

FACULTEIT RECHTSGELEERDHEID

DECANAAT

TIENSESTRAAT 41

3000 LEUVEN

Academiejaar 2016 - 2017



Libidoremmende medicatie: een kwalitatief exploratief  
belevingsonderzoek bij seksuele delinquenten

Promotor: Prof. I. JEANDARME en G. VERVAEKE

Verhandeling, ingediend door LENA BOONS, bij het  
eindexamen voor de graad van MASTER IN DE  
CRIMINOLOGISCHE WETENSCHAPPEN

FACULTEIT RECHTSGELEERDHEID

DECANAAT

TIENSESTRAAT 41

3000 LEUVEN

Academiejaar 2016 - 2017



Libidoremmende medicatie: een kwalitatief exploratief  
belevingsonderzoek bij seksuele delinquenten

Promotor: Prof. I. JEANDARME en G. VERVAEKE

Verhandeling, ingediend door LENA BOONS, bij het  
eindexamen voor de graad van MASTER IN DE  
CRIMINOLOGISCHE WETENSCHAPPEN



## **Samenvatting**

Het onderwerp van dit kwalitatief belevingsonderzoek betreft ‘de ervaringen van seksuele delinquenten met libidoremmende medicatie’. Empirische studies naar de langetermijneffecten van deze middelen blijken schaars. Omwille van de lacunes in de wetenschappelijke literatuur, beschrijft dit onderzoek de ervaringen met libidoremmers op fysiek, psychologisch en seksueel vlak. Daarnaast wordt de mate van keuzevrijheid en de gepercipieerde therapietrouw in kaart gebracht. Aan dit onderzoek namen 12 seksuele delinquenten deel met de diagnose pedofilie. Het gaat zowel om residentiële als ambulante patiënten. Zes bevraagde personen maken gebruik van anti-androgenen, de anderen van GnRH-agonisten. De meest gerapporteerde fysieke bijwerkingen zijn botontkalking, gewichtstoename en borstvorming. Daarnaast ervaren de zedendelinquenten de invloed op psychologisch vlak over het algemeen als positief. Ze ondervinden een rustig gevoel en een reductie van seksuele fantasieën, boosheid en agressie. Ten slotte merken alle patiënten een daling in de frequentie van seksueel contact en masturbatie op. Ondanks de beperkte keuzevrijheid in het gebruik van de middelen, wenst het merendeel van de patiënten de medicatie te blijven innemen na afloop van de residentiële therapie of het gedwongen statuut. In het algemeen hebben de patiënten behandeld met GnRH-agonisten positievere ervaringen dan de patiënten behandeld met anti-androgenen. Er zijn geen grote verschillen merkbaar in de ervaringen tussen residentiële en ambulante patiënten.

# Inhoudsopgave

<b>Lijst van afkortingen .....</b>	<b>iv</b>
<b>Lijst van tabellen en figuren .....</b>	<b>v</b>
<b>Lijst van bijlagen .....</b>	<b>vi</b>
<b>Inleiding .....</b>	<b>1</b>
<b>DEEL I: Het gebruik van libidoremmende medicatie bij seksuele delinquenten.....</b>	<b>2</b>
Hoofdstuk 1. Seksuele delinquentie.....	2
1.1    Juridisch perspectief.....	2
1.2    Sociaalpsychologisch perspectief .....	5
Hoofdstuk 2. Behandeling van seksuele delinquenten .....	8
2.1    Niet- medicamenteuze behandeling.....	9
2.2    Medicamenteuze behandeling.....	10
2.2.1    Anti-androgenen .....	12
2.2.2    Gonadotrofine-stimulerend hormoon-agonisten.....	13
2.2.3    Antidepressiva.....	16
2.3    Beperkingen in onderzoek naar medicamenteuze behandeling .....	17
Hoofdstuk 3. Protocollering van de medicamenteuze behandeling.....	18
3.1    Risicotaxatie.....	21
3.2    Specifieke diagnostiek .....	22
Hoofdstuk 4. Ethische bedenkingen m.b.t. de medicamenteuze behandeling.....	24
<b>DEEL II: Probleemstelling en onderzoeksvragen .....</b>	<b>28</b>
<b>DEEL III: Onderzoeksdesign .....</b>	<b>30</b>
1.    Een kwalitatieve grondvorm.....	30
2.    Keuze van de respondenten .....	31
3.    Dataverzameling .....	32
4.    Data-analyse.....	33
5.    Kwaliteit van het onderzoek .....	35
5.1    Kwaliteitswaarborgen .....	35
5.2    Beperkingen van het onderzoek.....	36
<b>DEEL IV: Onderzoeksresultaten .....</b>	<b>38</b>

1. Achtergrondkenmerken respondenten .....	38
2. Medicatiegebruik .....	39
3. Ervaringen met libidoremmende medicatie .....	40
3.1 Algemene ervaringen .....	40
3.1.1 Keuzevrijheid .....	40
3.1.2 De ervaren voor- en nadelen .....	41
3.1.3 Toedieningswijze en dosering .....	42
3.2 Ervaringen op fysiek vlak .....	43
3.3 Ervaringen op psychologisch vlak .....	46
3.4 Ervaringen op seksueel vlak .....	47
4. Gepercipieerde therapietrouw .....	50
<b>DEEL V: Discussie .....</b>	<b>52</b>
2. Ervaringen met libidoremmende medicatie .....	52
2.1 Ervaringen op fysiek vlak .....	53
2.2 Ervaringen op psychologisch vlak .....	55
2.3 Ervaringen op seksueel vlak .....	55
3. Keuzevrijheid .....	57
4. Gepercipieerde therapietrouw .....	58
<b>DEEL VI: Conclusie en aanbevelingen .....</b>	<b>59</b>
<b>Bibliografie .....</b>	<b>62</b>
1. Wetgeving .....	62
2. Sociaalwetenschappelijke bronnen .....	62
3. Niet-wetenschappelijke bronnen .....	69
<b>Bijlagen .....</b>	<b>71</b>
Bijlage 1: Inlichtingenformulier .....	71
Bijlage 2: Informed Consent .....	73
Bijlage 3: Interviewschema .....	74
Bijlage 4: Codeboom .....	81

## Lijst van afkortingen

APA	American Psychiatric Association
CPA	Cyproteronacetaat
CGG	Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EFP	Expertisecentrum Forensische Psychiatrie
EVRM	Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens
GnRH	Gonadotrofine-Stimulerend Hormoon
LHRH	Luteinizing Hormone-Releasing Hormone
MPA	Medroxyprogesteronacetaat
MSI	Multiphasic Sex Inventory
PCL-R	Psychopathy Checklist-Revised
PPG	Penis Plethysmografie
RNR-Model	Risk-Need-Responsivity Model
SMEC	Sociaal-Maatschappelijke Ethische Commissie
SSRI	Selectieve Serotonine Reuptake Inhibitoren
UVRM	Universele Verklaring van de Rechten van de Mens
VRT	Visual Reaction Time
WFSBP	World Federation for Societies of Biological Psychiatry

## Lijst van tabellen en figuren

Tabel 1	Steekproefmatrix.....	32
Tabel 2	Achtergrondkenmerken respondenten.....	38
Tabel 3	Medicatiegebruik respondenten.....	39
Tabel 4	Fysieke bijwerkingen anti-androgenen.....	44
Tabel 5	Fysieke bijwerkingen GnRH-agonisten.....	45
Figuur 1	Algoritme voor de farmacologische behandeling van parafilieën.....	19
Figuur 2	Beslisboom medicamenteuze behandeling.....	20



## Lijst van bijlagen

Bijlage 1	Inlichtingenformulier.....	71
Bijlage 2	Informed Consent.....	73
Bijlage 3	Interviewschema.....	74
Bijlage 4	Codeboom.....	81

## **Inleiding**

Zedendelicten behoren tot de misdrijven die de meeste publieke bezorgdheid uitlokken (Hanson, Harris, Scott & Helmus, 2007). Er heerst een maatschappelijke tendens in termen van controle, risicobeheersing en verantwoordingsplicht om het recidiverisico van zedenplegers in te schatten en nieuwe slachtoffers te voorkomen. Hulpverleners proberen hun patiënten zo effectief mogelijk te behandelen en op een verantwoorde wijze terug te integreren in de maatschappij (Peters, Jeandarme & Pouls, 2013). In onze huidige samenleving wordt er in de media regelmatig gesproken over het gebruik van libidoremmende medicatie bij zedendelinquenten. ‘Pedofiel Pieter Ceunen wil zich chemisch laten castreren’, ‘Chemische castratie voor man die kwetsbare personen aanrandde’ en ‘Indonesië straft kindermisbruik met castratie of doodstraf’ zijn slechts enkele voorbeelden (Redactie, 28.10.2016; Redactie, 16.06.2016; Redactie, 25.05.2016). De combinatie van cognitieve gedragstherapie en farmacologische interventies is onmisbaar in de behandeling van zedendelinquenten (Gijs, Gianotten, Vanwesenbeeck & Weijnenborg, 2009). Tot op heden ontbreekt de literatuur aan recent en gecontroleerd onderzoek naar de effecten van libidoremmende medicatie bij zedenplegers. Het is echter belangrijk de ingrijpende implicaties niet te onderschatten (Gijs et al., 2009). Dit exploratief belevingsonderzoek handelt over de ervaringen met libidoremmende medicatie vanuit het perspectief van de seksuele delinquent. Het wordt uitgevoerd bij seksuele delinquenten die residentieel of ambulantly in behandeling zijn bij het psychiatrisch ziekenhuis Asster te Sint-Truiden.

Na deze inleiding volgt in DEEL I een literatuuroverzicht van voorgaand wetenschappelijk onderzoek omtrent het gebruik van libidoremmende medicatie. Deze literatuurstudie is een eigen verwerking van binnenlandse en buitenlandse gedragswetenschappelijke en juridische bronnen. In DEEL II komen de probleemstelling en onderzoeksvragen aan bod, waarin de relevantie van het onderzoek wordt verduidelijkt. Vervolgens wordt in DEEL III het onderzoekdesign besproken, waarin de keuze voor een kwalitatief onderzoek, de keuze van de respondenten, de dataverzameling, de data-analyse, de kwaliteit van het onderzoek en een beknopte beschrijving van de beperkingen worden toegelicht. In DEEL IV worden de resultaten van deze masterscriptie beschreven, gevolgd door een discussie in DEEL V waarin de belangrijkste bevindingen worden teruggekoppeld naar de reeds bestaande literatuur. Ten slotte zijn de conclusie en enkele aanbevelingen van deze masterproef terug te vinden in DEEL VI.

## **DEEL I: Het gebruik van libidoremmende medicatie bij seksuele delinquenten**

Voor het schrijven van deze literatuurstudie is gezocht naar artikels via de elektronische databanken Limo, PubMed en Google Scholar. De gehanteerde trefwoorden zijn *sexual offenders, sexual abuse, treatment, pharmacotherapy, paraphilias, MPA, CPA, SSRI, anti-androgens, LHRH-agonists* en *GnRH-agonists*. Daarnaast is gebruikgemaakt van een combinatie van de reeds vermelde zoektermen om de zoekopdracht te verfijnen. De gevonden publicaties zijn geselecteerd op basis van titel, auteur, jaartal, taal en abstract. Er zijn enkel artikels in het Engels en het Nederlands gelezen en er is gefocust op artikels geschreven in de jaren 2000. Ten slotte is gebruikgemaakt van de sneeuwbalmethode, namelijk het zoeken van referenties in de literatuurlijst van reeds gevonden publicaties. Dit deel omvat een begripsomschrijving van seksuele delinquentie (hoofdstuk 1), een toelichting van de behandeling van seksuele delinquenten (hoofdstuk 2), de protocollering van de medicamenteuze behandeling (hoofdstuk 3) en ethische bedenkingen met betrekking tot deze medicamenteuze behandeling (hoofdstuk 4).

### **Hoofdstuk 1. Seksuele delinquentie**

Seksuele misdrijven veroorzaken maatschappelijke onrust en leiden tot grote verontwaardiging, vooral wanneer minderjarigen het slachtoffer worden (Daalder & Essers, 2003). De term seksuele delinquentie verwijst naar verschillende misdrijven die onder één concept worden geplaatst en is bijgevolg geen categorie van psychische aandoeningen (Harsch, Bergk, Steinert, Jeller & Hokus, 2006). Libidoremmende medicatie is slechts aangewezen voor een beperkt aantal zedendelinquenten. Naast het plegen van een strafbaar feit, moet er sprake zijn van een welomschreven stoornis op psychiatrisch vlak die het gebruik van de medicatie verantwoordt (Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, 2006). Er wordt een tweedeling gemaakt tussen seksuele delinquentie vanuit juridisch perspectief en sociaalpsychologisch perspectief.

#### **1.1 Juridisch perspectief**

Vanuit juridisch perspectief worden seksuele delinquenten omschreven als personen die veroordeeld zijn voor het plegen van een seksueel delict. Dit gaat zowel om expliciete seksuele

delicten, zoals verkrachting, als om delicten met een seksuele component of een onrechtstreeks seksueel doel, zoals ontvoering. In deze definitie wordt maatschappelijk ongewenst of deviant gedrag dat niet in het strafwetboek is opgenomen geëxcludeerd. Ook personen die verdacht worden van een seksueel feit, maar nog niet veroordeeld zijn, worden uitgesloten (Barbaree & Marshall, 2006). De regelgeving omtrent seksuele delicten blijkt echter niet eenduidig (Tubex, 2000). Seksuele handelingen zijn verboden als ze plaatsvinden met personen die geen toestemming hebben gegeven of met personen die niet in staat worden geacht toestemming te geven. Dit kan gaan om kinderen onder de zestien jaar, zwakbegaafden, personen die buiten bewustzijn verkeren of overleden personen. Daarnaast is de strafbaarheid afhankelijk van de relatie tussen het slachtoffer en de dader. Er kan sprake zijn van een afhankelijkheidsrelatie zoals vader en dochter, arts en patiënt of leerkracht en leerling (Smid, van Beek & de Doncker, 2009).

In het Belgische strafwetboek zijn de seksuele misdrijven terug te vinden onder de titel VII ‘misdaden en wanbedrijven tegen de orde der familie en tegen de openbare zedelijkheid’.<sup>1</sup> **Aanranding van de eerbaarheid** wordt omschreven als het met opzet plegen van een inbreuk op de seksuele onaantastbaarheid van een persoon zonder diens geldige toestemming. De opgelegde straf voor dit misdrijf is afhankelijk van verschillende factoren, zoals de leeftijd van het slachtoffer en het gebruik van geweld of bedreiging.<sup>2</sup> Sinds de wet van 1 februari 2016 tot wijziging van diverse bepalingen wat de aanranding van de eerbaarheid en het voyeurisme betreft, wordt ook een handeling die bij verrassing is gepleegd gelijkgesteld met geweld.<sup>3</sup> Er wordt gesproken van een handeling bij verrassing indien het slachtoffer genoodzaakt was om onvoorziene daden te ondergaan en niet de gelegenheid of tijd zou hebben gehad om zich hieraan te kunnen onttrekken. Een aanranding bij verrassing staat bijvoorbeeld wanneer een arts handelingen stelt die in de gegeven context niet medisch te verantwoorden zijn en tevens de eerbaarheid aantasten (Dens, 2010). Daarnaast kan er ook gestraft worden wanneer het misdrijf mogelijk is gemaakt door een onvolwaardigheid of een lichamelijk of geestelijk gebrek van het slachtoffer.<sup>4</sup> Niet enkel een definitief gebrek maar ook een tijdelijk gebrek kan volstaan, zoals het gebruik van alcohol, drugs of een geneesmiddel. Het misbruik van dit gebrek door de

---

<sup>1</sup> Art. 348-391 Strafwetboek 8 juni 1867, *BS* 9 juni 1867.

<sup>2</sup> Art. 372-374 Strafwetboek 8 juni 1867, *BS* 9 juni 1867.

<sup>3</sup> Art. 10 Wet van 1 februari 2016 tot wijziging van diverse bepalingen wat de aanranding van de eerbaarheid en het voyeurisme betreft, *BS* 19 februari 2016.

<sup>4</sup> Art. 9 Wet van 1 februari 2016 tot wijziging van diverse bepalingen wat de aanranding van de eerbaarheid en het voyeurisme betreft, *BS* 19 februari 2016.

dader moet echter worden bewezen (Dens, 2010). **Verkrachting** wordt in artikel 375 van het Strafwetboek gedefinieerd als ‘elke daad van seksuele penetratie van welke aard en met welk middel ook, gepleegd op een persoon die daar niet in toestemt’.<sup>5</sup> Er is hier eveneens geen sprake van toestemming wanneer de daad is gepleegd door middel van geweld, dwang, verrassing of list of mogelijk is gemaakt door een onvolwaardigheid of een lichamelijk of geestelijk gebrek van het slachtoffer. Omtrent de leeftijdsvoorwaarde van deze twee misdrijven is de Belgische wetgever echter niet consequent. De wettelijke leeftijd waarop een persoon in staat wordt gesteld toestemming te verlenen omtrent seksuele handelingen is zestien jaar (Tubex, 2000). De leeftijdsgrens voor verkrachting werd echter op veertien jaar gelegd. Jongeren van veertien of vijftien jaar worden dus in staat geacht toe te stemmen in meer verregaande seksuele handelingen zoals penetratie maar niet in minder verregaande seksuele handelingen zoals het ontbloten van een geslachtsdeel (Stevens, 2002). Er is dus steeds sprake van aanranding van de eerbaarheid bij gelijkstelling onder de leeftijd van zestien jaar, ook wanneer het initiatief van de min-zestienjarige zelf uitging (Stevens, 2002).

Verder maakt **voyeurisme** sinds 2016 deel uit van het Strafwetboek.<sup>6</sup> Het misdrijf wordt omschreven als het observeren of doen observeren van een persoon of van hem een beeld- of geluidsopname maken zonder diens toestemming of medeweten. Bovendien moeten er een aantal cumulatieve voorwaarden vervuld zijn. De opgelegde straf voor dit misdrijf is afhankelijk van de leeftijd van het slachtoffer en kan oplopen tot vijftien jaar gevangenisstraf.<sup>7</sup> Bovendien stelt artikel 371/1 van het Strafwetboek ook het verspreiden van naaktbeelden strafbaar. Iedereen die een beeld- of geluidsopname verspreidt van een ontblote persoon of een persoon die een expliciete seksuele daad stelt, zonder diens toestemming of medeweten, kan gestraft worden. Ook hier is de hogere strafmaat van toepassing bij minderjarige slachtoffers. Dit artikel stelt zogenaamde ‘pornowrekers’, namelijk personen die zich wreken na een liefdesbreuk door opnames bedoeld voor privédoeleinden te verspreiden, strafbaar (Lemmens, 2016). Daarnaast is het **bederf van jeugd en prostitutie** terug te vinden in de wet.<sup>8</sup> Het gaat om seksuele feiten met het oog op ontucht, bederf of prostitutie van een minderjarige. Bovendien wordt een onderscheid gemaakt tussen minderjarigen jonger dan zestien en jonger

---

<sup>5</sup> Art. 375-376 Strafwetboek 8 juni 1867, *BS* 9 juni 1867.

<sup>6</sup> Wet van 1 februari 2016 tot wijziging van diverse bepalingen wat de aanranding van de eerbaarheid en het voyeurisme betreft, *BS* 19 februari 2016.

<sup>7</sup> Art. 371/1 Strafwetboek 8 juni 1867, *BS* 9 juni 1867.

<sup>8</sup> Art. 379-382 Strafwetboek 8 juni 1867, *BS* 9 juni 1867

dan veertien jaar. Ten slotte wordt **openbare zedenschennis** besproken in de strafwet.<sup>9</sup> Stevens (2002) definieert dit als gedrag dat strijdig is met de door de wet beschermde waarden op het vlak van openbare zedelijkheid, zoals die door het collectief bewustzijn worden ervaren. Dit collectief bewustzijn is afhankelijk van de desbetreffende maatschappij en heersende tijdsgeest. Het tentoonstellen, aanbieden, verkopen, verhuren, uitzenden, leveren, verdelen, verspreiden, ter beschikking stellen, vervaardigen, (doen) invoeren of overhandigen van kinderpornografisch materiaal horen thuis onder deze categorie (Stevens, 2002).

## 1.2 Sociaalpsychologisch perspectief

Vanuit sociologisch perspectief wordt seksuele delinquentie gezien als deviant gedrag, namelijk gedrag dat niet binnen de algemeen aanvaarde normen van de samenleving past. Deze definitie is eveneens afhankelijk van de desbetreffende samenleving en heersende tijdsgeest (Barbaree & Marshall, 2006). Een psychologische benadering van seksualiteit kan worden teruggevonden in de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM). Dit handboek werd ontwikkeld door de *American Psychiatric Association* (APA) voor de classificatie van psychische aandoeningen. Seksuele stoornissen zijn in de vijfde editie van de DSM onderverdeeld in drie categorieën, namelijk seksuele disfuncties, gender-identiteitsstoornissen en parafilieën (APA, 2013; Goethals & Cosyns, 2014). Deze masterscriptie focust voornamelijk op de laatste categorie, gezien het hebben van een parafilie een indicatie vormt voor het nemen van libidoremmende medicatie (Bradford, 2000; Gijs et al., 2009).

Bogaerts, Daalder, Vanheule, Desmet en Leeuw (2008) definiëren een parafilie als een deviante seksuele interesse die consistent aanwezig is. De termen parafilie en seksuele deviantie worden dan ook door elkaar heen gebruikt in deze masterscriptie. Bij de meeste mensen is de erotische aantrekkelijkheid van de partner de belangrijkste seksuele stimulus. Daarnaast kunnen ook andere ‘fetisjistische’ stimuli zoals lichaamskenmerken of kledij een rol spelen. Deze wegen echter meestal niet op tegen de erotische uitstraling van de partner. Er kan reeds sinds de kindertijd of bij aanvang van de pubertijd sprake zijn van minder gebruikelijke stimuli die seksueel verlangen uitlokken of beïnvloeden. Naarmate deze minder gebruikelijke stimuli een belangrijke rol spelen, volstaat de erotische uitstraling van de partner niet meer om seksuele arousal op te wekken. Wanneer de erotische aantrekkingskracht van de partner volledig

---

<sup>9</sup> Art. 383-391 Strafwetboek 8 juni 1867, BS 9 juni 1867.

verdwijnt en seksueel verlangen enkel nog kan worden opgewekt door ongebruikelijke stimuli, is er sprake van een parafilie. Parafiele stoornissen richten zich vooral op deviante stimuli zoals kinderpornografisch materiaal. Deze gerichtheid blijft vaak stabiel en is moeilijk psychotherapeutisch te beïnvloeden. Een farmacologische interventie met libidoremmers kan hierin een hulpmiddel bieden (Van de Putte, 2016). De DSM-V maakt een onderscheid tussen een parafilie en een parafiele stoornis. Het eerste criterium voor het hebben van een parafilie is een persisterende en intense belangstelling anders dan de seksuele belangstelling voor genitale stimulatie of voorbereidend liefkozinggedrag met een toestemmende en volwassen partner. Voor de classificatie van een parafiele stoornis is er echter een tweede criterium nodig, er moet sprake zijn van een lijdensdruk bij de betrokken persoon of bij de slachtoffers. Personen die voldoen aan het eerste criterium, maar niet aan het tweede, hebben een parafilie, maar geen parafiele stoornis (Goethals & Cosyns, 2014). Daarnaast moet worden opgemerkt dat niet alle seksuele delinquenten lijden aan een parafilie en niet alle mensen met een parafilie seksueel delicten plegen (Thibaut et al., 2010). Zo kan een persoon zich seksueel aangetrokken voelen tot kinderen, maar deze gedachten niet omzetten in daden. De DSM-V bespreekt acht typen van parafilieën, namelijk pedofilie, exhibitionisme, voyeurisme, fetisjisme, fetisjistisch transvetisme, frotteurisme, seksueel masochisme en seksueel sadisme (APA, 2013).

De eerstgenoemde parafilie is **pedofilie** en wordt in de DSM-V omschreven als een seksuele voorkeursstoornis voor prepubertaire kinderen (APA, 2013). Het gaat om een min of meer exclusieve aantrekking tot kinderen jonger dan dertien jaar (Van de Putte, 2016). Om te spreken van pedofilie moet de persoon de leeftijd van zestien jaar hebben bereikt en moet het leeftijdsverschil met het slachtoffer minimaal vijf jaar zijn (de Ruiter & Veen, 2005; Thibaut et al., 2010). Er wordt een onderscheid gemaakt tussen incestueuze en niet-incestueuze pedofielen naargelang het slachtoffer al dan niet behoort tot het gezin van de pleger (APA, 2013). Toch zijn niet alle kindermisbruikers pedofiel en plegen niet alle pedofielen seksuele delicten (de Ruiter & Veen, 2005). Het hebben van seksuele fantasieën over kinderen is *an sich* niet strafbaar. De tweede parafilie is **exhibitionisme** en wordt gedefinieerd als de drang om geslachtsorganen in het openbaar te tonen aan niet-instemmende anderen. Deze gedraging wordt strafbaar gesteld onder openbare zedenschennis. Exhibitionisme kent het hoogste recidivecijfer ondanks individuen die lijden aan deze parafilie, hun dwangmatigheid in therapieën leren controleren. Ten derde wordt **voyeurisme** omschreven als de seksuele drang tot het observeren van personen terwijl deze ontbloot of seksueel actief zijn. Dit is strafbaar wanneer het slachtoffer onvermoed begluurd wordt of niet instemt. Dikwijls gaat het gluren

gepaard met fantaseren en masturberen. Exhibitionisme en voyeurisme worden vaak door dezelfde dader gepleegd (van Lankveld & Cohen-Kettenis, 2008; Jagt, 2010; Van de Putte, 2016). Vervolgens wordt **fetisjisme** gedefinieerd als het hebben van een seksuele interesse in niet-levende objecten. De meest voorkomende fetisjen zijn voeten, schoenen en vrouwelijk ondergoed (Beech & Harkins, 2012). De vijfde parafilie is **fetisjistisch transvetisme**. Het gaat om personen die seksueel opgewonden worden door (de gedachte) zichzelf te verkleeden als een persoon van het andere geslacht (Beech & Harkins, 2012). **Frotteurisme** wordt ten zesde beschreven als het zonder instemming aanraken van, of wrijven tegen, een andere persoon. Dit gedrag komt vaak voor in drukke openbare plaatsen zoals bussen en treinen en start meestal tijdens de adolescentie (Beech & Harkins, 2012). De meeste handelingen treden op bij personen tussen de vijftien en vijfentwintig jaar (Thibaut et al., 2010). De zevende parafilie is **seksueel masochisme** en impliceert seksuele opwindning door het toedienen of ondergaan van pijn, vernedering of bondage. Ongeveer een derde van de masochisten vertoont ook seksueel sadistisch gedrag (Beech & Harkins, 2012). **Seksueel sadisme** is de laatstgenoemde parafilie en gaat over seksuele opwindning door fysiek of psychisch lijden van een andere persoon (Beech & Harkins, 2012). Naast deze seksuele stoornissen kunnen er nog andere psychische stoornissen worden gediagnosticeerd bij zedendelinquenten zoals een impulscontrolestoornis of een affectieve stoornis. Vooral bij zedendelinquenten die hands-on misdrijven plegen, worden meerdere stoornissen vastgesteld en is er dus sprake van een meervoudige diagnose of comorbiditeit (Bogaerts et al., 2008).

Het overzicht in de DSM-V is echter niet exhaustief (Beech & Harkins, 2012). Zo is bijvoorbeeld het begrip ‘hyperseksualiteit’ niet opgenomen als aparte categorie (van Zessen, 2013; Goethals & Cosyns, 2014). Hyperseksualiteit kan worden gedefinieerd als ‘ongecontroleerd seksueel gedrag dat klinisch significante last of verslechtering in het sociaal, beroepsmatig of andere belangrijke levensdomeinen veroorzaakt’ (Goethals & Cosyns, 2014, p. 198). Een zogenaamde seksverslaving kan zich uiten in verschillende vormen, zoals dwangmatig masturberen, frequent prostitutiebezoek, telefoonseks of het bekijken van pornografie (van Zessen, 2013). Ondanks de klinische relevantie van het begrip, is hyperseksualiteit niet erkend als seksuele stoornis in de DSM-V. Een mogelijke verklaring voor deze beslissing is het ontbreken van eenduidig wetenschappelijk gefundeerd onderzoek. Het wordt in de DSM-V echter wel vermeld als comorbiditeit bij meerdere parafiele stoornissen zoals fetisjisme, frotteurisme en voyeurisme (Goethals & Cosyns, 2014). Hoewel hyperseksualiteit, in tegenstelling tot de reeds vermelde parafilieën, niet gerelateerd is aan



specifieke stimuli, vormt het eveneens een indicatie voor het gebruik van libidoremmers (Maletzky, 1991; Van Hunsel & Cosyns, 2002).

## **Hoofdstuk 2. Behandeling van seksuele delinquenten**

De behandeling van zedendelinquenten richt zich voornamelijk op het voorkomen van terugval en is het meest effectief wanneer deze voldoet aan de principes van het *Risk-Need-Responsivity (RNR)* Model. Het model is in de jaren 80 ontwikkeld door Andrews en Bonta en is een van de belangrijkste modellen voor het begeleiden van daders (Andrews, Bonta & Wormith, 2011). Het model is onderbouwd door een brede empirische basis en is primair gericht op risicomanagement (Andrews et al., 2011; Smid, van Beek & Wever, 2012). Volgens het RNR-Model is een effectieve behandeling opgebouwd vanuit een drietal principes, namelijk het risicoprincipe, het behoefteprincipe en het responsiviteitsprincipe (Yates, 2013).

**Het risicoprincipe** bestaat uit twee elementen. Ten eerste dienen plegers voorafgaand aan een behandeling te worden onderworpen aan risicotaxatie met betrouwbare en empirisch gevalideerde risicotaxatie-instrumenten. Deze instrumenten kunnen zowel de statische als dynamische risicofactoren in kaart brengen. De statische risicofactoren, zoals het aantal slachtoffers en de leeftijd van de dader, worden als stabiel beschouwd en zijn niet behandelbaar. De dynamische risicofactoren, zoals de mate van impulsiviteit of vrouwvijandigheid, zijn echter wel behandelbaar (Yates, 2013). Ten tweede dienen plegers met een hoog risiconiveau een intensievere behandeling te krijgen dan plegers met een laag risiconiveau (Andrews et al., 2011; Smid et al., 2012). **Het behoefteprincipe** stelt dat de behandeling zich moet focussen op de criminogene noden (Andrews et al., 2011; Yates, 2013). Deze noden worden bepaald door de dynamische risicofactoren die voortkomen uit de risicotaxatie (Van der Put et al., 2012; Smid, et al., 2012). Om aangrijpingspunten voor behandeling te vinden, moeten de resultaten van een dynamisch risicotaxatie-instrument worden omgezet naar de praktijk. Idealiter geven dynamische risicofactoren dus niet alleen informatie over het risiconiveau van de pleger, maar ook over de wijze waarop het risico gereduceerd kan worden (Smid et al., 2012). **Het responsiviteitsprincipe** houdt in dat de behandeling geschikt moet zijn voor de delinquent. De behandelvorm moet worden afgesteld op de leermogelijkheden en sterke punten van de patiënt en moet rekening houden met zijn persoonlijkheid en eigenheid (Wilson & Yates, 2009; Andrews et al., 2011; Yates, 2013). Zo hebben zwakbegaafde plegers bijvoorbeeld nood aan een andere aanpak dan normaalbegaafde plegers (Smid et al., 2012). Dit beginsel handelt echter

niet alleen over de persoon van de dader en diens sociale en intellectuele capaciteiten, maar ook over de behandelaar en het soort interventie. De Ruiters en Hildebrand (2005) wijzen erop dat bij een behandeling die uitgaat van het responsiviteitsbeginsel er voor elke patiënt een behandelplan moet worden opgesteld waarin expliciet wordt beschreven welke dynamische risicofactoren op welke wijze zullen worden veranderd en hoe de verandering zal worden vastgesteld. Op basis van meta-analyses blijken behandelingen die gebaseerd zijn op cognitieve gedragstherapie in combinatie met farmacologische interventies het meest effectief om de criminogene behoeften van plegers te beïnvloeden (EFP, 2008; Smid et al., 2012). In de toelichting wordt een onderscheid gemaakt tussen een niet-medicamenteuze en een medicamenteuze behandeling.

## **2.1 Niet- medicamenteuze behandeling**

De meest voorkomende behandelingsmethode voor zedenplegers is cognitieve gedragstherapie in combinatie met terugvalpreventie. Cognitieve therapie streeft ernaar om zedenplegers specifiek te informeren over hoe cognities seksueel gedrag beïnvloeden, ze aan te moedigen om anders na te denken over gebeurtenissen en ze bij te brengen hoe hun delicten slachtoffers fysiek en psychologisch hebben geschaad. Daarnaast helpt cognitieve gedragstherapie daders bewust te worden van hun risicofactoren en passende strategieën te ontwikkelen om veilig met deze factoren om te gaan (Beech & Harkins, 2012). Een voorbeeld van een cognitief gedragstherapeutisch behandelprogramma voor zedenplegers met een laag tot matig risico, is het behandelprogramma van Bill Marshall. Dit programma wordt in een open groep, met continu in- en uitstroom, gegeven in gevangenissen gedurende wekelijkse bijeenkomsten van twee tot drie uur. Het programma duurt ongeveer vier tot zes maanden en is afgestemd op het risiconiveau van de plegers. Onderwerpen als problemen in de emotieregulatie, cognitieve vervormingen, seksueel afwijkende interesses (seksuele deviantie en hyperseksualiteit) en gebrekkige sociale en probleemoplossende vaardigheden komen aan bod. Daarnaast legt dit programma een grote nadruk op de therapeutische houding van de hulpverlener. De behandeling kan zowel in groep als individueel plaatsvinden (Smid et al., 2012; Smid, 2014). Hoog risico plegers hebben echter nood aan een langer en intensiever behandelprogramma. Deze groep bestaat voornamelijk uit plegers gekenmerkt door seksuele deviantie en psychopathie. Naast het volgen van cognitieve gedragstherapie kan medicatie deel uitmaken van hun behandeling (Smid et al., 2012).

De resultaten van het cognitief-therapeutisch behandelprogramma van Marshall tonen aan dat de seksuele recidive van behandelde plegers 3% lager ligt dan de verwachte 17% bij onbehandelde plegers (Smid et al., 2012). Daarnaast besluiten onderzoekers aan de hand van een meta-analyse gebaseerd op 23 studies met recidive als uitkomstmaat, dat zowel de algemene recidive (31,8% vs. 48,3%) als de seksuele recidive (10,9% vs. 19,2%) lager was bij de plegers die een behandeling kregen in vergelijking met de controlegroep die geen behandeling kreeg. Behandelingen die de RNR-principes volgen, vertoonden de grootste daling van zowel de algemene als de seksuele recidive (Hanson, Bourgon, Helmus & Hodgson, 2009). Bovendien komen Pearson, Lipton, Cleland en Yee (2002) eveneens tot de vaststelling dat cognitieve gedragstherapeutische programma's samengaan met een reductie van recidive. Het vaststellen van de effectiviteit van behandelprogramma's is echter een moeilijke methodologische kwestie. De behandeling van zedendelinquenten is vooral een interventie om nieuw delictgedrag te voorkomen. De effectiviteit van een behandeling laat zich vertalen in een afname van seksuele recidive. Het nagaan van behandelresultaten is problematisch gezien het vormen van adequate controlegroepen niet mogelijk is. Het is onwenselijk om een groep zedendelinquenten als controlegroep onbehandeld in de maatschappij te laten terugkeren om te kunnen vaststellen of ze sneller en vaker recidiveren dan de behandelde zedendelinquenten (Smid et al., 2012).

## **2.2 Medicamenteuze behandeling**

In de eerste helft van de twintigste eeuw werd chirurgische castratie toegepast om de geslachtsdrijf van mannelijke seksuele delinquenten te reduceren. De teelballen werden operatief verwijderd waardoor de recidivegraad daalde naar minder dan 5% (Grubin & Beech, 2010). Ondanks deze opvallende reductie van recidive, wordt de chirurgische castratie niet meer gehanteerd gezien het indringende en irreversibele karakter (Van Hunsel & Cosyns, 2002). De goede resultaten leidden echter wel tot belangstelling voor de ontwikkeling van testosteron reducerende behandelingen, met name libidoremmende middelen (Jagt, 2010). Deze farmacologische interventies hebben een invloed op het orgasme, de spermaproductie, de frequentie en het plezier van masturberen en de seksuele frustratie (Harrison, 2008). De doelen van deze middelen zijn het verminderen van deviante seksuele fantasieën, seksuele driften, seksueel gedrag en hyperseksualiteit en daardoor het reduceren van recidive (EFP, 2008).

Libidoremmende medicatie valt uiteen in twee typen interventies, met name hormonale- en niet hormonale behandelingen (Smid et al., 2012). Hormonale behandelingen beïnvloeden de

hormonale huishouding van de seksuele delinquent om zo het libido en de daaraan gekoppelde fantasieën en gedragingen te reduceren. Ze remmen de productie van testosteron af of blokkeren de werking ervan (De Waag, 2012). De hormonale behandeling heeft zowel effect op deviante seksualiteit als het normale seksuele functioneren (Hill et al., 2003). Doch is er tot op heden geen rechtstreeks verband aantoonbaar tussen enerzijds seksuele opwinding, seksuele activiteit en seksuele voorkeur en anderzijds testosteronconcentraties (Van Oeckel, 2007; Jagt, 2010). Alvorens de start van een hormonale behandeling, dienen er onderzoeken te worden uitgevoerd door een endocrinoloog om contra-indicaties inzake gezondheidsredenen uit te sluiten. Daarnaast dienen patiënten gedurende de behandeling strikt te worden opgevolgd (Van Oeckel, 2007; Giltay & Gooren, 2009). Een voordeel is dat de therapietrouw van hormonale behandelingen kan worden gecontroleerd door het meten van de testosteronconcentratie in het bloed (Van Hunsel & Cosyns, 2002). Onder dit type vallen de anti-androgenen en de Gonadotrofine-Stimulerend Hormoon (GnRH)-agonisten. Niet-hormonale medicamenteuze behandelingen betreffen het gebruik van psychofarmaca zoals antidepressiva en antipsychotica als libidoremmers (De Ruiter & Veen, 2005). In tegenstelling tot de hormonale behandeling, zouden ze specifiek inwerken op de deviante seksualiteit (Greenberg et al., 1996; van Hunsel & Cosyns, 2002).

Over de langetermijneffecten van libidoremmende medicatie op het seksuele gedrag en de gezondheid van patiënten is weinig bekend (Smid et al., 2014). De meeste mannen, vooral diegenen die de behandeling als onvrijwillig ervaren, rapporteren de psychologische en fysieke bijwerkingen als uiterst hinderlijk (Rice & Harris, 2011). De keuze tussen de verschillende medicamenten hangt af van de aanwezige klachten, de voorgaande behandelingen en de risico's op mogelijke bijwerkingen. Daarnaast kan de werking van libidoremmende medicatie door andere medicijnen worden beïnvloed (De Waag, 2012). In de literatuur varieert de ideale behandelduur van vier maanden tot een levenslange behandeling (Van Hunsel & Cosyns, 2002; Van Oeckel, 2007; Thibaut et al., 2010). Gooren (2011) stelt dat voor mensen die lijden aan pedofilie, een behandeling van minimum drie tot vijf jaar noodzakelijk is. Voor milde gevallen van ernst spreekt hij van minstens twee jaar. Bij herhaling van parafiele seksuele fantasieën, wordt de behandeling heropgestart.

### 2.2.1 Anti-androgenen

Anti-androgenen vallen onder de categorie hormonale behandelingen en bestaan uit cyproterone acetaat (CPA) en medroxyprogesterone acetaat (MPA). Deze medicatie vermindert de productie van sperma en het vermogen tot erectie en ejaculatie, maar sluit deze niet uit. Daarnaast is er sprake van een reductie van de seksuele drang en de mate waarin opwinding optreedt. CPA, waaronder Androcur<sup>®</sup>, veroorzaakt een remmend effect van de androgenen en een daling in de productie van testosteron. Deze vorm van medicatie kan zowel oraal als intramusculair worden toegediend, maar is in België enkel in tabletvorm verkrijgbaar (Jüngen & Tervoort, 2013). MPA veroorzaakt eveneens een vermindering van de androgenen en een afbraak van testosteron. Deze vorm van medicatie kan, net zoals CPA, oraal en intramusculair worden toegediend, maar wordt vooral gebruikt in de Verenigde Staten (Grubin & Beech, 2010). In België wordt MPA weinig gebruikt gezien de ongunstige bijwerkingen (Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, 2006). De noodzakelijke duur van de behandeling wordt voor elke patiënt apart bepaald (Van Hunsel & Cosyns, 2002; De Ruiter & Veen, 2005). De effecten op het gedrag worden merkbaar na drie tot zestien weken (EFP, 2008). Om een constante werking van het middel te verkrijgen, is het noodzakelijk dat Androcur<sup>®</sup> een langere periode wordt ingenomen.

De eerste klinische studies omtrent anti-androgenen vonden plaats in Duitsland door Laschet en Laschet (1971), die meer dan 100 seksueel afwijkende mannen behandelden. Het ging vooral om exhibitionisten, pedofielen en sadisten. 50% van hen waren seksuele daders. De duur van de behandeling in het onderzoek varieerde van zes maanden tot vier jaar. In 80% van de gevallen bleek na het toedienen van 100 mg CPA per dag, het krijgen van een erectie en een orgasme onmogelijk. Bij een toediening van 50 mg CPA per dag, verminderde het libido maar was het krijgen van een erectie niet uitgesloten. De patiënten hadden hierdoor nog steeds de mogelijkheid tot het hebben van seksueel contact. Ten slotte concluderen de onderzoekers dat CPA effectief is voor het reduceren van seksueel afwijkend gedrag en recidive (Bradford, 2000). Dit werd eveneens bevestigd door Bradford en Pawlak (1993). In een kortdurende dubbelblinde studie met behulp van placebo's, die werd uitgevoerd bij negentien mannen met parafiele aandoeningen, verminderde CPA de seksuele opwinding, fantasieën en de seksuele activiteit aanzienlijk (Bradford, 2000; Gooren, 2011). Maletzky, Tolan en McFarland (2006) volgden op hun beurt gedurende vijf jaar 275 seksuele delinquenten na hun vrijlating uit de gevangenis in de Verenigde Staten. In de studie zijn significante verschillen zichtbaar tussen

mannen die gebruik maakten van MPA en mannen die geen medische behandeling volgden. De plegers die behandeld werden met libidoremmende medicatie pleegden geen nieuwe seksuele misdrijven en begingen in het algemeen minder misdrijven dan plegers zonder medicamenteuze behandeling. De onderzoekers besluiten eveneens dat anti-androgenen zeer waardevol zijn, naast een cognitieve en gedragsmatige behandeling. Ten slotte komen ook Grubin en Beech (2010) tot de conclusie dat anti-androgenen een groot effect hebben op het risico van het plegen van zedendelicten.

Ondanks de gunstige werking van anti-androgenen op het seksueel functioneren, zijn er inherent ook nevenwerkingen aan de medicatie verbonden. Deze kunnen gedurende de hele behandeling optreden, verschillen van persoon tot persoon en zijn afhankelijk van de gebruikte dosis (Bourget & Bradford, 2008; De Waag, 2012). In de studie van Laschet en Laschet (1971) zijn vermoeidheid, depressieve gevoelens, gewichtstoename, feminisatie en borstvorming reeds gerapporteerd (Bradford, 2000). Giltay en Gooren (2009) stellen vast dat het gebruik van anti-androgenen een verhoogde kans op botfracturen en diabetes bij 40 tot 50% van de respondenten met zich meebrengt. Daarnaast is er een lichte stijging van het risico op hartproblemen en depressieve symptomen terug te vinden bij 10 tot 20% van de respondenten. Gooren (2011) meldt bovendien opvliegers als bijwerking van anti-androgenen, wat de levenskwaliteit van patiënten kan verminderen. Bovendien kunnen een droge huid, broze nagels en haaruitval optreden. Ten slotte worden kortademigheid, misselijkheid, rusteloosheid, spierzwakte en leverproblemen gerapporteerd. Verder reduceert de hoeveelheid zaad en worden de zaadballen kleiner. Onderzoekers melden in zeldzame gevallen bij een hoge dosering Androcur<sup>®</sup> botontkalking. Dit laatste is vooral bij jonge patiënten problematisch, omdat de botdichtheid pas op de leeftijd van 30 jaar wordt bereikt (EFP, 2008; De Waag, 2012; Jüngen & Tervoort, 2013). Het is onbekend of het medicijn invloed heeft op de vruchtbaarheid (De Waag, 2012; Jüngen & Tervoort, 2013). Door het verlies van het libido ervaren patiënten de behandeling met anti-androgenen vaak als chemische castratie wat de therapietrouw beperkt (Van Hunsel & Cosyns, 2002; De Ruiter & Veen, 2005). Daarnaast wordt door het risico op bijwerkingen het nemen van deze medicatie als onaangenaam ervaren (EFP, 2008).

### **2.2.2 Gonadotrofine-stimulerend hormoon-agonisten**

Gonadotrofine-stimulerend hormoon-agonisten (GnRH-agonisten) of *Luteinizing Hormone-Releasing Hormone*-agonisten (LHRH-agonisten) vallen eveneens binnen de categorie van

hormonale behandelingen. Ze worden aangewend wanneer anti-androgenen onvoldoende effect hebben (Van Oeckel, 2007). Deze medicatie is enkel in injectievorm beschikbaar en worden om de vier of twaalf weken toegediend. Ze remt de hypofyse waardoor na drie weken de hoeveelheid testosteron in het bloed daalt. De eerste drie weken vindt een stijging plaats van de hoeveelheid testosteron, waardoor de seksuele lust tijdelijk toeneemt. Om dit zogeheten *flare-up effect* tegen te gaan, wordt geadviseerd om de eerste weken CPA (Androcur<sup>®</sup>) toe te voegen aan de behandeling (Van Oeckel, 2007; De Waag, 2012; Jüngen & Tervoort, 2013). Om de hoeveelheid kalk in het bot te bepalen, wordt zowel voor de start als tijdens de behandeling een botdichtheidsmeting gedaan. Om potentiële botontkalking te voorkomen, kunnen kalktabletten worden voorgeschreven (De Waag, 2012). In 2008 heeft het Europees agentschap voor geneesmiddelen één GnRH analoog, namelijk triptoreline, goedgekeurd voor de indicatie parafilie. In september 2009 werd deze medicatie in België beschikbaar gesteld onder de naam Salvacyl<sup>®</sup>. Een inspuiting met Salvacyl<sup>®</sup> wordt terugbetaald door het ziekenfonds na aanvraag van de behandelde psychiater en goedkeuring door de arts van de mutualiteit. Dankzij deze positieve evolutie kunnen behandelcentra zwaardere casussen aannemen dan voordien het geval was (Cosyns, 2009).

Onderzoekers Briken, Hill en Berner (2003) bestudeerden in hun meta-analyse dertien studies omtrent het gebruik van LHRH-agonisten bij patiënten die lijden aan een parafilie. In totaal gaat het om een steekproef van 118 behandelde patiënten. Bijna alle studies maakten gebruik van zelfrapportage voor het meten van de medicatie effecten. De *follow-up* duur varieerde tussen zes maanden en zeven jaar. De eerste studie werd gevoerd in 1985 door een Duitse groep onderzoekers. Een homoseksuele pedofiel werd behandeld met CPA, maar dit had onvoldoende effect. Na het toedienen van een LHRH-agonist daalde de pedofiele symptomen echter aanzienlijk (Allolio, Keffel, Deuss & Winkelmann, 1985 als in Briken et al., 2003, p. 891). In de tweede studie behandelden klinici een exhibitionist met een LHRH-agonist en anti-androgenen. Uit zelfrapportage van de patiënt blijkt dat hij stopte met exhibitionistisch gedrag na vier weken. Doch had hij nog steeds het vermogen tot het krijgen van een erectie, ejaculatie en het hebben van geslachtsgemeenschap. Opvliegers werden als enige bijwerking gerapporteerd (Rousseau, Couture, Dupont, Labrie & Couture, 1990). Dickey (1992) onderzocht in een derde studie een patiënt met meerdere parafilieën, namelijk pedofilie, fetisjisme, voyeurisme en exhibitionisme. Hij werd gedurende 32 maanden behandeld met MPA (550 mg per week). Er was slechts een marginale daling vast te stellen in de frequentie van masturbatie en parafiele fantasieën. Vervolgens werd hij behandeld met CPA (500 mg per week), maar de resultaten waren

vergelijkbaar. Door het toedienen van een LHRH-agonist nam, na twee weken, de frequentie van masturbatie en seksueel deviant gedrag af. De inhoud van de fantasieën bleven echter ongewijzigd. De patiënt ervaarde geen bijwerkingen.

In de vierde studie onderzochten Cooper en Cernowsky (1994) op hun beurt een patiënt behandeld met placebo's, CPA (100 of 200 mg per dag) en een LHRH-agonist. Uit de zelfrapportage blijkt een reductie van seksuele opwinding wanneer de patiënt gebruik maakte van het laatstgenoemde medicijn. Daarenboven daalde het testosteronniveau naar nul. Vervolgens onderzochten Thibaut et al. zes patiënten met verschillende vormen van parafilieën, behandeld met LHRH-agonisten. De langste *follow-up* was zeven jaar. Twee patiënten stopte met de behandeling en hervielen binnen de acht tot tien weken. Ten vijfde behandelde klinici vier mannen met een maandelijkse injectie van een LHRH-agonist. Er was een sterkere daling in testosteronniveaus merkbaar dan na de toediening van MPA. De patiënten rapporteerden bovendien een reductie in het aantal erecties, ejaculaties, parafiele fantasieën en parafiel gedrag. Gewichtstoename was de enige bijwerking, geobserveerd bij één patiënt (Gottesman, Yokley & Sloan, 1997, als in Briken et al., 2003, p. 893). In de zevende studie observeerden Hansen en Lykke-Olesen (1997) 30 patiënten die behandeld werden met een combinatie van CPA en LHRH-agonisten. De meerderheid rapporteerde een daling van seksuele fantasieën. Ze omschreven de effecten als positief en voelden zich rustiger. De gemelde bijwerkingen waren gewichtstoename en transpiratie.

Daarnaast behandelde Rösler en Witztum (1998) 30 patiënten met een maandelijkse inspuiting van triptoreline en psychotherapie. Patiënten beschreven botontkalking, pijn op de plaats van de inspuiting, opvliegers, verminderde haargroei en spierzwakte als bijwerkingen. 21 patiënten, ouder dan 35 jaar, rapporteerden erectiestoornissen. Alle mannen meldden een volledige eliminatie van seksuele deviante fantasieën en seksueel deviante activiteiten. In de negende studie van Krueger en Kaplan (2010) rapporteerden twaalf patiënten behandeld met een LHRH-agonist een reductie van fantasieën, erectiestoornissen, borstvorming, misselijkheid en depressie. De andere studies werden uitgevoerd door de onderzoekers Briken et al. (2003). De meest voorkomende bijwerkingen waren depressie, gewichtsschommeling, osteoporose en pijn op de plaats van de injectie. Osteoporose kan vaker optreden bij een behandeling met LHRH-agonisten dan na een behandeling met anti-androgenen, aangezien zij lagere hormonale niveaus met zich meebrengen. Bovendien was er een vermindering in het aantal erecties, ejaculaties en de frequentie van masturbatie zichtbaar. Opmerkelijk is dat patiënten die vroeger behandeld



werden met anti-androgenen of antidepressiva betere effecten rapporteerden met LHRH-agonisten (Briken et al., 2003). Ten slotte kunnen patiënten het krijgen van een inspuiting als onaangenaam ervaren. Op de plaats van de injectie kan een hematoom ontstaan. De naald waarmee de spuit wordt toegediend, heeft een grotere lengte en diameter dan een subcutane naald waardoor het toedienen pijnlijk kan zijn. De huid kan eventueel worden ingesmeerd met een verdovende zalf (EFP, 2008; Jüngen & Tervoort, 2013).

Ondanks de methodologische tekortkomingen kan worden geconcludeerd dat GnRH-agonisten eveneens de kans op seksuele recidive verminderen, hoewel ze fundamentele neigingen van de persoon niet veranderen (Bourget & Bradford, 2008; Van Hunsel & Cosyns, 2002; Thibaut et al., 2010; Gooren, 2011, EFP, 2014). Hill et al. (2003) bevestigen dat LHRH-agonisten de meest effectieve medicijnen zijn voor het behandelen van parafilieën. Tiggelaar en Koster (2008) besluiten echter dat de relatie tussen medicatie en recidive nog niet helder is aangetoond. Rice en Harris (2011) stellen dat goed bewijs ontbreekt om de relatie tussen het libidoremmende medicatie en recidive in kaart te brengen. Zo is er nood aan dubbelblind onderzoek, met meer respondenten, gedurende een lange *follow-up* periode.

### **2.2.3 Antidepressiva**

Selectieve serotonine reuptake inhibitoren (SSRI's) behoren tot de antidepressiva en de niet-hormonale behandelingen. Ze werden in de jaren 80 geïntroduceerd voor het behandelen van depressieve stoornissen. Naast een positief effect op de stemming had deze medicatie een ongewenste bijwerking, namelijk een negatieve beïnvloeding van de seksuele potentie van de man. Er wordt verondersteld dat het verhogen van het serotonineniveau niet alleen een antidepressieve, maar ook een libidoremmende werking heeft (De Waag, 2012). Serotonine inhibeert de seksuele opwinding en vermindert de capaciteit tot orgasme (Hill et al., 2003). Deze matige libidoremmende effecten werden geschikt bevonden voor het behandelen van parafilieën (Hill, Briken, Kraus, Strohm & Berner, 2003; Cosyns, 2009).

De mogelijke werkingsmechanismen van SSRI's zijn het ingrijpen op de seksuele activiteit en het verminderen van impulsiviteit, obsessieve-compulsieve kenmerken en onderliggende depressieve symptomen. Daarnaast brengen ze een indirecte verlaging van het testosteronniveau met zich mee (Hill et al., 2003). Ze zijn vooral geïndiceerd voor mensen met obsessieve vormen van seksualiteit (EFP, 2008). De belangrijkste op de markt gebruikt voor

deze indicatie zijn paroxetine, fluvoxamine, fluoxetine, sertraline, citalopram en escitalopram (Gijs et al., 2009; Lüllmann, Mohr & Hein, 2014). Het effect van SSRI's op het seksuele systeem blijkt in hoge mate dosisafhankelijk en blijkt te variëren naargelang het type SSRI (Hill et al., 2003). In een open, ongecontroleerde studie werden zestien patiënten tussen de 30 en 70 jaar behandeld voor verschillende parafilieën. De gemiddelde behandelduur was 23 maanden. Naast de SSRI's kregen alle patiënten ondersteunende of intensieve psychotherapie. Er was een duidelijke vermindering in parafiele fantasieën en masturbatie zichtbaar. Ondanks de seksuele bijwerkingen, waren de meeste patiënten tevreden met de behandeling. De parafiele symptomen verbeterden na twee tot vier weken. De bijwerkingen van SSRI's bij parafiele patiënten bleken hetzelfde als bij het gebruik van SSRI's voor andere indicaties. Rusteloosheid, angst, misselijkheid, verminderde eetlust en slaapproblemen werden opgemerkt (Strohm & Berner, 2001, als in Hill et al., 2003, p. 410). Adi, Ashcroft, Browne, Beech en Fry-Smith (2002) rapporteren daarnaast maag- en darmproblemen, gewichtsverlies, slaapproblemen, hoofdpijn, duizeligheid, zenuwachtigheid en zweten als mogelijke nevenwerkingen. Rösler en Witztum (2000) waarschuwen echter voor het overschatten van het effect van SSRI's bij parafiele patiënten en seksuele daders. Ze benadrukken de nood aan dubbelblinde en gecontroleerde studies met een groot aantal onderzoeksobjecten om het effect van SSRI's zorgvuldig te onderzoeken. Naast de behandeling van zedendelinquenten met behulp van antidepressiva blijken ook antipsychotica een invloed te hebben op de geslachtsdrift. Doch wordt deze medicatie nauwelijks gebruikt als libidoremmers door het aantal nevenwerkingen (Veen & de Ruiter, 2005).

### **2.3 Beperkingen in onderzoek naar medicamenteuze behandeling**

Het onderzoek naar het gebruik van libidoremmende medicatie in een forensische setting kent verschillende moeilijkheden en beperkingen. Zo vormen het *off-label* karakter van de SSRI's, het geringe aantal proefpersonen, de methodologische tekortkomingen en de geringe vergelijkbaarheid van de onderzoeken onderling problemen in het onderzoeksveld. Ten eerste zijn SSRI's ontwikkeld voor andere doeleinden dan het remmen van het libido, wat wordt aangeduid met de term *off-label* (EFP, 2008). De medicatie is namelijk geïntroduceerd voor de behandeling van depressieve stoornissen (Cosyns, 2009). De libidoremmende werking is immers een ongewenst neveneffect waardoor de farmaceutische industrie hieromtrent niet meteen onderzoek zal verrichten (EFP, 2008). Bovendien toont ook de overheid een gebrek aan interesse omtrent het financieren van wetenschappelijke studies (Thibaut et al., 2010).

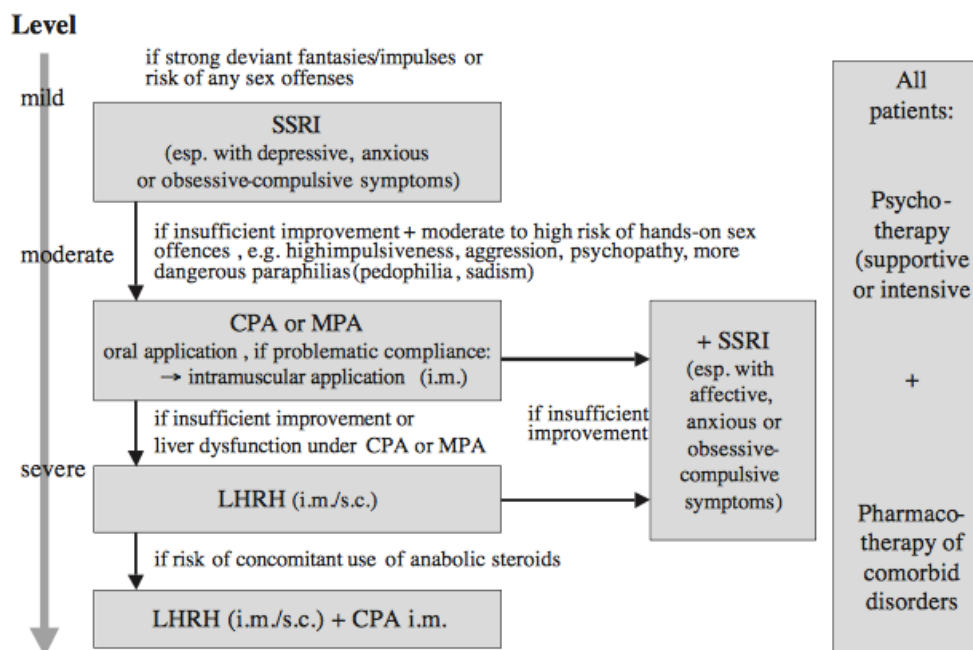
Ten tweede is het noodzakelijk om gebruik te maken van een grotere en representatieve patiëntenpopulatie (Van Oeckel, 2007; Thibaut et al., 2010). Dit is problematisch gezien het beperkt aantal patiënten dat in aanraking komt met libidoremmende medicatie. Ze zijn vaak verdeeld over verschillende ziekenhuizen die geen samenwerking kennen. Daarenboven weigeren veel patiënten het nemen van de medicijnen of zetten ze de behandeling voortijdig stop. Bovendien zijn recidivecijfers de meest praktische uitkomstmaat van behandelingsucces, waardoor lange *follow-up* periodes noodzakelijk zijn (EFP, 2008). Ten derde vertonen de meeste studies omtrent het gebruik van libidoremmende medicatie methodologische vertekeningen (Grubin & Beech, 2010; Thibaut et al., 2010). Dit kan gaan om het onvoldoende of inadequaat gebruik van controlegroepen, gebrek aan meetinstrumenten en geen *at random* toewijzing aan de verschillende onderzoekscondities. Verder is er nood aan dubbelblind onderzoek waarbij noch de onderzoeker, noch de patiënt weten welke medicatie gebruikt wordt (EFP, 2008). Deze dubbelblinde studies zijn echter problematisch gezien de ethische barrières die hier inherent mee verbonden zijn (Bradford, 2000; Thibaut et al., 2010). Ten slotte is het vergelijken van de diverse onderzoeken een moeilijke zaak gezien verschillen in de duur van de *follow-up*, het type parafilie, de definitie van recidive, de aard van de behandeling en de kenmerken van de slachtoffers (EFP, 2008; Thibaut et al., 2010). Van Oeckel (2007) wijst op de noodzaak van duidelijke definities van onder meer het begrip recidive.

### **Hoofdstuk 3. Protocollering van de medicamenteuze behandeling**

Ondanks de positieve effecten op recidive, stellen onderzoekers vast dat het gebruik van libidoremmende medicatie bij seksuele delinquenten slechts wordt aangeraden in bepaalde gevallen en niet geschikt is als standaardbehandeling voor alle zedendelinquenten (Smid et al., 2012). Ten eerste is het geïndiceerd bij ‘gevaarlijke patiënten’, die nood hebben aan een controle van hun seksueel deviant gedrag. Deze mate van gevaarlijkheid wordt ingeschat aan de hand van risicotaxatie-instrumenten. Ten tweede wordt aangeraden libidoremmende medicatie te gebruiken bij hyperseksuele patiënten, bij wie de afwijkende seksuele drang in sterke mate aanwezig is en aan weinig specifieke stimuli gerelateerd is. Ten slotte kan het een hulpmiddel zijn bij patiënten die hun seksuele drang niet kunnen controleren na manipulatie van omgevingsvariabelen of na cognitieve gedragsmatige interventies (Maletzky, 1991; Van Hunsel & Cosyns, 2002).

Wetenschappers Hill et al. (2003) creëerden een algoritme voor de behandeling van parafilieën (figuur 1). Aan de hand van dit stappenplan kan de juiste medicatie worden geïndiceerd. Een behandeling moet steeds beginnen met een ondersteunende of intensieve vorm van psychotherapie gecombineerd met een farmaceutische behandeling van comorbide stoornissen. Het meest effectief blijkt het gebruik van cognitieve gedragstherapie (Van Oeckel, 2007; EFP, 2008). Een milde vorm van behandeling met SSRI's wordt gestart indien er sprake is van sterke deviante interesses en enig risico voor het plegen van seksuele delicten. SSRI's hebben minder bijwerkingen dan andere farmacologische interventies en worden, ondanks het beperkt aantal longitudinale studies, meer getolereerd door patiënten op lange termijn. Wanneer er sprake is van onvoldoende verbetering, een matig tot hoog risico op hands-on delicten en bij individuen met een hoge mate van psychopathie, impulsiviteit of agressie wordt het gebruik van CPA of MPA aangeraden. Intramusculaire toedieningen van CPA worden voornamelijk gebruikt bij twijfel aan therapietrouw. Bij het optreden van leverdysfuncties of indien anti-androgenen en SSRI's falen, kunnen LHRH-agonisten effectief zijn (Hill et al., 2003).

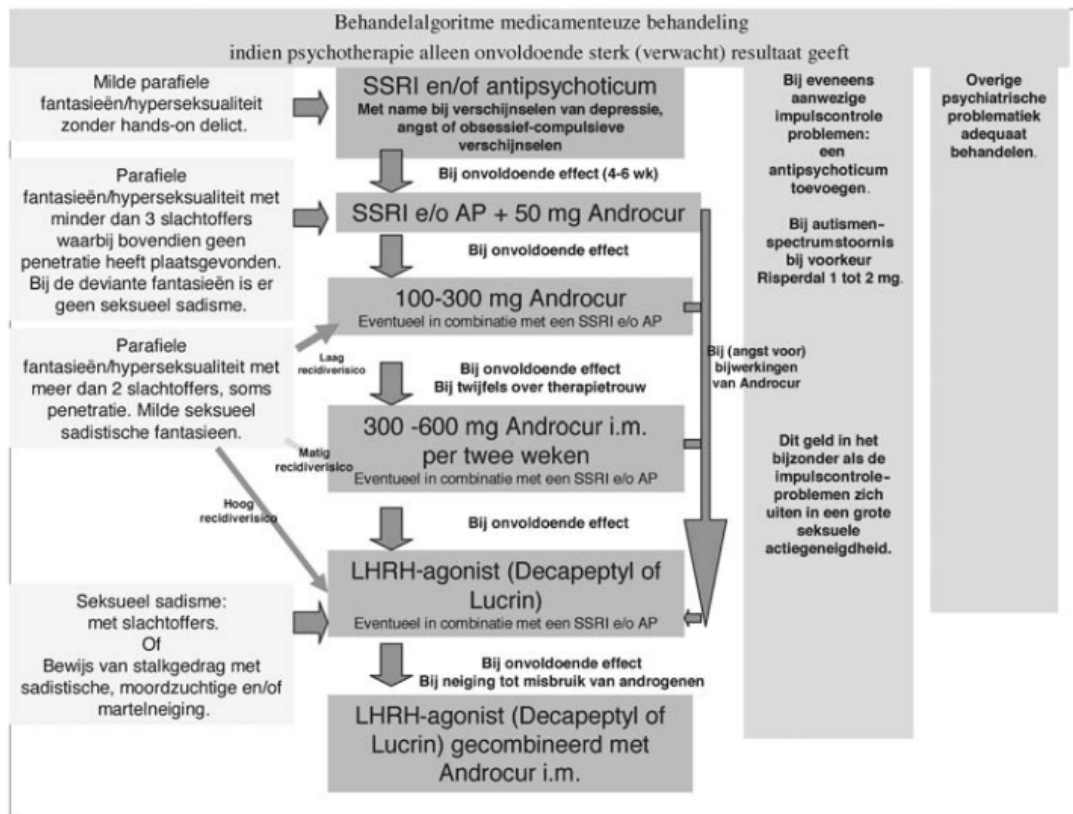
Figuur 1: Algoritme voor de farmacologische behandeling van parafilieën (Hill, Briken, Kraus, Strohm & Berner, 2003, p. 417)



Bovendien hebben psychiaters uit diverse instellingen en ziekenhuizen in Nederland een beslisboom ontwikkeld voor de medicamenteuze behandeling van zedendelinquenten. De beslisboom, in figuur 2, vormt een hulpmiddel voor de indicatiestelling, medicatiekeuze en

dosering bij uiteenlopende risicoprofielen. Het is gebaseerd op klinische inzichten en niet empirisch gefundeerd.

Figuur 2: Beslisboom medicamenteuze behandeling van zedendelinquenten (EFP, 2008, p. 39)



De medicatietrajecten zijn onder te verdelen in twee varianten. De eerste variant, namelijk de SSRI's, is gericht op het verminderen van de seksuele drive. Deze wordt vooral gebruikt bij zedendelinquenten bij wie er sprake is van hyperseksualiteit, maar bij wie de seksuele voorkeur niet strafbaar is. Dit kan gaan om personen die seksueel gedrag vertonen, maar geen drang hebben naar seksueel contact met bijvoorbeeld kinderen of dieren. Deze variant is eveneens geschikt voor delinquenten met een minder hoog recidiverisico waarbij verwacht wordt dat de delinquent zichzelf meer leert beheersen doormiddel van therapie. Het voordeel van deze vorm van medicatie is dat patiënten in staat blijven tot het hebben van normale seksuele relaties. De tweede variant, anti-androgenen en LHRH-agonisten, is daarentegen gericht op het volledig uitschakelen van de seksuele gevoelens. Ze worden toegepast bij delinquenten met een hoog recidiverisico (EFP, 2008; Gijss et al., 2009).

De indicatiestelling voor het toedienen van libidoremmende medicatie veronderstelt een voorafgaande psychiatrische, psychologische en criminologische evaluatie en behoort steeds tot de verantwoordelijkheid van de psychiater (Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, 2006). Het is dan ook noodzakelijk om inzicht te krijgen in de verschillende risiconiveaus om zedendelinquenten aan de juiste interventie toe te kunnen wijzen (Smid et al., 2012). Assessment bij zedendelinquenten valt uiteen in enerzijds een beschrijving van zowel statische als dynamische risicofactoren en anderzijds een beschrijving van de diagnostiek van specifieke risicofactoren zoals seksuele deviantie, hyperseksualiteit en psychopathie (Smid et al., 2012).

### **3.1 Risicotaxatie**

Het beoordelen van het risico op herval is een essentieel onderdeel in het werken met zedendelinquenten. Wanneer een zedendelinquent recidiveert heeft dit niet alleen ernstige gevolgen voor de slachtoffers, maar leidt dit ook tot maatschappelijke en politieke onrust (Harte & Breukink, 2010). Sinds de jaren 80 is vooruitgang geboekt inzake risicobeoordeling in de klinische praktijk (Lodewijks, Doreleijers & De Ruiters, 2008). Er heeft een evolutie plaatsgevonden van een ongestructureerd klinisch oordeel naar een gestandaardiseerd klinisch oordeel. Een ongestructureerd klinisch oordeel gebeurde op basis van een globale klinische indruk. Een lage betrouwbaarheid, onjuiste beslissingen en een gebrekkige onderbouwing en transparantie waren het gevolg (Peters et al., 2013). Gestandaardiseerde risicotaxaties zijn daarentegen gebaseerd op de aan- of afwezigheid van factoren die op basis van eerder wetenschappelijk onderzoek een aantoonbare relatie hebben met crimineel gedrag. Door middel van risicotaxatie wordt ingeschat in welke risicocategorie de plegger valt en wordt de wenselijkheid en intensiteit van de behandeling bepaald. Daarnaast vormt de uitkomst van de risicotaxatie een hulpmiddel voor de indicatie van biomedische interventies (Gijs et al., 2009). De STATIC-99(R) is wereldwijd het meest gebruikte instrument voor het inschatten van het risico op herval bij zedendelinquenten. Dit instrument kan gecombineerd worden met de STABLE-2007, een van de best onderbouwde en gevalideerde beschikbare instrumenten (De Forensische Zorgspecialisten, 2015). Deze twee instrumenten worden dan ook binnen België en Nederland in meerdere instellingen en ziekenhuizen gebruikt.

De STATIC-99(R) (Harris, Phenix, Hanson & Thornton, 2003; Nederlandse herziene vertaling: Smid, Koch & Van den Berg) is een actuarieel instrument en meet statische risicofactoren om een inschatting te maken van het basisrisico. Het wordt volgens een vast principe gescoord en

zoals reeds vermeld betreffen de items min of meer vaststaande feiten die moeilijk te veranderen zijn zoals het aantal gepleegde delicten, het geslacht van het slachtoffer en de leeftijd van de dader. Deze statische vorm van risicotaxatie heeft verschillende implicaties voor de aard van de behandeling zoals de intensiteit, het verloffbeleid en de mate van toezicht in de verschillende fasen van de behandeling (Hildebrand, de Ruiters & de Vogel, 2003). Gezien de vaststaande feiten, blijft de score van de STATIC-99(R) voor en na de behandeling meestal ongewijzigd, behalve indien er bijvoorbeeld sprake is van herstel. Er is dus behoefte aan instrumenten die dynamische factoren nagaan zoals de mate van impulsiviteit en negatieve emotionaliteit om de effectiviteit van de behandeling in kaart te brengen en behandeldoelen op te stellen. Het instrument STABLE-2007 (Fernandez, Harris, Hanson & Sparks, 2012, Nederlandse vertaling: Van den Berg, Smid & Koch, 2014) kan hier een hulpmiddel bieden. Het meet enkel dynamische factoren en dient in combinatie met de statische instrumenten te worden gebruikt (Gijs et al., 2009). Naast het inschatten van het risiconiveau van de pleger is specifieke diagnostiek noodzakelijk voor de indicatie van libidoremmers.

### **3.2 Specifieke diagnostiek**

Diagnostiek voor plegers van seksuele delicten is te onderscheiden in twee categorieën, namelijk het algemene deel en het specifieke deel. Het algemene deel handelt over de diagnostiek die voor alle groepen patiënten relevant is, denk maar aan een diagnosestelling met behulp van de DSM-V. In dit onderdeel wordt echter voornamelijk gefocust op specifieke diagnostiek, zijnde diagnostiek relevant voor seksuele delinquenten. Uit onderzoek blijkt dat zedendelinquenten met een hoog risico op seksuele recidive, gekenmerkt worden door het hebben van seksuele deviantie, hyperseksualiteit en psychopathie (Serin, Mailloux & Malcolm, 2001; Hildebrand, de Ruiters & de Vogel, 2004; Smid et al., 2012). De mogelijkheden voor assessment van deze risicofactoren worden hieronder beschreven. Bovendien is het essentieel om de overige risicofactoren, zoals middelenmisbruik, antisocialiteit en impulsiviteit, in kaart te brengen. Deze gelden eveneens voor andere forensische patiënten (Smid et al., 2012).

Ten eerste wordt assessment van seksuele deviantie besproken. De term seksuele deviantie wordt gebruikt wanneer de deviante seksuele interesse groter is dan niet-deviante seksuele interesse (Gijs et al., 2009; Smid et al., 2012). Onderzoekers Gijs et al. (2009) raden aan de Penis Plethysmografie, de *Card Sort Test* in combinatie met de *Multiphasic Sex Inventory* en *Visual Reaction Time* te gebruiken voor het meten van seksuele deviantie. Bij een Penis

Plethysmografisch onderzoek (PPG) worden verschillende externe seksuele stimuli aangeboden in de vorm van een beeld of geluid. Vervolgens wordt de mate van erectie gemeten met behulp van een bandje om de penis. Het gebruik van een PPG-onderzoek is gebaseerd op de veronderstelling dat een verhoogd bloedvolume in de penis samenhangt met seksuele opwinding (Bourget & Bradford, 2008). Er wordt gekeken of de mate van erectie bij het aanbieden van deviante prikkels (zoals seks met kinderen of dieren) groter is dan bij niet-deviante prikkels. Indien dat het geval is, kan er sprake zijn van een deviante seksuele voorkeur. Uit onderzoek blijkt dat, de op deze manier vastgestelde deviantie, een van de beste voorspellers is voor hervat (Hanson & Busiere, 1998). Gezien de intrusieve werkwijze en het aanbieden van verboden stimuli wordt deze methode vanuit ethische redenen nauwelijks toegepast. Van Tiggelaar en Koster (2008) stellen vast dat een gestructureerd pré- en postmedicatie PPG-onderzoek niet als adequate evaluatiemaat kan dienen om het medicatie effect van libidoremmers in kaart te brengen. De relatie tussen medicatie en erectiele respons is namelijk erg complex waardoor de uitkomsten van het onderzoek moeilijk te interpreteren zijn. Daarnaast meet het instrument niet zuiver het libido maar de genitale responsiviteit, wat niet mag worden gelijkgesteld met seksuele motivatie. Het PPG-onderzoek is echter wel een goede aanvulling op de huidige toegepaste evaluatiemethoden zoals zelfrapportage en gedragsobservatie. Kalmus en Beech (2005) besluiten daarnaast dat een PPG vatbaar is voor *faken*. Ze suggereren het gebruik van de *Card Sort Test* in combinatie met de *Multiphasic Sex Inventory* (MSI) als effectieve methode voor het meten van seksuele interesses.

De *Card Sort Test* geeft de pleger een aantal plaatjes van mogelijke seksuele partners. Hij krijgt de opdracht deze op volgorde van aantrekkelijkheid te rangschikken waardoor de seksuele voorkeur duidelijk wordt. Deze test, gebruikmakend van zelfrapportage als exclusieve methode, bevat heel wat nadelen om seksuele deviantie vast te stellen gezien zedendelinquenten vaak hun probleem niet erkennen (Kalmus & Beech, 2005). Ze nemen een defensieve testhouding aan en hebben de neiging tot het geven van sociaal wenselijke antwoorden (Gijs et al., 2009). Een mogelijke oplossing is het combineren van de *Card Sort Test* met de MSI, een zelfbeoordelvragenlijst, die eveneens de seksuele voorkeur meet. Deze vragenlijst bevat een aantal schalen die de neiging tot liegen en ontkenning vaststellen waardoor de sociale wenselijkheid van de pleger in kaart kan worden gebracht. Ten slotte kan de *Visual Reaction Time* (VRT) een hulpmiddel zijn voor het inschatten van seksuele deviantie. Deze test is gebaseerd op het gegeven dat we geneigd zijn langer te kijken naar wat ons interesseert dan naar wat ons onverschillig laat. Er worden plaatjes van verschillende potentiële seksuele



partners getoond, namelijk mannen en vrouwen van verschillende leeftijden. De pleger wordt gevraagd de leeftijd en seksuele aantrekkelijkheid van de persoon op het plaatje aan te geven. Daarnaast wordt gemeten hoe lang de pleger naar het plaatje kijkt. Deze test geeft een duidelijke indicatie van de geslachts- en leeftijdsvoorkeur van de zedenpleger. Er moet worden opgemerkt dat een seksuele deviantie geen voorwaarde is voor het plegen van een seksueel delict. Onderzoekers stellen echter wel vast dat zedendelinquenten met een afwijkende seksuele voorkeur, meer kans hebben om te recidiveren dan zedendelinquenten die deze voorkeur niet hebben (Gijs et al., 2009).

Ten tweede is hyperseksualiteit een belangrijke voorspeller voor seksuele recidive bij plegers. Voor assessment van hyperseksualiteit moet het individu vergeleken worden met de norm. Kafka (1997) spreekt van hyperseksualiteit bij zeven of meer orgasmes per week, gedurende een half jaar. Naast zelfrapportage zijn er vooralsnog geen mogelijkheden beschikbaar met betrekking tot gestructureerde assessment voor het meten van hyperseksualiteit (Smid et al., 2012). Ten derde is het van belang om de mate van psychopathie op een betrouwbare wijze in te schatten. Dit kan door middel van de *Psychopathy Checklist – Revised* (PCL-R; Hare, 1991). De PCL-R bestaat uit een lijst van twintig kenmerken die worden gescoord op hun aan- of afwezigheid door middel van een semi-gestructureerd interview en de analyse van dossierinformatie (Hildebrand et al., 2003; Gijs et al., 2009). Het levert een score op die aangeeft in welke mate de persoon overeenkomt met een ‘prototypische psychopaat’. Theoretisch gezien kan men veronderstellen dat psychopathische kenmerken, zoals manipulatie, impulsiviteit en een gebrek aan empathie, faciliterend zijn voor het plegen van seksuele delicten. Personen met weinig of geen psychopathische kenmerken hebben minder de neiging om anderen te misbruiken voor hun eigen behoeften en zouden eerder worden geremd door bezorgdheid om de gevolgen van hun gedrag. Buitenlands *follow-up* onderzoek heeft aangetoond dat zedendelinquenten met een hoge score op de PCL-R, sneller en vaker recidiveren dan zedendelinquenten met een lage score op de PCL-R. Daarnaast is psychopathie niet enkel een risicofactor voor seksuele recidive, maar ook voor gewelddadige recidive in het algemeen (Hildebrand et al., 2003).

#### **Hoofdstuk 4. Ethische bedenkingen m.b.t. de medicamenteuze behandeling**

De ethische benadering omtrent de medicamenteuze behandeling van zedendelinquenten is erg complex. Het vloeit voort uit verschillende waarden, houdingen, gevoelens en overtuigingen en

is geen objectieve werkelijkheid. De ethische vragen handelen vooral over de *informed consent* en de keuzevrijheid. Tegenstanders zijn van mening dat libidoremmende medicatie niet mag worden aangeboden, ze twijfelen aan de vrijwillige en consensuele basis. Voorstanders baseren hun argumenten op een rehabilitatieve benadering. Vanuit dit kader is het verantwoord om seksuele delinquenten te behandelen met libidoremmende medicatie, gezien deze middelen recidive helpen voorkomen (Gooren, 2011). Indien de libidoremmers niet op vrijwillige basis worden ingenomen, kan het als een schending van de lichamelijke integriteit worden gezien (Gooren, 2011; Douglas, 2014).

Bovendien is het essentieel om de ethische kwesties omtrent het gebruik van libidoremmende medicatie te bespreken in het licht van de mensenrechten. Ze zijn vastgelegd door de Verenigde Naties in de Universele Verklaring voor de Rechten van de Mens (EVRM) en beschermen onder meer het materieel bestaan, de persoonlijke vrijheid, veiligheid en privacy. Guay (2009) stelt dat het gebruik van libidoremmende medicatie een negatief effect heeft op de rechten van de mens. Indien geïnformeerde toestemming omtrent het gebruik van de middelen ontbreekt, vindt er immers een schending plaats van de artikelen 3, 8 en 12 EVRM (Rainey & Harrison, 2008; Guay, 2009). Deze geïnformeerde toestemming is tevens vastgelegd in de wet betreffende de rechten van de patiënt.<sup>10</sup> Artikel 3 EVRM beschrijft het verbod op foltering en stelt dat niemand mag worden onderworpen aan een onmenselijke of vernederende behandeling of bestraffing.<sup>11</sup> Algemeen wordt het gebruik van libidoremmende medicatie beschouwd als een behandelingsmethode en niet als straf. Doch moeten beoefenaars zich steeds afvragen hoe ingrijpend de behandeling is. Indien farmacotherapie iedere vorm van seksualiteit voorkomt, kan het volgens Baker (1994) enkel als een straf worden beschouwd. De toepassing van libidoremmers is echter verschillend en is gericht op het verminderen van de geslachtsdrift. Zedendelinquenten kunnen ondanks het gebruik van libidoremmers nog steeds in staat zijn om een leeftijdsadequate relatie uit te bouwen. Daarnaast argumenteert Baker (1994) dat, gezien de prevalentie en intensiteit van de neveneffecten, het moeilijk is om farmacotherapie niet als straf te beschouwen. Het is echter makkelijker om de neveneffecten te rechtvaardigen wanneer deze beschouwd worden als bijwerking van een behandeling dan als een vorm van bestraffing (Harrison, 2008). Ten slotte stelt hij dat het gevaarlijk kan zijn om libidoremmende medicatie te zien als een vorm van behandeling, gezien dit de indruk kan wekken dat parafilieën geneesbaar zijn. Of libidoremmers al dan niet worden gezien als een straf, hangt af van de

---

<sup>10</sup> Art. 8 wet betreffende de rechten van de patiënt, BS 26 september 2002.

<sup>11</sup> Art. 3 EVRM.

vrijwilligheid van de patiënt om de medicatie te nemen (Harrison, 2008). Gedwongen toestemming kan immers optreden wanneer de dader wordt geleid in het geloof dat het volgen van een farmacologisch programma zijn kansen op vervroegde vrijlating zou verbeteren. Er is geen sprake van een dwang- maar een drangbehandeling. Doordat het alternatief erg onaantrekkelijk is, is de patiënt eerder geneigd om te kiezen voor de farmacologische behandeling (de Heer, 2015). Over drang is wettelijk niets geregeld (Schermer, 2013; de Heer, 2015). Drang kan verschillende vormen aannemen en de keuzevrijheid van de patiënt beperken. Het kan gaan om manipulatie van informatie (achterhouden van informatie of het verschaffen van eenzijdige informatie), manipulatie van opties (dreigen met sancties of in het vooruitzicht stellen van een beloning) of psychologische manipulatie (inspelen op schuldgevoelens) (Schermer, 2003). Artikel 8 EVRM eerbiedigt het recht van privé-, familie- en gezinsleven. Er kan namelijk gesteld worden dat libidoremmende medicatie een invloed heeft op het privéleven van de pleger.<sup>12</sup> Tot slot waarborgt artikel 12 EVRM het recht om te huwen en een gezin te stichten.<sup>13</sup> Libidoremmers hebben een effect op het seksueel functioneren van de pleger en beïnvloeden de seksuele relatie. Het is tot nog toe onduidelijk of langdurig gebruik van de medicatie onvruchtbaarheid veroorzaakt (De Waag, 2012).

Op 13 oktober 2006 stelde ex-minister van Justitie, Laurette Onkelinx, een vraag aan het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek (2006) omtrent de hormonale behandeling van zedenplegers. Het Raadgevend Comité beperkt zich in dit advies tot de ethische aspecten betreffende het toedienen van hormonale middelen. De toepassing en indicatiestelling van libidoremmende medicatie is een medische beslissing. Dit kan kaderen binnen een opgelegde behandeling door een rechter, die zich echter niet uitspreekt over de inhoud van de behandeling. Het Raadgevend Comité adviseert dat vanuit ethisch oogpunt, zes voorwaarden in acht moeten worden genomen bij het voorschrijven van hormonale medicatie aan plegers van seksuele delicten.

1. Een hormonale behandeling is slechts aangewezen voor een beperkt aantal zedendelinquenten. De plegers moeten op psychiatrisch vlak een omschreven stoornis vertonen die het gebruik van de medicatie verantwoordt. De indicatiestelling veronderstelt een voorafgaande psychiatrische, psychologische en criminologische evaluatie;

---

<sup>12</sup> Art. 8 EVRM.

<sup>13</sup> Art. 12 EVRM.

2. Een hormonale behandeling kan slechts een onderdeel zijn van een uitgebreider behandelplan en kan nooit als enige maatregel worden opgelegd;
3. Voorafgaand advies van een endocrinoloog is noodzakelijk bij de overweging van een hormonale behandeling;
4. De behandelende psychiater draagt de verantwoordelijkheid betreffende de indicatiestelling, het geven van informatie, het verkrijgen van toestemming en de opvolging (indien nodig met hulp van een consulent-endocrinoloog);
5. Er wordt steeds de voorkeur gegeven aan de minst ingrijpende behandeling om tot hetzelfde resultaat te komen;
6. De continuïteit van de zorg moet verzekerd zijn (Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, 2006).

De hormonale behandeling van zedendelinquenten is verantwoord zover er rekening wordt gehouden met bovenstaande voorwaarden. De indicatiestelling en medicatiekeuze behoren, zoals reeds vermeld, steeds tot de verantwoordelijkheid van de psychiater (Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, 2006).

## **DEEL II: Probleemstelling en onderzoeksvragen**

Farmacologische interventies die gericht zijn op het verminderen van het testosterongehalte of het verminderen van de seksuele drive, blijken onmisbaar in de behandeling van zedendelinquenten (Gijs et al., 2009). Het gebruik van farmacotherapie wordt door Chism (2013) omschreven als een opportuniteit om de openbare veiligheid te verbeteren en seksuele delinquenten een kans te geven op het leiden van een normaal leven. Over de langetermijneffecten van libidoremmende medicatie op het seksuele gedrag en de gezondheid van patiënten is echter weinig bekend. De meeste mannen, vooral diegenen die de behandeling als onvrijwillig ervaren, rapporteren de psychologische en fysieke bijwerkingen als uiterst hinderlijk (Rice & Harris, 2011). Tot op heden ontbreekt de literatuur aan recent en gecontroleerd onderzoek naar de effecten van een medicamenteuze behandeling bij zedenplegers (Thibaut et al., 2010; Rice & Harris, 2011). Het is echter belangrijk de ingrijpende implicaties en effecten van libidoremmende medicatie niet te onderschatten (Gijs et al., 2009). Deze masterproef handelt over het gebruik van libidoremmende medicatie vanuit het perspectief van de zedendelinquent, wat vooralsnog niet in kaart werd gebracht binnen internationale en nationale studies. Op deze manier verschilt deze scriptie van reeds bestaand onderzoek en vormt het een aanvulling voor de wetenschappelijke vakliteratuur.

De doelstelling van deze masterproef is het beschrijven van de ervaringen van seksuele delinquenten omtrent het gebruik van libidoremmende medicatie. De gevolgen op fysiek, psychologisch en seksueel vlak worden aan de hand van kwalitatieve interviews in kaart gebracht. Studies naar de effectiviteit van libidoremmende medicatie zijn schaars en vertonen methodologische beperkingen (Van Oeckel, 2007; Thibaut et al., 2010). Wetenschappelijk onderzoek omtrent de medicamenteuze behandeling is noodzakelijk om op beleidsmatig vlak bij te dragen tot de verdere ontwikkeling van farmacologische behandelmogelijkheden en richtlijnen omtrent de behandeling van plegers (Van Hunsel & Cosyns, 2002). Naast deze wetenschappelijke relevantie is dit onderzoek ook maatschappelijk relevant. Door het gebruik van libidoremmers wordt de kans op recidive gereduceerd waardoor het maken van nieuwe slachtoffers kan voorkomen worden (Maletzky & Field, 2003). De bijwerkingen van hormonale therapie kunnen echter ernstig zijn, zoals botontkalking, gewichtstoename en borstvorming (Gooren, 2011). Indien uit dit onderzoek zou blijken dat libidoremmende medicatie meer negatieve- dan positieve gevolgen heeft voor de seksuele delinquent, kan men zich de vraag

stellen in welke mate hij therapietrouw blijft na beëindiging van de residentiële behandeling of het gedwongen statuut. Ten slotte zijn er pragmatische redenen om dit onderzoek te voeren. Er is voor dit onderwerp gekozen aangezien de onderzoeker werkte met zedendelinquenten die gebruikmaken van libidoremmende medicatie (Leys, Zaitch, Decorte, 2010; Mortelmans, 2013). Vanuit deze onderzoeksdoelstellingen, worden volgende onderzoeksvragen opgesteld:

1. Hoe ervaren seksuele delinquenten het gebruik van libidoremmende medicatie?
  - 1.1 Wat zijn de ervaringen op fysiek vlak omtrent het gebruik van libidoremmende medicatie?
  - 1.2 Wat zijn de ervaringen op psychologisch vlak omtrent het gebruik van libidoremmende medicatie?
  - 1.3 Wat zijn de ervaringen op seksueel vlak omtrent het gebruik van libidoremmende medicatie?
2. In welke mate ervaren seksuele delinquenten het nemen van libidoremmende medicatie als een vrije keuze?
3. Wat is de gepercipieerde therapietrouw van seksuele delinquenten na stopzetting van de residentiële behandeling of het gedwongen statuut?

Allereerst focust deze masterscriptie op de ervaringen van seksuele delinquenten met libidoremmende medicatie. Zowel de fysieke, psychologische als seksuele ervaringen worden bevraagd. Ten tweede beschrijft dit onderzoek in welke mate het nemen van libidoremmers als een vrije keuze wordt ervaren door de respondenten. Ten derde wordt nagegaan in welke mate de seksuele delinquent de medicatie zal blijven nemen na het stopzetten van de residentiële behandeling of het gedwongen statuut.

## **DEEL III: Onderzoeksdesign**

In dit onderdeel wordt als eerste ingegaan op de kwalitatieve grondvorm van dit exploratief belevingsonderzoek. Ten tweede wordt de keuze van respondenten besproken met de nodige aandacht voor de sterktes en zwaktes. Vervolgens wordt uiteengezet hoe de dataverzameling zal verlopen gevolgd door een omschrijving van de data-analyse. Ten slotte wordt weergegeven hoe de kwaliteit van het onderzoek wordt verzekerd.

### **1. Een kwalitatieve grondvorm**

Om de ervaringen van seksuele delinquenten omtrent libidoremmende medicatie in kaart te brengen, wordt er gekozen voor een kwalitatief exploratief belevingsonderzoek. De data worden verzameld aan de hand van kwalitatieve interviews. Kvale (2007, p. 9) omschrijft deze interviews als *'a key venue for exploring the ways in which subjects experience and understand their world. It provides a unique access to the lived world of the subjects, who in their own words describe their activities, experiences and opinions'*. Kwalitatief onderzoek is aangewezen voor het bevragen van de beleving en gevoelens omtrent libidoremmers en het beschrijven van overtuigingen, percepties en persoonlijke ervaringen van individuen (Beyens & Tournel, 2010). Via deze weg kunnen mogelijke verschillen in betekenisverlening tussen de verschillende patiënten worden geobserveerd (Silverman, 2013). Ten slotte lijken kwalitatieve methoden het meest gepast gezien de gevoeligheid van het onderwerp (Elmir, Schmied, Jackson & Wilkes, 2011). Libidoremmende medicatie heeft een invloed op de seksualiteitsbeleving van de respondent, een intiem onderwerp wat gevoelig kan liggen wegens de gepleegde feiten.

Specifiek zal dit onderzoek exploratief van aard zijn. Exploratief onderzoek heeft als doel om tot inzichten te komen op een domein waar weinig kennis en informatie voorhanden is (Mortelmans, 2013). De focus ligt op het verkennen van een bepaald onderzoekdomein en stelt de onderzoeker in staat om in te spelen op nieuwe elementen die hij tegenkomt in de loop van het onderzoek (Baarda, De Goede & Teunissen, 2005; Mortelmans, 2013). Deze vorm van kwalitatief onderzoek lijkt de beste manier om tot gefundeerde resultaten te komen gezien er omtrent de ervaringen met libidoremmende medicatie door seksuele delinquenten weinig wetenschappelijke literatuur beschikbaar is (Rice & Harris, 2011).

## 2. Keuze van de respondenten

De onderzoekspopulatie van dit onderzoek betreft seksuele delinquenten die behandeld worden met libidoremmende medicatie. De onderzoeker vindt toegang tot de respondenten door pragmatische overwegingen, namelijk door haar werkervaring in het psychiatrisch ziekenhuis Asster (Mortelmans, 2013). Door de vertrouwelijke sfeer kunnen de patiënten openlijk en eerlijk praten over hun gevoelens omtrent libidoremmende medicatie (Mortelmans, 2013). In het ziekenhuis verblijven twaalf residentiële patiënten die lijden aan een seksuele gedragsstoornis en een seksueel delict pleegden. Daarnaast kent de onderzoeker nog zes ex-patiënten die momenteel ambulante in behandeling zijn. Het selecteren van cases gebeurt aan de hand van een doelgerichte steekproef die vertrekt vanuit vooropgestelde criteria (Bijleveld, 2013). Er wordt gezocht naar respondenten die informatie kunnen aanleveren om de onderzoeksvragen te beantwoorden, namelijk seksuele delinquenten die behandeld worden met libidoremmende medicatie (Mortelmans, 2010). Om uit de populatie een aantal respondenten te selecteren, wordt een steekproefmatrix opgesteld in tabel 1. In de steekproefmatrix wordt gefocust op respondenten die gebruik maken van een hormonale behandeling met anti-androgenen of LHRH-agonisten, gezien er in Asster geen patiënten verblijven die enkel behandeld worden met antidepressiva of antipsychotica. Deze hormonale behandeling kan in de praktijk echter gepaard gaan met antidepressiva of antipsychotica, hoewel deze medicatie werd voorgeschreven voor een andere indicatie dan het remmen van het libido. De analyse-eenheden worden niet toevallig gekozen, waardoor de steekproef niet representatief is voor de volledige populatie.

Het eerste criterium in deze steekproefmatrix is de gebruikte medicatie. Het kan zowel gaan om anti-androgenen als GnRH-agonisten. Hormonale behandelingen beïnvloeden de hormonale huishouding van de seksuele delinquent. Ze zorgen voor een reductie van het libido en de daaraan gekoppelde fantasieën en gedragingen (De Waag, 2012). De hormonale behandeling heeft zowel effect op deviante seksualiteit als het normale seksuele functioneren (Hill et al., 2003). Het tweede criterium maakt een onderscheid tussen een ambulante of residentiële behandeling van de seksuele delinquent. Dit criterium is vooropgesteld vanuit de werkervaring van de onderzoeker. Wanneer de respondent residentieel verblijft, worden zijn vrijheden ernstig beperkt. Indien de respondent ambulante in behandeling is, zijn er meer mogelijkheden om aan vrijetijdsbesteding en ontspanning te doen. Hij kan meer tijd spenderen met zijn seksuele



partner. Dit kan mogelijk een rol spelen in de ervaringen met betrekking tot het nemen van libidoremmende medicatie.

Tabel 1. Steekproefmatrix

		Behandeling	
		Ambulant	Residentieel
Medicatie	Anti-androgenen	3	3
	GnRH-agonisten	3	3

In totaal worden er twaalf respondenten geïnterviewd. Het contacteren van de residentiële respondenten gebeurt tijdens de dagplanning op de afdeling waar ze verblijven. Na de toelichting van het onderzoek in groep, krijgen de potentiële respondenten bedenktijd en kunnen ze contact opnemen met de onderzoeker via de verpleegkundigen indien ze wensen deel te nemen. De zes gekende ambulante patiënten worden telefonisch gecontacteerd en gevraagd om deel te nemen. Vervolgens wordt een tijdstip afgesproken waarop het interview plaatsvindt.

### 3. Dataverzameling

De dataverzamelmethode bestaat uit het afnemen van kwalitatieve semigestructureerde interviews. Deze worden afgenomen op een plaats waar de respondent zich op zijn gemak voelt. Dit kan zowel op de afdeling als bij de respondent thuis gebeuren, mits de veiligheid van de onderzoeker kan worden gegarandeerd. De steekproef bestaat zoals reeds toegelicht slechts uit twaalf respondenten. Gezien het arbeidsintensieve karakter van coderen en analyseren, is het echter niet mogelijk om een groot aantal analyse-eenheden in het onderzoek te betrekken (Mortelmans, 2010). Daarnaast is het bij kwalitatief onderzoek van belang om te onderzoeken in de diepte en niet in de breedte. Door de keuze voor van semi-gestructureerde interviews, is de onderzoeker vrij om van de structuur af te wijken en wordt de volgorde van de topics grotendeels bepaald door het gesprek (Kvale, 2007; Beyens & Tournel, 2010). Het perspectief en betekeniswereld van de betrokkene worden in kaart gebracht waardoor er een dieper inzicht kan worden verworven in de ervaringen omtrent libidoremmende medicatie (Beyens & Tournel 2010; Mortelmans, 2013).

De topics die worden gebruikt, zijn terug te vinden in bijlage 1. Na de inleiding wordt er gepeild naar algemene achtergrondkenmerken van de respondent zoals zijn geboortejaar, relatiestatus en therapievorm. Vervolgens komen de eigenlijke vragen van het interview aan bod. Ten eerste wordt gevraagd naar het medicatiegebruik van de respondent. Naast het gebruik van libidoremmers wordt ook het gebruik van andere medicatie nagegaan. Ten tweede wordt gepeild naar de algemene houding ten aanzien van libidoremmende medicatie. Zowel de ervaringen als de voor- en nadelen verbonden aan libidoremmers worden in kaart gebracht. Ten derde wordt gevraagd naar de fysieke gezondheid, emotionele gezondheid en seksualiteitsbeleving van de patiënt en de mate waarin libidoremmende medicatie hierop een invloed heeft. Ten slotte wordt gepeild naar de gepercipieerde therapeutrouw van de respondenten. Aan het einde van het interview krijgt de respondent de kans om nog dingen toe te voegen die niet in de topiclijst aan bod kwamen. Mits toestemming van de respondenten, worden de interviews op band opgenomen. Hierdoor kan de interviewer meer aandacht geven aan zijn interviewtaak en verkleint de kans op vertekening van informatie tijdens de reconstructie van het interview (Mortelmans, 2013).

#### **4. Data-analyse**

In kwalitatief onderzoek is het belangrijk om letterlijk te registreren wat tijdens het interview wordt verteld (Beyens & Tournel, 2009). De opnames worden na afloop van de interviews Verbatim getranscribeerd in Microsoft Word en vormen de basis van het kwalitatief analysemateriaal wat betekent dat de gesprekken zo letterlijk mogelijk worden uitgetypt zonder correcties van dialect of onjuist taalgebruik. Daarnaast wordt door middel van de geschreven notities tijdens het interview, het transcript aangevuld met non-verbaal gedrag van de respondenten dat tussen haakjes wordt geplaatst. Wanneer het transcript slecht is, heeft dat een rechtstreekse invloed op de latere fasen in het onderzoek (Mortelmans, 2013). Door het uittypen en meermaals nalezen van de interviews door de onderzoeker, worden de eerste inzichten reeds verworven. De opnames en geschreven aantekeningen worden na het uittypen van de interviews verwijderd. Specifieke verwijzingen, zoals namen van respondenten, partners of slachtoffers worden geanonimiseerd door het geven van een alternatieve naam.

Het analyseren van de data gebeurt aan de hand van NVivo. Dit softwarepakket is geschikt voor het verrichten van kwalitatieve data-analyses en zorgt voor een duidelijke structuur in de interviews. Het is echter belangrijk dat de onderzoeker bewust is van de nadelen van

kwalitatieve software, zoals het vervreemden van eigen data (Mortelmans, 2011). De transcripts worden genummerd om de anonimiteit van de respondenten te garanderen. Daarna worden de gegevens systematisch geklasseerd door het coderen van de data. Er wordt gezocht naar gelijkenissen en verschillen in de gegevens. Als eerste worden de interviews open gecodeerd, namelijk opgedeeld in kleinere delen waaraan codes worden toegekend. Het resultaat van dit open coderen is een uitgebreide set van codes die nog nergens met elkaar in relatie werden gebracht (Mortelmans, 2013). Ten tweede wordt bij het axiaal coderen getracht om de losse codes met elkaar te verbinden en verbanden te leggen. De concepten worden benoemd en aan de hand van open codes uitgewerkt. Hiervoor wordt een codeboom opgesteld (Mortelmans, 2013). Ten derde wordt het proces van selectief coderen toegepast waarin de concepten met elkaar worden verbonden (Mortelmans, 2013).

Om betekenis te geven aan de data, wordt om te beginnen gebruik gemaakt van ‘clusteren en tellen’ (Miles & Huberman, 1994). Doordat de gegevens in NVivo zijn geclusterd in verschillende categorieën, wordt het mogelijk om te tellen hoe frequent bepaalde ervaringen voorkomen onder de verschillende respondenten. Dit geeft een algemeen beeld over de verworven data en beschermt de onderzoeker tegen bias (Miles & Huberman, 1994). Zo kunnen bijvoorbeeld de fysieke bijwerkingen worden geclusterd en geteld hoeveel respondenten gewichtsverandering ervaren. Daarna wordt er gezocht naar ‘interveniërende variabelen’ (Miles & Huberman, 1994). Zo kan naast het gebruik van libidoremmende medicatie, een gebrek aan privacy in het ziekenhuis een rol spelen in de frequentie van masturbatie. Het is belangrijk om als onderzoeker bewust te zijn van deze interveniërende variabelen. De technieken die gebruikt worden om de bevindingen te testen zijn het ‘verkrijgen van feedback van de respondenten’ en het ‘nagaan van onderzoekseffecten’ (Miles & Huberman, 1994). Voor de eerste techniek vat de onderzoeker tijdens het interview de uitspraken van de respondent samen en gaat hij na of hij het correct begrepen heeft. Daarnaast vraagt de onderzoeker indien hij bepaalde zaken niet duidelijk vindt. Na het interview worden de resultaten samen met de respondent overlopen en is er ruimte voor aanpassingen. De tweede techniek tracht de sturing en suggestiviteit van de onderzoeker te minimaliseren. De onderzoeker probeert zo neutraal mogelijk te zijn tijdens de interviewafnames en benadrukt zijn rol als onderzoeker voor de start van het interview.

## 5. Kwaliteit van het onderzoek

Om ethisch-deontologisch advies te bekomen, is het onderzoek voorgelegd aan de ethische commissie van het psychiatrisch ziekenhuis Asster, de sociaal-maatschappelijke ethische commissie (SMEC) van de KU Leuven en de commissie medische ethiek van het UZ Leuven. De drie commissies keurden het onderzoek goed. De kwaliteit van het onderzoek wordt zowel beoordeeld door de gehanteerde kwaliteitswaarborgen als de beperkingen verbonden aan deze masterscriptie.

### 5.1 Kwaliteitswaarborgen

Validiteit en betrouwbaarheid zijn kernbegrippen om de kwaliteit van het onderzoek te evalueren (Bijleveld, 2009). Validiteit verwijst naar de geloofwaardigheid van de interpretaties (Silverman, 2013). Om de validiteit van deze masterscriptie te verhogen, wordt in de eerste plaats de ‘constant vergelijkende methode’ toegepast (Silverman, 2013). De bevindingen uit de verschillende interviews worden steeds met elkaar en met de literatuur vergeleken. Daarnaast worden de gegevens samen gecodeerd in verschillende categorieën om de informatie makkelijk tegenover elkaar te stellen. Ten tweede wordt gebruik gemaakt van ‘theorietriangulatie’ (Maesschalck, 2010). De data wordt bekeken met verschillende hypothesen en theorieën in het achterhoofd van de onderzoeker. Zo is er bijvoorbeeld de hypothese dat libidoremmende medicatie een rol speelt in de seksualiteitsbeleving van de respondent. Bovendien zijn in theorie de bijwerkingen van een hormonale behandeling vaak ingrijpender dan de bijwerkingen van een niet-hormonale behandeling. Betrouwbaarheid verwijst naar de stabiliteit en consistentie van metingen over de tijd en over verschillende onderzoekers heen (Maesschalck, 2010). Er is gedetailleerd beschreven hoe de interviews en de geselecteerde respondenten leiden tot de resultaten. Door een auditspoor na te laten waarin alle methodologische keuzes zijn beschreven, wordt het voor externe onderzoekers duidelijk hoe het onderzoek is opgebouwd en welke processen zijn gevolgd. Op die manier kunnen andere onderzoekers een vorm van controle bieden. Ten slotte wordt gebruik gemaakt van *peer debriefing*. Er wordt informele feedback gegeven door de promotoren op verschillende hoofdstukken in deze masterproef (Maesschalck, 2010).

## 5.2 Beperkingen van het onderzoek

Aan een empirisch onderzoek zijn steeds methodologische beperkingen verbonden. Het is belangrijk om als onderzoeker steeds bewust te zijn van de methodologische sterktes en zwaktes van kwalitatief onderzoek. Een eerste knelpunt in dit onderzoek is het aantal bevroegde respondenten. Er zijn slechts twaalf respondenten bevroegd over hun ervaringen met libidoremmende medicatie. Daarnaast is het onderzoek slechts beperkt gebleven tot één behandelcentrum, namelijk het psychiatrisch ziekenhuis Asster te Sint-Truiden. Bovendien zijn alle patiënten gediagnosticeerd met pedofilie. Aangezien de beleving en toediening van libidoremmende medicatie mogelijks kan variëren naargelang het behandelcentrum en gediagnosticeerde parafilie, kan dit een vertekend beeld opleveren. Doch kunnen deze beperkingen tot meer vergelijkbaarheid tussen de verschillende respondenten leiden, aangezien ze worden behandeld door dezelfde hulpverleners en dezelfde therapie volgen.

Een tweede knelpunt is de interpersoonlijke interactie tussen de onderzoeker en de respondent tijdens de afnames van de interviews. Interviewen is een moeilijke onderzoekstechniek en de interviewcapaciteiten van de onderzoeker hebben een invloed op het verloop ervan. Bovendien kent de onderzoeker de respondenten vanuit haar werkervaring, wat een bias met zich kan meebrengen. Enerzijds hebben de respondenten reeds een vertrouwensrelatie met de onderzoeker opgebouwd, anderzijds kan dit leiden tot het geven van sociaal wenselijke antwoorden. Overigens kan er sprake zijn van factoren die het interview kunnen verstoren. Deze treden vooral op wanneer de respondenten thuis worden bevroegd. Dit kan gaan om de aanwezigheid van derden of lawaai op de plaats van het interview (Kvale, 2007; Beyens & Tournel, 2010).

Een derde knelpunt handelt over de externe validiteit van het onderzoek. Externe validiteit is de mate waarin de bestudeerde steekproef generaliseerbaar is naar een populatie. Kwalitatief onderzoek zal hier doorgaans minder goed op scoren dan kwantitatief onderzoek (Maesschalck, 2010). De analyse-eenheden zijn niet toevallig gekozen waardoor de steekproef niet representatief is voor de volledige populatie. De generaliseerbaarheid moet worden gezocht in het geven van antwoorden op theoretische vragen (Mortelmans, 2010).

Een vierde en laatste knelpunt in dit onderzoek is het vinden van wetenschappelijke literatuur omtrent libidoremmende medicatie. De publicaties zijn beperkt en heel wat artikels zijn

afkomstig uit de Verenigde Staten en bijgevolg niet volledig toepasbaar in de Europese context. De libidoremmende medicatie die gebruikt wordt in de Verenigde Staten is eveneens verschillend. Zo wordt voor een hormonale behandeling met anti-androgenen in Europa gebruik gemaakt van CPA, in de Verenigde Staten wordt gewerkt MPA. De werking en neveneffecten van deze medicijnen kunnen variëren.

## DEEL IV: Onderzoeksresultaten

Dit deel bevat de voornaamste onderzoeksresultaten uit de data die verzameld zijn door het afnemen van kwalitatieve interviews. De onderzoeksbevindingen worden thematisch beschreven in de volgorde van de vooropgestelde onderzoeksvragen. Als eerste wordt ingegaan op de achtergrondkenmerken van de respondenten gevolgd door een beschrijving van het medicatiegebruik. Daarna worden de ervaringen met libidoremmende medicatie op fysiek, psychologisch en seksueel vlak in kaart gebracht. Ten slotte wordt de gepercipieerde therapietrouw van de respondenten beschreven.

### 1. Achtergrondkenmerken respondenten

In dit onderzoek zijn twaalf respondenten bevraagd over hun ervaringen met libidoremmende medicatie. Elf respondenten zijn veroordeeld voor het plegen van een seksueel delict op minderjarigen, één respondent wacht nog op zijn uitspraak maar is eveneens aangeklaagd voor zedenfeiten met minderjarigen.

Tabel 2. Achtergrondkenmerken respondenten

		Behandeling	
		Ambulant	Residentieel
Medicatie	Anti-androgenen	Respondent 6, 2, 4	Respondent 7, 8, 10
	GnRH-agonisten	Respondent 1, 3, 12	Respondent 5, 9, 11

Alle respondenten zijn gediagnosticeerd met pedofilie. Zoals in tabel 2 weergegeven, verblijven zes respondenten residentieel in het Psychiatrisch Ziekenhuis Asster te Sint-Truiden. De andere zes respondenten zijn, na hun residentieële behandeling in Asster, geïntegreerd in de maatschappij en volgen momenteel ambulante therapie bij een Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) in Vlaanderen. De gemiddelde leeftijd van de bevroegde respondenten is 52 jaar. De jongste patiënt is 25 jaar, de oudste 74 jaar. Twee residentieële en zes ambulante patiënten hebben op dit moment een relatie met een volwassen partner. Slechts één van deze patiënten startte een relatie tijdens het gebruik van libidoremmende medicatie.

## 2. Medicatiegebruik

In tabel 3 wordt de libidoremmende medicatie beschreven die de respondenten gebruiken. Zes respondenten nemen Androcur<sup>®</sup>, een anti-androgeen met CPA als werkzame stof. Deze medicatie wordt oraal toegediend en moet dagelijks worden ingenomen. De andere zes respondenten maken gebruik van Salvacyl<sup>®</sup>, een GnRH-agonist. Dit wordt om de drie maanden toegediend via injectie. Eén respondent maakt gedurende zes weken gelijktijdig gebruik van Androcur<sup>®</sup> en Salvacyl<sup>®</sup>. Zowel de anti-androgenen als de GnRH-agonisten kunnen gepaard gaan met antidepressiva en antipsychotica, maar deze middelen werden voorgeschreven voor andere doeleinden dan het onderdrukken van het libido. Met uitzondering van Clopixol<sup>®</sup>, worden de antidepressiva en antipsychotica oraal toegediend. Alle respondenten die momenteel gebruikmaken van Salvacyl<sup>®</sup>, hebben voorheen gebruikgemaakt van Androcur<sup>®</sup>.

Tabel 3. Medicatiegebruik respondenten

	Antidepressiva	Antipsychotica	Anti-androgenen	GnRH-agonisten
Respondent 1	Fluoxetine (20 mg)			Salvacyl <sup>®</sup> (11,25 mg)
Respondent 2	Sipralexa <sup>®</sup> (10 mg)		Androcur <sup>®</sup> (150 mg)	
Respondent 3				Salvacyl <sup>®</sup> (11,25 mg)
Respondent 4	Fluoxone Divule (20 mg)		Androcur <sup>®</sup> (50mg)	
Respondent 5	Paroxetine (60 mg)			Salvacyl <sup>®</sup> (11,25 mg)
Respondent 6	Exeфор <sup>®</sup> (150 mg)		Androcur <sup>®</sup> (100 mg)	
Respondent 7	Sipralexa <sup>®</sup> (20 mg)		Androcur <sup>®</sup> (50 mg)	
Respondent 8		Clopixol <sup>®</sup> depot (200 mg)	Androcur <sup>®</sup> (50 mg)	
Respondent 9				Salvacyl <sup>®</sup> (11,25 mg)
Respondent 10			Androcur <sup>®</sup> (100 mg)	
Respondent 11			Androcur <sup>®</sup> (100 mg)	Salvacyl <sup>®</sup> (11,25 mg)
Respondent 12	Mirtazapine (30 mg)	Aripiprazol (5mg)		Salvacyl <sup>®</sup> (11,25 mg)



Eén respondent geeft aan de libidoremmende medicatie te gebruiken omwille van zijn gepleegde zedenfeiten. Zeven respondenten nemen de medicatie om hun fantasieën, gedachten en seksuele lust te verminderen. De overige vier respondenten gebruiken de medicatie omdat deze zijn voorgeschreven door de behandelende psychiater.

### **3. Ervaringen met libidoremmende medicatie**

Zowel de algemene ervaringen met libidoremmende medicatie als de ervaringen op fysiek, psychologisch en seksueel vlak worden beschreven.

#### **3.1 Algemene ervaringen**

Negen van de twaalf respondenten hebben positieve algemene ervaringen met libidoremmende medicatie. De overige drie respondenten, die gebruikmaken van Androcur<sup>®</sup>, hebben negatieve algemene ervaringen. Twee van hen volgen ambulante therapie, één respondent verblijft residentieel. Bovendien wordt nagegaan in welke mate de keuzevrijheid, de ervaren voor- en nadelen, de toedieningswijze en de dosering samenhangen met de algemene ervaringen met libidoremmende medicatie.

##### **3.1.1 Keuzevrijheid**

Tijdens het interview werd aan de respondenten gevraagd in welke mate de libidoremmende medicatie een vrije keuze was. Acht van de twaalf respondenten ervaren het gebruik van libidoremmers niet als een vrije keuze, maar als een beslissing van de behandelende geneesheer. Doch hebben slechts drie van deze patiënten een negatieve houding ten aanzien van de libidoremmers. Bovendien zijn zes van deze acht respondenten akkoord gegaan met de medicatie uit angst voor de gevangenis:

*Euh ik heb u net gezegd dat die vraag ging komen, awel ik ga u zeggen we hebben de keuze gehad tussen de cholera en de pest. Het is ofwel slikt ge uw pillen, ofwel gaat ge terug in de gevangenis zitten. 'Dat is een vrije keuze voor die pil te nemen', dat is geen vrije keuze. Ge kiest niet voor de gevangenis, alles is beter als de gevangenis dus slikken maar.*

De overige vier respondenten ervaren het gebruik van libidoremmers wel als een vrije keuze. Drie van hen hebben de medicatie zelf gevraagd. Eén respondent meldt echter dat hij druk voelde vanuit de verschillende hulpverlenende instanties, maar ondervindt het als zijn eigen beslissing. Bovendien hebben de respondenten weinig tot geen kennis over de theoretische werking en mogelijke bijwerkingen van de medicatie. Ze beantwoorden de vraag naar deze objectieve kennis dan ook op basis van hun eigen ervaringen of de ervaringen die bij hun medepatiënten leven. Negen van de twaalf respondenten hebben het gevoel dat ze onvoldoende geïnformeerd werden over de werking van libidoremmende medicatie en zijn hier niet tevreden over. Zo vertelt een respondent dat hij de bijsluiter graag op papier had gekregen. Daarnaast wisten twee van de twaalf patiënten niet dat libidoremmende medicatie bestond tijdens hun verblijf in de gevangenis. Ten slotte vinden twee van de twaalf respondenten dat ze te veel medicatie nemen.

### **3.1.2 De ervaren voor- en nadelen**

Verder wordt een onderscheid gemaakt tussen de voor- en nadelen die de respondenten ondervinden. Volgens drie respondenten, met een negatieve houding ten aanzien van de libidoremmende medicatie, wegen de nadelen zo sterk door dat ze geen voordeel meer zien in het nemen van de middelen. De overige negen respondenten melden echter wel voordelen, ondanks dat enkelen de medicatie niet als een vrije keuze ervaren. Zo wordt de werking van libidoremmende medicatie omschreven als ontspannend en als ‘een enorm gemak’. De medicatie helpt eveneens om herval te voorkomen waardoor er een extra veiligheid wordt ingebouwd. Bovendien zorgt de medicatie ervoor dat de respondenten rustiger worden en geen deviante gedachten meer hebben. Door de middelen verdwijnt de neiging tot kinderen of naar kinderporno. Ten slotte reduceren de libidoremmers de seksuele fantasieën en de drang naar seks en masturbatie. Dit blijkt onder meer uit een citaat van een residentiële patiënt, behandeld met Androcur<sup>®</sup>:

*Ge hebt minder zin in seks maar dat is een voordeel vind ik meer [...]. Ik heb zaterdag in het station, maar ja dat is dan euh ene van 29 jaar ongeveer schat ik hem, rond de 30 en ik kwam daar oog in oog mee te staan en moest dat een paar jaren terug geweest zijn dan had ik wel een erectie gehad. Nu blijft dat beneden dus maar dat was ne schone man, die mocht gezien worden en ja ik zeg het, een paar jaren terug zou ik echt met een erectie zitten daarvan, hetgeen dat nu gelukkig niet was en ge neemt dat beeld ook zo*

*niet meer mee. Vroeger zou ik misschien dat beeld meegenomen hebben. Nu doe ik er niks meer mee, ik neem dat beeld ook niet meer mee. Ik weet zelfs nu niet meer hoe dat hij eruitziet. Euh vroeger wist ik zelfs een week later nog goed wat dat hij aanhad enzo en daar ben ik blij om dat dat ook niet meer is dus en dat is ook een voordeel.*

Hoewel twee respondenten beschrijven dat het medicatiegebruik hun levenskwaliteit doet stijgen, zegt één respondent dat de medicamenteuze beperkingen zijn levenskwaliteit doen dalen. Vier van de twaalf respondenten, namelijk de respondenten die de medicatie zelf hebben gevraagd, ondervinden geen nadelen omtrent het nemen van de middelen. De helft van de respondenten meldt de bijwerkingen op hun lichamelijke gezondheid als grootste nadeel. Vier respondenten beschrijven overigens het onvermogen om seks te hebben met een volwassen persoon als belemmering. Bovendien vertellen twee respondent dat de medicatie geen nut heeft, gezien je kinderen ook kan misbruiken zonder het geslachtsdeel:

*Dat euh, op mijn seksueel gebied naar kinderen toe heeft dat geen bedoeling, heeft dat geen nut. Als ge echt voor kinderen zijt, dan moogt ge die libidoremmers pakken maar dan gebruikt ge uw vingers. Euh daar hebt ge dat (wijst naar geslachtsdeel) niet voor nodig en die libidoremmers remt u niet af voor naar kinderen te gaan dus het zit in uw hoofd, niet van onder. Dat is mijn mening daarover.*

Meerdere respondenten benadrukken de combinatie van therapie en libidoremmende medicatie. Libidoremmende medicatie is slechts een hulpmiddel, het is volgens de respondenten nog steeds de persoon zelf die ‘het moet doen’ aan de hand van geleerde inzichten tijdens de therapeutische behandeling.

### **3.1.3 Toedieningswijze en dosering**

Vervolgens werd aan de respondenten gevraagd in welke mate de toedieningswijze en de dosering van de medicatie een invloed hebben op hun persoonlijke ervaringen. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen de respondenten die de medicatie oraal innemen en de respondenten die om de twaalf weken een injectie krijgen. De respondenten die de medicatie oraal krijgen toegediend, beschrijven dat dit geen invloed heeft op hun persoonlijke ervaringen. Vier respondenten zeggen de medicatie ‘gewoon te nemen’. Ze krijgen het pilletje ’s morgens of ’s avonds in hun hand gelegd samen met de andere medicijnen en slikken het ‘gewoon’ in.

Eén respondent zegt niet te weten welk pilletje in zijn hand de Androcur<sup>®</sup> is. Een andere respondent verkiest het krijgen van een pilletje boven een spuit gezien de fysieke bijwerkingen die volgens hem verbonden zijn met een injectie. Twee respondenten verkiezen daarentegen een inspuiting. Eén respondent geeft hiervoor als reden dat hij gevoelig is voor het stoppen met medicatie. De andere respondent zou een spuit willen ‘uit compassie met die ander jongens’. Twee respondenten, behandeld met 50 mg Androcur<sup>®</sup>, melden dat ze een hogere dosering libidoremmers willen nemen ‘zodat de medicatie beter kan inwerken’. Daarnaast merkt een respondent dat alles ‘dood is’ door de dosis van 100 mg. Een andere respondent vindt het oneerlijk dat hij 100 mg krijgt toegediend in vergelijking met enkele medepatiënten, die volgens hem gevaarlijker zijn. Slechts twee van de zes bevraagde patiënten, behandeld met Androcur<sup>®</sup>, zijn tevreden met de toegediende dosis van 11,25 mg.

Bij de respondenten die een injectie krijgen, verschillen de ervaringen. Eén respondent ondervindt geen problemen tijdens of na de injectie. Er is voor hem geen verschil tussen het krijgen van tabletten of een inspuiting. Een andere respondent omschrijft het krijgen van een inspuiting als ‘niet plezant’. Hij wordt de dag van de inspuiting ziek en ‘ellendig’ en moet hierdoor in bed gaan liggen. Het helpt echter om de inspuiting ’s avonds te krijgen en meteen te gaan slapen. Twee respondenten vinden het krijgen van een injectie gemakkelijker. Zo moeten ze niet elke dag ‘een pil slikken’ en kunnen ze de medicatie niet vergeten in te nemen. Daarnaast omschrijven ze het als ‘beter voor hun straf dossier’ gezien de behandelende geneesheer er zeker van is dat ze de medicatie gebruiken. Eén van hen geeft aan pijn te hebben tijdens de injectie, de andere niet. De laatste respondent beschrijft de inspuiting zelf als ‘een klein ongemak’ en ‘niet leuk’ maar ondervindt eveneens geen hinder door de injectie. Ten slotte weten de respondenten niet welke dosering er wordt ingespoten maar ze vinden het alle zes een goede dosis. Eén respondent merkt dat hoe meer libidoremmende medicatie hij krijgt, hoe beter hij zich voelt. Er zijn geen grote verschillen merkbaar tussen de respondenten die residentieel verblijven en de respondenten die ambulante therapie volgen.

### **3.2 Ervaringen op fysiek vlak**

Acht van de twaalf respondenten omschrijven hun algemene fysieke gezondheid als slecht. De vier andere respondenten hebben verschillende ervaringen. Een eerste respondent zegt dat zijn gezondheid hetzelfde is als andere mannen van zijn leeftijd. Een tweede respondent meldt dat

hij ouder wordt, maar hij denkt boven de ‘middelmaat’ te zitten. Bovendien omschrijft een derde respondent zijn fysieke gezondheid als heel goed. Hij gaat regelmatig fietsen en joggen. Een vierde respondent meldt verbetering ten aanzien van enkele jaren geleden gezien hij momenteel meer beweegt dan in de gevangenis. De helft van de respondenten ondervindt geen invloed van de libidoremmende medicatie op hun fysieke gezond gezondheid. Drie respondenten weten niet of de libidoremmers hun fysieke gezondheid beïnvloeden. De overige drie respondenten ervaren ten slotte wel een invloed van de medicatie op hun fysieke gezondheid. Verder werd aan de respondenten gevraagd welke bijwerkingen ze ervaren. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen de respondenten die gebruikmaken van anti-androgenen in tabel 4 en de respondenten die gebruikmaken van GnRH-agonisten in tabel 5.

Tabel 4. Fysieke bijwerkingen anti-androgenen

Fysieke bijwerking	Respondenten
Botontkalking	Respondent 6
Ontsteking in de borst	Respondent 5, respondent 11
Lage bloeddruk	Respondent 4
Kortademigheid	Respondent 6
Leverproblemen	Respondent 6
Maagproblemen	Respondent 6
Hartspasme	Respondent 4
Verhoging suikerwaarde	Respondent 10
Vermoeidheid	Respondent 4, respondent 8

De meeste bijwerkingen van Androcur<sup>®</sup> worden gerapporteerd door respondenten met een negatieve houding ten aanzien van libidoremmende medicatie. Eén respondent meldt botontkalking, kortademigheid, leverproblemen en maagproblemen als bijwerkingen. Een tweede respondent ervaart een lage bloeddruk, vermoeidheid en hartspasme als neveneffecten. Een derde respondent ondervindt een verhoging van zijn suikerwaarde door het nemen van Androcur<sup>®</sup>. De overige respondenten, met een positieve houding ten aanzien van de medicatie, melden vermoeidheid en een ontsteking in de borst. Eén persoon die deze ontsteking in de borst rapporteerde, wordt momenteel behandeld met Salvacyl<sup>®</sup>. De andere persoon zit momenteel in de overgangsfase en wordt zowel behandeld met Androcur<sup>®</sup> als Salvacyl<sup>®</sup> om het *flare-up effect* tegen te gaan.

Tabel 5. Fysieke bijwerkingen GnRH-agonisten

Fysieke bijwerking	Respondenten
Botontkalking	Respondent 5, respondent 11
Borstvorming	Respondent 3, respondent 5
Gewichtstoename	Respondent 1, respondent 3, respondent 5
Waterige ogen	Respondent 1
Pijn tijdens injectie	Respondent 3, respondent 5
Zweten	Respondent 5, respondent 9

Door de helft van de bevroegde personen, behandeld met Salvacyl<sup>®</sup>, wordt gewichtstoename gerapporteerd als bijwerking. Doch wijten de respondenten de oorzaak van de gewichtstoename niet enkel aan de libidoremmende medicatie, maar ook aan weinig beweging en te veel eten. Overigens worden botontkalking, borstvorming, pijn tijdens de injectie en zweten gemeld door twee respondenten. Bovendien ondervindt één respondent hinder van waterige ogen. Ondanks deze bijwerkingen, hebben alle respondenten behandeld met Salvacyl<sup>®</sup> een positieve algemene houding ten aanzien van de medicatie. Eén respondent ondervindt geen bijwerkingen en spreekt van een ‘succesverhaal’.

De meerderheid van de respondenten schrijft de gemelde bijwerkingen toe aan de hormonale behandelingen, namelijk Androcur<sup>®</sup> en Salvacyl<sup>®</sup>. Twee respondenten wijten de bijwerkingen aan een combinatie van de hormonale en niet-hormonale behandelingen. Ten slotte melden drie respondenten rugpijn, maar ze weten niet of dit een bijwerking is van de libidoremmende medicatie. Bovendien ervaren zeven respondenten geen problemen tijdens het uitoefenen van hun dagelijkse activiteiten door hun fysieke gezondheid. De andere respondenten vertellen dat hun fysieke gezondheid echter wel problemen veroorzaakt tijdens hun dagelijkse bezigheden. Een eerste respondent zegt dat hij door zijn rugpijn beperkt wordt in het onderhouden van zijn kamer. Tijdens het poetsen moet hij meermaals pauzeren. Daarnaast kan hij minder ver wandelen. Een tweede respondent zegt dat het zweten ‘irritant’ is, vooral bij warm weer. Een derde respondent meldt dat de ontsteking in zijn borst pijn doet en aanvoelt als een ‘blauwe plek’. Hierdoor wordt hij gehinderd tijdens het bewegen, werken of slapen en moet hij opletten met bepaalde handelingen. Een vierde respondent vertelt dat hij door de kortademigheid niet meer kan werken in de tuin of de trap omhoog kan lopen. Een laatste respondent geeft aan dat hij door zijn vermoeidheid beperkt wordt in de dingen die hij graag doet. Vier van de vijf

respondenten wijten deze beperkingen in dagelijkse bezigheden aan het nemen van libidoremmende medicatie. Ten slotte rapporteert één persoon dat hij denkt te sterven door het nemen van libidoremmende medicatie, gezien volgens hem een medepatiënt gestorven is aan de fysieke bijwerkingen. Twee andere respondenten melden immers dat er voor elke bijwerking een tegenindicatie bestaat: *“Er zijn kalktabletten, er zijn kalkbaksters, het is niet dat ge ervan sterft hé”*.

### **3.3 Ervaringen op psychologisch vlak**

Twee van de twaalf respondenten omschrijven hun algemene emotionele gezondheid als slecht. Eén respondent zegt dat ‘het knaagt’ om drie jaar niet meer thuis te zijn geweest, de andere respondent ‘kan niet huilen als hij zin heeft om te huilen’ en durft zijn emoties niet te tonen. Drie respondenten voelen zich ‘soms goed en soms slecht’ en melden dat het altijd beter kan. Zeven respondenten voelen zich echter wel goed op psychologisch vlak.

De meerderheid van de respondenten vindt dat libidoremmende medicatie een positieve invloed heeft op hun emotionele gezondheid. Acht respondenten vertellen dat ze zich door de medicatie rustiger voelen. Bovendien rapporteren twee respondenten dat ze minder snel boos of agressief worden door het gebruik van de libidoremmers. Overigens heeft de medicatie een negatieve invloed op psychologisch vlak. Zo meldt één respondent dat hij verlegen is door de borstvorming en gewichtstoename en dat de injectie zijn humeur beïnvloedt. Een andere respondent ondervindt dat hij zich somberder voelt sinds het nemen van de libidoremmers. Drie respondenten vertellen dat ze schuldgevoelens ervaren ten aanzien van hun partner aangezien ze tekortschieten op seksueel vlak. Twee respondenten ondervinden daarnaast dat de medicatie een zekere angst met zich meebrengt. Zo moest één persoon zijn huisarts inlichten over zijn seksuele problematiek om de spuit te laten zetten. De andere persoon denkt dat hij kanker kan krijgen door de werking van de medicatie. Tot slot rapporteert één respondent dat hij zijn ‘mannelijke ego’ is verloren door het gebruik van de libidoremmers. Twee van de twaalf respondenten ondervinden problemen tijdens het uitoefenen van hun dagelijkse activiteiten door hun emotionele gezondheid. ‘De goesting om iets te doen’ verdwijnt door het nemen van libidoremmers. Alle respondenten wijten de voor- en nadelen op psychologisch vlak zowel aan de hormonale als de niet-hormonale behandelingen.

### 3.4 Ervaringen op seksueel vlak

Acht van de twaalf respondenten vinden seksualiteit op dit moment niet belangrijk of minder belangrijk ten aanzien van vroeger. Ze wijten dit zowel aan de gepleegde feiten, de gevolgde therapie als de libidoremmende medicatie. De overige vier personen, tussen de 46 en 66 jaar, hechten echter wel veel belang aan seksualiteit. Drie onder hen hebben een negatieve houding ten aanzien van libidoremmende medicatie. Zeven van de twaalf respondenten geven aan dat libidoremmende medicatie hun seksuele fantasieën of gedachten reduceren of doen verdwijnen. Doch blijkt voor drie respondenten het effect van Androcur<sup>®</sup> op de seksuele fantasieën onvoldoende. Eén respondent heeft spijt dat hij niet eerder is gestart met Salvacyl<sup>®</sup> gezien hij zedenfeiten pleegde tijdens het gebruik van Androcur<sup>®</sup>. Een andere respondent legt het als volgt uit:

*Ja want ik had eerst pillekes gehad en dat heeft geholpen tot na een tijd hé en dan beginnen mijn gedachten weer euh rond te draaien en dan ja dan is die verliefdheid weer daar. Dat hielp niet want ik ging piano spelen en ik ging meer piano spelen voor een vrouw te zien. Nee dat was niet goed hé, ik was niet goed bezig. Ik ben blij dat ik die spuit heb, echt waar.*

De frequentie van seksueel contact en masturbatie is bij alle respondenten gedaald. Doch hebben enkele respondenten nog steeds de mogelijkheid tot seksueel contact. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen de respondenten die Androcur<sup>®</sup> gebruiken en de respondenten die Salvacyl<sup>®</sup> krijgen toegediend. Drie van de zes respondenten, die gebruikmaken van 50 mg, 100 mg of 150 mg Androcur<sup>®</sup>, hebben nog steeds de mogelijkheid tot het hebben van seksueel contact met een volwassen partner. Deze respondenten volgen alle drie ambulante therapie. De eerste respondent heeft één keer om de twee weken seks en heeft de mogelijkheid tot penetratie maar niet tot ejaculatie. De tweede respondent heeft één à twee keer per week seksueel contact en beschrijft het als 'elkaar strelen'. Een de derde respondent heeft twee à drie keer per week seks maar zegt dat hij zijn seksuele cyclus heeft moeten aanpassen sinds het nemen van de medicatie. Hij probeert te genieten op de manieren waarop het nog kan. De overige personen die gebruikmaken van Androcur<sup>®</sup> hebben geen seksueel contact. Twee van de zes respondenten die Salvacyl<sup>®</sup> krijgen toegediend, hebben nog steeds de mogelijkheid tot het hebben van



seksueel contact en meer bepaald penetratie. Eén respondent verblijft residentieel, de andere volgt ambulante therapie. Beiden rapporteren één keer in de week als frequentie:

*Euh ja dat is wat ik zeg hé, ene keer op een week en ik vind dat voorlopig genoeg dus euh en vroeger was dat met mijn ex-vrouw was dat elke dag. Zelfs drie keren per nacht. Dan ging ik die wakker maken van hey het is tijd voor mij ik heb goesting. Ik maakte die altijd wakker en nu heb ik er gene last niet meer van.*

Elf van de twaalf respondenten kunnen niet meer masturberen sinds het gebruik van libidoremmers. Eén respondent, die gebruikmaakt van Salvacyl<sup>®</sup>, masturbeert twee à drie keer per maand. Alle respondenten melden erectieproblemen sinds de start van de medicatie. Daarnaast blijkt ejaculeren niet meer mogelijk of erg moeilijk te zijn:

*Ik heb al wel geprobeerd maar een volledige erectie dat gaat niet en klaarkomen is heel moeilijk en als het dan lukt, komt er toch niets uit dus. Maar als ge heel veel moeite doet dan lukt het nog wel, als ge echt heel veel moeite doet.*

Bovendien is volgens drie respondenten Viagra geen hulpmiddel. Slechts één respondent behandeld met Androcur<sup>®</sup> heeft dit uitgeprobeerd. Eén respondent stelt dat een geslachtsdeel in erectie geen meerwaarde heeft. Het draait voor hem omtrent de gevoelens die seks en masturbatie met zich meebrengen maar deze worden tenietgedaan door de libidoremmende middelen. Een andere respondent zou dit graag uitproberen tijdens zijn verblijf in het ziekenhuis maar dit wordt volgens hem niet toegestaan door het hulpverlenend personeel. Twee respondenten melden bovendien dat ze geen behoefte hebben om Viagra te nemen. De meerderheid wijt de daling in frequentie van seksueel contact en masturbatie aan de libidoremmende medicatie, meer bepaald de hormonale behandelingen. De niet-hormonale behandelingen, namelijk antidepressiva en antipsychotica, hebben wel een invloed, maar deze blijkt onvoldoende:

*Dat dempt wat gewoon dus eigenlijk is dat ook wel een goeie oplossing, dat dempt maar ik denk euh voor kinderen mag het niet alleen maar een beetje dempen. Voor kinderen zou het beter ook volledig wegblijven want anders moet je dat volledig goed in het oog houden enzo en tja ik kan dat wel opbrengen, maar ik heb gewoon schrik als ik in*

*stemming zit dat ik dat niet kan opbrengen als ik een neerslachtige stemming ben.  
Dankzij de Salvacyl<sup>®</sup> moet ik daar geen schrik voor hebben.*

Twee respondenten vertellen echter dat een combinatie van de hormonale en de niet-hormonale behandelingen de oorzaak is van de daling. Verder zijn er ook andere factoren die een rol spelen, zoals schuldgevoelens omtrent de gepleegde feiten, de gevangenisperiode, de beperkte privacy, het gebrek aan beeldmateriaal en de angst om opnieuw fouten te maken.

Zoals reeds vermeld hebben alle ambulante en twee van de zes residentiële patiënten op dit moment een relatie met een volwassen partner. Eén respondent is homoseksueel. De duur van deze relaties varieert van drie maanden tot 52 jaar. Eén respondent startte zijn relatie tijdens het gebruik van de libidoremmende medicatie. Vier partners zijn, volgens de respondenten, tevreden met de middelen. Drie partners zijn, net zoals de respondenten zelf, tegen de middelen en vinden niet dat hun geliefde deze nodig heeft. Eén partner haar mening is onbekend. Het is volgens de respondent 'zijn eigen keuze' om de middelen te nemen en hij heeft niet naar de mening van zijn partner gevraagd. Alle respondenten zijn tevreden met hun partnerrelatie. Aan de respondenten zonder relatie werd gevraagd in welke mate ze denken dat het mogelijk is om een relatie uit te bouwen met een volwassen persoon, ondanks het gebruik van libidoremmers. Eén respondent 'betwijfelt' of dat wel zou lukken, de overige drie respondenten denken dat dit geen probleem is mits ze eerlijk kunnen zijn over hun problematiek. Tot slot vertellen zeven van de twaalf respondenten dat ze tevreden zijn met hun seksueel leven op dit moment, ook al is er geen sprake van seksueel contact, masturbatie en ejaculatie. Eén respondent weet het niet. De overige vier respondenten, behandeld met Androcur<sup>®</sup>, zijn echter niet tevreden met hun seksueel leven. Eén van de vier respondenten wijt dit aan het feit dat hij nog maagd is. De andere drie personen geven aan dat de libidoremmende medicatie de oorzaak is van hun ontevredenheid:

*Ik had het ook gezegd tegen dokter Jeandarme, ik zou het heel onprettig vinden als ik naast mijn partner lig als ne zak patatten en die op ne zak patatten moet liggen rijden. Dat is helemaal niet prettig maar we proberen op een zo goed mogelijke manier, elkaar toch te verwennen want we zien elkaar heel graag maar het is een gemis. Ik ben gewoon eerlijk.*

#### 4. Gepercipieerde therapietrouw

De meningen van de respondenten zijn verdeeld over de mate waarin libidoremmende medicatie noodzakelijk is voor mensen met een pedoseksuele problematiek. Zeven van de twaalf respondenten vinden de libidoremmende medicatie noodzakelijk voor alle personen die zedenfeiten pleegden. Zo meldt een respondent dat het belangrijk is om eerlijk te zijn tegen jezelf en te vertellen wanneer je nog fantasieën hebt over kinderen. Een tweede respondent zegt dat de libidoremmers hem een ontspannende levensstijl bezorgen. Zonder de medicatie zou hij zijn delictketen heel geconcentreerd moeten bewaken. Hij raadt iedereen aan om de medicatie uit te proberen. Vier van de twaalf respondenten geven aan dat libidoremmers slechts noodzakelijk zijn voor bepaalde personen met een hoog risico of voor mensen die deviante gedachten blijven hebben. Twee van deze vier respondenten vinden het echter niet noodzakelijk voor zichzelf. De eerste respondent rapporteert kinderen te haten na zijn vrijlating uit de gevangenis, de andere respondent zegt dat ‘foute’ dingen beginnen in zijn hoofd en niet in zijn geslachtsdeel. Door de therapie heeft hij echter geen deviante gedachten meer. Ten slotte meldt één respondent dat libidoremmers niet noodzakelijk zijn voor zedenplegers. Hij stelt dat een goede ‘omlijsting’, door volwassenen die op de hoogte zijn van zijn problematiek, belangrijker is.

Zoals reeds vermeld heeft de meerderheid van de respondenten op dit moment een positieve mening over de libidoremmende medicatie. Zes respondenten geven aan dat deze mening steeds positief is geweest en geen verandering kent doorheen de jaren. Drie respondenten vertellen echter dat ze eerst een negatieve houding hadden ten aanzien van de medicatie. Deze mening is geëvalueerd naar positief door het verkrijgen van meer informatie over de middelen, het gebruik van de medicatie en het ervaren van de effecten ervan. Bovendien hebben twee respondenten steeds een negatieve houding gehad ten aanzien van de medicatie. Een laatste respondent had eerst een positieve houding en heeft de middelen zelf gevraagd voor hij werd opgenomen in het ziekenhuis. Momenteel staat hij negatief ten aanzien van de libidoremmers omdat zijn verkregen inzichten volgens hem voldoende zijn om niet meer te hervallen.

Ten slotte werd aan de respondenten gevraagd in welke mate ze de medicatie gaan blijven innemen na afloop van hun residentiële behandeling of gedwongen statuut. Alle respondenten met een positieve houding ten aanzien van de libidoremmers, willen deze medicatie blijven innemen. Twee onder hen voegen hieraan toe dat wanneer er ernstige bijwerkingen optreden,

ze hopen op een ander gepast middel. Eén respondent hoopt ooit te kunnen afbouwen gezien zijn jonge leeftijd. Twee van de drie patiënten met een negatieve houding ten aanzien van de libidoremmers, stoppen wanneer hun voorwaarden aflopen. Zo meldt een respondent dat hij niet van plan is zich 'kapot te eten' in medicatie. De derde patiënt wil eveneens zo snel mogelijk met de medicatie stoppen maar wacht tot hij de goedkeuring krijgt van zijn behandelende psychiater, uit angst om terug in de gevangenis te belanden. De gegeven redenen voor het beëindigen van het medicatiegebruik zijn de bijwerkingen op hun fysieke gezondheid en beperkingen op seksueel vlak, ondanks dat ze nog steeds in staat zijn tot het hebben van seksueel contact.

## **DEEL V: Discussie**

In de discussie worden de resultaten van het onderzoek teruggekoppeld naar de geraadpleegde wetenschappelijke literatuur. Hierdoor wordt een antwoord verkregen op de vooropgestelde onderzoeksvragen. Allereerst volgt een beschrijving van de ervaringen van seksuele delinquenten omtrent het gebruik van libidoremmende medicatie op fysiek, psychologisch en seksueel vlak. Vervolgens wordt in kaart gebracht in welke mate seksuele delinquenten het nemen van libidoremmende medicatie als een vrije keuze ervaren. Daarna wordt de gepercipieerde therapietrouw na stopzetting van de residentiële behandeling of het gedwongen statuut beschreven.

### **2. Ervaringen met libidoremmende medicatie**

De eerste onderzoeksvraag peilt naar de ervaringen van seksuele delinquenten met libidoremmende medicatie. De helft van de bevroegde seksuele delinquenten die gebruikmaken van Androcur<sup>®</sup>, hebben negatieve ervaringen met het gebruik ervan. Consistent met de literatuur, hebben deze negatieve ervaringen te maken met het verlies van het libido (Van Hunsel & Cosyns, 2002; De Ruiters & Veen, 2005). Alle respondenten die gebruikmaken van Salvacyl<sup>®</sup>, hebben positieve ervaringen met de middelen. Daarnaast zijn ook alle personen die gebruikmaken van antidepressiva of antipsychotica tevreden met de behandeling, ondanks ze oorspronkelijk niet werden geïndiceerd als libidoremmers. Dit stemt eveneens overeen met de bevindingen uit voorgaand onderzoek (Strohm & Berner, 2001, als in Hill et al., 2003, p. 410). Opmerkelijk is dat net zoals in de literatuur, patiënten die vroeger behandeld werden met anti-androgenen betere effecten rapporteren met GnRH-agonisten (Briken et al., 2003). Er zijn geen grote verschillen merkbaar tussen de patiënten die residentieel verblijven en de respondenten die ambulante therapie volgen.

De respondenten rapporteren als voordelen dat de medicatie herval helpt voorkomen, ze rustiger worden, seksuele fantasieën reduceren en de drang naar seks en masturbatie afneemt. Deze voordelen komen overeen met de doelen van libidoremmers, beschreven in de literatuur. De medicatie is namelijk gericht op het verminderen van deviante seksuele fantasieën, deviante seksuele driften, deviant seksueel gedrag en hyperseksualiteit en daardoor het reduceren van recidive (EFP, 2008). De bijwerkingen van de medicatie en het onvermogen om seks te hebben

zijn echter als nadelen gemeld. Doch geldt dit laatste niet voor alle bevroegde seksuele delinquenten. Ten slotte benadrukken meerdere respondenten, consistent met de literatuur, het belang van de combinatie van therapie en libidoremmende medicatie (EFP, 2008; Gijs et al., 2009; Smid et al., 2012).

Volgens de personen die de medicatie oraal krijgen toegediend, heeft de toedieningswijze geen invloed op hun persoonlijke ervaringen. Enkele respondenten zouden immers liever een inspuiting krijgen. Twee bevroegde seksuele delinquenten zouden daarenboven graag een hogere dosis libidoremmende medicatie nemen. De respondenten die de medicatie via injectie krijgen toegediend, hebben verschillende ervaringen. Twee van de zes personen hebben pijn op de plaats van de injectie, één van deze respondenten voelt zich ziek de dag van de inspuiting. Dit komt overeen met de studie van Rösler en Witztum (1998) waar eveneens 1/3<sup>de</sup> van de patiënten pijn op de plaats van de inspuiting rapporteerden. Bovendien is in de studie van Briken et al. (2003) pijn op de plaats van de injectie gemeld. Net zoals in de literatuur ervaren de helft van de patiënten de inspuiting als onaangenaam (EFP, 2008; Jüngen & Tervoort, 2013). De andere respondenten hebben geen hinder van de injectie. Enkel vinden het gemakkelijker gezien ze op die manier hun medicatie niet vergeten in te nemen. De respondenten weten niet of de dosering hun persoonlijke ervaringen beïnvloedt, aangezien ze de dosering van de injectie niet kennen. De meerderheid van de bevroegde personen meldt geen verandering in hun mening over libidoremmende medicatie. Drie respondenten merken een evolutie in hun mening van negatief naar positief door het gebruiken van de medicatie en het verkrijgen van informatie. De mening van één respondent is geëvalueerd van positief naar negatief. Ten slotte hebben twee respondenten steeds een negatieve houding gehad ten aanzien van de medicatie.

## **2.1 Ervaringen op fysiek vlak**

De meerderheid van de personen omschrijft zijn fysieke gezondheid in het algemeen als slecht. De gerapporteerde bijwerkingen komen gedeeltelijk overeen met de literatuur. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen de respondenten behandeld met anti-androgenen en de respondenten behandeld met LHRH-agonisten. De helft van de respondenten wordt behandeld met Androcur<sup>®</sup>, een anti-androgeen. De eerste bijwerking die de bevroegde personen ervaren door de behandeling is vermoeidheid. Deze bijwerking is eveneens teruggevonden in de studie van Laschet en Laschet (1971). Giltay en Gooren (2009) stellen bovendien vast dat het gebruik van anti-androgenen een verhoogde kans op botfracturen en diabetes met zich meebrengt.

Verder is er een lichte stijging van het risico op hartproblemen. Enkele van de bevroegde respondenten beamen deze bijwerkingen en ervaren botontkalking, een verhoogde suikerspiegel en hartspasme. De respondenten krijgen, consistent met de literatuur, kalktabletten toegediend wanneer er sprake is van botontkalking (De Waag, 2012). In tegenstelling tot de bevindingen van Gooren (2011), melden de respondenten behandeld met Androcur<sup>®</sup> geen opvliegers. Kortademigheid en leverproblemen zijn daarnaast wel gerapporteerd (EFP, 2008; De Waag, 2012; Jüngen & Tervoort, 2013). Bovendien melden enkele respondenten maagproblemen, een lage bloeddruk en ontstekingen in de borst als bijwerking. Ten slotte ervaren drie personen problemen tijdens het uitoefenen van dagelijkse activiteiten door hun fysieke gezondheid. Ze wijten deze beperkingen aan het nemen van Androcur<sup>®</sup>.

De andere helft van de respondenten wordt behandeld met een LHRH-agonist, namelijk Salvacyl<sup>®</sup>. Dit geneesmiddel is door het Europees agentschap voor geneesmiddelen goedgekeurd voor de indicatie parafolie (Cosyns, 2009). De meest voorkomende bijwerking is gewichtstoename, vermeld door de helft van de respondenten. Deze bijwerking wordt in verschillende studies teruggevonden (Hansen & Lykke-Olesen, 1997; Briken et al., 2003). Daarnaast zijn in een onderzoek van Rösler en Witztum (1998) botontkalking, pijn op de plaats van de inspuiting, opvliegers, verminderde haargroei en spierzwakte gemeld. Ook in de studies van Rousseau et al. (1990) en Hansen en Lykke-Olesen (1997) zijn opvliegers gerapporteerd. De respondenten beamen een deel van deze bijwerkingen, zo hebben enkelen last van osteoporose, transpiratie en pijn tijdens de injectie. Enkele respondenten ervaren borstvorming en waterige ogen als nevenwerkingen. Waterige ogen zijn niet terug te vinden in de geraadpleegde studies. Borstvorming is echter wel gerapporteerd in de onderzoeken van Krueger en Kaplan (2010). Eén respondent behandeld met Salvacyl<sup>®</sup> ervaart moeilijkheden tijdens het uitoefenen van zijn dagelijkse activiteiten door zijn fysieke gezondheid. Door het overmatig zweten wordt hij beperkt in zijn handelingen, vooral wanneer het warm is. Gooren (2011) stelt dat het hebben van opvliegers, de levenskwaliteit van patiënten kan verminderen. Er zijn eveneens geen grote verschillen merkbaar tussen de residentiële en ambulante respondenten.

## **2.2 Ervaringen op psychologisch vlak**

De meerderheid van de respondenten voelt zich in het algemeen goed en vindt dat libidoremmende medicatie een positieve invloed heeft op psychologisch vlak. Net zoals in de studie van Hansen en Lykke-Olesen (1997), voelen meerdere bevroegde patiënten zich rustiger door het gebruik van de medicatie en verdwijnen seksuele fantasieën of gedachten. Daarnaast zeggen enkele personen dat ze minder snel boos of agressief worden door het gebruik van libidoremmers. Bovendien hebben libidoremmende medicatie een negatieve invloed op psychologisch vlak. Consistent met de studies van Laschet en Laschet (1971) en Giltay en Gooren (2009) meldt één bevroegde persoon dat hij zich somberder voelt sinds het gebruik van anti-androgenen. Vervolgens wordt door het risico op bijwerkingen het nemen van deze medicatie als onaangenaam ervaren (EFP, 2008). Zo denkt één persoon dat hij kan sterven aan de bijwerkingen, heeft één persoon zijn mannelijk ego verloren, meldt één persoon dat hij verlegen is door de borstvorming en gewichtstoename en denkt één persoon dat hij kanker kan krijgen door de medicatie. Bovendien ervaren drie bevroegde respondenten schuldgevoelens ten aanzien van hun partner door de seksuele bijwerkingen van de medicatie. Consistent met de studies van Krueger en Kaplan (2010) en Briken et al. (2003) meldt één respondent dat de inspuiting zijn humeur beïnvloedt.

## **2.3 Ervaringen op seksueel vlak**

De meerderheid van de respondenten vindt seksualiteit op dit moment niet belangrijk of minder belangrijk ten aanzien van vroeger. Ze wijten dit zowel aan de gepleegde feiten, de gevolgde therapie als de libidoremmende medicatie. De frequentie van seksueel contact en masturbatie is bij alle respondenten gedaald. Naast de libidoremmers zijn er ook andere factoren die een rol spelen in de gedaalde frequentie van seksueel contact en masturbatie, namelijk de schuldgevoelens omtrent de gepleegde feiten, de gevangenisperiode, de beperkte privacy, het gebrek aan beeldmateriaal en de angst om fouten te maken. Er wordt opnieuw een onderscheid gemaakt tussen de respondenten die Androcur<sup>®</sup> gebruiken en de respondenten die Salvacyl<sup>®</sup> gebruiken.

Laschet en Laschet (1971) concluderen dat in 80% van de gevallen na het toedienen van 100 mg CPA per dag, het krijgen van een erectie en een orgasme onmogelijk blijkt. Bij een toediening van 50 mg CPA per dag, verminderde het libido maar was het krijgen van een erectie



niet uitgesloten. Dit werd eveneens bevestigd door de studie van Bradford en Pawlak (1993), waarin CPA de seksuele opwinding, fantasieën en de seksuele activiteit aanzienlijk verminderden. In tegenstelling tot deze bevindingen hebben drie respondenten, behandeld met 50 mg, 100 mg en 150 mg Androcur<sup>®</sup>, nog steeds de mogelijkheid tot het hebben van seksueel contact met een volwassen partner. De seksuele opwinding reduceert maar blijft nog steeds bestaan. Bij een van deze patiënten is het hebben van een erectie echter niet meer mogelijk. Bovendien heeft een vierde respondent seksuele feiten gepleegd tijdens zijn behandeling met Androcur<sup>®</sup>, ondanks dat hij deze medicatie nam ter preventie. De spermaproductie reduceerde echter bij alle respondenten die gebruikmaken van anti-androgenen. Vervolgens hebben een aantal personen gemeld dat anti-androgenen onvoldoende effect hebben om hun seksuele fantasieën te reduceren. Consistent met de literatuur, worden ze momenteel behandeld met een LHRH-agonist die om de twaalf weken wordt toegediend (Van Oeckel, 2007; De Waag, 2012; Jüngen & Tervoort, 2013). Wetenschappers concluderen dat na het toedienen van een LHRH-agonist, de pedofiele symptomen aanzienlijk daalden in vergelijking met de behandeling met CPA (Allolio et al., 1985 als in Briken et al., 2003, p. 891; Dickey, 1992). Dit wordt beaamd door een aantal respondenten. Consistent met de studie van Rousseau, et al (1990) meldt één respondent een daling van zijn parafeel gedrag. Doch heeft hij nog steeds het vermogen tot het krijgen van een erectie, ejaculatie en het hebben van geslachtsgemeenschap. De spermaproductie daalde eveneens bij alle respondenten, slechts bij één respondent behandeld met LHRH-agonisten was masturbatie mogelijk.

Ten slotte stelt Harrison (2008) dat zedendelinquenten, ondanks het gebruik van libidoremmers, nog steeds in staat zijn om een leeftijdsadequate relatie uit te bouwen. De meeste respondenten zonder relatie beamen dit, mits eerlijkheid over hun gepleegde feiten. Bij de respondenten die op dit moment een relatie hebben, zijn de meningen verdeeld. Volgens de helft van deze respondenten, vormen libidoremmers een belemmering voor hun partnerrelatie. Daaropvolgend is de houding van de partners consistent met de houding van de plegers. Ten slotte is de meerderheid van de respondenten tevreden met hun seksueel leven, ook al is er geen sprake van seksueel contact, masturbatie en ejaculatie.

### 3. Keuzevrijheid

De tweede onderzoeksvraag peilt naar de mate waarin seksuele delinquenten het nemen van libidoremmende medicatie als een vrije keuze ervaren. Zowel de gepercipieerde informatieverschaffing als vrijwillige toestemming worden besproken.

Hoewel Guay (2009) stelt dat plegers steeds geïnformeerd moeten worden over de werking en mogelijke neveneffecten van de libidoremmende medicatie, hebben alle bevroegde respondenten weinig tot geen kennis ervan. Daarnaast heeft de meerderheid van de bevroegde personen het gevoel dat ze onvoldoende geïnformeerd zijn over de bijwerkingen van de libidoremmers en hadden enkelen nog nooit gehoord over het bestaan van de middelen tijdens hun verblijf in de gevangenis. Het is echter van belang dat plegers steeds geïnformeerde toestemming geven over het gebruik van medicatie (Guay, 2009). Deze toestemming is zowel vastgelegd in het Universele Verklaring voor de Rechten van de Mens als in de wet betreffende de rechten van de patiënt.<sup>14</sup> Het geven van informatie en het verkrijgen van toestemming, behoort tot verantwoordelijkheid van de behandelende psychiater en indien nodig met hulp van een endocrinoloog (Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, 2006). De meerderheid van de respondenten ervaren het gebruik van libidoremmende medicatie niet als een vrije keuze, maar als een beslissing van de behandelende psychiater. Ze zijn akkoord gegaan met de middelen uit angst voor de gevangenis. Dit komt overeen met de, in de literatuur beschreven, drangbehandeling. Het alternatief, namelijk de gevangenis, is erg onaantrekkelijk waardoor de patiënt kiest voor de libidoremmende medicatie (de Heer, 2015). Deze drang is niet wettelijk geregeld en kan in verschillende mate de keuzevrijheid van de patiënt beperken. In dit onderzoek is er namelijk sprake van onvoldoende informatieverschaffing en manipulatie van opties zoals dreigen met de gevangenis (Schermer, 2013; de Heer, 2015). Indien het nemen van libidoremmers niet op vrijwilligheid gebaseerd is, kan het als een schending van de lichamelijke integriteit worden gezien (Gooren, 2011; Douglas, 2014). Vrijwillige toestemming van de seksuele delinquent is daarnaast essentieel in het licht van de mensenrechten (Rainey & Harrison, 2008). Het Raadgevend Comité adviseert dat vanuit ethisch oogpunt, zes voorwaarden in acht moeten worden genomen bij het voorschrijven van hormonale medicatie aan plegers van seksuele delicten (Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, 2006). Gezien het

---

<sup>14</sup> Art. 8 wet betreffende de rechten van de patiënt, *BS* 26 september 2002.

gebrek aan voldoende informatieverstopping en vrijwillige toestemming, zijn deze voorwaarden niet vervuld.

#### **4. Gepercipieerde therapietrouw**

De derde onderzoeksvraag peilt naar de mate waarin seksuele delinquenten denken therapietrouw te blijven na afloop van hun residentiële behandeling of juridische voorwaarden. De meningen van de respondenten zijn verdeeld over de noodzakelijkheid van libidoremmende medicatie bij seksuele delinquenten. Hoewel onderzoekers stellen dat libidoremmende medicatie geen standaardbehandeling is, vindt de meerderheid van de respondenten dat libidoremmers noodzakelijk zijn voor alle zedenplegers (Smid et al., 2012). Vier van de twaalf respondenten zeggen dat libidoremmers slechts noodzakelijk zijn voor bepaalde personen met een hoog risico of voor mensen die deviante gedachten blijven hebben. Deze bevinding komt echter wel overeen met de wetenschappelijke literatuur (Maletzky, 1991; Van Hunsel & Cosyns, 2002). Alle respondenten met een positieve houding ten aanzien van de libidoremmende medicatie, willen de medicatie blijven innemen ondanks de bijwerkingen. De respondenten met een negatieve houding willen echter na hun residentiële behandeling, na afloop van hun voorwaarden of na goedkeuring van de behandelende arts de behandeling onmiddellijk stopzetten. Net als in de literatuur, geven de respondenten de beperkingen op seksueel vlak en de bijwerkingen op hun fysieke gezondheid als redenen voor het beëindigen van het medicatiegebruik (Van Hunsel & Cosyns, 2002; De Ruiters & Veen, 2005). Er zijn opnieuw geen grote verschillen merkbaar tussen de ambulante en residentiële patiënten. Ten slotte concluderen onderzoekers dat de mogelijkheid tot het controleren van de therapietrouw via testosteronconcentraties in het bloed een voordeel is (Van Hunsel & Cosyns, 2002). Dit komt overeen met de mening van twee respondenten die stellen dat een inspuiting beter is voor hun straf dossier, gezien de behandelende geneesheer er zeker van is dat ze de medicatie gebruiken.

## DEEL VI: Conclusie en aanbevelingen

In dit onderzoek wordt als eerste een antwoord geformuleerd op de vraag: ‘Hoe ervaren seksuele delinquenten het gebruik van libidoremmende medicatie?’. Algemeen kan worden geconcludeerd dat de meerderheid van de bevraagde seksuele delinquenten positieve ervaringen heeft met het gebruik van libidoremmende medicatie. De helft van zedenplegers, behandeld met Androcur<sup>®</sup>, heeft echter negatieve ervaringen en geeft het belang van seksualiteit hiervoor als mogelijke verklaring. Opmerkelijk is dat patiënten die vroeger behandeld werden met anti-androgenen betere effecten rapporteren met GnRH-agonisten. Er zijn geen grote verschillen merkbaar tussen de personen die residentieel verblijven en de personen die ambulante therapie volgen. Vervolgens zijn de ervaringen op fysiek, psychologisch en seksueel vlak bestudeerd. De gemelde bijwerkingen op fysiek vlak komen grotendeels overeen met de literatuur. Personen behandeld met Androcur<sup>®</sup> ervaren botontkalking, ontsteking in de borst, lage bloeddruk, kortademigheid, leverproblemen, maagproblemen, hartspasme, verhoging van de suikerwaarde en vermoeidheid als bijwerkingen. De seksuele delinquenten behandeld met Salvacyl<sup>®</sup> ondervinden botontkalking, borstvorming, gewichtstoename, waterige ogen, pijn tijdens in injectie en zweten als neveneffecten. Daarenboven heeft libidoremmende medicatie een positieve invloed op de emotionele gezondheid van de plegers. De medicatie reduceert seksuele fantasieën, boosheid en agressief gedrag. Bovendien voelen patiënten zich rustiger door het gebruik ervan. Nadelig zijn de depressieve gevoelens, de schuldgevoelens ten aanzien van de partner en de verlegenheid en angst omtrent de bijwerkingen van de medicatie. Uit de resultaten blijkt de invloed van de middelen op de seksualiteitsbeleving van de bevraagde personen. De frequentie van seksueel contact en masturbatie is bij alle zedenplegers gedaald sinds het nemen van de medicatie. Enkelen hebben echter nog steeds de mogelijkheid tot seksueel contact en masturbatie. De meerderheid van de personen heeft een relatie. In het algemeen stemt de houding van de partner ten aanzien van libidoremmers overeen met de houding van de seksuele delinquent.

Ten tweede wordt nagegaan of het nemen van de libidoremmende medicatie al dan niet een vrije keuze is. Uit de resultaten blijkt dat de meerderheid van de bevraagde seksuele delinquenten het gebruik van de medicatie niet als een vrije keuze ervaren. De middelen worden ingezet als drangbehandeling. Het alternatief dat wordt voorgesteld, namelijk de gevangenis, is erg onaantrekkelijk waardoor de patiënt kiest voor de medicatie. Daarnaast hebben de

bevroegde personen het gevoel dat ze onvoldoende geïnformeerd werden over de bijwerkingen van de middelen. Er kunnen vervolgens verschillende voor- en nadelen verbonden zijn aan libidoremmers. De medicatie helpt om herval te voorkomen, rustiger te worden, seksuele fantasieën te reduceren en de drang naar seks en masturbatie te doen dalen. Nadelig zijn de bijwerkingen op fysiek vlak en de seksuele beperkingen. Vervolgens kan worden besloten dat een orale toediening van de medicatie geen invloed heeft op de persoonlijke ervaringen. Bij de personen die een injectie krijgen, verschilt de beleving. De meerderheid van de bevroegde patiënten, behandeld met Androcur<sup>®</sup>, is ontevreden met de toegediende dosis. De personen behandeld met Salvacyl<sup>®</sup> ervaren de geïnjecteerde dosis echter wel als een goede dosis.

Ten derde kunnen de ervaringen van seksuele delinquenten met libidoremmende medicatie een indicatie vormen voor de therapietrouw. De bevroegde respondenten die tevreden zijn met de medicatie, willen deze zo lang als mogelijk blijven gebruiken. De respondenten die niet tevreden zijn met de libidoremmers, willen echter de medicatie stopzetten. Ze geven hiervoor de seksuele beperkingen en de fysieke bijwerkingen als verklaring. De meningen van de respondenten zijn verdeeld over de mate waarin libidoremmende medicatie noodzakelijk is voor mensen met een pedoseksuele problematiek.

Naast deze conclusie worden enkele aanbevelingen geformuleerd. Ten eerste wordt aangeraden om informatiebrochures te verspreiden in behandelcentra en gevangenissen gezien de noodzakelijkheid van geïnformeerde toestemming in het licht van de mensenrechten en patiëntenrechten. Eveneens kan het geven van een informatiesessie aan patiënten met een seksuele problematiek bijdragen aan een objectieve kennis omtrent de werking van de middelen, de angst voor bijwerkingen reduceren en zorgen voor een positieve evolutie in de houding ten aanzien van de medicatie. Tevens kunnen libidoremmers een invloed uitoefenen op de partnerrelatie van de patiënt. Hierdoor wordt aanbevolen om ook de partners in te lichten over de werking van de middelen. Bovendien kan het geven van een vorming omtrent libidoremmers aan hulpverleners de informatieverspreiding bevorderen. Op deze manier is het mogelijk om, mits de juiste overwegingen, de middelen preventief in te zetten bij mensen die lijden aan een seksuele problematiek. Daarenboven is de helft van de patiënten akkoord gegaan met de medicatie door middel van drang. Wanneer de onaantrekkelijke alternatieven, zoals het gedwongen statuut, verdwijnen kan dit de therapietrouw van de patiënten beïnvloeden. Motiverende gespreksvoering biedt dan ook een hulpmiddel om zedenplegers intrinsiek te motiveren voor het innemen van de medicatie.

Er wordt tevens aangeraden om te bekijken op welk tijdstip de inspuiting optimaal is voor de individuele patiënt gezien dit een invloed kan hebben op de beleving van het medicatiegebruik. Uit dit onderzoek blijkt dat wanneer de injectie 's avonds wordt toegediend, de patiënt minder hinder ondervindt tijdens het uitoefenen van zijn dagelijkse activiteiten. Bovendien kan het smeren van een verdovende zalf op de plaats van de injectie de pijn verzachten. Verder is in het verleden weinig onderzoek verricht naar de langetermijneffecten van libidoremmende medicatie. Er wordt dan ook aanbevolen om meer longitudinale studies uit te voeren, kwantitatief en kwalitatief onderzoek te combineren, grotere steekproeven te gebruiken, vergelijkbaarheid tussen de onderzoeken te vergroten en methodologische beperkingen zoveel als mogelijk te reduceren. Het is immers belangrijk om onderzoek omtrent deze middelen te financieren gezien ze mogelijks een reductie van slachtofferschap met zich meebrengen. Ten slotte lijkt het aangeraden om over de verschillende behandelcentra heen dezelfde beslisboom te hanteren voor de medicamenteuze behandeling van zedenplegers en deze in een nationale richtlijn om te zetten. Eveneens is het essentieel steeds het advies van het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek te volgen bij het voorschrijven van de medicatie.

## **Bibliografie**

### **1. Wetgeving**

Verdrag van 4 november 1950 tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden, *BS* 19 augustus 1955.

Strafwetboek 8 juni 1867, *BS* 9 juni 1867.

Wet betreffende de rechten van de patiënt 22 augustus 2002, *BS* 26 september 2002.

Wet van 1 februari 2016 tot wijziging van diverse bepalingen wat de aanranding van de eerbaarheid en het voyeurisme betreft, *BS* 19 februari 2016.

### **2. Sociaalwetenschappelijke bronnen**

Adi, Y., Ashcroft, D., Browne, K., Beech, A., & Fry-Smith, A. (2002). Clinical effectiveness and cost-consequences of selective serotonin reuptake inhibitors in the treatment of sex offenders. *Health Technology Assessment*, 6, 1-67.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth edition, DSM-5*. American Psychiatric Publishing: Washington DC.

Andrews, D. A., Bonta, J. & Wormith, J. S. (2011). The Risk-Need-Responsivity (RNR) Model. Does Adding the Good Lives Model Contribute to Effective Crime Prevention? *Sage Publications*, 38(7), 735- 755.

Baarda, B, De Goede, P.M. & Teunissen, J. (2005). *Basisboek kwalitatief onderzoek. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Houten: Stenfer Kroese.

Baker, W.L. (1984). Castration of the male sex offender: a legally impermissible alternative. *Loyola Law Review*, Spring, 30(2), 37-399.

Barbaree, H.E., & Marshall, W.L. (2006). An Introduction to the Juvenile Sex Offender: Terms, Concepts, and Definitions. In H.E. Barbaree, & W.L. Marshall (Eds.), *The Juvenile Sex Offender* (pp. 1-18). New York: The Guilford Press.

- Beech, A.R., & Harkins, L. (2012). DSM-IV paraphilia: Descriptions, demographics and treatment interventions. *Agression and Violent Behavior*, 17(6), 527- 539. doi: 10.1016/j.avb.2012.07.008
- Beyens, K. & Tournel, H. (2010). Mijnwerkers of ontdekkingsreizigers? Het kwalitatieve interview. In T. Decorte, & D. Zaitch (Reds.), *Kwalitatieve methoden en technieken in de criminologie* (pp. 205-207). Leuven: Acco.
- Bijleveld, C.C.J.H. (2009). *Methoden en technieken van onderzoek in de criminologie*. Den Haag: Boom Juridische uitgevers.
- Bogaerts, S., Daalder, A., Vanheule, S., Desmet, M. & Leeuw, F. (2008). Personality disorders in a sample of paraphilic and nonparaphilic child molesters. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 52(1), 21-30. doi: 10.1177/0306624X07308261
- Bourget, D. & Bradford, J. M. W. (2008). Evidential basis for the assessment and treatment of sex offenders. *Oxford Journals*, 8(1),130-146. doi: 10.1093/brief-treatment/mhm022
- Bradford, J.M. (2000). The treatment of sexual deviation using a pharmacological approach. *The Journal of Sex Research*, 37(3), 248-257. doi: 10.1080/00224490009552045
- Bradford, J.M. & Pawlak, A. Double-blind placebo crossover study of cyproterone acetate in the treatment of the paraphilias. *Archives of Sexual Behavior*, 22(5), 383-402.
- Briken, P., Hill, A. & Berner, W. (2003). Pharmacotherapy of paraphilias with long-acting agonists of luteinizing hormone-releasing hormone: a systematic review. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 64(8), 890-897.
- Cooper, A.J. & Cernowsky, Z.Z. (1994). Comparison of Cyproterone Acetate (CPA) and Leuprolide Acetate (LHRH Agonist) in a chronic pedophile: a clinical case study. *Biological Psychiatry*, 36, 269-271.
- Chism, L. S. (2013). The case for castration: a ‘shot’ towards rehabilitation of sexual offenders. *Law & Psychology Review*, 37, 193-209.
- Cosyns, P. (2009). Behandeling van plegers van seksueel geweld. [Jaarverslag]. Antwerpen: Universitair Forensisch Centrum.
- Daalder, A. & Essers, A. (2003). Seksuele delicten in Nederland. *Tijdschrift voor Criminologie*, 45(4), 330-401.
- De Forensische Zorgspecialisten. (2015). Factsheet Static/ Stable/ Acute. [https://www.deforensischezorgspecialisten.nl/files/Factsheet\\_STATIC\\_STABLE\\_ACUTE\\_2015.pdf](https://www.deforensischezorgspecialisten.nl/files/Factsheet_STATIC_STABLE_ACUTE_2015.pdf)



- De Heer, M. (2015). *Vrijwilligheid, dwang en drang*. Utrecht: Kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie.
- Dens, W. (2010). *Verkrachting en aanranding van de eerbaarheid* (Master thesis). Geraadpleegd op [http://lib.ugent.be/fulltxt/RUG01/001/458/210/RUG01-001458210\\_2011\\_0001\\_AC.pdf](http://lib.ugent.be/fulltxt/RUG01/001/458/210/RUG01-001458210_2011_0001_AC.pdf)
- De Ruiter, C. & Hildebrand. M. (2005). *Behandelingsstrategieën bij forensisch-psychiatrische patiënten*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- De Ruiter, C. & Veen, V. (2005). *Terugdringen van recidive bij geweldsdelinquenten: Werkzame interventies bij relationeel, seksueel en algemeen geweld*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- De Waag. (2012). *Libidoremmende middelen*. Forensische zorgspecialisten: Nederland
- Dickey, R. (1992). The management of a case of treatment-resistant paraphilia with a long-acting LHRH agonist. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 37(8), 567-569.
- Douglas, T. (2014). Criminal rehabilitation through medical intervention: moral liability and the right to bodily integrity. *The Journal of Ethics*, 18(2), 101-122. doi: 10.1007/s10892-014-9161-6
- Elmir, R., Schmied, V., Jackson, D., & Wilkes, I. (2011). Interviewing people about potentially sensitive topics. *Nurse Researcher*, 19(1), 12-16.
- Expertisecentrum Forensische Psychiatrie. (2008). *Libidoremmende medicatie bij de behandeling van zedendelinquenten*. [Verslag]. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.
- Expertisecentrum Forensische psychiatrie. (2014). *Seksueel Grensoverschrijdend Gedrag. Landelijk zorgprogramma voor daders van seksuele delicten in de forensische psychiatrie*. Geraadpleegd op [https://www.efp.nl/web/images/uploads/publicaties/ZP\\_SGG\\_versie\\_3.0.pdf](https://www.efp.nl/web/images/uploads/publicaties/ZP_SGG_versie_3.0.pdf)
- Fernandez, Y., Harris, A.J.R., Hanson, R.K. & Sparks, J. (2012). *STABLE-2007 coding manual (Revised 2012)*. Ottawa, ON: Public Safety Canada.
- Gijs, L., Gianotten, W., Vanwesenbeeck, I. & Weijnenborg, P. (2009). *Seksuologie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Giltay, E.J. & Gooren, L.J. (2009). Potential side effects of androgen deprivation treatment in sex offenders. *American Academy of Psychiatry and Law*, 37, 53-58.
- Goethals, K. & Cosyns P. (2014). Seksuele stoornissen in de DSM-5. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 56(3), 196-200.

- Gooren, L.J. (2011). Ethical and medical considerations of androgen deprivation treatment of sex offenders. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 96(12), 3628-3637. doi: 10.1210/jc.2011-154
- Grubin, D., Beech, A. (2010). Chemical castration for sex offenders. *British Medical Journal*, 340, 433-434. doi: 10.1136/bmj.c74
- Guay, D.R.P. (2009). Drug treatment of paraphilic and nonparaphilic sexual disorders. *Clinical Therapeutics*, 31(1), 1-31. doi: 10.1016/j.clinthera.2009.01.009
- Hansen, H. & Lykke, Olesen, L. (1997). Treatment of dangerous sexual offenders in Denmark. *The Journal of Forensic Psychiatry*, 8(1), 195-199. doi: 10.1080/09585189708412004
- Hanson, R.K., Bourgon, G., Helmus, L. & Hodgson, S. (2009). The principles of effective correctional treatment also apply to sexual offenders. *Sage Journals*, 36(9), 865-891. doi: 10.1177/0093854809338545
- Hanson, R.K. & Busiere, M.T. (1998). Predicting relapse: a meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(2), 348-362.
- Hanson, R.K., Harris, A.J.R., Scott, T. & Helmus, L. (2007). Assessing the risk of sexual offenders on community supervision: The Dynamic Supervision Project. *Corrections Research User Report 2007-05*.
- Hare, R.D. (1980). A research scale for the assessment of psychopathy in criminal populations. *Personality and Individual Differences*, 1(2), 111-119.
- Hare, R.D. (1991). *The Hare Psychopathy Checklist-Revised*. Toronto, Ontario: Multi Health Systems.
- Harris, A.J.R., Phenix, A. & Hanson, R.K. (2003). *STATIC-99 Coding Rules (Revised 2003)*. Ottawa, ON: Public Safety Canada.
- Harrison, K. (2008). Legal and ethical issues when using antiandrogenic pharmacotherapy with sex offenders. *Sexual Offender Treatment*, 3(2), 1-11.
- Harsch, S., Bergk, E. J., Steinert, T., Keller, F. & Jockush, U. (2006). Prevalence of mental disorders among sexual offenders in forensic psychiatry and prison. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29, 446-449. doi: 10.1016/j.ijlp.2005.11.001
- Harte, J. & Breukink, M. (2010). Objectiviteit of schijnzekerheid?: Kwaliteit, mogelijkheden en beperkingen van instrumenten voor risicotaxatie. *Tijdschrift voor Criminologie*, 52(1), 52-72.
- Hildebrand, M., de Ruiters, C. & de Vogel, V. (2003). Recidive van verkrachters en aanranders na tbs. De relatie met psychopathie en seksuele deviantie. *De Psycholoog*, 3, 114-123.

- Hildebrand, M., de Ruiter, C. & de Vogel, V. (2004). Psychopathy and sexual deviance in treated rapists: association with sexual and nonsexual recidivism. *Sexual Abuse, 16*(1), 1-24. doi: 10.1023/B:SEBU.0000006281.93245.de
- Hill, A., Briken, P., Kraus, C., Strohm, K. & Berner, W. (2003). Differential pharmacological treatment of paraphilias and sex offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology 47*(4), 407-421. doi: 10.1177/0306624X03253847
- Jagt, A. (2010). *Het gebruik van libidoremmende middelen bij zedendelinquenten* (Master thesis). Geraadpleegd op [http://www.seksuologischehulpverlening.info/sites/default/files/bestanden/Scriptie%20LRM%20definitieve%20versie%20RSJ\\_tcm60-283821.pdf](http://www.seksuologischehulpverlening.info/sites/default/files/bestanden/Scriptie%20LRM%20definitieve%20versie%20RSJ_tcm60-283821.pdf)
- Jüngen, IJ. D. & Tervoort M.J. (2013). *Toegepaste geneesmiddelenkennis*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Kafka, M. (1997). Hypersexual desire in males: an operational definition and clinical implications for males with paraphilias and paraphilia-related disorders. *Archives of Sexual Behavior, 26*(5), 505-526. doi: 10.1023/A:1024507922470
- Kalmus, E. & Beech, A.R. (2005). Forensic assessment of sexual interest: a review. *Aggression and Violent Behavior, 10*(2), 193-217. doi: 10.1016/j.avb.2003.12.002
- Krueger, R.B. & Kaplan, M.S. (2001). Depot-leuprolide acetate for treatment of paraphilias: a report of twelve cases. *Archives of Sexual Behavior, 30*(4), 409-422.
- Kvale, S. (2007). *Doing interviews*. Londen: Sage.
- Laschet, U. & Laschet L. (1971). Psychopharmacotherapy of sex offenders with cyproteron acetate. *Pharmacopsychiatry Neuropsychopharmacol, 4*, 99-104.
- Lemmens, L. (23/02/2016). Voyeurisme voortaan strafbaar [bericht op portaal]. Geraadpleegd op <http://www.legalworld.be/legalworld/Voyeurisme-voortaan-strafbaar-2016.html?LangType=2067>
- Leys, M., Zaitch, D. & Decorte, T. (2010). De gevalstudie. In T. Decorte, & D. Zaitch (Reds.), *Kwalitatieve methoden en technieken in de criminologie* (pp. 76-118). Leuven: Acco.
- Lodewijks, H., Doreleijers, T. & De Ruiter, C. (2008). Savry risk assessment in violent Dutch adolescents. Relation to sentencing and recidivism. *Criminal Justice and Behavior, 35*(6), 696-709. doi: 10.1177/009385480831614
- Lüllman, H., Mohr, K. & Hein, L. (2014). *Atlas van de farmacologie*. Baarn: Sesam.
- Maesschalck, J. (2010). Methodologische kwaliteit in het kwalitatief criminologisch onderzoek. In T. Decorte, & D. Zaitch (Reds.), *Kwalitatieve methoden en technieken in de criminologie* (pp. 76-118). Leuven: Acco.

- Maletzky, M.B. (1991). *Treating the sexual offender*. Londen: Sage.
- Maletzky, M.B. & Field, G. (2003). The biological treatment of dangerous sexual offenders: a review and preliminary report of the Oregon pilot depo-Provera program. *Aggression and Violent Behavior*, 8, 391-412. doi: 10.1016/S1359-1789(02)00065-4
- Maletzky, M.B., Tolan, A. & McFarland, B. (2006). The Oregon depo-provera program: a five year follow-up. *Sexual Abuse*, 18, 303-316. doi: 10.1007/s11194-006-9021-4
- Miles, M., & Huberman (1994). Chapter 10: Drawing and Verifying Conclusions. *Qualitative Data Analysis*. Newbury Park: Sage. 2nd ed.: 245-280.
- Mortelmans, D. (2013). *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden*. Leuven: Acco.
- Mortelmans, D. (2010). Het kwalitatief onderzoeksdesign. In T. Decorte, & D. Zaitch (Reds.), *Kwalitatieve methoden en technieken in de criminologie* (pp. 76-118). Leuven: Acco.
- Pearson, S. F., Lipton, D.S., Cleland, C.M. & Yee, D.S (2002). The effects of behavioral/cognitive-behavioral programs on recidivism. *Crime & Delinquency*, 48(3), 476-496.
- Peters, M.J.V, Jeandarme, I. & Pouls, C. (2013). Recidive en risicotaxatie binnen de forensisch psychiatrische zorg: een huidige stand van zaken en nieuwe ontwikkelingen. *Wegwijzer voor de sociale sector 2012-2013*, 469-483.
- Raadgevend Comité voor Bio-etiek. (2006). *Advies nr. 39 van 18 december 2006 betreffende de hormonale behandeling van plegers van seksuele misdrijven*. [Advies]. Brussel: Federale overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.
- Rainey, B. & Harrison, K. (2008). Pharmacotherapy and human rights in sexual offenders: best friends or unlikely bedfellows? *Sexual Offender Treatment*, 3(2), 1-10.
- Rice, M.E & Harris, G.T. (2011). Is androgen deprivation therapy effective in the treatment of sex offenders? *Psychology Public Policy and Law*, 17(2), 315-332. doi: 10.1037/a0022316.
- Rousseau, L., Couture, M., Dupont, A., Labrie, F. & Couture, N. (1990). Effect of combined androgen blockade with an LHRH agonist and flutamide in one severe case of male exhibitionism. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 35(4), 338-341.
- Rösler, A. & Witztum, E. (1998). Treatment of men with paraphilia with a long-acting analogue of gonadotropin-releasing hormone. *The New England Journal of Medicine*, 338, 416-422. doi: 110.1056/NEJM199802123380702

- Rösler, A. & Witztum, E. (2000). Pharmacotherapy of paraphilias in the next millennium. *Behavioral Sciences & the Law*, 18(1), 43-56. doi: 10.1002/(SICI)1099-0798(200001/02)18:1<43::AID-BSL376>3.0.CO;2-8
- Schermer, M.H.N. (2003). *Drang en informele dwang in de zorg. Hoofdstuk 3 uit het rapport Signalering Ethiek en Gezondheid*. Geraadpleegd op [https://ceg.nl/uploads/publicaties/hfdst.3\\_drang\\_en\\_informele\\_dwang\\_Schermer\\_.pdf](https://ceg.nl/uploads/publicaties/hfdst.3_drang_en_informele_dwang_Schermer_.pdf)
- Serin, R.C., Mailloux, D.L. & Malcolm, P. B. (2001). Psychopathy, deviant sexual arousal and recidivism among sexual offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 16(3), 234-246. doi: 10.1177/088626001016003004
- Silverman, D. (2013). *Doing qualitative research: A practical handbook*. Los Angeles: Sage.
- Smid, W. (2014). Zedendelinquenten onderscheiden: een globaal overzicht van zaken met betrekking tot subgroepen, recidiverisico's en behandelbaarheid van zedendelinquenten (en drie calls voor verder onderzoek). Utrecht: Kwaliteit forensische zorg.
- Smid, W.J., Koch, M., & van den Berg, J.W. (2014). Static-99R Scorehandleiding (herziene uitgave 2014). (Bewerkte vertaling van Harris, A.J.R., Phenix, A., Hanson, R.K., & Thornton, D. STATIC-99R Coding Manual: Revised 2003. Her Majesty The Queen in Right of Canada, 2003.) Utrecht: De Forensische Zorgspecialisten.
- Smid, W., van Beek, D. & De Doncker, D. (2009). Plegers van seksueel geweld. In Gijs, L., Gianotten, W., Vanwesenbeeck, I. & Weijnenborg, P. (Reds). *Seksuologie* (pp. 437-463). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Smid, W., van Beek, D. & Wever, E. (2012). Plegers van seksuele delicten: etiologie, assessment en interventies. *Tijdschrift voor Gedragstherapie*, 45, 199-228.
- Stevens, L. (2002). *Strafrecht en seksualiteit: de misdrijven inzake aanranding van de eerbaarheid, verkrachting, ontucht, prostitutie, seksreclame, zedenschennis en overspel*. Antwerpen: Intersentia.
- Thibaut, F., De La Barra, F., Gordon, H., Cosyns, P., Bradford, J. M. W. & WFSBP Task Force on Sexual Disorders. (2010). The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP). Guidelines for the biological treatment of paraphilias. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 11, 604-655.
- Tiggelaar, L. & Koster, K. (2008). Penisplethysmografie als effectevaluatiemaat voor libidoremmende medicatie. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 32(3), 121-127.
- Tubex, H. (2000). Seksuele delinquentie doorheen de strafproces. In C. Dillen, & P. Cosyns (Reds.), *Behandeling van seksuele delinquenten in België* (pp. 9- 42). Leuven/Apeldoorn: Garant.

- Van de Putte, D. (2016). Seksuele delinquentie. In Decoene, S (Red.), *Over stoute dingen doen* (pp. 133-155). Leuven/ Den Haag: Acco.
- Van den Berg, J. W. Smid, W. J. & Koch, M. (2014). Stable-2007 Scorehandleiding. (Vertaling van Fernandez, Y., Harris, A. J. R., Hanson, R. K., & Sparks, J. Stable-2007 Coding Manual: Revised 2012. Her Majesty The Queen in Right of Canada, 2012.) Utrecht: De Forensische Zorgspecialisten.
- Van der Put, C. E., Stams, G. J. M., Hoeve, M., Dekovic, M., Spanjaard, H. J. M., van der Laan, P. H. & Barnoski, R. P. (2012). Changes in the Relative Importance of Dynamic Risk Factors for Recidivism During Adolescence. *Sage*, 56(2), 296-316.
- Van Hunsel, F. & Cosyns, P. (2002). Biomedische interventies bij plegers van seksueel geweld. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 26, 87-96.
- Van Lankveld, J. & Cohen-Kettenis, P.T. (2008). Seksuele stoornissen en genderidentiteitsstoornissen. In W. Vandereycken, C.A.L. Hoogduin, & P.M.G. Emmelkamp (Reds.), *Handboek psychopathologie. Deel 1 basisbegrippen* (pp. 353-394). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Van Oeckel, K. (2007). Hormonale therapie bij plegers van seksueel geweld: een overzicht. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 31, 85-94.
- van Zessen, G. (2013). Hyperseksualiteit en DSM-5. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 37(4), pp. 167-171.
- Veen, V.C. & de Ruiter, C. (2005). De effectiviteit van behandelingen bij seksuele delinquenten: een overzicht van de internationale literatuur. *Justitiële Verkenningen*, 31(1), 75-95.
- Wilson, J. & Yates, P. (2009). Effective interventions and the Good Lives Model: Maximizing treatment gains for sexual offenders. *Aggression and Violant Behaviour*, 14(3), 157-161.
- Yates, P.M. (2013). Treatment of sexual offenders: research, best practices and emerging models. *International journal of behavioral consultation and therapy*, 8(3-4), 89-95.

### **3. Niet-wetenschappelijke bronnen**

Redactie. (28.10.2016). *Pedofiel Pieter Ceunen wil zich chemisch laten castreren*. Het Laatste Nieuws. Geraadpleegd op <http://www.hln.be/hln/nl/922/Nieuws/article/detail/2946725/2016/10/28/Pedofiel-Pieter-Ceulen-wil-zich-chemisch-laten-castreren.dhtml>

Redactie. (16.06.2016). Chemische castratie voor man die kwetsbare personen aanrandde. Het Laatste Nieuws. Geraadpleegd op Belga. (28.10.2016). *Pedofiel Pieter Ceunen wil zich chemisch laten castreren*. Het Laatste Nieuws. Geraadpleegd op <http://www.hln.be/hln/nl/922/Nieuws/article/detail/2946725/2016/10/28/Pedofiel-Pieter-Ceunen-wil-zich-chemisch-laten-castreren.dhtml>

Redactie. (25.05.2016). *Indonesië straft kindermisbruik met castratie of doodstraf*. Het Laatste Nieuws. Geraadpleegd op <http://www.hln.be/hln/nl/922/Nieuws/article/detail/2714633/2016/05/25/Indonesie-straft-kindermisbruik-met-castratie-of-doodstraf.dhtml>

## Bijlagen

### Bijlage 1: Inlichtingenformulier

#### Ervaringen van libidoremmende medicatie bij zedendelinquenten

Beste,

In het kader van het onderzoek naar ervaringen van libidoremmende medicatie bij zedendelinquenten wil ik je vriendelijk vragen om twee schriftelijke vragenlijsten in te vullen en deel te nemen aan een interview. De term libidoremmende medicatie verwijst in dit onderzoek naar middelen die de seksuele lust verminderen. De vragen die gesteld worden, hebben als doel jouw persoonlijke ervaringen te beschrijven omtrent de invloed van libidoremmende medicatie op de fysieke gezondheid, emotionele gezondheid en seksualiteitsbeleving.

De instemming met deelname aan dit onderzoek is volledig **vrijwillig**, je hebt steeds **het recht om op elk moment zonder opgaaf van redenen jouw deelname aan dit onderzoek te beëindigen**. Deze bevraging **staat volledig los van elke gerechtelijke of administratieve beslissing** en zal **geen enkel effect hebben op je individuele behandeling**. De schriftelijke vragenlijsten en interviews zijn volledig anoniem en vertrouwelijk, wat betekent dat zelfs de onderzoeker niet weet wie welke antwoorden gegeven heeft. De onderzoeker zal hierbij enkel uw initialen noteren en bij de opname van de gegevens in een databestand worden deze initialen vervangen door een cijfercode. Op die manier worden uw gegevens onherkenbaar voor derden en wordt uw anonimiteit gegarandeerd. Mits uw toestemming, zal het interview opgenomen worden. Dit is enkel in het belang van de verwerking van de gegevens. Nadien worden de opnames verwijderd. Wat u vertelt, zal in geen enkel gerechtelijk of behandeldossier vermeld worden en ook de medewerkers op de afdeling hebben geen inzage in uw gegevens. **Deze gegevens zullen enkel gebruikt worden voor wetenschappelijk onderzoek en hebben geen enkel gevolg voor uw verblijf op de behandelafdeling**. De resultaten van het volledige onderzoek kunnen mogelijk gepubliceerd worden maar hierbij worden nooit individuele gegevens gebruikt, maar enkel analyses op groepsniveau. Er kan geen link worden gemaakt tussen de resultaten en de individuele deelnemer.



In het belang van het onderzoek is het de bedoeling dat je de vragen **zo volledig en eerlijk mogelijk** beantwoordt en hiervoor voldoende tijd neemt. Het invullen van de vragenlijsten zal tussen de 15 en 30 minuten in beslag nemen. De duur van het interview zal afhangen van de volledigheid van de gegeven antwoorden

## **Bijlage 2: Informed Consent**

### **TOESTEMMINGSVERKLARINGFORMULIER (INFORMED CONSENT)**

**Titel onderzoek: Ervaringen van libidoremmende medicatie bij zedendelinquenten**

**Verantwoordelijke onderzoeker: Lena Boons o.l.v. Inge Jeandarme & Geert Vervaeke**

#### ***In te vullen door de deelnemer***

Ik verklaar op een voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode, doel en [indien aanwezig] de risico's en belasting van het onderzoek. Ik weet dat de gegevens en resultaten van het onderzoek alleen anoniem en vertrouwelijk aan derden bekend gemaakt zullen worden. Mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord.

Ik stem geheel vrijwillig in met deelname aan dit onderzoek. Ik behoud me daarbij het recht voor om op elk moment zonder opgave van redenen mijn deelname aan dit onderzoek te beëindigen.

Naam deelnemer: .....

Datum: ..... Handtekening deelnemer: .....

#### ***In te vullen door de uitvoerende onderzoeker***

Ik heb een mondelinge en schriftelijke toelichting gegeven over het onderzoek. Ik zal resterende vragen over het onderzoek naar vermogen beantwoorden. De deelnemer zal van een eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

Naam onderzoeker: .....

Datum: ..... Handtekening onderzoeker: .....

## **Bijlage 3: Interviewschema**

### **1. Inleiding**

Ik ben een student Criminologische Wetenschappen aan de KU Leuven. Momenteel voer ik een onderzoek naar de ervaringen van libidoremmende medicatie bij seksuele delinquenten. Het interview zal ongeveer 1 uur in beslag nemen. Ik wil u alvast bedanken voor uw tijd en medewerking.

Als u er niets op tegen heeft, had ik dit gesprek graag vastgelegd op band. Dit vergemakkelijkt de verwerking ervan. Van zodra het interview is uitgetypt, wordt de opname gewist. Uiteraard zullen de gegevens bij de analyse volledig vertrouwelijk worden behandeld. Heeft u bezwaar tegen deze opname?

- *Indien weigerachtig ten aanzien van taping:* aangezien het gesprek niet op band wordt vastgelegd, zal ik uitvoerig nota nemen. Dit om de latere reconstructie van het interview te vergemakkelijken.
- *Indien ingestemd met taping:* u zal mij, niettegenstaande de opname van dit gesprek, af en toe aantekeningen zien maken. Dit helpt mij namelijk bij het structureren van het interview.

Vooraleer we van start gaan, wil ik nogmaals benadrukken dat dit gesprek vertrouwelijk is. Het eindresultaat van dit onderzoek zal een rapport zijn waarin onmogelijk kan afgeleid worden welke informatie van welke personen afkomstig is. Heeft u nog vragen over het interview?

### **2. Persoonskenmerken**

Voor we aan de eigenlijke vragen beginnen, zou ik graag enkele algemene gegevens bevragen. De resultaten worden natuurlijk globaal weergegeven zodat uw identiteit achteraf niet kan achterhaald worden.

- Geslacht (*niet bevragen, wel vermelden bij het uitschrijven van de interviewtranscripts*)
- Geboortejaar
- Relatiestatus
- Ziekenhuis (*ambulant of residentieel*)

### 3. Eigenlijke vragen

#### MEDICATIEGEBRUIK

- Welke geneesmiddelen gebruikt u (*in het algemeen*)?  
*Alternatieve vraag:* Welke medicatie neemt u?
- Welke libidoremmende medicatie gebruikt u?  
*Alternatieve vraag:* Welke medicatie krijgt u om uw seksuele verlangens te onderdrukken?
  - Hoe lang gebruikt u deze medicatie al?
  - Op welke manier krijgt u deze medicatie toegediend (oraal of via injectie)?
  - Hoe vaak moet u deze medicatie nemen?
  - Wat is de dosering van deze medicatie?
  - Waarom gebruikt u deze medicatie?
- Wat weet je over de theoretische werking van libidoremmende medicatie?
  - Wat weet je over de bijwerkingen van libidoremmende medicatie?
  - Heb je het gevoel dat je voldoende bent geïnformeerd over het gebruik van libidoremmende medicatie?

#### ALGEMENE HOUDING

Allereerst zou ik u enkele vragen willen stellen met betrekking tot uw globale mening over libidoremmende medicatie.

- In het algemeen, wat is uw mening over libidoremmende medicatie?  
*Alternatieve vraag:* Hoe staat u tegenover libidoremmende medicatie?
- Hoe ervaart u het gebruik van libidoremmende medicatie?  
*Alternatieve vraag:* Hoe beleeft u het gebruik van libidoremmende medicatie?
  - Welke voordelen zijn volgens u verbonden aan libidoremmende medicatie?
  - Welke nadelen zijn volgens u verbonden aan libidoremmende medicatie?

- Op welke manier beïnvloedt de toedieningswijze van libidoremmende medicatie uw persoonlijke ervaringen?  
*Alternatieve vraag:* In welke mate is de toedieningswijze (oraal of injectie) van de libidoremmende medicatie verbonden met uw ervaringen?
- Op welke manier beïnvloedt de dosering van libidoremmende medicatie uw persoonlijke ervaringen?  
*Alternatieve vraag:* In welke mate is de dosering van de libidoremmende medicatie verbonden met uw ervaringen?
- In welke mate was deze medicatie een vrije keuze?  
*Alternatieve vraag:* In welke mate heeft u zelf mogen beslissen om deze medicatie te gebruiken?

## **FYSIEKE GEZONDHEID**

- In het algemeen, hoe zou u uw fysieke gezondheid omschrijven?  
*Alternatieve vraag:* Wat is uw lichamelijke gezondheid?
- In welke mate heeft libidoremmende medicatie volgens u een invloed op uw gezondheid?
  - Welke fysieke bijwerkingen ervaart u door het gebruik van libidoremmende medicatie?  
*Topiclijst:*
    - *Maag-en darmklachten*
    - *Hoofdpijn*
    - *Gewichtsafname of toename*
    - *Slapeloosheid*
    - *Bloedingsstoornissen (sneller blauwe plekken)*
    - ...
      - Zo ja, had u dit al of is dit gestart na gebruik van de libidoremmende medicatie (of verergerd na het gebruik van de libidoremmende medicatie)?

- *Indien gebruik van meerdere soorten libidoremmende medicatie: Aan welke medicatie zou u deze effecten toeschrijven?*
- In welke mate ondervindt u problemen tijdens het uitoefenen van dagdagelijkse activiteiten ten gevolge van uw fysieke gezondheid?  
*Alternatieve vraag: In welke mate beïnvloedt uw fysieke gezondheid het uitoefenen van dagdagelijkse activiteiten?*

## **EMOTIONELE GEZONDHEID**

- In het algemeen, hoe zou u uw emotionele gezondheid omschrijven?  
*Alternatieve vraag: Wat is uw emotionele gezondheid?*
- In welke mate heeft libidoremmende medicatie volgens u een invloed op uw emotionele gezondheid?
  - Welke emotionele bijwerkingen ervaart u door het gebruik van libidoremmende medicatie?  
*Topiclijst:*
    - *Nervositeit*
    - *Toegenomen prikkelbaarheid of agressie*
    - ...
      - Zo ja, had u dit al of is dit gestart na gebruik van de libidoremmende medicatie (of verergerd na het gebruik van de libidoremmende medicatie)?
  - *Indien gebruik van meerdere soorten libidoremmende medicatie: Aan welke medicatie zou u deze effecten toeschrijven?*
- In welke mate ondervindt u problemen tijdens het uitoefenen van dagdagelijkse activiteiten ten gevolge van uw emotionele gezondheid?  
*Alternatieve vraag: In welke mate beïnvloedt uw emotionele gezondheid het uitoefenen van dagdagelijkse activiteiten?*
- In welke mate geniet u van het leven?

## SEKSUALITEIT

- Hoe belangrijk is seksualiteit voor u?

*Alternatieve vraag:* Wat betekent seksualiteit voor u?

- In welke mate bent u tevreden met uw seksuele leven?

- Hoe vaak hebt u seksueel contact met anderen?

*Alternatieve vraag:* Hoe vaak hebt u seksueel contact met derden?

- Is deze frequentie meer of minder in vergelijking met de tijd dat je in de maatschappij verbleef?
- *Indien verandering.* Aan welke factoren schrijft u deze verandering toe?

*Topiclijst:*

- *Libidoremmende medicatie*
  - *Indien gebruik van meerdere soorten libidoremmende medicatie:*  
*Aan welke medicatie zou u deze verandering toeschrijven?*
- *Meerpersoonskamers/ privacy*
- *Internetverbod*
- *Tijd met partner*
- ...

- Beschrijf uw huidige partnerrelatie (*indien momenteel een partner*)

*Alternatieve vraag:* Hoe zou u uw partnerrelatie omschrijven?

- Wat is het geslacht van uw partner?
- Wat is de duur van uw relatie?
- In welke mate bent u tevreden met uw partnerrelatie?
- Hoe denkt uw huidige partner over het gebruik van libidoremmende medicatie?
- Wat is het effect of zal het effect zijn van libidoremmende medicatie op uw relatie?

- Hoe vaak masturbeert u gemiddeld?

- Is deze frequentie meer of minder in vergelijking met de tijd dat je in de maatschappij verbleef?
- *Indien verandering.* Aan welke factoren schrijft u deze verandering toe?

- Libidoremmende medicatie
  - *Indien gebruik van meerdere soorten libidoremmende medicatie:*  
Aan welke medicatie zou u deze verandering toeschrijven?
- Meerpersoonskamers/ privacy
- Internetverbod
- ...
- In welke mate heeft libidoremmende medicatie een invloed op uw seksuele leven?  
*Alternatieve vraag:* In welke mate heeft libidoremmende medicatie een impact op uw seksuele leven?

## **THERAPIETROUW**

- In welke mate acht uw libidoremmende medicatie noodzakelijk voor uw problematiek?  
*Alternatieve vraag:* Hoe belangrijk is libidoremmende medicatie voor uw problematiek?
  - *Indien niet noodzakelijk:* Voor welke personen acht u libidoremmende medicatie wel noodzakelijk?
- Is uw mening over libidoremmende medicatie veranderd doorheen de therapie?  
*Alternatieve vraag:* Heeft u altijd deze mening over libidoremmende medicatie gehad?  
*Indien veranderd:*
  - Op welke manier is uw mening veranderd?
  - Wat was hier de aanleiding voor?
- In welke mate gaat u libidoremmende medicatie blijven innemen na afloop van de residentiële behandeling of gedwongen statuut?  
*Alternatieve vraag:* In welke mate zal u na stopzetting van de therapie of gedwongen statuut de libidoremmers blijven nemen?

## **4. Afronding**

Met deze vraag ben ik aan het einde van het interview gekomen. Wilt u nog iets toevoegen? Zijn er aspecten niet aan bod gekomen die u nog wenst te bespreken? Dan bedank ik u nogmaals voor uw tijd



en medewerking. Indien u nog vragen heeft over het interview of de verwerking ervan, kan u steeds contact met mij opnemen via de verpleegkundigen.

## Bijlage 4: Codeboom

- Achtergrondkenmerken respondent
  - Geslacht
  - Leeftijd
  - Relatiestatus
  - Therapievorm
    - Ambulant
    - Residentieel
- Medicatiegebruik
  - Algemene medicatie
  - Libidoremmende medicatie
    - Soort libidoremmers
      - SSRI
      - Anti-androgenen
      - GnRH-agonist
    - Duur gebruik
    - Toedieningswijze
      - Oraal
      - Injectie
    - Frequentie inname
    - Dosering
    - Reden gebruik
    - Objectieve kennis
      - Kennis over theoretische werking
      - Kennis over theoretische bijwerkingen
      - Verkregen informatie
- Algemene houding ten aanzien van libidoremmende medicatie
  - Positieve algemene houding libidoremmende medicatie
  - Negatieve algemene houding libidoremmende medicatie
  - Positieve aspecten van libidoremmende medicatie
  - Negatieve aspecten van libidoremmende medicatie
  - Beïnvloeding toedieningswijze

- Beïnvloeding dosering
- Keuzevrijheid
- Fysieke gezondheid
  - Algemene fysieke gezondheid
  - Invloed libidoremmende medicatie op fysieke gezondheid
    - Fysieke bijwerkingen
    - Oorzaak fysieke bijwerkingen
    - Problemen door fysieke gezondheid
- Emotionele gezondheid
  - Algemene emotionele gezondheid
  - Invloed libidoremmende medicatie op emotionele gezondheid
    - Emotionele bijwerkingen
    - Oorzaak emotionele bijwerkingen
    - Problemen door emotionele gezondheid
- Seksualiteit
  - Belang seksualiteit
  - Frequentie seksueel contact
    - Verandering seksueel contact
    - Factoren verandering seksueel contact
  - Partnerrelatie
    - Geslacht
    - Duur
    - Tevredenheid
    - Houding partner ten aanzien van libidoremmende medicatie
    - Effect libidoremmende medicatie op relatie
  - Frequentie masturbatie
    - Verandering masturbatie
    - Factoren verandering masturbatie
  - Invloed libidoremmende medicatie op seksualiteit
- Therapietrouw
  - Noodzakelijkheid libidoremmende medicatie
  - Verandering mening libidoremmende medicatie
    - Evolutie doorheen de jaren

- Aanleiding evolutie
  - Gepercipieerde therapietrouw
- Geen code