

DE COGNITIEF GEDRAGSTHERAPEUTISCHE BEHANDELING VAN PARAFILIEËN^o

D. van Beek*

Reeds een drietal decennia neemt in Noord Amerika de (cognitieve) gedragstherapie in de behandeling van parafilieën een prominente plaats in. In dit artikel wordt de ontwikkeling beschreven van deze (cognitief) gedragstherapeutische benadering. Binnen deze zienswijze spelen drie aspecten een doorslaggevende rol, te weten seksuele, sociale en cognitieve factoren.

Diagnostische- en behandelingsmethodieken welke op deze componenten zijn gericht komen in dit artikel aan de orde, evenals de problemen rond ontkenning en de risicotaxatie ten behoeve van de vraag ambulant of intramuraal behandelen. De (cognitief) gedragstherapeutische behandeling voor parafilieën blijkt effectief bij niet-strafbare parafilieën. Bij de strafbare parafilieën worden gunstige resultaten gemeld bij hetero- en homoseksuele pedoseksuelen, en zijn de resultaten bij exhibitionisten tegenstrijdig. De resultaten bij verkrachters met parafiele kenmerken zijn het minst gunstig te noemen.)

Sinds het begin van de jaren zestig (Freund, 1967) houden Noordamerikaanse gedragstherapeuten zich uitdrukkelijk bezig met de behandeling van parafilieën, en niet zonder succes (Maletzky, 1991; Marshall en Barbaree, 1990; Marshall et al., 1991). Aanvankelijk gingen zij uit van een monocausaal verklaringmodel: De parafiele seksuele preferentie is hét ware probleem en werd als zodanig dan ook met aversie therapie behandeld. In de loop der jaren is de zienswijze op parafilie complexer geworden. Ook sociale, relationele factoren zouden een belangrijke causale rol spelen in het parafiele gedrag zodat onder andere assertiviteits- en sociale vaardigheidstrainingen hun intrede doen in de behandeling. In de tachtiger jaren worden daar nog de cognitieve factoren aan toegevoegd en in het behandelingspakket opgenomen (Knopp, 1984; Laws, 1989; Maletzky, 1991; Marshall en Barbaree, 1984, 1990).

In dit artikel wordt de stand van zaken rond de cognitief gedragstherapeutische behandeling van parafilie beschreven, zoals die in de V.S. is ontwikkeld. Ten eerste zal aandacht worden geschonken aan het diagnostisch proces bij parafilie. Vervolgens zullen de meest gebruikte (cognitief) gedragstherapeutische methodieken worden besproken. Ook de behandelingseffectiviteit komt daarbij aan bod. Daarna wordt de Nederlandse situatie met betrekking tot de cognitief gedragstherapeutische benadering van parafilie belicht. Het artikel wordt met enkele algemene conclusies afgesloten.

Ondanks dat het gepast is onderscheid te maken tussen strafbare en niet strafbare parafilieën lijkt me dit voor dit artikel niet opportuun. In principe is de behandelingsopzet gelijk. Niet strafbare parafilieën onderscheiden zich slechts daarin van strafbare parafilieën dat er geen justitiële bemoeienis aanwezig is (er is geen probleem van psychologische of fysieke dwang), de aantallen in verhouding klein zijn, en er geen slachtoffers worden gemaakt of onaanvaardbare (morele) schade aan de maatschappij wordt gedaan met het specifieke parafiele gedrag. Mijns inziens

* Drs Daan van Beek, klinisch psycholoog-psychotherapeut, Dr. Henri van der Hoevenkliniek, Willem Dreeslaan 2, 3500 AD Utrecht.

^o Geaccepteerd voor publicatie 21 september 1993.

zouden deze parafilieën dan ook niet behandeld behoeven te worden, tenzij er sprake is van een egodystone situatie voor de dader. Het gegeven dat de meeste parafielen wél strafbaar gedrag vertonen heeft uiteraard juridische en psychologische gevolgen voor de dader en de therapeutische relatie, die hij zal aangaan.

Het diagnostisch proces

De primaire doelstelling van de behandeling is het voorkómen van recidive. Ten einde dit te bereiken moet er een aantal probleemgebieden worden behandeld, die worden verondersteld met het recidive risico samen te hangen. Ook al is er over deze veronderstelde samenhangen nog veel discussie gaande en ontbreekt nog veelal empirische toetsing (Earls en Quinsey, 1985; van Beek, 1989), toch is er bij de cognitief gedragstherapeutische klinici een tamelijk grote consensus over de behandelingsessentialia, waarover informatie ingewonnen dient te worden in het diagnostisch proces (Knopp, 1984). De belangrijkste vragen zijn:

1. *Hoe ziet de parafiele gedragsketen er uit?* Dit gebeurt aan de hand van het opstellen van een gedetailleerde beschrijving van het parafiel gedrag. Wanneer is het voor het eerst opgetreden? Wat is de aard en de frequentie ervan? Wat zijn de antecedente en opeenvolgende variabelen in de parafiele keten? Is er sprake van escalatie in het gebruik van geweld of andere riskante aspecten van het parafiele gedrag? Zijn er meerdere parafilieën? Wat zijn de seksuele fantasieën en masturbatiepraktijken rond het parafiele gedrag? Welke functies vervult het parafiele gedrag in het leven van de dader? Hoe ziet het plannen en de wijze van 'slachtoffer' zoeken er uit?
2. *Wat is de betekenis van de seksuele dimensie in het probleemgedrag?* Hier gaat het vooral over de seksuele preferentie, geoperationaliseerd in de parafiele seksuele opwinding. Maar er zijn ook andere belangrijke vragen: Hoe ziet de seksuele anamnese eruit? Is er sprake van traumatische seksuele ervaringen, in het bijzonder seksueel misbruik? Is de dader reeds op extreem vroege leeftijd geconfronteerd met bizarre pornografie? Is er sprake van seksuele dysfuncties? Kan en wil de patiënt consensuele seksuele relaties leggen? Wat is precies de seksuele functie van het parafiele gedrag?
3. *Wat is de betekenis van de sociaal-relatieve kant van het gedragsprobleem?* Het betreft bij deze vraag vooral assertieve en sociale vaardigheden. Kan iemand contact leggen en onderhouden met anderen? Is hij in staat tot empathie en intimiteit? Kan hij met (negatieve) emoties omweg? Bestaat er angst voor consensueel seksueel contact? Is hij vijandig ten opzichte van vrouwen, mannen of kinderen (McFall, 1990)?
4. *Welke rol spelen cognitieve vervormingen in het probleemgedrag?* Het gaat hierbij om ontkenningsgedrag en afschuiven van de verantwoordelijkheid voor het eigen gedrag, door die buiten zichzelf te plaatsen. Parafiel gedrag wordt nogal eens verontschuldigd: Het is wel verkeerd, maar het komt door zijn moeilijke jeugd, of de alcohol, of omdat een slachtoffer er om vroeg. Ook vijandige attitudes ten opzichte van vrouwen en idealiserende attitudes ten opzichte van kinderen kunnen het de dader makkelijker maken toe te geven aan zijn parafiele verlangens. Soms wordt het parafiele gedrag gerechtvaardigd: "Er is niks mis mee want het kind vond het prima", "zij vroeg er zelf om", of een man die zijn ontucht met een paard rechtvaardigde, zei: "Ik hou meer van dieren dan van mensen" (Pollock en Hashmall, 1991; Scully en Marolla, 1984). Uiteraard is er niets mis mee als iemand van paarden houdt. Maar er is wel een probleem, als dit leidt tot seksueel misbruik van het paard.
5. *Wat is de invloed van levensstijlproblemen op het probleemgedrag?* De centrale vraag is in wat voor levenscontext van de dader het parafiele gedrag kan gedijen. Dit kunnen factoren zijn

die het gedrag faciliteren, zoals alcoholmisbruik, impulsiviteit, een criminele levensstijl of verveling (Laws, 1989; Pithers et al., 1983; Marshall en Eccles, 1991).

Alvorens te bespreken met welke middelen de diagnostiek plaatvindt, wil ik stilstaan bij een wezenlijk probleem in de diagnostiek en behandeling van strafbare parafilieën: de ontkenning van het gedrag en/of de verantwoordelijkheid ervoor. De dader wordt meestal door een (justitiële) instantie of familie gestuurd, en ervaart meestal zelf zijn gedrag niet als problematisch. Dit stelt speciale eisen aan de relatie tussen therapeut en patiënt. Traditioneel gaan therapeuten uit van de ontwikkeling van een vertrouwensrelatie, waarin de dader uiteindelijk wel zijn ontkenningen zal durven opgeven. Helaas blijkt dit in veel gevallen bij parafilie niet op te gaan (Abel et al., 1986). De patiënt heeft zijn parafilie meestal een groot aantal jaren verborgen gehouden, en slaagt er meestal niet in uit zichzelf tot erkenning van de problematische aspecten van zijn parafiele verlangens te komen. Eerder zal hij proberen de therapeut tot een soort collusie met hem te verleiden. Derhalve is in de behandeling confrontatie met tegeninformatie, dat wil zeggen informatie uit andere bronnen dan de patiënt zelf, nodig en heeft de therapeut een open relatie tot de leefomgeving van de patiënt (bijvoorbeeld familie, reclassering, vrienden). De tegeninformatie kan onder andere bestaan uit plethysmografische informatie, maar ook voortkomen uit getuigenverklaringen, of uit verklaringen van zijn slachtoffers. In vele gevallen wordt groepsdruk aangewend om de patiënt te confronteren met zijn ontkenningen (Barbaree, 1991). De therapeut is sceptisch over wat de patiënt zegt, zonder afwijzend te zijn (Knopp, 1984). Naast deze confronterende houding en open relatie tot de omgeving is de directieve houding tot de dader een kenmerkend facet van de therapeutische relatie. Er wordt niet gewacht tot de dader een probleem presenteert, de therapeut brengt zelf de noodzakelijke onderwerpen in.

Het diagnostisch proces kan, afhankelijk van de materiële en fysieke mogelijkheden van de therapeut, zeer uitgebreid zijn (Groth, 1979; McGovern, 1991) of meer beperkt van aard (Marshall en Eccles, 1991). Er zijn een viertal diagnostische middelen beschikbaar: het klinisch interview, psychologische testen, de penisplethysmografie, en de psychiatrische diagnostiek. Een belangrijk aspect van het diagnostische proces is ook de indicatiestelling voor ambulante of intramurale behandeling.

Het klinisch interview

Samen met psychologische tests wordt het klinische interview het meest aangewend in het diagnostische proces. Helaas levert het vaak onbetrouwbare informatie op (Earls, 1992; McGovern, 1991). Zonder tegeninformatie, waarmee de patiënt met onjuistheden in zijn uitspraken kan worden geconfronteerd, is het gebruik ervan bij een ontkennende patiënt zinloos. De validiteit laat ook sterk te wensen over. Het oordeel van de interviewer wordt namelijk beïnvloed door bewuste of onbewuste herinneringsbeperkingen, door theoretische kleuring en interpersoonlijke variabelen zoals sympathie of antipathie (Earls, 1992).

Toch zijn de meeste klinici op dit beperkte instrument aangewezen. Vaak kan via een semigestructureerd interview systematischer de informatie worden verzameld over alle eerder genoemde thema's.

Psychologische tests

Veel van het voorafgaande geldt ook voor de psychometrische instrumenten, ook deze blinken uit door bescheiden betrouwbaarheid en validiteit. Over de meeste van de genoemde diagnostische thema's kan met vragenlijsten informatie over de patiënt worden ingewonnen (voor een gedegen overzicht: Hanson et al., 1991). De meeste lijsten zijn echter niet voor parafiele

populaties genormeerd. Gedragslijsten (bv. sociale vaardigheidslijsten), projectieve tests (Rorschach en T.A.T.) en persoonlijkheidslijsten (M.M.P.I.) zijn het meest in zwang.

De penisplethysmografie

Met de penisplethysmografie wordt bij de patiënt met behulp van een sensor om de penis vastgesteld op welke seksuele stimuli hij reageert met een erectie. Door de sterkte van die erecties te vergelijken met de daaraan verbonden stimuli kan informatie verkregen worden over de sterkte van zijn seksuele opwinding voor allerlei vormen van seksuele stimulatie. De aard van de aangeboden stimuli kan onder andere worden gevarieerd op geslacht (man-vrouw), leeftijd (jong-oud) en agressie (afwezig-aanwezig). Tevens kan de aanbiedingswijze gevarieerd worden: video, foto's, dia's of audiocassette (voor uitstekende technische en praktische overzichten: Farrall, 1992; Laws, 1983).

Deze methodiek levert mijns inziens zonder twijfel de betrouwbaarste en meest valide informatie over seksuele preferentiepatronen op die op dit moment voorhanden is in de diagnostiek van parafilieën. Desalniettemin moet benadrukt worden dat er nog veel vragen omtrent theoretische en praktische problemen op een antwoord wachten (Farrell, 1992; Salter, 1988; Simon en Schouten, 1991; Becker en Kaplan, 1990).

Wat is de bruikbaarheid van de penisplethysmografie voor de gedragstherapeutische behandeling van parafilieën (Salter, 1992; Abel et al., 1986)? Ten eerste kunnen individuen worden onderscheiden die excessieve seksuele opwinding vertonen op parafiele stimuli. Dat is van belang voor de gedragstherapeutische methodieken die gericht zijn op de vermindering van parafiele seksuele opwinding. Ten tweede kan worden vastgesteld of het de persoon ontbreekt aan nonparafiele seksuele opwinding, wat belangrijk is voor methodieken die erop gericht zijn nonparafiele seksuele opwinding te vergroten. Ten derde kan het de duur van ontkenning verkorten door confrontatie met de bevindingen van de penisplethysmografie. Ten vierde kan het een hulpmiddel zijn bij de evaluatie van bepaalde gedragstherapeutische methodieken. Is de parafiele seksuele opwinding minder geworden? Is nonparafiele seksuele opwinding toegenomen? Of is er verslechtering opgetreden? Ten vijfde is het ingebouwd in bepaalde gedragstherapeutische technieken, bijvoorbeeld biofeedback. Tenslotte kan het een belangrijke rol spelen in de prognostische evaluatie en risicoschatting.

De penisplethysmografie heeft ook beperkingen. Een belangrijke beperking is dat sommige patiënten kunnen voorwenden: zij onderdrukken hun parafiele seksuele opwinding of simuleren nonparafiele seksuele opwinding. Het is tevens van belang vast te stellen dat parafiele seksuele opwinding niet per sé hoeft te leiden tot parafiel gedrag en dat het ontbreken ervan géén garantie is voor de afwezigheid van parafiel gedrag. De resultaten van de procedure kunnen dus niet gebruikt worden om de vraag schuldig of onschuldig voor de rechtbank te beantwoorden (Salter, 1988). Een andere moeilijkheid vormt het gegeven dat niet in alle subcategorieën van parafiel gedrag, parafiele seksuele opwinding een belangrijke rol speelt in het verklaren van het parafiele gedrag (Marshall en Eccles, 1991). Marshall et al. (1989) vonden geen verschillen in seksuele opwindingspatronen tussen exhibitionisten en normalen. Bij verkrachters is de penisplethysmografie beperkt bruikbaar, daar de meeste van hen geen parafiele opwindingspatronen vertonen. Alleen de sadistische- en parafiele verkrachter vormen daarop een uitzondering (Blader en Marshall, 1989; Marshall en Eccles, 1991). Ook bij de pedoseksuelen moet goed worden gekeken naar de subpopulatie waarmee men werkt. Incestplegers zouden bijvoorbeeld duidelijk een minder parafiele seksuele opwinding hebben dan niet-familiaire pedoseksuelen (Barbaree en Marshall, 1989). In het geval van adolescente parafielen is het nut van de penisplethysmografie twijfelachtig.

Adolescenten neigen ertoe seksueel overal en extreem snel op te reageren. Bovendien houdt hun seksuele opwinding lang aan nadat de seksuele stimulus is weggenomen (Farrall, 1992).

Psychiatrische diagnostiek

De criteria voor parafilieën zoals omschreven in de DSM III-R zijn beperkt. Verkrachters met evidente parafiele kenmerken staan er niet in vermeld. Door het criterium parafiele seksuele opwinding valt een groot deel van de daders af, die naar het gedragscriterium er nu wel in thuishoren (Abel en Rouleau, 1990; Marshall en Eccles, 1991).

De meeste daders hebben geen psychiatrische stoornis buiten de psychoseksuele stoornis (Abel, 1986). Veel zeldzamer is het voorkomen van een psychotische stoornis (Abel et al., 1986; Rada, 1978).

Risico taxatie: ambulant versus intramuraal behandelen

Wat maakt de prognose voor een succesvolle behandeling ongunstig? Er bestaat meer kans op mislukken van de behandeling en recidive bij daders die niet bij hun slachtoffers wonen, meer slachtoffers hebben gemaakt, eerdere veroordelingen en/of behandelingen hebben gehad, meer parafilieën hebben, voor hen onbekende slachtoffers maken, geweld gebruiken, de delicten totaal ontkennen, de noodzaak tot behandeling ontkennen (vooral als de familie de ontkenning ruggesteunt), voor de aanvang van de behandeling een hoge parafiele- en een lage nonparafiele seksuele opwinding hebben, instabiliteit vertonen in werk en interpersoonlijke relaties. Naar type delict is de volgorde van het risico respectievelijk het hoogst bij, verkrachters, homo pedoseksuelen, hetero pedoseksuelen, incestplegers. Bij exhibitionisten worden soms een hoog risico gevonden door de één (Marshall et al., 1990) en een laag risico door de ander (Maletzky, 1991). Tevens kunnen de volgende factoren het risico vergroten: impulsiviteit, algehele criminaliteit, jonge leeftijd en alcoholmisbruik/verslaving (Prentky et al., 1994; Hall en Proctor, 1987; van Emmerik en Brouwers, 1989; McGrath, 1991; Gordon et al., 1991).

Ambulante behandeling kan meestal verantwoord worden gedaan bij niet-gewelddadige incestplegers of diegenen, waarbij het geheel van bovengenoemde factoren in zijn totaliteit het risico aanvaardbaar maken; bijvoorbeeld een heteroseksuele pedofiel, die sterk behandelingsgemotiveerd is, steun krijgt van zijn familie en maatschappelijk redelijk functioneert (Kuiper, 1987). Deze geschiktheid voor ambulante behandeling wordt meestal vastgesteld op grond van een klinische indruk.

Vanuit het diagnostisch proces dient naar voren te komen wat er bij een specifieke dader aan uniek geheel van de bovengenoemde factoren bestaat en waar in de behandeling het accent dient te worden gelegd. Helaas dicteren de beschikbare behandeltechnieken de inhoud van het behandelplan eerder dan de resultaten van het diagnostische proces. Bijna elke parafiel wordt bijvoorbeeld behandeld voor zijn parafiele seksuele opwinding ook al kan dit in een aantal gevallen volstrekt irrelevant zijn. Met andere woorden: er worden op een onverantwoorde wijze standaardpakketten toegepast en individuele verschillen worden daaraan opgeofferd.

Daarnaast wordt het diagnostische proces vaak gebruikt om uit te maken of iemand al of niet binnen een juridisch kader in aanmerking komt voor behandeling in plaats van het onaangename alternatief van een soms zeer lange gevangenisstraf. De vraag is dan eerder of een bepaalde dader past in het standaardpakket van een ambulante of intramurale hulpverleningsvoorziening.

De behandeling

In de loop der jaren heeft het behandelingsproces grote veranderingen ondergaan. Door het

complexer geworden verklaringsmodel is de unimethodische aanpak in een multimethodische veranderd (Knopp, 1984; Marshall en Barbaree, 1984, 1990). Ook wordt er steeds meer voor groepsbehandeling gekozen, omdat de klinische indruk bestaat dat dit effectiever is dan individuele behandeling. Daarnaast wordt het voor de hantering van ontkenning onmisbaar gevonden. De verschillende behandelmethodieken worden in de vorm van elkaar opvolgende modules met een sterk psycho-educatief karakter aangeboden (Abel et al., 1984; Knopp, 1984).

De seksuele component

In de zestiger en zeventiger jaren bestond er een monomane aandacht voor de parafiele seksuele opwinding. Die opwinding werd behandeld en daarmee zou hét probleem over zijn. Aanvankelijk gebeurde dat vrijwel uitsluitend met aversietherapie waarmee de seksuele opwinding voor parafiele stimuli werd uitgedoofd. Later werd dit met het 'aanleren' van nonparafiele seksuele opwinding gecompleteerd. De werkwijze was in principe eenvoudig. Volgens het klassieke conditioneringsparadigma moest de koppeling tussen de parafiele prikkel en parafiele seksuele opwinding worden doorbroken door aan die relatie aversieve stimuli te verbinden.

In deze jaren werd voor het verminderen van de parafiele seksuele opwinding een scala van technieken ontwikkeld. Ten eerste was er *de overte aversietherapie*: de parafiele seksuele opwinding werd in deze behandelvorm gekoppeld aan een aversieve stimulus, zijnde een stroomschok, een nare geur of smaak (Laws et al., 1978). In *de schaamte aversietherapie*, werd van de patiënt verwacht dat hij zijn parafiele gedrag voor een publiek toonde, dat hem uitlachte en vernederingen toeriep, de daaruit voortvloeiende gevoelens van schaamte en vernedering fungeerden als aversieve stimuli. In *masturbatie satiatetherapie* diende de patiënt eerst op een nonparafiele fantasie te masturberen tot een orgasme en vervolgens een uur lang parafiele fantasieën te bedenken zonder daarbij in staat te zijn tot orgasme, zodat het aversieve, en vervelende kenmerken kreeg. Met de *plethysmografische biofeedback* werd de patiënt opgedragen zich te oefenen in het verminderen van zijn parafiele seksuele opwinding met behulp van directe feedback van de plethysmograaf. Tenslotte was er *de (ondersteunende) coverte sensitisatie techniek*, een coverte aversietherapievorm, waarin de patiënt in de keten van zijn parafiele cyclus ingreep door zich daarin, met behulp van zijn therapeut, aversieve stimuli voor te stellen.

In eerste instantie was er veel enthousiasme voor de overte technieken (Brownell en Barlow, 1980; Grossman, 1985; Maletzky, 1991). Er bleken echter belangrijke nadelen en beperkingen aan te zitten. De lange termijn effecten vielen tegen. Door het onaangename karakter van de behandeling bleek de motivatie voor deze techniek bij de patiënten gering en daarmee de dropout hoog (Langevin et al., 1988). Therapeuten wezen erop dat de toediening van aversieve prikkels leidde tot negatieve effecten op de therapeutische relatie. Voorts zou de techniek bij sommige mensen hun negatieve zelfbeeld verder versterken. Gelukkig kwamen er ook minder indringende technieken ter beschikking. De therapeuten werden op ethische en praktische gronden minder gemotiveerd, om deze aversie-technieken toe te passen. Aan het eind van de jaren zestig werden de overte technieken dan ook vervangen door aversieve verbeeldingstechnieken (= coverte technieken). Vooral coverte sensitisatie werd een populair alternatief.

Casus (I)

De heer P., 19 jaar oud, exhibiteert 2 tot 3 keer per week, gedurende een periode van 2 jaar. Na zijn arrestatie is hij in ambulante behandeling. Zijn exhibitieneer-patroon ziet er als volgt uit. Hij voelt zich alleen en door iedereen verlaten, weet met zichzelf geen raad, verveelt zich en denkt: "Laat ik een stukje gaan lopen". Als hij in de buurt van een park komt, denkt hij voor het eerst bewust aan de mogelijkheid om te gaan exhibitioneren. Hij stelt zich verdekt op en wacht op een mogelijk slachtoffer. Hij voelt zich gespannen en angstig. Hij denkt over de reactie van zijn slachtoffer, zal ze hem vragen met haar mee te gaan? Hij krijgt een

erectie. Er komt een jonge vrouw aan. Hij toont zijn stijve penis, de vrouw loopt hard weg. Hij voelt zich teleurgesteld en gaat weer snel naar huis.

Aan de hand van dit patroon wordt met de heer P. een gesteunde coverte sensitivatie procedure gedaan. De therapeut vraagt de heer P. zich de situatie zoals beschreven, voor te stellen. Op verschillende momenten van de keten, van het begin naar het eind, wordt de keten onderbroken door aversieve gedachten die de therapeut met de heer P. heeft opgesteld.

T.: Stel je voor: Je staat daar in de bosjes, je wacht op je slachtoffer. Plotseling wordt je door drie jongens aangevallen en in elkaar geslagen, terwijl ze roepen smerige potloodventer, voel de klappen, hoor hun vernederingen ... Je zegt tegen jezelf dat nooit meer, dit nooit meer. Elke scene uit de keten kan zo stuk voor stuk met de door de patiënt opgestelde aversiescenes worden doorgewerkt.

Eén van de veronderstelde redenen van het beperkte succes van de aversietherapieën was het ontbreken van een alternatief na de extinctie. Het bleek dat extinctie of onderdrukking niet automatisch leidde tot nonparafiele seksuele opwinding. Vanuit die bevindingen werden een aantal herconditioneringstechnieken ontwikkeld, die de nonparafiele seksuele opwinding zouden moeten ontwikkelen of versterken.

Een aantal voorbeelden daarvan zijn: *orgastische herconditionering*, waarin het de bedoeling was dat de patiënt masturbeerde op een parafiele fantasie tot het punt van orgasme, maar vlak voor de ejaculatie die fantasie verwisselde voor een nonparafiele fantasie. Gecombineerd met een *fading techniek* werd de nonparafiele fantasie steeds wat eerder in de parafiele fantasie opgenomen, tot dat die geheel de plaats ervan had ingenomen. Bij *systematische desensitatie* werd gewerkt met een hiërarchie van angstwekkende seksuele stimuli. Bij *plethysmografische biofeedback* werd de patiënt verzocht zijn nonparafiele seksuele opwinding te verhogen met behulp van directe feedback van de plethysmograaf. Werde de patiënt verzocht uitsluitend gedurende een bepaalde periode op nonparafiele fantasieën te masturberen dan spraken we van *geleide masturbatie*. Het expliciet blootstellen aan nonparafiele stimuli werd gedaan met *blootstellingstechnieken*. Ten slotte werd met *'aversion relief'* de patiënt door middel van een nonparafiele stimulus de mogelijkheid geboden om uit een aversieve situatie te ontsnappen.

In een recent overzicht komen Laws en Marshall (1991) tot de conclusie dat er voor de klinische effectiviteit van dergelijke technieken vooralsnog geen empirische evidentie is. Voor een belangrijk deel is dit te wijten aan het ontbreken van gecontroleerde groepsstudies. Daarbij komt dat de meeste technieken in combinatie met elkaar werden toegepast en er geen gestandaardiseerde toepassingswijze van de technieken bestaat. Zij concluderen voorzichtig dat een combinatie van geleide masturbatie en satiatie enige belofte inhoud. Het nut van orgastische herconditionering daarentegen vindt nauwelijks enige empirische ondersteuning.

Casus (II)

De heer L., 23 jaar oud, heeft sedert zijn veertiende jaar een duidelijk pedoseksuele voorkeur voor jongens. Vanaf die leeftijd heeft hij minstens 50 voor hem onbekende jongetjes van 6 tot 11 jaar aangerand, hun billen betast en hun piemelje gepijpt. Gedurende zijn intramurale behandeling stelt zijn therapeut voor binnen het gehele behandelprogramma over te gaan tot het gebruik van geleide masturbatie. Bij deze techniek wordt de patiënt verzocht gedurende twee weken uitsluitend te masturberen op jongens vanaf de leeftijd van 14 jaar. Hoe hoger hij de leeftijd kan krijgen, hoe gunstiger dat wordt geoordeeld. Patiënt slaagt erin deze taak te vervullen en rapporteert een duidelijke toename van het masturberen op fantasieën van oudere jongens en een afname in masturberen op jonge jongens.

In de huidige breedspectrum programma's is bijna altijd een combinatie te vinden van technieken die de parafiele seksuele opwinding verminderen en de nonparafiele vergroten. Voor veel Noord Amerikaanse therapeuten blijven deze aspecten van het probleemgedrag de centrale plaats behouden, die zij sinds de jaren zestig hebben (Maletzky, 1991).

Andere aspecten van de seksuele component van het gedrag verwierven geleidelijk aan een

plaats in het totale behandelpakket. Er wordt nu seksuele voorlichting gegeven en aandacht geschonken aan seksueel misbruik, waarvan de patiënt zelf slachtoffer is geworden. In voorkomende gevallen worden ook seksuele dysfuncties behandeld.

De sociaal relationele component

Barlow (1973) merkte reeds in de jaren zeventig op dat het gelijkschakelen van parafilie met parafiele seksuele opwinding een te beperkte opvatting is. Hij pleitte voor een breedspectrum behandeling waarin sociale vaardigheden en genderrol problemen een plaats konden krijgen. Aldus komt het sociale aspect van het probleem in de focus van de belangstelling. Men kan denken dat het ontbreken van sociale vaardigheden of sociale angst het de betrokkenen onmogelijk maakt op sociaal aanvaardbare wijze (seksuele) contacten te leggen. De parafilie wordt vanuit die zienswijze opgevat als een vorm van copinggedrag voor dit sociale probleem. Sindsdien zijn vaardigheidstrainingen als assertiviteit, sociale vaardigheden, en trainingen in agressiehantering, angstreductie, communicatie en empathie opgenomen in de behandelingsprogramma's (Becker et al., 1978; Rosen en Frachrer, 1983; Segal en Marshall, 1985; McFall, 1990; Valliant en Antonowicz, 1992).

In de huidige programma's is deze behandelcomponent thans volledig ingeburgerd. Net als bij de eerder besproken behandeltechnieken is over de relevantie en de effectiviteit ervan het laatste woord nog niet gesproken. McFall (1990) laat zich kritisch uit over de wijze waarop sociale vaardigheidstrainingen, zonder een adequate conceptualisatie van het begrip, door therapeuten worden toegepast. Hij stelt een informatieverwerkingsmodel voor, waarin een drietal beslissingsstadia zijn te onderscheiden die elk hun eigen vaardigheidsaspecten hebben. Er zijn decoderingsvaardigheden (= observatie en interpretatie vaardigheden), beslissingsvaardigheden, (= afwegingsvaardigheden, inschatting van positieve en negatieve effecten van gedrag) en ten slotte de uitvoeringsvaardigheden (= hoe het gedrag adequaat uit te voeren). In de gangbare sociale vaardigheidstrainingen wordt er volgens hem te weinig aandacht besteed aan de eerste twee componenten.

De cognitieve component

In de jaren tachtig gaan de cognitieve factoren een steeds prominentere rol spelen. Het idee is dat attitudes en ontkenning een rol spelen in het faciliteren van parafiel gedrag. Cognitieve herstructurering, zelfcontrole procedures en terugvalpreventie doen hun intrede in het reeds rijkgeschakeerde behandelaanbod.

Vooraf het terugvalpreventiemodel, dat eerder succesvol is toegepast op alcoholverslaafden en in het begin van de jaren tachtig in de behandeling van parafilieën is geïntroduceerd, is zeer populair geworden (Pithers et al., 1983; Laws, 1989; Rosen en Hall, 1992). In dit model wordt uitgegaan van de gedachte dat een parafiel een reeks van beslissingen neemt, die uiteindelijk leiden tot de terugval, dat is het opnieuw vertonen van parafiel gedrag. Hij is zich van die keuzes niet altijd meer volledig bewust. Door het beslissingsproces in stukjes te verdelen kan hij er weer greep op krijgen. In de behandeling leert hij herkennen in welke situaties hij nog geen adequate beslissingen neemt of kan nemen door gebrek aan alternatieven. In de behandeling wordt hem geleerd adequatere beslissingen te nemen.

Hoe verloopt het typische terugvalproces? Aan de hand van een voorbeeld kan dat worden geïllustreerd:

Casus (III)

De heer W. is 3 jaar in behandeling geweest voor het seksueel benaderen van 8-jarige jongetjes. Hij voelt

zich goed en is er van overtuigd dat er niks meer mis kan gaan. Hij heeft zich voorgenomen nooit meer kinderen seksueel te benaderen en voelt zich in staat om zich aan die afspraak te houden (fase 1 = de patiënt is vol zelfvertrouwen dat hij zijn parafiele gedrag onder controle heeft). Na zes maanden merkt W. dat het nog niet zo eenvoudig is om werk te vinden. Het alleen wonen valt hem tegen. De sportclub waarop hij zat heeft hij opgezegd. Hij heeft er geen geld meer voor en hij kan het niet goed vinden met de trainer. W. is ontevreden. Het leven valt tegen (fase 2 = de patiënt heeft tegenslag, ondervindt spanningen en onvrede). Af en toe besluit W. de gedachte dat hij zich ook wel eens goed zou willen voelen en dat gevoel groeit (fase 3 = door onvrede wordt het verlangen naar onmiddellijke bevrediging cq. de opheffing van negatief gevoel aangewakkerd). Zonder zich daar bewust van te zijn wandelt hij wat vaker langs speelplaatsen en schoolpleinen en gaat hij af en toe zwemmen. Hij moet toch wat te doen hebben (fase 4 = schijnbaar onbelangrijke beslissingen brengen W. steeds meer in de richting van een situatie waarin hij zijn gevoel van controle kan gaan verliezen). W. gaat zich in toenemende mate ongelukkig en depressief voelen (fase 5 = hoge risico situaties zijn situaties waarin er ernstig risico ontstaat dat W zijn gevoel van controle gaat verliezen). Hij ziet geen kans zijn leven een andere koers te geven. Hij gaat steeds vaker aan kinderen denken en staat zich toe één kinderpornoboekje te kopen en op de plaatjes te masturberen (fase 6 = een zogenaamde lapse, een bijna terugval in het parafiele gedrag). W. voelt zich enerzijds een slappeling die zich niet tegen zijn verlangens kan verzetten en anderzijds merkt hij hoe fijn het is om seksueel opgewonden te raken over kinderen. Ik ben nu eenmaal een pedofiel is zijn conclusie (fase 7 = het onthoudings overtredingseffect bepaalt tenslotte of een lapse zal uitdraaien op een relapse, het betreft vooral de attributies die W. aan terugval verbindt en of deze attributies W. cognitief 'prepareren' op een terugval of niet). De balans slaat door en W. geeft toe aan zijn verlangen; hij fantaseert over mogelijkheden om een kind seksueel te benaderen, en besluit tenslotte om een buurjongetje te pakken (= relapse).

Terugvalpreventie is typisch gericht op behoud van zelfcontrole over de neiging aan parafiel verlangen toe te geven. Het is daarbij van belang dat de patiënt leert zichzelf realistische doelen in de behandeling te stellen. 'Geen genezing maar (zelf)controle', zijn bewustzijn van terugvalrisico's vergroot en zijn vaardigheden om met risicosituaties om te gaan uitbreidt. In geval van beperkte mogelijkheden tot het leren van zelfcontrole zal de patiënt moeten leren aanvaarden dat deze controle van buitenaf zal moeten plaatsvinden, bijvoorbeeld door de reclassering, familie of therapeut (Hildebrand en Pithers, 1992).

Evaluatie van cognitief gedragstherapeutische programma's

Het vaststellen van de effectiviteit van behandelprogramma's is een moeilijke methodologische kwestie. Het criterium, geen recidive, lijkt eenvoudig, maar is bijzonder moeilijk om vast te stellen (Soothill en Gibbens, 1978; Groth et al., 1982; Furby et al., 1989). Zo bestaan er verschillen in de duur van de follow up, de aard van de populatie en de aard van de behandelprogramma's. Ondanks al deze problemen en beperkingen tekent zich een hoopgevend beeld af. Marshall's groep komt op basis van een vergelijking van de empirische effectiviteit van behandelprogramma's tot de volgende conclusie: in vergelijking met niet behandelde ouders reduceren cognitief gedragstherapeutische breedspectrum behandelingen het recidive significant. Belangrijk blijkt het echter om onderscheid te maken tussen subpopulaties. De geboden programma's blijken het meest effectief voor pedoseksuele ouders. Bij exhibitionisten is de effectiviteit toegenomen, nadat de sociale component in de behandeling is versterkt en de nadruk op parafiele seksuele opwinding verkleind. Voor de pedoseksuele ouders geldt dat ze meer recidiveren naarmate ze jonger zijn en vaker tot genitaal contact met hun slachtoffer zijn overgegaan. De incestplegers recidiveren het minst. Verkrachters blijken het minst te profiteren van de huidige behandeling (Marshall en Barbaree, 1988; Marshall et al., 1991; Marshall en Eccles, 1991; Marshall en Barbaree, 1990; Maletzky, 1991).

Maletzky (1991) behandelde ongeveer 5000 parafilieën in de periode 1971-1990 met een breedspectrum programma. Hij rapporteert zeer lage recidive cijfers (71-100% succes voor uiteenlopende parafilieën). Ook hij komt met verschillende resultaten bij verschillende parafilieën.

Hij behaalt de ongunstigste resultaten bij daders met meerdere parafilieën (71%), en verkrachters (73%) en de beste bij zoofilieën (100%), hetero pedoseksuelen (94%) en exhibitionisten (93%). Het betreft hier wel een voornamelijk ambulante programma en de selectie van de daders is streng (de daders zijn redelijk opgeleid, sociale relaties zijn aanwezig, men heeft meestal een werkkring en geen psychiatrisch of crimineel verleden), waardoor de cijfers zeker niet representatief zijn. Ook Maletzky stelt vast dat het resultaat van de behandeling toeneemt door bepaalde subpopulaties op maat gesneden behandelcomponenten aan te bieden. Bij verkrachters blijkt agressiehantering en empathietraining het effect van de behandeling te vergroten, terwijl bij homoseksuele pedofielen dit effect ook optreedt als de behandeling van de parafiele seksuele opwinding langer wordt voortgezet dan bijvoorbeeld bij de heteroseksuele pedofielen.

De cognitief gedragstherapeutische benadering in Nederland

Voordat ik dit artikel met enige algemene conclusies afsluit, wil ik de Nederlandse situatie ten aanzien van de cognitief gedragstherapeutische behandeling van parafilieën kort schetsen. In vergelijking tot de situatie in Noord Amerika is de invloed van de cognitief gedragstherapeutische optiek bescheiden. Wel is er een toenemende belangstelling merkbaar om cognitief gedragstherapeutische methodieken te implementeren in gangbare behandelmethodieken in ambulante en intramurale settings (van Beek, 1989; van Beek en Mulder, 1991, 1992; Bruinsma, 1991; Dejonckheere, 1992; Frenken, 1989; Frenken en van Stolk, 1990; Frenken et al., 1994; van de Loo, 1988). Deze toepassing betreft intramuraal vooral de agressieve seksuele delinquenten en ambulante incestplegers en exhibitionisten. De effectiviteit is nog niet systematisch onderzocht. Van de relatief onschuldige parafilieën is nauwelijks iets bekend. Een enkele casuïstische publicatie, zoals de beschrijving van de behandeling van de man met een voorliefde voor koeien (Van Wijk, 1990) wijst op de succesvolle toepassing van de cognitief gedragstherapeutische technieken. Van de Loo (1988) paste bij exhibitionisten succesvol onder andere gesteunde coverte sensitivatie toe. De toepassing van overte aversie therapieën wordt door behandelaars afgewezen, evenals het gebruik van de penisplethysmografie. Emotionele discussies vertroebelen een rationele afweging van het voor en tegen van dit instrument.

Vanwaar dit grote verschil met Noord Amerika? Het is mogelijk dat het medisch psychiatrisch denken over parafilieën daaraan debet is (Van de Putte, 1992), waarbij verondersteld wordt dat het symptomatische parafiele gedrag, op straffe van substituuat gedrag, niet behandeld mag worden. Het seksueel liberale klimaat in Nederland van de jaren zestig, wat een tolerante houding met zich meebracht ten aanzien van parafiele seksuele praktijken en de behandeling ervan maatschappelijk minder gewenst maakte, zou een andere reden voor dit verschil kunnen zijn. In geval van egodystoon parafiel gedrag werd in die tijd eerder een behandeling geboden, die gericht was op de acceptatie van het gedrag dan op verandering ervan (Van Naerssen, 1984).

Enkele algemene conclusies

Dat cognitief gedragstherapeutische programma's toekomst hebben lijkt een uitgemaakte zaak; ze zijn immers empirisch effectief. Dat het door verdere differentiatie van subpopulaties en meer maatwerk in het behandelaanbod nog effectiever kan, lijkt eveneens zonder twijfel. De vraag hoe het komt dat het werkt, en de vraag naar de etiologie zal waarschijnlijk een langere tijd vergen om te beantwoorden. Het is tamelijk droevig gesteld met de theorievorming over parafilieën, alsook met de empirische toetsing ervan. De verwachting is dat de rol van de parafiele seksuele

opwinding aan belang zal inboeten en dat cognitieve en relationele processen aan gewicht zullen winnen in de theoretische conceptualisatie van parafilieën (Marshall, 1989). Belangrijk voor de nabije toekomst is de standaardisering van de technieken en een preciezere selectie van subpopulaties. Last but not least dient de functionele analyse in ere te worden hersteld en niet te snel naar standaard programma's voor alle parafilieën te worden gegrepen, maar dient er maatwerk te worden geleverd.

Summary

The cognitive behavioural treatment of paraphilias

For about three decades (cognitive) behavioural therapy holds a prominent position in the treatment of paraphilias in the U.S.A. In this article the development of this cognitive behavioural approach is described. Within this view three major components can be distinguished, namely sexual, social and cognitive factors. Diagnostic and treatment methods to address these components are described, as well as the problem of denial and risk assessment to answer the question of intramural versus extramural treatment. This approach appears to be effective for nonpunishable paraphilias. For punishable paraphilias the results are favourable for hetero- and homo childmolesters, but for exhibitionists they are contradictory. For rapists with paraphilic characteristics the treatment results are least favourable.

Literatuur

- Abel, G.G., J.V. Becker, J. Cunningham-Rathner, J.L. Rouleau, M. Kaplan en J. Reich (1984). *The treatment of child molesters; manual*. Emory University, Atlanta.
- Abel, G.G., J.L. Rouleau en J. Cunningham-Rathner (1986). Sexually aggressive behavior. In: W.J. Curran, A.L. McGarry en S.A. Shah (eds.). *Forensic psychiatry and psychology: perspectives and standards for interdisciplinary practice*. Philadelphia.
- Abel, G.G. en J.L. Rouleau (1990). The nature and extent of sexual assault. In: W.L. Marshall, D.R. Laws en H.E. Barbaree (eds.): *Handbook of sexual assault: issues, theories, and treatment of the offender*. Plenum Press, New York.
- Barbaree, H.E. en W.L. Marshall (1989). Erectile responses among heterosexual child molesters, father-daughter incest offenders, and matched non-offenders: five distinct age preference profiles. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 21: 70-82.
- Barbaree, H.E. (1991). Denial and minimization among sex offenders: assessment and treatment outcome. *Forum on Corrections research*, 3: 30-33.
- Barlow, D.H. (1973). Increasing heterosexual responsiveness in the treatment of sexual deviation: a review of the clinical and experimental evidence. *Behavior Therapy*, 4: 655-671.
- Becker, J.V., G.G. Abel, E.B. Blanchard, W.D. Blanchard, W.D. Murphy en E. Coleman (1978). Evaluating social skills of sexual aggressives. *Criminal Justice and Behavior*, 5: 357-367.
- Becker, J.V. en M.S. Kaplan (1990). Assessment of the adult sex offender. *Advances in Psychological Assessment*, 7: 261-283.
- Beek, D.J. van (1989). Gedragstherapie en verkrachting. *Justitiële verkenningen*, 15: 63-75.
- Beek, D.J. van, en J.R. Mulder (1991). De plaats van het delictscenario in de behandeling van seksueel agressieve delinquenten. *Directieve Therapie*, 11: 4-18.
- Beek, D.J. van, en J.R. Mulder (1992). Ervaringen met het opstellen van het delictscenario bij seksueel agressieve delinquenten. *Directieve Therapie*, 12: 347-360.
- Blader, J.C. en W.L. Marshall (1984). The relationship between cognitive and erectile measures of sexual arousal in non-rapist males as a function of depicted aggression. *Behaviour Research and Therapy*, 22: 623-630.
- Brownell, K.D. en D.H. Barlow (1980). The behavioral treatment of sexual deviation. In: E. Foa, en A. Goldstein (eds.): *The handbook of behavioral interventions*. Wiley, New York.
- Bruinsma, F. (1991). De jeugdige zedendelinquent: diagnostiek op het politiebureau. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 46: 623-634.
- Dejonckheere, C. (1992). Exhibitionisme: Literatuuroverzicht en illustratieve casus. *Gedragstherapie*, 25: 223-238.
- Earls, C.M. en V.L. Quinsey (1985). What is to be done? Future research on the assessment and behavioral treatment of sex offenders. *Behavioral Sciences and the Law*, 3: 377-390.
- Earls, C.M. (1992). Clinical issues in the psychological assessment of child molesters. In: W. O'Donohue,

- en J.H. Geer (eds.): *The sexual abuse of children: clinical issues; vol. 2*. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale.
- Emmerik, J.L. van, en M. Brouwers (1990). Ter beschikking gestelde seksuele delinquenten, II: Delictgevaarlijkheid, diagnostische kenmerken, behandelingsvooruitzichten en recidive tijdens de ten uitvoerlegging. *Tijdschrift voor Criminologie*, 32: 190-211.
- Farrall, W.R. (1992). Instrumentation and methodological issues in the assessment of sexual arousal. In: W. O'Donohue, en J.H. Geer (eds.): *The sexual abuse of children: clinical issues; vol. 2*. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale.
- Frenken, J. (1989). Opgelegde behandeling van incestplegers: een vijf-fasen model. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 44: 759-773.
- Frenken, J. en B. Stolk (1990). *Behandeling van incestplegers; een model voor behandeling in justitieel kader*. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten.
- Frenken, J., L. Gijs en D.J. van Beek (1994). Sex offending in the Netherlands: Incidence, characteristics and treatment of the offender. In: J. Gunn, en D. Grubin (eds.): *Sex Offending in Europe*. Cambridge University Press, Cambridge (in druk).
- Freund, K. (1967). Erotic preference in pedophilia. *Behaviour Research and Therapy*, 5: 339-348.
- Furby, L., M.R. Weinrott en L. Blackshaw (1989). Sex offender recidivism: a review. *Psychological Bulletin*, 105: 3-30.
- Gordon, A., R. Holten en T. Leis (1991). Managing and treating sex offenders: matching risk and needs with programming. *Journal on Corrections research*, 3: 7-11.
- Grossman, L.S. (1985). Research directions in the evaluation and treatment of sex offenders: an analysis. *Behavioral Sciences and the Law*, 3: 421-440.
- Groth, A.N. en H.J. Birnbaum (1979). *Men who rape; the psychology of the offender*. Plenum Press, New York.
- Groth, A.N., R.E. Longo en J.B. McFadin (1982). Undetected recidivism among rapists and child molesters. *Crime and Delinquency*, 450-458.
- Hall, G.C.N. en W.C. Proctor (1987). Criminological predictors of recidivism in a sexual offender population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55: 111-112.
- Hanson, R.K., B. Cox en C. Wozzycyna (1991). Sexuality, personality and attitude questionnaires for sexual offenders: A review. Uitgave: *Corrections branch and Ministry of the solicitor general of Canada*.
- Hildebran, D.D. en W.D. Pithers (1992). Relapse prevention: application and outcome. In: W. O'Donohue en J.H. Geer (eds.): *The sexual abuse of children: clinical issues; vol. 2*. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale.
- Knopp, F.H. (1984). *Retraining adult sex offenders: methods and models*. Safer Society Press, Orwell.
- Kuiper, A.J. (1987). *Nemen van verantwoordelijkheid; een onderzoek naar mogelijkheden en beperkingen van ambulante hulpverlening aan plegers van seksueel geweld*. Rutgers Stichting, 's-Gravenhage.
- Langevin, R., P. Wright en L. Handy (1988). What treatment do sex offenders want? *Annals of Sex Research*, 1: 363-385.
- Laws, D.R. (ed.) (1989). *Relapse prevention with sex offenders*. Guilford Press, New York.
- Laws, D.R. en W.L. Marshall (1991). Masturbatory reconditioning with sexual deviates: an evaluative review. *Advances in Behavior Research and Therapy*, 13: 13-25.
- Laws, D.R., J. Meyer en M.L. Holmen (1978). Reduction of sadistic sexual arousal by olfactory aversion: a case study. *Behaviour Research and Therapy*, 16: 281-285.
- Laws, D.R. en C.A. Osborn (1983). How to build and operate a behavioral laboratory to evaluate and treat sexual deviance. In: J.G. Greer en I.R. Stuart (eds.). *The sexual aggressor*. Van Nostrand Reinhold, New York.
- Loo, E. van de (1988). Psychologische hulpverlening aan exhibitionisten. In: M. Moors-Mommers, e.a. (red.). *Handboek Seksuele Hulpverlening*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- McFall, R.M. (1990). The enhancement of social skills; an information-processing analysis. In: W.L. Marshall, D.R. Laws en H.E. Barbaree (eds.). *Handbook of sexual assault: issues, theories, and treatment of the offender*. Plenum Press, New York.
- McGovern, K.B. (1991). The assessment of sexual offenders. In: B.M. Maletzky, (ed.). *Treating the sexual offender*. Sage, Newbury Park.
- McGrath, R.J. (1991). Sex-offenders risk assessment and disposition planning: a review of empirical and clinical findings. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 35: 328-350.
- Maletzky, B.M. (1991). *Treating the sexual offender*. Sage, Newbury Park.
- Marshall, W.L. (1989). Intimacy, loneliness and sexual offenders. *Behaviour Research and Therapy*, 27: 491-503.
- Marshall, W.L. en H.E. Barbaree (1984). A behavioral view of rape. *International Journal of Law and*

- Psychiatry*, 7: 51-77.
- Marshall, W.L. en H.E. Barbaree (1988). The long-term evaluation of a behavioral treatment program for child molesters. *Behaviour Research and Therapy*, 26: 499-511.
- Marshall, W.L. en H.E. Barbaree (1990). Outcome of comprehensive cognitive-behavioral treatment programs. In: W.L. Marshall, D.R. Laws en H.E. Barbaree (eds.). *Handbook of sexual assault: issues, theories, and treatment of the offender*. Plenum Press, New York.
- Marshall, W.L. en A. Eccles (1991). Issues in clinical practice with sex offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 6: 68-93.
- Marshall, W.L., R. Jones, T. Ward, P. Johnston en H.E. Barbaree (1991). Treatment outcome with sex offenders. *Clinical Psychology Review*, 11: 465-485.
- Naerssen, A.X. van (1984). Ervaringen in de hulpverlening aan pedofielen. In: J. Frenken en J. Doomen (eds.). *Strafbare seksualiteit*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Pithers, W.D., J. Marques, C.C. Gibat en G.A. Marlatt (1983). Relapse prevention with sexual aggressives: a self-control model of treatment and maintenance of change. In: J.G. Greer en I.R. Stuart (eds.). *The sexual aggressor*. Van Nostrand Reinhold, New York.
- Pollock, N.L. en J.M. Hashmall (1991). The excuses of child molesters. *Behavioral Sciences and the Law*, 9: 53-59.
- Prentky, R.A., R.A. Knight, A.F.S. Lee en D.D. Cerce (1994). Impulsivity as a typological discriminator for recidivism among rapists, in druk.
- Rada, R.T. (1978). *Clinical aspects of the rapist*. Grune and Stratton, New York.
- Rosen, R.C. en J.C. Fracher (1983). Tension-reduction training in the treatment of compulsive sex offenders. In: J.G. Greer en I.R. Stuart (eds.). *The sexual aggressor*. Van Nostrand Reinhold, New York.
- Rosen, R.C. en K.S.K. Hall (1992). Behavioral treatment approaches for offenders and victims. In: W. O'Donohue en J.H. Geer (eds.). *The sexual abuse of children: clinical issues; vol. 2*. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale.
- Salter, A.C. (1988). *Treating child sex offenders and victims; a practical guide*. Sage, Newbury Park.
- Salter, A.C. (1992). Epidemiology of child sexual abuse. In: W. O'Donohue en J.H. Geer (eds.). *The sexual abuse of children: theory and research; vol. 1*. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale.
- Scully, D. en J. Marolla (1984). Convicted rapists' vocabulary of motive: excuses and justifications. *Social Problems*, 31: 530-543.
- Segal, Z.V. en W.L. Marshall (1985). Heterosexual social skills in a population of rapists and child molesters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53: 55-63.
- Simon, V.T. en P.G.W. Schouten (1991). Plethysmography in the assessment of sexual deviance: An overview. *Archives of Sexual Behavior*, 20: 75-91.
- Soothill, K.L. en T.C.N. Gibbens (1978). Recidivism of sexual offenders: a re-appraisal. *British Journal of Criminology*, 18: 267-276.
- Valliant, P.M. en D.H. Antonowicz (1992). Rapists, incest offenders and child molesters in treatment: cognitive and social skills training. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 36: 221-230.
- Wijk, K. van (1990). De behandeling van een man met seksuele belangstelling voor koeien. *Direktieve Therapie*, 10: 85-90.