

Behandeling bij parafilieën: wanneer, waarom, met welk doel, met welke middelen

W. Bezemer* en J. J. Drenth**

SB 6.52 SB 6.53

De auteurs bespreken eerst de dilemma's die zich kunnen voordoen als men overweegt een man (eventueel een vrouw) die vanwege parafiele wensen bij een hulpverlener zich aanmeldt in behandeling te nemen. Vervolgens wordt een overzicht van therapeutische doelen, theorieën en methodieken gegeven, waarbij met name de geschiedenis van de somatisch-medische behandelmethodes uitvoerig behandeld wordt.

Het dilemma

In het navolgende zal ik aan de hand van een wat extreme casus een aantal optieken schetsen van waar uit de hulpverlener geconfronteerd wordt wanneer een cliënt hem/haar consulteert voor een parafilie.

Casus de heer W.

De heer W. komt samen met zijn vrouw bij mij. Zij zijn verwezen door de huisarts.

Het probleem dat op tafel komt is dat de heer W. met een ijzeren regelmaat exhibitioneert; tenminste driemaal per week, nl. op maandag, woensdag en vrijdag. Met smaak vertelt mijnheer W. erover, z'n vrouw zit glimlachend te knikken. Mijnheer W. onderhoudt sportterreinen en zit dan op een machtige motormaaier-grasmaaimachine. Het liefst exhibitioneert hij boven op dat ding.

* Psychologe-seksuologe, Beleidsmedewerkster/sekstherapeute Rutgers Stichting Den Haag/Eindhoven; onderzoekster NISSO, Da Costakade 45, 3521 VS Utrecht.

** Arts-seksuoloog. Medewerker Rutgers Stichting, Damsterdiep 65, 9711 S. J. Groningen.

En dat is nu net het probleem geworden. 'Vroeger', toen de motormaaier nog onder het beheer van z'n maat viel, exhibioneerde mijnheer W. nog 'gewoon', tussen de bosjes en vanachter de bomen. Toen was dat geen probleem, nóch voor mijnheer W., nóch voor zijn vrouw. Zijn vrouw vond het een onschuldige hobby. Ze verbaasde zich altijd over mogelijke schrik van de vrouwen voor wie haar man zich ontblootte. 'Ach, zo'n man met een blote piemel'. Maar nu wordt het gevaarlijk: de bazen van mijnheer W. komen er natuurlijk zo achter wie op de motormaaier zat en zich ontblootte!

Zowel mijnheer als mevrouw zijn erg gemotiveerd voor behandeling, d.w.z. ze zijn alle twee bang dat mijnheer zijn baan zal kwijtraken als hij doorgaat met exhibiteren op zijn machine. Hun seksuele leven is overigens erg bevredigend, behalve dat mevrouw het wel wat vermoeiend vindt om altijd mee te doen met de S.M.-voorstellen van haar man.

(. . .) In de loop van enkele gesprekken blijkt mijnheer W. nog meer 'speciale' voorkeuren te hebben: hij 'streakt', d.w.z. 's nachts rent hij graag naakt door de straat, hij steelt slipjes van waslijnen en wordt opgewonden van de aanraking, hij is een fanatiek voyeur en heeft daarvoor z'n vaste 'adresjes'. Met de seks met zijn vrouw heeft hij enige moeite. En hij spreekt met innig medelijden over de fantasieloze hetero's die alleen maar gewoon gemeenschap hebben en op zaterdag hun auto wassen.

Mijnheer W. confronteert ons op onnavolgbare wijze met de vraag: moet deze cliënt behandeld worden?

Maatschappelijk bekeken

Heel duidelijk is dat deze cliënt totaal niet voldoet aan alle normen die Frenken (1984) ons Christelijke draaiboek van Seksualiteit heeft genoemd. In onze westers-christelijke cultuur gelden een aantal normen en waarden ten aanzien van seksualiteit. Belangrijk zijn: heteroseksualiteit, op een partner gericht, die liefst van ongeveer dezelfde leeftijd is in een permanente (liefst huwelijks-)relatie, waarmee men geslachtsgemeenschap heeft, die op de voortplanting gericht is, en geschiedt uit liefde. Een enkele afwijking kunnen we tegenwoordig wel tolereren, bijv. homoseksualiteit. Maar meer afwijkingen van de normen roepen bij veel mensen weerstanden op. Een homoseksueel of lesbisch paar met een redelijk stabiele permanente relatie wordt immers door meer mensen geaccepteerd dan de 'swingende' homoseksueel of lesbienne.

Mijnheer W. voldoet praktisch aan geen enkele norm van het genoemde draaiboek. Integendeel, hij heeft medelijden met mensen die wél deze waarden aanhangen. Moeten wij *deze* man behandelen?

Nee, zeggen vertegenwoordigers van maatschappij-kritische stromingen, ook binnen de seksuologie. Seksuele normen zijn relatief, de grenzen tussen 'normaal' en 'abnormaal' blijken buitengewoon onscherp. Als we terugdenken aan onze ideeën anno 1968 betreffende allerlei uitingen van seksualiteit realiseren we ons dat wat toen 'abnormaal' werd gevonden nu méér dan normaal is. Bijvoorbeeld: voorechtelijke seksualiteit (bij huwelijksvoornemen), maar ook het samen douchen van ouders en kinderen werd in 1968 door de meeste mensen afgewezen terwijl eenzelfde opiniepeiling in 1981 ons bewijst dat we veel toleranter zijn geworden (Sex in Nederland, 1983). Op dergelijke snel veranderende ideeën in de samenleving kan dus geen noodzaak tot behandeling gebaseerd worden. Integendeel: niet mijnheer W. moet veranderen, maar de maatschappij moet (en zal) veranderen.

Via allerlei groeperingen wordt deze gedachte uitgedragen en maakt men zich sterk. Mensen die 'leden' aan allerlei parafilieën besluiten niet langer te lijden. Ze gaan hun eigen clubs of verenigingen oprichten, via pressiegroepen wordt opgeroepen tot erkenning van hun eigen geaardheid.

Er ontstaat T en T-groepen, S.-M. verenigingen, pedofiliewerkgroepen, exhibitionisten workshops, enz. De insider weet in elke stad zijn/haar weg te vinden naar de gelegenheid waar zijn/haar seksuele bevrediging naar de eigen geaardheid gevonden kan worden, en waar bovenal partners te vinden zijn met seksuele wensen in dezelfde richting! Emancipatie dus, voor de man/vrouw met een parafilie.

Mijnheer W., die ik wees op een aantal verenigingen/werkgroepen voor zijn specifieke seksuele wensen, ging hier graag op in. Ook ging hij officieel naakt recreëren, hetgeen hem echter lang niet zo opwond en bevredigde als de klandestiene recreatie die hij bleef bedrijven - mét de angst voor verlies van z'n werk.

Psychologisch bekeken

Mijnheer W. beleeft zijn neigingen als absoluut eigen, als geheel bij hem passend, egosyntoon dus. Dat betekent dat hij geen lijdensdruk kent 'van binnenuit'. De enige lijdensdruk die mijnheer W. ervaart is er één die van buiten komt: de angst dat het exhibitioneren hem zijn baan zal kosten.

Niet alle exhibitionisten of mensen met andere parafilieën beleven overigens hun voorkeuren als geheel egosyntoon. Vaak is er wel degelijk sprake van egodystoon beleven van de seksuele voorkeuren. Dan kan er sprake zijn van subjectief lijden, dat zich overigens heel verschillend kan uiten. Van: ik ben zo en ik moet er maar vrede mee zien te vinden via 'het is een

kracht in mij waar ik me met hand en tand tegen verzet' tot totale loochening, zodat de parafiele wens uitsluitend tijdens een impulsdoorbraak tot uiting komt. Deze verschillende belevingswijzen stellen elk hun eigen eisen aan een eventuele behandeling (Schorsch, 1986). Dit lijden kan op veel fronten beleefd en versterkt worden: de angst door de politie gepakt te worden, de angst voor agressieve reacties van andere mensen, de zware last van de drang om te exhibitioneren, schuldgevoelens, het gevoel niet normaal te zijn, de eenzaamheid omdat niemand dit belangrijke aspect van de persoonlijkheid mag kennen.

Alleen subjectief lijden is een behoorlijke indicatie voor behandeling, vindt Schorsch (1971). Dit geldt eveneens voor seksuele impulshandelingen die de betrokkene als vreemd of zelfs oncontroleerbaar voorkomen. Ook, aldus Schorsch, wanneer voorkeuren strafbaar zijn, bijv. wanneer het om voorkeuren gaat die met geweldsdelicten gepaard gaan. Het gewelddadige moet dan bestraft worden, maar is op zich niet een voldoende indicatie voor een therapeutische behandeling.

Het subjectief lijden dus als enige indicatie van behandeling, waarbij m.i. dit ook de immense eenzaamheid kan zijn van een persoon. Want hoe eenzaam is het niet om te moeten leven in een wereld waarin iedereen iets anders wil dan jij, een wereld waarin alle mensen van andere dingen kunnen genieten dan jij doet.

Over het psychologisch ontstaan van bijzondere seksuele voorkeuren heeft John Money de laatste jaren in een niet aflatende reeks artikelen en voordrachten verteld. Hij verklaart met zijn theorie ook de hardnekkigheid van parafilieën.

Hun ontstaan situeert hij in het ontstaan van de zgn. love-maps, een soort blauwdrukken van seksuele opwindings- en wenspatronen die hyper-individueel zijn en die gevormd worden in de eerste levensjaren. Hij ziet mogelijkheden voor het veranderen van deze love-maps in een combinatie van het toedienen van anti-androgenen en psychotherapie. Hij beschrijft de soms evidente wenselijkheid van veranderen (= behandelen), wanneer hij ingaat op de 'auto-erotische dood' van een teenager met een bijzondere parafilie, en wanneer hij de daden van sommige plegers van seksueel agressieve delicten 'verklaart van uit hun verstoorde love-maps' (1987).

Psychiatrisch bekeken

De laatste jaren is de DSM het meestgebruikte hulpmiddel bij het stellen van psychiatrische diagnoses.

In de DSM-III-R (1985) wordt exhibitionisme beschreven als 'a persistent

association, lasting a total of at least six months, between intense sexual arousal and desire, and acts, fantasies or other stimuli involving exposing one's genitals to an unsuspecting stranger'.

Van de Loo (1987) noemt tien 'psychologische' aspecten van mannelijk genitaal exhibitioneergedrag. Hij onderkent o.a. ontlading van negatieve emoties en spanningen, seksualisering van agressie, rebellie, zelfbestrafing, narcistische reparatie. Deze aspecten duiden op een aanwezige pathologie bij de exhibitionist, die behandeling zou behoeven. Zo ook bij mijnheer W. misschien? Dus toch behandelen?

Mijnheer W. voldoet trouwens eveneens aan beschrijvingen van andere parafilieën in de DSM-III-R: seksueel sadisme, seksueel masochisme, fetisjisme, frotteurisme. Hij is echter niet gemotiveerd voor behandeling van deze parafilieën, hiermee loopt hij immers niet de kans zijn baan te verliezen!

Vrouw-vriendelijk bekeken

Mogen vrouwen/meisjes blootgesteld blijven aan mensen zoals mijnheer W.? Geheel ongevraagd, geheel ongewenst toont mijnheer W. zich op een zeer onverwacht moment. Veel volwassen vrouwen schrikken. Ze voelen zich vernederd, gebruikt als seksueel object door de exhibitionist. Veel jonge meisjes schrikken ook, en een eerste kennismaking met het volwassen mannelijke genitaal op deze opdringerige wijze kan zeer traumatiserend zijn.

Evenzeer geschaad kunnen slachtoffers van voyeurisme zich voelen: een intimiteit die gedeeld blijkt te worden door een geile voyeur is niet intiem meer, de intimiteit wordt aan het ogenblik ontstolen. Men kan slachtoffers ontwaren bij alle parafilieën waarbij onbekende mensen betrokken worden.

Hebben potentiële slachtoffers nu geen recht op bescherming? Moet niet voorkomen worden dat potentiële slachtoffers werkelijk slachtoffers worden door de daders in behandeling te nemen? En welke rol speelt de behandelaar die - teneinde het contact met de exhibitionist te behouden - toestaat dat de cliënt exhibiteert? Welke verantwoordelijkheid heeft deze behandelaar?

Behandeling: theorie, doel, middelen

Als men geneigd is de vraag 'behandelen of niet' in sommige gevallen positief te beantwoorden, dan doet zich de vraag voor vanuit welke theorie van behandelen men opereert, met welk concreet behandeldoel, en met welke middelen. Verschillende disciplines hebben zich met deze vragen bezig gehouden, elk op hun eigen wijze, en dus met heel verschillende uitkomsten.

Wij geven eerst een uitvoerig overzicht van de behandelpraktijk vanuit somatisch-medische optiek; niet omdat deze praktijken vandaag de dag nog veel toegepast worden, maar omdat deze historische terugblik zo evident de excessen illustreert die mogelijk zijn als men de bovengenoemde dilemma's niet onder ogen ziet.

Idealiter wordt in het medisch model eerst een diagnose gesteld (de eilandjes van Langerhans produceren onvoldoende insuline), waarna een behandeling ingesteld wordt (patiënt moet insuline spuiten). In het meest bevredigende geval (zoals het voorbeeld diabetes) is de link tussen diagnose en behandeling vanzelfsprekend. Helaas is het nog vaak zo dat de theorie tussen diagnose en behandeling onduidelijk, onbewezen en aanvechtbaar is; hetgeen ook weer niet hoeft te betekenen dat de behandeling niet algemeen geaccepteerd kan zijn, en in het beste geval bewezen effectief.

Bij de medisch-somatische behandelingen van parafilieën lijkt het verband tussen theorie en handelen wel bijzonder krakkemikkig te zijn. Wij zullen eerst de meest gangbare theoretische noties inventariseren, en vervolgens enige medisch-somatische behandelingen.

Parafilieën worden soms gezien als een vorm van *hyperseksualiteit*, waarbij de seksuele drift als een fysiologisch gegeven beschouwd wordt. De 'ziekte' hyperseksualiteit kan het gevolg zijn van een hersenafwijking (tumor in de buurt van het 'mating center', degeneratieve ziekten), maar er is ook veelvuldig gedacht aan hormonale afwijkingen. Vroeger ging de aandacht dan vooral uit naar de mannelijke hormonen (testosteron), tegenwoordig denkt men ook aan het dopaminerge systeem. Hyperseksualiteit werd immers genoemd als bijwerking van de behandeling met L-DOPA van patiënten met de ziekte van Parkinson. Er is een publikatie (Quinn e.a., 1983) waarin de urgentie van de parafiele wensen (masochisme en exhibitionisme) fluctueerde met de dosering van DOPA-agonisten.

Parafilieën worden ook wel gezien als *stoornis in de impulscontrole*, en dan kan men denken aan bepaalde typen van epilepsie, m.n. de temporale vorm. Ook dementie kan zich uiten in gebrekkige impulscontrole. Deze theorie sluit wat beter aan bij het feministische standpunt dat seksueel geweld veel meer met agressie, dan met seks te maken heeft.

Kijken we naar het somatisch-medische handelen, dan onderscheiden wij castratie, chirurgische ingrepen in de hersenen ('psychochirurgie') en medicamenteuze behandeling: psycho-pharmaca en (anti)hormonen.

Castratie

Het operatief verwijderen van de testikels bij de man leidt tot een aanzienlij-

ke daling van de bloedspiegels van testosteron, maar men mag niet uit het oog verliezen dat ook de bijniere androgenen produceren. Bij normale mannen kan de testosteronspiegel in het bloed sterk variëren (van 3 tot 11 ng/ml) en bij afwezigheid van de testikels liggen de waarden meestal in het laag-normale bereik. Het effect van castratie is bij de mens in ieder geval veel onvoorspelbaarder dan bij het dier; gemiddeld zal een gecastreerde man minder vaak seksuele impulsen voelen, maar als de prikkeling maar sterk genoeg is, is hij tot volledig seksueel functioneren in staat. Aangezien voor parafiele mannen juist kenmerkend is dat zij zulke sterke prikkels kennen en zoeken, lijkt het mij onweerlegbaar dat deze indicatie voor castratie theoretisch moeilijk te handhaven is. We moeten ons verder realiseren dat er nooit iets gebleken is van een relatie tussen pathologisch-hoge testosteronspiegels en 'hyperseksualiteit'.

Testosteron heeft, naast directe effecten op seksuele impulsen en seksuele functies, misschien enig effect op agressie in zijn algemeenheid. Bij de lagere diersoorten is dat verband onmiskenbaar, bij de mens wordt deze relatie op tamelijk lichte gronden toch vrij algemeen aangenomen (O'Carroll and Bancroft, 1985). Sommige extreem-agressieve groepen (gewelddadige verkrachters en gewelddadige langgestrafte delinquenten) blijken als groep een wat hoger gemiddelde testosteronspiegel te hebben (maar altijd nog ruim binnen de grenzen van het normale), en in groepen vrijwilligers bleek enige correlatie tussen testosteronspiegel en verbale en/of fysieke reactie op provocatie of bedreiging. Interessant is de observatie van O'Carroll en Bancroft dat de snelle stijging van de testosteronspiegel na een injectie wel, en een geleidelijke stijging door orale substitutie-therapie geen agressieproblemen gaf bij een hypogonadale zwakbegaafde patiënt.

Er zijn talloze seksuele delinquenten gecastreerd, en het is schokkend om te zien dat het onderzoek naar het effect van deze ingreep methodologisch zo zwak is. Het follow-up interview, zonder vergelijkende gegevens van voor de ingreep, is eigenlijk de enige toegepaste methode. De gedachte dat castratie 'bonum et juste' is bij seksuele delicten moet welhaast op primair-procesdenken berusten, vergelijkbaar met de afgehakte hand van de dief in de Islamitische rechtspleging. In de dagbladen lezen wij af en toe dat een beklagde tijdens de rechtszitting zelf om castratie vraagt, om aan detentie te ontkomen.

Castratie moet als een vorm van mishandeling gezien worden; de arts die deze ingreep uitvoert dient te beseffen dat hij dichterbij de beul staat dan bij de geneesheer. In Duitsland is men enige jaren geleden hiermee op wel zeer lugubere manier geconfronteerd: voor de pedofiele lustmoordenaar Jürgen Bartsch, wiens advocaat al regelmatig de volkswoede over zich

heenkreeg, kon geen psychotherapeut gevonden worden, waarna men in armoede hem maar liet castreren. Door een triviale complicatie bezweek hij aan de ingreep.

Chirurgische ingrepen aan de hersenen

In 1935 besloot Antonio Caetano de Egaz Moniz om bij een aantal psychiatrische patiënten chirurgisch de verbinding tussen de frontaalkwabben en de rest van het brein te verstoren. Deze 'praefrontale leucotomie' werd het begin van een ontwikkeling waarbij men steeds verfijndere technieken, steeds specifiekere ingrepen, dat wil zeggen gericht tegen soms zeer kleine hersengebieden, mogelijk werden (de term die daarvoor gebruikt wordt is: stereotactische operaties).

Het aantal indicaties nam daarmee hand over hand toe: schizofrenie, dwangneurosen, verslavingen, allerhande delinquent gedrag. In sommige publikaties worden deze ingrepen schaamteloos als een vorm van sederen gepropageerd (en uiteraard wekt dat de hoogste golven van verontwaardiging, zie bijvoorbeeld de roman en de film *One flew over the cuckoo's nest*). Seksuele delicten zijn niet zo vaak aanleiding geweest voor 'psychochirurgie': alleen in de Bundesrepubliek werd (en wordt!) deze indicatie af en toe gesteld (Sigusch, 1979). Als een seksueel delict de reden voor een stereotactische ingreep was, dan richtte men de laesie vooral op de nucleus ventro-medialis, het 'mating center'.

Moniz' leven vertoont romantische hoogte- en dieptepunten. Hij moest zelfs zijn neurochirurgische praktijk een paar jaren opgeven om zijn land als minister van buitenlandse zaken te dienen. Hij bleef er tot aan zijn dood van overtuigd dat zijn uitvinding voor de mensheid een zegen was, en in 1949 kreeg hij de erkenning daarvoor in de vorm van een Nobelprijs voor fysiologie en geneeskunde (Ten Have, 1979). Of het feit dat één van zijn geopereerde patiënten hem vijf jaar daarvoor vijf kogels in het lijf gejaagd had, met als resultaat een hemiplegie, een punt in zijn voordeel of in zijn nadeel was, vermeldt de historie niet. Sigusch illustreert zijn buitengewoon felle betoog tegen deze tak van het medische bedrijf met de geschiedenis van de man die na zijn lobotomie een groot aantal klassieke meesterwerken (waaronder drie Rembrandts) met een bijtend zuur onherstelbaar beschadigde. Kort daarvoor was ook nog zijn vrouw onder wat raadselachtige omstandigheden bij het ramenlappen te pletter gevallen.

De laatste nederlandstalige publikatie over stereotactisch opereren op psychiatrische indicatie, voor zover mij bekend, dateert van 1973 (Haayman, Storm van Leeuwen en Van Veelen) en betrof een patiënte met een

uiterst invaliderend en therapieresistent dwang- en angstsyndroom. De indruk die de lezing van dit artikel bij mij nalaat is, dat zelfs in het alleruiterste geval deze methode maar beter niet overwogen kan worden. De ethische implicaties alleen al zijn onoverzienbaar.

Medicamenteuze therapie

Uiteraard is er met mannen met parafiele gedragingen, in het bijzonder als het om seksuele delicten gaat, geëxperimenteerd met psychopharmaca (Bancroft, 1983). Logisch, al was het alleen maar omdat daling van de seksuele impulsen soms als bijwerking van deze middelen wordt genoemd. De stoffen waaraan een min of meer specifieke rol werd toegedacht zijn fluphenazine (AnatensolR, Bartholomew, 1968) en benperidol (FrenactilR, Sterkman en Geerts, 1966), maar in de laatste twintig jaar is over deze indicatie voor deze pharmaca niet meer gepubliceerd.

Dan komen wij nu aan de enige medisch-somatische aanpak bij parafiliën die in de huidige praktijk nog overweging verdient: de (anti)hormonen. Vanouds is bekend dat oestrogenen voor de meeste mannen een libidoremer zijn, maar vanwege de vervelende bijeffecten (misselijkheid en borstontwikkeling) worden deze stoffen niet meer op deze indicatie voorgeschreven. In de Verenigde Staten hanteert men Medroxyprogesteronacetaat (ProveraR), de stof die men in eigen land niet als anticonceptiemiddel (de prikpil) toelaatbaar acht, maar die wel voor de export geproduceerd mag worden. In de rest van de wereld is het anti-androgeen cyproteron-acetaat geregistreerd, en dat is de stof waarmee de meeste ervaring in de behandeling van seksuele delinquenten is opgedaan.

Cyproteron en cyproteron-acetaat (AndrocurR) zijn competitieve antagogenisten op receptorniveau: zij bezetten de receptor zonder dat zij het androgene effect sorteren. De acetaatvorm grijpt tevens in de feedback; de productie van testosteron wordt geremd (Greenspan en Forshan, 1986). Met Androcur is het dus mogelijk om de spiegels van circulerend testosteron tot apert pathologische waarden te laten dalen, en in die zin is deze 'chemische castratie' wellicht totaler dan het daadwerkelijk verwijderen van de testikels. Maar ook bij lagere doseringen is enig effect al denkbaar via de remming op receptorniveau. Dat maakt selectief doseren mogelijk: het is misschien wel haalbaar om bij iedere man zo hoog te doseren dat hij totaal geen interesse meer voelt voor seks, maar ook met lagere doseringen zijn wellicht al effecten te bereiken.

We belanden hier overigens wel op het theoretisch lang niet volledig doorgronde gebied van de relatie tussen androgeen en seksueel gedrag; zo-

als gezegd wordt op dit terrein veel voor zeker aangenomen, zonder dat men de bewijzen kan tonen. Ter illustratie een onderzoek uit de dierethologie: Slob en Schenck vonden bij beermakaken dat doseringen van Androcur die leidden tot aanzienlijke reductie van hun testosteronspiegels (en tot aanzienlijke volumevermindering van hun testikels) het seksuele gedrag *positief* beïnvloedden en dat tevens het sociale gedrag ('vlooiën') toenam. De verklaring die zij voor dit wel zeer onverwachte resultaat geven is het directe effect dat Cyproteron-acetaat op het centrale zenuwstelsel zou kunnen hebben en dat omschreven kan worden als anxiolytisch. Kortom: Androcur is een anti-androgeen, maar daarmee is niet gezegd dat de effecten die tijdens Androcurtherapie gezien worden ook te maken hebben met het testosteronsysteem.

Of het effect van Androcur op seksuele delinquenten, al dan niet in combinatie met enige vorm van psychotherapie, op de lange duur nuttig zal blijken te zijn, en of dit effect dan als een 'chemische castratie' of dat dit middel als een bijzonder soort van tranquilizer moet worden beschouwd, is op dit moment nog niet goed te voorspellen. Voorzichtigheid is zeker geboden. Maar er zijn af en toe casuïstische mededelingen die wel frapperen, zoals die van Musaph (1982) over een patiënt die na drie jaar psycho-analyse voor zijn exhibitionisme wel veel inzicht, maar niet meer impulscontrole had opgedaan, en die na drie weken behandeling eindelijk kon stoppen met zijn compulsieve symptoom.

Zouden wij een even uitpuddend overzicht geven van wat er uit gedragswetenschappelijke hoek aan behandelingen voor de verschillende parafilieën bedacht en gepraktiseerd is, dan zou opvallen dat ook deze beroepsgroep zich met deze cliënten van zijn minder humane kant heeft laten zien. Ook bij sommige behaviouristen heeft een 'furor sanandi' toegeslagen waarbij het wel lijkt of het doel alle middelen heiligt. Om meneer W. een aversieve respons op zijn exhibitioneren aan te leren zou Serber (1970) bijvoorbeeld hem laten exhibitioneren voor een groep vrouwen, die door hun reactie zijn negatieve emoties (schaamte vooral) zouden pogen te versterken.

Electro-aversieve technieken en methoden waarbij de deviante 'arousal' gekoppeld wordt aan de braakreflex werden in al hun stuitendheid in beeld gebracht in 'A Clockwork Orange'. In Nederland hebben deze methoden nooit een hoge vlucht genomen. Ook in het psycho-analytisch denken over parafilieën is tegenwoordig gelukkig aandacht voor de vraag wat het nut en het doel van behandeling moeten zijn (Van Ulzen, 1987).

Want dat is natuurlijk de vraag waar het om gaat bij meneer W.: mag hij zijn genitaliën niet meer laten zien? Moet de travestiet leren om de kleren van zijn vrouw in de kast te laten hangen en zich te bepalen tot zijn eigen

pakken? Moeten mensen met bijzondere voorkeuren misschien liever 'gewone' heteroseksuele mensen worden met een permanente, liefst huwelijkse relatie . . . (enzovoorts). En wie bepaalt dat? De cliënt zelf, door nood gedwongen tot verandering, of de therapeut die zich realiseert dat zij/hij nooit neutraal of waarde vrij kan kiezen?

En welke methodieken voor behandeling zijn er? Tegenwoordig kiest men meestal voor multi-modale behandeling: een combinatie van bijv. sociotherapie, het aanleren van sociale vaardigheden, counseling, eventueel relatie- of sekstherapie (Arentewicz en Schorsch, 1980).

Soms wordt tijdelijke medicamenteuze ondersteuning geadviseerd (Bancroft, 1983, Money, 1987).

Conclusie

Nieuwe theorieën, diagnosemogelijkheden en behandelmogelijkheden ten spijt, worstelen veel behandelaars die geconsulteerd worden door mensen met bijzondere seksuele voorkeuren met de vraag: veranderen, kanaliseren of emanciperen. Het antwoord op deze vraag wordt o.i. eerder ingegeven door de persoonlijke smaak, ethiek en plaats in de maatschappij van de hulpverlener dan door diens beroep, of door de wensen en ideeën van de hulpvrager.

Literatuur

- Arentewicz, G. en E. Schorsch (1980). *Verhaltenstherapie sexueller Perversionen*. In: V. Sigusch (ed). *Therapie sexueller Störungen*. Stuttgart.
- Bancroft, J. (1983). *Human sexuality and its problems*. Churchill Livingstone, New York.
- Bartholomew, A. A. (1968). A long acting phenotiazine as a possible agent to control deviant sexual behaviour. *American Journal of Psychiatry*, 124: 917-923.
- D.S.M.-III-R in development*. 10.05.85. Workgroup to revise D.S.M., American Psychiatric Association.
- Frenken, J. (1984). Anders denken over 'afwijkend' seksueel gedrag. In: J. Frenken en J. Doomen (ed.). *Strafbare seksualiteit*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Greenspan, F. S. en P. H. Forsham (1986). *Basic and Clinical Endocrinology*, 2nd edition. Lange Medical Publications, Los Altos.
- Haayman, W. P., W. Storm van Leeuwen en C. W. M. van Veelen (1973). Behandeling van een patiënte met een ernstig dwangsyndroom met behulp van multifocal coagulatie in de witte stof van de frontale en cingulaire hersenschors. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 117: 1264-1270.
- Ten Have, H. A. M. J. (1979). Psychochirurgie - opvattingen van Egas Moniz. *Metamedica* 58: 254-260.
- Loo, E. van de (1986). *Psychologische aspecten van mannelijk genitaal exhibitioneergedrag*. Proefschrift Utrecht.

- Money, J. (1987). *Paraphilic lovemaps: the victims of pathology and their victims*. Voor- dracht op het 8e wereldcongres seksuologie te Heidelberg.
- Musaph, H. (1982). Seksuele problematiek in de algemene praktijk. In: *Symposium Andro- genen en anti-androgenen*. z. uitgever, z. plaats.
- O'Carroll, R. E. en J. Bancroft (1985). Androgen and aggression in man: a controlled case stu- dy. *Aggressive Behaviour*, 11: 1-7.
- Quinn, N. P., B. Toone, A. E. Lang, C. D. Marsden en J. D. Parkes (1983). Dopa dose- dependent sexual deviation. *British Journal of Psychiatry*, 142: 296-298.
- Schorsch, E. (1971). *Sexualstrafäter*. Thieme, Stuttgart.
- Schorsch, E. (1980). Ideologie, Kliniek, Kritik. In: V. Sigusch (ed.): *Therapie sexueller Stö- rungen*. Thieme, Hamburg.
- Serber, M. (1970). Shame aversion therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1: 213-215.
- Sigusch, V. (1979). Medizinische Experimente am Menschen. Das Beispiel Psychochirurgie. In: V. Sigusch (ed.) *Sexualität und Medizin*. Kiepenheuer & Witsch, Köln.
- Slob, A. K. en P. E. Schenck (1981). Chemical castration with Cyproterone Acetate (Andro- cur) and sexual behaviour in the laboratory-housed male stump-tailed Macaque (*Macaca arctoides*). *Physiology & Behavior*, 27: 629-636.
- Sterkmans, P. en F. Geerts (1966). Is Benperidol (RF504) the specific drug for the treatment of excessive and disinhibited sexual behaviour? *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*, 66: 1030-1040.
- Ulzen-Weldink, I. van (1987). Exhibitionisme en hulpverlening. In: M. Moors-Mommers (ed.): *Handboek seksuele hulpverlening*. Van Loghum Slaterus, Deventer.

Summary

Treatment of paraphilias: when, why, toward which purpose and how

The authors discuss the dilemmata in which the helping professional may find himself to be when he/she is considering the therapeutic possibilities of the man (occasionally the wo- man) referred to treatment for a sexual paraphilia. A review is presented of therapeutic goals, theories and methods concerning these conditions; the history of somatic-medical treat- ment is given special attention.