

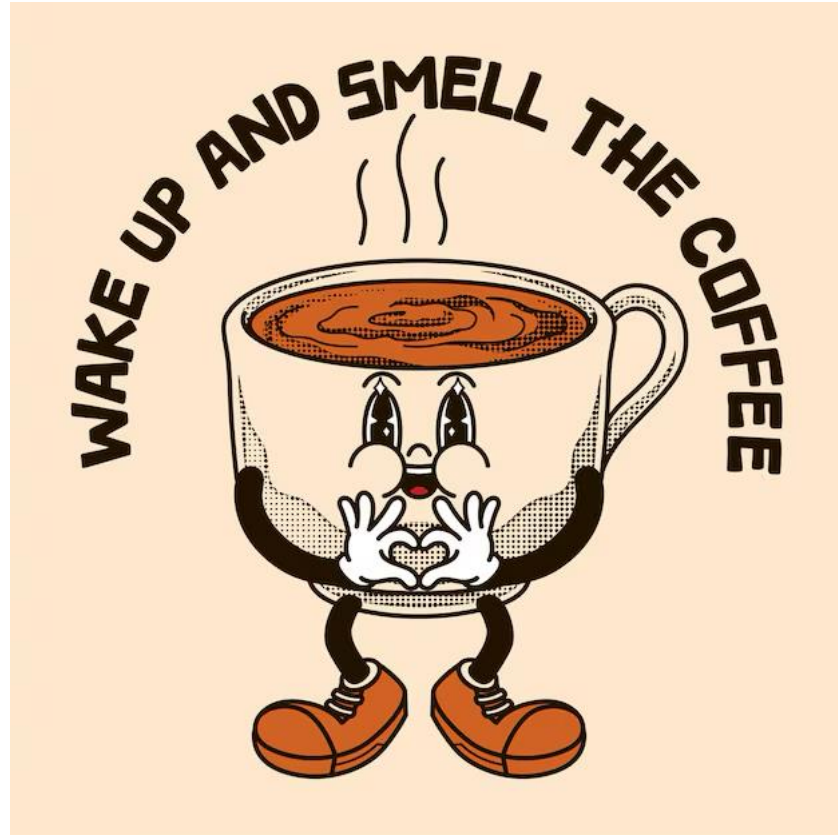
Seksueel delinquenten: Diagnostiek en behandeling

UPC KU Leuven, 11 maart 2026

Rick Roels - MD, PhD

Psychiater, klinisch seksuoloog, psychotherapeut, forensisch expert

UPC KU Leuven – Sint-Kamillus Bierbeek – Gevangenis Antwerpen



Dr. Graham Hill

Dr. Graham Hill

- **Britse criminoloog en expert in kindermisbruik, ontvoerings- en moordzaken**
- Internationaal consultant kinderbescherming
- Onderzoekt dadergedrag, verhoortechnieken en bescherming van kinderen
- Gasthoogleraar, Birmingham City University



Key message van Dr. Graham Hill

Zedendelinquenten zien de wereld niet zoals jij en ik: ze gaan niet standaard naar een veilige plaats van vrolijke gedachten, zoals vader-dochter associaties, maar ze gaan standaard naar seksuele associaties.



Key message van Dr. Graham Hill

Zedendelinquenten zien de wereld niet zoals jij en ik: ze gaan niet standaard naar een veilige plaats van vrolijke gedachten, zoals vader-dochter associaties, maar ze gaan standaard naar seksuele associaties.

Het gaat meestal niet over seks, maar over (1) autonomie, verbondenheid en competentie als primaire drijfveren; (2) Seks is secundaire drijfveer.
Alcohol/drugs of eigen misbruik in het verleden zijn nooit allesverklarend!

Om het slachtoffer te begrijpen moet je de dader begrijpen.

Meestal is er al sprake van problematisch gedrag vooraleer daders betrappt worden, omdat de seksuele fantasieën rond de puberteit beginnen.
Dus wees kritisch bij “latere leeftijd”!

Behandeling beheerst gedrag, maar geneest het niet.

Wat is specifiek aan zedendelinquenten?

Recidiverisico

- **Lager** dan algemeen wordt aangenomen: <10% na 5 jaar en < 14% na 10 jaar.
- **Lager** dan het recidivecijfer van andere dadergroepen.
- **De meeste zedendelinquenten zullen na 10 jaar vrij van misdrijven te zijn (in de maatschappij) geen significant recidiverisico meer hebben (Hanson, 2018).**

Parafilieën & stoornissen

- Niet alle zedenplegers hebben een parafilie, maar comorbiditeit (persoonlijkheidsstoornissen, middelenmisbruik, autisme spectrum stoornis) is frequent.

Behandeluitdagingen

- Cognitieve distorties (ontkenning, minimalisering, rechtvaardiging).
- Weinig motivatie voor behandeling, vaak langdurig opvolgingsbehoefstig.

Heterogene groep

- Verschillende delicten (verkrachting, kindermisbruik, exhibitionisme, seksueel sadisme).
- Variatie in leeftijd, type slachtoffers, context, psychiatrische comorbiditeit.



Gisèle Pelicot

- Ontdekte dat haar man (Dominique) haar jarenlang had gedrogeerd en liet verkrachten (min. 72 mannen), zonder dat ze het wist.
- September 2020: dader werd gearresteerd voor het nemen van foto's onder rokken van slachtoffers in supermarkten
- December 2024: einde proces: verschillende mannen veroordeeld en de man van Gisèle kreeg max. straf 20-jaar gevangenis.
- Pelicot nam afstand van haar recht tot anonimiteit en stond op een **publiek proces, met wereldwijde media-aandacht.**
- ***Gevolgen?***



Gisèle Pelicot

- **“De schaamte moet van kant veranderen”**
- Toestemming herdenken
- Slachtoffers beschermen
- Straffen aanscherpen
- **Aandacht voor “chemische onderwerping”**
 - Het drogeren van een persoon zonder hun medeweten of onder bedreiging voor onrechtmatige daad of criminele doeleinden



Gisèle Pelicot

- **Opvallende aan Dominique:**
 - Feiten tov eigen vrouw
 - Feiten tov onbekenden in supermarkt
 - Feiten tov twee schoondochters in douche
 - Feiten tov dochter (semi-naakt en bewusteloos in bed, drugs?) Zie 07/03/2025 in Le Monde: *"Gisèle Pelicot's daughter files sex abuse case against convicted father Dominique"*
- **Wie waren de andere daders?**
 - Politie deed er twee jaar over om 50 daders te identificeren adhv het beeldmateriaal, de rest blijf niet geïdentificeerd
 - Leeftijd tussen 21 en 68 jaar
 - **Allen zedenplegers, maar ook allen zelfde profiel?**

Professionele profiel van de daders

Waarom belangrijk?

1. Waarschijnlijk geen hogere opleiding (Vakmanschap & handarbeid)

- **Bouw & Constructie:** Metselaar, Dakdekker, Timmerman, Loodgieter, Tegelzetter, Schilder, Decorateur, Bouwvakker
- **Transport & Logistiek:** Vrachtwagenchauffeur, Busreiniger, Bezorger, Heftruckchauffeur, Transportmedewerker, Voormalig gevangenisbewaarder (als ambulancechauffeur)
- **Detailhandel & Dienstverlening:** Supermarktmedewerker, Verkoper, Tuinwinkelmedewerker, Restaurantmanager
- **Fabriek & Magazijn:** Orderpicker, Magazijnmedewerker, Landarbeider, Voedselverwerkingsmedewerker
- **Schoonmaak & Onderhoud:** Schoonmaker, Koelspecialist, Automonteur

2. Middelbaar onderwijs (Beroepsopleiding of gespecialiseerde training)

- **Technische Beroepen:** Elektricien, Koelspecialist, Werfleider, Kapper, Spiegelfabrikant
- **Noodhulp & Specialistische Functies:** Vrijwillige brandweerman, Voormalig brandweerman, Ambulancechauffeur, DJ & Clubmanager
- **Andere Vakgebieden:** Eigenaar van een bokscub, Voormalig bakker, Tuinman

3. Hoger onderwijs (HBO/Universiteit of equivalent)

- **Professionele & Kantoorbanen:** IT-specialist, Freelance journalist, Verpleegkundige, Soldaat (Franse strijdkrachten)





*Historisch collectieve angst post-Dutroux
-> Meer aandacht voor intrafamiliaal seksueel geweld.*

Vader bood 5-jarige zoon aan tijdens 'chemsex'-avond in Rijsel: 10 mannen aangeklaagd

3 februari 2026

 Artikel luisteren | 3min

 Meer info



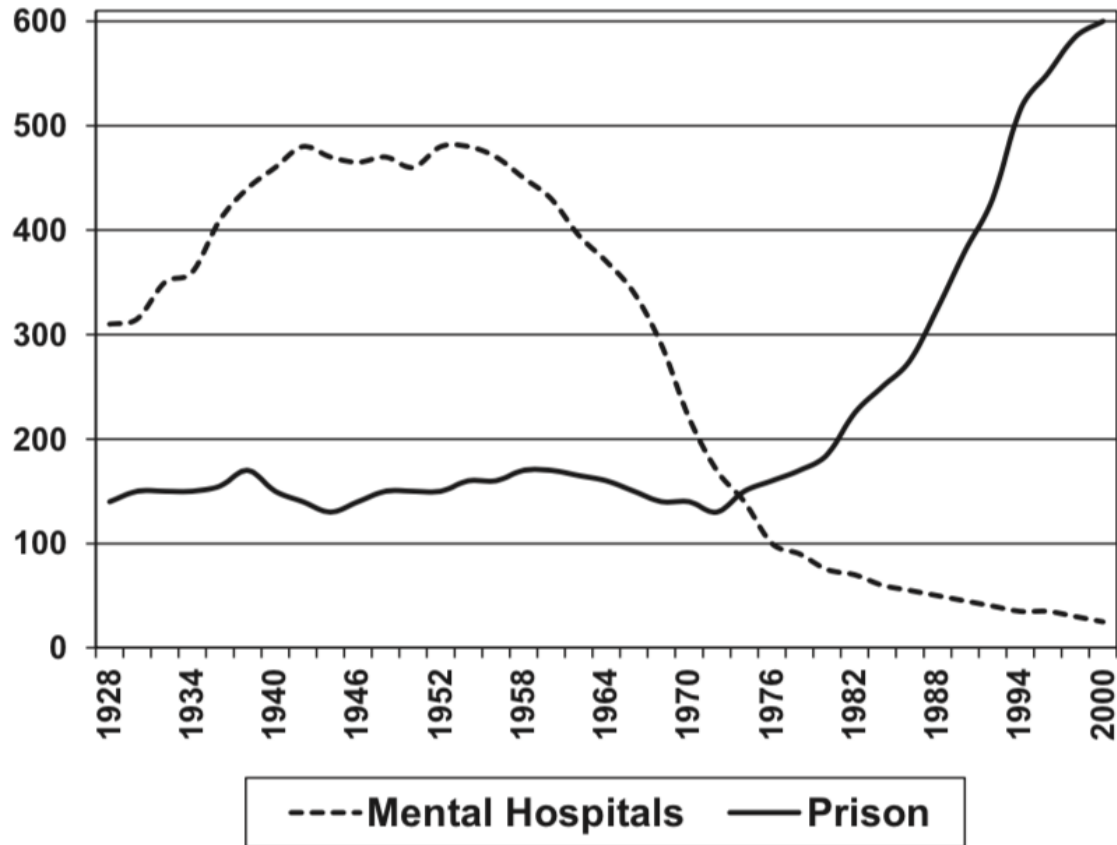
In Rijsel, in het noorden van Frankrijk, zijn 10 mannen aangeklaagd in een zaak van zwaar seksueel misbruik. De mannen, tussen de 29 en 50 jaar oud, zouden vorig jaar een 5-jarig kind gedrogeerd en verkracht hebben. Onder de verdachten is ook de vader van het slachtoffer.

Vandaag

- Seksueel delinquenten (brede heterogene groep)
 - Link met psychiatrie?
 - Diagnostiek en behandeling
- **Disclaimer:**
 - Het onderwerp ligt op het multidisciplinaire kruispunt van psychiatrie, psychologie, criminologie, seksuologie, strafrecht, forensische geneeskunde, sociaal werk en digitale forensica.
 - Dit woensdagseminarie duurt 60 minuten.

Link met psychiatrie?

Hoe prevalent is psychiatrische problematiek bij zedendelinquent?



- **Deinstitutionalisering** en een **overbevraagd gezondheidszorgsysteem**
- **”Transinstitutionalisering”** tgv
 - Gebrek aan passende ondersteuning
 - Geen stabiele huisvesting
 - Gebrek aan benodigd toezicht
- **Internationaal fenomeen:** psychiatrische problematiek in gevangeniswezen
- Hierdoor ook **“snelle conclusie”**: psychische problemen liggen aan de basis van de (zeden)feiten

Speelt psychiatrische problematiek een rol in de etiologie van seksueel geweld?

- **Initieel onderzoek** vond **weinig verband**, echter:
 - Psychische stoornis werd niet goed gedefinieerd
 - Geen goede diagnostiek
 - Eenzijdige focus steekproeven (bv. Gevangeniswezen)
- **Later onderzoek** vond belangrijke verschillen tussen seksuele delinquenten:
 - *Met EPA:*
 - meer sociaal geïsoleerd
 - meer frequente hospitalisaties
 - meer psychiatrische comorbiditeit
 - *Zonder EPA:*
 - geschiedenis van fysiek of seksueel misbruik
 - familiale problemen (bv. verslaving)
 - meer intrusieve seksuele overtredingen
 - hogere overtredingspercentages

Is het correct dat we seksueel delinquenten als “ernstig psychisch ziek” benaderen?
Is het effectief dat we dit doen? (i.e. leidt het tot minder recidive?)

Mogelijke theoretische verklaringen link EPA en seksueel geweld?

Disclaimer: deze theorieën zijn niet goed getest!

- A. Parafilie
- B. Symptoomgestuurd delictgedrag
- C. Comorbide persoonlijkheidsstoornis
- D. Neurologische aandoeningen

A. Parafilie

- **Parafiele predispositie** drijft seksueel delictgedrag
- EPA leidt tot **minder effectieve zelfregulatie**
- Parafiele interesse blijft bestaan na behandelen psychische stoornis
- **Grondige evaluatie:**
 - Relatie tussen psychische symptomen en delictgedrag
 - Onderscheid tussen bestaande parafilie en symptoomgestuurd delictgedrag

B. Symptoomgestuurd delictgedrag

- Delictgedrag tgv **psychische symptomen**
Bv. Psychose met seksuele inhoud ("seksuele psychose")
- Na **herstel** psychose is de inhoud vaak verwarrend of verontrustend voor de patiënt/pleger
- **Geen parafilie** of afwijkende seksuele interesse
- **Laagprevalent**

C. Comorbide persoonlijkheidsstoornis

- **Comorbide antisociale PS** bij schizofrenie bepaalt hogere kans op misdaad/geweld
- **Seksueel geweld uit PS (niet psychose/parafilie)**
- **Psychose kan uiting antisociale PS verergeren** bv. roekeloosheid, minachting voor anderen, slecht beoordelingsvermogen...
- PS als **primaire motivator**

D. Neurologische aandoeningen

- **Gedeelde kwetsbaarheid** pedofilie en psychose of schizofrenie Bv. Connectiviteit witte stof
- **Bij pedofilie:** Vroeg hoofdletsel, linkshandigheid, klein gestalte... Mogelijk prenataal letsel?
- **+/- 4x meer kans op hersenletsels** bij personen met schizofrenie die SG plegen vs. die geen SG plegen

Parafilie in DSM-5

- Criterium A:
 - Elke intense en persisterende seksuele belangstelling anders dan seksuele belangstelling voor genitale stimulatie of voorbereidend liefkozingsgedrag met een fenotypisch normale fysiek volwassen en toestemmende partner
- Criterium B:
 - De parafilie veroorzaakt lijden of beperkingen aan de betrokkene of de bevrediging van de parafilie heeft een persoonlijk nadeel of schaderisico voor derden als gevolg
- Als A maar niet B dan **parafilie** en niet **parafiele stoornis** en dan komen ze niet in aanmerking tot behandeling.
- Tijds criterium: ten minste 6 maanden.
- Een parafilie op zichzelf is dus geen stoornis.

| Parafiele stoornis | Seksuele focus | Courtship disorder | Afwijkende activiteit | Afwijkend object | Hands-on Hands-off |
|---|--|--------------------|-----------------------|------------------|-----------------------|
| Voyeurismestoornis | kijken naar anderen bij seksuele handelingen | + | + | | Hands-off |
| Exhibitionismestoornis | genitalia tonen | + | + | | Hands-off |
| Frotteurismestoornis | tegen anderen aanwrijven | + | + | | Hands-on |
| Seksueel-masochismestoornis | vernederd, gepijnigd worden | | + | | Hands-on |
| Seksueel-sadismestoornis | vernederen, pijnigen | | + | | Hands-on |
| Pedofiele stoornis of pedoseksuele stoornis | prepubertair kind | | | + | Hands-off Hands-on |
| Efebofilie | postpubertair kind | | | + | Hands-off Hands-on |
| Fetisjismestoornis | niet-levende objecten | | | + | Hands-off |
| Transvestiestoornis | dragen van kleding van andere sekse | | | + | Hands-off |
| Preferentiële verkrachting | gedwongen penetratie | + | | | Hands-on |
| Telefoonscatologie | obscene uitspraken via telefoon | | + | | Hands-off |
| Zoöfilie | dieren | | | + | Hands-on |
| Urofilie, coprofilie | urine, ontlasting | | | + | Hands-on |

Echter... Merk op:

Geen één op één gelijkstelling tussen parafilie/ parafiele stoornis en seksueel geweld!

Bv. Pedofilie (op basis van Konrad et al (2017), Cohen et al (2018), Hansons meta-analytische studies):

- Algemeen: “sterkere pedofiele voorkeur” (meer algemeen seksuele deviantie) hoger recidive risico.
- Wat differentieert personen met pedofilie die geen kind misbruiken met personen die wel een kind misbruiken:
 - sterkere aantrekking
 - meer antisociaal gedrag
 - meer seksueel misbruik in eigen geschiedenis
 - meer contacten binnen GGZ

Echter... Merk op:

- *“Although this preference (pedophilia) increases the risk of engaging in CSA, only about 50% of all individuals who do sexually abuse children are pedophilic (Blanchard et al., 2001; Schaefer et al., 2010) and not every pedophilic individual actually has abused children.*
- *The other 50% of individuals that have abused children are those who do so **without a sexual attraction to children; i.e., they lack the necessary social skills to develop and maintain emotional and sexual relationships with appropriately aged peers and look to replacement partners**” in children as a kind of “surrogate” (Beier, 1998; Seto, 2008; Mokros et al., 2012b).”*

Bron: Tenbergen et al., 2015

A. Parafilie

- **Parafiele predispositie** drijft seksueel delictgedrag
- EPA leidt tot **minder effectieve zelfregulatie**
- Parafiele interesse blijft bestaan na behandelen psychische stoornis
- **Grondige evaluatie:**
 - Relatie tussen psychische symptomen en delictgedrag
 - Onderscheid tussen bestaande parafilie en symptoomgestuurd delictgedrag

B. Symptoomgestuurd delictgedrag

- Delictgedrag tgv **psychische symptomen**
Bv. Psychose met seksuele inhoud ("seksuele psychose")
- Na **herstel** psychose is de inhoud vaak verwarrend of verontrustend voor de patiënt/pleger
- **Geen parafilie** of afwijkende seksuele interesse
- **Laagprevalent**

C. Comorbide persoonlijkheidsstoornis

- **Comorbide antisociale PS** bij schizofrenie bepaalt hogere kans op misdaad/geweld
- **Seksueel geweld uit PS** (niet psychose/parafilie)
- **Psychose kan uiting antisociale PS verergeren** bv. roekeloosheid, minachting voor anderen, slecht beoordelingsvermogen...
- PS als **primaire motivator**

D. Neurologische aandoeningen

- **Gedeelde kwetsbaarheid** pedofilie en psychose of schizofrenie Bv. Connectiviteit witte stof
- **Bij pedofilie:** Vroeg hoofdletsel, linkshandigheid, klein gestalte... Mogelijk prenataal letsel?
- **+/- 4x meer kans op hersenletsels** bij personen met schizofrenie die SG plegen vs. die geen SG plegen

A. Parafilie

- **Parafiele predispositie** drijft seksueel delictgedrag
- EPA leidt tot **minder effectieve zelfregulatie**
- Parafiele interesse blijft bestaan na behandelen psychische stoornis
- **Grondige evaluatie:**
 - Relatie tussen psychische symptomen en delictgedrag
 - Onderscheid tussen bestaande parafilie en symptoomgestuurd delictgedrag

B. Symptoomgestuurd delictgedrag

- Delictgedrag tgv **psychische symptomen**
Bv. Psychose met seksuele inhoud ("seksuele psychose")
- Na **herstel** psychose is de inhoud vaak verwarrend of verontrustend voor de patiënt/pleger
- **Geen parafilie** of afwijkende seksuele interesse
- **Laagprevalent**

C. Comorbide persoonlijkheidsstoornis

- **Comorbide antisociale PS** bij schizofrenie bepaalt hogere kans op misdaad/geweld
- **Seksueel geweld uit PS (niet psychose/parafilie)**
- **Psychose kan uiting antisociale PS verergeren** bv. roekeloosheid, minachting voor anderen, slecht beoordelingsvermogen...
- PS als **primaire motivator**

D. Neurologische aandoeningen

- **Gedeelde kwetsbaarheid** pedofilie en psychose of schizofrenie Bv. Connectiviteit witte stof
- **Bij pedofilie:** Vroeg hoofdletsel, linkshandigheid, klein gestalte... Mogelijk prenataal letsel?
- **+/- 4x meer kans op hersenletsels** bij personen met schizofrenie die SG plegen vs. die geen SG plegen

A. Parafilie

- **Parafiele predispositie** drijft seksueel delictgedrag
- EPA leidt tot **minder effectieve zelfregulatie**
- Parafiele interesse blijft bestaan na behandelen psychische stoornis
- **Grondige evaluatie:**
 - Relatie tussen psychische symptomen en delictgedrag
 - Onderscheid tussen bestaande parafilie en symptoomgestuurd delictgedrag

B. Symptoomgestuurd delictgedrag

- Delictgedrag tgv **psychische symptomen**
Bv. Psychose met seksuele inhoud ("seksuele psychose")
- Na **herstel** psychose is de inhoud vaak verwarrend of verontrustend voor de patiënt/pleger
- **Geen parafilie** of afwijkende seksuele interesse
- **Laagprevalent**

C. Comorbide persoonlijkheidsstoornis

- **Comorbide antisociale PS** bij schizofrenie bepaalt hogere kans op misdaad/geweld
- **Seksueel geweld uit PS (niet psychose/parafilie)**
- **Psychose kan uiting antisociale PS verergeren** bv. roekeloosheid, minachting voor anderen, slecht beoordelingsvermogen...
- **PS als primaire motivator**

D. Neurologische aandoeningen

- **Gedeelde kwetsbaarheid** pedofilie en psychose of schizofrenie Bv. Connectiviteit witte stof
- **Bij pedofilie:** Vroeg hoofdletsel, linkshandigheid, klein gestalte... Mogelijk prenataal letsel?
- **+ - 4x meer kans op hersenletsels** bij personen met schizofrenie die SG plegen vs. die geen SG plegen

A. Parafilie

- Parafiele predispositie d
- EPA leidt tot minder e
- Parafiele interesse l
- psychische stoorn
- **Grondige evalu**
 - Relatie
 - delict
 - Onder
 - sym

omgestuurd delictgedrag

psychische symptomen

- houd ("seksuele psychose")
- houd vaak verwarrend
- iënt/pleger
- seksuele interesse

Merk op!

- **Geen delicten zonder context!**
- Niet enkel psychische symptomen zelf, maar ook **geassocieerde factoren** zoals sociale tekorten, stigmatisering, obstakels bij gezonde intimiteitsbeleving, huisvestingsproblemen, werkloosheid
- Ook: verveling, problemen met cognitie en emotioneel functioneren

Hoop?

- Verder onderzoek obv deze theorieën
 - Meer toetsbare hypothesen
 - Betere conceptualisering voor risicotaxatie en therapie

C. Comorb

- Comorbide
- hogere kans o
- **Seksueel gewo**
- **Psychose** kan u
- roekeloosheid, mi
- beoordelingsvermog
- PS als **primaire motiva**

ingen

• Jofilie en
• Connectiviteit

• dletsel,
• gestalte... Mogelijk

• **op hersenletsels** bij personen
• enie die SG plegen vs. die geen SG

Als niet (steeds) ernstig psychisch gestoord.

Dan blijft de vraag:

Waarom pleegt iemand zedendelicten?

Theorievorming

Er zijn **vele theorieën**: bv. Stinson, J.D., Sales, B.D., Becker, J.V. (2008). *Sex offending. Causal theories to inform research, prevention and treatment*. American Psychological Association:

- *Biologische* theorieën
- *Cognitieve* theorieën
- *Gedragstheorieën*
- *Sociale leertheorieën*
- *Persoonlijkheidstheorieën*
- *Evolutionaire* theorieën
- *Integratieve* theorieën en modellen
- *Multimodale zelf-regulatie* theorie

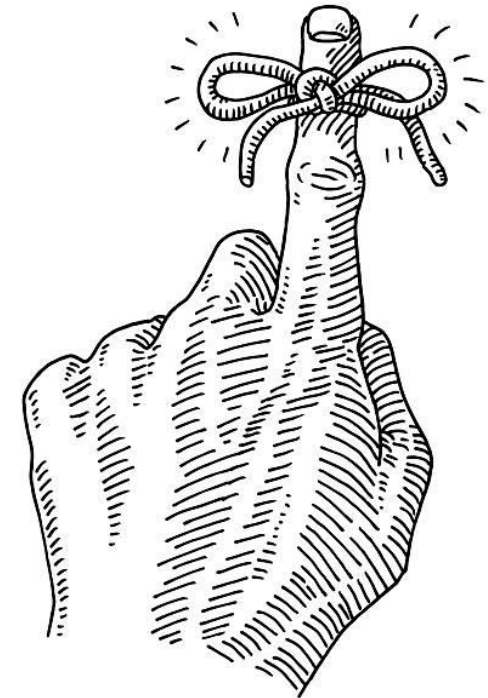
Theorievorming

Ordenen van de verschillende theorieën:

- **Multifactorieel vs. unifactorieel** (bv. hechting; empathie)
- **Beschrijvende of procestheorie:** hoe volstrekt seksueel geweld zich?
- Elke indeling heeft verschillende accenten, ze zijn *niet per se tegenstrijdig*.

Is psychiatrische problematiek nu belangrijk of niet?

- **Schatting: veel zedenplegers hebben geen psychiatrische stoornis volgens DSM-criteria**
 - Controversieel; sommigen: “seksueel geweld = psychisch gestoord”
- **Onthoud:**
 - **Op populatieniveau is er zeker geen grote overlap tussen psychiatrische populatie en zedendelinquenten, ook niet qua recidive.**
 - **Echter, dit wil niet zeggen dat het op subgroepniveau niet relevant is.**
 - **Invloed psychische problemen wordt wel overschat en zegt misschien meer over stigmatisering?**
- **Moeten we psychiatrische problematiek eerder zien als responsiviteitsfactor eerder dan risicofactor?**
 - *Bv. Dader die enkel Chinees spreekt*





Diagnostiek en behandeling

Diagnostiek van daders van seksueel geweld: **enkele cruciale facetten:**

1. *Context: Specificiteit van de forensische setting:* defensieve testhouding: zelfrapportage/zelfbeoordelvragenlijsten (niet voor de hand liggend); collaterale informatie en dossierinformatie
2. *Focus: Modellen van diagnostiek:* theoretisch gestuurde versus empirisch gestuurde diagnostiek (en allerlei combinaties)
 - Theorie kan helpen begrijpen, maar...
 - Gezien specifieke uitdagingen bij de populatie, bij voorkeur een **gestructureerde diagnostiek** met behulp van gevalideerde vragenlijsten, en met aandacht voor de specifieke risico's, noden en reponsiviteit van het daderprofiel (RNR).
 - Bij voorkeur **multidisciplinair**, met psychiater-seksuoloog.
3. *Daderprofiel: Zeden-specifieke diagnostiek en behandeling:* bv. psychiatrische co-morbiditeit. Uitgangspunt = **R-N-R !**
 - De drie basisprincipes zijn het meest bekend, maar het volledige model bestaat uit 15 principes!
 - Instrumenten: Forensisch Ambulante Risico Evaluatie (FARE), aangevuld met SAPROF (Structured Assessment of Protective Factors)

Bron: naar Smid, Van Beek & De Docker, 2009; 2018; Bonta & Andrews, 2010; 2017

What Works Principles (RNR)

- **Risicoprincipe**
 - *Mbv. risicotaxatie*
 - *Hoe hoger het risico, hoe meer behandeling*
- **Behoefteprincipe**
 - *Waarop richt je de behandeling?*
 - *Gericht op de dynamische risicofactoren (criminogene noden)*
- **Responsiviteitsprincipe**
 - *Welke interventies sluiten aan?*
 - *Gebruik technieken gericht op verandering van cognities en gedrag (hiervan is aangetoond dat ze effectief zijn.)*

> De effectiviteit van forensische behandeling neemt toe wanneer behandelaars zich aan drie principes houden.

Good lives model (Ward, 2002):

Alle mensen streven naar bepaalde **fundamentele behoeftes** en bouwen hun identiteit op door deze te realiseren in activiteiten en levensstijlen.

Wanneer obstakels de vervulling van deze **menselijke goederen** belemmeren, kan dit leiden tot **disfunctioneel of asociaal gedrag**.

GLM-perspectief: Delinquenten hebben dezelfde behoeften en ambities als anderen (zoals verwantschap, autonomie, creativiteit en gezondheid) maar proberen deze op **verkeerde of schadelijke manieren** te vervullen.

Controversieel model omdat het haaks staat op andere denken:

- *Andere modellen:* seksueel geweld kan je ook doen als je goed functioneert (bv. Harvey Weinstein).
- *Ward:* als het goed met je gaat, zou je geen seksueel geweld plegen. Pas als er iets misgaat in hun ontwikkeling zullen ze zich vergrijpen aan seksueel geweld.

Rehabilitatie frameworks

Good Lives Model (GLM) vs Risk-Needs-Responsivity Model (RNR)

Good Lives Model (Ward, 2002):

- Gericht op **welzijn bevorderen** door delinquenten te helpen **pro-sociale doelen** te bereiken (bijv. relaties, zingeving, autonomie).
- **Kracht-gebaseerd**, gericht op het bieden van middelen voor een vervuld, niet-crimineel leven.

RNR Model (Andrews & Bonta, 1990):

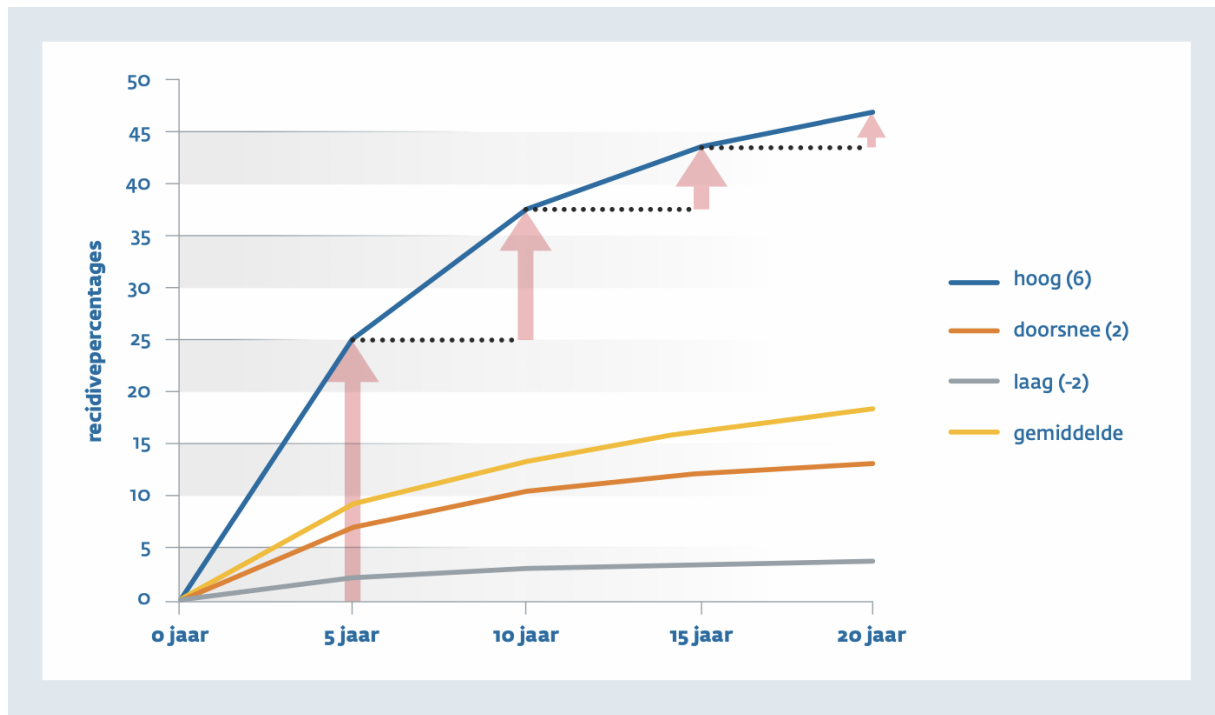
- Gericht op **vermijden van recidive** door te focussen op **risicofactoren** (wie te behandelen), **criminogene behoeften** (wat te behandelen), en **responsiviteit** (hoe te behandelen).
- **Gebaseerd op tekorten**, met als doel **problematisch gedrag te verminderen**.

Relatie tussen beide modellen?

- **GLM is niet de basis van RNR**, maar sommige onderzoekers pleiten voor **integratie** van beide:
 - **RNR zorgt voor risicobeheer**, terwijl **GLM focust op persoonlijke vervulling** om recidive te verminderen.
 - Samen bieden ze een balans tussen **risicovermindering** en **positieve rehabilitatie**.

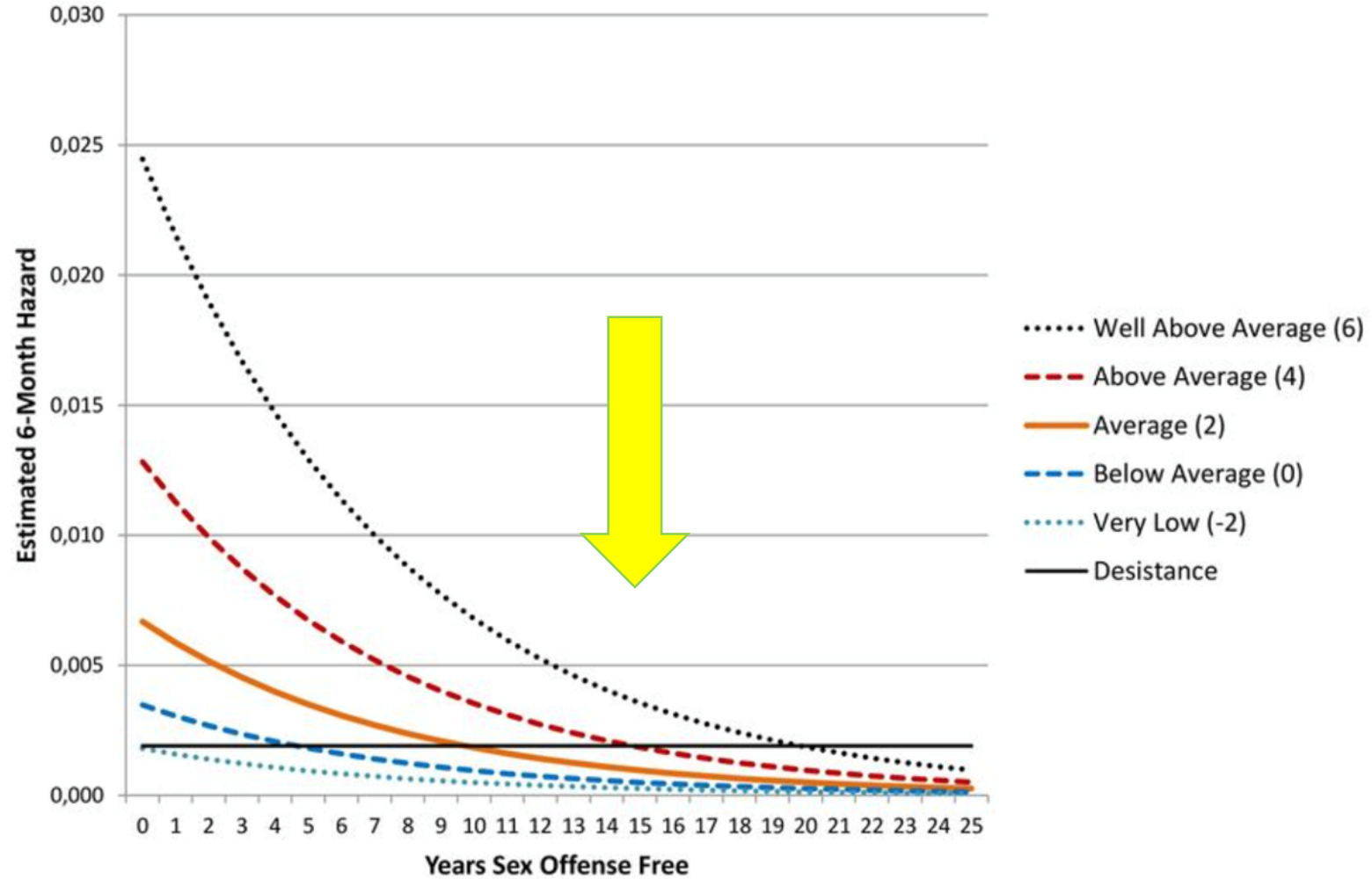
Enkele recente inzichten

Hanson et al., 2018: Aanpassen risico-inschatting op basis van delictvrije periode want afnemende risico bij duurzaam delictvrij verblijf in de samenleving.

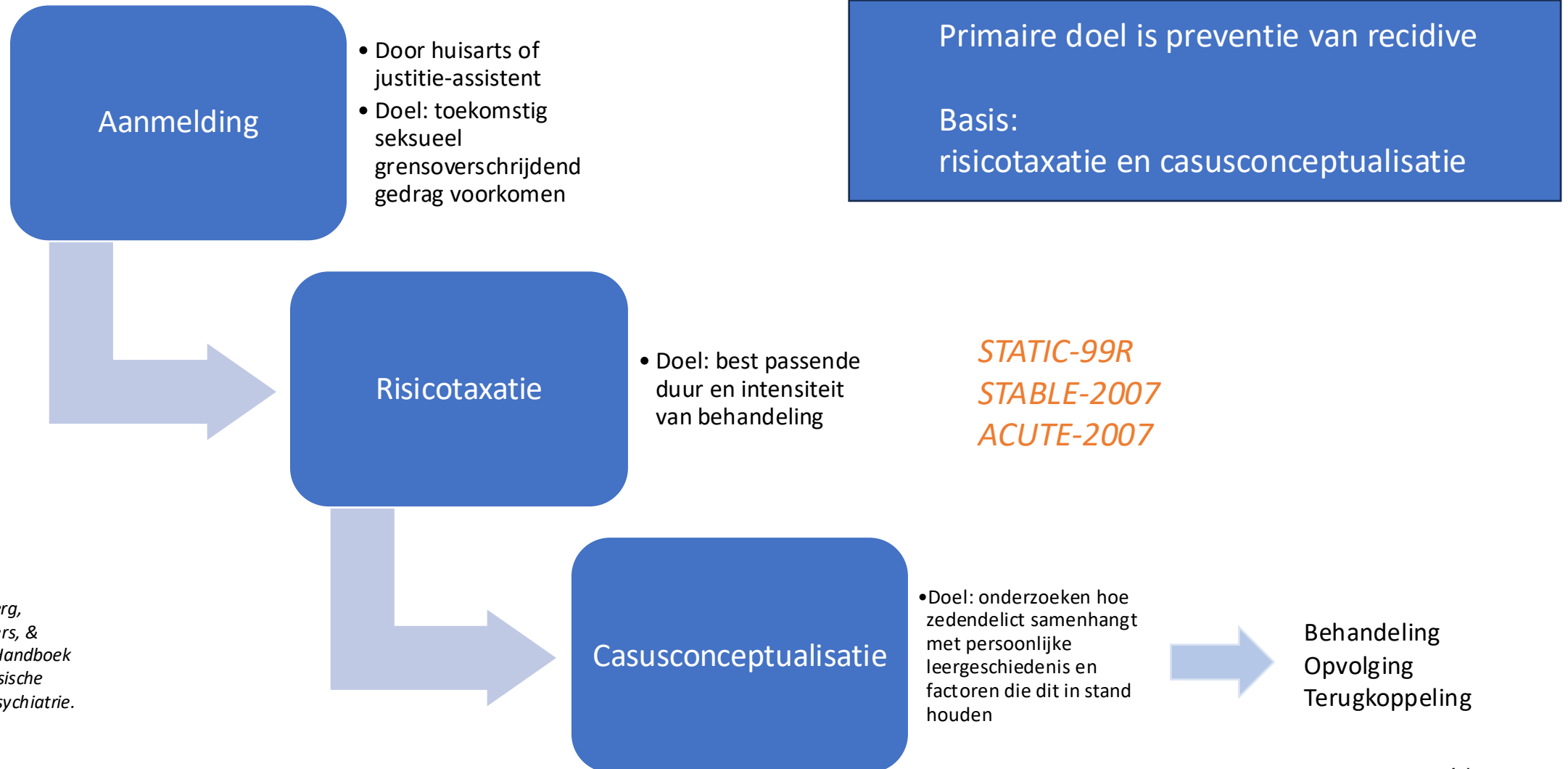


- Meeste recidive gebeurt binnen eerste 5 jaar
- Na 5 delictvrije jaren daalt het recidiverisico sterk.
- Ruwweg halveert het risico met elke 5 jaar dat iemand succesvol delictvrij in de samenleving verblijft.

Static-99R Risk Levels



Diagnostiek en behandeling



Bron: Van den Berg, Biesmans, Spanjers, & Yntema (2026), Handboek ambulante forensische psychologie en psychiatrie.

Vormen van risicotaxatie:

1. Ongestructureerd klinisch oordeel: niet goed

2. Gestructureerd klinisch oordeel (Structured Professional Judgment, SPJ)

= klinisch oordeel + instrument): matig

3. Actuariële risicotaxatie: goed (maar niet zonder problemen) (sinds Meehl, 1954!)



Behandeling

Bron: Van den Berg, Biesmans, Spanjers, & Yntema (2026), Handboek ambulante forensische psychologie en psychiatrie.

Nadeel risicotaxatie:

- Geven geen verklaring HOE zedendelict ontstaat en kan blijven bestaan
- Zeggen niet welke dynamische RF eerst aangepakt dienen te worden

Mogelijk antwoord:

- **Netwerkbenaderingsmodel van het Risico op Seksuele Recidive (NMB-RSR; Van den Berg, Van beek et al., 2024).**
- **CBT is eerste voorkeur:**
 - Therapeut en patiënt stellen samen een verklarend model op over ontstaan en voortbestaan van het delictgedrag (de casusconceptualisatie)
 - Via NMB-RSR wordt deze geïntegreerd met risicotaxatie
- **Hierdoor: zicht krijgen welke dynamische RF prioritair is (bv. emotionele eenzaamheid)**

Doelstelling behandeling

Drie peilers: psychotherapie, farmacotherapie, en rehabilitatie (dus multidisciplinaire opdracht!)

Psychotherapie:

- Terugdringen van deviante seksuele opwinding en gedrag
 - Bv. libidoremming; anti-androgenen
- Sociale vaardigheden
 - Maar is het kwestie van ze te hebben of ze te leren gebruiken?
- Cognities
 - Bv. cognitieve distorties
- Levensstijl- & taakproblemen
 - Prosocialiteit bevorderen
- Relationele competentie
- Terugvalpreventie
 - Kwetsbaarheden en triggers in kaart brengen
 - Alternatieve coping aanleren

Quid persoonlijkheidsfactoren?

Is behandeling effectief?

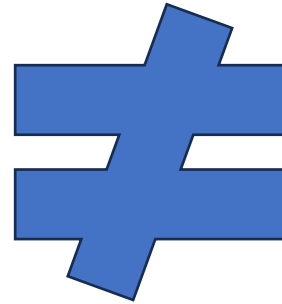
- Behandeling van zedendelinquenten leidt tot een significante reductie in zedenrecidive (Schmucker en Lösel, 2017):
 - *10.1% voor de behandelde groep*
 - *13.7% voor de onbehandelde groep*
- Meta-analyse (Gannon et al., 2019): specifieke programma's leiden tot een reductie van 32.6% in vergelijking met onbehandelde zedendelinquenten.
- Holper en collega's (2024): update van studie uit 2017 – zelfde effecten, maar specifiek voordeel van specialistische behandelingen, en specifiek bij hoogrisicoprofielen.
- CBT-programma's voor ouders met gemiddeld tot hoog risico én individuele behandelingen = beste resultaten.
- Geen verschil in behandelresultaten tussen plegers die vrijwillig in behandeling gaan en plegers die dat verplicht doen.
- Scholing + supervisie van therapeut = grotere effecten.

Primaire doel behandeling



Recidive voorkomen

Behandeling psychische
klachten



Recidive voorkomen

Psychologisch betekenisvolle risicofactoren

volgens hun bewijskracht voor het voorspellen van seksuele recidive

1. Empirisch ondersteunde risicofactoren

2. Veelbelovende risicofactoren

3. Over het algemeen niet ondersteund zijn, maar met interessante uitzonderingen

4. Het ontdekken waard

Waar vallen volgens jou:

- A. EPA
- B. Gebrek aan motivatie voor behandeling
- C. Seksuele preoccupatie
- D. Narcisme
- E. Geseksualiseerde coping

5. Kleine of geen relatie met recidivisme



Psychologisch betekenisvolle risicofactoren

volgens hun bewijskracht voor het voorspellen van seksuele recidive

1. Empirisch ondersteunde risicofactoren

- **Seksuele preoccupatie**
- Seksuele voorkeur voor prepuberale of puberale kinderen
- Geseksualiseerd geweld
- Meerdere parafilieën
- Delict-ondersteunende attitudes
- Emotionele congruentie met kinderen
- Gebrek aan emotioneel intieme relaties met volwassenen
- Zelfregulatie-problemen
- Slecht probleemoplossend vermogen
- Weerstand tegen regels en toezicht
- Vijandigheid

2. Veelbelovende risicofactoren

- Vijandige opvattingen over vrouwen
- Machiavellisme
- Gebrek aan bezorgdheid voor anderen
- Dysfunctionele coping
- **Geseksualiseerde coping**
- Geëxternaliseerde coping

3. Over het algemeen niet ondersteund zijn, maar met interessante uitzonderingen

- Ontkenning
- Laag zelfvertrouwen
- **Ernstige psychische aandoening***
- Eenzaamheid

**“... it is possible that major mental illness plays a role in the recidivism process, but the conditions under which it is a relevant risk factor has yet to be clearly articulated.”*

4. Het ontdekken waard

- “Adversial” seksuele oriëntatie
- **Fragiel narcisme**
- Seksueel “entitlement”

5. Kleine of geen relatie met recidivisme

- Depressie
- Sociale vaardigheids-tekorten
- Gebrekkige slachtoffer-empathie
- **Gebrek aan motivatie voor behandeling**



Behandeling zedenplegers met EPA

ALGEMENE PRINCIPES

- Noden **individu**
- Symptoomreductie
- Psychische stoornis als responsiviteitsfactor, niet als causaliteitsfactor
- **Belang correcte diagnose** en invloed op het delict
- Evaluatie nood farmacotherapie
- **Relatie psychische stoornis en seksualiteit:** zowel gepast als ongepast
- Monitoring **therapierespons en -trouw**
- **Samenwerking:** klinische teams en justitie

PATHOLOGIEGEBONDEN PRINCIPES

Behandeling zedenplegers met EPA

ALGEMENE PRINCIPES

- Noden **individu**
- Symptoomreductie
- Psychische stoornis als responsiviteitsfactor, niet als causaliteitsfactor
- **Belang correcte diagnose** en invloed op het delict
- Evaluatie nood farmacotherapie
- **Relatie psychische stoornis en seksualiteit:** zowel gepast als ongepast
- Monitoring **therapierespons en -trouw**
- **Samenwerking:** klinische teams en justitie

PATHOLOGIEGEBONDEN PRINCIPES

1. **Psychotische stoornissen**
2. **Stemmingsstoornissen**
3. **Angststoornissen**
4. **ADHD**
5. **Cognitieve stoornissen**
6. **Parafiele stoornissen en/of hyperseksualiteit**



Verschillende obstakels voor zedenplegers met EPA

- **Therapietrouw**
- (On)zin behandeling psychische klachten? Kans op *recidieven*?
- Problemen met:
 - Motivatie en behandelbaarheid
 - Behandeltempo en –duur
- *Avolitie* als symptoom
- **Weinig/geen ziektebesef –of inzicht**
- *Neurocognitieve stoornissen*
- *Gepolariseerd beleid* tgv eenzijdige blik
 - Niet-forensische professionals: seksueel geweld én behandeling eenzijdig conceptualiseren
 - Bv. Seksueel geweld enkel kaderen binnen psychose
 - Bv. Seksueel geweld enkel kaderen binnen parafiele stoornis



Hulplijnen

Stop it Now!

➤ www.stopitnow.be

Sociale kaart daderhulp

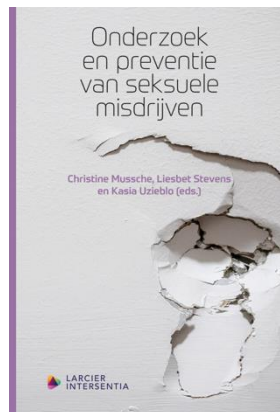
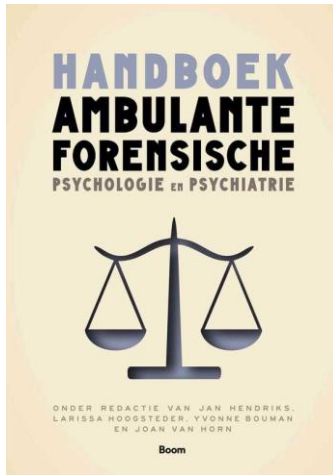
> <https://ufc.be/behandelcentrum/praktische-info/>



Richtlijnen farmacotherapie bij parafiele stoornissen

Thibaut F, Cosyns P, Fedoroff JP, Briken P, Goethals K, Bradford JMW; WFSBP Task Force on Paraphilias. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) 2020 guidelines for the pharmacological treatment of paraphilic disorders. *World J Biol Psychiatry*. 2020 Jul;21(6):412-490. doi: 10.1080/15622975.2020.1744723. Epub 2020 May 26. PMID: 32452729.

- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32452729/>



Interessante podcast:



The image shows a Spotify podcast player interface. At the top left is a square cover image with the text 'Plegers van seksueel misbruik' and the 'CSG podcast' logo. To the right of the cover, it says 'Podcast Episode' followed by the title 'Podcast 2: Plegers van seksueel misbruik' and 'CSG Podcast'. Below this, it indicates '21 Mar · Played ✓'. A row of control icons includes a green play button, a download icon, an add icon, and a more options icon. Underneath is the section 'Episode Description' with the following text: 'Wie zijn nou de plegers van seksueel misbruik? En waarom doen zij wat ze doen? Iva Bicanic van het Centrum Seksueel Geweld vertelt daar in deze podcast meer over. Ook geeft ze aan hoe belangrijk het is dat we plegers van seksueel geweld de juiste hulp bieden, en hoe we dat het beste kunnen doen.'

<https://open.spotify.com/episode/78uYHt5khCPDOIS0nJhcdT?si=2S7XezbpRyOd5mNHj7sKuQ>



Take-home

Doorbreek de stereotypen

- **“Zedendelinquenten vormen een homogene groep met een vergelijkbaar profiel.”**
 - **FOUT.** Er bestaat grote heterogeniteit in motieven, risicofactoren, psychopathologie en recidiverisico.
- **“De meeste personen die seksueel geweld plegen hebben een pedofiele voorkeur of psychische stoornis.”**
 - **FOUT.** Slechts een minderheid voldoet aan de criteria voor pedofilie of psychische stoornis; veel plegers hebben andere motieven.
- **“Behandeling van zedendelinquenten heeft als doel het problematische gedrag te genezen.”**
 - **FOUT.** Behandeling richt zich vooral op **controle en beheersing van risicofactoren**, zelfregulatie, cognitieve veranderingen en terugvalpreventie.
- **“Het recidiverisico is bij alle zedendelinquenten ongeveer gelijk.”**
 - **FOUT.** Het risico varieert sterk afhankelijk van type delict, daderkenmerken en dynamische risicofactoren.
- **“Ambulante therapeuten moeten dit werk in principe zelfstandig kunnen dragen.”**
 - **FOUT.** Intervisie, supervisie en samenwerking met gespecialiseerde diensten zijn essentieel.



Bedankt voor jullie aandacht en veel succes!
rick.roels@upckuleuven.be