

De effectiviteit van psychologische behandeling bij volwassen verkrachters: Bevindingen van een meta-analyse

Corine de Ruiter, Violaine Veen, Peter Greeven

Universiteit Maastricht, Trimbos-instituut, Universiteit Utrecht, Kentron/NOVADIC

Samenvatting

De afgelopen jaren zijn in de internationale vakliteratuur een aantal meta-analyses en systematische reviews verschenen naar het effect van behandeling voor seksuele delinquenten. In deze studies wordt echter geen onderscheid gemaakt tussen verschillende typen zedendelinquenten, zoals verkrachters, exhibitionisten en pedoseksuele daders. Toch is dit van groot belang omdat deze typen seksuele delinquenten verschillen qua ernst van de misdrijven en risicofactoren voor delictgedrag. In deze publicatie wordt verslag gedaan van een meta-analyse naar het effect van psychologische interventies bij verkrachters. Op basis van 5 verschillende studies met in totaal 578 verkrachters wordt geconcludeerd dat cognitieve gedragstherapie met terugvalpreventie een bescheiden bijdrage levert aan het terugdringen van seksuele en algemene recidive, zoals vastgesteld aan de hand van nieuwe veroordelingen, bij verkrachters. De verschillen tussen de behandel-effectstudies zijn echter groot—van geen effect tot een groot effect. Effectieve behandelingen voor verkrachters zijn intensief en langdurig. De auteurs besluiten hun bijdrage met een pleidooi voor meer behandel-effectonderzoek in de Nederlandse forensische sector.

In het Nederlandse Wetboek van Strafrecht wordt verkrachting beschreven als het seksueel binnen dringen van een lichaamsopening door middel van (bedreiging met) geweld of een andere feitelijkheid (bijvoorbeeld psychische druk) van een man of vrouw, binnen of buiten het huwelijk (Frenken, 2002). Aanranding bestaat uit het dwingen van een persoon tot het plegen of toelaten van seksuele handelingen anders dan penetratie met (bedreiging met) geweld of een andere feitelijkheid. In de meeste onderzoeken worden aanranding en verkrachting, beide een hands-on seksueel delict, samen genomen.

Het aantal bij de politie bekende zedendelicten in Nederland schommelt tussen de 2000 en 2350 per jaar (Daalder & Essers, 2003). De recidive met een zeden-

delict bij behandelde zedendelinquenten varieert in meta-analyses van 13-39%, afhankelijk onder andere van het type delinquent en de tijdsduur van de follow-up (De Vogel & de Ruiter, 2003; Hanson & Morton-Bourgon, 2005). Wanneer gebruik wordt gemaakt van survival-analyse, waarbij gecorrigeerd wordt voor time at risk, stijgt dit percentage naar 35-52%. Als een zedendelinquent immers vanwege een nieuw misdrijf voor een periode in de gevangenis belandt, kan hij geen nieuw delict plegen in die periode. Nederlands ongecontroleerd onderzoek wijst verder uit dat de recidive over 25 jaar, van alle mensen die in 1977 voor een zedendelict werden veroordeeld, 29% bedroeg (Nieuwbeerta, Blokland, & Bijleveld, 2003). Hiervan pleegden 24% van de verkrachters/aanranders, 28% van de ontuchtplegers en 40% van de exhibitionisten een nieuw zedenmisdrijf.

In de Verenigde Staten en Canada is het aantal onderzoeken naar de effectiviteit van verschillende interventies bij zedendelinquenten in de loop der jaren sterk gegroeid (voor overzichten, zie o.a. Dowden, Antonowicz, & Andrews, 2003; Marshall, 2006). De resultaten van de meta-analyses en de overzichtstudies zijn echter niet eenduidig. Dit heeft te maken met grote

Prof.dr. C. de Ruiter, Faculteit der Psychologie, Universiteit Maastricht, Postbus 616, 6200 MD Maastricht.

E: Corine.deRuiter@psychology.unimaas.nl

Dr. V. Veen, psycholoog, Universiteit Utrecht, Faculty of Social and Behavioural Sciences, Heidelberglaan 2, 3584 CS Utrecht

Dr. Peter Greeven, GZ-psycholoog, psychotherapeut, hoofd Research & Development Novadic-Kentron, Postbus 243, 5260 AE Vught, E: peter.greeven@novadic-kentron.nl

Ontvangen: 2 januari 2006; Geaccepteerd: 23 november 2007.

verschillen in de eisen die men stelt bij de selectie van de studies, de duur van de follow-up periode, en de wijze waarop de uitkomsten (meestal recidive) werden gemeten. (Hanson, Gordon, Harris, Marques, Murphy, Quinsey & Seto, 2002; Hanson & Morton-Bourgon, 2005). De belangrijkste reden van het gebrek aan eenduidige conclusies ligt wellicht in het feit dat in alle tot nu toe uitgevoerde meta-analyses en overzichtstudies alle verschillende typen seksuele delinquenten (zoals verkrachters, exhibitionisten, pedoseksuele daders) samen genomen zijn, waardoor geen recht gedaan wordt aan de grote heterogeniteit binnen de groep zedendelinquenten. Verkrachters hebben bijvoorbeeld vaker een antisociale levensstijl dan pedoseksuele daders (Firestone, Bradford, Greenberg, & Serran, 2000). Er is voor zover wij weten nooit een meta-analyse verricht waarin de effectiviteit van behandeling van alleen de groep verkrachters/aanranders is onderzocht. Omdat de groep zedendelinquenten zeer heterogeen en complex van aard is, bieden meta-analyses die zich richten op de gehele groep zedendelinquenten maar beperkte informatie over de onderscheiden typen zedendelinquenten. De verschillende typen seksuele delinquenten onderscheiden zich namelijk niet alleen in het type gepleegde delict en seksueel deviant gedrag, maar ook op gebieden zoals persoonlijke en criminele antecedenten, de situaties die aan een delict voorafgaan, de leeftijd en het geslacht van de slachtoffers, de attitudes ten overstaan van het eigen delictgedrag en het recidiverisico. Dit betekent dat het zinvol is om de effectiviteit van behandeling bij verschillende typen zedendelinquenten apart te bestuderen.

Studies naar de effectiviteit van behandeling bij seksuele delinquenten zijn niet zonder praktische en methodologische obstakels. Zo is er sprake van beperkte mogelijkheden voor de 'gouden standaard' van gerandomiseerd effectonderzoek (RCT) waarin tevens gebruik wordt gemaakt van onbehandelde controlegroepen. Een veelvoorkomend alternatief voor een controlegroep is dan ook om de behandeluitkomst van een behandelde groep zedendelinquenten te vergelijken met een schatting van het aantal onbehandelde zedendelinquenten dat gerecidiveerd is (Emmelkamp et al., 2002). In veel studies vormen echter ook drop-outs en zedendelinquenten die niet deel willen nemen aan behandeling de vergelijkings- en/of controlegroepen, waardoor de bevindingen vertekend kunnen zijn en de interpretatie van de resultaten wordt belemmerd. Onderzoekers als Rice en Harris (2003) houden om die reden vast aan de 'gouden standaard' van de RCT, ook in het onderzoek naar het effect van behandeling bij zedendelinquenten.

In de meeste effect- en recidive-onderzoeken wordt seksuele recidive, maar ook niet-seksuele gewelddadige recidive en algemene recidive, als uitkomstmaat van behandeling gebruikt (Hanson et al., 2002; Hanson & Morton-Bourgon, 2005). Bij het gebruik van seksuele recidive als uitkomstmaat zijn echter een aantal kanttekeningen te plaatsen. Ten eerste is het vaststellen van seksuele recidive niet gemakkelijk. Zelfrapportage van seksuele recidive is onbetrouwbaar (Marshall & Barbaree, 1990). In veel studies wordt als recidivemaat één of meerdere nieuwe veroordelingen gehanteerd. Echter, niet alle seksuele delicten worden bij de politie aangegeven, niet alle daders worden gepakt en de dader wordt niet altijd veroordeeld. Het gebruik van recidivecijfers die enkel gebaseerd zijn op veroordelingen, leidt derhalve tot een sterke onderschatting van het feitelijke recidivepercentage (Emmelkamp et al., 2002; Hanson et al., 2002). Ook is het soms lastig om studies waarin recidivepercentages als effectmaat worden gebruikt, met elkaar te vergelijken: er zijn verschillen in de gebruikte bronnen (officiële justitiële documentatiesystemen) en de betrouwbaarheid en volledigheid van die bronnen verschilt sterk per regio (Marshall, 2006).

In een meta-analyse van Hanson et al. (2002) werden data uit een groot aantal onderzoeken (43; totale $N = 9.454$) naar behandel-effectiviteit van seksuele delinquenten in het algemeen bestudeerd. De seksuele recidive van behandelde zedendelinquenten bleek significant verminderd ten opzichte van zedendelinquenten die geen behandeling hadden gekregen. Behandeling waarin gebruik werd gemaakt van cognitief-gedragstherapeutische methoden hing samen met een vermindering van seksuele (van 17.3% tot 9.9%) en algemene (van 51% tot 32%) recidive bij seksuele delinquenten. Kenworthy, Adams, Bilby, Brooks-Gordon en Fenton (2006) verrichtten in het kader van de Cochrane Reviews een studie naar de effectiviteit van psychologische behandeling van seksuele delinquenten. De auteurs richtten zich uitsluitend op RCT's met betrekking tot intramurale of ambulante behandeling van volwassen seksuele delinquenten en delinquenten die een gewelddadig delict met een seksuele component hadden gepleegd. Met behulp van Risk Ratio berekeningen werd de effectiviteit van gedragstherapeutische, cognitief-gedragstherapeutische, psychodynamische en psychoanalytische behandelvormen als ook farmacotherapie met elkaar vergeleken. Studies waarin meer dan 50% van de deelnemers aan de behandeling niet in de follow-up waren betrokken, werden niet opgenomen in de review. Negen RCT's (meer dan 500 seksuele delinquenten waarvan ongeveer de helft pedoseksuele delinquenten)

kwamen in aanmerking voor opname in de review. De resultaten zijn niet eenduidig. Een cognitief-therapeutische behandelvorm lijkt een positief effect te hebben op recidive-vermindering na een follow-up van een jaar. Groepstherapeutische interventie hangt samen met een negatieve behandeluitkomst op de lange termijn.

In de onderhavige studie wordt voor de subgroep verkrachters een vergelijkbare meta-analyse naar het effect van behandeling uitgevoerd. Hoewel meta-analyse uiteraard geen oplossing biedt voor alle methodologische tekortkomingen van individuele effectstudies, biedt zij door de grotere omvang van de steekproef en de grotere generaliseerbaarheid van de bevindingen de mogelijkheid tot sterkere conclusies, vooral in gevallen waar de kosten van dataverzameling relatief hoog zijn en kennis over effectiviteit van interventies urgent (Hanson & Broom, 2005). Kennis over wat werkt om recidive bij verkrachters te voorkomen hoort daar zeker bij.

Methodie

Er is gezocht naar Engelstalige en Nederlandstalige effectstudies op het gebied van de behandeling van zedendelinquenten gepubliceerd vanaf begin 1979 tot medio 2006. De keuze voor deze tijdsperiode is gebaseerd op het gegeven dat vanaf de jaren '80 van de vorige eeuw, behandeling meer gericht is op concreet delictgedrag en de daarbij behorende risicofactoren en minder op onderliggende psychiatrische problematiek zoals voordien het geval was (de Vogel, de Ruiter, van Beek, & Mead, 2003). In vier bibliografische databases is systematisch gezocht naar effectstudies met betrekking tot de behandeling van zedendelinquenten: PsycINFO, PubMed, EMBASE en de National Criminal Justice Reference Service (NCJRS). Daarnaast is de online catalogus van de Rutgers Nisso Groep geraadpleegd. Als zoektermen zijn de relevante thesaurustermen van de databases geselecteerd (waaronder sex offender, sex offense, rape, sexual assault, frotteur, sexual deviance, recidivism, relapse, conviction en Nederlandse equivalenten van deze termen). Uitgangspunt is dat de meeste publicaties gevonden worden in PsycINFO en PubMed. Het zoekstelsel van de NCJRS is minder geavanceerd dan de zoeksystemen van de overige databases. In het zoekstelsel van de NCJRS zijn twee zoektermen gecombineerd (sex offenders en treatment effectiveness) en de resultaten zijn handmatig geselecteerd.

Criteria en procedure voor selectie van effectstudies
Van alle publicaties die uit de literatuur search naar voren kwamen, zijn de studies op grond van de samenvattingen (abstracts) door drie onderzoekers onafhankelijk beoordeeld. Op basis van consensusbesprekingen hebben de drie onderzoekers bepaald of publicaties opgevraagd werden. Bij de beoordeling van de studies aan de hand van de abstracts zijn de volgende criteria gehanteerd:

1. de studie diende gericht te zijn op volwassen (18+) mannen die seksueel geweld plegen (hands on delicten) tegen volwassen vrouwen (18+) zonder instemming van het slachtoffer (Marshall & Serran, 2000). Deze definitie van seksueel geweld omvat zowel verkrachters, aanranders als frotteurs.¹
2. Indien uit een abstract bleek dat een onderzoekspopulatie uit zowel adolescenten als volwassen mannen met adolescentie slachtoffers bestond, is het betreffende artikel meegenomen in de verdere gegevensverzameling. Geen van deze studies bleek later echter aan de overige inclusiecriteria te voldoen. Internationaal worden namelijk verschillende leeftijdsgrenzen gehanteerd voor de definitie van volwassen seksuele delinquenten (daders vanaf 16 jaar en/of slachtoffers vanaf 14 jaar).
3. Indien uit de abstract bleek dat een studie primair gericht was op plegers van seksueel geweld met een verstandelijke beperking, exhibitionisten en/of pedoseksuele delinquenten, is de publicatie niet opgevraagd.
4. De studies dienden gericht te zijn op de evaluatie van een psychologische en/of psychiatrische behandeling, inclusief farmacotherapie, van seksueel gewelddadig gedrag. Een behandeling kan ook in gevangenschap gegeven zijn of tijdens verlengd toezicht na gevangenschap.
5. De uitkomstmaat, c.q. effectmaat die gebruikt werd in de studie diende tenminste uit recidivegegevens te bestaan.
6. De consensusbesprekingen vonden drie maal plaats. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid was hoog (in 90% van de gevallen kwam de beoordeling van de 501 abstracts overeen), indien er sprake was van een verschil van inzicht (twijfel ten aanzien van het al dan niet opvragen van een publicatie) werd de studie opgevraagd. De 57 opgevraagde publicaties zijn vervolgens door drie onderzoekers onafhankelijk beoordeeld aan de hand van de volgende criteria:

¹ Frotteurisme betreft recidiverende intense seksueel opwindende fantasieën, seksuele drang of gedragingen die het zonder instemming aanraken van en wrijven tegen iemand met zich meebrengen (American Psychiatric Association, 2001).

7. de studie diende gericht te zijn op het vaststellen van behandel-effect door middel van recidivegegevens van een behandelde onderzoeksgroep en een onbehandelde vergelijkingsgroep. Bij voorkeur dienden de recidivegegevens gespecificeerd te zijn naar algemene recidive en seksuele recidive;
8. de follow-up termijn ('time at risk') van de effectstudie diende minimaal een jaar te bedragen. Recidive kan namelijk lange tijd na afsluiting van een behandeling nog plaatsvinden (soms zelfs na 25 jaar: Bonta & Hanson, 1994; Barbaree, 1997);
9. de steekproef diende uit minstens $N = 10$ te bestaan. Beschrijvend onderzoek en casestudies ($N = 1$) werden niet in de dataverzameling opgenomen. Hoe groter de onderzoekspopulatie, des te groter de zeggingskracht van de onderzoeksresultaten (Berger, Imbos & Janssen, 2000);
10. het behandelprogramma, c.q. de interventie welke in een studie wordt geëvalueerd diende duidelijk omschreven te zijn in de betreffende publicatie. Dat wil zeggen dat informatie werd geboden over de duur en intensiteit van de interventie alsook het gehanteerde interventiemodel en de interventietechnieken;
11. de effectstudies werden eveneens beoordeeld op de kwaliteit van het onderzoeksdesign aan de hand van de volgende, door de Cochrane Collaboration gehanteerde criteria voor RCT's:
 - D1 Is een methode van randomisatie uitgevoerd?
 - D2 Was de randomisatie blind?
 - D3 Waren de groepen aan het begin van de studie onderling vergelijkbaar, wat betreft de belangrijkste prognostische variabelen?
 - D4 Zijn de in- en exclusiecriteria genoemd?
 - D5 Was de effectbeoordelaar geblindeerd?
 - D6 Was de hulpverlener/behandelaar geblindeerd?
 - D7 Was de patiënt geblindeerd?
 - D8 Zijn de punt-schatting en spreidingsmaten gepresenteerd voor de primaire uitkomstmaten?
 - D9 Is de analyse onder andere volgens het intention-to-treat principe uitgevoerd?

Echter, het merendeel van de gevonden studies over behandeling van verkrachters voldeed slechts aan een beperkt aantal van de Cochrane criteria. Derhalve is besloten om studies die voldoen aan de volgende vier criteria in ieder geval op te nemen in de data-analyse: 1. de studie diende bij voorkeur een methode van randomisatie te omvatten, maar ook quasi-randomised clinical trials, c.q. controlled clinical trials werden geaccepteerd;

2. de groepen dienden aan het begin van de studie onderling vergelijkbaar te zijn voor wat betreft de belangrijkste prognostische variabelen (D3);
3. in- en exclusiecriteria voor deelname aan het onderzoek/behandeling dienden vermeld te zijn (D4);
4. de analyse diende volgens het intention-to-treat principe te zijn uitgevoerd. Dit betekent dat alle deelnemers die aan een conditie zijn toegewezen, worden betrokken in de analyse, ongeacht of zij de toegewezen behandeling gevolgd dan wel voltooid hebben (D9).

Bij de interpretatie van de onderzoeksresultaten wordt rekening gehouden met de kwaliteit van de verschillende studies en de heterogeniteit voor wat betreft onderzoekspopulaties, interventiemethoden en methodologie tussen de studies.

Zeventijftig opgevraagde studies werden door de drie onderzoekers onafhankelijk beoordeeld en tijdens drie bijeenkomsten besproken aan de hand van bovengenoemde criteria. De interbeoordelaarbetrouwbaarheid van de beoordelingen was zeer hoog. Indien één van de beoordelaars twijfelde over opname van een studie in de meta-analyse, werd aanvullende informatie opgevraagd bij de auteurs van de publicatie, dit vond tweemaal plaats. Aan de hand van deze aanvullende informatie werd vervolgens bepaald of de publicatie aan de gestelde criteria voldeed en werd besloten tot opname in de meta-analyse.

Data-analyse

De verzamelde data bestaan uit recidivegegevens van behandelde verkrachters (behandelde groepen) en onbehandelde verkrachters (vergelijkingsgroepen). De gegevens worden weergegeven in 2 bij 2 kruistabellen. Fleiss (1994) adviseert het gebruik van Odds Ratio's (OR) voor de verwerking van 2 bij 2 kruistabellen ten behoeve van meta-analyse. De OR is een associatiemaat voor nominale en ordinale variabelen met twee uitkomstcategorieën (in dit geval: wel of geen recidive) en bestaat uit de kans op een gebeurtenis gedeeld door de kans op het uitblijven van een gebeurtenis. De OR's in deze studie worden als volgt berekend:

$$OR = \frac{(\text{recid-b}/\text{nrecid-b})}{(\text{recid-v}/\text{nrecid-v})}$$

Recid-b bestaat uit het aantal verkrachters in de behandelcondities dat recidiveert, nrecid-b uit het aantal verkrachters in de behandelcondities dat niet recidiveert, recid-v is het aantal verkrachters in de vergelijkingscondities dat recidiveert en nrecid-v is het aantal verkrachters in de vergelijkingscondities dat niet recidiveert.

De OR is een maat die relatief onaangetast blijft door willekeurige verschillen in onderzoeksdesigns,

zoals het aantal proefpersonen in behandel- en vergelijkingscondities en de base rate van recidive in een onderzoekspopulatie (Fleiss, 1994). Om vertekening van de resultaten tegen te gaan en om 2 bij 2 tabellen met een lege cel op te kunnen nemen in de analyses, wordt aan elke cel 0.5 toegevoegd. De waarde van een OR varieert van zeer klein (bijvoorbeeld minder dan 0.1) tot zeer groot (bijvoorbeeld tot 100). Een waarde rond 1.0 wijst op een zwakke of niet bestaande associatie tussen variabelen, een OR groter dan 3.0 of kleiner dan 0.33 representeert een sterke associatie tussen variabelen. In deze studie, wijzen kleine waarden op behandel-effect, namelijk relatief minder recidive in de behandelcondities dan in de vergelijkingscondities (Fleiss, 1994).

Het random effects model (DerSimonian & Laird, 1986) voor meta-analyse van categorische data wordt toegepast om de resultaten (OR's) van de verschillende studies samen te vatten. Het random effects model is een benadering van meta-analyse, waarin de aanname wordt gehanteerd dat 'true treatment effects' kunnen verschillen tussen de individuele effectstudies. Dit betekent dat in de meta-analyse niet één getal wordt berekend, maar een getalsverdeling. Het random effects model heeft de voorkeur wanneer sprake is van (statistische) heterogeniteit tussen de verschillende effectstudies. Om statistische heterogeniteit tussen de verschillende effectstudies te berekenen, wordt gebruik gemaakt van de Q-waarde (Hedges & Olkin, 1985). De Q-waarde is verdeeld als Chi-kwadraat met $k-1$ vrijheidsgraden, waarbij k het totale aantal studies is. Indien de Q-waarde significant is kan de nulhypothese dat de studies statistisch homogeen zijn verworpen worden, wat betekent dat sprake is van heterogeniteit.

Voor de analyse van de gegevens wordt gebruik gemaakt van het statistische programma Meta-Analyst (Lau, 1990). Dit programma is geschreven in Turbo Pascal versie 5.5 en draait onder MS-DOS. Het programma is bedoeld voor het samenvoegen van binaire data van 2 bij 2 tabellen.

Resultaten

Uit de literatuursearch kwamen in totaal 501 abstracts van publicaties naar voren; na beoordeling van de abstracts bleven 57 publicaties over die mogelijk voldeden aan de criteria voor opname in de meta-analyse. Bij nadere bestudering van de 57 publicaties bleken de gegevens uit vijf studies te voldoen aan de criteria en geschikt voor statistische pooling ten behoeve van de meta-analyse. Uiteindelijk was er maar in één studie sprake van aselecte toewijzing (Marques et al., 1994, 2005). Onderstaand volgt een beschrijving van

de gehanteerde behandelmethoden, de setting en de steekproef uit de vijf studies. Twee studies vonden plaats in de Verenigde Staten en drie studies in Canada. In alle studies ging het om de behandeling van veroordeelde seksuele delinquenten binnen het gevangeniswezen of in nauwe samenwerking daarmee vormgegeven. Wij geven deze studies relatief uitgebreid weer om het de lezer mogelijk te maken de uitkomsten van de door ons uitgevoerde meta-analyse te beoordelen.

Studie 1: Marques, Day, Nelson en West (1994) en Marques et al. (2005)

Marques et al. (1994, 2005) evalueerden het Sex Offender Treatment & Evaluation Project (SOTEP), dat 1985 tot 1995 in de staat Californië (USA) werd uitgevoerd. Het project had tot doel om een innovatieve behandelunit te ontwikkelen voor seksuele delinquenten, en tegelijkertijd te voorzien in de evaluatie van de behandelingen zoals die ontwikkeld werden. Het SOTEP project is gebaseerd op een experimenteel design waarbij de effectiviteit van diverse behandelprogramma's wordt bepaald door de vergelijking van drie verschillende groepen: een relapse prevention groep, een volunteer control group en een nonvolunteer control group. De deelnemers aan het SOTEP project worden geselecteerd uit delinquenten van het California Department of Corrections. Het merendeel van de seksuele delinquenten zijn verkrachters/aanranders en pedoseksuelen. Voor het SOTEP project worden alleen seksuele delinquenten geselecteerd die binnen twee jaar in aanmerking komen voor voorwaardelijke beëindiging. Seksuele delinquenten met psychotische symptomen en een IQ van 80 of minder zijn uitgesloten van deelname aan het SOTEP project. Op basis van de selectieprocedure worden de seksuele delinquenten overgeplaatst naar het Atascadero State Hospital waar ze gemiddeld twee jaar in behandeling zijn. Ongeacht de inschatting van het risico van recidive, worden ze op de afgesproken datum in voorwaardelijke vrijheid gesteld, met als voorwaarde dat ze participeren in een jaar durend ambulante nazorgprogramma. Seksuele delinquenten die zijn toegewezen aan de controlegroepen zijn weliswaar zorgvuldig gematched maar ontvangen geen behandeling in het kader van het project.

Behandelingsmodel

Het SOTEP project voorziet in een uitgebreid cognitief-gedragstherapeutisch behandelprogramma, waarbij gebruik wordt gemaakt van het terugvalpreventiemodel. Het programma kent een multi-modale benadering en is dusdanig opgezet dat het de seksuele de-

linquenten helpt om factoren te identificeren die risico-verhogend zijn en om nieuwe adequate copingstrategieën te ontwikkelen. Gedurende het gehele programma volgen de deelnemers een terugvalpreventiegroep (drie sessies van 90 minuten per week). In deze groep worden de belangrijkste concepten van het terugvalpreventiemodel besproken. Uitvoerig wordt stilgestaan bij de persoonlijke, sociale- en seksuele problematiek van de deelnemers, die een verhoogd risico kunnen betekenen voor seksuele recidive. Aanvullend wordt er gedurende één uur per week individuele therapie aangeboden (door een klinisch psycholoog-psychotherapeut) en twee uur counseling door de verpleegkundige staf. De inhoudelijke focus van deze interventies werd niet vermeld.

Alle seksuele delinquenten nemen daarnaast deel aan zogenaamde gespecialiseerde groepen, waaronder relaxatie training, seksuele voorlichting, sociale vaardigheidstraining, agressie management, en resocialisatie training. Delinquenten met een verslavingsachtergrond moeten eveneens deelnemen aan de verslavingsgroep. De diverse groepsbehandelingen zijn uitvoerig beschreven in protocollen (treatment manuals), waarin specifieke behandeldoelen en -methoden zijn opgenomen. De behandelintegriteit van alle groepsbehandelingen werd bewaakt aan de hand van behandelprotocollen waarin doelen en procedures beschreven waren. Daarnaast werden alle therapieessies op video opgenomen en random selecties hieruit bekeken in supervisieessies; er was echter geen formele check van de behandelintegriteit. Na afronding van het intramurale behandelingsprogramma participeerden de deelnemers aan het SOTEP project gedurende een jaar in een nazorgprogramma, het Sex Offender Aftercare Program (SOAP). Het nazorgprogramma werd aangeboden in een polikliniek door clinici die zijn getraind in het gebruik van terugvalpreventiemodellen. Het niet nakomen van de afspraken en het afbreken van deelname aan SOAP kan resulteren in een terugkeer naar de gevangenis.

Behandeleffectiviteit

Er werd gebruik gemaakt van een 'matching-procedure' op basis van drie criteria (leeftijd, type delict en eerder crimineel gedrag). Er werd onderscheid gemaakt tussen pedofiele daders ($n = 240$) en verkrachters ($n = 59$). De deelnemers waren allen ouder dan 18, de definitie van verkrachting (waaronder de leeftijd van het slachtoffer) wordt echter niet vermeld. Voor wat betreft de verkrachters was de indeling als volgt: een behandelde groep ($n = 22$) bestond uit verkrachters die op vrijwillige basis behandeld werden en aselect

waren toegewezen aan de behandelconditie, een vrijwillige controlegroep ($n = 18$) bestond uit verkrachters die op vrijwillige basis behandeld wilden worden maar niet werden toegewezen aan de behandelgroep, en een niet-vrijwillige controlegroep ($n = 18$) bestond uit verkrachters die wel in aanmerking kwamen voor behandeling, maar deze weigerden. Eén verkrachter rondde behandeling niet af omdat hij binnen het jaar nazorg veroordeeld werd tot een gevangenisstraf. De follow-up periode in de studie is conform de survivalmethode vastgesteld en varieerde van 33 tot 72 maanden (Marques, e.a., 2005). Algemeen geweldadige en seksuele recidive werden vastgesteld door middel van nieuwe arrestaties. Binnen de behandelde groep ($n = 22$) recidiveerden twee daders en binnen de vrijwillige controlegroep ($n = 18$) recidiveerden vijf daders met een nieuw zedendelict. Het verschil was niet significant.

Studie 2: Clelland, Studer en Reddon (1998)

Clelland, Studer en Reddon (1998) evalueerden het effect van The Phoenix Program, een behandelprogramma voor veroordeelde seksuele delinquenten dat wordt aangeboden in het Alberta Hospital Edmonton (Canada). Het Alberta Hospital Edmonton is een algemeen ziekenhuis, met een forensisch psychiatrische afdeling voor de intramurale behandeling van seksuele delinquenten met een matig recidiverisico. Tot het programma worden alleen seksuele delinquenten toegelaten die de door hen gepleegde delicten niet ontkenen. Deelname aan de behandeling geschiedt op basis van vrijwilligheid en er moet sprake zijn van een wens om het delictgedrag te veranderen. Seksuele delinquenten met psychotische symptomen en degenen die waarschijnlijk niet zullen profiteren van een behandeling in groepsverband zijn uitgesloten van deelname.

Behandelingsmodel

De behandeling van The Phoenix Program bestaat uit intramurale groepspsychotherapie met cognitief gedragstherapeutische technieken. In de groepstherapie worden diverse aspecten die verbonden zijn aan seksueel delictgedrag behandeld. De behandeling bestaat uit de volgende onderdelen: psychosociale vaardigheidstraining (waaronder anger management en assertiviteitstraining), empathietraining, terugvalpreventie, uitdagen van cognitieve distorties, seksuele voorlichting, planning en doelen, en middelenmisbruik. Aanvullend wordt nog een variëteit aan andere psychotherapeutische technieken (zowel in groeps- als individueel verband) aangeboden om de doelstellingen van het programma te ondersteunen. Het opstellen van

een gedetailleerd delictscenario behoort tot de kern van het programma. De seksuele delinquenten volgen gemiddeld zes tot twaalf maanden het intramurale programma.

Na afronding van de intramurale behandeling dienen de deelnemers vier tot acht maanden deel te nemen aan het extramurale behandelprogramma dat in groepsverband verzorgd wordt door de polikliniek (Step-out Program). Over het algemeen is deelname aan het Step-out programma een voorwaarde voor voorwaardelijke invrijheidsstelling en proefverlof. De delinquenten wonen in de laatste fase van de behandeling in de gemeenschap en gaan naar school, werk en andere zinvolle activiteiten. Regulier contact met de reclassering en andere toezichthoudende autoriteiten is er gedurende het gehele behandelprogramma. Aan het einde van het behandelprogramma volgen de delinquenten nog één groepstherapie per week (follow-up groep). In deze fase is voor de meeste delinquenten normaal gesproken de gevangenisstraf ten einde en neemt men op vrijwillige basis deel aan de groepstherapieën op de polikliniek.

Behandeleffectiviteit

Om de behandelresultaten te meten vergeleken Clelland et al. de behandelresultaten van 36 deelnemers die de behandeling hadden afgerond met 38 deelnemers die de behandeling niet hadden afgerond (totale N = 74). De behandelde groep verkrachters en de controlegroep waren op een aantal kenmerken vergelijkbaar: leeftijd, etniciteit en burgerlijke staat. Een significant verschil bestond in intelligentie en opleidingsniveau: de controlegroep had gemiddeld een lager IQ en een lager opleidingsniveau. In de meeste gevallen lag een gebrek aan motivatie ten grondslag aan het niet afronden van de behandeling. De onderzoekers hanteerden als effectmaat nieuw contact met het strafrechtelijk systeem. Zowel nieuwe veroordelingen als arrestaties en tenlasteleggingen werden als recidive beschouwd. Na een gemiddelde follow-up periode van 52.1 maanden voor de behandelde deelnemers en 59.7 maanden voor de controlegroep, werden de recidivegegevens verzameld. Binnen de controlegroep (n = 38) recidiveerden 11 verkrachters. Binnen de behandelde groep (n = 36) recidiveerden zes verkrachters. Het verschil in recidive was statistisch niet significant.

Studie 3: Quinsey, Khanna en Malcolm (1998)

Quinsey, Khanna en Malcolm (1998) verrichtten een studie naar het effect van een behandelprogramma voor seksuele delinquenten in het Regional Treatment Centre (RTC) in Ontario, Canada. Het RCT is gelocaliseerd op het terrein van de Kingston Penitentiary

(penitentiaire inrichting) en biedt psychiatrische zorg aan 90 mannelijke delinquenten en een voorziening voor seksuele delinquenten. Sinds 1996 is er een Mental Health Unit, waar het Sex Offender Treatment Program (SOTP) wordt aangeboden. Het SOTP programma dat geëvalueerd werd, voorziet in de intramurale behandeling van 25 seksuele delinquenten.

Behandelingsmodel

Het behandelprogramma is in zijn oorspronkelijke vorm ontwikkeld in 1974 en gebaseerd op toenmalige gedragstherapeutische technieken (Marshall & McKnight, 1975). De eerste versie van het programma bevatte voorlichting over seksualiteit, training om heteroseksuele vaardigheden te vergroten en assertiviteitstraining. Het deviante seksuele gedrag werd benaderd vanuit klassieke conditioneringsprincipes, waarbij gebruik gemaakt werd van aversie training, desensitisatie, en biofeedback. Daarnaast werden er andere psychotherapeutische interventies aangeboden, waaronder confrontatie, rollenspel, en steunende psychotherapie. In 1986 werd het behandelprogramma uitgebreid met een training in empathie en sociale vaardigheden. In 1989, tenslotte, werd een terugvalpreventietraining toegevoegd aan het programma. De interventies worden zowel individueel als in groepsverband aangeboden. De werkwijze wordt op dit moment globaal omschreven als cognitieve gedragstherapie.

Behandeleffectiviteit

De onderzoeksgroep van de effectstudie bestond uit een behandelde groep verkrachters (n = 111) en een controlegroep (n = 18) bestaande uit verkrachters die behandeling weigerden. De follow-up periode werd niet voorafgaand aan het onderzoek vastgesteld, maar deelnemers konden meedoen indien zij voor juni 1992 werden ontslagen uit het RTC. De minimale follow-up periode bedroeg ongeveer zes jaar. De gemiddelde follow-up termijn was 44 maanden. Recidive werd vastgesteld aan de hand van nieuwe arrestaties. Binnen de behandelde groep recidiveerden 41 daders (37%) en binnen de controlegroep recidiveerden vijf daders (28%). De onderzoekers concludeerden dat er sprake was van meer recidive bij behandelde daders dan bij onbehandelde daders.

Studie 4: Nicholaichuk, Gordon, Gu en Wong (2000)

Nicholaichuk, Gordon, Gu en Wong (2000) onderzochten het effect van het Clearwater Sexual Offender Treatment Program (CSOTP), dat in een regionaal psychiatrisch ziekenhuis (RPC) wordt aangeboden

door de Correctional Services of Canada. Clearwater is de naam van de behandelunit met 48 bedden waar vooral hoog-risico seksuele delinquenten worden behandeld. Het CSOTP programma wordt sinds 1981 aangeboden en de theoretische oriëntatie bestaat uit cognitieve gedragstherapie, in combinatie met terugvalpreventie. Tot het programma worden seksuele delinquenten toegelaten op basis van verwijzingen door penitentiaire inrichtingen in geheel midden-westelijk Canada (de provincies Manitoba, Saskatchewan en Alberta). Deelname van de seksuele delinquenten geschiedt op basis van vrijwilligheid.

Behandelingsmodel

Het behandelprogramma is specifiek gericht op seksuele delinquenten met een hoog risico op recidive. Het behandelprogramma is gebaseerd op cognitief-gedragstherapeutische principes in combinatie met terugvalpreventie. De intramurale behandeling duurt tussen de 6 en 8 maanden. Het behandelprogramma bestaat uit groepstherapie, individuele therapie, farmacotherapie in dien vereist en psycho-educatie. De in- en exclusiecriteria voor het toepassen van deze behandelvorm worden helaas niet vermeld in het artikel van Nicholaichuk et al. (2000). Welk type farmacotherapie werd toegepast en hoe vaak dit voorkwam in de behandelde- en controlegroep in deze studie is dan ook niet bekend. Daarnaast bestaan er aanvullende behandelmodaliteiten, zoals werk, scholing, en 'aboriginal services'. In 1998 is het CSOTP programma geaccrediteerd door de Correctional Services of Canada.

Behandeleffectiviteit

De behandelde groep (n = 168) bestond uit mannen die vrijwillig hadden deelgenomen en de behandeling hadden afgerond tussen 1981 en 1996. De controlegroep (n = 50) werd door middel van stratificatie en 'matching' (leeftijd ten tijde van het index delict, datum van het index delict en criminele carrière) samengesteld uit het bestand van de Prairie Region of the Correctional Service of Canada van 1983 tot 1996. Recidive werd gemeten aan de hand van nieuwe veroordelingen voor seksuele en niet-seksuele delicten tijdens een follow-up periode van 10 jaar. Binnen de behandelde groep recidiveerden 24 verkrachters (14.3%) en binnen de controlegroep recidiveerden 21 verkrachters (42%). Het verschil was significant.

Studie 5: Barnes (2000)

Barnes (2000) evalueerde het effect van een behandelprogramma voor zedendelinquenten, geboden door het Kentucky Department of Corrections. Het programma, genaamd Kentucky Department of Corrections Sex

Offender Treatment Program (SOTP), werd in 1986 bij wet ingevoerd in de staat Kentucky (USA). De behandeling wordt aangeboden in vijf units binnen het gevangeniswezen, die geografisch verspreid zijn over de staat Kentucky. De verwijzing voor behandeling wordt verricht vanuit het Roederer Correctional Complex (RCC), de intake- en diagnostische unit voor het gevangeniswezen. Het SOTP programma kan worden opgelegd in het kader van resocialisatie en voorwaardelijke invrijheidsstelling (community model). De institutionele variant van het SOTP programma is technisch gezien vrijwillig, maar om in aanmerking te komen voor voorwaardelijke invrijheidsstelling, dient men het programma met goed gevolg te hebben afgelegd.

Behandelingsmodel

Het SOTP programma is opgebouwd rondom het terugvalpreventiemodel. Belangrijke aspecten van de behandeling zijn: het nemen van volledige verantwoordelijkheid voor het delictgedrag, een gedetailleerde uitwerking van de periode die voorafging aan het delict (delictanalyse), een gedetailleerde beschrijving van het delict zelf, en tenslotte de ontwikkeling van een individueel terugvalpreventieplan. Een tweede focus van de behandeling is de ontwikkeling van slachtoffer empathie. Aanvullend wordt er gewerkt met psycho-educatie in groepsverband waarin wordt ingegaan op kennis van de menselijke seksualiteit, de exploratie van de eigen gezinsgeschiedenis en de ontwikkeling van sociale vaardigheden. Het grootste deel van de behandeling wordt in groepsverband aangeboden, waarbij de deelnemers qua delictachtergrond zeer divers kunnen zijn. De groep bestaat meestal uit acht deelnemers en wordt geleid door één therapeut die soms wordt bijgestaan door een doctoraal student of een ex-deelnemer aan het programma.

Opbouw van het programma

Alle SOTP deelnemers beginnen de behandeling in een groep met de naam Assessment and Orientation (A&O), die gedurende acht weken bijeenkomt. In het assessment proces wordt een aantal persoonlijkheidsdomeinen en het intellectuele functioneren in kaart gebracht. Delinquenten met psychotische symptomen, komen niet in aanmerking voor het programma. Na afronding van het A&O deel, en als men voldoet aan de criteria, participeert de deelnemer in een aantal psycho-educatiegroepen. In aanvulling op de psycho-educatie groepen neemt de delinquent deel aan een continu draaiende therapiegroep. Deze groepen zijn samengesteld uit delinquenten die in een verschillend stadium van hun behandeling zijn. De oudere groepsdeelnemers fungeren als mentor en sommigen opere-

Tabel 1. Overzicht van de geselecteerde effectstudies met betrekking tot de behandeling van hands on seksueel geweldadig gedrag

Studie	N	Interventie	Deelnemers	Recidivemaat	Follow-up	Seksuele recidive		Algemeen geweldadige recidive	
						B	V	B	V
Barnes (2000)	62	Terugvalpreventie en slachtofferempathie training.	Verkrachters (16+) van vrouwelijke en mannelijke slachtoffers (16+).	Nieuwe arrestaties voor een seksueel geweldadig delict of een geweldadig niet-seksueel delict.	Gemiddeld 89,8 maanden (behandelingsconditie) en 90,7 maanden (vergelijkingsconditie).	0%	19,2%	5,5%	15,3%
Clelland et al. (1998)	74	Cognitieve gedrags therapie met terugvalpreventie in groepsverband.	Verkrachters van vrouwelijke slachtoffers (14+).	Nieuwe arrestaties, veroordelingen en tenlastelagging voor een seksueel geweldadig delict of een geweldadig niet-seksueel delict.	Gemiddeld 52,1 maanden (behandelingsconditie) en 59,7 maanden (vergelijkingsconditie).	17%	29%	17%	40%
Marques et al. (1994, 2005)	59	Cognitieve gedrags therapie met terugvalpreventie in groepsverband en individueel.	Verkrachters van 18 jaar of ouder. Leeftijd van het slachtoffer wordt niet geëxpliciteerd.	Nieuwe arrestaties voor een seksueel geweldadig delict of een geweldadig niet-seksueel delict.	Varieerde van 33 maanden tot 48 maanden, gemiddeld 34,2 maanden.	9,1%	27,8%	22,7%	33,3%
Nicholaichuk et al. (2000)	218	Cognitieve gedrags therapie met terugvalpreventie; aanvullend farmacotherapie, individuele therapie.	Volwassen verkrachters (leeftijd van dader en slachtoffer worden niet geëxpliciteerd).	Nieuwe veroordelingen voor seksueel geweldadig gedrag.	120 maanden.	14,3%	42%	-	-
Quinsey et al. (1998)	129	Cognitieve gedrags therapie met terugvalpreventie in groepsverband en individueel.	Verkrachters van 16 jaar of ouder met slachtoffers van 16 jaar of ouder.	Nieuwe arrestaties en veroordelingen voor een seksueel geweldadig delict.	Gemiddeld 37,42 maanden.	37%	28%	-	-

Noot. B = behandelingsconditie, V = vergelijkingsconditie

Tabel 2. Kwaliteitscriteria met betrekking tot het onderzoeksdesign van de geselecteerde behandel-effectstudies

Studie	Design	Randomisatie		Vergelijkbaarheid onderzoeks groepen	Vermijding in- en exclusiecriteria	Intention-to-treat principe
		Retrospectieve aselecte toewijzing aan condities, gematcht op grond van type delict.	Geen vorm van aselecte toewijzing.			
Barnes (2000)	Vergelijking van de recidive tussen deelnemers aan behandeling (n = 36) en onbehandelde gedetineerde verkrachters (n = 26).	Geen vorm van aselecte toewijzing.	Retrospectieve aselecte toewijzing aan condities, gematcht op grond van type delict.	Behandelde verkrachters verschilden van de onbehandelde verkrachters in de lengte van opgelegde straf.	In- en exclusiecriteria worden vermeld.	Het principe is gehanteerd.
Clelland et al. (1998)	Vergelijking van de recidive tussen deelnemers die behandeling afrondden (n = 36) en drop outs (n = 38).	Geen vorm van aselecte toewijzing.	Geen vorm van aselecte toewijzing.	Drop outs hadden een lager IQ en een lager opleidingsniveau dan 'treatment completers'.	In- en exclusiecriteria worden vermeld.	Niet van toepassing.
Marques et al. (1994)	Vergelijking van de recidive tussen een behandelingsgroep (n = 22) en een controlegroep (n = 18). Matching op grond van leeftijd, type delict en eerder crimineel gedrag.	Aselecte toewijzing van vrijwillige deelnemers aan behandelconditie en vergelijkingsconditie alsook een conditie bestaande uit weigeraars.	Geen vorm van aselecte toewijzing.	Geen verschillen in de prognostische variabelen tussen de vergeleken condities.	In- en exclusiecriteria worden vermeld.	Het principe is niet gehanteerd.
Nicholaichuk et al. (2000)	Vergelijking van de recidive tussen deelnemers van behandeling (n = 168) en gematchte onbehandelde verkrachters uit een andere instelling (n = 50). Matching op grond van leeftijd ten tijde van het delict, datum van index delict en eerder crimineel gedrag.	Geen vorm van aselecte toewijzing.	Geen vorm van aselecte toewijzing.	Het aantal deelnemers in de vergeleken condities verschilde (n = 168 vs. n = 50).	In- en exclusiecriteria worden vermeld.	Niet van toepassing.
Quinsey et al. (1998)	Vergelijking van de recidive tussen deelnemers die behandeling afrondden (n = 111) en deelnemers die behandeling weigerden (n = 18).	Geen vorm van aselecte toewijzing.	Geen vorm van aselecte toewijzing.	Het aantal deelnemers in de vergeleken condities verschilde (n = 111 vs. n = 18).	In- en exclusiecriteria worden vermeld.	Niet van toepassing.

ren als peer counselors. De doelstellingen van het gehele SOTP programma zijn opgebouwd uit de volgende zes elementen: basic ownership (d.w.z. verantwoordelijkheid nemen), autobiografie, advanced ownership, slachtoffer empathie, terugvalpreventie en schadeloosstelling.

Behandeleffectiviteit

Ten behoeve van de effectstudie werd bij het Department of Corrections een inventarisatie gemaakt van alle zedendelinquenten die al dan niet het behandelprogramma hadden gevolgd. De onderzoeksgroep werd onderverdeeld in verschillende typen daders, waaronder verkrachters en aanranders. Deze groep bestond uit mannelijke daders van 16 jaar of ouder met vrouwelijke en/of mannelijke slachtoffers van 16 jaar of ouder. Retrospectief werd een aselechte steekproef getrokken van verkrachters die wel en verkrachters die niet hadden deelgenomen aan de behandeling. Dit resulteerde in een behandelde groep verkrachters ($n = 36$) en een onbehandelde groep verkrachters ($n = 26$). Recidive werd vervolgens vastgesteld aan de hand van nieuwe arrestaties voor een seksueel gewelddadig delict en/of een gewelddadig niet-seksueel delict. De gemiddelde follow-up periode bedroeg 88 maanden voor de behandelde groep en 91 maanden voor de controlegroep. Binnen de behandelde groep was geen sprake van seksuele recidive, binnen de contro-

combineerde data van alle effectstudies ($k = 5$) werden de recidivegegevens verkregen van 373 behandelde verkrachters en 150 onbehandelde verkrachters. De gemiddelde OR van seksuele recidive berekend over alle studies bedroeg 0.47, een gering positief behandeldeffect (dit betekent dat per 100 onbehandelde verkrachters die recidiveerden met een seksueel delict, er 47 behandelde verkrachters recidiveerden met een seksueel delict). Het 95% betrouwbaarheidsinterval (0.21-1.05) omvatte de waarde 1.0, wat wijst op een niet-significant effect. Daarbij bleek uit de Q-waarde dat sprake is van statistische heterogeniteit tussen de verschillende effectstudies ($Q = 10.58$, $df = 4$, $p < .05$).

Tabel 4 bevat een overzicht van de OR's van algemeen gewelddadige recidive berekend per studie en over alle studies waarvan deze recidivegegevens voorhanden waren. Uit de gecombineerde data van drie effectstudies werden de recidivegegevens verkregen van 94 behandelde verkrachters en 82 onbehandelde verkrachters. De OR van algemeen gewelddadige recidive berekend over alle studies bedroeg 0.40, een matig positief behandeldeffect (per 100 onbehandelde verkrachters die recidiveerden met een algemeen gewelddadig delict, recidiveerden 40 behandelde verkrachters met een algemeen gewelddadig delict). Het 95% betrouwbaarheidsinterval (0.19-0.84) om-

Tabel 3. Odds ratio's voor seksuele recidive

Studie	OR	95%CI	Q	N (k)
Alle studies	0.47	0.21-1.05	10.58	578 (5)
Barnes (2000)	0.05	0.00-1.02	-	62
Clelland et al. (1998)	0.51	0.17-1.52	-	74
Marques et al. (2005)	0.63	0.25-1.60	-	95
Nicholaichuk et al. (2000)	0.23	0.12-0.47	-	218
Quinsey et al. (1998)	1.44	0.50-4.18	-	129

Noot. OR= Odds Ratio; 95% CI= 95% betrouwbaarheidsinterval; Q= Q-statistiek voor homogeniteit; N= aantal proefpersonen in de meta-analyse; k= aantal in de meta-analyse opgenomen effectstudies.

legroep recidiveerden vijf verkrachters (19.2%) met een seksueel delict. Ook recidiveerde 5,5% in de behandelde groep met een gewelddadig niet-seksueel delict tegenover 15.3% in de vergelijkingsgroep. Tabel 1 bevat een overzicht van de kenmerken van de geselecteerde studies.

Effectgroottes

Tabel 3 bevat een overzicht van de Odds Ratio's van seksuele recidive berekend per studie en over alle vijf studies bij elkaar genomen (meta-analyse). Uit de ge-

vatte niet de waarde 1.0, hetgeen wijst op een significant effect. Uit de Q-waarde bleek dat sprake is van statistische homogeniteit tussen de verschillende effectstudies ($Q = 0.53$, $df = 3$, $p > .05$).

Discussie

De literatuur search leverde vijf bruikbare studies naar de effectiviteit van psychologische behandeling ter terugdringing van recidive bij verkrachters op, die geschikt bleken voor inclusie in een meta-analyse. Slechts één van de gevonden studies, de SOTEP studie, vol-

Tabel 4. Odds ratio's voor algemeen gewelddadige recidive

Studie	OR	95%CI	Q	N (k)
Alle studies	0.40	0.19-0.84	0.53	176 (3)
Barnes (2000)	0.36	0.07-1.86	-	62
Clelland et al. (1998)	0.32	0.11-0.93	-	74
Marques et al. (1994)	0.60	0.16-2.33	-	40

Noot. OR= Odds Ratio; 95% CI= 95% betrouwbaarheidsinterval; Q= Q-statistiek voor homogeniteit; N= aantal proefpersonen in de meta-analyse; k= aantal in de meta-analyse opgenomen effectstudies.

deed aan het inclusiecriteria van aselecte toewijzing. Dit levert uiteraard beperkingen op voor de (interpretatie van de) meta-analyse. Voor seksuele recidive werd een Odds Ratio van 0.47 gevonden, voor niet-seksuele geweldsrecidive werd een Odds Ratio van 0.40 gevonden. Deze waarden van de ORs wijzen op een geringe associatie tussen twee variabelen, in dit geval de variabelen psychologische behandeling en seksuele en algemeen gewelddadige recidive (Fleiss, 1994). De behandelingen die geëvalueerd werden in de vijf studies waren alle van relatief recente datum en bevatten elementen van cognitieve gedragstherapie met terugvalpreventie, de huidige state-of-the-art in de psychologische behandeling van seksuele delinquenten. Niettemin waarschuwen sommige auteurs (Marques et al., 2005) ervoor dat hun behandeling niet uitgevoerd werd volgens de huidige state-of-the-art cognitieve gedragstherapie, maar volgens de state-of-the-art van toen: "Although this basic RP approach is still popular and considered "current" treatment in the field, in several ways our treatment program did not reflect today's state of the art..." (Marques et al., 2005, p. 100). Naast een focus op het zedendelict werd in de meeste behandelprogramma's ook aandacht besteed aan vermindering van algemene criminogene risicofactoren zoals agressie, zwakke interpersoonlijke vaardigheden en verslaving. De behandelingen waren relatief intensief gedurende de intramurale fase, die soms twee jaar duurde. In een aantal studies werden deelnemers verplicht deel te nemen aan een ambulante nazorgprogramma (Clelland et al., 1998; Marques et al., 1994, 2005). De follow-up periodes van de studies waren lang, van minimaal 34 maanden tot 120 maanden (zie Tabel 1). Dit is waardevol omdat sommige seksuele delinquenten pas na een lange periode een nieuw delict plegen. Ook waren de uitkomstmaten, nieuwe veroordelingen en arrestaties, over de verschillende studies goed vergelijkbaar.

Hoewel de gevonden overall effectgrootte van 0.47 op seksuele recidive op het eerste gezicht toch enigszins hoopgevend lijkt, dient bij de interpretatie van dit resultaat rekening gehouden te worden een aantal zaken. Ten eerste is er de grote heterogeniteit van de effectgroottes tussen de studies. Uit de beschrijvin-

gen van de behandelprogramma's in de artikelen kan niet afgeleid worden of er grote verschillen bestaan tussen de behandelingen. Bijna allemaal maken ze gebruik van cognitieve gedragstherapie en terugvalpreventie, aangevuld met psycho-educatie en andere interventies. Barnes (2000) gebruikte als enige peer counselors, maar het is niet duidelijk of dit het grote behandel-effect verklaart. In het algemeen kan geconcludeerd worden dat de onderzochte behandelprogramma's nogal veelomvattend en eclectisch zijn, met ruimte voor elementen die niet strikt op het seksuele delictgedrag gericht waren, zoals opleiding en arbeidsreïntegratie. Hierdoor is moeilijk af te leiden wat de werkzame ingrediënten zijn. Ten tweede zijn er de grote methodologische tekortkomingen van de studies. Verreweg de grootste bedreiging van de interne validiteit (Cook & Campbell, 1979) van de studies is selectiebias. Zo werd in de studies van Quinsey et al. (1998) en Clelland et al. (1998) gebruik gemaakt van respectievelijk drop-outs en weigeraars als controlegroep. Het is algemeen bekend dat drop-outs een hoger risico van recidive hebben dan treatment completers, ongeacht het soort behandeling dat wordt aangeboden. Hanson et al. (2002) vonden dit in hun meta-analyse, en ook in Nederlands onderzoek is dit gevonden (De Vogel et al., 2003). Ook weigeraars kunnen verschillen van treatment completers op essentiële persoonskenmerken zoals problemen met autoriteit en een antisociale levensstijl (Hanson et al., 2002). Het is echter interessant om op te merken dat de twee studies van de minste kwaliteit (Clelland et al., en Quinsey et al.) eveneens de geringste effecten lieten zien (zie Tabel 3). Daarentegen toonde een van de studies met de hoogste kwaliteit (aselecte toewijzing en intention-to-treat principe; Barnes, 2000) het grootste behandel-effect. Vergelijkbare bevindingen werden gedaan door Redondo, Sanchez-Meca, & Garrido (1999) in hun meta-analyse naar het effect van behandelprogramma's voor algemene delinquenten: de meest strenge onderzoeksdesigns lieten de grootste effectgroottes zien. Echter, hiermee in tegenspraak is de bevinding dat de methodologisch sterkste studie (aselecte toewijzing, geslaagde matching van groepen; Marques et al., 2005) geen effect vond. Naast selec-

tie-bias vertonen de studies nog enkele andere methodologische beperkingen. Zo werd in vier van de vijf studies bij de statistische analyses geen rekening gehouden met het intention-to-treat principe.

Wat kunnen wij concluderen uit de gevonden resultaten van deze meta-analyse? Ten eerste dat effectstudies van goede methodologische kwaliteit nog schaars zijn in dit veld. Met Hanson et al. (2002) zijn wij van mening dat deze kwaliteit verbeterd dient te worden door ervoor te zorgen dat de vergelijkbaarheid van de behandelde en de controlegroep geoptimaliseerd wordt, het liefst op basis van randomisatie. Gebruik van drop-outs en weigeraars als vergelijkingsgroep is niet acceptabel. De grootte van de steekproef is van minder belang dan de randomisatie, omdat datapooling over studies door middel van meta-analyse immers goed mogelijk is. Ten tweede kunnen we concluderen dat de uitkomst van de meta-analyse erop wijst dat intensieve cognitieve gedragstherapie met terugvalpreventie mogelijk een bijdrage kan leveren aan het verminderen van recidive bij verkrachters. Welke ingrediënten van de behandeling verantwoordelijk zijn voor het gevonden effect weten we niet, omdat de meeste behandelingen op een veelheid van criminogene risicofactoren gericht zijn. Het feit dat de geboden behandeling naast een effect op seksuele recidive ook een effect op niet-seksuele geweldsrecidive laat zien, wijst ook in de richting van een algemeen effect op criminogene factoren. Ten derde dient erop gewezen te worden dat de gevonden behandel-effecten werden geconstateerd na een intensieve en relatief langdurige intramurale behandeling, in sommige gevallen voorzien van een ambulant nazorgprogramma. Kortdurende, weinig intensieve behandelprogramma's hebben geen effect op recidive bij verschillende typen geweldsdelinquenten, zoals wij in een eerdere systematische review al constateerden (De Ruiter & Veen, 2005). Dit betekent voor behandelaars en beleidsmakers dat investering in psychologische behandeling van verkrachters alleen zinvol is als daar voldoende middelen voor vrij gemaakt worden.

In Nederland vindt intensieve behandeling van verkrachters, die vergelijkbaar is met de behandelingen die onderzocht zijn in deze meta-analyse eigenlijk uitsluitend plaats in het kader van de tbs-maatregel. Over het effect van de behandeling die in het kader van de tbs aan deze subgroep zedendelinquenten geboden wordt, tasten wij nog in het duister. Wel weten wij dat de recidivepercentages van verkrachters na ontslag uit de tbs relatief hoog zijn: 34% seksuele recidive en 47% niet-seksuele gewelddadige recidive, bij een gemiddelde follow-up tijd van 11.8 jaar (Hildebrand, de Ruiter, & de Vogel, 2004). Het ver-

dient aanbeveling om in Nederland onderzoek naar het effect van behandeling bij verkrachters op te zetten. Daarbij moet ook zeker gedacht worden aan gerandomiseerde designs, bijvoorbeeld door een nieuwe, experimentele behandeling te vergelijken met care-as-usual. In zo'n onderzoeksdesign zouden een aantal tbs-klinieken de krachten dienen te bundelen door samen een behandelprogramma voor verkrachters te ontwerpen, dat met een grote mate van treatment integrity (Andrews & Bonta, 1998) in de verschillende klinieken wordt uitgevoerd. Op termijn ontstaat dan inzicht in welke interventie werkt in de reductie van recidive bij verkrachters.

Literatuur

- American Psychiatric Association (2001). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth edition, text revision*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andrews, D.A., & Bonta, J. (1998). *The psychology of criminal conduct* (2nd edition). Cincinnati, OH: Anderson.
- Barbaree, H.E. (1997). Evaluating treatment efficacy with sexual offenders: The insensitivity of recidivism studies to treatment effects. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 9, 111-128.
- Barnes, J.M. (2000). *Recidivism in sex offenders: A follow-up comparison of treated and untreated sex offenders released to the community in Kentucky*. Louisville, Kentucky: University of Louisville.
- Berger, M.P.F., Imbos, T., & Janssen, M.P.E. (2000) (Eds.). *Methodologie en statistiek deel II*. Maastricht: Universitaire Pers Maastricht.
- Bonta, J., & Hanson, R.K. (1994). *Gauging the risk for violence: Measurement, impact and strategies for change* (User report No. 1994-09). Ottawa, Canada: Solicitor General of Canada.
- Clelland, S.R., Studer, L.H., & Reddon, J.R. (1998). Follow-up of rapists treated in a forensic psychiatric hospital. *Violence and Victims*, 13, 79-86.
- Cooke, T.D., & Campbell, D.T. (1979). *Quasi-experimentation: Design and analysis issues for field settings*. Boston: Houghton Mifflin.
- Daalder, A., & Essers, A. (2003). Seksuele delicten in Nederland. *Tijdschrift voor Criminologie*, 45, 354-368.
- DerSimonian, R., & Laird, N.M. (1986). Meta-analysis in clinical trials. *Controlled Clinical Trials*, 7, 177-188.
- de Ruiter, C., & Veen, V. (2005). *Terugdringen van recidive bij geweldsdelinquenten: Werkzame interventies bij relationeel, seksueel en algemeen geweld*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- de Vogel, V., & de Ruiter, C. (2003). Recidive bij behandelde seksuele delinquenten. *Tijdschrift voor Criminologie*, 45, 378-390.

- de Vogel, V., de Ruiter, C., van Beek, D., & Mead, G. (2003). De waarde van gestructureerde risicotaxatie. Een retrospectief empirisch onderzoek bij behandelde seksuele delinquenten. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 58, 9-29.
- Dowden, C., Antonowicz, D., & Andrews, D.A. (2003). The effectiveness of relapse prevention with offenders: A meta-analysis. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 47, 516-528.
- Emmelkamp, P., Emmelkamp, J., de Ruiter, C., & de Vogel, V. (2002). Effectiviteit van psychotherapeutische behandeling bij plegers van seksueel geweld. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 32, 134-145.
- Firestone, P., Bradford, J.M., Greenberg, D.M., & Serran, G.A. (2000). The relationship between deviant sexual arousal and psychopathy in incest offenders, extrafamilial child molesters, and rapists. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 28, 303-308.
- Fleiss, J.L. (1994). Measures of effect size for categorical data. In H. Cooper & L.V. Hedges (Eds.), *The handbook of research synthesis* (pp. 245-260). New York: Russell Sage Foundation.
- Frenken, J. (2002). Strafbare seksualiteit en seksueel deviant gedrag: Definities en prevalenties. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 26, 4-8.
- Hanson, R.K., & Broom, I. (2005). The utility of cumulative meta-analysis: Application to programs for reducing sexual violence. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 17, 357-373.
- Hanson, R.K., Gordon, A., Harris, A.J.R., Marques, J.K., Murphy, W., Quinsey, V.L., & Seto, M.C. (2002). First report of the Collaborative Outcome Data Project on the effectiveness of psychological treatment for sex offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 14, 169-193.
- Hanson, R.K., & Morton-Bourgon, K.E. (2005). The characteristics of persistent sexual offenders: A meta-analysis of recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 1154-1163.
- Hedges, L.V., & Olkin, I. (1985). *Statistical methods for meta-analysis*. Orlando, Florida: Academic Press, Inc.
- Hildebrand, M., de Ruiter, C., & de Vogel, V. (2004). Psychopathy and sexual deviance in treated rapists: Association with sexual and nonsexual recidivism. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 16, 1-24.
- Kenworthy, T., Adams, C.E., Bilby, C. Brooks-Gordon, B., & Fenton, M. (2006). Psychological interventions for those who have sexually offended or are at risk of offending. *The Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 4*.
- Lau, J. (1990). *Meta-Analyst version 0.998*. New England Medical Center, Boston, MA.
- Marshall, W.L. (2006). Appraising treatment outcome with sexual offenders. In W.L. Marshall, Y.M. Fernandez, L.E. Marshall & G.A. Serran (Eds.), *Sexual offender treatment: Controversial issues* (pp. 255-273). Chichester: Wiley.
- Marshall, W.L., & Barbaree, H.E. (1990). Outcome of comprehensive cognitive-behavioral treatment programs. In W.L. Marshall, e.a. (Eds.), *Handbook of sexual assault* (pp. 363-385). New York: Plenum.
- Marshall, W.L., & McKnight, R. D. (1975). An integrated treatment program for sexual offenders. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 20, 133-138.
- Marshall, W.L., & Serran, G.A. (2000). Current issues in the assessment and treatment of sexual offenders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 85-96.
- Marques, J.K. (1999). How to answer the question 'Does sex offender treatment work?' *Journal of Interpersonal Violence*, 14, 437-451.
- Marques, J.K., Day, D.M., Nelson, C., & West, M.A. (1994). Effects of cognitive-behavioral treatment on sex offender recidivism: Preliminary results of a longitudinal study. *Criminal Justice and Behavior*, 21, 28-54.
- Marques, J.K., Wiederanders, M., Day, D.M., Nelson, C., & van Ommeren, A. (2005). Effects of a relapse prevention program on sexual recidivism: Final results from California's Sex Offender Treatment and Evaluation Project (SOTEP). *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 17, 79-107.
- Marshall, W.L. (2006). Appraising treatment outcome with sexual offenders. In W.L. Marshall, Y.M. Fernandez, L.E. Marshall & G.A. Serran (Eds.), *Sexual offender treatment: Controversial issues* (pp. 255-273). New York: Wiley.
- Nicholaichuk, T., Gordon, A., Gu, D., & Wong, S. (2000). Outcome of an institutional sexual offender treatment program: A comparison between treated and matched untreated offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 12, 139-153.
- Nieuwbeerta, P., Blokland, A., & Bijleveld, C. (2003). Lange termijn recidive van daders van seksuele delicten. *Tijdschrift voor Criminologie*, 45, 369-378.
- Pithers, W.D., & Cumming, G.F. (1989). Can relapses be prevented? Initial outcome data from the Vermont Treatment Program for Sexual Aggressors. In D.R. Laws (Ed.), *Relapse prevention with sex offenders* (pp. 313-325). New York: Guilford.
- Quinsey, V.L., Khanna, A., & Malcolm, P.B. (1998). A retrospective evaluation of the Regional Treatment Centre Sex Offender Treatment Program. *Journal of Interpersonal Violence*, 13, 621-644.
- Redondo, A., Sanchez-Meca, J., & Garrido, V. (1999). The influence of treatment programmes on the recidivism of juvenile and adult offenders: A European meta-analytic review. *Psychology, Crime and Law*, 5, 251-278.
- Rice, M.E., & Harris, G.T. (2003). The size and sign of treatment effects in sex offenders therapy. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 989, 428-440.

Abstract**The effectiveness of psychological treatment for adult rapists: Findings from a meta-analysis**

In recent years, a few meta-analyses and systematic reviews on the effectiveness of treatments for sex offenders have appeared in the international literature. In these studies, however, no distinction is made between different types of sex offenders, such as rapists, exhibitionists and child molesters. Such distinctions are important because different types of sex offenders differ in terms of the seriousness of offences and risk factors for offending behaviour. In this publication we report on a meta-analysis on the effect of psychological interventions for rapists. On the basis of five different studies with a total of 578 rapists it could be concluded that cognitive behavioural therapy with relapse prevention leads to a modest reduction in sexual and general recidivism in rapists, as measured by new convictions. The differences between the different treatment effectiveness studies are rather large—from no effect to a large effect. Effective treatments for rapists are intensive and of long duration. The authors conclude their article with a plea for more treatment effectiveness research in the forensic sector in The Netherlands.