

De werkaliantie bij de behandeling van plegers van seksueel grensoverschrijdend gedrag

Julia Wilpert¹, Els Van Daele², Kris Vanhoeck²

¹ De Forensische Zorgspecialisten, Utrecht, Nederland

² Centrum geestelijke gezondheidszorg I.T.E.R., Brussel, België

Samenvatting

Literatuur en praktijk kennen de werkaliantie tussen therapeut en cliënt een belangrijke rol toe voor het behandelresultaat van psychotherapie. Er is vooral onderzoek gedaan naar de rol van bepaalde therapeut- en cliëntkenmerken, maar over hun dynamiek, hoe deze kenmerken zich tot elkaar en de context verhouden, is minder bekend. Een waterdicht recept voor succes kan daar niet uitgefilterd worden, wat het belang van maatwerk onderstreept. Dit geldt ook en misschien zelfs in grotere mate voor cliënten die in therapie komen voor problematiek met seksueel grensoverschrijdend gedrag. Forensische therapeuten moeten niet alleen rekening houden met de rehabilitatie van de cliënt maar ook met maatschappelijke veiligheid en het herstel van de schade die teweeggebracht is in de directe en ruimere leefomgeving van plegers en slachtoffers. De werkaliantie met plegers van seksueel grensoverschrijdend gedrag kent specifieke aandachtspunten en uitdagingen omdat forensische therapeuten en cliënten in meerdere of mindere mate rekening moeten houden met justitiële en maatschappelijke randvoorwaarden. In dit artikel wordt aan hand van literatuur en praktijkvoorbeelden een beeld geschetst van een aantal belangrijke thema's in de therapeutische relatie bij deze specifieke doelgroep zoals ontkenning, externalisering en angst voor veroordeling.

De wetenschappelijke literatuur ondersteunt de werking van psychotherapie en geeft aan dat de relatie tussen therapeut en cliënt daar een belangrijke rol in speelt (APA, 2013; Ardito & Rebellino, 2011; Norcross, 2011). Uit verschillende meta-analyses blijkt dat de positieve samenhang tussen de kwaliteit van deze therapeutische relatie, ook wel werkaliantie genoemd, en de behandeluitkomsten, klein maar consistent is. Dit geldt voor zowel volwassenen als jeugd (Horvath, Del Re, Flückiger, & Symonds, 2011; Shirk, Karver, & Brown, 2011) en ongeacht type meetinstrument, beoordelaar, interventie en stoornis van de cliënt (Flückiger et al., 2015; Martin, Garske, & Davis, 2000). Aanwijzingen dat de werkaliantie vooral aan het begin van het therapeutisch proces voorspellend is voor de uitkomst van de therapie, pleiten ervoor hier al vroeg in het traject aandacht aan te besteden (Castonguay, Constantino, & Grosse Holtforth, 2006).

Ook bij de ggz-behandeling van forensische cliënten (die een strafbaar feit hebben gepleegd, daarvan verdacht worden of neigingen ertoe hebben) wordt de werkaliantie verondersteld bij te dragen aan onder andere het essentiële doel van forensische behandeling: vermindering van de recidivekans. De aanname hierbij is dat de forensische cliënt in een goede werkrelatie gemotiveerder en ontvankelijker zal zijn voor behandeling en opener over wat hem of haar bezig houdt, bijvoorbeeld over onderwerpen die delictgedrag in de hand werken (Horst, Schönberger & Kogel, 2012). Over hoe dit in de praktijk werkt indien deze onderwerpen gevoelig liggen of zelfs taboe zijn, zoals bij seksueel grensoverschrijdend gedrag (sgg) kan voorkomen, lijkt weinig bekend te zijn. In dit artikel wordt aan hand van literatuur en praktijkvoorbeelden nader ingegaan op de vraag of er bepaalde aandachtspunten bij de behandeling van sgg-plegers zijn.

Werkaliantie, een definitie

Over welke elementen precies de werkaliantie werkzaam maken is beperkt consensus. Dit begint al bij de definiëring van het begrip. Een vaak aangehaalde omschrijving is die van Bordin (1979). Hij beschouwt de werkaliantie als multidimensionaal met drie elkaar wederzijds beïnvloedende aspecten:

J. Wilpert, psychologe, onderzoeker bij DFZS

E. van Daele, criminologe en seksuologe, forensisch therapeute bij I.T.E.R. en relatie- en gezinstherapeute bij I.P.R.R.

K. Vanhoeck, psycholoog, coördinator van I.T.E.R.

Correspondentie: Julia Wilpert, De Forensische Zorgspecialisten, Postbus 174, 3500 AD Utrecht, Nederland. E: jwilpert@dfzs.nl

a. *doel*: de overeenstemming tussen cliënt en therapeut omtrent de doelen van de therapie,

b. *taak*: de overeenstemming tussen cliënt en therapeut omtrent de wijze waarop die doelen bereikt kunnen worden, en

c. *band*: de emotionele band tussen cliënt en therapeut. Hierbij merkt Bordin op dat de afstemming tussen de persoonlijke kenmerken van de cliënt en de therapeut belangrijker is dan de afzonderlijke kenmerken aan sich om veranderingen te bewerkstelligen. Doran (2016) vult de definitie van Bordin aan en stelt dat niet alleen samenwerking en overeenstemming van belang zijn voor de therapeutische relatie, maar ook 'schaduwzijden' zoals onenigheid en spanning. Gelso (2014) benadrukte eerder al hoe elementair *rupture repair* ('breukreparatie'; het herstellen van een verstoring in de werkrelatie) tussen therapeut en cliënt is, omdat (aan (tegen)overdracht onderhevige) therapeutische relaties onvermijdelijk frictie met zich meebrengen. Alliantiebedreigingen, zoals gebrek aan vertrouwen, sympathie, feedback, overeenstemming, duidelijkheid en steun (Karam, Sprenkle & Davis, 2015), maken het karakter van de werkalliantie uiterst dynamisch, zodat deze tussen en zelfs binnen sessies kan fluctueren (Flückiger, Horvath, Del Re, Symonds & Holzer, 2015). Daarnaast onderscheiden Gilbert en Leahy (2007) ook nog verschillende algemene fasen in de ontwikkeling van de werkalliantie met elk andere aandachtspunten. In de opzetfase spelen bijvoorbeeld verwachtingen en motivatie een hoofdrol, in de ontwikkelingsfase vertrouwen en inzet en bij het onderhoud aspecten als tevredenheid en verandering. De therapeutische relatie wordt dus bepaald door de dynamiek tussen verschillende factoren; kenmerken van zowel de cliënt en de therapeut alsook de context.

Context: de uitdaging van een forensisch kader

Een verschil in context tussen de reguliere versus de forensische geestelijke gezondheidszorg (ggz) is dat de forensische cliënten een strafbaar feit hebben gepleegd, grensoverschrijdend gedrag hebben vertoond of de neiging daartoe hebben. Behandelingen in de forensische ggz zijn niet zelden opgelegd door een rechter, wat volgens Kozar en Day (2012) een ander kader verschaft dan regulier: het (behandel)programma is primair gericht op beveiliging van de maatschappij en pas secundair op het welbevinden van het individu. Ook Skeem, Eno, Lauden, Polaschek en Camp (2007) achten de werkrelatie in een opgelegd kader complexer dan die in een vrijwillig kader. Volgens hen is er sprake van een 'dubbelrol': *care* (rehabilitatie) & *control* (maatschappelijke veiligheid) en is het controle-aspect in de werkalliantie met plegers van sgg in de literatuur onderbelicht (en wordt er geen rekening mee gehouden in instrumenten die de kwaliteit van de werkalliantie meten).

Er is nog weinig onderzoek gedaan naar de cliënt-therapeut-relatie in justitiële populaties, met name

naar personen die sgg hebben gepleegd. Maar het idee dat de werkalliantie (ook) een belangrijk aspect is in de rehabilitatie van deze (zeden)plegers is niet nieuw. In 2003 al stelden Serran, Fernandez, Marshall en Mann in hun review van de literatuur over de behandeling van zedenplegers, dat het ontwikkelen van een sterke therapeutische alliantie centraal staat in het veranderingsproces van een forensische behandeling.

Recenter waren Blasko en Jeglic (2016) de eersten die keken naar de samenhang tussen de therapeutische relatie en recidiverisico van zedenplegers. Zij vonden dat het (door therapeuten ingeschatte) recidiverisico van 202 zedenplegers negatief gecorreleerd was met hoe (goed) de cliënten de band met hun therapeut beoordeelden. Dit gold echter alleen voor de band met vrouwelijke therapeuten, niet met mannelijke. De onderzoekers opperen dat bepaalde subgroepen plegers (vooral verkrachters) vaker vrouwonvriendelijke cognitieve distorsies vertonen die de alliantie met vrouwelijke therapeuten zouden kunnen bemoeilijken. Of dit daadwerkelijk het geval is, zou nader onderzocht moeten worden. Sandhu en Rose (2012) stellen in hun review dat de werkrelatie met een vrouwelijke therapeut in een behandelingscontext, potentieel lijkt te hebben om de perceptie, attitudes en relaties met vrouwen van sgg-plegers te veranderen. Zolang onduidelijk is wanneer de sekse van de therapeut een al dan niet gunstige invloed heeft op de werkrelatie met bepaalde zedenplegers, is het iets om rekening mee te houden en indien mogelijk bij cliënten te toetsen. In het, tot op heden, enige onderzoek naar werkalliantie en daadwerkelijke recidive, werd geen samenhang gevonden tussen de kwaliteit van de therapeutische relatie en nieuwe veroordelingen bij een Canadees sample van 111 zedenplegers (type delict niet gespecificeerd) in de gevangenis (DeSorcy, Olver, & Wormith, 2017). Kozar en Day's conclusie uit 2012, dat er nog onvoldoende bewijs is voor een directe of indirecte impact van de therapeutische alliantie op therapie-uitkomsten bij geweldplegers (waaronder zedenplegers), is derhalve nog steeds actueel.

In de forensische praktijk lijkt de invloed van de werkalliantie op de therapie echter voldoende evident. Bij I.T.E.R., een gespecialiseerd centrum voor hulp aan plegers van seksueel misbruik in Brussel, wordt gesteld dat het opbouwen van een actieve werkbare therapeutische relatie ook in de forensische hulpverlening cruciaal is voor een veilig en zinvol verloop van de behandeling en dat transparantie, consistentie, betrouwbaarheid en maatwerk belangrijke ingrediënten zijn van deze werkalliantie. Tegelijkertijd spreekt men er van 'begrenzende' zorg omdat het opbouwen van de hulpverleningsrelatie begrensd is door opgelegde, meestal juridische, regels en maatschappelijke verwachtingen. De casusvoorbeelden hieronder stammen uit de praktijk van de cliëntenzorg bij I.T.E.R.

Therapeutkenmerken: het belang van een goed onthaal

Ondanks het gebrek aan studies naar de samenhang tussen de werkalliantie en het behandelresultaat zijn er wel indicaties voor aspecten die gunstig zijn voor een goede therapeutische relatie binnen de sgg-behandeling. In een kwalitatieve pilotstudie van Drapeau (2005) gaven plegers van seksueel kindermisbruik aan dat ze verschillende therapeutische interventies behulpzaam vonden, maar dat vooral de (band met de) therapeuten de belangrijkste factor was om verandering te bewerkstelligen. Gewaardeerde eigenschappen van therapeuten waren eerlijkheid, respect, een niet-veroordelende houding, beschikbaarheid en zorgzaamheid. Cliënten gaven de voorkeur aan therapeuten die goed luisterden, gedachtewisseling aanmoedigden en vragen beantwoordden.

Studies van Marshall en collega's (onder andere Marshall, 2005; Marshall & Serran, 2004; Marshall et al., 2003a; Marshall et al., 2003b; Marshall et al., 2002) worden regelmatig aangehaald als bron van informatie en inspiratie voor de verbetering van (de uitkomsten van) sgg-plegerbehandeling. Al langer geleden stelden Marshall et al. (2003a) dat de werkalliantie de basis is voor effectieve therapie en dat zij beïnvloedt hoe de cliënt de therapeut ervaart. De onderzoekers noemen een aantal therapeuteigenschappen bepalend voor de ontwikkeling van een goede werkalliantie tussen therapeut en sgg-pleger:

- empathie
- authenticiteit, warmte, respect, steun
- zelfvertrouwen in de eigen vaardigheden
- emotionele responsiviteit
- gepaste mate van zelf-disclosure
- nadruk op open vragen, maar ook gesloten vragen stellen
- directief zijn, maar niet overmatig
- flexibel (gedrag aanpassen aan veranderlijke reacties/stemming van cliënt)
- aanmoediging van actieve deelname
- belonen van kleine stappen richting doel
- humor gebruiken, maar niet ten koste van de cliënt
- uitdagen op een stevige maar steunende manier
- vermijding van uitingen van woede of vijandigheid
- voorkomen van verbloeming van moeilijke onderwerpen (zoals het sgg)

Marshall et al. (2003a) waarschuwen ervoor dat veel sgg-clieñten in het begin moeite hebben om vertrouwen te ontwikkelen en dat dit hun mededeelzaamheid en oprechtheid zal beperken. Hoe de therapeut de cliënt in de eerste sessies benadert, bepaalt volgens hen hoe constructief de werkalliantie zal ontwikkelen. Een confronterende stijl werkt volgens Marshall en collega's in ieder geval averechts, omdat deze negatief is gere-

lateerd aan een toename van de copingvaardigheden van de cliënt. Het (gedoseerd, dus met mate) delen van persoonlijke ervaringen als illustratief voorbeeld kan helpen om het vertrouwen te vergroten. Marshall (2005) concludeert dat de invloed van therapeutkenmerken op het veranderingsproces van sgg-plegers, geoptimaliseerd wordt door therapeuten die een warme, empathische houding en een directieve maar niet veroordelende en respectvolle gesprekstijl aanhouden. Het voorbeeld van Bert illustreert hoe een empathisch welkom drempelverlagend kan werken (Casus 1).

Bert heeft vijf jaar geleden seksueel misbruik gepleegd op zijn minderjarige neefjes. Hij neemt na lang aarzelen contact op met I.T.E.R. Hij is verwezen door de politie in afwachting van zijn proces. Bert is duidelijk gespannen als hij naar het centrum komt. Hij is bereid om therapie te volgen omdat hij hoopt om zo uit de gevangenis te blijven en omdat hij zijn relatie met zijn gezin wil herstellen. Bij de eerste sessie biedt de therapeut hem een glas water aan en zegt dat het niet gemakkelijk is om hulp te zoeken voor problemen die met seksueel grensoverschrijdend gedrag te maken hebben. De therapeut geeft Bert meer informatie over hoe therapie in zijn werk gaat. Bert had gedacht dat hij bij het eerste gesprek al gedetailleerd over zijn seksueel misbruik zou moeten spreken. Hij is verrast over de inspanningen die de therapeut doet om hem te onthalen op het centrum. Na het gesprek voelt hij zich meer op zijn gemak. Hij maakt een afspraak voor een tweede gesprek, omdat hij gemerkt heeft dat spreken over zijn problemen met een hulpverlener meer soelaas brengt dan hij verwacht had.

Casus 1. Bert

Clieñtkenmerken: enkele prominente thema's bij sgg-plegers

De opbouwfase, zoals Gilbert en Leahy (2007) deze noemen, is dus extra belangrijk in de sgg-behandeling. Bij I.T.E.R. wordt in de eerste gesprekken ruimschoots tijd en aandacht besteed aan de voorwaarden die vanuit justitie opgelegd worden, aan de manier waarop er vanuit een therapeutisch kader gewerkt zal worden en aan de doelen van de gesprekken. De forensische therapeut zoekt in overleg met de teamleden en het cliëntsysteem te allen tijde naar een hulpverleningsrelatie die de therapeutische en maatschappelijke doelen alsook de relatie met de cliënt ten goede komt. Dit is niet vanzelfsprekend. Onder andere uit angst voor veroordeling voelen forensische cliëñten zich meestal heel gespannen en op hun hoede. Vooral in de beginfase van de therapie, maar ook in het verdere verloop van het therapeutisch proces.

Angst voor afwijzing en veroordeling

Youssef (2017) suggereert dat sgg-plegers vanwege de sensitieve en uiterst persoonlijke aard van hun problemen meer moeite hebben zich open te stellen zonder zich afgewezen of veroordeeld te voelen. Vermijding en afwijzing zijn belangrijke onderwerpen voor deze cliënten, vinden ook Bauman en Kopp (2006). Vanwege stigmatisering en demonisering kunnen zij extreem gevoelig zijn voor labeling, vijandigheid of gebrek aan empathie door een therapeut (Beech & Mann, 2002). Empathie, het (kunnen) zien van de wereld door anderen's ogen, is volgens Youssef essentieel om iemands situatie te kunnen begrijpen. Hoewel begrip niet hetzelfde is als goedkeuren, leeft volgens haar bij sommige therapeuten de angst dat hun empathie het delictgedrag zou kunnen bagatelliseren. Youssef meent dat dit niet het geval zou moeten zijn en dat empathie hier betekent dat de therapeut goed luistert naar de cliënt en diens ervaringen en gevoelens valideert. Zoals Dowling, Hodge en Withers (2018) ook concluderen uit hun interviews met dadertherapeuten, is het voor de opbouw van de therapeutische relatie belangrijk om de connectie met de persoon als geheel te zoeken en niet alleen met het (seksueel grensoverschrijdende) gedrag. Bij casus Gert (Casus 2) zien we hoe het erkennen van negatieve ervaringen het pad effent naar een verdieping van de werkaliantie.

Gert is veroordeeld voor seksueel misbruik van een buurjongen. Zijn familie heeft alle contact met hem verbroken. Hij is ontslagen op het werk en moet verhuizen. In een eerste fase van de therapie wordt het seksueel misbruik zelf in kaart gebracht maar Gert is niet gemotiveerd om mee te werken. De therapeut reageert empathisch op hoe Gert zich voelt. De inhoudelijke focus van de therapie wordt in samenspraak met Gert tijdelijk verlegd naar de verlieservaringen die hem emotioneel bezetten. Hij vertelt ook over zijn negatieve ervaringen met hulpverleners in het verleden. Hij voelt zich in de steek gelaten in plaats van geholpen en geeft aan dat hij niet bereid is om het achterste van zijn tong te laten zien. Hij reageert vijandig op vragen van zijn therapeut. De therapeut apprecieert Gert voor zijn inbreng en moedigt hem aan om meer over zijn nare ervaringen te vertellen. Gert is verrast dat deze therapeut niet met hem in discussie gaat en hij de kans krijgt om zijn verhaal te doen. Dit geeft hem het gevoel dat hij serieus genomen wordt en motiveert hem om op zijn beurt meer open te staan voor de therapeut.

Casus 2. Gert

Ontkenning en externalisering

Vanhoeck en Van Daele (2011) beschrijven verschillende vormen van ontkenning van sgg als een veel voorkomend en complex probleem in de forensische hulpverlening. Hulpverleners richten zich vaak op het doorbreken van de ontkenning terwijl ontkenning op zich geen risicofactor is op terugval (Harkins, Howard, Barnett, Wakeling & Miles, 2015). Toch is ontkenning een relevant therapeutisch thema omdat het de therapeutische relatie en de behandelmotivatie bemoeilijkt. Vanhoeck en Van Daele doen in hun artikel suggesties hoe hiermee om te gaan: allereerst door het doorbreken van ontkenning niet tot het primaire doel te maken. In plaats van vragen of iemand heeft gedaan waarvan hij wordt beschuldigd, biedt de vraag "hoe komt het dat je in therapie bent gekomen?" een neutralere ingang. Men dient volgens deze auteurs aldus niet op het sgg te focussen, maar op de periode waarin het plaatsvond, wat er toen in het leven speelde van de cliënt en wat zijn problemen waren. Ook is het zinvol om na te gaan wat de oorsprong en de functie van de ontkenning zijn. Is er sprake van zelfdeceptie of opzettelijk bedrog? Ontbeert de cliënt de copingvaardigheden om toe te geven en verantwoordelijkheid te nemen voor wat hij gedaan heeft of houdt hij willens en wetens informatie achter om consequenties te ontlopen? Ontkenning vormt zo een extra uitdaging voor de therapeut, maar geen onoverkomelijke.

Ook Serran et al. (2003) menen dat zedenplegers ertoe neigen om de verantwoordelijkheid voor hun acties te externaliseren en de schade die zij aangericht hebben bij hun slachtoffers te minimaliseren. Het doel hiervan lijkt bescherming voor verdere afbreuk aan hun zelfwaarde. Het bieden van een veilige en comfortabele omgeving/gespreksruimte waar cliënten zich minder bedreigd voelen, zal hen helpen hun defensiemechanismen te laten varen. Confronteren, beschuldigen en te snel focussen op moeilijke kwesties, werken weerstand in de therapeutische relatie in de hand. Zelfwaarde stijgt door positieve kwaliteiten van cliënten te benoemen en henzelf dergelijke eigenschappen te laten identificeren en gewaarworden. Uit onderzoek van Marshall et al. (2003b) bleek een belonende en directieve houding van de therapeut de grootste impact te hebben op verminderingen in het attribueren van schuld aan het slachtoffer, terwijl warmte en empathie de sterkste voorspellers waren van vermindering van minimalisering en ontkenning. In de casus van René (Casus 3) is te zien hoe aanvankelijke ontkenning geen barrière hoeft te zijn voor een zinvolle behandeling.

René is een leraar die beschuldigd wordt van pedoseksuele contacten met minderjarige leerlingen. Hij ontkent de beschuldigingen. Hij ziet niet in waarom hij naar een hulpverleningscentrum verwezen wordt voor iets dat hij niet gedaan heeft. Forensische therapeuten weten dat ontkenning geen risicofactor is voor terugval in seksueel misbruik. De basis leggen voor een werkbare therapeutische relatie zal in de toekomst daarentegen wel belangrijk zijn. In afwachting van zijn proces wordt er samen met hem gezocht naar welke stappen hij alvast zelf kan zetten om niet meer verdacht te worden van seksueel grensoverschrijdend gedrag. René is boos maar begrijpt dat zijn baan als leraar tijdelijk geschorst wordt. René wordt veroordeeld en moet verschillende jaren therapie volgen in een gespecialiseerd centrum. Aan het einde van zijn therapeutisch parcours vertelt René hoe ontkenning in zijn traject een rol gespeeld heeft. Hij geeft aan dat ontkennen hem hielp om nog meer teleurstellingen te voorkomen en om negatieve gevolgen van bekennen te vermijden. Door het seksueel misbruik te ontkennen wilde hij de confrontatie met zichzelf uitstellen en de angst om zijn relatie met zijn partner op het spel te zetten, voorkomen.

Casus 3. René

Hechting en (tegen)overdracht

In hun review over werkalliantie in daderbehandeling stellen Ross, Polaschek en Ward (2008) dat vooral de relatiegeschiedenis (zoals de band met de ouders), -vaardigheden (copingstrategieën) en stijl (waaronder hechting) van de cliënt de samenwerking beïnvloeden en demografische kenmerken minder. Hechtingsstijl wordt vaker genoemd als modererende factor. Therapie met cliënten met een hechtingsproblematiek stelt volgens Bowlby (1988) hoge eisen aan de therapeutische relatie (Hafkenscheid, 2014) waarbij het creëren van een veilige basis de belangrijkste taak voor de therapeut is. In onderzoek is bij zowel volwassenen als jeugd gevonden dat veilige hechting positief samenhangt met een hoger gewaardeerde werkalliantie (Bovard-Johns, Yoder & Burton, 2015). Ook is er een verband gevonden tussen de frequentie van het melden van breuken in de therapeutische relatie en hechtingsstijl. Gepreoccupeerde hechting was geassocieerd met een hogere frequentie relatiebreuken en vermijdende hechting met een lagere frequentie (Eames & Roth, 2000).

McKillop, Brown, Smallbone en Wortley (2016) lieten 112 volwassen mannelijke zedenplegers (kind-misbruikers) rapporteren over hun hechtingsstijl en voorkeur voor interpersoonlijke vaardigheden van hun therapeuten. Bijna een kwart van de deelnemers ($n = 25$, 24%) bleek veilig gehecht te zijn, twee vijfde ($n = 43$, 41%) angstig-vermijdend; een kwart ($n = 26$, 25%)

gepreoccupeerd-vermijdend, en een tiende ($n = 12$, 11%) gereserveerd-vermijdend. Als bijzonder belangrijke therapeuteigenschappen werden vertrouwen en oprechtheid gezien, dit gold vooral voor de gepreoccupeerd-vermijdende groep. De angstig-vermijdende groep is vooral bang om afgewezen te worden en heeft daardoor meer moeite een goede alliantie aan te gaan. Het onderstaande voorbeeld van Jeroen toont hoe wantrouwen een onoverkomelijk obstakel voor een effectieve behandeling kan zijn (Casus 4).

Jeroen is een 20-jarige student die teruggetrokken leeft op zijn studentenkamer in de stad. Hij is verslaafd aan het bekijken van beelden van seksueel misbruik van kinderen en heeft last van dwangmatige seksuele misbruikfantasieën. Hij masturbeert meerdere keren per dag om zich enigszins rustig te voelen. Hij durft er met niemand over te praten omdat hij bang is om afgewezen te worden. Zijn wereld is heel klein, eigenlijk wil hij niet meer leven. Zijn therapeut motiveert hem voor een opname in een psychiatrisch ziekenhuis. Hij krijgt daar basiszorgen zoals regelmatige nachtrust, voeding en menselijk contact met de hulpverleners. Stilaan kan hij tot rust komen en beseft hij meer en meer de ernst van zijn problemen en de gevolgen voor anderen. Hij blijft echter problemen houden om mensen te vertrouwen. Ondanks de energie die het therapeutisch team gedurende verschillende jaren investeert in terugvalpreventie recidiveert Jeroen meerdere keren. Hij neemt voor de zoveelste keer contact op met het behandelcentrum omdat zijn advocaat hem aangeraden heeft om terug in therapie te gaan bij een gespecialiseerd centrum. Jeroen beschuldigt de therapeuten van onvermogen omdat hij steeds terugvalt. Na twee gesprekken bij I.T.E.R. komt hij zijn therapeutische afspraken niet meer na. Na enkele maanden wordt Jeroen veroordeeld tot een gevangenisstraf omwille van nieuwe feiten.

Casus 4. Jeroen

Volgens Drapeau (2005) impliceert de psychodynamische traditie dat hechtingsthema's gereactiveerd worden in psychotherapie en weergegeven worden door interacties met de therapeut. Hierdoor kan therapie beschouwd worden als reparatiegelegenheid waarmee de cliënt nieuwe zelf- en objectrelaties kan ontwikkelen en nieuwe omgangsmethoden. De deelnemers in zijn eerder beschreven onderzoek rapporteerden dat zij zich vaak als kinderen voelden in de therapie setting en dat het niet ongebruikelijk was om de therapeuten met hun ouderfiguren te vergelijken. Youssef (2017) stelt dat deze overdracht positief (de therapeut wordt als alwetend gezien) of negatief (de therapeut wordt als overdreven kritisch gezien) kan zijn, maar altijd kansen biedt om schade te lokaliseren en te repareren. De

onderzoekster waarschuwt ervoor (tegen)overdracht te vermijden en problemen in het therapeutische contact volledig bij de cliënt neer te leggen. Zij meent dat dit gevaar voornamelijk reëel is wanneer therapeuten te weinig aan zelfreflectie doen en te veel aan zelfbescherming.

Conclusie

Uit zowel literatuur als praktijk komt naar voren dat de kwaliteit van de therapeutische relatie afhankelijk is van meerdere factoren die in wederzijdse dynamiek een rol spelen. Om het belang te onderstrepen concluderen Norcross en Wampold (2011) in een speciale editie van het tijdschrift *Psychotherapy*, die geheel gewijd was aan *evidence-based* therapeutische relaties, dat de opbouw en cultivering van de therapeutische relatie een prioriteit moet zijn. Voor een optimaal resultaat moet therapie zo goed mogelijk aansluiten bij specifieke cliëntkenmerken, wat maatwerk vereist. Zo kan een vrouwelijke therapeut bijvoorbeeld voor sommige sgg-clianten gunstig zijn en voor andere contraindicatief. Theorie en toepassing kennen beide een grote rol toe aan de therapeutkenmerken niet-veroordeelend, empathisch en directief (Sandhu & Rose, 2012). De geringe hoeveelheid wetenschappelijke studies over de werkrelatie bij sgg-plegers laat echter nog veel vragen onbeantwoord. Heeft een gevoelig onderwerp (en risicofactor) als seksuele deviantie van sgg-plegers bijvoorbeeld invloed op de belangrijk geachte transparantie tussen therapeut en cliënt? Waarom is behandelmotivatie voor de ene sgg-pleger ver te zoeken en is de andere juist heel therapietrouw? Welke sgg-clianten zijn meer gebaat met individuele therapie en welke met groepstherapie? Onderzoek is helaas nog te ontoereikend om deze vragen goed te kunnen beantwoorden. Er ligt nog genoeg studiemateriaal!

Literatuur

- American Psychological Association (2013). Recognition of psychotherapy effectiveness. *Psychotherapy*, 50, 102-109.
- Ardito, R.B., & Rebellino, D. (2011). Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: historical excursus, measurements, and prospects for research. *Frontiers in Psychology*, 2, 270.
- Bauman, S., & Kopp, T.G. (2006). Integrating a humanistic approach in outpatient sex offender groups. *Journal for Specialists in Group Work*, 31, 247-261.
- Beech, A.R., & Mann, R.E. (2002). Recent developments in the treatment of sexual offenders in McGuire, J. (Ed.), *Offender Rehabilitation: Effective Programmes and Policies to Reduce Reoffending*. John Wiley & Sons: Chichester, pp. 259-88.
- Blasko, B.L., & Jeglic, E.L. (2016). Sexual offenders' perceptions of the client-therapist relationship: The role of risk. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 28(4), 271-290.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- Bovard-Johns, R., Yoder, J.R., & Burton, D.L. (2015). Therapeutic alliance with juvenile sexual offenders: The effects of trauma symptoms and attachment functioning. *Journal of Offender Rehabilitation*, 54(4), 296-315.
- Castonguay, L.G., Constantino, M.J., & Grosse Holtforth, M. (2006). The working alliance: Where are we and where should we go? *Psychotherapy: theory, research, practice, training*, 43(3), 271-279.
- DeSorcy, D.R., Olver, M.E., & Wormith, J.S. (2017). Working Alliance and Psychopathy: Linkages to Treatment Outcome in a Sample of Treated Sexual Offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, [Epub ahead of print], 1-22.
- Doran, J.M. (2016). The working alliance: Where have we been, where are we going? *Psychotherapy Research*, 26(2), 146-163.
- Dowling, J., Hodge, S., & Withers, P. (2018). Therapists' perceptions of the therapeutic alliance in "Mandatory" therapy with sex offenders. *Journal of Sexual Aggression*, 24(3), 326-342.
- Drapeau, M. (2005). Research on the Processes Involved in Treating Sexual Offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 17(2), 117-125.
- Eames, V., & Roth, A. (2000). Patient attachment orientation and the early working alliance - A study of patient and therapist reports of alliance quality and ruptures. *Psychotherapy Research*, 10(4), 421-434.
- Flückiger, C., Horvath, A.O., Del Re, A.C., Symonds, D., & Holzer, C. (2015). Bedeutung der Arbeitsallianz in der Psychotherapie. Übersicht aktueller Metaanalysen. *Psychotherapeut*, 60(3), 187-192.
- Gaston, L. (1991). Reliability and criterion-related validity of the California Psychotherapy Alliance Scales-patient version. *Psychological Assessment*, 3(1), 68-74.
- Gelso, C. (2014). A tripartite model of the therapeutic relationship: Theory, research, and practice. *Psychotherapy Research*, 24(2), 117-131.
- Gilbert, P., & Leahy, R.L. (Eds.). (2007). *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies*. New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Hafkenscheid, A. (2014). *De therapeutische relatie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Harkins, L., Howard, P., Barnett, G., Wakeling, H., & Miles, C. (2015). Relationships between denial, risk, and recidivism in sexual offenders. *Archives of sexual behavior*, 44(1), 157-166.
- Horst, R.P. van der, Schönberger, H.J.M., & Kogel, C.H. de (2012). *Toezicht op zedendelinquenten Effectiviteit en veronderstelde werkzame mechanismen van vormen van toezicht*. Den Haag: WODC.
- Horvath, A.O., Del Re, A.C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9-16.
- Karam, E.A., Sprenkle, D.H., & Davis, S.D. (2015). Targeting threats to the therapeutic alliance: A primer for marriage and family therapy training. *Journal of Marital and Family Therapy*, 41(4), 389-400.
- Kozar, C.J., & Day, A. (2012). The therapeutic alliance in offending behavior programs: A necessary and sufficient condition for change? *Aggression and Violent Behavior*, 17(5), 482-487.
- Luborsky, L., Barber, J.P., Siqueland, L., Johnson, S., Najavits, L.M., Frank, A., & Daley, D. (1996). The revised Helping Alliance Questionnaire (HAQ-II): *Psychometric properties*. *Journal of Psychotherapy: Practice and Research*, 5(3), 260-271.
- Marshall, W.L. (2005). Therapist style in sexual offender treatment: Influence on indices of change. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 17(2), 109-116.
- Marshall, W.L., & Serran, G.A. (2004). The role of the therapist in offender treatment. *Psychology, Crime & Law*, 10(3), 309-320.
- Marshall, W.L., Fernandez, Y.M., Serran, G.A., Mulloy, R., Thornton, D., Mann, R.E., & Anderson, D. (2003a). Process variables in the treatment

- of sexual offenders: A review of the relevant literature. *Aggression and Violent Behavior*, 8(2), 205–234.
- Marshall, W.L., Serran, G.A., Fernandez, Y.M., Mulloy, R., Thornton, D., Mann, R.E., & Thornton, D. (2003b). 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.
- Marshall, W.L., Serran, G.A., 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(6), 395–405.
- Martin, D.J., Garske, J.P., & Davis, M.K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438–450.
- McKillop, N., Brown, S.J., Smallbone, S., & Wortley, R. (2016). Sexual offenders' parental and adult attachments and preferences for therapists' interpersonal qualities. *Journal of Sexual Aggression*, 22(2), 177–191.
- Norcross, J.C. (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2nd ed.). New York, NY: Oxford University Press.
- Norcross, J.C., & Wampold, B.E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98–102.
- O'Malley, S.S., Suh, C.S., & Strupp, H.H. (1983). The Vanderbilt Psychotherapy Process Scale: A report on the scale development and a process-outcome study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(4), 581–586.
- Ross, E.C., Polaschek, D.L.L., & Ward, T. (2008). The therapeutic alliance: A theoretical revision for offender rehabilitation. *Aggression and Violent Behavior*, 13(6), 462–480.
- Sandhu, D.K., & Rose, J. (2012). How do therapists contribute to therapeutic change in sex offender treatment: An integration of the literature. *Journal of Sexual Aggression*, 18(3), 269–283.
- Serran, G., Fernandez, Y., Marshall, W.L., & Mann, R.E. (2003). Process issues in treatment: Application to sexual offender programs. *Professional Psychology, Research and Practice*, 34(4), 368–374.
- Shirk, S.R., Karver, M.S., & Brown, R. (2011). The alliance in child and adolescent psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(4), 17–24.
- Skeem, J.L., Eno Louden, J., Polaschek, D., & Camp, J. (2007). Assessing Relationship Quality in Mandated Community Treatment: Blending Care With Control. *Psychological Assessment*, 19(4), 397–410.
- Vanhoeck, K., & Daele, E. van (2011). Denial of sexual crimes: A therapeutic exploration. In D.P. Boer, R. Eher, L.A. Craig, M.H. Miner, & F. Pfafflin (Eds.), *International perspectives on the assessment and treatment of sexual offenders: Theory, practice and research* (pp. 355–373). Chichester, UK: Wiley.
- Youssef, C. (2017). The importance of the therapeutic alliance when working with men who have committed a sexual offence. *Journal of Criminal Psychology*, 7(3), 206–220.

Summary

The working alliance in the treatment of perpetrators of sexual transgressive behavior

Literature and practice indicate that the working alliance between therapist and client plays an important role for the treatment outcome of psychotherapy. Research has looked into certain therapist and client characteristics, however, how these characteristics relate to each other and the context (their dynamics), is less studied. This lack of an ironclad recipe for success underlines the importance of treatment customization. This applies also, and perhaps even to a larger extent, to clients receiving therapy due to problems with sexually transgressive behavior. Forensic therapists must not only take the rehabilitation of the client into account but also societal safety and the restoration of the damage caused in the direct and broader environment of the perpetrator and the victims. Therefore, the working alliance with perpetrators of sexually transgressive behavior is associated with specific points of attention and challenges. In this article, an overview of the literature and examples from practice are described to illustrate the prominent themes, such as denial, externalizing and fear of judgment, in the therapeutic relationship of this specific target group.

Keywords: working alliance, forensic psychiatry, sex offenders

Trefwoorden: werkalliantie, forensische psychiatrie, zedendelinquenten