# Preventieve hulp voor mensen met pedofiele gevoelens

*Kris Vanhoeck*

## Inleiding

Geweld en seksueel geweld zijn door de Wereldgezondheidsorganisatie al in 1995 uitgeroepen tot een probleem dat met voorrang moet worden aangepakt (Foege, Rosenberg, & Mercy, 1995; World Health Assembly, 1996). Seksueel misbruik van personen van alle leeftijden is een ernstig probleem dat niet enkel via politionele en gerechtelijke middelen kan worden opgelost. Justitie werkt met afschrikking, opsluiting, rehabilitatie en herstelbemiddeling. Dat komt op gang nadat feiten zijn gepleegd en met het oog op het voorkomen van herhaling. De gezondheidszorg en welzijnszorg bieden therapeutische en maatschappelijke interventies die individuen, families, groepen en de samenleving in haar geheel kunnen beïnvloeden. Een gezondheids- en welzijnsaanpak kan focussen op preventie en op die manier de gerechtelijke weg aanvullen. Er is meer lijden dan gedacht: bij slachtoffers, familie, familieleden van een dader, maar ook bij 'nog-geen-daders'. Preventie moet gericht zijn op verschillende niveaus: op daderpreventie ('geen-dader-worden'), maar ook op het bevorderen van het 'maatschappelijk spreken'. Seksueel misbruik is bijna dagelijks op een of andere manier in het nieuws. Slachtoffers en hun therapeuten, advocaten en juristen komen aan het woord, evenals verontruste burgers, maar daders horen we zelden. Therapeuten die met daders en nog-geen-daders werken, zouden meer aan dat maatschappelijke debat moeten deelnemen.

Recidivepreventie is gericht op het voorkomen van een herhaling van feiten. Preventieve hulp voor mensen met pedofiele gevoelens richt zich op het voorkomen dat kwetsbare mensen 'dader' worden. Dat preventiewerk moet gebaseerd zijn op grondig wetenschappelijk onderzoek. Er is de laatste jaren veel vooruitgang geboekt bij de analyse van risico- en beschermingsfactoren bij mensen die feiten hebben gepleegd en bij wie het recidiverisico in kaart wordt gebracht. Er bestaat echter geen sluitende theorie over wie risico loopt om dader te worden en wie niet. De vorm van preventie die in dit artikel wordt besproken, richt zich op mensen die zich zorgen maken over hun eigen problemen, hun gedachten, gevoelens en fantasieën. Preventie is dan een aanbod om vrijwillig over de eigen problemen na te denken en er zo zelf ook beter van te worden.

Eerst komt een visie op preventie aan bod, die vervolgens geïllustreerd wordt aan de hand van enkele citaten uit het verhaal van een pedofiel die geen dader wil worden. Die ervaringsdeskundige klaagt er onder andere over dat hij geen gepaste hulp kan vinden. Wat is dat probleem van 'seksuele voorkeur' dan juist? En wat zijn de risico's en thema's waar hulpver-

leners aandacht voor moeten hebben? Ten slotte komt de hulp zelf aan bod: hoe die er moet uitzien en voor wie die is bedoeld.

## Inzetten op preventie

Sandler, Freeman en Socia (2008) worstelden zich door de meer dan 17.000 processen-verbaal van alle arrestaties voor zedenfeiten die de politie van de staat New York uitvoerde tussen 1986 en 2006. Vijfennegentig procent van deze arrestaties betrof mensen die niet bekend waren bij het gerecht, zogenaamde 'first offenders'. Om misbruik daadwerkelijk te voorkomen moet worden ingezet op preventie. Preventie kost geld, is dan het tegenargument, en dat geld is er niet. Maar er wordt nooit gedacht aan de besparingen die preventie kan opleveren. Wanneer iemand misbruik pleegt en daarvoor wordt gepakt, dan veroorzaakt dit een reeks kosten met betrekking tot het politieoptreden, de voorhechtenis, het onderzoek, het proces, het gevangenisverblijf en slachtofferhulp, om niet te spreken van de psychische en emotionele kosten. McGrath, Cumming en Burchard (2003) vonden dat voor elke dollar die in de Verenigde Staten wordt uitgegeven aan preventie van seksueel misbruik, er vier dollar op strafvervolging kan worden bespaard.

Op basis van een literatuurstudie schat Seto (2009) het aantal mensen dat voor een psychiatrische pedofiliediagnose in aanmerking komt (aantrekking tot prepubertaire kinderen) op 1% à 3% van de mannelijke bevolking. Ahlers et al. (2011) van het Dunkelfeldproject in Berlijn vroegen mannen en vrouwen tussen 40 en 79 jaar of ze ooit last hadden gehad van fantasieën over kinderen, en of ze er ooit bij hadden gemasturbeerd of er een handelingsimpuls bij hadden gevoeld: 9,5% van de mannen en 3,5% van de vrouwen antwoordden hierop bevestigend. Dombert et al. (ter perse) verkregen via een online enquête gegevens over seksuele fantasieën bij 8.718 Duitse mannen: 4,1% rapporteerde seksuele fantasieën over prepubertaire kinderen en 0,1% vond van zichzelf dat hij pedofiel georiënteerd was. De onderzoekers vonden ook een duidelijk verband tussen pedofiele fantasieën en hoge emotionele stress en angst. Ondanks heroïsche discussies heeft de hebefiliediagnose (aantrekking tot vroegpubertaire kinderen) het niet gehaald in de DSM-5 (Blanchard et al., 2009). Het blijkt zoveel voor te komen dat mensen met zo'n diagnose nog heel moeilijk te onderscheiden zijn van niet-hebefiele personen.

Indien al die mensen therapie nodig hebben, zal de hulpverlening hieronder bezwijken. Gelukkig is dat niet het geval. Er is geen enkele aanwijzing dat iemand met 'rare' fantasieën per se therapie nodig heeft. De zelfcontrole kan uitstekend werken en de persoon kan prima functioneren in het dagelijkse leven. Veel mensen fantaseren er wel eens over om hun baas of buurman te vermoorden, zonder dat er enig risico bestaat dat ze die fantasie ook echt zullen uitvoeren. Iets gelijkaardigs kan over seksuele fantasieën worden gezegd. Preventie mag zeker geen vrijbrief zijn om een heksenjacht op iedereen met 'afwijkende' fantasieën te ontketenen.

## Een glazen gevangenis

Op 22 februari 2014 verscheen in *De Standaard* (DS) een interview met een 'zelfverklaarde pedofiel' die te kennen gaf dat hij op grond van ondraaglijk psychisch lijden en maatschap-

pelijke uitsluiting euthanasie wilde. De titel luidt: 'Ik leef in een glazen gevangenis' (Beel, 2014). De 'pedofiel' kan de buitenwereld zien, maar hij mag er niet aan deelnemen.

Dat artikel van DS-journaliste Beel bevat heel veel stof tot nadenken. Hieronder volgen enkele citaten:

> "Ik ben een pedofiel, maar ik heb nog nooit een kind aangeraakt. Ik ben geen pedoseksueel. Maken mensen dat onderscheid nog? Ik heb die verlangens óók. Maar ik heb een goed hart. Ik wil niemand kwaad doen." (online, p. 2)

Er is het lijden door eenzaamheid en uitsluiting, maar ook door de spanning tussen de 'verlangens' en 'een goed hart'. Hoe ga je daarmee om?

> "Ik heb deze gevoelens al van toen ik twaalf was. De zaak-Dutroux heeft me enorm aangegrepen, omdat ik toen besefte dat ik niet de enige in de wereld was met zulke neigingen. Dat gaf me een zekere troost." (online, p. 2)

Pedofiele gevoelens vinden hun oorsprong vaak in de adolescentie, maar niet altijd. In een onderzoeksrapport dat het Amerikaanse Congres liet opstellen, legt Seto (2012) uit dat het kijken – om welke reden dan ook – naar kinderpornografische beelden iemand kan desensitiseren voor het misbruik in zulke beelden. Pedofiele gevoelens kunnen dus ook op latere leeftijd worden 'aangeleerd'. Maar veel pedofiele cliënten vertellen inderdaad dat ze het in hun late adolescentie al beseften. Wat toen misschien nog een keuze leek, wordt het daarna veel minder. Fantasieën en aantrekking kunnen een last worden waarbij men zich machteloos voelt. Er vestigt zich een seksueel zelfbeeld: 'Ik ben iemand met pedofiele gevoelens.'

> "Ik ben wel eens alleen geweest met een jongen en in die situatie heb ik me afgevraagd of ik het toch niet eens zou wagen. Maar ik weet dat het niet mag. Ik geloof ook dat het meteen zou uitkomen. Ik ben niet zo iemand die verhaaltjes zou opdissen of een kind zou bedreigen. Maar ik pieker er ook over of ik me zal kunnen blijven beheersen." (online, p. 4)

Seksueel gedrag wordt gestuurd door twee relatief onafhankelijke systemen: aantrekking/motivatie/opwinding en zelfcontrole/inhibitie. Therapeutisch gezien, is dat een interessant perspectief omdat er misschien in eerste instantie niet zoveel aan de aantrekkingskant kan worden aangepakt, maar wel aan de controlekant. Internet heeft dat evenwel complexer gemaakt. Zelfcontrole in het reële leven is één ding, online op internet is het toch iets anders.

> "Ik ben al sinds mijn kindertijd veroordeeld tot een liefdeloos en eenzaam leven. Euthanasie is ook een vorm van erkenning voor al dat lijden. Geen mens verdient het toch om zo te leven? En wie weet, misschien zullen veel mensen wel blij zijn dat ik er niet meer ben." (online, p. 5)

Als dit geen appel is aan de hulpverlening? Het is in de praktijk misschien wel makkelijker om aan je partner of aan vrienden te zeggen dat je een kind hebt misbruikt dan te zeggen dat je seksuele fantasieën hebt. Want die duren voort en zijn een intiem deel van je persoon. Er mogen zijn als mens is toch een universeel therapiethema?

## Seksuele voorkeur

Mij is geen onderzoek bekend dat aantoont dat pedofilie is aangeboren. Cantor, een Canadese hersenonderzoeker die baanbrekend werk op het gebied van het 'pedofiele brein' heeft verricht, kwam tot de conclusie dat een aangeboren neurologische kwetsbaarheid als risicofactor niet kan worden uitgesloten (Cantor, 2008). In de vakpers woedt momenteel een debat over de veranderbaarheid van pedofiele opwinding (Fedoroff et al., 2015). Ponseti et al. (2014) vonden een hersencircuit ('bad wiring') waarbij pedofielen met seksuele opwinding reageren op beelden van kinderen die bij niet-pedofielen gevoelens van zorg en tederheid oproepen. Seto (2012) en Seto, Reeves en Jung (2010) vonden aanwijzingen dat pedofiele interesse ook op latere leeftijd kan ontstaan, bijvoorbeeld door naar kinderporno te kijken en de daarbij ervaren opwinding toe te laten en verder op te zoeken.

Een volwassen persoon kan zijn seksuele voorkeur ervaren als iets waar hij niet meer vrij voor kan kiezen. De seksuoloog Money (1986) spreekt van een 'love map', een psychische liefdeskaart waarop staat geschreven wat iemand als seksueel opwindend beleeft en wat niet. Vaak staat op die denkbeeldige kaart ook genoteerd wat hoort en wat niet, en hoe je dient te reageren op seksuele situaties.
Die seksuele voorkeur kan zich op drie seksuele ervaringsdomeinen uiten. Ten eerste horen er seksuele fantasieën bij die minstens bij het masturberen een rol spelen. Seksuele fantasieën kunnen vele vormen aannemen, bijvoorbeeld: herinneringen aan films of eigen ervaringen, een wirwar van beelden en flitsen, tot en met een uitgewerkt verhaal dat zich 'in het hoofd afspeelt'. Ten tweede kunnen seksuele handelingen aansluiten bij de seksuele voorkeur en de seksuele fantasieën, maar ze kunnen daar ook van afwijken. Ten derde heeft iedereen ook een seksueel zelfbeeld. Dat kan heel stabiel zijn (bijvoorbeeld: 'Ik ben hetero', 'Ik heb wisselende partners nodig', 'Voor mij hoeft seks niet zo'). Bij dat zelfbeeld kan ook een beoordeling horen van de eigen seksuele fantasieën en handelingen (bijvoorbeeld: 'Het is niet oké naar porno te kijken', 'Ik heb geen vrede met mijn homoseksuele geaardheid').
Deze drie ervaringsdomeinen kunnen samenvallen, kunnen gedeeltelijk overlappen en kunnen ook afwijken van elkaar. Seksuele fantasieën en impulsen (het eerste domein) rechtstreeks beïnvloeden en veranderen is moeilijk en misschien wel onmogelijk. Proberen om ongewenste fantasieën niet meer te voeden en ze daardoor in intensiteit te laten afnemen en eventueel te laten uitdoven, is voor sommigen een mogelijkheid maar vraagt veel motivatie, energie en doorzettingsvermogen.

De twee andere domeinen – seksuele handelingen en het seksuele zelfbeeld – bieden echter meer therapeutische mogelijkheden. Hoe zijn de handelingen uit het verleden genoteerd op de liefdeskaart? Welke overtuigingen uit het zelfbeeld zijn bespreekbaar? Fantasieën, gedrag en zelfbeeld hoeven niet samen te vallen. Het leven is wellicht gemakkelijker indien dat wel het geval is. Maar het is niet noodzakelijk en het leven wordt er meestal ook niet ondraaglijk moeilijk door.

De temperamenttheorie van de Amerikaanse onderzoekster Rothbart kan hierbij helpen. Zij spreekt van een regulerende temperamentfactor, die ze 'effortful control' noemt, of in het Nederlands 'doelbewuste controle'. Ze doelt hiermee op een vermogen om een dominante respons af te remmen en daarvoor in de plaats een subdominante respons uit te voeren (Rothbart

& Bates, 1998). Doelbewuste controle bestaat concreet uit aandachtscontrole (het vermogen aandacht te verplaatsen en specifiek op iets te richten) en gedragscontrole (het vermogen om gedrag af te remmen als dat noodzakelijk is). Er is een grote overlap tussen doelbewuste controle en wat neuropsychologen executieve functies noemen. Voor een deel gaat het hier om een aangeboren vermogen (Davis, Bruce, & Gunnar, 2002). Maar Baumeister en Tierney (2012) tonen aan dat oefening en een gezonde levensstijl kunnen helpen om zelfcontrole en wilskracht te bevorderen. Ze gebruiken de metafoor van een spier: zelfcontrole kan door oefening worden versterkt, maar een spier kan door overbelasting ook uitgeput geraken. De American Psychological Association publiceerde hierover een zeer handige gratis folder (Weir, 2012).

## Waarop moet de hulpverlening zich richten?

Långström et al. (2013) vonden geen onderzoeksgegevens over preventieve hulp voor volwassenen en adolescenten die met pedofiele gevoelens en impulsen worstelen. Zij concludeerden dat bij gebrek aan specifieke richtlijnen de ethisch meest verdedigbare hulpstrategie erin bestaat de aanwezigheid van behandelbare risicofactoren voor misbruik te beoordelen en de behandeling daarop te richten. Carich, Cameron, Young, en Parkins (2013) stelden zo'n lijst op: empathie, regulatievaardigheden (opwinding, 'mood management'), interpersoonlijke en hechtingsproblemen, eigenwaarde en zelfvertrouwen, denkfouten en cognitieve schema's. Marshall (2010) en Marshall en Marshall (2010) onderstreepten het belang van stress, gehechtheid, eenzaamheid en intimiteit in de etiologie van seksueel geweld.

De rol van negatieve jeugdervaringen en disfuncties in het gezin van herkomst is lang onderbelicht gebleven als belangrijke factor in de ontwikkeling van seksuele afwijkingen (Anda et al., 2006). Levenson, Willis en Prescott (2014) onderzochten de prevalentie van jeugdtrauma's in een steekproef van 679 mannelijke seksuele delinquenten met behulp van de Adverse Childhood Experience (ACE)-schaal. In vergelijking met mannen in de algemene bevolking hadden zedendelinquenten drie keer meer kans zelf seksueel misbruikt te zijn als kind, ze hadden bijna twee keer zoveel kans op lichamelijke mishandeling en dertien keer meer kans op verbaal geweld. Hogere ACE-scores waren statistisch significant geassocieerd met een hoger recidiverisico. Levenson et al. (2014) concluderen dat veel zedendelinquenten opgroeiden in een gedesorganiseerde sociale omgeving en bevestigen hiermee de eerder geciteerde hechtingsproblemen (Marshall & Marshall, 2010).

Seksueel gedrag wordt gestuurd door twee relatief onafhankelijke systemen: aantrekking/motivatie/opwinding en zelfcontrole/inhibitie. Dat komt overeen met de BIS-BAS-theorie van Gray (1987). BIS staat voor 'Behavior Inhibition System' (gedragsvermijdingssysteem) en BAS voor 'Behavior Approach System' (gedragstoenaderingssysteem). Indien doelen die we nastreven, beloond worden (BAS), zullen we die blijven nastreven. Seksuele bevrediging is een zeer sterke 'incentive'. BIS zorgt ervoor dat we operant worden geconditioneerd voor dingen die we gaan vermijden. Impulsieve mensen hebben een hoge BAS en een lage BIS. Mensen met een aanleg voor angst hebben een hoge BIS en een lage BAS. Een wat afwijkend patroon komt echter vaak voor bij de doelgroep voor preventieve hulp: hoge BAS én hoge

BIS. De aantrekking is groot, maar de angst en de inhibitie zijn dat ook. De toegankelijkheid van het internet kan dan desensitiserend werken. Een derde systeem dat later aan BIS en BAS werd toegevoegd, kan hierin een rol spelen, namelijk het sensatiebenaderingssysteem. Zuckerman (2007) voert evidentie aan dat spanningsbehoefte ('sensation seeking') als een derde autonoom gedragssturingssysteem moet worden gezien. Er is een dosis spanningsbehoefte nodig om uiteindelijk een grens te durven overschrijden en een strafbaar feit te plegen.

Cliënten die preventieve hulp bij pedofiele gevoelens zoeken, zijn al heel erg gebaat bij goede psychotherapie 'as usual' waarbij de bovenstaande thema's aan bod komen. Maar seksualiteit en seksuele voorkeur vormen een thema dat therapeuten soms uit de weg gaan.

## Hoe kan hulp eruitzien?

Uit Europees onderzoek blijkt dat mensen met pedofiele gevoelens de weg naar de hulpverlening moeilijk vinden (Gykiere & Vanhoeck, 2014; Stop it Now!, 2014). Enerzijds is de drempel hoog om hulp te zoeken en ervoor te kiezen om het probleem bespreekbaar te maken, anderzijds schromen hulpverleners de juiste vragen te stellen. Ervaringen in Duitsland, Finland, Groot-Brittannië, Ierland en Nederland tonen aan dat een anonieme gespecialiseerde hulplijn de stap voor de hulpzoeker verkleint om een eerste vraag te durven stellen. Zo'n hulplijn ontbreekt in België.

Bij zo'n hulplijn moet een gepast therapieaanbod aansluiten. Niet alle mensen met pedofiele gevoelens zoeken hulp met het oog op het voorkomen van slachtoffers. Sommigen zoeken gewoon hulp voor hun lijden onder de fantasieën, de eenzaamheid, de uitsluiting (zie het getuigenis over de 'glazen gevangenis'). Die mensen voelen zich niet thuis bij een hulpaanbod dat op misbruikpreventie is gericht. Ook de algemene hulpverlening zou zich dus voor deze hulpzoekers moeten openstellen. Dat kan in de toekomst een belangrijk werkterrein worden voor bijvoorbeeld seksuologen. Er is echter nog een groot gebrek aan kennis en er is angst voor de verantwoordelijkheid ('Kan ik iets verkeerd doen?', 'Krijg ik last met justitie?').

Voor wie is een preventief hulpaanbod dan uiteindelijk bedoeld? Voor mensen die:

- zelf lijden aan of onder hun fantasieën;
- zelf bang zijn voor hun impulsen en vrezen dat ze de zelfcontrole wel eens zouden kunnen verliezen;
- na een vroegere veroordeling geen justitiële begeleiding meer hebben en zelf vrezen te recidiveren;
- misschien iets strafbaars hebben gedaan, maar bij wie dat strafrechtelijk nooit is vastgesteld.

Screening bij zo'n hulplijn moet erop gericht zijn zorgvuldig te luisteren naar het verhaal en de vraag van de beller. Waar is hij naar op zoek? Vreest hij zelf dat een acting-out reëel is? Staat het eigen lijden aan de fantasieën centraal? Gespecialiseerde forensische teams stellen hun aanbod nu meestal al open voor deze 'preventieve-hulpzoekers'. Niet-gespecialiseerde therapeuten die hun praktijk willen openstellen voor de hulpzoekers met lijdensdruk, kunnen

bij de gespecialiseerde centra of bij het Universitair Forensisch Centrum (http://www.ufc.be) terecht met vragen en twijfels.

## Conclusie

Een preventief hulpaanbod voor mensen met pedofiele gevoelens zou uit een getrapt aanbod moeten bestaan. Een laagdrempelige hulplijn (telefoon; chat) die anoniem, direct en gespecialiseerd is en waarop vervolghulpverlening kan aansluiten. Niet-gespecialiseerde therapeuten zouden zich ook op dit terrein moeten wagen en hulp bieden aan mensen die lijden onder deze intense gevoelens. Voor die therapeuten moeten supervisie en coaching beschikbaar zijn. Gespecialiseerde therapeuten moeten een hulpaanbod uitbouwen voor mensen met pedofiele gevoelens die vrezen de zelfcontrole te verliezen.

## Literatuur

Ahlers, C.J., Schaefer, G.A., Mundt, I.A., Roll, S., Englert, H., Willich, S., & Beier, K.M. (2011). How unusual are the contents of paraphilias – Prevalence of paraphilia-associated sexual arousal patterns (PASAPs) in a community-based sample of men. *Journal of Sexual Medicine, 8*, 1362-1370.

Anda, R.F., Felitti, V.J., Bremner, J.D., Walker, J.D., Whitfield, C., Perry, B.D., ... Giles, W.H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 256*, 174-186.

Baumeister, R., & Tierney, J. (2012). *Wilskracht. De herontdekking van de grootste kracht van de mens.* Amsterdam: Nieuwezijds.

Beel, V. (2014, 22 februari). Ik leef in een glazen gevangenis. *De Standaard Online*. Geraadpleegd via http://www.standaard.be/cnt/dmf20140221_00991889.

Blanchard, R., Lykins, A.D., Wherrett, D., Kuban, M.E., Cantor, J.M., Blak, T., Dickey, R., & Klassen, P.E. (2009). Pedophilia, hebephilia, and the DSM-V. *Archives of Sexual Behavior, 38*, 335-350.

Cantor, J.M. (2008). MRI research on pedophilia: What ATSA members should know. *ATSA Forum, 20*(4), 6-10.

Carich, M.S., Cameron, B., Young, H., & Parkins, M. (2013). The key essential elements of contemporary sex offender treatment: A brief summary. *ATSA Forum, XXV*(3-4). Geraadpleegd via http://newsmanager.commpartners.com/atsa/issues/2013-07-02/6.html.

Davis, E.P., Bruce, J., & Gunnar, M.R. (2002). The anterior attention network: Associations with temperament and neuroendocrine activity in 6-year-old children. *Developmental Psychobiology, 40*, 43-56.

Dombert, B., Schmidt, A.F., Banse, R., Briken, P., Hoyer, J., Neutze, J., & Osterheider, M. (ter perse). How common is males' self-reported sexual interest in prepubescent children? *Journal of Sex Research.* Geraadpleegd via http://orbilu.uni.lu/bitstream/10993/20033/1/Dombert_Schmidt_et_al.2015.Sexual_interest_in_children_JSR.pdf.

Fedoroff, P.J., Curry, S., Müller, K., Ranger, R., Briken P., & Bradford, J. (2015). Evidence that arousal to pedophilic stimuli can change: Response to Bailey, Cantor, and Lalumière. *Archives of Sexual Behavior, 44*, 259-263.

Foege, W.H., Rosenberg, M.L., & Mercy, J.A. (1995). Public health and violence prevention. *Current Issues in Public Health, 1*, 2-9.

Gray, J.A. (1987). *The psychology of fear and stress* (2nd ed.). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Gykiere, K., & Vanhoeck, K. (2014). Een hulplijn voor mensen met pedofiele gevoelens. *Iternieuwsbrief, 3*(3). Geraadpleegd via http://iternieuwsbrief.blogspot.be/2014_08_01_archive.html.

Långström, N., Enebrink, P., Laurén, E., Lindblom, J., Werkö, S., & Hanson, R.K. (2013). Preventing sexual abusers of children from reoffending: Systematic review of medical and psychological interventions. *British Medical Journal, 347*, f4630. doi:10.1136/bmj.f4630.

Levenson, J.S., Willis, G.M., & Prescott, D.S. (2014). Adverse childhood experiences in the lives of male sex offenders: Implications for trauma-informed care. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment.* First published on May 28, 2014. doi: 10.1177/1079063214535819.

Marshall, W.L. (2010). The role of attachments, intimacy, and loneliness in the etiology and maintenance of sexual offending. *Sexual and Relationship Therapy, 25*, 73-85.

Marshall, W.L., & Marshall, L.E. (2010). Attachment and intimacy in sexual offenders: An update. *Sexual and Relationship Therapy, 25*, 86-90.

McGrath, R.J., Cumming, G.F., & Burchard, B.L. (2003). *Current practices and trends in sexual abuser management: The Safer Society 2002 Nationwide Survey.* Brandon, VT: Safer Society Foundation.

Money, J. (1986). *Lovemaps: Clinical concepts of sexual/erotic health and pathology, paraphilia, and gender transposition of childhood, adolescence, and maturity.* New York: Ardent Media.

Ponseti, J., Granert, O., Van Eimeren, T., Jansen, O., Wolff, S., Beier, K., ... Siebner, H. (2014). Human face processing is tuned to sexual age preferences. *Biology Letters.* Published online May 21, 2014. Geraadpleegd via http://rsbl.royalsocietypublishing.org/content/10/5/20140200.

Sandler, J.C., Freeman, N.J., & Socia, K.M. (2008). Does a watched pot boil? A time-series analysis of New York State's sex offender registration and notification law. *Psychology, Public Policy, and Law, 14*, 284-302.

Seto, M.C. (2009). Pedophilia. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 391-407.

Seto, M. (2012). Child pornography offender behaviour. In USSC (Ed.), *Report to the Congress: Federal child pornography offenses* (chapter 4, pp. 73-106). Washington DC: United States Sentencing Commission. Geraadpleegd via http://www.ussc.gov/sites/default/files/pdf/news/congressional-testimony-and-reports/sex-offense-topics/201212-federal-child-pornography-offenses/Chapter_04.pdf.

Seto, M.C., Reeves, L., & Jung, S. (2010). Motives for child pornography offending: The explanations given by the offenders. *Journal of Sexual Aggression, 16*, 169-180.

Stop it Now! (2014). *A public health approach to tackling child sexual abuse: Research on Stop it Now! UK and Ireland and Stop it Now! Netherlands.* London, UK: Stop it Now! Geraadpleegd via http://www.natcen.ac.uk/media/329130/overview-of-study_complete-web.pdf.

Weir, K. (2012). *What you need to know about Willpower. The psychological science of self-control.* Washington DC: American Psychological Association. Geraadpleegd via http://www.apa.org/helpcenter/willpower.pdf.

World Health Assembly. (1996). *Prevention of violence: Public health priority* (WHA 49, 25). Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Zuckerman, M. (2007). *Sensation seeking and risky behavior.* Washington DC: American Psychological Association.

## Personalia

Kris Vanhoeck, licentiaat psychologie, is coördinator van I.T.E.R. te Brussel.
E-mail: iter.vanhoeck@gmail.com.