

# Recidive bij behandelde seksuele delinquenten

Corine de Ruiter, Vivienne de Vogel

Universiteit van Amsterdam, Trimbos-instituut, Dr. Henri van der Hoeven Kliniek

## Samenvatting

In dit retrospectieve onderzoek werden de recidivegegevens geanalyseerd van 121 seksuele delinquenten die - meest in het kader van een tbs-maatregel - tussen 1974 en 1996 werden opgenomen in de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek (gemiddelde follow-up tijd 140 maanden). Recidivegegevens werden opgevraagd bij het Justitieel Documentatieregister van het Ministerie van Justitie. De base-rate voor seksuele recidive was 39%, voor niet-seksueel gewelddadige recidive 46% en voor algemene recidive 74%. Wanneer rekening werd gehouden met de tijd die de delinquent at risk was en survival analyses gebruikt werden waren deze cijfers respectievelijk 48%, 63% en 91%. Pedoseksuele daders werden vaker opnieuw veroordeeld voor een seksueel delict dan verkrachters met volwassen vrouwelijke slachtoffers. Pedoseksuele daders met jongens buiten het gezin als slachtoffer vertoonden het hoogste percentage seksuele recidive (80%). De kans op seksuele recidive was voor pedoseksuele daders die de behandeling niet hadden afgerond bijna vijf maal groter dan voor pedoseksuele daders die de behandeling wel hadden afgerond. Geconcludeerd werd dat er groepen seksuele delinquenten te identificeren zijn die een sterk verhoogd recidiverisico hebben waarvoor behandeling volgens de huidige inzichten onvoldoende effect heeft.

Een seksueel delict gepleegd door een dader die al eerder een soortgelijk delict heeft gepleegd roept doorgaans sterke gevoelens van onveiligheid, angst en boosheid op in de maatschappij. De strafrechtelijke maatregel Terbeschikkingstelling (tbs) heeft tot taak de maatschappij te beschermen tegen dergelijke recidive, op korte termijn door de dader uit de maatschappij te verwijderen, en op langere termijn door een behandeling gericht op vermindering van risicofactoren voor recidive, alsmede versterking van mogelijke beschermende factoren, zoals een steunend netwerk, een goede opleiding en vergroting van het zelfinzicht (Andrews, Bonta & Hoge, 1998; De Ruiter, 2002). Het correct inschatten van het recidiverisico voor aanvang van een (proef)verlof is een belangrijke taak voor deskundigen die werkzaam zijn in de tbs en kan helpen recidive te voorkomen. Het gebruik van gestandaardiseerde risicotaxatie-instrumenten wordt hierbij aanbevolen (Borum, 1996; De Ruiter, 1999).

Om in het individuele geval een goede inschatting van het recidiverisico te kunnen maken is het belangrijk dat de forensisch deskundige inzicht heeft in de base rate<sup>1</sup> van recidive voor verschillende typen seksuele delinquenten (Doren, 1998; De Ruiter & Hildebrand, 2000).

Ondanks het feit dat er veel studies naar recidive bij seksuele delinquenten zijn gedaan, met name in Noord-Amerika, bestaat er op dit moment onduidelijkheid omtrent de base rate van seksuele recidive. Het is moeilijk, zometertijd onmogelijk om een éénduidige, heldere conclusie uit de bestaande literatuur te trekken, aangezien opzet en methodologie van de studies onderling sterk verschillen (Doren, 1998; Furby, Weinrott, & Blackshaw, 1989). Onderzoeken hanteren bijvoorbeeld verschillende definities van recidive en hebben uiteenlopende follow-up tijden. Een andere oorzaak van de gevonden verschillen in base rates kan gezocht worden in de heterogeniteit van de groep seksuele delinquenten (Doren, 1998; Greenberg, 1998; Prentky, Lee, Knight, & Cerce, 1997). Zo bestaan er grote verschillen in de base rate van seksuele recidive tussen verkrachters, pedoseksuele daders met jongens buiten het gezin als slachtoffer, pedoseksuele daders met meisjes buiten het gezin als slachtoffer en incestdaders. Pedoseksuele daders met jongens buiten het

Prof. dr. Corine de Ruiter, psycholoog, bijzonder hoogleraar Forensische psychologie, Universiteit van Amsterdam; programma-hoofd Nationale Monitor Geestelijke gezondheid, Trimbos Instituut Utrecht. E: C.deRuiter@uva.nl

Drs. Vivienne de Vogel, psycholoog, onderzoeker, Dr. Henri van der Hoeven Kliniek, Centrum voor klinische forensische psychiatrie te Utrecht.

Een deel van het in dit artikel beschreven onderzoek is eerder verschenen in het Maandblad Geestelijke volksgezondheid en in het Tijdschrift voor Criminologie.

Aangeboden 8 januari 2004; Geaccepteerd 9 maart 2004.

<sup>1</sup> De base rate is de prevalentie van een bepaald type gedrag binnen een bepaalde populatie over een specifieke periode.

gezin als slachtoffer recidiveren vaker met een seksueel delict dan verkrachters en pedoseksuele daders met meisjes buiten het gezin als slachtoffer (Hanson, Steffy & Gauthier, 1993; Quinsey, Lalumière, Rice & Harris, 1995). Het is niet alleen belangrijk om de base rate van (seksuele) recidive van de diverse subgroepen seksuele delinquenten te kennen, maar ook om inzicht te hebben in de frequentie, snelheid en ernst van de recidive. Onderzoek heeft bijvoorbeeld aangetoond dat sommige seksuele delinquenten, met name pedoseksuele daders, pas lange tijd na ontslag opnieuw een seksueel delict plegen (Hanson et al., 1993; Prentky et al., 1997).

In Nederland is nog nauwelijks onderzoek verricht naar recidive bij subgroepen seksuele delinquenten. Ook wordt in de meeste Nederlandse onderzoeken naar recidive slechts de prevalentie van recidive gerapporteerd en is er weinig aandacht voor frequentie, snelheid en ernst van recidive (Wartna, 2000). Het identificeren van recidivepatronen en subgroepen met een verhoogd recidiverisico is belangrijk omdat het richting kan geven aan risicotaxatie in het individuele geval, inclusief beveiliging en behandeling waardoor herhaald seksueel gewelddadig gedrag voorkomen kan worden.

In dit artikel analyseren wij, na een kort overzicht van eerder recidive-onderzoek, de recidivegegevens van een groep volwassen seksuele delinquenten die tussen 1974 en 1996 werd opgenomen in de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek. Deze gegevens zijn onderdeel van een retrospectief onderzoek naar de waarde van twee risicotaxatie-instrumenten voor seksueel gewelddadig gedrag - de Static-99 (Hanson & Thornton, 1999; Nederlandse geautoriseerde vertaling Van Beek, De Doncker & De Ruiter, 2001) en de Sexual Violence Risk-20 (SVR-20; Boer, Hart, Kropp & Webster, 1997; Nederlandse geautoriseerde vertaling: Hildebrand, De Ruiter & Van Beek, 2001) in Nederland (zie De Vogel, De Ruiter, Van Beek & Mead, 2003). Het huidige artikel heeft als doel meer inzicht te verkrijgen in recidivepatronen van behandelde seksuele delinquenten en het identificeren van subgroepen met een verhoogd recidiverisico. Overigens dient vermeld te worden dat dit onderzoek niet tot doel had om de behandeling in de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek te evalueren. Dergelijk effectonderzoek zou een andere opzet vereisen, zoals een vergelijking van de onderzoeksgroep met een niet behandelde controlegroep.

#### **Methodologische problemen bij recidive-onderzoek: een kort overzicht**

In een al wat langere tijd geleden verschenen, maar nog veel aangehaald artikel concluderen Furby en col-

lega's (1989) na een vergelijking van 42 empirische studies naar recidive bij seksuele delinquenten dat er dermate grote verschillen bestaan in opzet en methodologie van de studies dat vergelijking van de resultaten onmogelijk is. Drie belangrijke methodologische punten waarop recidiveonderzoeken verschillen zijn de lengte van de follow-up periode, de operationele definitie van recidive en het wel of niet toepassen van survival analyse. Wat betreft de lengte van de follow-up periode werd in diverse onderzoeken aangetoond dat hoe langer de follow-up periode is waarin seksuele delinquenten werden gevolgd, des te hoger het recidivepercentage (Furby et al., 1989; Prentky et al., 1997). Onderzoeken met een korte follow-up periode leiden dus tot een onderschatting van de base rate van recidive. Een tweede belangrijk verschil tussen onderzoeken naar seksuele recidive is de definitie van recidive die gehanteerd wordt. Is recidive bijvoorbeeld gebaseerd op officiële gegevens, zoals nieuwe veroordelingen of arrestaties, of is het gebaseerd op zelfrapportage of informatie van derden. Onderzoek heeft aangetoond dat het gebruik van officieel geregistreerde recidive leidt tot een onderschatting van het werkelijke recidivepercentage, aangezien niet alle seksuele delicten worden aangegeven bij justitie en niet alle seksuele delinquenten worden gearresteerd en veroordeeld (Groth, Longo & McFadin, 1982; Weinrott & Saylor, 1991). Ook het gebruik van zelfrapportage om recidive te bepalen kent nadelen, zoals onderrapportage, of juist overrapportage, onjuiste herinnering en bewuste vertekening (Wartna, 1999). Daarnaast verschillen recidive-onderzoeken in het specificeren van recidivevormen, zoals speciale (soortgelijk delict), specifieke (identiek delict), of algemene recidive. Het is bekend dat seksuele delinquenten niet per definitie gespecialiseerd zijn in seksuele delicten, maar ook andere soorten delicten plegen (Simon, 2000; Van Wijk & Ferwerda, 2000). Rapportage over andere dan alleen seksuele recidive (niet-seksueel gewelddadige, algemene) is dan ook wenselijk. Een derde verschil betreft het wel of niet toepassen van survival analyse (ook wel event history analyse genoemd). Survival analyse is een pakket aan statistische methoden dat rekening houdt met de tijdsperiode waarin de delinquent at risk was (Schmidt & Wytte, 1988). Hierdoor is het mogelijk het recidivepercentage voor een bepaalde tijdsperiode te berekenen ondanks het feit dat de follow-up perioden van de delinquenten sterk onderling verschillen. Deze methode verdient de voorkeur boven het eenvoudigweg weergeven van het percentage recidivisten, aangezien dit laatste leidt tot een onderschatting van het werkelijke recidivepercentage, met name in onderzoeken met korte of sterk uiteenlopende follow-up perio-

Tabel 1. Recidive-onderzoek bij seksuele delinquenten

	Meta-analyses				Buitenlands recidive-onderzoek (niet in meta-analyses opgenomen)			Nederlands recidive-onderzoek	
	Alexander (1999)	Hall (1995)	Hanson & Bussière (1998)	Quinsey et al. (1995)	Greenberg (1998)	Hanson et al. (1995)	Prentky et al. (1997)	Van Emmerik & Brouwers (1989)	Van der Werff (1986)
N	10988	1313	28972	4941	538	191	251	162	343
Aantal studies	79	12	61	23					
Type seksuele delinquent	divers	divers	divers	divers	divers	pedo- seksuelen	divers	divers	divers
Land	VS	VS	Canada	Canada	Canada	Canada	VS	Nederland	Nederland
Setting	behandel	behandel	divers	divers	ambulant	gevangenis	behandel	tbs	divers
Follow-up tijd in jaren	n.g.	6.9	4 - 5	n.g.	6.7 - 7.8	19	25	3 - 8	6
Definitie recidive	officieel	divers	divers	divers	officieel	officieel	officieel	officieel	officieel
Statistische analyse	%	%	%	%	%	survival	survival en %	%	%
Verkrachters	20 (24)		22	23	16		39		17
Pedoseksuelen	14 (26)		10	20	15	35	52		15
Pedoseksueel jongens	18 (34)			35					
Pedoseksueel meisjes	16 (16)			18					
Incestdaders	4 (13)			9	6				
Exhibitionisten	20 (57)								24
Totale groep	13 (18)	19 (27)	13			35		25	

Noot: n.g. = niet gerapporteerd. Officieel = arrestatie of veroordeling. De meta-analyses van Alexander (1999) en Hall (1995) waren gericht op behandelings-effect. Tussen haakjes staan de seksuele recidivepercentages van de controlegroep.

den (Prentky et al., 1997). Bovendien maakt toepassing van survival analyse recidive-onderzoeken niet alleen completer en nauwkeuriger, maar ook beter onderling vergelijkbaar (Wartna, 2000).

Andere verschillen tussen recidive-onderzoeken zijn te vinden in het doel van het onderzoek (bijvoorbeeld: bepalen van recidivecijfers / behandelings-evaluatie met recidive als uitkomstmaat / identificeren van factoren die recidive voorspellen), opzet van het onderzoek (retrospectief / prospectief), grootte van de steekproef en kenmerken van de instelling en onderzoeksgroep (bijvoorbeeld: klinisch / ambulant).

### Recidive-onderzoek bij seksuele delinquenten

In Tabel 1 worden vier meta-analyses naar recidive bij volwassen seksuele delinquenten en drie recente buitenlandse onderzoeken met een redelijk grote steekproef en lange follow-up periode samengevat. Ook de gegevens van twee minder recente, maar voor zover wij weten enige Nederlandse recidive-onderzoeken bij seksuele delinquenten worden hierin vermeld (zie verder onder Recidive-onderzoek in Nederland). Uit bestudering van de tabel valt te concluderen dat de base rates sterk verschillen. De studies met een lange follow-up periode en die gebruik maken van survival

analyse vertonen de hoogste base rates. Het onderzoek van Prentky et al. (1997) wordt door velen gezien als het meest gedegen recidive-onderzoek bij seksuele delinquenten omdat het een lange follow-up periode heeft, survival analyses gebruikt en zowel seksuele als niet-seksuele recidivecijfers presenteert van subgroepen seksuele delinquenten (Doren, 1998). Bovendien wordt in de presentatie van de recidivecijfers onderscheid gemaakt naar de verschillende definities van recidive (arrestatie / veroordeling / vrijheidsstraf) en worden de officiële recidivecijfers vergeleken met de cijfers berekend met survival analyse<sup>2</sup>. Doren (1998) concludeert dan ook dat de door Prentky en collega's (1997) gepresenteerde recidivecijfers waarschijnlijk het dichtst bij de waarheid liggen en dat de meeste andere onderzoeken een onderschatting van het werkelijke recidivepercentage opleveren.

### Recidive-onderzoek in Nederland

Wartna (1999) inventariseerde het recidive-onderzoek in Nederland en kwam tot de conclusie dat de uitvoering van de onderzoeken zeer sterk uiteenloopt, de mogelijkheden van onderzoek niet volledig worden benut en er dringend behoefte bestaat aan algemeen en gestandaardiseerd recidive-onderzoek. Door het We-

<sup>2</sup> In Tabel 1 worden de percentages vermeld zoals berekend met survival analyse, en met arrestatie als criterium voor recidive.

Tabel 2. Demografische gegevens

	Verkrachters N = 94		Pedoseksuele daders N = 27		Totaal N = 121	
<i>Demografisch</i>						
Gemiddelde leeftijd bij opname	24.5		25.6		24.8	
Nederlandse afkomst	84	(89%)	25	(93%)	109	(90%)
In jeugd verbleven in tehuis(zen) / pleeggezin(nen)	47	(50%) <sup>a</sup>	19	(70%) <sup>b</sup>	66	(55%)
Alleenstaand (ten tijde van indexdelict)	74	(79%)	25	(93%)	99	(82%)
Opleiding: geen / lagere school	52	(55%)	14	(52%)	66	(55%)
Opleiding: bijzonder onderwijs	19	(20%) <sup>a</sup>	12	(44%) <sup>b</sup>	31	(26%)
Werkeloos (ten tijde van indexdelict)	48	(51%)	13	(48%)	61	(50%)
<i>Psychiatrie</i>						
Geen hulpverleningsgeschiedenis	26	(28%) <sup>d</sup>	2	(7%) <sup>c</sup>	28	(23%)
Ambulante hulpverleningsgeschiedenis	20	(22%)	4	(15%)	24	(20%)
Hulpverleningsgeschiedenis met klinische opname	47	(50%) <sup>a</sup>	21	(78%) <sup>b</sup>	68	(56%)
Misbruik: alcohol	34	(36%)	10	(37%)	44	(36%)
Misbruik: drugs	3	(3%)	1	(4%)	4	(3%)
Misbruik: multiple	20	(21%)	3	(11%)	23	(19%)
Gemiddelde totaalscore intelligentietests	97.4 <sup>b</sup>		85.8 <sup>a</sup>		93.8	
<i>Delict kenmerken</i>						
Slachtoffer is een bekende	14	(15%) <sup>c</sup>	10	(37%) <sup>d</sup>	24	(20%)
Aantal slachtoffers meer dan één	35	(37%) <sup>c</sup>	16	(59%) <sup>d</sup>	51	(42%)
Aantal eerdere veroordelingen	6.5		4.2		6.0	
Gemiddelde leeftijd bij eerste veroordeling	18.6		17.9		18.5	
Eerder veroordeeld voor een seksueel delict	60	(64%)	20	(74%)	80	(66%)
Eerder TBS maatregel opgelegd gekregen	5	(5%)	5	(19%)	10	(8%)
Op moment van onderzoek nog of opnieuw in tbs	6	(6%) <sup>a</sup>	8	(29%) <sup>b</sup>	14	(12%)
<i>Behandeling</i>						
Gemiddelde duur van behandeling in maanden	51.5		62.9		54.0	
Op proefverlof geweest	38	(40%)	11	(41%)	49	(40%)
Herplaatsing	28	(30%)	6	(22%)	34	(28%)
Contraire beëindiging	33	(35%)	11	(41%)	44	(36%)

Noot. <sup>a</sup> < <sup>b</sup> p < .01. <sup>c</sup> < <sup>d</sup> p < .05 (tweezijdig getoetst). Totaalscore intelligentietests was bekend voor 41 verkrachters en 17 pedoseksuele daders.

tenschappelijk Onderzoeks- en Documentatie Centrum (WODC) zijn vier opeenvolgende onderzoeken uitgevoerd naar recidive (officieel geregistreerde justitiecontacten) van tbs-ers die tussen 1974 en 1993 uit de tbs werden ontslagen (Van Emmerik, 1985, 1989; Leuw, 1995, 1999). De follow-up periode voor alle vier cohorten varieerde van drie tot acht jaar. De resultaten van de vier onderzoeken zijn in grote lijnen vergelijkbaar: het percentage recidive met ernstige (seksuele) geweldsdelicten ligt steeds tussen de 15 en 20% (Leuw, 1999). Hoewel deze onderzoeken een beeld geven van de verschillende vormen van recidive voor de gehele groep ex-tbs-ers, worden de recidivegegevens niet gespecificeerd naar dadertype, zoals seksuele delinquenten, geweldplegers, brandstichters of subgroepen daarvan. Van Emmerik en Brouwers (1989) beschrijven de recidivegegevens van 162 seksuele delinquenten uit het eerste WODC cohort (1979-1983) meer in detail, onder andere naar de aard van de delicten en de strafrechtelijk afdoening. Zij maken hierbij echter geen onderscheid tussen pedoseksuele daders en verkrachters en vermelden ook niets over de frequentie of snelheid van recidive. Van der Werff (1986) vroeg in 1983 de recidivecijfers op van alle delinquenten die in het

jaar 1977 werden veroordeeld en maakte hierbij een onderscheid naar dadertypen, zoals geweldplegers, daders met vermogensdelicten en subgroepen seksuele daders (verkrachting, aanranding, ontucht en schennispleging). Een beperking aan dit onderzoek is dat de werkelijke time at risk periode korter is dan zes jaar omdat deze delinquenten minimaal een deel van de follow-up periode gedetineerd waren.

## Methodie

### Onderzoeksgroep

De groep seksuele delinquenten bestaat uit 121 mannen; 94 verkrachters met volwassen vrouwelijke slachtoffers en 27 pedoseksuele daders (16 pedoseksuele daders met meisjes buiten het gezin als slachtoffer, 10 pedoseksuele daders met jongens buiten het gezin als slachtoffer en één incestdader). De seksuele delinquenten werden tussen 1974 en 1996 opgenomen in de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek (ontslagdatum tussen 1977 en 2000) in het kader van een tbs-maatregel, plaatsing in een inrichting voor Buitengewone Behandeling, of artikel 120 Gevangenismaatregel. Tabel 2 geeft de demografische kenmerken van de groep weer. Het merendeel van de seksuele delinquenten

was van Nederlandse afkomst, werkeloos en alleenstaand ten tijde van het indexdelict. Meer dan de helft heeft de behandeling in de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek niet afgerond; in 36% van de gevallen werd de tbs-maatregel door de rechter beëindigd tegen het advies van de kliniek en 28% van de seksuele delinquenten werd door de kliniek ter herplaatsing in een andere instelling aangeboden. De redenen voor herplaatsing waren divers, maar een veelvoorkomende reden was dat de verhouding tussen de patiënt en de staf van de kliniek dermate verstoord was geraakt dat verdere behandeling in de kliniek onmogelijk werd geacht. In de tabel is verder te zien dat er enkele significante verschillen waren tussen de pedoseksuele daders en de verkrachters. Pedoseksuele daders bleken vaker in tehuizen te zijn opgegroeid, vaker eerder klinisch opgenomen te zijn geweest en lagere scores te behalen op intelligentietests dan verkrachters. Verder bleken zij het slachtoffer vaker te kennen en vaker meerdere slachtoffers te hebben vergeleken met de verkrachters.

### *Instelling*

De Dr. Henri van der Hoeven Kliniek is een forensisch psychiatrisch instituut. De meeste patiënten zijn er opgenomen in het kader van een tbs-maatregel. De tbs is door de rechter uitgesproken op grond van de ernst van de gepleegde delicten, de mate van ontoerekeningsvatbaarheid (op basis van ernstige psychische problematiek) en het als hoog ingeschatte recidive-risico.

Sinds de jaren vijftig biedt de kliniek een breed opgezette behandeling waarin sociotherapeutische uitgangspunten en werkwijzen een centrale rol spelen en waarbij de patiënten in de gelegenheid worden gesteld deel te nemen aan een gevarieerd ontwikkelingsprogramma op het gebied van arbeidstraining, onderwijs, sport, creatieve vakken en psychotherapie (Dankers & Van der Linden, 1995). Tevens is er in de behandeling aandacht voor de ontwikkeling van een steunend netwerk. Tot de jaren tachtig speelde een psychodynamische opvatting over de etiologie en instandhouding van het delictgedrag een prominente rol en was het delictgedrag op zichzelf geen onderwerp van behandeling. De gedachte was dat door de groei van de persoonlijkheid het probleemgedrag (delicten) vanzelf zou verdwijnen. Sinds de jaren tachtig is de focus van de behandeling verschoven van exclusief op de persoonlijkheid gericht naar meer direct gericht op het analyseren van delictgerelateerde risicofactoren, het zogenaamde delictscenario (Van Beek, 1999). Het uitgangspunt van deze vorm van behandeling, no cure but control, komt voort uit het terugvalpreventiemodel

(Laws, Hudson & Ward, 2000). Dit wil zeggen dat de pretentie om de patiënt te genezen van zijn persoonlijkheidsproblemen bij de meesten een te hoge verwachting is en dat inzicht in en betere hantering van directe risicofactoren recidive kan beperken.

### *Recidivegegevens*

Recidivegegevens werden opgevraagd bij het Justitieel Documentatieregister van het Ministerie van Justitie. Seksuele recidive is gedefinieerd als een nieuw proces-verbaal voor een seksueel delict volgens het Wetboek van Strafrecht, specifieke recidive als een nieuw proces-verbaal voor een identiek delict als het indexdelict. Verder is gekeken naar processen-verbaal voor niet-seksuele geweldsdelicten, dodingsdelicten, vermogensdelicten en overige delicten (onder meer verkeersdelicten, drugsdelicten). Alleen processen-verbaal die leidden tot een veroordeling (voorwaardelijke of onvoorwaardelijke vrijheidsstraf, tbs-maatregel, boete of andere sanctie) zijn meegeteld. De follow-up periode, startend bij ontslag danwel herplaatsing en eindigend bij de einddatum van het onderzoek (november 2001), varieerde van 20 tot 291 maanden, met een gemiddelde van 140 maanden.

### *Data-analyse*

Voor het berekenen van de base rates van recidive werd ten eerste gebruikt gemaakt van de door het Justitieel Documentatieregister geregistreerde processen-verbaal, waarbij verschillen in base rates van recidive tussen de subgroepen werden getoetst met de Chi-kwadraat toets. Ten tweede werd survival analyse gebruikt, meer specifiek de Kaplan Meier methode, welke de cumulatieve recidivekans berekent op elk tijdstip dat een delinquent uit de groep zijn eerste recidivedelict pleegt (zie voor een meer uitgebreide uitleg van survival analyse Wartna, 2000). De Log rank toets werd hierbij gebruikt om verschillen in base rates van recidive tussen subgroepen te toetsen. Verder is de Cox proportional hazard methode toegepast om het effect van afronding van de behandeling te toetsen. De Cox proportional hazard methode onderzoekt de relatie tussen een centrale determinant en een bepaalde uitkomst, daarbij rekening houdend met de factor tijd at risk. Deze methode resulteert in een Hazard ratio, welke geïnterpreteerd kan worden als het relatief risico, met het bijbehorende 95% betrouwbaarheidsinterval (BI).

### **Resultaten**

#### *Base rates*

In Tabel 3 zijn de veroordelingspercentages van de (subgroepen) seksuele delinquenten te lezen. De per

Tabel 3. Recidivepercentages van 121 behandelde seksuele delinquenten

Subgroepen	N	seksueel		specifiek		doding		geweld		vermogen		algemeen	
		%	S%	%	S%	%	S%	%	S%	%	S%	%	S%
Verkrachters	94	33 <sup>a</sup>	43 <sup>a</sup>	17 <sup>c</sup>	19 <sup>c</sup>	9	12	44	54	35	43	72	90 <sup>a</sup>
Pedoseksuele daders	27	59 <sup>b</sup>	70 <sup>b</sup>	33 <sup>d</sup>	47 <sup>d</sup>	4	4	52	52	44	47	78	92
Pedoseksueel meisjes	16	44 <sup>c</sup>	56	31	31	0	0	50	54	44	45	69	82
Pedoseksueel jongens	10	80 <sup>d</sup>	89 <sup>b</sup>	40	44	10	11	50	50	50	53	90	100 <sup>b</sup>
Behandeling afgerond	41	22 <sup>e</sup>	27 <sup>e</sup>	15	17	5	6	37	48	15 <sup>e</sup>	18 <sup>e</sup>	71	77
Contraire beëindiging / herselectie	80	48 <sup>f</sup>	58 <sup>f</sup>	24	26	10	11	50	68	49 <sup>f</sup>	56 <sup>f</sup>	75	84
Totaal	121	39	48	21	23	7	10	46	63	37	45	74	91

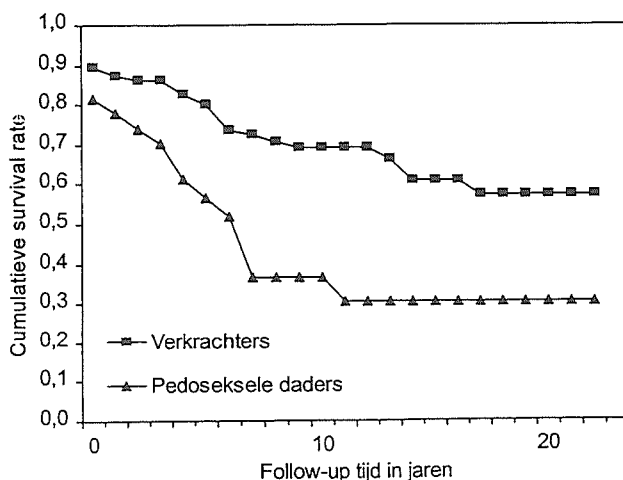
Noot. <sup>a</sup> < <sup>b</sup>  $p < .01$ . <sup>a</sup> < <sup>d</sup>  $p < .01$ . <sup>c</sup> < <sup>d</sup>  $p < .05$ . <sup>e</sup> < <sup>f</sup>  $p < .01$ . % = recidivepercentage, zoals geregistreerd door het Justitieel Documentatieregister (verschillen tweezijdig getoetst met Chi-kwadraat). S% is het recidivepercentage zoals berekend met survival analyse (verschillen getoetst met Log rank). Pedoseksuele daders = pedoseksuele daders met meisjes buiten het gezin als slachtoffer + pedoseksuele daders met jongens buiten het gezin als slachtoffer + 1 incestdader.

centages die berekend zijn met survival analyse worden eveneens in Tabel 3 vermeld en zijn in Figuur 1 grafisch weergegeven. In totaal waren er 89 nieuwe processen-verbaal voor seksuele delicten, 10 voor dodingsdelicten, 77 voor niet-seksuele geweldsdelicten, 417 voor vermogensdelicten en 154 voor overige delicten<sup>3</sup>. Veel voorkomende seksuele en niet-seksueel gewelddadige delicten waren: verkrachting (25), aanranding (12), schennis der eerbaarheid (16), mishandeling (19), bedreiging tegen het leven gericht (19) en vrijheidsberoving (16). In totaal werden 89 (74%) seksuele delinquenten veroordeeld voor een nieuw delict, 47 (39%) opnieuw voor een seksueel delict en 55 (46%) voor een niet-seksueel geweldsdelict. Wanneer survival analyses werden gebruikt waren de base rates van deze soorten recidive respectievelijk 91%, 63% en 48%.

#### Verschillen in base rates per subgroep

Er zijn twee classificaties gemaakt; naar dadertype en naar het wel of niet afronden van de behandeling.

Figuur 1. Kaplan-Meier survival curve voor seksuele recidive na vertrek uit Dr. Henri van der Hoeven Kliniek (N=121)



Pedoseksuele daders werden vaker opnieuw veroordeeld voor een (specifiek) seksueel delict dan verkrachters. Het seksuele recidivepercentage van pedoseksuele daders met jongens buiten het gezin als slachtoffer was van alle dadergroepen het hoogst. Er werden geen significante verschillen gevonden tussen pedoseksuele daders en verkrachters in het gemiddeld aantal maanden tussen vertrek uit de kliniek en seksuele recidive.

Vervolgens werden de verschillen onderzocht tussen seksuele delinquenten die de behandeling in de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek hadden afgerond en degenen die ter herselectie werden aangeboden of waarvan de tbs door de rechter werd beëindigd tegen het advies van de kliniek. Seksuele delinquenten die de behandeling niet hadden afgerond pleegden na vertrek uit de kliniek vaker nieuwe seksuele delicten (Hazard Ratio = 2.24, 95% BI = 1.08 – 4.64,  $p < .05$ )<sup>4</sup> en vermogensdelicten (Hazard Ratio = 3.67, 95% BI = 1.55 - 8.67,  $p < .01$ ) dan degenen die de behandeling wel hadden afgerond. Bij nadere analyse bleek dit wat betreft seksuele recidive alleen voor de groep pedoseksuele daders te gelden (Hazard Ratio = 4.77, 95% BI = 1.07 – 21.30,  $p < .05$ ) en niet voor verkrachters (Hazard Ratio = 1.71, 95% BI = .73 – 3.96, niet significant). Wat betreft de vermogensdelicten gold het juist alleen voor de verkrachters (Hazard Ratio = 5.79, 95% BI = 1.77 – 18.98,  $p < .01$ ) en niet voor de pedoseksuele daders (Hazard Ratio = 1.56, 95% BI = .42 – 5.79, niet significant). Overigens werd hierbij gecontroleerd of de Cox proportional hazard assumptie

<sup>3</sup> In sommige gevallen, met name bij vermogensdelicten, had een dader meerdere processen-verbaal die door de rechtbank samengevoegd werden en in totaal leidden tot één vonnis. In dergelijke gevallen werden alle processen-verbaal meegeteld.

<sup>4</sup> Dit wil zeggen dat gedurende de gehele follow-up periode de seksuele delinquenten die de behandeling in de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek niet hadden afgerond een 2,24 maal zo grote kans hadden op seksuele recidive dan de seksuele delinquenten die de behandeling wel hadden afgerond.

Tabel 4. Frequentie en ernst van recidive na vertrek uit de kliniek

	Totale groep recidivisten N = 78			Seksuele recidivisten N = 38		
	Gem.	SD	range	Gem.	SD	range
<i>Frequentie van recidive</i>						
Aantal processen verbaal	10.8	17.0	1- 79	10.6	14.7	1- 62
Aantal processen verbaal voor seksuele delicten				2.2	2.3	1- 13
<i>Ernst van recidive (vonnissen)</i>						
Aantal onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen	2.0	3.9	0- 21	2.0	2.9	0- 16
Totale duur onvoorwaardelijke vrijheidsstraffen in maanden	54.5	76.2	1-316	66.9	90.1	1-316
	Aantal (%)			Aantal (%)		
Onvoorwaardelijke vrijheidsstraf	48 (62%)			29 (76%)		
Onvoorwaardelijke vrijheidsstraf > 6 maanden	38 (49%)			23 (59%)		
Onvoorwaardelijke vrijheidsstraf > 1 jaar	32 (41%)			21 (55%)		
Tbs-maatregel	14 (18%)			12 (32%)		

gold (dit wil zeggen: of de Hazard ratio constant was gedurende de gehele follow-up periode), hetgeen positief beantwoord kon worden.

#### *Recidive tijdens de behandeling*

In Figuur 1 is te zien dat de survival curves niet bij 1.0 (100% survival) beginnen waaruit opgemaakt kan worden dat een gedeelte van de seksuele delinquenten reeds tijdens de behandeling in de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek een nieuw delict pleegde. Van de 89 recidivisten pleegde 11% een nieuw delict tijdens de behandeling, 31% tijdens de behandeling én na vertrek uit de kliniek en 88% na vertrek uit de kliniek. Met 'tijdens de behandeling' wordt bedoeld de gehele periode dat de patiënt onder de verantwoordelijkheid van de kliniek viel. Dit waren dus niet alleen intramuraal verblijvende patiënten, maar ook patiënten die op (proef)-verlof waren of buiten de kliniek woonden in het kader van een transmurale behandeling / resocialisatiefase. Veertien procent van de patiënten recidiveerde terwijl ze op proefverlof waren. Vijftig procent pleegde een seksueel delict, 7% een dodingsdelict, 50% een geweldsdelict en 25% een ander delict (bijvoorbeeld vermogensdelict, drugsdelict). In totaal werd 21% van de groep die tijdens de behandeling een delict pleegde opnieuw tot de tbs-maatregel veroordeeld en kreeg 46% een onvoorwaardelijke vrijheidsstraf opgelegd. De patiënten die tijdens de behandeling een seksueel delict pleegden werden vaker tot een onvoorwaardelijke vrijheidsstraf veroordeeld dan de patiënten die een niet-seksueel delict pleegden tijdens de behandeling (79% versus 14%,  $p < .001$ ). Ook werd de seksuele recidivisten tijdens behandeling vaker opnieuw de tbs-maatregel opgelegd dan de niet-seksuele recidivisten (36% versus 7%,  $p < .05$ ).

#### *Recidive na vertrek uit de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek*

##### *Snelheid van recidive*

De gemiddelde tijdsperiode tussen vertrek uit de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek en recidive was voor de gehele groep recidivisten 43.6 maanden (SD = 45.1, range = 1-249 maanden). Voor de delinquenten die recidiveerden met een seksueel delict was de gemiddelde duur tot seksuele recidive 46.8 maanden (SD = 42.6, range = 1-167 maanden), voor de niet-seksuele recidivisten was de gemiddelde duur tot recidive 40.0 maanden (SD = 47.8, range = 1-249).

##### *Frequentie en ernst van recidive*

In Tabel 4 zijn het aantal (seksuele) delicten na vertrek uit de kliniek, alsmede de ernst van recidive, zoals weerspiegeld in de strafrechtelijke afdoening, te lezen voor de gehele groep recidivisten en, meer specifiek, de groep die opnieuw een seksueel delict pleegde. Wanneer de seksuele recidivisten vergeleken werden met de recidivisten die niet opnieuw een seksueel delict pleegden blijkt dat de eerste groep vaker opnieuw de tbs-maatregel (31% versus 5%,  $p < .01$ ), een onvoorwaardelijke vrijheidsstraf (74% versus 49%,  $p < .05$ ) en een onvoorwaardelijke vrijheidsstraf van langer dan één jaar (54% versus 28%,  $p < .05$ ) opgelegd kreeg.

#### **Discussie**

In dit retrospectieve onderzoek werd in een groep behandelde seksuele delinquenten een hoge base rate van recidive gevonden, niet alleen van seksuele recidive, maar ook van gewelddadige en algemene recidive. Bovendien werden duidelijke verschillen in base rates per subgroep seksuele delinquenten aangetoond: pedoseksuele daders, met name degenen met jongens buiten het gezin als slachtoffer, recidiveerden significant



vaker dan verkrachters. Ook pedoseksuele daders die de behandeling niet hadden afgerond vormden een groep met hoge seksuele recidivepercentages. De bevindingen worden hieronder nader besproken en vergeleken met eerder onderzoek.

Ten eerste corresponderen de hoge base rates van recidive die wij hebben gevonden niet met de gunstiger recidivecijfers die in de eerdere WODC onderzoeken naar recidive bij ex-tbs-ers worden gepresenteerd. De belangrijkste oorzaak voor dit verschil is dat in de WODC onderzoeken de ex-tbs-ers als één groep worden beschouwd en de gegevens niet worden gespecificeerd naar dadertypen. Dit is opmerkelijk aangezien bekend is dat de tbs-populatie bijzonder heterogeen van samenstelling is. Onderzoek heeft aangetoond dat er dadertypen zijn die ook zonder behandeling, een lage base rate van recidive hebben, bijvoorbeeld incestplegers en partnerdoders (Van Beek, 1999; De Boer, 1990). Deze subgroepen tbs-ers geven dus als het ware een vertekening in het totale percentage recidivisten. Door de ex-tbs-ers als één homogene groep te benaderen wordt geen recht gedaan aan de grote heterogeniteit van de tbs-populatie en is het voor de gehele groep gerapporteerde recidivecijfer misleidend: te laag voor risicovolle subgroepen, zoals pedoseksuele daders met jongens buiten het gezin als slachtoffer en te hoog voor bovengenoemde dadertypen met een lage base rate van recidive. Een misleidend beeld van recidive door ex-tbs-ers ontstaat ons inziens ook doordat in de WODC rapportages sterk de nadruk wordt gelegd op 'ernstige recidive' en beleidsmakers geneigd zijn alleen deze cijfers over te nemen (Ministerie van Justitie, 1996, 1998). Hierbij wordt echter nauwelijks aandacht besteed aan het feit dat ex-tbs-ers vaak relatief veel 'minder ernstige'<sup>5</sup> delicten plegen, die inzicht geven in recidivepatronen, mogelijke aanpassingsproblemen van ex-tbs-ers in de maatschappij en die wellicht een voorbode zijn voor 'ernstige recidive'. In het huidige onderzoek hebben we geen onderscheid gemaakt naar ernstig / niet ernstig, maar naar de verschillende delicttypen en vervolgens de ernst beschreven aan de hand van de strafrechtelijke afdoening. Een grens trekken tussen ernstige en niet-ernstige recidive is ons inziens niet te rechtvaardigen (ook niet naar slachtoffers) en doet wederom afbreuk aan de grote mate van differentiatie binnen de tbs-populatie.

Wanneer de base rates uit ons onderzoek vergeleken worden met buitenlandse onderzoeken naar recidi-

ve door seksuele delinquenten waarbij een lange follow-up periode werd gehanteerd en gebruik werd gemaakt van survival analyse vinden we overeenkomstige resultaten (Prentky et al., 1997). De bevinding uit het huidige onderzoek dat seksuele delinquenten niet alleen recidiveren met een seksueel delict, maar dat ze ook andere soorten (gewelds) delicten plegen komt overeen met resultaten uit buitenlands onderzoek (zie voor een bespreking hiervan Simon, 2000). Dit betekent dat wanneer een deskundige het recidiverisico van een seksueel delinquent inschat de mogelijkheid van een niet-seksueel geweldsdelict eigenlijk altijd overwogen dient te worden.

Ten tweede is aangetoond dat er niet één algemeen geldende base rate voor seksuele recidive bij seksuele delinquenten vast te stellen is, maar dat de base rate sterk verschilt per dadertype of wijze waarop de behandeling is beëindigd. De bevinding dat pedoseksuele daders met jongens buiten het gezin als slachtoffer het hoogste recidivepercentage laten zien werd eerder gedaan (Hanson et al., 1993; Prentky et al., 1997; Quinsey et al., 1995). In het huidige onderzoek werd in tegenstelling tot eerdere onderzoeken (bijvoorbeeld Hanson et al., 1993) geen verschil gevonden tussen verkrachters en pedoseksuele daders in de snelheid van recidiveren. De groep pedoseksuele daders was echter kleiner dan de groep verkrachters hetgeen statistische vergelijking bemoeilijkte. Het feit dat de meerderheid van de seksuele delinquenten uit dit onderzoek de behandeling in de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek niet heeft afgerond is een zorgwekkende bevinding. Zeker gezien het feit dat de pedoseksuele daders uit deze groep bijna vijfmaal zo vaak recidiveerden met een seksueel delict dan pedoseksuele daders die de behandeling hadden afgerond. Dat het niet afmaken van de behandeling een risicofactor is voor seksuele recidive werd eerder gevonden in de meta-analyse van Hanson en Bussière (1998) en in de WODC onderzoeken (Leuw, 1999). Verder dient opgemerkt te worden dat de base rates waarschijnlijk niet alleen verschillen per subgroep zoals ingedeeld in het huidige onderzoek, maar er zijn verschillende andere classificaties te beargumenteren, bijvoorbeeld naar motief voor het delict, deviante seksuele voorkeur, of mate van psychopathie, zoals gemeten met de Psychopathie Checklist-Revised (PCL-R; Hare, 1991; Nederlandse bewerking: Vertommen, Verheul, De Ruiter & Hildebrand, 2002; Van Beek, 1999; Van den Eshof, 1998). Zo vonden Hildebrand, de Ruiter en de Vogel (ter publicatie aangeboden) in de groep verkrachters uit de huidige steekproef dat de combinatie psychopathie (PCL-R score = 26) en deviante seksuele voorkeur gerelateerd was aan zeer hoge seksuele recidivecijfers (71%,

<sup>5</sup> Ernstige recidive wordt gedefinieerd als een (seksueel) geweldsdelict waarvoor de delinquent tot een gevangenisstraf van zes maanden of langer is veroordeeld.



survival analyse: 75%). Tot slot werd in het huidige onderzoek gevonden dat de periode waarin de seksuele delinquenten recideerden met een seksueel delict lang is (tussen 1 en 167 maanden), hetgeen de relevantie van een lange follow-up periode en gebruik van survivalanalyses onderstreept.

Er is een aantal beperkingen aan dit onderzoek te noemen. Ten eerste is de onderzochte steekproef een selecte groep met veelal ernstige problematiek afkomstig uit slechts één tbs-instelling. Deze seksuele delinquenten zijn, hoewel representatief voor de tbs-populatie (Van Emmerik & Brouwers, 2001), waarschijnlijk niet representatief voor seksuele delinquenten in het algemeen. Een tweede beperking is dat de verdeling verkrachters en pedoseksuele daders niet gelijk was, hetgeen vergelijking tussen deze groepen bemoeilijkt. Ten derde waren de recidivegegevens alleen afkomstig van officiële bronnen, namelijk van het Justitieel Documentatieregister van het Ministerie van Justitie, hetgeen betekent dat er sprake is van een onderschatting van het werkelijke recidivepercentage (Groth et al., 1982; Weinrott & Saylor, 1991). Bovendien kunnen de gegevens van het Justitieel Documentatieregister niet als volledig betrouwbaar worden aangemerkt voor onderzoeken met een lange follow-up periode, aangezien delicten van 20 jaar of langer geleden opgeschoond worden en in dit register niet meer terug te vinden zijn (Wetboek van Strafvordering, Wet op de Justitiële Documentatie, art. 7).

Tenslotte willen wij enkele aanbevelingen doen voor toekomstig recidive-onderzoek bij (seksuele) delinquenten en voor de praktijk van het inschatten van recidiverisico. Recidive-onderzoek zal zich moeten richten op grotere en meer gedifferentieerde groepen (seksuele) delinquenten, dus ook in het (jeugd)gevangeniswezen en de ambulante forensische hulpverlening. Een zo lang mogelijke follow-up periode is aanbevelenswaardig. Onontbeerlijk is een nauwkeurige beschrijving van de steekproef, methode van onderzoek, toegepaste statistische analyses (bij voorkeur survival analyse) en definitie van recidive. Idealiter is recidive gebaseerd op verschillende betrouwbare bronnen, maar in ieder geval op officiële gegevens. Gegevens voor zowel seksuele, niet-seksueel geweldadige als algemene recidive dienen gerapporteerd te worden, waarbij onderscheid gemaakt wordt naar subgroepen (seksuele) delinquenten. Ook dient duidelijk te zijn of en zo ja welke behandelingsmethode de onderzoeksgroep heeft ondergaan, wat de duur van de behandeling was en de soort instelling waar de behandeling plaatsvond. Andere belangrijke punten zijn dat de onderzoekers rekening houden met patiënten die de behandeling niet hebben afgerond en of er een selectie voor deelname

aan de behandeling bestond. Wanneer deze punten niet in overweging worden genomen zou dat kunnen betekenen dat er sprake is van een selecte groep van gemotiveerde patiënten waarvoor kans op succes groter is dan voor ongemotiveerde patiënten.

Ondanks het feit dat in dit artikel niet specifiek is ingegaan op behandelingsevaluatie-onderzoek, willen wij hier een kanttekening plaatsen bij recidive als maat voor behandelingseffect. In de WODC onderzoeken wordt er van uitgegaan dat recidive de 'ultieme maat' is om succes van tbs te meten (Leuw, 1999; p. 13). Recidivecijfers alleen geven ons inziens echter onvoldoende informatie over de effectiviteit van behandeling. De relatie tussen behandelingseffect en recidive is vooralsnog niet empirisch aangetoond. Evaluatie-onderzoek waarin onderzocht wordt of het effect van de geboden behandeling een relatie vertoont met (reductie van) recidive is noodzakelijk (zie verder de Ruiter, 2000).

Wat betreft de huidige praktijk van het inschatten van recidive-risico wordt het gebruik van gestandaardiseerde risicotaxatie-instrumenten aanbevolen om tot een nauwkeurige en accurate risicotaxatie voorafgaand aan een (proef)verlof te komen, met als doel recidive voorkomen alsmede het bepalen van de gewenste (vervolg)behandeling en het beveiligingsniveau. Een gedegen kennis van risicofactoren voor (seksueel) geweldadig gedrag én van recidivepatronen van subgroepen tbs-ers is hierbij essentieel. De door klinici geschreven verlengingsadviezen aan de rechtbank kunnen door het gebruik van gestandaardiseerde risicotaxatie-instrumenten verbeterd en geobjectiverd worden. Rechters zijn bij het bepalen tot verlenging of beëindiging van de tbs-maatregel in grote mate afhankelijk van de kwaliteit van deze verlengingsadviezen. De bevinding dat het niet afmaken van de behandeling – in ieder geval bij pedoseksuele daders – leidt tot een hogere seksuele recidive is een signaal naar de rechterlijke macht wat betreft de problematische aspecten van de contraire beëindiging, maar ook naar klinieken om hun verlengingsadviezen beter te onderbouwen.

#### Literatuur

- Andrews, D.A., Bonta, J., & Hoge, R.D. (1990). Classification for effective rehabilitation. *Rediscovering psychology. Criminal Justice and Behavior*, 17, 19-52.
- Alexander, M.A. (1999). Sexual offender treatment efficacy revisited. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 11, 101-116.
- Beek, D.J. van (1999). *De delictscenarioprocedure bij seksueel agressieve delinquenten*. Academisch proefschrift Universiteit van Amsterdam. Deventer: Gouda Quint.
- Beek, D.J. van, Doncker, D. de, & Ruiter, C. de (2001). *Static-99. Inschatten van het risico van seksueel geweld*

- dige recidive bij volwassen seksuele delinquenten. Utrecht: Forum Educatief.
- Boer, A.P. de (1990). *Partnerdoding: Een empirisch forensisch-psychiatrisch onderzoek*. Arnhem: Gouda Quint.
- Boer, D.P., Hart, S.D., Kropp, P.R., & Webster, C.D. (1997). *Manual for the Sexual Violence Risk-20. Professional guidelines for assessing risk of sexual violence*. Vancouver, British Columbia: Institute against Family Violence.
- Borum, R. (1996). Improving the clinical practice of violence risk assessment: Technology, guidelines and training. *American Psychologist*, 51, 945-956.
- Dankers, J., & Linden, J. van der (1995). *Van regenten en patiënten: De geschiedenis van de Willem Arntsz Stichting: Huis en Hoeve, Van der Hoeven Kliniek en Dennendal*. Amsterdam: Boom.
- Doren, D.M. (1998). Recidivism base rates, predictions of sex offender recidivism, and the 'sexual predator' commitment laws. *Behavioral Sciences and the Law*, 16, 97-114.
- Emmerik, J.L. van (1985). *TBR en recidive*. Den Haag: Staatsuitgeverij.
- Emmerik, J.L. van (1989). *Tbs en recidive. Een vervolgstudie naar de recidive van ter beschikking gestelden van wie de maatregel is beëindigd in de periode 1979-1983*. Arnhem: Gouda Quint.
- Emmerik, J.L. van, & Brouwers, M. (1989). Ter beschikking gestelde seksuele Delinquenten. I: Enkele kwantitatieve gegevens over hun delictgedrag. *Tijdschrift voor Criminologie*, 31, 215-228.
- Eshof, P. van den (1998). Zedendelinquenten. Verscheidenheid van daders en recidivepatronen. *Justitiële Verkenningen*, 24, 97-110.
- Furby, L., Weinrott, M.R., & Blackshaw, L. (1989). Sex offender recidivism: A review. *Psychological Bulletin*, 105, 3-30.
- Greenberg, D.M. (1998). Sexual recidivism in sex offenders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 459-465.
- Groth, A.N., Longo, R.E., & McFadin, J.B. (1982). Undetected recidivism among rapists and child molesters. *Crime and Delinquency*, 28, 450-458.
- Hall, G.C.N. (1995). 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 (User report No. 1999-02)*. Ottawa: Department of the Solicitor General of Canada.
- Hanson, R.K., Steffy, R.A., & Gauthier, R. (1993). Long-term recidivism of child molesters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 646-652.
- Hanson, R.K., Scott, H., & Steffy, R.A. (1995). A comparison of child molesters and nonsexual criminals: Risk predictors and long-term recidivism. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 32, 325-337.
- Hare, R.D. (1991). *Manual for the Hare Psychopathy Checklist-Revised*. Toronto, Ontario: Multi-Health Systems.
- Hildebrand, M., Ruiter, C. de, & Beek, D. van (2001). *SVR-20. Richtlijnen voor het beoordelen van het risico van seksueel gewelddadig gedrag*. Utrecht: Dr. Henri van der Hoeven Stichting.
- Hildebrand, M., Ruiter, C. de, & Vogel, V. de (ter publicatie aangeboden). *Psychopathy and sexual deviance in treated rapists: Association with (sexual) recidivism*.
- Laws, D.R., Hudson, S.M., & Ward, T. (2000). *Remaking relapse prevention: A sourcebook*. Londen: Sage Publications.
- Leuw, E. (1995). *Recidive na ontslag uit TBS*. Arnhem: Gouda Quint.
- Leuw, E. (1999). *Recidive na de TBS*. Den Haag: WODC.
- Ministerie van Justitie (1996). *Doelmatig behandelen. Interdepartementaal beleidsonderzoek financieringsstelsel van forensisch psychiatrische hulpverlening*. 's-Gravenhage: Ministerie van Justitie.
- Ministerie van Justitie (1998). *Over stromen: In-, door- en uitstroom bij de TBS*. Interdepartementaal Beleids-onderzoek. 's-Gravenhage: Ministerie van Justitie.
- Prentky, R.A., Lee, A.F.S., Knight, R.A., & Cerce, D. (1997). Recidivism rates among child molesters and rapists: A methodological analysis. *Law and Human Behavior*, 21, 635-658.
- Quinsey, V.L., Lalumière, M.L., Rice, M.E., & Harris, G.T. (1995). Predicting sexual offenses. In J.C. Campbell (Ed.), *Assessing dangerousness: Violence by sexual offenders, batterers, and child abusers* (pp. 114-137). Thousand Oaks, CA: Sage.
- 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). *Voor verbetering vatbaar*. Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar Forensische psychologie aan de Universiteit van Amsterdam. Amsterdam: Vossiuspers AUP.
- Ruiter, C. de (2002). De terbeschikkingstelling. In P.J. van Koppen, D.J. Hessing, H.L.G.J. Merckelbach, & H.F.M. Crombag (Red.), *Het recht van binnen: Psychologie van het recht* (pp. 991-1001). Dordrecht: Kluwer.
- Ruiter, C. de, & Hildebrand, M. (2000). Recidiverisico bij seksuele delinquenten: De rol van psychopathie. *Tijdschrift voor Criminologie*, 42, 214-231.
- Schmidt, P., & Wytte, A.D. (1988). *Predicting recidivism using survival models*. New York: Springer.
- Simon, L.M.J. (2000). An examination of the assumptions of specialization, mental disorder, and dangerousness in sex offenders. *Behavioral Sciences and the Law*, 18, 275-308.
- Vertommen, H., Verheul, R., Ruiter, C. de, & Hildebrand, M. (2002). *De herziene versie van Hare's Psychopathie Checklist*. Lisse: Swets Test Publishers.
- 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*.  
 Wartna, B. (1999). Recidive-onderzoek in Nederland. *Tijdschrift voor Criminologie*, 41, 40-56.
- Wartna, B. (2000). Recidive-onderzoek en survival analyse. Over het meten van de duur van de misdrijfvrjvrij periode. *Tijdschrift voor Criminologie*, 42, 2-20.
- Weinrott, M.R. & Saylor, M. (1991). Self report of crimes committed by sex offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 5, 283-300.
- Werff, C. van der (1986). *Recidive van in 1977 wegens misdrijf veroordeelden en niet-vervolgden*. Den Haag: Staatsuitgeverij.
- Wijk, A.P.H. van, & Ferwerda, H. (2000). Criminaliteitsprofielen van zedendelinquenten. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 55, 1131-1145.

## Gesignaleerd ...in de internationale vakliteratuur

### *Vaarwel vaginisme?*

Vaginisme wordt in de DSM IV-TR omschreven als 'steeds terugkerend of aanhoudend onwillekeurige spasme van de spieren van het buitenste derde deel van de vagina bij pogingen tot vaginale penetratie'. Is er echter wel sprake van verkramping van de bekkenbodemspieren wanneer we de diagnose vaginisme stellen? Wat is de waarde van vaginale verkramping als diagnostisch criterium voor vaginisme? Dat, en de rol van pijn, waren de vragen die Reissing et al. aanzette tot een uitgebreid en degelijk empirisch onderzoek.

In het onderzoek werden 29 vrouwen met de diagnose primair vaginisme vergeleken met 29 vrouwen met dyspareunie en 29 vrouwen zonder seksueel pijnsyndroom. De vrouwen ondergingen een fysiotherapeutisch bekkenbodem-onderzoek en een gynaecologische onderzoek. Zowel de fysiotherapeuten als de gynaecologen waren niet op de hoogte van de vooraf, middels een klinisch interview, gestelde diagnose. Tijdens de onderzoeken werden behalve verkramping van de bekkenbodem ook ervaren pijn, en defensieve reacties gemeten. Daarnaast werden er verschillende pijn vragenlijsten afgenomen, en werd alle deelnemers gevraagd een EMG meting te ondergaan.

De vaginistische vrouwen vertoonden volgens de gynaecologen vaker spasme van de bekkenbodemspieren dan de andere vrouwen, echter, spasme trad bij minder dan een derde van deze vrouwen op. De fysiotherapeuten daarentegen constateerden het optreden van spasme bij een meer-

### Abstract

#### Prediction of recidivism in treated sex offenders

In this retrospective study, recidivism in 121 sex offenders who were admitted to a Dutch forensic psychiatric hospital between 1974 and 1996 (average follow-up period 140 months) was examined. Recidivism data (reconvictions) were obtained from the Ministry of Justice. The base rate for sexual recidivism was 39%, for non-sexual violent offenses 46%, and for general offenses 74%. Child molesters (particularly with male victims) reoffended significantly more with sex offenses than rapists. It was concluded that subgroups can be identified with an increased risk of sexual recidivism for which treatment according to recent insights does not work.

derheid van zowel de vaginistische vrouwen als de vrouwen met pijn, en bij de helft van de gezonde vrouwen. Wat betreft de spiertonus en spierkracht werd bij de lichamelijke onderzoeken, en bij de EMG meting (waaraan bijna de helft van de vaginistische vrouwen niet mee wilde doen), een hogere tonus en minder kracht geconstateerd bij de vaginisten ten opzichte van de vrouwen met pijn. Deze laatste groep week in dezelfde richting significant af van de controlegroep.

De gegevens van de pijnvragenlijsten, en de pijnrapportage tijdens het lichamenlijk onderzoek (waaronder de touchtest) lieten geen significante verschillen zien tussen vrouwen met vaginisme en vrouwen met pijn. Wel scoorden de vrouwen met vaginisme hoger op angst voor penetratie en vertoonden ze meer defensieve reacties gedurende het lichamenlijk onderzoek.

De onderzoeksgroep concludeert dat vaginale verkramping geen valide criterium is voor de diagnose vaginisme; verkramping trad tenslotte bij het gynaecologisch onderzoek op bij een minderheid van de vaginisten, en bij het fysiotherapeutisch onderzoek verschilden deze groep en de vrouwen met pijn qua verkramping niet significant. Daarnaast wijzen de onderzoeksgegevens op de noodzaak om pijn, angst voor pijn, bekkenbodemdisfunctie, en vermijding te includeren als belangrijke aspecten van vaginistisch reageren. Met name op grond van de hoge angst en vermijding opperen Reissing et al. dat vaginisme wellicht beschouwd kan worden als een specifieke fobie. Met andere woorden: farewell to vaginismus?

Ellen de Groot, psycholoog  
Stephanie Both, psycholoog

Reissing, E., Binik, Y.M., Khalife, S., Cohen, & Amsel, R. (2004). Vaginal spasm, pain and behavior: An empirical investigation of the diagnosis of vaginismus. *Archives of Sexual Behavior*, 33, 5-17.