

De effectiviteit van behandelingen bij seksuele delinquenten

Een overzicht van de internationale literatuur

*V.C. Veen en C. de Ruiter**

In Nederland is sinds de jaren tachtig van de vorige eeuw het aantal mannen dat voor een seksueel delict is veroordeeld, significant gestegen (Frenken, Gijs e.a., 1999). Het aantal door de politie geregistreerde seksuele geweldplegingen en verkrachtingen is van 2.543 in 1980 opgelopen tot 3.701 in 1994, het percentage verkrachtingen is in die periode met 71% gestegen. Daarbij is het aantal veroordelingen voor seksuele delicten gestegen met 36% tussen 1980 en 1988. Tussen 1990 en 1999 was eveneens sprake van een stijging (33%) van het aantal bij de politie aangegeven aanradingen en verkrachtingen (Frenken, 2002). De gevolgen van seksuele delicten brengen hoge kosten met zich mee voor de maatschappij. Ter voorkoming van seksueel delictgedrag zijn sinds de jaren tachtig van de vorige eeuw in Nederland meerdere (poli)klinische behandelmethoden voor seksuele delinquenten ontwikkeld (Frenken e.a., 1999).

Onderzoek naar de effectiviteit van deze behandelprogramma's heeft in Nederland tot nog toe nauwelijks plaatsgevonden. Op beperkte schaal is de recidive van seksuele delinquenten na afloop van behandeling in het kader van de tbs-maatregel onderzocht. In een onderzoek van De Vogel en De Ruiter (2003) werden de recidivegegevens van 121 seksuele delinquenten geanalyseerd. De *base rate* voor seksuele recidive was na een gemiddelde follow-up periode van 140 maanden, 39% voor seksuele recidive, 46% voor gewelddadige recidive en 74% voor algemene recidive. Daarbij bleek de kans op seksuele recidive voor pedoseksuele daders die behandeling niet

* De auteurs zijn verbonden aan het programma Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid, Trimbos-instituut te Utrecht. Dit artikel is mede gebaseerd op het rapport *Terugdringen van recidive bij drie typen geweldsdelinquenten; werkzame interventies bij relationeel geweld, seksueel geweld en algemeen geweld* dat in 2004 door het Trimbos-instituut is geschreven in opdracht van de Werkgroep Interventies van het Programma Terugdringen Recidive van het Ministerie van Justitie.

afrondde, bijna vijf maal groter dan voor pedoseksuele daders die wel behandeling afrondde. Helaas kunnen uit dit type ongecontroleerd onderzoek geen conclusies worden getrokken over de effectiviteit van de toegepaste behandelmethoden. Daarentegen is in Canada en in de Verenigde Staten veel effectonderzoek verricht naar de behandeling van seksuele delinquenten (Van der Linden en Steketee, 1999).

In deze bijdrage geven wij een overzicht van de verschillende interventiemethoden en hun effectiviteit. Allereerst wordt aandacht besteed aan de definitie van seksueel delinquent gedrag. Daarna volgt een overzicht van de verschillende typen behandeling en behandelmodulen en worden de bevindingen met betrekking tot behandel-effectiviteit uit de internationale literatuur besproken.

Seksueel delinquent gedrag

Seksueel delictgedrag betreft onder andere verkrachting, aanranding, ontucht met kinderen en exhibitionisme. De eerste drie vormen worden 'hands on'-delicten genoemd, exhibitionisme betreft een 'hands off'-delict (Emmelkamp, Emmelkamp e.a., 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. Onder seksueel misbruik van kinderen wordt verstaan: seksuele contacten van (jong) volwassenen met kinderen jonger dan zestien jaar die plaatsvinden tegen de zin van het kind of zonder dat het kind deze contacten kan weigeren. In het Wetboek van Strafrecht wordt exhibitionisme omschreven als het in het openbaar opzettelijk tonen van de geslachtsorganen of in het openbaar plegen van seksuele handelingen. Naast bovengenoemde vormen van strafbaar seksueel delinquent gedrag, bestaat ook een aantal seksueel deviante gedragingen of parafilieën die niet strafbaar zijn gesteld, zoals sadomasochisme en voyeurisme.

Van belang is een onderscheid te maken tussen parafiele stoornissen en strafbare feiten (Van Beek en De Ruiter, 2003). Seksueel misbruik

van kinderen omvat bijvoorbeeld een grote diversiteit aan (ernst van) seksuele handelingen en typen plegers. Verschillende subgroepen kindermisbruikers, zoals incestplegers met één slachtoffer en plegers met vele extrafamiliaire slachtoffers, verschillen sterk qua diagnose van psychische stoornissen en recidiverisico. Niet alle pedofielen plegen seksueel misbruik en niet alle kindermisbruikers zijn pedofiel (Van Beek en De Ruiter, 2003). Voorts verschillen seksuele delinquenten 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. Seksueel delinquent gedrag is heterogeen en complex. Wij hanteren de definitie van Marshall (1998), die seksueel delictgedrag omschrijft als: seksueel of gedeeltelijk seksueel gemotiveerd gedrag dat gepleegd wordt zonder instemming van het slachtoffer of met een slachtoffer dat niet in staat wordt geacht instemming te kunnen geven (Marshall, 1998).

In de loop der tijd zijn verschillende interventies ontwikkeld en toegepast bij zedendelinquenten teneinde het seksueel gewelddadige gedrag te verminderen. Daartoe behoren zowel biomedische als cognitief-gedragstherapeutische interventies.

Biomedische behandelmethoden

Biomedische behandelmethoden zijn gebaseerd op de hypothese dat bij zedendelinquenten sprake is van een fysiologisch defect dat aan het seksuele delictgedrag ten grondslag ligt (Blanchette, 1996). Zo kan een verhoogde productie van testosteron een overmatige seksuele drang tot gevolg hebben. Testosteron behoort tot de groep androgenen en wordt voor 85 à 90% geproduceerd in de testes (Prentky, 2000; Van Hunsel en Cosyns, 2002). Via een feedbacksysteem in de hypothalamo-hypofysaire-gonadale (HHG)-as wordt de uitscheiding van testosteron gereguleerd.¹ Op verschillende plaatsen in de HHG-as kan een biomedische ingreep plaatsvinden.

¹ De hypothalamus produceert 'Luteinizing Hormone Releasing Hormone' (LHRH), een hormoon dat de productie van gonadotropines in de hypofyse stimuleert (Van Hunsel en Cosyns, 2002). Vervolgens stimuleert het gonadotropine 'Luteinizing Hormone' (LH) de biosynthese van testosteron door de testes. Ten slotte onderdrukt een hoge concentratie testosteron de afscheiding van LRHR, dat resulteert in een verminderde afscheiding van LH en testosteron.

Mede door de eerder gevonden recidivevermindering bij de toepassing van chirurgische castratie (verwijdering van de testes) is belangstelling ontstaan voor de ontwikkeling van een testosteronreducerende behandeling (Prentky, 2000). Daarnaast berust de rationale voor farmacologische behandeling bij zedendelinquenten op aanwijzingen dat seksuele opwindbaarheid en seksuele interesse in zekere mate afhankelijk zijn van adequate testosteronconcentraties in het bloed (Van Hunsel en Cosyns, 2002). Derhalve zouden farmaca die een verminderde concentratie van testosteron tot gevolg hebben of het effect van testosteron op de doelwitorganen verhinderen, een rol kunnen spelen in de behandeling van zedendelinquenten.

Farmacologische behandeling van zedendelinquenten valt uiteen in twee typen interventies. Het eerste type betreft hormonale behandeling die de productie van testosteron remt. Onder dit type interventie valt de toediening van anti-androgenen en LHRH²-agonisten.

Het tweede type farmacologische interventie betreft het gebruik van psychofarmaca, zoals antidepressiva en antipsychotica als libido-remmers.

Tot de anti-androgenen behoren Cyproterone Acetaat (CPA) en Medroxyprogesterone Acetaat (MPA) (Prentky, 2000; Van Hunsel en Cosyns, 2002). Beide stoffen verminderen de productie van sperma en het vermogen tot erectie en ejaculatie. Het globale effect is een vermindering van de seksuele drang en de mate waarin er opwinding optreedt (Van Hunsel en Cosyns, 2002). Naast deze gewenste effecten kunnen anti-androgenen een aantal ongewenste bijwerkingen tot gevolg hebben (Bradford, 2000). Deze bestaan onder meer uit feminisatie (waaronder borstvorming), gewichtstoename, depressie, vermoeidheid, hypertensie, mogelijkheid tot het versterken van een chronisch hartfalen en osteoporose. Toediening van anti-androgenen heeft geen 'genezing' tot gevolg, de gewenste effecten zijn omkeerbaar vanaf het moment dat de medicatie niet langer wordt voortgezet. Patiënten ervaren behandeling met anti-androgenen veelal als 'chemische castratie', wat de therapietrouw beperkt (Van Hunsel en Cosyns, 2002).

Een andere hormonale behandeling betreft het toedienen van LHRH-agonisten³ aan zedendelinquenten (Van Hunsel en Cosyns, 2002).

2 Luteinizing Hormone Releasing Hormone (LHRH).

3 Agonisten zijn stoffen die de werking van een bepaalde lichaamsstof nabootsen door stimulatie van dezelfde receptoren.

Toediening van LHRH-agonisten heeft na een initiële stimulatie van de gonadotropinesynthese een 'downregulatie' ter hoogte van de LHRH-receptoren van de hypofyse en daarmee een reductie in de afscheiding van testosteron tot gevolg (Prentky, 2000; Van Hunsel en Cosyns, 2002). Behandeling van zedendelinquenten door middel van LHRH-agonisten lijkt een onderdrukkende werking te hebben op zowel deviant als conventioneel seksueel gedrag (Rösler en Witzum, 2000). Omdat LHRH-agonisten in eerste instantie (twee à drie weken lang) een verhoogde testosteronconcentratie veroorzaken, dient in de behandeling rekening te worden gehouden met een initiële toename van de seksuele drang (Van Hunsel en Cosyns, 2002). Gebruik van LHRH-agonisten leidt tot minder ongewenste bijwerkingen in vergelijking met gebruik van anti-androgenen (Prentky, 2000; Van Hunsel en Cosyns, 2002). Er zijn echter ook aanwijzingen voor het optreden van ernstige neveneffecten (osteoporose) bij langdurig gebruik (Reilly, Delva e.a., 2000). Evenals bij toediening van anti-androgenen heeft het gebruik van LHRH-agonisten geen 'genezing' tot gevolg. Serotonineheropnameremmers (SSRI's) worden onder andere voorgeschreven bij depressieve klachten (Prentky, 2000). Uit een aantal onderzoeken is gebleken dat één van de bijwerkingen van deze medicatie een verminderde geslachtsdrift betreft. In het afgelopen decennium is onderzoek naar de behandeling van zedendelinquenten met SSRI's toegenomen (Prentky, 2000; Van Hunsel en Cosyns, 2002). Daarnaast zijn er aanwijzingen dat een verminderde serotonerge functie een belangrijke rol speelt in deviant seksueel gedrag (Van Hunsel en Cosyns, 2002). Behandeling van zedendelinquenten met behulp van serotonerge farmaca zou relatief weinig invloed uitoefenen op het conventioneel seksuele gedrag en een meer specifiek effect hebben op het deviante seksuele gedrag (Prentky, 2000; Van Hunsel en Cosyns, 2002). Serotonerge farmaca lijken dan ook geïndiceerd wanneer deviant seksueel gedrag een obsessief-compulsief of impulsief karakter heeft. Naast behandeling van zedendelinquenten met behulp van SSRI's is ook het effect van anti-psychotica op de geslachtsdrift onderzocht. Antipsychotica verminderen de hoeveelheid dopamine in de hersenen. Een bijwerking van antipsychotica is een verminderde geslachtsdrift. Door het grote aantal negatieve bijwerkingen worden antipsychotica echter nauwelijks voorgeschreven in de behandeling van zedendelinquenten.

Cognitief-gedragstherapeutische behandelmethoden

Wanneer seksueel gewelddadig gedrag (gedeeltelijk) voortkomt uit een deviante seksuele voorkeur,⁴ verhoogt dit de kans op seksuele recidive (Hanson en Bussière, 1996; Hildebrand, De Ruiter e.a., 2004). Personen bij wie sprake is van een deviante seksuele voorkeur plegen doorgaans seksueel gewelddadige handelingen die in overeenstemming zijn met de fantasieën behorend bij de seksuele deviatie (Hildebrand, De Ruiter e.a., 2003). Verscheidene parafilieën hangen dan ook samen met de kans op en de frequentie van seksueel gewelddadig gedrag in de toekomst (bijvoorbeeld seksueel sadisme). In de jaren zestig en zeventig van de vorige eeuw waren gedragstherapeutische behandelingen van zedendelinquenten veelal gericht op het veranderen van seksueel deviante fantasieën (Emmelkamp, Emmelkamp e.a., 2002). Technieken die werden gebruikt betreffen onder meer aversie therapie (het verbinden van deviante seksuele fantasieën aan aversieve responsen, zoals een elektrische schok) en masturbatieherconditionering (de zedendelinquent leren gepaste seksuele fantasieën te hanteren tijdens masturbatie) (Emmelkamp e.a., 2002). De effectiviteit van deze technieken wordt echter nauwelijks empirisch ondersteund (Marshall en Serran, 2000; Emmelkamp e.a., 2002) en toepassing van deze interventies vindt tegenwoordig vrijwel niet meer plaats. Seksuele delinquenten minimaliseren vaak de ernst van eerder gepleegd seksueel gewelddadig gedrag en/of ontkennen persoonlijke verantwoordelijkheid daarvoor (Hildebrand, De Ruiter e.a., 2001). Verschillende cognitief-gedragstherapeutische technieken zijn dan ook gericht op ontkenning en minimalisering teneinde daders van seksueel geweld verantwoordelijkheid te laten nemen voor gepleegd seksueel agressief gedrag (Carich, Newbauer e.a., 2001). Seksuele delinquenten beschikken veelal over opvattingen en denkbeelden die hun seksueel gewelddadige gedrag vergoelijken (Hildebrand e.a., 2001). Zij hebben vaak een vertekend beeld van de reactie van slachtoffers of denken dat misbruik geen schadelijke

4 Een deviante seksuele voorkeur of parafilie wordt in de DSM-IV gedefinieerd als een relatief stabiel patroon van terugkerende, seksueel opwindende fantasieën of gedragingen die betrekking hebben op (1) niet-menselijke objecten, (2) het lijden of vernederen van zichzelf of de partner of (3) kinderen of andere niet-instemmende personen. De fantasieën, impulsen of gedragingen dienen ten minste zes maanden aanwezig te zijn en subjectief lijden of sociaal disfunctioneren te veroorzaken (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994).

gevolgen heeft voor een slachtoffer (Emmelkamp e.a., 2002). Cognitief-gedragstherapeutische interventies voor seksuele delinquenten bestaan veelal uit cognitieve herstructureringstechnieken die gericht zijn op het veranderen van deze cognitieve vertekeningen. Zeden-delinquenten leren onder meer cognitieve vertekeningen bij zichzelf te identificeren, uit te dagen en te vervangen door overtuigingen die seksueel gewelddadig gedrag niet ondersteunen (Carich e.a., 2001). Slachtofferempathie wordt omschreven als het begrip dat een seksuele delinquent heeft voor de ervaringen van slachtoffers (Carich e.a., 2001). Een gebrek aan empathisch vermogen wordt als een belangrijke oorzaak beschouwd voor de instandhouding van seksueel gewelddadig gedrag (Emmelkamp e.a., 2002). Empathietraining maakt dan ook vaak (in 94% van de behandelprogramma's in de Verenigde Staten) deel uit van cognitief-gedragstherapeutische behandelprogramma's voor zedendelinquenten (Marshall en Serran, 2000). De zedendelinquent leert gevoelens van slachtoffers te herkennen en zelf emoties te uiten aangaande de pijnlijke ervaringen van slachtoffers (Carich e.a., 2001). Uitgangspunt hierbij is dat de delinquent door het ontwikkelde inlevingsvermogen zal terugschrikken voor de gevoelens en pijnlijke ervaringen die hij/zij bij anderen veroorzaakt met seksueel gewelddadig gedrag (Marshall en Serran, 2000; Emmelkamp e.a., 2002). Van belang is een onderscheid te maken tussen het vergroten van empathie in het algemeen en het vergroten van slachtofferempathie. Uit verscheidene onderzoeken is gebleken dat seksuele delinquenten over een specifiek gebrekkig empathisch vermogen beschikken ten opzichte van slachtoffers van seksuele delicten en in het bijzonder ten opzichte van de eigen slachtoffers (Fernandez en Marshall, 2003; Marshall en Moulden, 2001). Volgens Fernandez en Marshall (2003) is een gebrek aan slachtofferempathie bij zedendelinquenten dan ook het gevolg van cognitieve vertekeningen (vergoeljkende gedachten). Derhalve is behandeling gericht op het vergroten van slachtofferempathie geïndiceerd en niet het vergroten van het empathisch vermogen in het algemeen (Fernandez en Marshall, 2003). Bij zedendelinquenten met een hoge score op de Psychopathy Checklist-Revised zal het geven van slachtofferempathietraining weinig effectief zijn. Psychopathie gaat samen met een gebrekkig empathisch vermogen, dat samengaat met een dysfunctionele verwerking van emotionele prikkels door een aantal hersengebieden (orbitofrontale en ventromediale hersenstructuren; Blair, 2003). Seksuele delinquenten worden veelal gekenmerkt door een gebrek

aan sociale en relationele vaardigheden en probleemoplossend vermogen (Carich e.a., 2001). Veel seksuele delinquenten gaan interpersoonlijke relaties uit de weg of ontwikkelen ongepaste relaties (bijvoorbeeld met jonge kinderen). Daarnaast is vaak sprake van een gebrekkig zelfvertrouwen (Marshall en Serran, 2000). Cognitief-gedragstherapeutische interventies omvatten vaak trainingen gericht op de ontwikkeling van sociale vaardigheden (zoals conversatievaardigheden, hantering van interpersoonlijke kwesties zoals macht en controle, jaloezie en afhankelijkheid en het vergroten van het zelfvertrouwen) evenals de herstructurering van interpersoonlijke relaties (Carich e.a., 2001; Emmelkamp e.a., 2002).

Terugvalpreventie is gebaseerd op cognitief-gedragstherapeutische technieken waarbij het aanleren en instandhouden van zelfregulatievaardigheden om toekomstig seksueel gewelddadig gedrag te beheersen, centraal staat (Carich en Stone, 2001).

Terugvalpreventiemethoden zijn in de loop van de jaren tachtig van de vorige eeuw ontwikkeld om patiënten met verslavingsproblematiek te ondersteunen bij de handhaving van controle over het verslavingsgedrag (Carich en Stone, 2001; Polaschek, 2003). Vanwege de grote mate van recidive bij zedendelinquenten zijn terugvalpreventietechnieken al snel deel gaan uitmaken van behandelprogramma's voor seksuele delinquenten (Polaschek, 2003). Sinds de jaren negentig van de vorige eeuw bevat 90% van de behandelprogramma's voor zedendelinquenten in de Verenigde Staten terugvalpreventietechnieken. Centraal in terugvalpreventiemodellen staat het leren herkennen van de risicofactoren (zoals deviante seksuele fantasieën, gevoelens van sociale isolatie) voor seksueel gewelddadig gedrag door de zedendelinquent zelf (Emmelkamp e.a., 2002). Daarbij wordt het aanleren van coping-vaardigheden die het risico verminderen nagestreefd. Tevens wordt samen met de zedendelinquent een terugvalpreventieplan opgesteld waarin het vermijden van risico's of het omgaan met onverwachte risicosituaties tot in detail wordt uitgewerkt (Emmelkamp e.a., 2002). In sommige gevallen worden familieleden en vrienden van de zedendelinquent geïnformeerd over het opgestelde terugvalpreventieplan zodat zij risicofactoren mede kunnen signaleren en eventueel recidive kunnen helpen voorkomen, en vaak vindt langdurige nazorg plaats door een professional die getraind is in terugvalpreventie (Emmelkamp e.a., 2002). Hierna wordt nader ingegaan op de effectiviteit van de verschillende bovengenoemde interventies.

Beperkingen van effectstudies

In de Verenigde Staten en Canada is het aantal onderzoeken naar de effectiviteit van interventies bij zedendelinquenten in de loop der jaren sterk toegenomen. De resultaten zijn echter niet eenduidig (Hanson, Gordon e.a., 2002). De reden hiervoor ligt in een aantal methodologische beperkingen dat een rol speelt bij de evaluatie van behandel-effect (Rice en Harris, 2003). Zo is er sprake van beperkte mogelijkheden voor gerandomiseerd effectonderzoek waarin gebruik kan worden gemaakt van onbehandelde controlegroepen. Het zou bijvoorbeeld 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 e.a., 2002). Een veelgebruikt alternatief voor het gebruik van een controlegroep is om de behandeluitkomst van een behandelde groep te vergelijken met een schatting van het aantal onbehandelde zedendelinquenten dat gerecidiveerd is. In veel studies vormen echter ook drop-outs en zedendelinquenten die niet deel willen nemen aan behandeling de vergelijkings- en/of controlegroep, waardoor de bevindingen vertekend kunnen zijn.

In de meeste effectonderzoeken wordt seksuele recidive als uitkomstmaat van behandeling gebruikt (Hanson e.a., 2002). Bij het gebruik van deze maat zijn echter kanttekeningen te plaatsen. Ten eerste is het vaststellen van seksuele recidive niet gemakkelijk. Zelfrapportage van seksuele recidive is onbetrouwbaar. In veel studies wordt als recidive-maat nieuwe veroordelingen gehanteerd. Echter, niet alle seksuele agressieve delicten worden ontdekt of leiden tot een nieuwe veroordeling. Voorts is in de verrichte effectonderzoeken sprake van verschillen in de gebruikte bronnen voor recidive en verschillen in de omschrijving van het type recidive (bijvoorbeeld algemene of seksuele recidive). Daarnaast wordt bij de interpretatie van de recidivegegevens vaak weinig rekening gehouden met verschillen in jurisdictie tussen geografische gebieden en het cohort dat onderwerp van studie is (selectie-bias) (Quinsey, Harris e.a., 1993). Zowel per gebied als in de tijd bestaan verschillen in wetgeving en politieel optreden, wat effect heeft op het aantal en de aard van de recidivegegevens die in effectonderzoek gebruikt worden.

Naast het gebruik van recidivegegevens als uitkomstmaat en niet-gerandomiseerde onderzoeksdesigns, speelt een aantal andere methodologische beperkingen een rol in de interpretatie van onder-

zoeksresultaten. Zo is er tussen effectonderzoeken onderling sprake van verschillen in de kenmerken van 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.

Meta-analyses

Resultaten uit de afzonderlijke effectonderzoeken zijn wisselend van aard en zijn vaak gebaseerd op kleine onderzoeksgroepen. Door middel van meta-analytische procedures is het mogelijk de statistische power van effectstudies te vergroten en aan de hand van resultaten uit meer studies uitspraken te doen over de effectiviteit van behandeling (Looman, Abracen e.a., 2000; Hanson e.a., 2002). In een meta-analyse van Alexander (1999) werden 79 effectonderzoeken naar de behandel-effectiviteit bij seksuele delinquenten bestudeerd. Studies waarbij sprake was van minder dan tien deelnemers, vrouwelijke deelnemers en verstandelijk gehandicapte deelnemers werden niet in de analyse opgenomen. Studies naar de effectiviteit van biomedische interventies of studies waarbij proefpersonen tevens aan andere effectstudies deelnamen en studies waarin geen ruwe dataset werd gepresenteerd, werden van de gegevensverwerking uitgesloten. Data van drop-outs werden niet in de meta-analyse opgenomen. In totaal was de data-set voor de meta-analyse gebaseerd op de gegevens van 10.988 deelnemers. Deze gegevens werden ingedeeld in een aantal categorieën waaronder het type delinquent, het type behandeling, de lengte van behandeling, lengte van follow-up en recidivecijfers. Recidive werd gedefinieerd als het aantal deelnemers dat na behandeling gearresteerd werd voor een nieuw seksueel delict. Uit de gegevens van de verschillende onderzoeken komt naar voren dat, in ieder geval voor bepaalde typen seksuele delinquenten, namelijk incestdaders, exhibitionisten en pedofielen met een homoseksuele voorkeur, behandeling leidt tot lagere recidivecijfers in vergelijking met geen behandeling (alleen gevangenisstraf). De recidivecijfers van behandelde en onbehandelde daders van verkrachting en pedofiele daders met een heteroseksuele voorkeur blijken niet significant te ver-

schillen. Het recidivecijfer van daders die een terugvalpreventieprogramma hadden gevolgd bedraagt 7,2% in tegenstelling tot 17,6% recidive van daders die geen behandeling hadden gevolgd. Het recidivecijfer van daders die aan groepsbehandeling, gedragstherapie of een andere behandeling hadden deelgenomen, bedraagt 13,9%. Een opvallende bevinding is dat de groep zedendelinquenten die in de gevangenis behandeld was het laagste recidivepercentage vertoont (9,4%). De groep daders die klinische behandeling hadden gevolgd vertoonden een hoger recidivepercentage (16,6%) dan deelnemers aan dagbehandeling (11%). Geconcludeerd werd dat behandeling van bepaalde typen zedendelinquenten leidt tot minder recidive. Echter, wanneer de data van alle typen zedendelinquenten samen werden genomen, kwam geen significant behandel-effect naar voren. Een mogelijke verklaring is dat in de meta-analyse van Alexander (1999) effectonderzoeken zijn opgenomen die methodologisch nogal uiteenlopend van aard zijn, wat eenduidige interpretatie van de onderzoeksgegevens belemmerd heeft (Hanson e.a., 2002).

In een eerdere meta-analyse van Hall (1995b) is getracht de variantie in methodologie van de effectonderzoeken te beperken door in de analyse alleen studies op te nemen waarin gebruik is gemaakt van vergelijkingsgroepen. In de meta-analyse werd gekeken naar het verschil tussen de recidivecijfers van behandelde groepen en niet-behandelde vergelijkingsgroepen uit twaalf effectonderzoeken (totale N = 1.313). In drie studies was sprake van random toewijzing aan de behandel- en controleconditie. Van de zedendelinquenten die behandeling afronden pleegde 19% seksuele recidive, in vergelijking met 27% seksuele recidive in de groep niet-behandelde zedendelinquenten. Intramuraal opgenomen seksuele delinquenten leken meer te profiteren van behandeling dan zedendelinquenten in de ambulante hulpverlening. In het algemeen vond Hall (1995b) een klein, maar significant effect en werd geconcludeerd dat medicamenteuze en cognitief-gedragstherapeutische interventies het meest effectief zijn in vergelijking met louter gedragstherapeutische interventies. De vergelijkingsgroepen die deel uitmaakten van de meta-analyse bestonden echter voornamelijk uit drop-outs. Hierdoor wordt interpretatie van de gevonden verschillen belemmerd, drop-outs beschikken immers vaak over bepaalde karakteristieken, zoals impulsiviteit en antisociale persoonlijkheidstrekken die gerelateerd zijn aan een verhoogd recidiverisico (Hanson e.a., 2002).

In een meta-analyse van Gallagher, Wilson e.a. (1999) werden data uit 25 effectonderzoeken opgenomen. Ook in deze meta-analyse werd

een significant effect gevonden voor cognitief-gedragstherapeutische interventies. Gallagher e.a. (1999) vonden echter geen effect voor medicamenteuze behandelingen. Evenals in de meta-analyse van Hall (1995b) zijn een aantal (zes) studies opgenomen waarin gebruik is gemaakt van vergelijkingsgroepen bestaande uit drop-outs. Interpretatie van de gevonden effecten wordt derhalve ook in deze studie bemoeilijkt. Polizzi, MacKenzie e.a. (1999) beoordeelden 21 studies volgens de richtlijnen van Sherman, Gottfredson e.a. (1997). Uit zes (methodologisch gedegen bevonden) onderzoeken bleek behandeling significante verandering teweeg te brengen bij verschillende typen seksuele delinquenten. Cognitief-gedragstherapeutische interventies bleken over het algemeen het meest effectief. Ook in een recente meta-analyse van Hanson e.a. (2002) werden data uit een groot aantal onderzoeken (43; totale N = 9.454) naar behandel-effectiviteit van seksuele delinquenten 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 technieken hing samen met een vermindering van seksuele (van 17,3% tot 9,9%) en algemene (van 51% tot 32%) recidive bij seksuele delinquenten.

Een hoge PCL-R score

Uit een effectstudie van Quinsey, Khanna e.a. (1998), waarin overigens geen gebruik is gemaakt van een aselechte controleconditie, bleek dat een cognitief-gedragstherapeutisch behandelprogramma van het Regional Treatment Centre Sex Offender Treatment Program geen effect had op het percentage seksuele recidive van deelnemers. Uit dit onderzoek komt zelfs naar voren dat behandeling het seksuele recidiverisico licht verhoogt. Een mogelijke verklaring voor deze bevinding bieden de resultaten uit een onderzoek van Seto en Barbaree (1999) naar de invloed van goed gedrag tijdens behandeling. Uit dit onderzoek blijkt dat bij seksuele delinquenten die hoog scoren op de Psychopathy-Checklist-Revised (PCL-R) en goed gedrag vertonen tijdens behandeling, eerder sprake is van recidive dan bij plegers die minder hoge PCL-R scores behalen. Een mogelijke oorzaak hiervoor is dat dit type dader tijdens behandeling gedrag en vaardigheden aanleert die het recidiverisico juist verhogen. Daarbij zouden daders in groepsbehandelingen van elkaars ervaringen en modus operandi kunnen leren (Seto en Barbaree, 1999).

Marshall (1999) concludeert niettemin dat behandelmethoden die plaatsvinden in groepen en waarbij gebruik wordt gemaakt van terugvalpreventietechnieken, recidive goed tegengaan. Terugvalpreventie bestaat uit een aantal procedures die de delinquent helpen om wat hij/zij geleerd heeft in therapie vast te houden. De essentiële kenmerken van een succesvol terugvalpreventieplan zijn de identificatie van de typische keten van delictgedrag, een specificatie van de factoren en situaties die het risico van delictgedrag verhogen, het verbeteren van coping-strategieën die het risico op delictgedrag verlagen en het opstellen van een aantal alternatieve plannen waarmee met onverwachte risicosituaties omgegaan kan worden (Van Beek, 1999).

Effectgrootte

Marshall en McGuire (2003) bieden een overzicht van de effectgrootten die uit verschillende meta-analyses naar behandel-effectstudies bij seksuele delinquenten naar voren komen. Effectgrootte is een gestandaardiseerde maat voor het verschil tussen de gemiddelde uitkomst (verminderde recidive) van een behandelde groep en een onbehandelde controlegroep, waarbij wordt gecontroleerd voor verschillen in spreiding in de uitkomsten tussen de groepen. Cohen's *d* is de meest gebruikte maat, in Hanson's (2002) meta-analyse zijn echter *odds ratios* gebruikt. *Odds ratios* kunnen naar Cohen's *d* worden getransformeerd (Hasselbad en Hedges, 1995). Een effectgrootte van 0.20 is volgens Cohen (1962) klein, rond de 0.50 is matig en 0.80 of hoger is groot. De gevonden effectgrootten per meta-analyse worden in de tabel 1 weergegeven.

Op basis van deze meta-analyses kan geconcludeerd worden dat behandeling met cognitieve gedragstherapie bij seksuele delinquenten een klein tot matig effect heeft. De meta-analyses van Alexander (1999) en Hall (1995b) zijn bekritiseerd op verschillende methodologische gronden (Hanson e.a., 2002; Harris, Rice e.a., 1998), de effectgrootten zijn dan ook klein. In de meta-analyse van Polizzi, MacKenzie e.a. (1999) blijken de resultaten uit zes effectonderzoeken (van dertien methodologisch gedegen bevonden onderzoeken) te wijzen op een significant positief behandel-effect. De effectgrootten van de dertien studies variëren van -0.23 bij pedoseksuelen tot 0.70 bij exhibitionisten. Polizzi e.a. (1999) berekenden echter geen gemiddelde effectgrootte van alle effectstudies samen, de studie is derhalve niet in de tabel van Marshall en McGuire (2003) opgenomen.

Tabel 1: Effectgrootten van behandeling per meta-analyse

Meta-analyse	Effectgrootte
Alexander (1999)	0.10
Hall (1995)	0.24
Gallagher, Wilson, Hirschfield, Coggeshall, & MacKenzie (1999)	
Overall effects	0.43
Cognitive behavioral/Relapse prevention only	0.47
Hanson, Gordon, Harris, Marques, Murphy, Quinsey, et al. (2002)	
Overall effects	0.11
Current treatments only ⁵	0.28

Bron: Marshall & McGuire (2003)

Het overzicht van Marshall en McGuire laat zien dat de effectgrootten van de verschillende studies bij seksuele delinquenten vergelijkbaar zijn met de effectgrootten van effectstudies bij andere psychische en medische problemen, zoals angst voor spreken in het openbaar en hartklachten. Voorzichtig kan geconcludeerd worden dat behandeling van zedendelinquenten effectief is, met name behandeling met cognitief-gedragstherapeutische methoden. De meta-analyses zijn echter een vrij grove maat voor het behandel-effect. Ten eerste worden alle typen zedendelinquenten bij elkaar genomen en ten tweede wordt in de effectonderzoeken vrijwel nooit gewerkt met een echte controlegroep.

Conclusies

Concluderend kan gesteld worden dat in de afgelopen jaren uit de meerderheid van de meta-analyses en review-artikelen over de behandeling van seksuele delinquenten naar voren is gekomen dat het gebruik van cognitief-gedragstherapeutische methoden in de behandeling een klein tot matig effect heeft op het recidiverisico van deze groep (Alexander, 1999; Hall, 1995b; Hanson e.a., 2002). Echter, de effecten van behandeling zijn zeer verschillend per type seksuele delinquent. Pedoseksuele delinquenten die niet meer dan twee slachtoffers hebben gemaakt en exhibitionisten behalen bijvoorbeeld betere resultaten dan pedofielen met meer dan één slachtoffer en een 'roof-

⁵ Alle vormen van interventiemethoden voor zedendelinquenten die tussen 1998 en 2000 in gebruik zijn geweest en cognitief-gedragstherapeutische interventies voor zedendelinquenten die sinds 1980 worden uitgevoerd.

dierachtige' delictstijl en verkrachters. In de behandeling zou dan ook rekening moeten worden gehouden met onder andere het risico-principe van Andrews en Bonta (1998). Delinquenten met een hogere risico-inschatting van recidive zouden een intensiever behandelingsprogramma moeten krijgen dan delinquenten met een laag of matig recidiverisico (Mailloux e.a., 2003). Voorts dient aandacht te worden besteed aan de mogelijke recidiverisico verhogende invloed van (groeps)behandeling bij plegers met psychopathische trekken. Alhoewel er sprake is van vooruitgang in de (cognitief-gedragstherapeutische) behandeling voor seksuele delinquenten, blijft er in een groot aantal gevallen een groep zeer gevaarlijke delinquenten (daders met een 'roofdierachtige' delictstijl, meerdere slachtoffers, zeer gewelddadige delicten, een deviante seksuele voorkeur en een gebrekkige impulscontrole) over die geen baat heeft bij alleen cognitief-gedragstherapeutische interventies (Maletzky en Field, 2003). Met behulp van gedegen risicotaxatie is het mogelijk deze groep te identificeren. Medicamenteuze behandeling kan bij deze groep geïndiceerd zijn. Onder andere hormonale behandeling is effectief gebleken. Echter, naast medicamenteuze behandeling dient tevens cognitieve gedragstherapie in de vorm van terugvalpreventie plaats te vinden teneinde het recidiverisico na ontslag of invrijheidstelling laag te houden. Het gebruik van medicatie stopt vrijwel in alle gevallen wanneer er geen sprake meer is van toezicht (Maletzky en Field, 2003). Uit de literatuur komt naar voren dat hormonale behandelingen met anti-androgenen en LHRH-agonisten een rendabele aanvulling kunnen zijn op een psychotherapeutische behandeling van zedendelinquenten. Dankzij hormonale behandeling neemt de geslachtsdrift af en lijkt sprake van een verminderd recidiverisico (Maletzky en Field, 2003). Serotonine heropnameremmers zijn geïndiceerd voor zedendelinquenten indien er sprake is van een obsessief-compulsieve component in het seksuele delictgedrag. Het is onwenselijk hormonale behandeling langdurig voort te zetten in verband met bijwerkingen (Van Hunsel en Cosyns, 2002). Farmacologische behandeling bij zedendelinquenten is voorlopig slechts geïndiceerd in de volgende gevallen (Van Hunsel en Cosyns, 2002):

- wanneer sprake is van een dringende noodzaak om risico af te wenden;
- wanneer sprake is van hyperseksualiteit of een obsessief-compulsieve drang tot het toegeven aan de parafiele neigingen;
- wanneer de patiënt er niet in slaagt door manipulatie van

omgevingsfactoren of cognitieve gedragstherapie het seksuele delictgedrag onder controle te houden.

Op basis van de internationale literatuur blijkt dat interventies gebaseerd op cognitief-gedragstherapeutische uitgangspunten en medicamenteuze interventies, een klein tot matig effect hebben op het terugdringen van seksuele recidive bij zedendelinquenten. Bij de interpretatie van de resultaten uit de tot nog toe verrichte effectstudies en meta-analyses moet rekening gehouden worden met een groot aantal methodologische beperkingen. Eenduidige resultaten met betrekking tot de effectiviteit van specifieke behandelprogramma's zijn dan ook niet voorhanden. Behandelprogramma's die veelbelovend zijn in het verminderen van recidive zijn gericht op de individuele criminogene behoeften van zedendelinquenten (zoals attitudes ten opzichte van seksueel geweld, een impulsieve levensstijl, een deviante seksuele voorkeur) en het aanleren van vaardigheden die aansluiten bij de leerstijl en de receptiviteit van de delinquent (Hanson e.a., 2002). Zowel intramurale als ambulante cognitief-gedragstherapeutische behandelprogramma's lijken seksuele recidive van zedendelinquenten te verminderen (Polizzi e.a., 1999). Er dient echter rekening te worden gehouden met de heterogeniteit van de groep zedendelinquenten. Van de verschillende typen seksuele delinquenten lijken bijvoorbeeld verkrachters het minst te profiteren van verschillende interventies (Alexander, 1999; Emmelkamp e.a., 2002). Daarnaast blijkt bij een subgroep zedendelinquenten waarbij sprake is van hoge scores op de Psychopathy-Checklist-Revised (PCL-R) het risico op seksuele recidive hoger te zijn dan bij zedendelinquenten die minder hoog scoren op psychopathie (Hildebrand e.a., 2004). Een mogelijke oorzaak hiervoor is dat dit type dader tijdens (groeps)behandeling gedrag en vaardigheden aanleert die het recidiverisico verhogen. Bij de indicatiestelling dient dan ook aandacht te worden besteed aan de mogelijke recidiverisico verhogende invloed van groepsbehandeling bij plegers die hoog scoren op de PCL-R (Seto en Barbaree, 1999).

Literatuur

- American Psychiatric Association**
Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4e editie)
Washington, DC, 1994
- Andrews, D.A., J. Bonta (red.)**
The psychology of criminal conduct
Cincinnati (OH), Anderson, 1998 (2e druk)
- Alexander, M.A.**
Sexual offender treatment efficacy revisited
Sexual abuse, 11e jrg., 1999, p. 101-116
- Beek, D.J., van**
De delictscenarioprocedure bij seksueel agressieve delinquenten; een onderzoek naar de bruikbaarheid van de delictscenarioprocedure in de behandeling van seksueel agressieve delinquenten in de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek
Anhem, Gouda Quint, 1999
- Beek, D.J., van, C. de Ruiter**
De psychotherapeutische behandeling van de pedoseksuele delinquent in een forensische psychiatrische kliniek; een integratieve aanpak
In: Trijsburg, R.W., S. Colijn e.a. (red.), *Handboek integratieve psychotherapie*, Utrecht, De Tijdstroom, 2003, p. 1-28
- Blair, R.J.R.**
Facial expressions, their communicatory functions and neuro-cognitive substrates
Philosophical transactions of the Royal Society of London, series B, Biological Sciences, nr. 385, 2003, p. 561-572
- Blanchette, K.**
Evaluation, traitement et risque de recidive des delinquents sexuels; analyse de la documentation
Division de la recherche Service correctionnel du Canada, 1996
- Bradford, J.M.W.**
The treatment of sexual deviation using a pharmacological approach
The journal of sex research, 37e jrg., 2000, p. 248-257
- Carich, M.S., M.H. Stone**
Offenders; using relapse intervention strategies to treat sexual offenders
The journal of individual psychology, 57e jrg., 2001, p. 26-36
- Carich, M.S., J.F. Newbauer e.a.**
Offenders; sexual offenders and contemporary treatments
The journal of individual psychology, 57e jrg., 2001, p. 3-17
- Emmelkamp, P., J. Emmelkamp e.a.**
Effectiviteit van psychotherapeutische behandeling bij plegers van seksueel geweld
Tijdschrift voor seksuologie, 26e jrg., 2002, p. 97-104
- Frenken, J, L. Gijs e.a.**
Sexual offender research and treatment in the Netherlands

- Journal of interpersonal violence, 14^e jrg., 1999, p. 347-371
- Frenken, J.
Strafbare seksualiteit en seksueel deviant gedrag; definities en prevalenties
Tijdschrift klinische psychologie, 32^e jrg., 2002, p. 6-12
- Gallagher, C.A., D.B. Wilson e.a.
A quantitative review of the effects of sex offender treatment on sexual reoffending
Corrections management quarterly, 3^e jrg., 1999, p. 19-29
- Hall, G.C.N.
Sexual offender recidivism revisited; a meta-analysis of recent treatment studies
Journal of consulting and clinical psychology, 63^e jrg., 1995b, p. 802-809
- Hanson, R.K., M.T. Bussière
Predictors of sexual recidivism; a meta-analysis
Ottawa, Public Works and Government Services Canada, 1996
- Hanson, R.K., M.T. Bussière
Predicting relapse; a meta-analysis of sexual offender recidivism studies
Journal of consulting and clinical psychology, 66^e jrg., 1998, p. 348-362
- Hanson, R.K., A. Gordon e.a.
First report of the collaborative outcome data project on the effectiveness of psychological treatment for sex offenders
Sexual abuse, 14^e jrg., 2002, p. 169-194
- Hanson, R.K., D. Thornton
Improving risk assessment for sex offenders; a comparison of three actuarial scales
Law and human behavior, 24^e jrg., 2000, p. 119-136
- Harris, G.T., M.E. Rice e.a.
Appraisal and management of risk in sexual aggression; implications for criminal justice police
Psychology, public policy, and law, 4^e jrg., 1998, p. 73-115
- Hildebrand, M., C. de Ruiter e.a.
SVR-20; richtlijnen voor het beoordelen van het risico van seksueel gewelddadig gedrag [SVR-20: Guidelines for the assessment of risk of sexual violence]
Utrecht, Forum Educatief, 2001
- Hildebrand, M., C. de Ruiter e.a.
Recidive van verkrachters en aanranders na tbs; de relatie met psychopathie en seksuele deviatie
De psycholoog, 38^e jrg., 2003, p. 114-124.
- Hildebrand, M., C. de Ruiter e.a.
PCL-R Psychopathy predicts disruptive behavior among male offenders in a Dutch forensic psychiatric hospital
Journal of interpersonal violence, 19^e jrg., 2004, p. 13-29
- Hildebrand, M., C. de Ruiter e.a.
Psychopathy and sexual deviance in treated rapists; association with sexual and nonsexual recidivism
Sexual abuse, 16^e jrg., p. 2004, p. 1-24

- Hunsel, F., van, P. Cosyns
Biomedische interventies bij plegers van seksueel geweld
Tijdschrift klinische psychologie, 32^e jrg., 2002, p. 120-133
- Linden, P. van der, M. Steketee
Daderhulpverlening in Nederland; inventarisatie van hulpaanbod en preventie voor plegers van seksueel en huiselijk geweld
Utrecht, Transact, 1999
- Looman, J., J. Abracen e.a.
Recidivism among treated sexual offenders and matched controls
Journal of interpersonal violence, 15^e jrg., 2000, p. 297-290
- Mailloux, D.L., J. Abracen e.a.
Dosage of treatment to sexual offenders; are we overprescribing?
International journal of offender therapy and comparative criminology, 47^e jrg., 2003, p. 171-184
- Maletzky, B.M., G. Field
The biological treatment of dangerous sexual offenders; a review and preliminary report of the Oregon pilot depo-Provera program
Aggression and violent behavior, 8^e jrg., 2003, p. 391-412
- Marshall, W.L.
Adult sexual offenders
In: Bellack, A.S., N. Hersen (red.), *Comprehensive clinical psychology*, Oxford, Pergamon, 1998, p. 407-420
- Marshall, W.L.
Current status of North American assessment and treatment programs for sexual offenders
Journal of interpersonal violence, 14^e jrg., 1999, p. 221-239
- Marshall, W.L., Y.M. Fernandez
Sexual preferences; are they useful in the assessment and treatment of sexual offenders?
Aggression and violent behavior, 8^e jrg., 2003, p. 131-144
- Marshall, W.L., J. McGuire
Effect sizes in the treatment of sexual offenders
International journal of offender therapy and comparative criminology, 47^e jrg., 2003, p. 653-663
- Marshall, W.L., G.A. Serran
Current issues in the assessment and treatment of sexual offenders
Clinical psychology and psychotherapy, 7^e jrg., 2000, p. 85-96
- Marques, J.K.
How to answer the question 'Does sex offender treatment work?'
Journal of interpersonal violence, 14^e jrg., 1999, p. 437-451
- McGuire, J. (red.)
Offender rehabilitation and treatment; effective programmes and policies to reduce re-offending
Chichester, UK, Wiley, 2002
- Nicholaichuk, T., A. Gordon e.a.
Outcome of an institutional sexual offender treatment program; a comparison between treated and matched untreated offenders
Sexual abuse, 12^e jrg., 2000, p. 139-153
- Polaschek, D.L.L.
Special section; current developments in the assessment and treatment of sexual offenders –

relapse prevention, offense process models, and the treatment of sexual offenders

Professional psychology, research and practice, 34e jrg., 2003, p. 361-367

Polizzi, D.M., D.L. MacKenzie e.a.

What works in adult sex offender treatment? A review of prison- and non-prison-based treatment programs

International journal of offender therapy and comparative criminology, 43e jrg., 1999, p. 357-374

Prentky, R.A. A.W. Burgess

Forensic management of sexual offenders

New York, Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2000

Quinsey, V.L., A. Khanna e.a.

A retrospective evaluation of the regional treatment centre sex offender treatment program

Journal of interpersonal violence, 13e jrg., 1998, p. 621-624

Quinsey, V.L., G.T. Harris e.a.

Assessing treatment efficacy in outcome studies of sex offenders

Journal of interpersonal violence, 8e jrg., 1993, p. 512-523

Reilly, D., N.J. Delva e.a.

Protocols for the use of Cyproterone, Medroxyprogesterone and Leuprolide in the treatment of paraphilia

Canadian journal of psychiatry, 45e jrg., 2000, p. 559-563

Rösler, A., E. Witzum

Pharmacotherapy of paraphilias in the next millennium

Behavioural sciences and the law, 18e jrg., 2000, p. 43-56

Seto, M., H. Barbaree

Psychopathy, treatment behavior, and sex offender recidivism

Journal of interpersonal violence, 14e jrg., 1999, p. 1235-1248

Sherman, L., D. Gottfredson e.a.

Preventing crime; what works, what doesn't, what's promising

Washington DC, Report to the U.S. Congress, 1997

Vogel, V. de, C. de Ruiter

Recidive bij behandelde seksuele delinquenten

Tijdschrift voor criminologie, 45e jrg., 2003, p. 378-390