

DE EFFECTIVITEIT VAN PSYCHOLOGISCHE BEHANDELING BIJ VERKRACHTERS

BEVINDINGEN VAN EEN META-ANALYSE

C. de Ruiter | V. Veen | P. Greeven

ACTUELE KENNIS 3



INHOUD

VOORWOORD 5

VOORWOORD VAN DE AUTEURS 7

INLEIDING 9

METHODE 13

Criteria voor selectie van effectstudies 14

Data-analyse 16

RESULTATEN 19

Studie 1 | Marques, Day, Nelson, en West (1994) 20

Studie 2 | Clelland, Studer, en Reddon (1998) 22

Studie 3 | Quinsey, Khanna, en Malcolm (1998) 23

Studie 4 | Nicholaichuk, Gordon, Gu, en Wong (2000) 24

Studie 5 | Barnes (2000) 25

Effectgroottes 30

DISCUSSIE 33

LITERATUUR 37

OVER DE AUTEURS 39

VOORWOORD

Ondanks inspanningen in deze richting wordt in de forensische psychiatrie nog te weinig gewerkt met methoden die, zoals blijkt uit wetenschappelijke studies, effectief zijn, dat wil zeggen: bijdragen aan vermindering van het risico, dat betrokkene vormt voor de maatschappij, waardoor een verantwoorde terugkeer naar de maatschappij mogelijk wordt. Het is noodzakelijk om op basis van (bestaand) wetenschappelijk onderzoek richtlijnen te ontwikkelen waaraan behandeling moeten voldoen, voor uiteenlopende groepen patiënten – zowel in klinische als in ambulante settings.

Het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP) heeft als een van haar doelstellingen om de kwaliteit van behandeling te verbeteren en het effect van de behandeling in de forensische psychiatrie inzichtelijk te maken. Daarom is in 2003, in samenwerking met het Trimbos-instituut, gestart met het project 'Meta-analyse effectiviteit van behandeling bij seksuele delinquenten'. Binnen het project 'Meta-analyse effectiviteit van behandeling bij seksuele delinquenten' worden drie afzonderlijke meta-analyses of systematische reviews verricht naar (1) het behandel-effect bij verkrachters, (2) de effectiviteit van farmacotherapeutische interventies bij zedendelinquenten en (3) het behandel-effect bij pedoseksuele daders.

De resultaten van een meta-analyse maken het mogelijk veel krachtiger conclusies te trekken dan op basis van afzonderlijke onderzoeken mogelijk is. Op basis van meta-analyses kunnen – in samenwerking met de praktijk – behandelprogramma's bijgesteld c.q. ontwikkeld worden die voldoen aan eisen van *evidence based practice*. De meta-analyse naar de effectiviteit van behandeling bij verkrachters, die thans voor u ligt, dient als zodanig beschouwd te worden.

Dr.mr. Martin Hildebrand

Onderzoeksmanager Expertisecentrum Forensische Psychiatrie

Utrecht, november 2005

VOORWOORD VAN DE AUTEURS

In dit rapport wordt verslag gedaan van de eerste van drie overzichtsstudies naar de effectiviteit van behandeling bij seksuele delinquenten. De huidige studie richt zich op verkrachters, de twee volgende op respectievelijk pedoseksuele daders en op het effect van farmacotherapeutische behandeling bij seksuele delinquenten in het algemeen. In de internationale vakliteratuur zijn eerder overzichtsstudies (systematische reviews en meta-analyses) naar het effect van behandeling voor seksuele delinquenten verschenen, de laatste grote meta-analyse in 2002 (Hanson e.a., 2002). Alle eerder gepubliceerde meta-analyses maken geen onderscheid tussen verschillende typen zedendelinquenten. Verkrachters, daders van pedoseksuele delicten, exhibitionisten, worden bij elkaar genomen en het effect van verschillende typen behandeling (bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie, hormonale therapie) wordt berekend voor de gehele groep zedendelinquenten.

De verschillende typen zedendelinquenten verschillen echter op belangrijke punten van elkaar, zoals het recidiverisicoprofiel, de ernst van de misdrijven (o.a. de mate waarin geweld wordt toegepast), risicofactoren voor en determinanten van het delictgedrag, etc. Dit betekent dat de uitkomsten van meta-analyses waarin alle zedendelinquenten bij elkaar genomen worden, een geringe praktische relevantie hebben. Behandelaars van zedendelinquenten zijn immers gebaat bij kennis over welk type behandeling werkt bij welk type zedendelinquent. Met dit doel voor ogen, het verzamelen van *state of the art* kennis over behandeling van belangrijke typen zedendelinquenten, is in 2003 door het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP) besloten tot de uitvoering van de bovengenoemde drie overzichtsstudies.

Het vinden van effectonderzoek met 'zuivere' typen seksuele delinquenten is geen gemakkelijke taak. Deze studies zijn schaars, en als de eis van een controlegroep daaraan nog toegevoegd wordt (noodzakelijk voor het verrichten van een meta-analyse), dan blijven er vaak maar weinig bruikbare studies over. Een meta-analyse kan echter ook met relatief weinig studies en daardoor een relatief geringer proefpersonen relevante informatie opleveren, zeker indien de afzonderlijke studies van betrekkelijk goede methodologische kwaliteit zijn en een homogeen beeld laten zien. In het huidige rapport bleek het daarom mogelijk om op basis van een bescheiden dataset enkele heldere conclusies voor de praktijk te trekken.

Aan de huidige studie werd meegewerkt door José Buisman, in het kader van haar studie Psychologie aan de Universiteit Maastricht. Toine Ketelaars, als documentalist verbonden aan het Trimbos-instituut, assisteerde bij de literatuur searches. Wij danken het EFP, in de persoon van haar directeur dr. Joan Meyer, voor de financiële mogelijkheden om deze studie uit te voeren. Wij hopen dat de kennis die met deze meta-analyse beschikbaar is gekomen, zijn weg vindt naar de praktijk van Nederlandse behandelaars en beleidsmakers die in hun werk verantwoordelijk zijn voor het terugdringen van recidive bij daders van verkrachtingen.

Corine de Ruiter

Violaine Veen

INLEIDING

Verkrachting valt onder de *hands on* seksuele delicten, hetgeen wil zeggen dat er sprake is van fysiek contact tussen dader en slachtoffer (Emmelkamp, Emmelkamp, de Ruiters, & de Vogel, 2002). In het Nederlandse Wetboek van Strafrecht wordt verkrachting beschreven als het seksueel binnendringen 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 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 zedendelict 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 Ruiters, 2003). Wanneer gebruik wordt gemaakt van *survival analyse* stijgt dit percentage naar 35–52%. Nederlands 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. De resultaten zijn echter niet eenduidig (Hanson e.a., 2002) en er is voor zover wij weten nooit een meta-analyse verricht waarin de effectiviteit van behandeling van zuiver 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 gerandomiseerd effectonderzoek waarin tevens gebruik wordt gemaakt van onbehandelde controlegroepen. Ten eerste zou het onethisch zijn om

een aselechte groep zedendelinquenten niet aan behandeling te laten deelnemen gezien het gevaar dat deze groep delinquenten vormt voor de samenleving (Emmelkamp, Emmelkamp, de Ruiters, & de Vogel, 2002). Daarbij komt dat gedetineerde zedendelinquenten veelal aan behandeling willen deelnemen in de hoop dat ze daarmee eerder voor een voorwaardelijke invrijheidsstelling of (proef)verlof in aanmerking komen. 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 e.a., 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.

In de meeste effectonderzoeken wordt seksuele recidive als uitkomstmaat van behandeling gebruikt (Hanson e.a., 2002). Bij het gebruik van deze maat zijn echter een aantal kanttekeningen te plaatsen. Ten eerste is het vaststellen van seksuele recidive niet gemakkelijk. Zelfrapportage van seksuele recidive is onbetrouwbaar. In veel studies wordt als recidivemaat één of meerdere nieuwe veroordelingen gehanteerd. Echter, niet alle seksueel-agressieve 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 onderschatting van het feitelijke recidivepercentage (Emmelkamp e.a., 2002; Hanson e.a., 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 voor het bepalen van recidive en in de omschrijving van het type recidive (bijvoorbeeld algemene of seksuele recidive).

Naast het gebruik van recidivegegevens als uitkomstmaat en niet-gerandomiseerde onderzoeksdesigns, speelt een aantal andere methodologische beperkingen een rol bij de interpretatie van onderzoeksresultaten. Zo is er tussen effectonderzoeken onderling sprake van verschillen in de kenmerken van de zedendelinquenten die deelnemen aan behandeling, verschillen in de duur van de *follow up* periode die bij de inventarisatie van recidive wordt gehanteerd, verschillen in het gebruik van statistische analyses en ten slotte ook verschillen in de vorm en de duur van behandelprogramma's die worden geëvalueerd.

Een juiste interpretatie van de resultaten uit effectonderzoek is dan ook niet evident. Marques (1999) biedt een aantal suggesties voor een adequate uitvoering

van toekomstig effectonderzoek. Belangrijk is volgens de auteur de groepen die aan een studie deelnemen nauwkeurig te beschrijven, evenals de behandelprogramma's. Daarnaast dienen de *intreatment* resultaten gemeten en gerapporteerd te worden, zoals het percentage *drop outs* en de kenmerken van plegers die behandelprogramma's voltooiën. Ook dient zoveel mogelijk informatie over recidive verzameld te worden (zowel door middel van officiële gegevens als door middel van zelfrapportage en informatie van derden). Daarbij zou ook gebruik kunnen worden gemaakt van volledig geanonimiseerde zelfrapportagevragenlijsten.

In een recente meta-analyse van Hanson e.a. (2002) werden data uit een groot aantal onderzoeken (43; totale $N = 9454$) 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% tot 10%) en algemene (van 51% tot 32%) recidive bij seksuele delinquenten. Zoals gezegd achten wij deze op zich positieve bevinding voor de gehele groep zedendelinquenten maar beperkt relevant voor beleidsmakers en behandelaars die verantwoordelijk zijn voor het terugdringen van recidive bij zedendelinquenten. Om hun werk optimaal te kunnen verrichten hebben zij namelijk kennis nodig over wat werkt bij specifieke subtypen seksuele delinquenten. In de onderhavige studie wordt derhalve voor de subgroep verkrachters een meta-analyse naar het effect van behandeling uitgevoerd. De methode die gehanteerd werd in deze meta-analyse is goed vergelijkbaar met die van Hanson e.a. (2002).

METHODE

Er is gezocht naar Engelstalige en Nederlandstalige effectstudies op het gebied van de behandeling van zedendelinquenten gepubliceerd vanaf begin 1979 tot medio 2004. 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*, *reconviction* 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 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 grond van deze globale beoordeling is besloten een publicatie op te vragen voor nadere bestudering.

Bij de beoordeling van de studies aan de hand van de abstracts zijn de volgende *criteria* gehanteerd:

De studie dient gericht te zijn op volwassen (≥ 18 jaar) mannen die seksueel geweld plegen (*hands on delicten*) tegen volwassen vrouwen (≥ 18 jaar) zonder instemming van het slachtoffer (Marshall & Serran, 2000). Deze definitie van seksueel geweld omvat zowel verkrachters, aanranders als frotteurs.

Indien uit één abstract bleek dat een onderzoekspopulatie uit zowel adolescenten als volwassen mannen met adolescentie slachtoffers bestond, is het betreffende artikel meegenomen in de verdere gegevensverzameling. Internationaal worden namelijk verschillende leeftijdsgrenzen gehanteerd voor de definitie van volwassen seksuele delinquenten (daders vanaf 16 jaar en/of slachtoffers vanaf 14 jaar).

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. De studies dienden gericht te zijn op de evaluatie van een psychologische en/of psychiatrische behandeling van seksueel gewelddadig gedrag. Een behandeling kan ook in gevangenschap worden gegeven of tijdens verlengd toezicht na gevangenschap; de uitkomstmaat, c.q. effectmaat die gebruikt werd in de studie diende tenminste uit recidivegegevens te bestaan. Indien uit een abstract bleek dat een studie aan bovenstaande criteria voldeed, werd de betreffende publicatie opgevraagd.

De opgevraagde publicaties zijn vervolgens door drie onderzoekers onafhankelijk beoordeeld op de volgende criteria:

- De studie dient gericht te zijn op het vaststellen van behandelingseffect door middel van recidivegegevens van een behandelde onderzoeksgroep en een onbehandelde vergelijkingsgroep;
- Bij voorkeur dienen de recidivegegevens gespecificeerd te zijn naar algemene recidive en seksuele recidive;
- De *follow up* termijn (*time at risk*) van de effectstudie dient minimaal één jaar te bedragen. Recidive kan namelijk lange tijd na afsluiting van een behandeling plaatsvinden (Emmelkamp e.a., 2002);
- De onderzoekspopulatie dient minstens $N = 10$ te zijn. Beschrijvend onderzoek en casestudies ($N = 1$) worden niet in de dataverzameling opgenomen. Hoe groter de onderzoekspopulatie, des te groter de zeggingskracht van de onderzoeksresultaten (Berger, Imbos, & Janssen, 2000);
- Het behandelprogramma, c.q. de interventie welke in een studie wordt geëvalueerd dient duidelijk omschreven te zijn in de betreffende publicatie. Dat wil zeggen dat informatie wordt geboden over de duur en intensiteit van de interventie alsook het gehanteerde interventiemodel en de interventietechnieken.

De effectstudies worden eveneens beoordeeld op de kwaliteit van het onderzoeksdesign aan de hand van de volgende criteria (gebaseerd op de Delphi-lijst van Verhagen):

- De studie dient bij voorkeur een methode van randomisatie te omvatten;
- De groepen dienen aan het begin van de studie onderling vergelijkbaar te zijn voor wat betreft de belangrijkste prognostische variabelen, ook indien sprake is van een *quasi-randomised clinical trial*, c.q. *controlled clinical trial*;
- In- en exclusiecriteria voor deelname aan het onderzoek/behandeling dienen vermeld te zijn;

- De analyse dient 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).

Verwacht werd dat het merendeel van de geselecteerde studies niet zou voldoen aan alle criteria met betrekking tot het onderzoeksdesign. Derhalve is besloten om studies die voldoen aan de eerste vier criteria in ieder geval op te nemen in de data-verwerking. Bij de interpretatie van de onderzoeksresultaten wordt echter rekening gehouden met de kwaliteit van de verschillende studies en de heterogeniteit voor wat betreft onderzoekspopulaties, interventiemethoden en methodologie tussen de studies.

Aan de hand van consensusbesprekingen hebben de drie onderzoekers bepaald of publicaties opgevraagd werden en vervolgens is bepaald welke van de opgevraagde effectstudies in aanmerking kwamen voor 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 x 2 kruistabellen. Fleiss (1994) adviseert het gebruik van *Odds Ratio's* (OR) voor de verwerking van 2 x 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:

$$OR = (\text{recidive -b/geen recidive-b}) / (\text{recidive-v/geen recidive-v})$$

waarbij 'b' staat voor 'behandelconditie' en 'v' voor 'vergelijkingsconditie'. 'Recidive-b' bestaat uit het aantal verkrachters in de behandelcondities dat recidiveert, 'geen recidive-b' uit het aantal verkrachters in de behandelcondities dat niet recidiveert. 'Recidive-v' is het aantal verkrachters in de vergelijkingscondities dat recidiveert, en 'geen recidive-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 vergelijkings-

condities en de *base rate* van recidive in een onderzoekspopulatie (Fleiss, 1994). Om vertekening van de resultaten tegen te gaan en om 2 x 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.

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 effect* 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, wat betekent dat het eventueel gevonden effect als minder robuust en eenduidig dient te worden beschouwd.

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 x 2 Tabellen.

Uit de literatuur *search* kwamen in totaal 501 abstracts van publicaties naar voren die voldeden aan de ingevoerde zoektermen. 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 geschikt voor statistische *pooling* ten behoeve van de meta-analyse. 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)

Marques, Day, Nelson, en West (1994) evalueerden het *Sex Offender Treatment & Evaluation Project (SOTEP)*, dat in 1985 in de staat Californië (USA) van start ging. 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 behandelde 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 gediagnosticeerd, 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 terugvalpreventie-model. Het programma kent een multi-modale benadering en is dusdanig opgezet dat het de seksuele delinquenten helpt om factoren te identificeren die risico-verhogend zijn en om nieuwe copingstrategieën te ontwikkelen. Gedurende het gehele programma volgen de deelnemers een terugvalpreventiegroep (in totaal vier en een half uur 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. Alle seksuele delinquenten nemen daarnaast deel aan zogenaamde *specialisten* 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.

Na afronding van het intramurale behandelingsprogramma participeren de deelnemers aan het SOTEP project gedurende een jaar in een nazorgprogramma, het *Sex Offender Aftercare Program (SOAP)*. Het nazorgprogramma wordt aangeboden in een polikliniek door medici die zijn getraind in het gebruik van terugvalpreventie-modellen. Deelname aan het nazorgprogramma is een verplicht onderdeel van de voorwaardelijke invrijheidsstelling. 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. Zowel de pedofiele daders als de verkrachters werden gedeeltelijk aselekt aan de drie voornoemde condities toegewezen. 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 aselekt 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 (dit betekent dat de gemiddelde *time at risk* wordt berekend) en varieerde van 33 tot 48 maanden. Algemeen gewelddadige 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 toe hebben gegeven. 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. Over het algemeen nemen vooral verkrachters en aanranders die gericht zijn op volwassen vrouwen deel aan het programma.

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. Daarbij kan men denken aan 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 maar 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

Teneinde behandeleffect te meten vergeleken Clelland e.a. de behandelresultaten van 36 deelnemers die de behandeling hadden afgerond met 38 deelnemers die de behandeling niet hadden afgerond (totale $N = 74$). 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. 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. 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 RTC is gelokaliseerd 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, assertiviteitstraining en een 'temperatuur-controle' training. Het deviante seksuele gedrag werd toen 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. 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 verhoogd risico op recidive en richt zich op criminogene factoren die verbonden zijn aan seksuele 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, de toediening van medicatie indien vereist (farmacotherapie) en psychoeducatie. Daarnaast bestaan er aanvullende behandelmodaliteiten zoals phallometrie (het meten van het penisvolume bij bepaalde seksuele stimuli), werk, scholing, en 'aboriginal services'. In 1998 is het CSOTP programma geaccrediteerd door de *Correctional Services of Canada*.

Behandeleffectiviteit

Een behandelde groep ($n = 168$) bestond uit mannen die vrijwillig hadden deelgenomen en deze hadden afgerond tussen 1981 en 1996. Een 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 Services of Canada* van 1983 tot 1996. Recidive werd gemeten aan de hand van nieuwe veroordelingen tijdens een *follow up* periode van 10 jaar. Binnen de behandelde groep recidiveerden 24 verkrachters (14%) en binnen de controlegroep recidiveerden 21 verkrachters (42%). Het recidiveverschil was significant.

STUDIE 5 | BARNES (2000)

Barnes (2000) evalueerde het effect van een behandelprogramma voor zeden-delinquenten, 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 SOTR 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 SOTR 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 die een fragiele persoonlijkheidsstructuur hebben, zoals personen met psychotische symptomen, komen niet in aanmerking voor het vervolgprogramma. Na afronding van het A&O deel, en als men voldoet aan de criteria, participeert de deelnemer in een aantal groepen gericht op specifieke onderwerpen. Veel seksuele delinquenten hebben een geringe kennis van de seksuele fysiologie, van intermenselijke verhoudingen en van andere zaken die relevant zijn voor seksuele omgang.

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 zitten. De oudere groepsdeelnemers fungeren als mentor en sommigen opereren als *peer counselors*. De doelstellingen van het gehele SOTR programma zijn opgebouwd uit de volgende zes elementen: *basic ownership*, 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 verschil-

lende 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 (standaarddeviatie 18,9) voor de behandelde groep en 91 maanden (standaarddeviatie 13,6) voor de controlegroep. Binnen de behandelde groep was geen sprake van seksuele recidive, binnen de controlegroep recidiveerden vijf verkrachters (19%) met een seksueel delict. Ook recidiveerde 5,5% in de behandelde groep met een gewelddadig niet-seksueel delict tegenover 15% in de vergelijkingsgroep.

Tabel 1 bevat een overzicht van de kenmerken van de geselecteerde studies.

TABEL 1 | OVERZICHT VAN GESELECTEERDE EFFECTSTUDIES MET BETREKKING TOT DE BEHANDELING VAN 'HANDS ON' SEKSUEEL GEWELDDADIG GEDRAG

STUDIE	N	INTERVENTIE	DEELNEMERS	RECIDIVEMAAT	FOLLOW UP	SEKSUELE RECIDIVE		ALGEMEEN GEWELDDADIGE RECIDIVE	
						B	V	B	V
Barnes (2000)	62	Terugvalpreventie en slachtoffer-empathie training	Verkrachters (16+) van vrouwelijke en mannelijke slachtoffers (16+)	Nieuwe arrestaties voor een seksueel gewelddadig delict of een gewelddadig niet-seksueel delict	M = 89,8 maanden (behandelingsconditie)	0%	19%	6%	15%
Clelland e.a. (1998)	74	Cognitieve gedrags-therapie met terugvalpreventie in groepsverband	Verkrachters van vrouwelijke slachtoffers (14+)	Nieuwe arrestaties, veroordelingen en tenlastelegging voor een seksueel gewelddadig delict of een gewelddadig niet-seksueel delict	M = 52,1 maanden (behandelingsconditie)	17%	29%	17%	40%
Marques e.a. (1994)	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 gewelddadig delict of een gewelddadig niet-seksueel delict	M = 34,2 maanden (bereik = 33 tot 48 maanden)	9%	28%	23%	33%
Nicholaichuk e.a. (2000)	218	Cognitieve gedrags-therapie met terugvalpreventie; aanvullend farmacotherapie, individuele therapie	Volwassen verkrachters (leeftijd dader en slachtoffer niet geëxpliciteerd)	Nieuwe veroordelingen voor seksueel gewelddadig gedrag	10 jaar	14%	42%	—	—
Quinsey e.a. (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 gewelddadig delict	M = 37,4 maanden	37%	28%	—	—

NOOT B = behandelingsconditie. V = vergelijkingsconditie. '—' = geen gegevens.

TABEL 2 | KWALITEITSKRITERIA MET BETREKKING TOT HET ONDERZOEKSDSIGN VAN DE GESELECTEERDE BEHANDELEFFECT STUDIES

STUDIE	DESIGN	RANDOMISATIE	VERGELIJKBAARHEID ONDERZOEKSGROEPEN	VERMELDING IN-EN EXCLUSIECRITERIA	INTENTION TO TREAT PRINCIPE
Barnes (2000)	Vergelijking van recidive tussen deelnemers aan behandeling ($n = 36$) en onbehandelde gedetineerde verkrachters ($n = 26$)	Retrospectieve, aselecte toewijzing aan condities. <i>Matching</i> grond van type delict	Behandelde verkrachters Verschilden van de onbehandelde verkrachters in de lengte van opgelegde straf	Ja	Het principe is gehanteerd
Clelland e.a. (1998)	Vergelijking van recidive tussen deelnemers die behandeling afronden ($n = 36$) en <i>drop outs</i> ($n = 38$)	Geen vorm van aselecte toewijzing	<i>Drop outs</i> hadden een lager IQ en een lager opleidingsniveau dan <i>treatment completers</i>	Ja	Niet van toepassing
Marques e.a. (1994)	Vergelijking van recidive tussen behandelingsgroep ($n = 22$) en controlegroep ($n = 18$). <i>Matching</i> 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 verschillen in de prognostische variabelen tussen de vergeleken condities	Ja	Het principe is niet gehanteerd
Nicholaichuk e.a. (2000)	Vergelijking van recidive tussen deelnemers van behandeling ($n = 168$) en gematchte onbehandelde verkrachters uit een andere instelling ($n = 50$). <i>Matching</i> o.g.v. leeftijd ten tijde van delict, datum van index delict en eerder crimineel gedrag	Geen vorm van aselecte toewijzing	Het aantal deelnemers in de vergeleken condities verschilde ($n = 168$ vs. $n = 50$)	Ja	Niet van toepassing
Quinsey e.a. (1998)	Vergelijking van recidive tussen deelnemers die behandeling afronden ($n = 111$) en deelnemers die behandeling weigerden ($n = 18$)	Geen vorm van aselecte toewijzing	Aantal deelnemers in de vergeleken condities verschilde ($n = 111$ vs. $n = 18$)	Ja	Niet van toepassing

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).

TABEL 3 | ODDS RATIO'S VOOR SEKSUELE RECIDIVE

STUDIE	OR	95% BI	Q	N (k)
Alle studies	0.40	0.17 – 0.97	9.99	523 (5)
Barnes (2000)	0.05	0.00 – 1.02	—	62
Clelland e.a. (1998)	0.51	0.17 – 1.52	—	74
Marques e.a. (1994)	0.30	0.06 – 1.55	—	40
Nicholaichuk e. a. (2000)	0.23	0.12 – 0.47	—	218
Quinsey e.a. (1998)	1.44	0.50 – 4.18	—	129

NOOT OR= Odds Ratio. 95% BI = 95% betrouwbaarheidsinterval. Q = Q- statistic. '—' = niet van toepassing.

Uit de gecombineerde 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 0.40, een matig positief behandeldeffect (dit betekent dat per 100 onbehandelde verkrachters die recidiveerden met een seksueel delict, er 40 behandelde verkrachters recidiveerden met een seksueel delict). Het 95% betrouwbaarheidsinterval (0.17 – 0.97) omvat niet de waarde 1.0, wat wijst op een significant effect. Bovendien bleek uit de Q-waarde dat sprake is van statistische homogeniteit tussen de verschillende effectstudies ($Q = 9.99$, $df = 4$, $p > .05$), wat het vertrouwen in de gemiddelde OR van 0.40 onderschrijft.

Tabel 4 bevat een overzicht van de OR 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) omvatte 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 ($Q = 0.53$, $df = 3$, $p > .05$).

TABEL 4 | ODDS RATIO'S VOOR ALGEMEEN GEWELDDADIGE RECIDIVE

STUDIE	OR	95% BI	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 e.a. (1998)	0.32	0.11 – 0.93	—	74
Marques e.a. (1994)	0.60	0.16 – 2.33	—	40

NOOT OR= Odds Ratio. 95% BI = 95% betrouwbaarheidsinterval. Q = Q- statistic. '—' = niet van toepassing.

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. Door gebruik te maken van een meta-analyse is het mogelijk om een krachtiger toets van de nulhypothese uit te voeren dan bij individuele studies het geval is. De data van individuele onderzoeken worden immers gepoold, waardoor een groter aantal proefpersonen en dus een grotere *power* ontstaat. Voor beide vormen van recidive, seksuele recidive en niet-seksuele geweldsrecidive, vonden wij een Odds Ratio van .40. Deze waarde van de OR komt in de buurt van de .33, de waarde die beschouwd wordt als wijzend op een sterke 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. 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 ambulant nazorgprogramma (Clelland e.a., 1998; Marques e.a., 1994). De *follow up* periodes van de studies waren lang, van minimaal 34 maanden tot 120 maanden. 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 .40 op het eerste gezicht hoopgevend lijkt, dient bij de interpretatie van dit resultaat rekening gehouden te worden met de grote methodologische tekortkomingen van de studies. Verreweg de grootste bedreiging van de interne validiteit (Cook & Campbell, 1979) van de studies is selectie-bias. Zo werd in de studies van Quinsey e.a. (1998) en Clelland e.a. (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 e.a. (2002) vonden dit in hun meta-analyse, en ook in Nederlands onderzoek is dit gevonden (de Vogel e.a., 2003). Ook weigeraars kunnen verschillen van *treatment completers* op essentiële persoonskenmerken zoals problemen met autoriteit en een antisociale levensstijl (Hanson e.a., 2002). Het is echter interessant om op te merken dat de twee studies van de minste kwaliteit (Clelland e.a. en Quinsey e.a.) eveneens de geringste effecten lieten zien (zie Tabel 3). Daarentegen

toonden de twee studies met de hoogste kwaliteit (Barnes, 2000; Nicholaichuk e.a., 2000) de grootste behandel-effecten. Vergelijkbare bevindingen werden gedaan door Redondo, Sanchez-Meca, en Garrido (1999) in hun meta-analyse naar het effect van behandelprogramma's voor algemene delinquenten: de meest strenge onderzoeksdesigns lieten de grootste effectgroottes zien. Naast selectie-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 een significante 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 verdient aanbeveling om in Nederland onderzoek naar het effect van behandeling bij verkrachters op te zetten. Uiteraard is randomisatie binnen de tbs niet mogelijk. Wat wel mogelijk is, is *matching* van verkrachters met een tbs-maatregel, met een onbehandelde groep verkrachters uit de gevangenis (vgl. Barnes, 2000), waarbij gecontroleerd wordt voor een aantal belangrijke prognostische variabelen, zoals seksuele deviatie en mate van psychopathie (Hildebrand e.a., 2004). 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 wat werkt in de reductie van recidive bij verkrachters met verschillende criminogene behoeften.

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 ed.). Cincinnati, OH: Anderson.
- 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. (Red.). (2000). *Methodologie en statistiek deel II*. Maastricht: Universitaire Pers Maastricht.
- 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.
- Emmelkamp, P., Emmelkamp, J., Ruiter, C. de, & Vogel, V. de (2002). Effectiviteit van psychotherapeutische behandeling bij plegers van seksueel geweld. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 32, 134–145.
- 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., 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.
- Hedges, L.V., & Olkin, I. (1985). *Statistical methods for meta-analysis*. Orlando, FL: Academic Press.
- Hildebrand, M., Ruiter, C. de, & Vogel, V. de (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.
- Lau, J. (1990). *Meta-Analyst version 0.998*. New England Medical Center, Boston, MA.

- Marshall, W.L., & Serran, G.A. (2000). Current issues in the assessment and treatment of sexual offenders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 85–96.
- Marshall, W.L., & McKnight, R.D. (1975). An integrated treatment program for sexual offenders. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 20, 133–138.
- 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.
- 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.
- Ruiter, C., de, & Veen, V. (2005). Terugdringen van recidive bij geweldsdelinquenten: Werkzame interventies bij relationeel, seksueel en algemeen geweld. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Vogel, V. de, & Ruiter, C. de (2003). Recidive bij behandelde seksuele delinquenten. *Tijdschrift voor Criminologie*, 45, 378–390.
- Vogel, V. de, Ruiter, C. de, Beek, D. van, & Mead, G. (2003). De waarde van gestructureerde risicotaxatie. Een retrospectief empirisch onderzoek bij behandelde seksuele delinquenten. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 58, 9–29.

OVER DE AUTEURS

MW. PROF.DR. CORINE DE RUITER (1960), klinisch psycholoog, is bijzonder hoogleraar Forensische psychologie aan de Universiteit Maastricht en programmahoofd Nationale Monitor Geestelijke gezondheid bij het Trimbos-instituut te Utrecht. Zij is een expert op het terrein van diagnostiek en behandeling van psychisch gestoorde delinquenten. In de afgelopen jaren heeft zij zich ingezet voor het ontwikkelen en valideren van gestructureerde risicotaxatie-instrumenten voor plegers van geweldsdelicten en zedendelicten. Risicotaxatie-richtlijnen voor relationeel geweld, kindermishandeling en antisociaal gedrag bij jonge kinderen zijn in ontwikkeling. Zij is een warm pleitbezorgster van *evidence based* werken in de forensisch sector en levert daaraan via onderwijs, trainingen en onderzoek een bijdrage. Corine de Ruiter treedt regelmatig op als getuige-deskundige in strafzaken.

MW. DRS. VIOLAINE VEEN (1978) studeerde psychologie aan de Universiteit van Amsterdam. Tijdens haar studie richtte zij zich met name op forensisch psychologische onderwerpen en deed zij onder andere praktijkervaring op in een tbs-kliniek. Van december 2003 tot juni 2005 is Violaine Veen werkzaam geweest als junior wetenschappelijk medewerker bij het Trimbos-instituut. Zij verrichtte onder meer onderzoek naar therapeutische interventies voor volwassen (zedendel)delinquenten en een evaluatie-onderzoek naar het Haarlemse project ‘Geweld in het gezin’ dat gericht is op de bestrijding van huiselijk geweld. Sinds juni 2005 is Violaine Veen als promovenda verbonden aan de Universiteit Leiden en verricht zij onderzoek naar de oorzaken van probleemgedrag bij Marokkaanse jongeren die in Justitiële Jeugdinrichtingen verblijven.

DR. P.J. GREEVEN is psycholoog-psychotherapeut en was tot 1 augustus 2005 als programmamanage verbonden aan het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP). Daarvoor was hij onder meer werkzaam in de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek te Utrecht, waar hij zijn promotieonderzoek getiteld *De intramurale behandeling van forensische patiënten met een persoonlijkheidsstoornis* uitvoerde, waarop hij in 1997 is gepromoveerd.

EERDER VERSCHENEN IN DE REEKS ACTUELE KENNIS

2005

- 1] De waarde van gestructureerde risicotaxatie en van de diagnose psychopathie: een onderzoek naar de betrouwbaarheid en validiteit van de HCR-20, HKT-30 en PCL-R
M. Hildebrand, B.L. Hesper, M. Spreen, H.L.I. Nijman

- 2] Toekomst voor de tbs: expert meetings 2005
J. Meyer, M. Hildebrand