



## UvA-DARE (Digital Academic Repository)

### Zedenexpertise (2): Reactie op brieven van U. Koster (MGv 11-6) en C. Boonstra (MGv 11-11)

Hendriks, J.

**Publication date**

2012

**Document Version**

Final published version

**Published in**

Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid

[Link to publication](#)

**Citation for published version (APA):**

Hendriks, J. (2012). Zedenexpertise (2): Reactie op brieven van U. Koster (MGv 11-6) en C. Boonstra (MGv 11-11). *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid*, 67(3), 110-113.

**General rights**

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

**Disclaimer/Complaints regulations**

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please Ask the Library: <https://uba.uva.nl/en/contact>, or a letter to: Library of the University of Amsterdam, Secretariat, Singel 425, 1012 WP Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

## **Zedenexpertise (2)**

Reactie op brieven van U. Koster (MGV 11-6) en  
C. Boonstra (MGV 11-11)

Het afgelopen jaar is in MGV een discussie gevoerd over hoe jongeren die ernstig seksueel grensoverschrijdend gedrag vertonen het best behandeld kunnen worden. Uschi Koster van JeugdzorgPlus-instelling Avenir maakte zich ernstig zorgen over het verlies van behandelplekken voor deze specifieke groep ouders binnen JeugdzorgPlus. Ondertussen weten we dat deze behandelplekken (voorlopig) zijn veiliggesteld. Terecht zijn bewindslieden ervan overtuigd geraakt dat een gespecialiseerde behandelafdeling voor deze ouders noodzakelijk blijft. Het risico is anders groot dat jeugdige zedendelinquenten

zullen ondersneeuwen in het reguliere aanbod, waardoor behandeling minder goed zal aanslaan.

Dit laatste geldt dan vooral voor een speciale zedenpleger, het type kindmisbruiker oftewel de veelal 'obsessieve pleger'. De 'antisociale leeftijdgenoot-misbruiker', die naast zedendelicten ook andere vormen van delicten pleegt, wordt immers al binnen reguliere instellingen behandeld. Aangezien zij in gedragsmatig opzicht veel lijken op andere jongeren die in deze reguliere instellingen zitten, is dit weinig bezwaarlijk.

#### **Een ambulante alternatief?**

Charlotte Boonstra van de Viersprong reageerde op Kusters noodkreet over de dreigende sluiting van de specifieke behandelgroepen van Avenir dat er een goed alternatief is: MST-PSB (Multi Systeem Therapie – Problem Sexual Behavior). Sinds 2009 biedt de Viersprong MST-PSB aan als een intensieve ambulante systeemtherapie voor jonge zedenplegers van 10-18 jaar. Ernst noch complexiteit van de gezinssituatie vormen contra-indicaties voor de MST-PSB behandeling, aldus Boonstra. Zij beschrijft dit programma als 'een werkzaam alternatief voor klinische behandeling'. MST-PSB is drie maal via RCT's onderzocht, betoogt Boonstra, en kwam er telkens beter uit dan individuele behandeling of groepstherapie, zowel op het gebied van de seksuele als de algemene recidive.

Op zich lijken de resultaten overtuigend, maar lezen we de onderzoeken nauwkeuriger, dan blijkt dat het gunstige beeld nuancerend behoeft. Het eerste onderzoek van Borduin e.a. (1990) betreft

een zeer kleine groep (n=16: 8 MST-PSB en 8 controlegroep). De interpretatie van de resultaten wordt verder bemoeilijkt door het feit dat zes van de zestien gezinnen in dit onderzoek voortijdig afhaakten.

Het tweede onderzoek van Borduin e.a. (2009) heeft een wat grotere steekproef (n=48). Na een periode van ruim 8 jaar pleegde 8% van degenen die een MST-PSB behandeling hadden ondergaan en 46% van de controlegroep opnieuw een zedendelict. Nu is 8% een percentage dat men mag verwachten wanneer men dit vergelijkt met andere zedenrecidivestudies (zie bijvoorbeeld Hendriks, 2006). Een controlegroep met 46% recidive komt men echter niet of nauwelijks tegen in de wetenschappelijke literatuur. Met zo'n controlegroep zal welhaast iedere interventie significant beter presteren. De derde studie die Boonstra aanhaalt (Letourneau e.a., 2009) heeft een gemiddelde follow-upperiode van 1 jaar en meldt niets over seksuele recidive.

#### **Flinterdun bewijs**

De drie genoemde onderzoeken nader bestuderend, kan je welhaast niet anders concluderen dan dat het bewijsmateriaal dat MST-PSB zedenrecidive verlaagt, flinterdun is. Of MST-PSB een adequaat alternatief zou kunnen zijn voor klinische behandeling is onbekend omdat dit simpelweg niet onderzocht is: er werd telkens vergeleken met poliklinische behandelingen. De genoemde onderzoeken zijn bovendien door de ontwikkelaars van MST zelf uitgevoerd. Replicatie door onafhankelijke onderzoekers ontbreekt. De slager mag zijn eigen vlees keuren, maar we willen ook graag iemand anders laten controleren of hij dat goed doet.

Een volgend probleem is de generaliseerbaarheid van bevindingen naar de Nederlandse situatie. Wat in de vs werkt, werkt immers niet automatisch daarbuiten. De tegenvallende resultaten van de reguliere vorm van MST in Canadese en Zweedse studies zijn hier illustratief voor (Hendriks & Stams, 2010).

Dit wil uiteraard niet zeggen dat MST-PSB geen goede behandelmethodiek of geen alternatief voor residentiële behandeling zou kunnen zijn. Immers, als een jongere even goed behandeld kan worden terwijl hij thuis woont als in een klinische setting, dan is het eerste zeker te prefereren. In het palet behandel mogelijkheden voor jeugdige zedendelinquenten zou MST-PSB het gat kunnen vullen tussen individuele of groepsgewijze poliklinische behandeling en klinische behandeling. MST-PSB heeft als voordeel dat het goedkoper is dan klinische behandeling, maar als nadeel dat het duurder is dan reguliere poliklinische behandeling.

#### **Wast Dash echt witter dan wit?**

Het zal echter moeilijk zijn te bewijzen dat MST-PSB superieur is aan klinische of andere vormen van gespecialiseerde (poliklinische) zedenbehandeling. We weten dat zowel reguliere poliklinische behandeling als klinische behandeling lage zedenrecidivecijfers (rond de 10%) laten zien op langere termijn (Hendriks, 2006). Gezien de relatief korte behandelduur (5 tot 7 maanden) en de sterke overeenkomst met de reguliere vorm van MST, lijkt MST-PSB vooralsnog meer geïndiceerd voor de 'generalistische daders' (veelal leeftijdgenootmisbruikers).

Het valt te betwijfelen of de vaak zeer ingewikkelde individuele problematiek die we vaak zien bij de kindmisbruikers in zo'n korte periode behandeld kan worden. Voorts zullen er altijd situaties zijn waarbij het onmogelijk is om deze daders te behandelen terwijl ze thuis wonen. Denk aan incest, waarbij ouders de veiligheid van het slachtoffer niet kunnen garanderen; maatschappelijke onrust over dit soort daders, waardoor zij niet thuis kunnen blijven wonen; en de onwil van sommige ouders om hun kind nog thuis te laten wonen na het uitkomen van een zedendelict.

Samenvattend is het zeer onverstandig om de gespecialiseerde behandeling voor jeugdige zedendelinquenten binnen JeugdzorgPlus (of binnen de Justitiële Jeugdinstellingen) af te bouwen. Het is nog maar de vraag of MST-PSB werkelijk een alternatief kan zijn voor residentiële behandeling. Het zou verstandig zijn als middels grondig en onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek aangetoond wordt wat de effecten op langere termijn zijn van MST-PSB in de Nederlandse situatie. Beweren dat MST-PSB *het* alternatief is, alvorens het bewijs is geleverd, is slechts een reclamekreet vergelijkbaar met 'Dash wast witter dan wit'. Anders gezegd: gooi geen oude schoenen weg voordat je nieuwe hebt.

#### **JAN HENDRIKS**

Bijzonder hoogleraar forensische psychiatrie en psychologie vu en Bijzonder hoogleraar forensische orthopedagogische diagnostiek en behandeling UvA, Amsterdam

## DEBAT

### Literatuur

- Borduin, C.M., e.a. (1990). Multisystemic Treatment of Adolescent Sexual Offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 34, 105-113.
- Borduin, C.M., Schaeffer, C.M., & Heiblum, N. (2009). A Randomized clinical trial of multisystemic therapy with juvenile sexual offenders. Effects on youth social ecology and criminal activity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, (1), 26-37.
- Hendriks, J. (2006). *Jeugdige zedendelinquenten: een studie naar subtypen en recidive*. Utrecht: Forum Educatief.
- Hendriks, J. & Stams, G.J. (2010). Werkt MST? Een reactie op het onderzoek van Boonstra e.a. *Systeemtherapie*, 22 (1), 14-19.
- Letourneau, E.J., e.a. (2009). Multisystemic therapy for juvenile sexual offenders: 1-Year results from a randomized effectiveness trial. *Journal of Family Psychology*, 23, (1), 89-102.