

Recidive bij subgroepen van zedendelinquenten in de ambulante forensische psychiatrie

Joan van Horn, Jules Mulder, Agnes Scholing

De Waag, Utrecht; Universiteit van Amsterdam

Samenvatting

Het onderzoek betreft het eerste Nederlandse recidiveonderzoek waarin recidivepercentages werden vergeleken binnen subgroepen van volwassen mannelijke zedendelinquenten. Recidive werd gedefinieerd als een nieuwe veroordeling voor het plegen van een seksueel, gewelddadig en ander delict (d.i., vermogen, brandstichting of verkeer). De onderzoeksgroep bestond uit 149 zedendelinquenten die waren geïndiceerd voor ambulante forensisch psychiatrische behandeling. De follow-up periode varieerde van 12 tot 88 maanden met een gemiddelde van 32 maanden. Survivalanalyses wezen uit dat van de totale groep 9.5% recidiveerde met een seksueel delict, 3.8% met een geweldsdelict en 4.2% met een vermogens- of verkeersdelict. De hoogste recidivepercentages werden - zoals verwacht - gevonden bij exhibitionisten (waarvan 75% recidiveerde met een hands-on delict), drop-outs en zedendelinquenten bij wie het recidiverisico hoog werd ingeschat. Ondanks de beperkingen van het onderzoek dragen de resultaten bij aan een groter inzicht in de poliklinische behandeling van zedendelinquenten.

Seksuele delicten - vooral als de slachtoffers minderjarig zijn - brengen een enorme maatschappelijke onrust met zich mee. Gezien de stijging in Nederland van het percentage geregistreerde seksuele misdrijven met ruim 40% in een periode van ongeveer 15 jaar zal deze onrust in de toekomst alleen nog maar groter worden (Brouwers & Smit, 2005). Bij zedenmisdrijven gaat het voor een groot deel om verborgen criminaliteit: in Nederland bijvoorbeeld wordt slechts 17% van alle seksuele misdrijven bij de politie gemeld (Brouwers & Smit, 2005). Politie en justitie, hulpverlenende instanties en wetenschappers houden zich in toenemende mate bezig met de vraag hoe vaak zedendelinquenten recidiveren. Recidivepercentages zijn lastig eenduidig vast te stellen. Dat blijkt

onder andere uit de brede range van recidivepercentages die in diverse onderzoeken worden vermeld. Deze variëren doorgaans tussen de 8 en 89%. De oorzaak van deze spreiding moet vooral worden gezocht in de verschillen tussen recidivestudies in observatieperioden, definitie van recidive (bijvoorbeeld als 'identiek aan het indexdelict' of als 'elk seksueel delict') of operationalisatie (bijvoorbeeld op basis van officiële criminaliteitscijfers of zelfrapportage). Ook de populatie waar het onderzoek plaatsvindt, is van invloed op de gevonden recidivepercentages. Bij intramuraal behandelde zedendelinquenten liggen de recidivepercentages over het algemeen hoger dan bij ambulante behandelde delinquenten. De Ruiter en de Vogel (2004) bijvoorbeeld vonden een seksueel recidivepercentage van 48% bij ex-terbeschikkinggestelden, terwijl bij ambulante behandelde zedendelinquenten deze percentages onder de 10% liggen (Miner & Dwyer, 1995; Proctor, 1996).

Een tweede verschil is dat bij de intramuraal behandelde zedendelinquenten de hoogste recidivepercentages doorgaans worden gevonden bij pedoseksuelen die niet-verwante minderjarige jongens misbruiken (tussen de 35-89%). Recidivepercentages bij intramuraal behandelde incestplegers zouden variëren tussen de 13 en 28% (de Ruiter & de Vogel, 2004; Harris & Hanson, 2004; Prentky, Lee, Knight & Cerce, 1997).

Dr. J.E. van Horn, psycholoog/onderzoeker De Waag, werkadres (tevens correspondentie-adres): De Waag – Utrecht, Oudlaan 9, 3515 GA Utrecht; T: 030-2720685; M: 06-24090654; E: j.e.vanhorn@wanadoo.nl.

Drs. J. Mulder, algemeen directeur De Waag – Utrecht, Oudlaan 9, 3515 GA Utrecht; T: 030-2720685.

Dr. A. Scholing, vestigingshoofd De Waag – Amsterdam, universitaire hoofddocent Universiteit van Amsterdam, werkadres: De Waag Amsterdam, Zeeburgerpad 12-B, 1018 AJ Amsterdam; T: 020-4626333.

Ontvangen: 25 mei 2005; Geaccepteerd: 17 augustus 2006.

Bij de ambulant behandelde zedendelinquenten recidiveren vooral de exhibitionisten (20%), tegenover 5.5% bij incestplegers en 4.8% bij pedoseksuelen (Proctor, 1996). Bovenstaande pleit er voor om binnen elke behandelsetting onderscheid te maken in typen zedendelinquenten, waarbij de nadruk ligt op de keuze voor specifieke slachtoffers en het plegen van hands-off en/of hands-on delicten.

Exhibitionisten worden vaak niet in onderzoek meegenomen. De reden hiervoor zou volgens Greenberg-Rabinowitz, Firestone, Bradford en Greenberg (2002) gelegen zijn in de veronderstelling dat zij zowel naar het klinische oordeel als in het strafrechtelijke systeem, doorgaans als relatief ongevaarlijk worden beschouwd. Gebleken is echter dat sommige exhibitionisten in de loop van de tijd ook hands-on zedendelicten plegen. Greenberg-Rabinowitz e.a. (2002) vonden bijvoorbeeld dat 6.3% van de door hun onderzochte exhibitionisten recidiveerde met een hands-on delict, vooral aanranding. Deze groep onderscheidde zich van de exhibitionisten die geen hands-on recidive delicten pleegden door onder andere een hogere mate van psychopathie. Bovendien zouden ze meer criminele antecedenten hebben op seksueel, gewelddadig en ander crimineel gebied. Deze bevindingen werden ondersteund door Sugerman, Dumughn, Saad, Hinder en Bluglass (1994) die zelfs een hoger percentage (26%) exhibitionisten vonden dat recidiveerde met een hands-on delict. In Nederlands onderzoek werd dit niet bevestigd: een aantal exhibitionisten recidiveerde iets vaker met een ernstiger zedendelict (waaronder aanranding/verkrachting en ontucht), het grootste gedeelte (68%) echter pleegde opnieuw een exhibitionistisch delict (Nieuwbeerta, Blokland & Bijleveld, 2003). De onderzoekers zagen hierin geen aanleiding om te concluderen dat het recidivepatroon zich progressief ontwikkelt bij exhibitionisten. Deze conclusie lijkt wat voorbarig omdat het hier gaat om een enkele studie. Naast het feit dat (nog) niet kan worden uitgesloten dat binnen de groep exhibitionisten een subgroep bestaat die ook hands-on delicten pleegt of gaat plegen, pleit het gestaag groeiende aantal exhibitionisten in de ambulante setting er voor om deze groep zedendelinquenten nader onder de loep te nemen.

De ambulante setting kent ook nog een andere groep met hoge recidivepercentages, namelijk de zedendelinquenten die de behandeling niet afmaken (drop-outs. Hanson, Gordon, Harris, Marques, Murphy, Quinsey & Seto, 2002; Proulx, Ouimet, Peelerin & Paradis, 1998; Seager, Jellicoe & Dhaliwal, 2004). Het zou om een behoorlijk grote groep gaan, ruim 50%.

Het plegen van hands-off zedendelicten en het voortijdig stoppen met de behandeling worden beschouwd

als belangrijke factoren die de kans op recidive vergroten. Het inschatten van het recidiverisico bij delinquenten krijgt in de Nederlandse forensische psychiatrie een steeds prominentere plek. Aangetoond is dat delinquenten met een hoog recidiverisico vaker recidiveren dan delinquenten bij wie het recidiverisico laag werd ingeschat (Andrews, 1989; Bonta, 1997).

Samengevat lijkt op basis van eerder onderzoek een aantal criteria van belang in onderzoek naar recidive bij zedendelinquenten. Genoemd zijn het type zedendelinquent, het al dan niet afmaken van de behandeling en het recidiverisico. Deze onderscheidende criteria stonden centraal in dit eerste Nederlandse recidiveonderzoek bij ambulante forensisch psychiatrische zedendelinquenten. Specifiek werd onderscheid gemaakt in dadertypen (exhibitionisten, pedoseksuelen, verkrachters/aanranders en incestplegers), drop-outs versus completers en in een laag of hoge ingeschat recidiverisico.

Method

Een retrospectief dossieronderzoek werd uitgevoerd bij volwassen mannelijke zedendelinquenten die, in verband met het plegen van een seksueel delict, tussen 23 mei 1996 en 9 december 2002 waren aangemeld voor behandeling bij de Waag. De Waag is een ambulant forensisch psychiatrisch behandelcentrum en is onderdeel van de Van der Hoevenstichting. De Waag biedt individuele behandelingen en diverse groepsbehandelingen voor zedendelinquenten met als centrale doel recidive te voorkomen, dan wel te verminderen. Behandeling is cognitief-gedragstherapeutisch van aard en kent een aantal vaste behandelonderdelen zoals het opstellen van een delictscenario en terugval preventieplan. Naast het leren signaleren en vermijden van risicosituaties, wordt veel aandacht besteed aan het opbouwen van een meer maatschappelijk geaccepteerde manier van leven. Er wordt gewerkt aan het vergroten van sociale en relationele vaardigheden en aan het op een adequate manier omgaan met emoties (Mulder, 2004). Bij sommige cliënten, bijvoorbeeld cliënten die als hyperseksueel zijn gediagnosticeerd, wordt libidoremmende medicatie (bv. Androcur en SSRI's) voorgeschreven. Groepsbehandelingen worden aangeboden aan pedoseksuelen, incestplegers en exhibitionisten, tenzij deze cliënten niet groeps geschikt zijn of groepsbehandeling weigeren. Gemiddeld duren deze behandelingen 18 maanden voor pedoseksuelen en incestplegers en 12 maanden voor exhibitionisten. De wekelijkse bijeenkomsten duren 1.5 uur. Aanranders en verkrachters worden behandeld in een individueel traject omdat er, vanwege het geringe aantal aanmeldingen, (nog) geen groepstherapieën

worden aangeboden. De Waag kent een aantal algemene contra-indicaties voor behandeling. Daders die strafbare feiten plegen vanuit een psychose worden doorverwezen naar een centrum voor algemene psychiatrie of een andere forensisch psychiatrische (poli-)kliniek. Daders bij wie verslaving aan middelen dusdanig primair staat dat deze eerst moet worden behandeld, worden verwezen naar de verslavingszorg. Eventueel kan kort daarna met behandeling bij De Waag

worden gestart, al dan niet parallel aan de behandeling voor de verslaving. Tot slot moeten huisvesting en ziektekostenverzekering zijn geregeld.

Onderzoeksgroep

Ten behoeve van het onderzoek werden de dossiers bestudeerd van 205 zedendelinquenten. In navolging van Marshall en Barbaree (1988) en Proulx e.a. (1998) werden de volgende cliënten niet in het onderzoek meegenomen: cliënten die waren aangemeld voor het downloaden van kinderporno ($n = 4$), cliënten van wie geen of zeer beperkte informatie beschikbaar was ($n = 33$) en cliënten met een verstandelijke handicap ($n = 19$). De uiteindelijke onderzoeksgroep bestond uit 149 volwassen mannelijke zedendelinquenten. In Tabel 1 staan enkele sociaal-demografische, delict- en behandelgerelateerde kenmerken beschreven van de onderzoeksgroep (voor een toelichting op de in de tabel opgenomen variabelen zie paragraaf 'variabelen en justitiële gegevens').

Variabelen en justitiële gegevens

Met een checklist werd informatie uit de dossiers verzameld over de sociaal-demografische kenmerken, criminele voorgeschiedenis en het behandelkader van de onderzoeksgroep. De dossiers bestonden doorgaans uit een intakeverslag, behandelverslagen en pro justitia- en reclasseringsrapportages. Dossierinformatie van cliënten die vrijwillig in behandeling waren (23.5% van de totale groep), was over het algemeen vrij beperkt, bestaande uit alleen het intakeverslag en de behandelverslagen. De keuze voor het registreren van juist onderstaande gegevens werd mede bepaald door de beschikbare informatie uit de dossiers. De checklist werd gescoord door 2 studenten op basis van de volgende categorisering en toelichting. Er waren geen noemenswaardige problemen om tot categorisering te komen.

Voor de indeling naar daders die behandeling wel of niet hadden afgerond, werden twee criteria gebruikt, te weten deelname aan de behandeling en motivatie voor behandeling. In de categorisering naar deelname aan de behandeling werd voor de groepsbehandelingen (die uit een vooraf vastgesteld aantal sessies bestonden) aangehouden dat de dader aan (vrijwel) alle sessies moest deelnemen. Voor individuele behandelingen was dit criterium minder eenduidig te operationaliseren. Bij de codering werd aangehouden dat de dader - naar het oordeel van de behandelaar - een redelijk aantal sessies (richtlijn was 75%) moest hebben gevolgd in verhouding tot de ernst van het delict en de onderliggende pathologie, en dat de dader de behandeling met instemming van de behandelaar had afgesloten. De mate van motivatie werd vastgesteld op

Tabel 1. Sociaal-demografische gegevens, delict- en behandelmerken onderzoeksgroep

Zedendelinquenten ($n = 149$)		
	M	SD
<i>Leeftijd</i>	45 jaar	12.66
	n	%
<i>Partner</i>		
Ja	60	40.3
Nee	88	59.1
Onbekend	1	0.7
<i>Afkomst</i>		
Autochtoon	133	89.3
Allochtoon	16	10.7
<i>Werkloos bij aanmelding</i>		
Nee	88	59.1
Ja	59	39.6
Onbekend	2	1.3
<i>Problematisch middelengebruik</i>		
Nee	118	79.2
Ja	31	20.8
<i>Verantwoordelijkheid voor delict</i>		
Volledig	82	55.0
In enige mate	54	36.2
Geen	9	6.0
Onbekend	4	2.7
<i>Dadertype</i>		
Exhibitionisten	13	8.7
Pedoseksuelen	55	36.9
Aanranders/verkrachters	18	12.1
Incestplegers	63	42.3
<i>Recidive risicogroep</i>		
Laag	109	73.2
Hoog	24	16.1
Geen risico ingeschat	16	10.7
<i>Eerdere veroordeling seks. delict</i>		
Nee	132	88.6
Ja	17	11.4
<i>Eerdere veroordeling geweld</i>		
Nee	137	91.9
Ja	12	8.1
<i>Eerdere veroordeling overig delict</i>		
Nee	124	83.2
Ja	25	16.8
<i>Behandelkader</i>		
Vrijwillig	35	23.5
Semi-vrijwillig	56	37.6
Opgelegd	58	38.9
<i>Type behandeling</i>		
Groep	113	75.8
Individueel	36	24.2
<i>Afronding behandeling</i>		
Ja	88	59.1
Nee	61	40.9

basis van zelfgerapporteerde motivatie en het oordeel van de behandelaar tijdens de intake en/of gedurende de behandeling (d.i., werkhouding, aanwezigheid, inzet). Voor het vaststellen van de mate waarin cliënten gemotiveerd waren voor behandeling werd informatie uit de intake en/of behandeling gebruikt omdat bij sommige cliënten de motivatie tijdens de intake onvoldoende was, maar gedurende de eerste behandelsessies toenam en de behandeling uiteindelijk met voldoende inzet werd afgerond. Andersom gebeurde het ook dat sommige cliënten in eerste instantie gemotiveerd overkwamen, maar het na de eerste paar sessies alsnog lieten afweten. Matig gemotiveerd waren cliënten bij wie externe factoren (bv. de komende terechtzitting) golden als reden voor behandeling en/of bij wie tijdens de behandeling een gebrekkige werkhouding en frequente afwezigheid werden geconstateerd. Voor de categorisering in het al dan niet afronden van de behandeling hield dit in dat cliënten werden ingedeeld in de groep 'behandeling afgerond' als zij 1) de behandeling geheel afmaakten en 2) tijdens intake en behandeling voldoende inzet en motivatie hadden getoond. De groep 'behandeling niet afgerond' bestond uit cliënten die na de intake niet meer verschenen of in de loop van de behandeling 1) - met of zonder bericht - herhaaldelijk niet verschenen, zodat om die reden de behandeling door de behandelaar werd afgesloten, of 2) zelf aangaven geen prijs meer te stellen op behandeling terwijl de behandelaar van mening was dat de behandeling nog onvoldoende op gang was gekomen, of 3) de behandeling formeel wel afmaakten, maar volgens de behandelaar te weinig motivatie en inzet hadden getoond. Dit laatste criterium was op geen van de onderzochte zedendelinquenten van toepassing.

Middelengebruik werd voornamelijk vastgesteld op basis van de informatie uit het intakeverslag. Informatie werd verzameld over de mate van middelenafhankelijkheid, hetgeen standaard door de behandelaar in de intake wordt beoordeeld omdat ernstige verslaving contra-indicatief is voor behandeling bij de Waag en er werd door de behandelaar nagegaan of de delicten werden gepleegd onder invloed van middelengebruik.

Verantwoordelijkheid nemen voor het delict werd vastgesteld op basis van informatie uit het intakeverslag en andere relevante documentatie. In het intakeverslag werd standaard door de intaker een inschatting gemaakt van de mate waarin de cliënt het slachtoffer ("Ze gaven op geen enkele manier signalen dat zij het niet prettig vonden", "It takes two to tango"), de thuis-situatie (bv. slechte (seksuele) relatie met partner) of andere externe factoren (bv. middelengebruik) mede verantwoordelijk hielden voor het gepleegde delict. Cliënten die de verantwoordelijkheid voor het delict

volledig op zich namen werden ingedeeld in de groep 'volledige verantwoordelijkheid', cliënten die de verantwoordelijkheid op zich namen maar eveneens anderen of de situatie de schuld gaven, werden gecategoriseerd in 'enige verantwoordelijkheid' en cliënten die de verantwoordelijk voor het delict volledig van zich afschoven, werden ingedeeld in de groep 'geen verantwoordelijkheid'.

De behandeling bij De Waag kan binnen een vrijwillig, semi-vrijwillig of verplicht kader plaatsvinden. Behandeling binnen een vrijwillig kader houdt in dat de cliënt op eigen initiatief of op verwijzing van de huisarts of een andere hulpverleningsinstantie, dus zonder (verwachte) justitiële verplichtingen, aan de behandeling begint. Van een semi-vrijwillig behandelkader is sprake als daders worden aangemeld voordat behandeling formeel bij zitting is opgelegd. De behandeling vangt dus aan voor de feitelijke veroordeling. Vaak wordt in dit kader gesproken van justitiële drang in plaats van justitiële dwang. Behandeling kan, tenslotte, door de rechter verplicht worden gesteld. In dat geval is de reclassering meestal de toezichthouder en degene aan wie over het verloop en resultaat van de behandeling wordt teruggerapporteerd. Het behandelkader werd vastgesteld aan het begin van de behandeling.

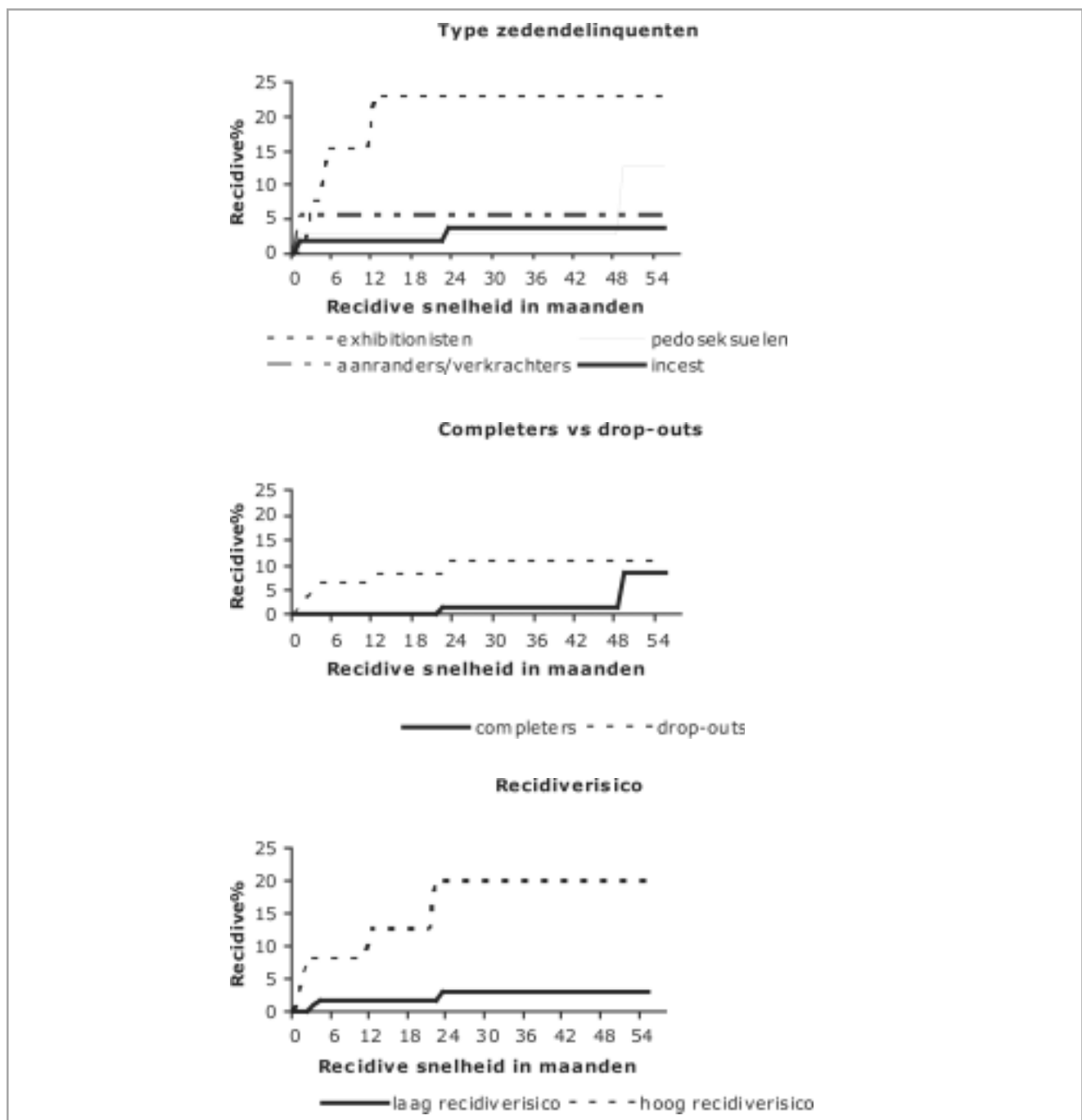
De Nederlandse vertaling van de Static-99 (Van Beek, De Donker & De Ruiter, 2001) werd gebruikt om het recidiverisico in te schatten van de onderzoeksgroep. Voor dit instrument werd gekozen omdat het redelijk eenvoudig zonder klinische deskundigheid te scoren is. Beoordelaars waren studenten Psychologie die getraind waren in het scoren van de Static-99, een actuarieel risicotaxatie-instrument om toekomstig seksueel gewelddadig gedrag te voorspellen bij volwassen daders. Volgens de handleiding kan de Static-99 worden gebruikt bij zedendelinquenten die ten minste éénmaal (inclusief het indexdelict) zijn veroordeeld voor het plegen van een hands-on zedendelict. Ten behoeve van dit onderzoek werd het 'hands-on' criterium versoepeld naar 'veroordeeling voor een hands-on of hands-off zedendelict'. De Static-99 werd gescoord voor 133 van de in totaal 149 zedendelinquenten. De overige 16 zedendelinquenten waren niet eerder veroordeeld, ook niet voor het indexdelict. Dertien van de 16 zedendelinquenten waren vrijwillig in behandeling en 3 waren nog in afwachting van het vonnis, dat uiteindelijk niet leidde tot een veroordeling. De Static-99 bestaat uit tien historische risicofactoren die gescoord dienen te worden op basis van dossierinformatie. De meeste items worden met 'nee' (0) of 'ja' (1) gescoord. De onderzochte groep zedendelinquenten werd ingedeeld in een laag (score 3 of lager)

en hoog recidiverisicogroep (score 4 of hoger). Om te bepalen of de Static-99 betrouwbaar was gescoord, werd steekproefsgewijs bij 18 cliënten de risicotaxatie verricht door twee beoordelaars. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid bleek uitstekend ($ICC = .99$).

Informatie over de criminele voorgeschiedenis (alle delicten voorafgaand aan het indexdelict) en recidive werd opgevraagd bij de Centrale Justitiële Documentatiedienst (CJD) te Almelo (peildatum: 14 augustus 2004). De CJD registreert de afdoeninggegevens van alle delicten die door de politie aan het Openbaar Mi-

nisterie (OM) worden doorgegeven. In het onderzoek werden alle afgedane zaken meegenomen. Indien het vonnis meerdere delicten betrof, werden deze als aparte delicten in het onderzoek meegenomen. De follow-up periode (d.i. de periode vanaf het einde van de behandeling tot aan het eerste recidivedelict of de peildatum als een cliënt niet recidiveerde binnen de onderzoeksperiode) varieerde van 12 tot 88 maanden (7.3 jaar) met een gemiddelde van 32 maanden ($sd = 15.44$). Onderscheid werd gemaakt in delicten op seksueel, gewelddadig (alle niet-seksuele gewelddadige

Figuur 1. Seksuele recidive naar dadertypen, einde behandeling en recidive risicogroepen



delicten) en ander gebied (brandstichting, vermogensdelicten en verkeersdelicten). Bij de notatie van de delicten in de voorgeschiedenis en recidivedelicten werd het Wetboek van Strafrecht (WvS) aangehouden.

Survivalanalyses

De recidivepercentages werden berekend met Kaplan-Meier survivalanalyse. Dit is een statistische methode om voor een groep of subgroepen de recidivepercentages en het verloop in tijd te berekenen van het percentage dat recidiveert. In deze berekening wordt gecorrigeerd voor individuele verschillen in de tijdsintervallen tussen het beëindigen van de behandeling en de peildatum. Ieder eerste recidivedelict impliceert een stijging van de recidivecurve; latere recidivedelicten worden niet meegerekend (voor een uitgebreidere uitleg over survivalanalyse zie Wartna, 2000). De Log Rank (Mantel Cox) toets werd gebruikt om verschillen in recidivepercentages te toetsen tussen de subgroepen (Hosmer & Lemeshow, 1998). Er werd een significantieniveau aangehouden van $p=.05$.

Resultaten

Recidivepercentages totale groep en diverse subgroepen

Survivalanalyses wezen uit dat van de totale groep 9.5% recidiveerde met een seksueel delict, 3.8% met een geweldsdelict en 4.2% met een ander delict, overwegend met vermogens- of verkeersdelict. Geen van de zedendelinquenten recidiveerde met brandstichting.

Recidivepercentages werden eveneens berekend voor diverse subgroepen. Onderscheid werd gemaakt in dadertype, het al dan niet afronden van de behandeling en het recidiverisico. In Figuur 1 staan voor de subgroepen de recidive curven weergegeven voor recidive met een seksueel delict.

Dadertypen verschilden in recidive met een seksueel delict (Logrank = 13.14, $df = 3$, $p = .004$): exhibitionisten recidiveerden vaker (23.1%) met een seksueel delict (waarvan 75% met een hands-on delict) dan pedoseksuelen (12.5%), aanranders/verkrachters (5.6%) en incestplegers (3.7%). Verschillen tussen dadertypen in recidive met een geweldsdelict of ander delict waren niet significant.

Drop-outs recidiveerden vaker met een seksueel delict dan completers (10.7% vs. 8.6%. Log Rank = 4.19, $df = 1$, $p = .041$). Dit gold eveneens voor recidive met een geweldsdelict (9.7% vs. 0%. Log Rank = 6.3, $df = 1$, $p = .012$). Verschillen in recidive met een ander delict waren niet significant.

Tenslotte werd gevonden dat zedendelinquenten waarvan het recidiverisico hoog werd ingeschat, na de behandeling vaker een zedendelict pleegden dan zedendelinquenten waarvan het recidiverisico laag werd ingeschat (20% vs. 3.2%. Log rank (1) = 9.06; $p = .00$). Verschillen tussen laag- en hoog- recidiverisicogroepen in recidive met een geweldsdelict en ander delict waren niet significant.

Recidive tijdens de behandeling

Er werden door 4 van de 149 cliënten (2.7% van de totale groep) 8 delicten gepleegd tijdens de behandeling waarvan 3 seksuele delicten, 1 geweldsdelict en 4 andere delicten.

Discussie

Dit onderzoek was het eerste Nederlandse recidive-onderzoek bij volwassen mannelijke zedendelinquenten die werden behandeld in een forensisch-psychiatrische polikliniek. De follow-up periode was minimaal 12 en maximaal 88 maanden, met een gemiddelde van 32 maanden. Van de totale groep ($N = 149$) recidiveerde 9.5% met een seksueel delict, 3.8% met een geweldsdelict en 4.2% met een ander delict (d.i. vermogens- en/of verkeersdelict).

Er werd een significant verschil in recidivepercentages gevonden voor dadertypen, het al dan niet afronden van de behandeling en het recidiverisico. In overeenstemming met eerdere studies (bv. Greenberg-Rabinowitz e.a., 2002; Nieuwbeerta e.a., 2003) recidiveerden de onderzochte exhibitionisten vaker met een seksueel delict (23.1%) dan andere typen zedendelinquenten ($< 13\%$). De recidivepercentages bij exhibitionisten die werden gevonden door Greenberg-Rabinowitz e.a. (2002) en Nieuwbeerta e.a. (2003) wijken hiervan af (respectievelijk 11.7% en 40%). Dit heeft waarschijnlijk te maken met verschillen in populatie en observatieperiode: Greenberg-Rabinowitz e.a. (2002) onderzochten exhibitionisten die werden behandeld in een forensische afdeling van een psychiatrisch ziekenhuis en Nieuwbeerta e.a. (2003) hanteerden een aanzienlijk langere observatieperiode van 25 jaar. In tegenstelling tot de bevindingen van Nieuwbeerta e.a. (2003) recidiveerden de meeste exhibitionisten met een hands-on delict, vooral aanranding. Ondersteuning hiervoor wordt gevonden in buitenlandse onderzoeken, vgl. Greenberg-Rabinowitz e.a. (2002). Gezien de tegenstrijdige resultaten op dit gebied strekt het tot aanbeveling om in onderzoek aandacht te blijven besteden aan exhibitionisten en vooral aan de mogelijke progressieve ontwikkeling van hands-off naar hands-on recidivedelicten.

De resultaten uit het onderhavige onderzoek wezen eveneens uit dat drop-outs en zedendelinquenten bij wie het recidiverisico hoog werd ingeschat vaker recidiveerden. Dit pleit er voor om in de behandeling rekening te houden met verschillen in recidivekansen tussen zedendelinquenten met een geschat hoog recidiverisico en tussen zedendelinquenten die een grotere kans hebben om de behandeling niet af te maken, bijvoorbeeld omdat ze tijdens de intake en/of de eerste behandelingsessies blijf geven van een gebrekkige motivatie. Het vergroten van de motivatie, bijvoorbeeld door motivational interviewing, zou bij deze potentiële drop-outs een aandachtspunt van behandeling kunnen zijn. Zedendelinquenten bij wie het recidiverisico hoog wordt ingeschat lijken gebaat bij een langdurige en intensieve therapie. In de behandeling van zedendelinquenten wordt doorgaans nog te weinig zorg op maat geleverd. Cliënten worden in de groep geplaatst zonder rekening te houden met verschillen in recidivekansen. Uit onderzoek van Andrews (1989) en Bonta (1997) bleek dat het in één groep behandelen van zedendelinquenten met een laag- en hoog-recidiverisico contraproductief werkte: de laag-recidiverisico delinquenten in deze groep recidiveerden vaker (17%) dan laagrecidiverisico delinquenten die een aangepast zorgprogramma kregen aangeboden (10%). Andrews' (1989) verklaring hiervoor was dat zedendelinquenten met een laag-recidiverisico ongewenst gedrag kopiëren van zedendelinquenten met een hoog-recidiverisico met wie zij in de groep zaten.

De resultaten uit dit onderzoek hebben het inzicht vergroot in recidive bij zedendelinquenten in de ambulante forensische psychiatrie. Een aantal beperkingen dient echter te worden vermeld. Allereerst is het aanmerkelijk dat de gevonden recidivepercentages een onderschatting zijn van de daadwerkelijke recidive omdat ze zijn gebaseerd op officiële criminaliteitscijfers. Veel zedendelicten blijven "verborgen". Marshall en Barbaree (1988) concludeerden dat in onofficiële bronnen het aantal slachtoffers van zedenmisdrijven 2.7 keer hoger was dan het aantal dat in officiële bronnen werd genoteerd. Aangeraden wordt dan ook om naast officiële cijfers eveneens gebruik te maken van onofficiële informatiebronnen, zoals gegevens uit interviews met slachtoffers en informatie van hulpverleningsinstanties (Craig, Browne & Stringer, 2003).

Als tweede beperking kan de follow-up periode van 7.3 jaar worden aangemerkt. Het blijkt dat pedoseksuelen en incestplegers nog heel lang kunnen recidiveren met een pedoseksueel delict. Hanson, Steffy en Gauthier (1993) vonden bijvoorbeeld dat 23% van de pedoseksuelen meer dan 10 jaar na ontslag uit detentie recidiveerde, met als uitschieter de incestplegers die

- zo wordt verondersteld - hun leven lang potentieel 'at risk' zijn. De auteurs suggereerden dat het grootste recidiverisico lijkt te liggen tussen het 5^{de} en 10^{de} jaar na behandeling.

De derde beperking van het onderzoek was de retrospectieve aard ervan. De verkregen informatie hing sterk af van de kwaliteit van de beschikbare dossiers. Voor 33 zedendelinquenten was de dossierinformatie zo beperkt dat zij niet in het onderzoek werden meegenomen. Van een aantal in het onderzoek betrokken zedendelinquenten was beperkte informatie beschikbaar over de achtergronden van het delict en de slachtoffers. Dit gold vooral voor zedendelinquenten die niet eerder waren veroordeeld voor een zedendelict en grotendeels werden behandeld in een vrijwillig kader. De informatiestroom werd in grote mate bepaald door de openhartigheid van cliënten om over hun delicten te praten, hetgeen lang niet altijd het geval was.

De laatste beperking heeft te maken met het feit dat er op basis van de gepresenteerde recidivepercentages geen conclusies kunnen worden getrokken over de mate waarin behandeling effectief is geweest in het terugdringen van recidive. In sommige recidivestudies wordt dat echter wel gedaan (zie bijvoorbeeld Hanson e.a., 2002; Seager e.a., 2004). Echter, om dergelijke conclusies te kunnen trekken moet op z'n minst op twee momenten een meting plaats hebben gevonden (aan het begin en einde van de behandeling) en moeten de recidivepercentages worden vergeleken met die van een groep die geïndiceerd is voor behandeling maar het niet krijgt (controlegroep) of een groep die een ander type behandeling krijgt (vergelijkingsgroep). Vooral de studies met een experimenteel onderzoeksdesign zijn in de praktijk lastig uitvoerbaar en stuiten, als het gaat om het samenstellen van een controlegroep, op een aantal ethische bezwaren, waarvan het onthouden van behandeling van daders die het nodig hebben één van de meest zwaarwegende is. Toch worden in het buitenland dergelijke typen onderzoeken - weliswaar niet bij zedendelinquenten - steeds vaker gepubliceerd. Wil men in Nederland uitspraken kunnen doen over de effectiviteit van de behandeling in het verminderen van recidive dan zullen er recidiveonderzoeken moeten worden uitgevoerd die minimaal een quasi-experimentele opzet hebben, maar nog beter, die een controlegroep meenemen.

Literatuurlijst

- Andrews, D.A. (1989). Recidivism is predictable and can be influenced: Using risk assessments to reduce recidivism. *Forum on Corrections Research*, 1, 1-17.

- Bonta, J. (1997). Do we need theory for offender risk assessment? *Forum on Corrections Research*, 9, 42-45.
- Brouwers, M., & Smit, P.R. (2005). *Seksuele delinquentie. De prevalentie door de jaren heen. Justitiële Verkenningen*, 1, Den Haag: Boom Juridische Uitgevers
- Browne, K.D., Foreman, L., & Middleton, D. (1998). Predicting treatment drop-out in sex offenders. *Child Abuse Review*, 7, 402-419.
- Craig, L.A., Browne, K.D., & Stringer, I. (2003). Risk scales and factors predictive of sexual offence recidivism. *Trauma, Violence, & Abuse*, 4, 45-69.
- de Ruiter, C., & de Vogel, V. (2004). Recidive bij behandelde seksuele delinquenten. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 28, 92-102.
- Greenberg-Rabinowitz, S.R., Firestone, P., Bradford, J.M., & Greenberg, D.M. (2002). Prediction of recidivism in exhibitionists: Psychological, phallometrical, and offense factors. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 14, 329-347.
- Hanson, R.K., Gordon, A., Harris, A.J.R., Marques, J.K., Murphy, W., Quinsey, V.L., & Seto, M.C. (2002). First report of the collaborative outcome data project on the effectiveness of psychological treatment for sex offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 14, 169-194.
- Hanson, R.K., Steffy, R.A. & Gauthier, R. (1993). Long-term recidivism of child molesters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 646-652.
- Harris, J.R., & Hanson, R.K. (2004). *Sex offender recidivism: A simple question*. Ottawa: (Cat No. PS3-1/2004-3E). Department of Solicitor General of Canada. Website: <http://www.sgc.ca>
- Hosmer, D.W., & Lemeshow, S. (1998). *Applied Survival Analysis: Regression Modeling of Time to Event Data*. Wiley & Sons Inc.
- Marshall, W.L., & Barbaree, H.E. (1988). The long-term evaluation of a behavioural treatment programme for child molesters. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 499-511.
- Miner, M.H., & Dwyer, S. (1995). Analysis of dropouts from outpatient sex offender treatment. *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 7, 77-93.
- Mulder, J. (2004). 'Het leukste van de krant is de krantenjongen'. Groepsbehandeling van plegers van pedo-seksuele delicten. In B. Deneer (Red.), *Gevaarlijke groepen. Groepsbehandeling in de ambulante forensische psychiatrie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Nieuwbeerta, P., Blokland, A., & Bijleveld, C. (2003). Lange termijn recidive van daders van seksuele delicten. *Tijdschrift voor Criminologie*, 4, 369-377.
- 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.
- Proctor, E. (1996). A five-year outcome evaluation of a community-based treatment program for convicted sexual offenders run by the probation service. *Journal of Sexual Aggression*, 2, 3-16.
- Proulx, J., Ouimet, M., Pellerin, B., & Paradis, Y. (1998). *Post treatment recidivism rates in sexual aggressors: A comparison between dropout and nondropout subjects*. www.crim.umontreal.ca/cours/cril600/prepress/cahier22.pdf
- Seager, J.A., Jellicoe, D., & Dhaliwal, G.K. (2004). Refusers, dropouts, and completers: Measuring sex offender treatment efficacy. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 48, 600-612.
- Sugarman, P., Dumughn, C., Saad, K., Hinder, S., & Bluglass, R. (1994). Dangerousness in exhibitionists. *Journal of Forensic Psychiatry*, 5, 287-296.
- van Beek, D., de Doncker, D., & de Ruiter, C. (2000). *Static-99. Nederlandse geautoriseerde vertaling*. Utrecht: dr. H. van der Hoeven Stichting.
- Wartna, B. (2000). Recidive-onderzoek en survival analyse. Over het meten van de duur van de misdrijf-vrije periode. *Tijdschrift voor Criminologie*, 42, 2-20.

Summary

Recidivism among sex offenders in an outpatient forensic psychiatric treatment centre

A retrospective study was conducted of sex offenders treated at an outpatient forensic psychiatric treatment centre. The sample consisted of 149 adult male sex offenders who were admitted to treatment after having committed a sexual offence. The follow-up period ranged from 12 to 88 months with an average of 32 months. Information on recidivism was based on official criminal records. Recidivism was defined as a new conviction for a sexual offence, a violent non-sexual offence and other offence (i.e., arson, crimes against property and traffic offences). Survival analyses showed an overall recidivism rate of 9.5% for sexual offences, 3.8% for violent offences, and 4.2% for other offences. Sexual recidivism rates were found to be significantly higher for exhibitionists (75% recidivated with a hands-on sexual offence), offenders who dropped out of treatment and for high risk offenders. Despite some limitations of the current study, the reported differences in recidivism rates among subgroups of sex offenders can contribute to greater insight in the community-based treatment of sex offenders.