

De therapeutische relatie bij daderhulp aan seksuele delinquenten: Een kwestie van verdiend vertrouwen

Kris Vanhoeck

ITER, Brussel

Samenvatting

In dit artikel wil ik de therapeutische relatie onderzoeken bij ambulante daderhulp aan seksuele delinquenten die in een gedwongen kader plaatsvindt. Het is niet evident om hierbij terug te vallen op de klassieke psychotherapeutische praktijk. Ten eerste komt de relatie zelden tot stand op vraag van de cliënt. Hij wordt voor therapie verwezen en het is de samenleving die met een probleem zit. Ten tweede zit de publieke opinie op de lip van de therapeut en volgt met argusogen of er geen misstappen gezet worden. Ten derde is het de verwijzer die als opdrachtgever de doelstelling formuleert: terugvalpreventie. Mijn vertrekpunt is niet om te zoeken naar "wat werkt", maar om de aard van de relatie te onderzoeken en te kijken naar wat daaruit volgt. De opzet is dus niet empirisch maar, om het met een modewoord te zeggen, ethisch.

Therapeutische relatie

De literatuur over dit onderwerp is zeer omvangrijk. Van Kalmthout (1991) deed een poging tot bundeling en samenvatting. Mede op basis van empirisch onderzoek concludeert hij dat de therapeutische relatie in alle vormen van psychotherapie als universeel werkzaam kan aangemerkt worden. De relatie is geen voorwaarde om tot therapie te komen of is er ook geen bijproduct van, de relatie is een essentieel werkinstrument van de therapie zelf. Hij maakt daarbij het onderscheid tussen twee soorten therapeuten. Ofwel moet de therapeut "een vaardig manipulator of een goed instructeur kunnen zijn" (blz. 122) en maakt de relatie deel uit van het magische beïnvloedingsproces. Hieronder rekent hij ook het geloof in de therapeutische mythe, de hoop op probleemverlichting en vertrouwen in de therapeut en het door hem gehanteerde ritueel. Ofwel streeft de therapeut een ontmoeting in de "Buberse traditie" na waarbij wederzijdse openheid en vertrouwen voorondersteld zijn. Daders die voor therapie verwezen worden, weten echter vaak niet wat therapie inhoudt en wat ze ervan mogen verwachten. Ze vermoeden dat therapie

allerlei ongewenste neveneffecten in hun leven zal hebben (Marshall et al. 2002). Een intrinsieke therapie-motivatie is een doelstelling om aan te werken en geen hefboom waarvan de therapeut zonder meer kan uitgaan (Vanhoeck, 2002). Jenkins (1990) spreekt daarom eerder van bereidheid (readiness) om de relatie aan te gaan dan van motivatie om aan een probleem te werken.

De partijen

Geen relatie zonder partijen. Om een relatie te definiëren moeten we weten wie de deelnemers zijn. Anders dan in de meeste therapievormen blijkt onmiddellijk dat er geen twee maar drie partijen zijn, of zelfs vier: de pleger, de therapeut (of beter, het therapeutisch team), de samenleving of opdrachtgever. Wel vergelijkbaar met andere therapieën is dat er nog andere partijen kunnen bij gedacht of aanwezig gesteld worden: de partner, de ouders, kortom de omgeving van de pleger of het cliëntsysteem. Een speciale positie neemt het slachtoffer en zijn omgeving in. Zij zijn meestal geen rechtstreeks betrokken partij maar worden door de samenleving/opdrachtgever vertegenwoordigd. Zo komen we dus tot vier partijen: de pleger, het therapeutisch team, de samenleving als opdrachtgever en vertegenwoordiger van het slachtoffer en alle potentiële slachtoffers, en tenslotte de omgeving van de pleger.

De pleger

Opsteyn, Raymenants & Vanhoeck (2003) voeren aan dat een pleger die zich voor therapie aanmeldt geen patiënt is (een lijdende, een zieke die moet geholpen worden) en ook geen cliënt die vanuit een eigen vraag samen met zijn therapeut op zoek gaat. Wat is de positie van de pleger in de therapie? Is hij er het passieve voorwerp van? Is hij de gedwongene die geen inspraak heeft en overgeleverd is aan de willekeur van therapeut en samenleving? Verplichting, in de expliciete betekenis van het woord, bestaat niet. Elders is er over dit thema reeds uitvoerig nagedacht (zie bv. Cosyns & De Doncker, 1996; Vandenbroucke, 1996). Plegers worden niet bij de haren naar de therapie gesleept en hebben altijd een alternatief waarvoor ze kunnen kiezen. De Shazer (1994) deelt het therapiezoekende publiek in drie groepen in: de klagers die wel lijden maar niet willen veranderen; de cliënten die in therapie naar een oplossing van hun probleem willen streven en de bezoekers die gestuurd zijn en in eerste instantie niet inzien waaraan ze zouden moeten werken. Bezoekers moeten geprikkeld en uitgenodigd worden. Therapie moet voor hen een winkel zijn die iets te bieden heeft.

Het therapeutisch team

De dadertherapeut is iemand die in opdracht werkt en toch zijn onafhankelijkheid nodig heeft. Hij werkt meestal op vraag van een verwijzer (bijv. een gerechtelijke instantie of een vertrouwensartscentrum). Deze verwijzer zet het hoofddoel uit: terugvalpreventie. De therapeut is door afspraken gebonden aan die verwijzer. Is er rapportage? Waarover? Op welke momenten? Hem wordt als het ware een mandaat verleend. Drie opties staan open. De therapeut kan zijn positie met die van de samenleving laten samenvallen. Dit is bijvoorbeeld het geval in Groot-Brittannië waar de ambulante therapie vaak door probatie-assistenten uitgevoerd wordt. De therapeut bevindt zich dan binnen de justitiële context. Controle- en therapie-instantie vallen samen en de problematiek van beroepsgeheim en rapportage stelt zich heel anders. Dit is in Nederland en België niet het geval, maar de neiging kan bij gerechtelijke instanties bestaan om therapeuten als verlengstuk en uitvoerder van een gerechtelijke maatregel te zien. Alert blijven is de boodschap.

Een tweede optie ligt in de tegenovergestelde richting. De therapeut registreert de norm zoals door de samenleving binnengebracht en neemt dit als uitgangspunt om er samen met de cliënt betekenis aan te verlenen (zie bijv. Van Ree, 2001). Dit is een klassieke therapeutische houding en wordt in een forensische context bijvoorbeeld wel binnen de drughulpverlening gehanteerd (Wilk, 1988, blz. 136: "in het bijzonder bij

middelenmisbruik zouden alle therapeuten het met het fundamentele principe eens moeten worden dat het uitdrukkelijk akkoord van de cliënt om zelf therapie te willen een absolute noodzaak is"). Rapportage en risicomeldingen zijn dan niet mogelijk. De samenleving wordt buiten de relatie gehouden.

Een derde optie ten slotte gaat uit van een duidelijke scheiding tussen therapeut en normsteller (samenleving/verwijzer), maar houdt wel in dat de therapeut de invulling die de verwijzer aan de norm (terugvalpreventie) geeft, aanvaardt. In het Sourcebook of Treatment Programs for Sexual Offenders (Marshall e.a., 1998) bevindt zich tussen de 31 programma's die aan bod komen geen enkele dat van deze derde optie afwijkt. Deze mag dan ook als internationaal aanvaarde standaard beschouwd worden.

In België is bij wet vastgelegd dat dadertherapie moet uitgevoerd worden door een multidisciplinair team. Dit heeft met de complexiteit van dadergedrag te maken en met de maatschappelijke verantwoordelijkheid die dadertherapie met zich brengt. Ook de kwetsbaarheid van de positie van de therapeut in de therapeutische relatie speelt een rol. Meegezogen worden, gemanipuleerd worden, afstand verliezen, ... het zijn mogelijke risico's bij solotherapie met seksuele delinquenten. Onrechtstreeks kan hieruit afgeleid worden dat de samenleving (wetgever) zich zorgen maakt over de stevigheid van de therapeutische positie in de relatie met de delinquent. Extra steun, blikverruiming en kritische bevraging door een team worden als waardevolle elementen naar voren geschoven. Ontluisterend is in dit verband het onderzoek waaruit blijkt dat de kwaliteit van een klinische recidiveprognose daalt naarmate dat de therapeut de cliënt beter kent (Barbaree et al., 2001). Hoe beter we een cliënt denken te kennen, hoe meer we de risicofactoren uit het oog verliezen. Hoe meer indrukken en inschattingen van therapeuten ingebracht worden, hoe meer de predictieve waarde van taxatieschalen daalt ten opzichte van de actuariële startwaarde.

Een therapeut is immers niet alleen niet de deskundige en uitvoerder van een opdracht. Hij engageert zich in de therapeutische relatie ook als mens. Hij of zij heeft misschien kinderen; heeft zijn/haar seksualiteitsbeleving; moet vragen beantwoorden van familie en vrienden over de zinvolheid van zijn werk; ... Deze persoonlijke dimensie speelt in elke therapie een rol, maar heeft wellicht bij daderhulp een extra beladen betekenis. Therapeuten kunnen zich verliezen in de relatie (plegers van zedenfeiten zijn immers specialist in het manipuleren en overschrijden van grenzen); therapeuten kunnen onbewust wraak willen nemen op de pleger voor leed uit het eigen privé-leven; ze kunnen

zich verleid voelen om de taak van de rechter over te nemen; ze kunnen hun menselijke gevoelens van afkeer de bovenhand laten krijgen; ... Om de relatie met de pleger zuiver te houden moeten therapeuten voor zichzelf zorgen en teamcollega's hebben bij wie ze geregeld terecht kunnen voor overleg en feedback.

De samenleving

De samenleving is als derde partij niet weg te cijferen uit de therapeutische relatie. Ze is weliswaar meestal niet lijfelijk aanwezig, maar kijkt over de schouder van de therapeut toe. Onder samenleving kan hier zowel een gerechtelijke instantie verstaan worden als een hulpverleningsdienst (bijv. een vertrouwensartscentrum) die een pleger naar daderhulp verwijst met een "stok achter de deur" (indien geen therapie dan gerechtelijke tussenkomst). In zekere zin vertegenwoordigt de samenleving ook het slachtoffer (of de slachtoffers) en meteen ook alle potentiële toekomstige slachtoffers. De samenleving stelt de norm, bepaalt de sancties, voert controle uit, bakent kortom het kader af waarbinnen de therapie zich afspeelt.

De omgeving

Tenslotte mag de omgeving van de pleger niet vergeten worden. Die omgeving kan misbruikbevorderend of –bestendigend werken. Ze kan de therapie tegenwerken of vergemakkelijken. Ook al maakt de omgeving geen deel uit van de eigenlijke therapeutische relatie en is ze gezien de gerechtelijke context soms ook niet bereikbaar (want niet verplicht), toch mag ze niet uit het oog verloren worden.

Het mandaat als relatiescheppend instrument

Gaan we uit van een vier-partijenmodel zoals hierboven geschetst, dan stelt zich de vraag hoe de onderlinge relaties afgebakend en uitgetekend kunnen worden. De omgeving van de pleger kan niet verplicht worden om te participeren in de relatie en daarom laat ik ze verder buiten beschouwing. De dadertherapeut en de pleger vinden elkaar niet toevallig op de vrije markt van welzijn en geluk. De derde partner fungeert als makelaar. Die rol moet duidelijk blijven. De therapeutische relatie mag niet beladen worden met taken die er niet thuis horen: sanctioneren, controleren, interpellieren, ... Indien de samenleving haar taak als verwijzer op zich neemt en de therapeut hierdoor in zijn hulpverleningsrol laat en respecteert, kan er rust komen in de therapeutische relatie (therapeut – pleger). Deze rust is nodig om de therapeut toe te laten uit het "jij-moet-komen"-gevecht te blijven en zich toe te leggen op zijn eigenlijke terugvalpreventietaak. Verplichting is daarom niet het juiste kader waarin de thera-

peutische ontmoeting optimaal kan plaatsvinden.

Carroll (1991) maakt een verschil tussen verplichten ("to compel") en dwang uitoefenen ("to coerce"). Bij verplichting wordt aan de pleger geen keuzevrijheid gelaten. Hij moet involgen wat voor zijn bestwil beslist is en indien het niet goedschiks kan, kunnen ook andere middelen ingezet worden. Bij dwang worden machtsmiddelen ("use of power") ingezet om de keuzevrijheid van de pleger te beperken. Bij dadertherapie is dit laatste meestal van toepassing. Het is niet correct om van een vrijwillige keuze tussen gevangenisstraf en therapie te spreken. Uit vrije wil zou de pleger wellicht heel andere keuzes maken. Zijn keuzevrijheid wordt beperkt. Daarenboven heeft de samenleving centra aangeduid die in aanmerking komen voor dit soort gedwongen therapie. Nog eens een beperking van de keuzevrijheid van de pleger. De huisarts of therapeut van om de hoek worden niet bevoegd geacht, ook al zou de spontane voorkeur van de pleger naar hen uitgaan. Toch bewijzen de delinquenten die kiezen voor strafeinde, dat er wel degelijk kan gekozen worden.

Carroll (1991) pleit ervoor om deze keuze onder dwang niet te misbruiken voor oneigenlijke doeleinden. Hiermee zijn objectieven bedoeld die buiten een terugvalpreventiekader vallen, want dat is het perspectief waarbinnen de samenleving een keuzevrijheid voor de pleger wil toestaan. De therapeut hoeft zijn aanbod aan de pleger dus niet te definiëren als gedwongen therapie (dit aspect hoort thuis in het driehoeksbeen samenleving-pleger) maar als mandaatgebonden therapie. In dat mandaat zitten minimaal de volgende elementen: het objectief is terugvalpreventie en rapportage hierover zal aan de verwijzer gebeuren. Informed consent (Vanhoeck & Van Canegem, 2000) is dan een belangrijke methodiek om deze informatie met de pleger te delen.

De therapeut krijgt dus een dubbel mandaat: enerzijds draagt de samenleving hem op in het kader van een vrijheidsbeperkende maatregel (met name door beperking van de keuzevrijheid, hoewel die niet tot nul herleid wordt) terugvalpreventietherapie aan te bieden; anderzijds schikt de pleger zich ernaar om deelnemer (bezoeker, in de terminologie van De Shazer, zie hoger) te zijn in het programma dat de therapeut voorstelt. Dit dubbele mandaat regelt de onderlinge relaties. Het gedrag dat het uitgangspunt voor de mandaten vormt, is tot nader order dan ook geen ziek of pathologisch gedrag, maar delinquent of sociaal onaangepast gedrag. In therapeutische termen kunnen we spreken van onverantwoordelijk gedrag en voor het op gang brengen van een heilzame therapeutische relatie wil ik een verantwoordelijkheidsmodel voorstellen.

Denken in termen van een mandaat en het delen van verantwoordelijkheid nodigt echter uit om niet enkel naar de plichten te kijken die aan een mandaat verbonden zijn, maar ook om te kijken naar de rechten. Zoals hoger aangegeven kan een mandaat op een dubbele manier gelezen worden: juridisch-criminologisch en therapeutisch. Carroll (1991) formuleert vanuit het gezichtspunt van de mensenrechten vijf rechten:

* *Het recht op informed consent* (welke sancties; welke mate van dwang en controle; welke keuzemogelijkheden zijn er?)

* *Het recht op een nauwkeurig geformuleerd doel* waaraan de therapeut zich ook houdt. Ook voor Carroll is dit terugvalpreventie en niet gezondheidszorg.

* *Het recht om voor de minst dwingende en indringende methode* te kunnen opteren, indien twee evenwaardige methodes beschikbaar zijn.

* *Het recht dat niet in het intieme leven zal binnengedrongen worden* zonder expliciete verantwoording in functie van het terugvalpreventiedoel.

* *Het recht op een therapieduur in verhouding tot het gepleegde misdrijf* (proportionaliteitsbeginsel). Deze rechtsregel is therapeutisch gezien niet evident, omdat een gerechtelijk minder zwaarwegend feit daarom niet per se een minder lange en intensieve tussenkomst vraagt.

Deze rechten leidt Carroll vanuit een juridisch denken af. Therapeutisch gezien kunnen ook een aantal rechten geformuleerd worden. Sommigen kwamen hoger reeds aan bod:

* *Een recht op een voorlopige waarheid* (cf. moratorium). Het is niet correct te verwachten dat iemand onmiddellijk van bij het eerste contact een volledige en gedetailleerde waarheidsgetrouwe uiteenzetting van de feiten geeft. Om te voorkomen dat de pleger in de hoek van het gezichtsverlies gedruimd wordt, is het beter om van voorlopige waarheden te spreken die altijd aangevuld kunnen worden, dan van leugens. Integendeel zou een beetje provocerend van *een recht op leugen* gesproken kunnen worden. Leugens maken deel uit van eenieders leven en op welke basis verwachten therapeuten dat net plegers hierop een uitzondering zouden maken (cf. Nyberg, 1994)?

* *Een recht op respect* (cf. Jenkins, 1998). Dit kwam hoger reeds aan bod.

* *Een recht op therapeutische veiligheid*. Veiligheid is een randvoorwaarde om therapie zinvol te kunnen starten. Dit veiligheidsconcept is vanuit de samenleving gedacht (slachtofferpreventie). Maar plegers hebben ook recht op veiligheid binnen hun therapie. Werken vanuit angst en het opdrijven van druk en pressie is contraproductief, ook vanuit een terugvalpreventie-

oogpunt. Eldridge (1998) pleit voor een veilige, uitdagende en steunende therapeutische omgeving. Ook zij onderstreept dat veiligheid door eerlijkheid gecreëerd wordt (cf. informed consent) en niet door valse of vage beloftes. Confrontatie heeft als methodiek zijn plaats in daderhulp, maar dit moet gedoseerd gebeuren en is afhankelijk van het motivatiestadium waarin de pleger zich bevindt (Kear-Colwell & Pollock, 1997). Gordon & Hover (1998) voeren aan dat ook confrontaties doelgericht moeten zijn en met name een gedragsverandering moeten beogen. Ze trekken de parallel dat zij als therapeut hun gedrag ook niet zouden veranderen, indien hun supervisor er zwaar confronterend tegenaan zou gaan. Hooguit zou dit als gevolg hebben, dat ze sociaal wenselijke antwoorden aan hun supervisor zouden leren geven, en dat kan toch ook de bedoeling niet zijn ...

* *Een recht op een externe motivatie*. Gemotiveerd zijn omwille van strafvermindering- of vermijding is niet onoorbaar, integendeel het is psychisch gezond. Onze bezorgdheid moet uitgaan naar plegers die bewust dergelijke voordelen afwijzen en ervoor kiezen strafeinde te doen of ons voorhouden dat dergelijke voordelen hen niet interesseren en dat ze vanuit zichzelf alle heil in hun therapie leggen. Opkomen voor zichzelf op een maatschappelijk aanvaarde manier is een belangrijke sociale vaardigheid (Danis et al., 1993). Waarom zouden plegers geen recht hebben op een externe motivatie waarmee ze toch op een constructieve, zij het opportunistische, wijze ingaan op een aanbod dat hen vanuit de samenleving gedaan wordt? Een interne motivatie mag bij daderhulp geen toelatingsvoorwaarde voor therapie zijn, maar is een werkpunt waaraan via motivatiebevordering in de therapie zelf gewerkt wordt (Vanhoeck, 2002).

* *Een recht om wantrouwig te mogen zijn*. Wie is de therapeut dat de pleger hem zomaar zou moeten vertrouwen? Een zeker wantrouwen is op zijn plaats en hoeft niet per se onmiddellijk weggenomen te worden. De therapeutische relatie mag van realisme getuigen. Het is niet evident, en het hoeft ook niet evident te worden, om zonder blikken of blozen "open en bloot" over seksueel misbruik te spreken. Ook de therapeut moet een slag om de arm houden. Hij moet als het ware op de slappe koord lopen tussen achterdocht en naïviteit. Fundamentele achterdocht verhindert het openstaan voor het verhaal van de pleger. Naïviteit is de valkuil waarin onervaren dadertherapeuten kunnen lopen als ze met hun vertrouwd psychotherapeutisch arsenaal cliëntgesprekken voeren. Eldridge & Wyre (1998) adviseren om letterlijk aan de plegers te zeggen dat "we niet automatisch alles geloven wat ze zeggen", maar dat "we er desondanks voor hen zijn, wat

ze ons ook zeggen, hoe wansmakelijk (unpalatable) ook” (blz. 82).

* En ten slotte hebben ze *een recht op hoop en motivatie van de therapeut* (cf. Yalom, 1981). Pithers (1997) spreekt over behandelingsintegriteit. Therapeuten die ervan uitgaan dat plegers toch niet in staat zijn om betekenisvolle veranderingen in hun leven aan te brengen, zouden het advies moeten krijgen om niet meer met daders te werken. Bullens (2002) vindt dat het in eerste instantie niet de pleger maar de therapeut is die gemotiveerd moet zijn.

Beroepsgeheim t.o.v. informed consent

In een arrest van 16 december 1992 van het hoogste Belgische Rechtscollege, het Hof van Cassatie, wordt vastgesteld dat het beroepsgeheim een uitzonderlijke waarde heeft, omdat het “berust op de noodzaak om elke hulpbehoevende in de mogelijkheid te stellen de verzorging te krijgen die uit hoofde van zijn toestand vereist is, ongeacht de oorzaak ervan” (Baetens, 1998). Het beroepsgeheim wordt maatschappelijk (en justitieel) ervaren als een centrale waarde zonder dewelke hulpzoekenden in de kou zouden blijven staan. De waarde van het beroepsgeheim en de wettelijke kaders die ervoor geschapen zijn, staan hier niet ter discussie. Wel is een evolutie op wetgevend vlak en in de rechtspraak waarneembaar waarbij meer en meer van een spreekrecht en niet meer van een zwijgplicht wordt uitgegaan.

Waar het om draait, is of het beroepsgeheim bij daderhulp ook de motor is die een therapeutische relatie op gang moet helpen brengen. Is het beroepsgeheim de hoeksteen die het hele hulpverleningsgebouw schraagt? De boodschap die aan een cliënt in een “gewone” therapeutische context gegeven wordt, luidt: “vertel gerust alles aan mij, ik ben uw therapeut en u hoeft geen angst te hebben, want ik ben gebonden door het beroepsgeheim”. Dit stimuleert de vertrouwensrelatie. Een dadertherapeut kan zich de vraag stellen of een dergelijke boodschap het verantwoordelijkheidsgevoel bij de pleger ten goede komt. In zoverre de pleger het beroepsgeheim zo interpreteert dat hij een pakketje verhalen in alle vertrouwen bij de therapeut mag deponeren, zal dit contraproductief werken. Het vertellen van de gepleegde feiten maakt deel uit van het therapeutisch proces en mag niet zomaar aan de pleger ontfutseld worden om daarna echt van start te gaan. Het is merkwaardig hoe Adriaenssens (1998) een gelijkaardige analyse maakt bij slachtoffertherapie. Ook hij spreekt niet van een vertrouwensrelatie. Hij wil met de cliënt zoeken naar samenwerking, want (misbruik van) vertrouwen heeft een cruciale rol gespeeld bij de traumatische feiten zelf. Dit samenwerken kan even-

tueel later tot wederzijds vertrouwen leiden (blz. 194).

Een therapeut die vertrouwen aanbiedt, kan er niet van op aan dat een pleger dit vertrouwen op dezelfde manier interpreteert. Een pleger is vertrouwd met wantrouwen en met misbruik van vertrouwen. Het beroepsgeheim is onverkort van kracht, evenwel niet als therapeutisch aanbod dat de relatie op gang moet trekken, maar als wettelijk kader en recht van de pleger.

In de praktijk loopt het zo’n vaart niet. Zelfs met de beste vertrouwelijkheids garanties vertellen plegers hun verhaal niet zomaar. Psychologisch gezien houdt het vertellen van hun verhaal reeds een therapeutische stap in (doorbreken van de geheimhouding). Het maakt deel uit van een proces van verantwoordelijkheid nemen (Eldridge, 1995). Dit proces is een belangrijke motor voor therapeutisch succes (Jenkins-Hall, 1994). Om dit extra in de verf te zetten en in zekere zin zelfs te ritualiseren, wordt met plegers vaak in groepstherapie gewerkt (Vanhoeck, 2000). De boodschap die aan de pleger gegeven wordt, kan als volgt samengevat worden: “Niemand heeft er iets aan dat je de hele waarheid zondermeer op mijn bord deponeert en er dan vanuit gaat dat je er vanaf bent. Je kunt me beter de halve waarheid vertellen, maar voor dat deel de verantwoordelijkheid opnemen.” Op die manier anticipeert de therapeut op het feit dat de pleger zijn verhaal wel niet volledig zal doen en normaliseert hij dit. Onvolledig zijn betekent niet de therapie hinderen. Het heeft zijn psychologische betekenis.

Het beroepsgeheim is juridisch gezien niet minder van toepassing, maar het neemt therapeutisch gezien een minder centrale plaats in. Aangezien de pleger als een deelnemer aangesproken wordt die verantwoordelijkheid moet leren dragen, heeft hij het recht om met kennis van zaken te oordelen of hij al dan niet in een therapeutische relatie stapt. Alle patiënten/cliënten hebben daar recht op, dat is een ethisch principe. Maar meer en meer wordt ervan uitgegaan dat een toestemming met kennis van zaken de betrokkenheid van de cliënt bij zijn therapie ten goede komt (Wippoo, 1997). Informed consent kan een therapeutische hefboom worden om de motivatie van cliënten te beïnvloeden. Informed consent centraal stellen legt de verantwoordelijkheid op een respectvolle wijze bij de pleger en laat toe het wettelijk beroepsgeheim er als één van de informatieve elementen in op te nemen (Vanhoeck & Van Canegem, 2000).

Een verantwoordelijkheidsmodel

Een verantwoordelijkheidsmodel houdt twee bewegingen in: verantwoordelijkheid geven aan de pleger en verantwoordelijkheid nemen door de therapeut. De pleger krijgt verantwoordelijkheid door het mandaat

dat ook hij aan de therapeut moet geven te officialiseren en door ernstig werk te maken van een informed-consentprocedure. De pleger is geen willoos slachtoffer dat manu militari naar de therapieslachtbank gesleept wordt. Dit kan bijvoorbeeld een rituele plaats krijgen door hem hierover bij aanvang van de therapie een stellingname te laten schrijven. De therapie is er verder op gericht de pleger uit te nodigen om verantwoordelijkheid te nemen voor zijn feiten. Idealiter voor alle feiten, in de praktijk beter de volle verantwoordelijkheid voor een gedeelte van de feiten dan de halve verantwoordelijkheid voor alle feiten. Essentieel is daarbij uiteraard het verschil tussen oorzakelijkheid en verantwoordelijkheid (Dell, 1989). Groepstherapie biedt de mogelijkheid om de deelnemers ook verantwoordelijkheid ten opzichte van elkaar en van de groep te laten opnemen (Vanhoeck, 2000). Maar de therapeut mag geen verantwoordelijkheid afschuiven op de pleger (of op de therapiegroep: Maletzky, 1999). Belangrijke beslissingen komen aan het team toe en de therapeut mag zich door de pleger niet laten beïnvloeden om toegevingen te doen over bijvoorbeeld de duurtijd of frequentie van de therapie die niet door het team gedekt zijn.

De therapeut neemt zijn verantwoordelijkheid door de best mogelijke therapie in veilige omstandigheden aan te bieden. Verantwoordelijkheid nemen betekent risico's willen aangaan. De meest verantwoordelijke therapeut is niet degene die alle therapieën weigert wegens te riskant. Hij moet van de samenleving als opdrachtgever daartoe ook de nodige ruimte krijgen: een resultaatsverbintenis is onrealistisch. Het moet evenwel een berekend risico zijn, vandaar het belang van risicotaxatie als diagnostische discipline (de Ruyter, 1999). Er is ook een externe kant aan de verantwoordelijkheid van de therapeut, namelijk t.o.v. de samenleving, de slachtoffers en potentiële slachtoffers. Ook daar moet de therapeut, "doen wat hij nodig vindt en wat aansluit bij de actuele stand van het wetenschappelijk onderzoek". Die verantwoordelijkheid opnemen is op de lange termijn ook helpend voor de cliënt, ook al moet de therapeut hem soms op de korte termijn tegen de haren in strijken. Hij laat zo zien dat verantwoordelijkheid nemen niet gelijk staat met graag gezien willen worden. In een verantwoordelijkheidsmodel heeft de therapeut een voorbeeldfunctie. Hij is een rolmodel. Ten slotte is de therapeut ook verantwoordelijk voor zichzelf. Hij moet zichzelf beschermen tegen burnout, tegen mediaverleiding, tegen manipulatie door de cliënt, tegen besmetting van zijn privéleven.

Misbruik is schending van vertrouwen en het overschrijden van grenzen. Deze bekommernissen moe-

ten daarom een plaats krijgen in een verantwoorde-lijke therapeutische relatie. Het mandaat reikt de grenzen aan waarbinnen de therapie plaatsvindt. Dat mandaat stelt terugvalpreventie als doel en de therapeut moet zijn interventies dus binnen dat kader verantwoorden, dan wel de pleger ertoe kunnen motiveren de doelstelling te verruimen. Maar in het therapeutisch contact stellen zich ook andere grenskwesties. Pithers (1997) pleit er bijvoorbeeld voor om bewust om te gaan met lichaamscontact, omdat veel plegers ook niet-seksuele aanrakingen seksualiseren. De therapeut moet zich afvragen hoeveel informatie over zijn persoon hij in de therapie wil inbrengen: familietoestand, woonplaats, ... Sommige plegers vragen de therapeut rechtuit naar zijn seksuele voorkeuren en gezinssituatie. Hoe daarmee omgaan? Toverformules bestaan wellicht niet, maar een criterium kan zijn dat de therapeut het gevoel moet behouden dat hijzelf beslist over de informatie die hij deelt, en dat hij er zich niet oncomfortabel door gaat voelen, of minder vrij om de interventies te doen die hij gepast vindt.

We willen dit deel over verantwoordelijkheid niet besluiten zonder Glasser (1971) aan het woord te laten. In zijn toentertijd baanbrekend werk *Reality Therapy* benoemt hij zijn leiderschapsstijl als "verantwoordelijk" en omschrijft dit als: meevoelend, warm, betrokken, oprecht, behoeder van de regels, niet snel uit het lood geslagen, niet bang, niet veroordelend naar personen wel oordelend naar het misbruikgedrag.

Hoop en respect

Therapie kan niet zonder hoop. Is een situatie uitzichtloos en kan ook therapie niets bijdragen aan probleemverlichting dan hoeven we er niet aan te beginnen. Kunnen we niet verwachten dat de pleger hoopvol gestemd is, dan we mogen we er toch van uitgaan dat de therapeut dit inbrengt. Een dadertherapeut moet niet aan zijn vak beginnen, als hij er niet in gelooft. Het punt is niet of de pleger gemotiveerd is, maar wel of de therapeut het is (Bullens, 2002). Hoop maakt deel uit van de "magische therapiefactoren" (zie hoger). Ook Yalom (1981) heeft het over hoop als werkzame factor in groepstherapie. Snyder (2002) definieert hoop als "het besef over de bekwaamheid te beschikken om wegen te kunnen vinden die zullen leiden naar de gewenste doelen, en om zichzelf te kunnen motiveren die wegen te volgen". Mann (2004) neemt het positief werken vanuit hoop op in haar artikel over recente vernieuwingen in de behandeling van seksuele delinquenten. Samen met Webster, Schofield en Marshall (2004) beschrijft ze een aanpak waarbij positief naar een gewenst doel gestreefd wordt (the New Me) in plaats van alle energie te steken in het verwer-

pen van de oude misbruikpatronen. "No cure but control" blijft volgens Gijs (2002) wel nog steeds het dominante motto, maar Marshall et al. (2002) tonen aan dat als dit met empathie, warmte, beloning van vooruitgang en met directheid wordt ingevuld, dit een positieve invloed heeft op het therapieresultaat.

Jenkins (1998) spreekt van therapie als een verbintenis waarbij de pleger uitgenodigd wordt om op ontdekkingsstocht te gaan naar een alternatief identiteitsverhaal ("a model of engagement by invitation"). Hij pleit ervoor dat plegers alle verantwoordelijkheid voor hun misbruikgedrag moeten opnemen en dat recht moet gedaan worden aan de ervaringen van de slachtoffers (aansprakelijkheid). Maar deze therapeutische interventies moeten van respect ten aanzien van de persoon van de pleger getuigen en in het algemeen zelfrespect en respect t.a.v. derden bevorderen. Algemeen aanvaard lijkt het principe van het scheiden van persoon en daad. Respect en invoeling gaan uit naar de persoon van de pleger. Zijn misbruikfeiten echter worden "externaliserend" bekeken als iets wat laakbaar is en moet voorkomen worden. Daarbij is een echt kunnen invoelen van de diepere drijfveren die naar misbruik geleid hebben, niet nodig en wellicht ook niet mogelijk. Ook in de traumaliteratuur wordt de idee verlaten dat slachtoffers vanuit een begrijpende houding ("ik begrijp wat u doormaakt") moeten benaderd worden. Respect voor wat de cliënt heeft meegemaakt en voor de manier waarop hij ermee omgaat, staan centraal. Het is immers niet mogelijk echt 100 % te begrijpen wat het betekent zo'n ingrijpende gebeurtenis door te maken (Quintyn, 1992). Adriaenssens (1998) spreekt van een traumatherapeut als "container" die de beleving van de cliënt als realiteit neemt. De daderhulpverlener kan overwegen om te aanvaarden dat misbruik algemeen menselijk is en potentieel tot ieders gedragsrepertorium kan behoren. Een therapiegroep biedt dan het voordeel dat het plegers in de mogelijkheid stelt om herkenning en invoeling onder elkaar te ervaren. Yalom (1981) stelt dat de groepstherapeut over voldoende "praktische wijsheid" dient te beschikken om de problemen van de cliënt te kunnen "vatten" (ook hij gebruikt "containen").

Lijden en rechtvaardigheid

Hoewel de therapeut geen vervangende rechter mag spelen, heeft rechtvaardigheid ook zijn plaats in de therapeutische relatie. Boszormenyi-Nagy (1994) beschrijft binnen zijn contextueel denken een therapeutische dynamiek van geven en nemen: de cliënt investeert in de relatie door zijn verhaal te vertellen en zijn kwetsbaarheid te tonen (zelfonthulling) en de therapeut reageert (herstelt de balans) met zijn deskundig-

heid. Takens (2001) bevroeg opleiders, therapeuten en cliënten uit drie verschillende therapierichtingen (psychoanalyse, gedrags- en cliëntgerichte therapie) naar de aard van de therapeutische relatie. Uit analyse van de resultaten en van de vakliteratuur komt hij tot de conclusie dat de relatie asymmetrisch is, omdat de twee partijen elk een verschillende ingang hebben. De cliënt moet bereid zijn zich voor (de invloed van) de therapeut open te stellen. De therapeut anderzijds zal moeten proberen om zich toegang tot de wereld van de cliënt te verschaffen. Hiervoor zijn zelfonthulling door de cliënt en empathie vanwege de therapeut essentieel. Dit is hoogst interessant, want zelfonthulling en empathie zijn twee hot items bij daderhulp.

Een dergelijke dynamiek komt vaak niet op gang bij dadertherapie. Integendeel, het is de therapeut die investeert met hoop, motivatie, verantwoordelijkheid en een uitgestoken hand. Hoe kan de cliënt hieraan tegemoet komen en in termen van Nagy zijn *balans van verdiensten en schulden* niet verder in onevenwicht brengen? Hier begeef ik me op speculatief terrein. Cliënten kunnen binnen de therapeutische relatie werken aan het herstellen van rechtvaardigheid op de vierde dimensie van de relationele ethiek (Nagy, 1994). Delictverwerking hoort bij de therapie. Vroeger gingen mensen voor hun zonden op bedevaart of deden op een andere manier aan boetedoening. Onder collega's spreken we daarom wel eens van het Compostella-gevoel, naar analogie van het populaire Spaanse bedevaartsoord. Bij delictverwerking hoort lijden. Madanes (1995) spreekt van een "pijn in het hart" als diepste kwetsuur die ze bij slachtoffers vaststelt. En ze voegt eraan toe dat daders die in therapie aan hun delict werken, een gelijkaardige pijn ervaren. Dit proces van herstel van relationele rechtvaardigheid en openstaan voor de pijn en het lijden die door het misbruik veroorzaakt zijn, zou wel eens de stap kunnen zijn die de therapeutische relatie van de kant van de pleger op gang kan houden. Het Compostella-gevoel bij de therapeut is dan het plaatsmaken in de relatie voor dat lijden en die rechtvaardigheid.

Wat is dan juist die empathie waarvan Marshall et al. (2002) vonden dat ze essentieel is voor therapeutisch succes? Is dit een empathisch meevoelen met en aanvaarden van de cliënt in Rogeriaanse stijl? Een echt begrijpen van misbruik is wellicht niet mogelijk (zie hoger) en ook niet nodig. Empathie moet gericht zijn op de positie van de cliënt. Hij voelt zich verplicht om te komen. Hij moet spreken over dingen waarover normaal niet gesproken wordt. Hij moet verantwoordelijkheid opnemen voor feiten die allesbehalve waardering verdienen, enzovoort. De therapeut moet empathisch kunnen reageren op de moed die een pleger

nodig heeft om een dergelijke onderneming aan te durven gaan. Soms sluipt in dit verband tussen de regels het woord "compassion" binnen. We mogen dit niet met compassie of medelijden vertalen. In het Nederlands roepen die woorden verkeerde associaties op. Maar begaanheid past misschien wel.

Onderzoek

Marshall (1996) stelt dat er vier relatiestijlen zijn aangetroffen bij dadertherapeuten. De confronterende stijl is hard en congruent met de sociale verwerping die daders sowieso beleven. Het lage gevoel van eigenwaarde wordt er verder door versterkt. De toegeeflijke stijl neemt de pleger in bescherming en daagt hem niet kritisch uit. Ongemakkelijke onderwerpen komen daardoor niet aan bod. Een derde stijl is objectief: afstandelijk, emotieloos, gesloten en biedt een niet-empathisch model. Een vierde stijl sluit aan bij de *state of the art* in Noord-Amerika en Europa (Marshall & Frenken, 1999) en is de positieve stijl: steunend, belonend, bemoedigen, respectvol. Deze analyse wordt door recent onderzoek bevestigd.

Beech en Scott Fordham (1997) publiceerden een van de weinige onderzoeksprojecten die de effectiviteit van therapiestijlen bij daderhulp vergeleken hebben. Zij vonden dat de succesvolste programma's goed doordacht en coherent waren, een gevoel van verantwoordelijkheid opriepen bij de plegers, stimuleerden dat gevoelens geuit werden en overbrachten dat er hoop was voor de toekomst. Contraproductief was het, wanneer therapeuten erg confronterend en controlerend waren. Thorne (1996) vond dat een confronterende en controlerende stijl gepaard ging met lagere scores op een schaal die de mate meet waarin plegers het leed toegeven die ze aan hun slachtoffer berokkend hebben. Marshall et al. (2003) stelden vast dat een confronterende stijl een negatieve invloed had op copingcompetentie. Ook Marshall, Anderson & Fernandez (1999) vonden dat shaming als therapeutische techniek een slechte invloed had op omgang met agressie.

Het STEP evaluatie-onderzoek vond dat programma's effectiever waren als de groepsdeelnemers zich "aangemoedigd en gerespecteerd voelden als individu en zich niet enkel benaderd voelden als "seksuele delinquent" (Beckett et al., 1994). Belangrijk is dat het vooral de subjectieve ervaring van de deelnemers zijn die correleren met effectiviteit en dat de therapeuten dit niet altijd goed inschatten (Beech & Scott Fordham, 1997). Ook Garrett et al. (2003) stellen vast dat de subjectieve beleving van de therapeutische relatie door de dader van belang is voor de effectiviteit van groeps therapie. De therapeutische relatie mag geen herha-

ling worden van de relaties die de cliënt erbuiten had en zeker niet van degene die een rol gespeeld hebben in zijn misbruik (bijv. zich minder voelen, niet gewaardeerd worden, ...; Garrett et al, 2003).

Verantwoordelijkheid opnemen en openheid over gepleegde feiten zijn niet alleen belangrijke doelstellingen maar Levenson en Macgowan (2004) vonden dat ze ook goede indicatoren zijn van therapeutische vooruitgang. In hun onderzoek werden deze doelstellingen niet bereikt door dwingende ("imposing") interventies, maar wel door een uitnodigende relatie die gekenmerkt werd door begrip, vertrouwen en aanvaarding (zie ook Birgden & Vincent 2000).

Besluit

Uit deze analyse komt een therapeutische relatie naar voor die zeer kwetsbaar en fragiel is. De basis ervoor, zeker in een beginfase, kan niet uit de relatie zelf gehaald worden, maar moet van het kader er rond komen. Dit kan geboden worden door een duidelijk mandaat dat de samenleving aan de therapeut geeft en waaraan de pleger met kennis van zaken zijn toestemming (informed consent) geeft. Vertrouwen is geen vanzelfsprekendheid en dit langs de twee kanten. De relatie moet tijd krijgen en een zekere vorm van wantrouwen in beide richtingen is legitiem. Vertrouwen moet verdiend worden. De therapeut kan dit onder andere doen door zich verantwoordelijk, betrouwbaar en invoelend te tonen, kortom door een voorbeeldfunctie te hebben voor de therapeutische doelstellingen die hij met de pleger hoopt te bereiken. In zoverre dit proces van verdiend vertrouwen op gang komt, kan de relatie groeien naar een klassieke therapeutische relatie. Motivatiebevordering speelt hierin een belangrijke rol als therapeutische methodiek.

Verantwoordelijkheid is een centraal concept, zodat we van een verantwoordelijkheidsmodel kunnen spreken in plaats van een klassieke vertrouwensrelatie. De therapeut mag (moet) als rolmodel natuurlijk fouten maken. De perfectie moet niet de norm zijn die aan de pleger overgebracht wordt. En toch is er een domein waarop de therapeut de perfectie zou moeten nastreven, omdat het van zo'n cruciaal belang is bij seksueel misbruik: het respect voor grenzen.

Als sleutelconcepten die de specificiteit van de therapeutische relatie bij daderhulp aan seksuele delinquenten uitmaken, weerhouden we dus in willekeurige volgorde: verantwoordelijkheidsmodel, mandaatgebonden werken, respect- en hoopvolle bejegening, empathie als begaanheid, plaats voor lijden en herstel van rechtvaardigheid, respecteren van grenzen, informed consent, rolmodel voor therapeutische doelstellingen, en verdiend vertrouwen. Daarenboven is het

een complexe relatie die de samenleving als derde part-ner nodig heeft en waarbij de therapeut zich gesteund weet door een team.

Marshall en Serran (2004) besluiten dan ook dat het belang van de variabele "therapeutische relatie" bij cognitieve gedragstherapie lange tijd onderschat is en daarom ook onvoldoende onderzocht. Het lijkt erop dat onderzoekers wat dit betreft aan een inhaalbeweging bezig zijn. Therapeuten kunnen dit alleen maar toejuichen.

Literatuur

- Adriaenssens, P. (1998). Traumatherapie. In P. Adriaenssens, L. Smeyers, C. Ivens & B. Vanbeckevoort, *In vertrouwen genomen: Voor iedereen die met kinderen omgaat* (pp. 185-205). Tiel: Lannoo.
- Baetens, L. (1998). Hulpverleners en beroepsgeheim. In R. Stockman (Red.), *Het beroepsgeheim in de zorgverleningssector: Een confrontatie tussen recht en praktijk* (pp. 41-50). Antwerpen/Groningen: Intersentia Rechtswetenschappen.
- Barbaree, H.E., Seto, M.C., Langton, E.C.M., & Peacock, J. (2001). Evaluating the predictive accuracy of six risk assessment instruments for adult sex offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 28, 490-521.
- Beckett, R., Beech, A., Fisher, D., & Scott Fordham, A. (1994). *Community based treatment for sexual offenders: An evaluation of seven treatment programmes*. London: Home Office.
- Beech, A., & Scott Fordham, A. (1997). Therapeutic climate of sex offender treatment programs. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 9, 219-223.
- Birgden, A., & Vincent, J.F. (2000). Maximizing therapeutic effects in treating sexual offenders in an Australian correctional system. *Behavioral Sciences and the Law*, 18, 497-488.
- Boszormenyi-Nagy, I., & Krasner, B.R. (1994). *Tussen geven en nemen: Over contextuele therapie*. Haarlem: De Toorts.
- Bullens, R.A.R. (2002). Motivatie bij zedendelinquenten. In C.A.L. Hoogduin & M.T. Appelo (Red.), *Directieve therapie bij psychiatrische patiënten* (pp 79-95). Nijmegen: Cure & Care.
- Carroll, J.S. (1991). Consent to mental health: A theoretical analysis of coercion, freedom and control. *Behavioral Sciences and the Law*, 9, 129-142.
- Cosyns, P., & De Doncker, D. (1996). Ambulante dwangbehandeling van seksuele misbruikers. *Panopticon*, 17, 25-36.
- Danis, H., Aubut, J., Poirier, N., & Robert, E. (1993). Les traitements behavioro-cognitifs: L'entraînement aux habiletés sociales. In Aubut (Ed.), *Les agresseurs sexuels: Théorie, évaluation et traitement* (pp. 125-133). Montréal les Editions de la Chenelière.
- Dell, P.F. (1989). Violence and the systemic view: The problem of power. *Family Process*, 28, 1-14.
- de Shazer, S. (1994). *Words were originally magic*. New York W.W. Norton.
- de Ruiter, C. (1999). Risicotaxatie bij forensisch psychiatrische patiënten. In C. de Ruiter & M. Hildebrand (Red.), *Behandelingsstrategieën bij forensisch psychiatrische patiënten* (pp. 9-16). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Eldridge, H. (1995). *Maintaining change: A relapse prevention manual for adult male perpetrators of child sexual abuse*. Birmingham: The Faithfull Foundation.
- Eldridge, H. (1998). *Therapist guide for maintaining change: Relapse prevention for adult male perpetrators of child sexual abuse*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Eldridge, H., & Wyre, R. (1998). The Lucy Faithfull Foundation residential program for sexual offenders. In W.L. Marshall, Y.M. Fernandez, S.M. Hudson & T. Ward (Eds.), *Sourcebook of treatment programs for sexual offenders* (pp.79-92). New York/London: Plenum Press.
- Gijs, L. (2002). Etiologische theorieën over seksueel agressief gedrag: Een inleidend overzicht. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 26, 9-25.
- Garrett, T., Oliver, C., Wilcox, D.T., & Middleton, D. (2003). Who cares? The views of sexual offenders about the group treatment they receive. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 15, 323-338.
- Glasser, W. (1971). *Reality therapy: A new approach to psychiatry*. New York: Harper & Row.
- Gordon, A., & Hover, G. (1998). The Twin Rivers sex offender treatment program. In W.L. Marshall, Y.M. Fernandez, S.M. Hudson & T. Ward (Eds.), *Sourcebook of treatment programs for sexual offenders* (pp. 3-15). New York/London: Plenum Press.
- Greeven, P., & de Ruiter, C. (2000). De therapeutische relatie in de forensische psychiatrie: Een empirisch onderzoek. *Gedragstherapie*, 33, 383-401.
- Jenkins, A. (1990). *Invitations to responsibility*. Adelaide, Australië: Dulwich Centre Publications.
- Jenkins-Hall, K. (1994). Outpatient treatment of child molesters: Motivational factors and outcome. In *Young victims, young offenders* (pp. 139-150). Binghamton NY: Hayworth Press.
- Jenkins, A. (1998). Invitations to responsibility: Engaging adolescents and young men who have sexually abused. In W.L. Marshall, Y.M. Fernandez, S.M. Hudson & T. Ward (Eds.), *Sourcebook of treatment programs for sexual offenders* (pp. 163-189). New York/London: Plenum Press.
- Kear-Colwell, J., & Pollock, P. (1997). Motivation or confrontation: Which approach to the child sex offender? *Criminal Justice and Behavior*, 24, 20-33.
- Levenson, J.S., & Macgowan, M.J. (2004). Engagement, denial and treatment progress among sex offenders in group therapy. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 16, 49-63.
- Madanes, C., Keim, J.P., & Smelser, D. (1995). *The violence of men. New techniques for working with abusive families: A therapy of social action*. San Francisco: Jossey-Bass.

- Maletzky, B.M. (1999). Editorial: Groups of one. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 11, 179-181.
- Mann, R.E. (2004). Innovations in sex offender treatment. *Journal of Sexual Aggression*, 10, 141-152.
- Mann, R.E., Webster, S.D., Schofield, C. & Marshall, W.L. (2004). Approach versus avoidance goals in relapse prevention with sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 16, 65-75.
- Marshall, W.L. (1996). The sexual offender: Monster, victim or everyman? *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 16, 317-335.
- Marshall, W.L., Anderson, D., & Fernandez, Y. (1999). *Cognitive behavioural treatment of sex offenders*. New York: Wiley.
- Marshall, W.L., & Frenken, J. (Eds.) (1999). North American and European approaches to sexual offenders: Converging trends. (special issues) *Journal of Interpersonal Violence*, 14, 3/4, 219-437.
- Marshall, W.L., & Serran, G.A. (2004). The role of the therapist in offender treatment. *Psychology, Crime and Law*, 10, 309-320.
- Marshall, W.L., Serran, G., Moulden, H., Mulloy, R., Fernandez, Y.M., Mann, R., & Thornton, D. (2002). Therapist features in sexual offender treatment: Their reliable identification and influence on behaviour change. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 9, 395-405.
- Marshall, W.L., Serran, G.A., Fernandez, Y.M., Mulloy, R., Mann, R.E., & Thornton, D. (2003). Therapist characteristics in the treatment of sexual offenders : Tentative data on their relationship with indices of behaviour change. *Journal of Sexual Aggression*, 9, 25-30.
- Nyberg, D. (1994). *Lob der Halbwahrheit: Warum wir so manches verschweigen* (oorspronkelijk: The Varnished Truth). Hamburg: Junius Verlag.
- Opsteyn, J., Raymenants, I., & Vanhoeck, K. (2003). Visietekst van I.T.E.R. - Centrum voor daderhulp: Kader voor opgelegde ambulante daderhulp aan plegers van zedenfeiten. *Panopticon*, 25, 70-77.
- Pithers, W.D. (1997). Maintaining treatment integrity with sexual abusers. *Criminal Justice and Behavior*, 24, 34-51.
- Quintyn, L. (1992). *Syllabus Ronde Tafel Psychiatrie: P.T.S.D. in de individuele praktijk*". Niet-gepubliceerd paper. Brussel: Centrum voor Crisispsychologie.
- Snyder, C.R. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological Inquiry*, 13, 249-275.
- Takens, R.J. (2001). *Een vreemde nabij: Enkele aspecten van de psychotherapeutische relatie onderzocht*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Thorne, I. (1996). Sex offender treatment program: An evaluative study of the victim empathy blocks. Niet-gepubliceerde M.Sc.-thesis, University of London. Geciteerd in R.E. Mann & D. Thornton (1998). The evolution of a multisite sexual offender treatment program. In W.L. Marshall, Y.M. Fernandez, S.M. Hudson & T. Ward (Eds.), *Sourcebook of treatment programs for sexual offenders* (pp. 47-57). New York/London: Plenum Press.
- Vandenbroucke, M. (1996). Vrijheid, dwang en hulpverlening: Enkele bemerkingsen bij de dwang in de hulpverlening aan delinquenten. *Panopticon*, 17, 5-17.
- Vanhoeck, K. (2000). Groepstherapie bij de behandeling van zedenplegers. In C. Dillen & P. Cosyns (Red.), *Behandeling van seksuele delinquenten in België* (pp. 255-280). Leuven/Apeldoorn: Garant.
- Vanhoeck, K. (2002). Motivatie bewerken bij forensische cliënten. *Psychopraxis*, 4, 152-158.
- Vanhoeck, K., & Van Canegem, F. (2000). Informed consent bij gedwongen therapie. *Panopticon*, 21, 80-87.
- Van Kalmthout, M. (1994). *Psychotherapie: het bos en de bomen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Van Ree, F. (2001). *Pedofilie, een controversiële kwestie: Analyse van een maatschappelijk vraagstuk*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Ward, T., & Stewart, C.A. (2003). Good lives and the rehabilitation of sexual offenders. In T. Ward, D.R. Laws & S.M. Hudson (Eds.), *Sexual deviance: Issues and controversies* (pp. 79-101). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Wilk, R.W. (1988). Competence and the psychosexual stages of development. In M.R. Jones (Ed.), *Nebraska symposium on motivation* (pp. 97-141). Lincoln, NE: University of Nebraska Press.
- Wippoo, J.H. (1997). Informed consent bij psychotherapie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 23, 394-409.
- Yalom, I.D. (1981). *Groepstherapie in theorie en praktijk*. Deventer: van Loghum Slaterus.

Abstract

The therapeutic relationship in sex offender treatment: a matter of earned trust

In this article, I will focus on the therapeutic alliance in the case of court-ordered sex offender therapy. There are several reasons why this alliance will be of a specific nature. First, it doesn't start because the client has a therapeutic demand. It is society who believes in therapy for sex offenders. In the second place, the public is very concerned and doesn't accept failures. Thirdly, the therapy has a special objective: relapse prevention. I won't look for "what works", but I will analyse the specific features of the alliance and what this means for therapy. My intention is not empirical but, to use a trendy word, ethical.