

**Jeugdige zedendelinquenten:
een verdwijnd type dader dat toch behandeling heeft?**

Jan Hendriks

Catrien Bijleveld

Steve van de Weijer

Inleiding

Jeugdige zedendelinquenten vormen een veelbesproken groep waarover veel vooroordelen bestaan. Zo zou het een fors aantal betreffen en de kans op zedenrecidive groot zijn. Deze hardnekkige vooroordelen zijn ook bij sommige klinici aanwezig die werken met jeugdige zedendelinquenten. Daarnaast is er met deze groep daders iets opvallends aan de hand. Dit betreft zowel de prevalentie door de jaren heen, de recidivecijfers, de risicotaxatie alsook de inzichten in welke behandeling adequaat is.

Een korte terugblik in de geschiedenis van het wetenschappelijk onderzoek naar jeugdige zedendelinquenten leert dat er tot in de jaren 90 van de vorige eeuw nauwelijks internationaal kwantitatief onderzoek was verricht naar risicotaxatie, recidive en effecten van behandeling. In ons land was de situatie niet anders. Er waren diverse vormen van behandeling beschikbaar: poliklinische behandeling via het Ambulant Bureau Jeugdwelzijnszorg (ABJ) en klinische behandeling via het jongereninternaat Harreveld. Daarnaast was een leerstraf beschikbaar via de Rutgersstichting. De groep jeugdige zedendelinquenten werd als een (groot) maatschappelijk probleem gezien en de prevalentiecijfers lieten ook een forse toename zien van het aantal verdachten. Uit de dissertatie van Hendriks (2006) blijkt dat er in 1995 in totaal 584 minderjarige verdachten van een zedendelict werden gehoord door de politie. Dit aantal steeg tot 1250 in 2005. Er was dus sprake van ruwweg een verdubbeling van het aantal verdachten in 10 jaar. Extra aandacht voor deze groep daders leek dus logisch. Het aantal verdachten is echter sterk gedaald sinds 2005. In 2017 was er nog 'slechts' sprake van 350 verdachten. Deze dalende trend werd overigens al eerder in de internationale literatuur geconstateerd. Tot nu toe is nog geen bevredigende verklaring gevonden voor deze afname, die deels gekoppeld lijkt aan de afname van de (jeugd)criminaliteit in het algemeen. De positieve effecten van behandelprogramma's worden genoemd als verklaring, echter lang niet alle daders krijgen een behandeling opgelegd. De makkelijke toegang tot pornografisch materiaal (via computer of smartphone) is mogelijk wel een belangrijke reden voor de geconstateerde afname. Pornografie zou dan vooral dienen als *outlet* en niet als *fuel*. Pornografie zou in dat geval niet aanzetten tot seksueel misbruik.

Wat betreft recidive was de heersende mening onder klinici dat er een grote kans op recidive was voor jeugdige zedendelinquenten. Vanwege deze (niet wetenschappelijk onderbouwde) mening werd er vaak langdurige behandeling ingezet. Klinische behandeling in het kader van een PIJ-maatregel (Plaatsing in een Inrichting voor Jeugdigen) kon wel 6 jaar duren en poliklinische behandeling duurde veelal tussen de een en twee jaar. Uit onderzoek van Hendriks en Bijleveld (2005 en 2008) bleek echter dat het recidivepercentage voor zedendelicten over een periode van gemiddeld 7 jaar lager was dan verwacht: rond de 10%.

Dit gold voor zowel onbehandelde als klinisch behandelde daders. Poliklinisch behandelen staken iets gunstiger af: 7% recidive. Er was echter geen sprake van een adequate controlegroep. De door Hendriks en Bijleveld gevonden recidivecijfers pasten bij de bevindingen vanuit internationaal onderzoek. Van den Berg (2015), deels gebruik makend van dezelfde data als Hendriks en Bijleveld (2005, 2008), liet zien dat de zedenrecidive nauwelijks verder toeneemt na 7 jaar. Uit de meta-analyse van Caldwell (2002) bleken recidivepercentages tussen de 1,7% en 19% met een gemiddelde van 10%. Latere onderzoeken laten echter veel lagere zedenrecidivepercentages zien. Zo blijkt uit een meer recente meta-analyse van Caldwell (2016), met als titel *Quantifying the decline in juvenile sexual recidivism rates* dat studies in deze eeuw een gemiddeld recidivepercentage tonen van 2,75%. Hierbij moet wel aangetekend worden dat jeugdige zedendelinquenten vooral recidiveren naar andere vormen van delicten en dat de genoemde bevindingen de zedenrecidive betreffen.

Wanneer we ervan uitgaan dat slechts een paar procent van de daders opnieuw een zedendelict zal plegen wordt het verrichten van risicotaxatie problematisch. Er is dan immers een (heel) grote N nodig om kenmerken van recidivisten te kunnen onderscheiden van niet-recidivisten. Met de terugloop van het aantal verdachten lijkt dit nog moeilijker te realiseren. In Nederland wordt gebruik gemaakt van de J-SOAP (Juvenile Sex Offender Assessment Protocol), die bewerkt is tot de J-SOAP-D(utch)(zie Van Horn, Van Eck, Bullens en Hendriks, 2012). Uit een nog niet gepubliceerde studie van Van den Berg, De Haan en Hendriks (2020) blijkt echter dan de kans op vals-positieven via dit instrument erg groot is. Dit betekent dat veel jeugdige zedendelinquenten ten onrechte als (hoog) recidivegevaarlijk worden ingeschat en mogelijk dus te intensieve behandeling ondergaan hetgeen contraproductief kan werken. Momenteel is er echter geen ander risicotaxatie-instrument beschikbaar dat goed gevalideerd is. Overigens lukt het voorspellen van algemene en meer specifiek geweldrecidive wel beter met de J-SOAP-D.

Dit betekent dat, als behandeling wordt opgelegd aan jeugdige zedendelinquenten, niet voldaan wordt aan het eerste principe van de RNR-principes (Risk Need Responsivity), namelijk het Risk principe. Er zal regelmatig te zware behandeling worden ingezet voor te lichte problematiek. Men zou echter kunnen tegen kunnen werpen dat behandeling niet alleen gericht hoeft te zijn op het verminderen van de kans op recidive. Er is immers ook het belang van het psychisch welbevinden bij jeugdige zedendelinquenten. Zeker degenen die jonge kinderen seksueel misbruiken (kindmisbruikers) vertonen relatief veel klachten zoals angsten, somberheid en sociale uitsluiting en daarvoor is benadeling geïndiceerd.

Wanneer, ondanks de genoemde aandachtspunten, wordt besloten om een zedenbehandeling aan te bieden is het desalniettemin de vraag of behandeling helpt bij het reduceren van het recidiverisico. Hoewel er wel enkele indicaties zijn gevonden (zie bijvoorbeeld Ter Beek et al., 2018 en Hendriks, 2006) is op dit gebied weinig onderzoek verricht. Uit de literatuur van volwassen zedendelinquenten lijkt het dat behandeling die gebaseerd is op cognitieve gedragstherapeutische principes het beste resultaat geeft (zie hiervoor Lösel & Schmucker, 2005; Polizzi et al., 1999; Schmucker & Lösel, 2007).

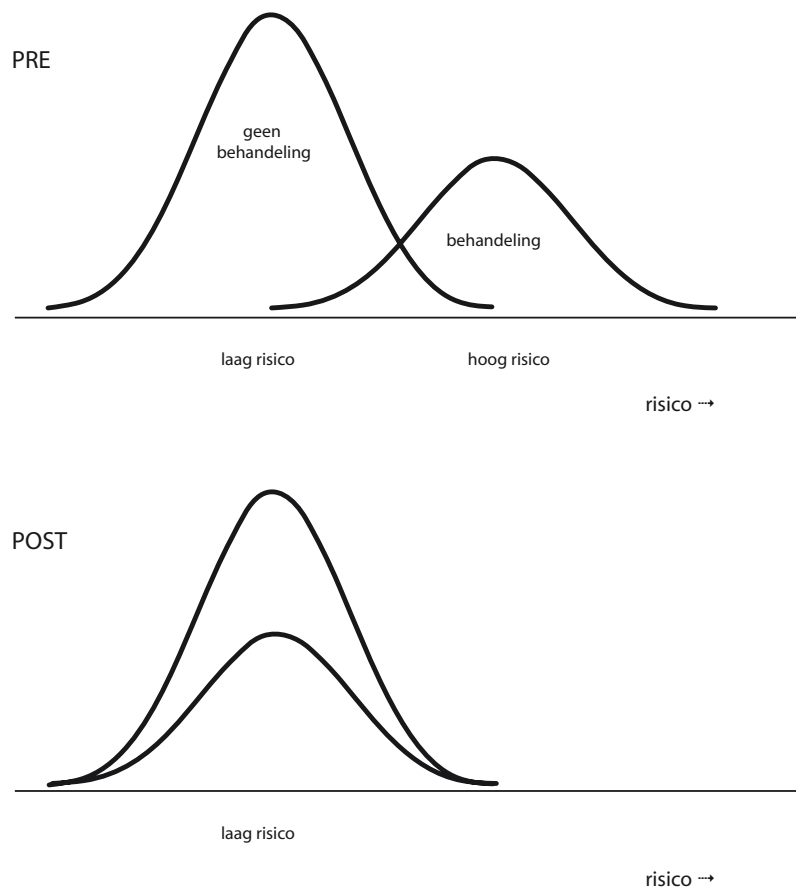
Hanson et al. (2002) vonden geen significante vermindering in het terugbrengen van het risico op zedenrecidive voor behandelprogramma's specifiek voor jeugdige zedendelinquenten. Walker et al. (2004) vonden dat behandeling voor jeugdige zedendelinquenten effectief kan zijn (gewogen gemiddelde $r = .37$). Reitzel en Carbonell (2006) concludeerden in hun meta-analyse over de effectiviteit van de behandeling van jeugdige zedendelinquenten dat

behandeling het recidiverisico significant vermindert. Van de behandelgroepen recidiveerde 12.3% naar een zedendelict terwijl van de controlegroep 16.8% recidiveerde. Schmucker en Lösel (2007) vonden nog grotere effect sizes in hun meta-analyse over behandeling bij jeugdige zedendelinquenten. Echter, de meeste studies behalen niet een hogere rang dan 2 bekeken op de Maryland Scientific Methods Scale (zie bijvoorbeeld Farrington, 2003) wat betekent dat een behoorlijke vergelijkingsgroep meestal niet aanwezig was; dergelijke designs zijn onbruikbaar om het effect aan te tonen van een interventie (behandeling) op een uitkomstmaat (zederecidive). Voor Nederland is de situatie niet anders. Er zijn dus al met al slechts indicaties dat behandeling van jeugdige zedendelinquenten hun recidiverisico terugbrengt.

Dergelijk onderzoek is natuurlijk ongelofelijk lastig. Het random toewijzen van jeugdige zedendelinquenten aan behandeling, waarmee een vergelijkbare controlegroep ontstaat en hard bewijs te leveren is van de effectiviteit (of ineffectiviteit) van behandeling, zal zeer moeilijk te verwezenlijken zijn vanwege de maatschappelijke onrust die dit teweeg zal brengen, naast de weerstand bij verwijzers van deze groep jeugdigen. In situaties waarin we groepen met elkaar willen vergelijken worden we dus geconfronteerd met een behandelgroep, die een behandeling ontvangt vanwege een voorondersteld hoog recidive risico en een controlegroep (die geen specifieke daderbehandeling ontvangt) waarvan voorondersteld wordt dat er een lager recidiverisico op een zedendelict aanwezig is. Verschillen in zederecidive kunnen dan niet worden toegeschreven aan de behandeling aangezien de groepen niet alleen verschillen in de behandelomstandigheden, maar ze verschillen ook in andere kenmerken die samenhangen met het recidive risico.

Voor deze situatie – waar een naar verwachting hoog-risico groep behandeling krijgt om het risico op recidive omlaag te brengen en een naar verwachting laag-risico groep zo'n behandeling niet krijgt – doet zich zelfs het volgende merkwaardige voor. Stel dat blijkt dat geruime tijd na het zedendelict de twee groepen een vergelijkbaar recidivepatroon hebben. Dan zou men geneigd kunnen zijn te denken dat de behandeling niets heeft uitgehaald: men heeft 'zomaar' aan een aantal daders behandeling opgelegd en aan anderen niet en de twee groepen zijn niet te onderscheiden wat betreft recidive. Hieruit zou men dus kunnen concluderen dat behandelen geen zin heeft. Men kan echter evengoed het omgekeerde concluderen: de laag-risico groep had een dermate laag risico dat behandeling niet nodig werd geacht, men heeft op juiste wijze de risicovollen geselecteerd voor behandeling, en die behandeling is erin geslaagd het risico omlaag te brengen tot een acceptabel niveau, namelijk precies het niveau van de groep onbehandelden die zo ongevaarlijk waren dat ze niet behandeld hoefden te worden. Dat de twee groepen na wel/niet behandeling niet te onderscheiden zijn, is juist een teken van succes van de aanpak! Zie Figuur 1.

Het probleem is dat – als behandeling aan de juiste personen is opgelegd – de behandelden een hoog risico hadden en de onbehandelden een laag risico. Dat verschillende risico is een confounder, en confounders maken observationeel onderzoek zo lastig: we kunnen namelijk verschillen tussen de groepen niet toewijzen aan de behandeling, want de groepen verschillen niet alleen op de behandeling maar ook op allerlei andere kenmerken (de confounders), samenhangend met dat risico. Wat we, zoals gezegd, zouden moeten hebben om een conclusie over effectiviteit van de behandeling te trekken is een groep jeugdige zedendelinquenten met een vergelijkbaar risico op zederecidive, waarvan dan een deel toevallig wel en een deel toevallig niet behandeling heeft gekregen.



Figuur 1. Schematische voorstelling van verschillen in risico tussen wel en niet behandelde groepen

Propensity score matching

In deze bijdrage gaan we met een statistische methode proberen een dergelijke situatie te construeren. We gaan met een techniek die propensity score matching (PSM) heet jeugdige zedendaders identificeren met een vergelijkbaar (geschat) risico op recidive, en zullen telkens koppels met een vergelijkbaar risico die wel en die niet behandeling hebben gekregen op recidive vergelijken. De techniek lijkt op matching, maar is verfijnder. Bij matching om groepen vergelijkbaar te maken, zoeken we telkens personen die eenzelfde profiel hebben op achtergrondvariabelen: bij veel achtergrondvariabelen wordt dat al snel ondoenlijk. De elegantie van PSM is dat er niet per variabele gematcht wordt, maar dat uit alle achtergrondvariabelen die van belang zijn een soort composietscore (de 'propensity score') wordt gemaakt, waarna de personen in de interventie- en de controlegroep alleen op die ene score gematcht hoeven te worden.

Propensity score matching werd voor het eerst voorgesteld door Rosenbaum en Rubin (1983). Een van de fundamentele assumpties van de methode is dat er een toevalsfactor zit in de oplegging van de interventie. We weten dat de interventie niet helemaal at random is opgelegd en dat er verschillen zijn in kenmerken van experimentele en controlerespondenten. Maar we nemen aan dat er toch ook respondenten zijn die de interventie hebben gekregen die hem net zo goed niet hadden kunnen krijgen, en andersom. Er is dus een element van toevaligheid. We zeiden net dat onze techniek op zoek gaat naar personen met een vergelijkbaar risico op

recidive, maar dat is eigenlijk niet precies genoeg geformuleerd. Propensity score matching gaat namelijk op zoek naar koppels van respondenten die de interventie evengoed wel als niet hadden kunnen krijgen, de techniek zoekt dus respondenten met een vergelijkbare kans (op basis van hun achtergrondkenmerken) om wel of niet behandeling opgelegd te krijgen. De methode doet dit voor ons voorbeeld als volgt.

Allereerst gaan we met een logistische regressie proberen te voorspellen op basis van de diverse (achtergrond)kenmerken van de respondenten wie behandeling heeft gekregen en wie niet. We gebruiken daar logistische regressie voor die voor iedere jeugdige zedendelinquent een propensity score berekent, oftewel de kans dat deze persoon gezien zijn kenmerken behandeling opgelegd zou hebben gekregen. Vervolgens nemen we de propensity scores van de jeugdige zedendelinquenten en zoeken koppels met een gelijke propensity score - waarvan echter de een wel en de ander geen behandeling heeft gekregen. Voor alle koppels samen gaan we vervolgens kijken of de behandelde groep het beter doet dan de onbehandelde groep. We hebben nu groepen geconstrueerd die niet meer verschillen in risico: de koppels hebben namelijk telkens op grond van hun (achtergrond)kenmerken een even grote kans behandeling te krijgen, ze zien er even risicovol uit. We hebben zo dus de vertekende rol van allerlei confounders (en om precies te zijn alle voorspellers die we in de logistische regressie hebben meegenomen) eruit gefilterd.

Gegevens

Voor onze analyse gebruiken we de dataset die door Hendriks (2006) werd verzameld en beschreven. Het betreft hier 325 jeugdige mannelijke zedendelinquenten. Zij hadden allen een zedendelict gepleegd, dat wil zeggen dat zij daarvoor waren veroordeeld of het hadden bekend. In 33% van de gevallen betrof het steekproefdelict aanranding, bij 54% verkrachting, en bij 13% ontucht. Bijna een op de vier had het delict in een groep gepleegd, 46% had een kind seksueel misbruikt (kind is gedefinieerd als een slachtoffer dat ten minste 5 jaar jonger is dan de dader) en 30% had een peer of een ouder persoon misbruikt. Bijna 86% van de groepsdaders had hun slachtoffer verkracht, voor de kindmisbruikers en leeftijdgenootmisbruikers was bijna de helft van delicten aanranding en iets meer dan de helft was verkrachting.

Ongeveer de helft van alle daders was verwezen voor een eenmalig incident, in de andere helft van de gevallen had het misbruik meerdere malen plaatsgevonden. De meeste slachtoffers waren vrouw (72%); 16% was man en in 12% van de zaken was er sprake van zowel een mannelijk als een vrouwelijk slachtoffer. Slachtoffers waren over het algemeen een bekende van de dader, 11% van de daders had een slachtoffer dat ze niet kenden. De leeftijd van de slachtoffers varieerde tussen de 2 en 85; 61% van de slachtoffers was onder de 12 jaar, 25% onder de leeftijd van 6. Wij verwijzen naar Hendriks (2016) voor een uitgebreidere beschrijving van de steekproef.

Ongeveer een op de drie (106) jeugdige zedendelinquenten was behandeld voor het delict. Over een gemiddelde follow-up periode van 7 jaar recidiveerden 27 jongeren (8%) weer naar een zedendelict, en recidiveerde 20% naar een niet-zeden geweldsdelict. De algemene recidive was 56%. De verschillen tussen de behandelde en de niet-behandelde groep zijn weergegeven in Tabel 1.

Tabel 1. Recidive bij behandelde en controlegroep

	Behandelde groep (N=106)	Niet behandelde groep (N=219)
Zedenrecidive	7%	9%
Geweldrecidive	14%	23
Algemene recidive	48%	59%

Resultaten van de propensity score analyse

De propensity score analyse begon met een logistische regressie waarbij werd voorspeld uit relevante kenmerken of de jeugdige behandeling had gekregen. Als onafhankelijke variabelen selecteerden wij allereerst criteria die klinisch relevant zijn om seksuele delinquenten een behandeling te kunnen adviseren (IQ, psychopathologie, etniciteit, slachtofferschap seksueel misbruik, soort zedendelinquent - kind misbruiker, leeftijdgenoot misbruiker of groepsdader -, de kwaliteit van het contact met leeftijdsgenoten, en eerder zedendaderschap). Aan deze criteria hebben wij drie additionele criteria toegevoegd die bij een exploratieve correlatie analyse significant verbonden waren met de waarschijnlijkheid om een behandeling te ondergaan: neuroticisme, slachtoffer zijn van pesterij en alcoholmisbruik. Eventuele ontbrekende waarden op de voorspellende variabelen werden vervangen door het gemiddelde of de modus, afhankelijk van de aard en het niveau van de meting van de variabele, of door 'niet aanwezig' als de variabele aangaf of een bepaalde gebeurtenis had plaatsgevonden (bijvoorbeeld als er niet is gerapporteerd dat een jongere is seksueel misbruikt, hebben wij de missende waarde opgevuld met 'geen seksueel misbruik gemeld').

Behandelde respondenten hadden gemiddeld een substantieel hogere propensity score (.426) dan niet-behandelde respondenten (.282). Vervolgens hebben we behandelde en onbehandelde jeugdige zedendelinquenten met gelijke propensity score gekoppeld. We hadden als eis dat de propensity score niet meer mocht verschillen dan .015, wat ongeveer een tiende is van het gemiddelde verschil.

Van de oorspronkelijke groep konden we zo 164 jeugdige zedendelinquenten koppelen, 82 behandelde en 82 onbehandelde: de onderzoeksgroep is daarmee tot de helft gereduceerd. Dit is een bekend probleem met propensity score analyse: als goed te voorspellen is wie de interventie krijgt en wie niet (en we zagen al dat de gemiddelde propensity scores flink verschilden), zit er weinig toevalligheid in die oplegging en zijn er dus ook weinig respondenten met dezelfde scores die wel en niet de interventie hebben gekregen. De zogeheten 'area of common support' is gering. Voor een deel is het probleem natuurlijk ook toe te schrijven aan het feit dat we minder behandelde dan onbehandelde daders hebben. Maar ook al hadden we geprobeerd 2-op-1 te matchen (dus aan iedere behandelde dader twee onbehandelde daders koppelen) dan nog was het in veel gevallen niet gelukt voor iedere behandelde dader twee onbehandelde met een gelijk risico te vinden. Matchen met een ruimer toegestaan verschil op de propensity score leverde ook geen soelaas. Een kleinere resterende gematchte steekproef betekent natuurlijk verlies van power.

Vervolgens hebben we een Kaplan-Meier overlevingsduuranalyse uitgevoerd om te bezien of de recidivepatronen verschilden tussen de propensity-gematchte behandelde en onbehandelde groepen. We vonden inderdaad verschillen tussen de behandelde en de controlegroepen, waarbij de controlegroep een lagere overleving had, hetgeen betekent dat de zedenrecidive hoger was in de controlegroep. Dit verschil was echter niet significant (Breslow = .470, $p = .517$). In de behandelde groep recidiveerden 6 van de 82 respondenten, in de niet-behandelde groep pleegden 9 van de 82 jongeren opnieuw een zedendelict. Hoewel het recidiverisico bij de niet-behandelde groep 1,5 keer hoger is dan bij de behandelde groep, is het niet verrassend dat de verschillen niet groot zijn: terwijl we 27 recidivisten in de totale onderzoeksgroep hadden, bleven er daar slechts 15 van over na het koppelen op gelijkende propensity scores. De odds ratio is .640, wat wijst op een 36% vermindering van het risico op recidive, maar wat - niet verwonderlijk gezien de kleine absolute aantallen - geen significante reductie is.

Vervolgens hebben we de analyse met betrekking tot gewelddadige en algemene recidive herhaald. Voor gewelddadige recidive waren de conclusies vergelijkbaar aan die voor zedenrecidive ($B = -.353$, $p = .228$, $e^B = .703$). Echter, voor algemene recidive bleek uit de analyse dat behandeling een significante 30% afname betekende met betrekking tot het recidive risico : $B = -.352$, $p = .037$, $e^B = .703$.

Conclusie en discussie

Jeugdige zedendelinquenten zijn een relatief weinig bestudeerde groep. Hoewel dit begrijpelijk is omdat het verzamelen van gegevens niet eenvoudig is, is dit een probleem aangezien veel beleid en wetten met betrekking tot jeugdige zedendelinquenten dan gebaseerd blijven op ongefundeerde vooronderstellingen.

Eén van deze vooronderstellingen is dat jeugdige zedendelinquenten een chronische hoog risico groep vormen. Zoals Caldwell (2002) en Edwards & Beech (2004) en studies in Nederland (Hendriks & Bijleveld, 2005, Hendriks en Bijleveld, 2008) en de VS (Zimring et al., 2007) aantoonde, en stand hield in latere studies (Van den Berg, 2015) blijkt dat deze vooronderstelling ongegrond is.

Uit onze studie blijkt dat van de 325 jeugdige zedendelinquenten 8% had gerecidiveerd naar een zedendelict. Onze bevindingen zijn in overeenstemming met de verwachtingen gebaseerd op onderzoek dat is uitgevoerd in andere landen (Caldwell, 2002; Edwards & Beech, 2004; Reitzel & Carbonell, 2006). Dit is echter de absolute ondergrens van de zedenrecidive van deze groep, gezien het feit dat we alleen van die jongens een nieuw delict hebben vastgesteld van wie we zeker zijn dat zij zijn veroordeeld voor een nieuw zedendelict of van wie er een zaak aanhangig is gemaakt bij het Openbaar Ministerie. Het bestaan van een groot 'dark number' bij zedendaders is algemeen bekend. Het is heel goed mogelijk dat sommige recidivisten meer delicten plegen dan die waarvoor ze zijn geregistreerd, en evenzeer is het mogelijk dat sommige daders delicten plegen die niet meer onder de aandacht van politie of justitie komen. Naar de onderrapportage kan enkel worden gegist. In overeenstemming met eerdere studies (Rubinstein et al., 1993, Hendriks & Bijleveld, 2005; Hissel et al. 2006, Caldwell, 2007) blijkt ook uit hier weer dat jeugdige zedendelinquenten eerder generalisten zijn dan specialisten.

De geregistreeerde zedenrecidive in deze groep was laag, zowel voor de behandelde als de niet-behandelde groep. In een poging om PSM in te zetten om het effect van behandeling op die recidive te onderzoeken, werden wij geconfronteerd met de in zekere zin onaangename situatie dat de logistische regressie zo goed in staat was te voorspellen wie er tot de behandelde en niet-behandelde groep zou behoren dat er een kleine gematchte groep overbleef. In combinatie met de lage recidive konden we dus weliswaar vaststellen dat de zedenrecidive anderhalf keer zo hoog was in de onbehandelde groep, maar dat effect was verre van significant. Eenzelfde (non)conclusie moeten wij trekken voor gewelddadige recidive. Voor algemene recidive bevestigt onze studie wat Lösel & Schmucker (2005) rapporteren, namelijk dat behandeling ter preventie van het plegen van zedendelicten het risico op algemene recidive beperkt.

Men zou kunnen stellen dat we onze jeugdige zedendelinquenten in homogene groepen hadden moeten uitsplitsen. Het is bijvoorbeeld algemeen aanvaard dat kindmisbruikers apart dienen te worden onderzocht van leeftijdgenootmisbruikers (Worling, 2001; Hendriks & Bijleveld, 2004), en een andere onderverdeling zou kunnen zijn in solo-leeftijdsgenootmisbruikers en groep-leeftijdsgenootmisbruikers (Bijleveld & Hendriks, 2003). De behandeling zou wellicht een ander effect hebben gehad op deze diverse subgroepen. Gezien onze steekproefgrootte en het recidivepercentage was deze verdere onderverdeling niet haalbaar.

Is te verwachten dat we in de toekomst wel kunnen vaststellen of behandeling werkt? Die mogelijkheden lijken eigenlijk gezien wat wij in de inleiding schreven steeds verder te verdampen: het jaarlijks aantal jeugdige verdachten van een zedendelict daalt, en ook de recidive daalt. Met andere woorden: het signaal wordt steeds zwakker, en het zal steeds lastiger worden effecten te kunnen aantonen. Of dat goed of slecht nieuws is, mag Peter zelf beoordelen.

Referenties

- Beek, E. ter, Spruit, A., Kuiper, C.H., Rijken, R. E. A. van, Hendriks, J. & Stams, G.J.J.M. (2018). Treatment effect on recidivism for juveniles who have sexually offended: a multilevel meta-analysis. *Journal of abnormal child psychology*, 46, 543-556.
- Berg, C. van den (2015). From boys to men: explain juvenile sex offenders' criminal careers (dissertatie). Amsterdam: VU.
- Berg, C. van den, Haan, R.G., Hendriks, J. (2020: gepland). Risicotaxatie jeugdige zedendelinquenten: Toepassen van de J-SOAP II. Under review
- Bijleveld, C. & Hendriks, J. (2003). Juvenile sex offenders: differences between group and solo offenders. *Psychology, Crime & Law*, 9, 237-245.
- Caldwell, M.F. (2002). What we do not know about juvenile sexual reoffence risk. *Child Maltreatment*, 7, 291-302.
- Caldwell, M.F. (2007). Sexual offense adjudication and sexual recidivism among juvenile offenders. *Sexual Abuse*, 19, 107-113.
- Caldwell, M.F. (2016). Quantifying the decline in juvenile sexual recidivism rates. *Psychology, Public Policy and Law*, 22, 414-426.
- Edwards, R. & Beech, A.R. (2004). Treatment programmes for adolescents who commit sexual offences: Dropout and recidivism. *Journal of Sexual Aggression*, 10, 101-116.

- Farrington, D.P. (2003). Methodological quality standards for evaluation research. *Annals of the American Academy of Political and Social Sciences*, 587, 49-68.
- Hanson, K.R, 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*, 14, 169-194.
- Hendriks, J. & Bijleveld, C. (2004). Juvenile sexual delinquents: contrasting child abusers with peer abusers. *Criminal Behavior and Mental Health*, 12, 238-250.
- Hendriks, J. & Bijleveld, C. (2005). Recidive van jeugdige zedendelinquenten: poliklinisch behandelden versus niet-behandelden. [Recidivism of juvenile sexual offenders: outpatient treatment versus no treatments]. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 29, 215-225.
- Hendriks, J. (2006). Jeugdige zedendelinquenten: een studie naar subtypen en recidive. Utrecht: Forum Educatief.
- Hendriks, J. & Bijleveld, C. (2008). Recidivism among juvenile sex offenders after residential treatment. *Journal of Sexual Aggression*, 14, 19-33.
- Hissel, S., Bijleveld, C.C.J.H., Janssen, B., Hendriks, J., Collot d'Escury-Koenigs, A. (2006). Jeugdige zedendelinquenten: latente klasse analyse van verschillen tussen specialisten, generalisten en kindmisbruikers. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 30, 215-225.
- Horn, J. van, Bullens, R. Eck, A.M. van & Hendriks, J. (2012). Juvenile Sex Offender Assessment Protocol-Dutch version (J-SOAP-D). In: *Instrumenten voor risicotaxatie – kinderen en jeugdigen* (red. H.P.M. Lodewijks en L. van Domburgh). Amsterdam: Pearson.135-150
- Lösel, F. & Schmucker, M. (2005). Effects of sexual offender treatment. *Journal of Experimental Psychology*, 1, 117-146.
- Polizzi, D. M., MacKenzie, D. L., & Hickman, L. J. (1999). What works in adult sex offender treatment? A review of prison- and non-prison-based treatment programs. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 43, 357-374.
- Reitzel, L.R. & Carbonell, J.L. (2006). The effectiveness of sexual offender treatment for juveniles as measured by recidivism: a meta-analysis. *Sexual Abuse*, 18, 401-421
- Rosenbaum, P. R. and Rubin, D. B. (1983). The central role of the propensity score in observational studies for causal effects. *Biometrika*, 70:41–55.
- Rosenbaum, P. & Rubin, D. (1985). Constructing a control group using multivariate matched sampling methods that incorporate the propensity. *American Statistician*, 39, 33-38.
- Rubinstein, M. B. F. A., Yeager, C. A., Goodstein, C. B. A., & Lewis, D. O. (1993). Sexually assaultive male juveniles: a follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 150, 262-265.
- Schmucker, M. & Lösel, F. (2007). *Meta-analyzing Sexual Offender Treatment Efficacy: An Integration of Research Syntheses and the Effects of Meta-analytic Strategies*. Paper presented at the 59th Annual Meeting of the American Society of Criminology, Atlanta, 14 – 17 November 2007.
- Walker, D.F, McGovern, S.K., Poey, E.L. & Otis, K.E. (2004). Treatment effectiveness for male adolescent sexual offenders: a meta-analysis and review. *Journal of Child Sexual Abuse*, 13, 281-293.
- Worling, J.R. (2001). Personality-based typology of adolescent male sexual offenders: differences in recidivism rates, victim-selection characteristics, and personal victimization histories. *Sexual Abuse*, 13, 149-166.
- Zimring, F. E., Piquero, A.R. & Jennings, W.G. (2007). Sexual delinquency in Racine: does early sex offending predict later sex offending in youth and young adulthood? *Criminology & Public Policy*, 6, 507-534.