

EFFECTIVITEIT VAN PSYCHOTHERAPEUTISCHE BEHANDELING BIJ PLEGERS VAN SEKSUEEL GEWELD¹

Paul Emmelkamp², Jetske Emmelkamp³, Corine de Ruiter⁴ & Vivienne de Vogel⁵

Dit artikel biedt een overzicht van effectstudies naar de psychotherapeutische behandeling van seksuele delinquenten. De besproken behandelingen zijn voornamelijk cognitief-gedragstherapeutisch. Een aantal ernstige methodologische beperkingen worden besproken, die het vrijwel onmogelijk maken om duidelijke conclusies te trekken over het effect van de psychotherapeutische behandeling bij seksuele delinquenten.

Seksuele agressie is een belangrijk probleem en de behandeling van seksueel agressief gedrag mag zich in een toenemende belangstelling verheugen. Frequent voorkomende vormen van seksuele agressie zijn: verkrachting, aanranding, pedoseksueel gedrag, incest, exhibitionisme en voyeurisme. De eerste vier vormen van seksuele agressie worden traditioneel 'hands on' delicten genoemd, de laatste twee 'hands off' delicten. In dit artikel wordt onder seksueel delinquent gedrag dat gedrag verstaan, dat seksueel of gedeeltelijk seksueel gemotiveerd is en dat bedreven wordt met een niet instemmend slachtoffer, of met iemand die niet in staat geacht wordt toestemming te kunnen geven (Marshall, 1998).

Doel van dit artikel is een kritisch overzicht te geven van het effectonderzoek dat naar de psychotherapeutische behandeling van seksueel agressief gedrag verricht is. Alvorens deze studies te bespreken worden enige methodologische problemen besproken, die de interpretatie van de resultaten van het hier besproken onderzoek soms lastig maken. Bij de bespreking van de effectstudies wordt achtereenvolgens het onderzoek besproken naar de effecten van behandeling gericht op het veranderen van deviante fantasieën, ontkenning, cognitieve vertekeningen, leren omgaan met negatieve emoties, empathie- en sociale vaardigheidstraining en terugvalpreventie. Hierna worden een aantal belangrijke overzichtstudies en meta-analyses kritisch besproken. Tot slot wordt kort ingegaan op de stand van zaken met betrekking tot onderzoek naar de voorspelling van recidive en worden de gevonden resultaten van enige kanttekeningen voorzien in de Discussie.

Enige methodologische problemen

Het komt regelmatig voor dat een seksuele delinquent niet voldoet aan de diagnostische criteria van een (seksuele) stoornis, wat voornamelijk komt doordat de DSM-IV geen specifieke categorie heeft voor bijvoorbeeld verkrachting. Dit levert een probleem op voor het beoordelen van onderzoek op zijn merites. Het is belangrijk te weten of alle seksuele delinquenten in een studie opgenomen zijn, of alleen die personen die aan bepaalde DSM-IV criteria voldoen. Hierover bestaat soms enige onduidelijkheid (Marshall, 1998).

In tegenstelling tot veel ander probleemgedrag in de (geestelijke) gezondheidszorg, waarbij het effect van psychologische interventies in veel gecontroleerd onderzoek aangetoond is, geldt dit niet voor seksueel agressief gedrag. Een aselechte toewijzing aan een controle groep die geen behandeling krijgt, maar op andere aspecten wel overeenkomt met de experimentele groep is nodig om gegronde uitspraken te kunnen doen over het effect van een behandeling. Dit levert echter een probleem op bij het onderzoek naar het effect van behandelingen voor seksuele delinquenten. Ten eerste willen veel seksuele delinquenten die gevangen zitten graag behandeld worden, in de hoop zo eerder in aanmerking te komen voor een voorwaardelijke invrijheidstelling. Ten tweede is er een ethisch bezwaar om seksuele delinquenten niet te behandelen, terwijl er wel behandelingsmogelijkheden zijn, gegeven het gevaar dat deze delinquenten vormen voor de samenleving (Marshall, Jones, Ward, Johnston & Barbaree, 1991). Er zijn alternatieve manieren om het effect van een bepaalde behandeling aan te tonen die methodologisch weliswaar minder ideaal zijn, maar op grond waarvan toch zinnige conclusies

¹ Geaccepteerd voor publicatie: 21 januari 2002.

² Prof. dr. P.M.G. Emmelkamp, klinisch psycholoog, hoogleraar algemene klinische psychologie, Programmagroep Klinische Psychologie, Universiteit van Amsterdam; ³ Drs. J. Emmelkamp, GZ-psycholoog i.o., GGZ Noord-Holland; ⁴ Prof. dr. C.M. de Ruiter, klinisch psycholoog, bijzonder hoogleraar forensische psychologie, Programmagroep Klinische Psychologie, Universiteit van Amsterdam; ⁵ Drs. V. de Vogel, psycholoog, onderzoeker bij de Dr. H. van der Hoeven Stichting. Auteur voor correspondentie: Prof. dr. P.M.G. Emmelkamp, Programmagroep Klinische Psychologie, Universiteit van Amsterdam, Roetersstraat 15, 1018 WB Amsterdam.

getrokken kunnen worden. Een veelgebruikt alternatief voor de controle groep studie is om de uitkomst van de behandeling te vergelijken met een schatting van het aantal onbehandelde delinquenten die gerecidiveerd zijn.

Het belangrijkste criterium voor succes van de behandeling van seksueel agressieve daders is het voorkomen van recidive. Het belang van het voorkomen van recidive is veel groter dan bij andere stoornissen, aangezien de tweegebrachte schade voor anderen in de maatschappij veel groter is (Hall, 1995b). Uiteraard is het lastig recidive formeel vast te stellen. Een aantal onderzoekers beperkt zich tot zelfrapportage. Het zal duidelijk zijn dat zelfrapportage bij een groep waarvan een deel gekenmerkt wordt door antisociale persoonlijkheidstrekken notoir onbetrouwbaar is. Bij andere studies is het recidivecriterium één of meerdere nieuwe veroordelingen. Ook dit criterium is niet betrouwbaar. Immers, niet alle seksueel agressieve delicten worden ontdekt en leiden tot veroordeling van de dader. Groth, Longo & McFadin (1982) vroegen veroordeelde seksueel agressieve delinquenten *volledig anoniem* aan te geven hoe vaak zij een seksueel agressief delict gepleegd hadden waarvoor zij niet veroordeeld waren. De resultaten waren schokkend. De delinquenten gaven aan dat zij twee tot vijf keer zoveel seksuele delicten gepleegd hadden dan die waarvoor zij veroordeeld waren. Marshall & Barbaree (1988) vergeleken het officiële recidivecijfer van behandelde seksueel agressieve delinquenten gebaseerd op veroordelingen met het aantal agressieve delicten van dezelfde personen dat ter kennis was gekomen van kinderbeschermingsinstanties en politie, waarbij een ernstige verdenking bestond, maar die niet tot een veroordeling leidde. De resultaten van deze en andere onderzoeken (Furby, Weinrott, & Blackshaw, 1989; Koss, 1992) tonen aan dat recidivecijfers die alleen gebaseerd zijn op veroordelingen tot een ernstige onderschatting van het feitelijke recidivepercentage leiden. Uiteraard brengt dit ernstige beperkingen met zich mee met betrekking tot de interpretatie van resultaten van effectstudies, die zich beperken tot officiële recidive cijfers. Onderzoekers en beleidsmakers houden bij de interpretatie van onderzoeksgegevens hier vaak onvoldoende rekening mee.

Effectstudies naar verschillende behandelingscomponenten

In deze paragraaf zal het effect van de verschillende behandelingen per behandelingsmethode afzonderlijk worden besproken. De nadruk ligt hierbij op gedrags-therapeutische interventies, omdat alleen naar het

effect van deze interventies onderzoek verricht is.

Veranderen van deviante fantasieën

In de zestiger en zeventiger jaren van de vorige eeuw lag het accent in de gedragstherapeutische behandeling op het veranderen van deviante seksuele fantasieën. Hierbij werden een aantal aversieve technieken gebruikt: aversietherapie en covert sensitisatie. Deze technieken zijn gebaseerd op aversieve conditionering. Ongewenste responsen (b.v. deviante seksuele fantasieën) worden afgeleerd door deze te verbinden met 'aversieve' responsen (b.v. elektrische schok). Hanson, Steffy en Gauthier (1993) hebben geen effect aan kunnen tonen voor enkel aversieve interventies. In dit onderzoek betrof het een ongedifferentieerde groep van seksuele geweldplegers, waaronder verkrachters. Rice, Quinsey en Harris (1991) evalueerden het effect van een relatief kort behandelprogramma bestaande uit aversieve therapie of biofeedback met betrekking tot de seksuele opwindings Een beperkt aantal patiënten nam tevens deel aan een sociale vaardigheidstraining. De onderzoekers vergeleken de effectiviteit van de behandeling met die van een controlegroep, die echter op een groot aantal punten niet vergelijkbaar was. Het behandelprogramma bleek niet effectiever.

Masturbatie herconditionering is een procedure waarbij cliënten gebruik moeten maken van masturbatie om hun seksuele voorkeur te veranderen. De gedachte hierachter is dat de inhoud van de masturbatie fantasieën de expressie van seksueel gedrag stuurt. Er is echter weinig experimenteel onderzoek gedaan naar het effect van masturbatie herconditionering (Laws en Marshall, 1991; Emmelkamp, 1994), zodat conclusies met betrekking tot de effectiviteit niet getrokken kunnen worden. Een andere methode betreft *satiatie* waarbij de cliënt verzocht wordt te masturberen terwijl hij fantaseert over seksueel deviante voorstellingen en door te gaan met masturberen na de ejaculatie. Verondersteld wordt dat door het doorgaan met masturberen na het orgasme er een verzadiging optreedt bij de cliënt met betrekking tot de deviante seksuele stimuli, zodat deze hun erotische lading verliezen.

Marshall, Eccles & Barbaree (1991) onderzochten het effect van een behandeling bestaande uit aversietherapie, masturbatie herconditionering en satiatie bij exhibitionisten, gemiddeld ca. 8,7 jaar na behandeling. Van de behandelde groep bleek 39% te recidiveren, terwijl dat bij 57% van een controle groep het geval bleek te zijn. Kortom, geen bijzonder gunstige resultaten.

Marshall (1998) stelt dat het misschien helemaal

niet nodig is om de behandeling direct te richten op afwijkende seksuele fantasieën, aangezien verschillende andere technieken die het functioneren van de seksuele delinquent veranderen indirect ook effect hebben op de deviante fantasieën. Deze technieken worden hieronder besproken.

Behandeling van ontkenning

Veel seksuele delinquenten ontkennen of minimaliseren hun daad of de gevolgen ervan (van Beek, 1999). Ze ontkennen soms dat ze het vergrijp gepleegd hebben, of ze minimaliseren hun daad: 'ik streefde haar alleen maar', of 'ik ben blij dat het daarbij gebleven is, het had erger gekund' (Marshall, 1999; Gilbert, Gannon en Heesacker, 1997). Verkrachters zijn geneigd om de bereidwilligheid van het slachtoffer te overschatten ('het gebeurde met wederzijdse instemming'), of negatieve reacties op hun seksuele toespelingen te interpreteren als een aanmoediging ('als een vrouw nee zegt, bedoelt ze ja').

In drie onderzoeken werd nagegaan of behandeling resulteerde in een afname van ontkenning en minimaliseren. Marshall (1994) ontwikkelde een procedure om te zorgen dat delinquenten niet blijven ontkennen en om minimalisering te reduceren of geheel te elimineren. Een-en-tachtig seksuele delinquenten namen in totaal 70 uur deel aan een open groepstherapie. In deze behandeling moet iedereen zijn delict zo gedetailleerd mogelijk aan de rest beschrijven. Hierbij komen ook de omstandigheden ten tijde van het delict, de gedachten en gevoelens van de dader, zijn mentale gesteldheid, de mate van intoxicatie, en zijn interpretatie van het gedrag en de emotionele reactie van het slachtoffer, ter sprake. Alle groepsleden moeten deze verklaring vervolgens uitdagen op een steunende manier. Het officiële proces-verbaal van het misdrijf wordt er bijgehaald en opnieuw wordt de verklaring van de patiënt uitgedaagd. Elk groepslid moet zijn verklaring herhalen, waarop verdere uitdaging volgt, totdat het verhaal acceptabel is voor de groep.

Uit de resultaten bleek dat de behandeling effectief was. Van de 31% die voor de behandeling zijn delict ontkende, ontkende na de behandeling nog maar 2%. Het aantal dat minimaliseerde ging van 32% voor de behandeling naar 11% na de behandeling. Marshall (1994) concludeerde dat de resultaten behoorlijk positief waren, met name omdat de behandeling hetzelfde resultaat opleverde voor alle verschillende typen seksuele delinquenten, die aan de behandeling deelnamen (verkrachters, incest daders, en andere typen pedoseksuele daders).

In twee andere onderzoeken (Barbaree, 1991; Maletzky, 1996) bleek eveneens dat een vergelijkbare

gedragstherapeutische behandeling leidde tot een significante afname van ontkenning. Overigens leidde behandeling in het onderzoek van Barbaree (1991) niet tot een significante afname van minimalisering. Het belang van ontkenning als risicofactor voor recidive is echter niet onomstreden. Zo vond Maletzky (1996) dat plegers die volledig bleven ontkennen, maar wel een cognitief gedragstherapeutisch behandelprogramma afmaakten, minder recidiveerden dan plegers die wel erkenden maar de behandeling afbraken.

Behandeling van cognitieve vertekeningen

Seksuele delinquenten hebben vaak een vertekend beeld van de respons van het slachtoffer en hebben denkbeelden die hun gedrag rechtvaardigen (Hall, 1996; Kennedy & Grubin, 1992; Scully & Marolla, 1984; Ward, Hudson, Johnston & Marshall, 1997). Velen van hen zien hun slachtoffer als coöperatief en hebben het idee dat het misbruik geen schadelijke gevolgen voor het slachtoffer heeft. De schuld wordt vaak volledig bij het slachtoffer gelegd of toegeschreven aan externe factoren, zoals excessief alcohol gebruik. Daarnaast hebben verkrachters veelal een negatief beeld van vrouwen (Malamuth & Brown, 1994). Pedofielen zien kinderen vaak als vriendelijk en niet bedreigend, of als toegankelijk voor misbruik (Marshall, 1998; 2000). Al deze cognitieve vertekeningen zorgen ervoor dat seksuele delinquenten hun interne remmingen makkelijker kunnen overwinnen en het gebruik van agressie accepteren.

Murphy (1990) beschrijft een aantal cognitieve herstructureringstechnieken die er op gericht zijn deze cognitieve vertekeningen te veranderen. De patiënten krijgen eerst een rationale waarin de rol van cognities bij het in stand houden van seksueel geweld beschreven wordt. Vervolgens wordt de patiënt geïnformeerd en onderwezen over de gevolgen voor het slachtoffer. Daarna leert de patiënt zijn eigen specifieke cognitieve vertekeningen te identificeren. Tenslotte moeten deze cognitieve vertekeningen uitgediept en uitgedaagd worden. Hoewel specifieke cognitieve interventies een (beperkt) effect hadden op cognitieve vertekening bij *niet*-seksuele delinquenten (Murphy, 1990), is het niet duidelijk wat het effect van cognitieve herstructurering is op de lange termijn uitkomst van de behandeling van seksuele delinquenten (Marshall, 1998). Daarnaast is het de vraag of cognitieve vertekening wel als antecedent van seksueel agressief gedrag beschouwd dient te worden. Immers, het is denkbaar dat de processen van cognitieve vertekening pas achteraf plaatsvinden ter rechtvaardiging van de seksueel agressieve daad (Marx,

Miranda & Meyerson, 1999).

Leren omgaan met negatieve emoties en middelenmisbruik

Uit onderzoek blijkt dat verkrachting vaak vooraf gaat door negatieve emoties (Knight & Prentky, 1990). Enerzijds gaat het hierbij om gevoelens van woede, wraak, of frustratie, anderzijds om gevoelens van leegte, depressie, eenzaamheid of zich waardeloos voelen. Ook bij pedoseksuele daders is er een verband tussen negatieve emoties en deviant seksueel gedrag aangetoond (Proulx, McKibber, & Lusignan, 1996). Daarnaast vinden veel seksueel agressieve delicten plaats onder invloed van alcohol (Langevin & Lang, 1990; Marshall, 2000; Seto & Barbaree, 1995). Door het gebruik van alcohol wordt inhibitie opgeheven, waardoor seksueel agressief gedrag makkelijker tot uiting komt.

Het zal duidelijk zijn dat het van belang is om copingvaardigheden aan te leren om op een andere manier met negatieve emoties en middelen misbruik om te gaan. In een aantal cognitief-gedrags-therapeutische programma's wordt hier inderdaad aandacht aan besteed, maar er is ons geen onderzoek bekend, waarin de effecten van het aanleren van alleen copingvaardigheden bij plegers van seksueel geweld specifiek onderzocht zijn.

Empathietraining

Het komt vaak voor dat seksuele delinquenten niet inzien dat ze schade hebben toegebracht aan het slachtoffer. Ze kunnen zich niet inleven in het slachtoffer. Dit gebrek aan empathisch vermogen wordt als een belangrijke factor beschouwd voor de oorzaak en het in stand blijven van het seksueel agressieve gedrag. Empathie training maakt daarom vaak onderdeel uit van het behandelingsprogramma.

Marshall, Hudson, Jones & Fernandez (1995) ontwikkelden een behandelprogramma om delinquenten te leren empathischer te reageren. Om te beginnen moeten de delinquenten leren emoties te herkennen in anderen. Uitgangspunt hierbij is dat herkenning van angstgevoelens van zijn slachtoffer een pleger ervan zal weerhouden om verder te gaan met seksuele agressie (Marshall, 1995). Vervolgens wordt de zeden-delinquent geleerd zich te verplaatsen in het perspectief van het slachtoffer. Daarna wordt de dader getraind op accurate wijze een uitgebreide reeks van emoties te herkennen en te benoemen bij zichzelf. Tot slot leert hij te beslissen op basis van zijn gevoelens of hij wel of niet over zal gaan tot seksuele handelingen. Deze vorm van therapie blijkt tot aanmerke-

lijke verbetering te leiden (Marshall, O'Sullivan & Fernandez, 1996).

Sociale competentie

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat seksueel agressieve delinquenten gekenmerkt worden door gebrekkige sociale vaardigheden (zoals het hanteren van conflicten, het aangaan en onderhouden van contacten, hun sociaal probleem oplossend vermogen, assertiviteit) Daarnaast worden ze vaak gekenmerkt als gebrekkig in zelfvertrouwen, sociaal angstig en eenzaam (Marshall & Barbaree, 1990; Marshall, 2000).

Seksuele delinquenten krijgen tegenwoordig vaak trainingen om sociaal vaardiger te worden. Er komen meestal verschillende facetten aan bod. Conversatievaardigheden, angst en boosheidshantering, assertiviteit, probleem-oplossingsvaardigheden, het verhogen van de zelfwaardering en het ontwikkelen van een effectieve hechtingsstijl zijn een aantal van deze facetten. Cognitief-gedrags-therapeutische programma's die zich richten op het verhogen van zelfwaardering en het vergroten van zelfvertrouwen bleken niet alleen deze doelstellingen te realiseren (Marshall, Champagne, Sturgeon & Bryce, 1997), maar ook te resulteren in een afname van de deviante seksuele voorkeur (Marshall, 1997).

Terugvalpreventie

Voordat de behandeling afgesloten wordt is het belangrijk dat er aandacht besteed wordt aan het feit dat seksuele delinquenten vaak in herhaling vallen. Om dit risico zoveel mogelijk te verkleinen is er een terugvalpreventie programma ontwikkeld. De seksuele delinquenten moeten leren risicofactoren voor seksuele agressie te herkennen. Hieronder vallen factoren, als een lage zelfwaardering, deviante fantasieën, het onder invloed zijn van middelen en boosheid, die tot het delict aanzetten. Ook bijkomstige risicofactoren als het alleen zijn met een potentieel slachtoffer, of het doelloos rondrijden, vallen hieronder. Als deze risicofactoren gespecificeerd zijn moeten de delinquenten vervolgens copingvaardigheden aanleren die deze risico's kunnen verminderen. Tevens moeten er plannen opgesteld worden om risico's te vermijden of om te gaan met onverwachte risicosituaties. Sommige behandelprogramma's houden na de behandeling nog intensief contact met de cliënten. Dit houdt in dat de cliënt onder supervisie staat van een persoon die getraind is in terugvalpreventie. Daarnaast wordt een groep vrienden of familie hierover geïnformeerd, zodat ook zij een even-

tuele terugval van de cliënt kunnen voorkomen.

De resultaten van studies die zich op terugvalpreventie richten zijn niet eenduidig. Sommige studies hebben niet of nauwelijks effect kunnen aantonen van terugvalpreventie programma's (b.v. Marques, 1999), terwijl andere onderzoekers wel degelijk positieve resultaten rapporteerden (Nicholaichuk, Gordon, Gu & Wong, 2000; McGrath, Hoke & Vojtisek, 1998; Marshall & Anderson, 1996). Een probleem bij de interpretatie van de resultaten van deze onderzoeken is dat onder de vlag van terugvalpreventie allerlei verschillende technieken gebruikt worden, zodat de resultaten van deze programma's niet goed vergelijkbaar zijn.

Overzichtstudies en meta-analyses

Er zijn een aantal overzichtstudies en meta-analyses gepubliceerd naar het effect van de behandeling van seksuele delinquenten. Een aantal auteurs is erg pessimistisch over de effecten die tot het eind van de jaren tachtig van de vorige eeuw bereikt werden (Furby, Weinrott & Blackshaw, 1989; Quinsey, Harris, Rice & Lalumière, 1993), maar anderen zijn gematigd optimistisch, zeker met betrekking tot de resultaten van multi-modale cognitieve gedragstherapie.

Marshall & Barbaree (1990) vergeleken verschillende onderzoeken naar het effect van cognitieve-gedragstherapeutische behandelingen. Gemiddeld bleek ongeveer 10 % van de seksuele delinquenten terug te vallen na de behandeling. Dit getal moet echter met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden, aangezien in veel van deze studies de meest gevaarlijke delinquenten uitgesloten werden van behandeling. Ook bleek het aantal recidieven toe te nemen naarmate de follow-up periodes langer waren. Van alle typen seksuele delinquenten, bleken verkrachters het minste baat te hebben bij de interventies.

Hall (1995) voerde een meta-analyse uit naar het aantal recidieven en concludeerde dat de behandeling effect heeft, maar dat de effectgrootte gering is. Hij vergeleek 12 studies over de behandeling van seksuele delinquenten. De terugval bij een gemiddelde follow-up van 6,9 jaar was significant kleiner voor behandelde delinquenten (19%) dan voor niet-behandelde delinquenten (27%), maar dit verschil is niet erg groot. Voorts bleek uit deze meta-analyse dat het effect van multi-modale cognitief-gedragstherapeutische behandeling en het effect van hormoonbehandeling groter was dan het effect van gedragstherapeutische behandeling. Wel moet bij deze resultaten een kanttekening gemaakt worden. De effectgrootte was namelijk het kleinst in studies die een adequate controle groep bevatten. Voor een overzicht van behandeling

met hormonen wordt verwezen naar de bijdragen van Hunsel en Cosyns in dit nummer.

Ook een recent overzichtsartikel van Polizzi, MacKenzie & Hickman (1999) noopt tot enige bescheidenheid. In dit overzicht werden 12 studies betrokken, die methodologisch de toets der kritiek konden doorstaan. Slechts in de helft van deze studies bleek de groep die het behandelprogramma gekregen had meer verbeterd dan de controlegroep: in vier van deze zes studies ging het om cognitief-gedrags-therapeutische programma's.

Alexander (1999) schat op grond van een meta-analyse (N=79 studies) de kans op recidive op 11 procent, wanneer geen onderscheid gemaakt wordt in dadercategorieën. De schatting voor de kans op recidive voor de groep volwassen verkrachters ligt echter hoger: 20.1% voor behandelde verkrachters en 23.7% voor onbehandelde verkrachters.

Het California Sex Offender Treatment and Evaluation Project (SOTEP)

Het California Sex Offender Treatment and Evaluation Project (SOTEP, Marques, 1999) verdient aparte bespreking. Het behandelprogramma liep van 1985 tot 1995 en de follow-up is recent afgesloten, maar nog niet gepubliceerd. Het betreft een pre-, post- en follow-up design met *random* toewijzing aan de behandelconditie (N = 172) en de controleconditie (N = 183). Daarnaast werd nog een tweede controlegroep gevormd bestaande uit gematchte seksuele delinquenten, die niet wilden deelnemen aan het project. De behandeling bestond uit een intensief terugvalpreventieprogramma, waarbij de verschillende behandeltechnieken, zoals hiervoor beschreven toegepast werden. Dit programma bestond uit 90 minuten groepszittingen, 3 maal per week gedurende twee jaar. Daarna kregen deze deelnemers nog een jaar lang nazorg. De deelnemers aan deze studie waren veroordeelde verkrachters (22%) en kindermisbruikers (78%). Deze studie is de methodologisch best opgezette studie in dit veld en heeft voldoende statistische power om eventuele verschillen tussen de behandelgroep en de controlegroepen aan te tonen. De voorlopige resultaten, die gepubliceerd zijn, zijn echter teleurstellend. Tot nu toe konden nauwelijks significante verschillen tussen de verschillende condities aangetoond worden (Marques, 1999). Gegeven het feit dat dit de best opgezette studie is, de behandelingen zeer intensief en up to date waren en er een intensief verplicht nazorg programma was, kan op grond van de voorlopige resultaten niet gesteld worden, dat behandeling van seksuele delinquenten een duidelijke meerwaarde heeft boven gevangenisstraf.

Voorspelling van recidive

De meeste maten die algemeen crimineel gedrag voorspellen blijken niet geschikt voor het voorspellen van de kans op recidive bij seksuele geweldplegers (Hanson, 1998). In enige onderzoeken wordt phallometrische meting met behulp van een plethysmograaf gebruikt als voorspeller van recidive. Hierbij wordt de seksuele deviante interesse gemeten door de toename van de penisomvang te meten als reactie op het tonen van seksueel (deviante) stimuli (b.v. audiotape, dia of film). Hoewel in een aantal studies phallometrische meting predictieve validiteit bleek te bezitten (Hanson & Bussière, 1998; Marshall & Fernandez, 2000), zijn er nog de nodige problemen met betrouwbaarheid en criteriumvaliditeit van deze meting. Een van de problemen is, dat een seksuele geweldpleger zijn penisvolume bewust kan beïnvloeden (door aan andere zaken te denken) om daarmee sociaal wenselijke reacties te bewerkstelligen. Mogelijk dat subliminale aanbieder van deviante seksuele stimuli (Spiering, Everaerd en Janssen, 1998) hiervoor een oplossing kan bieden, maar er is nog geen onderzoek met dit paradigma verricht bij seksueel agressieve delinquenten.

Sinds 1997 is door een aantal auteurs hard gewerkt aan de ontwikkeling van actuariële risicotaxatie-instrumenten voor zedendelinquenten. Hanson (1998) heeft een risicotaxatieschaal ontwikkeld, de *Rapid Risk Assessment for Sexual Offense Recidivism* (RRASOR), die bestaat uit de volgende predictoren voor recidive: (1) de leeftijd van de dader, (2) eerdere seksuele geweldplegingen, (3) een mannelijk slachtoffer en (4) een slachtoffer buiten het gezin. Deze maat beschikt over een beperkte predictieve validiteit en voorspelt terugval beter dan het klinisch oordeel. Alexander (1999) vond op grond van een meta-analyse tien predictoren die de kans op recidive beïnvloeden, waaronder de aard van de behandeling, het gepleegde delict, de leeftijd van dader en slachtoffer, de mate van bereidwilligheid tot deelname aan behandeling, de duur van de follow-up en de locatie van de behandeling. De STATIC-99 (Hanson & Thornton, 1999) bevat uitsluitend historische factoren; de SONAR (Hanson & Harris, 2000) bevat tevens dynamische factoren. In een recent artikel worden een drietal actuariële instrumenten op hun merites vergeleken (Hanson & Thornton, 2000). De SVR-20 is een risicotaxatierichtlijn met 20 deels historische en deels dynamische factoren (Boer, Hart, Kropp, & Webster, 1997; Nederlandse bewerking: Hildebrand, de Ruiter, & van Beek, 2001). Voor een verdere oriëntatie op forensische risicotaxatie wordt verwezen naar de Ruiter (1999), de Ruiter & Hildebrand (2000) en het over-

zicht van van Nieuwenhuizen en Philipse in dit nummer.

Discussie

De resultaten van de verschillende onderzoeken naar het effect van behandelingen voor seksuele delinquenten die er zijn, tonen aan dat cognitieve gedrags-therapeutische en hormoonbehandelingen het meest effectief zijn. Van de verschillende typen seksuele delinquenten blijken verkrachters het minste baat te hebben bij de verschillende behandelingen. Het is belangrijk om in de behandeling aandacht te besteden aan de elementen uit het in de laatste jaren ontwikkelde behandelingsmodel voor seksuele delinquenten (ontkennen en minimaliseren, cognitieve vertekeningen, empathie, sociale competentie en terugvalpreventie). Voor het effect van de meeste van deze factoren is enige steun gevonden. De in Nederland ontwikkelde delictscenarioprocedure (van Beek, 1999) is nog onvoldoende onderzocht om over het nut van deze interventie uitspraken te kunnen doen.

De resultaten van het California Sex Offender Treatment and Evaluation Project (Marques, 1999) geven weinig reden tot optimisme. Ook recente meta-analyses doen de feestvreugde niet toenemen. Zo vond Alexander (1999) dat de kans op recidive 20.1% voor behandelde en 23.7% voor onbehandelde verkrachters was. Deze resultaten nopen niet alleen tot bescheidenheid over wat er therapeutisch bereikt kan worden, maar maakt ook de vraag, zoals bijvoorbeeld door de groep van Quinsey gesteld (Quinsey et al., 1993), legitiem of behandeling van seksuele delinquenten wel te verdedigen valt. Op grond van het huidige onderzoek valt deze vraag niet met een volmondig ja of nee te beantwoorden. Vooralsnog denken wij dat deze behandelingen wel degelijk bestaansrecht hebben, al zal met name nader onderzoek duidelijk moeten maken bij welke categorie seksuele delinquenten behandeling zinvol is en bij welke categorie behandeling niet zinnig is, of misschien zelfs averrechtse effecten te weeg kan brengen.

Of persoonlijkheidsstoornissen meer voorkomen bij seksueel agressieve daders dan bij niet-seksueel agressieve daders is nog niet aangetoond. Een persoonlijkheidsstoornis maakt iemand echter wel kwetsbaarder voor seksueel agressief gedrag (Serin et al., 1994; Van Beek, 1999). Onduidelijk is in hoeverre deze persoonlijkheidsfactoren het resultaat van behandeling negatief beïnvloeden. De klinische ervaring leert, dat met name narcisme en psychopathie een negatief effect op de behandeling kunnen hebben. Zo onderzochten Seto en Barbaree (1999) het effect van een dagelijkse groepstherapie voor zeden-

delinquenten gedurende 5 maanden in een gevangenis, waarbij gewerkt werd volgens cognitieve therapie met terugvalpreventie. De steekproef van 216 delinquenten werd onderverdeeld in vier groepen op basis van hun psychopathie-score (hoog/laag) en hun coöperatieve houding (wel/niet) tijdens de behandeling. De groep die hoog scoorde op psychopathie en zich goed gedroeg (huiswerk maken, op tijd komen, geen sessies missen) had een 5 maal zo grote kans op seksuele recidive dan de overige drie groepen delinquenten. Goed gedrag tijdens de behandeling is derhalve geen goed criterium voor behandelingsucces bij psychopaten. De behandeling van psychopathische trekken staat nog in de kinderschoenen, maar recente overzichtsartikelen leveren wel richtlijnen voor wat men wel, en vooral ook voor wat men niet moet doen in de behandeling van psychopaten (Lösel, 1998; Wong, 2000).

Een ernstige beperking bij het evalueren van de effectiviteit van de hier besproken behandelprogramma's heeft betrekking op de methodologische kwaliteit van de effectstudies. Allereerst werd in de meeste onderzoeken geen onderscheid gemaakt tussen verschillende categorieën van daders, de ernst van het gepleegde delict en de ernst van de pathologie van de daders. Zo zijn verkrachters over het algemeen meer psychopathisch, minder empathisch en vertonen ook vaker ander crimineel gedrag dan andere seksuele delinquenten (Marx e.a., 1999). Het ligt voor de hand dat in toekomstig onderzoek nadrukkelijker rekening wordt gehouden met de individuele verschillen tussen seksuele delinquenten.

Daarnaast werd in veel onderzoek effectiviteit gebaseerd op het percentage recidive. In de inleiding bespreken wij reeds de problemen die hieraan kleven. Het vaak ontbreken van een adequate controle groep maakt het eveneens lastig conclusies te trekken. Een *randomized controlled* studie blijft een *conditio sine qua non* voordat definitieve uitspraken gedaan kunnen worden over het effect van behandeling bij seksuele delinquenten. Dit betekent overigens niet dat een *no-treatment* controle groep noodzakelijk is. Het is ons inziens ethisch en methodologisch verantwoord om de delinquenten te randomiseren over verschillende behandelcondities. Op deze manier zou de meerwaarde van nieuwe behandelmodules onderzocht kunnen worden door deze te vergelijken met *care as usual*. Uiteraard dienen betrokkenen daarvan vooraf op de hoogte gesteld te worden en hun toestemming te verlenen.

Hoewel het thans gebruikelijk is seksuele delinquenten in een groep te behandelen, kleven hier ook bezwaren aan. Immers, het is niet ondenkbaar dat zij van elkaar effectieve strategieën leren om seksueel

aan hun trekken te komen. Met name bij groepstherapie voor pedofielen baart ons dit zorgen. Daarnaast lijkt het zeker niet bij alle seksuele delinquenten noodzakelijk om ze sociaal vaardiger en empathischer te maken. Bij delinquenten die hoog scoren op psychopathie kan een dergelijke aanpak wel eens contra-productief werken. Een aantal van deze delinquenten zal er geen moeite mee hebben de nieuw verworven vaardigheden te gebruiken om nieuwe slachtoffers mee te winnen. Het is verbazingwekkend dat hier in de onderzoeksliteratuur nauwelijks aandacht aan besteed wordt.

Literatuur

- Barbaree, H.E. (1991). Denial and minimization among sex offenders: Assessment and treatment outcome. *Forum on Correction Research*, 3, 30-33.
- Beek, D.J. van (1999). *De delictscenarioprocedure bij seksueel agressieve delinquenten*. Gouda: Quint.
- Bingham, J.E., & Turner, B. (1995). Treatment of sexual offenders in an outpatient community based program. *Psychological Reports*, 76, 1195-1200.
- Boer, D.P., Hart, S.D., Kropp, P.R., & Webster, C.D. (1997). *Sexual Violence Risk-20*. Burnaby, BC: The Mental Health, Law & Policy Institute, Simon Fraser University.
- Bradford, J.M.W., & Pawlak, A. (1993). Effects of cyproterone acetate on sexual arousal patterns of pedophiles. *Archives of Sexual Behavior*, 22, 629-640.
- Bradford, J.M.W. (1990). The antiandrogen and hormonal treatment of sex offenders. In W.L. Marshall, D.R. Laws, & H.E. Barbaree (Eds.), *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender* (pp 297-307). New York: Plenum Press.
- Furby, L., Weinrott, M.R., & Blackshaw, L. (1989). Sex offender recidivism: A review. *Psychological Bulletin*, 105, 3-30.
- Gilbert, B.J., Gannon, L.J., & Heesacker, M. (1991). Changing the sexual aggression-supportive attitudes of men: A psychoeducational intervention. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 197-203.
- Hall, G.C.N. (1995a). The preliminary development of theory-based community treatment for sexual offenders. *Professional Psychology*, 26, 478-483.
- Hall, G.C.N. (1995b). Sexual offender recidivism revisited: A meta-analysis of recent treatment studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 802-809.
- Hanson, R.K., & Bussière, M.T. (1998). Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 348-362.
- Hanson, R.K., & Thornton, D. (1999). *Static 99: improving actuarial risk assessments for sex offenders*. Ottawa: Public Works and Government Services Canada. 23, III p. (User report 1999-02).
- Hanson, R.K., & Harris, A. (2000). *The Sex Offender Need Assessment Rating (SONAR): a method for measuring change in risk levels*. Ottawa: Public Works and Government Services Canada.
- Hanson, R.K., & Thornton, D. (2000). Improving risk assessment for sex offenders: A comparison of three actuarial scales. *Law and Human Behavior*, 24, 119-136.
- Kennedy, H.G., & Grubin, D.H. (1992). Patterns of denial in sex offenders. *Psychological Medicine*, 22, 191-196.
- Knight, R.A., & Prentky, R.A. (1990). Classifying sexual offenders: The development and corroboration of taxonomic models. In W.L. Marshall, D.R. Laws, & H.E. Barbaree (Eds.), *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender*

- (pp 23-52). New York: Plenum Press.
- Koss, M.P. (1992). The underdetection of rape: Methodological choices influence incidence estimates. *Journal of Social Issues*, 48, 61-75.
- Langevin, R., & Lang, R.A. (1990). Substance abuse among sex offenders. *Annals of Sex Research*, 3, 397-424.
- Laws, D.R., & Marshall, W.L. (1991). Masturbatory reconditioning with sexual deviates: An evaluative review. *Advances in Behavioral Research and Therapy*, 13, 13-25.
- Lösel, F. (1998). Treatment and management of psychopaths. In D. Cooke, A.E. Forth, & R.D. Hare (Eds.), *Psychopathy: Theory, research and implications for society* (pp. 303-354). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- McFall, R.M. (1990). The enhancement of social skills: An information-processing analysis. In W.L. Marshall, D.R. Laws, & H.E. Barbaree (Eds.), *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender* (pp 311-327). New York: Plenum Press.
- Malamuth, N.M., & Brown, L.M. (1994). Sexually aggressive men's perceptions of women's communications testing three explanations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 699-712.
- Maletzky, B.M. (1996). Denial of treatment or treatment of denial? *Sexual Abuse: A Journal of Research & Treatment*, 8, 1-5.
- Marques, J.K. (1999). How to answer the question "does sex offender treatment work?". *Journal of Interpersonal Violence*, 14, 437-451.
- Marshall, W.L. (1994). Treatment effects on denial and minimization in incarcerated sex offenders. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 559-564.
- Marshall, W.L. (1997). The relationship between self-esteem and deviant sexual arousal in nonfamilial child molesters. *Behavior Modification*, 21, 86-96.
- Marshall, W.L. (1998). Adult sexual offenders. In A.S. Bellack, & N. Hersen (Eds.), *Comprehensive Clinical Psychology* (Vol. 9). Oxford: Pergamon.
- Marshall, W.L., Anderson, D., & Fernandez, Y. (1999). *Cognitive behavioural treatment of sexual offenders*. Chichester: Wiley.
- Marshall, W.L., & Barbaree, H. E. (1990). Outcome of comprehensive cognitive-behavioral treatment programs. In W.L. Marshall, D.R. Laws, & H.E. Barbaree (Eds.), *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender* (pp 363-382). New York: Plenum Press.
- Marshall, W.L., Champagne, F., Sturgeon, C., & Bryce, P. (1997). Increasing the self-esteem of child molesters. *Sexual Abuse: A Journal of Research & Treatment*, 9, 321-333.
- Marshall, W.L., & Fernandez, Y.M. (2000). Phallometric testing with sexual offenders: Limits to its value. *Clinical Psychology Review*, 20, 807-822.
- Marshall, W.L., Hudson, S.M., Jones, R., & Fernandez, Y.M. (1995). Empathy in sex offenders. *Clinical Psychology Review*, 15, 99-113.
- Marshall, W.L., Jones, R., Ward, T., Johnston, P., & Barbaree, H. E. (1991). Treatment outcome with sex offenders. *Clinical Psychology Review*, 11, 465-485.
- Marshall, W.L., O'Sullivan, C., & Fernandez, Y.M. (1996). The enhancement of victim empathy among incarcerated child molesters. *Legal & Criminological Psychology*, 1, 95-102.
- Marshall, W.L., & Serran, G.A. (2000). Assessment and treatment of sex offenders. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 7, 85-96.
- Marx, B.P., Miranda, R., & Meyerson, L.A. (1999). Cognitive-behavioral treatment for rapists: Can we do better? *Clinical Psychology Review*, 19, 875-894.
- McGrath, R.J., Hoke, S.E., & Vojtisek, J.E. (1998). Cognitive-behavioral treatment of sex offenders: A treatment comparison and long-term follow-up study. *Criminal Justice and Behavior*, 25, 203-225.
- Murphy, W.D. (1990). Assessment and modification of cognitive distortions in sex offenders. In W.L. Marshall, D.R. Laws, & H.E. Barbaree (Eds.), *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender* (pp 363-382). New York: Plenum Press.
- 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 & Treatment*, 12, 139-153.
- Proulx, J., McKibber, A., & Lusignan, R. (1996). Relationship between affective components and sexual aggressors. *Sexual Abuse*, 8, 279-289.
- Quinsey, V.L., Harris, G.T., Rice, M.E., & Lalumière, M.L. (1993). Assessing treatment efficacy in outcome studies of sex offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 8, 512-523.
- Rosen, R.C., & Hall, K.S.K. (1992). Behavioral treatment approaches for offenders and victims. In W. O'Donohue & J.H. Geer (Eds.), *The sexual abuse of children: Volume 2. Clinical issues* (pp. 301-331). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Ruiter, C. de (1999). Risicotaxatie bij forensisch psychiatrische patiënten. In C. de Ruiter & M. Hildebrand (Red.), *Behandelingsstrategieën bij forensisch psychiatrische patiënten* (pp. 9-16). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Ruiter, C. de (2000). Forensische psychodiagnostiek en risicotaxatie: Ontwerp van een forensisch psychologisch testinstrumentarium. In: T.I.Oei & M.S. Groenhuijsen (Red.), *Forensische psychiatrie anno 2000: actuele ontwikkelingen in breed perspectief* (pp. 301-315). Deventer: Gouda Quint.
- Ruiter, C. de , & Hildebrand, M. (2000). Recidiverisico bij seksuele delinquenten: de rol van psychopathie. *Tijdschrift voor Criminologie*, 42, 214-231.
- Scully, D., & Marolla, J. (1994). Convicted rapists' vocabulary of motives: Excuses and justifications. *Social Problems*, 31, 530-543.
- Serin, P.C., Malcolm, P.B., Khanna, A., & Barbaree, H.E. (1994). Psychopathy and deviant sexual arousal in incarcerated sexual offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 9, 3-11.
- Seto, M.C., & Barbaree, H.E. (1995). The role of alcohol in sexual aggression. *Clinical Psychology Review*, 15, 545-566.
- Seto, M.C., & Barbaree, H.E. (1999). Psychopathy, treatment behavior, and sex offender recidivism. *Journal of Interpersonal Violence*, 14, 1235-1248
- Ward, T., Hudson, S.M., Johnston, L., & Marshall, W.L. (1997). Cognitive distortions in sex offenders: An integrative review. *Clinical Psychology Review*, 17, 479-507.
- Wong, S. (2000). Psychopathic offenders. In S. Hodgins & R. Müller-Isberner (Eds.), *Violence, crime and mentally disordered offenders: Concepts and methods for effective treatment and prevention* (pp. 88-112). Chichester: Wiley.

Summary

Efficacy of psychotherapeutic treatment of sex offenders

The purpose of this paper is to review studies that have been conducted to evaluate the effects of psychotherapeutic interventions in sexual delinquents. Treatments discussed include primarily cognitive-behavioral interventions. A number of serious methodological shortcomings are discussed which limits the conclusions that can be drawn.

No definite statements can be made about the efficacy of treatments with sexual delinquents.