

Université de Montréal

Les facteurs favorisant la motivation au changement et l'alliance thérapeutique chez un groupe d'hommes ayant commis une agression sexuelle envers un enfant et participant à un programme de traitement

Par  
Laurent Bélanger

Département de psychologie, Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de Maîtrise ès arts en Psychologie

Avril 2022

© Laurent Bélanger, 2022

Université de Montréal  
Département de psychologie, Faculté des arts et des sciences

---

*Ce mémoire intitulé*

**Les facteurs favorisant la motivation au changement et l'alliance thérapeutique chez un groupe d'hommes ayant commis une agression sexuelle envers un enfant et participant à un programme de traitement**

*Présenté par*

**Laurent Bélanger**

*A été évalué par un jury composé des personnes suivantes*

**Serge Lecours**

Président-rapporteur

**Tamsin Higgs**

Directrice de recherche

**Franca Cortoni**

Membre du Jury

## Résumé

Les programmes de traitement visant à réduire le risque de récidive des individus ayant commis une agression sexuelle envers un enfant (ASE) figurent parmi les interventions les plus efficaces pour remédier à cet enjeu. À ce jour, peu d'études se sont intéressées à l'impact de facteurs liés à la réceptivité du détenu sur l'achèvement d'un traitement, telles que la motivation au changement et l'alliance thérapeutique (AT), ou comment se forment ces deux processus. L'objectif de cette étude était d'investiguer l'impact de l'historique criminel, des distorsions cognitives et du climat social sur la motivation et l'AT, puis de valider le rôle prédictif de ces derniers sur l'achèvement à un programme. Pour ce faire, 223 hommes ayant participé à un programme de traitement au Québec à la suite d'une ASE ont été sélectionnés à partir d'une base de données. Les résultats découlant d'une analyse de régression logistique démontrent que ni la motivation ni l'AT n'ont prédit l'achèvement de programme adéquatement. Cependant, des analyses de régressions multiples indiquent que les participants affichant moins de distorsions cognitives et percevant leur climat social plus positivement étaient à un stade plus avancé de la motivation et avaient une meilleure alliance avec leur thérapeute. Les participants plus motivés ont également rapporté entretenir une meilleure AT avec leur thérapeute un mois après le début du traitement. Cette étude fournit de nouvelles connaissances sur deux facteurs importants de la réceptivité et souligne l'importance d'un environnement sécurisant pour le détenu afin de permettre une meilleure motivation et AT.

**Mots clés :** Agression sexuelle envers les enfants, motivation, alliance thérapeutique, historique criminel, distorsions cognitives, climat social

## **Abstract**

Offending behavior treatments aiming to reduce the risk of reoffending in individuals who committed child sexual abuse (CSA) are among the most effective interventions to tackle this public safety issue. To this date, little attention has been drawn to inmate responsiveness factors that can foster positive treatment outcomes such as motivation to change and therapeutic alliance (TA), and what may shape these factors. The objective of this study was to investigate the role of criminal history, cognitive distortions, and social climate on motivation to change and TA, and to validate whether these latter predict treatment outcomes. To do so, 223 incarcerated men who committed CSA and took part in a treatment program in Quebec, Canada, were identified from a database created from 2003 to 2008. Logistic regression analysis indicated that neither motivation nor TA predicted treatment outcome accurately. However, multiple linear regressions revealed that participants with fewer cognitive distortions who perceived social climate more positively were more motivated to change and had a better alliance with their therapist. Participants with higher motivation also maintained better TA one month after treatment. This study provides new knowledge on two responsiveness factors and highlights the importance of promoting a safe environment for the inmates to enhance motivation and form a strong TA.

**Key words:** Child sexual abuse, motivation, therapeutic alliance, criminal history, cognitive distortions, social climate

## Table des matières

Résumé .....	3
Abstract .....	4
Liste des tableaux .....	6
Liste des sigles et abréviations .....	7
Remerciements .....	8
Chapitre 1 : Problématique.....	9
1.1 Le profil des individus ayant commis une agression sexuelle envers un enfant .....	10
1.2 Le traitement des individus ayant commis une agression sexuelle .....	11
1.3 Les facteurs favorisant l'achèvement d'un programme de traitement chez les individus ayant commis une agression sexuelle .....	15
1.4 La motivation comme facteur favorisant l'achèvement de traitement .....	16
1.5 L'alliance thérapeutique comme facteur favorisant l'achèvement de traitement.....	18
1.6 La présente étude .....	20
Chapitre 2 : Article de recherche.....	21
Chapitre 3 : Discussion générale.....	48
3.1 Limites .....	60
Chapitre 4 : Conclusion.....	62
Références .....	64

## **Liste des tableaux**

**Tableau 1 :** Offending history, cognitive distortions (ABCS score), perceived institutional social climate (CIES score), motivation (URICAS score) and therapeutic alliance (CALPAS score) among men participating in sexual offending treatment programs in Quebec

**Tableau 2 :** Pearson and Spearman Correlations between criminal history (number of prior offenses), cognitive distortions (ABCS score), social climate (CIES Total score and subscales), and motivation to change (URICAS Total score and subscales)

**Tableau 3 :** Pearson and Spearman correlations between criminal history (number of prior offenses), cognitive distortions (ABCS score), social climate (CIES Total score and subscales), motivation to change (URICAS Total score and subscales) and therapeutic alliance (CALPAS Total score and subscales)

**Tableau 4 :** Multiple regressions of covariates and their association with motivation to change (URICAS score) and therapeutic alliance (CALPAS score)

**Tableau 5 :** Binomial logistic regression model of antecedent factors for treatment outcome: program completion vs program non-completion

## Liste des sigles et abréviations

ABCS : Abel and Becker cognition scale

ASE : Agression sexuelle envers un enfant

AT : Alliance thérapeutique

CSA: Child sexual assault

CALPAS: California Psychotherapy Alliance Scale

CIES: Correctional Institutions Environment Scale

GLM : Good life model

QIDS: Questionnaire informatisé sur les délinquants sexuels

RBR : Risque-besoins-réceptivité

RP : Relapse prevention

SD : Standard deviation

TA : Therapeutic alliance

TCC : Thérapie cognitivo-comportementale

URICAS: University of Rhode Island Change Assessment Scale

## Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribuées à la réalisation de ce mémoire.

Tout d'abord, je remercie ma directrice de mémoire Dre Tamsin Higgs, professeure à l'Université de Montréal au département de psychologie, pour sa disponibilité, ses conseils et sa confiance tout au long de ma maîtrise. J'ai acquis beaucoup de compétences en recherche à ses côtés en plus d'en apprendre énormément sur la psychologie légale, domaine dans lequel je compte poursuivre mon parcours académique.

Je tiens ensuite à remercier mes parents pour leur soutien et leur écoute à mon égard. Mon parcours à la maîtrise a été parsemé de remises en question et leur point de vue a été des plus éclairants.

Je suis également très reconnaissant envers ma compagne, Geneviève, pour sa patience et pour son intérêt envers ma réussite professionnelle. Merci pour tout et je vous souhaite le meilleur pour la suite.

Finalement, je souhaite remercier mes amis dispersés aux quatre coins du Québec pour leur patience et leur compréhension envers mes obligations des deux dernières années.



## Chapitre 1 : Problématique

Les agressions sexuelles commises envers un enfant (ASE) se définissent comme l'implication de ce dernier dans une activité sexuelle qu'il ne peut pas entièrement comprendre, pour laquelle il ne peut pas donner son consentement éclairé, pour laquelle il n'est pas préparé sur le plan développemental, ou encore qui viole des lois et tabous de la société (World Health Organization, 1999). Les ASE constituent un enjeu psychosocial majeur au Québec. Selon une enquête réalisée auprès de 155 services de police desservant 98 % de la population canadienne, 53,4 % des infractions sexuelles enregistrées au Québec en 2014 ont été commises envers des victimes de moins de 18 ans (Ministère de la Sécurité publique du Québec, 2016). Sans surprise, les ASE peuvent avoir des effets néfastes à court et long termes sur le développement des victimes. Plusieurs études ont entre autres rapporté que les victimes d'ASE étaient plus à risques de développer des symptômes dépressifs et anxieux, des troubles alimentaires ou de l'image corporelle, des idées et des comportements suicidaires, un trouble de stress post-traumatique, des difficultés académiques et de l'absentéisme, des comportements délinquants ou sexuels à risque (ex. : prostitution) et finalement d'être à nouveau impliqué dans une dynamique de violence sexuelle une fois adulte, comme auteur ou victime (Amado et al., 2015 ; Paolucci et al., 2001 ; Singh et al., 2014). Les effets néfastes des ASE ne se limitent cependant pas aux dommages psychologiques infligés aux victimes. Dans une perspective plus large, le crime peut également contribuer à instaurer ou alimenter un climat de peur et de méfiance au sein de la population générale (Cornaglia et al., 2014 ; Rader, 2017). Un tel climat peut engendrer des impacts négatifs sur le plan psychologique chez les non-victimes comme des symptômes anxieux et dépressifs (Stafford et al., 2007). Pour des raisons liées à la sécurité publique ainsi qu'à la santé

mentale de la population, il importe ainsi de se pencher sur le traitement et la prévention de la récidive des individus ayant commis une ASE.

### **1.1 Le profil des individus ayant commis une agression sexuelle envers un enfant**

Afin d'intervenir efficacement auprès des individus ayant commis une ASE, il s'avère nécessaire de se pencher sur l'existence de caractéristiques communes au sein de cette population ou d'un profil type dans le but de comprendre leurs cognitions et comportements. Tout d'abord, Jahnke et al. (2015) ont conclu grâce à deux études que la grande majorité des individus ayant commis une ASE étaient des hommes, peu importe le genre de la victime. Malgré cette information fort pertinente pour orienter la recherche, Robertiello et Terry (2007) ont néanmoins insisté dans leur revue systématique sur le fait qu'il n'existait pas de profil sociodémographique précis chez les individus ayant commis une ASE. C'est pourquoi les auteurs ont plutôt tenté de procéder à une typologie des individus ayant commis une agression sexuelle en fonction de caractéristiques psychologiques propres à cinq groupes identifiés à partir de la littérature : les individus ayant commis un viol, les individus ayant commis une ASE, les individus de sexe féminin, les individus d'âge juvénile et finalement les individus ayant commis de la cyberdélinquance sexuelle. Tout en insistant sur le fait que les individus ayant commis une ASE constituent un groupe hétérogène, les auteurs ont observé des caractéristiques récurrentes chez les gens ayant commis ce type de crime sexuel. Notamment, il a été rapporté que beaucoup d'entre eux avaient peu d'habiletés sociales, une faible estime d'eux-mêmes et des expériences relationnelles antérieures négatives avec des adultes (Robertiello & Terry, 2007). Dans une étude plus récente, il a également été établi qu'un historique personnel ou familial de victimisation sexuelle pouvait jouer un rôle dans l'adoption d'attitudes et de comportements sexuels déviants en vieillissant, ce qui n'est pas aussi commun à tous les profils mentionnés plus haut (Meinck et

al., 2017). En sommes, les études menées à ce jour montrent que le profil des gens ayant commis une ASE est cliniquement différent d'autres profils d'auteurs d'agressions sexuelles et que des études spécifiquement menées auprès de ce groupe sont nécessaires afin de concevoir des interventions adaptées à leur réalité.

## **1.2 Le traitement des individus ayant commis une agression sexuelle**

Il existe actuellement plusieurs initiatives en place comme des registres officiels ou encore des bracelets électriques pour diminuer le risque de récidive des individus ayant commis une ASE. Une des mesures les plus importantes demeure néanmoins la présence de programmes de traitement offerts en milieu carcéral. Ces programmes visent à remplacer les croyances, les attitudes, les affects et les comportements se rapportant aux *patterns* d'agression par d'autres, plus adaptés, et inculquer les compétences nécessaires pour gérer le risque de récidive (Marshall & Marshall, 2014). Bien que l'on retrouve des traitements articulés autour de diverses grandes orientations (humaniste, psychodynamique, etc.), la plupart des programmes destinés aux individus ayant commis une agression sexuelle sont basés sur l'approche cognitivo-comportementale (TCC; Moster et al., 2008).

En plus de se baser sur une approche thérapeutique, les programmes de traitement offerts aux individus ayant commis un crime orientent également leur objectif principal en fonction d'un modèle théorique. C'est le cas par exemple du *Good Life Model* (GLM) ou encore du *Relapse Prevention model* (RP) qui ont pour but la réduction du risque de récidive (Pithers, 1990 ; Willis et al., 2013). Depuis les années 1990, plusieurs programmes de traitement ayant comme objectif la réduction du risque sont conçus à partir du modèle du risque, des besoins et de la réceptivité (modèle RBR). Le modèle RBR stipule qu'afin de favoriser l'efficacité d'un programme de traitement en milieu carcéral, ce dernier doit reposer sur trois principes clés (Andrews &

Bonta, 2010). Le premier principe est celui de risque et signifie que le degré d'intensité du traitement offert au détenu doit être en concordance avec son niveau de risque de récidive. Ce principe implique donc que le risque de récidive peut être prédit et quantifié à l'aide de caractéristiques personnelles ou de circonstances associées à un risque accru d'activité criminelle future que l'on divise en deux catégories : les facteurs de risque statiques et dynamiques. Les facteurs de risque statiques sont des facteurs ne pouvant être modifiés par le biais d'une intervention psychosociale malgré leur impact sur le risque de récidive (Beech et al., 2003). L'historique criminel d'un détenu constitue un exemple éloquent de facteur de risque statique (Brame, 2016). Bien qu'aucune intervention ne puisse modifier son nombre d'infractions, de condamnations, ou d'incarcérations antérieures, ces informations sont tout de même fréquemment utilisées pour mesurer son risque de récidive comme en témoignent des outils tels que le Static-99 (Hanson & Thornton, 1999). À l'inverse, les facteurs dynamiques du risque de récidive peuvent être modifiés et devenir des cibles de traitement pour le détenu. C'est pourquoi les facteurs dynamiques constituent du même coup le deuxième principe du modèle RBR, soit celui des besoins criminogènes. Les besoins criminogènes du détenu renvoient à un ensemble de facteurs contribuant au risque de récidive et pouvant être modifiés par le moyen d'une intervention (Ward & Stewart, 2003). Bien que chaque détenu ait ses propres besoins et difficultés, certains sont récurrents au point de figurer parmi les cibles de traitement courantes de plusieurs programmes en milieu carcéral. C'est le cas par exemple des attitudes et croyances de l'individu envers ses comportements criminels ou envers la criminalité en général (Andrews & Bonta, 2010). Chez les individus ayant commis une ASE, ces attitudes et croyances prennent fréquemment la forme de distorsions cognitives visant à justifier, minimiser ou rationaliser des comportements sexuels déviants (Murphy, 1990). C'est pourquoi la plupart des programmes de traitement aujourd'hui offerts aux individus ayant commis une ASE visent notamment à

remplacer ces schémas de pensée par des attitudes plus compatibles avec un mode de vie non criminel (Ward et al., 1997). Finalement, le troisième principe du modèle RBR est celui de la réceptivité. Le principe de réceptivité est divisé en deux catégories : la réceptivité générale et la réceptivité spécifique. Le principe de réceptivité générale implique que le type de programme offert au détenu et les modalités de traitement doivent être cohérents avec les approches jugées pertinentes et efficaces auprès de la population ciblée par le traitement (Crites & Taxman, 2013). C'est pour cette raison que l'approche TCC, jugée comme étant la plus efficace pour induire un changement comportemental, est la plus souvent préconisée dans les milieux carcéraux (Andrews & Bonta, 2010). Le principe de réceptivité spécifique prend quant à lui en considération certaines caractéristiques individuelles du détenu comme ses capacités cognitives, son style d'apprentissage, sa culture ou encore ses habiletés interpersonnelles. Le principe de réceptivité renvoie également à la disposition au traitement d'un détenu, que l'on peut définir comme un ensemble de caractéristiques liées au patient ou à son environnement favorisant le changement thérapeutique (Howells et al, 2003). Parmi les principales, on retrouve notamment la motivation du détenu considérée comme déterminant de sa disposition et sa réceptivité au traitement (Looman et al., 2005). Pour ce qui est des marqueurs d'une forte disposition au traitement, on retrouve entre autres l'alliance thérapeutique existant entre un détenu et son intervenant, également considérée comme déterminante d'un traitement efficace (Ward et al., 2004). C'est donc autour du principe de réceptivité que s'articule l'enjeu de fond du présent mémoire, soit celui de l'efficacité des traitements offerts aux individus ayant commis une ASE.

À ce jour, plusieurs études ont démontré les bienfaits des programmes de traitement sur la réduction du risque de récidive des individus ayant commis une agression sexuelle. Une méta-analyse conduite en 2009 par Hanson et ses collègues a examiné les résultats de 23 études

comparant les taux de récidive de détenus ayant commis une agression sexuelle avec un groupe contrôle. Il a été observé que les groupes ayant participé à un programme de traitement affichaient des taux de récidives sexuelles et générales significativement inférieurs aux groupes contrôles (Hanson et al., 2009). Les auteurs ajoutent également que les programmes adhérant au modèle RBR se sont avérés les plus efficaces. Dans une méta-analyse similaire, Lösel et Schmucker (2005) ont comparé le contenu de 69 études se penchant sur les bienfaits de divers traitements offerts aux individus ayant commis une agression sexuelle. Malgré des tailles d'effets variables, la majorité des études analysées ont rapporté des taux de récidive moins élevés chez les détenus ayant pris part à un programme de traitement, et ce particulièrement lorsque ce dernier était basé sur l'approche TCC (Lösel & Schmucker, 2005). Ainsi, il apparaît clair que de participer à un programme de traitement peut contribuer à diminuer le risque de récidive chez certains détenus. Cependant, plusieurs d'entre eux demeurent réticents à prendre part à un traitement psychosocial, abandonnent prématurément ou encore échouent à atteindre les cibles de traitement initialement fixées, ce qui a pour effet d'augmenter leur risque de récidive (Olver et al., 2011). Certaines études rapportent même des taux de récidives plus élevés chez des détenus n'ayant pas complété un programme de traitement que chez ceux ayant refusé d'y participer (Berman, 2004 ; Higgs et al., 2019). Un tel constat préoccupe considérant les préjudices psychologiques que causent les ASE sur les victimes et les menaces que cela pose à la sécurité publique. Afin de favoriser l'achèvement aux programmes de traitement chez les détenus ayant commis une ASE et ainsi diminuer leur risque de récidive, il importe de se pencher sur les facteurs favorisant l'achèvement d'un tel traitement.

### **1.3 Les facteurs favorisant l'achèvement d'un programme de traitement chez les individus ayant commis une agression sexuelle**

L'achèvement de programme réfère à l'atteinte des objectifs de traitement établis par l'équipe responsable de l'intervention, que ce soit sur le plan de la durée ou des cibles de traitement. Dans le cas inverse, on parlera alors d'attrition. L'attrition dans un programme de traitement peut survenir pour des raisons administratives ou logistiques. Cependant, la présente étude se concentre plutôt sur l'attrition à la suite d'un abandon volontaire du patient ou d'un renvoi de la part de l'équipe traitante d'un programme destiné aux individus ayant commis une ASE.

À ce jour, la plupart des études portant sur l'achèvement ou l'attrition à un programme de traitement ont mis en relation cette variable avec des facteurs statiques et dynamiques du risque de récidive (Looman et al., 2005). Cette initiative a mené à plusieurs résultats encourageants, mais inconstants. À titre d'exemple, il a été rapporté dans la littérature que les individus ayant commis plus d'infractions criminelles (facteur statique) étaient moins enclins à compléter un programme de traitement en milieu carcéral (Nunes & Cortoni, 2008 ; Olver et al., 2011). Cependant, dans une méta-analyse conduite en 2011, Laroche et ses collègues ont recensé au moins deux études concluant à une absence de relation entre l'historique criminel et l'achèvement d'un programme de traitement. Du côté des facteurs dynamiques ou des cibles de traitement, on retrouve également des résultats contradictoires quant à l'impact des distorsions cognitives sur l'achèvement d'un programme de traitement. En effet, plusieurs auteurs mentionnent que la présence de distorsions cognitives chez un détenu est néfaste pour sa progression à travers un traitement (Marshall et al., 2009 ; Olver et al., 2011). À l'opposé, une étude conduite par Toneatto et Gunaratne (2009) a comparé des groupes d'individus ayant des problèmes de jeu en les

assignant à des programmes de différentes approches. Les auteurs ont conclu que le groupe soumis à un traitement ciblant explicitement la diminution des distorsions cognitives n'affichait pas un taux d'achèvement significativement plus élevé que les autres groupes.

Plusieurs éléments peuvent expliquer les différences de résultats discutés plus haut. Il s'agit en effet d'études réalisées auprès de populations cliniques différentes ayant participé à des programmes aux modalités variables (durée, intensité, approche, etc.). En ce sens, il s'avère pertinent de porter attention aux circonstances de traitement d'un détenu et de se pencher plus précisément sur les facteurs se rapportant au principe de réceptivité du modèle RBR (Andrews & Bonta, 2010). Les facteurs de réceptivité renvoient aux facteurs criminogènes et non-criminogènes liés aux habiletés du détenu à bénéficier d'un programme de traitement auquel il participe (Looman et al., 2005). Jusqu'à récemment, peu d'études se sont intéressées à ce type de facteur pour expliquer les différences d'efficacité pour un même traitement offert à des individus ayant commis une ASE (Looman et al., 2005 ; Lösel & Schmucker, 2005). Or, étudier le rôle des facteurs de réceptivité sur l'achèvement de programme apparaît plus que nécessaire afin de mieux comprendre la nature du lien existant entre certains facteurs de risque de récidive et l'achèvement à un programme de traitement.

#### **1.4 La motivation comme facteur favorisant l'achèvement de traitement**

Un des facteurs de réceptivité les mieux documentés à ce jour en psychologie légale est la motivation. La motivation est un concept très vaste étudié dans plusieurs domaines de la psychologie. C'est pourquoi, dans un contexte de traitement et dans le présent mémoire, il sera plus spécifiquement question de la motivation au changement. La motivation au changement se définit comme un état d'ouverture et de préparation chez un individu afin que ce dernier emploie des stratégies de changements comportementaux face à sa situation actuelle (Preston & Murphy,



1997 ; Ward, 2000). Chez les individus ayant commis une ASE, cela se traduit par leur volonté à changer leurs attitudes et comportements déviants par le biais du programme de traitement auquel ils prennent part. La littérature actuelle fait état de plusieurs études rapportant des corrélations entre une plus grande motivation au changement chez un détenu et sa progression à travers un traitement leur étant offert. Dans une méta-analyse conduite en 2011, Olver et ses collègues ont examiné les résultats de 114 études se penchant sur les facteurs prédisant l'attrition chez 41 438 individus ayant commis une agression sexuelle ou de la violence conjugale. Les auteurs ont conclu que la motivation s'avérait un des plus importants prédicteurs de l'achèvement de programme. Dans une seconde méta-analyse, 126 études portant sur les prédicteurs de l'achèvement à un programme de traitement destiné cette fois à des personnes atteintes d'un trouble du comportement alimentaire ont été analysées (Vall & Wade, 2015). Il a été observé que les participants plus motivés au changement avaient obtenu de meilleurs résultats à la fin du traitement et que la motivation prédisait également l'attrition au programme. Dans un même ordre d'idées, la mesure de la motivation à un stade plus avancé du programme a également prédit adéquatement le risque de récurrence des participants un an après le début du traitement. Finalement, dans une revue de la littérature portant sur la non-adhésion au traitement d'individus atteints d'un trouble anxieux, les auteurs rapportent que cela peut notamment se manifester en raison d'une faible motivation lorsqu'il s'agit de traitements basés sur la TCC (Taylor et al., 2012).

En raison du rôle que joue la motivation au changement sur l'achèvement de traitement chez les individus ayant commis une agression sexuelle, ce facteur constitue aujourd'hui fréquemment une cible de traitement initiale pour cette population. À cet effet, la motivation est également un facteur lié aux besoins du détenu par l'entremise de l'entretien

motivationnel (Andrews & Bonta, 2010). L'entretien motivationnel se définit comme un style de consultation visant à réduire l'ambivalence d'un patient face au changement (Miller & Rollnick, 2012). L'entretien motivationnel a été rapporté comme efficace en ce qui a trait à l'adhésion et à la rétention du patient à un traitement dans plusieurs domaines d'intervention et auprès de plusieurs populations cliniques, surtout lorsque cette méthode est jumelée à une autre approche (Csillik, 2015). Pour ce faire, il est attendu que le thérapeute fasse preuve d'empathie, soutienne le patient et collabore avec lui puis reconnaisse son autonomie (Csillik, 2015). Un tel mandat implique l'entrée en jeu d'un autre facteur étroitement lié à la réceptivité du détenu vis-à-vis un programme de traitement auquel il prend part, soit l'alliance thérapeutique qu'il entretient avec son équipe traitante.

### **1.5 L'alliance thérapeutique comme facteur favorisant l'achèvement de traitement**

L'alliance thérapeutique (AT) se définit comme les sentiments, attitudes et perceptions qu'un patient et un intervenant expérimentent l'un envers l'autre dans un contexte de thérapie ou de traitement (Bordin, 1979). Notamment, il est établi qu'une bonne alliance thérapeutique se caractérise par un consensus entre les deux partis concernant les objectifs de traitement, les tâches à accomplir pour atteindre ces objectifs et finalement par la création d'un lien émotionnel empreint de sentiments positifs réciproques (Bordin, 1994). Comme c'est le cas pour la motivation, plusieurs études font état de liens existant entre la qualité de l'AT et l'achèvement de programme. Dans une étude réalisée auprès de 239 individus prenant part à une psychothérapie, il a été observé que le degré de sévérité des symptômes diminuait davantage à travers les sessions chez les individus rapportant une meilleure AT avec leur thérapeute traitant (Botella et al., 2008). Chez les populations ayant commis une agression sexuelle, Serran et ses collègues ont réitéré dans une revue systématique que la formation d'une AT entre un patient et l'intervenant est un

élément indispensable pour que ce dernier entame un changement comportemental (Serran et al., 2003). Enfin, une étude menée au Canada auprès de 423 individus ayant commis une agression sexuelle a indiqué que les participants rapportant une meilleure AT affichaient également des taux d'attrition moins élevés et demeuraient dans le programme de traitement en moyenne plus longtemps (DeSorcy et al., 2016).

Chez les individus ayant commis une ASE, la création d'une forte AT peut parfois s'avérer ardue. Jusque dans les années 1990, les programmes de traitements pour personnes ayant commis un acte délinquant étaient principalement basés sur la punition et la coercition, ce qui a été éventuellement démontré comme inefficace, voire contre-productif, par les chercheurs (Gendreau, 1996). Le rôle des thérapeutes à l'époque consistait donc à adopter une dynamique de confrontation et induire de la honte aux individus incarcérés (Kear-Colwell & Pollock, 1997). Aujourd'hui, les programmes de traitement en milieux carcéraux au Canada sont davantage axés sur la réhabilitation que sur la punition et sont centrés sur les besoins du détenu tout en tenant compte de sa réceptivité (Gendreau, 1996). Il est donc attendu que les thérapeutes fassent preuve d'empathie, formulent des critiques constructives, renforcent les comportements positifs et soient sensibles à l'égard des détenus (Gendreau, 1996). Bien qu'efficace, une telle posture peut s'avérer confrontante pour des intervenants qui, malgré leur formation, peuvent être réticents à travailler auprès de certaines populations (Andrews & Bonta, 2010). Cela peut particulièrement être le cas envers les gens ayant commis une agression sexuelle, crime et étiquette à connotation très péjorative selon l'opinion publique (Harris & Socia, 2016; O'Hara, 2012). Après tout, comme l'indiquent Ross et ses collègues (2008), l'AT n'est pas seulement déterminée par la formation professionnelle de l'intervenant, mais également par ses caractéristiques personnelles.

## **1.6 La présente étude**

Au terme des recherches effectuées à ce jour dans le domaine, il semble clair que la motivation au changement et l'AT jouent un rôle important sur l'achèvement d'un programme de traitement. Néanmoins, plusieurs lacunes dans la littérature doivent encore être abordées. Tout d'abord, les mécanismes par lesquels se forment la motivation au changement et l'AT en début de traitement demeurent méconnus à ce jour. De plus, comme en témoignent la plupart des études mentionnées dans cette section, ces variables ont jusqu'à maintenant peu été étudiées auprès des individus ayant commis une ASE qui constitue un groupe cliniquement différent d'autres populations auteures d'agressions sexuelles. L'article scientifique présenté dans la section suivante cherche donc à remédier à ces lacunes en étudiant la motivation au changement et l'AT en début de traitement chez des individus ayant commis une ASE et prenant part à un programme de traitement.

## Chapitre 2 : Article de recherche

### **Factors fostering motivation to change and therapeutic alliance among men having perpetrated child sexual abuse and participating in offending behaviour treatment**

Laurent Bélanger<sup>1,a</sup>

Tamsin Higgs<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Department of Psychology, Université de Montréal, Québec, Canada

<sup>2</sup> Centre International de Criminologie Comparée, Université de Montréal, Québec, Canada

<sup>a</sup> Corresponding author. Email address: laurent.belanger@umontreal.ca

Postal address: Department of Psychology, Université de Montréal, Pavillon Marie-Victorin,  
Office E354, 90 Avenue Vincent D'Indy, Montréal, Québec, H2V 2S9, Canada

Word count: 5672 words

## **Abstract**

The objective of this study was to investigate the role of criminal history, cognitive distortions, and social climate on motivation to change and therapeutic alliance at an early stage of treatment among people incarcerated for child sexual abuse. To do so, 223 men who took part in a treatment program in Quebec, Canada, following child sexual abuse were included in the study. Individual and environmental factors (number of prior offenses; cognitive distortions; social climate) and their association with motivation and therapeutic alliance were examined. Multiple linear regressions revealed that participants with fewer cognitive distortions who perceived social climate more positively were more motivated to change and had a better alliance with their therapist. Participants with higher motivation also established better therapeutic alliance with program staff. This study provides new knowledge on two major components of successful treatment and highlights the importance of a positive environment in forming therapeutic alliance.

**Key words:** Child sexual abuse, motivation, therapeutic alliance, criminal history, cognitive distortions, social climate

**Practice Impact Statement:** The results of the current study illustrate how aiming to reduce inmates' cognitive distortions at the beginning of treatment may lead to enhancing their motivation to change and improving their relationship with the therapist. Results also show that fostering a safe, open, and supportive social climate between inmates and program staff contributes to higher motivation and better therapeutic alliance.

## **Factors fostering motivation to change and therapeutic alliance among men having perpetrated child sexual abuse and participating in offending behaviour treatment**

There is now good evidence that motivation to change and therapeutic alliance (TA) are significant predictors of treatment outcome among people incarcerated for various types of sexual offenses (Howells et al., 2005; Marshall et al., 2003; Olver & Wong, 2011; Rothman, 2007; Simourd & Olver, 2011). However, some gaps in the literature remain, starting with how these two factors interact in the early stage of treatment. From a broader perspective, very few studies have attempted to establish what factors shape motivation to change and TA when beginning a treatment program in forensic settings.

### **Motivation to change and therapeutic alliance**

Motivation is a broad concept studied in multiple fields of psychology. In the context of therapy and treatment, motivation to change refers to one's openness and readiness to enter into a behaviour change strategy towards their current situation (Preston & Murphy, 1997; Ward, 2000). Prochaska and colleagues categorized the motivation process into sequential stages by creating the trans-theoretical model of change (Prochaska & Velicer, 1997; Prochaska et al., 2015). The most relevant to consider during treatment are (1) pre-contemplation — people are not seriously considering change in the foreseeable future; (2) contemplation — individuals are aware that there is a problem and are actively considering the possibility of changing their behaviour; (3) action — people take action to overcome their problems; and (4) maintenance — people direct their efforts toward maintaining the gains they have made through the previous stages and developing strategies to prevent relapses (Tierney & McCabe, 2001b). Olver et al. (2011) established that people who have committed sexual offenses have a poor level of motivation and that this may negatively impact their responsivity to treatment. Consequently,

motivation is often assessed and worked on through motivational interviewing to elaborate an intervention plan adapted to the individual's readiness for treatment (Andrews & Bonta, 2010; Csillik, 2015).

TA is defined by Bordin (1979) as the feelings, attitudes, and perceptions that the therapist and client experience toward one another. In his later work, Bordin (1994) divided TA into three components of the relationship between a client and his therapist. The first component refers to the consensus between the client and the therapist regarding the goals for treatment. The second component refers to their agreement on the tasks and interventions used in therapy. Finally, the third component refers to the emotional bond that builds upon mutual trust, acceptance, and confidence between the client and therapist. TA is considered crucial in the success of psychotherapy and the process of change (Botella et al., 2008; Horvath & Luborski, 1993; Serran et al., 2003). Previous studies reported that some therapist characteristics like age, gender, and empathic behaviours were associated with TA among people who had criminally offended (Connors et al., 2000; Marshall et al., 2002; Wintersteen et al., 2005). However, as mentioned before, client characteristics fostering TA with their therapist are understudied, especially in forensic settings.

Motivation to change and TA are factors related to the responsivity principle (Andrews & Bonta, 2010; Beyko & Wong, 2005; Olver et al., 2011). The responsivity principle is one of the three principles for effective interventions for criminal behaviour specified by Andrews and Bonta's (2010) risk-need-responsivity (RNR) model and asserts that all interventions in forensic settings should be consistent with the cognitive and learning abilities, culture, etc. of the participant. Therefore, it appears legitimate to suppose these two factors are closely related. Furthermore, studies conducted on people who took part in intimate partner violence and drug



misuse treatment programs reported that participants with higher motivation were more likely to develop a positive TA (Meier et al., 2005; Taft et al., 2004). A similar relationship could exist among people who committed sexual offenses.

### **Criminal history, cognitive distortions, and social climate as factors shaping motivation to change and therapeutic alliance**

Factors likely to influence motivation to change and TA in correctional settings are numerous. In the aim of selecting diverse factors supported by the literature, criminal history, cognitive distortions, and social climate were selected to go under study.

Criminal history refers to all types of prior offenses that were committed by the participant before beginning treatment. Criminal history is a static risk factor, meaning that it cannot be modified through intervention (Beech, 2003). Nevertheless, criminal history is often associated with recidivism and treatment attrition or premature withdrawal among people who have committed sexual offenses (Beech et al., 2002; Nunes & Cortoni, 2008; Olver et al., 2011). More recently, a study on incarcerated men reported that higher motivation moderated the relationship between fewer prior offenses and positive treatment outcomes, thus indicating that criminal history and motivation could be related (Higley et al., 2019). Criminal history could also be involved in the formation of TA. The number of prior offenses could actually impact how the therapist perceives the client and sees him as a good fit in the program (Ross et al., 2008). A study conducted with adolescents noted that previous offenses were negatively related to the quality of TA (Simpson et al., 2013). However, an important distinction must be made between different types of prior offenses to better understand their implication in a patient's behaviour during treatment. In fact, Larochelle et al.'s (2011) meta-analysis revealed that violent criminal

history was a better predictor of treatment non-completion than sexual and general previous crimes.

Cognitive distortions are defined as faulty or inaccurate thinking, perception, or beliefs (VandenBos, 2015). Among people who have committed sexual offenses, these beliefs and attitudes violate commonly accepted norms of rationality and contribute to the onset and maintenance of sexual offending (Ó Ciardha & Ward, 2013). Common cognitive distortions among this population includes considering they have special permission to sexually offend or that the absence of physical resistance equals consent (Abel et al., 1984; Thakker et al., 2007). As opposed to criminal history, cognitive distortions are a dynamic factor, meaning they can be modified through intervention (Mann et al., 2010). As a result, they often constitute treatment targets in treatment programs for people who committed sexual offenses (Ward et al., 1997). Previous research has reported that the presence of cognitive distortions among people participating in a treatment program after committing sexual offense could mean that they face more difficulties while progressing through treatment (Marshall et al., 2009; Olver et al., 2011). Cognitive distortions also seem to impact motivation and treatment responsivity among people who violently offended (Chambers et al., 2008; Hubbard & Pealer, 2009). Finally, it was reported that some attitudes and systems of beliefs among people with psychopathic traits complicated the creation of an emotional bond with their therapist while taking part in a treatment program, indicating that cognitive distortions may have an impact on TA (Olver & Wong, 2011; Walton et al., 2018).

Since most therapeutic interventions for people who committed sexual offenses are group programs, a third factor that seems relevant to explore is the social climate. Social climate is a multidimensional construct defined as the material, social, and emotional conditions of a given

unit and the interaction between such features, as perceived by its members (Ajdukovic, 1990; Moos, 1989). Social climate features may include support from the staff and other residents, safety from threats and aggression, and the opportunity to learn new skills (Tonkin, 2016). Social climate has long been considered decisive in the effectiveness of a treatment (World Health Organization, 1953). More recently, a study reported that a more positively perceived social climate among inmates was associated with more satisfaction with the treatment and the perception that the unit is a safe place to live, which could contribute to positive treatment outcomes (Bressington et al., 2011). Conversely, a more negative social climate is linked to more aggressive behaviors toward others that could lead to dropping out or being expelled from a treatment program (Ros et al., 2013). Concerning the relationship with motivation and TA, a study conducted with incarcerated women reported that a more positive social climate was associated with higher motivation levels and better TA (Long et al., 2011).

### **The current study**

Despite promising evidence of being related, criminal history, cognitive distortions, social climate, motivation, and TA are yet to be studied all together at a specific stage of treatment to examine how they interact. Moreover, there remains a need for empirical examination of these factors and the interaction between them in specific offender population subgroups, such as sexual offenders, or more specifically, people who have committed child sexual abuse (CSA) offenses. Characteristics specific to people who have committed CSA, such as poor social skills, poor self-confidence, or low self-esteem, could impact factors like social climate, motivation, and TA (Robertiello & Terry, 2007). Similarly, Abel et al. (1989) reported that their sample of people having committed CSA displayed different cognitive distortions than people who had sexually offended against adults. In the attempt to fill the gaps presented so far, the current study will

1) describe how criminal history, cognitive distortions, social climate, motivation, and TA manifest themselves at an early stage among a group of people who had committed CSA taking part in a treatment program in forensic settings, 2) validate whether motivation and TA predict treatment outcome, and finally, 3) investigate the relationships between criminal history, cognitive distortions, social climate, motivation, and TA among people who have committed CSA.

## **Method**

### **Sample**

Participants were identified from a database of perpetrators of sexual offenses assessed at a reception centre and incarcerated across nine correctional institutions in Quebec, Canada, between 2003 to 2008. Five criteria were used for inclusion in the present study. First, only male participants were included. Second, an official criminal record relating to at least one sexual offense was required. Third, the sexual offense had to involve physical contact with the victim. Fourth, only people incarcerated for sexual offense against a person fourteen years of age or younger were included. The age of fourteen was chosen as a cut-off to exclude postpubescent adolescents (Blanchard et al., 2009). Participants who had offended against both adults and children were excluded. Finally, all participants needed to have been referred to and at least have completed pre-treatment assessments for a sexual offending behaviour treatment program. Programs differed from four to twelve months depending on the institution. All programs were built around the principles of the Relapse Prevention model and were based on the cognitive behavioural approach although some also incorporated other components (e.g. systemic, psychodynamic; Pithers, 1983). In total, 223 men who committed CSA were included in the study. The mean age of the sample at the beginning of the program was 47 years ( $SD = 11,8$ ;

Range = 19-76). The majority of the sample was white Quebecois, but the ethnicity of some participants was not available. Most participants were single and had a high school diploma.

## **Procedure**

The present study used data that were collected using the Questionnaire informatisé sur les délinquants sexuels (QIDS) [Computerized Questionnaire for Sexual Offenders], which was a research protocol for coding semi-structured interview data, and psychometric assessments that were completed prior to and during treatment (St -Yves et al., 1994). The QIDS collects information about the participant's sexual, criminal, legal, educational, work, family, and marital history. It also includes a section on the precrime, criminal event (including victim characteristics) and postcrime period relating to the offense leading to the current incarceration. The psychometric assessment consisted of several measures relating to lifestyle habits, personal beliefs as well as the psychological state (presence of mental disorders and psychiatric symptoms) of the participant.

Four weeks after completing the QIDS and beginning the program, data relating to organizational characteristics of the treatment such as the expected duration of the program, the approach used, participant's motivation for change and TA with therapist were collected. In the event that the program was not completed, the premature end date as well as the reason for non-completion were entered in the participant's file. Certain questionnaires taken during the pre-treatment assessment were also completed periodically throughout the program in order to observe the evolution of the participant's psychological state and beliefs through the completion of the program.

## **Measures**

### ***Criminal history***

Criminal history was operationalised as the total number of official sentences appearing on the participant's criminal record for prior sexual offense, prior violent offense, and finally prior general offense at a juvenile and adult age.

### ***Abel and Becker Cognitions Scale (ABCS; Abel et al., 1989).***

Cognitive distortions were assessed using a French version of the ABCS. This 26-item self-report questionnaire measures the presence of cognitive distortions in perpetrators of child sex offenses using a Likert scale ranging from 1 (strongly agree with the statement) to 5 (strongly disagree) and produces a score between 26 and 130. A lower score on the questionnaire indicates a greater presence of cognitive distortions. The French version of the ABCS has a strong internal consistency with a Cronbach alpha of 0.93 (Hanson et al., 1998).

### ***Correctional Institutions Environment Scale (CIES; Moos, 1974)***

Social climate was assessed using a French version of the CIES (Ménard, 1976). This 90-item self-report questionnaire measures the resident's perception of the social climate inside prisons using True/False items and produces a score between 0 and 90. A higher score on this questionnaire indicates a better perceived social climate by the participant. The CIES is divided into nine subscales each consisting of ten items: Involvement, Support, Autonomy, Expressiveness, Personal Problem Orientation, Practical Orientation, Program Clarity, Order and Organization, and Staff Control. Literature reports KR-20 coefficients ranging from 0.54 to 0.83 across nine CIES subscales and a Cronbach alpha of 0.82 for the total score (Beazley & Gudjonsson, 2011; Tonkin, 2016).

***University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICAS; McConnaughy et al., 1983).***

Motivation for change was assessed using a French version of the URICAS. This 32-item self-report questionnaire measures motivation for change during treatment using a Likert scale ranging from 1 (strongly disagree with the statement) to 5 (strongly agree) and is divided into four subscales each consisting of eight items. Each subscale refers to one of the four stages of the stages of change model: pre-contemplation, contemplation, action, and maintenance (McConnaughy et al., 1983; Prochaska & Norcross, 2001). The URICAS total score is calculated as follow: items from each subscale are first summed and divided 7 to get the mean for each subscale. Mean scores from contemplation, action, and maintenance subscales are then summed and the precontemplation subscale score is subtracted from the result ( $C + A + M - PC = \text{Total}$ ). The URICAS produces a score between -2 and 14. A lower score on this questionnaire indicates lower motivation to change. The URICAS The four URICAS subscales have moderate to high internal consistency (Cronbach's alphas between 0.69 and 0.89; DiClemente & Hughes, 1990; McConnaughy et al., 1983; Pantalon et al., 2002).

***California Psychotherapy Alliance Scale (CALPAS; Gaston & Marmar, 1993).***

TA was assessed using a French version of the CALPAS. This 24-item self-report questionnaire evaluates the TA between the patient and his therapist using a Likert scale ranging from 1 (not at all) to 7 (very much so) and produces a score between 24 and 168. A higher score on the questionnaire indicates better TA between the participant and his therapist. The CALPAS is divided into four subscales each containing six items: patient working capacity, patient commitment, working strategy consensus, and therapist understanding and involvement. These dimensions of the TA emerged from the work of Freud (1937; 1958), Rogers (1957), Bordin (1979) and Sterba (1934) on the subject. Previous studies using the CALPAS reported Cronbach

alphas between 0.43 and 0.77 for the subscales and between 0.83 and 0.89 for the total score (Delsignore et al., 2014; Gaston, 1991).

### ***Treatment outcome***

Treatment outcome was operationalised dichotomously using participant's program status: Completion was defined to mean that the participant attended the entire program, meaning that they needed to have reached the end of the program, even if a number of sessions were missed; non-completion included voluntary drop-out and exclusion due to disruptive behaviour or similar concerns.

### **Analytical Strategy**

Descriptive statistics were first completed in order to know central tendencies and dispersions of measures and to check whether the distributions respected the assumptions underlying inferential statistics. Next, the hypothesis that motivation and TA would predict treatment outcome (completion vs non-completion) was tested using a logistic regression model. Finally, the relationships between the independent variables (criminal history, cognitive distortions, and social climate), motivation, and TA were examined using bivariate correlations and multiple linear regression models.

## **Results**

Descriptive statistics are shown in Table 1. For the majority of participants, this was a first sexual offense leading them to a correctional facility. Most of them had also never committed violent or general offenses. Scores on the ABCS suggested the presence of a low degree of cognitive distortions among participants.



**Table 1**

*Offending history, cognitive distortions (ABCS score), perceived institutional social climate (CIES score), motivation (URICAS score) and therapeutic alliance (CALPAS score) among men participating in sexual offending treatment programs in Quebec*

<b>Variable</b>	<b><i>M</i></b>	<b><i>SD</i></b>	<b>Range</b>
Number of prior sexual offenses	0.54	1.42	0-14
Number of prior violent offenses	0.22	0.62	0-4
Number of prior general offenses	1.12	2.20	0-11
ABCS score	115.59	13.56	61-130
CIES score	69.82	8.73	42-85
URICAS score	11.27	1.49	6-14
CALPAS score	144.35	16.74	88-168

CIES scores on their side were in the high range for most subscales, especially for Order and organization and Clarity. Finally, URICAS and CALPAS scores revealed generally positive motivation and that a good TA was being established from the outset of the program.

## Relationships between motivation to change, therapeutic alliance, and treatment outcome

At the end of the program, 73% of participants completed the treatment, and 27% either dropped out or got expelled. A logistic regression analysis was conducted to assess the impact of motivation to change (URICAS score) and TA (CALPAS score) on the likelihood that participants would complete treatment (Table 2).

**Table 2.**

*Binomial logistic regression model of antecedent factors for treatment outcome: program completion vs program non-completion*

Variables	Odds	95% C.I. for Odds Ratio	
	Ratio	Lower	Upper
URICAS score	.80	0.522	1.234
CALPAS score	1.01	0.975	1.045

*Note:*  $R^2 = .01$  (Cox & Snell),  $.02$  (Nagelkerke). Model  $\chi^2 = 1.120$ ,  $p = .571$

\* $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$

The model contained two independent variables: URICAS total score and CALPAS total score. The full model containing both predictors was statistically nonsignificant,  $\chi^2 (2, N = 130) = 1.120$ ,  $p = .571$  indicating that overall, the model was not able to reliably distinguish between participants who completed or did not complete treatment. The model as a whole explained between 1% (Cox and Snell R square) and 2% (Nagelkerke R squared) of the variance in program status, even though correctly classifying 88.5% of cases. As shown in Table 5, none of the independent variables made a statistically significant contribution to the model.

### Relationship between covariables and motivation to change

The relationship between criminal history (prior, sexual, violent, and general offenses), cognitive distortions (ABCS score), social climate (CIES scores) and motivation to change (URICAS scores) were examined using Pearson and Spearman correlations, depending on whether variables were following a normal distribution or not (Table 3).

**Table 3.**

*Pearson and Spearman Correlations between criminal history (number of prior offenses), cognitive distortions (ABCS score), social climate (CIES score), motivation to change (URICAS score)*

Variables	Precontemplation	Contemplation	Action	Maintain	Total
Number of prior sexual offenses <sup>1</sup>	-.076	-.009	.166*	.255**	.258**
Number of prior violent offenses <sup>1</sup>	-.021	.061	-.018	-.054	-.032
Number of prior general offenses <sup>1</sup>	.012	-.023	-.074	-.102	-.095
ABCS score	-.421***	.065	.054	.030	.226*
CIES					
Total score	-.277**	.207*	.202*	.039	.261**
Involvement	-.150	.089	.151	.116	.186*
Support	-.336***	.307***	.147	.137	.365***
Expressiveness	-.266**	.178*	.223**	-.034	.209*

Autonomy	-.306***	.137	-.005	.013	.186*
Practical orientation	-.202*	.208*	.137	.027	.174*
Personal problem orientation	-.224**	.121	.224**	.102	.255**
Order and organization	-.153	.105	.068	-.146	.090
Clarity	-.296***	.104	.079	.152	.272**
Staff control	.323**	-.046	.013	-.020	-.146

---

*Note.* \*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$ ; \*\*\*  $p < 0.001$ ; sample size between 119 and 144

<sup>1.</sup> Spearman coefficients were used for these analyses

There was a small, positive relationship between prior sexual offenses and the Action subscale of the URICAS,  $r_s = .17$ ,  $n = 142$ ,  $p = .048$ . There were also moderate, positive relationships between prior sexual offenses and the Maintain subscale,  $r_s = .26$ ,  $n = 143$ ,  $p = .002$ , and the URICAS total score,  $r_s = .26$ ,  $n = 136$ ,  $p = .002$ . No significant relationship was detected between the other two types of prior offenses and the URICAS. There was a moderate, negative relationship between the ABCS score and the Precontemplation subscale,  $r = -.42$ ,  $n = 127$ ,  $p < .001$ . There was also a small, positive relationship between the ABCS score and the URICAS total score,  $r = -.27$ ,  $n = 119$ ,  $p = .013$ . There was a small, negative relationship between the CIES total score and the Precontemplation subscale,  $r = -.28$ ,  $n = 137$ ,  $p = .001$ . There were also small, positive relationships between CIES total score and the Contemplation subscale,  $r = .21$ ,  $n = 138$ ,  $p = .015$ , the Action subscale,  $r = .20$ ,  $n = 137$ ,  $p = .018$ , and the URICAS total score,  $r = .26$ ,  $n = 131$ ,  $p = .003$ . URICAS total score was also positively correlated at a small degree with the Involvement,  $r = .18$ ,  $n = 131$ ,  $p = .034$ , Expressiveness,

$r = .21, n = 133, p = .016$ , Autonomy,  $r = .19, n = 132, p = .032$ , Practical orientation,  $r = .17, n = 132, p = .046$ , Personal problem orientation,  $r = .26, n = 133, p = .003$ , and Clarity subscales,  $r = .27, n = 131, p = .002$ . Lastly, there was a moderate, positive relationship between the Support subscale and the URICAS total score,  $r = .37, n = 132, p < .001$ .

### **Relationship between covariates and therapeutic alliance**

The relationships between criminal history (prior sexual, violent, and general offenses), cognitive distortions (ABCS score), social climate (CIES scores), and TA (CALPAS scores) were examined using Pearson and Spearman correlations (Table 4).

**Table 4.**

*Pearson and Spearman correlations between criminal history (number of prior offenses), cognitive distortions (ABCS score), social climate (CIES Total score and subscales), motivation to change (URICAS Total score and subscales) and therapeutic alliance (CALPAS Total score and subscales)*

<b>Variables</b>	<b>Patient working capacity</b>	<b>Patient commitment</b>	<b>Working strategy consensus</b>	<b>Therapist understanding and involvement</b>	<b>Total</b>
Number of prior sexual offenses <sup>1</sup>	.042	.015	.061	.037	.112
Number of prior violent offenses <sup>1</sup>	-.011	-.037	.055	.136	.011
Number of prior general offenses <sup>1</sup>	.061	.032	.036	.048	.042

ABCS score	.344***	.327***	.206*	.171	.343***
CIES					
Total score	.174*	.373***	.486***	.429***	.394***
Involvement	.092	.233**	.321***	.395***	.247**
Support	.085	.317***	.418***	.356***	.326***
Expressiveness	.320***	.453***	.522***	.454***	.487***
Autonomy	.082	.122	.243**	.220**	.202*
Practical orientation	.111	.233**	.312***	.301***	.261**
Personal problem orientation	.155	.326***	.333***	.197*	.275**
Order and organization	.182	.287**	.392***	.384***	.327***
Clarity	.131	.250**	.215*	.194*	.237**
Staff control	-.278**	-.235**	.150	-.138	-.266**
URICAS					
Total score	.131	.324***	.392***	.281**	.310***
Precontemplation	-.301***	-.439***	.381***	-.282***	-.407***
Contemplation	.127	.258**	.363***	.306***	.260**
Action	.204*	.358***	.425***	.475***	.407***
Maintain	-.111	.007	.052	.043	.012

---

*Note.* \*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$ ; \*\*\*  $p < 0.001$ ; sample size between 122 and 152

<sup>1</sup>. Spearman coefficients were used for these analyses

No significant relationship was found between the three types of prior offenses and CALPAS scores. There were moderate, positive relationships between ABCS score and Patient working capacity,  $r = .34$ ,  $n = 128$ ,  $p < .001$ , and Patient commitment subscales,  $r = .33$ ,  $n = 128$ ,  $p < .001$ . There was also a small, positive relationship between ABCS score and Working strategy consensus subscale,  $r = .21$ ,  $n = 125$ ,  $p = .021$ . At last, ABCS score was positively related at a moderate level to the CALPAS total score,  $r = .34$ ,  $n = 122$ ,  $p < .001$ . There was a small, positive relationship between the CIES total score and the Patient working capacity subscale,  $r = .17$ ,  $n = 138$ ,  $p = .042$ . There were moderate, positive relationships between the CIES total score and the Patient commitment,  $r = .37$ ,  $n = 139$ ,  $p < .001$ , the Working strategy consensus,  $r = .49$ ,  $n = 137$ ,  $p < .001$ , and the Therapist understanding and involvement subscales,  $r = .43$ ,  $n = 139$ ,  $p < .001$ . A moderate, positive relationship was also found between the CIES and the CALPAS total scores,  $r = .39$ ,  $n = 133$ ,  $p < .001$ . Small, positive relationships were found between CALPAS total score and the Involvement,  $r = .25$ ,  $n = 133$ ,  $p = .004$ , Autonomy,  $r = .20$ ,  $n = 135$ ,  $p = .019$ , Practical orientation,  $r = .26$ ,  $n = 135$ ,  $p = .002$ , Personal problem orientation,  $r = .28$ ,  $n = 136$ ,  $p = .001$ , and Clarity subscales,  $r = .24$ ,  $n = 134$ ,  $p = .006$ . There were moderate, positive relationships between the CALPAS total score and the Support,  $r = .33$ ,  $n = 135$ ,  $p < .001$ , Expressiveness,  $r = .49$ ,  $n = 136$ ,  $p < .001$ , and Order and organization subscales,  $r = .33$ ,  $n = 135$ ,  $p < .001$ . Finally, there was a small, negative relationship between the Control subscale and the CALPAS total score,  $r = -.27$ ,  $n = 135$ ,  $p = .002$ .

### **Relationship between motivation to change and therapeutic alliance**

The relationship between motivation to change (URICAS scores) and TA (CALPAS scores) was also examined using Pearson correlation (Table 4). A moderate, positive relationship

was found between the two total scores,  $r = .31, n = 135, p < .001$ . There was also a moderate, positive relationship between the URICAS total score and the Patient commitment,  $r = .32, n = 142, p < .001$ , and the Working strategy consensus subscales,  $r = .39, n = 138, p < .001$ . The URICAS total score was positively related at a small level to the Therapist understanding and involvement subscale,  $r = .28, n = 141, p = .001$ . For its part, the CALPAS total score was positively related at a small level to the Contemplation subscale,  $r = .26, n = 144, p = .002$ , and at a moderate level to the Action subscale,  $r = .41, n = 143, p < .001$ . Finally, there was a moderate, negative relationship between the CALPAS total score and the Precontemplation subscale,  $r = -.41, n = 144, p < .001$ .

### **Multiple linear regressions between covariates, motivation to change and therapeutic alliance**

Significant relationships reported in the last section between covariates, motivation to change and TA were further examined using multiple linear regression analyses (Table 5).

**Table 5.**

*Multiple regressions of covariates and their association with motivation to change (URICAS score) and therapeutic alliance (CALPAS score)*

Covariates	URICAS			CALPAS		
	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>Sig.</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>Sig.</i>
Number of prior sexual offenses	.134	1.529	.129	-	-	-
ABCS score	.198	2.246	.027*	.265	3.234	.002**



CIES score	.251	2.839	.005**	.318	3.838	<.001***
URICAS score	-	-	-	.167	1.977	.050*

---

The first multiple regression model included prior sexual offenses, cognitive distortions (ABCS total score), and social climate (CIES total score) as predictors of motivation to change (URICAS total score). A significant regression equation was found,  $F(3, 115) = 5.42, p = .002, R^2 = .124$ , and predictors were individually examined. Prior sexual offenses did not significantly predict the URICAS score,  $t = 1.53, p = .129$ . ABCS score however did significantly predict the URICAS score,  $t = 2.25, p = .017$ . CIES total score also significantly predicted the URICAS score,  $t = 2.84, p = .005$ . The second multiple regression model assessed whether cognitive distortions (ABCS total score), social climate (CIES total score), and motivation to change (URICAS total score) predicted TA (CALPAS). A significant regression equation was found,  $F(3, 115) = 14.04, p = .002, R^2 = .268$ , and predictors were individually examined. ABCS total score significantly predicted the CALPAS total score,  $t = 3.23, p = .002$ . CIES total score also significantly predicted the CALPAS total score,  $t = 3.84, p < .001$ . At last, URICAS total score significantly predicted the CALPAS total score,  $t = 1.98, p = .050$ .

### **Discussion**

The first objective of this study was to describe the criminal history, cognitive distortions, perceived social climate, motivation to change, and therapeutic alliance (TA) among a group of men incarcerated after committing child sexual abuse (CSA) and taking part in a treatment program to reduce risk of reoffending. The vast majority of participants were at their first offense, meaning that they were taking part in a treatment program of any kind for the first time. Overall,

participants in the group had few cognitive distortions before starting the program, suggesting that most of them admitted their crime and acknowledged their responsibility for it until a certain point. Tierney et al. (2001b) reported similar results in a study conducted with various types of offenders. People who committed CSA had an average ABCS score of 118.1 (SD = 18.4). The majority of participants perceived positively the social climate in which they live with other residents and the staff. They found that the rules were clear and that order was important to the staff and other residents. This result stands out from other results assessing social climate at an early stage of treatment. For instance, in a study conducted with adult male offenders, authors reported average CIES scores of 23, indicating that participants in this study perceived their social climate far more negatively (Waters & Megathlin, 2002). Participants were overall motivated and scored the highest on the contemplation and action subscales, indicating they were aware of their problems and were either considering or taking the initiative to change. Martinez-Catena et al. (2017) observed lower levels of motivation in their study conducted with rapists and child sex offenders, the latter scoring on average 9.46 (SD = 2.31) on the URICAS. Participants also had a good TA with their therapist. They perceived especially they agreed with their therapist regarding the strategies to achieve their goals and that the latter was empathic, understood their difficulties, and participated actively in therapy. This result contrasts with previous results in the literature. In their study conducted with 146 patients having major depressive disorder, Kushner et al. (2016) reported a mean CALPAS score of 71.96 (SD = 7.93) for the sample at an early stage of treatment. Finally, almost three-quarters of participants successfully completed treatment. Since treatment completion rates among people who offended sexually vary a lot from a study to another, this percentage is consistent with the literature (Laroche et al., 2011).

The second objective was to validate whether motivation and TA predicted treatment outcomes among participants. Logistic regression analysis showed that participants' level of motivation and the quality of alliance with their therapist did not affect treatment outcome. These results differ from previous studies reporting good evidence of these factors to be related to treatment outcome (Howells et al., 2005; Marshall et al., 2003; Olver & Wong, 2011; Rothman, 2007; Simourd & Olver, 2011). Nonetheless, even if completing a treatment program decreases the risk of reoffending, this risk is not zero and some former inmates still re-offend after completing treatment (Hanson & Bussières, 1997). With this in mind, participants who were less motivated and who did not maintain a good relationship with their therapist may not have benefited from the treatment as much.

The last objective of this study was to identify what factors predict motivation to change and TA at an early stage of treatment. In the first place, participants who displayed greater motivation also had a better TA with their therapist. On the contrary, people who scored high on the precontemplation subscale, meaning they were not at a stage to seriously consider change in the foreseeable future, had weaker TA with their therapist. Participants' motivation had an impact on their commitment and attitudes towards treatment. This result is consistent with literature reporting motivation as a determinant of engagement in treatment (Holdsworth et al., 2014). Secondly, contrary to previous research, people who committed more sexual offenses reported higher levels of motivation to change (Higley et al., 2019). Since incarceration followed their offense, there is a chance that they already had taken part in a treatment program before the current offense. Although being incarcerated may impact mental health, good practices like motivational interviewing during treatment may have ended up increasing motivation (Jeglic et al., 2013). Similarly, multiple experiences in forensic settings could lead to extrinsic motivation

to avoid being incarcerated again (Tewksbury et al., 2012). Another possible explanation relates to the age of participants. Previous studies report that the risk of reoffending reduces when getting older (Helmus et al., 2012; Sampson & Laub, 2003). Therefore, while having a more extensive criminal history because of their age, older participants could have at the same time a lower risk of reoffending which is reflected notably in a higher motivation to change. Criminal history however did not influence TA. From the participants' point of view, we can assume they did not feel the relationship with their therapist was affected by the number or severity of previous offenses. The approach used by therapists could explain this finding. Approaches to treatment with people who committed sexual offenses have changed considerably over the last decades. Until the 1990s, therapists were taught to be confrontational and to induce guilt within individuals convicted for CSA (Kear-Colwell & Pollock, 1997). More recently, studies have found that therapist features such as empathy, warmth, respect, and being rewarding have positive effects on patients. As a result, approaches based on these features are used commonly nowadays with people having committed CSA in treatment (Marshall et al., 2003; Serran et al., 2003).

Cognitive distortions predicted motivation to change accurately but accounted for a small percentage of the variance. Participants who had more cognitive distortions scored higher on the precontemplation subscale and had overall lower scores on the URICAS total score. These results are coherent with the literature (Chambers et al., 2008). Since people who have committed CSA with cognitive distortions can minimize or even deny the responsibility of their crime and may believe sex between adults and children is beneficial and educative for the child, it makes sense that they have little motivation to change (Nunes & Jung, 2013). Cognitive distortions also affected participants' alliance with their therapist, although it also accounted for a low percentage

of the variance. Those who reported more cognitive distortions were not as committed to going through treatment and had less ability to work actively in treatment than their peers, two components closely related to motivation. From a therapist's perspective, previous research also highlighted the difficulties encountered for professionals working with some people who committed a sexual offense in part due to their distorted beliefs and attitudes (Craig, 2005; Dean et al., 2007).

Participants who perceived social climate more positively when starting treatment were significantly more motivated to change their behaviour. It was especially the case for those who knew what to expect in a day-to-day routine, felt more supported by staff and fellow inmates, and were encouraged to be concerned with their problems. These findings indicate the importance for inmates to feel safe and accepted by others when starting treatment to have the motivation to change. On this subject, it has been reported in previous studies that the level of security, responsiveness, and support from staff were relevant to motivation and engagement in forensic settings (Hodge & Renwick, 2002; Van der Helm et al., 2018). Social climate had an even higher impact on TA. Participants who had a more positive perception of social climate hence had a higher degree of agreement with their therapist about how the treatment should proceed and felt the therapist was more involved and empathic towards their suffering. The findings also suggest that feeling encouraged to express feelings is a preliminary step for inmates to develop an alliance with their therapist. Overall, these results are in line with previous studies showing the influence of social climate on TA (Johansson & Eklund, 2004; Long et al., 2011; Serran et al., 2003).

## **Limitations**

In order to obtain a sample that would be representative of the population of men having committed CSA in treatment in Quebec, institutional treatment centres and also external clinics were selected from different regions of Quebec. While this sampling strategy had its benefits, there were inevitably some differences in the treatment programs that participants attended. Although all programs had commonalities, importantly, all having the same theoretical underpinnings and all being based primarily on the cognitive-behavioural approach, treatment duration and staff (including therapists) were not the same for all participants and this may have played a role in social climate, motivation, and TA. On the other hand, this variation also means current findings may apply to different treatment settings and environments. Generalizability is, however, limited to incarcerated men who committed similar offenses. In addition, there were often a few missing data across all analyses. Since incarcerated people constitute a small proportion of the population and marginalized people are harder to recruit and retain, it is common in forensic psychology to encounter missing data (Bixi et al., 2021; Patel et al., 2017). As a result, it may impact the size of the sample as was the case for logistic regression analysis in this study (Pedersen et al., 2021). When antecedent factors were put in relation to treatment outcome in the logistic regression model, there were several missing data, and the sample was reduced to 130 participants. At this point, 15 people were included in the non-completion group, representing 12% of the sample. Such a small number of people is not enough to detect difference with a much bigger group, in this case, participants who completed the program. Finally, since relationships found between variables are correlational, the hypothesis that motivation to change and TA may have had an influence on the three factors under study, notably cognitive distortions, cannot be excluded.

## **Conclusion**

To conclude, this study provides new knowledge on how criminal history, cognitive distortions, perceived social climate, motivation to change, and TA interact among men who have committed CSA when starting treatment. Relationships between the variables help to understand what predicts motivation to change and TA at the beginning of treatment. Future research should investigate how these interactions evolve through multiple steps of treatment and explore the possibility of mutual influences between variables. For example, a recent study conducted by Roest and colleagues (2016) reported that TA after three and six months predicted levels of motivation after six and nine months, respectively. In the clinical field, findings highlight the importance of including reduction of cognitive distortions among treatment targets not only because of their criminogenic significance but also because they may interfere with treatment compliance and the individual's capacity to work on other criminogenic needs. In addition, the present study illustrates the relevance of promoting a positive social climate in forensic settings.

## **Funding Details**

N/A.

## **Disclosure Statement**

The authors report there are no competing interests to declare.

### Chapitre 3 : Discussion générale

La présente étude avait comme but initial de se pencher sur deux facteurs de la réceptivité au sein d'un groupe d'individus participant à un programme de traitement après avoir été incarcérés pour agression sexuelle envers un enfant (ASE) : la motivation au changement du détenu et l'alliance thérapeutique (AT) qu'il entretenait avec son thérapeute. Pour ce faire, ces deux facteurs ont tout d'abord été mis en relation avec l'issue du programme (achèvement ou attrition). Ensuite, des analyses de corrélations et de régressions linéaires ont été effectuées entre la motivation, l'AT et trois facteurs (historique criminel, distorsions cognitives et climat social) afin d'investiguer comment se formaient la motivation et l'AT en début de traitement. L'ambition derrière ces manipulations était d'en arriver à faire le pont entre ces trois facteurs et l'achèvement de programme en validant le rôle médiateur ou modérateur que jouent la motivation et l'AT dans ces relations. En raison des résultats préliminaires obtenus, cet objectif n'a pu être atteint. En effet, lors des analyses de régression logistique cherchant à valider le rôle prédictif de la motivation et l'AT sur l'issue du traitement, ni la motivation ni l'AT ne se sont avérées prédire l'issue du traitement de façon significative. Dans un même ordre d'idées, le modèle de régression logistique utilisé pour ces analyses n'était pas significatif non plus, rendant ainsi la conception d'un modèle plus complexe incluant les trois autres facteurs à l'étude inutile. Comme énoncé dans l'article, ces résultats peuvent entre autres s'expliquer par le faible nombre de participants n'ayant pas complété le programme retenus pour les analyses de régression logistique (12 % de l'échantillon). Cette proportion n'est pas surprenante considérant le paradoxe auquel sont confrontés certains devis de recherche s'intéressant aux facteurs liés à l'attrition, soit celui de devoir collecter des informations sur des participants qui, en raison d'abandon prématuré ou de renvoi, sont exclus du programme de traitement et du même coup de l'étude. C'est pourquoi dès



le premier temps de mesure ayant eu lieu un mois après le début du traitement, le nombre de participants à l'étude n'ayant pas complété le traitement a considérablement diminué, rendant leur point de vue sur le climat social dans le groupe de traitement, l'alliance thérapeutique qu'ils avaient avec leur intervenant ou encore leur motivation au changement impossible à recueillir. Bien que cela ait limité la validité de certaines analyses, cet enjeu rencontré au cours de l'étude révèle néanmoins un point important justifiant sa pertinence : un grand nombre de participants ayant été renvoyés ou ayant abandonné le programme l'ont fait dans les premières semaines de traitement. Par conséquent, il semble que le premier mois de participation au programme ait été déterminant chez les détenus quant à leur adhésion au traitement.

Outre cette limite, la plupart des résultats de l'étude demeurent significatifs et contribuent à l'avancement des connaissances dans le domaine de la psychologie légale. Il mérite donc de s'y attarder dans cette section, à commencer par la relation entre les deux principales variables d'intérêt de l'étude, soit la motivation au changement et l'AT. De manière générale, les participants à un stade plus avancé de la motivation, soit celui d'envisager un changement comportemental ou de passer à l'action, ont bénéficié d'une meilleure AT avec leur thérapeute. Cela est cohérent avec plusieurs études antérieures rapportant une corrélation positive entre ces deux facteurs (Kozar & Day, 2012; Meier et al., 2005; Roest et al., 2016; Taft et al., 2004). Cette relation a été particulièrement significative sur le plan de l'engagement du détenu au traitement et du consensus entre ce dernier et son thérapeute quant aux stratégies de travail à employer pour induire un changement comportemental. Ces résultats concordent avec une méta-analyse qui, après avoir examiné 47 études se penchant sur l'engagement à un traitement chez des individus auteurs de gestes délinquants, a rapporté que la motivation constituait un des facteurs déterminants de l'engagement à un programme de traitement (Holdsworth et al., 2014). Les participants plus

motivés se sont également sentis mieux compris par leur thérapeute et ont perçu que ce dernier était davantage impliqué dans la relation thérapeutique. Ce résultat abonde dans le même sens que ceux de Bachelor et ses collègues (2007). Dans leur étude, les auteurs ont divisé des clients prenant part à une thérapie en trois catégories renvoyant à leur mode de collaboration avec le thérapeute: actif, mutuel et dépendant. Or, il a été observé que les clients catégorisés comme actifs dans leur processus de changement étaient plus satisfaits de l'implication de leur thérapeute dans la relation (Bachelor et al., 2007). Enfin, le niveau de motivation des participants n'a pas eu d'impact sur leurs capacités de travail, suggérant que la motivation affecte davantage l'engagement et l'implication du détenu dans un traitement que ses capacités à travailler activement sur sa situation.

Penchons-nous maintenant vers les résultats impliquant les trois facteurs favorisant la motivation au changement et l'AT chez les individus ayant commis une ASE. La première variable à l'étude était l'historique criminel, facteur statique du risque de récidive chez les gens auteurs d'un geste délinquant. L'historique criminel a été opérationnalisé sous la forme du nombre d'incarcérations totales pour des crimes de natures sexuelles, violentes ou non-violentes antérieures à la présente incarcération. Les analyses statistiques effectuées ont montré que seules les incarcérations antérieures relatives à un crime sexuel étaient corrélées avec la motivation. Contrairement aux résultats observés dans une étude antérieure, il semble que les participants ayant fait l'objet d'un plus grand nombre d'incarcérations étaient davantage motivés à entreprendre un changement comportemental que leurs collègues (Higley et al., 2019). En premier lieu, il importe de rappeler que les trois variables liées à l'historique criminel ne respectaient pas les postulats de normalité. En effet, comme la plupart des participants en étaient à leur première incarcération, les distributions présentaient toutes une asymétrie positive. Les

résultats obtenus à l'aide des analyses de corrélations non-paramétriques doivent donc être interprétés avec prudence. Il n'en demeure pas moins pertinent pour la recherche future de suggérer certaines explications quant aux résultats obtenus. Tel qu'abordé dans l'article, un plus grand nombre d'incarcérations antérieures à la suite d'un crime de nature sexuelle se traduit souvent par une plus grande expérience en milieu carcéral. À cet effet, il nécessite de rappeler que les conditions de vie en milieu carcéral sont la plupart du temps difficiles pour les détenus. Bien que les politiques de détention soient de plus en plus basées sur la réhabilitation plutôt que la punition ou la coercition au Canada, l'objectif premier des établissements carcéraux demeure encore à ce jour le maintien de l'ordre (Joubert et al., 2014). Ainsi, comme en témoigne le Régime de vie de l'Établissement de détention de Rivière-des-Prairies à titre d'exemple, les conditions de détention des milieux carcéraux au Québec mènent les détenus à un mode de vie souvent stricte, rigide et monotone (MSPQ, 2017). De plus, il peut parfois s'installer dans certains établissements un climat de conflits, d'intimidation ou de violence entre les détenus qui se doivent de respecter certains codes officieux de conduite comme ne pas se mêler des affaires d'autrui ou encore ne pas se lier d'amitié avec aucun employé de l'établissement (Blaauw, 2013; Ricciardelli, 2014). Ajoutons enfin que les individus ayant commis une agression sexuelle sont également plus susceptibles d'être exclus ou de se sentir isolés que leurs codétenus en raison de la nature de leur crime (Ievins & Crewe, 2015; van Den Berg et al., 2018). Pour toutes ces raisons, la vie en milieu carcéral peut s'avérer une expérience négative pour un détenu et affecter sa santé mentale. Des études réalisées auprès de populations incarcérées rapportent notamment des taux élevés d'anxiété, de dépression, de symptômes psychotiques, de toxicomanie, de tentatives de suicide ainsi qu'un moins bon état de santé général comparé au reste de la population (Bensimon et al., 2015; Fazel et al., 2016; Jeglic et al., 2013; Kouyoumdjian et al., 2016). Il est possible qu'une source de motivation extrinsèque à changer de comportement et

ainsi éviter une nouvelle incarcération ait émergé des difficultés rencontrées chez certains participants de la présente étude ayant été incarcérés dans le passé. La motivation extrinsèque se définit comme un type de motivation dont l'incitation à s'engager dans une activité provient de l'extérieur, par exemple la recherche d'une récompense ou l'évitement d'une punition (Locke & Schattke, 2019). La motivation extrinsèque s'oppose au concept de motivation intrinsèque où la source d'incitation provient de l'activité elle-même. Bien que nous ayons fréquemment recours à la motivation extrinsèque dans plusieurs sphères de nos vies, la littérature démontre que la motivation intrinsèque est plus efficace pour induire un changement comportemental à long terme, ce qui est l'objectif chez les individus ayant commis une ASE (Cerasoli et al., 2014; Clanton Harpine, 2015; Flannery, 2017). Il est donc important que les programmes de traitement offerts à cette population sollicitent ce type de motivation pour favoriser un changement durable et irréversible. Sur le plan de la recherche, les prochaines études devraient préconiser des instruments de mesure permettant d'identifier si la source de motivation est intrinsèque ou extrinsèque.

De son côté, l'historique criminel n'a cependant pas été lié à l'AT. Ainsi, les détenus ayant fait l'objet d'une ou plusieurs incarcérations à la suite d'un crime sexuel, violent ou non-violent avant de prendre part au traitement n'ont pas rapporté avoir une moins bonne AT avec leur équipe traitante. L'absence de lien significatif entre ces deux facteurs peut somme toute être vue de manière encourageante. En effet, comme l'historique criminel ne peut pas être modifié par le biais d'une intervention, il est positif qu'une variable s'y rapportant comme le nombre d'incarcérations antérieures d'un détenu n'ait pas d'impact sur différentes composantes de l'AT comme son engagement ou encore ses capacités de travail (Andrews & Bonta, 2010). Du point de vue des thérapeutes, ces résultats laissent croire qu'ils ont su faire abstraction des trajectoires

criminelles empruntées par certains participants dans le passé et que les crimes commis par ces derniers n'ont pas eu d'impact sur leur niveau de compréhension et d'implication dans la relation. Cela est cohérent avec le changement de mandat confié aux thérapeutes dans les dernières décennies où ceux-ci sont appelés à faire preuve d'empathie, de bienveillance, de sensibilité et d'autres comportements bénéfiques à la création ainsi qu'au maintien d'une forte AT (Gendreau, 1996). Néanmoins, afin de confirmer cette éventualité, il serait pertinent que les études à venir recueillent également le point de vue des thérapeutes en ce qui a trait à la qualité de l'AT existant entre eux et les participants à un programme de traitement.

Le deuxième facteur de l'étude ayant été mis en relation avec la motivation au changement et l'AT sont les distorsions cognitives, facteur dynamique du risque de récidive pouvant être modifié et figurant souvent parmi les cibles de traitement d'un programme offert aux individus ayant commis une ASE. Dans l'ensemble, les individus incarcérés affichant plus de distorsions cognitives par rapport à leur geste ou aux ASE en général étaient à un stade moins avancé de la motivation. Cela signifie que ces participants étaient moins motivés que leurs pairs à entreprendre un changement comportemental, ces derniers étant plutôt à l'étape de considérer la possibilité de changer sans qu'il y ait de plan concret pour y parvenir dans un futur proche (Kear-Colwell & Pollock, 1997). Ce stade, celui de la *contemplation* selon le modèle transthéorique du changement, est notamment caractérisé par la minimisation ou le déni du problème par le détenu, dans le cas présent avoir commis une ASE (Tierney & McCabe, 2001b). Il est important de souligner que la minimisation et le déni sont deux concepts très près de celui de distorsion cognitive (Nunes & Jung, 2012). De plus, selon Ó Ciardha et Ward (2013), la fonction principale des distorsions cognitives chez les gens ayant commis une ASE est justement de rationaliser, minimiser ou nier la gravité de leur comportement ou de leur attitude à l'égard des victimes. Il

tombe donc sous le sens que la motivation au changement d'un détenu, qui débute par la reconnaissance du problème, soit affectée par le discours et les croyances qu'il entretient à l'égard de ce même problème, d'autant plus si ce discours est dissonant et fallacieux. Les résultats de la présente étude sont également cohérents avec ceux observés dans la littérature. Tout d'abord, Chambers et ses collègues (2008) ont rapporté dans un article que la présence de différentes distorsions cognitives comme le fait de blâmer les autres pour leurs gestes avaient un impact négatif sur la disposition au traitement d'individus incarcérés après avoir commis un crime violent. Ensuite, une revue systématique a également observé que les distorsions cognitives, les croyances erronées ainsi que les erreurs d'attribution chez les individus ayant commis une ASE étaient liées à une plus faible motivation chez ces derniers (Tierney & McCabe, 2002). Les auteurs de cet article ont également conclu que les distorsions cognitives s'avéraient être un reflet adéquat de la motivation d'un détenu à changer (Tierney & McCabe, 2002). Enfin, dans un chapitre de livre portant sur le développement et l'implantation d'un programme de traitement basé sur la TCC offert à des individus souffrant de toxicomanie, Tobin (2019) a expliqué que la résistance de certains participants à entamer un changement pouvait découler de distorsions cognitives les dissuadant de s'engager. En somme, cibler la réduction des distorsions cognitives chez les individus ayant commis une ASE n'est pas seulement bénéfique pour réduire le risque de récurrence comme établi dans des études antérieures, mais cela contribue également à une plus grande motivation chez les participants dès le début de traitement (Banse et al., 2013; Nunes et al., 2007). Les prochaines études dans le domaine devraient essayer de cibler plus précisément quelles distorsions cognitives jouent un rôle dans la motivation au changement. Bien que l'ABCS possède de bonnes qualités psychométriques, cet instrument de mesure ne catégorise pas les distorsions cognitives énoncées dans chaque item à partir de sous-échelles s'appuyant sur un cadre théorique clair (Abel & Becker, 1989). En

réponse à cette lacune, il serait pertinent de concevoir de nouvelles échelles à partir de théories permettant de répartir les distorsions cognitives en fonction de certains critères. Par exemple, en se basant sur le modèle des théories implicites de Ward (2000), des chercheurs pourraient tenter d'identifier quelles théories parmi les cinq proposées par le modèle (*entitlement, nature of harm, uncontrollability, child as sexual being et dangerous world*) affectent la motivation au changement des individus ayant commis une ASE.

Les distorsions cognitives des détenus ont eu un impact encore plus significatif sur l'AT qu'ils entretenaient avec leur thérapeute. En effet, les participants présentant plus de distorsions dans leur discours et leurs schémas de pensées avaient également une moins bonne AT avec leur thérapeute un mois après le début du traitement. En se penchant de plus près sur les scores aux sous-échelles, on remarque qu'une plus grande présence de distorsions cognitives a surtout affecté l'engagement du participant dans la relation et sa capacité à travailler activement sur ses objectifs pendant le traitement, deux composantes de l'AT se rapprochant de la motivation. Ainsi, dans la même logique que celle justifiant la relation entre distorsions cognitives et motivation au changement, il est sensé d'affirmer que les détenus ayant un discours interne minimisant la gravité de leur crime ou les en déresponsabilisant aient été plus réticents à travailler volontairement sur leurs problématiques. Ainsi, il a également été plus difficile pour les participants ayant plus de distorsions cognitives d'arriver à un consensus avec leur thérapeute quant aux stratégies à employer pour atteindre leurs objectifs de traitement. En revanche, ces derniers n'ont pas perçu que leur thérapeute était moins compréhensif ou moins investi dans la relation thérapeutique. Cela indique qu'en dépit du manque d'engagement de certains détenus et de leurs capacités de travail limitées, les thérapeutes leur étant attirés sont parvenus à s'impliquer et se montrer compréhensifs à leur égard. Il s'agit encore une fois d'un résultat encourageant

puisque plusieurs études ont déjà fait état des difficultés rencontrées par certains professionnels de la santé à travailler avec des individus ayant commis une agression sexuelle, notamment en raison de distorsions cognitives pouvant entraver la formation d'une AT (Craig, 2005; Dean et al., 2007). En sommes, les résultats obtenus sont également cohérents avec la littérature existante sur le sujet. Une étude menée auprès d'individus ayant commis une agression sexuelle par Olver et Wong (2011) a rapporté que l'insensibilité ou le manque d'empathie, deux caractéristiques pouvant se manifester à travers l'expression de certains discours et schémas de pensées dissonants, pouvaient compliquer la création d'un lien émotionnel entre un thérapeute et un patient. Une autre étude plus récente a justifié la relation entre un plus haut risque de récidive et une moins bonne AT par le fait que les détenus ayant un plus haut risque de récidive ont généralement plus de distorsions cognitives (Blasko & Jeglic, 2016). Comme c'est le cas pour la motivation, les futures études dans le domaine devraient tenter d'identifier quelles distorsions cognitives nuisent à la formation d'une forte AT afin d'en faire des cibles de traitement spécifiques.

Le troisième facteur à l'étude dans ce mémoire était la perception des participants quant au climat social pendant leur participation au traitement. Contrairement à l'historique criminel et aux distorsions cognitives qui constituent des facteurs individuels liés au risque de récidive du détenu, le climat social renvoie plutôt à l'environnement de ce dernier tout au long de son incarcération. Bien que peu documenté dans la littérature en raison de l'emphase mise historiquement sur les caractéristiques individuelles des détenus, de plus en plus d'attention est portée aux conditions de traitement en complémentarité aux études antérieures. Dans cette optique, le climat social perçu par les participants après le premier mois de traitement s'est avéré le facteur le plus déterminant de leur motivation au changement en comparaison à leur historique



criminel ou leurs distorsions cognitives. En effet, les participants ayant rapporté un climat social plus positif dans le groupe, ce qui inclut les autres participants au programme et les employés du programme, se considéraient également à un stade plus avancé de la motivation. À l'inverse, les participants plus réticents à entreprendre un changement comportemental ont perçu leur environnement moins favorablement. En examinant les résultats aux différentes sous-échelles, on constate que le soutien reçu chez les participants de la part de leurs codétenus et des employés du programme a été particulièrement déterminant pour leur motivation. Ce résultat abonde dans le même sens que les propos de Tierney et McCabe (2001b) affirmant dans leur revue systématique que la motivation au changement des individus ayant commis une agression sexuelle ne dépendait pas seulement de leurs caractéristiques personnelles, mais également de facteurs externes comme le soutien social reçu. Une seconde dimension du climat social ayant significativement affecté la motivation au changement est l'orientation du traitement sur les problèmes personnels des participants. En effet, les participants à un stade plus avancé de la motivation ont perçu qu'ils étaient plus encouragés à comprendre leurs émotions et à être conscients de leur problème. Cette corrélation concorde avec celle observée entre la présence de distorsions cognitives et la motivation au changement. Les distorsions cognitives ayant notamment comme effet de déresponsabiliser l'individu face à son crime, il est plausible que les détenus présentant plus de distorsions cognitives soient également moins conscients de leur problème et moins portés à se questionner sur leur état émotionnel. À ce sujet, Ward (2004) a affirmé que l'état émotionnel du patient face au crime qu'il a commis était un facteur déterminant de sa disposition au traitement. C'est pourquoi il s'avère crucial que l'environnement dans lequel se trouvent les participants au traitement les encourage à se sentir concernés par leur problème et leurs émotions. Enfin, la sous-échelle se rapportant à la clarté des règles et procédures du programme a également été corrélée à la motivation au changement. Ainsi, les participants de

l'étude sachant davantage à quoi s'attendre dans leur routine quotidienne un mois après le début du traitement étaient de façon générale plus motivés que leurs codétenus à entreprendre un changement comportemental. Ce résultat est cohérent avec ceux présentés dans cette section et avec la littérature. Selon Ross et Auty (2018), un environnement carcéral composé de règlements clairs mène à un sentiment de sécurité chez les détenus permettant l'expression de leurs émotions et leur dévoilement personnel. Ainsi, la perception d'un climat social sécurisant pour les détenus, impliquant des règlements clairs, du soutien et une orientation vers la compréhension de ses problèmes et de ses émotions, sont déterminants pour la motivation au changement des individus incarcérés après avoir commis une ASE. Les études à venir devraient se pencher sur ces dimensions du climat social afin d'examiner plus en profondeur leur rôle dans la motivation au changement d'individus incarcérés après avoir commis une ASE.

Comme ça a été le cas pour la motivation, le climat social perçu par les participants a été le facteur à l'étude contribuant le plus à la qualité de l'AT entre les participants et leur thérapeute. Ainsi, les détenus ayant perçu leur climat social plus positivement après un mois de participation au traitement ont également entretenu une meilleure AT avec leur thérapeute. À l'exception des capacités de travail du participant, des effets modérées ont été observés aux trois autres sous-échelles du CALPAS, soit l'engagement, le consensus quant aux stratégies de travail ainsi que l'implication et la compréhension de l'intervenant. Des résultats similaires ont été observés dans deux études menées auprès de patients évoluant en unités de soins psychiatriques (Johansson & Eklund, 2004; Long et al., 2011). Parmi les caractéristiques du climat social les plus associées à l'AT, on retrouve à nouveau la présence de soutien de la part des employés du programme et entre les participants. Les détenus s'étant décrits comme mieux soutenus ont effectivement entretenu une meilleure AT avec leur thérapeute. Cette corrélation entre soutien et AT a

également été détectée dans une étude menée auprès de patients atteints d'un syndrome de stress post-traumatique où la présence de soutien émotionnel comme stratégie d'adaptation au syndrome a été liée à une meilleure AT (Reynolds et al., 2017). Une seconde caractéristique du climat social qui ressort comme corrélât de l'AT en examinant les résultats obtenus aux sous-échelles est le degré d'expressivité. Les participants ayant ressenti que le programme de traitement les encourageait à exprimer leurs émotions ont aussi rapporté avoir une meilleure AT avec leur intervenant, et ce sur toutes les dimensions abordées dans le CALPAS. Ce résultat concorde avec les propos de Kozar et Day (2012) ainsi que de Youssef (2017) suggérant dans leurs revues systématiques portant sur l'AT chez les individus ayant commis une agression sexuelle que l'expression des émotions dans un groupe s'avère importante pour la formation et le maintien d'une bonne AT. Enfin, une troisième sous-échelle du CIES évaluant le climat social dans le groupe et fortement associé à l'AT des participants est l'importance accordée à l'ordre et l'organisation dans le programme. Cette dimension renvoie à la fois aux initiatives entreprises par les employés du programme pour inciter l'ordre qu'à l'entretien de l'établissement et l'apparence des détenus. De façon générale, les participants ayant perçu qu'une plus grande importance était accordée à l'ordre et à l'organisation ont également jugé avoir une meilleure AT un mois après le début du traitement. Cette observation est cohérente avec la littérature sur le sujet. Une étude menée auprès de patients en institut psychiatrique a également rapporté une forte corrélation ainsi qu'un effet modéré entre cette sous-échelle du CIES et l'AT (Johansson & Eklund, 2004). Dans une logique similaire à celle suggérée pour expliquer la relation entre la clarté des règlements et la motivation, il se pourrait que le maintien de l'ordre et de l'organisation dans milieu carcéral où se déroule le programme crée un sentiment de sécurité chez les participants et soient bénéfiques pour l'AT. Pour valider cette hypothèse, plus d'études réalisées auprès des individus ayant commis une ASE et recueillant le point de vue des employés du programme sont nécessaires.

### **3.1 Limites**

Comme indiqué dans l'article de ce mémoire, la présente étude comporte certaines limites valant la peine d'être mentionnées afin de permettre une interprétation plus juste des résultats et suggérer des pistes d'amélioration pour la recherche future. En plus des limites présentées dans l'article, soulignons le fait que toutes les analyses statistiques ont été effectuées sur des données secondaires collectées entre 2004 et 2008 dans le cadre d'un projet de recherche différent. Bien que les variables à l'étude soient toujours d'actualité et que le traitement des individus ayant commis une ASE demeure à ce jour un enjeu majeur, il se peut que certaines informations, notamment démographiques, ne soient plus représentatives de la réalité d'aujourd'hui. Ensuite, des renseignements plus spécifiques sur les différents traitements auxquels ont pris part les participants de l'étude auraient permis d'en décrire le contenu plus en détail. Dans un même ordre d'idées, la base de données ne contenait aucune information relative au risque de récidive des détenus ayant pris part à l'étude. Or, l'évaluation du risque de récidive est une mesure de plus en plus utilisée dans les études portant sur le traitement des individus ayant commis une agression sexuelle en raison des différences que cette évaluation révèle entre les participants sur le plan clinique (van den Berg et al., 2018). Par après, à l'exception de l'historique criminel et du statut du programme, l'ensemble des données de l'étude ont été recueillies à partir de questionnaire auto-rapportés. Bien que ces instruments aient tous de bonnes qualités psychométriques, il n'en demeure pas moins qu'il s'agit par conséquent d'un point de vue subjectif de la part des participants. La perception des thérapeutes et des employés du programme de traitement permettrait de trianguler les mesures et ainsi ajouter de la validité aux résultats obtenus. Finalement, il apparaît nécessaire de souligner que le devis de la présente étude était transversal. Or, hormis l'historique criminel, tous les facteurs à l'étude sont dynamiques en ce

sens qu'ils fluctuent à travers la participation au programme des détenus. C'est pourquoi il serait avantageux d'avoir recours à des devis longitudinaux dans les études à venir afin de mesurer dans un premier temps l'évolution de ces facteurs périodiquement au fil du traitement. L'utilisation de devis longitudinaux permettrait enfin de valider l'impact d'un facteur donné à un temps de mesure défini sur un autre facteur à un temps de mesure ultérieur. De cette façon, il serait possible d'investiguer la présence de liens de causalité entre les différentes variables, ce qui n'a pu être le cas dans cette étude. C'est pourquoi la possibilité que la motivation au changement et l'AT jouent un rôle sur les distorsions cognitives et la perception du climat social ne peut être écartée.

## Chapitre 4 : Conclusion

En dépit des limites mentionnées plus haut, le présent mémoire fournit de nouvelles connaissances dans le domaine de la psychologie légale et plus particulièrement sur la réceptivité des individus ayant commis une ASE évoluant en milieu carcéral. Sur le plan théorique, les résultats permettent de mieux comprendre quels facteurs sont liés à la formation de la motivation au changement et l'AT chez cette population en début de traitement. Notamment, il semble que malgré l'impact que peut avoir l'historique criminel d'un détenu sur son risque de récidive, le fait d'avoir reçu plus de sentences criminelles dans le passé n'affecte pas sa réceptivité au traitement. En revanche, il s'avère que les distorsions cognitives présentes dans les schémas de pensées et le discours de certains détenus au sujet de leur crime ou de la sexualité avec les enfants en général peuvent se transposer dans leur motivation et la relation avec leur thérapeute. Il en va de même pour le climat social du programme auquel prennent part les individus ayant commis une ASE, laissant croire que l'environnement dans lequel se trouvent ces derniers joue un rôle déterminant dans leur réceptivité au traitement. Plus d'études prêtant attention au contexte de traitement des détenus sont donc nécessaires afin d'approfondir les connaissances sur le rôle que peut avoir ce facteur. Dans la pratique, les résultats de ce mémoire soulignent l'importance de s'attarder aux distorsions cognitives et d'en faire des cibles de traitement prioritaires afin non seulement de diminuer le risque de récidive, mais également de favoriser une plus grande motivation chez les détenus et une meilleur AT avec leur thérapeute. Les résultats illustrent également les bienfaits que peut apporter un climat social stable et sécurisant pour la réceptivité au traitement des individus ayant commis une ASE. Comme en témoigne le présent mémoire, le climat social est un concept très vaste et renvoie à la fois aux interactions entre les détenus, aux interactions entre ces derniers et les employés du programme puis aux caractéristiques logistiques (règlements,

procédures, entretien de l'établissement) du programme. Des études recueillant le point de vue des thérapeutes et des employés du programme sont ainsi essentielles afin de cibler plus précisément quelles conditions du climat social peuvent être bénéfiques pour la réceptivité au traitement des détenus et comment ces conditions peuvent être remplies par les décideurs et gestionnaires du domaine de la sécurité publique.

## Références

- Abel, G. G., Becker, J. V., & Cunningham-Rathner, J. (1984). Complications, consent, and cognitions in sex between children and adults. *International journal of law and psychiatry*, 7(1), 89–103. [https://doi.org/10.1016/0160-2527\(84\)90008-6](https://doi.org/10.1016/0160-2527(84)90008-6)
- Abel, G. G., Gore, D. K., Holland, C. L., Camps, N., Becker, J. V., & Rathner, J. (1989). The measurement of the cognitive distortions of child molesters. *Annals of sex research*, 2(2), 135-152. <https://doi.org/10.1007/BF00851319>
- Ajdukovic, D. (1990). Psychosocial climate in correctional institutions: Which attributes describe it?. *Environment and Behavior*, 22(3), 420-432. <https://doi.org/10.1177/0013916590223006>
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct* (5<sup>th</sup> ed.). Routledge.
- Amado, B. G., Arce, R., & Herraiz, A. (2015). Psychological injury in victims of child sexual abuse: A meta-analytic review. *Psychosocial Intervention*, 24(1), 49-62. <https://doi.org/10.1016/j.psi.2015.03.002>
- Bachelor, A., Laverdière, O., Gamache, D., & Bordeleau, V. (2007). Clients' collaboration in therapy: Self-perceptions and relationships with client psychological functioning, interpersonal relations, and motivation. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44(2), 175. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.44.2.175>
- Banase, R., Koppehele-Gossel, J., Kistemaker, L. M., Werner, V. A., & Schmidt, A. F. (2013). Pro-criminal attitudes, intervention, and recidivism. *Aggression and Violent Behavior*, 18(6), 673-685. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2013.07.024>



Beazley, P., & Gudjonsson, G. (2011). Motivating inpatients to engage with treatment: The role of depression and ward atmosphere. *Nordic Journal of Psychiatry*, 65(2), 95-100.

<https://doi.org/10.3109/08039488.2010.502244>

Beech, A., Friendship, C., Erikson, M., & Hanson, R. K. (2002). The relationship between static and dynamic risk factors and reconviction in a sample of UK child abusers. *Sexual Abuse: A journal of research and treatment*, 14(2), 155-167.

<https://doi.org/10.1177/107906320201400206>

Beech, A. R., Fisher, D. D., & Thornton, D. (2003). Risk assessment of sex offenders. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(4), 339. doi:10.1037/0735-7028.34.4.339

Bensimon, M., Einat, T., & Gilboa, A. (2015). The impact of relaxing music on prisoners' levels of anxiety and anger. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 59(4), 406-423. <https://doi.org/10.1177/10439862155811587>

Beyko, M. J., & Wong, S. C. (2005). Predictors of treatment attrition as indicators for program improvement not offender shortcomings: A study of sex offender treatment attrition. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 17(4), 375-389.

<https://doi.org/10.1007/s11194-005-8050-8>

Bixo, L., Cunningham, J. L., Ekselius, L., Öster, C., & Ramklint, M. (2021). 'Sick and tired': Patients reported reasons for not participating in clinical psychiatric research. *Health Expectations*, 24, 20-29. <https://doi.org/10.1111/hex.12977>

Blaauw, E. (2013). Bullying and suicides in prisons. Dans J. Ireland (dir.), *Bullying among prisoners* (1<sup>re</sup> éd, pp. 56-73). Willan.

- Blanchard, R., Lykins, A. D., Wherrett, D., Kuban, M. E., Cantor, J. M., Blak, T., Dickey, R. & Klassen, P. E. (2009). Pedophilia, hebephilia, and the DSM-V. *Archives of sexual behavior*, 38(3), 335-350. <https://doi.org/10.1007/s10508-008-9399-9>
- Blasko, B. L., Jeglic, E. L. (2016). Sexual offenders' perceptions of the client-therapist relationship: The role of risk. *Sexual Abuse*, 28, 271–290. doi:[10.1177/1079063214529802](https://doi.org/10.1177/1079063214529802)
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16 (3), 252-262. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. Dans Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (dir.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (vol. 173, p.13-37). Wiley & Sons.
- Botella, L., Corbella, S., Belles, L., Pacheco, M., Maria Gomez, A., Herrero, O., ... & Pedro, N. (2008). Predictors of therapeutic outcome and process. *Psychotherapy Research*, 18(5), 535-542. <https://doi.org/10.1080/10503300801982773>
- Brame, R. (2016). Static risk factors and criminal recidivism. Dans F. Taxman (dir), *Handbook on Risk and Need Assessment* (1<sup>re</sup> éd, pp. 83-108). Routledge.
- Bressington, D., Stewart, B., Beer, D., & MacInnes, D. (2011). Levels of service user satisfaction in secure settings—A survey of the association between perceived social climate, perceived therapeutic relationship and satisfaction with forensic services. *International Journal of Nursing Studies*, 48(11), 1349-1356. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.05.011>

- Martínez-Catena, A., Redondo, S., Frerich, N., & Beech, A. R. (2017). A dynamic risk factors–based typology of sexual offenders. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, *61*(14), 1623-1647.  
<https://doi.org/10.1177%2F0306624X16629399>
- Cerasoli, C. P., Nicklin, J. M., & Ford, M. T. (2014). Intrinsic motivation and extrinsic incentives jointly predict performance: A 40-year meta-analysis. *Psychological Bulletin*, *140*(4), 980-1008. doi:10.1037/a0035661
- Chambers, J. C., Eccleston, L., Day, A., Ward, T., & Howells, K. (2008). Treatment readiness in violent offenders: The influence of cognitive factors on engagement in violence programs. *Aggression and Violent Behavior*, *13*(4), 276-284.  
<https://doi.org/10.1016/j.avb.2008.04.003>
- Clanton Harpine, E. (2015). Is intrinsic motivation better than extrinsic motivation?. Dans E. Clanton Harpine (dir.), *Group-Centered Prevention in Mental Health* (1<sup>re</sup> éd, pp. 87-107). Springer.
- Connors, G. J., DiClemente, C. C., Dermen, K. H., Kadden, R., Carroll, K. M., & Frone, M. R. (2000). Predicting the therapeutic alliance in alcoholism treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, *61*(1), 139-149. <https://doi.org/10.15288/jsa.2000.61.139>
- Cornaglia, F., Feldman, N. E., & Leigh, A. (2014). Crime and mental well-being. *Journal of human resources*, *49*(1), 110-140. doi: 10.3368/jhr.49.1.110
- Craig, L. A. (2005). The impact of training on attitudes towards sex offenders. *Journal of Sexual Aggression*, *11*(2), 197-207. <https://doi.org/10.1080/13552600500172103>

- Crites, E. L., & Taxman, F. S. (2013). The responsivity principle: Determining the appropriate program and dosage to match risk and needs. Dans F. Taxman et A. Pattavina (dir.), *Simulation strategies to reduce recidivism* (1<sup>re</sup> éd, pp. 143-166). Springer.
- Csillik, A. (2015). Positive motivational interviewing: Activating clients' strengths and intrinsic motivation to change. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 45(2), 119-128.  
<https://doi.org/10.1007/s10879-014-9288-6>
- Dean, C., Mann, R. E., Milner, R., & Maruna, S. (2007). Changing child sexual abusers' cognition. Dans T.A. Gannon, T. Ward, A. R. Beech, D. Fisher (dir.), *Aggressive offenders' cognition: Theory, research and practice* (117-134).  
<https://doi.org/10.1002/9780470746295.ch6>
- DeSorcy, D. R., Olver, M. E., & Wormith, J. S. (2016). Working alliance and its relationship with treatment outcome in a sample of aboriginal and non-aboriginal sexual offenders. *Sexual Abuse*, 28(4), 291-313. <https://doi.org/10.1177%2F1079063214556360>
- Fazel, S., Hayes, A. J., Bartellas, K., Clerici, M., & Trestman, R. (2016). Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions. *The Lancet Psychiatry*, 3(9), 871-881. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30142-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30142-0)
- Flannery M. (2017). Self-Determination Theory: Intrinsic Motivation and Behavioral Change. *Oncol Nurs Forum*, 44(2),155-156. <https://doi.org/10.1188/17.onf.155-156>
- Gendreau, P. (1996). Offender rehabilitation: What we know and what needs to be done. *Criminal Justice and behavior*, 23(1), 144-161.  
<https://doi.org/10.1177%2F0093854896023001010>

- Hanson, R. K., Pronovost, I., Proulx, J., Scott, H., & Raza, H. (1998). Pédophilie et distorsions cognitives : Étude des propriétés psychométriques d'une version française de l'échelle cognitive d'Abel et Becker. *Revue sexologique*, 6(1), 127-141.
- Hanson, R. K., & Thornton, D. (1999). *Static 99: Improving actuarial risk assessments for sex offenders* (vol. 2). Solicitor General Canada.
- Hanson, R. K., Bourgon, G., Helmus, L., & Hodgson, S. (2009). The principles of effective correctional treatment also apply to sexual offenders: A meta-analysis. *Criminal Justice and behavior*, 36(9), 865-891. <https://doi.org/10.1177%2F0093854809338545>
- Harris, A., Phenix, A., Hanson, R. K., & Thornton, D. (2003). *Static 99: Coding rules revised 2003*. Ottawa, Ontario: Solicitor General Canada.
- Harris, A. J., & Socia, K. M. (2016). What's in a name? Evaluating the effects of the "sex offender" label on public opinions and beliefs. *Sexual Abuse*, 28(7), 660-678. <https://doi.org/10.1177%2F1079063214564391>
- Helmus, L., Thornton, D., Hanson, R. K., & Babchishin, K. M. (2012). Improving the predictive accuracy of Static-99 and Static-2002 with older sex offenders: Revised age weights. *Sexual Abuse*, 24(1), 64-101. <https://doi.org/10.1177/1079063211409951>
- Higley, C. A., Lloyd, C. D., & Serin, R. C. (2019). Age and motivation can be specific responsivity features that moderate the relationship between risk and rehabilitation outcome. *Law and Human Behavior*, 43(6), 558–567. <https://doi.org/10.1037/lhb0000348>
- Hodge, J. E., & Renwick, S.J. (2002) Motivating mentally disordered offenders. In M. McMurrin (Eds.), *Motivating Offenders to Change: A Guide to Enhancing Engagement in Therapy* (p. 221–234). Wiley.

Holdsworth, E., Bowen, E., Brown, S., & Howat, D. (2014). Offender engagement in group programs and associations with offender characteristics and treatment factors: A review. *Aggression and Violent Behavior, 19*(2), 102-121.

<https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.01.004>

Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy.

*Journal of consulting and clinical psychology, 61*(4), 561. <https://doi.org/10.1037//0022-006X.61.4.561>

Howells, K., Day, A., Williamson, P., Bubner, S., Jauncey, S., Parker, A., & Heseltine, K.

(2005). Brief anger management programs with offenders: Outcomes and predictors of change. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 16*(2), 296-311.

<https://doi.org/10.1080/14789940500096099>

Hubbard, D. J., & Pealer, J. (2009). The importance of responsivity factors in predicting reductions in antisocial attitudes and cognitive distortions among adult male offenders. *The*

*Prison Journal, 89*(1), 79-98. <https://doi.org/10.1177/0032885508329987>

Ievins, A., & Crewe, B. (2015). ‘Nobody’s better than you, nobody’s worse than you’: Moral community among prisoners convicted of sexual offences. *Punishment & Society, 17*(4),

482-501. <https://doi.org/10.1177%2F1462474515603803>

Jahnke, S., Imhoff, R., & Hoyer, J. (2015). Stigmatization of people with pedophilia: Two comparative surveys. *Archives of sexual behavior, 44*(1), 21-34.

<https://doi.org/10.1007/s10508-014-0312-4>

- Jeglic, E. L., Spada, A., & Mercado, C. C. (2013). An examination of suicide attempts among incarcerated sex offenders. *Sexual Abuse, 25*(1), 21-40.  
<https://doi.org/10.1177/1079063212447201>
- Johansson, H., & Eklund, M. (2004). Helping alliance and ward atmosphere in psychiatric in-patient care. *Psychology and Psychotherapy: theory, research and practice, 77*(4), 511-523. <https://doi.org/10.1348/1476083042555415>
- Joubert, D., Archambault, K., & Brown, G. (2014). Cycle of coercion: experiences of maltreatment and disciplinary measures in Canadian inmates. *International journal of prisoner health. https://doi.org/10.1108/IJPH-09-2013-0043*
- Kear-Colwell, J., & Pollock, P. (1997). Motivation or confrontation: Which approach to the child sex offender?. *Criminal Justice and Behavior, 24*(1), 20-33.  
<https://doi.org/10.1177/0093854897024001002>
- Kushner, S. C., Quilty, L. C., Uliaszek, A. A., McBride, C., & Bagby, R. M. (2016). Therapeutic alliance mediates the association between personality and treatment outcome in patients with major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders, 201*, 137-144.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.016>
- Kouyoumdjian, F., Schuler, A., Matheson, F. I., & Hwang, S. W. (2016). Health status of prisoners in Canada: Narrative review. *Canadian Family Physician, 62*(3), 215-222.
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2012.07.004>

- Larochelle, S., Diguier, L., Laverdière, O., & Greenman, P. S. (2011). Predictors of psychological treatment noncompletion among sexual offenders. *Clinical Psychology Review, 31*(4), 554-562. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.12.004>
- Locke, E. A., & Schattke, K. (2019). Intrinsic and extrinsic motivation: Time for expansion and clarification. *Motivation Science, 5*(4), 277-290. <http://dx.doi.org/10.1037/mot0000116>
- Long, C. G., Anagnostakis, K., Fox, E., Silaule, P., Somers, J., West, R., & Webster, A. (2011). Social climate along the pathway of care in women's secure mental health service: Variation with level of security, patient motivation, therapeutic alliance and level of disturbance. *Criminal Behaviour and Mental Health, 21*(3), 202-214. <https://doi.org/10.1002/cbm.791>
- Looman, J., Dickie, I., & Abracen, J. (2005). Responsivity issues in the treatment of sexual offenders. *Trauma, Violence, & Abuse, 6*(4), 330-353. <https://doi.org/10.1177%2F1524838005280857>
- Lösel, F., & Schmucker, M. (2005). The effectiveness of treatment for sexual offenders: A comprehensive meta-analysis. *Journal of Experimental Criminology, 1*(1), 117-146. <https://doi.org/10.1007/s11292-004-6466-7>
- Mann, R. E., Hanson, R. K., & Thornton, D. (2010). Assessing risk for sexual recidivism: Some proposals on the nature of psychologically meaningful risk factors. *Sexual Abuse, 22*(2), 191-217. <https://doi.org/10.1177/1079063210366039>
- 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.

<https://doi.org/10.1002/cpp.335>

Marshall, W. L., Fernandez, Y. M., Serran, G. A., Mulloy, R., Thornton, D., Mann, R. E., & Anderson, D. (2003). Process variables in the treatment of sexual offenders: A review of the relevant literature. *Aggression and violent behavior*, 8(2), 205-234.

[https://doi.org/10.1016/S1359-1789\(01\)00065-9](https://doi.org/10.1016/S1359-1789(01)00065-9)

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(2-3), 217-234.

<https://doi.org/10.1080/10683160802190947>

Marshall, W. L., & Marshall, L. E. (2014). Psychological treatment of sex offenders: Recent innovations. *Psychiatric Clinics*, 37(2), 163-171. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2014.03.006>

Meier, P. S., Donmall, M. C., Barrowclough, C., McElduff, P., & Heller, R. F. (2005). Predicting the early therapeutic alliance in the treatment of drug misuse. *Addiction*, 100(4), 500-511.

<https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01031.x>

Meinck, F., Cluver, L. D., & Boyes, M. E. (2017). Longitudinal predictors of child sexual abuse in a large community-based sample of South African youth. *Journal of interpersonal violence*, 32(18), 2804-2836. <https://doi.org/10.1177%2F0886260515596331>

Ménard, R. (1976). *Le Climat social dans une institution pour jeunes délinquants: Boscoville*. Montréal, G.R.I.J., rapport technique, n° 13.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). *Motivational interviewing: Helping people change* (3<sup>e</sup> éd.). Guilford press.

- Ministère de la sécurité publique du Québec. (2016). *Statistiques 2014 sur les infractions sexuelles au Québec*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la sécurité publique du Québec. (2017). *Le régime de vie de l'établissement de détention de Rivière-des-Prairies*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Moos, R.H. (1974). *Correctional Institutions Environment Scale Manual*. Consulting Psychologists Press.
- Moos, R. H. (1989). *Ward Atmosphere Scale Manual: Social Climate Scale*. Consulting Psychologists Press.
- Moster, A., Wnuk, D. W., & Jeglic, E. L. (2008). Cognitive behavioral therapy interventions with sex offenders. *Journal of Correctional Health Care, 14*(2), 109-121.  
<https://doi.org/10.1177/1078345807313874>
- Murphy, W. D. (1990). Assessment and modification of cognitive distortions in sex offenders. Dans W. L Marshall, D. R Laws & H.E Barbaree. (dir.), *Handbook of sexual assault: issues, theories, and treatment of the offender*. (p. 331-342). Springer.
- Nunes, K. L., & Cortoni, F. (2008). Dropout from sex-offender treatment and dimensions of rise of sexual recidivism. *Criminal Justice and Behavior, 35*(1), 24-33.  
<https://doi.org/10.1177/0093854807309037>
- Nunes, K. L., & Jung, S. (2013). Are cognitive distortions associated with denial and minimization among sex offenders?. *Sexual Abuse, 25*(2), 166-188.  
<https://doi.org/10.1177%2F1079063212453941>

Ó Ciardha, C., & Ward, T. (2013). Theories of cognitive distortions in sexual offending: What the current research tells us. *Trauma, Violence, & Abuse, 14*(1), 5-21.

<https://doi.org/10.1177/1524838012467856>

O'Hara, S. (2012). Monsters, playboys, virgins and whores: Rape myths in the news media's coverage of sexual violence. *Language and literature, 21*(3), 247-259.

<https://doi.org/10.1177/1524838012444217>

Olver, M. E., Stockdale, K. C., & Wormith, J. S. (2011). A meta-analysis of predictors of offender treatment attrition and its relationship to recidivism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*(1), 6–21. <https://doi.org/10.1037/a0022200>

Olver, M. E., & Wong, S. (2011). Predictors of sex offender treatment dropout: Psychopathy, sex offender risk, and responsivity implications. *Psychology, Crime & Law, 17*(5), 457-471.

<https://doi.org/10.1080/10683160903318876>

Paolucci, E. O., Genuis, M. L., & Violato, C. (2001). A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *The Journal of psychology, 135*(1), 17-36.

<https://doi.org/10.1080/00223980109603677>

Patel, R., Oduola, S., Callard, F., Wykes, T., Broadbent, M., Stewart, R., Craig, T. K. J., & McGuire, P. (2017). What proportion of patients with psychosis is willing to take part in research? A mental health electronic case register analysis. *BMJ open, 7*(3), e013113.

<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013113>

Pedersen, S. H., Bergman, H., Berlin, J., & Hartvigsson, T. (2021). Perspectives on Recruitment and Representativeness in Forensic Psychiatric Research. *Frontiers in Psychiatry, 12*. 1-7.

<https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.647450>

Pithers, W. D., Marques, J. K., Gibat, C. C., & Marlatt, G. A. (1983). Relapse prevention with sexual aggressives : A self-control model of treatment and maintenance of change. In J. G. Greer & I. R. Stuart (Eds.), *The Sexual Aggressor : Current Perspectives on Treatment* (p. 214-239). Van Nostrand Reinhold.

Pithers, W. D. (1990). Relapse prevention with sexual aggressors. Dans W. L Marshall, D. R Laws & H.E Barbaree. (dir.), *Handbook of sexual assault: issues, theories, and treatment of the offender*. (pp. 343-361). Springer.

Preston, D. L., & Murphy, S. (1997). Motivating treatment-resistant clients in therapy. *Forum on Corrections Research, 9*(2), 39-43.

Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American journal of health promotion, 12*(1), 38-48. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-12.1.38>

Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2001). Stages of change. *Psychotherapy: theory, research, practice, training, 38*(4), 443. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.443>

Prochaska, J. O., Redding, C. A., & Evers, K. E. (2015). The transtheoretical model and stages of change. Dans K. Glanz, B. K. Rimer, & K. "V." Viswanath (dir.), *Health behavior: Theory, research, and practice* (p.125-148). Jossey-Bass.

Rader, N. (2017). Fear of crime. *Oxford research encyclopedia of criminology and criminal justice*. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190264079.013.10>

- Ricciardelli, R. (2014). An examination of the inmate code in Canadian penitentiaries. *Journal of Crime and Justice*, 37(2), 234-255.
- Reynolds, C., Simms, J., Webb, K., Corry, M., McDermott, B., Ryan, M., Shannon, M., & Dyer, K. F. W. (2017). Client factors that predict the therapeutic alliance in a chronic, complex trauma sample. *Traumatology*, 23(4), 294–302. <https://doi.org/10.1037/trm0000114>
- Robertiello, G., & Terry, K. J. (2007). Can we profile sex offenders? A review of sex offender typologies. *Aggression and violent behavior*, 12(5), 508-518.  
<https://doi.org/10.1016/j.avb.2007.02.010>
- Roest, J. J., Van der Helm, G. H. P., & Stams, G. J. J. M. (2016). The relation between therapeutic alliance and treatment motivation in residential youth care: A cross-lagged panel analysis. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 33(5), 455-468.  
<https://doi.org/10.1007/s10560-016-0438-4>
- Ros, N., Van der Helm, P., Wissink, I., Stams, G. J., & Schaftenaar, P. (2013). Institutional climate and aggression in a secure psychiatric setting. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 24(6), 713-727. <https://doi.org/10.1080/14789949.2013.848460>
- Ross, E. C., Polaschek, D. L., & Ward, T. (2008). The therapeutic alliance: A theoretical revision for offender rehabilitation. *Aggression and violent behavior*, 13(6), 462-480.  
<https://doi.org/10.1016/j.avb.2008.07.003>
- Ross, G. E., & Auty, J. M. (2018). The experience of change in a prison therapeutic community: An interpretative phenomenological analysis. *Therapeutic Communities: The International Journal of Therapeutic Communities*. <https://doi.org/10.1108/TC-11-2016-0024>

- Rothman, D. B. (2007). *The role of the therapeutic alliance in psychotherapy with sexual offenders*. [Dissertation, University of Manitoba]. ProQuest Dissertations Publishing.  
<https://www.proquest.com/docview/304774707?parentSessionId=BUaTVYWiQvQBz7ygMhOL6HHICdg3zrrMIT3c64ZsOc8%3D&pq-origsite=primo&accountid=14701>
- Sampson, R. J., & Laub, J. H. (2003). Life-course desisters? Trajectories of crime among delinquent boys followed to age 70. *Criminology*, 41(3), 555-592.  
<https://doi.org/10.1111/j.1745-9125.2003.tb00997.x>
- 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. doi:10.1037/0735-7028.34.4.368
- Simourd, D. J., & Olver, M. E. (2011). Use of the Self-Improvement Orientation Scheme-Self Report (SOS-SR) among incarcerated offenders. *Psychological Services*, 8(3), 200-211.  
<https://doi.org/10.1037/a0024058>
- Simpson, T. P., Frick, P. J., Kahn, R. E., & Evans, L. J. (2013). Therapeutic alliance in justice-involved adolescents undergoing mental health treatment: The role of callous-unemotional traits. *International Journal of Forensic Mental Health*, 12(2), 83-92.  
<https://doi.org/10.1080/14999013.2013.787559>
- Singh, M. M., Parsekar, S. S., & Nair, S. N. (2014). An epidemiological overview of child sexual abuse. *Journal of family medicine and primary care*, 3(4), 430.  
<https://dx.doi.org/10.4103%2F2249-4863.148139>
- Taft, C. T., Murphy, C. M., Musser, P. H., & Remington, N. A. (2004). Personality, interpersonal, and motivational predictors of the working alliance in group cognitive-

behavioral therapy for partner violent men. *Journal of consulting and clinical psychology*, 72(2), 349-354. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.2.349>

Taylor, S., Abramowitz, J. S., & McKay, D. (2012). Non-adherence and non-response in the treatment of anxiety disorders. *Journal of anxiety disorders*, 26(5), 583-589. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.02.010>

Tewksbury, R. (2012). Stigmatization of sex offenders. *Deviant Behavior*, 33(8), 606-623. <https://doi.org/10.1080/01639625.2011.636690>

Tezci, E., Sezer, F., Gurgan, U., & Aktan, S. (2015). A study on social support and motivation. *The Anthropologist*, 22(2), 284-292. <https://doi.org/10.1080/09720073.2015.11891879>

Thakker, J., Ward, T., & Navathe, S. (2007). The cognitive distortions and implicit theories of child sexual abusers. In T. A. Gagnon, T. Ward, A. R. Beech, D. Fisher (Eds.), *Aggressive offenders' cognition: Theory, research and practice*, (p.9-29). <https://doi.org/10.1002/9780470746295.ch1>

Tierney, D. W., & McCabe, M. P. (2001a). An evaluation of self-report measures of cognitive distortions and empathy among Australian sex offenders. *Archives of sexual behavior*, 30(5), 495-519. <https://doi.org/10.1023/A:1010239217517>

Tierney, D. W., & McCabe, M. P. (2001b). The validity of the trans-theoretical model of behaviour change to investigate motivation to change among child molesters. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 8(3), 176-190. <https://doi.org/10.1002/cpp.285>

- Tierney, D. W., & McCabe, M. P. (2002). Motivation for behavior change among sex offenders: A review of the literature. *Clinical psychology review*, 22(1), 113-129.  
[https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(01\)00084-8](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(01)00084-8)
- Tobin, D. (2019). Cognitive behavioural integrated treatment (C-BIT). Dans D. B. Cooper (dir.), *Care in Mental Health—Substance Use* (1<sup>re</sup> éd., pp. 175-187). CRC Press.
- Toneatto, T., & Gunaratne, M. (2009). Does the treatment of cognitive distortions improve clinical outcomes for problem gambling?. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 39(4), 221-229. <https://doi.org/10.1007/s10879-009-9119-3>
- Tonkin, M. (2016). A review of questionnaire measures for assessing the social climate in prisons and forensic psychiatric hospitals. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 60(12), 1376-1405. <https://doi.org/10.1177/0306624X15578834>
- Vall, E., & Wade, T. D. (2015). Predictors of treatment outcome in individuals with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 48(7), 946-971. <https://doi.org/10.1002/eat.22411>
- VandenBos, G. R. (Ed.). (2015). *APA dictionary of psychology* (2nd ed.). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14646-000>
- van den Berg, C., Beijersbergen, K., Nieuwebeerta, P., & Dirkzwager, A. (2018). Sex offenders in prison: Are they socially isolated?. *Sexual Abuse*, 30(7), 828-845.  
<https://doi.org/10.1177%2F1079063217700884>
- van den Berg, J. W., Smid, W., Schepers, K., Wever, E., van Beek, D., Janssen, E., & Gijs, L. (2018). The predictive properties of dynamic sex offender risk assessment instruments: A



meta-analysis. *Psychological Assessment*, 30(2), 179–

191. <https://doi.org/10.1037/pas0000454>

Van der Helm, G. H. P., Kuiper, C. H. Z., & Stams, G. J. J. M. (2018). Group climate and treatment motivation in secure residential and forensic youth care from the perspective of self determination theory. *Children and Youth Services Review*, 93, 339-344.

<https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2018.07.028>

Walton, A., Jeglic, E. L., & Blasko, B. L. (2018). The role of psychopathic traits in the development of the therapeutic alliance among sexual offenders. *Sexual Abuse*, 30(3), 211-

229. <https://doi.org/10.1177/1079063216637859>

Ward, T., Hudson, S. M., Johnston, L., & Marshall, W. L. (1997). Cognitive distortions in sex offenders: An integrative review. *Clinical psychology review*, 17(5), 479-507.

[https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(97\)81034-3](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(97)81034-3)

Ward, T. (2000). Sexual offenders' cognitive distortions as implicit theories. *Aggression and violent behavior*, 5(5), 491-507. [https://doi.org/10.1016/S1359-1789\(98\)00036-6](https://doi.org/10.1016/S1359-1789(98)00036-6)

Ward, T., & Stewart, C. (2003). Criminogenic needs and human needs: A theoretical model. *Psychology, Crime & Law*, 9(2), 125-143.

<https://doi.org/10.1080/1068316031000116247>

Ward, T., Day, A., Howells, K., & Birgden, A. (2004). The multifactor offender readiness model. *Aggression and violent behavior*, 9(6), 645-673.

<https://doi.org/10.1016/j.avb.2003.08.001>

Waters, J. E., & Megathlin, W. L. (2002). Evaluating change in social climate in a close security state correctional facility. *Journal of Offender Rehabilitation*, 34(4), 71-84.

[https://doi.org/10.1300/J076v34n04\\_04](https://doi.org/10.1300/J076v34n04_04)

Willis, G. M., Yates, P. M., Gannon, T. A., & Ward, T. (2013). How to integrate the Good Lives Model into treatment programs for sexual offending: An introduction and overview. *Sexual Abuse*, 25(2), 123-142. <https://doi.org/10.1177%2F1079063212452618>

Wintersteen, M. B., Mensinger, J. L., & Diamond, G. S. (2005). Do gender and racial differences between patient and therapist affect therapeutic alliance and treatment retention in adolescents?. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(4), 400.

<https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.4.400>

World Health Organization. (1999). *Report of the consultation on child abuse prevention, 29-31 March 1999, WHO, Geneva* (No. WHO/HSC/PVI/99.1). World Health Organization.

Youssef, C. (2017). The importance of the therapeutic alliance when working with men who have committed a sexual offence. *Journal of Criminal Psychology*. <https://doi.org/10.1108/JCP-09-2016-0027>