

# Recidive van jeugdige zedendelinquenten: Poliklinisch behandelden versus niet-behandelnden

Jan Hendriks, Catrien Bijleveld

De Waag, 's-Gravenhage; Nederlands Studiecentrum Criminaliteit en Rechtshandhaving, Leiden; Vrije Universiteit, Amsterdam

## Samenvatting

Recidive van jeugdige zedendelinquenten is onderzocht voor 325 mannelijke jeugdige zedendelinquenten, van wie 106 jongens poliklinische behandeling hadden ondergaan. Gemiddeld waren jongeren tussen de 1,5 en 2 jaar behandeld gedurende één therapiesessie per week. Recidive van deze groep werd vergeleken met die van niet delictspecifiek behandelde jeugdige zedendelinquenten.

De kortste exposure-periode voor de totale groep bedroeg 9 maanden en de langste periode 18 jaar. De mediane exposure-periode was 6,5 jaar. Van de totale groep jongens recidiveerde 8% binnen de follow-up periode naar een zedendelict, 20% naar een geweldsdelict en 56% naar enig delict. Voor zedenrecidive bleek dat degenen bij wie de behandeling positief was verlopen significant minder recidiveerden dan niet behandelde daders of daders bij wie de behandeling negatief verlopen was. Telkens bleken afzonderlijke clusters van variabelen voor respectievelijk solistisch opererende kind- en leeftijdgenootmisbruikers samen te hangen met zedenrecidive. De recidivepercentages voor de door ons onderscheiden groepen, namelijk de groepsdaders en de solistische kind- en leeftijdgenootmisbruikers verschilden niet significant.

In vergelijking met niet delictspecifiek behandelde jeugdige zedendelinquenten recidiveerden zedendelinquenten van wie de behandeling positief was verlopen ook significant minder naar algemene delicten en geweldsdelicten.

Onderzoek naar recidive van jeugdige zedendelinquenten is relatief schaars (Caldwell, 2002; Worling, 2001; Worling & Långström, 2003; Hendriks & Bijleveld, 2005). Dit ondanks het feit dat het volgens Becker en Johnson (2001) waarschijnlijk is dat 20 tot 30% van de verkrachtingen en 30 tot 50% van het seksueel misbruik tegen jonge kinderen wordt gepleegd door adolescenten. Een probleem bij de tot nu verrichte recidiveonderzoeken is de samenstelling van de steekproeven, bijvoorbeeld de verhouding behandelde versus niet behandelde daders. Daarnaast vormt het niet rekening houden met de diversiteit van daders binnen een steekproef, bijvoorbeeld

beeld kindmisbruikers en leeftijdgenootmisbruikers, of groepsdaders (zie Hendriks & Bijleveld, 1999; Hendriks *et al.*, 2002) een probleem. Verdere beperkingen worden veroorzaakt door de vaak kleine steekproeven, de korte follow-up tijd en de verschillende criteria die worden gebruikt om recidive te bepalen, bijvoorbeeld een nieuwe arrestatie of een nieuwe veroordeling, of zelfrapportage. Het gebrek aan controlegroepen is een andere beperking.

Recidiveonderzoek naar jeugdige zedendelinquenten laat zien dat recidivepercentages voor seksuele delicten over het algemeen laag zijn (Righthand & Welch, 2001; Caldwell, 2002; Edwards & Beech, 2004). Diverse auteurs geven aan dat de kans op niet-seksuele recidive voor jeugdige zedendelinquenten (veel) groter is (Smith & Monastersky, 1986; Schram *et al.*, 1991; Kahn & Chambers, 1991; Miner & Crimmins, 1997; Rasmussen, 1999; Weinrott, 1996; Hendriks & Bijleveld, 2005). Het is met andere woorden waarschijnlijk dat de meeste jeugdige zedendelinquenten generalist zijn, dat wil zeggen dat zij verscheidene delicten plegen, in plaats van specialist, dat wil zeggen dat zij alleen maar zedendelicten plegen.

Recidive na behandeling is weinig onderzocht. Schram

Drs. J. Hendriks, GZ-psycholoog, hoofd Afdeling Jeugd, De Waag, 's-Gravenhage. Casuariestraat 3, 2511 VB Den Haag. T: 070-3115890; F: 070-3115899; E: hendj@worldonline.nl

Prof. Dr. Mr. C.C.J.H. Bijleveld, methodoloog, jurist; Nederlands Studiecentrum Criminaliteit en Rechtshandhaving (NSCR), Postbus 792, 2300 AT Leiden.

De auteurs danken de stichting Pro Musis voor financiële ondersteuning, en Sanne Hissel, Adem Sahin, Daphne Looije, Cindy de Ruiters, Menno Ezinga en Marika Muizer voor hun bijdrage in de dataverzameling.

Ontvangen: 20 september 2005; Geaccepteerd: 7 november 2005

*et al.* (1991) beschreven de resultaten van verschillende behandelprogramma's. Van de 197 adolescenten die zij gevolgd hadden, bleek dat na maximaal 7 jaar 12% van de jongeren opnieuw was gearresteerd vanwege een seksueel delict en 51% vanwege andere typen delicten. Hagan *et al.* (1994) rapporteerden over 50 jongeren die residentiële behandeling hadden ondergaan in verband met een zedendelict tegen een leeftijdgenoot of een ouder iemand. Twee jaar na ontslag was 10% gerecidiveerd naar een seksueel delict en bijna 60% naar andere delicten. Miner en Crimmins (1997) volgden 96 jeugdige zedendelinquenten die een ambulant behandelprogramma hadden gevolgd. Na 19 maanden was 8,3% van deze groep opnieuw vanwege een seksueel delict gearresteerd en 38% voor andere delicten. Hendriks en Bijleveld (2005) rapporteerden over recidive van jeugdige zedendelinquenten na residentiële behandeling. Het betrof 114 jongeren, die gemiddeld bijna 7 jaar na ontslag gevolgd waren. Van deze groep recidiveerde 10% opnieuw naar een zedendelict en 60% naar 'enig' delict; alle zedenrecidivisten waren kindmisbruikers.

### Behandeling

Het primaire doel van behandeling van jeugdige zedendelinquenten is, aldus Becker en Hunter (1997), het voorkomen van seksuele recidive, het tegengaan van de ontwikkeling van verdere seksuele problemen en het aangaan van leeftijdsadequate relaties. Het ontwikkelen van controle over het eigen gedrag en het nemen van verantwoordelijkheid zijn andere, vaak genoemde, doelstellingen.

Becker en Hunter geven voorts aan dat een meer holistische benadering in de behandeling van jeugdige zedendelinquenten effectiever is dan een exclusief op het seksueel misbruik gerichte behandeling. In het verlengde hiervan merken Becker en Johnson (2001) op dat in het algemeen een multi-modaal behandelprogramma geïndiceerd is, waarbij gebruik gemaakt wordt van cognitief gedragstherapeutische technieken. Ook Lösel en Schmucker (2005) komen in hun meta-analyse over de effectiviteit van behandelprogramma's ( $N = 22.181$ ) tot de conclusie dat cognitief-gedragstherapeutische programma's de meest robuuste effecten laten zien.

Behandeling is bij voorkeur gestructureerd en omvat diverse componenten, ook wel modules genoemd. Behandelmodules zijn onder meer beschreven door Becker en Kaplan (1993), Pithers *et al.* (1995), Becker en Hunter (1997) en Righthand en Welch (2001).

Gray en Pithers (1993) beschreven een terugvalpreventiemodel voor seksueel agressieve jongeren. Dit model is gebaseerd op de premisse dat de anteceden-

ten van seksueel misbruik geïdentificeerd kunnen worden en dat de jongere maatregelen kan treffen om te zorgen dat hij niet in een hoogrisicosituatie belandt. Als dit toch gebeurt, dient hij zich aan die situatie te kunnen onttrekken. In verband met het voorafgaande moet er tijdens de behandeling aandacht zijn voor zelfcontroletechnieken, waardoor de jongere zelf leert om het ontstaan van hoogrisicosituaties te vermijden. Tevens dient er externe controle te zijn, in de vorm van supervisie en ondersteuning van de jongere door de ouders/verzorgers. Impulscontroletechnieken zijn van belang voor ouders bij wie controle over hun seksuele drang te kort schiet. Daarnaast is het verbeteren van agressieregulatie noodzakelijk voor degenen bij wie bij seksualiteit gekoppeld is aan agressie. Het herkennen van stimuli, bijvoorbeeld personen of gebeurtenissen die hebben bijgedragen tot het seksueel misbruik, en het adequaat omgaan hiermee zijn risicobeperkende strategieën.

Het onderwerp seksualiteit komt tijdens behandeling op diverse wijzen aan bod. Voor een deel is er sprake van seksuele (her)opvoeding, die moet bijdragen tot feitelijke kennis van seksualiteit en relaties. Deze kennis dient te leiden tot een leeftijdsadequate omgang met seksualiteit, seksualiteit met wederzijdse instemming en verantwoordelijkheid op seksueel vlak. De rol van deviante fantasieën, bijvoorbeeld over jonge kinderen of over gedwongen seks, waarvan bij veel ouders sprake is, verdient eveneens aandacht.

Empathietraining is voorts een standaardonderdeel van de behandeling van jeugdige ouders van seksueel misbruik. De jongere dient in te zien wat de gevolgen (kunnen) zijn voor slachtoffers van het misbruik dat hij gepleegd heeft. Tot slot wordt het vergroten van sociale vaardigheden als belangrijk gezien, omdat veel jeugdige ouders in sociaal-emotioneel opzicht niet adequaat functioneren.

De genoemde modules kunnen zowel in een individuele als een groepsbehandeling toegepast worden. Diverse auteurs (zie: Becker & Johnson, 2001) hebben echter een voorkeur voor groepstherapie, omdat deze de mogelijkheid biedt om jongeren met elkaars verschillende denkwijzen te confronteren en te leren van elkaar. Gezinstherapie en/of ouderondersteuning wordt voorts beschouwd als een belangrijke aspect van behandeling. Ouderlijke ondersteuning, in de vorm van enerzijds beperkingen opleggen aan het gedrag van de jeugdige zedendelinquent en anderzijds de jongere te stimuleren in een ook voor hem heel moeilijke periode, kan in positieve zin bijdragen aan het succes van de behandeling.

In sommige gevallen is farmacologische ondersteuning van de behandeling geïndiceerd, bijvoorbeeld bij

jongeren die dusdanig obsessief met seksualiteit bezig zijn, dat zij niet in staat zijn om zelfcontroletechnieken uit te voeren. Vanzelfsprekend is op dit vlak terughoudendheid en goede medische diagnostiek vereist vanwege de mogelijke schadelijke bijwerkingen.

## Methode

### Vraagstelling

Dit onderzoek beoogt kennis te genereren over de recidivepatronen van diverse subgroepen jeugdige zedendelinquenten (te weten solistisch te werk gaande kind- en leeftijdgenootmisbruikers en groepsdaders) en de relatie tussen behandeling en recidive.

De vraagstelling in dit onderzoek is vierledig:

- a. In welke mate recidiveren jeugdige zedendelinquenten na ambulante behandeling, in termen van soorten delicten en snelheid van recidiveren, in vergelijking tot jeugdige zedendelinquenten die geen (delictspecifieke) behandeling hebben ondergaan? Wat zijn de verschillen tussen degenen die de behandeling wel of niet positief afgerond hebben?
- b. Wat zijn de eventuele verschillen in recidive voor groepsdaders, solo-kindmisbruikers, solo-leeftijdgenootmisbruikers?
- c. Wat is de relatie tussen recidive en persoon(lijk)heidskenmerken, achtergrondkenmerken, delictkenmerken en kenmerken van de eerdere criminele carrière?
- d. Zijn deze relaties differentieel voor verschillende soorten daders?

### Onderzoeksgroep

De onderzoeksgroep bestond oorspronkelijk uit 346 jeugdige zedendelinquenten, die tussen 1988 en 2003 vrijwel allen een persoonlijkheidsonderzoek hadden ondergaan in verband met minstens één hands-on zedendelict (contactdelict). In 21 gevallen bleek de jongere niet veroordeeld vanwege dit zedenfeit, in welk geval de jongere werd verwijderd uit de steekproef. Van vrijwel alle jongeren was ten tijde van de dataverzameling een persoonlijkheidsonderzoek voorhanden, dat in opdracht van de rechtbank of de officier van Justitie was verricht. Van deze 325 jongeren waren er 106 poliklinisch behandeld via De Waag te Den Haag, Amsterdam of Utrecht, of het voormalige ABJ (Ambulant Bureau Jeugdwelzijnzorg) te Leiden. Van de resterende 219 jeugdige zedendelinquenten is bekend dat zij geen residentiële behandeling (hebben) ondergaan in Justitiële Jeugdinrichting "Harreveld" te Harreveld. Aangezien de mogelijkheden voor delictspecifieke behandelingen, buiten De Waag en Harreveld, tot recentelijk beperkt waren, is het aannemelijk dat slechts een gering percentage van de overige jon-

geren ook een delictspecifieke behandeling heeft ondergaan.

Behandeling was veelal kort na de uitslag van het persoonlijkheidsonderzoek of na de uitspraak van de rechter gestart. In de meeste gevallen werd poliklinische behandeling als bijzondere voorwaarde bij vonnis opgelegd. De rechter was met andere woorden degene die uiteindelijk bepaalde hoe de recidivegevaarlijkheid van een dader moest worden ingeschat. Daarbij wogen de adviezen vanuit het persoonlijkheidsonderzoek zwaar. In geval van een als gering ingeschatte kans op recidive zal een rechter over het algemeen geen delictspecifieke behandeling hebben opgelegd. Wanneer het recidivegevaar als groot werd geschat, waren het ABJ en later De Waag of Harreveld voor de hand liggende instellingen om naar te verwijzen voor ambulante respectievelijk residentiële behandeling.

Daarnaast werden ook jongeren tegen wie geen aangifte was gedaan in een civielrechtelijk kader of in een vrijwillig kader behandeld. Een klein percentage (4,7%) van de daders was ten tijde van het misbruik nog geen 12 en kon daardoor sowieso niet strafrechtelijk vervolgd worden.

Van het onderzoek zijn vrouwelijke zedendelinquenten uitgesloten, aangezien wordt verondersteld dat de problematiek van vrouwelijke jeugdige zedendelinquenten van andere aard is (zie: Hendriks, 2003) en die specifieke groep zeer klein is.

### Variabelen: dossiers en justitiële documentatie

Om achtergrond-, persoonlijkheids-, omgevings-, criminele carrière, delict- en behandelkenmerken te bepalen, werden alle dossiers gescreend op relevante informatie. Deze dossiers bevatten doorgaans, naast Pro-Justitia rapportages, psychologische en psychiatrische onderzoeken. De Pro Justitia rapportages in het dossier waren vrijwel altijd door forensisch psychologen en psychiaters opgesteld. In de meeste gevallen waren ook een proces verbaal en rapportage van de Raad voor de Kinderbescherming aanwezig. Soms was er aanvullende rapportage vanuit een (gezins)voogdijvereniging. Behandelinformatie was veelal vernietigd, met uitzondering van acceptatie- en ontslagbrieven. Hoewel de inhoud van de dossiers varieerde, was een aantal basisgegevens (zoals in- en uitstroomdatum, type zedendelinquent, gezinsachtergrond, intelligentie) in vrijwel elk dossier voorhanden. De gegevens zijn omgezet in variabelen met behulp van een codeboek.

De persoonlijkheidsvariabelen neuroticisme, impulsiviteit en spanningsbehoefte en extraversie werden afgeleid uit de in de dossiers gebruikte standaardvragenlijsten, doorgaans gevalideerde zelfrapportage-instru-

menten. Met behulp van de desbetreffende handleidingen (zoals die van de ABV(K), ATL of NPV-J) zijn de scores gecategoriseerd in normwaarden. Intelligentiescores (veelal verkregen via de WISC- RN of de Raven) zijn ook conform de normwaarden omgezet in categorieën. Gewetensontwikkeling werd bepaald op basis van gegevens uit het dossier en de Pro Justitia rapportages: uit het dossier blijkt of de jongere spijt heeft van het ten laste gelegde feit en of de jongere zich kan inleven in het slachtoffer, op zowel cognitief als emotioneel vlak.

Aan de voormalige behandelaars van de jeugdige zedendelinquenten werd gevraagd het verloop van de behandeling te beoordelen op een 5-punts-schaal (van positief tot negatief). Tevens werd gevraagd de kans op zedenrecidive na behandeling te schatten op een 5-puntschaal (van zeer klein tot zeer groot). Deze inschattingen vonden op klinische wijze plaats, derhalve niet aan de hand van vooraf vastgestelde criteria. Zoveel mogelijk is getracht om telkens twee voormalige behandelaars te laten beoordelen, hetgeen in ruim de helft van de gevallen is gelukt. Als er twee oordelen waren, werden deze oordelen gemiddeld. Het overeen-stemmingspercentage was ruim 90%. In de overige gevallen zijn de inschattingen gedaan door één voormalige behandelaar. Een deel van de jeugdige zedendelinquenten die wij hier analyseren is vroeger (mede) door de eerste auteur ambulant behandeld. In een beperkt aantal gevallen ( $N = 9$ ) was alleen deze eerste auteur nog de beschikbare behandelaar die de behandeling kon evalueren.

In alle gevallen vond de beoordeling blind plaats, in die zin dat de beoordelaar geen informatie had over een latere inschrijving in de justitiële documentatie. Beoordelaars waren uiteraard wel op de hoogte van recidive tijdens behandeling en wellicht ook van recidive vlak na beëindiging van de behandeling. Door deze kennis kan met name de inschatting van de kans op recidive gekleurd zijn. De interpretatie van deze inschattingen dient dan ook met de nodige terughoudendheid plaats te vinden.

Tijdens het scoren van alle variabelen zijn recidivegegevens opgevraagd bij het Justitieel Documentatieregister van het Ministerie van Justitie in Almelo. Deze gegevens zijn ingevoerd en gekoppeld aan de dossiers en de behandelinformatie. Er worden drie categorieën recidive gecodeerd. De eerste betreft seksuele recidive, een nieuwe inschrijving voor een seksueel delict tijdens de follow-up periode, hetgeen wil zeggen dat het gaat om recidive naar een delict dat gerangschikt staat onder een van de artikelen 239 tot en met 250 in het Wetboek van Strafrecht. De tweede betreft geweldsrecidive, een nieuwe inschrijving voor een ge-

weldsdelict dat niet seksueel is tijdens de follow-up periode. Hierbij is de CBS-standaardclassificatie gehanteerd, dit wil zeggen dat het gaat om recidive naar een delict dat gerangschikt staat onder de artikelen 285 tot en met 309 (bedreiging, moord en doodslag, mishandeling en dood door schuld), en 312 en 317 (diefstal met geweld en afpersing) in het Wetboek van Strafrecht. De derde categorie betreft alle recidive, een nieuwe inschrijving voor ongeacht welk delict tijdens de follow-up periode. Vrijspraak en ontslag van rechtsvervolgning, technisch sepot, en sepot omdat iemand onterecht als verdachte was aangemerkt, werden niet als recidive aangemerkt. Zaken waar nog niet over was beslist, werden gekwalificeerd zoals zij bij het Openbaar Ministerie waren ingeschreven. Een en ander betekent dat wij bij de beslissing om een feit als recidive aan te merken, aansluiten bij de kwalificatie die de laatste instantie die daarover beslist had daaraan gaf.

Omdat in de justitiële documentatie pas sinds een aantal jaren pleegdata worden opgenomen, moest deze soms geschat worden om de snelheid van recidiveren te kunnen bepalen. Dit hebben wij gedaan door de pleegdatum een jaar voor de uiteindelijke uitspraak te laten vallen (zie ook: Hendriks & Bijleveld, 2005).

De follow-up periode voor het meten van de recidive begint op het moment waarop het persoonlijkheidsonderzoek heeft plaatsgevonden of, bij gebrek daaraan, de datum van aanvraag voor behandeling en eindigt op de datum waarop de gegevens vanuit het Justitieel Documentatie Register beschikbaar waren. Dit betekent dat de exposure-tijd per jongere verschilt. De minimale follow-up periode bedroeg 9 maanden en de maximale periode 18 jaar. De mediane follow-up periode was 6,5 jaar. Anders dan bij het eerder verrichte recidiveonderzoek van residentieel behandelenden op Harreveld (Hendriks & Bijleveld, 2005) is nu gekozen voor de startdatum van behandeling in plaats van de ontslagdatum om de termijn van recidive te bepalen. De reden hiervoor is dat poliklinisch behandelde jeugdigen vanaf de start van behandeling in staat moeten worden geacht te recidiveren. De mogelijkheden hier toe voor residentieel behandelde jeugdigen zullen (zeker in een gesloten setting) beperkter zijn.

### *Analyse*

Uit de dossiergegevens hebben wij in eerste instantie een aantal kenmerken van de jongeren geanalyseerd. Dit is gebeurd met eenvoudige frequentietellingen. Uit de justitiële documentatie hebben wij vervolgens bepaald hoeveel procent van de jongeren recidiveerde, en wat de snelheid was waarmee dit gebeurde. Deze recidive hebben wij met overlevingsduur-modellen be-

schreven. In overlevingsduuranalyse wordt het verloop van recidive beschreven, waarbij rekening gehouden wordt met voor verschillende respondenten wisselende observatieperioden. Overlevingsduuranalyse wordt daarmee algemeen gezien als de meest geschikte techniek voor de analyse van recidivegegevens.

Vervolgens hebben wij de recidive-informatie gekoppeld aan het bestand met achtergrond-, persoonlijkheids-, omgevings-, criminele carrière en delictkenmerken uit de dossiers. Na die koppeling is het mogelijk om te onderzoeken of recidive samenhangt met een of meer van deze kenmerken. Een dergelijke samenhang hebben wij zowel tamelijk gericht onderzocht, in die zin dat wij hebben gekeken of wij bepaalde bevindingen uit de literatuur konden repliceren, als ook vrij algemeen exploratief onderzocht.

## Resultaten

### *Kenmerken van achtergrond en gezin en de jongere*

De etnische samenstelling van de totale onderzoeksgroep (N = 325) was voor 62% Nederlands, 8% Antilliaans, 5% Turks, 5% Marokkaans, 5% Surinaams, 6% gemengd Nederlands-buitenlands en 8% overig. De gemiddelde leeftijd ten tijde van het delict was 14 jaar en 4 maanden. Bijna de helft (46%) bleek op laag-gemiddeld of zwakbegaafd intelligentieniveau te functioneren. Verreweg het grootste deel van de jongeren (91%) volgde onderwijs op VMBO-niveau of lager; in 33% van de gevallen werd speciaal onderwijs gevolgd. Van de jongeren is 39% regelmatig tot vaak gepest op school en 22% vertoonde zelf pestgedrag. Het contact met leeftijdgenoten bleek bij 67% matig tot slecht.

De jongeren waren in 55% van de gevallen bovengemiddeld neurotisch en 47% was bovengemiddeld impulsief. Extraversie was in 42% van de gevallen laag. Het zelfbeeld bleek bij 64% laag tot zeer laag.

Bij 6% was de diagnose pervasieve ontwikkelingsstoornis (autistische stoornis) gesteld, bij 8% ADHD, bij 5% leerstoornis en bij 10% gedragsstoornis. Alcohol- en drugsproblemen kwamen nauwelijks voor. Een parafilie (seksuele stoornis volgens DSM-IV) werd eveneens nauwelijks gediagnosticeerd. Soms werden dubbele diagnoses gesteld, waarbij ADHD en gedragsstoornis het vaakst gecombineerd voorkwamen.

Bijna tweederde van de jongeren (62%) kwam uit een volledig gezin. In 22% van de gevallen was er sprake van licht tot ernstig geweld binnen het gezin en in 10% van psychopathologie bij één van de ouders. Pedagogische en/of emotionele verwaarlozing bleek bij 20% voor te komen. Lichamelijke en/of geestelijke mishandeling kwam voor in 26% van de gevallen. Van eigen slachtofferschap van seksueel misbruik was

sprake bij 17% en van vermoedens hiervan bij 8%.

### *Kenmerken van het zedendelict*

In 54% van de gevallen was er sprake van verkrachting, in 34% van aanranding en in 13% van ontuchtige handelingen. Uitgesplitst naar de diverse subtypen daders werd 44% gekwalificeerd als (solo-)kindmisbruiker, 32% als (solo-)leeftijdgenootmisbruiker en 25% als groepspleger. Zes van de jongeren vielen in meerdere categorieën en konden derhalve niet ingedeeld worden. In 31% van de gevallen ontkende de jongere het delict of onderdelen daarvan.

### *Kenmerken van de behandeling*

Eind jaren tachtig van de vorige eeuw is het ABJ te Leiden gestart met de individuele poliklinische behandeling van jeugdige zedendelinquenten. In 2000 fuseerde de behandelafdeling van het ABJ met de forensische polikliniek De Waag. In 1991 is gestart met groepsbehandeling van jeugdige zedendelinquenten. Eerder is over deze behandeling gerapporteerd door Hendriks *et al.* (1998) en Hendriks en Van Roozendaal (2000). Voor de behandeling is gebruik gemaakt van een programma dat gestoeld is op cognitief gedragstherapeutische technieken. De behandeling vond op geprotocolleerde wijze plaats (Hendriks *et al.*, 2002). Tijdens de behandeling wordt onder meer aandacht besteed aan de cognitieve vervormingen (denkfouten) bij de dader, de nadelen van seksueel misbruik voor slachtoffer en dader, verbeteren van empathie, impulscontrole, signalen die vooraf gaan aan seksueel misbruik, gedragsalternatieven en sociale vaardigheden in het algemeen.

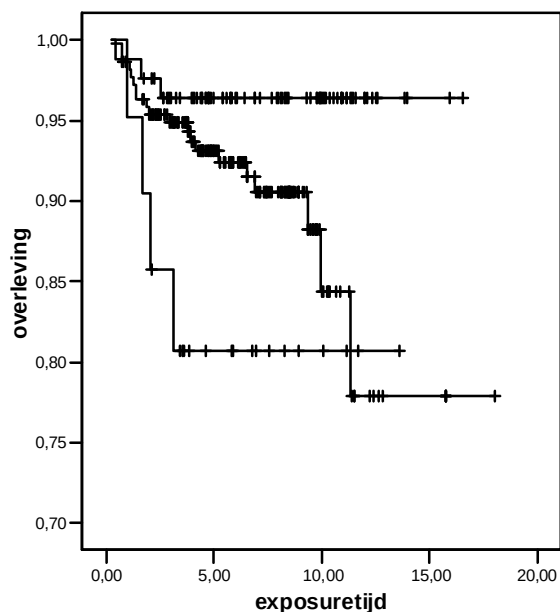
Het behandelprogramma van De Waag bleek veel overeenkomsten te vertonen met hetgeen Becker en Johnson (2001) vermelden over de inhoud van behandelprogramma's. Groepstherapie was daarbij de meest toegepaste modaliteit. De gemiddelde behandelduur voor jongeren was ongeveer 20 maanden (wekelijkse groepsbijeenkomsten van 5 kwartier). De behandel-aars waren in alle gevallen een man en een vrouw. Individuele behandelingen varieerden sterk in lengte, afhankelijk van het gepleegde delict en de persoonlijkheidsproblematiek van de daders.

Van de 106 poliklinisch behandelde jeugdige zedendelinquenten werd bij 80% het verloop van de behandeling als positief beoordeeld en bij 20% als negatief of neutraal. Het gegeven dat een jongere tijdens de behandeling recidiveerde, wil niet zeggen dat daardoor het behandelingsverloop als negatief werd beoordeeld door de voormalige behandelaar(s). In de helft van de gevallen werd het verloop, ondanks recidive, toch als positief beoordeeld. In het vervolg zullen wij spreken over positief versus niet positief verlopen behandeling,

Tabel 1. Recidive naar een zedendelict (N=325)

|                                       | Wel recidive    Geen recidive |           |
|---------------------------------------|-------------------------------|-----------|
| Niet behandeld (N = 219)              | 20 ( 9%)                      | 199 (91%) |
| Negatief of neutraal verloop (N = 21) | 4 (19%)                       | 17 (81%)  |
| Positief verloop (N = 85)             | 3 ( 4%)                       | 82 (96%)  |
| Totaal (N = 325)                      | 27 ( 8%)                      | 298 (92%) |

Figuur 1. Zedenrecidive: overlevingsfuncties voor niet behandelde (middelste lijn), niet-positief behandelde (onderste lijn) en positief behandelde (bovenste lijn) jeugdige zedendelinquenten



waarbij de beoordeling neutraal en negatief zijn samengetrokken.

De kans op seksuele recidive werd na behandeling over het algemeen als klein ingeschat (71%), in 19% als gemiddeld en in 10% als groot. De beoordeling van de kans op recidive voor een zedendelict werd, zoals eerder aangegeven, vertroebeld door het feit dat behandelde jongeren op de hoogte waren van recidive tijdens, en wellicht vlak na de behandeling.

#### Het vóórkomen van recidive

Wij bespreken achtereenvolgens de recidive naar een zedendelict, een geweldsdelict en 'enig' delict. Wij bespreken daarbij diverse soorten resultaten. Allereerst rapporteren we telkens het aantal jongens dat recidiveerde naar een zeden- of een geweldsdelict of naar 'enig' delict, alsmede de tijd tussen ontslag en het recidivedelict.

Uit Tabel 1 blijkt dat 8% van de jongens recidiveert naar een nieuw zedendelict. De kans op recidive voor een zedendelict is het grootst voor jongeren die niet behandeld zijn (9%) of bij wie het behandelverloop als

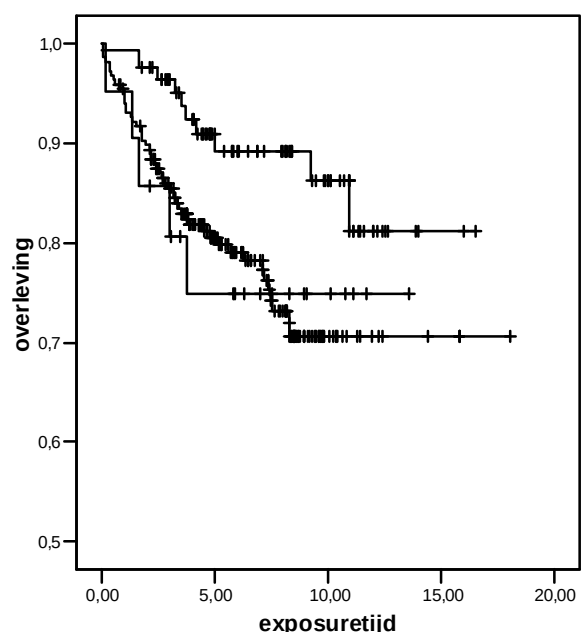
niet positief werd ingeschat (19%) en het geringst voor de positief behandelde jongeren (4%). Van alle behandelde jongeren recidiveerden er 3 naar een zedendelict na beëindiging van poliklinische behandeling en 4 tijdens de behandeling. Van de 4 recidivisten tijdens de behandeling hebben er 2 alsnog de behandeling van de Kinderrechter mogen afmaken, waarna zij niet meer gerecidiveerd hebben. Derhalve is het recidive-percentage na behandeling 5%. Eventuele verschillen tussen de positief en negatief behandelde dienen met voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden aangezien het in absolute zin om kleine aantallen gaat.

Uit survivalanalyse van recidive naar een zedendelict (Figuur 1) blijkt recidive voor (positief en niet-positief) behandelde vooral in de eerste 2 à 3 jaar plaatsvindt en dat daarna recidive uitblijft. Bij niet-behandelde jeugdige zedendelinquenten gaat het proces van recidiveren echter langer door. Er is sprake van een significant verschil tussen de overlevingscurves van de drie groepen (logrank = 6,92, df = 2,  $p < .05$ ). Uit paarsgewijze vergelijking van de curves blijkt dat dit verschil bepaald wordt door het verschil tussen de niet-behandelde en de positief behandelde.

Tabel 2. Recidive naar een geweldsdelict (N = 325)

|                                       | Wel recidive    Geen recidive |           |
|---------------------------------------|-------------------------------|-----------|
| Niet behandeld (N = 219)              | 50 (23%)                      | 169 (77%) |
| Negatief of neutraal verloop (N = 21) | 5 (24%)                       | 16 (76%)  |
| Positief verloop (N = 85)             | 10 (12%)                      | 75 (88%)  |
| Totaal (N = 325)                      | 65 (20%)                      | 260 (80%) |

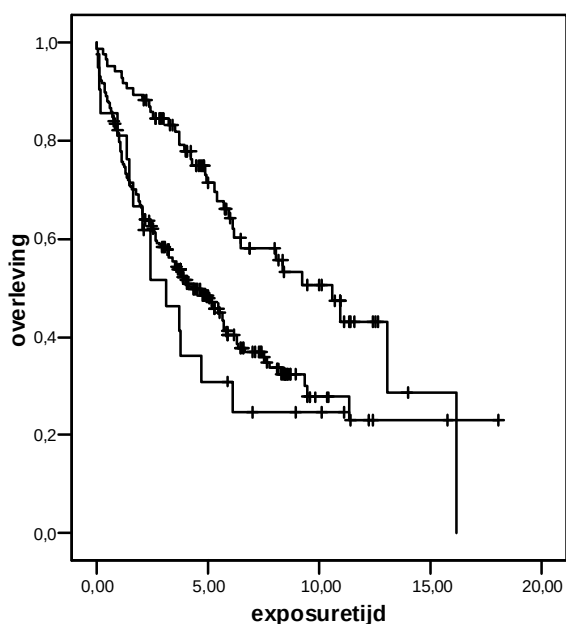
Figuur 2. Geweldsrecidive: overlevingsfuncties voor niet behandelde (middelste lijn), niet-positief behandelde (onderste lijn) en positief behandelde (bovenste lijn) jeugdige zedendelinquenten



Tabel 3. Recidive naar 'enig' delict (N=325)

|                                       | Wel recidive Geen recidive |           |
|---------------------------------------|----------------------------|-----------|
| Niet behandeld (N = 219)              | 130 (59%)                  | 89 (41%)  |
| Negatief of neutraal verloop (N = 21) | 15 (71%)                   | 6 (29%)   |
| Positief verloop (N = 85)             | 36 (42%)                   | 49 (58%)  |
| Totaal (N = 325)                      | 181 (56%)                  | 144 (44%) |

Figuur 3. Algemene recidive: overlevingsfuncties voor niet behandelde (middelste lijn), niet-positief behandelde (onderste lijn) en positief behandelde (bovenste lijn) jeugdige zedendelinquenten



Uit tabel 2 blijkt dat 20% van de jeugdige zedendelinquenten recidiveert naar een geweldsdelict. Niet-behandelde jeugdige zedendelinquenten of degenen van wie het verloop van de behandeling als negatief of neutraal werd gekenschetst, blijken vaker te recidiveren naar een geweldsdelict (respectievelijk 23% en 24%) dan jongeren bij wie de behandeling positief is verlo-

pen (12%).

Vervolgens hebben wij survivalanalyse op de recidivegegevens voor geweldsdelinquentie uitgevoerd. Zoals uit de overlevingsfuncties in bovenstaande (Figuur 2) blijkt, is geweldsrecidive een langzamer en vrij gestaag proces is, zowel voor behandelde als niet behandelde daders. De overlevingscurves van de drie groepen verschillen significant (logrank = 6,09, df = 2,  $p < .05$ ). Uit paarsgewijze vergelijking van de curves blijkt dat dit verschil bepaald wordt door het verschil tussen de niet-behandelde en de positief behandelde.

Uit tabel 3 blijkt dat 56% van de jeugdige zedendelinquenten recidiveert naar 'enig' delict. Voor jongeren die niet behandeld zijn, of bij wie de behandeling niet positief is verlopen, is de kans op recidive groter (respectievelijk 59% en 71%) dan voor degenen bij wie de behandeling positief verlopen is (42%).

De overlevingsfuncties (zie Figuur 3) laten zien dat recidive naar algemene delicten voor de drie groepen jeugdige zedendelinquenten een proces is dat tot in de vroege volwassenheid gestaag doorzet. Er is een significant verschil tussen de overlevingscurves van de drie groepen (logrank = 6,92, df = 2,  $p < .05$ ). Uit paarsgewijze vergelijking van de curves blijkt dat dit verschil bepaald wordt door het verschil tussen de niet-behandelde en de positief behandelde.

#### Factoren die samenhangen met recidive na behandeling

Vervolgens hebben wij onderzocht of de drie soorten recidive die wij hier onderzoeken, te weten algemene recidive, geweldsrecidive en zedenrecidive, samenhangen met kenmerken van de jongere of zijn omgeving. Als het bij die kenmerken ging om een uit de literatuur bekende risicofactor (zoals het eerder gepleegd hebben van delicten of spijbelgedrag), toetsten wij eenzijdig, in de richting van het verwachte verband. Als het

Tabel 4. Significanties van de correlaties tussen kenmerken van dader/delict/gezin/behandeling/slachtoffer en diverse vormen van recidive.

| Variabele                                      | Zedendelict | Geweldsdelict | Enig delict |
|------------------------------------------------|-------------|---------------|-------------|
| Etniciteit (allochtone afkomst) <sup>2</sup>   |             | .006          | .000        |
| Lacunaire gewetensontwikkeling                 |             |               | .026        |
| Eerder gepleegde delicten                      |             | .050          | .001        |
| Rechterlijke interventies in het verleden      |             | .009          | .005        |
| Lage opleiding dader                           |             | .029          | .001        |
| Spijbelgedrag                                  |             | .008          | .003        |
| Scheiding van de ouders                        |             |               | .020        |
| Verwaarlozing                                  |             | .012          | .034        |
| Geen of een niet positief verlopen behandeling | .032        | .014          | .002        |
| Grote geschatte kans op zedenrecidive          | x           | .021          | .009        |
| Eerdere zedendelicten                          | .005        |               |             |
| Slachtoffer van beide geslachten               | .024        |               |             |
| Verzet slachtoffer <sup>2</sup>                | .000        |               |             |

x: niet vermeld vanwege het feit dat behandelaars in 4 gevallen op de hoogte waren van het feit dat iemand had gerecidiveerd tijdens of vlak na behandeling; <sup>2</sup> Tweezijdig getoetst.

ging om kenmerken waarvan niet evident was in welke richting het verband lag (zoals bijvoorbeeld etniciteit, of verzet van het slachtoffer), hebben wij tweezijdig getoetst. In de tabellen wordt telkens aangegeven of een significant resultaat is gebaseerd op een eenzijdige of tweezijdige toets. Al naar gelang het meetniveau van de factor die wij bekeken, zijn puntbiseriële correlaties of kruistabellen geanalyseerd (zie tabel 4).

Uit tabel 4. komt naar voren dat er veel overeenkomst is tussen de factoren die samenhangen met recidive naar enig delict en een geweldsdelict. Factoren die samenhangen met recidive naar een zedendelict zijn andersoortig. Er blijkt slechts een beperkt aantal significante verschillen op te treden tussen diegenen die wel en niet recidiveren naar een zedendelict. Overigens bleken geringe neurotische problemen, het gevolgd hebben van speciaal onderwijs en het buiten plaatsgevonden hebben van het delict wel indicatief voor verschillen tussen de recidivisten en de niet-recidivisten.

#### *Nader beschouwd: zedenrecidive voor de diverse subgroepen*

Tabel 5. Zedenrecidive uitgesplitst naar groepen (N=319)

|                                    | Recidive | Geen recidive |
|------------------------------------|----------|---------------|
| Groepsplegers (N = 79)             | 8 (10%)  | 71 (90%)      |
| Kindmisbruikers (N = 143)          | 11 (8%)  | 132 (92%)     |
| Leeftijdgenootmisbruikers (N = 97) | 8 (8%)   | 89 (92%)      |
| Totaal (N = 319)                   | 27 (8%)  | 292 (92%)     |

De recidivepercentages voor de diverse subtypen jeugdige zedendelinquenten die wij hier vergelijken (zie: Hendriks & Bijleveld, 1999; Hendriks et al., 2002), zijn vrijwel hetzelfde. De groepsplegers recidiveren, in tegenstelling tot onze verwachting, relatief het vaakst. Het betreft echter telkens geringe aantallen. De snelheid van recidiveren verschilt sterk per subgroep. Zo heeft binnen 3 jaar bij 91% van de kindmisbruikers die zullen recidiveren, die recidive plaatsgevonden; bij de leeftijdgenootmisbruikers is dat 63% en bij de groepsdaders 25%. Na 5 jaar zijn deze percentages respectievelijk: 100%, 63% en 38%. Uit het voorafgaande kan geconcludeerd worden dat door een relatief korte exposure-periode een vertekend beeld kan ontstaan. Zo zouden de kindmisbruikers na een exposure-periode van 5 jaar recidivegevaarlijker lijken dan de groepsdaders, terwijl over de gehele observatieperiode het recidivepercentage uiteindelijk vergelijkbaar wordt. Het is niet overigens niet ondenkbaar dat de verschillen tussen de diverse subgroepen na een nog langere exposure-periode weer anders zullen worden.

Van de totale groep kindmisbruikers (N = 143) is, wat betreft recidive, nauwelijks verschil waar te nemen tussen degenen die een behandeling positief afgerond hebben en degenen die geen behandeling hebben ondergaan. De kans op zedenrecidive is het grootst voor de jongeren bij wie de behandeling niet positief is verlopen. Factoren die significant samenhangen met recidive voor de kindmisbruikers zijn onder meer: weinig neurotische problematiek ( $p < .025$ ), eerdere zeden delicten ( $p < .05$ ), rechterlijke interventies in het verleden ( $p < .05$ ) en waargenomen verzet bij het slachtoffer ( $p < .025$ ). Alle toetsen in deze paragraaf zijn tweezijdig uitgevoerd. Iedere recidiverende kindmisbruiker scoorde op tenminste één van deze risicofactoren. Bij één aanwezige risicofactor was het recidiverisico 11%. Bij twee tot en met vier risicofactoren steeg dit percentage naar 32%.

Bij de leeftijdgenootmisbruikers (N = 97) blijkt er wat betreft zedenrecidive nauwelijks verschil te zijn tussen degenen die niet behandeld zijn en degenen van wie de behandeling positief is verlopen. Jongeren bij wie het behandelverloop als negatief werd ingeschat, recidiveren weliswaar vaker naar een zedendelict, maar het gaat om kleine aantallen. Factoren die significant bleken samen te hangen met recidive voor de leeftijdgenootmisbruikers zijn onder meer: negatief zelfbeeld ( $p < .05$ ), het gevolgd hebben van speciaal onderwijs ( $p < .025$ ) en gepest zijn op school ( $p < .025$ ). Wanneer geen van deze risicofactoren aanwezig was bij een leeftijdgenootmisbruiker, bleek de kans op recidive 5%. Bij een of twee aanwezige risicofactoren was de kans op recidive 7%. Bij drie risicofactoren nam dit toe tot 42%.

Bij groepsplegers (N = 79) is de samenhang tussen recidive en behandeling anders. Hier scoren de behandelde jongeren duidelijk gunstiger dan de onbehandelde jongens. Dit geldt zowel voor jongens bij wie de behandeling positief is verlopen als voor hen bij wie dat niet het geval was. Voor de groepszedendelinquenten blijkt geen enkele door ons gemeten factor significant samen te hangen met recidive. Opvallend is het gegeven dat voor elk type solodader andere (clusters van) risicofactoren samenhangen met zedenrecidive. De risicofactoren voor de totale groep zedendelinquenten (eerdere zeden delicten, verzet slachtoffer, slachtoffers zijn zowel meisjes als jongens) leveren aanzienlijk meer vals positieven (als onterecht aangemerkte recidivisten) en vals negatieven (als onterecht aangemerkte niet-recidivisten) op, dan de specifieke risicofactoren per subtype. De samenhang per subtype solodader tussen de afzonderlijke clusters en zedenrecidive was, met ander woorden, telkens groter dan de samenhang tussen de algemene risico-



factoren en zedenrecidive.

### Discussie

In het voorafgaande is recidive van jeugdige zedendelinquenten beschreven. Een deel van de deze groep heeft ambulante delictspecifieke behandeling ondergaan. Deze recidivegegevens zijn vergeleken met gegevens van degenen die geen delictspecifieke behandeling hadden gevolgd.

Een eerste beperking van het huidige onderzoek ligt in het gegeven dat de jongeren niet at random zijn toegewezen aan ambulante delictspecifieke behandeling. Veelal heeft er na een persoonlijkheidsonderzoek een selectie plaatsgevonden. Degenen bij wie werd ingeschat dat er een aanzienlijke kans op herhaling van seksuele delicten was, zullen door de rechter eerder geïndiceerd zijn voor delictspecifieke behandeling dan voor een leerstraf of een niet delictspecifieke behandeling. We konden uitsluiten dat een jongere uit onze niet-behandelde groep op Harreveld een delictspecifieke behandeling heeft ondergaan. We weten echter niet of er andere interventies (leerstraf, uithuisplaatsing, andere vormen van ambulante behandeling) hebben plaatsgevonden. Het verschil tussen de twee groepen zit derhalve vooral in het wel of niet hebben ondergaan van een delictspecifieke behandeling bij ABJ/De Waag. Voorts is een beperking dat de groepen heteroog zijn samengesteld wat betreft achtergronden. Zo bevat de groep niet-behandelde, in vergelijking met de groep behandelde, aanzienlijk meer jongens van allochtone afkomst en hadden deze jongens relatief vaker een groepszedendelict gepleegd. In het algemeen bleek de groep niet behandelde ook actiever wanneer het ging om andere delicten dan zedendelicten. Een volgende beperking van het onderzoek is het gegeven dat wij gebruik maken van de data van het Justitieel Documentatie Register. Gezien het grote dark number dat wordt verondersteld aanwezig te zijn bij (jeugdige) zedendelinquentie, is er hoogstwaarschijnlijk sprake van onderschatting.

In overeenstemming met eerder onderzoek, is ook in dit onderzoek het recidivepercentage voor zedendelicten relatief laag. Onze cijfers tonen een recidivepercentage van 8% over een mediane exposure-periode van 6,5 jaar. Uit de metastudie van Caldwell (2002) bleek dat het gemiddelde recidivepercentage rond de 11% ligt wanneer een nieuwe veroordeling als criterium wordt gebruikt. Onderzoek naar zedenrecidive na behandeling op Harreveld (Hendriks & Bijleveld, 2005) liet een vergelijkbaar resultaat zien. De zedenrecidivecijfers voor de behandelde en onbehandelde daders verschillen niet opvallend. Een conclusie zou kunnen zijn dat het niet veel uitmaakt of een jeugdige zeden-

delinquent delictspecifieke behandeling ondergaat of niet. Een meer voor de hand liggende conclusie is echter dat we hier met twee verschillende groepen te maken hebben. De groep behandelde is vanuit persoonlijkheidsonderzoek ingeschat als een meer risicovolle groep, om welke reden delictspecifieke behandeling is geadviseerd en vervolgens door de rechter ook is opgelegd. De groep niet behandelde zedendelinquenten is een groep, bij wie recidiverisico op zedengebied over het algemeen als laag is ingeschat. Wanneer jongeren behandeling succesvol hebben ondergaan, mag men verwachten dat hun kans op recidive ongeveer even groot is als die van de groep niet-behandelde. Men zou, met andere woorden, een zekere nivellering van het recidiverisico kunnen veronderstellen.

Als significante factoren die samenhangen met zedenrecidive komen naar voren, naast het niet positief afgerond hebben van delictspecifieke behandeling, het eerder gepleegd hebben van zedendelicten en de keuze voor slachtoffers van beide geslachten. Een factor die in het onderzoek naar op Harreveld behandelde jeugdige zedendelinquenten (Hendriks & Bijleveld, 2005) werd gevonden, namelijk het buitenshuis plegen van delicten, bleek net niet significant. Een aantal factoren, waaronder het relatief weinig neurotische klachten ervaren en het volgen van speciaal onderwijs was eveneens net niet significant.

Voor de verschillende typen jeugdige zedendelinquenten en risicofactoren, blijken telkens andere (clusters van) risicofactoren verband te houden met recidiveren. Deze afzonderlijke clusters blijken vervolgens minder sterk samen te hangen met zedenrecidive voor de hele groep zedendelinquenten. De samenhang tussen de afzonderlijke (clusters van) variabelen en de zedenrecidive per type solodader is groter dan het verband tussen de algemene risicofactoren en zedenrecidive. Het identificeren van risicofactoren per type zedendelinquent verbetert derhalve de risico-inschatting.

De recidivekansen van de door ons onderscheiden subgroepen (kindmisbruikers, leeftijdgenootmisbruikers en groepsmisbruikers) blijken niet veel van elkaar te verschillen. Voor ieder subtype geldt wel dat de positief behandelde gunstig afsteken ten opzichte van de niet-behandelde. Onverwacht vaak recidiveren de niet behandelde groepszedendelinquenten. Mogelijk werden zij niet ingeschat als recidivegevaarlijk, waardoor behandeling niet geïndiceerd werd.

Conform hetgeen bekend is vanuit de literatuur, recidiveren jeugdige zedendelinquenten veel vaker naar allerlei andere vormen van delicten. In onze onderzoeksgroep is het opvallend dat met name de niet behandelde jeugdige zedendelinquenten vaker recidiveren op het gebied van agressie en delicten in het algemeen.

Dit is wellicht eerder een gevolg van de verschillen in groepssamenstelling (meer crimineel actievare jongeren in de onbehandelde groep) dan een behandel-effect. Het gegeven dat delictspecifieke behandeling van gunstige invloed is op recidive in het algemeen wordt echter ook beschreven door Lösel en Schmucker (2005).

Uit onze analyses komt naar voren dat de jongeren bij wie de behandeling positief is verlopen er, wat betreft de verschillende vormen van recidive, vrijwel altijd het gunstigst uitspringen. Parallel daaraan zijn de recidivekansen voor jongens bij wie de behandeling negatief is verlopen het ongunstigst. Dit laatste kan verklaard worden vanuit het feit dat bij deze jongeren de kans op recidive al direct als groot werd ingeschat en behandeling als noodzakelijk werd gezien. Vanwege het niet aanslaan van behandeling vertonen zij derhalve (nog steeds) een verhoogde kans op recidive. Het verloop van de behandeling correleert significant met alle vormen van recidive.

De eerste jaren na uitkomen van het delict blijken van groot belang voor zedenrecidive. Dit gegeven kwam eveneens naar voren uit ons recidiveonderzoek op Harreveld (Hendriks & Bijleveld, 2005). Een uitzondering op deze regel vormen echter de niet behandelde groepsdaders, bij wie het gemiddeld langer duurt voor ze recidiveren. Een duidelijke verklaring hiervoor hebben wij niet. Tevens blijkt uit nadere kwalitatieve inspectie van het materiaal dat er regelmatig cross-over plaatsvindt: de groepsdaders die recidiveren naar een zedendelict blijken dit vrijwel altijd te doen naar een niet-groepsdelict.

De vraag is vanzelfsprekend of uit het voorafgaande afgeleid kan worden of ambulante behandeling werkt voor jeugdige zedendelinquenten. Een antwoord op deze vraag is op grond van dit onderzoek niet te geven. Als men er echter vanuit gaat dat door de diagnostici en rechtbank een redelijk adequate inschatting is gemaakt omtrent het recidiverisico op zedengebied, dan is het op zijn minst gunstig te noemen dat de positief behandelde jeugdige zedendelinquenten op de langere termijn minder vaak recidiveren dan de niet-behandelde of degenen bij wie de behandeling negatief is verlopen (hetgeen veelal duidt op een vroegtijdige onderbreking van de behandeling).

De gevonden recidivecijfers zijn vergelijkbaar met die van de op Harreveld residentieel behandelde jongeren. Dit lijkt er op te wijzen dat de wijze waarop jeugdige zedendelinquenten in Nederland worden ingedeeld in risicocategorieën en vervolgens naar zwaarte worden behandeld er in resulteert dat de laag- en hoogrisicogroepen (na interventie) op langere termijn ongeveer dezelfde kans op recidive vertonen.

Zoals eerder aangegeven, is het at random toewijzen van jeugdige zedendelinquenten aan verschillende interventies uit wetenschappelijk oogpunt gewenst om effecten van behandeling te kunnen meten.

## Literatuur

- Becker, J.V., & Kaplan, M.S. (1993). Cognitive-behavioral treatment of the juvenile sex offender. In H.E. Barbaree, W.L. Marshall & S.M. Hudson (Eds.). *The juvenile sex offender*, pp. 264-277. New York: Guilford Press.
- Becker, J.V., & Hunter, J.A. (1997). Understanding and treating child and adolescent sexual offenders. *Advances in Clinical Child Psychology*, 19, 177-197.
- Becker, J.V., & Johnson, B.R. (2001). Treating juvenile sex offenders. In J.B. Ashford, B.D. Sales, & W.H. Reid (Eds.), *Treating adult and juvenile offenders with special needs*, pp. 273-289. Washington: APA.
- Caldwell, M.F. (2002). What we do not know about juvenile sexual reoffense risk. *Child Maltreatment*, 7, 291-302.
- Edwards, J., & Beech, A. (2004). Treatment programmes for adolescents who commit sexual offences: Dropout and recidivism. *Journal of Sexual Aggression*, 10, 101-115.
- Gray, A.S., & Pithers, W.D. (1993). Relapse prevention with sexually aggressive adolescents and children: Expanding treatment and supervision. In H.E. Barbaree, W.L. Marshall & S.M. Hudson (Eds.). *The juvenile sex offender*, pp. 289-319. New York: Guilford Press.
- Hagan, M.P., King, R.P., & Patros, R.L. (1994). The efficacy of a serious sex offender treatment program for adolescent rapists. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 38, 141-150.
- Hendriks, J., Deutekom, C., & Koudstaal, B. (1998). ABJ's behandelen groepen zedendelinquenten. *Perspectief*, 3, 6-8.
- Hendriks, J., & Bijleveld, C. (1999). Jeugdige zedendelinquenten: Verschillen tussen groeps- en alleenplegers. *Delikt en Delinkwent*, 29, 722-736.
- Hendriks, J., & van Roozendaal, B.J. (2000). Behandeling van jeugdige zedendelinquenten. *Justitiële Verkenningen*, 26, 56-67.
- Hendriks, J., Bijleveld, C., & Muizer, M. (2002). Jeugdige zedendelinquenten: Misbruikers van leeftijdgenoten gecontrasteerd met misbruikers van kinderen. *Delikt en Delinkwent*, 32, 489-506.
- Hendriks, J., Bullens, R., & van Outsem, R. (2002). *Handboek behandeling van jeugdige zedendelinquenten*. Utrecht: Forum Educatief.
- Hendriks, J. (2003). Meisjes als zedendelinquent. *Tijdschrift voor Criminologie*, 45, 401-412.
- Hendriks, J., & Bijleveld, C. (2005). Recidive van jeugdige zedendelinquenten na residentiële behandeling. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 29, 150-160.
- Kahn, T.J., & Chambers, H.J. (1991). Assessing reoffense risk with juvenile sexual offenders. *Child Welfare*, 3, 333-345.
- Lösel, F., & Schmucker, M. (2005). Effects of sexual offender treatment. *Journal of Experimental Criminology*, 1, 117-146.

- Miner, M.H., & Crimmins, C.L.S. (1997). Adolescent sex offenders - Issues of etiology and risk factors. In B.K. Schwartz & H.R. Cellini (Eds.). *The sex offender: New insights, treatment innovations, and legal developments, Volume II*, pp. 9-15. Kingston, NJ: Civic Research Institute.
- Pithers, W.D., Becker, J.V., Kafka, M., Morenz, B., Schlank, A., & Leombruno, T. (1995). Children with sexual behavior problems, adolescent sexual abusers, and adult sex offenders: Assessment and treatment. *Review of Psychiatry*, 14, 779-818.
- Rasmussen, L.A. (1999). Factors related to recidivism among juvenile sexual offenders. *Sexual Abuse*, 11, 69-85.
- Righthand, S., & Welch, C. (2001). *Juveniles who have sexually offended*. Washington: OJJDP.
- Schram, D.D., Milloy, C.D., & Rowe, W.E. (1991). *Juvenile sex offenders: A follow up study of reoffense behavior*. Washington: WA.
- Smith, W.R., & Monastersky, C. (1986). Assessing juvenile sex offenders' risk for reoffending. *Criminal Justice and Behavior*, 24, 115-140.
- Weinrott, M.R. (1996). *Juvenile sexual aggression: A critical review*. Boulder CO: of Colorado.
- Worling, J.R. (2001). Personality-based typology of adolescent male sexual offenders: Differences in recidivism rates, victim-selection characteristics, and personal victimization histories. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 13, 149- 166.
- Worling, J.R., & Långström, N. (2003). Assessment of criminal recidivism risk with adolescents who have offended sexually. *Trauma, Violence & Abuse*, 4, 341-362.

## Abstract

### **Recidivism of 325 juvenile male sex offenders, who had received outpatient treatment, vs. untreated offenders**

We studied recidivism of 325 juvenile male sex offenders, of whom 106 boys had received outpatient treatment, on average for a period of 1,5 to 2 years. Recidivism of this group was compared with recidivism of juvenile sex offenders who had not been treated or not treated by means of a specific sex offender program.

The shortest follow up period for the whole group was 9 months and the longest period was 18 years. The median follow up period was 6,5 years. From the total group juvenile sex offenders 8% was reconvicted for a sexual offence, 20% for a violent offence and 56% for any offence. Boys who showed progression in their treatment, according to their former therapists, reoffended significantly less than boys who received no treatment or no specific treatment or whose treatment was unsuccessful. Separate clusters of variables for child abusers and peer abusers correlated with sexual reoffending. No significant differences in sexual reoffending rates were found between group-offenders, child abusers and peer abusers. Boys who showed progression in their treatment also had lower violent and general reoffending rates.