

Wegens gezondheidsredenen koos hij voor een vervroegde uittreding (VUT-regeling). In 1993 gaf hij zijn afscheidscollege *Schering en inslag*, dat als onderwerp de relatie gevangenis en maatschappij vanuit forensisch-psychiatrisch perspectief had.⁷ Er werd ook een Liber Amicorum aangeboden met als titel *'Overheid en patiënt'*.⁸

Tijdens een periode die hij in Londen woonde, vooraleer zijn laatste jaren in Scheveningen door te brengen, publiceerde hij nog een roman *An academic brief*.⁹ Het is het verhaal van een Amerikaanse professor die gedurende een zekere tijd aan de Universiteit van Amsterdam komt doceren en er onderhevig is de intriges van het universitaire leven. Vroeger had hij reeds een literair stuk geschreven *Een duik in het ondiep*.¹⁰ Dit ging over zijn ervaringen als psychiater tijdens zijn legerdienst.

Hij was een maatschappelijk geëngageerd forensisch-psychiater, waarvan op zijn overlijdensbericht terecht werd vermeld: *'hij hield van het leven en droeg zijn slepende ziekte moedig en blijmoedig'*.

Joris Casselman*

VERNIEUWDE AANDACHT VOOR DE HORMONALE BEHANDELING VAN PLEGER VAN SEKSUELE MISDRIJVEN.

In 2006 vroeg de toenmalige Minister van Justitie Laurette Onkelinx het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek advies betreffende de hormonale behandeling van plegers van seksuele misdrijven. In haar advies nam het comité onder meer de aanbeveling op om dringend werk te maken

van de terugbetaling van zogenaamde LHRH-analogen voor deze indicatie¹. Dat gebeurde uiteindelijk vorig jaar: vanaf 1 september 2009 wordt het gebruik van triptoreline (Salvacyl®), met de specifieke doelstelling het libido te remmen bij plegers van seksuele misdrijven door de ziekteverzekering, terugbetaald. Het betaalbaar worden van deze behandeloptie heeft meteen tot een hernieuwde belangstelling voor het hormonaal behandelen van plegers van seksuele misdrijven geleid. In dit artikel beschrijven we kort de werking van deze geneesmiddelen en gaan we in op de selectie van mogelijke patiënten.

Biologische achtergrond

Hormonen spelen een belangrijke rol bij seksualiteit, en dus ook bij het plegen van seksuele misdrijven. De mannelijke seksualiteit wordt bepaald door het mannelijk hormoon testosteron, dat in de teelballen wordt geproduceerd. Bij dierproeven blijkt dat castratie tot een gevoelige vermindering van seksuele activiteit leidt. Hoewel er bij de mens zeker geen lineair verband bestaat tussen de testosteronspiegel in het bloed en seksueel gedrag, is het duidelijk dat het terugdringen van de bloedtestosteronspiegel tot prepubertaire waarden leidt tot het verminderen van het libido, van de seksuele drang en van seksuele fantasieën, en dit op een significante en constante wijze. Vanaf 1892 werden mannelijke plegers van seksuele misdrijven daarom behandeld met chirurgische castratie. Van in de jaren dertig van de vorige eeuw benadrukten auteurs van verschillende post-castratiestudies de efficiëntie van deze methode, met een gemiddelde recidive van 3 percent ten opzichte van 60 percent zonder castratie².

7 de Smit, N.W. *Schering en inslag*. Over de relatie van gevangenis en maatschappij vanuit forensisch-psychiatrisch perspectief. Arnhem, Gouda Quint, 1993.

8 Fokkens, J.W. et al. (Red.), *Overheid en patiënt*. Ontwikkelingen in de forensische psychiatrie. Opstellen aangeboden aan N.W. de Smit bij zijn afscheid als hoogleraar forensische psychiatrie aan de Vrije Universiteit Amsterdam. Arnhem, Gouda Quint, 1993.

9 de Smit, B., *An academic brief*. Atlanta, London, Sydney, Minerva Press, 1999.

10 de Smit, B., *Een duik in het ondiep*, s.d.

* Prof.em.KULeuven

1 Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, "Advies nr. 39 van 18 december 2006 betreffende de hormonale behandeling van plegers van seksuele misdrijven".

2 Thibaut, F. en Cordier, B., "Extrait de Chimiothérapie hormonale et psychotrope des auteurs d'agressions sexuelles: modalités, indications, objectifs, difficultés et limites", 5de consensusconferentie van de Fédération Française de psychiatrie, Parijs, 2001.

Tegenwoordig is het gebruik van de chirurgische castratie vrijwel verdwenen en vervangen door de chemische castratie, waarbij hetzelfde effect op een omkeerbare wijze bereikt wordt door de toediening van medicamenten. Dit betekent dus concreet dat zowel het pathologisch als het normale libido onderdrukt worden, dat seksuele fantasieën onderdrukt worden, dat de patiënt niet langer tot een erectie in staat is en dat ook ejaculatie en orgasme onmogelijk worden³. Het blijft daarbij toch wel belangrijk te beseffen dat er eigenlijk nog maar weinig wetenschappelijk onderzoek over deze materie beschikbaar is. Het gaat immers om geringe aantallen patiënten, en bovendien zijn er lange observatieperiodes nodig (verscheidene jaren) om significante verschillen te kunnen vaststellen. Het opzetten van studies wordt ook nog gehinderd door de evidente ethische problemen bij het opzetten van gerandomiseerde studies bij parafiliëpatiënten en door het ontbreken van gestandaardiseerde en reproduceerbare methodes om seksuele activiteit te meten. Zelfrapportering van seksuele activiteit is notoir onbetrouwbaar, maar ook rond meer objectieve metingen zoals de meting van de erectiele respons van de penis op visuele of auditieve erotische stimuli (plethysmografie) blijven er vragen over validiteit en betrouwbaarheid.

Om de gewenste daling van testosteron te bekomen, wordt zowel gebruik gemaakt van antandrogenen als van zogenaamde LHRH-analogen, die op een hoger niveau in de productie van geslachtshormonen ingrijpen. LHRH (Luteïnizing hormone releasing hormone) is een hormoon dat door de hypothalamus wordt afgescheiden. LHRH dat door de hypothalamus geproduceerd wordt, zal zich aan receptoren van hypofysecellen binden, wat daar tot de productie van LH (luteïniserend hormoon) en FSH (follikelstimulerend hormoon) leidt. Het zijn deze hormonen die op hun beurt zowel bij de vrouw als bij de man verantwoordelijk zijn voor de produc-

tie van geslachtshormonen, waaronder dus ook testosteron. Een LHRH-analoog is een stof die chemisch erg op LHRH lijkt, maar niet helemaal hetzelfde is. Bij het toedienen van een LHRH-analoog, zal dit analoog zich weliswaar langdurig aan de LHRH-receptoren in de hypofyse binden, maar zonder dat die daarop reageert met de productie van LH of FSH. Hierna valt ook de productie van testosteron stil. Behalve voor libidoremmering zijn deze producten ook geschikt voor gebruik bij andere aandoeningen waarvoor het belangrijk is dat de hormoonproductie wordt stilgelegd. Bij mannen worden de LHRH-analogen bijvoorbeeld al lange tijd gebruikt bij de behandeling van prostaatacarcinoom. Bij vrouwen worden gelijkaardige producten gebruikt voor het stilleggen van de natuurlijke eirijping als voorbereiding op stimulatie in het kader van onvruchtbaarheidsbehandeling.

Mannelijk hormoon vervult verscheidene functies. Testosteron is niet alleen noodzakelijk voor libido en seksuele drang, maar ook voor de spermatogenese, voor de secundaire lichaamsbehandling, voor de lichaamssamenstelling (verhouding spieren/vet) en voor de kwaliteit van het skelet (groei, botmassa, sluiten van groeikraakbeenschijven). Het terugbrengen van testosteron tot prepubertaire waarden gaat dan ook met allerlei bijwerkingen gepaard die grote en onherstelbare schade kunnen toebrengen. De meest voorkomende problemen zijn gewichtstoename, vervrouwelijking (na zes tot acht maanden behandeling heeft 20 % van de patiënten borsten ontwikkeld), stijgende bloedsuikerspiegels, verhoogde bloeddruk, depressie en botontkalking.

Het is dan ook niet alleen belangrijk dat de producten die aangewend worden voor libidoremmering doeltreffend zouden zijn, maar ook dat de bijwerkingen aanvaardbaar blijven.

De beschikbare middelen

Cyproteroneacetaat

Tot voor de terugbetaling van triptoreline, was er in België maar één geneesmiddel beschikbaar voor chemische castratie, namelijk antiandrogeen cyproteroneacetaat (Androcur®, Cypro-

3 Vanderschueren, D., "Endocrinologische follow-up van LHRH analogen", oral presentation at "Hormonal treatment of sexual abusers and paraphiliacs", Antwerpen, UFC, 8 oktober 2009.

plex®), verder CPA genoemd. In de Verenigde Staten wordt ook wel eens gebruik gemaakt van medroxyprogesteronacetaat (MPA). Hoewel ook dit product wel degelijk op de Belgische markt verkrijgbaar is (bijvoorbeeld als de contraceptieve “prikpil” Depo-Provera®), wordt het bij ons niet in deze indicatie gebruikt.

CPA is een antiandrogeen, dat globaal inderdaad een daling van de recidive van parafilie teweegbrengt. CPA is in de eerste plaats actief door de testosteronreceptoren in de weefsels te blokkeren, waardoor het aanwezige testosteron minder werkzaam wordt. Door de invloed van CPA op de hormonale as daalt bovendien het niveau van LH en daardoor ook van testosteron. De effecten zijn meestal al na twee tot drie weken merkbaar. CPA is in België slechts in pilvorm beschikbaar, wat de compliance en de mogelijkheid op controle niet bevordert. De nevenwerkingen zijn bovendien belangrijk, met naast het hoge risico op botontkalking vooral ook risico's voor leverklachten (inclusief bloedingen), het ontstaan van moeilijk behandelbare diabetes en het trombo-embolisme (neiging tot bloedklontervorming) dat eigen is aan progestagenen. Regelmatig worden ook ernstige depressies genoteerd.

Een bijkomend probleem van CPA is dat het effect soms na enige tijd lijkt af te nemen. Ook is het mogelijk dat de niveaus van testosteron na verloop van tijd terug stijgen, waardoor de evaluatie van de compliance moeilijk wordt.

LHRH-analogen

De LHRH-analogen zijn beschikbaar als depot-producten die slechts één keer per drie maanden moeten ingespoten worden. De neveneffecten zijn vergelijkbaar met die van CPA, behalve de demineralisatie van het botweefsel, die bij de LHRH-analogen tot nog ernstigere vormen van osteoporose en osteopenie leidt. Er zouden ook nog niet volledig uitgeklaarde cardiovasculaire risico's bestaan. Net als bij CPA-therapie kan het risico op osteoporose gedeeltelijk opgevangen worden door het toevoegen van calcium, vitamine D en eventueel bifosfonaten aan het dieet, maar in beide gevallen zal een jaarlijkse of twee-

jaarlijkse botdensitometrie ter controle noodzakelijk blijven.

De belangrijkste reden om over te stappen op deze producten is de nood aan betere controle en compliance, die met een injecteerbaar product uiteraard gemakkelijker te bekomen is.

Er zijn in België verschillende LHRH-analogen op de markt, waarvan er van twee – leuproreline en triptoreline - studies over het gebruik bij parafiliëpatiënten bekend zijn. Zoals bij de aanvang van het artikel gemeld, is er op dit ogenblik enkel voor triptoreline een terugbetaling in het kader van libidoremming voorzien.

De effectiviteit van LHRH-analogen werd aangetoond in een kleine reeks case reports en studies. Voor triptoreline werd er in drie studies slechts één herval gemeld op 65 behandelingen. In een groep van 11 afhakers van deze studies, werden 7 gevallen van herval genoteerd. In de studies die met leuproreline werden uitgevoerd werden zeker drie en mogelijkerwijze vier gevallen van herval genoteerd op 53 patiënten⁴. Zowel triptoreline als leuproreline zijn agonisten, wat tot gevolg heeft dat bij het begin van de behandeling een paradoxale stijging van het testosteron gehalte optreedt (de zogenaamde “flare up”), alvorens de sterke daling (“down regulation”) volgt. Er zijn aanwijzingen dat de flare up zou kunnen gepaard gaan met een toegenomen seksuele drang. Dit probleem wordt opgevangen door het toevoegen van CPA aan het begin van elke behandeling.

Andere geneesmiddelen

Behalve de al vermelde geneesmiddelen, die rechtstreeks op het testosteronmetabolisme werken, worden aan parafiliëpatiënten ook wel andere psychoactieve middelen voorgeschreven waarvan verondersteld wordt dat ze een dempende werking op het libido hebben. De belangrijkste groep hierbij zijn de selectieve remmers van de serotonine-reuptake, de zogenaamde SSRI's, een reeks antidepressieve middelen waarvan fluoxetine (Prozac®) het typevoorbeeld is. Serotonine is een neurotransmitter die een rol

4 Cosyns, P., “Pharmacological treatment algorithm”, oral presentation at “Hormonal treatment of sexual abusers and paraphiliacs”, Antwerpen, UFC, 8 oktober 2009.

speelt in de beloningssystemen in onze hersenen. Deze antidepressiva hebben het voordeel dat de neveneffecten beperkter zijn dan bij de hierboven beschreven middelen, maar anderzijds zijn ze ook veel minder efficiënt. Ze worden in eerste instantie gebruikt bij lichtere gevallen van seksuele deviantie, en dan vooral bij die vormen waarbij dwangmatige componenten een rol spelen. Ook van verschillende antipsychotische middelen is bekend dat ze seksuele activiteiten dempen, vooral als die het gevolg zijn van impulsief gedrag.

Selectie van patiënten

Uit bovenstaande gegevens blijkt ten overvloede dat de beschikbare middelen tot ernstige en niet steeds omkeerbare gevolgen voor de gezondheid van de patiënt kunnen leiden. Anderzijds wordt de therapie uiteraard ingesteld om de patiënt toe te laten om al dan niet tijdelijk zijn vrijheid te herwinnen. Het instellen van een hormoontherapie houdt dan ook een zeker risico in voor de maatschappij: mislukken van de therapie kan tot recidive en dus tot nieuwe slachtoffers leiden. Om beide redenen is het evident dat het instellen van een hormoontherapie geen lichtvaardige beslissing is. Er zijn daarom verschillende richtlijnen in omloop die de behandelende psychiaters steunen in het nemen van deze beslissing. In Nederland is een richtlijn die door psychiaters van een aantal forensische psychiatrische centra werd samengesteld opgenomen in het psychofarmacotherapeutisch formularium van het gevangeniswezen⁵. De richtlijn is gebaseerd op eerdere behandelalgoritmen van Briken en Bradford. In België ontbreekt vooralsnog een algemene richtlijn. Het is hier vooral wachten op de al enige tijd aangekondigde richtlijnen van de World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WF SBP), die op basis van de momenteel beschikbare informatie opgesteld worden. Ongetwijfeld zullen ook deze richtlijnen echter net als alle andere gebaseerd zijn op een beslissingsboom waarbij de keuze voor het medi-

cament enerzijds bepaald wordt door de ernst van de gepleegde misdrijven, en anderzijds door het mislukken van minder ingrijpende medicatieschema's. Het is dan ook mogelijk om hieronder een schematisch overzicht te geven van hoe een dergelijk behandelalgoritme er zou kunnen uitzien⁶.

In alle vormen van behandeling zal de basis van de behandeling de psychotherapie blijven (tegenwoordig gaat het vrijwel altijd om cognitief-behavioristische therapieën). De farmacotherapie op zich is immers zuiver symptomatisch en het beëindigen van de farmacotherapie betekent dan ook een terugkeer van alle symptomen. Eveneens moet het in alle vormen om een vrijwillige behandeling gaan, die weliswaar kan opgedrongen worden, maar die nooit volledig kan afgedwongen worden. De behandeling kan dan ook pas starten na akkoord van de patiënt die uitgebreid moet geïnformeerd worden over de mogelijke complicaties.

Voor de meest eenvoudige gevallen – het typevoorbeeld is de pleger van “hands off” feiten zoals exhibitionisme die geen risico op verkrachting of pedofilie inhouden – kan volstaan worden met SSRI's. Voor die gevallen waarbij deze therapie niet blijkt te werken en voor gevallen met een gemiddeld risico - beperkte “hands on” feiten zonder penetratie, seksuele fantasieën waarin sadisme geen rol speelt - wordt eerst een lage dosis, en zo nodig een volledige dosis CPA voorgeschreven. De SSRI's kunnen al dan niet toegevoegd blijven als er ook depressieve of obsessief compulsieve symptomen aanwezig zijn.

Voor die gevallen waarvoor een vrijwel volledige onderdrukking van de seksuele drang gewenst is, wordt gekozen voor de langwerkende injecties met triptoreline. Het gaat daarbij om patiënten die er niet in slagen om zich te houden aan de innameschema's van CPA, om gevallen met een hoog risico (pedofilie met penetratie, serieverkrachters, etc.) en om patiënten met seksueel gewelddadige fantasieën. Uiteindelijk kan er in deze laatste fase nog voor gekozen worden om triptoreline aan te vullen met CPA, bijvoorbeeld

5 Schabracq, M.J. en Embley Smit, I., “Libido-remmende medicatie bij de behandeling van zedendelinquenten. Verslag van een expertmeeting op 14 december 2007 te Utrecht”, Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, 2008, p. 39

6 Cosyns, P., o.c.

als triptoreline op zich tot onvoldoende resultaat leidt.

Het is echter maar de vraag of behandelaars en andere beslissers zoals rechters van strafuitvoeringsrechtbanken bereid zullen zijn om – tenzij voor relatief korte verlofperiodes – plegers van ernstige feiten zoals serieverkrachters mits behandeling vrij te laten. Een recent Nederlands expertenpanel kwam in 2007 tot de volgende conclusie: *“Een dergelijke behandeling is slechts voor een beperkte groep van relatief ongevaarlijke zedendelinquenten mogelijk. En dan nog.”*⁷

De Belgische ervaring is toch dat de recente goedkeuring van triptoreline tot een herevaluatie van een aantal potentiële patiënten leidt, en dat dan vooral in het penitentiële milieu. De Dienst Gezondheidszorg Gevangenissen bereidt momenteel dan ook een procedure voor die het de behandelende psychiaters mogelijk moet maken om een kwaliteitsvolle behandeling in te stellen.

Er blijft echter ook nood aan meer gegevens over de veiligheid en de doelmatigheid op middellange en lange termijn van de ingestelde therapieën. Het opzetten van een nationaal surveillance-systeem van de patiënten onder behandeling zou daarbij een eerste stap kunnen zijn.

Sven Todts*

CRIMINOLOGIE EN METHODOLOGIE

“CRIME CONCERN”: EEN BEVOLKINGSBEVRA- GING OVER HET BELANG VAN EEN AANTAL VEI- LIGHEIDSPROBLEMEN

Prioritaire veiligheidsproblemen

Het aanpakken en verbeteren van diverse aspecten in verband met de veiligheid vereist een deskundige en planmatige aanpak van de politie-

diensten. De politie engageert zich om een excellente politiezorg aan te bieden aan de bevolking. Hiervoor is een degelijke organisatie van de politiewerking nodig volgens de beschikbare middelen. Er dienen verantwoorde keuzes gemaakt te worden zodat de politie kan voorzien in extra inspanningen voor de aanpak van de meest ernstige veiligheidsproblemen.

De keuzes die gemaakt worden en de aanpak moeten degelijk onderbouwd zijn zodat ze verantwoord kunnen worden ten opzichte van de bevolking. De Federale Politie stelt hiertoe vierjaarlijks een Nationaal Veiligheidsbeeld¹ (NPVB) op, ter voorbereiding van het Nationaal Veiligheidsplan. Vanuit de huidige kennis over de omvang en de ernst van veiligheidsproblemen alsook vanuit de nieuwe tendensen en onderbouwde toekomstperspectieven worden hierin prioritaire veiligheidsproblemen naar voren geschoven.

In een moderne samenleving volstaat bij de keuze van de prioriteiten echter niet alleen de visie van de politie, de bestuurlijke en de gerechtelijke overheden. Ook de mening van de bevolking kan als een bijkomende informatiebron worden beschouwd voor de prioriteitstelling. Deze tekst bespreekt een bevolkingsbevraging die begin 2007 in het kader van het NPVB werd uitgevoerd om te peilen naar de perceptie bij de bevolking over een aantal veiligheidsproblemen.

Conceptualisering van Crime Concern

Via een bevraging bij een representatief staal van de Belgische bevolking werd een peiling gerealiseerd over een aantal veiligheidsproblemen. Er werd gevraagd om 19 veiligheidsproblemen te rangschikken naar volgorde van ‘belang’ en ‘welke prioriteit eraan dient te worden verleend door de politie of de overheid’. “Crime Concern” of *concern for crime* kan vertaald worden als de perceptie van de bevolking van het belang dat de politie moet verlenen aan veiligheidsproblemen. *Concern for crime* wil de algemene bezorgdheid van de bevolking over een veilig-

⁷ Schabracq M.J. e.a., o.c., p. 27.

* Geneesheer-directeur medische en tandheelkundige zorg binnen de Dienst Gezondheidszorg in de Gevangenissen

¹ Nationaal politieel veiligheidsbeeld 2006. Federale Politie - dienst strategische analyse, Brussel, 2007 op CDRom.