
Mannen in burchten, Echtheid als middel tot contact in dadertherapie

Ellen Gunst*

Samenvatting

In de vakliteratuur betreffende daderhulp gaat zeer veel aandacht uit naar cognitieve en educatieve benaderingen. De zinvolheid van het terugvalpreventiemodel dient hierbij niet in twijfel te worden getrokken want het is aangetoond dat deze aanpak een gedragsverandering teweeg kan brengen. Om te komen tot een duurzame verandering is echter een steviger fundament nodig. De onderliggende persoonlijkheidsproblematiek bij plegers van seksueel misbruik vraagt om een ervaringsgerichte aanpak.

De echtheid van de therapeut maakt een werkelijke dialoog met de cliënt mogelijk, wat een à priori voorwaarde is voor een therapeutisch proces. De therapeut is een voorbeeld op vlak van congruentie en transparantie, twee aspecten die bij de cliënt onvoldoende ontwikkeld zijn. Deze therapeutische houding – ingebed in een cliëntgericht experiëntieel aanbod – kan een opening bieden wanneer het contact met de cliënt en zijn beleving volledig geblokkeerd is. De gerichtheid op zichzelf als therapeut is daarnaast ook nodig om tot empathie en positieve gezindheid in staat te blijven in het werken met plegers van seksueel misbruik. Zo kan de reflectieve functie geleidelijk in beweging gebracht worden zodat de cliënt zich anders gaat verhouden tot zichzelf en de ander.

Ten slotte is de gerichtheid op zichzelf als therapeut zeer belangrijk in het kader van zelfzorg – wat in dit werkveld niet uit het oog mag worden verloren. Echtheid is dus zowel voor cliënt als therapeut voor groot belang.

Trefwoorden: terugvalpreventie, echtheid, contact

Inleiding

Dadertherapie is een vorm van gedwongen hulpverlening waarbij het voorkomen van terugval als wezenlijk doel vooropgesteld wordt. In de vakliteratuur betreffende seksuele delinquentie wordt terugvalpreventie vaak te eng belicht. Men wordt ondergedompeld in theorieën, technieken en psycho-educatieve modellen die leiden tot een gedragsmatige aanpassing. Hun verdienste

* Ellen Gunst is als psycholoog en cliëntgericht-experiëntieel (groeps)psychotherapeut werkzaam in het CGG Prisma en het psychiatrisch centrum Sint-Amandus te Beernem. Zij staat in voor de behandeling van plegers van seksueel misbruik.

wordt niet betwijfeld, maar om terugvalpreventie ook op langere termijn te kunnen waarmaken, is eveneens een emotioneel groeiproces bij de cliënten nodig. De verstoring in het contact met zichzelf en anderen kan positief beïnvloed worden door de echtheid van de therapeut gekaderd binnen cliëntgerichte experiëntiële therapie. Dit is een voorwaarde voor en een stimulans tot een échte dialoog. Vooraleer dit uit te diepen wordt eerst de doelgroep en het ruimer therapeutisch kader belicht.

Beschrijving van de doelgroep

Een voorbeeld: Jürgen wordt door de justitieassistent naar ons centrum doorverwezen voor een gespecialiseerde behandeling. Het is voor de tweede maal dat hij met het gerecht in aanraking komt wegens misbruik van kinderen. Bij de aanmelding voelt hij zich niet goed doordat het contact met de slachtoffers en hun familie is verbroken. Hij voelt zich belazerd door die familie. Ze zouden van hem alleen maar geprofitteerd hebben. De aanklachten tegen hem bekennt hij gedeeltelijk, maar hij benadrukt vooral dat hij goed voor de kinderen zorgde. Het komt er volgens hem op neer dat hij voor die kinderen eigenlijk meer betekende dan hun ouders deden. Het seksuele contact vond steeds plaats met jongetjes waar hij een nauwe band mee had. Hij benadrukt sterk dat zij vaak zelf contact met hem zochten en hij hen dus geen kwaad deed. Volgens hem hadden de kinderen graag wat hij bij hen deed. Hij ontkent dat het misbruik vertrok vanuit een eigen seksuele behoefte. De vriendschapsband met de jongetjes was voor hem van levensbelang. Contacten met volwassenen had hij nauwelijks, tenzij functioneel. Hij heeft vanuit zijn geschiedenis geleerd volwassenen niet te vertrouwen. Geweld en verwaarlozing in zijn thuismilieu zorgden ervoor dat hij reeds op jonge leeftijd in een instelling werd geplaatst. Daar werd hij door een vertrouwenspersoon langdurig en ernstig seksueel misbruikt. Dit roept een ambivalent gevoel bij hem op. Enerzijds heeft hij daarbij warmte ervaren, anderzijds emotionele en fysieke pijn. Dit laatste zou hij anderen nooit aandoen. Zelf zoekt hij bevestiging in het verzorgen van kinderen die emotioneel verwaarloosd zijn. Zo heeft hij het gevoel iets te kunnen betekenen. Hij presenteert zijn verhaal op een zeer overtuigende manier waarbij ik als gesprekspartner nauwelijks een rol speel.

Wat alle cliënten gemeen hebben is het seksueel grensoverschrijdend gedrag dat ze vertoonden. De eventuele onderliggende pathologie alsook de oppervlakteverschijnselen zijn zeer gedifferentieerd. Vaak zijn kenmerken aanwezig van de cluster B-persoonlijkheidsstoornissen, in hoofdzaak de narcistische stoornis. Het is niet de bedoeling een eenduidig en volledig beeld te schetsen dat op elke pleger van seksueel misbruik van toepassing zou zijn. Vooral het innerlijke mechanisme en de wijze waarop ze met anderen in contact treden, zal belicht worden aangezien er in de cliëntgerichte experiëntiële therapie vooral daarop wordt ingespeeld.

Het gebrek aan consistentie en kwaliteit van de hechtingsrelaties beknotten de groei van het zelfwaardegevoel van de cliënten en hun mogelijkheid om zelfversterkende hechtingsrelaties aan te gaan in de toekomst (Anechiarico, 1998). Cliënten hebben geleerd hun beleving af te sluiten voor zichzelf en voor de anderen, omdat ze die niet alleen konden dragen en niemand hen hielp dit te 'containen'. Meestal is deze belevingswereld uiterst moeilijk te bereiken, maar soms breekt die in alle intensiteit door. De connectie met de (pijnlijke) ervaringen is verbroken, zodat ook het reflectieve proces geblok-

keerd is. Deze ervaringen leiden in de innerlijke kerker van de cliënt een verstarde bestaan. Toch blijven deze structuurgebonden belevingen het functioneren van de cliënt sterk beïnvloeden. Op 'onbewaakte' momenten kunnen deze afgesloten belevingen doorbreken in seksuele en agressieve impulsen.

Volgens Anechiarico (1998) kan het vertonen van seksueel deviant gedrag gezien worden als een afdwingen van intimiteit in een poging om het beschadigde zelf(waarde)gevoel te herstellen. De onbeschikbare zelfopbouwende relaties worden wanhopig vervangen door het streven naar zinnelijke voldoening, geïsoleerd, libidinaal en agressief gedrag. De cliënt verkeert in de onmogelijkheid om echt contact met anderen aan te gaan. Doordat hij geen contact heeft met zijn eigen ervaringswereld kan hij die niet delen en kan hij ook niet openstaan voor de ervaringswereld van de ander. Het empathisch vermogen is – zeker voor belevingen die bij zichzelf toegedekt zijn – erg verstoord.

Het therapeutisch programma

Het terugvalpreventiemodel

De behandeling van mensen die een seksueel delict pleegden, heeft als eerste doel terugval te voorkomen. Deze populatie noodzaakt van meet af aan een expliciete gerichtheid op hun deviant gedrag. Het meest gehanteerde model bij de behandeling is het terugvalpreventiemodel. Dit vindt zijn oorsprong bij de behandeling van alcoholici en is sterk cognitief gedragstherapeutisch geïnspireerd. Een specifiek programma voor daders werd onder meer uitgewerkt door Pithers (1990) en Van Beek en Mulder (1991). Tijdens de behandeling wordt een gedragsketting opgesteld die weergeeft welke stappen voorafgaan aan het delict. Deze ketting vertrekt van een externe factor die een verandering teweegbrengt in de emotionele toestand van de dader. De onbekwaamheid om daarmee om te gaan leidt tot seksueel agressieve fantasieën. Rechtvaardigingen en goedpratens zetten aan tot voorbereidende handelingen. Zo komt de persoon terecht in een hoge risicosituatie waar het plegen van misbruik niet meer veraf is. Er wordt gestreefd naar inzicht in de voorafgaande signalen en naar controlemechanismen om de delictketting zo vroeg mogelijk te doorbreken. Zowel zelfbewustzijn en zelfcontrole (interne dimensie) als externe controle (een externe dimensie) zijn daarbij van belang.

Clïentgerichte therapie als fundament voor terugvalpreventie

In onze behandelsetting wordt alternerend met cognitieve, psyche-educatieve groepen, cliëntgerichte experiëntiële groepstherapie aangeboden. Een behandeling die enkel op gedrag en cognitie gericht is, is ontoereikend. Het stellen van seksueel deviant gedrag is niet enkel een gedragsstoornis, maar moet ook worden beschouwd als een zelfconceptstoornis en een stoornis op relationeel vlak. Op beide vlakken is een emotioneel groeiproces nodig. Enerzijds vraagt het zelfwaardegevoel om versteviging en dient de innerlijke dialoog of het reflectieve proces (weer) op gang te worden gebracht. Anderzijds dient een vaardigheid ontwikkeld te worden om op een gezonde manier met anderen in relatie te treden. Zo kan vermeden worden dat afgesloten belevingen of behoeftes doorbreken of dat het zelfwaardegevoel opgekrikt moet worden door het stellen van narcistisch, seksueel uitbuitend gedrag.

Anechiarico (1998) suggereert daarvoor de volgende theoretische onderbouw. Interne factoren (fragiele beleving en onstabiel zelf[waaarde]gevoel) zouden samen met externe factoren (inbreuken op dit [zelfwaarde]gevoel) een

onhanteerbare verandering teweegbrengen in de emotionele toestand van de dader. Dit vormt de aanzet van de delictketting. In de ketting kunnen de fantasieën en de rechtvaardigingen gezien worden als primitieve en perverse pogingen om het zelfwaardegevoel te herstellen tot een draaglijker evenwicht. Dit zorgt kortstondig voor een goed gevoel. De poging om het zelfwaardegevoel op fantasieniveau op te vijzelen is niet toereikend. Daarom wordt een plan gevormd om de fantasieën uit te voeren.

Duurzame terugvalpreventie vraagt om een therapeutische aanpak op een interpersoonlijke dimensie, naast de interne en externe dimensie. Directieve en educatieve benaderingen richten zich op de laatstgenoemde dimensies en zijn zinvol om een gedragsverandering teweeg te brengen op korte termijn. De humanistische therapeutische oriëntaties, waaronder de cliëntgerichte experiëntiële benadering, focussen meer op de interpersoonlijke dimensie. Op lange termijn biedt dit een degelijker fundament voor terugvalpreventie. Rogers (1957), als grondlegger van de cliëntgerichte therapie, zag voor het bewerkstelligen van een veranderingsproces de relatie niet alleen als een noodzakelijke voedingsbodem, maar tevens als het cruciale medium waardoor verandering mogelijk wordt. De therapeutische relatie biedt de mogelijkheid om een positief corrigerende ervaring op te doen. Dit kan een ontwikkeling bevorderen in de richting van grotere zelfverantwoordelijkheid, hoger zelfwaardegevoel en een meer congruente houding tegenover zichzelf en anderen (Jacobs, Hoyer, Katthän & Zahnov, 1990).

Binnen de interactionele richting (Van Kessel & Van der Linden, 1991) in de cliëntgerichte therapie leeft het idee dat door de therapeutische dialoog heen gerigidiseerde interacties met anderen weer in proces geraken en uit hun stereotiepe fixaties bevrijd worden. Als gevolg daarvan wordt verwacht dat zo'n proces ook zal leiden tot een meer open kwaliteit van voelen en denken, van de 'interne dialoog'.

Het cliëntgerichte werkmodel zorgt voor een belangrijke en noodzakelijke toevoeging op de interne dimensie. Waar de cognitieve therapie vooral gericht is op het inzichtelijk proces streeft men binnen de cliëntgerichte experiëntiële stroming een doorvoeld proces na. 'The basic objective of the person centered theory of personality change is bringing feelings/experiences into awareness and integrating them into the self by a proces of symbolisation' (Behr & Becker, 2002, p. 151). Therapie heeft als doel het contact met de eigen beleving te herstellen door een corrigerende ervaring met anderen. Het komt erop aan een echte dialoog op gang te brengen waarbij de cliënt openstaat voor en contact heeft met zijn eigen ervaringswereld en die ook kan delen met anderen. De therapeut heeft in de therapeutische relatie een belangrijke inbreng vanuit zijn persoon. Congruentie en een gezonde dosis transparantie kunnen katalyserend werken voor het innerlijk proces van de cliënt die net deze facetten ontbeert. Na de bespreking van het formeel kader wordt dit in het verder vervolg toegelicht.

Formeel kader

Cliënten die seksueel deviant gedrag vertoonden, hebben doorgaans een juridisch statuut waarbij een behandeling is opgelegd. De maatschappij schrijft aan de cliënt een probleem toe, terwijl de cliënt dit zelf bij aanvang van de therapie vaak (ten dele) ontkent of externaliseert. Zo slagen ze erin hun minderwaardigheidsgevoelens te maskeren en zich naar buiten toe staande te

houden. Indien ze ertoe komen hun daden toe te geven, zijn ze meer ontvankelijk voor de vraag hoe ze tot zo'n gedrag gekomen zijn. Ze ervaren een discrepantie tussen hun gedrag en hun zelfbeeld. Het grandioze zelf heeft zich onmogelijk gemaakt waardoor het negatieve zelfbeeld af en toe doorbreekt. Vanuit deze bedreiging van het zelf kan een interne hulpvraag ontstaan. Maar dan nog is het niet evident om binnen de gedwongen hulpverlening aansluiting te vinden bij de cliënt en zijn innerlijke wereld. Rogers (1957) stelde als voorwaarde voor een constructieve persoonlijkheidsverandering – naast de grondhouding van de therapeut – dat de cliënt in een toestand van incongruentie diende te verkeren, een discrepantie tussen het ervaren en het zelfbeeld. Vaak is de cliënt zich niet bewust van zijn incongruentie daar de incongruente ervaring ontkend wordt of vervormd is (Haugh, 2001).

Allemeersch (1985) stelt dat de therapeut voor de moeilijke taak staat om door de muur van weerstand en projectie heen het zwakke Ik te behandelen. Patterson (1990) vindt dat de enige oplossing ligt in het blijvend aanbieden van een empathische, aanvaardende en authentieke houding zodat die, misschien na lange tijd, ervaren en geaccepteerd wordt door de persoon aan wie ze wordt aangeboden. Psychologisch contact en het waarnemen van de empathie en aanvaarding van de therapeut zijn immers de andere noodzakelijke voorwaarden voor effectieve therapie volgens Rogers (1957). Maar niet iedereen verlangt en stelt zich open voor empathisch begrip.

Toch vormt het probleemgedrag van de cliënt een noodzaak tot behandeling. Ook mensen die niet in staat of bereid zijn bij hun handelen het belang van anderen mee te wegen, hebben recht op optimale hulp bij hun psychosociaal disfunctioneren (De Haas, 1988, p. 198). Eerder dan deze cliënten als onbehandelbaar te beschouwen is het een uitdaging om bij hen toch een groeiproces op gang te brengen. In de eerste plaats moet daarbij geïnvesteerd worden in de werkaliantie. Het verplichtende karakter van de therapie fungeert eerder als een veilig kader dan als obstakel. Voorwaarde is wel dit dwingende karakter van de therapie met de cliënt te bespreken. Hoewel gevangenisstraf vaak het enige alternatief is, ligt de keuze om al dan niet in therapie te komen uiteindelijk bij de cliënt. Het inhoudelijk kader en de verwachtingen vanuit het team worden uitvoerig met de cliënt besproken. Er wordt informatie gegeven over de rol van de therapeut en zijn beroepsgeheim. Er worden zeer duidelijke afspraken gemaakt rond de formele aspecten van de therapie (aanwezigheden, duur, ...) en er wordt expliciet aangegeven dat het team daarover dient te rapporteren aan justitie. Inhoudelijk wordt geen informatie doorgegeven aan justitiële diensten, tenzij er een ernstig risico voor terugval is. Dit alles resulteert in een therapiecontract dat zowel door cliënt als therapeut wordt ondertekend.

Naast dit formele aspect komt het erop aan een echte dialoog op gang te brengen tussen de cliënt en de therapeut waarbij een interpersoonlijke realiteit ontstaat. Alleen dan zal het voor de cliënt mogelijk zijn de empathie en de aanvaarding te ontvangen (Whelton & Greenberg, 2002). Wat de mogelijkheden en moeilijkheden zijn om een echte dialoog op gang te brengen wordt hieronder geïllustreerd.

De echte dialoog, houding en interventies van de therapeut

Een echte dialoog kan zich slechts voltrekken tussen twee mensen die elk op zich ook in contact zijn met zichzelf. Binnen het experiëntiële therapeutisch

aanbod is de therapeut gericht op de cliënt en zijn beleving. Daarnaast, tegelijkertijd, is er ook een gerichtheid op zichzelf. Bouwkamp (1999) heeft binnen de experiëntiële interpersoonlijke therapie de gerichtheid van de therapeut op zichzelf meer in de verf gezet en spreekt over de tweeledige gerichtheid van de therapeut. Deze tweeledige gerichtheid geldt als voorwaarde om een echte dialoog op gang te brengen.

Bij de cliënt wordt vaak een tweevoudige verstoring vastgesteld, op vlak van het contact met zichzelf en het contact met de ander. Contact met de eigen beleving en het kunnen dragen en delen van die beleving is een belangrijke schakel in terugvalpreventie. Daarom wordt geprobeerd de cliënt hier toe te bewegen. Het therapeutisch aanbod aan de cliënt is niet vrijblijvend. De therapeut stelt zich daarbij vasthoudend, gedreven en geëngageerd op. Zijn interventies zijn soms uitdagend, maar blijven respectvol. Hoewel de cliënt steeds centraal blijft staan heeft de focus op de therapeut gaandeweg meer gewicht gekregen. Deze evolutie vertoont grote gelijkenissen met de evolutie die het concept echtheid binnen de cliëntgerichte beweging heeft doorgemaakt. De oorspronkelijke invulling van het concept echtheid heeft nog steeds niets aan waarde ingeboet. Echtheid heeft gaandeweg wel meer aan belang gewonnen.

Echtheid als 'noodzakelijk kwaad'

Sinds de publicatie van Rogers' (1957) 'necessary and sufficient conditions' wordt congruentie beschouwd als één van de drie therapeutische grondhoudingen. De therapeut staat open voor en is in contact met zijn eigen beleving ('echtheid naar binnen'). Van daaruit communiceert hij de daadwerkelijk ervaren empathie en respect. Congruentie vermijdt dat empathie en aanvaarding holle begrippen of loze technieken zouden zijn. Wanneer gevoelens storend zijn voor de empathische onvoorwaardelijke aanvaarding, kan het nodig zijn deze te bespreken met de cliënt (Rogers, 1957, p. 98). De expliciete communicatie van gevoelens, percepties en attitudes van de therapeut wordt door Lietaer (1991) benoemd als transparantie ('echtheid naar buiten'). Van Balen (1989, p. 31, in Bouwkamp) concludeert dat echtheid in de betekenis van transparantie nog een noodzakelijk kwaad is. Een onvermijdelijke noodzaak voor die momenten waar de therapeut er niet in slaagt ongestoord voorrang te geven aan de eigenlijke therapeutische activiteit, namelijk het empathisch begrip. Zoals een taart bakken start met het maken van de bodem, zo start ook een therapie(opleiding) met het aanwenden van empathisch begrip, met congruentie als 'garantielabel'. Hoewel de positieve kracht van echtheid (naar buiten) hier (nog) niet wordt belicht, blijft congruentie als basis cruciaal. Van Balen wijst er verder op dat, doordat de therapeut zich volledig en uitsluitend richt op de wereld van de cliënt, er in de hand gewerkt wordt dat de therapeut zich niet of laat bewust is van de eigen, met empathie interfererende gevoelens.

Een voorbeeld:

Hendrik heeft zijn dochter misbruikt en werd veroordeeld tot een aantal jaar gevangenisstraf nadat zij een klacht tegen hem had ingediend. Hij zei me: 'Ik ben haar vader ... ik heb alles voor haar gedaan, ze heeft nooit iets tekort gehad, en dan mij zoiets aandoen, dat kan ik nooit vergeten. Vooral, ik heb een baan verloren, ik heb een dochter verloren waar ik van hield, mijn ouders zijn ziek door dit feit, mijn zusters ... Dat zijn allemaal dingen die op haar naam staan, niet op mijn naam'.

Ik voelde dat zijn laatste uitspraak me erg tegen de borst stuitte. Desondanks

trachtte ik me in zijn referentiekader in te leven en voeling te krijgen met de verlieservaringen die hij aangaf. Het gesprek verliep verder in dezelfde trant. Ik merkte dat mijn storend gevoel sterker werd. Ik werd kwaad door de beschuldigingen die hij richtte aan het adres van zijn dochter. Ik kon mij niet meer vrij maken om contact te krijgen met hoe hij de situatie beleefde. Hier had ik vlugger iets van mijn beleving moeten inbrengen.

Echtheid als noodzakelijk risico

De congruente zinswijze van de therapeut wordt niet zozeer bepaald door ervaringen waar het bewustzijn toegang toe heeft, maar is afhankelijk van de bekwaamheid van de therapeut (aangeleerd en ontwikkeld) om open te staan voor zijn ervaringswereld (Haugh, 2001, p. 127). Deze ontvankelijke houding van de therapeut zorgt er – naast de indringende problematiek – mede voor dat eigen gevoelens en gedachten zich niet zelden opdringen in contact met plegers van seksueel misbruik. Bouwkamp (1999) stelt dat waar uitingen van ‘empathisch begrip’ haaks staan op de echte beleving van een therapeut, de communicatie van empathie contactverstorend en dus ontherapeutisch is. Een beroep doen op echtheid als zelfstandige pool is dan een noodzakelijk risico om het contact te herstellen of om contactverlies te voorkomen (p. 357). Congruentie werkt in dit opzicht als ‘barometer’, om na te gaan of er een discrepantie is tussen wat impliciet gevoeld en expliciet uitgedrukt wordt.

Een voorbeeld:

Een man vertelde me tijdens het intakegesprek dat zijn dochttertje van zes eigenlijk zelf om seksueel contact gevraagd had. Hij had al gemerkt dat het kind vaak aan haar geslachtsdeel ‘friemelde’ wat hij vreemd en ontoelaatbaar vond. Toen hij in de zetel aan het rusten was, kwam ze op hem liggen. Het kind maakte volgens hem op en neergaande bewegingen. Hij interpreteerde dit als een uiting van een seksueel verlangen waarna hij met het kind gemeenschap had. Hoewel deze man ook aangaf dat hij het erg vond wat hij had gedaan, voelde ik bij mezelf protest opkomen bij het horen van ‘zijn’ verhaal. Ik vond het walgelijk hoe die man zoiets had kunnen doen, vooral door de uitleg die hij eraan gaf. Het zou weinig zin gehad hebben hem op dat moment met mijn hevige emotie op te zadelen. Toch moest ik iets kwijt om verder te kunnen. Ik zei hem dat ik hoorde dat hij het ongepast vond wat hij gedaan had, dat ik ook duidelijk vind dat zoiets niet kan. Bovendien stelde ik dat ik ervan overtuigd ben dat een kind niet zelf vraagt naar dergelijke vorm van contact met haar vader. Dat ik haar toenadering enkel zie als een vragen naar genegenheid. Ik weet niet of dit echt kon binnensijpelen bij deze man. Op dat moment doe ik zo’n tussenkomen eerder om bij mezelf terug ruimte te maken.

Terecht merken Leijssen en Adriaansen (2003) op dat de grootste verdienste van de orthodoxe benadering ligt in de klemtoon daarvan op een goede afstemming op het ervaringsproces van de cliënt. Als de cliënt zich niet diepgaand begrepen en aanvaard weet, is het opbouwen van een werkalliantie onmogelijk en is elke interventie een slag in de lucht. Dit is weliswaar een – terechte! – voorwaarde, wanneer men zich uitsluitend op de cliënt richt. Wanneer de therapeut zich openstelt voor contact met cliënten die anderen misbruikt hebben, die zich bovendien niet openstellen voor contact met zichzelf en met de therapeut, dan kan echtheid aangewend worden om dit contact in eerste instantie te overleven of leven te geven. Zo krijgt echtheid een ‘verantwoorde’ plaats binnen het therapeutisch contact. Wanneer de à

priori voorwaarde van Whelton en Greenberg (2002) van de echte dialoog en de interpersoonlijke realiteit (zie punt formeel kader) in rekening gebracht wordt, heeft de therapeut de taak een voorbeeld te zijn in echtheid.

Echtheid als dubbele noodzaak

Zelfexpressieve tussenkomsten werden aanvankelijk enkel als redmiddel gezien, als een noodzakelijke operatie om bij de therapeut de hindernissen weg te werken in zijn betrokkenheid op de belevingswereld van de cliënt (Lietaer, 1991, p. 30). Transparantie werd overschaduwd door bezorgdheid en richtlijnen. Leijssen en Adriaensen (2003) merken op dat de keerzijde van de grote omzichtigheid erin bestaat dat de rijkdom en de kracht van interpersoonlijke interventies onbenut blijft doordat te vaak op veilig wordt gespeeld. Vooral onder invloed van de experiëntiële en de interactionele substromingen is echtheid in een ander daglicht komen te staan. Binnen de experiëntiële richting werkt het inbrengen van eigen ervaring procesfaciliterend, en waar nodig procesdirectief. Vanuit de interactionele benadering wordt echtheid aangewend om de cliënt persoonlijk te confronteren. De gerichtheid op zichzelf als therapeut komt zowel de cliënt, de relatie als de therapeut ten goede. De persoonlijke reacties van de therapeut dienen een dubbel doel, namelijk het therapeutisch effect bij de cliënt en de psychische gezondheid van de therapeut. Beide doelen worden verder toegelicht.

Echtheid als therapeutische hefboom voor de cliënt

Jacobs (1984) stelt dat de therapeut in veel grotere mate bereid moet zijn om zichzelf in te brengen in de relatie met delinquenten gezien hun uiterst geringe emotionele aanspreekbaarheid en hun sterke relatieangsten (p. 177). Ook Finke (1994) geeft deze interventiemogelijkheid een belangrijke plaats in therapie met narcistische cliënten. De meest werkbare interventies zijn wat Bouwkamp (1999) benoemt als 'confrontaties', waarbij het gaat om een gedragsmatige en een 'persoonlijke feedback', zoals het uiten van directe persoonlijke ervaringen van de therapeut als reactie op de woorden of op het gedrag van de cliënt. De interactie met de grondhoudingen verloopt hier in twee richtingen. Zoals de zelfexpressieve tussenkomsten de grondhoudingen kunnen bevorderen, dienen ze er tevens door gedragen te worden. Dit veronderstelt bij de therapeut een nauw contact met de eigen ervaringsstroom en de betekenissen die daarin te ontdekken zijn. Het moet duidelijk zijn dat de gevoelens die de therapeut communiceert, te maken hebben met een gedrag van de cliënt, en niet met de cliënt als persoon of de persoonlijke geschiedenis van de therapeut. Na elke persoonlijke reactie stemt de therapeut zich opnieuw af op het belevingsspoor van de cliënt om van daaruit verder te gaan (Lietaer, 1991, p. 51).

Er werd reeds eerder gesteld dat de echtheid van de therapeut een voorwaarde is om tot contact, tot een echte dialoog te komen. Maar echtheid bevordert ook de groei naar meer verantwoordelijkheid en meer empathie. In wat volgt wordt explicieter aangegeven wanneer het aangewezen is om persoonlijk te reageren onder de vorm van confrontatie of persoonlijke feedback.

Redenen voor een persoonlijke reactie van de therapeut

Om het intrapsychisch of interpersoonlijk contact te bevorderen

Zich empathisch afstemmen op een narcistische cliënt die seksuele feiten pleegde, vraagt vaak een bijzondere inspanning van de therapeut. Naast inzicht in de persoonlijkheidsproblematiek is er een grote mate van sensitiviteit vereist om voeling te krijgen met de innerlijke beleving en de kwetsbaarheid van de cliënt. Daarvoor dient de eigen ervaringswereld van de therapeut ook vrij te zijn van contactverstorende belevingen. De cliënt stelt zich immers niet zomaar open voor contact en heeft vaak ook geen contact met de eigen ervaringswereld. Swildens (1997) geeft aan dat de narcistische cliënt een staat van paraatheid heeft weten op te bouwen zodat hij kan voorkomen dat zijn voortdurende kwetsbaarheid zichtbaar wordt. Uit de empathische tussenkomsten moet blijken dat de therapeut heeft aanvoeld van waaruit zijn houding nodig is geworden (pp. 245-246). Binnen de cliëntgerichte stroming wordt de reflectieve benadering gekenmerkt door een sterke aanvaarding van de grenzen van de cliënt (Süle, 2004). Een goede afstemming op het ervaringsproces en het begrijpen en aanvaarden van het punt waarop de cliënt staat, worden gezien als de troeven van de reflectieve benadering (Süle, 2004; Leijssen & Adriaenssen, 2003).

Bij cliënten die zich afgesloten hebben voor hun eigen beleving en voor anderen volstaat het echter niet om empathisch te parafraseren. De therapeut dient beroep te doen op een gevorderde en accurate vorm van empathie om voeling te krijgen met de ondergegraven beleving van de cliënt en die in verteerbare doses aan de cliënt aan te bieden. De therapeut aanvaardt de grens waarmee een cliënt zich afsluit van bepaalde aspecten van zijn ervaring en de grenzen waarmee hij zijn innerlijke ruimte afschermt van de therapeut (Süle, 2004). Maar deze grenzen moeten wel uitgedaagd worden. Aanvaarding mag geen synoniem worden van met rust laten. Met iemand die zich afsluit is geen therapeutisch proces mogelijk. Een therapeutisch proces is per definitie in beweging zijn en daar is een persoonlijke, soms confronterende houding voor nodig.

Enige voorbeelden:

Een cliënt die reeds geruime tijd residentiële therapie volgt, vertelt dat de deur van zijn hart op een kier staat. Hij wacht geduldig af tot zijn dochter, die hij misbruikte, opnieuw contact met hem wil. Hij spreekt over zijn gevoelens op een rationele, gecontroleerde manier waarbij hij mij en de groep op afstand houdt. Ik hoor wat hij inhoudelijk zegt, maar krijg geen voeling met zijn innerlijke ervaringswereld. Hij gaat niet in op pogingen tot verdere exploratie. Ik breng zelf aan dat ik het contact met hem aanvoel alsof die deur tussen ons staat als een scherm waardoor ik hem niet echt bereik en dat ik me voorstel dat het achter die deur zeer eenzaam aanvoelt. Ook deze interventie diskwalificeert hij in eerste instantie, maar hij komt er zelf op terug. Gaandeweg stelt hij zich meer open en kan een therapeutisch proces op gang komen.

Soms zijn sterker confronterende, meer ontregelende interventies nodig. Zo was er een cliënt die weigerde zich in te leven in een slachtoffer. Empathietraining is een vast onderdeel van het programma. Vast betekent niet dat er geen respect is voor de grenzen die cliënten aangeven. Hun veiligheid is van groot belang. Deze man was zelf ook seksueel misbruikt en fysiek mishandeld, maar had geen voeling met zijn beleving daaromtrent. Hoewel hij zeer agressieve feiten pleegde, had hij ook geen contact met zijn agressie. Na anderhalf jaar therapie gaf hij aan dat hij bij zichzelf te veel pijn zou voe-

len om zich in te leven in een slachtoffer. Ik vond deze houding een groot risico inhouden op een terugval. Ik had het er dan ook moeilijk mee dat hij zichzelf zo spaarde zonder ook maar even bij de ander te willen stilstaan. Ik confronteerde hem zo: als hij het lef had anderen pijn te doen, dan moest hij ook lef hebben pijn te voelen. Dit zorgde niet meteen voor een doorbraak. Hij werd wel stil en in de daaropvolgende periode ook moediger om zijn beleving toe te laten. Dat is de eerste, noodzakelijke stap om zich in iemand anders te kunnen inleven.

Confrontatie kan pas wanneer er een duidelijke positieve gezindheid naar de cliënt toe aanwezig is. De cliënt moet blijven voelen dat de therapeut wil helpen zijn pijn te leren dragen en niet dat de therapeut hem pijn wil 'doen'. Naast deze 'uitdagende' interventies zijn procesdirectieve tussenkomsten en experiëntiële oefeningen zeer helpend om de reflectieve functie te stimuleren.

Bij een gebrek aan empathie bij de cliënt

Een persoonlijke reactie van de therapeut dringt zich verder op wanneer de therapeut zijn bezorgdheid of empathie voor het slachtoffer niet opzij kan zetten. Vanuit de idee dat empathie en onvoorwaardelijke aanvaarding voor de cliënt noodzakelijke voorwaarden zijn om hem tot groei en meer zelfverantwoordelijkheid te brengen, worden deze grondhoudingen in de therapie zoveel mogelijk bewerkstelligd. In de eerste plaats richt de therapeut zich op de cliënt en zijn belevingswereld. Gezien de cliënt anderen misbruikt heeft, is het echter niet mogelijk en ook niet wenselijk deze anderen volledig buiten het therapeutisch discours te houden. Door de onrespectvolle houding van de cliënt naar het slachtoffer toe en zijn gebrek aan empathie, wordt de therapeut aangesproken het slachtoffer meer aandacht te geven. De verantwoordelijkheid voor het slachtoffer kan gevoelsmatig sterker op de therapeut wegen. Zelfexpressieve tussenkomsten zijn in dit geval om verschillende redenen verantwoord. Ten eerste zou het ingaan tegen de vooropgestelde grondhouding van de therapeut, die niet langer empathisch, accepterend aanwezig kan zijn. De therapeut zou tekortschieten op vlak van echtheid wanneer hij wat in zijn beleving belangrijk is of vooropstaat achterwege houdt. Ten tweede heeft de therapeut een modellerende functie door een gevoel vanuit zichzelf aan te geven. Dit is wat tenslotte ook van de cliënt verwacht wordt. En ten derde kan het verwoorden van hoe de therapeut zich voelt of zou voelen ook een idee geven van hoe iemand anders zich bij het gedrag van de cliënt kan voelen. Uit zichzelf staan veel cliënten daar niet bij stil. Ze zijn niet in staat gevoelens bij anderen te constateren. Finke (1994) bevestigt dit. Hij vermeldt onder de belangrijke gespreksregels met narcistische cliënten het tot uiting brengen van plaatsvervangend ervaren gevoelens van de slachtoffers (pp. 141-143). Ten vierde is schadebeperking voor het slachtoffer ook een therapeutisch doel wanneer er nog contact is tussen dader en slachtoffer. Ter illustratie geef ik het volgende fragment.

Een voorbeeld:

Reeds gedurende een aantal gesprekken belicht David de moeilijkheden in de relatie met zijn stiefdochter. Naast zijn goede intenties en zijn pogingen met haar een goede relatie op te bouwen, vertoonde hij in het verleden grensoverschrijdend gedrag naar haar toe. Het seksueel en fysiek misbruik hield reeds een hele tijd geleden op, maar in hun huidig contact is psychische terreur soms niet veraf. Zijn stiefdochter gedraagt zich momenteel nogal lastig. Dit valt gedeeltelijk te kaderen binnen haar puberale fase die zij nu volop door-

maakt, anderzijds is het ook een uiting van de moeilijkheden met haar stiefvader, de cliënt. Hij heeft het gevoel dat hij gebruikt wordt, zwart gemaakt wordt, dat ze het hem met opzet lastig maakt. Hij heeft het zeer moeilijk met het idee dat zij zijn eindelijk gevonden levensgeluk, zijn gezin dat hij opbouwde samen met de moeder van het slachtoffer, verstoort. Een tijdje geleden werd hij door haar enorm gekwetst. Hij kan dat gevoel nauwelijks toelaten voor zichzelf, laat staan dat ze dat thuis zouden mogen zien. Als reactie op dat kwetsende voorval heeft hij zich van haar afgesloten. Hij maakt haar duidelijk dat ze voor hem niet meer bestaat. Hoewel ik erin slaag mij in deze man in te leven en zijn gekwetst zijn onder zijn stevig gebouwd fort kan aanvoelen, zucht ik binnenin af en toe bij sommige uitspraken die hij doet. Wanneer ik de sessie achteraf beluister, merk ik hoe dit mijn interventies bij momenten kleurt. Uiteindelijk doe ik toch een poging beide aspecten van mijn beleving weer te geven. Ik zeg hem: 'Als ik probeer weer te geven wat er bij mij leeft wanneer ik hoor wat er zich tussen jullie allemaal afspeelt, dan zijn er bij mij duidelijk twee stukken aanwezig. Aan de ene kant kan ik me inleven in uw situatie en uw gevoel daaromheen. Het is zeer kwetsend wanneer uw positie als vader, uw goede bedoelingen helemaal ontkracht worden. Aan de andere kant is het zo dat ik mij toch ook kan inleven in uw stiefdochter. Het moet niet gemakkelijk zijn te horen te krijgen van je vader: "jij bent de rotte appel in ons gezin, je loopt in de weg, 't is veel beter zonder u". Dat is ook wel iets wat bij mij opkomt'. Hij gaat daar niet op in. Ik vraag hem enkele interventies verder: 'Hoe is dat voor u, David, wanneer ik zo aangeef dat ik me kan inbeelden dat het voor uw stiefdochter niet gemakkelijk moet zijn om te horen dat je liever zou hebben dat ze er niet meer is?'. Hij geeft aan dat dit wel hard en pijnlijk kan zijn, maar dat hij daar niet bij stilstaat. Hij houdt zich niet bezig met hoe zij zich voelt, anders krijgt hij het te moeilijk. Daarmee toont hij, hoe afgeschermd ook, iets van zijn gekwetste stuk en geeft hij aan dat zijn eigen beleving voor hem nog ondraaglijk is. Ik kan me terug voorstellen dat hij dan ook niet openstaat voor de beleving van anderen.

Bij een gebrek aan verantwoordelijkheid

De houding van de cliënt (bijvoorbeeld het ontkennen van de feiten, verantwoordelijkheid van zich afschuiven, minimaliseren van de gevolgen) kan ervoor zorgen dat de spontane ontvankelijke houding van de therapeut omslaat in ongemak. Enerzijds wringt het dat iemand die misdaan heeft dat niet erkent. Het misbruik wordt zo op een subtiele manier van zich af gezet. Anderzijds is het belangrijk zich open te stellen voor de betekenis of de noodzaak van deze houding voor de cliënt. Niet zelden is het een poging om met een ondraaglijke beleving om te gaan. Dit 'containen' en erkennen kan bij de cliënt een verschuiving teweegbrengen. Deze therapeutische houding is soms pas mogelijk nadat de therapeut de cliënt geconfronteerd heeft met wat de houding van de cliënt bij hem oproept, dit om zijn eigen innerlijke ruimte weer vrij te maken. Voor de cliënt kan het leerzaam zijn te merken wat hij bij anderen teweegbrengt en te ervaren dat therapeuten geen ongenaakbare, alles verdragende wezens zijn. Daarnaast is het nodig voeling te houden met de ruimere problematiek van de cliënt. Doordat de cliënt vroeger zelf onvoldoende empathisch werd benaderd, heeft hij deze vaardigheid niet kunnen ontwikkelen. Door nu empathisch contact te ervaren, kan de capaciteit tot empathie voor anderen misschien groeien. Vaak wordt het inlevingsvermogen van de therapeut echter verstoord door gevoelens van ergernis, kwaad-

heid, walging. Het is nodig dit tijdig op te merken en zo nodig ook aan te geven. Volgend voorbeeld kan dit verhelderen.

Een voorbeeld:

Yves had in het begin van de therapie sterk de neiging alle verantwoordelijkheid van zich af te schuiven. Hij werd reeds twee maal veroordeeld wegens grensoverschrijdend gedrag ten aanzien van kinderen op wie hij paste. Naast het feit dat de kinderen hem ertoe zouden uitgenodigd hebben seksuele aanrakingen te plegen, meende hij ook dat de ouders hun verantwoordelijkheid niet opgenomen hadden aangezien ze wisten dat hij reeds voor dergelijke zaken werd veroordeeld in het verleden en ze hun kinderen toch naar hem stuurden. Zijn eigen aandeel leek hij helemaal niet te zien. In de loop van het derde gesprek gaf ik hem aan dat ik het er moeilijk mee had dat hij alles van zich afschoof, dat hij tenslotte zelf het gedrag gesteld had. Tot mijn verwondering leek hij dit aannemelijk te vinden. Door deze opening kon ik me terug op hem afstemmen. Hij kon nu duidelijk aangeven dat hij zichzelf niet had kunnen controleren.

Ten slotte: Echtheid als kwetsbaarheid en kracht voor de therapeut

In het voorgaande wordt vooral het belang van echtheid voor het therapeutisch proces van de cliënt benadrukt. Het basiscriterium voor persoonlijke reacties wordt echter niet alleen bepaald door het groeiproces van de cliënt, maar ook door het opruimen van obstakels in de werkrelatie en voor het welzijn van de therapeut in de therapeutische relatie (Bouwkamp, 1999). Ook Van Bijsterveldt (2002) stelt zich in zijn artikel over de behandeling van narcistische cliënten de vraag hoe de therapeut een vruchtbare therapeutische relatie kan waarborgen waarbij men zelf ook gezond kan blijven. Hij stelt dat openheid naar binnen zeer belangrijk is om over een langere periode tot een adequate positieve gezindheid in staat te blijven. Het openstaan voor de eigen ervaringswereld is zeer waardevol en noodzakelijk voor het therapeutisch proces. Bij de therapeut brengt het echter een verhoogde kwetsbaarheid met zich mee. Werken met plegers tast immers je mens- en wereldbeeld aan. Men raakt als het ware besmet. Gevoelens van vernedering, gemanipuleerd worden, angst, misbruik, ... zijn dadertherapeuten niet vreemd (vanuit effectief gedrag bij de cliënt of een subjectief gevoel bij de therapeut). Misschien verhoogt congruentie wel de kans op secundaire traumatisering omdat men zich laat raken. Naast intervisie en supervisie kunnen expliciete persoonlijke reacties (echtheid naar buiten) mee helpen zorgen voor een gezond evenwicht.

Echtheid kan ook fungeren als een positieve kracht, een stimulans naar een meer *fully functioning person*. Dadertherapie is een voortdurende oefening in echtheid en dwingt de therapeut om zijn eigen schaduwzijde onder ogen te zien, zijn kwaadheid boven te halen en te groeien in stevigheid. Het opzoeken van deze uitdaging kan geplaagd worden binnen de persoonlijke levensgeschiedenis van de therapeut. Om echtheid zuiver te houden moet de therapeut daar voldoende zicht op hebben. Zelfzorg in al zijn facetten is dus nodig voor de therapeut, niet in de laatste plaats om te vermijden dat valkuilen en blinde vlekken van de therapeut de echte dialoog en het therapeutisch proces zouden verstoren.

Correspondentieadres

Ellen Gunst
P.C. Sint-Amandus
Afdeling FIDES
Reigerlostraat 10
8730 Beernem
België
E-mail: ellen.gunst@fracarita.org

Literatuur

- Allemeersch, R. (1985). Ambulante hulpverlening aan delinquenten. *Tijdschrift voor Klinische Psychologie*, 15, 115-122.
- Anechiarico, B. (1998). A closer look at sex offender character pathology and relapse prevention: An integrative approach. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 42(1), 16-26.
- Behr, M., & Becker, M. (2002). Congruence and experiencing emotions: Self-report scales for the person-centered and experiential theory of personality. In: J.C. Watson, R.N. Goldman & M.S. Warner (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the 21st century: advances in theory, research and practice* (pp. 150-167). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Bouwkamp, R. (1999). *Helen door delen. Experiëntiële interpersoonlijke therapie*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.
- Bijsterveldt, P.H. van (2002). Een cliëntgerichte benadering bij narcistische persoonlijkheidsproblematiek. *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, 40(2), 115-129.
- Finke, J. (1994). Die narziatische Persönlichkeitsstörung. In: J. Finke (Ed.). *Empathie und Interaktion* (pp. 134-142). Stuttgart/New York: Georg Thieme.
- Haas, O. de (1988). Procesgerichte gesprekstherapie ten behoeve van cliënten met psychopathische gedragsstoornissen. In: H. Swildens (Red.), *Procesgerichte gesprekstherapie* (pp. 182-198). Utrecht: De Tijdstroom.
- Haugh, S. (2001). The difficulties in the conceptualization of congruence: A way forward with complexity theory? In: G. Wyatt (Ed.), *Rogers' therapeutic conditions: Evolution, theory and practice, Volume 1: Congruence* (pp. 116-130). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Jacobs, S. (1984). Beziehungsmuster in der klientenzentrierten Psychotherapie mit Delinquenten. *Zeitschrift für Personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 3, 173-185.
- Jacobs, S., Hoyer, J., Katthän, U., & Zahnw, U. (1990). Psychotherapie mit psychisch kranken Delinquenten, Die Erweiterung des klientenzentrierten Interventionsreperatoires, *GwG-Zeitschrift*, 80, 223-227.
- Kessel, W. van, & Linden, P. van der (1991). De hier-en-nu relatie in cliëntgerichte therapie; het interactionele gezichtspunt. In: H. Swildens, O. de Haas, G. Lietaer & R. Van Balen (Red.), *Leerboek gesprekstherapie. De cliëntgerichte benadering* (pp. 223-249). Leuven: Acco.
- Leijssen, M., & Adriaensen, H. (2003). Echtheid in cliëntgerichte therapie, geïllustreerd bij een cliënt met een persoonlijkheidsstoornis. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 29(1), 25-51.
- Lietaer, G. (1991). Authenticiteit en onvoorwaardelijke positieve gezindheid. In: H. Swildens, O. de Haas, G. Lietaer & R. Van Balen (Red.), *Leerboek gesprekstherapie. De cliëntgerichte benadering* (pp. 27-64). Leuven: Acco.
- Patterson, C.H. (1990). Involuntary clients, a person-centered view. *Person-Centered Review*, 5 (3), 316-320.
- Pithers, W.D. (1990). Relapse prevention with sexual aggressors. In: W.L. Marshall, D.R. Laws & H.E. Barbaree (Eds.), *Handbook of sexual assault* (pp. 343-361). New York: Plenum.

- Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95-103.
- Swildens, H. (1997). De persoonlijkheidsstoornissen en hun gesprekstherapeutische behandeling. Cluster B en C. In: H. Swildens (Red.), *Procesgerichte gesprekstherapie* (pp. 240-249). Utrecht: De Tijdstroom.
- Süle, A. (2004). Grenzen en ruimten in het reflectieve proces. In: M. Leijssen & N. Stinckens (Red.), *Wijsheid in gesprekstherapie* (83-98). Leuven: Universitaire pers.
- Van Beek, D., & Mulder, J. (1991). De plaats van het delictscenario in de behandeling van seksueel agressieve delinquenten. *Tijdschrift voor Directieve Therapie*, 1, 4-18.
- Whelton, W.J., & Greenberg, L.S. (2002). Psychological contact as dialectical construction. In: G. Wyatt & P. Sanders (Eds.), *Rogers' therapeutic conditions: evolution, theory and practice. Volume 4: Contact and perception* (pp. 96-112). Ross-on-Wye: PCCS Books.