

Groepspsychotherapie bij zedendelinquenten: een gepaste behandeling

Door **Bernard ten Hag** (bernard@tenhag.com), psychotherapeut bij
Polikliniek De Waag, een onderdeel van De Forensische Zorgspecialisten.

Inleiding

Sinds enkele decennia is groepstherapie de meest voorkomende therapievorm voor het behandelen van zedendelinquenten. Een recent literatuuroverzicht vermeldt dat bij 88% van de behandelprogramma's in de VS en Canada een of andere vorm van groepstherapie wordt toegepast (McGrath e.a., 2009). Er zijn geen Nederlandse cijfers bekend, wel is er inhoudelijke informatie beschikbaar. In 1997 werd een nummer van het tijdschrift *Groepspsychotherapie* gewijd aan groepstherapieën in de forensische zorg. In het boek *Gevaarlijke groepen*, gaf Deneer (2004) een verdere onderbouwing voor en inkijk in het groepstherapeutisch werken met forensische cliënten. De laatste jaren vindt er enig onderzoek plaats naar groepstherapie bij zedendelinquenten (Ware e.a., 2009), maar het onderzoek beperkt zich tot de meer formele aspecten van groepstherapie en de effectiviteit daarvan, zoals de vorm van de groep (open of gesloten) en de keuze van de doelgroep

(per delictsoort of gemengd). De auteurs concluderen dat er te weinig onderzoek op dit gebied heeft plaatsgevonden om wetenschappelijk gefundeerde keuzes te kunnen maken voor groepstherapie in verschillende vormen en voor groepstherapie in vergelijking met individuele therapie. Boven deze formele aspecten zijn er echter belangrijke inhoudelijke argumenten om voor groepstherapie te kiezen, ook bij zedendelinquenten. Dit wordt toegelicht binnen het kader van recente ontwikkelingen in de forensische hulpverlening.

Recente ontwikkelingen

De laatste jaren is de kijk op de behandeling van delinquenten aanzienlijk gewijzigd. De inhoud van de behandeling kent belangrijke vernieuwingen terwijl tegelijkertijd de proceskant van therapie nadrukkelijker in beeld is gekomen.

De oudere benadering, vormgegeven door het terugvalpreventiemodel, richtte zich op het delictgedrag, en omdat het schadelijk

gedrag betreft, was de overheersende benadering vooral gericht op het voorkomen van dat gedrag. Dat gaf een negatieve insteek omdat de nadruk werd gelegd op wat iemand moet vermijden om niet in dezelfde fout te vervallen. Er was minder oog voor achterliggende kwetsbaarheidsfactoren van cliënten. De groepsbehandelingen beschreven in het boek van Deneer (2004) ademen deze traditie. Zij beschrijft dat groepstherapie vooral nuttig is omdat cliënten elkaars druk om delictgedrag onder ogen te zien, beter verdragen dan confrontatie door therapeuten.

Recentere benaderingen leggen minder nadruk op delictgedrag en onderzoeken meer de functie van het gedrag. Daarnaast is de focus van behandeling niet alleen op de inhoud van het behandelprogramma gericht, maar wordt er meer aandacht besteed aan de persoon van de cliënt. De therapeutische relatie en het groepsproces komen nadrukkelijker in beeld, niet alleen om een behandeling effectiever te laten verlopen maar ook omdat die wezenlijk zijn voor het veranderingsproces van de cliënt zelf. Deze ontwikkeling sluit aan bij wat in de forensische hulpverlening het responsiviteitsprincipe wordt genoemd: de behandeling moet beantwoorden aan de wensen en mogelijkheden van cliënten.

Het responsiviteitsprincipe is onderdeel van het *Risk-Need-Responsivity*-model (RNR-model), gebaseerd op het hoofdwerk van Andrews en Bonta (2005): *The psychology of criminal conduct*. Het RNR-model is geen behandelmodel maar eerder een behandelkader, waarin het volgen van de

principes van risico, behoeftes en responsiviteit, ook bekend onder de naam *What works*-principes, een behandeling effectief maken. Het RNR-model is heden ten dage het heersende behandelmodel in de forensische zorg. Het risicoprincipe erkent bij cliënten verschillende niveaus van recidivegevaar, met daarop aansluitend een meer of minder intensief behandelaanbod. Het behoefteprincipe onderscheidt psychologische problemen die wel (criminogeen) en geen (niet-criminogeen) relatie met recidive hebben en waar in de behandeling de meeste aandacht naar uit dient te gaan. De belangrijkste psychologische problemen liggen op het gebied van (1) seksualiteit, (2) intimiteit en sociale contacten, en (3) algemene zelfregulatie, waaronder met name emotieregulatie. Deze drie factoren vormen de pijlers van een effectief behandelprogramma (Ten Hag, 2011). Het derde principe, het responsiviteitsprincipe, kent een algemeen principe gericht op een effectief behandelaanbod waarbij vooral cognitieve gedragstherapie genoemd wordt, en een specifiek principe voor het aanpassen van de behandeling aan kenmerken van cliënten. Het responsiviteitsprincipe is belangrijk omdat forensische cliënten vaak persoonlijkheidsproblemen hebben en minder goed gemotiveerd zijn voor behandeling.

Al langer was er in de behandeling van zedendelinquenten een kentering te zien in de stijl van therapeutische aanpak. Vanuit de verslavingszorg werd motiverende gespreksvoering (Miller en Rollnick, 2002) een geschikte benadering gevonden voor het behandelen van vooral passieve, maar

soms ook opstandige cliënten. Ook werd het werken aan doelen die cliënten in hun leven willen nastreven bruikbaar gevonden dan de vermijdingsdoelen waardoor het terugvalpreventiemodel, dat overigens ook vanuit de verslavingszorg was overgenomen, werd gekenmerkt (Mann, 2000). Vermijdingsdoelen hebben over het algemeen weinig met iemands 'zelf' te maken, en zonder aandacht voor de persoonlijke kant van cliënten kan een behandeling niet optimaal zijn. Deze meer positieve lijn werd voortgezet in het *Good Lives Model* (GLM, Ward & Stewart, 2003), een behandelmodel dat hetzelfde beoogt als het RNR-model, maar waarin dezelfde problemen van delinquenten op een andere manier gekaderd worden. De GLM-benadering stelt dat delinquenten dezelfde levensdoelen stellen als anderen, maar dat zij verkeerde routes bewandelen, onder andere door gebrek aan vaardigheden, door problematische attitudes en door een gebrek aan zelfvertrouwen om deze doelen te halen. Voor het doel van dit artikel voert het te ver om dieper op deze beide modellen in te gaan, maar samenvattend is aan te geven dat er in recentere benaderingen meer oog is gekomen voor de persoon van de delinquent, dat de proceskant van therapie meer aandacht krijgt dan louter de inhoud van het behandelprogramma, en dat de focus op het delictgedrag verlegd wordt naar de functie van het gedrag. Deze verschuiving is het krachtigst weer te geven in de uitspraak dat wanneer je een cliënt in therapie neemt, die voor hem ook relevant en van betekenis moet zijn. Ook al is de gehele

onderneming – en terecht – gericht op het voorkomen van nieuwe strafbare feiten, dan is dat nog geen therapeutisch doel op zich. Voor therapeutisch werken heb je een actieve cliënt nodig, die zich inzet om veranderingen in zijn leven aan te brengen, zodat de kans op recidive vermindert. Dat betekent dat er meer belang gehecht moet worden aan de therapeutische relatie, en dat groepstherapieën meer psychotherapeutisch moeten functioneren en niet alleen moeten bestaan uit trainingsprogramma's voor het aanleren van vaardigheden en strategieën om risico's te vermijden.

Groepspsychotherapie is bovendien een goed antwoord op de eerder genoemde psychologische, criminogene factoren van seksuele delictpleging, waarbij een goede therapeutische relatie en groepscohesie van centraal belang is.

De therapeutische relatie binnen de forensische zorg

Ross e.a. (2008) citeren Bordin die over alle therapiestromingen heen de therapeutische relatie als een wisselwerking ziet tussen het vormen van een (1) band, en het werken aan (2) taken en (3) doelen, waarbij de ene therapiestroming meer de band benadrukt en een andere stroming meer op de taken en doelen focust. De oudere benadering in de forensische zorg, zoals hierboven beschreven, benadrukte het doel van recidivevermindering, de behandeling was taakgericht en had meer het karakter van psycho-educatie dan therapie. Deze benadering kwam onder druk te staan omdat de

effecten van behandeling te wensen overliet, variërend van therapie-uitval tot oppervlakkige, eerder sociaal-wenselijke resultaten (Marshall e.a., 2011). Dat leidde tot meer aandacht voor de therapeutische relatie. Marshall e.a. (2003) hebben studies verricht naar therapeutkenmerken en vonden dat kenmerken als warmte en empathie een groter effect hadden op de behandeluitkomst dan in de algemene klinische literatuur gevonden werd. Dat verschil schreven zij toe aan het feit dat delinquenten bij aanvang van therapie gebrekkig van vertrouwen zijn, en weinig van zichzelf prijsgeven uit angst dat openheid meer problemen geeft. In een verder onderzoek vonden zij dat de combinatie van het tonen van warmte en empathie enerzijds en het geven van aanmoedigingen en enige directiviteit anderzijds, een positieve uitwerking hadden op de behandelresultaten. Directiviteit positioneerde Marshall (2005) tussen Rogers non-directieve therapie – met de kans op stilstand in de behandeling van zedendelinquenten – en directe instructies waardoor cliënten niet tot eigen verantwoordelijkheid komen. Een ander belangrijk kenmerk dat Marshall e.a. (2003) in de algemene psychotherapeutische literatuur vonden is flexibiliteit. Flexibiliteit verwijst naar de vaardigheid van therapeuten om zich aan te passen aan de individuele manier waarop cliënten hun behandeling benaderen. Een consequentie van een flexibele houding van therapeuten is dat het gebruik van werkboeken dat in forensische hulpverlening gangbaar is, niet wenselijk is (Marshall, 2009). Een behandeling is effec-

tief als deze zo veel mogelijk is toegespitst op de individuele problemen van de cliënt, en een flexibele houding is bijzonder gunstig in groepsbehandelingen waar groepsleden rechtstreeks met elkaar kunnen praten in plaats van via een werkboek. Een werkboekbenadering leidt eerder tot het geven van psycho-educatie dan tot therapeutisch werken. Een balans tussen procedures (hoeksteen van gedragstherapie) en voldoende flexibiliteit bij de therapeut (bijdrage vanuit de algemene psychotherapie) geeft, aldus Marshall (2009), betere behandelresultaten.

Ross e.a. (2008) vullen de bijdragen van bovengenoemd onderzoek aan door naast therapeutkenmerken ook cliëntkenmerken in beeld te brengen en de invloed van de context op de therapeutische relatie te beschrijven. Op deze meer omvattende manier proberen zij grip te krijgen op de problemen die het vormen van een werkrelatie – individueel maar ook in een groep – in de forensische zorg bemoeilijken. Cliënten zijn geen passieve ontvangers van therapie maar brengen zichzelf mee, met al hun problematische attitudes, opvattingen en gedragingen en onverwerkte emoties. De aanwezige interpersoonlijke problemen zijn aanzienlijk, vaak chronisch en vinden bij de meeste cliënten hun oorsprong in ongunstige ervaringen in de kindertijd. De motivatie tot behandeling is bij deze cliënten eerder extrinsiek dan intrinsiek. Ook de context is een bepalende factor voor het tot stand brengen van een therapeutische relatie. Naast het zeer negatieve klimaat voor zedendelinquenten in Nederland, is ook het

optreden van politie en opsporing in een aantal gevallen buitenproportioneel, rekening houdend met het feit dat de meeste zedendelinquenten een laag risicoprofiel hebben (Hanson e.a., 2014). In plaats van ervan uit te gaan dat (bijna) iedere dader terugkeert in de samenleving, bestaat er een vijandige bejegening die niet alleen onethisch is, maar die ook rehabilitatie bemoeilijkt. Ook een behandelbenadering die bovenmatig en eenzijdig gekleurd is door risicotaxatie en bescherming van de veiligheid voor de samenleving, motiveert cliënten niet om met zichzelf aan de slag te gaan.

Actieve rol

Een effectieve behandeling vraagt van cliënten een actieve rol in het behandelproces. Ook groepstherapie zou erop gericht moeten zijn deze actieve rol bij groepsleden naar voren te laten komen. Dat betekent dat bij groepstherapie (1) het accent moet komen te liggen op de mogelijkheden om groepsleden met elkaar in gesprek te brengen (2) over de thema's die voor hen belangrijk zijn. Met name de problemen die cliënten ervaren en die een relatie tot delictpleging hebben, maken een behandeling in groepsverband uitermate geschikt. Dat vraagt om een meer psychotherapeutische benadering.

Vanuit deze nieuwe visie is met name ervaring opgedaan bij cliënten met excessief seksueel gedrag die als gevolg hiervan met justitie in aanraking zijn gekomen. Voorbeelden zijn *hands-off* delicten als exhibitionisme en voyeurisme, maar ook strafbaar gedrag als gevolg van hyperseksualiteit,

variërend van bijvoorbeeld het downloaden van kinderporno tot diefstal van lingerie en het verduisteren van geld om prostitutiebezoek te kunnen betalen. Er zijn veel manieren waarop mensen door hun excessieve seksuele gedrag in conflict komen met anderen en met justitie. Daarnaast is ook ervaring opgedaan bij cliënten met een meer uitvoerige delictgeschiedenis. Hun seksuele gedrag is meer rigide van aard en 'noodzakelijk' voor hen. Noodzakelijk omdat de functie van het delictgedrag dieper is ingesleten en minder makkelijk door onschuldiger gedrag kan worden vervangen. Deze problemen vormen een grote blokkade bij sociaal en relationeel functioneren, maar ook andersom: problemen op het gebied van intimiteit en zelfregulatie worden vertaald in seksueel grensoverschrijdend gedrag. In termen van het RNR-model gaat het hier over cliënten met een hoger risico en zijn hun psychologische problemen dieper ingesleten. Wat responsiviteit betreft zijn met name cliënten met hyperseksueel gedrag meer intern gemotiveerd omdat zij last ervaren van hun gedrag. Aan de hand van de alom bekende groepstherapeutische factoren van Yalom (2006) kunnen de problemen op de gebieden van seksualiteit, intimiteit en zelfregulatie nader toegelicht worden en de bewerking daarvan in groepsinteracties geïllustreerd worden.

Van groepstherapie naar groepspsychotherapie

Binnen de oudere benadering hadden groepen een meer psycho-educatief karakter met

een *one-size-fits-all* aanpak, vanuit het theoretisch kader van het terugvalpreventiemodel (Deneer, 2004; Mulder, 1995). In de groep werden individuele delictketens opgesteld en terugvalpreventieplannen gemaakt, waarbij gebruik werd gemaakt van de inbreng van groepsleden. Een belangrijk doel was de cliënten verantwoordelijkheid te laten nemen voor hun delictgedrag. Groepsleden werden verondersteld elkaar beter te kunnen confronteren wanneer iemand zijn delict bagateliseerde of de verantwoordelijkheid buiten zichzelf legde. De groepen waren gesloten van aard: bij voldoende aanbod werd een nieuwe groep gestart. De behandeling was eerder confronterend dan ondersteunend.

Een van de opvallende punten is dat in dergelijke groepen weinig gebruik wordt gemaakt van de unieke mogelijkheden die de groep als zodanig aan het veranderingsproces kan bijdragen (Frost e.a., 2009). In een groep vinden onvermijdelijk groepsprocessen plaats waarin zaken bij groepsleden onderling spelen. Er is nooit een sociaal vacuüm. Vaak wordt in de huidige forensische praktijk echter de inhoud van de behandeling bepaald door de doelen die vanuit risicotaxatie zijn gesteld, en wordt de groep alleen gebruikt als middel om op een soepele manier aan deze doelen te werken. De groep kan echter ook als groep ingezet worden om dezelfde doelen te bereiken en in dit geval is groepspsychotherapie een juistere benaming die de lading dekt.

Yalom (2001) beschrijft een aantal groepstherapeutische factoren die goed aansluiten bij deze problemen van zedendelinquenten (Frost e.a., 2009), ook die proble-

men die een link met recidive hebben, te weten problemen met intimiteit en seksualiteit, en problemen in algemene zelf- en emotieregulatie. Over het algemeen hebben zedendelinquenten een problematische levensgeschiedenis met onveilige hechtingspatronen die zich in een problematische relatievorming voortzetten (Ten Hag en Van Horn, 2004). Zij hebben problemen met zelfwaardering, zijn eerder op zichzelf gericht dan op de ander, weinig assertief en meer afhankelijk dan autonoom. Hun probleemoplossing bij stress schiet tekort en hun emotieregulatie is gebrekkig. Zedendelinquenten lijken vooral verstoord te zijn op de basisbehoeften van autonomie en verbondenheid, hetgeen goed zichtbaar is in een groepspsychotherapie waarin vragen aan de orde komen als: blijf ik overeind in het contact met anderen als ik mijzelf werkelijk laat zien? Kan ik me openstellen voor anderen en werkelijk interesse tonen zodat ik meer uit mijn isolement kan komen en beter leer te delen met en te genieten van een ander (Johnson, 2009)? Vooral de acceptatie, steun, maar ook confrontatie door groepsleden wordt als uiterst wezenlijk genoemd. De angstig-gehechten onder hen leren meer voor zichzelf op te komen en zich minder afhankelijk van anderen te maken. Zij kunnen meer IK worden in het contact met de ander. De vermijding-gehechten leren zich meer te verbinden met anderen. Ze kunnen hun isolement meer onder ogen zien en contact met hun emoties krijgen waardoor hun motivatie groeit om contact met anderen te maken. Zij leren meer WIJ in het groepsproces te maken.

Cohesie

Als een van de belangrijkste therapeutische factoren voor groepen noemt Yalom cohesie. Cohesie verwijst naar de aantrekkingskracht van de groep voor haar leden. Door onderlinge acceptatie en het begrijpen van elkaar worden oplossingen gevonden voor de problemen waarmee zedendelinquenten in het leven moeite hebben en die zij op een onjuiste manier compenseren met seksueel grensoverschrijdend gedrag. Een groep kan bij een goede cohesie een basis van veiligheid bieden en door universaliteit – een ander belangrijk sleutelconcept van Yalom – kunnen groepsleden hun isolement en eenzaamheid opheffen en zich daardoor openstellen voor hechting. Alleen al het horen van elkaars delicten is een sociaal bewijs dat ze niet de enige zijn. Vooral in open groepen kan deze normalisatie, als kenmerk van universaliteit, sterk vorm krijgen. Iemand wordt in de groep opgenomen alsof hij op een rijdende trein stapt. Bij het binnenkomen van de groep stellen zittende groepsleden zich voor met de reden waarom zij deelnemen, maar vooral geven zij aan waarmee zij in de behandeling bezig zijn. De ervaring is dat nieuwe groepsleden onmiddellijk ervaren dat in deze ronde zaken aan de orde komen die ook hen aangaan. Zij worden meteen voorbij het schaamtevolle delictgedrag meegenomen naar onopgeloste problemen en vraagstukken in hun eigen leven die van invloed zijn geweest op hun delictgedrag. In deze voorstelronde ervaren nieuwe groepsleden dat hun probleem niet uniek zijn, dat ze het niet

meer geheim hoeven te houden en dat ze er in deze groep over kunnen praten. Seksueel grensoverschrijdend gedrag en andere vormen van seksueel probleemgedrag zijn in het algemeen uiterst schaamtevol. Cliënten denken bij de start van behandeling dat zij per definitie niet door anderen geaccepteerd worden. Deze gevoelens worden afgeweerd door het zelf te beschermen, in de vorm van bagatelliseren wat zij gedaan hebben en de schuld bij anderen neerleggen. Lange tijd werden deze manoeuvres gezien als kenmerken van crimineel denken. Ze moeten echter eerder gezien worden als bescherming van het zelfbeeld (Maruna & Mann, 2006). Een laag zelfbeeld beïnvloedt in negatieve zin de mate waarin cliënten in behandeling zullen gaan en in staat zullen zijn empathie op te brengen voor het slachtoffer. Zij kunnen in de loop van hun behandelproces van een schaamtevolle, zichzelf veroordelende positie meer in de richting komen van schuld bekennen aan iets waarvoor zij verantwoordelijkheid kunnen nemen (Schalkwijk, 2003). De klinische implicatie is dat eerst iemands zelfbeeld versterkt moet worden, waardoor het schaamtegevoel vermindert, zodat iemand voldoende zelfvertrouwen krijgt om eerlijk te zijn over wat er gebeurd is en te accepteren dat hij iemand schade heeft berokkend (Marshall e.a., 2009). Door de groep geaccepteerd worden is een eerste stap op weg naar herstel, het bevordert cohesie en het maakt cliënten actief. Door de versterking van het zelfbeeld kan iemand moeilijke situaties beter aan en is zijn gedrag gepaster en effectiever, zodat het delictgedrag

niet langer een functie heeft. Een open groep biedt daarvoor goede mogelijkheden. Bij een gesloten groep gaat veel ervaring verloren en moet er goed geïnvesteerd worden in het opzetten van een nieuwe cultuur.

Hoop

Hoop, een ander sleutelkenmerk van groepspsychotherapie, te zien in vooruitgang en groei bij andere groepsleden, kan startende groepsleden overtuigen van de mogelijkheid tot verandering. Vooral de groei in zelfstandig functioneren, staan voor wie je bent en wat je wilt, en in contact met anderen daarin overeind blijven zijn krachtige middelen die in groepsinteractie keer op keer ervaren kunnen worden. Een van de meest werkzame factoren is het gevoel dat je andere groepsleden kunt helpen, dus van betekenis kunt zijn voor anderen. Dat is vaak een teken dat iemand uit zijn egocentrische rol stapt en contact met anderen maakt. Eveneens een belangrijke factor is dat het tonen van je kwetsbaarheid in de groep niet leidt tot veroordeling of belachelijk gemaakt worden. Dat opent de weg tot een betere emotieregulatie. Een belangrijke vinding is dat zedendelinquenten, met name degenen met hyperseksueel gedrag, aan seks doen – afwijkend of niet-afwijkend dat maakt in deze context niet uit – om met onvrede, onlust en ongemak om te gaan (Cortoni en Carich, 2007). Deze seksuele coping verhindert zowel een betere oplossing van problemen als het beter leren kennen van je emotionele leven. Dit

sluit aan bij catharsis, een andere belangrijke groepsfactor die Yalom beschrijft: het uiten van negatieve en positieve gevoelens. Marshall e.a. (2011) beschrijven dat therapeuten emotioneel responsief moeten zijn om ruimte te geven aan emotionele ervaringen van cliënten. Het uiten van gevoelens heeft een grote impact in de therapie en is effectiever dan het intellectualiseren en analyseren van gebeurtenissen en opvattingen. Bovendien is het zich persoonlijk kunnen uiten een voorwaarde voor het ontwikkelen van intimiteit.

Een aanvulling op het bovenstaande is echter noodzakelijk. Niet alles wat zich in de groep voordoet, is voldoende voor verandering in de zin van het voorkomen van recidive. Naast procesfactoren dient ook de inhoud van het probleem aan de orde te komen. In de groep moet ook een link worden gelegd met het seksuele probleemgedrag. Dit probleemgedrag is de reden van de behandeling, ook al krijgt het als ‘oplossing’ van onderliggende problemen niet het hoofdaccent in de behandeling. Enkel sturen op onderliggende problemen doet deze ‘oplossing’ niet verdwijnen. Zonder het probleemgedrag te betrekken is behandeling te vaag en niet genoeg toegespitst. Dat vraagt om enige directiviteit, zoals Marshall (2005) aangeeft.

Tot slot

Uit de ontwikkeling binnen de forensische hulpverlening komt een duidelijke lijn naar voren: als je therapie wilt bedrijven moet je ook therapeutisch werken. Lang heeft de

therapeutische behandeling binnen de forensische zorg te eenzijdig in het teken van andere doelen gestaan dan die van cliënten zelf. De zorg was te veel gericht op het zo effectief mogelijk voorkomen van recidive, waarbij onvoldoende gezien werd dat het behandelen van problemen van cliënten – wel in relatie tot het delictgedrag – een mogelijk betere weg is om dat doel te bereiken. Ervaring wijst uit dat de proceskant van de hulpverlening meer aandacht heeft om cliënten intern gemotiveerd te krijgen.

Daarmee komt het overkoepelende doel van de forensische hulpverlening enigszins onder druk te staan. Het algehele doel blijft terugdringen van recidive, maar dat doel is niet voldoende om cliënten in behandeling te krijgen en te houden. De behandeling moet voor hen persoonlijk van waarde zijn. Dat betekent dat je cliënten niet alleen helpt om risicovol denken, voelen en gedragen uit te bannen, maar eerder met hen in gesprek gaat hoe zij hun doelen op een betere manier voor zichzelf, en niet schadelijk voor anderen, voor elkaar krijgen. Cliënten die in hun seksueel grensoverschrijdende gedrag vooral een intimiteitsbehoefte nastreefden, worden geholpen zich sociaal meer te ontwikkelen, relationele vaardigheden aan te leren en intimiteit op een gezonde en niet-schadelijke wijze in te vullen. Cliënten die hun seksuele gedrag moeilijk onder controle kregen, leren onderscheid te maken tussen seksuele en niet-seksuele behoeften, emoties op een andere manier te uiten dan via seksueel gedrag en seksualiteit en intimiteit meer te integreren.

Groepspsychotherapie kan de meeste behoeften en delictfactoren omvatten. Toch is er een sterke roep om behandeling zoveel mogelijk op maat te snijden, afhankelijk van iemands risiconiveau en ernst van de criminogene factoren, en dat zou eerder pleiten voor een individuele behandeling. Daarentegen pleit Marshall (2009) voor groepsbehandeling om goed gebruik te maken van juist de verschillen tussen mensen. Want daders hebben niet alleen allerlei problemen op diverse gebieden, maar zij kennen ook krachtige kanten en juist daar kan in een groep optimaal gebruik van worden gemaakt om elkaar te helpen. Om recht te doen aan deze verschillen bieden open groepen meer voordelen. De groepsleden komen in een bestaande, veilige cultuur waarbij men veel herkenning bij elkaar kan vinden, maar waarbij ook individuele aspecten genoeg aandacht krijgen, zodat een sterke groepscohesie kan ontstaan. Ieder groepslid kan op eigen tempo aan zijn problemen werken en hij kan gebruikmaken van de ontwikkeling bij senior-leden die op hun beurt hun ingezette ontwikkeling kunnen verstevigen.

De laatste jaren staat groepstherapie echter onder druk. Enerzijds doordat de forensische hulpverlening in de afgelopen jaren over steeds meer locaties verspreid wordt waardoor kleine instellingen, geografisch dicht bij elkaar, niet meer in staat zijn genoeg cliënten bij elkaar te brengen om een groep te kunnen vullen. Anderzijds loopt het voortbestaan van groepstherapieën gevaar door de toenemende behoefte aan accreditering van behandelprogramma's.

Alleen zeer nauw omschreven, psycho-educatieve groepen of groepen met een beperkt doel kunnen beter aan de eis van meetbaarheid en accreditering voldoen. Psychotherapie in het algemeen, inclusief groepspsychotherapie, laat zich minder goed vangen in meetbare eenheden, vooral omdat het therapieproces en de therapeutische relatie niet in deze termen omschreven kunnen worden (Marshall, 2009). Het risico-denken binnen de forensische hulpverlening – en daar buiten – heeft het accent opnieuw op veiligheid en vermijding gelegd. Binnen dit kader is het een hele uitdaging voor therapeuten om binnen een negatief kader met cliënten op een positieve manier aan hun toekomst te werken.

Literatuur

Andrews, D.A. & Bonta, J. (2006). *The psychology of criminal conduct*. (4th edition). Cincinnati: Anderson.

Cortoni, F. & Carich, M. (2007). The how and why of building coping skills in treatment. In D.S. Prescott (Ed.), *Knowledge & Practice. Challenges in the treatment and supervision of sexual abusers*. Oklahoma City: Wood'N'Barns.

Deneer, B. (2004). *Gevaarlijke groepen. Groepsbehandeling in de ambulante forensische psychiatrie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Frost, A., Ware, J. & Boer D.P. (2009). An integrated groupwork methodology for working

with sex offenders. *Journal of Sexual Aggression*, 15, 21-38.

Hag, B. ten (2011). Ambulante behandeling van pedoseksuele plegers. In H. Groen, M. Drost & H.L.I. Nijman (red.), *Handboek forensische geestelijke gezondheidszorg*. Tweede geheel herziene druk, 207-220. Utrecht: De Tijdstroom.

Hag B. ten en Horn, J. van (2004). Problemen met intimiteit en seksualiteit bij zedendelinquenten. Theorie, onderzoek en behandeling. *Directieve therapie*, 24, 315-333.

Hanson, R.K., Harris, A.J.R., Helmus L. & Thornton, D. (2014). High-Risk sex offenders may not be high risk forever. *Journal of Interpersonal Violence*, 29, 2792-2813.

Johnson, S. (2009). *Houd me vast. Zeven gesprekken voor een hechte(re) en veilige relatie*. Utrecht/Antwerpen: Kosmos Uitgevers.

Marshall, W.L. (2005). Therapist style in sexual offender treatment: Influence on indices of change. *Sexual Abuse: a Journal of Research and Treatment*, 17, 79-107.

Marshall, W.L. (2009). Manualization: A blessing or a curse? *Journal of Sexual Aggression*, 15, 109-120.

Marshall, W.L., Marshall, L.E., Serran, G.A. & O'Brien, M.D. (2009). Self-esteem, shame, cognitive distortions and empathy in sexual offenders: their integration and treatment

implications. *Psychology, Crime & Law*, 15, 217-234.

Marshall, W.L., Marshall, L.E., Serran, G.A. & O'Brien, M.D. (2011). *Rehabilitating sexual offenders. A strength-based approach*. Washington: APA.

Marshall, W.L., Ward, T., Mann, R., Moulden, H., Fernandez, Y.M., Serran, G. & Marshall, L.E. (2005). Working positively with sexual offenders. Maximizing the effectiveness of treatment. *Journal of Interpersonal Violence*, 20, 1096-1114.

McGrath, R., Cumming, G., Burchard, B., Zeoli, S. & Ellerby, L. (2010). *Current practices and emerging trends in sexual abuser management: The Safer Society 2009 North American survey*. Brandon, Vermont: Safer Society Press.

Miller, W.R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing. Preparing people for change*. Second Edition. New York: Guilford Press.

Mulder, J. (1995). Het terugvalpreventiemodel als behandelingsmethode in een forensische dagkliniek. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 21, 119-133.

Ross, E.C., Polaschek, D.L.L. & Ward, T. (2008). The therapeutic alliance: A theoretical revision for offender rehabilitation. *Aggression and Violent Behavior*, 13, 462-480.

Schalkwijk, F. (2003). Schaamte: de emotie bij negatieve zelfevaluatie. *Tijdschrift voor Psychoanalyse*, 9, 208-221.

Serran, G.A. & Marshall, W.L. (2010). Therapeutic process in the treatment of sexual offenders: a review article. *British Journal of Forensic Practice*, 12, 4-16.

Ward, T. & Stewart, C.A. (2003). The treatment of sex offenders: risk management and Good Lives. *Professional Psychology: Research and Practice*, 4, 353-360.

Ware, J. Mann, R.E. & Wakeling, H.C. (2009). Group versus individual treatment: what is the best modality for treating sexual offenders? *Sexual Abuse in Australia and New Zealand*, 1, 70-78.