

## Literatuuronderzoek

# Waaraan moet een cognitief-gedragstherapeutisch programma voor seksueel gewelddadige terbeschikkinggestelden voldoen?

Ruud H. J. Hornsveld<sup>1</sup>, Thijs Kanters<sup>2</sup>, Luk Gijs<sup>3</sup>, Floor W. Kraaimaat<sup>4</sup>, Leone van der Wal<sup>5</sup>, Hjalmar J. C. van Marle<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Erasmus Universitair Medisch Centrum, Rotterdam

<sup>2</sup> Erasmus Universitair Medisch Centrum, Rotterdam; FPC de Kijvelanden, Poortugaal

<sup>3</sup> Katholieke Universiteit, Leuven

<sup>4</sup> Radboud Universiteit, Nijmegen

<sup>5</sup> FPC de Kijvelanden, Poortugaal

---

### Samenvatting

**Achtergrond:** Nederlandse publicaties over cognitief-gedragstherapeutische programma's voor seksueel gewelddadige terbeschikkinggestelden die gebaseerd zijn op recent empirisch onderzoek, zijn schaars.

**Doel:** De onderbouwing en beschrijving van een cognitief-gedragstherapeutisch programma voor terbeschikkinggestelde kindermisbruikers en verkrachters.

**Methode:** Voor de onderbouwing en beschrijving van het programma werd relevante literatuur bestudeerd.

**Resultaten:** In dit artikel wordt eerst de literatuur over psychologische risicofactoren bij seksueel geweldplegers samengevat. Daarna wordt een beknopt overzicht gegeven van het onderzoek naar de resultaten van cognitief-gedragstherapeutische programma's. Tenslotte worden aanbevelingen gedaan voor de ontwikkeling van een Nederlands programma.

**Conclusie:** De effecten van cognitief-gedragstherapeutische programma's voor seksueel geweldplegers op het recidiverisico variëren van beperkt tot nihil.

---

Voor de ontwikkeling van een cognitief-gedrags-therapeutisch programma voor seksueel gewelddadige terbeschikkinggestelden werd eerst de literatuur bestudeerd over de dynamische risicofactoren bij deze populatie. Andrews en Bonta (2003) definieerden deze factoren als de veranderbare kenmerken van een delictpleger die gerelateerd zijn aan het recidiverisico. Daarna komt effectonderzoek aan de orde naar programma's die vooral gericht zijn op de

oorzakelijke factoren die tot seksuele delicten kunnen leiden. Vervolgens wordt recent onderzoek beschreven naar de effecten van programma's waarbij factoren die delictgedrag in stand houden onderwerp van behandeling zijn. Bij deze beschrijvingen wordt grotendeels de historische ontwikkeling in de behandeling van seksueel geweldplegers gevolgd (Laws & Marshall, 2003; Marshall & Hollin, 2014; Marshall & Laws, 2003). Na een kritische bespreking van de literatuur worden de voorwaarden voor een cognitief-gedragstherapeutisch programma voor seksueel gewelddadige terbeschikkinggestelden geformuleerd.

### Enkele definities

Terbeschikkinggestelden zijn delinquenten, voor wie de rechter een verband heeft geconstateerd tussen 'een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens' en een gepleegd delict dat bestraft kan worden met een gevangenisstraf van vier jaren of meer. Het oordeel van de rechter berust op psychodiagnostisch onderzoek door een forensisch psychiater

---

Dr. R.H.J. Hornsveld, klinisch psycholoog, wetenschappelijk onderzoeker

Th. Kanters, MSc, psycholoog

Prof. Dr. L. Gijs, gezondheidszorgpsycholoog-seksuoloog-NWVS

Prof. Dr. F.W. Kraaimaat, klinische psycholoog en emeritus hoogleraar medische psychologie

Mw. L. van der Wal, sociaal pedagogisch hulpverlener, VO social work enVO supervisie & coaching

Prof. Dr. H.J.C. van Marle, psychiater, hoogleraar forensische psychiatrie Erasmus Medisch Centrum en Erasmus School of Law te Rotterdam

Correspondentie: R.H.J. Hornsveld, Erasmus Universitair Medisch Centrum.

E: Ruud.Hornsveld@Ziggo.nl

Ontvangen: 26 mei 2015; Geaccepteerd: 26 augustus 2015

en/of forensisch psycholoog (Van Marle, 2000). Behandeling vindt plaats in een gesloten, beveiligde instelling en is primair gericht op 'dynamische criminogene factoren', veranderbare eigenschappen van geweldplegers die gerelateerd zijn aan het recidiverisico (Andrews & Bonta, 2003). In plaats van 'dynamische criminogene factoren' wordt in dit manuscript in navolging van Mann, Hanson en Thornton (2010) gesproken van 'psychologische risicofactoren'. Dat zijn veranderbare, recidive-gerelateerde gedragingen die in aanmerking komen voor behandeling of persoonlijkheidstrekken waarmee in de behandeling rekening moet worden gehouden.

In Nederland worden mannelijke, seksueel geweldadige terbeschikkinggestelden vaak onderverdeeld in twee subgroepen: kindermisbruikers en verkrachters (bijvoorbeeld: De Vogel, De Ruiter, Van Beek, & Mead, 2004). Bij kindermisbruikers gaat het om seksueel misbruik als aanranding of verkrachting van slachtoffers jonger dan 16 jaar, bij verkrachters betreft het seksueel misbruik van slachtoffers die 16 jaar of ouder zijn.

### Psychologische risicofactoren

Helaas is het aantal empirische studies beperkt waarbij de psychologische risicofactoren van een groep seksueel geweldplegers werden vergeleken met een normgroep of waarbij subgroepen seksueel geweldplegers onderling werden vergeleken op psychologische risicofactoren. Zo bleek uit een onderzoek door Dennison, Stough en Birgden (2001) met de NEO Personality Inventory-Revised (Costa Jr. & McCrae, 1992) dat 32 gedetineerde kindermisbruikers lager scoorden op extravertie dan 33 niet-klinische vrijwilligers, maar niet lager op altruïsme. Serin, Malcolm, Khanna en Barbaree (1994) vonden bij 33 verkrachters een significant hogere score op de Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R; Vertommen, Verheul, De Ruiter, & Hildebrand, 2002), een voorspeller van gewelddadige recidive (bijvoorbeeld: Hare & Neumann, 2009), dan bij 32 kindermisbruikers. Ook in latere studies bleken verkrachters steeds hoger dan kindermisbruikers te scoren op psychopathie (bijvoorbeeld: Porter, Fairweather, Drugge, Hervé, & Boer, 2000). Seidman, Marshall, Hudson en Robertson (1994) gebruikten onder andere de dispositieschaal van de State-Trait Anger Expression Inventory (Spielberger, 1988) bij 15 kindermisbruikers, 17 verkrachters, 15 huiselijk geweldplegers en 33 niet-klinische vrijwilligers. Zij constateerden dat beide groepen seksuele geweldplegers niet meer gedisponeerd waren tot woede dan de niet-seksuele geweldplegers en een niet-klinische controlegroep.

In meerdere studies is gebruik gemaakt van een impliciete associatie test (IAT; Greenwald, McGhee, & Schwartz, 1998) voor het meten van impliciete seksuele interesse bij kindermisbruikers. Daaruit kwam steeds naar voren dat kindermisbruikers, ook als zij zich daar niet direct van bewust zijn, kinderen sterker met seks associëren dan andere typen delinquenten (bij-

voorbeeld: Hempel, Buck, Goethals, & Van Marle, 2013; Nunes, Firestone, & Baldwin, 2007). Hornsveld, Gerritsma, Kanters, Zwets en Roozen-Vlachos (2014) onderzochten 16 kindermisbruikers, 22 verkrachters en 59 niet-seksueel gewelddadige terbeschikkinggestelden met behulp van de Sexual Violence Risk-20 (SVR-20; Hildebrand, De Ruiter, & Van Beek, 2001), de PCL-R (Vertommen et al., 2002), zelfrapportage-vragenlijsten en een voor hun onderzoek ontwikkelde IAT. Bij deze IAT moesten proefpersonen stimuli als plaatjes of woorden zo snel mogelijk onderbrengen in de juiste categorie (bijvoorbeeld: 'kind', 'volwassen', 'seks' of 'niet seks'). Zij vonden respectievelijk met de PCL-R, de zelfrapportage-vragenlijsten en de IAT dat de kindermisbruikers lager scoorden op psychopathie en agressief gedrag dan de verkrachters en onderdanigheid meer met seksuele aantrekkelijkheid associeerden. Ó Ciardha en Gormley (2012) gebruikten een ander instrument om impliciete cognities te meten, namelijk een gemodificeerde versie van de Stroop-taak, in een groep van 24 kindermisbruikers en in een groep van niet-klinische proefpersonen. De seksuele interesse van de (extra- en intrafamiliale) kindermisbruikers resulteerde in kortere reactie tijden bij plaatjes van kinderen vergeleken met die bij plaatjes van volwassenen.

In tegenstelling tot het beperkte aantal studies waarbij subgroepen van gedetineerde seksueel geweldplegers met elkaar werden vergeleken, is er relatief veel onderzoek gedaan naar psychologische risicofactoren vlak voor ontslag of overplaatsing naar een ambulante instelling. Zo bleek uit een meta-analyse van 82 beloopstudies bij 29.450 seksueel geweldplegers, uitgevoerd door Hanson en Morton-Bourgon (2005), dat deviante seksuele interesses en antisociale attitudes de belangrijkste voorspellers zijn van seksueel recidive. Minder belangrijke voorspellers zijn: seksuele preoccupaties, instabiele leefstijl/impulsiviteit, delictondersteunende attitudes en problemen in intieme relaties. Psychische druk, ontkenning van het seksueel delict, gebrek aan empathie voor het slachtoffer (zie ook: Blair, 2010; Marshall & Marshall, 2011) of beperkte motivatie voor behandeling bleken weinig tot geen relatie te hebben tot seksuele recidive (Mann et al., 2010).

Alle onderzoeken samengevat zijn er aanwijzingen dat seksueel geweldplegers hoger scoren op zelfgerapporteerd neuroticisme (psychische labiliteit), al vonden Hanson en Morton-Bourgon (2005) dat impulsiviteit een minder belangrijke voorspeller van seksueel recidive dan deviante seksuele voorkeuren en antisociale attitudes. Bovendien is het aantal onderzoeken naar de persoonlijkheidskenmerken van (subgroepen) seksueel geweldplegers zo klein dat alleen zeer voorlopige conclusies kunnen worden getrokken. Verkrachters rapporteerden op vragenlijsten meer agressief gedrag dan kindermisbruikers en scoorden hoger op psychopathie gemeten met een beoordelingsinstrument als de PCL-R (Vertommen et al., 2002). Uit onderzoek met behulp van impliciete associatie tests bleek dat kin-

dermisbruikers kinderen sterker met seks en onderdanigheid sterker met aantrekkelijkheid associëren dan verkrachters of niet-seksueel geweldplegers. Deviante seksuele oriëntatie en antisociale attitudes bleken de belangrijkste voorspellers voor recidive te zijn. Seksuele preoccupaties, instabiele leefstijl/impulsiviteit, delictondersteunende attitudes en problemen in intieme relaties zouden in mindere mate bijdragen tot het recidiverisico. Hoewel de resultaten van bovenstaande studies niet betekenen dat er in de onderzochte populatie sprake is van causale relaties tussen bepaalde psychologische risicofactoren en recidive, kunnen de verschillen in deze factoren tussen subgroepen seksueel geweldplegers bijdragen tot de differentiatie in behandelprogramma's voor deze subgroepen (Mann et al., 2010).

### **Recidiverisico en behandelde versus niet-behandelde seksueel geweldplegers**

De eerste cognitief-gedragstherapeutische programma's voor seksueel geweldplegers werden in de loop van de zeventiger jaren van de vorige eeuw ontwikkeld, vooral in de Angelsaksische landen (Laws & Marshall, 2003; Marshall & Laws, 2003). Onderzoek naar het effect van deze programma's vond plaats door het recidivepercentage van een groep behandelde seksueel geweldplegers te vergelijken met dat van een op meerdere variabelen gematchte groep niet-behandelde seksueel geweldplegers. De programma's richtten zich niet alleen op de modificatie van deviante seksuele oriëntaties, maar ook op een toename van relationele vaardigheden en seksuele voorlichting (bijvoorbeeld: Barlow, 1973). Door de introductie van het 'terugvalpreventiemodel' in het begin van de jaren tachtig van de vorige eeuw (Pithers et al., 1983), werden aan de programma's interventies toegevoegd ter bevordering van empathie, sociale vaardigheden, relationele vaardigheden, woedebeheersing en eigenwaarde (Marshall & Laws, 2003; Marshall & Hollin, 2014). Volgens Pithers et al. (1988) is terugval een proces met een aantal achtereenvolgende stappen, namelijk negatieve stemming, fantasieën over deviant seksueel gedrag, vervormde cognities, maken van plannen voor het plegen van een seksueel delict, masturbatiefantasieën en tenslotte het plegen van het delict. De op terugvalpreventie gebaseerde programma's stelden zich dan ook ten doel seksueel geweldplegers inzicht te geven in de situaties die een delictketen in gang zetten en in de verschillende stappen die daar op volgen, inclusief bijbehorende gedachten, gevoelens en gedragingen. Daarnaast leerden de seksueel geweldplegers coping-vaardigheden voor het hanteren van toekomstige problemen of risicosituaties en moesten ze een plan opstellen dat de kans op onverwachte risicosituaties zou minimaliseren (Marshall & Anderson, 2000). Door het baanbrekende werk van Van Beek en Mulder (1991, 1992a, 1992b; Van Beek, 1999) kon deze delictscenarioprocedure al in het begin van de negentiger jaren bij de diagnostiek en

behandeling van Nederlandse seksueel geweldplegers worden toegepast.

Het invloedrijkste onderzoek naar het effect van een op terugvalpreventie gebaseerd programma voor seksueel geweldplegers is het in California uitgevoerde Sex Offender Treatment en Evaluation Project (SOTEP; Marques, Day, Nelson, & West, 1994). In hun gecontroleerd onderzoek vergeleken Marques, Wiederanders, Day, Nelson en Van Ommeren (2005) een experimentele groep van 259 seksueel geweldplegers met een op meerdere variabelen gematchte groep van 225 seksueel geweldplegers die het programma niet volgden maar wel aan het onderzoek deelnamen en een controle groep van 220 seksueel geweldplegers die het programma niet volgden en ook niet aan het onderzoek wilden deelnemen. Het behandelprogramma in het Atascadero State Hospital duurde twee jaar en omvatte drie bijeenkomsten van 90 minuten per week. Na ontslag volgden de deelnemers aan het klinische programma nog een nazorgprogramma (SOAP) van een jaar. De onderzoekers vonden echter geen verschil tussen de drie groepen in seksuele of gewelddadige recidive over een periode van acht jaar. Wel hadden de seksueel geweldplegers die de nevensdoelstellingen van het programma wisten te realiseren lagere recidive cijfers dan de seksueel geweldplegers die daar niet in slaagden. Opmerkelijk aan de studie van Marques et al. (2005) is echter niet het lage recidivepercentage van 10,8 % van de behandelde seksueel geweldplegers, maar eerder het recidivepercentage van 13-14 % van de onbehandelde seksueel geweldplegers.

Min of meer parallel aan de ontwikkelingen in de Verenigde Staten werd in 1992 in Groot-Brittannië het 'Sex Offender Treatment Program' (SOTP) geïmplementeerd (Grubin & Thornton, 1994). Dit programma omvatte een 'Core' en een 'Booster' programma voor alle daders, evenals een 'Extended' programma met modules op indicatie. Het 'Core' programma bestond uit het uitdagen van vervormde cognities, het bevorderen van empathie en het opstellen van een delictscenario om terugvalpreventiestrategieën te ontwikkelen. De modules van het 'Extended' programma richtten zich bijvoorbeeld op een tekort aan sociale vaardigheden of onvoldoende woedebeheersing. Het 'Booster' programma tenslotte, bestond uit een geïntegreerde vaardigheidstraining, waarbij de terugvalpreventiestrategieën uit het 'Core' programma en de vaardigheden uit het 'Extended' programma opnieuw aan bod kwamen. Aan de groepsbijeenkomsten van de drie programma's konden zo nodig ook nog individuele bijeenkomsten toegevoegd worden. Alleen al het 'Core' en 'Booster' programma duurden bij elkaar 140 tot 160 uur (Grubin & Thornton, 1994). Echter, een evaluatie van het SOTP door Friendship, Mann en Beech (2003), waarbij een groep van 647 behandelde seksueel geweldplegers werden vergeleken met een groep van 1.910 op ontslagjaar gematchte onbehandelde seksueel geweldplegers, leverde teleurstellende resultaten op. Na twee

jaar bleek het percentage seksuele recidives in de behandelde groep niet significant lager dan in de onbehandelde groep. Wel werden er tussen beide groepen significante verschillen gevonden in het percentage recidives wanneer seksuele delicten werden gecombineerd met geweldsdelicten. Friendship et al. (2003) schreven de resultaten in de eerste plaats toe aan de lage *base rate* van seksuele delicten, maar ook aan onvoldoende behandelintegriteit (Hollin, 1995): het programma wisselde tussentijds van samenstelling (Mann & Thornton, 2000) en het opleidingsniveau van de behandelaars (psychologen, reclasseringsmedewerkers en gevangenenbewaarders) varieerde sterk. Verder ontbrak het bij de uitvoering van het programma aan supervisie of toezicht.

Een evaluatie van internationale onderzoeken in de periode van 1970 tot 1998 door Grossman, Martis en Fichtner (1999) leverde echter aanwijzingen op dat zowel hormonale interventies als cognitief-gedragstherapeutische programma's leiden tot een reductie van recidive met 30%. Ambulante behandelingen zouden effectiever zijn dan klinische, mogelijk omdat de deelnemers een lager recidiverisico hadden dan de deelnemers aan de klinische programma's. Een meta-analyse van 69 onderzoeken bij 22.181 seksueel geweldplegers door Lösel en Schmucker (2005) toonde eveneens aan dat terugvalpreventieprogramma's een positief resultaat opleverden. Ook uit een meta-analyse van vijf studies met in totaal 578 verkrachters door De Ruiter, Veen en Greeven (2008) bleek dat cognitieve gedragstherapie gericht op 'terugvalpreventie' resulteerde in een afname van seksuele en algemene recidive. De auteurs concludeerden dat de gevonden behandel-effecten vooral geconstateerd werden na een intensieve en relatief langdurige intramurale behandeling die in sommige gevallen gevolgd werd door een ambulante nazorgprogramma.

Als alternatief voor de principes van terugvalpreventie ontwikkelden Ward en Hudson (2000) een 'Self-Regulation Model' over de verschillende manieren waarop individuen belangrijke doelen realiseren. Het 'model' kent voor seksueel geweldplegers negen fasen: gebeurtenis, verlangen naar verboden seks, vaststellen van doelen, vaststellen van aanpak, in situatie met hoog-risico, terugval, seksueel delict, evaluatie na delict en attitude jegens toekomstig delictgedrag. De auteurs onderscheidden vier verschillende paden ('pathways') die resulteren in een seksueel delict, namelijk (a) vermijdend/passief: de dader verliest zelfcontrole, (b) vermijdend/actief: de dader vertoont eerst vermijdingsgedrag maar verliest toch zelfcontrole, (c) toenaderend/automatisch: de dader pleegt het seksuele delict zonder nadenken en (d) toenaderend/expliciet: de dader pleegt het seksuele delict bewust en voelt zich na afloop seksueel bevredigd (Ward & Hudson, 2000).

In een onderzoek naar dit model door Bickley en Beech (2000) konden 87 kindermisbruikers geclasificeerd worden als behorende tot een van deze vier

paden. Toenaderende seksueel geweldplegers rapporteerden meer cognitieve vervormingen, onder andere over de gevolgen van het misbruik voor de slachtoffers, dan vermijdende seksueel geweldplegers met jongens of jongens en meisjes als slachtoffer. Vermijdende seksueel geweldplegers hadden vaak een langdurige relatie met een volwassen partner tijdens het delict en hadden meestal meisjes misbruikt. Vergeleken met actieve misbruikers gaven passieve misbruikers vaker de schuld aan de omstandigheden en waren ze vaker voor seksuele delicten veroordeeld. Ook Yates en Kingston (2006) vonden ondersteuning voor het 'Self-Regulation Model'. Zij onderzochten 80 intrafamiliale kindermisbruikers (incestplegers), extrafamiliale kindermisbruikers en verkrachters. Op incestplegers bleek vooral het vermijdend/passieve pad van toepassing en op verkrachters zowel het toenaderend/automatische als het toenaderend/expliciete pad. De auteurs suggereerden dat aan de vier paden verschillende psychologische en niet-psychologische risicofactoren gerelateerd zijn. De validiteit en bruikbaarheid van het 'Self-Regulation Model' werden later door Kingston, Yates en Olver (2014) geëvalueerd bij een groep van 275 mannelijke seksueel geweldplegers die een van de behandelprogramma's van Canada's Correctional Service (Yates et al., 2000) gevolgd hadden. De onderzoekers vonden dat de deelnemers aan de programma's verbeterden op een aantal meetinstrumenten en dat deze verbeteringen gerelateerd konden worden aan bepaalde zelfregulatiepaden, maar omdat in dit onderzoek geen gebruik gemaakt werd van een controlegroep is de empirische ondersteuning voor het 'Self-Regulation Model' vooralsnog beperkt.

In een kritische bespreking van het 'terugvalpreventiemodel' stelde Hanson (2000, p. 492) dat behandelprogramma's zich beter kunnen richten op 'factoren die crimineel gedrag initiëren (bijvoorbeeld: deviante seksuele interesses) en factoren die terugval moeten voorkomen (bijvoorbeeld: zelfregulatie-strategieën)' dan op factoren die tot een seksueel delict kunnen leiden. Uit een vergelijkend onderzoek van Hanson en Harris (2000) naar de psychologische risicofactoren bij 208 gerecidiveerde en 201, op meerdere variabelen gematchte, niet-gerecidiveerde Canadese seksueel geweldplegers kwam naar voren dat de eerste groep gekenmerkt werd door beperkte sociale ondersteuning, positieve attitudes jegens seksueel geweld, antisociale leefstijlen, beperkte zelfbeheersingsstrategieën en problemen met toezicht. De recidivisten bleken bovendien vlak voor het nieuwe delict meer subjectieve spanning en boosheid te ervaren. De verschillende typen seksueel geweldplegers leverden overeenkomstige risicofactoren op, al waren er minder factoren significant bij de meisjesmisbruikers dan bij de jongensmisbruikers of de verkrachters. Mogelijk zijn deze bevindingen aan de conservatieve kant omdat de recidivisten behandelprogramma's significant vaker niet hadden afgemaakt dan de niet-recidivisten. Niet duidelijk is in welke mate



beide groepen van elkaar verschilden aan het begin van de behandeling.

De kritiek van Hanson (2000) sluit aan bij het door Andrews & Bonta (2003) bepleite 'Risk-Need-Responsivity model' met factoren waarvan uit empirisch onderzoek was gebleken dat ze gerelateerd zijn aan het recidiverisico van geweldplegers, te weten antisociale voorgeschiedenis, antisociale persoonlijkheid, antisociale cognities, antisociaal netwerk, familie- en/of relatieproblemen, beperkte opleiding en/of geen werk, onvoldoende prosociale tijdsbesteding en middelenmisbruik. Hanson, Bourgon, Helmus en Hodgson (2009) vonden dat deze factoren ook van toepassing zijn op seksueel geweldplegers. Uit een meta-analyse van 23 kwalitatief goede studies kwam naar voren dat het recidivepercentage voor de behandelde seksueel geweldplegers (10.9%) significant lager was dan voor de onbehandelde (19.2%). Programma's die gebaseerd waren op de Risk-Need-Responsivity principes leverden de grootste afname in seksuele en algemene recidive op. Door Smid, Kamphuis, Wever en Van Beek (2014) werd in Nederland een onderzoek uitgevoerd, waarin een groep van 106 'behandelde' seksueel geweldplegers met behulp van de Static-99R werd vergeleken met een groep van 188 'onbehandelde' seksueel geweldplegers. De behandeling duurde gemiddeld 8 jaar en 4 maanden en bestond uit individuele of groepspsychotherapie, een terugvalpreventieprogramma, praktische scholing en/of onderwijs en eventueel medicatie. De onderzoekers vonden een behandel-effect bij de hoogrisico geweldplegers, maar niet bij de geweldplegers met een gemiddeld of laag recidiverisico, gemeten aan het begin van de behandeling.

Een aantal onderzoeken naar de resultaten van behandeling betrof alleen kindermisbruikers. Långström et al. (2013) vonden op grond van acht methodologisch gedegen studies bij kindermisbruikers enig bewijs voor een reductie van het recidiverisico als gevolg van farmacologische, psychologische of psycho-educatieve interventies. Grønnerød, Grønnerød en Grøndahl (2014) bevestigden deze bevinding met behulp van hun meta-analyse van een veertiental studies met een sterk onderzoeksdesign naar 'psychotherapeutische' interventies, waaruit bleek dat de effectgroottes van dergelijke interventies bij deze populatie erg klein zijn. Van de tien door Walton en Chou (2014) onderzochte studies naar het effect van psychologische interventies bij kindermisbruikers, waren er slechts drie die een lagere kans op recidive konden aantonen. Deze drie goed gecontroleerde studies betroffen cognitief-gedragstherapeutische programma's.

In 2004 stelden Ward en Marshall dat behandeling van negatief aan delict gerelateerd gedrag bij seksueel geweldplegers (bijvoorbeeld: cognitieve vervormingen) aangevuld moet worden met de bevordering van positief gedrag (bijvoorbeeld: intieme relaties), zodat ze daarmee de kans op het plegen van toekomstige delicten kunnen verkleinen. Ward en collega's introdu-

ceerden daartoe het 'Good Lives Model' dat zich richt op bij de seksueel geweldplegers aanwezige potenties om de kwaliteit van hun leven te verbeteren. Volgens dit 'model' wordt bij het opstellen van een behandelplan aandacht besteed aan tien belangrijke aspecten van het bestaan: gezond leven, kennis, spel en werk, zelfstandigheid, innerlijke rust, relaties, gemeenschapszin, spiritualiteit, geluk en creativiteit (Wills, Yates, Gannon, & Ward, 2013). Marshall en Marshall (2014) stelden echter vast dat tot op heden weinig gecontroleerd onderzoek heeft plaats gevonden naar de effectiviteit van op het 'Good Lives Model' gebaseerde behandelingen. Zij pleiten dan ook voor een evenwichtige benadering, waarbij zowel negatieve als positieve gedragingen aan de orde komen (Marshall et al., 2005). Hun behandelprogramma (Marshall, Marshall, Serran & Fernandez, 2006) richt zich dan ook op zowel negatieve factoren als seksueel misbruik in de kindertijd, onvermogen tot hechting en intimiteit, deviant seksuele interesses of seksuele dwangmatigheid als op het versterken van positieve factoren, zoals het aanleren van coping-vaardigheden, het reguleren van emoties en het opbouwen van een min of meer bevredigend bestaan ('protectieve factoren'). Marshall, Marshall, Serran en O'Brien (2013) concludeerden dat maximaal effectieve programma's voldoen aan vier criteria: (1) ze richten zich op criminogene factoren, (2) worden aangeboden op een gebruiksvriendelijke manier, (3) passen procedures toe die criminogene factoren effectief kunnen beïnvloeden en (4) plaatsen de behandeling in een positief kader volgens de principes van het 'Good Lives Model'.

### **Recidiverisico en gedragsverandering als gevolg van behandeling**

De hoopgevende resultaten van cognitief-gedragstherapeutische programma's voor seksueel geweldplegers aan het begin van de eenentwintigste eeuw, kregen een vervolg in recentere onderzoeken waarbij de verschillen tussen een voormeting aan het begin en een nameting aan het eind van een programma werden gerelateerd aan het recidiverisico en geen vergelijking werd gemaakt tussen behandelde en onbehandelde groepen. Zo vonden Williams, Wakeling en Webster (2007) dat 211 Britse seksueel geweldplegers die het Adapted Sex Offender Treatment Programme (ASOTP) voor gedetineerden gevolgd hadden na afloop significant beter scoorden op risicotaxatie-instrumenten. Het programma omvatte onderdelen als seksuele voorlichting, rekenschap afleggen voor delicten, slachtofferempathie en het aanleren van coping-vaardigheden. Voor de evaluatie waren zelfrapportage-vragenlijsten gebruikt voor cognitieve vervormingen, opvattingen over slachtoffers, slachtofferempathie, coping-vaardigheden, zelfwaardering en eenzaamheid. Recidiverisico aan het begin van de behandeling bleek niet van invloed op veranderingen in probleemgedragingen, evenmin als delicttype. In een vervolgstudie bij 3.773

Britse seksueel geweldplegers zagen Wakeling, Beech en Freemantle (2013) de relatie tussen behandelresultaat en recidiverisico opnieuw bevestigd, mits het behandelresultaat werd geoperationaliseerd als een combinatie van alle veranderingen op de gebruikte zelfrapportage vragenlijsten en recidiverisico als seksuele recidive en niet-seksuele recidive samen. Echter, een positief behandelresultaat droeg niet bij tot een betere recidivepredictie door een risicotaxatie-instrument, in dit geval de Risk Matrix 2000 (RM2000/S, Thornton et al., 2003). Olver, Kingston, Nicholaichuk en Wong (2014) vonden eveneens bij 392 gedetineerde seksueel geweldplegers dat veranderingen op zelfrapportagevragenlijsten voor cognitieve vervormingen, agressie/vijandigheid, empathie, eenzaamheid, intimiteit en nemen van verantwoordelijkheid correleerden met recidiverisico wanneer gecontroleerd werd voor beginmetingen. Opmerkelijk bij dit onderzoek was wel dat de onderzochte geweldplegers bij de beginmeting 'did not score in a particularly pathological manner on the battery of psychometric measures' (p. 549).

Vanwege de veronderstelde gevoeligheid van zelfrapportage-vragenlijsten voor sociaal wenselijk invullen werd in een aantal studies behandelresultaat gemeten aan de hand van risicotaxatie-instrumenten. Nunes, Babchishin en Cortoni (2011) gebruikten in hun onderzoek bij 313 Canadese seksueel geweldplegers naast zelfrapportage-vragenlijsten voor het meten van cognitieve vervormingen, intimiteit en eenzaamheid eveneens drie risicotaxatie-instrumenten, waaronder de Stable-2000 (Hanson, Harris, Scott, & Helmus, 2007) voor het meten van psychologische risicofactoren. De behandeling bestond uit een korte versie (40 tot 48 uur) of een lange versie (200 tot 224 uur) van het National Sex Offender Program (NaSOP) met als onderdelen zelfregulering, cognitieve vervormingen, deviante seksuele opwinding en fantasie, sociale vaardigheden, woede- en emotieregulatie, empathie en slachtofferempathie. Het korte programma werd zowel aan ambulante als gedetineerde seksueel geweldplegers gegeven, het lange programma was uitsluitend bestemd voor gedetineerde seksueel geweldplegers. Nunes et al. (2011) vonden dat de onderzochte seksueel geweldplegers op zowel de zelfrapportage-vragenlijsten als de risicotaxatie instrumenten verbeterden, maar dat degenen die het korte programma gevolgd hadden een grotere verbetering toonden dan degenen die het lange programma voltooiden. De deelnemers aan het korte programma hadden echter een lager recidiverisico gemeten met de Static-99 (Hanson & Thornton, 1999) dan de deelnemers aan het lange programma. Olver, Wong, Nicholaichuk en Gordon (2007) toonden in hun studie van 321 Canadese seksueel geweldplegers aan dat positieve veranderingen op de psychologische items van de Violence Risk Scale-Sexual Offender Version (VRS-SO; Wong, Olver, Nicholaichuk, & Gordon, 2003) waren gerelateerd aan een afname van het recidiverisico. Alle psychologische risicofactoren

gecombineerd droegen ook bij tot een verbeterde predictie van seksueel recidive. In een gecombineerde studie van Olver, Beggs Christofferson, Grace en Wong (2013) werden deze bevindingen bevestigd in een grotere groep van Canadese en Nieuw-Zeelandse seksueel geweldplegers. Beggs en Grace (2011) meenden echter dat er een sterker bewijs is voor de relatie tussen behandelresultaat en recidiverisico als er verschillende instrumenten voor het meten van gedragsverandering worden gebruikt. Daarom gebruikten ze in hun onderzoek van 218 seksueel geweldplegers drie verschillende instrumenten voor het bepalen van het behandelresultaat, te weten zelfrapportage-vragenlijsten, de psychologische items van de VRS-SO en een aangepaste versie van de Standard Goal Attainment Scaling (SGAS; Hogue, 1994). De gecombineerde score op de drie maten voor behandelresultaat correleerde significant positief met het recidiverisico. De auteurs concludeerden dat positieve behandelresultaten bijdroegen tot een afname van het recidiverisico.

### **Samenvatting en bespreking**

#### *Psychologische risicofactoren*

Uit recente literatuur komen de volgende psychologische risicofactoren voor seksueel recidive naar voren. De groep van seksueel geweldplegers als geheel bleek in sommige studies hoger op neuroticisme (psychisch labiliteit) te scoren dan niet-klinische controlegroepen. Wanneer subgroepen seksueel geweldplegers onderling werden vergeleken bleken verkrachters hoger te scoren op psychopathie en agressie dan kindermisbruikers. Vaker dan verkrachters associeerden kindermisbruikers kinderen en onderdanigheid met seks. Opgemerkt moet worden dat het bij deze studies niet altijd om vergelijkbare populaties ging. In sommige gevallen betrof het seksueel geweldplegers die een klinische en in andere gevallen een ambulante behandeling volgden. Meestal werd niet vermeld in welke fase van de behandeling de onderzochte geweldplegers zich bevonden. Een ander probleem is de validiteit van de gebruikte zelfrapportage-vragenlijsten, omdat gedetineerde seksueel geweldplegers soms gunstiger scoorden dan niet-klinische normgroepen (zie bijvoorbeeld Olver, Kingston, Nicholaichuk, & Wong, 2014), of omdat een gestructureerde en gecontroleerde omgeving vaak resulteert in lagere scores van meetinstrumenten voor negatief gedrag (Hornsveld, Kraaimaat, Bouwmeester, Polak, & Zwets, 2014).

Als de psychologische risicofactoren van gedetineerde seksueel geweldplegers werden gerelateerd aan het recidiverisico, bleken de belangrijkste voorspellers deviante seksuele oriëntaties/interesses en antisociale attitudes te zijn (Hanson & Morton-Bourgon, 2005). Daarnaast zou de behandeling zich bij kindermisbruikers ook moeten richten op hun behoefte aan onderdanigheid. Verkrachters lijken meer gebaat met een aanvullende behandeling voor hun niet-seksuele agressie. Craissati en Beech (2003) brachten 'psycho-

logisch betekenisvolle risicofactoren' (Mann, Hanson, & Thornton, 2010) onder in een viertal domeinen, te weten delictondersteunende attitudes, intimiteitsproblemen, deviante seksuele interesses en beperkte zelfregulatie-vaardigheden.

#### *Resultaten van behandeling en recidiverisico*

Zowel de studies waarbij een vergelijking werd gemaakt tussen een behandelde en onbehandelde groep seksueel geweldplegers als de studies waarbij de verschillen tussen een voor- en nameting werden gerelateerd aan recidiverisico na ontslag leverden een significante, maar bescheiden reductie van recidive op. Desondanks concludeerden Brooks-Gordon, Bilby en Wells (2006) op grond van een analyse van negen studies dat 'de onzekerheid over de effectiviteit van psychologische interventies blijft' (p. 460). Overigens omvatte hun overzicht geen nieuwe studies, maar onderzoeken die al eerder door andere auteurs waren geanalyseerd. Een Cochrane review door Dennis et al. (2012) van tien studies bij 944 seksueel geweldplegers leidde eveneens tot de conclusie dat psychologische behandelingen, zowel gedragstherapeutische als psychodynamische, niet automatisch resulteren in een afname van het recidiverisico. Naar hun mening is de stand van zaken als volgt te karakteriseren: 'current available evidence does not support the belief ... that once the individual has been treated, their risk of offending is reduced' (p. 2).

Meerdere studies zouden hebben gevonden dat hoog-risico seksueel geweldplegers meer profiteren van behandelprogramma's dan geweldplegers met een gemiddeld of laag recidiverisico (Beggs & Grace, 2011; Olver et al., 2007; Olver, Nicholaichuk et al., 2014; Smid et al., 2014; Wakeling et al., 2013). Beggs en Grace (2011) merkten echter op dat 'higher pretreatment scores leave more room to show genuine improvement' (p. 185). Onduidelijk is ook in hoeverre hoog-risico geweldplegers na een intensieve behandeling nog als zodanig gekwalificeerd konden worden. Als hoog-risico seksueel geweldplegers zoveel profiteren van behandeling waarom vormen ze dan na ontslag nog steeds de groep met het hoogste recidiverisico (Hildebrand, De Ruiter, & De Vogel, 2004)? Of wist deze groep, met vaak relatief hoge scores op psychopathie (Olver & Wong, 2013a), na afloop van de behandeling hun gedrag zoveel gunstiger voor te stellen dan de seksueel geweldplegers met een gemiddeld of een laag recidiverisico?

Vanaf de negentiger jaren staan in de behandelprogramma's de factoren centraal die het seksueel gewelddadig gedrag in stand houden in plaats van de factoren die bijdragen tot het ontstaan ervan. Echter, ondanks deze inhoudelijke verschillen, wordt in de meeste effectstudies geen onderscheid gemaakt in eventuele subgroepen met hun specifieke risicofactoren. Zo blijft onduidelijk op welke van die factoren een behandeling zou moeten aangrijpen en bij welke subgroep dat het geval zou moeten zijn. Een ander probleem is dat

de handleidingen voor de onderzochte programma's meestal niet openbaar zijn, al worden de toegepaste interventies soms kort omschreven (Olver & Wong, 2013b). Daardoor is moeilijk na te gaan wat de programma's precies inhielden, en welke afzonderlijke interventies nu wel en welke geen effect sorteerden. Onvermeld blijft ook welke gedragsverandering bereikt moet zijn wil besloten worden tot ontslag of tot vervolgbehandeling in een ambulante instelling. Daarnaast is onduidelijk hoe de problemen van individuele deelnemers in samenhang met het groepsprogramma werden geanalyseerd en vervolgens aangepakt. Geen enkele effectstudie, met uitzondering die van Friendship et al. (2003), rapporteerde over behandelintegriteit (Hollin, 1995), namelijk dat de behandeling conform de handleiding (Mann, 2009) door goed opgeleide en gesuperviseerde behandelaars werd uitgevoerd.

Op dit moment lijkt er dus beperkt positieve, maar nog onvoldoende ondersteuning voor de effectiviteit van cognitief-gedragstherapeutische programma's. In haast alle meta-analytische studies wordt daarom gepleit voor meer, methodologisch gedegen, onderzoek. In navolging van Quinsey, Rice, Harris en Lalumière (1993) stelde Hanson (2014) dat behandelprogramma's voor seksueel geweldplegers moeten worden geëvalueerd met behulp van onderzoekdesigns van hoge kwaliteit, dat wil zeggen met gebruikmaking van 'goedgeorganiseerde en goeduitgevoerde Randomized Controlled Trials, over langere periodes en gericht op relevante resultaten' (Brooks-Gordon et al. 2006, p. 461). Omdat de *base rate* van seksueel geweld laag is, kunnen alleen krachtige interventies bij grote groepen een significant effect opleveren (Prentky, 2003; Hanson, 2014).

De beperkte effectiviteit van cognitief-gedragstherapeutische programma's heeft mogelijk ook te maken met het feit dat ze niet expliciet gericht zijn op het verminderen of verdwijnen van deviante seksuele oriëntatie. Voor het onder controle houden van die deviante oriëntatie wordt vaak gewezen op de noodzaak van medicatie die de intensiteit van het seksuele verlangen zou reduceren (Gijs & Gooren, 1996; Gooren, 2011; Thibaut et al., 2010). Briken, Hill en Berner (2014) concludeerden dat vooral hyperseksuele patiënten van een farmacologische interventie profiteren, maar Khan et al. (2015) concludeerden op basis van een aantal reviews dat er nauwelijks bewijs is voor de effectiviteit van dergelijke interventies.

#### **Aanbevelingen**

In Nederland is het aantal seksueel gewelddadige terbeschikkinggestelden relatief klein (in 2010 ongeveer 600; Van Gemmert & Van Schijndel, 2011), en verblijven ze in meerdere instellingen. Gezien het kleine aantal patiënten in elke instelling is het voor effectonderzoek nodig dat die instellingen overeenstemming bereiken over eenzelfde programma, een afgestemd onder-

zoekdesign hanteren en dezelfde meetinstrumenten gebruiken. Ten behoeve van de ontwikkeling van een landelijk cognitief-gedragstherapeutisch programma voor seksueel gewelddadige terbeschikkinggestelden doen we op grond van de hierboven beschreven studies de volgende aanbevelingen:

- Het uitvoeren van up-to-date (*risk*)assessment voorafgaande aan de behandeling die voor elke deelnemer resulteert in een behandelplan, naar onze mening op grond van een holistische theorie met functionele analyses voor de recidiverisicogelateerde probleemgebieden (bijvoorbeeld: werk/dagbesteding).
- Het programma bestaat uit modules die zich richten op de psychologische risicofactoren en de protectieve factoren van de seksueel gewelddadige terbeschikkinggestelden als geheel en op die van kindermisbruikers en verkrachters in het bijzonder.
- Voor behandelaars is een handleiding voor het uitvoeren van de diverse programmamodules beschikbaar en voor deelnemers een werkboek voor het maken van de huiswerkopdrachten.
- Het programma wordt uitgevoerd door goedopgeleide en ervaren behandelaars.
- Behandelaars worden gesuperviseerd ten behoeve van behandelintegriteit.

Met deze aanbevelingen willen we een bijdrage leveren aan de verdere ontwikkeling en evaluatie van effectieve cognitief-gedragstherapeutische programma's voor seksueel gewelddadige terbeschikkinggestelden.

#### Literatuur

- Andrews, D. A., & Bonta J. (2003). *The psychology of criminal conduct* (3<sup>rd</sup> edition). New York: Routledge.
- Barlow, D. H. (1973). Increasing heterosexual responsiveness in the treatment of sexual deviation. *Behavior Therapy*, 4, 655-671.
- Beggs, S. M., & Grace, R. C. (2011). Treatment gain for sexual offenders against children predicts reduced recidivism: a comparative validity study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 182-192. doi: 10.1037/a0022900
- Bickley, J. A., & Beech, A. R. (2002). An investigation of the Ward and Hudson pathways of the sexual offense process with child abusers. *Journal of Interpersonal Violence*, 17, 371-393. doi: 10.1177/0886260502017004002
- Blair, R. J. R. (2010). Empathy, moral development, and aggression: A cognitive neuroscience perspective. In W. F. Arsenio & E. A. Lemerise (Eds.), *Emotions, aggression, and morality in children: Bridging development and psychopathology* (pp. 97-114). Washington, DC: American Psychological Association.
- Briken, P., Hill, A., & Berner, W. (2014). Pharmacotherapy of sexual offenders and men who are at risk of sexual offending. In D. P. Boer, R. Eher, L. A. Craig, M. H. Miner & F. Pfäflin (Eds.), *International Perspectives on the Assessment and Treatment of Sexual Offenders* (pp. 437-449). Chichester, UK: Wiley-Blackwell.
- Brooks-Gordon, B., Bilby, C., & Wells, H. (2006). A systematic review of psychological interventions for sexual offenders I: Randomised control trials. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 17, 442-466. doi: 10.1080/14789940600819341
- Costa, P. T. Jr., & McCrae, R. R. (1985). *The NEO Personality Inventory manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources Inc.
- Costa, P. T. Jr., & McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and the Five Factor Inventory (NEO-FFI): Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources Inc.
- Craissati, J., & Beech, A. (2003) A review of dynamic variables and their relationship to risk prediction in sex offenders. *Journal of Sexual Aggression: An international, interdisciplinary forum for research, theory and practice*, 9, 41-55. doi: 10.1080/355260031000137968
- Dennis, J. A., Khan, O., Ferriter, M., Huband, N., Powney, M. J., & Duggan, C. (2012). Psychological interventions for adults who have sexually offended or are at risk of offending (Review). *The Cochrane Library*, 12. Chichester, UK: Wiley.
- Dennison, S. M., Stough, C., & Birgden, A. (2001). The big 5 dimensional personality approach to understanding sex offenders. *Psychology, Crime & Law*, 7, 243-261. doi:10.1080/10683160108401796.
- De Ruiter, C., Veen, V., & Greeven, P. (2008). De effectiviteit van psychologische behandeling bij volwassen verkrachters: bevindingen van een meta-analyse. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 32, 28-41.
- De Vogel, V., De Ruiter, C., Van Beek, D., & Mead, G. (2004). Predictive validity of the SVR-20 and Static-99 in a Dutch sample of treated sex offenders. *Law and Human Behavior*, 28, 235-51.
- Friendship, C., Mann, R. E., & Beech, A. R. (2003). Evaluation of a national prison-based treatment program for sexual offenders in England and Wales. *Journal of Interpersonal Violence*, 18, 744-59.
- Gijs, L., & Gooren, L. (1996). Hormonal and psychopharmacological interventions in the treatment of paraphilias: an update. *The Journal of Sex Research*, 33, 273-290.
- Gooren, L. (2011). Ethical and medical considerations of androgen deprivation therapy treatment of sex offenders. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 96, 3628-3637.
- Greenwald, A. G., McGhee, D. E., & Schwarz, J. L. K. (1998). Measuring individual differences in implicit cognition: The Implicit Cognition Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1464-1480. doi: 10.1037/0022-3514.74.6.1464
- Grønnerød, C., Grønnerød, J. S., & Grøndahl, P. (2014). Psychological treatment of sexual offenders against children: a meta-analytic review of treatment outcome studies. *Trauma, Violence, & Abuse*. doi: 10.1177/1524838014526043.
- Grossman, L.S., Martis, B., & Fichtner, M. D. (1999). Are sex offenders treatable? A research overview. *Psychiatric Services*, 50, 349-361.
- Grubin, D. & Thornton, D. (1994). A national program for the assessment and treatment of sex offenders in the English prison system. *Criminal Justice and Behavior*, 21, 55-71. doi: 10.1177/0093854894021001005
- Hanson, R. K. (2000). Treatment outcome and evaluation problems (and solutions). In D. R. Laws, S. M. Hudson & T. Ward (Eds.), *Remaking Relapse Prevention with sex offenders: a sourcebook* (pp. 485-499). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Hanson, R. K. (2014). Treating sexual offenders: how did we get here and where are we headed? *Journal of Sexual Aggression*, 20, 3-8. doi: 10.1080/13552600.2013.861524
- Hanson, R. K., Bourgon, G., Helmus, L. & Hodgson, S. (2009). The principles of effective correctional treatment also apply to sexual offenders: A meta-analysis. *Criminal Justice and Behavior*, 36, 865-891. doi: 10.1177/0093854809338545
- Hanson, R. K. & Harris, A. J. R. (2000). *Dynamic predictors of sexual recidivism based on comparing 208 recidivists and 201 non-recidivists on community supervision*. Unpublished raw data.
- Hanson, R. K., Harris, A. J. R., Scott, T., & Helmus, L. (2007). *Assessing the risk of sexual offenders on community supervision: The Dynamic Supervision Project* (Corrections Research User Report No. 2007-05). Ottawa, Ontario: Public Safety Canada.



- Hanson, R. K. & Morton-Bourgon, K. E. (2005). The characteristics of persistent sexual offenders: A meta-analysis of recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 1153-1163. doi: 10.1037/0022-006X.73.6.1154
- Hanson, R. K., & Thornton, D. (1999). *Static 99: Improving actuarial risk assessment for sex offenders* (User Report No. 99-02). Ottawa, ON: Corrections Research, Department of the Solicitor General of Canada.
- Hare, R. D., & Neumann, C. S. (2009). Psychopathy: assessment and forensic implications. *The Canadian Journal of Psychiatry, 54*, 791-802. doi: 10.1093/med/9780199551637.003.0007.
- Hempel, I. S., Buck, N. M., Goethals, K. R. & Van Marle, H. J. (2013). Unraveling sexual associations in contact and noncontact child offenders using the Single Category-Implicit Association Test. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 25*, 444-460. doi: 10.1177/1079063212464660
- Hildebrand, M., De Ruiter, C. & De Vogel, V. (2004). Psychopathy and sexual deviance in treated rapists: Association with sexual and nonsexual recidivism. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 16*, 1-24. doi: 10.1177/107906320401600101
- Hildebrand, M., De Ruiter, C., & Van Beek, D. (2001). *Handleiding bij de Sexual Violence Risk-20: Richtlijnen voor het beoordelen van het risico van seksueel gewelddadig gedrag*. Utrecht, NL: Forum Educatief.
- Hogue, T. E. (1994). Goal attainment scaling: A measure of clinical impact and risk assessment. *Issues in Criminological & Legal Psychology, 21*, 96-102.
- Hollin, C. R. (1995). The meaning and implications of "programme integrity". In J. McGuire (Ed.), *What works: Reducing reoffending-guidelines from research and practice* (pp. 195-208). Chichester, UK: Wiley.
- Hornsveld, R. H. J., Gerritsma, C.H. S., Kanters, T., Zwets, A. J. & Roozen-Vlachos, S. (2014). Criminogene factoren van seksueel gewelddadige terbeschikkinggestelden. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 56*, 430-438.
- Hornsveld, R. H. J., Kraaimaat, F.W., Bouwmeester, S., Polak, M. A., & Zwets, A. J. (2014). Behavior on the ward of personality disordered inpatients and chronically psychotic inpatients during a three-year stay in a Dutch forensic psychiatric hospital. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology, 6*, 684-704. doi: 10.1080/14789949.2014.947308
- Khan, O., Ferriter, M., Huband, N., Powney, M. J., Dennis, J. A., & Duggan, C. (2015). Pharmacological interventions for those who have sexually offended or are at risk of offending (Review). *The Cochrane Library*. Chichester, UK: Wiley.
- Kingston, D. A., Yates, P. M., & Olver, M. E. (2014). The self-regulation model of sexual offending: intermediate outcomes and posttreatment recidivism. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 26*, 429-449. doi: 10.1177/10790632134958964
- Långström, N., Enebrink, P., Laurén, E., Lindblom, J., Werkö, S., & Hanson, R. K. (2013). Preventing sexual abusers of children from reoffending: systematic review of medical and psychological interventions. *BMJ, 347*:f4630. doi: 10.1136/bmj.f4630
- Laws, D. R., Marshall, W. L. (2003). A brief history of behavioral and cognitive behavioral approaches to sexual offenders: Part 1. Early developments. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 15*, 75-92.
- Lösel, F. & Schmucker, M. (2005). The effectiveness of treatment for sexual offenders: A comprehensive meta-analysis. *Journal of Experimental Criminology, 1*, 117-146.
- Mann, R. E. (2009). Sex offender treatment: The case for manualization. *Journal of Sexual Aggression, 15*, 121-31. doi: 10.1080/13552600902907288
- Mann, R. E., Hanson, R. K., & Thornton, D. (2010). Assessing risk sexual recidivism: Some proposals on the nature of psychologically meaningful risk factors. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 22*, 191-217. doi: 10.1177/1079063210366039
- Mann, R. E. & Thornton, D. (2000). An evidence-based relapse prevention program. In D. R. Laws, S. M. Hudson & T. Ward (Eds.), *Remaking relapse prevention with sex offenders: a sourcebook* (pp. 341-350). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Marques, J. K., Day, D. M., Nelson, C. & West, M. A. (1994). Effects of cognitive-behavioral treatment on sex offender recidivism: Preliminary results of a longitudinal study. *Criminal Justice and Behavior, 21*, 28-54.
- Marques, J. K., Wiederanders, M., Day, D. M., Nelson, C. & Van Ommeren, A. (2005). Effects of a relapse prevention program on sexual recidivism: Final results from California's Sex Offenders Treatment and Evaluation Project (SOTEP). *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 17*, 79-107. doi: 10.1007/s11194-005-1212-x
- Marshall, W. L. & Anderson, D. (2000). Do Relapse Prevention components enhance treatment effectiveness? In D. R. Laws, S. M. Hudson & T. Ward (Eds.), *Remaking Relapse Prevention with sex offenders: a sourcebook* (pp. 39-55). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Marshall, W. L., & Hollin, C. (2014). Historical developments in sex offender treatment. *Journal of Sexual Aggression*. doi: 10.1080/13552600.2014.980339.
- Marshall, W. L., & Laws, D. R. (2003). A brief history of behavioral and cognitive behavioral approaches to sexual offenders: Part 2. The modern era. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 15*, 93-120.
- Marshall, W. L., & Marshall, L. E. (2014). The future of sexual offender treatment programs. In D. P. Boer, R. Eher, L. A. Craig, M. H. Miner & F. Pfäfflin (Eds.), *International Perspectives on the Assessment and Treatment of Sexual Offenders* (pp. 707-740). Chichester, UK: Wiley-Blackwell.
- Marshall, W. L., & Marshall, L. E. (2011). Empathy and antisocial behavior. *The Journal of Forensic Psychiatry and Psychology, 22*, 742-759. doi: 10.1080/14789949.2011.617544
- Marshall, W. L., Marshall, L. E., Serran, G. A., & Fernandez, Y. M. (2006). *Treating sexual offenders: an integrated approach*. New York: Routledge.
- Marshall, W. L., Marshall, L. E., Serran, G. A., & O'Brien, M. D. (2013). What works in reducing sexual offending. In L. A. Craig, L. Dixon & T. A. Gannon (Eds.), *What works in offender rehabilitation: An evidence-based approach to assessment and treatment* (pp. 173-191). Chichester, UK: Wiley.
- Marshall, W. L., Ward, T., Mann, R. E., Moulden, H., Fernandez, Y. M., Serran, G., & Marshall, L. E. (2005). Working positively with sexual offenders: maximizing the effectiveness of treatment. *Journal of Interpersonal Violence, 20*, 1096-1114. doi: 10.1177/0886260505278514
- Nunes, K. L., Babchishin, K., & Cortoni, F. (2011). Measuring treatment change in sex offenders: Clinical and statistical significance. *Criminal Justice and Behavior, 38*, 157-173. doi: 10.1177/0093854810391054
- Nunes, K. L., Firestone, P., & Baldwin, M. W. (2007). Indirect assessment of cognitions of child abusers with the Implicit Association Test. *Criminal Justice and Behavior, 34*, 454-475.
- Ó Ciardha, C., & Gormley, M. (2012). Using a pictorial-modified stroop task to explore the sexual interests of sexual offenders against children. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 24*, 175-197. doi: 10.1177/1079063211407079
- Olver, M. E., Beggs Christofferson, S. M., Grace, R. C., & Wong, S. C. P. (2014). Incorporating change information into sexual offender risk assessment using the Violence Risk Scale-Sexual Offender Version. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 26*, 472-499. doi: 10.1177/1079063213502679
- Olver, M. E., Kingston, D. A., Nicholaichuk, T. P., & Wong, S. C. P. (2014). A psychometric examination of treatment change in a multisite sample of treated Canadian federal sexual offenders. *Law and Human Behavior, 38*, 544-559. doi: 10.1037/lhb0000086

- Olver, M. E., Nicholaichuk, T. P., Kingston, D. A., & Wong, S. C. P. (2014). A multisite examination of sexual violence risk and therapeutic change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 82*, 312-324. doi: 10.1037/a0035340
- Olver, M. E., & Wong, S. C. P. (2013a). Treatment programs for high risk sexual offenders: Program and offender characteristics, attrition, treatment change and recidivism. *Aggression and Violent Behavior, 18*, 579-591. doi: 10.1016/j.avb.2013.06.002
- Olver, M. E., & Wong, S. C. P. (2013b). A description and research review of the Clearwater Sex Offender Treatment Programme. *Psychology, Crime & Law, 19*, 477-492. doi: 10.1080/1068316X.2013.758983
- Olver, M. E., Wong, S. C. P., Nicholaichuk, T., & Gordon, A. (2007). The validity and reliability of the Violence Risk Scale-Sexual Offender version: Assessing sex offender risk and evaluating therapeutic change. *Psychological Assessment, 19*, 318-329. doi: 10.1037/1040-3590.19.3.318
- Pithers, W. D., Kashima, K. M., Cumming, G. F., Beal, L. S. & Buell, M. M. (1988). Relapse prevention of sexual aggression. *Annals of the New York Academy of Sciences, 528*, 244-260. doi: 10.1111/j.1749-6632.1988.tb50868.x
- Pithers, W. D., Marques, J. K., Gibat, C., & Marlatt, G. A. (1983). Relapse prevention with sexual aggressives: A self-control model of treatment and maintenance of change. In J. G. Greer & I. R. Stuart (Eds.), *The sexual aggressor: current perspectives on treatment* (pp. 214-234). New York: Van Nostrand Reinhold.
- Porter, S., Fairweather, D., Drugge, J., Hervé, H., Birt, A., & Boer, D. P. (2000). Profiles of psychopathy in incarcerated sexual offenders. *Criminal Justice and Behavior, 27*, 216-233.
- Prentky, R. A. (2003). A 15-year retrospective on sexual coercion: Advances and projections. *Annals of the New York Academy of Sciences, 989*, 13-32. doi: 10.1111/j.1749-6632.2003.tb07291.x
- Quinsey, V. L., Rice, M. E., Harris, G. T., & Lalumière, M. L. (1993). Assessing treatment efficacy in outcome studies of sex offenders. *Journal of Interpersonal Violence, 8*, 512-523.
- Seidman, B. T., Marshall, W. L., Hudson, S. M., & Robertson, P. J. (1994). An examination of intimacy and loneliness in sex offenders. *Journal of Interpersonal Violence, 9*, 518-534.
- Serin, R. C., Malcolm, B., Khanna, A., & Barbaree, H. E. (1994). Psychopathy and deviant sexual arousal in incarcerated sexual offenders. *Journal of Interpersonal Violence, 9*, 3-11.
- Smid, W. J., Kamphuis, J. H., Wever, E. C., & Van Beek, D. J. (2014). A quasi-experimental evaluation of high-intensity inpatient sex offender treatment in the Netherlands. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*. doi: 10.1177/1079063214535817
- Spielberger, C. D. (1988). *State-trait anger expression inventory; Professional manual, research edition*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources Inc.
- Thibaut, F., De la Barra, F., Gordon, H. M., Cosyns, P., Bradford, J., and WFSBP Task Force on Sexual Disorders (2010). The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of paraphilias. *World Journal of Biological Psychiatry, 11*, 604-655.
- Thornton, D., Mann, R., Webster, S., Blud, L., Travers, R., Friendship, C., & Erikson, M. (2003). Distinguishing between and combining risks for sexual and violent recidivism. In R. A. Prentky, E. S. Janus, & M. C. Seton (Eds.), *Understanding and managing sexually coercive behavior*. *Annals of the New York Academy of Sciences, 989*, 223-235.
- Van Beek, D. J. (1999). *De delictscenarioprocedure bij seksueel agressieve delinquenten*. Gouda: Quint.
- Van Beek, D., & Mulder, J. (1991). De plaats van het delictscenario in de behandeling van seksueel agressieve delinquenten. *Dth; Directieve Therapie, 11*, 4-18.
- Van Beek, D., & Mulder, J. (1992a). Ervaringen met het opstellen van het delictscenario bij seksueel agressieve delinquenten. *Dth; Directieve Therapie, 12*, 347-360.
- Van Beek, D. J., & Mulder, J. R. (1992b). The offense script: a motivational tool and treatment method for sex offenders in a Dutch forensic clinic. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 36*, 155-167. doi: 10.1177/0306624X9203600207
- Van Gemmert, N., & Van Schijndel, C. (2011). *Forensische Zorg in getal*. Den Haag: WODC.
- Van Marle, H. J. C. (2000). Forensic services in the Netherlands. *International Journal of Law and Psychiatry, 23*, 515-531. doi:10.1016/S0160-2527(00)00049-2
- Vertommen, H., Verheul, R., Ruiter, C. de & Hildebrand, M. (2002). *De herziene versie van Hare's Psychopathy Checklist (PCL-R)*. Lisse: Swets.
- Wakeling, H., Beech, A. R., & Freemantle, N. (2013). Investigating treatment change and its relationship in a sample of 3773 sex offenders in the UK. *Psychology, Crime and Law, 19*, 233-252. doi: 10.1080/1068316X.2011.626413
- Walton, J. S., & Chou, S. (2014). The effectiveness of psychological treatment for reducing recidivism in child molesters: a systematic review of randomized and nonrandomized studies. *Trauma, Violence, & Abuse*. doi: 10.1177/15248380145379
- Ward, T. & Hudson, S. M. (2000). A self-regulation model of relapse prevention. In D. R. Laws, S. M. Hudson & T. Ward (Eds.), *Remaking relapse prevention with sex offenders: A sourcebook* (pp. 79-101). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Ward, T. & Marshall, W. L. (2004). Good lives, aetiology and the rehabilitation of sex offenders: A bridging theory. *Journal of Sexual Aggression: Special Issue: Treatment & Treatability, 10*, 153-169.
- Williams, F., Wakeling, H., & Webster, S. (2007). A psychometric study of six self-report measures for use with sexual offenders with cognitive and social functioning deficits. *Psychology, Crime & Law, 13*, 505-522. doi: 10.1080/10683160601060739
- Wills, G., Yates, P., Gannon, T., & Ward, T. (2013). How to integrate the good lives model into treatment programs for sexual offending: An introduction and overview. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 25*, 123-142.
- Wong, S., Olver, M. E., Nicholaichuk, T. P., & Gordon, A. (2003). The Violence Risk Scale-Sexual Offender version (VRS-SO). Saskatoon, Canada: Regional Psychiatric Centre and University of Saskatchewan.
- Yates, P. M., Goguen, B. C., Nicholaichuk, T. P., Williams, S. M., Long, C. A., Jeglic, E., & Martin, G. (2000). *National sex offender programs (Moderate, low, and maintenance intensity levels)*. Ottawa, Ontario: Correctional Service of Canada.
- Yates, P. M., & Kingston, D. A. (2006). The self-regulation model of sexual offending: The relationship between offense pathways and static and dynamic sexual offense risk. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment, 18*, 259-227. doi:10.1177/107906320601800304

## Summary

### What are the requirements to be met for a cognitive-behavioral treatment program for sexually violent forensic psychiatric inpatients?

**Background:** In the Netherlands, descriptions of cognitive-behavioral treatment programs for sexually violent forensic psychiatric inpatients that are based on recent empirical research are scarce.

**Aim:** To describe and substantiate a cognitive-behavioral treatment program for child molesters and rapists in forensic psychiatric settings.

**Method:** Relevant literature was studied for substantiation and description of the program.

**Results:** In this article, the literature about psychological risk factors of

sex offenders is firstly summarized. Then, a short overview is given of the studies on the results of cognitive-behavioral programs. Finally, recommendations are made for the development of a Dutch program.

*Conclusion:* The effects of cognitive-behavioral programs for sex offenders on recidivism risk vary from limited to nihil.

**Keywords:** forensic psychiatric inpatients, sexual violence, effects of treatment programs

**Trefwoorden:** terbeschikkinggestelden, seksueel geweld, effect van behandelprogramma's

## **Koos Slob Prijs 2016 voor het beste artikel in het Tijdschrift voor Seksuologie 2015-2016**

Het stichtingsbestuur van het Tijdschrift voor Seksuologie heeft in de loop van 2003 de "Koos Slob Prijs" ingesteld. De naam van de prijs is gekozen als eerbetoon aan Prof. Dr. A.K. Slob, bijzonder hoogleraar in de fysiologie en pathofysiologie van de seksualiteit aan de Erasmus Universiteit Rotterdam (1991-2001) en hoofdredacteur van het TvS van 1987 tot en met 2000.

De prijs is ingesteld om auteurs te stimuleren om goed geschreven artikelen van hoog wetenschappelijk niveau aan te bieden aan het Tijdschrift voor Seksuologie.

De prijs zal in 2016 worden uitgereikt aan de eerste auteur van het beste ingezonden artikel over de periode 1 oktober 2015 – 15 mei 2016. Plaatsing van het artikel in het TvS kan nadien nog plaatsvinden.

De beoordeling vindt plaats door een onafhankelijke en multidisciplinaire jury, in 2016 bestaande uit: Prof. dr. Erick Janssen (voorzitter), Interfacultair Instituut voor Familiale en Seksuologische Wetenschappen, Leuven; drs. Olga Loeber (prijswinnares 2010), arts seksuele gezondheid, Arnhem; dr. Greta Bolle (redactielid), klinisch seksuoloog, Brussel.

Het beredeneerde juryoordeel zal eind 2016 publiekelijk worden bekendgemaakt.

De prijs bestaat uit een geldbedrag ter waarde van 1500 euro en een oorkonde.

We nodigen u van harte uit voor 15 mei 2016 een artikel in te zenden aan [redactie@tijdschriftvoorseksuologie.nl](mailto:redactie@tijdschriftvoorseksuologie.nl).