

Seksverslaving: Een klinische observatie

Koen Baeten

Hoger Instituut Gezinswetenschappen, Brussel; Universiteit Hasselt; Vrije Universiteit Brussel

Samenvatting

In de praktijk lijkt het alsof wij steeds vaker geconfronteerd worden met patiënten die lijden aan nieuwe symptomen die wij onder de noemer ‘seksverslaving’ willen plaatsten. Deze term behoort (nog) niet tot de klinische classificaties alsook wordt er momenteel niet veel onderzoek naar verricht. Patiënten die lijden aan dit ziektebeeld vertonen hoofdzakelijk kenmerken van obsessief denken aan seks en streven compulsief naar het bereiken van seksuele bevrediging. Zij vermelden vaak een gevoel van controleverlies van hun seksuele zelfregulatie waardoor er meer dan eens een hypotheek komt te liggen op hun eigen welbehagen alsook op hun professioneel, sociaal en familiaal functioneren. Deze patiënten kunnen niet meer genieten van tederheid, passie en seksuele exploratie. Zij lijden aan hun seksuele driften en ervaren het orgasme eerder als een gesel dan als een zalig hoogtepunt. Uit de talloze gesprekken met dergelijke patiënten weerhouden we dat zij zelf vaak vermelden uit een gezin te komen waarin minstens één ouder weinig of niet betrokken was op hen. De eigen vroege kindertijd beschreven zij meermaals als onrustig en ervaren zij als een onstabiele hechtingsperiode aan de primaire zorgfiguren. Hierdoor durfde men vaak niet goed de leefwereld te exploreren, contacten met anderen aan te gaan en ontwikkelde men dikwijls een onzeker zelfbeeld. Dit gaf onder andere sinds de puberteit reeds aanleiding tot het zich terugtrekken in of het overwaarderen van de seksuele bevrediging, waarin zij door de roeseffecten een compensatie verleenden aan hun onderliggende negatieve gevoelens. De massale aanwezigheid van pornografische beelden in de massamedia kan hierbij vervolgens als een trigger functioneren waardoor het probleemgedrag versterkt wordt. Omwille van de eigen lijdensdruk bij patiënten, hun vaak gekwetste verleden en de hypotheek die zij zouden kunnen leggen op de stabiele ontwikkeling van hun kinderen, is een behandeling noodzakelijk.

Ofschoon er nog geen sluitende en eenduidige definitie bestaat omtrent dit fenomeen herkennen we in de eigen klinische praktijk wel een aantal terugkerende symptomen bij mensen die lijden aan een seksverslaving. Patiënten met een seksverslaving ervaren vooral een permanente drang om aan seks te doen of om aan seks te denken waarbij men zichzelf en de anderen meer dan eens aan negatieve consequenties bloot stelt. Het dwangmatige aspect kan zich uiten in het kijken naar seksueel geladen beelden, het aangaan van cybersex en prostitutiebezoeken tot het permanent willen

coïteren en masturberen. Hierbij ligt de klemtoon op het dwangmatig uitvoeren van seksuele handelingen, maar eveneens op het obsessief behept zijn met seks. Dit impliceert dus niet dat iedereen die graag en veel aan seks doet, meteen als een seksverslaafde bestempeld kan worden. Daarenboven melden veel seksverslaafde patiënten dat zij niet meer kunnen genieten van hun seksuele activiteiten, naast het gevoel er geen controle meer over te hebben (Gijs, 2004). Het controlegevoel alsook het aspect te genieten van de seksbeleving lijken een belangrijke rol te spelen. Partners die occasioneel aan cybersex of dergelijke doen, zijn dus niet direct pathologische probleemgevallen. Trouwens, onderzoek laat verstaan dat als partners af en toe porno kijken de seksuele bevrediging in het koppel positiever beleefd wordt dan als dit nooit gebeurt (Zevenhuizen, 2008). Bij een seksverslaving geldt dit niet. Van tederheid, passie, integratie van seksuele exploratie met porno en wederzijds respect voor de subjectieve lustbeleving van de ander is er geen ruimte meer.

Drs. K. Baeten, klinisch seksuoloog, psychotherapeut en relatietherapeut (groepspraktijk ANTHE te Kontich), docent aan het Hoger Instituut Gezinswetenschappen te Brussel en aan het departement Relatie- & Communicatiewetenschappen van de Universiteit Hasselt. Doctoraal medewerker aan de Vrije Universiteit Brussel en psychoanalyticus.

Ontvangen: 15 maart 2009; Geaccepteerd: 5 mei 2010.

Seks wordt een ongecontroleerd fenomeen waaraan men overgeleverd lijkt te zijn. Het orgasme geen hoogtepunt, maar een gesel (Baeten, 2008).

De aandacht voor seksverslaving is pas de laatste jaren toegenomen. Overmatige seksualiteitsbeleving wordt meestal als een symptoom van diverse klinische problemen begrepen. Maar, de vraag dient zich aan of dit fenomeen misschien niet veeleer als een zelfstandig syndroom begrepen kan worden dan wel steeds gelinkt dient te worden aan andere ziektebeelden. Fenomenologisch is er verwantschap met de impulscontrolestoornis, de obsessief-compulsieve stoornis en stoornissen in middelenmisbruik. Bij patiënten merken we vaak repetitief, problematisch seksgedrag op, intrusieve gedachten met betrekking tot seks en meer dan eens een excessief uitgavenpatroon. De seksualiteitsbeleving (porno gebruiken, masturberen, coïteren enz.) wordt vaak als egosyntoon ervaren en gaat gepaard met spanningen die alleen lijken af te nemen met het beleven van seks, waarna veelal een schuldgevoel ontstaat. De impulsiviteit komt sterk naar voren in een korte tijdspanne tussen wens en uitvoering. Hierbij kan het impulsief beleven van seks, als een vorm van acuut gedrag, overgaan in een dwangmatig patroon, als een vorm van chronische aandoening. Om te kunnen spreken van een dwangmatige seksbeleving dient men een overmatige preoccupatie met seks te vertonen waarbij de gedachten intrusief alsook onweerstaanbaar ervaren worden. Tevens dienen de seksuele acten en impulsen tot spanningen te leiden, zijn tijdrovend en leiden meestal tot sociale, professionele, familiale en financiële dysharmonie. De seksverslaafde lijdt aan een ongecontroleerde seksuele beleving aangezien het verlies aan controle over de eigen driftbeheersing expliciet is. Dit gebrek aan controle wil ik als bindend element naar voren schuiven en primeert volgens mij op het onderscheid tussen impulsief of dwangmatig. Dit neemt echter niet weg dat we geen belang dienen te hechten aan comorbide problematieken. Veel patiënten met als hoofdklacht de ongecontroleerde seksbeleving vertonen ook aspecten van stemmingsstoornissen, angststoornissen (paniek, fobie, OCS), alcoholmisbruik, impulscontrolestoornis, borderline, persoonlijkheidsstoornis, middelenmisbruik enz. In dit opzicht doet het ons eveneens denken aan de kenmerken van een andere recente toenemende problematiek, namelijk: koopverslaving (Boermans & Egger, 2010).

Beloop en ernst van de aandoening

Ongecontroleerd seks beleven blijft vaak lange

tijd verborgen voor de omgeving omdat de negatieve gevolgen zich meestal niet onmiddellijk manifesteren. Uit eigen casestudies alsook uit de literatuur blijkt dat het begin van de ongecontroleerde seksbeleving door de patiënt vaak gesitueerd wordt in de puberteit. Het ziektebesef alsook de vaststelling door de omgeving treden daarentegen pas op latere leeftijd op de voorgrond (van Rijsingen, 2005; van Zessen, 2009). Meestal wordt dit toegeschreven aan het niet meer kunnen voldoen aan, onder andere, financiële verplichtingen, indringende opmerkingen van anderen over veelvuldige afwezigheid tov het gezin, schuldgevoelens, juridische en medische consequenties van het vaak roekeloze gedrag. Dit gedrag kan niet alleen de persoon zelf problemen bezorgen, maar verhoogt eveneens de lijdenskans bij de partner, hypothekeert de opvoedrelaties tot de kinderen meer dan eens en ondermijnt meestal de sociale relaties en hele gezinsstructuur (Van Rijsingen, 2005; Baeten, 2009).

Als mensen lijden aan het steeds weerkerende gedragspatroon waaruit blijkt dat hun seksuele verlangens als oncontroleerbaar en machtiger dan de persoon zelf ervaren wordt dan mondt dit vaak uit in een seksverslaafde aandoening. Voor de patiënt, de partner, het gezin, de collega's, vrienden en kennissen kan dit ernstige negatieve gevolgen hebben. Doordat de patiënt zichzelf als onvermogen ervaart om het eigen denken en doen te veranderen, leidt dit vaak tot machteloosheid en depressieve stemmingen. Alsook wordt dergelijk onvermogen vaak vertaald in gevoelens van frustratie die vervolgens kunnen aanzetten tot agressie en middelenmisbruik. Men wil immers wel veranderen, maar kan het precies niet. Dit is ontmoedigend, frustrerend en haalt het zelfvertrouwen meer dan eens onderuit. Alsook heeft de seksverslaafde patiënt er meer dan eens een geheim leven op nagehouden. Hiermee bedoelen wij dat deze patiënten vaak in het geheim reeds lange tijd hun heil zochten in prostitutie of cyberseks enz. Aanvankelijk gebeurt dit steeds buiten het medeweten van de partner. Door de schaamte voor hun gedrag durven patiënten dit vaak niet te openbaren, alsook houden velen de schijn op dat ze zelf nog gewoon gaan werken terwijl ze reeds hun job kwijt speelden wegens nalatigheden of verzuim te wijten aan hun seksverslaving. Deze effecten hebben volgens mij een directe repercussie op partnerrelatie, relatie tot de kinderen en de anderen. Iedereen is slachtoffer van het collateral damage dat de seksverslaafde aanricht (Baeten, 2009). Seksverslaafde patiënten hun seksuele gezondheidstoestand wordt meestal ernstig aangetast. Zij zijn op termijn niet meer in

staat om hun seksuele gezondheid te ervaren als een toestand van fysiek, emotioneel, mentaal en sociaal welzijn gerelateerd aan seksualiteit, zoals gesteld kan worden in navolging van de opvatting van de Wereld Gezondheidsorganisatie. Naar analogie met de WHO-definitie van de geestelijke gezondheid, kunnen we stellen dat het niet alleen zo is dat de afwezigheid van ziekte, disfunctie of een zwakte een garantie biedt op een kwalitatieve seksualiteitsbeleving, maar dat seksuele gezondheid veel meer is dan het missen van de beschreven aspecten (Van den Broucke e.a., 2008). Seksuele gezondheid vereist eveneens een positieve en respectvolle benadering van seksualiteit en seksuele relaties, het vereist het kunnen aangaan van plezierige en veilige seksuele ervaringen zonder dat men hier dwang of discriminatie of geweld bij zou uitoefenen of ervaren. Met al deze aspecten heeft de seksverslaafde het bijzonder moeilijk (van Rijsingen, 2005).

In de klinische observatie van de seksverslaafde patiënt blijkt steeds weer dat zij onder andere lijden aan een laag zelfbeeld. Niet alleen de verslaafde lijdt hier aan, maar ook de partner kan dit ervaren eens deze te weten komt met welke gedachten en gedragingen de ander worstelt. Vele partners van seksverslaafden vinden het hun fout dat de ander dit moet meemaken. Waren ze te preuts? Bejubelden ze hun partner wel voldoende? Zouden ze onaangenaam gezelschap of lelijk geworden zijn? Waarom moeten zij dit meemaken? Waar zijn ze in de fout gegaan? Allemaal vragen die door hun hoofd gaan en hun zelfbeeld aan het wankelen kunnen brengen. Tevens valt het mij vaak op dat de aan seks verslaafde ouders een negatieve impact op de ontwikkeling van het kind hebben. Kinderen krijgen van dergelijke ouder veel minder aandacht, want alle tijd gaat naar het najagen van de seksuele roes. Deze ouders kunnen eveneens sneller geïrriteerd raken, zeker als ze in hun obsessionele activiteit gestoord worden of lopen het risico dat zij hun kinderen blootstellen aan beelden die nog niet voor hun ogen bestemd zijn. Wat betekent het immers voor een kind als het herhaaldelijk expliciete porno mee met de zieke ouderfiguur kijkt en herhaaldelijk geconfronteerd wordt met een masturberende vader of moeder? Uit onderzoek blijkt dat dergelijke vormen van verwaarlozing een verhoogd risico inhouden op een vertekening van de stabiele psychologische, seksuele en algemene geestelijke gezondheid van het kind (Nijs, 2004). Alsook kan het mensbeeld van deze kleine mens volledig op zijn kop gezet worden. In dit opzicht is het dan ook belangrijk dat partners en kinderen uit gezinnen waarin een ouder met seksverslaving te

kampen heeft eveneens in de hulpverlening gehoord worden. Er moet iemand zijn die wil luisteren naar hun verhaal over de effecten van hun noodlijdende ouder op hun leven (Van Rijsingen, 2008).

De seksverslaafde zal steeds het gevoel krijgen dat men niet anders kan dan de ander op een reductionistische manier te benaderen en waar te nemen als lustobject. Het lijkt alsof men geen controle meer heeft over het eigen perceptievermogen en de eigen associaties die hiermee gepaard gaan. Men verliest als het ware de zelfregulerende functie van het driftmatige gedrag. Dit gevoel van verlies van zelfregulering wordt destesterker als men daarenboven de roeseffecten van allerlei hormonale stoffen ervaart die vrijkomen tijdens een seksuele bevredigende daad zoals onder andere bij de masturbatie of het orgasme. Naast de psychologische afhankelijkheid verhogen dergelijke lichamelijke en chemische effecten het gevoel verslaafd te worden aan seks (Brants & Vansteenwegen, 2002). In dit opzicht wensen we dan ook te stellen dat de toenemende pornificatie van de samenleving of een toenemend gebruik van cyberseks op zich geen exclusieve triggers vormen voor ons seksverslavende gedrag of de ultieme oorzaak hiervan zijn. Je wordt geen seksverslaafde op zich door aan cyberseks te doen, maar als je de receptoren in je hebt voor dergelijke aandoening dan zal je wel aan je pc gekluisterd worden. Vooral cyberseks en prostitutiecontacten vormen significante triggers maar mogen niet zomaar worden afgedaan als het procrustusbed van de seksverslaving, alhoewel een toenemende pornificatie van de samenleving en een laagdrempelige toegang tot allerlei cyberseksites onze psychoseksuele en relationele beeldvorming niet zelden zullen aantasten (Penne, 2008).

Naast het gegeven dat seksverslaafden via het bevredigen van hun driften en/of fantasie een roeseffect willen bekomen opdat ze hun genot willen bereiken, zij vaak lijden aan een drang tot onmiddellijke behoeftebevrediging en hun lustprincipe niet kunnen inruilen voor een stabiele ontwikkeling in een realiteit van tekorten, lijden zij dieptepsychologisch nog aan andere oorzaken die receptoren kunnen vormen om hun aandoening tot stand te laten komen en verder te laten progresseren. Dankzij de ontdekking van de psychoanalytische ontwikkelingspsychologie weten we immers dat mensen psychische problemen krijgen indien er tijdens hun eerste levensjaren en zelfs tussen kleuter- en adolescentietijd niet goed voor hen gezorgd wordt. Indien zij niet goed geleerd worden om te gaan met hechting, scheiding en verlies, doordat zij bijvoorbeeld opgroeien in gezinnen met niet-stabiele ouders, ontwikkelt hun psychologisch

apparaat niet volledig adequaat. Vooral het aangaan van stabiele en evenwaardige relaties met anderen loopt meer dan eens mank indien we te kampen krijgen met hechtingsproblemen. We hebben het moeilijk om wezenlijk in contact te treden met anderen. We hebben problemen om emoties te delen en kunnen ons moeilijk hechten. 'Hechting' betekent elke vorm van gedrag dat resulteert in het stabiel verkrijgen en behouden van de nabijheid van een geliefd persoon die als onmisbaar beschouwd wordt (van Zessen, 2009; van Rijsingen, 2005).

Uit de inzichten van de psychoanalyse vanaf Freud tot heden leren we dat het voor kinderen ontzettend belangrijk is om te mogen rekenen op de actieve betrokkenheid van beide ouders (Raphael-Leff, 2002). Aanvankelijk beklemtoonde men in de analytische ontwikkelingspsychologie het freudiaanse belang van de oedipale vader en onder invloed van Bowlby's monotropiethese de primauteit van de moederfiguur voor het kind, maar ondertussen bleek uit onderzoek dat kinderen er alle belang bij hebben om een goede band op te bouwen met beide ouders. De kwantiteit van deze band mag dan wel verschillen in genderperspectief, maar dient er wel te zijn (Verhaeghe, 2002). Indien je ouders begripvol, verzorgend en liefhebbend zijn dan ontwikkel je als kind meestal een veilige hechtingsstijl. Dit impliceert dat je een stabiel zelfgevoel ontplooit alsook voldoende zelfvertrouwen kunt opbouwen en contacten met anderen durft aan te gaan. Deze kinderen hun ouders fungeren als een veilige haven bij angst, pijn en verdriet. Indien het niet zo goed gaat dan zoeken de kinderen affectie bij hun ouders spontaan op. Op latere leeftijd zetten ze dit gedrag verder tov hun partner, een persoon die grotendeels zal aanleunen bij de ouderfiguren aan wie men veilig gehecht is geraakt. Uiteraard kan het niet anders dan dat kinderen uit veilige hechtingsgezinnen nu en dan ook eens psychologische problemen ervaren, maar het voorkomen van maligne situaties is hier veel geringer dan in de onveilige of ontwijkende hechtingsgestructureerde gezinnen. Niet iedereen heeft helaas het geluk om op te groeien in een gezin met stabiele ouders. Sommige ouders zijn heel wat minder liefdevol, zelfs onbetrouwbaar, emotioneel afwezig, aan de drank of de drugs enz. Kinderen van deze ouders zijn vaak meer afhankelijk van hun omgevingsfiguren en worden bijgevolg negatief geïnduceerd door het doen en laten van hun disfunctionele ouders. Deze kinderen ontwikkelen een inconsistente, angstige hechtingsstijl waarbij ze laten merken dat zij bijvoorbeeld graag bij hun moeder willen zijn, maar als deze tot bij hen komt

dan bestookt wordt met gevoelens van kwaadheid vanuit het kind. Uit diverse bronnen blijkt dat hun kinderen zich meestal verzetten als ze aangehaald worden en niet gemakkelijk te troosten zijn bij pijn of verdriet (Vliegen & Leroy, 2001; Vliegen, 2006; Govaerts, 2007).

In de klinische praktijk merken we dat patiënten met een seksverslaving vaak zelf een onstabiele hechtingsperiode in de kindertijd doorgemaakt hebben. Hierdoor ervaren ze veel dubbele gevoelens. Ze willen wel een 'normale' seksuele relatie met hun partner, maar stoten deze tegelijk ook weer af om zich te richten op een ander lustobject. Maar, ook met dit laatste wordt geen duurzame band opgebouwd. Lustobjecten op het internet alsook achter het prostitutieraam worden stelselmatig ingewisseld. Het is de slopende dynamiek van aantrekken en afstoten. Tevens merken we op dat kinderen uit dergelijke gezinnen eveneens kunnen uitgroeien tot volwassen personen met een extreme vorm van afhankelijkheid tot de partner en meer dan eens verslaafd worden aan seks of andere genotsmiddelen die hun gevoel van zuchtigheid en leegte dienen weg te nemen. Seks wordt hier zelfs vaak een vorm van zelfbevestiging. Ook kinderen die opgroeien in een gezin waar ouders zich niet voor hen interesseren of stelselmatig afwijzend reageren, ontwikkelen hechtingsproblemen. Dergelijke derde soort van hechtingsgedrag noemt men de ontwijkende hechting. Als reactie op hoe de verzorgingsfiguren met hen omgaan, vertonen ze geen betrokkenheid op de primaire verzorger, namelijk: de moederfiguur. Deze kinderen negeren moeders aanwezigheid bij terugkeer in de kamer, vermijden het contact met haar, richten hun aandacht op iets anders, worden ontwijkende personen. Zij lopen veel risico op het ontwikkelen van een instabiel gevoel van eigenwaarde, worstelen meermaals met een laag zelfbeeld en een gering gevoel van eigenwaarde dat ze telkens proberen te camoufleren met het aannemen van een introverte houding. Toegepast op onze problematiek betekent dit dat men niet weet hoe men dient om te gaan met een intieme relatie en de bijhorende emoties waardoor men herhaaldelijk vlucht in o.a. virtuele of losse seksuele contacten. Partners met een ontwijkende hechtingsstijl zijn daarenboven vaak wandelende tijdbommen. Zij tolereren namelijk niet dat zij gestoord worden in hun bezigheden alsook gaat het hen niet af dat je hen confronteert met hun schadelijk gedrag (Van Rijsingen, 2008; van Zessen, 2009). Hierbij aansluitend blijkt uit onderzoek dat ouders die zich op dergelijke manier tot hun kinderen verhouden het risico lopen om hun kroost geen veilige hechting te verlenen. Immers, kinderen met een

veilige hechting aan hun vader zullen een stabiele en onafhankelijke exploratie van de buitenwereld actief nastreven en kinderen die een veilige gehechtheid aan de moederfiguur ervaren, zullen een stabiele innerlijke overtuiging opbouwen om waardevol te zijn voor zichzelf en de anderen. Vanaf de kleuterleeftijd tot de adolescentie kan dit een verklaring bieden voor de basis van het teruggetrokken en angstige gedrag alsook voor de innerlijke minderwaardige gevoelens ten opzichte van de anderen (Verschueren, 2002).

Net zoals vele verslaafden ontkennen seksverslaafden dat ze de controle of zelfregulering van hun denken en doen kwijt zijn. Rekening houdend met bovenstaande bevindingen is dit niet alleen een probleem voor de patiënt zelf, maar tevens ook voor alle gezinsleden. Vaak komen vernoemde patiënten pas op consultatie als de symptomen zich al een tijd manifesteren, de partnerrelatie op ontploffen staat en/of ze hun werk dreigen kwijt te raken. In de behandeling van deze multifactoriële problematiek is het volgens mij belangrijk om multidisciplinair aan de slag te gaan. Ofschoon er nog geen onderzoek is opgestart naar de resultaten van behandelingen, laat staan dat er reeds farmacologische dubbelblinde en placebogecontroleerde onderzoeksresultaten voldoende bekend zouden zijn, merken we vaak dat patiënten goede vorderingen maken in hun psychotherapie indien zij tevens door een geneesheer behandeld worden met serotonineheropnameremmers (SSRI's). De psychotherapeutische behandeling bevat daarnaast vaak hoofdzakelijk een psychodynamische oriëntatie in combinatie met cognitief-behavioristische aspecten. Psychoanalytisch wordt de focus meestal gelegd op de betekenis van het seksuele verlangen, de driftbevrediging, omgaan met tekort aan spanningsafvoer, het leren te aanvaarden van het realiteitsprincipe op de directe behoeftebevrediging en het analyseren van het (gekwetste) innerlijke zelfbeeld dat vaak gecompenseerd wordt met seks. Daarnaast trachten we patiënten een stabiele separatie en individuatie te laten bereiken zodat ze minder onzeker en afhankelijk in de wereld kunnen staan en het hoofd kunnen bieden aan seksuele prikkels. Cognitief-behavioristisch worden de patiënten bijgestaan door de inzichten dat hun gedrag vaak een ongecontroleerde spiegeling is van wat zij in bepaalde media waarnemen of een foute conditionering illustreert in de zoektocht naar een goed gevoel waardoor ze afhankelijk geworden kunnen zijn van een zinloze oplossingsstrategie. Uiteindelijk is het in de behandeling ook zinvol om te laten peilen naar psychiatrische comorbiditeit. Stoornissen in impulscontrole, maar ook borderline persoonlijkheidsstoornissen, afhankelijke stoornissen en obses-

sieve-compulsieve aspecten komen meer dan eens voor. Uiteraard neemt dit niet weg dat men voorbij mag gaan aan de diepe psychologische kwetsuren die deze verslaafden mogelijk kunnen hebben opgelopen in hun kinder- en jeugdijaren. Dergelijke kwetsuren worden vooral gesitueerd in de eerste levensjaren van hun bestaan en hebben betrekking op de relatie tussen hun ouders en hen (Dirkx & Heuves, 2005; van Zessen, 2009). Ze vormen meer dan eens de dieperliggende psychologische basisreceptoren van de ziektesymptomen die we willen samenballen in de nieuwe term 'seksverslaving'.

Conclusie

Niettegenstaande de term 'seksverslaving' nieuw in het jargon is, onderzoek hiernaar zich nog in de beginfase begeeft en er fenomenologisch verwantschap is met klinische classificaties zoals impulscontrolestoornis en obsessief-compulsieve stoornis lijkt de complexiteit der symptomen van seksverslaving zich hier niet toe te laten reduceren en wint deze aandoening steeds meer aan belangstelling. Uit de diverse klinische beschouwingen uit de praktijk merken wij meestal op dat niet alleen de patiënt, maar diens hele omgeving lijdt aan de impact van dergelijke problematiek. Dit vormen dan ook meteen enkele relevante redenen om een behandeling op te starten en in de toekomst meer aandacht aan dit nieuwe fenomeen te besteden. Doordat veel seksverslaafde patiënten vertellen een onrustige kindertijd gekend te hebben wegens o.a. de veelvuldige mentale en fysieke afwezigheid van een ouder en de onstabiele hechting die hieraan gelieerd was alsook door de problematische zelfregulering van hun seksuele driften in het heden, hun onmiddellijke nood om hun tekorten te compenseren, hun onvermogen aan hun driften te verzaken en hun onzeker zelfbeeld, lijkt een psychoanalytische benadering aangewezen. Toch ligt het heil van een behandeling voor deze multifactoriële problematiek, volgens mij, op een multidisciplinair terrein. In de praktijk zien wij immers meestal dat patiënten gunstige resultaten behalen indien zij tevens medicamenteus, cognitief-gedragmatig alsook psychiatrisch gescreend worden.

Literatuur

Baeten, K. (2009). Naar een beter verstaan van seksverslaving als hedendaagse stoornis van het libido: Omschrijving, verklaring en behandeling. In I. Penne (Red.), *Warme seks en hete chocolade. Over porno en intimiteit*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.

- Boermans, J. A. J., & Egger, J. I. M. (2010). Koopverslaving of oniomanie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 52, 29-39.
- Brants, L., & Vansteenwegen, A. (2002). Relatieverslaving: Een verkennende literatuurstudie. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 26, 138-145.
- Dirkx, J., & Heuves, W. (2005). *Het nieuwe taboe. Psychoanalyse, lichaam en seksualiteit*. Amsterdam: Boom.
- Govaerts, J-M, (2007). *Hechtingsproblemen in gezinnen*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Gijs, L., & Gooren, L. (2004). Parafilieën en aanverwante stoornissen. In L. Gijs, W. Gianotten, I. Vanwesenbeeck & Ph. Weijnenborg (Red.), *Seksuologie*, pp. 465-486. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Kinet, M. (2006). *Zuchtigheid en afhankelijkheid in hun relatie met middelenmisbruik*. Garant.
- Nijs, P. (2004). *Gesluierde eros, seksuele verving en erotische burn-out*. Mechelen: Kluwer.
- Penne, I. (Red.) (2009). *Warme seks en hete chocolade. Over porno en intimiteit*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- Raphael-Leff, J. (2002). *Participerende, vermijdende en reciproke vaders: Paternale oriëntaties met betrekking tot het vader worden*. Tiel: Lannoo.
- Van den Broucke, S., De Herdt, M., & van Nuffel, R. (Red.) (2008). *Geestelijke gezondheid en preventie. Bouwstenen voor beleid en praktijk*. Mechelen: Kluwer.
- Van Rijsingen, H. (2008). *Onzichtbare ontrouw. De invloed van porno en internetseks op partners, kinderen en gezinnen*. Haarlem: Aramith.
- Van Rijsingen, H. (2005). *Seks alles of niets. Vraagbaak voor mannen die verslaafd zijn aan seks*. Haarlem: Gottmer.
- Van Zessen, G. (2009). *Seksverslaving begrijpen en veranderen*. Amsterdam: SWP.
- Verschuieren, K. (2002). *Gehechtheid aan vader en moeder, zelfwaardering en sociaal-emotioneel functioneren van jonge kinderen*. Tiel: Lannoo.
- Verhaeghe, P. (2002). *Het belang van de vader bij de identiteitsontwikkeling van de kinderen*. Tiel: Lannoo.
- Vliegen, N., & Leroy, C. (Red.) (2001). *Het moederland? De vroegste relatie tussen moeder en kind in de psychoanalytische therapie*. Leuven/Leusden: Acco.
- Vliegen, N. (2006). Kleine baby's, prille ouders. Samen in ontwikkeling. Leuven/Leusden: Acco.
- Zevenhuizen, M.(2008). Porno is tegenwoordig maar een muisklik ver. *Psychologie Magazine*, september 2008, 41-45.

Summary

Sex addiction: A clinical observation

Clinical practice suggests an increase in patients suffering from symptoms usually described by the term "sex addiction". This term is not (yet) used as a clinical classification, nor has it been sufficiently investigated lately. Patients suffering from this particular pathology chiefly demonstrate symptoms of obsessive thinking about sex and strive compulsively to obtain sexual gratification. They often report loss of control over their sexual self-regulation which impairs their well-being as well as their professional, social and familial functioning. These patients become unable to feel tenderness, passion, or engage in sexual exploration. They suffer from their sexual drives and experience orgasm as a distressing rather than pleasurable culmination. From numerous consultations with such patients we have established that they often report coming from families in which at least one of the parents showed lack of emotional involvement. They frequently describe their early childhood as disturbing and experience it as an unstable attachment period in relation to their primary caretakers. For this reason, they are often afraid to explore their environment, make contact with others, and frequently develop an insecure self-image. As a result, beginning puberty they tend to seek comfort in or overvalue sexual gratification as a compensation for their underlying negative feelings. The abundance of pornographic images in the media may function as a trigger which further exacerbates the problematic behavior. Given the suffering of the patients themselves, their often troubled past, as well as the threat they pose to the stable development of their children, treatment is necessary.