrouwen, ontkenning, bagatellisering van de ernst van het misbruik en het slachtoffer de schuld geven. Als meest opvallende overeenkomst wordt genoemd: de ontoereikende communicatieve vaardigheden, die samenhangen met een opvallend laag gevoel van eigenwaarde.

Verschillen

Daarnaast komen op velerlei gebieden verschillen naar voren tussen licht verstandelijk gehandicapte en zwakbegaafde zedendelinquenten enerzijds en normaal begaafde zedendelinquenten anderzijds. Lindsay (2002) veronderstelde het bestaan van twee verschillende groepen daders met een verstandelijke handicap. De eerste groep heeft een intellectuele en sociale achterstand en is meestal niet bekend bij hulpverleners uit de zorg voor verstandelijk gehandicapten. (NB. Deze groep komt globaal overeen met wat we in Nederland 'zwakbegaafd' zouden noemen. Deze mensen vertonen waarschijnlijk impulsief risicogedrag, gebruikten alcohol of drugs in de jeugd en worden gedurende de adolescentie en de volwassenheid sociaal uitgesloten.) Daarnaast is er een groep die wel bekend is in de zorg voor verstandelijk gehandicapten, waarbij het niet duidelijk is waarom de een wel en de ander niet in het justitiële circuit belandt. Het verschil tussen probleemgedrag en delict is bij deze groep vaak arbitrair. (NB. In Nederland noemen we deze groep de 'licht verstandelijk gehandicapten'.)

Er zijn verschillen in *achtergrondkenmerken*. Zwakbegaafde en licht verstandelijk gehandicapte mensen zijn doorgaans ouder wanneer zij hun eerste misdrijf plegen. Ze hebben een lagere sociaal-economische achtergrond en zijn vaker werkeloos. Twee derde was voorafgaand aan het delict al elders onder toezicht. Opvallend vaak hebben plegers hun vader verloren en hebben zij een voorgeschiedenis van delictpleging in de

familie (Simpson & Hogg, 2001). Er zijn aanwijzingen dat deze daders in hun jeugd vaker misbruikt zijn dan mensen zonder intellectuele tekorten (Lindsay, 2002).

Voorts bestaan verschillen in *aanleidingen tot of oorzaken van* het plegen van delicten. Mensen met een verstandelijke handicap zouden minder goed zijn in het voorbereiden en in het verbergen van hun delicten. Ze zouden meer dan normaalbegaafden in het oog worden gehouden, waardoor ze eerder kans lopen te worden betrapt (Van Daele, 2000). Een belangrijk deel van de seksuele misdrijven die door mensen met een verstandelijke handicap worden gepleegd, zou het gevolg zijn van onwetendheid, gebrek aan seksuele kennis, inadequate sociale voorlichting of opleiding en van een slecht ontwikkelde of afwezige zelfcontrole (Cooper, 1995). De verstandelijk gehandicapte zou een tekort aan intellectuele *sophistication* en cognitieve en imaginaire mogelijkheden hebben om meer extreme vormen van parafilie te ontwikkelen of te voeden (Day, 1997). Day laat in het midden om welke vormen van parafilie het hier zou gaan. Bij het merendeel is het delict eerder een uiting van gefrustreerde seksuele gevoelens en soms een onhandige uitnodiging tot verder seksueel contact.

Ook zijn er verschillen in *de keuze van de slachtoffers*. Verstandelijk gehandicapte en zwakbegaafde daders begeven zich bij voorkeur in de nabijheid van zwakke en langdurig kwetsbare mensen, aangezien zij zich dan de sterkere voelen. Veelal gaan ze geen relatie aan met het slachtoffer, omdat ze minder relationele en emotionele mogelijkheden hebben (Van Daele, 2000). Volgens Day (1997) differentiëren verstandelijk gehandicapte mensen minder tussen hun slachtoffers; zij maken weinig onderscheid tussen de sekse en de leeftijd van de slachtoffers en kennen vaak hun slachtoffers niet. Zelden misbruiken ze volwassen vrouwelijke slachtoffers vanuit een vaste relatie. Zij maken meer mannelijke slachtoffers. De slachtoffers zijn bovendien vaak kinderen of jongeren (Balogh et al., 2001; Murrey, Briggs, & Davis, 1992). Bij de TBS-populatie in Nederland is het percentage seksuele delicten met kinderen het hoogst bij de categorie plegers met een IQ van 50-84 (Van Emmerik, 1999).

Een ander verschil betreft *de ernst van het delict*. Verstandelijk gehandicapte daders plegen vaker minder zware seksuele delicten (seksueel getinte aanraking, exhibitionisme of masturbatie). Normaalbegaafde zedendelinquenten penetreren vaker of doen een poging daartoe (Brown & Stein, 1997; Day, 1993). Dit betekent overigens niet dat zwakbegaafde en licht verstandelijk gehandicapte daders geen ernstige verkrachtingen en seksuele mishandelingen plegen, hetgeen blijkt bij de later in dit artikel beschreven populatie van Hoeve Boschoord.

Algemene kenmerken

Naast specifieke verschillen spelen algemene kenmerken en problemen ten gevolge van de verstandelijke handicap een grote rol. Van Daele (2000) noemde in dit verband de uitgebreidheid van de problematiek. Als gevolg van verstandelijke, lichamelijke en affectieve disfuncties, van alcohol- en drugsmisbruik en de afhankelijkheid van de buitenwereld, kent deze groep niet alleen de problemen die verbonden zijn met hun seksueel ouderschap als zodanig. Vaak is dit slechts één onderdeel van hun complexe problematische levenssituatie. Slagter (2000) noemde de afwijkende en problematische wijze van informatieverwerking, denken en leren. Hierin onderscheiden de licht verstandelijk gehandicapte mensen zich van normaalbegaafde mensen.

Recidive

De *algemene recidive* (ongeacht het type delict) bij verstandelijk gehandicapte en zwakbegaafde mensen is ongeveer even hoog als bij de niet-verstandelijk gehandicapte populatie (Day, 1993; Lindsay, Neilson, & Morrison, 1998). Ook de recidive van cliënten van Hoeve Boschoord was gelijk aan die van de gehele groep TBS-gestelden in Nederland (Ten Wolde, 1990).

In een meta-analyse van Hall (1995) bedroeg de *algemene recidive voor zedendelinquenten* in het Engelstalige gebied 27 procent voor de niet-behandelde, versus 19 procent voor de behandelde populatie. In Nederland recidiveerde 15 à 20 procent van de TBS-gestelden na behandeling met een ernstig geweldsdelict, waaronder ook seksuele delicten (Leuw, 1999). In eerder onderzoek bleken de zedendelinquenten uit deze groep de hoogste *specifieke recidive* (recidive met hetzelfde delict) te hebben, te weten 21 à 25 procent (Van Emmerik 1985, 1989). Normaalbegaafde zedendelinquenten die met een cognitief-gedragstherapeutisch programma ambulante werden behandeld in De Waag, Centrum voor Ambulante Forensische Psychiatrie te Utrecht, hadden een recidive met een seksueel delict van 11 procent na gemiddeld twee jaar ($N = 45$; Beenakkers, 2001). Dit getal betrof officieel geregistreerde criminaliteit. Luiselli (2000) vond burn-out bij mensen met een verstandelijke handicap een recidive met een seksueel delict van 30,8 procent. Het grootste deel van deze recidives zou hebben plaatsgevonden in het eerste jaar na ontslag. De recidive met seksuele delicten bij verstandelijk gehandicapte en zwakbegaafde mensen uit Hoeve Boschoord bedroeg 30 procent (Ten Wolde, 1990). Bruinsma (1996) volgde zes zwakbegaafde zedendelinquenten na hun ontslag uit Harreveld, een justitiële behandelinstelling voor jeugdigen. Hiervan had de helft binnen vijf jaar na ontslag een nieuw seksueel delict gepleegd. Zwakbegaafde en verstandelijk gehandicapte daders recidiveren na een behandeling dus vaker met een seksueel delict dan normaalbegaafde mensen.

Diagnostiek

De achtergronden van seksueel afwijkend en seksueel agressief gedrag bij licht verstandelijk gehandicapte mensen zijn heel verschillend. Het is dan ook aan te bevelen hun problematische gedrag vanuit verschillende invalshoeken te onderzoeken. Die invalshoeken zijn:

- biologisch en fysiologisch: de mate van opwinding, de invloed van alcohol en medicatie;
- neuropsychologisch: mogelijkheden tot aanpassen, zelfsturing, ordening en planning;
- leertheoretisch;
- psychodynamisch: egostructuur, mogelijkheden tot objectrelaties;
- met oog voor de sociale en communicatieve aspecten (Le Grand, 1995; Verberne, 1992).

Veel cliënten hebben een dubbele diagnose. Zij lijden ook aan depressie, verslaving, een organisch hersensyndroom of een posttraumatische stress-stoornis. Relatief veel licht verstandelijk gehandicapte mensen hebben ernstige psychotraumata ten gevolge van gebeurtenissen in het verleden, zoals afwijzing, uithuisplaatsing, stigmatisering en het zelf seksueel misbruikt zijn.

Aan de hand van de diagnostische bevindingen kan men beoordelen op welke gebieden tekorten zijn, maar ook welke mogelijkheden iemand heeft. Bruinsma (1996) benadrukte dat het belangrijk is om na te gaan welke vaardigheden de onderzochte bezit. Ook wees hij op het belang van een goede delictanalyse en een nadere typering van de seksuele delictpleging. De integratie van de delictanalyse en de persoonlijkheidsdiagnostiek kunnen bijdragen aan een antwoord op de vraag waarom deze verdachte op dat moment tot juist dat delict kwam.

Naast algemene diagnostiek is het bij seksueel afwijkend gedrag van belang onderzoek te doen naar een aantal specifieke gebieden. Le Grand (1995) noemt:

- psychoseksuele ontwikkeling: de seksuele ontwikkeling, de rolverdeling in het gezin, de wijze waarop seksuele voorlichting heeft plaatsgevonden, de seksuele ervaringen, masturbatiefantasieën en traumatische ervaringen;
- opvattingen en ideeën over seksualiteit: mannelijkheid, en vrouwelijkheid, relaties en macht;
- functie van het seksuele misbruik in samenhang met eventuele tekorten en persoonlijkheidsproblemen;
- typologie van de dader;
- risicotaxatie.

Een probleem bij de diagnostiek van licht verstandelijk gehandicapte en zwakbegaafde mensen is dat veel testmateriaal niet is genormeerd voor deze doelgroep. Daardoor is interpretatie van de resultaten moeilijk. Dit geldt eveneens voor het Engelstalig gebied (Lindsay, 2002). Ook is veel onderzoek, met name het persoonlijkheids- en gedragsonderzoek, niet of nauwelijks uitvoerbaar, omdat dit voor de meeste cliënten te moeilijk en te abstract is. Vragenlijsten als de *Amsterdamse Biografische Vragenlijst* (ABV; De Wilde, 1970), de *Nederlandse Persoonlijkheden Vragenlijst* (NPV; Luteijn, Starren, & Van Dijk, 1985) en de *Schaal voor Interpersoonlijk Gedrag* (SIG; Arrindell, De Groot, & Walburg, 1984), zijn slechts bij een enkeling af te nemen. Kindertests of vragenlijsten voor zwakzinnigen zijn doorgaans niet bruikbaar, omdat deze op andere gebieden zijn gericht, zoals zelfverzorging of storend gedrag.

Ook een seksuele anamnese kan problemen opleveren. Omdat verstandelijk gehandicapten moeite hebben met abstract denken, begrijpen ze veel vragen niet en hebben ze uitleg en vertaling nodig. Er is geen onderzoek gedaan naar de toepasbaarheid van de gangbare risicotaxatie-instrumenten bij deze doelgroep (Johnston, 2002).

Behandelprogramma's

Er zijn weinig studies verricht naar het effect van behandelprogramma's bij zwakbegaafde en verstandelijk gehandicapte plegers van seksuele delicten. Hieronder worden uitsluitend programma's waarnaar cijfermatig onderzoek is verricht beschreven. Ze staan gepresenteerd in tabel 1.

Tabel 1 Onderzoekresultaten van klinische en ambulante behandeling.

Auteur	N	iq	Type delict	Duur van behandeling	Recidive	Vorm van behandeling	Manier van behandeling	Follow-upperiode
Day (UK, 1997)	47	59,5	exhibitionisme, verkrachting en pedofiele delicten	min. 24 mnd.	13%	klinisch	groepsgewijs	3-5 jaar
Haaven et al. (VS, 1990)	69	–	–		23%	klinisch	groepsgewijs	10 jaar
O'Connor (Aus, 1996)	13	–	verkrachting en pedofiele delicten	7-24 mnd.	23%	combinatie	individueel	–
Lindsay, Marshall, & Neilson (UK, 1998)	4	64-71	exhibitionisme	12-24 mnd.	0%	ambulant	groepsgewijs	6-6.5 jaar
Lindsay, Olley, Baillie, & Smith (UK, 1999)	4	66-75	pedofiele delicten	12- 24 mnd.	0%	ambulant	groepsgewijs	3-4 jaar
Lindsay, Neilson, & Morrison (UK, 1998)	6	62-71	pedofiele delicten	12-36 mnd.	0%	ambulant	groepsgewijs	minimaal 4 jaar
Lindsay & Smith (UK, 1998)	14	68,5	exhibitionisme en pedofiele delicten	12-24 mnd.	14%	ambulant	groepsgewijs	2 jaar
Swanson & Garwick (vs, 1990)	15	55-85	verkrachting, pedofiele delicten en verschillende parafilieën	14 mnd.	40%	ambulant	groepsgewijs	–
Nolley, Muccigrosso, & Zigman (VS, 1996)	8	–	pedofiele delicten	24 mnd.	0%	ambulant	gecombineerd	–

1 Deze schaal is omgescoord, hoe hoger hoe negatiever. 2 De ubos-waarden geven itemgemiddelden aan, in plaats van somscores zoals bij de dass.

De beoordeling van het succes van een behandelprogramma, het al dan niet optreden van een recidive, wordt onder andere gecompliceerd door de verschillen in de ernst van het oorspronkelijke delict en de verschillen in de zorg voor de cliënt na de behandeling. Zo zijn de succesratio's na behandeling van, bijvoorbeeld, onzedelijk aanraken of exhiberen in een zwakzinnigeninstituut van een andere orde dan die na behandeling van een (poging tot) verkrachting op de openbare weg. Ook is er verschil tussen niet-recidiveren binnen een gesloten woonsetting en niet-recidiveren bij zelfstandig wonen in de maatschappij. In de onderzochte studies zijn deze gegevens niet altijd goed te onderscheiden.

De meeste vóór 1986 gepubliceerde studies over behandelprogramma's voor verstandelijk gehandicapte zedendelinquenten waren $N = 1$ -studies. De interventies waren gericht op de consequenties van het gedrag. Inmiddels geeft men bij zwakbegaafde en licht verstandelijk gehandicapte daders meer aandacht aan programma's met verschillende componenten, waarvan het delictscenario en terugvalpreventiestrategieën deel uitmaken. Sommige auteurs gaan ervan uit dat verstandelijk gehandicapte en zwakbegaafde mensen in een therapie op dezelfde manier moeten worden benaderd als normaalbegaafden, zij het meer gestructureerd en directiever. De strakkere structuur houdt onder andere in dat de gesprekken door steeds dezelfde therapeut worden geleid, op een vaste plaats en een vast tijdstip worden gehouden, met steeds dezelfde opbouw van de groepsbijeenkomst (Van Daele, 2000; O'Connor, 1996). Barbaree en Marshall (1998) vroegen zich af of verstandelijk gehandicapte seksueel delinquenten wel kunnen profiteren van de cognitieve aspecten van de aangeboden behandelprogramma's.

Klinische behandeling

Day (1993, 1997), werkzaam in Engeland, gaf een uitvoerige beschrijving van de wenselijke onderdelen van een klinisch behandelprogramma voor licht verstandelijk gehandicapte plegers van seksueel misbruik. Dit zijn in de eerste plaats algemene onderdelen, zoals counseling, sociale-vaardigheidstraining, algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), ontspanningsoefeningen, woedebeheersing, socialisatieprogramma's en ondersteuning van de familie. Het programma wordt aangevuld met onderdelen als seksuele voorlichting, seksuele-vaardigheidstraining, het kunnen omgaan met seksueel gedrag en – zo nodig – libidoremmende medicatie. Ten slotte volgen terugvalpreventietraining, rehabilitatie en nazorg. Cliënten hoeven niet alle onderdelen te volgen. De belangrijkste variabelen voor een goed resultaat zijn volgens Day (1997) : goede deelname aan het programma, meer dan twee jaar klinische behandeling en een goede nazorg. Haaven et al. (1990), uit de Verenigde Staten, beschreven een vergelijkbaar klinisch programma, dat grotendeels groepsgewijs is opgezet. Een correcte deelname is hier het alternatief voor langdurige gevangenisstraf. Hij concludeerde onder andere dat het aanleren van empathie voor het slachtoffer weinig succesvol is. In de studie van O'Connor (1996), uitgevoerd in Australië, zouden de cliënten het meest hebben geprofiteerd van cognitieve herstructurering, 'consequentietraining', bedekte sensitivatie en terugvalpreventietraining. Een opvallend gegeven was dat alle cliënten voorafgaand aan het delict al goed waren voorgelicht op seksueel gebied en dat ze wisten dat ze iets verkeerd hadden gedaan. De auteur deed de aanbeveling de afwijkende opwindning aan te pakken door de cliënt te leren omgaan met de stimuli, die ongewenste seksuele opwindning veroorzaken.

Ambulante behandeling

Lindsay et al. (1998; 1999), werkzaam in Engeland, beschreven in drie kleine studies een ambulante cognitieve therapie voor adolescente en volwassen licht verstandelijk gehandicapte en zwakbegaafde daders. Ook empathietraining en sociale-vaardigheidstraining maakten daarvan deel uit. De duur van de behandeling was één tot drie jaar. Uit de studie naar ambulante behandeling (Lindsay et al., 1998) waarin de nadruk lag op vermindering van ontkenning door de daders en op empathietraining, bleek dat de groep plegers die één jaar het programma volgde in alle opzichten slechter presteerde dan de groep die het programma twee jaar lang had gevolgd. De veranderingen in cognities traden heel geleidelijk op. De auteur merkte op dat aparte behandelgroepen voor daders met meisjes of jongetjes als slachtoffer betere resultaten oplevert. Swanson en Garwick (1990) uit de Verenigde Staten beschreven een programma dat bestaat uit wekelijkse groepszittingen, waarbij het behalen van bepaalde concrete doelen als therapie succes werd aangemerkt. De gemiddelde duur van de behandeling was veertien maanden en het succes werd gemeten aan de hand van het behalen van de individuele doelen en geëvalueerd door middel van de *Goal Attainment Scale* (GAS; Kiresuk et al., 1979). De doelen werden amper of niet gehaald. Veertig procent van de cliënten recidiveerde. Nolley, Muccigrosso en Zigman (1996) beschreven een programma dat bestaat uit individuele therapie en seksuele opvoeding en een in groepsverband aangeboden assertiviteits- en sociale-vaardigheidstraining. Er werd nauw samengewerkt met de werkplek van de cliënten. Deze behandeling duurde een jaar en werd daarna herhaald. Voordien verbleven alle cliënten in een gezinsvervangend tehuis. Nadien woonden nog maar

twee cliënten thuis. De overige cliënten hadden minder toezicht nodig. Uit de evaluaties van de therapie bleek dat cliënten met een lager IQ het geleerde minder goed konden vasthouden. Ook Nolley et al. (1996) stelden dat veel herhaling nodig is, hetgeen tijd kost. Er is geen *quick fix*. De behandeling moet twee tot tweeënhalf jaar duren.

De behandeling in Hoeve Boschoord

Hoeve Boschoord is een bovenregionaal onderzoek-, expertise- en behandelcentrum, gespecialiseerd in diagnostiek en behandeling van sterk gedragsgestoorde, licht verstandelijk gehandicapte en zwakbegaafde cliënten. Het betreft mensen van zestien jaar en ouder met risicovol en onbegrepen gedrag. In Hoeve Boschoord kunnen 138 cliënten worden opgenomen, waarvan 78 met een TBS-maatregel. Na uitgebreide observatie en diagnostiek zijn vier behandelroutes mogelijk. Deze worden bepaald door het primaire gebied van disfunctioneren. Een daarvan is seksueel ontoelaatbaar gedrag. Binnen de hierop afgestemde route vindt vervolgens differentiatie plaats op grond van de cognitieve en sociaal-emotionele mogelijkheden. Afhankelijk hiervan wordt gekozen voor een behandeling die zich overwegend richt op het ontwikkelen van zelfcontrole of op externe controle.

De Olijfwilg, behandelafdeling voor seksueel delinquenten

In De Olijfwilg worden acht cliënten behandeld. De behandelmethodiek richt zich op het ontwikkelen van zelfcontrole. Het betreft dan ook cliënten die hier potentieel de mogelijkheden voor hebben. De populatie van De Olijfwilg bestond van 1996 tot en met 2001 uit 25 mannen, met een IQ tussen de 66 en 98, gemeten met de *Wechsler Adult Intelligence Scale-III* (WAIS-III; Wechsler, 2000).

Zestien cliënten hadden een pedoseksueel delict gepleegd, acht cliënten een verkrachting van een volwassene en één cliënt had een dier misbruikt en vervolgens gedood. De methodiek werd geleidelijk ontwikkeld en ingevoerd, waardoor tot nu toe elf cliënten het gehele programma doorliepen. Zes cliënten werden tussendoor overgeplaatst naar een andere afdeling omdat zij het programma niet konden volgen. De redenen daarvoor waren: te grote impulsiviteit, te veel hinder als gevolg van een paranoïde stoornis, een gebrek aan basale vaardigheden (niet uit bed willen komen bijvoorbeeld) en het blijven ontkennen van het delict. Vierenveertig procent van de cliënten leed aan organische, cerebrale pathologie. Tien cliënten hadden een of meer persoonlijkheidsstoornissen. Bij drie cliënten werd psychopathie verondersteld. In het verleden hadden dertien cliënten in meer of mindere mate een drankprobleem en zeven cliënten gebruikten softdrugs. Eén cliënt had in het verleden problemen gehad met harddrugs. Van de 25 cliënten hadden zeven een gokprobleem. Zesendertig procent van de cliënten was seksueel misbruikt in hun jeugd. Negen daders waren *first offender*.

Behandelprogramma

Het merendeel van de cliënten had geen gewoon lager onderwijs gevolgd, maar een school voor Moeilijk Lerende Kinderen (MLK) of Zeer Moeilijk Lerende Kinderen

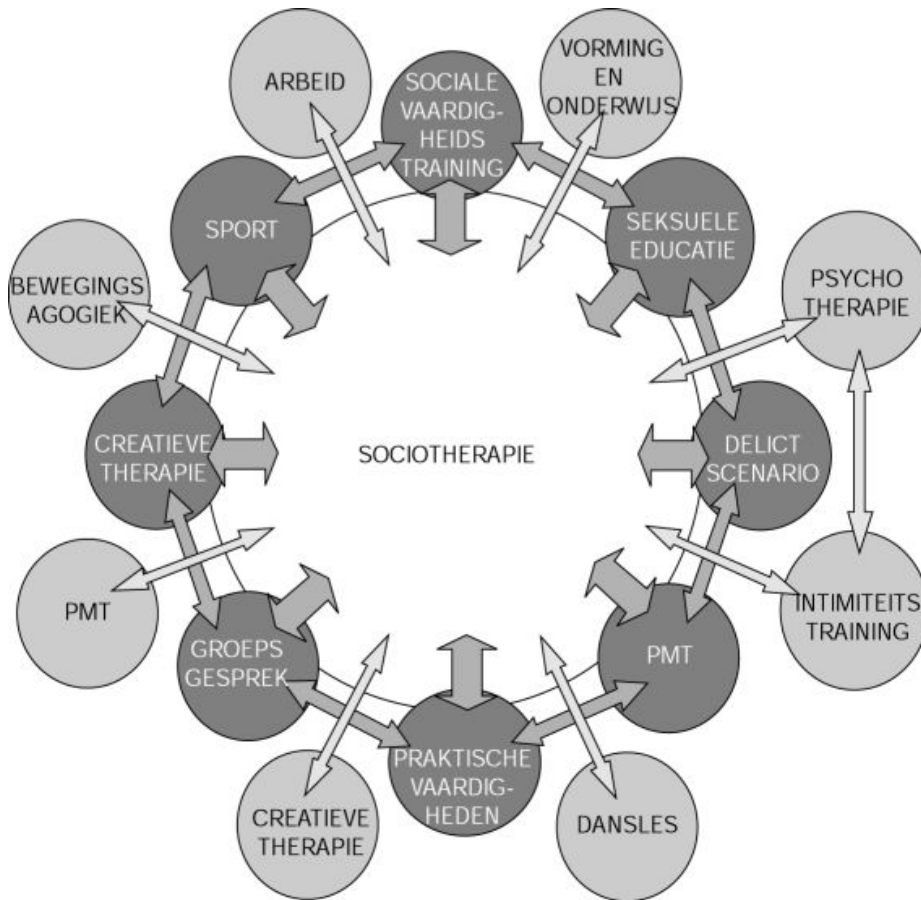
(ZMLK). De methodiek wordt dan ook zodanig vormgegeven dat deze begrijpelijk en toegankelijk is. Dat betekent in de praktijk:

- eenvoudige taal gebruiken (een cliënt noemde 'delict' steeds 'dialect' en een ander had het over 'serenade' in plaats van 'scenario');
- veel uitleggen en navragen of het begrepen is;
- niet te veel informatie tegelijk aanbieden;
- veel en vaak herhalen en het liefst op verschillende manieren en in wisselende contexten, om de generalisatie te bevorderen;
- veel gebruikmaken van concreet materiaal en veel visualiseren, bijvoorbeeld door middel van plaatjes, posters, video en rollenspelen;
- niet te snel willen gaan en niet snel resultaten willen behalen.

Bij de behandeling wordt gebruikgemaakt van het terugvalpreventiemodel, een cognitief-gedragstherapeutisch behandelmodel dat oorspronkelijk afkomstig is uit de verslavingszorg. Er wordt uitgegaan van de veronderstelling dat het leren nemen van eigen verantwoordelijkheid en het ontwikkelen van zelfcontrole bij deze groep cliënten mogelijk is, al was het maar in de vorm van het op tijd om hulp vragen ter ondersteuning van die controle. De cliënten leren zich bewust te worden van de keten van beslissingen die voorafgaat aan het delict. Met deze delictketen als uitgangspunt wordt geanalyseerd waar zwakke plekken zitten, waardoor iemand risico loopt. Dit kan bijvoorbeeld gaan om een tekort aan sociale vaardigheden, denkfouten, een grote mate van beïnvloedbaarheid en alcohol- of drugsmisbruik. Vervolgens wordt een behandelprogramma samengesteld waarin veel aandacht wordt besteed aan het vergroten van de competentie op zwakke gebieden.

De cliënten nemen verplicht deel aan behandelmodules (figuur 1). Deze vinden alle plaats in de groep, die uitsluitend bestaat uit cliënten van De Olijfwilg. Het betreft de volgende modules:

- delictscenario, waarin de negen delictstappen in kaart worden gebracht (Ward, Loudon, Hudson, & Marshall, 1995);
- sociale-vaardigheidstraining (volgens Goldstein);
- seksuele voorlichting en opvoeding, waarin naast de anatomische en technische aspecten veel aandacht wordt besteed aan de sociaal-emotionele aspecten, normen en waarden;
- groepsgesprek, met nadruk op aspecten van het samenleven: het leren overleggen, onderhandelen, voor jezelf opkomen, elkaar uit laten praten en het naar elkaar luisteren;
- psychomotorische therapie;
- creatieve therapie (drama);
- praktische vaardigheden;
- groepssport.



Figuur 1 Behandelonderdelen van 'De Olijfwilg'

Om generalisatie te bevorderen, zijn de thema's die in de diverse modules aan de orde komen zo veel mogelijk op elkaar afgestemd. Zo staat bijvoorbeeld 'grensoverschrijdend gedrag' gedurende een aantal weken centraal bij de sociale-vaardigheidstraining, bij de seksuele voorlichting en opvoeding, bij de psychomotorische therapie, bij de delictscenariogroep en binnen de sociotherapie. De verbinding met de sociotherapie wordt gerealiseerd door sociotherapeuten in te zetten als trainer en als (co)therapeut. Hierdoor zijn zij op de hoogte van de delictketens, probleemgebieden, delictgerelateerde gedragspatronen, huiswerkopdrachten en relevante ontwikkelingen van de cliënt. De sociotherapie wordt daarmee een oefen- en leersituatie, waarin momenten die zich daarvoor lenen, kunnen worden aangegrepen. De kracht van de herhaling, liefst in zo veel mogelijk verschillende contexten, is voor deze cliënten van groot belang. Voor veel cliënten geldt dat hun leven ten tijde van het delict rommelig en ongestructureerd was. Ze hadden geen werk, verveelden zich, hadden slechte familiecontacten, verkeerde vrienden, misbruikten alcohol of drugs, enzovoort. Het therapeutisch milieu kenmerkt zich dan ook door een klimaat waarin de cliënten zich welkom en thuis voelen, waarin gezelligheid en warmte heerst. Er wordt ritme en regelmaat in de dagbesteding aangebracht. Naast het volgen van modules is er gelegenheid tot het leren van een vak,

volgen van onderwijs en ontwikkelen van vrijetijdsbesteding. Ook bestaat op individuele indicatie de mogelijkheid tot het volgen van afdelingsoverstijgende behandelmodules, zoals een sociaal-cognitieve vaardigheidstraining en een weerbaarheidstraining voor slachtoffers van seksueel misbruik. In een enkel geval wordt, in nauwe samenwerking met een extern therapeut(e), gebruikgemaakt van de zogeheten intimiteitstraining. Dit is een seksuele oefentherapie in vivo, waarin ervaring kan worden opgedaan met lichamelijke, intimiteit en seksualiteit (Van den Berg-Lotz, Le Grand, Kriek, & Verhagen, 2002). Incidenteel wordt gebruikgemaakt van libidoremmende medicatie.

Nadat de cliënten het programma op De Olijfwilg hebben gevolgd, gaan zij naar een vervolgafdeling. Hier ligt het accent van de behandeling op terugvalpreventie. De afdeling is minder gesloten, de cliënten hebben meer bewegingsvrijheid en meer verantwoordelijkheid. Wanneer zij deze fase met goed gevolg hebben doorlopen, volgt overplaatsing naar een afdeling die in open verbinding met de maatschappij staat, de resocialisatieafdeling. Ook hier vindt oefening met terugvalpreventie plaats, onder meer in de vorm van wekelijkse bijeenkomsten waar de cliënten moeilijke en risicovolle situaties inbrengen en met elkaar bespreken. De laatste stap is die van de uitplaatsing. Doorgaans is dat naar een vorm van begeleid wonen, waarbij de begeleidingsintensiteit afhankelijk is van de mogelijkheden en het functioneren van de cliënt in kwestie.

Ervaringen met het programma

Enkele jaren ervaring in Hoeve Boschoord met behandeling van licht verstandelijk gehandicapte en zwakbegaafde plegers van seksueel misbruik heeft aangetoond dat een aparte afdeling voor daders van seksueel misbruik op een aantal punten meerwaarde heeft.

In de eerste plaats is dat het bestrijden van vermijdingsgedrag. Het moment dat het delict met naam en toenaam in de groep wordt genoemd, betekent vaak een doorbraak in de behandeling. Dan hoeven er geen omtrekkende bewegingen meer te worden gemaakt. Het feit dat plegers van seksueel misbruik van kinderen op dezelfde afdeling worden behandeld als plegers van misbruik van volwassenen, heeft naar onze ervaring geen nadelige invloed, noch op het behandelverloop noch op de interacties tussen cliënten onderling. Stigmatisering of veroordeling van elkaar doet zich niet of nauwelijks voor; als het aan de orde is, laat het zich gemakkelijk corrigeren door te wijzen op de gemeenschappelijke elementen in de delictketens. Bij het analyseren en bespreken van de individuele delictketens vinden cliënten doorgaans herkenning bij elkaar, zoals van gevoelens van onvermogen, eenzaamheid en minderwaardigheid, overmatig alcoholgebruik en beïnvloedbaarheid. Deze gemeenschappelijke noemer bevordert eerder saamhorigheid dan veroordeling van elkaar.

In de tweede plaats is de onderlinge afstemming van verschillende behandelonderdelen gemakkelijker te realiseren binnen één aparte afdeling. Het gevolg is een betere integratie van het geleerde. We hebben de indruk dat de behandeling van die cliënten bij wie het seksuele misbruik van kinderen voortkwam uit een gebrek aan competentie (bijvoorbeeld om contact met leeftijdgenoten te kunnen maken), betere resultaten oplevert dan bij cliënten die een uitgesproken en soms obsessieve seksuele gerichtheid op en belangstelling voor kinderen vertonen. Bij de eerste categorie besteden we in de behandeling veel aandacht aan het vergroten van hun competentie op relevante

gebieden, zodat zij minder kwetsbaar in het leven komen te staan. Vaak nemen gaandeweg de behandeling dan ook gevoelens van eigenwaarde en van *self-efficacy* toe. Bij de tweede categorie blijft externe controle, al dan niet in combinatie met medicatie, aangewezen. Dit geldt overigens eveneens voor plegers van misbruik van volwassenen. Wanneer het misbruik voortkwam uit incompetentie en insufficiëntie (angst voor contact, gebrek aan sociale vaardigheden, angst voor intimiteit) heeft een behandeling grotere kans van slagen dan bij cliënten met een uitgesproken psychopathische of antisociale persoonlijkheid.

Voorlopige resultaten

De gemiddelde duur van de opname op De Olijfwilg was 22 maanden, met een range van 10 tot 32 maanden. Voor sommige cliënten was dit langer dan noodzakelijk, als gevolg van problemen bij vervolgplaatsing. Over het algemeen was de kennis van seksualiteit bij opname op De Olijfwilg redelijk goed. Of dit voor opname in Hoeve Boschoord ook al zo was, is onbekend en dient in de toekomst nader onderzocht te worden. Ook was men over het algemeen al redelijk op de hoogte van sociaal-wenselijke attitudes jegens sociale omgang en seksualiteit.

Van de cliënten die het volledige programma voltooiden en die tevens de terugvalpreventiemodule volgden ($N = 11$), was het gemiddelde IQ 83. Eén cliënt was licht verstandelijk gehandicapt. Twee cliënten vielen tijdens het vervolg van hun opname terug in de vorm van exhibitionisme. Een van deze cliënten werd teruggeplaatst naar een meer gesloten afdeling. Alle andere cliënten, op één na, verhuisden naar een afdeling met meer vrijheden of gingen met ontslag. Gemiddeld hadden de cliënten op het moment van evaluatie negentien maanden geleden het programma afgerond. Vijf cliënten waren al ruim een jaar met ontslag. Met vier van hen was nog contact via hulpverlenende instanties. Tot op heden is geen terugval gerapporteerd.

Beschouwing en aanbevelingen

Het is opmerkelijk dat ook in Nederland begrippen als ‘zwakbegaafd’, ‘verstandelijk gehandicapt’, ‘licht verstandelijk gehandicapt’ en ‘zwakzinnig’ door elkaar en onzorgvuldig worden gebruikt. Dit leidt tot spraakverwarring. Helder en eenduidig taalgebruik is wenselijk. De termen ‘zwakbegaafdheid’ (IQ 71-84) en ‘lichte verstandelijke handicap’ (IQ 50-70) zijn duidelijk en leiden niet tot stigmatisering van de doelgroep, zoals bij de term ‘zwakzinnig’. Daarom hebben deze termen onze voorkeur.

In de literatuur is nog maar weinig empirische onderbouwing te vinden voor de effectiviteit van behandelprogramma’s voor licht verstandelijk gehandicapte en zwakbegaafde ouders van ernstig seksueel grensoverschrijdend gedrag. Daarbij komt dat de onderzochte populaties verschillen in intelligentie, pathologie, aard en ernst van het probleemgedrag. Het is dan ook van belang onderscheid te maken tussen zwakbegaafde en (licht) verstandelijk gehandicapte ouders; tussen ouders die onder toezicht leven en ouders die (gaan) wonen in de vrije maatschappij; tussen hinderlijk seksueel grensoverschrijdend gedrag en strafbaar gedrag. Overigens moet men wel rekening houden met het feit dat hinderlijk gedrag kan evolueren naar strafbaar gedrag.

Vroege interventies zijn dan ook dringend noodzakelijk, ook bij verstandelijk gehandicapten.

Een aangepast cognitief-gedragstherapeutisch programma voor zwakbegaafde en incidenteel licht verstandelijk gehandicapte mensen kan goed werken. Voorwaarde is dat de behandeling over langere tijd voortduurt en dat cliënten niet worden gehinderd door complexe psychische stoornissen en psychosociale tekorten.

Inherent aan terugvalpreventietraining is het tot op zekere hoogte nemen van risico's. Een steeds terugkerend dilemma daarbij is dat enerzijds voldoende vrijheid noodzakelijk is om al experimenterend zicht te krijgen op de eigen (on)mogelijkheden en te kunnen leren van terugval, terwijl anderzijds het experimenteren op een voor de maatschappij zo veilig mogelijke manier moet gebeuren. We hebben gewezen op het belang van generalisatie van nieuw geleerde vaardigheden. Dat geldt niet alleen voor de periode van behandeling, maar ook voor daarna. Een adequate en intensieve nazorg, waarin het geleerde voortdurend wordt herhaald en geïntegreerd in de nieuwe woon- en werksetting, is essentieel om terugval te voorkomen. Een goede overdracht naar de vervolgsetting is van groot belang. Daarbij moet vooral aandacht worden besteed aan informatieverstrekking over het terugvalpreventiemodel, de individuele delictketens, risicofactoren en relevante signalen waarop gelet dient te worden. Voor veel cliënten blijft toezicht noodzakelijk, actief of meer op de achtergrond. De zorg voor verstandelijk gehandicapte mensen is hier niet altijd voldoende voor toegerust.

Er zijn weinig meetinstrumenten beschikbaar voor deze doelgroep. Meer sensitieve en specifieke meetinstrumenten of observaties zijn nodig om vooruitgang te meten op relevante variabelen. Het verdient aanbeveling dat instellingen en instanties die met onderhavige doelgroep werken, de krachten bundelen en hier prioriteit aan geven, zodat zo snel mogelijk verandering in deze situatie komt. Ook wat betreft ontwikkeling van behandelprogramma's is samenwerking sterk aan te bevelen. In dat kader werkt Hoeve Boschoord samen met vier andere behandelklinieken voor sterk gedragsgestoorde, licht verstandelijk gehandicapte mensen, te weten: De Wendel te Venray, De Bruggen te Zwammerdam, Wier (Altrecht) te Den Dolder en De Hanzeborg te Eefde. Deze vijf klinieken hebben hun krachten gebundeld in de vorm van De Borg, een landelijk kennis-, advies- en informatiecentrum voor mensen met een verstandelijke beperking.

Referenties

- APA, American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)*. Washington DC: APA.
- Arrindell, W.A., Groot, P.M. de, & Walburg, J.A. (1984). *Schaal voor Interpersoonlijk Gedrag (SIG)*. Lisse: Swets en Zeitlinger B.V.
- Balogh, R., Bretherton, K., Whibley, S., Berney, T., Graham, S., Richold, P., Worsley, C., & Firth, H. (2001). Sexual abuse in children and adolescents with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research, 45*, 194-201.
- Barbaree, H.E., & Marschall, W.L. (1998). Treatment of het sexual offender. In R.M. Wettstein, (Ed.), *Treatment of offenders with mental disorders*. New York/Londen: The Guilford Press.
- Beenackers, E.M.Th. (2001). *Effectiviteit van sanctieprogramma's: op zoek naar interventies die werken, een literatuuronderzoek*. WODC onderzoeksnotities 2001/1.

- Berg-Lotz, Y. van den, Grand, A.L. le, Kriek, C., & Verhagen, T. (2002). Intimicy Training in a forensic Psychiatric Setting: An Experiment. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 46, 249-266.
- Brown, H., & Stein, J. (1997). Sexual abuse perpetrated by men with intellectual disabilities. *Journal of intellectual disability research*, 40, 241-251.
- Bruinsma, F. (1996). Behandeling van verstandelijk zwakbegaafde zedendelinquenten. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 35, 4-17.
- Cooper, A.J. (1995). Review of the role of two antilibinal drugs in the treatment of sex offenders with mental retardation. *Mental Retardation*, 33, 42-48.
- Daele, E. van (2000). Psychotherapie met licht verstandelijk gehandicapte plegers van zedendelicten. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 26, 354-371.
- Day, K. (1993). Crime and mental retardation: a review. In K. Howelly & C.R. Hollm (Eds.), *Clinical Approaches to the Mentally Disordered Offender*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Day, K. (1997). Sex offenders with learning disabilities. In S.G. Read (Ed.), *Psychiatry in learning disability*. Londen: Sanders & co.
- Emmelkamp, P., Emmelkamp, J., Ruiter, C. de, & Vogel, V. de. (2002). Effectiviteit van psychotherapeutische behandeling bij plegers van seksueel geweld. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 26, 97-104.
- Emmerik, J.L. van (1985). *TBR en Recidive*. Ministerie van Justitie, WODC. Staatsuitgeverij 's-Gravenhage.
- Emmerik, J.L. van (1989). *TBS en Recidive*. Ministerie van Justitie, WODC. Gouda: Quint B.V.
- Emmerik, J.L. van (1999). *Persoonlijke mededeling omtrent ongepubliceerde researchdata*.
- Emmerik, J.L. van. (2001). *De Terbeschikkingstelling in Maat en Getal*. Den Haag: Ministerie van Justitie; D.J.I.
- Grand, A.L. le (1995). Met (terug)vallen en opstaan. Diagnostiek en behandeling van licht verstandelijk gehandicapte plegers van seksueel misbruik. *Nederlands Tijdschrift voor de zorg aan verstandelijk gehandicapten*, 4, 211-228.
- Haaven, J., Little, R., & Petre-Miller, D. (1990). *Treating Intellectually Disabled Sex Offenders*. Orwell: The Safer Society Press.
- Hall, G.C.N. (1995). Sexual recidivism revisited: A meta-analysis of recent treatment studies. *Journal of consulting and Clinical psychology*, 63, 802-809.
- Johnston, S.J. (2002). Risk assessment in offenders with intellectually disability: the evidence base, mini-review. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46, 47-56.
- Kiresuk, Th.J., & Sherman (1968). Bewerkt door Melief, W.B.A.M., Hoekstra, M., Langerak, E. Sijben, N. en Wevers, I. (1979). *Goal Attainment Scaling (GAS)*. Alphen a.d. Rijn: Samsom.
- Leuw, E. (1999). *Recidive na de tbs, patronen, trends en processen en de inschatting van gevaar*. Den Haag: Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum.
- Lindsay, W.R. (2002). Research and literature on sex offenders with intellectual and developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46, supplement, 74-85.
- Lindsay, W.R., & Smith, A.H.W. (1998). Responses to treatment for sex offenders with intellectual disability: a comparison of men with 1- and 2-year probation sentences. *Journal of Intellectual Disability Research*, 42, 346-353.
- Lindsay, W.R., Neilson, C.Q., & Morrison, F. (1998). The treatment of six men with a learning disability convicted of sex offences with children. *The British Psychological Society*, 37, 83-98.
- Lindsay, W.R., Olley, S., Baillie, N., & Smith, A.H.W. (1999). The treatment of adolescent sex offenders with intellectual disabilities. *Mental retardation* 37, 201-211.
- Luiselli, J.K. (2000). Presentation of Paraphilias and Paraphilia-Related Disorders in Young Adults with Mental Retardation: Two Case Profiles. *Mental Health Aspects of Developmental Disabilities*, 3, 41-46.
- Luteijn, F., Starren, J., & Dijk, J. van (1970). *Nederlandse Persoonlijkheids Vragenlijst (NPV)*. Lisse: Swets en Zeitlinger B.V.
- Murrey, G.J., Briggs, D., & Davis, C. (1992). Psychopatic disordered, mentally ill, and mentally handicapped sex offenders: a comparative study. *Medicine Science Law*, 32, 331-6.
- Nolley, D., Muccigrosso, L., & Zigman, E. (1996). Treatment successes with mentally retarded sex offenders. *Journal of Offender Rehabilitation*, 23, 125-141.
- O'Connor, W. (1996). A problem solving intervention for sex offenders with an intellectual disability. *Journal of intellectual and developmental disability*, 21, 219-235.
- Resing, W., & Blok, J. (2002) De classificatie van intelligentiescores, voorstel voor een eenduidig systeem. *De psycholoog*, 37, 244-249.

- Schoen, J., & Hoover, J.H. (1990). Mentally retarded sex offenders. *Journal of Offender Rehabilitation*, 16, 81-91.
- Simpson, M.K., & Hogg, J. (2001). Patterns of offending among people with intellectual disability: a systematic review: Part I & II. *Journal of intellectual disability*, 45, 384-406.
- Slagter, J. (2000). *Transmurale behandeling van licht verstandelijke gehandicapten*. Lezing maart 2001.
- Swanson, C.K., & Garwick, G.B. (1990). Treatment for low-functioning sex offenders: group therapy and interagency coordination. *Mental retardation*, 28, 155-161.
- Verberne, G.J.C.M. (1992). *Behandeling van seksueel afwijkend gedrag bij geestelijk gehandicapten*. Lezing 13 maart 1992.
- Ward, T., Loudon, K., Hudson, S.M., & Marshall, W.L. (1995). A descriptive model of the offence chain for child molesters. *Journal of Interpersonal Violence*, 10, 425-472.
- Wechsler, D. (2000). Nederlandse bewerking door Uterwijk, J.M., *Wechsler Adult Intelligence Scale-III (WAIS-III)*. Lisse: Swets en Zeitlinger B.V.
- Wilde, G.J.S. de (1970). *Amsterdamse Biografische Vragenlijst (ABV)*. Amsterdam: Uitgevers- en Drukkersmaatschappij Van Rossen.
- Wolde, A.C. ten (1990). *Follow-up 1990, een evaluatieonderzoek onder de bewoners die in de periode 1980 tot en met 1985 met ontslag gingen*. Intern Rapport Hoeve Boschoord.