

Academiejaar 2014 – 2015
Eerstesemesterexamenperiode

De ‘cyclus van seksueel misbruik’ bij geïnterneerden met een verstandelijke beperking: een dossier-analyse binnen werking 'Ontgrendeld' – Centrum OBRA vzw.

Genbrugge Annelien

Masterproef II neergelegd tot het behalen van de graad

Master of Science in de Pedagogische Wetenschappen, afstudeerrichting Orthopedagogiek

Promotor: Prof. Dr. S. Vandeveldde

Ondergetekende, Annelien Genbrugge, geeft toelating tot het raadplegen van de masterproef door derden.

“Ik besef nu dat het niet mijn fout is dat ik als kind misbruikt werd. En dat het dus ook niet de fout is van mijn slachtoffer dat ik haar misbruikt heb.”

- participant uit het onderzoek van Ricci en Clayton (2008).

Abstract

Probleemstelling:

De opvatting dat er in het geval van seksueel misbruik een cyclus bestaat, waarbij sommige slachtoffers daders van seksueel grensoverschrijdend gedrag dreigen te worden, is wijd verspreid. Deze hypothese biedt echter geen alleenstaande verklaring. Er zijn allerhande factoren die, als gevolg van het eigen trauma, een belangrijke invloed kunnen hebben op dit proces. Om deze causale factoren beter te kunnen begrijpen en hierop aan te sluiten in de behandeling, is er een vraag naar gericht onderzoek omtrent de ‘cyclus van seksueel misbruik’ bij personen met een verstandelijke beperking.

Doelstellingen:

Er werd beoogd om via een dossier-analyse de aanwezigheid en beïnvloeding van specifieke factoren op de ontwikkeling van dadergedrag bij personen met een verstandelijke beperking na te gaan. Op die manier kan de klinische indruk van de ‘cyclus van seksueel misbruik’ geïnterpreteerd worden. Beïnvloedende factoren in deze ontwikkeling werden onderzocht en geïnterpreteerd, teneinde behandelingsprogramma’s hierop af te stemmen.

Methodologie:

De dossiers van 56 deelnemers van werking “Ontgrendeld” (Centrum OBRA vzw) werden geanalyseerd. Deze bestonden uit twee gelijke groepen: een groep van zedendelinquenten en een van niet-zedendelinquenten. De resultaten werden verwerkt met behulp van SPSS Statistics 22.0.

Resultaten:

Uit het onderzoek bleek dat het hebben van een verleden van seksueel misbruik de kans vergroot op het plegen van zedenfeiten. In die zin kan de ‘cyclus van seksueel misbruik’ voor personen met een verstandelijke beperking op basis van de dossierstudie bevestigd worden. Daarnaast bleek het hebben van een hechtingsstoornis, de diagnose van parafilie en verstoorde seksuele scripts -als gevolg van het eigen trauma- in dit proces ook invloed te hebben.

De ‘cyclus van seksueel misbruik’ bij geïnterneerden met een verstandelijke beperking: een dossier-analyse binnen werking 'Ontgrendeld' – Centrum OBRA vzw.

Promotor: Prof. Dr. S. Vandeveld

Annelien Genbrugge

Afstudeerrichting: Orthopedagogiek

Academiejaar: 2014-2015

Dankwoord

Een masterproef is een uitvoerig werk van vele inspanningen en beramingen. Het was voor mij een interessant en meeslepend proces met een rijker inzicht in het onderwerp als resultaat. De voltooiing ervan geeft me voldoening en zorgt ervoor dat ik mijn vijfjarige opleiding in schoonheid kan afsluiten. Naast een grote interesse en motivatie voor het onderwerp, is de steun van anderen hier onmiskenbaar. Daarom zou ik graag enkele mensen bedanken.

Eerst en vooral wil ik mijn begeleidster Tineke Dhoore bedanken om dit onderzoek mogelijk te maken. Door haar openheid, en die van Centrum OBRA vzw, kreeg ik de kans en de vrijheid om dit onderzoek uit te voeren. Daarnaast heeft ze me heel erg ondersteund door het aflijnen en kaderen van mijn onderwerp, het nalezen van mijn scriptie en het geven van goede suggesties en tips. Haar enthousiasme en appreciatie voor mijn onderzoek hebben mij aangemoedigd en gerustgesteld op de juiste momenten.

Daarnaast wil ik ook een woord van dank richten tot mijn promotor Prof. Dr. S. Vandevelde. Zijn continue beschikbaarheid, het veelvuldig en kritisch nalezen van mijn masterproef en de goedmoedige feedback hebben mijn scriptie tot een goed einde gebracht.

Tot slot wil ik de mensen uit mijn dichte omgeving bedanken. Mijn vriend, broer en vrienden voor het luisterend oor, de bemoedigende woorden en het vertrouwen in mijn mogelijkheden. In het bijzonder zou ik mijn ouders willen bedanken voor hun onvoorwaardelijke steun en liefde. Door hun morele en financiële support heb ik een boeiende vijfjarige opleiding kunnen volbrengen en ben ik kunnen uitgroeien tot de persoon die ik nu ben.

Bedankt!

Inhoudsopgave

Tabellen	1
Inleiding	2
Conceptueel kader	3
1. <i>Geïnterneerden met een verstandelijke beperking</i>	3
1.1 Internering	3
1.2 Verstandelijke beperking	3
1.3 Profiel geïnterneerden met een verstandelijke beperking	3
2. <i>Zedendelinquenten met een verstandelijke beperking</i>	5
2.1 Profiel zedendelinquenten met een verstandelijke beperking	5
2.2 Behandeling	6
3. <i>Verklaringsmodellen van seksueel grensoverschrijdend gedrag</i>	8
4. <i>De cyclus van seksueel misbruik</i>	10
4.1 Behandeling	11
4.2 Beïnvloedende factoren	12
Probleemstelling	17
Methodologie	19
<i>Setting en participanten</i>	19
<i>Instrumenten</i>	20
<i>Analyse</i>	20
<i>Betrouwbaarheid en ethische aspecten</i>	21
Resultaten	23
<i>Statische factoren</i>	23
<i>Onderzoeksvraag 1</i>	24
<i>Onderzoeksvraag 2</i>	25
<i>Onderzoeksvraag 3</i>	30
Conclusie en discussie	31
<i>Statische factoren</i>	31
<i>Onderzoeksvraag 1</i>	32
<i>Onderzoeksvraag 2</i>	33
Beïnvloedende factoren	33
Specifieke factoren	36
<i>Onderzoeksvraag 3</i>	38
Implicaties voor de praktijk	40
Beperkingen van het onderzoek	41
Suggesties voor vervolgonderzoek	42
Referenties	43
Bijlagen	53

Tabellen

<i>Tabel 1: Zedenfeiten en Prevalentie bij Geïnterneerden met een Verstandelijke Beperking</i>	<i>p.5</i>
<i>Tabel 2: Overeenkomsten en Verschillen tussen Zedendelinquenten met en zonder een Verstandelijke Beperking</i>	<i>p.6</i>
<i>Tabel 3: IQ Gegevens van Geïnterneerden in Vlaanderen</i>	<i>Bijlage</i>
<i>Tabel 4: Coderingstabel voor de Dossier-Analyse</i>	<i>Bijlage</i>
<i>Tabel 5: Verduidelijking Variabelen van de Coderingstabel voor de Dossier-Analyse</i>	<i>Bijlage</i>
<i>Tabel 6: Kenmerken van geïnterneerde zedendelinquenten (ZD) en niet-zedendelinquenten (NZD) met een verstandelijke beperking (n=56)</i>	<i>p.21</i>
<i>Tabel 7: Misbruik bij geïnterneerde zedendelinquenten (ZD) en niet-zedendelinquenten (NZD) met een verstandelijke beperking (n=56)</i>	<i>p.23</i>
<i>Tabel 8: Beïnvloedende factoren bij geïnterneerde zedendelinquenten (ZD) en niet-zedendelinquenten (NZD) met een verstandelijke beperking (n=56)</i>	<i>p.25</i>
<i>Tabel 9: Specifieke factoren bij geïnterneerde zedendelinquenten (ZD) en niet-zedendelinquenten (NZD) met een verstandelijke beperking (n=56)</i>	<i>p.27</i>
<i>Tabel 10: Binair logistisch regressiemodel voor het al dan niet plegen van zedenfeiten.</i>	<i>p.28</i>

Inleiding

Gedurende mijn opleiding werden heel wat interessante problematieken, doelgroepen en dynamieken van de orthopedagogiek besproken. Ik werd door heel veel geboeid, maar het bleek al gauw de uitdaging te zijn die mij prikkelt en motiveert. Zo worden binnen de Disability Studies heel wat drempels aangehaald die er in onze samenleving nog steeds voor zorgen dat de sociale en maatschappelijke integratie van personen met een beperking moeilijk verloopt. Welke factoren hierbij beïnvloedend zijn, de manier waarop de verengende ‘wij-zij’-gedachte hier binnensluipt en hoe een wederzijdse solidariteit kan geïnstalleerd worden, is iets wat mij intrigeert. Vanuit deze relevantie trok de problematiek van internering enorm mijn aandacht. Voornamelijk het feit dat personen met een beperking en/of psychiatrische stoornis feiten plegen en nog te vaak geen gepaste begeleiding krijgen, is iets waar ik me verder in wil(de) verdiepen. Ik kreeg hiertoe de kans via een intensieve en verrijkende masterstage te lopen binnen werking “Ontgrendeld”. Daarenboven stonden ze ook open voor de uitvoering van een onderzoek. Mijn keuze was vlug gemaakt.

Seksualiteit is vandaag de dag een aantrekkelijk en veelbesproken thema. De taboesfeer errond is reeds verlaten, maar het betrekken op personen met een verstandelijke beperking is een onderwerp dat nog vaak ontkent of genegeerd wordt. Omdat seksualiteit bij mensen met een beperking vaak gekoppeld is aan afhankelijkheid en kwetsbaarheid, betreft het immers een gevoelig thema. Echter, zij vormen daardoor net een gemakkelijk slachtoffer voor seksueel misbruik. Deze bittere contradictie in de maatschappij, het hulpverlenerslandschap en het justitieel kader trok mijn aandacht als onderwerp voor mijn masterproef.

In wat volgt wordt er van start gegaan met een conceptueel kader waarin de literatuur geanalyseerd wordt. Eerst worden de concepten en profielen van geïnterneerden en zedendelinquenten met een verstandelijke beperking besproken, om vervolgens dieper in te gaan op de “cyclus van seksueel misbruik”. Deze theoretische achtergrond is nodig om te komen tot de probleemstelling en om het onderzoek voldoende te kunnen duiden. Daarna wordt de methodologie toegelicht om vervolgens de onderzoeksresultaten uit te lichten en te bespreken. Hierop volgt een kritische bespreking van de resultaten teneinde enkele kritische bedenkingen en aanbevelingen voor de praktijk en vervolgonderzoek uiteen te zetten.

De referenties in deze masterproef zijn conform de APA-regels.

Conceptueel kader

1. Geïnterneerden met een verstandelijke beperking

1.1 Internering

Internering is een beschermingsmaatregel die in België opgelegd wordt wanneer een dader ‘ontoerekeningsvatbaar’ wordt verklaard en dus niet in staat is om zijn/haar daden te controleren. Daardoor is de betrokkene een gevaar voor zichzelf en de maatschappij (Protais, 2014). Deze maatregel volgt na het advies van een deskundig psychiater. De maatregel kent een dubbele doelstelling waarbij zowel het individu als de maatschappij moeten beschermd worden. Het gaat om een maatregel van onbepaalde duur die uitgesproken wordt door de onderzoeksrechter (Raadkamer, Kamer van Inbeschuldigingstelling) of het vonnisgerecht (Correctionele Rechtbank, Hof van Beroep, Hof van Assisen). De verdere opvolging wordt overgelaten aan de Commissie ter Bescherming van de Maatschappij (CBM). Zij beslist over de plaats van internering, uitgangspersmissie, de verdere duur van de justitiële opvolging en verlopen, ten slotte, de Vrijheid op Proef (VOP) en verdere opvolging hiervan. Een recente wet betreft onder andere de overheveling van de taken van de CBM naar de Strafvuiteringsrechtbank (SURB) (cfr. Wet Anciaux, 2014) (Casselmann, 1997; Heimans, Vander Beken, & Schipaanboord, 2015).

1.2 Verstandelijke beperking

Naar het model van de American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD, 2010), is er sprake van een verstandelijke beperking indien er significante beperkingen zijn zowel in het intellectueel functioneren (IQ lager dan 70), als in het adaptieve gedrag, wat een breed spectrum aan dagelijkse conceptuele, sociale en praktische vaardigheden omvat. Verder zijn er beperkingen in de participatie aan het maatschappelijk leven m.b.t. interactie en sociale rollen. Ten slotte worden deze beperkingen afgewogen in de context waarin iemand leeft. En deze beperking moet ontstaan zijn voor het 18de levensjaar. Het AAIDD wil met zijn theoretisch model verduidelijken dat een verstandelijke beperking geen persoonskenmerk is, maar een fenomeen dat alleen in een ecologisch perspectief -van een complex samenspel van persoonskenmerken, omgevingskenmerken en ondersteuning- kan begrepen worden (Van Hove & van Loon, 2005).

1.3 Profiel geïnterneerden met een verstandelijke beperking

Gezien de beperkte mogelijkheden in België om geïnterneerden te ondersteunen en hen door te laten stromen naar gepaste zorgvoorzieningen, verblijven zij vaak in gevangenissen (Vandevelde et al., 2011). Ondanks de hoge prevalentiecijfers van psychiatrische stoornissen en/of mentale beperkingen bij gedetineerden, wordt er in het beleid van gevangenissen op internationaal vlak - net als in België- verwacht dat ze dezelfde regels en voorschriften naleven. Maar zij beschikken niet steeds over de noodzakelijke vaardigheden om dat op een adequate wijze te doen. De detentieschade is vaak nog groter omwille van het gebrek aan perspectief (Crewe, 2007; Van Der Laenen & Vander Beken, 2013; Felson, Silver, & Remster, 2012). De maatregel van internering is moeilijk te vergelijken met de internationale context en daarom wordt er gefocust op de mate waarin gedetineerden verantwoordelijk worden geacht voor hun daden. Wereldwijd zijn er 9

miljoen gedetineerden, maar het is onzeker hoeveel daarvan een verstandelijke beperking hebben. Gedetineerden met een verstandelijke beperking worden wel geïdentificeerd als een kwetsbare groep met een verhoogd risico op slachtofferschap en psychiatrische stoornissen. Fazel, Xenitidis, en Powell (2008) voerden een meta-analyse uit naar de prevalentie van gedetineerden met een verstandelijke beperking. Tien relevante onderzoeken uit verschillende landen (o.a. Nieuw-Zeeland, VSA, Engeland, Australië en Dubai) werden opgenomen. In totaal bevatten deze 11.969 gedetineerden (gemiddelde leeftijd: 29 jaar; 92% man, 23% gewelddadige delinquenten). De resultaten suggereren dat meestal 0,5-1,5% van de gedetineerden werden gediagnosticeerd met een verstandelijke beperking (bereik van 0% tot 2,8% over alle studies). Verder bleek de prevalentie van gewelddadige delicten van gevangenen met een verstandelijke beperking tot vijf maal hoger te liggen dan van gevangenen zonder een verstandelijke beperking.

Tabel 3 (Verlinden, Maes, & Goethals, 2009) geeft het IQ weer van de geïnterneerden die op 31 december 2007 onder de drie Vlaamse CBM ressorteerden (cfr. bijlage voor Tabel 3: IQ Gegevens van Geïnterneerden in Vlaanderen). De CBM van Gent, Antwerpen en Leuven hadden op die datum in totaal 1662 geïnterneerden onder hun toezicht. Ongeveer een vijfde (19%) van deze geïnterneerden had een verstandelijke beperking, met exclusie van de geïnterneerden van wie het IQ niet kon achterhaald worden (n=136). Dit percentage komt overeen met de resultaten van het onderzoek van Centrum OBRA vzw, waarin ook een vijfde van de geïnterneerden in de Vlaamse gevangenissen een verstandelijke beperking had (Vanden Hende, Caris, & De Block-Bury, 2005). De meeste geïnterneerden met een verstandelijke beperking (58%) waren in 2007 op proef in vrijheid (n=163). Verder was 39% opgesloten binnen de muren van een strafinstelling: een instelling of afdeling ter bescherming van de maatschappij of psychiatrische annex (n=102). Het aantal geseinde geïnterneerden betrof acht personen en van tien geïnterneerden was de status onbekend. Verder zijn de meeste geïnterneerden met een verstandelijke beperking mannen (93%) en dit verschilt nauwelijks naargelang van de wettelijke status en het begeleidingstype. De gemiddelde leeftijd van de geïnterneerden met een verstandelijke beperking is 43 jaar (Verlinden et al., 2009).

Bijkomende stoornissen en een beperkte persoonlijkheidsontwikkeling van verstandelijk beperkte geïnterneerden vragen om een specifieke behandeling. Een beperkt sociaal netwerk en ontwrichte sociale relaties maken deze problematiek vaak nog complexer. Centraal staat bij velen een grotere kwetsbaarheid en een gebrekkige 'weerbaarheid', d.w.z. problemen met grenzen stellen en deze van anderen herkennen en respecteren. Ze hebben moeilijkheden in het communiceren van hun toestand en het opbouwen van een evenwichtig zelfbeeld waarin de beperkingen ook een plaats krijgen. Daarbij komen vaak nog eigen slachtoffer-ervaringen van de geïnterneerde; zowel emotionele, fysieke tot zelfs seksueel geweld of misbruik door anderen (Douma, Van Den Berg, & Hoekman, 2000; Lindsay, Law, Quinn, Smart, & Smith, 2001; Hayes, 2009). Door hun beperkingen hebben zij dit meestal niet op een aangepaste wijze kunnen verwerken en leidt dit tot stoornissen of belemmeringen in het functioneren. De grootste groep van personen met een verstandelijke beperking zijn geïnterneerd omwille van zedenfeiten (zowel op minder- als meerderjarigen, van exhibitionisme tot verkrachting en incest), waarna vermogensdelicten (diefstal, inbraak, brandstichting) en agressie. Bij een minderheid betreft het (poging tot) moord en druggerelateerde feiten (bijvoorbeeld medewerking aan dealen) (Robertson, 1981; Day, 1994; Warren, Rosenfeld, Fitch, & Hawk, 1997; Centrum OBRA vzw, 2010).

2. Zedendelinquenten met een verstandelijke beperking

Seksueel grensoverschrijdend gedrag wordt door Murphy, Powell, Guzman en Hays (2007) als volgt omschreven:

“Seksueel grensoverschrijdend gedrag wordt gedefinieerd als seksueel gedrag waarbij de andere persoon geen toestemming heeft gegeven (of hiertoe niet in staat was) en het gedrag gedefinieerd wordt als strafbaar volgens de wet (ongeacht of de politie betrokken is geweest).”

Dit gedrag komt regelmatig voor bij mensen met een verstandelijke beperking (van Berlo, 1995; Lindsay et al., 2001; van den Berg & van Beek, 2006). Tabel 1 (Vanden Hende et al., 2005) geeft een gedetailleerd overzicht van de verschillende zedenfeiten en prevalentie ervan bij geïnterneerden met een verstandelijke beperking in Vlaanderen.

Tabel 1

ZEDENFEITEN	FREQUENTIE	PERCENTAGE
Niet	52	56
Wel	41	44
TOTAAL	93	100
Openbare zedenschennis	6	8,6
Prostitutie	1	1,4
Verkrachting minderjarige	27	38,6
Verkrachting meerderjarige	9	12,9
Aanranding eerbaarheid minderjarige	24	34,3
Aanranding eerbaarheid meerderjarige	3	4,3
TOTAAL	70	100

Aangepast van *“Ontgrendeld: Beschrijvend wetenschappelijk onderzoek naar geïnterneerden met een verstandelijke handicap en hun verblijf in de Vlaamse gevangenissen”* door M. Vanden Hende, K. Caris en L. De Block-Bury, 2005, Gent: Academica Press, p. 95. Copyright 2005 door Centrum OBRA vzw.

2.1 Profiel zedendelinquenten met een verstandelijke beperking

Bij één persoon kan het over verschillende delicten in dezelfde sfeer gaan. Meestal gaat het daarbij om zedenfeiten in combinatie met aanranding van de eerbaarheid of openbare zedenschennis (Vanden Hende et al., 2005). Deze groep kent dus vaak een langere loopbaan van (zeden)feiten verspreid over meerdere decennia alvorens men binnen het strafrechtelijk systeem belandt (Lambrick & Glaser, 2004). Vroegere feiten worden vaak niet als ernstig beschouwd of worden toegeschreven aan hun verstandelijke beperking. Daardoor worden ze soms niet vervolgd, waardoor men geen bestraffing en vaak ook geen begeleiding krijgt. Wanneer de delictketen echter escaleert, ontwikkelt zich een ingebakken patroon aan cognitieve misvormingen en dit is vaak eigen aan zedendelinquenten (Brown & Stein, 1997).

Een aantal kenmerken van een verstandelijke beperking wordt vaak genoemd als belangrijke determinanten van delinquent gedrag, zoals: gebrek aan seksuele kennis en ervaring, beperkte sociale vaardigheden en slechte impulscontrole. Dit is ondertussen al meer genuanceerd. Zo wordt er voornamelijk een onderscheid gemaakt tussen een groep van plegers die seksuele feiten stellen vanuit een zekere naïviteit, vertraagde en gestagneerde emotionele en sociale ontwikkeling, en zedendelinquenten waarbij er een vermoeden is van pedofilie. Deze laatste

groep wordt wel eerder als zeldzaam beschreven in de groep van personen met een verstandelijke beperking. Zij blijken ook te beschikken over meer seksuele kennis dan de groep van personen met een verstandelijke beperking die geen zedenfeiten plegen (Griffiths & Fedoroff, 2014). Verder geven studies aan dat seksuele delinquenten met een verstandelijke beperking jonger zijn bij het plegen van de feiten, als kind vaker seksueel misbruikt zijn, volwassen slachtoffers kiezen, mannelijke slachtoffers kiezen, minder geweld vertonen en geen alcohol nuttigen op het moment van de feiten. Dit staat in contrast met de seksuele delinquenten zonder verstandelijke beperking (Day, 1994; Thompson & Brown, 1997; Coleman & Haaven, 1998; Blanchard et al., 2001). Tabel 2 (Uzieblo, 2011) geeft een overzicht van de belangrijkste overeenkomsten en verschillen tussen zedendelinquenten met en zonder een verstandelijke beperking. Een deviante informatieverwerking en disfunctionele contextfactoren bij zedendelinquenten met een verstandelijke beperking komen daarin als belangrijkste verschillen naar voren.

Tabel 2

OVEREENKOMSTEN	VERSCHILLEN
Cognitieve vervormingen	Achtergrondkenmerken: leeftijd, SES, werkloosheid, familiale achtergrond, zelf ervaren misbruik
Minder impulsief	Aanleidingen en oorzaken delictpleging: voorbereiding en het verborgen houden van delict, onwetendheid,...
Beperkte communicatieve vaardigheden	Intellectuele, cognitieve en imaginaire mogelijkheden
Laag gevoel van eigenwaarde	Keuze slachtoffers: zwakke en kwetsbare
	Ernst van het delict

Aangepast van “*Mentale beperkingen bij daders*” door Uzieblo, K., 2011, PowerPointpresentatie postgraduaat forensische psychodiagnostiek en counseling (More, T.), Psychodiagnostisch Centrum, Lessius.

Er zou in het algemeen een duidelijke samenhang bestaan tussen de mate van bekendheid met de dader en de leeftijd van het slachtoffer, namelijk: hoe jonger het slachtoffer, hoe eerder de dader afkomstig is uit de onmiddellijke omgeving (Snyder, 2000). Uit een Nederlandse studie blijkt dat in 75% van de gevallen de dader van de zedenfeiten afkomstig is uit de nabije familieomgeving van het slachtoffer; met name ouders, stiefouders of andere familieleden (Leuw, Bijl, & Daalder, 2004). Daarentegen werd eerder gesteld dat zedendelinquenten met een verstandelijke beperking een minder diepgaande emotionele band hebben met hun slachtoffers in vergelijking met normaal begaafde plegers (Day, 1988; Gilby, Woolf, & Goldberg, 1989). De keuze van het slachtoffer zou eerder bepaald zijn door de situatie en de kans die zich voordoet, dan een indicatie zijn van seksuele preferentie van de pleger (Howells & Hollin, 1993). Men ziet seksueel misbruik door daders met een verstandelijke beperking ook vaak voorkomen op momenten waar ouderlijk of institutioneel gezag wegvallen (Lindsay, Smith, & Law, 2004).

2.2 Behandeling

Sinds de jaren '90 kent België een hele evolutie rond de behandeling en aanpak van zedendelinquenten. Verschillende ‘pedofilieschandalen’ brachten een maatschappelijke discussie op gang die binnen justitie en de hulpverlening een hevige hervorming heeft veroorzaakt en wetenschappelijk onderzoek in een stroomversnelling heeft gebracht. De complexe problematiek van geïnterneerden vereist een specifieke aanpak om integratie in de samenleving succesvol te

realiseren. Om participatie in de maatschappij een goede kans op slagen te geven, is het van belang om flexibele ondersteuning –aangepast aan de persoonlijke behoefte– te bewerkstelligen in contexten waar mensen het nodig hebben. De problematiek ontstaat tevens als gevolg van een samenspel tussen verschillende factoren, waardoor de aanpak dan ook multidimensioneel en multidisciplinair moet zijn (Verbeek, 2009).

De grondleggers van specifieke behandelprogramma's voor plegers met een verstandelijke beperking zijn Haaven en Coleman (1998, 2000). Andere theoretische modellen zijn veelal hierop gebaseerd. Deze modellen zijn (cognitief) gedragstherapeutisch van aard, waarbij het aanleren van vaardigheden en uitdagen van gedachtevormingen op de voorgrond staan. De theoretische modellen richten zich verder op terugvalpreventie, waarbij de delict-keten het aanknopingspunt vormt. De principes van Good Lives vormen steeds vaker een belangrijk onderdeel van een programma. Terugvalpreventie is daarbij gericht op vermijdingsdoelen (dit wil ik niet meer en wat moet ik doen om dat te bereiken) en Good Lives op toenaderingsdoelen (wat wil ik bereiken en hoe kan ik dit realiseren) (Lambrick & Glaser, 2004; Ashman & Duggan, 2007; Van Oeckel, 2007).

Recente studies geven aan dat behandeling effectief is om het recidiverisico terug te dringen (Verbeek, 2009). Zo voerden Lösel en Schmunkler (2005) een meta-analyse van 69 studies en kwamen tot het resultaat dat er een verschil is tussen het recidiverisico van onbehandelde (17,5%) en dat van behandelde daders (11,1%) van 6%. Op zich lijkt dit een klein effect, niettemin komt dit overeen met een relatieve vermindering van circa 1/3 (of 37%) recidive dankzij de behandeling, in vergelijking met onbehandelde plegers. Verder werd uit dit onderzoek vastgesteld dat er ook een effect is op het algemene recidiverisico met 31%, ten opzichte van niet-behandelde plegers. Er kan dus besloten worden dat het behandelingsprogramma niet enkel effect heeft op het seksueel delinquent gedrag, maar ook een bredere impact heeft op criminaliteit. Zo toonde Hall (1995) een daling van seksuele recidive met 8% aan, terwijl Gallagher (2000) ook een vermindering vaststelde van 10%. Hanson et al. (2002) confirmeren vanuit een meta-analyse de vermindering op seksuele recidive (van 17,4% naar 9,9%), alsook de algemene recidive voor delinquent gedrag (van 51% naar 32%). Onderzoek van Alexander (1999) gaf gelijkaardige resultaten aan met een daling van 6% voor seksuele recidive. Bij deze laatste studie werd ook het verschil in recidive onderzocht betreffende verschillende categorieën van seksueel overschrijdend gedrag. Daaruit kwam naar voren dat het beste effect werd verkregen bij pedoseksuelen met een mannelijk slachtoffer en bij incestplegers. In het algemeen is het bewijs voor de werkzaamheid van vrijwel alle van de voorgestelde interventies voor verstandelijk beperkte daders gefragmenteerd en gebaseerd op kleinschalige ongecontroleerde studies van mensen met uitdagende gedrags- en seksuele overtredingen. Verder is er beperkte erkenning van het relatieve belang van geestelijke gezondheidsproblemen bij deze doelgroep (Barron, Hassiotis, & Banes, 2002).

2.2.1 Knelpunten

Tal van programma's zijn ontwikkeld om in de behoefte aan begeleiding en behandeling van plegers van seksueel grensoverschrijdend gedrag te voorzien. Zorgverleners zijn echter vaak nog onbekend met de behandel mogelijkheden (van den Berg & van Beek, 2006) en bij medewerkers van justitie en zorginstellingen bestaan ernstige lacunes in kennis over het omgaan met verstandelijk beperkte plegers (Barron et al., 2002; van der Linden, 2003). Onderzoek naar de effectiviteit van behandelprogramma's is eerder schaars (Barron et al., 2002). Bovendien worden

knelpunten geconstateerd in de afstemming van de behandeling op de specifieke behoeften van verstandelijk beperkte plegers (Ten Wolde, le Grand, Slager, & Storms, 2006; van den Berg & Brand, 2008).

Uit onderzoek van Hoitzing, van Lankveld, Kok en Curfs (2010) kwamen enkele interessante aandachtspunten en knelpunten naar voren m.b.t de behandeling van personen met een verstandelijke beperking. Cliëntgerelateerde factoren werden bij deze laatste het meest genoemd. Voorbeelden hiervan zijn onder andere angst bij aanvang van het programma, zwijgen tijdens de behandeling, het niet of onvoldoende bereiken van interne controle en inzicht in het eigen gedrag, en het geven van sociaal wenselijke antwoorden tijdens de therapie. Dit laatste heeft ook een invloed op de risicobeoordeling. Veel cliënten hebben het in het begin moeilijk om aan het programma deel te nemen en toe te treden tot de groep, maar deze angst wordt relatief snel overwonnen. De attitude van de therapeuten en begeleiders -welke kan worden omschreven als warm, ernstig, oprecht luisterend en vooral gericht op het afkeuren van seksueel grensoverschrijdend gedrag, maar daarnaast op het accepteren van de cliënt als persoon- kan een van de verklaringen hiervoor zijn. Het aanbieden van een veilige leeromgeving waar cliënten kunnen praten over hun grensoverschrijdende gedrag is voor de meeste zedendelinquenten met een verstandelijke beperking een nieuwe ervaring. Context-gerelateerde factoren worden verder ook als knelpunt gezien. Hierbij is vooral externe controle van belang in het kader van terugvalpreventie. Andere complicaties zijn: cliënten die van de radar verdwijnen en het veroordelen of bagatelliseren van het netwerk en teams die niet meewerken aan de behandeling. Een ander knelpunt is de moeilijkheidsgraad van overplaatsing van cliënten na behandeling. Zo zijn er te weinig plaatsen bij gekwalificeerde instellingen. En wanneer de instelling de zorg wel kan bieden, dan is er een wachtlijst of de instelling weigert de cliënt op basis van bijvoorbeeld angst voor de aangemelde cliënt.

Verstandelijk beperkte zedendelinquenten bieden zich tevens weinig tot niet uit eigen beweging aan voor behandeling. Therapie vindt dus vrijwel nooit plaats zonder dat de hulpvraag ook door derden wordt omschreven, nl. opgelegd door justitie, hulpverleners of ouders. De motivatie om daderbehandeling op te zetten is dus niet intrinsiek en men ervaart het als een sanctie die noodzakelijk dient uitgevoerd te worden. Terwijl sommige normaal begaafde plegers wensen om niet te hervallen en de overtuiging hebben dat het ook niet meer zal gebeuren. Daar personen met een verstandelijke beperking behandeling bij aanvang uitsluitend als een dwangmaatregel ervaren, kunnen ze het zich begrijpelijkerwijze niet permitteren om zich te uiten over hun eigen mogelijke herval. Ze willen namelijk zo vlug mogelijk aan de 'straf' ontsnappen door zichzelf in het best mogelijke daglicht te stellen door alles te bagatelliseren, minimaliseren en verantwoordelijkheden af te schuiven (Vandewalle, 2009).

3. Verklaringsmodellen van seksueel grensoverschrijdend gedrag

Verschillende factoren gedurende de levensloop hebben een voorspellende waarde betreffende een ongunstige ontwikkeling van de persoon in de richting van grensoverschrijdend gedrag (Junger Tas, 1999). Smallbone (2006) stelt dat *“de link empirisch is aangetoond tussen onveilige vroege hechting en hostileit, agressie, impulsiviteit, problemen met regulatie van negatieve emoties, verhoogde risico's op seksuele en fysieke victimisering, angstige of vermijdende hechting in de volwassenheid.”* (p.100). Vroege kindervaringen met primaire verzorgers blijken een verrijkende potentiële invloed te hebben op het individueel functioneren en meer specifiek op

het interpersoonlijk functioneren (Elliott, Watson, Goldman, & Greenberg, 2004). De kans op ouderschap bij personen met een verstandelijke beperking zou vooral toenemen naarmate psychosociale omstandigheden gedurende de kindertijd en volwassenheid minder goed zijn (Holland, Clare, & Mukhopadhyay, 2002).

De meeste theorieën geven aan dat negatieve ontwikkelingsprocessen belangrijke voorlopers zijn in het voorkomen van seksueel gewelddadig gedrag. Zo stellen Marshall en Barbaree (1990), in hun geïntegreerde theorie van seksueel grensoverschrijdend gedrag, dat beperkte ervaringen met socialisatie, zoals gewelddadig ouderschap, verantwoordelijk zijn voor de ontwikkeling van sterke gevoelens van bitterheid en vijandigheid, dewelke essentiële elementen zijn voor seksueel beledigend gedrag. Ward, Hudson, Marshall en Siegert (1995)) werkten verder op deze theorie en hebben deze uitgebreid tot een hechtingsmodel waarin bevestigd wordt dat disfunctionele intimiteit een voorspellende factor is voor zedendelicten. Dit model suggereert dat verschillende soorten problematische ouder-kind relaties worden geassocieerd met verschillende soorten van onveilige hechtingsstijlen gevonden bij plegers van zedenfeiten (Fonagy, 1999; Marshall, Serran, & Cortoni, 2000; Smallbone, 2006). Deze bevindingen tonen aan dat er een link is tussen slachtofferschap en ouderschap van seksueel misbruik.

Fonagy en Target (1996) stellen dat *“criminele daden vaak gepleegd worden door individuen met een beperkt of falend vermogen tot mentalisatie, als deel van hun pathologische poging om zich aan te passen aan een sociale omgeving waar mentalisatie essentieel is. Wij nemen aan dat deze individuen geen toegang hadden tot betekenisvolle hechtingrelaties die hen zouden voorzien hebben van een intersubjectieve basis om een metacognitieve vaardigheid te ontwikkelen om hun interne werkmodellen en emotionele schema's rond relaties te organiseren en te coördineren.”* (p.150) Zedendelinquenten missen vaak het vermogen om intenties, gevoelens en verlangens bij zichzelf en anderen te erkennen. Dit leidt tot verstoring van het interpersoonlijk contact leidt (Vanaerschot, 2004; Vanhooren, 2006; Gunst, 2009). Personen met een verstandelijke beperking zijn zich immers bewust van hun verschillen en beperkingen, maar willen toch, zoals iedereen, aansluiting vinden bij de gebruikelijke sociale groepen in de samenleving (Vanden Hende et al., 2005). Plegers van zedenfeiten met een verstandelijke beperking komen in aanraking met beelden die er bestaan in de maatschappij betreffende de rol van mannen en vrouwen. Ze slagen er echter niet in deze rol, voornamelijk die van mannen, te vervullen omdat het hen ontbreekt aan sociale macht. Vanuit deze sociale isolatie, en hun gebrek aan sociale vaardigheden, zullen ze daarom sneller het contact van kwetsbare en jongere kinderen opzoeken, omdat ze zich daarbij het meest comfortabel voelen (Schilling & Schinke, 1989; Lakey, 1994). Ze zijn zich weinig bewust van sociale taboes en van wat aanvaardbaar seksueel gedrag inhoudt (Schilling & Schinke, 1989; Timms & Goreczny, 2002). De meerderheid van de seksuele feiten moeten in het kader van de verstandelijke beperking gezien worden. Zo liggen dikwijls impulsiviteit, psychoseksuele ontwikkelingsproblemen en nefaste omgevingsfactoren aan de basis. Slechts in een aantal gevallen zou er sprake zijn van een afwijkende seksuele voorkeur, waaronder pedofilie. We dienen in acht te nemen dat het in het geval van seksuele perversie kan gaan om 'pejoratieve labeling' door de expert, potentieel gekleurd door diens definiëring en persoonlijke opvatting (Ward & Beech, 2005; Griffiths & Fedoroff, 2014).

Onderzoek naar ontwikkelingskenmerken, die gerelateerd zouden zijn aan seksueel agressief gedrag, identificeerde een hoge prevalentie (82%) van ADHD en andere pervasieve neuro-ontwikkelingsstoornissen (Fago, 2003). Beperkingen in het executief functioneren kwamen daarbij 20 keer meer voor dan bij de algemene bevolking. Fago (2003) stelt dat personen met

ADHD veel gemeenschappelijke karakteristieken hebben met zedendelinquenten, inclusief een gebrek aan interpersoonlijke sensibiliteit en hyperseksualiteit; aantrekking tot gevaarlijk, stimulerend en risicovol gedrag; en het hebben van moeilijkheden om hun gedrag te begrenzen en te structureren. Verder gaf hij aan dat deze karakteristieken ook kenmerkend zijn voor zedendelinquenten met een verstandelijke beperking.

4. De cyclus van seksueel misbruik

De opvatting dat er in het geval van seksueel misbruik een cyclus bestaat, waarbij sommige slachtoffers zelf daders van seksueel grensoverschrijdend gedrag dreigen te worden, is wijd verspreid. Er bestaat hiervoor evenwel weinig empirisch bewijs. Reeds vele jaren, hebben hypothesen van ‘multigenerationele overdracht’ van allerlei soorten kindermishandeling geprobeerd om het bewijs, dat vele slachtoffers vervolgens anderen misbruiken, uit te leggen (Haywood, Kravitz, & Wasyliv, 1996; Tacker & Stroup, 2003; Simonsa, Wurtele, & Durham, 2008). Zowel professionals als de maatschappij blijven zich afvragen: “Waarom zou iemand die gewond is, anderen willen kwetsen?” “Waarom plegen misbruikten misbruik?” Toch is er een blijvend streven naar het begrijpen van correlaties tussen differentiële uitkomsten, om in staat te zijn risico’s te voorspellen en het onverklaarbare te verklaren. Hopelijk zal het isoleren van kritische factoren leiden tot interventies die de voortzetting van misbruik kunnen voorkomen (Whitakera et al., 2008).

Uit onderzoek blijkt dat er een mogelijkheid bestaat tot een zogenaamde ‘cyclus van misbruik’ en dit bij een minderheid van mannelijke daders. Slachtoffer worden van pedofilie of incest zou in deze context als causale factor kunnen gezien worden voor het stellen van seksueel grensoverschrijdende feiten in de toekomst (Glasser & Kolvin, 2001). Lindsay et al. (2001) vonden in een studie bij 46 zedendelinquenten met een verstandelijke beperking en 48 niet-seksuele delinquenten, dat een aanzienlijk groter deel van zedendelinquenten seksueel misbruik tijdens hun jeugd meldden (38% versus 12,7%), terwijl de niet-zedendelinquenten significant vaker het slachtoffer waren van fysiek geweld in de kindertijd (13% van de seksuele delinquenten versus 33% van de niet-zedendelinquenten). De auteurs concludeerden dat kinderlijk seksueel misbruik een belangrijke variabele is in de ontwikkeling van het seksueel grensoverschrijdend gedrag gedurende de volwassenheid. Consistent met de studie van Briere en Runtz (1990) bleek fysiek misbruik meer significant in de levensloop van niet-seksuele delinquenten, dan die van zedendelinquenten. Deze resultaten bevestigen dat de “cyclus van misbruik” aannemelijk is, maar geen alleenstaande verklaring kan bieden voor de ontwikkeling van toekomstig daderschap. Deze bevindingen sluiten aan bij het onderzoek van Finkelhor (1984) waarin gesteld werd dat het voorstellen van seksueel misbruik als enige relevante variabele binnen de “cyclus van misbruik” te simplistisch is. Onderzoek van Hayes (2009) daarentegen stelt het tegenovergestelde: zedendelinquenten met een verstandelijke beperking waren vaker slachtoffer van fysiek geweld dan van seksueel misbruik. Dit kan verklaard worden door het feit dat Lindsay et al. (2001) hun informatie verkregen over een periode die ten minste een jaar van behandeling betrof. De langere duur van een relatie met een of meer van de behandelende artsen kan daarbij hebben geleid tot een grotere waarschijnlijkheid van herinnering of openbaarmaking van het vroegere seksueel misbruik. Tevens is er de mogelijkheid dat sommige zedendelinquenten het seksueel misbruik bekendmaken omdat ze bewust of onbewust beseffen dat de behandelende artsen geïnteresseerd zijn in dit fenomeen, en omdat andere leden van de groep hun gelijkaardige ervaringen rapporteren. Resultaten van eerdere studies (Becker, Harris, & Sales, 1993; Ford & Linney, 1995)

geven aan dat zedendelinquenten een hogere prevalentie kennen van seksueel slachtofferschap tegenover plegers van niet-seksuele feiten. Deze studies hebben daarnaast ook vastgesteld dat ervaringen van mishandeling, trauma, blootstelling aan huiselijk geweld en verwaarlozing voorkomen bij de etiologie van alle delinquenten. De aan- of afwezigheid van seksueel slachtofferschap heeft op zich dus geen consequent onderscheid gemaakt tussen positieve of negatieve gedragsmatige gevolgen (Widom, 1995; Williams, 1995).

Verder blijkt uit onderzoek naar de “cyclus van misbruik”-hypothese dat het verband tussen slachtoffer- en daderschap sterk verschilt naargelang de leeftijd waarop men slachtoffer wordt, het geslacht, de exacte aard van het slachtofferschap en de relatie tot de dader. De link tussen slachtoffer- en daderschap blijkt het grootst te zijn indien het specifiek gaat om slachtofferschap van seksueel (vs. fysiek of emotioneel) misbruik (Jespersen, Lalumière, & Seto, 2009) en bij mannelijke (vs. vrouwelijke) slachtoffers (Dhawan & Marshall, 1996; Salter et al., 2003; Glasser et al., 2001; Ogloff, Cutajar, Mann, & Mullen, 2012;). Ook blijkt het verband groter bij plegers van seksueel misbruik op kinderen (vs volwassenen): tot 70% van de plegers op minderjarigen geeft aan zelf seksueel misbruikt te zijn als kind, tegenover 33% van de plegers van verkrachting op volwassenen (Simons, Wurtele, & Heil, 2002; Jespersen et al., 2009). Uit recente follow-up studies blijkt bovendien dat de adolescentie een zeer kwetsbare fase is: wie als +12-jarige misbruikt is, loopt een groter risico om dader te worden van seksueel geweld dan wie als -12-jarige werd misbruikt (Ogloff et al., 2012; Bengis, Prescott, & Tabachnick, 2012; Willems, 2013). Uit de resultaten van de studie van Ogloff et al. (2012) kwam naar voor dat slachtoffers van seksueel misbruik meestal ook pleger zijn van een misdrijf, in het bijzonder misdrijven van seksuele of gewelddadige aard. Hierbij hebben meisjes een grotere kans dan jongens om seksueel gewelddadig misbruikt te worden. Zowel jongens als meisjes hebben beiden meer kans om opnieuw slachtoffer te worden van seksueel misbruik dan de algemene bevolking.

Het recidiverend slachtoffer worden van extrafamiliale mishandeling, vaak naast recidiverende intrafamiliale mishandeling, werd in verband gebracht met gewelddadige of seksuele misdaden binnen een kleine steekproef van jeugdige delinquenten (Hamilton, Falshaw, & Browne, 2002). Deze bevindingen zijn gelijklopend met ander onderzoek waaruit blijkt dat zowel de directe ervaring met geweld, als de getuigenis van inter-ouderlijk geweld, gerelateerd zijn aan een grotere kans dat het individu betrokken is bij het plegen van kindermishandeling eenmaal men de volwassen leeftijd heeft bereikt (Cunningham, 2003).

Seksueel misbruik kan beschouwd worden als een vorm van geweld en uit de literatuur valt te besluiten dat het zelf ervaren van geweld gedurende de kindertijd gepaard gaat met een groter risico op latere delinquentie (Van Oost, 2001). De verstandelijke en sociaal-emotionele ontwikkeling van kinderen wordt bedreigd bij mishandeling en een posttraumatische stressstoornis kan zich ontwikkelen als gevolg ervan. Niet alle kinderen bezitten voldoende veerkracht om die negatieve gebeurtenissen te verwerken en de ontwikkeling ervan verloopt nog moeizamer bij kinderen met een verstandelijke beperking. Daarenboven ontwikkelen ze, ten gevolge van de mishandeling, een verhoogde kwetsbaarheid en belanden ze in een negatieve spiraal. De kans op chronisch en langdurig misbruik is immers veel groter bij kinderen en/of volwassenen met een verstandelijke beperking (De Belie, 2000).

4.1 Behandeling

Door een focus op probleemgedrag wordt een onderliggend trauma soms te lang genegeerd. Vanwege de verstandelijke beperking wordt de impact van de gebeurtenis vaak niet goed

begrepen en als gevolg daarvan wordt angst, een negatief zelfbeeld of teruggetrokken gedrag geuit. Dit resulteert in een vertraging van de behandeling of een verkeerde behandeling (Elias, Swennenhuis, & Bouma, 2009). Het slachtoffer worden van seksueel misbruik kan op zich als traumatisch ervaren worden en ernstige gevolgen hebben met betrekking tot het dagelijkse functioneren. Daarnaast kan het uitblijven van een gepaste behandeling en erkenning van het misbruik bijdragen tot de mate van traumatische beleving (cfr. supra: de context dekt mee toe). Meer specifiek met betrekking tot seksueel misbruik wijzen diverse auteurs (Douma, van den Bergh, & Hoekman, 1998; McCarthy & Thompson, 1996) op kenmerken van de hulpverlening die het risico op seksueel misbruik en op het niet detecteren ervan kunnen vergroten. Er wordt onder meer verwezen naar (a) een gebrek aan deskundigheid van de begeleiding met betrekking tot het opmerken van en omgaan met seksueel misbruik, (b) het bestaan van gesloten en hiërarchische systemen waarin potentiële slachtoffers verplicht zijn om met potentiële daders samen te leven en (c) de neiging om moeilijke zaken dood te zwijgen (De Belie & Van hove, 2003; Boetzelare, Hendriks, & Beleveld, 2012).

Verschillende auteurs pleitten voor het aanpakken van eigen slachtofferervaringen bij plegers van zedenfeiten. Zo stellen Dhawan & Marshall (1996): *“Since a disproportionate number of sex offenders have themselves been victims, this and related factors (poor quality families of origin) should be addressed in treatment. A resolution of these disruptive influences might make the offender more resilient to the ups and downs of life, and thereby, reduce the risk of reoffending.”* (p.10). In theoretische modellen die de ontwikkeling van seksueel geweld trachten te verklaren, is (vroege) seksuele traumatisering een belangrijk element, en dus zinvol om als ontstaansgrond mee aan te pakken in therapie. Zo stellen Lee, Jacksonb, Pattisonb en Wardc (2002) in hun pathway-model dat de volgende mechanismen een cruciale rol spelen bij de ontwikkeling naar seksueel geweld: tekorten op vlak van intimiteit en sociale vaardigheden, verstoorde seksuele scripts, emotionele disregulatie en denkfouten met betrekking tot geweld (Ricci & Clayton, 2008). Net deze elementen zijn, niet toevallig, ook te herkennen als gevolgen van seksuele traumatisering als kind (Willems, 2013). In het bijzonder zou het ook zinvol zijn om te focussen op mannen die seksueel misbruikt werden na de leeftijd van 12 jaar, omwille van de dramatische toename in het risico op het plegen van seksueel misbruik (Bengis et al., 2012).

4.2 Beïnvloedende factoren

Het verband tussen ‘slachtoffer zijn’ en ‘misbruiker worden’ is geen eenvoudig gegeven. Als gevolg van een traumatische slachtofferervaring (cfr. PTSS) spelen sociaal leren en imitatie vermoedelijk een rol in het worden van een pleger van misbruik. Zo kan een ‘acting out’¹ plaatsvinden waarbij de betrokkene een onvrijwillige, intrusieve en eventueel recidiverende drang heeft om de traumatische herinneringen te imiteren en/of te herbeleven. Daarnaast kunnen, als gevolg van het trauma, ook dissociatieve symptomen (2) voorkomen. Dit zijn reacties waarbij de betrokkene het gevoel heeft of handelt alsof de psychotraumatische gebeurtenis(sen) opnieuw plaatsvindt (plaatsvinden). De persoonlijkheid en interpersoonlijke factoren die hierbij het meest relevant zijn, betreffen: extreme twijfel aan zichzelf, sociale onbekwaamheid en een fundamenteel gebrek aan begrip van causaliteit op sociaal vlak. Onderzoek wees uit dat het duidelijk is dat deze persoonlijkheidskenmerken vaak aanwezig zijn bij delinquenten met een

¹ Numerieke verwijzing vanuit de literatuur naar variabele(n) in de coderingstabel – opgesteld als instrument om dit onderzoek uit te voeren (cfr. bijlage voor Tabel 4: Coderingstabel voor de Dossier-Analyse). Idem voor verdere numerieke verwijzingen.

verstandelijke beperking; zo niet typerend zijn voor personen met een verstandelijke beperking in het algemeen (Ornduff, Kelsey, & O'Leary, 2001).

Verder zijn er verschillende visies over de manier waarop misbruik en verwaarlozing kunnen bijdragen tot het plegen van feiten in het latere leven. Zo is het wijdverspreid dat kindermisbruik kan interfereren met hechting (3), d.i. de mate waarin een jong kind kan vertrouwen op zijn/haar primaire verzorger als een bron van veiligheid en bescherming. De mogelijkheid om beveiligde affectieve banden te bewerkstelligen met anderen wordt immers gezien als een hoofdkenmerk in het persoonlijk functioneren en in de mentale gezondheid. In een onderzoek bij delinquenten zonder een verstandelijke beperking gaven de misbruikte participanten aan dat hun kinderlijke en volwassen relaties minder stevig (4) waren dan die van hun niet-misbruikte tegenhangers. Zij bleken als kind minder gehecht te zijn aan hun ouders en minder veilig gehecht als volwassenen aan hun romantische partner (5). Ze waren ook meer depressief (6) en bleken zich meer destructief te gedragen in conflictsituaties, inclusief verbale agressie (8), en nog belangrijker, fysieke agressie tegenover hun partners (7) (Styron & Janoff-Bulman, 1997). Bovenstaand beeld suggereert dat personen met een verstandelijke beperking die slachtoffer zijn geweest van misbruik het moeilijk zullen hebben om een volwassen relatie te behouden (4), ze seksueel misbruik en fysiek geweld kunnen hanteren in hun relaties (7) en een gebrek aan oplossingsvaardigheden hebben. Daarenboven, zullen ze meer neigen tot depressie (6) (Hayes, 2004). In het retrospectief onderzoek van Hummel, Thoé, Oldenbué en Specht (2000) werd nagegaan welke factoren er naast het eigen slachtofferschap van seksueel misbruik in de kindertijd een rol spelen in het verworden van volwassen mannelijke zedendelinquenten. Hierbij kwam de frequente afwezigheid of het verlies van de ouders (door overlijden, afscheiding, scheiding en pleegzorg) tijdens de kindertijd en adolescentie (voor de leeftijd van 14 jaar) als belangrijkste karakteristiek naar voren. Deze werd ook beschreven bij slachtoffers die later geen zedenfeiten pleegden en staat dus vooral in verband met het seksueel misbruik. Er wordt aangenomen dat de ervaringen van het verlies geleid hebben tot aanzienlijke hechtingsstoornissen (3) (Benedict & Zautra, 1993). Bij adolescente zedendelinquenten wordt het effect van deze verwaarlozing op hun gedrag en de omgang met leeftijdsgenoten (15) hiermee geassocieerd.

Kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking groeien vaak op in omgevingen die gekenmerkt worden door agressie en interpersoonlijk fysiek misbruik (Brown & Stein, 1997). Uit onderzoek blijkt dat dit gebrek aan gepaste non-agressieve rolmodellen immers kan resulteren in de ontwikkeling van schadelijke attitudes met betrekking tot seksuele partners (5;7) en kan het overnemen en aanvoelen van sociale vaardigheden tijdens relaties remmen. Daarbij komend, zijn deze jongeren benadeeld omdat ze geen sociale vaardigheden ontwikkeld hebben die voornamelijk in (seksuele) relaties gewaardeerd worden. Hun psychosociale tekorten leiden immers tot het vergroten van hun afhankelijkheid van geweld en agressie in zowel seksuele als niet-seksuele interacties (7;8) (DelBello et al., 1999; Hunter, Figueredo, Malamuth, & Becker (2004). Hunter et al. (2004) stellen dat agressie en dreiging adaptieve mechanismen (8) zijn bij jeugdigen die opgroeien in hoog criminaliserende en gewelddadige milieus die gedomineerd worden door mannen die antisociaal gedrag tonen. Daarnaast zullen deze jongeren gebruikelijke gedragingen in de maatschappij, zoals vertrouwen, coöperatie, tolerantie en empathie waarnemen als non-adaptief omdat deze een zekere kwetsbaarheid installeren.

Vanuit het bestaand onderzoek weten we veel meer over posttraumatische en dissociatieve symptomen (2), hechtingsstoornissen (3), verslavingen (9), eetstoornissen (10) en somatoforme

symptomen (11) als gevolg van trauma, dan de directe effecten ervan op de ontwikkeling van seksueel gedrag. Omtrent dit onderwerp bestaat er weinig onderzoek omwille van het aangehouden taboe tegenover seksuele ontwikkeling en omwille van het feit dat deze symptomen ten gevolge van trauma ook geïdentificeerd werden bij zedendelinquenten zonder een misbruikverleden. Expressies zoals seksverslaving, homoseksualiteit, sadomasochistisch gedrag en prostitutie worden geïdentificeerd als deviant, wat ook heeft bijgedragen tot wroeging om deze gedragingen open te bespreken (Hoekman & van den Bergh, 2006). Echter, is hier wel nood aan om in de toekomst behandelingen gericht en dus preventief te werken zodat slachtoffers minder kans hebben om dadergedrag te ontwikkelen. In een meta-analyse van Chu en Bowman (2002) bleken enkele van bovenstaande gevolgen van seksueel misbruik een verhoogd risico op het plegen van seksuele feiten met zich mee te brengen, nl. een verstoorde seksuele oriëntatie en fantasieën (12), hypo (13)-en hyperseksualiteit (14), dissociatieve verstoringen (2), seksverslaving (14) en seksuele compulsiviteit (14).

Bij seksuele delinquenten met een verstandelijke beperking, is er een grote prevalentie van fysiek of seksueel misbruik aanwezig en er wordt verondersteld dat zij een gelijkaardig scala aan tekorten en symptomen zullen ontwikkelen als seksuele delinquenten zonder een verstandelijke beperking. Dit werd bevestigd in een studie naar de psychologische verstoringen geassocieerd met seksueel misbruik bij personen met een verstandelijke beperking in vergelijking met een groep die niet seksueel misbruikt werd. Dit onderzoek gaf aan dat degenen die misbruikt werden meer ernstige gedragsproblemen, vooral agressiviteit en opgewonden gedrag (8), zelfverwonding (16), uitbarstingen en stemmingswisselingen (6) bleken te vertonen, zowel als sociale isolatie (17) en stereotiep gedrag (Sequeira, Howlin, & Hollins, 2003). Er was ook een hogere incidentie van psychiatrische stoornissen in de groep van personen met een misbruikverleden, evenals ernstigere vormen van depressie (6) en angststoornissen (18). Hoezeer de intensiteit van het misbruik steeg, te meer steeg ook de intensiteit van de symptomen. Bijzonder is dat inadequate dagelijkse levensvaardigheden, een chronische fysieke conditie, sociale incompetentie en negatieve levenservaringen als voorspellend worden beschouwd in de DSM-IV gedragsstoornis voor kinderen met een verstandelijke beperking. Belangrijk hierbij is dat storend gedrag (zoals gedefinieerd door de *Diagnostic Interview Schedule for Children – Parent Version: DISC-IV-PV*) specifiek voorspeld werd door inadequate dagelijkse vaardigheden, familiale disfuncties en laag geschoolde ouders, terwijl stemmingsstoornissen specifiek werden voorspeld door negatieve levenservaringen (Dekker en Koot, 2003). Deze resultaten wijzen op de link tussen misbruik en persisterende gedragsmatige, psychologische en psychiatrische stoornissen bij personen met een verstandelijke beperking.

In het onderzoek van Hoekman en van den Bergh (2006) naar de specifieke gevolgen van misbruik bij kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking benoemen professionals voornamelijk een internaliserende gedragsproblematiek, zoals angst (18), depressie (6), een negatief zelfbeeld en teruggetrokken gedrag, als het meest voorkomende. Tegelijkertijd kan parentificatie optreden; d.i. het op zich nemen van de ouderrol door een kind in situaties waarin de ouder(s) dit niet wil (willen) of kan (kunnen); of worden kinderen en jongeren relatief vaak afhankelijk van (verkeerde) personen. Daarnaast wordt nog een groot aantal minder specifieke gevolgen toegevoegd. Het gaat hierbij om dadergedrag, grensoverschrijdend gedrag, automutilatie (16), psychosomatische klachten (11), eetstoornissen (10), een verhoogde stressgevoeligheid (21), schuldgevoelens, agressieproblematiek (8), dissociaties (2), stemmingsstoornissen (6), regressie, slaapproblemen (19), psychotische episodes (22) en ADHD-

achtige gedragingen (20). De professionals benoemen hierbij dat posttraumatische stressstoornis symptomen al op jonge leeftijd zichtbaar kunnen zijn. Deze veelheid aan gevolgen maken de diagnostiek lastiger waardoor de juiste behandeling vaak te laat of niet tot stand komt. Lindsay et al. (2001) stellen verder dat een verleden van misbruik bij personen met een verstandelijke beperking correleert met depressie (6), suïcidale gedachten en zelfmoordpogingen (21) (Hayes, 2004), hoewel depressie niet consistent is teruggevonden in onderzoek vergeleken met delinquenten van niet-seksuele feiten. Seksuele delinquenten met een verstandelijke beperking die depressieve symptomen vertonen, zouden eerder geweld gebruiken of bedreigd hebben om geweld te gebruiken tijdens het plegen van de feiten. Dit is consistent met de bevindingen in onderzoek naar tekorten in probleemoplossingsvaardigheden (Sturon & Janoff-Bulman, 1997).

Naast bovenstaande resultaten, suggereren de huidige onderzoeksgegevens dat de “cyclus van misbruik” verder gericht onderzoek vraagt. Zo dient bijvoorbeeld de etiologie en de rol van depressie verder te worden onderzocht. Lunsy (2003) rapporteerde eerder dat percepties van stress en eenzaamheid kunnen worden gerelateerd aan symptomen van depressie bij volwassenen met een borderline persoonlijkheidsstoornis en/of verstandelijke beperking. Toekomstig onderzoek zou kunnen bepalen of voorafgaand misbruik is gekoppeld aan de kans op ontwikkeling van stress en isolement, en dus depressie (Hayes, 2009). Dagnan en Sandhu 's (1999) vonden dat depressie gerelateerd is aan een laag zelfbeeld en een lager groepsgevoel. Daarom vragen zij ook verder onderzoek in het kader van seksuele misdrijven, vanwege de gevolgen betreffende sociaal isolement bij slachtoffers en dus de mogelijke beïnvloeding op de “cyclus van seksueel misbruik”. Daarenboven zijn alle onderzoeksresultaten niet zomaar te generaliseren naar de groep van zedendelinquenten met een verstandelijke beperking.

Probleemstelling

Het onderwerp ‘seksueel grensoverschrijdend gedrag bij personen met een verstandelijke beperking’ komt de laatste jaren steeds meer onder de aandacht (Verbeeck, 2009). Personen met een verstandelijke beperking, net zoals normaal begaafde mensen, kunnen hierbij zowel plegger als slachtoffer zijn van seksueel geweld en de combinatie hiervan in een persoon verenigd, is niet uitzonderlijk. De opvatting dat er in het geval van seksueel misbruik een cyclus bestaat, waarbij sommige slachtoffers daders van seksueel grensoverschrijdend gedrag dreigen te worden, is wijd verspreid (Haywood et al., 1996; Tacker & Stroup, 2003; Simons et al., 2008). Er bestaat hier echter vooralsnog weinig empirisch bewijs voor (Vanden Hende et al., 2005; Whitakera et al., 2008). De hypothese biedt immers geen alleenstaande verklaring. Er zijn allerhande causale factoren die als gevolg van het trauma een belangrijke rol kunnen spelen. Onderzoek betreffende de specifieke populatie van verstandelijk beperkte zedendelinquenten en de beïnvloeding van hun eigen seksuele slachtofferervaringen zijn zo goed als onbestaande en niet in Vlaanderen uitgevoerd. Er is niet veel geweten over het verband tussen slachtoffer- en daderschap en psychologische, gedrags- en psychiatrische symptomen bij delinquenten (Hayes, 2009). In voorgaande studies werd vaak een strikt onderscheid gemaakt tussen ‘enkel’ slachtoffers en ‘enkel’ daders en tussen personen zonder ervaring met grensoverschrijdend gedrag (als dader of als slachtoffer) en personen die zowel reeds slachtoffer als dader ervan waren. De analyse van de rol van verschillende risicofactoren in het tot stand komen van deze groepen gebeurt hierbij tevens afzonderlijk. Dit vormt een belangrijke aanzet tot meer onderzoek naar mechanismen omtrent de overgang van slachtofferschap naar daderschap en omgekeerd (Vynckier, 2012). Verstandelijk beperkte personen lopen immers een groter risico om later zelf feiten te plegen. Deze bevinding wordt in veel mindere mate teruggevonden bij normaal begaafde slachtoffers en dient dus in acht genomen te worden met het oog op preventief werken naar potentieel toekomstig daderschap (Douma et al., 2000; Vandewalle, 2009).

Veel zedendelinquenten met een verstandelijke beperking zijn een groot deel van hun leven onderworpen aan stigmatisering en er is onvoldoende informatie over fundamentele kwesties, als seksualiteit en relaties. Dergelijke vooroordelen zijn in strijd met het feit dat personen met een verstandelijke beperking, meer dan anderen in de samenleving, een grotere kans hebben om slachtoffer te zijn in plaats van dader van seksueel grensoverschrijdend gedrag (Thompson, 1997). Daarom dient elke individuele dader behandeld te worden met respect en met het oog op het maximaliseren van zijn mogelijkheden. In de meeste gevallen betreft de verwezenlijking van deze doelstellingen een belangrijk onderdeel van het verminderen van hun risico op overtreding. Dit is tevens volledig in overeenstemming met de eisen van de veiligheid binnen de samenleving (Lambrick & Glaser, 2004). Echter, in Vlaanderen zorgt de opsluiting van deze geïnterneerden in een onaangepaste beveiligende setting (vaak de gevangenis), omwille van de te lange wachtlijsten, ervoor dat een efficiënte behandeling tekort schiet. Daarnaast is er vanuit het werkveld vraag naar handvaten m.b.t. de behandeling van en omgang met deze doelgroep om aanwezige blokkades als gevolg van eigen slachtofferervaringen te kunnen achterhalen en te erkennen.

Aan de hand van deze scriptie wordt beoogd om via een dossier-analyse de beïnvloeding van specifieke factoren, als gevolg van eigen seksueel slachtofferschap, op de ontwikkeling van dadergedrag bij personen met een verstandelijke beperking, na te gaan.

Bovenstaande probleemstelling werd vertaald tot volgende onderzoeksvragen:

- Onderzoeksvraag 1
 - 1a: In welke mate zijn seksueel traumatische ervaringen aanwezig bij zedendelinquenten met een verstandelijke beperking?
 - 1b: Wordt de klinische indruk van de “cyclus van seksueel misbruik” bevestigd bij geïnterneerden met een verstandelijke beperking?
- Onderzoeksvraag 2
 - 2a: Welke beïnvloedende en specifieke factoren zijn, als gevolg van slachtofferervaringen van seksueel misbruik, aanwezig bij delinquenten met een verstandelijke beperking?
 - 2b: In welke mate is er een verschil in deze factoren bij daders met een verstandelijke beperking die seksuele delicten pleegden en deze die andere feiten pleegden?
- Onderzoeksvraag 3: Welke factoren voorspellen of een persoon met een verstandelijke beperking pleger wordt van zedenfeiten of pleger wordt van andere feiten?

Methodologie

Onderzoekers gebruiken verschillende strategieën om de aard en variabiliteit van seksueel misbruik, risicofactoren en zedenfeiten na te gaan. Objectief-gebaseerd onderzoek identificeert daarbij zowel statische als dynamische factoren met de bedoeling om verschillende niveaus en samenhang te ontdekken. Een subjectief-gebaseerd onderzoek kan verschillende percepties en ervaringen weergeven door bevraging. Er wordt in deze studie uitdrukkelijk gekozen voor een objectieve dossier-analyse wegens het delicate onderwerp dat moeilijk bespreekbaar is bij de participanten omwille van hun beperkte draagkracht en kwetsbaarheid. Daarbij komend zijn er concrete communicatieve en cognitieve beperkingen, en speelt het onvermogen om een vertrouwensband op te bouwen met een onderzoeker op korte tijd.

Setting en participanten

Vanuit de beschreven problematiek stelt 'Werking Ontgrendeld' de vraag naar onderzoek omtrent de beïnvloeding van seksueel traumatische ervaringen op het gedrag en het plegen van feiten door geïnterneerden met een verstandelijke beperking. Via een dossier-analyse van de geïnterneerden met een verstandelijke beperking, opgenomen in de werking 'Ontgrendeld' binnen Centrum OBRA vzw in de gevangenis van Gent, werd getracht een antwoord te vinden op de onderzoeksvragen. 'Werking Ontgrendeld' is een project dat, vanuit de maatschappelijke opdracht van Centrum OBRA vzw en in samenwerking met de gevangenis van Gent, in 2001 van start is gegaan. 'Ontgrendeld' ondersteunt geïnterneerden met een beperking (voornamelijk een verstandelijke beperking) tijdens hun detentie en in hun reclasseringsprocedure, met als voorwaarde dat de geïnterneerden een VAPH-erkenning hebben of hiervoor in aanmerking komen. Daarbij komend dient er een perspectief op re-integratie in de maatschappij te zijn. In de praktijk van Centrum OBRA vzw krijgt men vooral te maken met personen met lichte (IQ 50-55 tot 70-75) en matige verstandelijke beperkingen (IQ 35-40 tot 50-55). Het gaat hierbij om een zeer gevarieerd publiek (leeftijd, achtergrond, niveau van functioneren, etc.) en dit komt tot uiting op verschillende domeinen (Centrum OBRA vzw, 2010). Rond de deelnemers die seksuele delicten gepleegd hebben wordt een bijkomende psychotherapeutische en/of seksuologische beeldvorming opgebouwd, naast de individuele handelingsplanning. Aanvullende diagnostiek en screening kan door de psychologe opgenomen worden om een beter beeld te krijgen van de seksualiteitsbeleving en de problematiek (Centrum OBRA vzw, 2010). Bij de plegers van seksuele delicten wordt hierbij extra aandacht besteed aan het opmaken van beeldvorming rond de seksuele problematiek van de deelnemer. Indien aangewezen, komen deze cliënten tevens in aanmerking voor een therapeutische ondersteuning die zich richt op het bespreekbaar stellen van de seksuele delicten en het zicht krijgen op risico- en beschermende factoren.

De participanten van de dossier-analyse zijn de deelnemers van 'Werking Ontgrendeld' gedurende twee jaar (2012 en 2013). Dit zijn de twee recentste jaren waarvan nog met papieren agogische dossiers gewerkt werd. Sinds januari 2014 werden alle dossiers aangepast naar digitale versies. Hierbij bevinden zich verschillende delen en versies van de dossiers op verschillende computers, waardoor het praktisch niet haalbaar is deze versies te analyseren. Daarenboven zijn alle manuele agogische dossiers goed bewaard, makkelijk toegankelijk en zijn ze inhoudelijk consistent te analyseren. Alle plegers van zedenfeiten binnen die periode werden geanalyseerd (n=28) en daar tegenover werd een gelijke groep van plegers van andere feiten ad random geselecteerd uit diezelfde periode (n=28). Op die manier kunnen deze twee groepen in de

statistische verwerking met elkaar vergeleken worden, teneinde bovenstaande onderzoeksvragen te beantwoorden. Deze twee groepen van participanten bleken het exacte aantal dossiers van de onderzochte twee jaar te zijn. In het totaal werden er dus 56 dossiers geanalyseerd, bestaande uit twee gelijke groepen, dewelke de volledige bezetting van ‘Ontgrendeld’ gedurende 2012 en 2013 is.

Instrumenten

In dit onderzoek werd gewerkt met een eigenhandig opgestelde coderingstabel van variabelen die als gevolg van eigen slachtofferervaringen een mogelijke invloed hebben op de ontwikkeling van dadergedrag (cfr. bijlage voor Tabel 4: Coderingstabel voor de Dossier-Analyse). Deze tabel is voortgekomen uit bovenstaande literatuurstudie van bestaand onderzoek naar de gevolgen van traumatische slachtofferervaringen (cfr. numerieke verwijzing vanuit het conceptueel kader naar tabel 4 in bijlage). Op die manier kunnen meerdere variabelen betrokken worden en is er ruimte voor exploratieve toevoeging van opmerkelijke karakteristieken op basis van hun frequente verschijning en beschrijving in de dossiers. Er werd in de opgestelde coderingstabel een onderscheid gemaakt tussen verschillende factoren:

- Statische factoren: historische kenmerken van de participant. Ze veranderen niet meer of slechts in één richting.
- Beïnvloedende factoren: factoren die als gevolg van eigen slachtofferervaringen (mogelijks) een invloed hebben op de ontwikkeling van toekomstig dadergedrag.
- Specifieke factoren: factoren die als gevolg van eigen slachtofferervaringen (mogelijks) een rol spelen in het (huidig) functioneren van de participanten.

De verklaring van de opgenomen variabelen en de manier van codering staan beschreven in tabel 5 (cfr. bijlage voor Tabel 5: Verduidelijking Variabelen van de Coderingstabel voor de Dossier-Analyse).

Analyse

Een coderingstabel werd opgesteld (zie supra) om beïnvloedende factoren tijdens het levensverloop van de participanten te scoren op hun aan- of afwezigheid. Deze gegevens zijn anoniem geregistreerd en kwantitatief verwerkt met behulp van SPSS Statistics 22.0 (Statistical Package for the Social Sciences). Voor alle analyses werd een statistische significantiedrempel van $p < .05$ weerhouden. Descriptieve analyses in de vorm van frequenties en kruistabellen werden toegepast om de karakteristieken (cfr. statische factoren) van de participanten in kaart te brengen.

Vervolgens werden Chi-kwadraat statistieken gebruikt om de verschillen in registraties van factoren tussen de groep van zedendelinquenten en de groep van niet-zedendelinquenten te evalueren op bivariaat niveau. De toets gaat daarenboven na of de waargenomen aantallen systematisch afwijken van de verwachte aantallen en in welke mate deze afwijking groot genoeg is om significant te correleren met één van de populaties. Er werd aan de hand van deze statistieken ook nagegaan welke factoren significant in verband staan met het al dan niet hebben van een verleden van seksuele misbruikervaringen. De Cramér's V werd gebruikt als associatiemaat om de sterkte van het verband na te gaan. Volgende vuistregel om de sterkte van

het verband te rapporteren werd toegepast (Moore & McCabe, 2005; Kline, 2009):

- 0 – 0,10: zeer zwak/geen verband
- 0,11 – 0,30: zwak verband
- 0,31 – 0,50: redelijk verband
- 0,51 – 0,80: sterk verband
- 0,81 – 0,99: zeer sterk verband
- 1: perfect verband.

Tot slot werd een logistische regressie uitgevoerd waarin de factoren, die significant bleken uit de chi-kwadraattoetsen voor zowel het plegen van zedenfeiten als voor het ervaren hebben van seksueel misbruik, gemodelleerd werden als predictoren in een model voor de dichotome uitkomstvariabele: het al dan niet plegen van zedenfeiten. De fit van het model werd nagegaan en de logistische regressiecoëfficiënten van de significante predictoren in het model werden vervolgens omgezet in odds ratio's; d.i. de verhouding tussen de waarschijnlijkheid dat een gebeurtenis voorvalt of zal voorvallen en de waarschijnlijkheid dat ze niet voorvalt of zal voorvallen.

Betrouwbaarheid en ethische aspecten

Er moet rekening gehouden worden met het feit dat een misbruikverleden niet altijd vermeld staat in dossiers of dat er mogelijks onterecht meldingen gemaakt worden van verkrachting of aanranding in de eigen kindertijd (Vanden Hende et al., 2005). De gerapporteerde gevallen van slachtoffers van seksueel misbruik tijdens de kinderjaren bij zedendelinquenten met een verstandelijke beperking variëren immers over verschillende studies heen. Zo ondervond Hayes (2009) een lagere frequentie dan Lindsay et al. (2001), namelijk 30% versus 38%. In welke mate dit aanleunt bij het exacte aantal zal nooit geweten zijn. Voor sommigen blijft het voor altijd verzwegen, terwijl anderen door een toegeving begrip vragen voor hun situatie en hun daarmee samenhangende gepleegde feiten. Er moet dus in dit onderzoek aandacht zijn voor een 'dark number'. Zo zullen er mogelijks enkele "vals negatieven" zijn onder de participanten, omdat de slachtofferervaringen verdrongen worden of nooit erkend zijn geweest. Anderzijds kunnen er ook "vals positieven" aanwezig zijn, omdat geïnterneerden op die manier verantwoordelijkheid en rationalisering bieden aan hun feiten.

Een toestemming bij de Ethische Commissie van de Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen van de Universiteit Gent werd aangevraagd via de vakgroep Orthopedagogiek (cfr. bijlage van het positief advies van de ethische commissie).

Resultaten

Statische factoren

De dossierstudie toonde aan dat de participanten hoofdzakelijk mannen (94,6%) zijn met voornamelijk een licht verstandelijke beperking (64,3%). De feiten die tijdens de dossier-analyse geregistreerd werden, betreffen de feiten waartoe de deelnemers geïnterneerd werden en/of aansloten bij de werking van Centrum OBRA vzw. Een keten van delicten wordt dus niet uitgesloten, maar er werd gekozen om te werken op basis van de feiten die het zwaarst doorwegen en/of de maatregel van internering tot gevolg kregen. Bij de populatie van zedendelinquenten werd de aanranding van -14 jarigen als meest frequent geregistreerd (42,9%), terwijl brandstichting het meeste werd gepleegd bij de populatie van niet-zedendelinquenten (21,4%). Deze kenmerken worden in tabel 6 gedetailleerd weergegeven.

Tabel 6 – Kenmerken van geïnterneerde zedendelinquenten (ZD) en niet-zedendelinquenten (NZD) met een verstandelijke beperking (n=56)

		ZD (n=28)		NZD (n=28)		TOTAAL (n=56)	
		%	N	%	N	%	N
Geslacht	Vrouwelijk	3,6	1	7,1	2	5,4	3
	Mannelijk	96,4	27	92,9	26	94,6	53
IQ*							
	Licht verstandelijke beperking (IQ 55 tot 70-75)	67,9	19	60,7	17	64,3	36
	Matig verstandelijke beperking (IQ 35-40 tot 50-55)	28,6	8	28,6	8	32,1	18
Feiten							
	Aanranding -14j	42,9	12	0,0	0	21,4	12
	Verkrachting -14j	32,1	9	0,0	0	16,1	9
	Verkrachting met geweld van een meerderjarige	10,7	3	0,0	0	5,4	3
	Poging tot verkrachting van een minderjarige	7,1	2	0,0	0	3,0	2
	Ontvoering en betasting van een minderjarige	3,6	1	0,0	0	1,8	1

	Openbare zedenschennis	3,6	1	0,0	0	1,8	1
	Brandstichting	0,0	0	21,4	6	16,1	6
	Druggerelateerde feiten	0,0	0	10,7	3	5,4	3
	Doodslag	0,0	0	10,7	3	5,4	3
	Bedreiging met geweld	0,0	0	10,7	3	5,4	3
	Wapendracht	0,0	0	7,1	2	3,0	2
	Poging tot doodslag	0,0	0	3,6	1	1,8	1

* Missing data: er zijn 4 IQ-gegevens niet teruggevonden in de dossiers (1 ZD en 3 NZD).

Onderzoeksvraag 1

1a: “In welke mate zijn seksueel traumatische ervaringen aanwezig bij zedendelinquenten met een verstandelijke beperking?”

1b: “Wordt de klinische indruk van de “cyclus van seksueel misbruik” bevestigd bij geïnterneerden met een verstandelijke beperking?”

Tabel 7 vat de negatieve life events, in de vorm van misbruik, voor de participanten samen. Opvallend daarbij is dat meer dan de helft van de participanten slachtoffer werd van misbruik tijdens hun minderjarigheid (55,4%). Daarbinnen is de populatie van zedendelinquenten het meest in aanraking gekomen met misbruik (67,9% ZD vs. 42,9% NZD). Over de beide groepen heen werd fysiek misbruik het meest geregistreerd (28,6%) en emotioneel misbruik het minst (14,3%). Echter, dient hier zeker notie genomen te worden van het feit dat niet alle vormen van misbruik duidelijk beschreven staan in de dossiers en dat de slachtofferervaringen vaak niet erkend worden tijdens de levensloop van geïnterneerden met een verstandelijke beperking. Zo waren er in de meeste dossiers duidelijke aanwijzingen voor emotioneel misbruik (“verwaarlozing”, “pedagogisch erbarmelijke omstandigheden”, “onvermogen tot sensitief en responsief reageren”, “negligeren”, etc.), maar deze waren eerder van omschrijvend niveau, waardoor vaak geen duidelijke vaststelling gevonden kon worden. Het verlies van de ouders (door scheiding, overlijden, niet kunnen opnemen van de zorg door psychiatrische problematiek, e.d.) wordt in de dossiers ook vaak omschreven als een ingrijpende gebeurtenis die zijn sporen nalaat. Seksueel misbruik werd het meest geconstateerd bij zedendelinquenten (46,4% ZD vs. 3,6% NZD). Daarenboven is er een significante, redelijk sterke correlatie tussen het al dan niet slachtoffer zijn van seksueel misbruik en het al dan niet verworpen tot een zedendelinquent: wanneer geïnterneerden met een verstandelijke beperking slachtoffer zijn geworden van seksueel misbruik tijdens hun minderjarigheid, zal de kans groter zijn dat men later pleger wordt van zedenfeiten, $\chi^2(1) = 13,714$, $V = 0,495$, $p < 0,001$. Over de beide groepen heen, vond het misbruik vooral chronisch (53,6%) en intrafamiliaal (44,6%) plaats.

Tijdens de dossier-analyse werd ook geregistreerd in hoeverre de hulpverlening reeds toegekomen is aan de erkenning van eigen misbruikervaringen. Dit werd teruggevonden bij

slechts 7,1% van de participanten (14,3% ZD en 0,0% NZD) en vond plaats tijdens de deelname aan werking “Ontgrendeld”. Bij deze en ook andere plegers wordt er echter hoofdzakelijk gefocust op de behandeling van (seksuele) problematieken en hun dadergedrag, terwijl negatieve life events op beschrijvend niveau blijven hangen in de anamnese om de herkomst van mogelijke problematieken te kunnen kaderen. Daarnaast wordt er ook opvallend vaak de nadruk gelegd op het al dan niet erkennen van de feiten, teneinde hun normbesef en dus hun integratiemogelijkheden te beoordelen.

Tabel 7 – Misbruik bij geïnterneerde zedendelinquenten (ZD) en niet- zedendelinquenten (NZD) met een verstandelijke beperking (n=56)

		ZD (n=28)		NZD (n=28)		TOTAAL (n=56)	
		%	N	%	N	%	N
Slachtoffer misbruik		67,9	19	42,9	12	55,4	31
	Emotioneel	7,1	2	21,4	6	14,3	8
	Fysiek	32,1	9	25,0	7	28,6	16
	Seksueel*	46,4	13	3,6	1	25,0	14
Frequentie misbruik							
	Acuut	0,0	0	3,6	1	1,8	1
	Chronisch	67,9	19	39,3	11	53,6	30
Dader misbruik							
	Onbekend	0,0	0	0,0	0	0,0	0
	Interfamiliaal	21,4	6	10,7	3	16,1	9
	Intrafamiliaal	53,6	15	35,7	10	44,6	25

Noot: * $p < .05$

Onderzoeksvraag 2

2a: “Welke beïnvloedende en specifieke factoren zijn, als gevolg van slachtofferervaringen van seksueel misbruik, aanwezig bij delinquenten met een verstandelijke beperking?”

2b: “In welke mate is er een verschil in deze factoren bij daders met een verstandelijke beperking die seksuele delicten pleegden en deze die andere feiten pleegden?”

Beïnvloedende factoren zijn factoren die als gevolg van eigen slachtofferervaringen bij de

participanten (mogelijks) een invloed gehad hebben op de ontwikkeling van hun dadergedrag. Tabel 8 geeft de frequenties van deze factoren voor beide populaties weer en de mate waarin deze factoren daarbij significant bleken te correleren met het al dan niet plegen van zedenfeiten. Het is op basis van deze data evenwel niet mogelijk om causale relaties, waarbij de beïnvloedende factor de oorzaak zou zijn van het plegen van zedenfeiten, na te gaan.

De mogelijke gevolgen van een posttraumatische stressstoornis, in de vorm van dissociatieve symptomen en acting out-gedrag, bleken minimaal beschreven in de dossiers van beide populaties (5,4% en 0,0%). Imitatiegedrag wordt in de dossiers eerder aanzien als aangeleerd gedrag vanuit een losbandige en pedagogisch arme opvoeding. Daarenboven wordt er meestal verwezen naar andere oorzaken dan eigen slachtofferervaringen of seksuele fixaties, voor seksueel overschrijdend gedrag die meer voor de hand liggend zijn en te verklaren zijn vanuit de verstandelijke beperking, zoals: het ontbreken van correcte seksuele kennis, een empatisch onvermogen, een sociaal-emotionele congruentie met het slachtoffer en/of als gevolg van verschillende opportunititeiten (beschikbaarheid van het slachtoffer en een geringe pakkans). Verder kwam een psychotische problematiek evenveel naar voren in beide populaties (21,4%), waardoor er dus geen significant verschil is tussen plegers van zedenfeiten en plegers van andere feiten. In de dossiers van de geïnterneerden met een verstandelijke beperking werd de problematiek van agressie vaak aangekaart (46,4%). En wanneer we de twee populaties vergelijken, zien we een significante, redelijke correlatie tussen het al dan niet hebben van een agressieproblematiek en het al dan niet verworden tot een zedendelinquent: wanneer geïnterneerden met een verstandelijke beperking een agressieproblematiek hebben, zal de kans groter zijn dat men later plegger wordt van feiten die niet zeden-gerelateerd zijn, $\chi^2(1) = 7,179$, $V = 0,495$, $p < 0,001$. In de dossiers werd een agressieproblematiek vaak vertaald als een signaal van frustratie door overbevraging vanuit de omgeving, wat bij personen met een verstandelijke beperking moeilijk gekanaliseerd kan worden.

Wat het middelenmisbruik betreft, is er geen verschil in alcoholmisbruik (25,0% ZD vs. 21,4% NZD), maar is er wel een significant redelijk verband tussen drugmisbruik en het al dan niet plegen van zedenfeiten (10,7% ZD vs. 46,4% NZD). Zo is de kans groter dat plegers van niet-zedenfeiten in het verleden en/of heden een drugproblematiek kennen, $\chi^2(1) = 8,750$, $V = 0,395$, $p = 0,003$. Deze drugproblematiek bleek immers ook zwak significant te correleren met het al dan niet bezitten van slachtofferervaringen van seksueel misbruik. Zo hebben geïnterneerden die een misbruikverleden kennen, een kleinere kans om later een drugproblematiek te ontwikkelen, $\chi^2(1) = 4,200$, $V = 0,274$, $p = 0,40$. Naast het gemotiveerd zijn voor behandeling, wordt het niet hebben van een drugsproblematiek in de dossiers immers als een van de meest beschermende factoren beschreven voor het niet verworden tot dader. Verder bleek de mate van sociale isolatie (d.i. de frequente of continue afzondering van de participant in kleine groep, zoals een gezin, of individueel) tijdens de levensloop ook significant zwak te correleren met het al dan niet plegen van zedenfeiten. Een sociaal isolement tijdens de levensloop zou daarbij de kans vergroten op het verworden tot een zedendelinquent, $\chi^2(1) = 3,903$, $V = 0,264$, $p = 0,48$.

Een verstoorde seksuele identiteit, in het algemeen, bleek duidelijk frequenter aanwezig bij geïnterneerden met een verstandelijke beperking die zedenfeiten gepleegd hebben (32,1%). Zo correleert de aanwezigheid van parafilie significant redelijk sterk met het al dan niet plegen van zedenfeiten: wanneer er parafilie gediagnosticeerd wordt bij de geïnterneerde, is de kans groter dat met later zedenfeiten zal plegen, $\chi^2(1) = 10,723$, $V = 0,438$, $p = 0,002$. Dit geldt ook voor

geïnterneerden met een verstandelijke beperking en een seksverslaving. Hiervoor is er een significant redelijk verband waarbij de kans groter is op het plegen van zedenfeiten indien de betrokkene een seksverslaving heeft, $\chi^2(1) = 8,750$, $V = 0,395$, $p = 0,003$. Er is immers een significant redelijk sterk verband tussen parafilie en het al dan niet hebben van een verleden van seksuele misbruikervaringen. Zo zullen geïnterneerden met een verstandelijke beperking die een seksueel misbruik verleden kennen, een grotere kans hebben op het ontwikkelen van parafilie, $\chi^2(1) = 5,340$, $V = 0,309$, $p = 0,021$. Tot slot bestaat er een significant, sterk verband tussen de aanwezigheid van verstoorde seksuele scripts en het al dan niet plegen van zedenfeiten: hoe intensiever de seksuele scripts verstoord zijn, hoe groter de kans dat men later zedenfeiten zal plegen, $\chi^2(1) = 18,667$, $V = 0,577$, $p < 0,001$. Ook deze beïnvloedende factor correleert significant redelijk sterk met het al dan niet ervaren hebben van seksueel misbruik tijdens de minderjarigheid. Zo zullen geïnterneerden die een seksueel misbruik verleden ervaren hebben, een grotere kans hebben op de ontwikkeling van verstoorde seksuele en relationele scripts, $\chi^2(1) = 9,722$, $V = 0,417$, $p = 0,002$. Deze laatste factor wordt in de dossiers frequent aangehaald als een belangrijke risicofactor tot het plegen van zedenfeiten, waarbij de leergeschiedenis- en omgeving een belangrijke rol spelen.

Tabel 8 – Beïnvloedende factoren bij geïnterneerde zedendelinquenten (ZD) en niet-zedendelinquenten (NZD) met een verstandelijke beperking (n=56)

		ZD (n=28)		NZD (n=28)		TOTAAL (n=56)	
		%	N	%	N	%	N
Posttraumatische stressstoornis	Dissociatieve symptomen	7,1	2	3,6	1	5,4	3
	Acting out	0,0	0	0,0	0	0,0	0
Psychotische stoornis		21,4	6	21,4	6	21,4	12
Agressieproblematiek*		28,6	8	64,3	18	46,4	26
Middelenmisbruik	Alcoholmisbruik	25,0	7	21,4	6	23,2	13
	Drugmisbruik*	10,7	3	46,4	13	28,6	16
Sociale isolatie*		46,4	13	21,4	6	28,8	19
Verstoorde seksuele identiteit	Parafilie*	32,1	9	0,0	0	16,1	9
	Seksverslaving*	46,4	13	10,7	3	28,6	16
	Hyposeksualiteit	3,6	1	3,6	1	3,6	2

	Verstoorde seksueel scripts*	71,4	20	14,3	4	42,9	24
--	------------------------------	------	----	------	---	------	----

Noot: * $p < .05$

Tabel 9 geeft weer in hoeverre specifieke factoren aanwezig zijn in beide populaties en in welke mate dit verschil tussen de populaties groot genoeg is om significant in verband te staan met het al dan niet plegen van zedenfeiten door geïnterneerden met een verstandelijke beperking. Specifieke factoren zijn factoren die als gevolg van eigen slachtofferervaringen (mogelijks) een rol spelen in het (huidige) functioneren van de participanten.

Over de beide populaties heen werden relatief weinig angststoornissen (1,8%), automutilatie (17,9%), psychosomatische klachten (16,1%), slaapproblemen (10,7%) en geen eetstoornissen geregistreerd. Er was een licht, echter geen significant, overwicht van depressieve klachten bij geïnterneerden met een verstandelijke beperking die zedenfeiten pleegden (39,3%). Samen met de aanwezigheid van suïcidale gedachten en/of neigingen, wordt deze factor in de dossiers frequent toegeschreven aan de detentieschade die vele geïnterneerden met een verstandelijke beperking oplopen. Hiernaast kwamen ook een verhoogde gevoeligheid voor stress (32,1%) en ontwikkelingsstoornissen (32,1%) vaak naar voren in beide populaties: vooral bij plegers van niet-zedenfeiten (35,7%).

Het valt op dat vrijwel alle onderdelen van disfunctionele volwassen relaties bij de twee populaties frequent aanwezig zijn. Relaties die onstabiel zijn en/of waarbij de geïnterneerden met een verstandelijke beperking in de afhankelijkheidspositie vervallen, zijn vrijwel gelijkmatig aanwezig onder de zedendelinquenten (46,4% en 35,7%) en de niet-zedendelinquenten (39,3% en 39,3%). Daarnaast is er in het algemeen een hoge score voor de disfunctionele omgang met leeftijdsgenoten (73,2%). Dit aantal ligt hoger voor plegers van zedenfeiten (82,1%) en werd in de dossiers voor beide groepen voornamelijk ingevuld als “antisociaal gedrag”, “(extreem) dominant gedrag” of een “sterke beïnvloedbaarheid door anderen”. Deze gedragingen zijn vaak kenmerkend voor personen met een verstandelijke beperking vanuit hun problematiek van sociale interactie. Verder kwam agressief gedrag en misbruik tegenover de romantische partner minimaal naar voren bij beide populaties (7,1% ZD en 3,6% NZD). Een onveilige hechting met betrekking tot diezelfde partner kwam regelmatig naar voren bij zedendelinquenten met een verstandelijke beperking, doch bleek niet significant te correleren (35,7% ZD vs. 14,3% NZD). De aanwezigheid en diagnose van een hechtingsstoornis bleek immers wel zwak significant te correleren met het al dan niet plegen van zedenfeiten. Zo zullen geïnterneerden met een hechtingsproblematiek een grotere kans hebben op het later plegen van zedenfeiten, $\chi^2(1) = 3,903$, $V = 0,264$, $p = 0,048$. Op zijn beurt bleek een hechtingsproblematiek immers redelijk significant te correleren met het al dan niet bezitten van een verleden van seksueel misbruik. Zo bleek 64,3% van de geïnterneerden met een hechtingsproblematiek een traumatisch verleden van seksueel misbruik te kennen. Het verworden tot een slachtoffer van seksueel misbruik zal ervoor zorgen dat de kans groter is om een hechtingsstoornis te verwerven in de verdere ontwikkeling, $\chi^2(1) = 7,674$, $V = 0,370$, $p = 0,006$. In de dossiers wordt er regelmatig verwezen naar ingrijpende gevolgen van deze problematiek die invloed hebben op het functioneren van de betrokkenen, zoals: een afgevlakte en verstoorde emotieregulatie, onzekerheid en extreme twijfel aan zichzelf, het belang van een identiteit en waardigheid, jaloezie en het continu opzoeken van verwerping.

Tabel 9 – Specifieke factoren bij geïnterneerde zedendelinquenten (ZD) en niet-zedendelinquenten (NZD) met een verstandelijke beperking (n=56)

		ZD (n=28)		NZD (n=28)		TOTAAL (n=56)	
		%	N	%	N	%	N
Angststoornissen		0,0	0	3,6	1	1,8	1
Depressieve stemmingsstoornis		39,3	11	21,4	6	30,4	17
Stress		28,6	8	35,7	10	32,1	18
Automutilatie		14,3	4	21,4	6	17,9	10
Psychosomatische klachten		10,7	3	21,4	6	16,1	9
Slaapproblemen		7,1	2	14,3	4	10,7	6
Eetstoornissen		0,0	0	0,0	0	0,0	0
Ontwikkelingsstoornis		28,6	8	35,7	10	32,1	18
Disfunctionele volwassen relaties	Afhankelijkheidsrelaties	35,7	10	39,3	11	37,5	21
	Disfunctioneel met leeftijdsgenoten	82,1	23	64,3	18	73,2	41
	Agressie en misbruik t.o.v. partner	7,1	2	3,6	1	5,4	3
	Onstabiele relaties	46,4	13	39,3	11	42,9	24
	Onveilige hechting partner	35,7	10	14,3	4	25,0	14
Hechtingsstoornis*		46,4	13	21,4	6	33,9	19
Suïcidale gedachten en pogingen		39,3	11	21,4	6	30,4	17

Noot: * $p < .05$

Onderzoeksvraag 3

“Welke factoren voorspellen of een persoon met een verstandelijke beperking pleger wordt van zedenfeiten of pleger wordt van andere feiten?”

Tot slot werd, vanuit bovenstaande analyses en bijhorende significante verbanden, een model voor logistische regressie opgemaakt. Hierin werden de factoren opgenomen die positief significant in verband bleken te staan met het al dan niet plegen van zedenfeiten én het al dan niet seksueel misbruikt zijn in het verleden. Deze factoren werden gemodelleerd als predictoren voor de dichotome uitkomstvariabele: het al dan niet plegen van zedenfeiten.

Wanneer bovenstaande factoren hechtingsstoornis, parafilie, verstoorde seksuele scripts en seksueel misbruik aan het model worden toegevoegd, blijkt het model significant te zijn met $\chi^2(4) = 34,368$, $p < 0,001$. De proportie verklaarde variantie van het model is Nagelkerke $R^2 = 0,0612$, wat betekent dat de variabelen bovenop de controlevariabelen 61% van de totale variantie in het plegen van zedenfeiten bij geïnterneerden met een verstandelijke beperking verklaren. Bij de effecten van de afzonderlijke variabelen blijken enkel een verleden van seksueel misbruik en het hebben van verstoorde scripts omtrent seksualiteit en relaties significante voorspellers te zijn voor het al dan niet plegen van zedenfeiten. Met voor seksueel misbruik: $Wald(1) = 4,049$, $p = 0,044$. Voor deze variabele geldt dat $Exp(B) = 0,076$, wat betekent dat de kans op het plegen van zedenfeiten bij geïnterneerden met een verstandelijke beperking daalt met een factor van 0,076 indien de variabele seksueel misbruik daalt met 1 eenheid. Voor het hebben van verstoorde seksuele scripts geldt $Wald(1) = 7,607$, $p = 0,006$ met $Exp(B) = 0,097$. Dit betekent dat de kans op het plegen van zedenfeiten bij geïnterneerden met een verstandelijke beperking daalt met een factor van 0,097 indien de variabele verstoorde seksuele scripts daalt met 1 eenheid. Het effect van de variabele hechtingsstoornis bleek niet significant met $Wald(1) = 0,325$, $p > 0,05$. Het effect van de variabele parafilie is eveneens niet significant met $Wald(1) = 0,000$, $p > 0,05$. Bovenstaande aannames gelden indien alle andere predictoren constant blijven.

Tabel 10 – Binair logistisch regressiemodel voor het al dan niet plegen van zedenfeiten.

		<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>Wald</i>	<i>Exp(B)</i>	χ^2	R^2
MODEL						34,368*	0,616
	Hechtingsstoornis	0,552	0,967	0,325	1,736		
	Parafilie	-21,060	11582,267	0,000	0,000		
	Verstoorde seksuele scripts*	-2,332	0,846	7,607	0,097		
	Seksueel misbruik*	-2,573	1,279	4,049	0,076		

Noot: *B* =Unstandardised Coefficient; *SE(B)*=Standard Error; (*Exp*)*B*= odds ratio; χ^2 = Chi-kwadraat; R^2 =Nagelkerke; * $p < .05$

Conclusie en discussie

Dit onderzoek heeft als opzet de aanwezigheid en invloed van factoren, als gevolg van een verleden van seksueel misbruik, na te gaan bij geïnterneerde zedendelinquenten met een verstandelijke beperking. In dit luik worden eerst de onderzoeksresultaten uiteengezet en kritisch geïnterpreteerd. Hierbij wordt getracht om een terugkoppeling te maken naar de literatuur. Daarna worden in een aantal bedenkingen de sterktes en zwaktes van dit onderzoek weergegeven. Tot slot volgen enkele aanbevelingen voor de praktijk en verder onderzoek.

Statische factoren

In overeenstemming met de bestaande literatuur, bleken de participanten binnen dit onderzoek ook hoofdzakelijk mannen (94,6%) te zijn met een licht verstandelijke beperking (64,3%) (Fazel, et al., 2008; Verlinden et al., 2009). Bij de populatie van zedendelinquenten werd de aanranding van -14 jarigen het meest frequent geregistreerd als misdrijf waartoe men geïnterneerd werd en/of in de werking “Ontgrendeld” werd opgenomen (42,9%), terwijl brandstichting het meeste werd waargenomen bij de populatie van niet-zedendelinquenten (21,4%) (Robertson, 1981; Day, 1994; Warren, Rosenfeld, Fitch, & Hawk, 1997; Centrum OBRA vzw, 2010).

Meer dan de helft van de participanten bleek het slachtoffer te zijn van emotioneel, fysiek en/of seksueel misbruik tijdens hun minderjarigheid (55,4%). Dit is in overeenstemming met de literatuur (Douma, et al., 2000; Lindsay, et al., 2001; Hayes, 2009). De populatie van zedendelinquenten kwam daarbij het meest in aanraking met misbruik (67,9% ZD vs. 42,9% NZD). Over de beide groepen heen werd fysiek misbruik het meest geregistreerd (28,6%) en emotioneel misbruik het minst (14,3%). Opvallend is dat, zonder de term ‘emotioneel misbruik’ te gebruiken, er in het merendeel van de dossiers een groot aantal negatieve life events is beschreven. Hierbij werden verwaarlozing en normloosheid als meer ingrijpend en aanleiding gevend tot delinquent gedrag beschreven. Ouders met een ongunstige maatschappelijke loopbaan hebben meestal weinig maatschappelijke perspectieven en kunnen deze bij gevolg ook niet aan hun kinderen bieden. Als resultaat van die situatie is er sprake van een inadequaat opvoedingsmodel en is het gezinsmilieu weinig structurend en stimulerend (Goris & Walgrave, 2001). Op deze manier ontstaat een vicieuze cirkel en komen kinderen van dergelijke gezinnen vaak in een neerwaartse spiraal terecht. Echter, dient er op gewezen te worden dat dit geen noodzakelijke gang van zaken hoeft te zijn. Protectieve factoren kunnen deze neerwaartse spiraal voorkomen of uitbreiding ervan tegenhouden. Het algemeen verbeteren van de levenskwaliteit van jeugdige personen met een verstandelijke beperking kan voorkomen dat een aanzienlijk percentage van die groep strafbare gedragingen stelt en dus niet het risico loopt te worden geïnterneerd (Vanden Hende et al., 2005). Het verlies van de ouders (door scheiding, overlijden, niet kunnen opnemen van de zorg door psychiatrische problematiek, e.d.) wordt ook als een ingrijpend feit beschreven met vaak een hechtingsproblematiek tot gevolg (Benedict & Zautra, 1993; Hummel et al., 2000). Het misbruik vond vooral chronisch (53,6%) en intrafamiliaal (44,6%) plaats (Snyder, 2000; De Belie, 2000; Leuw et al., 2004). Deze resultaten liggen in dezelfde lijn van de huidig literatuur.

Onderzoeksvraag 1

1a: In welke mate zijn seksueel traumatische ervaringen aanwezig bij zedendelinquenten met een verstandelijke beperking?

1b: Wordt de klinische indruk van de “cyclus van seksueel misbruik” bevestigd bij geïnterneerden met een verstandelijke beperking?

Seksueel misbruik werd duidelijk vaker geconstateerd bij zedendelinquenten (46,4% ZD vs. 3,6% NZD) (Thompson & Brown, 1997; Vanden Hende et al., 2005). Daarenboven blijkt er een significante, redelijk sterke correlatie te zijn tussen het al dan niet slachtoffer zijn van seksueel misbruik en het al dan niet verworden tot een zedendelinquent. Zo zullen geïnterneerden met een verstandelijke beperking die slachtoffer zijn geworden van seksueel misbruik, tijdens hun minderjarigheid, een grotere kans hebben om later pleger te worden van zedenfeiten (Lindsay et al., 2001). Op basis van deze resultaten kan, voor deze populatie van zedendelinquenten met een verstandelijke beperking, de “cyclus van seksueel misbruik” bevestigd worden (Glasser & Kolvin, 2001). Er is een duidelijk overwicht in het aantal slachtoffers van seksueel misbruik bij zedendelinquenten enerzijds, en anderzijds werd er een redelijk sterke significante correlatie gevonden voor de ontwikkeling naar zedendelinquentie. In dat opzicht kan de cyclus onderschreven worden, waarbij de slachtoffers van seksueel misbruik een beduidend grotere kans hebben om later zedenfeiten te plegen. Uiteraard is het hierbij te simplistisch om te stellen dat deze stelling op zichzelf staat en er verder geen beïnvloedende of mediërende factoren zijn die een rol spelen. Meer specifieke resultaten en conclusies m.b.t. dit vraagstuk worden verder weergegeven.

Slechts bij 7,1% van de participanten bleek hulpverlening in het verleden zich gefocust te hebben op de erkenning en/of behandeling van misbruikervaringen (14,3% ZD en 0,0% NZD). En wanneer dit het geval was, vond het plaats op volwassen leeftijd en tijdens de deelname aan werking “Ontgrendeld”. De meeste zedenplegers krijgen wel daderbegeleiding, maar hierin wordt eenzijdig gefocust op de behandeling van (seksuele) problematieken en het dadergedrag. Het al dan niet erkennen en toegeven van de gepleegde feiten is hierbij veelal een vertrekpunt om het normbesef en de bereidwilligheid om mee te werken van de betrokkene in te schatten. Negatieve life events blijven eerder op het beschrijvend niveau hangen in de anamnese, teneinde de oorsprong van mogelijke problematieken en gedragingen te kunnen afleiden. Met de bovenstaande bevestiging van de “cyclus van misbruik” voor deze populatie is het frappant om te zien hoe weinig hier in de huidige hulpverlening eigenlijk aan tegemoet gekomen wordt. De gepleegde zedenfeiten wegen in de hulpverlening zwaar door en men wil onze maatschappij ertoe beschermen. We mogen de persoon waarmee we werken echter niet verengen tot diens problematiek. Op die manier kunnen persoonlijke blokkades geïnstalleerd worden en dit is niet bevorderlijk. Het blijft voor de hulpverlening een uitdaging om te zoeken naar een evenwichtige begeleiding, waarbij de bescherming van de maatschappij hand in hand gaat met de begeleiding van de persoon. Het gaat om de feiten enerzijds en de persoonseigenschappen anderzijds die in behandeling belicht moeten worden. Die twee moeten naast elkaar kunnen bestaan en niet op een destructieve manier verstrengeld worden. Verder is er de nood om in de toekomst behandelingsgericht en preventief te werken zodat slachtoffers van seksueel misbruik minder kans hebben om dadergedrag te ontwikkelen. Hiertoe kan ingespeeld worden op de betekenisvolle factoren uit onderstaande resultaten.

Onderzoeksvraag 2

2a: Welke beïnvloedende en specifieke factoren zijn, als gevolg van slachtofferervaringen van seksueel misbruik, aanwezig bij delinquenten met een verstandelijke beperking?

2b: In welke mate is er een verschil in deze factoren bij daders met een verstandelijke beperking die seksuele delicten pleegden en deze die andere feiten pleegden?

Beïnvloedende factoren

De mogelijke gevolgen van een posttraumatisch stressstoornis, in de vorm van dissociatieve symptomen en acting out-gedrag, bleken minimaal beschreven in de dossiers van beide populaties (5,4% en 0,0%). Het is moeilijk vast te stellen wanneer een persoon handelt vanuit een onvrijwillige, intrusieve en (eventueel) recidiverende drang om de traumatische herinneringen te imiteren en/of te herbeleven. Er is onderzoek dat aantoont dat er een significant verband bestaat tussen een seksueel misbruikverleden en de ontwikkeling van symptomen van een posttraumatische stressstoornis (Wolfe, Sas, & Werkele, 1994; Wolfe, Gentile, & Wolfe, 1989; Cohen, Deblinger, Mannarino, & Steer, 2004). Echter, omtrent de mate waarin een herbeleving van de feiten kan leiden tot het plegen van zedenfeiten, blijft het onderzoek heel schaars. Seksueel misbruik kan als traumatisch ervaren worden, maar in de dossiers wordt er vaak verwezen naar andere oorzaken, dan eigen slachtofferervaringen of seksuele fixaties, voor seksueel grensoverschrijdend gedrag. Deze verklaringen zijn meer voor de hand liggend en te verklaren vanuit de verstandelijke beperking, zoals: het ontbreken van correcte seksuele kennis, een empathisch onvermogen, een sociaal-emotionele congruentie met het slachtoffer en/of als gevolg van verschillende opportunititeiten (beschikbaarheid van het slachtoffer en een geringe pakkans) (Howells & Hollin, 1993). De professionals benoemen immers dat posttraumatische stressstoornis symptomen al op jonge leeftijd zichtbaar kunnen zijn. En de veelheid aan mogelijke gevolgen maken de diagnostiek lastiger waardoor de juiste behandeling vaak te laat of niet terechtkomt (Hoekman & van den Bergh, 2006).

Psychotische problematieken werden even frequent gediagnosticeerd bij beide populaties (21,4%). Er werd dus geen beduidend verband gevonden tussen het hebben van een psychotische problematiek en het plegen van zedenfeiten. Ook in de literatuur wordt dit bij een minderheid van de zedendelinquenten teruggevonden (Wakefielf & Underwager, 1991; Sanghara & Wilson, 2006). Evenmin bleek er uit dit onderzoek geen relatie te bestaan tussen het hebben van een verleden van seksueel misbruik en de ontwikkeling van psychose, terwijl dit in de literatuur wel zo beschreven staat (Bryer, Nelson, Miller, & Krol, 1995; Janssen et al., 2004). Zo werd een psychotische problematiek aangegeven als risicofactor tot het plegen van zedenfeiten in het onderzoek van Langstrom, Sjöstedt en Grann (2004).

Bij de geïnterneerden met een verstandelijke beperking werd de problematiek van agressie aangekaart (46,4%). Een agressieproblematiek werd in de dossiers vaak geïnterpreteerd als een signaal van frustratie door overbevraging vanuit de omgeving, wat bij personen met een verstandelijke beperking moeilijk gekanaliseerd en gecontroleerd kan worden. Voor de variabele agressie is er een significant verschil gevonden tussen de twee populaties: zo zullen geïnterneerden met een verstandelijke beperking die een agressieproblematiek hebben, een grotere kans hebben om pleger te zijn/te worden van feiten die niet zeden-gerelateerd zijn. Dit is

niet noodzakelijk het resultaat dat verwacht werd en lijkt in strijd met de bestaande literatuur, die stelt dat zedendelinquenten vaak agressief gedrag vertonen en dat slachtoffers van seksueel misbruik een grotere kans hebben op het ontwikkelen van een agressieproblematiek (Styron & Janoff-Bulman, 1997; Sequeira, et al., 2003; Hunter et al., 2004; Hoekman & van den Bergh, 2006). Een agressieproblematiek bleek voor deze populatie van geïnterneerden met een verstandelijke beperking echter niet significant in verband te staan met een verleden van seksueel misbruik. Onder middelenmisbruik bleek de mate van alcoholmisbruik ongeveer even sterk aanwezig bij beide populaties (25,0% ZD vs. 21,4% NZD). Uit het onderzoek werd wel een significant redelijk verband gevonden tussen drugmisbruik en het al dan niet plegen van zedenfeiten (10,7% ZD vs. 46,4% NZD). Zo is de kans groter dat plegers van niet-zedenfeiten in het verleden en/of heden een drugproblematiek kennen. Deze drugproblematiek bleek immers ook zwak significant te correleren met het al dan niet bezitten van slachtofferervaringen van seksueel misbruik. Zo hebben geïnterneerden die een misbruikverleden kennen, een kleinere kans om later een drugproblematiek te ontwikkelen. Dit staat in schril contrast met ander onderzoek waarin traumatische ervaringen als etiologie van verslaving naar voor worden geschoven (Volpicelli, Balaraman, Hahn, Wallace, & Bux, 1999; Balogh et al., 2001; Goeders, 2003). Naast het gemotiveerd zijn voor behandeling, wordt het niet hebben van een drugsproblematiek in de dossiers immers als een van de meest beschermende factoren beschreven voor het niet ontwikkelen van dadergedrag. Net zoals bij een agressieproblematiek, wordt het hebben van een drugproblematiek vaak als causale en redengevende factor beschreven in de literatuur voor delinquentie (Brook, Whiteman, & Finch, 1992; Farrington, 2009). Ook omtrent plegers van zedenfeiten etaleren er zich in de maatschappij en het hulpverlenerslandschap immers verschillende profielen en dynamieken. Zo heeft een groot deel van deze groep geen adequate sociale en/of emotionele vaardigheden, ze zijn heel beïnvloedbaar, hebben geen zelfinzicht, etc. Een drugproblematiek komt minder vaak voor in de profielen van zedendelinquenten. Ze conformeren zich juist veelal graag aan de norm (Fehrenbach, Smith, Monastersky, & Deisher, 1986; Abracen, Looman, & Anderson, 2000). Bovenstaande resultaten voor zedendelinquenten met een verstandelijke beperking liggen dus in het verlengde van de bestaande literatuur.

De mate van sociale isolatie (46,4% ZD en 21,4% NZD) tijdens de levensloop bleek ook significant zwak te correleren met het al dan niet plegen van zedenfeiten. De frequente of continue afzondering van personen met een verstandelijke beperking in kleine groep, zoals een gezin, of individueel tijdens de levensloop zou dus de kans vergroten op het verworden tot een zedendelinquent. Dit komt overeen met bestaand onderzoek waarin men seksueel misbruik door daders met een verstandelijke beperking ook vaak ziet voorkomen op momenten waar ouderlijk of institutioneel gezag wegvalt (Lindsay et al., 2004). Depressie zou nog een mogelijke beïnvloedende factor zijn voor het sociale isolement die de kans op het plegen van zedenfeiten doet stijgen (Dagnan & Sandhu 's, 1999). Wilson et al. (2007) beschrijven de beduidende internationale resultaten van een justitieel gemeenschapsinitiatief, "Circles of Support and Accountability" (COSA), dat inspeelt op dit significant verband van sociaal isolement en het plegen van zedenfeiten. Door berichtgeving in de media, worden delinquenten bij hun re-integratie in de maatschappij vaak gedwongen om onder te duiken in een gemeenschap of te verhuizen. Geheimhouding en isolement zijn echter kritische elementen in het stellen van seksueel grensoverschrijdend gedrag (Hanson & Morton-Bourgon, 2004). In plaats van veiligheid en bescherming te installeren, stijgt echter het risico op nieuwe slachtoffers. De meest problematische vrijlatingen zijn deze waar zedendelinquenten terechtkomen in een gemeenschap met weinig of geen contacten, en met weinig of geen toegang tot de juiste behandeling en

toezichhoudende diensten. In het COSA-project ondersteunen vrijwilligers, onder professionele supervisie, zedendelinquenten bij hun terugkeer in de maatschappij. Onderzoek duidt internationaal significante resultaten aan waarbij de recidive is teruggedrongen in 70% van de gevallen (Wilson, Picheca, & Prinzo, 2007).

Bij geïnterneerden met een verstandelijke beperking die zedenfeiten gepleegd hebben bleek een verstoorde seksuele identiteit frequenter aanwezig (32,1%). De diagnose parafilie correleert daarbij zelfs significant redelijk sterk met het al dan niet plegen van zedenfeiten (32,1% ZD en 0,0% NZD): wanneer er parafilie gediagnosticeerd wordt bij de geïnterneerde, zou de kans dus groter zijn dat men later zedenfeiten zal plegen. Echter, de diagnose van parafilie wordt veelal gesteld tijdens het deskundigenonderzoek en dus op het moment dat de feiten al gepleegd zijn. Het is wel zo dat iemand met de diagnose parafilie een grotere kans heeft op het plegen van nieuwe feiten, dan iemand zonder die diagnose (Goethals, 2003; Hildebrand, de Rooter, & de Vogel, 2003). Verschillende bijzondere parafilieën zijn gerelateerd aan de kans op en de frequentie van seksueel grensoverschrijdend gedrag. Seksueel sadisme, d.i. seksuele opwinding bij lichamelijk of psychologisch lijden van anderen, voorspelt bijvoorbeeld de ernst van toekomstige zedenfeiten (Ward, McCormack, Hudson & Polaschek, 1997). Er bleek verder ook een significant redelijk sterk verband tussen deze diagnose van parafilie en het al dan niet hebben van een verleden van seksuele misbruikervaringen. Zo zullen geïnterneerden met een verstandelijke beperking die een seksueel misbruikverleden kennen, een grotere kans hebben op het ontwikkelen van parafilie. Dit is een interessante bevinding die assumeert dat een seksueel trauma in de kindertijd ertoe kan leiden dat zich een parafilie ontwikkelt. Gezien het gebrek aan toelichtende en beschrijvende literatuur omtrent deze aanname, is dit een boeiende inslag voor toekomstig onderzoek. Verder is er ook voor geïnterneerden met een verstandelijke beperking en een seksverslaving een significant redelijk verband aanwezig voor het al dan niet plegen van zedenfeiten (46,4% ZD en 10,7% NZD). Daarbij is de kans groter tot het plegen van zedenfeiten indien de betrokkene een seksverslaving heeft. De mate van hyposeksualiteit bleek daarentegen voor beide populaties gelijk (3,6%), waardoor er dus geen verband met het al dan niet plegen van zedenfeiten kon vastgesteld worden. Daarnaast bestaat er een significant, sterk verband tussen de aanwezigheid van verstoorde seksuele scripts en het al dan niet plegen van zedenfeiten (71,4% ZD en 14,3% NZD): hoe intensiever de scripts omtrent seksualiteit en relaties verstoord zijn, hoe groter de kans dat men later zedenfeiten zal plegen. In de dossiers werden deze verstoorde scripts het vaakst beschreven in de vorm van “een extreme normloosheid” en “ontkoppeling van seksuele lustgevoelens en wederkerigheid en relationele intimiteit”. Ook deze beïnvloedende factor correleert significant redelijk sterk met het al dan niet ervaren hebben van seksueel misbruik tijdens de minderjarigheid. Dat wil zeggen dat geïnterneerden die een seksueel misbruikverleden ervaren hebben, een grotere kans zullen hebben op de ontwikkeling van verstoorde seksuele en relationele scripts. Deze laatste factor wordt, samen met parafilie, in de dossiers frequent aangehaald als een belangrijke risicofactor voor het plegen van zedenfeiten, waarbij de leergeschiedenis- en omgeving een belangrijke rol spelen. Deze resultaten en veronderstelling waarbij zowel de aanwezigheid van verstoorde scripts als de diagnose van parafilie enerzijds een beduidende invloed hebben op het plegen van zedenfeiten, en anderzijds in verband staan met een verleden aan slachtofferervaringen, komen overeen met de opvattingen in de bestaande literatuur (Chu & Bowman, 2002; Ricci & Clayton, 2008; Griffiths & Fedoroff, 2014). Waar er vroeger vooral teruggegrepen werd naar de verklaring van cognitieve misopvattingen vanuit de verstandelijke beperking, wordt dit vandaag genuanceerd door het feit dat seksuele problematieken wel degelijk ook een bijdrage leveren in de ontwikkeling tot

zedendelinquentie. Een groot deel van de seksuele feiten moet nog steeds in het kader van de verstandelijke beperking gezien worden: zo liggen dikwijls impulsiviteit, psychoseksuele ontwikkelingsproblemen en nefaste omgevingsfactoren aan de basis. Slechts in een aantal gevallen zou er sprake zijn van een afwijkende seksuele voorkeur, waaronder pedofilie. Er wordt dus een onderscheid gemaakt tussen een groep van zedendelinquenten die feiten plegen vanuit een zeker naïviteit, vertraagde en gestagneerde emotionele en sociale ontwikkeling, en zedendelinquenten waarbij er een vermoeden is van pedofilie. Deze laatste groep wordt wel eerder als zeldzaam beschreven in de groep van personen met een verstandelijke beperking. Verder blijken zij immers te beschikken over meer seksuele kennis dan de groep van personen met een verstandelijke beperking die geen zedenfeiten plegen. We dienen in acht te nemen dat het in het geval van seksuele perversie kan gaan om 'pejoratieve labeling' door de expert, potentieel gekleurd door diens definiëring en persoonlijke opvatting (Ward, & Beech, 2005; Griffiths & Fedoroff, 2014).

Specifieke factoren

Over de beide populaties heen werden relatief weinig angststoornissen (1,8%), automutilatie (17,9%), psychosomatische klachten (16,1%), slaapproblemen (10,7%) en geen eetstoornissen geregistreerd. In de vergelijking met de bestaande literatuur komen deze specifieke factoren als gevolg van seksueel misbruik beduidend minder naar voor in deze populatie. En er werd ook geen verband gevonden tussen deze variabelen en de aanwezigheid van een misbruikverleden, wat wel als aanwezig wordt beschreven in ander onderzoek (Sequeira et al., 2003; Dekker & Koot, 2003; Hoekman & van den Bergh, 2006). Er was verder een licht, echter geen significant, overwicht van depressieve klachten bij geïnterneerden met een verstandelijke beperking die zedenfeiten pleegden (39,3% ZD en 21,4% NZD). Samen met de aanwezigheid van suïcidale gedachten en/of neigingen (30,4%) en een verhoogde gevoeligheid voor stress (32,1%), wordt deze factor in de dossiers frequent toegeschreven aan de detentieschade die de geïnterneerden met een verstandelijke beperking in de context van de gevangenis oplopen. Depressieve stemmingsstoornissen bleken, in tegenstelling tot ander onderzoek (Styron & Janoff-Bulman, 1997; Sequeira et al., 2003; Hayes, 2004; Hoekman & van den Bergh, 2006), niet significant in verband te staan met een verleden van seksueel misbruik. In onderzoek van Lindsay et al. (2001) werd depressie ook niet consistent teruggevonden in onderzoek, in de vergelijking met niet-zedendelinquenten. Seksuele delinquenten met een verstandelijke beperking die depressieve symptomen vertonen, zouden eerder geweld gebruiken of bedreigd hebben om geweld te gebruiken tijdens het plegen van de feiten. Verschillende onderzoekers stellen dat de etiologie en de rol van depressie verder onderzocht moet worden. Zo rapporteerde Lunsy (2003) eerder dat percepties van stress en eenzaamheid kunnen worden gerelateerd aan symptomen van depressie bij volwassenen met een borderline persoonlijkheidsstoornis en/of verstandelijke beperking. Dagnan en Sandhu 's (1999) stelden vast dat depressie gerelateerd is aan een laag zelfbeeld en een lager groepsgevoel. Van daaruit vragen zij ook naar verder onderzoek in het kader van seksuele misdrijven, vanwege de gevolgen betreffende sociaal isolement bij slachtoffers en dus de mogelijke beïnvloeding op de "cyclus van seksueel misbruik".

Ontwikkelingsstoornissen (32,1%) kwamen vaak naar voren in beide populaties, vooral bij plegers van niet-zedenfeiten (35,7%). Dit is wel opmerkelijk aangezien seksualiteit en ASS, zowel in de dossiers als in de literatuur (Fago, 2003; Ward & Beech, 2005), vaak in verband gebracht worden met elkaar. In die zin dat er vaak 'vreemde', asymmetrische relaties ontstaan. Het vermogen om een relatie aan te gaan wordt bemoeilijkt door een gebrek aan empathie, een

onvermogen om sociale nuances in te schatten, problemen met het begrijpen van subtiele verbale en non-verbale communicatie, zwakke onderhandelingsvaardigheden en een gebrekkig inzicht in de emotionele behoeften van de partner. Personen met ASS kunnen sociale situaties ook moeilijker inschatten. De sociale regels zijn niet gekend, daarom kan men hun gedrag niet aanpassen en beseffen ze niet wat ze verkeerd gedaan hebben. Dit resultaat is tegen de verwachtingen in en dus relevant, maar valt ook te nuanceren doordat een vermoeden van ASS vaak nog verder onderzocht wordt tijdens de begeleiding. In dat opzicht zou er sprake kunnen zijn van vals negatieven. Anderzijds bleken er in de dossiers ook enkele vals positieven beschreven te staan, waarbij de diagnose te vlug gesteld werd en uiteindelijk kon toegeschreven worden tot een seksuele preoccupatie en/of verstandelijke beperking.

Daarnaast valt het op dat vrijwel alle onderdelen van disfunctionele volwassen relaties bij de twee populaties frequent aanwezig zijn. Agressief gedrag en misbruik tegenover de romantische partner kwamen minimaal naar voren bij beide populaties (7,1% ZD en 3,6% NZD). Een onveilige hechting met betrekking tot diezelfde partner kwam regelmatig naar voor bij zedendelinquenten met een verstandelijke beperking, doch bleek niet significant te correleren (35,7% ZD vs. 14,3% NZD). De bedenking dient hier gemaakt te worden hoeveel participanten er effectief een vaste relatie hadden. Relaties in het algemeen (met leeftijdsgenoten, familie, hulpverlening, etc.) die onstabiel zijn, en/of waarbij de geïnterneerden met een verstandelijke beperking in de afhankelijkheidspositie vervallen, zijn vrijwel gelijkmatig aanwezig onder de zedendelinquenten (46,4% en 35,7%) en de niet-zedendelinquenten (39,3% en 39,3%). Daarnaast is er in het algemeen een hoge score voor de disfunctionele omgang met leeftijdsgenoten (73,2%). Dit aantal ligt hoger voor plegers van zedenfeiten (82,1%) en werd in de dossiers voor beide groepen voornamelijk ingevuld als “antisociaal gedrag”, “(extreem) dominant gedrag” of een “sterke beïnvloedbaarheid door anderen”. Hierin werden geen significante verbanden gevonden tot het al dan niet plegen van zedenfeiten of het al dan niet seksueel misbruikt te zijn. Deze gedragingen zijn wel vaak kenmerkend voor personen met een verstandelijke beperking vanuit hun problematiek van sociale interactie. De disfunctionele omgang met leeftijdsgenoten wordt dan ook vaak omschreven in de dynamieken en profielen van zedendelinquenten (zie supra) (Hayes, 2004; Hunter et al., 2004).

Tot slot bleek de aanwezigheid en diagnose van een hechtingsstoornis bij geïnterneerden met een verstandelijke beperking wel zwak significant te correleren met het al dan niet plegen van zedenfeiten (46,4% ZD en 21,4% NZD): geïnterneerden met een hechtingsproblematiek zullen dus een grotere kans hebben op het later plegen van zedenfeiten. Dit is in overeenstemming met de bestaande literatuur (Ward et al., 1995; Fonagy & Target, 1996; Smallbone, 2006). In deze resultaten wordt bevestigd dat disfunctionele intimiteit een voorspellende factor is voor zedendelicten. Dit suggereert dat verschillende soorten problematische ouder-kind relaties worden geassocieerd met verschillende soorten van onveilige hechtingsstijlen gevonden bij plegers van zedenfeiten (Fonagy, 1999; Marshall, Serran, & Cortoni, 2000; Smallbone, 2006). In dit onderzoek bij geïnterneerden met een verstandelijke beperking bleek een hechtingsproblematiek immers ook redelijk significant te correleren met het al dan niet bezitten van een verleden van seksueel misbruik. Zo bleek 64,3% van de geïnterneerden met een hechtingsproblematiek ook een traumatisch verleden van seksueel misbruik te kennen. In overeenstemming met de huidige literatuur (Hoekman & van den Bergh, 2006), zal het verworden tot een slachtoffer van seksueel misbruik ervoor zorgen dat de kans groter is om een hechtingsstoornis te verwerven in de verdere ontwikkeling. In de dossiers wordt er ook

regelmatig verwezen naar ingrijpende gevolgen van deze problematiek die invloed hebben op het functioneren van de betrokkenen, zoals: een afgevlakte en verstoorde emotieregulatie, onzekerheid en extreme twijfel aan zichzelf, het belang van een identiteit en waardigheid, jaloezie en het continu opzoeken van verwerping. Nu het verband van een hechtingsstoornis met de ontwikkeling van seksueel grensoverschrijdend gedrag enerzijds, en het hebben van een seksueel misbruikverleden anderzijds is aangetoond, is het enorm boeiend om de specifieke aard en invloed ervan te onderzoeken. Zo kan de dynamiek van aantrekken en afstoten samengaan met andere variabelen, zoals bijvoorbeeld een seksverslaving, teneinde de ontwikkeling van dadergedrag te verklaren. Gaat het daarnaast om een verstoorde hechting met de dader van de eigen traumatische ervaringen die de ontwikkeling tot het zelf plegen van seksuele feiten beïnvloedt? Of zijn het de disfunctionele gevolgen van een hechtingsproblematiek, ten gevolge van een pedagogisch arme opvoedingssituatie, die een rol spelen in de ontwikkeling tot en dynamiek van zedendelinquenten?

Onderzoeksvraag 3

“Welke factoren voorspellen of een persoon met een verstandelijke beperking pleger wordt van zedenfeiten of pleger wordt van andere feiten?”

De variabelen hechtingsstoornis, parafilie, verstoorde seksuele scripts en seksueel misbruik bleken in een significant model 61% van de totale variantie in het plegen van zedenfeiten bij geïnterneerden met een verstandelijke beperking te verklaren, bovenop de controlevariabelen. Bij de effecten van de afzonderlijke variabelen blijken enkel een verleden van seksueel misbruik en het hebben van verstoorde scripts omtrent seksualiteit en relaties significante voorspellers te zijn voor het al dan niet plegen van zedenfeiten. Voor seksueel misbruik geldt dat de kans op het plegen van zedenfeiten bij geïnterneerden met een verstandelijke beperking daalt met een factor 0,076 indien de variabele seksueel misbruik daalt met 1 eenheid. Voor het hebben van verstoorde seksuele scripts geldt dat de kans op het plegen van zedenfeiten bij geïnterneerden met een verstandelijke beperking daalt met een factor 0,097 indien de variabele verstoorde seksuele scripts daalt met 1 eenheid.

Met een verleden van seksueel misbruik als significante voorspeller voor het plegen van zedenfeiten, wordt de klinische indruk van de “cyclus van seksueel misbruik” bij geïnterneerden met een verstandelijke beperking wel degelijk bevestigd (Glasser & Kolvin, 2001, Lindsay et al., 2001). Hulpverlening is er echter hoofzakelijk op gericht om de ‘daderkant’ met (seksuele) problematieken en het dadergedrag aan te pakken. Wanneer de cliënt hierin vastloopt, legt men de oorzaak al gauw bij een onvermogen tot inzicht in de eigen daden en gevolgen, of een gebrek aan motivatie om mee te werken. Negatieve life events worden als ondersteund gebruikt om het profiel van de zedendelinquent op te bouwen en daardoor wordt er weinig of niet toegekomen aan de erkenning van een eigen misbruikverleden. Hoe kan je echter van iemand verwachten om inzicht te krijgen in de pijnlijke gevolgen voor het slachtoffer, wanneer men dit voor zichzelf steeds verdrukt heeft en ze nooit de kans kregen hun verhaal en verdriet te delen? Laat staan hierin begeleid te worden?

Vanuit het verleden werd de seksualiteit van personen met een verstandelijke handicap vaak ontkend of genegeerd (Vanden Hende et al., 2005). Dit is gewijzigd sinds de opvatting over verstandelijke beperkingen is verschoven in de richting van ‘normalisering’ (Löfgren-Martenson,

2004). De huidige visie ten aanzien van mensen met een verstandelijke beperking combineert deze 'normalisering' met integratie, participatie en burgerschap. Het burgerschapsparadigma leidt hierbij niet alleen tot erkenning van seksuele behoeften en rechten, maar ook tot de erkenning dat mensen met verstandelijke beperkingen die op dit punt kwetsbaar zijn (Servais, 2006). De jongere generatie verstandelijk beperkte mensen krijgt als gevolg daarvan beduidend meer seksuele voorlichting dan de oudere generatie ooit gekregen heeft. Hun seksuele kennis mag dan wel ruimer zijn, maar een seksuele vorming die -naast seksuele voorlichting- belangstelling hecht aan waarden en normen, relationele weerbaarheid en grenzen, dient op maat en herhaaldelijk aangeboden te worden (Vandewalle, 2009; Griffiths & Fedoroff, 2014). Verstandelijk beperkte zedendelinquenten zijn volgens Le Grand, Lutjenhuis en Solodova (2003) even bedreven in het creëren van cognitieve distorsies, dan normaal begaafde plegers. Sommigen hulpverleners vinden daarin verklaringen voor het grensoverschrijdende gedrag, maar er is geen sprake van duidelijk inzicht m.b.t. intrapsychische en seksuele problemen. Daarnaast worden vroegere feiten vaak niet als ernstig beschouwd of worden die toegeschreven aan de verstandelijke beperking. Daardoor worden de betrokkenen soms niet vervolgd, waardoor men geen bestraffing en vaak ook geen begeleiding krijgt. Wanneer de delictenketen echter escaleert, kan zich een ingebakken patroon aan cognitieve misvormingen ontwikkelen en dit is vaak eigen aan zedendelinquenten (Brown & Stein, 1997). Uit onderzoek blijkt verder dat het gebrek aan gepaste non-agressieve rolmodellen kan resulteren in de ontwikkeling van schadelijke attitudes met betrekking tot seksuele partners en dit kan het overnemen en aanvoelen van sociale vaardigheden tijdens relaties remmen. Daarbij komend, zijn deze jongeren benadeeld omdat ze geen sociale vaardigheden ontwikkeld hebben die voornamelijk in (seksuele) relaties gewaardeerd worden (DelBello et al., 1999; Hunter et al., 2004). De verstoring van seksuele scripts wordt in het profiel van zedendelinquenten vaak toegeschreven aan hun cognitieve en sociale beperking. Uit dit onderzoek blijkt echter ook dat er een significant verband is met het hebben van een seksueel misbruik verleden. Het zou een samenspel kunnen zijn van disfunctionele en normloze rolpatronen, negatieve life events en een mentale beperktheid die ervoor zorgen dat zij ontwikkelen tot plegers van zedenfeiten. Er zijn ook studies die aantonen dat seksueel misbruik op zeer jonge leeftijd kan leiden tot neuropsychologische en/of biologische schade aan de hersenen, wat op hun beurt kan leiden tot een verstoring van de seksuele scripts en dus de kans op seksueel overschrijdend gedrag (Owens & Chard, 2001).

Implicaties voor de praktijk

Nu de “cyclus van seksueel misbruik” ook voor de populatie van geïnterneerden met een verstandelijke beperking empirisch is aangetoond – evenwel op basis van een beperkte studie - dient dit zeker verdere aandacht en uitwerking te krijgen binnen behandelingsprogramma's van zedendelinquenten. Het grensoverschrijdend gedrag dat gesteld wordt, is sterk verbonden met een verhaal van grensoverschrijdend gedrag waar men zelf het slachtoffer van geworden is. Dit leunt aan bij het aannemen van een slachtofferpositie waarbij er moeilijk een onderscheid gemaakt kan worden tussen ‘ik’ en ‘de ander’. De kwetsuren uit het verleden liggen nog aan de oppervlakte en er is nood aan erkenning, iets wat ze in het verleden weinig of nooit gekend hebben, zo blijkt. De gepleegde zedenfeiten wegen zwaar door en we willen onze maatschappij hiervoor beschermen. Maar we mogen de persoon waarmee we werken niet verengen tot diens problematiek. Het blijft voor de hulpverlening een uitdaging om te zoeken naar een evenwichtige begeleiding, waarbij de bescherming van de maatschappij hand in hand gaat met de begeleiding van de persoon.

Verder is er de nood om in de toekomst behandelingsgericht en ook preventief te werken zodat slachtoffers van seksueel misbruik minder kans hebben om dadergedrag te ontwikkelen. Uiteraard is het hierbij te simplistisch om te stellen dat de invloed van een misbruikverleden op zichzelf staat en er verder geen beïnvloedende of mediërende factoren een rol spelen. Hiertoe kan ingespeeld worden op onderstaande betekenisvolle en significant beïnvloedende factoren, als gevolg van een seksueel misbruikverleden, die resulteren uit dit onderzoek.

De frequente of continue afzondering van personen met een verstandelijke beperking tijdens de levensloop zou de kans vergroten op het verworden tot een zedendelinquent. Om aan dit risico van sociale isolatie tegemoet te komen, is het een voor de hand liggende oplossing om institutionele controle en gezag te installeren. Deze vrijheid inperkende oplossing heeft echter mogelijks het omgekeerde effect, waardoor zedendelinquenten bij hun re-integratie in de maatschappij door de veroordelende gemeenschap vaak gedwongen worden om onder te duiken of te verhuizen. Op die manier wordt er een nieuwe vorm van sociale isolatie geïnstalleerd waardoor het risico op nieuwe slachtoffers net vergroot i.p.v. verkleind wordt. Naar het voorbeeld van Wilson et al. (2007) zou het dus interessant kunnen zijn om een ondersteunende omgeving te installeren, eerder dan een beperkende. Preventief kan het opleggen van supervisie helpen om grensoverschrijdend gedrag terug te dringen. Ironisch genoeg is dit een moeilijkheid omdat de doelgroep sociaal geïsoleerd leeft en dus minder bereikbaar is.

Waar er vroeger vooral teruggegrepen werd naar de verklaring van cognitieve misopvattingen vanuit de verstandelijke beperking, wordt dit in de literatuur en in dit onderzoek genuanceerd door het feit dat parafilie wel degelijk een bijdrage levert in de ontwikkeling van zedendelinquentie. Er kan voornamelijk een onderscheid gemaakt worden tussen een groep van zedendelinquenten die feiten plegen vanuit een zeker naïviteit, vertraagde en gestagneerde emotionele en sociale ontwikkeling, en zedendelinquenten waarbij er een vermoeden is van pedofilie. In de behandeling en begeleiding van zedendelinquenten mogen beide groepen dus niet uitgesloten worden om gepast om de problematiek in te spelen. Hoewel diagnostische instrumenten zoals gedragsvragenlijsten en observatieschalen de betrouwbaarheid verhogen, blijft de juiste diagnose sterk afhankelijk van de klinische ervaring en de intuïtie van de diagnosticus in

het herkennen van een bepaalde problematiek. Er is dus nog steeds een aanzienlijk subjectief element in de diagnostiek. Zo kan het etiket van ‘pedofiel’ vlug gehanteerd worden om een verklaring te bieden voor de gepleegde feiten. Hierdoor kan de problematiek van de betrokkene onder- of overschat worden en dus niet gepast benaderd worden.

Verder wordt de verstoring van seksuele scripts in het profiel van zedendelinquenten vaak toegeschreven aan hun cognitieve en sociale beperking. Uit dit onderzoek blijkt immers ook dat er een significant verband is met het hebben van een seksueel misbruikverleden. Het zou een samenspel zijn van disfunctionele en normloze rolpatronen, negatieve life events en een mentale beperktheid die ervoor zorgen dat zij ontwikkelen tot plegers van zedenfeiten. Dit is een veel verklarende oorzaak, maar daarmee is de kous nog niet af. Er zijn verschillende mogelijkheden en persoonlijke ontwikkelingskansen die aangesproken kunnen worden, alvorens men in de behandeling vervalt tot de focus op het dadergedrag. Er zijn verschillende dynamieken en profielen van zedendelinquenten die vaak naar voren komen –en daarom bijna stereotiep zijn- in het hulpverleningslandschap, zoals: disfunctionele sociale interactie, verslavingsproblematiek, autismespectrumstoornis, etc.. Deze worden in dit onderzoek duidelijk in vraag gesteld. Deze veelvoorkomende eigenschappen bleken niet te correleren met de groep van zedendelinquenten, en een agressie-en drugproblematiek bleken immers significant in verband te staan met niet-zedendelinquenten. Dit doet ons stilstaan bij de aannames die vaak gemaakt worden omtrent de etiologie van het daderschap. Een verwerping ervan is zeker niet aan de orde, maar een gezond wantrouwen dient geïnstalleerd te worden tegenover de stereotype vergelijkingen opdat er persoonsgericht en behoefte specifiek kan gehandeld worden in de behandeling van zedendelinquenten.

Beperkingen van het onderzoek

Tijdens de dossieranalyse werden variabelen gescoord op hun aan- of afwezigheid. De grens hiertussen is heel dun en beschrijvingen kunnen dus verschillend geïnterpreteerd en vervolgens anders gecodeerd worden. Tijdens de codering van dit onderzoek werd zoveel als mogelijk afgegaan op de effectieve diagnose of benaming van de variabelen in de dossiers om intuïtieve vermoedens te vermijden. Bovendien mag er niet vanuit gegaan worden dat alle belangrijke factoren geweten en neergeschreven zijn in de dossiers. Zo is een verleden van seksueel misbruik een delicaat en kwetsbaar onderwerp dat bij sommige participanten nog niet aan het licht gekomen is. “Vals positieven” en “vals negatieven” zijn dus niet uit te sluiten. Desondanks werd er wel een significante aanwezigheid vastgesteld. Daarnaast waren er ook enkele participanten (5,4%) die slechts enkele dagen of weken deelnamen aan de werking van “Ontgrendeld”, waardoor de dossiers nog niet volledig opgestart waren en er dus weinig informatie beschikbaar was. Tot slot betreft het een vrij kleine steekproef (n=56) waardoor variabelen mogelijks hun significantieniveau niet konden bereiken en de percentages met enige omzichtigheid benaderd moeten worden.

Suggesties voor vervolgonderzoek

Er blijkt een positief significant verband te zijn tussen een verleden van seksueel misbruik en de ontwikkeling van zedendelinquentie. Op basis van deze bovenstaande resultaten kunnen we echter de aard van dit verband niet inschatten. Verdergaand onderzoek zou kunnen nagaan in hoeverre het hier gaat om een causaal, modererend of mediërend verband. Het verschil in deze rechtstreekse of onrechtstreekse relatie zou eventuele belangrijke factoren in het proces kunnen betrekken, waardoor nog een beter zicht op de etiologie van dadergedrag als gevolg van eigen traumatische ervaringen kan verkregen worden. Wat op zijn beurt ook van betekenis is voor de praktijk.

Depressieve stemmingsstoornissen bleken hier, in tegenstelling tot ander onderzoek (Styron & Janoff-Bulman, 1997; Sequeira et al., 2003; Hayes, 2004; Hoekman & van den Bergh, 2006), niet significant in verband te staan met een verleden van seksueel misbruik. Verschillende onderzoekers stellen wel dat de etiologie en de rol van depressie verder onderzocht moet worden. Zo rapporteerde Lunsky (2003) eerder dat percepties van stress en eenzaamheid kunnen worden gerelateerd aan symptomen van depressie bij volwassenen met een borderline persoonlijkheidsstoornis en/of verstandelijke beperking. Dagnan en Sandhu 's (1999) vonden dat depressie gerelateerd is aan een laag zelfbeeld en een lager groepsgevoel. Van daaruit vragen zij ook naar verder onderzoek in het kader van seksuele misdrijven, vanwege de gevolgen betreffende sociaal isolement bij slachtoffers en dus de mogelijke beïnvloeding op de “cyclus van seksueel misbruik”. Onderzoek van Lindsay et al. (2001) rapporteerde immers dat zedendelinquenten met een verstandelijke beperking die depressieve symptomen vertonen, eerder geweld zouden gebruiken of bedreigd hebben om geweld te gebruiken tijdens het plegen van de feiten.

De diagnose van parafilie werd als significant gerapporteerd in verhouding tot de ontwikkeling van zedenfeiten en het hebben van een seksueel misbruikverleden. Dit is een interessante bevinding die veronderstelt dat een seksueel trauma tijdens de minderjarigheid ertoe kan leiden dat zich een parafilie ontwikkelt. Gezien het gebrek aan bestaande literatuur omtrent deze aanname, is dit een boeiende suggestie voor toekomstig onderzoek. Tot slot is het verband van een hechtingsstoornis met de ontwikkeling van seksueel overschrijdend gedrag enerzijds en het hebben van een seksueel misbruikverleden anderzijds aangetoond. Het lijkt relevant om de specifieke aard en invloed ervan te onderzoeken, teneinde in preventie-en behandelingsprogramma's te kunnen inspelen op valide aannames en verklaringen. Zo zouden bepaalde variabelen, als gevolg van een seksueel misbruikverleden, een rol kunnen spelen in de dynamiek van een hechtingsproblematiek en vervolgens leiden tot de ontwikkeling van dadergedrag.

Referenties

- AAIDD (2014). Defenition of intellectual disability. Geraadpleegd op http://aaid.org/intellectual-disability/definition#.U4iVVcbDP_F.
- Abracen, J., Looman, J., & Anderson, D. (2000). Alcohol and drug abuse in sexual and nonsexual violent offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 12(4), 263-274.
- Alexander, M. A. (1999). Sexual offender treatment efficacy revisited. *Sexual Abuse: a Journal of Research and Treatment*, 11(2), 101-116.
- Ashman, L., & Duggan, L. (2007). Intervention for learning disabled sex offenders (review). *The Cochrane Library*, 3, 1-15.
- 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.
- Barron, P., Hassiotis, A., & Banes, J. (2002). Offenders with intellectual disability: the size of the problem and therapeutic outcomes. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46(6), 454-463.
- Becker, J., Harris, C., & Sales, B. (1993). Juveniles who commit sexual offenses: A critical review of the research. In G. C. N. Hall, R. Hirschman, J. Graham, & M. Zaragoza (Eds.), *Sexual aggression: Issues in etiology and assessment, treatment, and policy* (pp. 83–92). Washington, DC: Taylor and Francis.
- Benedict, L. and Zautra, A. (1993). Family environmental characteristics as risk factors for childhood sexual abuse. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22(3), 365-374.
- Bengis, S., D.S. Prescott & J. Tabachnick (2012). Gaining a better understanding of sexual victimization as a risk factor for future abusive behaviors, *Neari News*, 5(12), online newsletter.
- Blanchard, R., Watson, M., Choy, A., Dickey, R., Klassen, P., & Kuban, N. (2001). Paedophiles: Mental retardation, maternal age and sexual orientation. *Archives of Sexual Behavior*, 28, 112-127.
- Boetzelare, E., Hendriks, J.,Beleveld, C. (2012). Verschillen tussen zwakbegaafde en normaal begaafde jeugdige zedendelinquenten. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 36(1), 30-36.
- Briere, J., & Runtz, M. (1990). Differential adult symptomatologies associated with three types of child abuse histories. *Child Abuse & Neglect*, 14, 357–364.
- Brook, S. J., Whiteman, M. M., & Finch, S. (1992). Childhood aggression, adolescent delinquency, and drug use: A longitudinal study. *The Journal of Genetic Psychology: Research and Theory on Human Development*, 153(4), 369-383.
- Brown, H., & Stein, J. (1997). Sexual abuse perpetrated by men with intellectual disabilities: a comparative study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 41, 215-224.
- Bryer, J.B., Nelson, B.A., Miller, J.B., Krol, P.A. (1995). Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. *Psychiatry*, 144(11), 102-106.

- Casselmann, J. (1997). "Internering, huidige situatie" in J. Casselman, P. Cosyns, J. Goethals, M. Vandenbroucke, D. De Doncker en D. Dillen(eds.) *Internering*, Antwerpen, Garant, 44.
- Centrum OBRA vzw (2010). Werking Ontgrendeld: Een werking voor geïnterneerden met een beperking in de gevangenis van Gent. [Infobrochure].
- Chu, James A., Ed.; Bowman, Elizabeth S., Ed. (2002). Trauma and sexuality: The effects of childhood sexual, physical, and emotional abuse on sexual identity and behavior. *Journal of Trauma and Dissociation*, 3(4), 121-135.
- Cohen, J.A., Deblinger, E., Mannarino, A.P., Steer, R.A. (2004). Multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(4), 393-402.
- Coleman, E., & Haaven, T. (1998). Adult intellectually disabled sex offenders: Program considerations. In W. L. Marshall (Ed.), *Source book of treatment programs for sex offenders*. New York: Plenum.
- Crewe, B. (2007). The Sociology of Imprisonment. In Y. Jewkes (Ed.) *Handbook on prisons* (pp. 123-153). Devon: Willan Publishing.
- Cunningham, S. (2003). The joint contribution of experiencing and witnessing violence during childhood on child abuse in the parent role. *Violence and Victims*, 18, 619-639.
- Dagnan, D., & Sandhu, S. (1999). Social comparison, self-esteem and depression in people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 43, 372-379.
- Day, K. (1988). A hospital based treatment programme for male mentally handicapped offenders. *British Journal of Psychiatry*, 153, 635-44.
- Day, K. (1994). Male mentally handicapped sex offenders. *British Journal of Psychiatry*, 165, 630-639.
- De Belie, E. (2000). Een kwetsbare ontwikkeling, veerkracht en het risico op seksueel misbruik. In E. De Belie, C. Ivens, J. Lesseliers, & G. Van Hove (Ed.), *Seksueel misbruik van mensen met een verstandelijke handicap. Handboek preventie en hulpverlening* (pp. 37-60). Leuven/Leuven: Acco.
- De Belie, E., & Van Hove, G. (2003). Kwetsbaarheid en veerkracht van mensen met een verstandelijke beperking. Reflecties met betrekking tot preventie van en hulpverlening bij seksueel misbruik. *Tijdschrift voor orthopedagogiek, kinderveerkracht en klinische kinderveerkracht*, 28, 2 - 17.
- Dekker, M.C., & Koot; H.M. (2003). DSM-IV disorders in children with borderline to moderate intellectual disability. ii: Child and family predictors. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(8), 923-931.
- DelBello, M.P., Soutullo, C.A., Zimmerman, M.E., Sax, K.W., Williams, J.R., McElroy, S.L., Strakowski, S.M. (1999). Traumatic brain injury in individuals convicted of sexual offenses with and without bipolar disorder. *Psychiatric Research*, 89(3), 281-286.
- Dhawan S. & W.L. Marshall (1996). Sexual abuse histories of sexual offenders. *Sexual Abuse: A journal of research and treatment*, 8(1), 7-15
- Dhawan, S., & Marshall, W. L. (1996). Sexual abuse histories of sexual offenders. *Sexual Abuse:*

A Journal of Research and Treatment, 8, 7–15.

- Douma, J., Van Den Berg, P., & Hoekman, J. (2000). Mensen met een verstandelijke handicap als slachtoffer of dader van seksueel misbruik. *Tijdschrift voor orthopedagogiek*, 39, 173-183.
- Douma, J., van den Bergh, P., & Hoekman, J. (1998). *Verstandelijke handicap en seksueel misbruik*. Rotterdam: Lemniscaat.
- Elias, C., Swennenhuis, P., & Bouma, G. (2009). Diagnostiek bij kinderen en jongeren met een licht verstandelijke beperking die een trauma hebben ervaren: de practice based kennis van professionals. *Onderzoek en Praktijk*, 7(2), 5-13.
- Elliot, R., Watson, J. C., Goldman, R. N., & Greenberg, L. S. (2004). *Learning emotion-focused therapy: the process-experiential approach to change*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Fago, D.P. (2003). Evaluation and treatment of neurodevelopmental deficits in sexually aggressive children and adolescents. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(3), 248-257.
- Farrington, D. P. (2009). *Conduct disorder, aggression and delinquency. Individual bases of adolescent development*. John Wiley and Sons, Inc. doi: 10.1002/9780470479193.adlpsy001021
- Fazel, S., Xenitidis, K., & Powell, J. (2008). The prevalence of intellectual disabilities among 12 000 prisoners – A systematic review. *International Journal of Law and Psychiatry*, doi:10.1016/j.ijlp.2008.06.001
- Fehrenbach, P. A., Smith, W., Monastersky, C., & Deisher, R. W. (1986). Adolescent sexual offenders: Offender and offense characteristics. *American Journal of Orthopsychiatry*, Vol 56(2), 225-233.
- Felson, R.B., Silver, E., & Remster, B. (2012). Mental disorder and offending in prison. *Criminal Justice and Behavior*, 39, 125-143.
- Finkelhor, D. (1984). *Child sexual abuse: New theory and research*. London, New York: Collier-McMillan.
- Fonagy, P. (1999). Male perpetrators of violence against women: an attachment theory perspective. *Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 1, 7-27.
- Fonagy, P., & Target, M. (1996). Personality and sexual development, psychopathology and offending. In C. Cordess & M. Cox (Ed.) *Forensic psychotherapy. Crime, psychodynamics and the offender patient* (pp. 117-152). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Ford, M., & Linney, J. (1995). Comparative analysis of juvenile sexual offenders, violent non-sexual offenders, and status offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 10, 56–70.
- Gallager, B. (2000). The extent and nature of known cases of institutional child sexual abuse. *British Journal of Social Work*, 30(6), 795-817.
- Goethals, J. (2003). Predictie en recidive. *Panopticon*, 26, 30-44.

- Hildebrand, M., de Ruiter, C., & de Vogel, V. (2003). Recidive van verkrachters en aanranders na tbs. De relatie met psychopathie en seksuele deviatie. *De Psycholoog*, 114-124.
- Hoekman, J., & van den Bergh, P. (2006). Verstandelijke beperking en seksualiteit. In Gijs, L., Gianotten, W., Vanwessenbeeck, I., & Weijenborg, P. (Ed.), *Seksuologie* (pp. 581-591). Antwerpen: Manteau.
- Gilby, R., Woolf, L., & Goldberg, B. (1989). Mentally retarded adolescent seks offenders. *Canadian Journal of psychiatry*, 34, 542-548.
- Glasser, M., & Kolvin, I. (2001). Cycle of child sexual abuse: links between being a victim and becoming a prepatrator. *Britisch Journal of Psychiatry*, 179, 484-494.
- Goeders, N. E. (2003). The impact of stress on addiction. *European Neuropsychopharmacology*, 13, 435-441.
- Goris, P., & Walgrave, L. (2001). Een theorie over systematische deliquentie door jongeren. In P. Goris & L. Walgrave (Ed.), *Van katekwaad en erger. Actuele thema's uit de jeugdcriminalologie* (pp. 45-59). Leuven: Garant.
- Griffiths, D. M., & Fedoroff, P. (2014). Persons with intellectual disabilities and problematic sexual behaviors. *Psychiatric Clinics*, 37, 195-206.
- Gunst, E. (2009). Van verstoring tot ontsporing. In J. Baeke, N. Verbeeck, D. Debbaut, B. Decavel, & E. Gunst (Ed.). *Sporen naar verandering: Meersporenmodel in de behandeling van seksuele plegers* (pp. 37-55). Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- H. Heimans, T. Vander Beken & A.E. Schipaanboord (2015) Eindelijk een echte nieuwe en goede wet op de internering? Deel 1: De gerechtelijke fase. *Rechtskundig Weekblad*, 27, 1043-1064.
- Haaven, J. L., & Coleman, E. M. (2000). Treatment of the developmentally disabled sex offender. In: R. L. Laws, S. M. Hudson & T. Wards (Ed.), *Remaking relapse prevention with sex offenders* (pp. 369-388). Thousand Oaks, Californië: Sage Publications Inc.
- Hall, G. C. N. (1995) Sexual offender recidivism revisited: A meta-analysis of recent treatment studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(5), 802-809. doi: 10.1037/0022-006X.63.5.802
- Hamilton, C., Falshaw, L., & Browne, K. (2002). The link between recurrent maltreatment and offending behaviour. *International Journal of Offender Therapy & Comparative Criminology*, 46, 75- 94.
- Hanson, R. K., Gordon, A., Harris, A. J. R., Marques, J. K., Murphy, W., Quinsey, V. L., & Seto, M. (2002). First report of the collaborative outcome data project on the effectiveness of psychological treatment for sex offenders. *Sexual abuse: a Journal of Research and Treatment*, 12(2), 123-138.
- Hanson, R.K. and Morton-Bourgon, K. (2004) Predictors of Sexual Recidivism: An Updated Meta-Analysis. Ottawa, ON.: The Department of Public Safety and Emergency Preparedness Canada. [Gebruiksrapport].
- Hayes, S. (2004). Adaptive behaviour and background characteristics of sex offenders with

intellectual disabilities. Paper present at: International Association for the Scientific Study of Intellectual Disability Conference, Dublin.

- Hayes, S. (2009). The relationship between childhood abuse, psychological symptoms and subsequent sex offending. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 22(1), 96-101.
- Haywood, T.W., Kravits, H.M, & Wasyliv O.E. (1996). Cycle of abuse and psychopathology in cleric and noncleric molesters of children and adolescents. *Child Abuse and Neglect*, 20(12), 1233-1243.-1243
- Hoitzing, B., van Lankveld, J., Kok, G., & Curfs, L. (2010). Behandelprogramma's voor plegers van seksueel grensoverschrijdend gedrag met een lichte verstandelijke beperking in Nederland. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 34, 19-32.
- Holland, T., Clare, I. C. H., & Mukhopadhyay, T. (2002). Prevalence of 'criminal offending' by men and women with intellectual disability and the characteristics of 'offenders': implications for research and service development. *Journal of intellectual Disability Research*, 46, 6-20.
- Howells, K., & Hollin, C. (1993). *Clinical approaches to the mentally disordered offender*. Chichester: Wiley.
- Hummel, P., Thoé V., Oldenbué, H.A., & Specht, F. (2000). Male adolescent sex offenders against children: similarities and differences between those offenders with and those without a history of sexual abuse. *Journal of Adolescence*, doi:10.1006/jado.2000.0316
- Hunter, J.A., Figueredo, A.J., Malamuth, N.M., & Becker J.V. (2004). Developmental pathways in youth sexual aggression and delinquency: Risk factors and mediators. *Journal of Family Violence*, 19(4), 233-242.
- Janssen, I., Krabbendam, L., Bak, M., Hanssen, M., Vollebergh, W., de Graaf, R., van Os, J. (2004). Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. *Acta Psychiatr Scand*, 109, 38-45.
- Jespersen, A.F., M.L. Lalumière & M.C. Seto (2009). Sexual abuse history among adult sex offenders and non-sex offender: A meta-analysis. *Child Abuse and Neglect*, 33, 179-192
- Junger Tas, J. (1999). Predictie van criminaliteit en preventief ingrijpen. In J. R. M. Gerris (Ed.), *Verantwoordelijk jeugdbeleid* (pp. 4-21). Vlaanderen: De Bond van Grote en Jonge Gezinnen.
- Kline, R.B. (2009). *Becoming a Behavioral Science Reasearcher: A guide to producing research that matters*. New York: Guilfor Press.
- Lakey, J. (1994). The profile and treatment of male adolescent seks offenders. *Adolescence*, 29, 775-761.
- Lambrick, F., & Glaser, W. (2004). Sex offenders with an intellectual disability. *SexualAbuse: A Journal of Research and Treatment*, 16, 381-392.
- Langstrom, N., Sjöstedt, G., & Grann, M. (2004). Psychiatric Disorders and Recidivism in Sexual Offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 16(2), 139-150.

- Le Grand, A., Lutjenhuis, B., & Solodova, A. (2003). Behandeling van zwakbegaafde en licht verstandelijk gehandicapte pleggers van seksueel misbruik. *Tijdschrift voor Directieve Therapie*, 82-102.
- Lee, J.K.P., Jacksonb, H.J., Pattisonb, P., & Wardc T. (2002). Developmental risk factors for sexual offending. *Child Abuse & Neglect*, 26, 73–92.
- Leuw, E., Bijl, R., & Daalder, A. (2004). Pedoseksuele delinquentie: onderzoek naar prevalentie, toedracht en strafrechterlijke interventies. In X. (Ed.) *Reeks onderzoek en beleid* (pp. 75-84). Den Haag: Boom.
- Lindsay, W. R., Law, J., Quinn, K., Smart, N., & Smith, A. (2001). A comparison of physical and sexual abuse: histories of sexual and non-sexual offenders with intellectual disability. *Child Abuse and Neglect*, 25, 989–995.
- Lindsay, W., Smith, A., & Law, J. (2004). Sexual and nonsexual offenders with intellectual and learning disabilities. *Journal of interpersonal violence*, 19(8), 875-890.
- Löfgren-Mårtenson, L. (2004). “May I?” About sexuality and love in the new generation with intellectual disabilities. *Sexuality and Disability*, 22, 197-206.
- Lösel, F., & Schmucker, M. (2005). The effectiveness of treatment for sexual offenders: a comprehensive meta-analysis. *Journal of Experimental Criminology*, 1, 117-146.
- Lunsky, Y. (2003). Depressive symptoms in intellectual disability: does gender play a role? *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 417–427.
- Marshall, W. L., & Barbaree, H. E. (1990). An integrated theory of the etiology of sexual offending. In W. L. Marshall, D. R. Laws, & H. E. Barbaree (Eds.), *Handbook of sexual assault: issues, theories, and treatment of offenders* (pp. 257–275). New York: Plenum.
- Marshall, W.L., Serran, G.A., & Cortoni, F.A. (2000). Childhood attachments, sexual abuse, and their relationship to adult coping in child molesters. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 12(1), 17-26.
- McCarthy, M., & Thompson, D. (1996). Sexual abuse by design: An examination of the issues in learning disabilities services. *Disability & Society*, 11, 205-217.
- Moore, D.S., McCabe, G.P. (2005). *Introduction to the practice of statistics*. W.H. Freeman & Co Ltd.
- Murphy, G., Powell, S., Guzman, A. M., & Hays, S. J. (2007). Cognitive-behavioural treatment for men with intellectual disabilities and sexually abusive behaviour: A pilot study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51, 902-912.
- Ogloff, R.P.J, M.C. Cutajar, E. Mann & P. Mullen (2012), Child sexual abuse and subsequent offending and victimisation: a 45 year follow-up study. *Trends & Issues in crime and criminal justice*, 440, 1-6.
- Ornduff, S., Kelsey, R., & O’Leary, K. (2001). Childhood physical abuse, personality, and adult relationship violence: a model of vulnerability to victimization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71, 322–331.
- Owens, G. P., & Chard, K. M. (2001). Cognitive distortions among women reporting childhood sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 16(2), 178-191.

- Protais, C. (2014). Psychiatric care or social defense?: The origins of a controversy over the responsibility of the mentally ill in French forensic psychiatry. *International Journal of Law and Psychiatry*, 37(1), 17–24. doi:10.1016/j.ijlp.2013.10.001
- Ricci, R., & Clayton, C. (2008). Trauma resolution treatment as an adjunct to standard treatment for child molesters. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(1), 41-50.
- Robertson, G. (1981). The extent and pattern of crime amongst mentally handicapped offenders. *Journal of the British Institute of Mental Handicap*, 9, 62-73.
- Salter, D., D. McMillan, M. Richards, T. Talbot, J. Hodges, A. Bentovim, R. Hastings, J. Stevenson & D. Skuse (2003). Development of sexually abusive behaviour in sexually victimised males: A longitudinal study. *Lancet*, 361, 471-476.
- Sanghara, K. K., & Wilson, J. C. (2006). Stereotypes and attitudes about child sexual abusers: a comparison of experienced and inexperienced professionals in sex offender treatment. *Legal and Criminological Psychology*, 11(2), 229-244.
- Schilling, F., & Schinke, S. (1989). Mentally retarded seks offenders: Fact, fiction and treatment. *Journal of Social Work and Human Sexuality*, 7, 33-48.
- Sequeira, H., Howlin, P., & Hollins, S. (2003). Psychological disturbance associated with sexual abuse in people with learning disabilities: Case–control study. doi: 10.1192/bjp.183.5.451
- Servais, L. (2006). Sexual health care in persons with intellectual disabilities. *Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 12, 48-56.
- Simons, D., S.K. Wurtele & P. Heil (2002). Childhood victimization and lack of empathy as predictors of sexual offending against women and children. *Journal of interpersonal violence*, 17(12), 1291-1307
- Simons, D.A., Wurtele, S.K., & Durham, R.L. (2008). Developmental experiences of child sexual abusers and rapists. *Child Abuse and Neglect*, 32, 549–560.
- Smallbone, S. W. (2006). An attachment-theoretical revision of Marschall and Barbaree’s integrated theory of the etiology of sexual offending. In W. L. Marshall, Y. M. Fernandez, L. E. Marschall & G. A. Serran (Ed.), *Sexual offender treatment, controversial issues*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Snyder, H. (2000). *Sexual assault of young children reported to law enforcement: Victim, incident and offender characteristics*. Washington DC: Department of Justice.
- Styron, T., & Janoff-Bulman, R. (1997). Childhood attachment and abuse: Long-term effects on adult attachment, depression, and conflict resolution. *Child Abuse and Neglect*, 21(10), 1015–1023.
- Tacker, S.B., & Stroup, D.F. (2003). *Child sexual abuse: vicious circles of fate or paths to resilience*. The Lancet, 361, 446-447.
- Ten Wolde, A., Le Grand, B., Slagter, J., & Storms, M. (2006). *Vaardig en veilig. Behandeling van sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapte mensen met risicovol gedrag*. Boschoord: Hoeve Boschoord.
- Thompson, D. (1997). Profiling the sexually abusive behavior of men with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 10(2), 125–139.

- Thompson, D. & Brown, H. (1997). Men with intellectual disabilities who sexually abuse. A review of the literature. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 10, 140–158.
- Timms, S., & Goreczny, A. J. (2002). Adolescent seks offenders with mental retardation: literature review and assessment considerations. *Agression and Violent Behavior*, 7, 1-19.
- Uzieblo, K. (2011). Mentale beperkingen bij daders, Psychodiagnostisch Centrum, Lessius. [PowerPointpresentatie postgraduaat forensische psychodiagnostiek en counseling].
- van Berlo, W. (1995). *Seksueel misbruik bij mensen met een verstandelijk handicap: een onderzoek naar omvang, kenmerken en preventiemogelijkheden*. Delft: Eburon.
- van den Berg, J. W., & Brand, E. (2008). De prevalentie van zwakbegaafden en licht verstandelijk gehandicapten binnen de groep plegers van seksueel grensoverschrijdend gedrag in de TBS. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 32, 67-72.
- van den Berg, J. W., & van Beek, D. (2006). Verstandelijk gehandicapte plegers van seksueel grensoverschrijdend gedrag. *De Psycholoog*, 125-130.
- van der Linden, P. (2003). Daderhulpverlening in Nederland. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 58, 64-77.
- Van Hove, G., & van Loon, J. (2005). Personen met een verstandelijke beperking. In E. Broekaert & G. Van Hove (Ed.) *Handboek Bijzondere Orthopedagogiek* (pp. 15-43). Antwerpen – Apeldoorn: Garant.
- van Oeckel, K. (2007). Hormonale therapie bij plegers van seksueel geweld: Een overzicht. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 31, 85-94.
- Van Oost, P. (2001). Psychologische modellen voor normoverschrijdend gedrag. Universiteit Gent. [Cursus]
- Vanaerschot, G. (2004). Ontwikkelingen in empathie. Van klimaatfactor naar belevings- en relatiefaciliterende dialoog. *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, 42(4), 245-266.
- Vanden Hende, M., Caris, K. & De Block-Bury, L. (2005). *Ontgrendeld: Beschrijvend wetenschappelijk onderzoek naar geïnterneerden met een verstandelijke handicap en hun verblijf in de Vlaamse gevangenissen*. Gent: Accademia Press.
- Vander Laenen, F., & Vander Beken, T. (2013) Tucht en gedetineerden met een psychiatrische problematiek. *Panopticum*, 34(3), 209-214.
- Vandevelde, S., Soyez, V., Vander Beken, T., De Smet, S., Boers, A., & Broekaert, E. (2011). Mentally ill offenders in prison: The Belgian case. *International Journal of Law and Psychiatry*, 34(1), 71–78. doi:10.1016/j.ijlp.2010.11.011
- Vandewalle, S. (2009). Ambulante therapie aan plegers van seksueel grensoverschrijdend gedrag met een verstandelijke beperking. In J. Baeke, N. Verbeeck, D. Debbaut, B. Decavel, & E. Gunst (Ed.). *Sporen naar verandering: Meersporenmodel in de behandeling van seksuele plegers* (pp. 105-121). Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Vanhooren, S. (2006). Ergens tussen zwart en wit. Psychotherapie met daders van seksuele delicten vanuit cliëntgericht perspectief. *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, 44, 85-102.

- Verlinden, S., Maes, B., & Goethals, J. (2009). Personen met een verstandelijke handicap onderhevig aan een interneringmaatregel. Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, 4. [Rapport].
- Volpicelli, J., Balaraman, G., Hahn, J., Wallace, H., & Bux, D. (1999). The role of uncontrollable trauma in the development of PTSD and alcohol addiction. *Alcohol Research & Health*, 23(4), 256-262.
- Vynckier, G. (2012). *De ervaring, beleving en coping van mid-adolescente slachtoffers van vermogens- en geweldsdelicten*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.
- Vynckier, G. (2012). Jonge slachtoffers, jonge ouders? [Bookreview].
- Wakefield, H., & Underwager, R. (1991). Female child sexual abusers: A critical review of the literature. *American Journal of Forensic Psychology*, 9(4), 1991, 43-69.
- Ward, T. & Beech, A.R. (2005). An integrated theory of sexual offending. *Aggression and Violent Behavior*, 11, 44-63.
- Ward, T., Hudson, S., Marshall, W. L., & Siegert, R. (1995). Attachment style and intimacy deficits in sexual offenders: a theoretical framework. *Sexual Abuse Journal of Research and Treatment*, 7, 317-335.
- Ward, T., McCormack, J., Hudson, S.M. & Polaschek, D. (1997). Rape: assessment and treatment. In D.R. Laws & W. O'Donohue (Eds.), *Sexual deviance. Theory, assessment, and treatment* (p. 356-393). New York: Guilford.
- Warren, J. I., Rosenfeld, B., Fitch, W. L., Hawk, G. (1997). Forensic mental health clinical evaluation: An analysis of interstate and intersystemic differences. *Law and Human Behavior*, 21(4), 377-390. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1024855118855>
- Whitaker, D.J., Lea, B., Hanson, R.K., Bakerg, C.K., McMahon, P.M., Ryand, G., Kleine, A., & Rice, D.D. (2008). Risk factors for the perpetration of child sexual abuse: A review and meta-analysis. *Child Abuse and Neglect*, 32(5), 529-548.
- Widom, C. (1995). *Victims of child sexual abuse: Later criminal consequences*. Washington, DC: US Department of Justice, National Institute of Justice.
- Willems, L. (2013). Eigen slachtofferervaringen bij plegers van seksueel grensoverschrijdend gedrag: wat te doen?. *I.T.E.R*, 3(1).
- Williams, L. (1995). *Juvenile and adult offending behavior and other outcomes in the cohort of sexually abused boys: 20 years later*. Philadelphia, PA: Joseph J. Peters Institute.
- Wilson, R. J., Picheca, J. E., & Prinzo, M. (2007). Evaluating the effectiveness of professionally-facilitated volunteerism in the community-based management of high risk sexual offenders: PART TWO—A comparison of recidivism rates. *Howard Journal of Criminal Justice*, 46, 327-337.
- Wilson, R.J., McWhinnie, A., Picheca, J.E., Prinzo, M., & Cortoni, A. (2007). Circles of Support and Accountability: Engaging Community Volunteers in the Management of High-Risk Sexual Offenders. *The Howard Journal of Criminal Justice*, 46(1), 1-15.
- Wolfe, D.A., Sas, L., & Werkele, C. (1994). Factors associated with the development of posttraumatic stress disorder among child victims of sexual abuse. *Child Abuse and*

Neglect, 18(1), 37-50.

Wolfe, V.V., Gentile, C., & Wolfe, D.A. (1989). The impact of sexual abuse on children: A PTSD formulation. *Behaviour Therapy*, 20(2), 215-228.

Bijlagen

Table 3: IQ Gegevens van Geïnterneerden in Vlaanderen

	GENT	LEUVEN	ANTWERPEN	TOTALE GROEP
IQ < 70	109 (19,5%)	29 (18,8%)	145 (17,8%)	283 (18,5%)
70 – 85	43 (7,7%)	55 (35,7%)	127 (15,6%)	225 (14,7%)
IQ > 85	408 (72,8%)	70 (45,5%)	540 (66,5%)	1018 (66,7%)
Onbekend	7 (-)	19 (-)	110 (-)	136 (-)
TOTAAL	567 (100%)	173 (100%)	922 (100%)	1992 (100%)

Aangepast van "Personen met een verstandelijke handicap onderhevig aan de interneringsmaatregel" door S. Verlinden, B. Maes en J. Goethals, 2009, SWVG-rapport, 4, p. 17. Copyright 2009 door Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Table 4: Coderingstabel voor de Dossier-Analyse

STATISCHE FACTOREN
Geslacht
IQ
Aard van gepleegde feiten <ul style="list-style-type: none"> - Zedenfeiten - Andere feiten
Slachtoffer misbruik
Leeftijd slachtofferschap
Aard van slachtofferschap <ul style="list-style-type: none"> - Emotioneel - Fysiek - Seksueel
Frequentie van slachtofferschap <ul style="list-style-type: none"> - Acueel misbruik - Chronisch misbruik
Relatie tot dader <ul style="list-style-type: none"> - Onbekend - Bekend interfamiliaal - Bekend intrafamiliaal
Hulpverleningsgeschiedenis

BEÏNVLOEDENDE FACTOREN
Post traumatische stressstoornis (PTSS) <ul style="list-style-type: none"> - Dissociatieve symptomen (2) - Acting out (1)
Psychotische stoornis (22)
Agressieproblematiek (8)
Problemen met middelenmisbruik (9) <ul style="list-style-type: none"> - Alcoholmisbruik - Middelenmisbruik
Sociale isolatie (17)
Verstoorde seksuele identiteit

<ul style="list-style-type: none"> - Parafilie (12) - Seksverslaving (14) - Hyposeksualiteit (13) - Verstoorde seksuele scripts (12)
--

SPECIFIEKE FACTOREN
Angststoornissen (18)
Depressieve stemmingsstoornissen (6)
Stress (21)
Automutilatie (16)
Psychosomatische klachten (11)
Slaapproblemen (19)
Eetstoornissen (10)
Ontwikkelingsstoornis-gerelateerde kenmerken (20)
Disfunctionele volwassen relaties <ul style="list-style-type: none"> - Afhankelijkheidsrelaties (15) - Disfunctionele omgang met leeftijdsgenoten (15) - Fysieke agressie en misbruik t.o.v. de romantische partner (7) - Onstabiele relaties (4) - Onveilige hechting met romantische partner (5)
Onveilige hechting of hechtingsstoornis (3)
Suïcidale gedachten en/of zelfmoordpogingen (21)

Tabel 5: Verduidelijking Variabelen van de Coderingstabel voor de Dossier-Analyse

STATISCHE FACTOREN
= historische kenmerken van de participant. Ze veranderen niet meer of slechts in één richting.
Geslacht = feit dat de participant een man of een vrouw is >> <i>mannelijk (1) of vrouwelijk (0)</i>
IQ = intelligentiequotiënt; cijfermatige aanduiding voor iemands intellectuele vermogens verkregen op basis van een officiële test >> <i>numeriek (meest recente testafname)</i>
Aard van gepleegde feiten <ul style="list-style-type: none"> - Zedenfeiten = strafbaar feit op zedelijk/seksueel gebied (verkrachting, aanranding, GOG, e.d.) >> <i>aanwezig (1) of afwezig (0)</i> - Andere feiten = strafbaar feit op niet-seksueel gebied (gewelddadig, brandstichting, druggerelateerd, e.d.) >> <i>aanwezig (1) of afwezig (0)</i>
Slachtoffer misbruik = het al dan niet verworden zijn van slachtoffer van misbruik tijdens de levensloop >> <i>aanwezig (1) of afwezig (0)</i>
Leeftijd slachtofferschap = de leeftijd waarop of periode waarin men slachtoffer werd van misbruik >> <i>numeriek</i>
Aard van slachtofferschap <ul style="list-style-type: none"> - Emotioneel = het inadequaat reageren op de emotionele behoeften van een kind (steun, veiligheid en geborgenheid) en/of bewust emotioneel kwetsen en manipuleren van een kind; verwaarlozing >> <i>aanwezig (1) of afwezig (0)</i> - Fysiek = geweld gebruiken of opzettelijk pijn doen van een kind >> <i>aanwezig (1)</i>

<p><i>of afwezig (0)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Seksueel = een kind betrekken in seksuele intimiteiten en activiteiten die de grenzen van zijn ontwikkeling en leeftijd overschrijdt >> <i>aanwezig (1) of afwezig (0)</i>
<p>Frequentie van slachtofferschap</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acueel misbruik = eenmalig misbruik >> <i>aanwezig (1) of afwezig (0)</i> - Chronisch misbruik = langdurig en aanhoudend misbruik >> <i>aanwezig (1) of afwezig (0)</i>
<p>Relatie tot dader</p> <ul style="list-style-type: none"> - Onbekend = persoon buiten het gezin en niet gekend >> <i>aanwezig (1) of afwezig (0)</i> - Bekend interfamiliaal = persoon buiten het gezin en wel gekend >> <i>aanwezig (1) of afwezig (0)</i> - Bekend intrafamiliaal = persoon binnen het gezin en dus wel gekend >> <i>aanwezig (1) of afwezig (0)</i>
<p>Hulpverleningsgeschiedenis = de mate waarin voormalige hulpverlening aansloot op het slachtofferschap van de participant >> <i>aanwezig (1) of afwezig (0)</i></p>

<p>BEÏNVLOEDENDE FACTOREN</p> <p>= de factoren die als gevolg van eigen slachtofferervaringen mogelijks een invloed hebben op de ontwikkeling van toekomstig dadergedrag.</p>
<p>Post traumatische stressstoornis (PTSS) = stoornis als gevolg van ernstige stress-gevende situaties die voor de betrokkene als traumatisch wordt ervaren, waarbij sprake is van feitelijke of dreigende dood, ernstige verwonding of seksueel geweld</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dissociatieve symptomen = reacties waarbij de betrokkene het gevoel heeft of handelt alsof de psychotraumatische gebeurtenis(sen) opnieuw plaatsvindt (plaatsvinden); herbeleving >> <i>aanwezig (1) of afwezig (0)</i> - Acting out = onvrijwillige, intrusieve en eventueel recidiverende drang en handelingen om de traumatische ervaringen te imiteren >> <i>aanwezig (1) of afwezig (0)</i>
<p>Psychotische stoornis = stoornis waarbij de betrokkene contact met de werkelijkheid verloren heeft, gekenmerkt door hallucinaties, waanbeelden en denkstoornissen >> <i>aanwezig (1) of afwezig (0)</i></p>
<p>Agressieproblematiek = participant gedraagt zich problematisch opstandig, agressief en kwetsend naar anderen >> <i>aanwezig (1) of afwezig (0)</i></p>
<p>Problemen met middelenmisbruik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alcoholmisbruik = onaangepast en voortdurend gebruik van alcohol, vaak met beroepsmatige, psychische of lichamelijke problemen als gevolg >> <i>aanwezig (1) of afwezig (0)</i> - Middelenmisbruik = onaangepast en voortdurend gebruik van drugs (stimulerende, verdovende, hallucinerende middelen), vaak met beroepsmatige, psychische of lichamelijke problemen als gevolg >> <i>aanwezig (1) of afwezig (0)</i>
<p>Sociale isolatie = frequente of continue afzondering van de participant (individueel of in kleine groep, zoals een gezin) >> <i>aanwezig (1) of afwezig (0)</i></p>
<p>Verstoorde seksuele identiteit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Parafilie = verstoorde seksuele oriëntatie en fantasieën >> <i>aanwezig (1) of afwezig (0)</i>

<p>(0)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Seksverslaving = een oncontroleerbare aandacht voor en occupatie met alle uitingen van seksualiteit; hyperseksualiteit >> <i>aanwezig (1) of afwezig (0)</i> - Hyposeksualiteit = afwezigheid of sterk verminderde drang naar alle uitingen van seksualiteit >> <i>aanwezig (1) of afwezig (0)</i> - Verstoorde seksuele scripts = persisterende, vertekende cognities over seksuele situaties >> <i>aanwezig (1) of afwezig (0)</i>

<p>SPECIFIEKE FACTOREN</p> <p>= zijn de factoren die als gevolg van eigen slachtofferervaringen mogelijk een grote rol spelen in het (huidige) functioneren van de participanten.</p>
<p>Angststoornissen = stoornissen met extreme angst als centraal kenmerk (paniekstoornis, sociale fobie, veralgemeende angststoornis, e.d.) >> <i>aanwezig (1) of afwezig (0)</i></p>
<p>Depressieve stemmingsstoornissen = stoornis waarbij de gemoedstoestand of emotie van de betrokkene verstoord is of niet past bij de situatie waarin hij verkeerd; specifiek wordt gefocust op depressieve stemmingen die zich kenmerken door een verlies van levenslust of zware neerslachtigheid >> <i>aanwezig (1) of afwezig (0)</i></p>
<p>Stress = grote aanwezigheid van toestanden van verhoogde psychische spanning en druk >> <i>aanwezig (1) of afwezig (0)</i></p>
<p>Automutilatie = gedrag waarbij de participant zichzelf verwondt of beschadigt; zelfverminking >> <i>aanwezig (1) of afwezig (0)</i></p>
<p>Psychosomatische klachten = ziektesymptomen met geestelijke oorzaak >> <i>aanwezig (1) of afwezig (0)</i></p>
<p>Slaapproblemen = problemen hebben met het inslapen en/of doorslapen >> <i>aanwezig (1) of afwezig (0)</i></p>
<p>Eetstoornissen = stoornis waarbij de participant problemen heeft met eten, hun gewicht en het zelfbeeld van hun uiterlijk (anorexia nervosa, bulimia nervosa, e.d.) >> <i>aanwezig (1) of afwezig (0)</i></p>
<p>Ontwikkelingsstoornis-gerelateerde kenmerken = een verhoging of aanwezigheid van ontwikkelingsstoornis-gerelateerde kenmerken (ADHD, ASS, e.d.) >> <i>aanwezig (1) of afwezig (0)</i></p>
<p>Disfunctionele volwassen relaties</p> <ul style="list-style-type: none"> - Afhankelijkheidsrelaties = vorm van relatie waarin de participant erg steun-en hulp behoevend is van een andere >> <i>aanwezig (1) of afwezig (0)</i> - Disfunctionele omgang met leeftijdsgenoten = verstoorde sociale omgang met leeftijdsgenoten >> <i>aanwezig (1) of afwezig (0)</i> - Fysieke agressie en misbruik t.o.v. de romantische partner = fysieke agressie en misbruik van de participant t.o.v. vroegere en/of huidige levensgezellen >> <i>aanwezig (1) of afwezig (0)</i> - Onstabiele relaties = moeilijkheden om volwassen relaties te behouden en hierin standvastig te zijn >> <i>aanwezig (1) of afwezig (0)</i> - Onveilige hechting met romantische partner = moeilijkheden om zich veilig te binden met een levensgezel; kan tot uiting komen via verlatingsangst, bindingsangst en angst voor intimiteit >> <i>aanwezig (1) of afwezig (0)</i>
<p>Onveilige hechting of hechtingsstoornis = onmogelijkheid of moeilijkheid van de participant om te vertrouwen of net een volledig vastklampen (aan verzorgers) als bron van veiligheid en</p>

bescherming >> *aanwezig (1) of afwezig (0)*

Suïcidale gedachten en/of zelfmoordpogingen = gedachten en/of pogingen om het eigen leven te beëindigen >> *aanwezig (1) of afwezig (0)*

Positief Advies van de Ethische Commissie



FACULTEIT PSYCHOLOGIE EN
PEDAGOGISCHE WETENSCHAPPEN

Ethische Commissie

uw kenmerk

ons kenmerk

datum

01-12-2014

contactpersoon

stijn.vandevelde@ugent.be

e-mail

Paul.Verhaeghe@UGent.be

tel. en fax

T+32 9 264 63 56

F+32 9 264 64 88

De Ethische Commissie verleent gunstig advies aan het project:
The Ethical Commission grants a favourable opinion to the project:

2014/74:

De dader-slachtoffer-cyclus bij geïnterneerden met een verstandelijke beperking. Een dossier-analyse binnen 'Werking Ontgrendeld' – OBRA vzw.

(Prom: S. Vandevelde; Onderz: A. Genbrugge)

T. Marchant
(Secretaris)

P. Verhaeghe
(Voorzitter)

