

Fantasiemanagement bij seksuele delinquenten

Kris Vanhoeck, Kim Gykiere

I.T.E.R. Centrum voor Daderhulp, Brussel

Samenvatting

Seksuele fantasieën van seksuele delinquenten zijn een moeilijk therapeutisch thema. Eigenlijk is er nog niet zoveel over seksuele fantasieën als zodanig geweten. Er is wel nagedacht over de rol die seksuele fantasieën als risicofactor bij seksueel misbruik spelen. Voor therapeuten stelt de zich moeilijke opgave hoe ze eventueel invloed op de seksuele fantasieën van hun cliënt zouden kunnen uitoefenen (als ze dat al zouden willen). En is het risicokarakter van fantasieën het enig therapeutisch aanknopingspunt? In dit artikel willen we nadenken over hulp bij het leren managen van fantasieën die een risicovol of belastend opwindingspatroon in stand houden. In deel 1 overlopen we kort de wetenschappelijke kennis over seksuele fantasieën bij zedenplegers en zullen vooral moeten vaststellen dat we nog veel niet weten. In deel 2 presenteren we aan de hand van vier statements een therapeutisch kader om fantasiemanagement ook ethisch vorm te geven en een model in zes stappen om er concreet mee aan de slag te gaan.

De verleiding is groot om in de forensische therapie seksuele fantasieën wegens te moeilijk of te privé gewoon uit de weg te gaan, of om vanuit een strenge ‘politiek correcte’ houding alle fantasieën te problematiseren. We pleiten ervoor om fantasieën wel tot therapeutisch thema te maken, maar we zullen ook op heel wat vraagtekens en onzekerheden stoten. Of fantasieën op zich een risicofactor zijn, weten we eigenlijk niet. Er is ook heel wat conceptuele onduidelijkheid. Maar wie vanuit een therapeutische vertrouwensrelatie wil luisteren naar zijn cliënten, vindt bij sommigen ook heel wat lijdensdruk.

In deel 1 bespreken we een aantal theoretische inzichten uit de literatuur die ons in het therapeutisch spreken over fantasieën kunnen helpen. Praten over fantasieën kan niet afgedwongen worden. We hebben geen directe toegang tot iemands fantasiewereld (en gelukkig maar). Wie liegt en blijft liegen, houdt zijn fantasieën dus buiten schot. Maar hoe helpen we degenen die wel een nood tonen en een hulpvraag formuleren? Daarover gaat het tweede deel van dit

artikel. Als therapeuten kiezen we voor een managementaanpak die ingebed zit in een breed ondersteunend psychotherapeutisch aanbod.

Deel 1: enkele forensische beschouwingen over seksuele fantasieën

Een zoekopdracht op de archiefsite van dit tijdschrift leverde voor ‘seksuele fantasie’ maar één artikel op (Laan, 2002) dat seksuele fantasieën expliciet als onderwerp neemt. Over seksuele fantasieën bij seksuele delinquenten is het nog moeilijker wat te vinden. Een verwarrend gebruik van begrippen draagt daartoe bij. Zo wordt als probleemfactor bij seksuele delinquenten verwezen naar deviante seksuele opwindings, seksuele preferentie of voorkeur, seksuele belangstelling, deviant seksueel verlangen, seksuele deviatie en ook deviante seksuele fantasieën.

We hebben in de literatuur geen eensgezindheid gevonden wat betreft deze definities en het valt ook buiten het bestek van dit artikel om dit op een wetenschappelijk verantwoorde wijze te doen. Wel willen we wijzen op het belang om deze concepten in de forensisch-seksuologische cliëntpraktijk uiteen te houden en trekken we daarom enkele krijtlijnen (zie bijvoorbeeld Janssen, Everaerd, Spiering & Janssen, 2000 en Janssen, McBride, Yarber, Hill & Butler, 2008). Opwindings verwijst naar meetbare fysiologische processen (bv. erectie), maar wordt ook gebruikt voor het subjectieve gevoel dat bij deze

K. Vanhoeck, licentiaat psychologie.

K. Gykiere, kandidaat psychologie en seksuologie

Contact: I.T.E.R. Artesiëstraat 5 B-1000 Brussel, E: iter@scarlet.be

reacties hoort en er in omvang niet mee hoeft overeen te komen. Seksuele voorkeur is een geneigdheid om bij welbepaalde seksuele stimuli opgewonden te kunnen raken. Belangrijk is dat seksuele voorkeur, opwinding en gedrag niet hoeven samen te vallen. Seksueel gedrag kan om andere redenen gesteld worden dan enkel omwille van voorkeur of opwinding. Seksuele belangstelling verwijst naar de aandacht die iemand bewust of automatisch besteedt aan seksuele prikkels. Seksueel verlangen is objectgericht en houdt een gedragsintentie in die al dan niet kan gerealiseerd worden. Seksuele deviatie ten slotte wordt vaak als omvattende term voor parafilie gebruikt en verwijst dan naar een patroon van seksuele opwinding bij ongepaste prikkels¹. Voor ons onderwerp, fantasiemanagement bij seksuele delinquenten, is het belangrijk om het er voorlopig bij te houden, dat al deze concepten kunnen bestaan met of zonder seksuele fantasieën.

Plaud en Bigwood (1997) definiëren een seksuele fantasie als 'een private of verborgen ervaring waarbij de inbeelding van een gewenste seksuele activiteit met een partner seksuele opwinding oplevert'. Wat bij deze definitie opvalt, is dat ze enkel rekening houdt met fantasieën die gewenst zijn en gepaard gaan met positieve gevoelens (opwinding). Neutraler is de definitie van Leitenberg en Henning (1995) die spreken van 'elke mentale verbeelding die voor iemand erotisch is of leidt tot seksuele opwinding'. Een seksuele fantasie kan een uitgebreid verhaal zijn, een vluchtige gedachte, of een wirwar aan beelden en herinneringen die door elkaar flitsen en samen geen romantisch of seksueel verhaal vormen. De inhoud kan bizar of realistisch zijn. De inhoud kan ook niet-seksueel zijn en toch tot opwinding leiden. De fantasie kan spontaan optreden of moedwillig worden opgeroepen, of zijn opgewekt door andere gedachten, gevoelens of sensorische informatie (Wilson, 1978).

Wat weten we (niet) over deviante seksuele fantasieën?

Eigenlijk weten we nog niet zo veel over seksuele fantasieën van zedendelinquenten. Fantaseren plegers meer en devianter dan de gewone burger? En wanneer is een fantasie deviant? Hoe kunnen we immers zeker weten dat een bepaalde fantasie een bepaalde pleger aanzet tot recidive? Hoe ontstaan deviante (ongewenste) fantasieën en hoe evolueren ze? Hoe

wordt een fantasie bekrachtigd en wanneer stijgt het risicogehalte van een fantasie? Enkel bij masturbatie en klaarkomen? Wat is het effect van een uitgesteld orgasme om een 'fantasmorgasme' (dixit een cliënt) te bekomen? En is de veelgehoorde distortie dat 'ik me op een misbruikfantasie gemasturbeerd heb om te voorkomen dat ik het in het echt zou doen' altijd en bij iedereen een goedprater?

Leitenberg en Henning (1995) vonden bij een normale populatie vier soorten fantasieën.

- 'Gewone' seksuele fantasieën met vroegere, actuele of mogelijk toekomstige partners: veel mensen hebben ook 'ongewone' fantasieën, maar Leitenberg en Henning geven aan verrast te zijn dat deze 'gewone' fantasieën veruit het vaakst voorkomen;
- 'Gedurfde' of 'verboden' fantasieën: ongewone plekken, dubieuze partners (bijv. volslagen vreemden, naaste familieleden, collega's, ...) of bijzondere standjes;
- Fantasieën over seksuele onweerstaanbaarheid: erin slagen om dankzij pure seksuele uitstraling onwillige anderen tot seks te verleiden;
- Fantasieën over dominantie en onderwerping: anderen dwingen of door anderen gedwongen worden tot seks.

Deze laatste categorie is niet ongewoon. Person (1986) vond dat 44% van de bevraagde mannen geeft seksuele dominantiefantasieën te hebben. Malamuth (1986) vond dat eenderde van een groep jongvolwassenen aangeven tot verkrachting in staat te zijn, indien ze er 100% zeker van zijn niet te kunnen worden gepakt. Heilbrun en Loftus (1986) stelden vast dat minstens 30% van hun mannelijke respondenten beelden van vrouwen 'in emotionele nood' (emotional distress) seksueel attractiever vinden dan beelden van vrouwen die plezier uitstralen. Uit studies over verkrachting van kennissen (Warshaw, 1988) en van partners (Finkelhor & Yllo, 1985) weten we dat de plegers van relatieverkrachtingen voorafgaand aan het misbruik vaak sadomasochistisch getinte porno gebruiken. Donnelly en Fraser (1998) vonden dat mannen bij fantaseren over sadomasochistische praktijken meer opwinding ervaren dan vrouwen, maar dat dit verschil wegvalt bij feitelijke deelname.

In 1908 dacht Freud (1962, p. 146) nog dat 'een gelukkig persoon nooit fantaseert, enkel een ontevredene'. Het is een veel geciteerde stellingname van de

¹ In de handleiding bij de risicotaxatielijst voor seksueel gewelddadig gedrag, de SVR-20, wordt seksuele deviatie omschreven als een 'relatief stabiel patroon van seksuele opwinding bij ongepaste prikkels (onder andere ongepaste leeftijd of niet-instemmende personen, dieren of levenloze objecten) dat subjectief lijden of sociaal disfunctioneren veroorzaakt' (Hildebrand, de Ruiters & van Beek, 2001).

oude meester die sindsdien wetenschappelijk grondig onderuitgehaald is, maar die als populair vooroordeel nog voortleeft. Fantasieën zijn dan een compensatie voor een gebrek aan seksuele bevrediging: 'Als ik maar genoeg seks heb, zou ik niet fantaseren'. Leitenberg en Henning (1995) vonden dat dit niet juist is. Wie veel fantaseert, heeft meer seks, meer gevarieerde seks, meer partners en hij/zij masturbeert ook meer. Seksuele fantasieën en appetijt lijken dus samen te gaan. Met fantaseren op zich is niets mis. Integendeel, het zou wel eens een belangrijk element voor een gezond psychosexueel functioneren kunnen zijn.

Ongewone fantasieën 'installeren' blijkt niet zo moeilijk te zijn. Rachman en Hodgson (1968) boden zeven heteroseksuele mannen zonder fetisjistische voorgeschiedenis herhaaldelijk erotische videostimuli aan, gepaard aan een dia van een zwarte kniehoge vrouwenlaars. Wanneer later alleen de laars getoond werd, bleken vijf van de zeven mannen hierop met een erectie te reageren. De geconditioneerde fetisj bleek bij drie mannen zelfs gegeneraliseerd naar andere soorten schoenen. Maar het effect verdwijnt ook weer snel, indien de band niet actief gestimuleerd en onderhouden wordt. Een soortgelijk onderzoek kon bij vrouwen niet gerepliceerd worden (Letourneau & O'Donohue, 1997). Dit suggereert dat seksuele opwinding bij vrouwen niet zo gemakkelijk via klassieke conditionering tot stand komt en kan verklaren waarom fetisjisme, net als de meeste andere parafilieën, veel meer bij mannen voorkomt.

Waarom bij daders werken met fantasieën?

Als risicofactor voor recidive van seksueel misbruik wordt vooral verwezen naar 'seksuele deviatie' (zie bijv. Hanson & Buissière, 1996 en Hildebrand, de Ruiters & van Beek, 2001). In een omstandig rapport over behandeling van seksuele delinquenten zegt het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (Smit, 2008) hierover dat er bij zedenplegers 'als het ware een innerlijke drive naar seksueel grensoverschrijdend gedrag' kan bestaan. Seksuele fantasieën kunnen in die innerlijke drive een rol spelen, maar het is de gedragsimpuls die de deviatie uitmaakt, niet de fantasie op zich.

De link tussen fantasieën en gedrag is niet direct (Donnelly & Fraser, 1998). Wie over verkrachting fantaseert, is daarom nog geen verkrachter. En wie erover fantaseert verkracht te (willen) worden, wil daarom niet dat dit ook in het echt gebeurt. Er is geen evidentie die afdoende onderbouwt dat seksuele opwinding die gevonden wordt in laboratoriumcondities, overeenkomt met feitelijk gestelde seksuele han-

delingen (Barker & Howell, 1992; Hall, Proctor & Nelson, 1988; Simon & Schouten, 1991). Lang niet alle seksuele delinquenten hebben een seksueel opwindingspatroon dat overeenkomt met hun gepleegde feiten (Hall, Proctor & Nelson, 1988; Marshall & Eccles, 1991). Slechts 22% van wie een kind misbruikt heeft, geeft aan dat hij al over kinderen fantaseerde voor zijn eerste delict (Leitenberg & Henning, 1995). Er zijn verschillende wegen mogelijk om tot een eerste misbruikfeit te komen en fantasieën maken daar niet per se deel van uit. Na dat eerste feit mogen we veronderstellen dat vele (alle?) plegers herinneringen aan dat eerste misbruik hebben en dat fantasieën via herinneringen en bewust opgezochte stimulatie een steeds grotere rol kunnen gaan spelen. Maar wil dit zeggen dat alle zedenplegers over misbruik fantaseren, al dan niet bij het masturberen?

Vooreerst kunnen we ons de vraag stellen of alle seksuele delinquenten masturberen? Met een boutade wordt wel eens gezegd dat 95% van de mannen masturberen en dat de andere 5% liegen. Volgens de gezaghebbende studies van Alfred Kinsey en zijn team (Kinsey, Pomeroy & Martin, 1948, pp. 499) is het percentage volwassen mannen dat zich wel eens gemasturbeerd heeft 92%; bij vrouwen ligt dat op 62%. Uit een vergelijkbare Britse studie uit 2007 (Gerressu, Mercer, Graham, Wellings & Johnson, 2007) bleek dat 53% van de ondervraagde mannen rapporteerde in de voorbije week gemasturbeerd te hebben; 18% van de vrouwelijke respondenten. De boutade klopt dus niet. Maar klopt ze ook niet voor zedenplegers? We weten het niet.

Een tweede vraag is of alle masturbeerders fantaseren? Leitenberg en Henning (1995) rapporteren dat ongeveer 86% van de mannen die masturberen, aangeven te fantaseren tijdens masturbatie, tegen 69% van de vrouwen. Tijdens geslachtsgemeenschap fantaseren 76% van de mannen en 70% van de vrouwen en 93% heeft wel eens een vorm van 'seksuele dagdromen' (bij vrouwen is dit 85%). Person (1986) vond dat maar 5% nooit fantaseert. Wie over fantasieën piekert en er zich schuldig over voelt, blijkt een minder bevredigend seksueel leven te hebben. Overigens hebben deze schuldgevoelens, steeds volgens Person, weinig met de eventuele deviante inhoud van de fantasieën te maken, maar meer met ideologische en religieuze overtuigingen. Of dit bij seksuele delinquenten ook het geval is, weten we niet.

En ten derde is er de pertinente vraag of masturbatie bij zedendelinquenten steeds gepaard gaat met misbruikgerelateerde fantasieën? Een van de weinige onderzoeken op dit gebied werd uitgevoerd door O'Connell (1998). Hij vond dat slechts 26% van zijn

127 onderzoekssubjecten spontaan toegaven zich te masturberen bij misbruikfantasieën. Na polygraaftesting was dit 54% (69 op 127). Een krappe meerderheid gaf dus toe dat hun zedenfeiten begeleid werden door een of andere vorm van indirecte repetitie en seksuele bekrachtiging. Maar is dit percentage hoger dan in de normale populatie? Daleiden, Kaufman, Hilliker en O'Neil (1998) vonden zelfs dat jeugdige plegers zowel van seksueel als niet-seksueel geweld minder 'deviante' seksuele fantasieën hebben dan vergelijkbare niet-criminele jongeren en misschien daarom juist de stap naar het uitproberen in de realiteit gemakkelijker kunnen zetten.

We kunnen voorzichtig concluderen dat niet alle seksuele delinquenten misbruikfantasieën gebruiken bij masturbatie. We moeten voorzichtig zijn met veralgemeningen, als we het hebben over de rol van fantasieën bij recidiverisico. Uit de vele groeps gesprekken met cliënten hierover weerhouden we vier specifieke functies: opwindingspatroon onderhouden en vaak ook nog aanwakkeren; cognitieve distorties over zichzelf, de wereld en slachtoffers in stand houden; scenario's uitproberen en op punt stellen ('covert rehearsal', zie ook Laws, 2003), en de weg naar recidive openhouden.

Fantasieën kunnen voor sommigen heel wat betekenen. Misbruik willen voorkomen is één stap, gekoesterde misbruikfantasieën willen aanpakken nog een heel andere. Ze kunnen een vertrouwde levensgezel geworden zijn, zodat een zwart gat dreigt bij de gedachte ze op te geven. Wat opvalt is de verknochtheid van sommige cliënten aan hun fantasieën. Jaren, soms decennialang zijn ze de reddingsboei, de bondgenoot, de vluchtheuvel, de toeverlaat, de bron van troost geweest. Altijd kon de cliënt er terecht. Te snel aan fantasiemanagement beginnen zonder dit centrale thema te hebben besproken ondermijnt een succesvolle behandeling. Wil de cliënt wel verder? Wil hij afscheid nemen? Is hij er klaar voor? Is hij er al aan toe om te 'rouwen'?

Emotionele band

McAnulty en Adams (1991) stelden vast dat mannen meer greep hebben op hun cognitieve dan hun fysiologische opwinding. Ze vermoeden dat dit het gevolg is van een techniek die ze 'emotionele afstandname' noemen, waarbij seksuele stimuli cognitief zo verwerkt worden dat fysiologische opwinding (erectie) voorkomen kan worden. Vanaf er erectie optreedt, lukt het echter niet meer om die weer bewust ongedaan te maken. Proefpersonen in een studie van Adams, Motsinger, McAnulty en Moore (1992) stelden dat ze niet in staat waren cognitieve opwinding (belangstelling)

te monitoren, maar dat ze wel het gevoel hadden dat ze het ontstaan van een erectie konden verhinderen. Tijdens de nabespreking van een gelijkaardige studie vroegen Mahoney en Strassberg (1991) de deelnemers om de techniek te beschrijven die zij gebruiken om een erectie te voorkomen. De meesten gaven aan dat zij geprobeerd hadden om de stimuli zo afstandelijk mogelijk te bekijken. Het lijkt er dus op dat de meest effectieve techniek om fysiologische seksuele opwinding te minimaliseren 'emotionele onthechting' is (Mahoney & Strassberg, 1991).

Dat is niet verwonderlijk. Emotionele afstandname is een basisvaardigheid bij emotieregulatie (Gross, 2002; Ochsner & Gross, 2005). Verschillende onderzoekers en theoretici hebben geargumenteed dat seksuele opwinding het best kan begrepen worden als 'emotioneel functioneren' (Everaerd, Laan, Both & Spiering, 2001; Janssen, Everaerd, Spiering & Janssen, 2000; Lambie & Marcel, 2002). Door middel van emotieregulatie zijn individuen in staat om controle uit te oefenen op welke emoties ze hebben, hoe ze die ervaren en uiten. Emotieregulatie kan automatisch of gecontroleerd verlopen, bewust of onbewust. Emoties kunnen gereguleerd worden tijdens de verwerking van emotionele stimuli of nadat de respons al geactiveerd is. Gross (2002) stelde dat twee verschillende processen actief kunnen zijn: herevaluatie en onderdrukking. Hij definieerde herevaluatie als het proces waarbij een potentieel emotiegeladen situatie herkaderd wordt in niet-emotionele termen. Dit kan worden bereikt door afstand te nemen van de situatie of door de emotionele betekenis van de stimulus te herzien. Lambie en Marcel (2002) beschreven een soortgelijk proces waarbij een individu een emotionele reactie kan reguleren door een objectief perspectief in te nemen.

Deel 2: fantasiemanagement

We stellen hierna een aantal methodieken en suggesties uit onze praktijk voor. We baseren ons daarvoor op de hoger aangegeven achtergrond. We hopen de lezer te inspireren om het thema seksuele fantasieën bij zedenplegers ernstig te nemen en er ook mee aan de slag te gaan. Tegelijk willen we aanzetten tot voorzichtigheid, omdat nog veel in deze materie onzeker is.

Kan men zomaar voortgaan op wat zedenplegers over hun seksuele fantasieën zeggen? Liegen zedenplegers dan niet? Zullen ze niet veinzen dat het helemaal niet zo erg gesteld is met hun fantasieën? Natuurlijk doen ze dat. Marshall, Marshall en Ware (2009) noemen veinzen een 'algemeen menselijke neiging'. Ze citeren Ekman (1985) die vaststelt dat

leugens alomtegenwoordig zijn, en ze halen er Montaigne (1533-1592) bij om aan te tonen dat waarheid en leugen niet recht tegenover elkaar staan, maar dat er ‘honderdduizenden varianten’ tussen liggen. Voor Nietzsche (1844-1900) is de waarheid gewoonweg zelf een leugen en volgens de rechtsgeleerde en politiek filosoof Bentham (1748-1832) mag je liegen als dat de schade beperkt (besproken in Jensen, 2006). We kunnen ons dus eerder afvragen waarom seksuele delinquenten niet zouden liegen over hun fantasieën: velen zijn eraan verknocht, fantasieën brengen troost, enzovoort ... Het heeft dan ook geen zin om dit thema vroeg in de therapie te bespreken. Er moet al een stevige therapeutische relatie opgebouwd zijn vooraleer het zinvol is zo'n privaat en schaamtebeladen domein als persoonlijke fantasieën te betreden. Gêne en schroom wat het praten over seksuele fantasieën betreft, zijn normaal en gezond. We moeten ons eerder zorgen maken over cliënten die ons grenzeloos deelgenoot willen maken van alle seksuele details uit hun fantasieleven.

Wellicht blijft er dus een deel van de plegers liegen over hun fantasieën. De polygraaf gebruiken is een mogelijkheid (O'Connell, 1998), maar dat levert een boel ethische en andere discussiepunten op (zie bijvoorbeeld Kokish, 2004). Als therapeuten stellen we ons ook de vraag of het wel interessant is om zo'n private gedachte-inhoud als fantasieën aan te kaarten via een op wantrouwen gebaseerde methode als een leugendetector? Bok (1978) beschrijft liegen als een keuzeproces waarbij de gevolgen voor iemands zelfbeeld een centrale rol spelen: wat is de kost van de waarheid ten opzichte van de leugen in termen van voor- en nadelen voor het zelfbeeld? Hoe meer druk er is, hoe meer er op het spel staat, hoe groter de kans dat er verder gelogen wordt.

Fantasiemanagement in een psychotherapeutisch perspectief zal dus wellicht niet alle cliënten kunnen bereiken die problematische fantasieën koesteren, maar het blijft zinvol om doorheen de therapie het thema ter sprake te brengen en te kijken of cliënten in een later stadium alsnog over de brug willen komen.

Bij fantasiemanagement willen we de volgende stappen voorstellen. We pleiten voor een spaarzame en ethische gefundeerde inzet van middelen en voor een grondige en stapsgewijze voorbereiding.

1e stap: algemene psycho-educatieve uitleg aan alle cliënten

2e stap: screening en zorgvuldige indicatiestelling in functie van fantasiemanagement

3e stap: motivatiebevordering en informed consent

4e stap: in kaart brengen en analyseren

5e stap: zoeken naar wat wel en niet kan

6e stap: specifieke managementtechnieken ingebed in een breed psychotherapeutisch aanbod

1e stap: algemene psycho-educatieve uitleg aan alle cliënten.

Fantasieën zijn een belangrijk thema in wellicht bijna elke behandeling van een zedenpleger. Informatie over fantasieën, hoe ze in de misbruikketting een rol kunnen spelen, wat erover geweten en niet geweten is, hoe er op een verantwoordelijke manier mee kan omgegaan worden. Groepstherapie leent zich voor een psycho-educatieve aanpak waarbij informatie gegeven wordt en vandaaruit een eerste voorzichtig gesprek gevoerd worden over lijdensdruk, probleembesef en omgang met fantasieën. Vooral dat laatste thema is belangrijk, omdat voor de cliënten hier een verantwoordelijkheid in het heden ligt. Copingmechanismen kunnen besproken worden en technieken overlopen die de cliënten zelf al gebruiken. Marshall, Marshall and Ware (2009) waarschuwen ervoor dat groepstherapie niet de juiste plaats is om delictgerelateerde fantasieën te bespreken. Het kan opwindend oproepen en versterken zowel bij de cliënt die rapporteert als bij de andere groepsdeelnemers. In de groep zijn er andere en meer belangrijke thema's om op te concentreren.

2e stap: screening en zorgvuldige indicatiestelling voor wie meer nodig heeft

Marshall (1998) stelt in een overzichtsbespreking dat men voorzichtig moet zijn om de behandeling direct te focussen op ongewenste seksuele fantasieën, aangezien het recidivevoorkomend effect ervan niet bewezen is, en verschillende andere technieken die het functioneren van de seksuele delinquent veranderen indirect ook effect kunnen hebben op fantasieën. Williams, Cooper, Howell, Yuille en Paulhus (2009) vonden in een laboratoriumonderzoek geen direct effect noch van porno noch van interne seksuele fantasie op deviant gedrag. Het effect dat wel gevonden werd, kon worden verklaard door de mediërende invloed van een persoonlijkheidsfactor, in het bijzonder psychopathie. We moeten dus voorzichtig blijven om seksuele fantasieën als alleenstaande risicofactor te problematiseren. We kunnen veronderstellen dat het stimuleren van deviante seksuele fantasieën via masturbatie en porno een seksuele deviatie kan onderhouden en op die manier als risicoverhogende factor in beeld komt. Daarom als hypothetische stelregel voor therapie dat fantasieën vrij zijn, behalve als er een verband kan gelegd worden met al gesteld gedrag (waarbij het bekijken van kinderporno een strafbaar delict op zich is).

Op basis hiervan maar even goed op basis van alle andere beschikbare informatie kunnen cliënten geselecteerd worden bij wie een specifiek individueel aanbod van fantasiemanagement zinvol is: cliënten met een eigen probleembesef en/of lijdensdruk en cliënten bij wie de therapeut een redelijk vermoeden heeft dat (misbruik)fantasieën een belangrijke risicofactor op recidive zijn.

We kunnen plegers wat hun fantasieën betreft, onderverdelen in vier groepen:

- niet iedereen heeft fantasieën en niet alle fantasieën die een rol spelen bij seksueel misbruik, zijn seksueel (bv. wraakfantasieën). Opletten dus dat niet iedereen zomaar in een specifiek fantasiemanagementprogramma wordt opgenomen;
- Fantasieën kunnen een copingfunctie hebben, deel zijn van een strategie om op korte termijn soelaas, troost, bevrediging te vinden. Zelfanalyse, stimuleren van copingvaardigheden en emotieregulatie zijn dan belangrijke technieken. Eventueel, maar wellicht niet altijd, ook fantasiemanagement. (Cf. de probleemdrinker die niet dagelijks drinkt, maar enkel als hij ‘het nodig heeft’.)
- Wanneer misbruikfantasieën een belangrijk en misschien exclusief onderdeel uitmaken van het fantasieleven en van de masturbatiepraktijk, is er een ernstig probleem dat fantasiemanagement zinvol maakt. (Cf. de verslaafde alcoholicus;)
- Ten slotte zijn er ook plegers die zeer intrusieve en oncontroleerbare fantasieën ervaren waaraan ze zich machteloos overgeleverd voelen. Bij deze groep moet vooraf een grondige psychiatrische screening gebeuren (bv. PTSS, hyperseksualiteit) en overwogen worden of medisch-psychiatrische interventie niet aangewezen is vooraleer fantasiemanagement ter sprake komt.

Felix is manager in een groot textielbedrijf. Hij is veroordeeld voor kindermisbruik van puberale jongens op naturistencampings, in sauna's en zwembaden. Heel zijn vrije tijd draaide rond het benaderen en veroveren van jongens. Hij masturbeerde zich dagelijks bij beelden van jongens uit zijn herinneringen.

Jean is een marginale man die buurtkinderen opzoekt en ze bij hem thuis lokt. Hij wil vooral in de buurt van heel jonge kinderen zijn en speelt met hen. Hij is veroordeeld voor betastingen zonder penetratie. Hij masturbeert zich echter op verdergaande fantasieën waarbij hij de kinderen verkracht en mishandelt.

Gilles is een getraumatiseerde psychotische man die zijn gedragsimpulsen onder controle houdt via dage-

lijkse dwangmatige masturbatierituelen waarbij in fantasie seks heeft met jongens. Hij is een vrije patiënt die in de loop van de therapie wel vertelt dat hij kinderen benaderd heeft, maar dat hij ze nooit seksueel heeft aangeraakt.

Karsten is een jonge man en compulsieve kinderpornogebruiker. Hij surfte urenlang en legde uitgebreide klasseringen aan. Hij heeft nog nooit een seksuele relatie gehad en voelt zich er ook nog lang niet klaar voor.

Jos is gehuwd en heeft een stiefdochter. Hij is verwijzen voor kinderpornogebruik. Jos heeft al sinds zijn adolescentie een ‘relatie’ met een elfachtig fantasie-meisje met wie hij in gedachten dagelijks seks heeft en aan wie hij ook moet denken om met zijn vrouw seks te kunnen hebben.

3e stap: motivatiebevordering en informed consent

Omwille van de emotionele afhankelijkheid is het belangrijk om extra aandacht aan motivatie te besteden. Verandering wordt pas mogelijk, wanneer voor de cliënt het belang van de verandering, het verschil tussen het huidig gedrag en de waarden en doelen die hij heeft, voldoende groot is. Het gaat niet om het ‘meetbare’ verschil maar om de ‘perceptie’, het besef van de nadelen van het huidig gedrag en de voordelen van de verandering. Prescott (2009) neemt werken met ambivalentie expliciet als uitgangspunt voor zijn motivatiemodel en exploreert de volgende vragen met de cliënt: wil ik nieuwe wegen inslaan?, wil ik nieuwe vaardigheden ontwikkelen die ik daarvoor nodig heb?, wil ik rouwen om wat ik achterlaat (bv. ongewenste fantasieën)?

De cliënt moet ‘kunnen’ veranderen, dat wil zeggen dat hij voldoende vertrouwen moet hebben dat hij de verandering tot een goed einde kan brengen. Seksuele delinquenten worden als groep juist gekenmerkt worden door tekorten als laag zelfwaardergevoel, externe locus of control, intimiteitproblemen en emotionele eenzaamheid (Beech, Fisher & Thornton, 2003). Vooraleer ze effectieve managementtechnieken kunnen verwerven (zie stap 6), kan het nodig zijn om aan hun zelfvertrouwen en zelfbeeld te werken.

4e stap: in kaart brengen en analyseren

Fantasieën, fantasiesoorten en masturbatiepraktijken in kaart brengen is een belangrijke therapeutische stap. Eerst moet met de cliënt een schema opgesteld worden dat hij dan kan invullen en bijhouden. Een ‘fantasielogboek’ kan de volgende kolommen bevatten die dan telkens bij elke masturbatie of ‘zich over-

geven aan fantaseren' kan worden ingevuld: datum en uur - trigger - fantasietype - masturbatie(ritueel) - stemming.

Om een handige tabel te kunnen opmaken is het interessant om codes af te spreken die moeten ingevuld worden. Dit heeft het voordeel dat met de cliënt gedetailleerd over indelingen en categorieën moet gesproken worden, zodat er codes aan kunnen gekoppeld worden. Cliënten hebben hier vaak weinig zicht op. Als ze met hun registratietraak beginnen, zijn ze zelf verrast om patronen en schema's te ontdekken.

- Bij trigger maken we vooral een verschil tussen de drie 'uitlokkercategorieën': extern direct (porno, ...); extern uitgesteld (straatbeelden, herinneringen, ...); intern (geen duidelijk externe aanleiding). Er is ook een combinatie van triggers mogelijk.
- Fantasietype is een verfijning hiervan. Naar welke soorten porno kijkt hij? Welke beelden geven aanleiding tot uitgestelde opwindning (toevallige straatbeelden, op het werk, ...)? En welke fantasieën poppen op zonder externe aanleiding (herinneringen, ...)?
- Masturbeerde hij zich erbij of niet? Was het een soort masturbatieritueel? Bv. voor het slapengaan, tijdens het douchen, een vaste opeenvolging van handelingen, ...?
- En ten slotte een inschatting van de stemming waarin hij zich bevond.

Bedoeling is dat de cliënt deze tabel twee tot vier weken invult en de resultaten dan bespreekt met de therapeut. Wat levert het op? Hoe voelt het om dit in te vullen? Welke patronen duiken op?

5e stap: zoeken naar wat wel en niet kan

Wat met fantasieën die een beetje tot veel van de gepleegde feiten afwijken? Hoe ver moet die afwijking gaan, vooraleer we niet meer van een band met het gestelde gedrag kunnen spreken? Moeten we het strengste criterium nemen ('boven verdenking en buiten gevaar')? We weten het niet, en daarom is het therapeutisch eerlijk om hierover in gesprek te gaan met de cliënt. Het ongewenst-zijn van fantasieën is therapeutisch gezien een interessante insteek. Ongewenst is een criterium dat een gesprek mogelijk maakt. Het verwijst meteen naar gewenste fantasieën. Zijn die er? Ongewenste fantasieën kunnen een risicobevorderend karakter hebben. Maar het is ook interessant om een gezondheidsperspectief te nemen. Gezien het verleden van de cliënt, wat zijn voor hem 'gezonde' fantasieën? Een dergelijke insteek kan niet opgelegd of afgedwongen worden. De therapeut moet hierover in gesprek gaan met de cliënt. Hij is verantwoordelijk

voor zijn leven en voor zijn fantasieën. Dit gesprek verloopt beter na de analysefase. Er is dan meer afstand en het gesprek kan concreet gaan over de resultaten van de registratie.

Het opkomen van een fantasie kan niet gecontroleerd worden, wel de omgang ermee. Een cliënt kan verantwoordelijk gehouden worden voor zijn omgang met een opgekomen fantasie. We weten niet exact wat het mechanisme is dat een fantasie doet oppoppen. Maar uit onderzoek weten we wel dat gedachteonderdrukking geen goede strategie is om cognities te doen verdwijnen (zie verder). Als we niet weten hoe het opkomen van een fantasie te beïnvloeden of te voorkomen is, kunnen we niet van cliënten verwachten dat ze dit proberen en dat ze er zich schuldig over voelen, indien het niet lukt. Aan het moment dat een fantasie 'opfloept' in iemands gedachten, hoeft geen 'rational choice'-moment voorafgegaan te zijn. Maar daarna heeft men wel keuzemogelijkheden: wat ga ik doen, nu deze fantasie in mijn gedachten opgekomen is. De cliënt ervaart dat in zijn leven misschien niet als keuze. Sommigen voelen zich overgeleverd aan hun fantasieën. Maar dat is vaak aangeleerde hulpeloosheid. Van cliënten mogen we verwachten dat ze ervoor kiezen om verantwoordelijk met fantasie om te gaan: ze niet onderhouden, stimuleren, of bekrachtigen, maar beslissen van ze niet in te volgen. Dat kan dan onderwerp van therapie worden: wat kan hij doen om zich niet meer door fantasieën te laten meeslepen?

6e stap: managementtechnieken

Alle bovenstaande stappen maken integraal deel uit van fantasiemanagement en moeten niet gezien worden als opstap naar de zesde stap. We geven hieronder een overzicht van een aantal technieken waar we zelf ervaring mee hebben of die ons interessant lijken maar waar we zelf (nog) niet de nodige vorming voor hebben om ermee te werken. Sommige technieken passen inderdaad in een therapeutische traditie en kunnen niet zomaar als losse techniek zonder vooropleiding toegepast worden. Het is de verantwoordelijkheid van elke therapeut om zijn bekwaamheid in te schatten en de keuze van technieken aan te passen aan de noden van de cliënt.

Cognitieve technieken

Bekend zijn de experimenten van Wegner en collega's (zie Wegner & Schneider, 2003) die zich lieten inspireren door Tolstoi en aan proefpersonen vroegen om zeker niet aan een 'witte beer' te denken. In de traditie van de Acceptance en Commitment Therapie (ACT) besluit Dallaire (2006) hieruit dat de enige

manier om negatieve gedachten en beelden te stoppen, is ze te verschuiven naar positieve en productieve tegenhangers. Wegner, Shortt, Blake en Page (1990) komen tot de voorzichtige conclusie dat het onderdrukken van seksueel opwindende gedachten wel eens het omgekeerde effect zou kunnen hebben, namelijk dat de gedachten hierdoor aan aantrekkingskracht winnen. Shingler (2009) bespreekt een heleboel onderzoeken die gedachteonderdrukking in andere domeinen onderzocht hebben (woede, humeur, depressie) en meestal is het resultaat ook paradoxaal. Op basis hiervan komt ze de tot de volgende besluiten:

- Gedachteonderdrukking is af te raden, zeker als techniek op lange termijn. Hoe meer en actiever men gedachten probeert te onderdrukken, hoe hardnekkiger ze toch weer de kop opsteken.
- Hetzelfde geldt voor lichamelijke sensaties als pijn en opwinding.
- Het onderdrukken van stereotiepe gedachten ten opzichte van een bepaalde doelgroep heeft zelfs een negatief effect, namelijk dat ook in gedrag nog meer afstand genomen wordt van die doelgroep waardoor uiteindelijk stereotiepe gedachten nog meer kans krijgen.
- Gedachteonderdrukking is moeilijker als iemand onder cognitieve hoogspanning staat.
- Het is moeilijker negatieve gedachten te onderdrukken dan positieve en het is nog moeilijker negatieve gedachten te onderdrukken, indien men zelf ook nog in een negatieve stemming verkeert. Daarenboven komt met de terugkeer van de negatieve gedachten ook de negatieve stemming weer in alle hevigheid opzetten. De twee raken verbonden.
- Bij obsessief-compulsieve stoornissen werkt gedachteonderdrukking niet. Aanvaarding, afleiding en monitoring geven veel betere resultaten.
- Indien het mislukken van gedachteonderdrukking intern geattribueerd wordt ('het is erg met mij gesteld'), heeft dit verdere negatieve effecten tot gevolg.

Gevoelsurfen is een cognitieve techniek met veel meer traditie in fantasiemanagement en is er ook specifiek voor aangepast. Alan Marlatt is een van de grondleggers van de relapse-preventionaanpak bij seksuele delinquenten (zie bv. Laws, 1989 en Larimer, Palmer & Marlatt, 1999). Hij introduceerde ook de term 'urge surfing' in het werken met cliënten met een afhankelijkheidsproblematiek (Ostafin & Marlatt, 2008). 'Urge surfing' komt van een oefening die Marlatt voor cliënten ontwikkelde en die erg succesvol bleek te zijn. Ze moesten zich visueel voorstel-

len dat de aandrang (urge) die ze voelden, een golf was, een golf die op en neer gaat en dan zich dan op het strand stort en zich neerlegt. De cliënt kreeg expliciet de instructie om niet tegen de golf te vechten of ertegen in te gaan, ook niet dat ze erdoor worden meegesleurd of erin ten onder gaan. Ze moesten zich voorstellen op de golf te 'rijden', te surfen. De stimulus die de aandrang veroorzaakt, is extern en de verbeelding creëert afstand. Urge surfing is een techniek geworden waarbij afstand gecreëerd wordt door niet te vechten maar te observeren.

Deze houding sluit nauw aan bij Mindfulness, zodat het niet hoeft te verwonderen dat het 'gevoelsurfen' ook in de mindfulnesspraktijk bij de behandeling van afhankelijkheidsproblematieken een plek gevonden heeft (de Wildt, 2005, zie ook Hulsbergen, 2010).

Een laatste cognitieve techniek is journaling (zie bv. Ullrich & Lutgendorf, 2002). We hadden deze techniek ook bij seksuologische technieken kunnen rangschikken, omdat ze zich rechtstreeks op de masturbatiepraktijk richt. Sommige cliënten kunnen het (nog) niet opbrengen om de inhoud van hun ongewenste fantasieën rechtstreeks aan te gaan. Aan de hand van een doorgedreven inkaartbrengen (cf. stap 4) en analyse concentreren ze zich liever op stimulusreductie: bewust de triggers en uitlokkende stimuli beperken, zodat de jarenlange masturbatiecycli langs de kwantitatieve kant aangepakt kan worden.

Klassieke gedragstherapie

Emmelkamp, Emmelkamp, de Ruiter en de Vogel (2002) geven een korte stand van zaken wat betreft het gebruik van klassieke gedragstherapeutische technieken bij seksuele delinquenten. Voor een grondige bespreking en een overzicht van alle technieken blijft Maletzky's boek (1991) het basiswerk.

De klassieke gedragstherapie werkt vooral met aversie therapie en bedekte sensitisatie. Ongewenste seksuele fantasieën worden afgeleerd door deze te verbinden met 'aversieve' stimuli (bv. ammoniakgeur of 'vossenpis') of negatieve cognitieve voorstellingen (bedekte sensitisatie). De aversie therapieën hebben een slechte ethische faam en zijn in de meeste Europese therapiecentra in onbruikbaar geraakt. Schmucker en Lösel (2008) stellen echter in een recente update van hun grote meta-analyse (Lösel & Schmucker, 2005) nog eens vast dat bij de psychosociale benaderingen de klassieke gedragstherapieën naast de cognitieve benaderingen de beste resultaten geven.

Masturbatieherconditionering is een procedure waarbij cliënten via masturbatie hun seksuele voor-

keur proberen te veranderen. Maletzky (1991) beschrijft verschillende varianten van deze techniek, maar de meest gebruikte is om tijdens het masturberen bij vertrouwde fantasiebeelden deze te vervangen door nieuwe gewenste beelden naarmate de cliënt voelt dat hij een orgasme nadert. Cliënten moeten zeer gemotiveerd zijn om dit consequent toe te passen en zich niet te laten meeslepen door de vertrouwde beelden. Er is weinig evidentie dat deze gedragstechniek specifiek voor een grote groep cliënten bruikbaar is (Laws & Marshall, 1991) en ze kan daarom best voorbehouden worden voor cliënten die al gewenste fantasiebeelden hebben en deze verder willen versterken ten nadele van de ongewenste.

Een andere methode betreft masturbatiesatiatie waarbij de cliënt masturbeert bij zijn vertrouwde ongewenste beelden en daarmee nog een hele tijd doorgaat na de ejaculatie. Hierdoor kan een verzadigend, uitpuittend en na verloop van tijd aversief effect ontstaan, waardoor de gebruikte beelden hun erotische lading verliezen. In onze ervaring kan deze techniek bij sommige cliënten op korte termijn sterke effecten hebben, maar cliënten ervaren de techniek als 'vuil en onterend'.

Seksuologische technieken

Ongewenste fantasieën bij masturbatie vervangen door gewenste is niet zo eenvoudig en als techniek ook niet zo betrouwbaar. Over een rechttoe rechtaan seksuologische aanpak rapporteren cliënten dat beginnen masturberen met 'gewenste beelden in gedachten' niet zo moeilijk is, maar dat naarmate het klaarkomen dichterbij komt de oude 'ongewenste' fantasieën zich vaak met alle kracht weer opdringen. Het is zeker veiliger om via exposure extern materiaal te gebruiken (erotische prenten of videomateriaal van gewenste seks) om de kans te vergroten dat de aandacht gevangen blijft.

Sommige cliënten blijven erbij dat ze geen 'andere' fantasieën opwindend vinden en geen alternatief hebben dan geheelonthouder te worden of verder te fantaseren zoals vroeger. Het kan helpen om masturbatieoefeningen voor te stellen waarbij niet op fantasieën maar op de sensorische gewaarwordingen bij het masturberen gefocust wordt. Tegelijkertijd moet dan vaak aan een positiever zelfbeeld en lichaamsbeeld gewerkt worden. Bij alle oefeningen moet zorgvuldig afgewogen worden of ze bij deze individuele cliënt aangewezen zijn.

Een goede start kunnen masturbatieoefeningen zijn zonder klaar te komen, maar met als opdracht om vanuit een niet-oordelende houding te focussen op de sensaties in het lichaam (Zilbergeld, 1985).

Doelen zijn om de druk van het moeten klaarkomen te verminderen en de cliënt te leren zich beter te concentreren op prikkels die zijn opwindend verhogen. Masturberen voor de spiegel kan hierbij helpen (McCarthy, 1984). De cliënt bekijkt zich een paar keer per week in de spiegel, zowel aangekleed als naakt. Hij moet zichzelf goed bekijken, wordt aangemoedigd naar zichzelf te knipogen en om hardop iets positiefs te zeggen over zichzelf. De cliënt maakt zich zo vertrouwd met zijn eigen lichaam en leert om de aandacht op zijn lichaam te concentreren. Daarna kan hij zich ook masturberen voor de spiegel waarbij zijn aandacht op het handelen en de sensaties gericht blijft.

De sensate-focustechniek sluit hierop aan (Metz & Sawyer, 2004). Cliënten die een vaste sekspartner hebben, kunnen bij het vrijen soms wegdromen in hun ongewenste fantasieën en ze ook op die manier in stand houden en bekrachtigen. Sensate focus is gericht op ontspanning en elkaar seksueel opnieuw 'ontdekken'. Het zijn streefoefeningen waarbij verkend wordt wat ieder prettig vindt, hoe faalangst overwonnen kan worden of hoe negatieve gevoelens en afdrijvende fantasieën afgehouden kunnen worden.

Eye Movement Desensitisation Reprocessing (EMDR)

EMDR is bij uitstek een techniek die enkel door therapeuten met een specifieke opleiding kan ingezet worden. We vermelden ze daarom vooral voor de volledigheid. Ricci, Clayton en Shapiro (2006) beschrijven een onderzoek waarbij 10 plegers met een eigen misbruikverleden met EMDR specifiek voor hun jeugdtrauma's behandeld werden. Ze rapporteren een daling in deviante seksuele opwindend (gepaard met een veronderstelde daling in begeleidende deviante seksuele fantasieën) en verklaren dit met het EMDR-model van 'adaptieve informatieverwerking'. Cox en Howard (2007) rapporteren over een gevalstudie waarbij EMDR werd ingezet bij de behandeling van traumagerelateerde seksverslaving.

Een belangrijke methodiek die bij EMDR gebruikt wordt, is het creëren van een 'veilige plek' waar de cliënt ongewenste en overspoelende emoties en cognities kan ontvluchten. Deze methodiek is ook bekend in andere therapieën, bijvoorbeeld in de schemagerichte therapie (Young, Klosko & Weishaar, 2004) en kan ook bij fantasiemanagement als aparte techniek gebruikt worden.

Eens cliënten de duivelskring begrijpen die bestaat tussen fantasieën, masturbatie-opwindend en orgasmebekrachtiging, kan samen met hen aan een veilige plek gewerkt worden waar ze naartoe kun-

nen vluchten om aan de betovering van de kring te ontkomen. Bedoeling is om een interne veilige plek te installeren, maar soms moet men van de externe veilige plek vertrekken die de consultatieruimte kan geworden zijn.

Medicamenteuze behandeling

De hoger vermelde studie van Schmucker en Lösel (2008) vond goede resultaten voor hormonale behandelingen. Van hunsel en Cosyns (2002) bespreken verschillende studies die een significante reductie in de impact van seksuele fantasieën rapporteren dankzij het gebruik van medicatie. Deze auteurs stellen een protocol voor waarbij ‘mildere’ vormen van parafiele fantasiebeleving met SSRI’s (selective serotonin reuptake inhibitors) behandeld kunnen worden en ernstigere vormen waarbij vooral sociale gevaarlijkheid als criterium meespeelt, met Luteinizing hormone releasing hormone (LHRH)-agonisten. De auteurs benadrukken echter ook dat medicamenteuze behandeling altijd door psychotherapie moet ondersteund worden. Het onderzoeksrapport van het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie concludeert dat vergeleken met anti-androgenen de LHRH-agonisten beter de seksuele prikkelbaarheid en daardoor ook de seksuele fantasieën afremmen (Smit, 2008).

Besluit

In dit artikel hebben we een lans gebroken voor het opnemen van fantasiemanagement in het therapeutisch palet van hulpverlening aan zedenplegers. Fantasiemanagement is een techniek die doelgericht moet ingezet worden en zeker niet standaard aan alle cliënten moet aangeboden worden. Zorgvuldige indicatiestelling is dus belangrijk waarbij zowel de bezorgdheid van de therapeut (spelen fantasieën een rol in het recidiverisico) als de lijdensdruk van de cliënt richtinggevend zijn.

Fantasiemanagement is geen opzichstaande techniek maar moet passen in een aangehouden psychotherapeutisch aanbod. Technische interventies (bv. gedragstherapeutisch of medicamenteus) kunnen nodig zijn om bij sommigen een breuk met het verleden te ‘forceren’. Laten we niet onderschatten wat het betekent om afscheid te nemen van dat ‘maatje’ dat je zoveel jaren bij zoveel orgasmen begeleid heeft (Marshall, 1998). Mededogen is het juiste woord voor een therapeutische houding die deze moeilijke en dappere weg van de cliënt wil ondersteunen.

We hopen met dit artikel een dubbele boodschap te hebben gegeven. Enerzijds is het een techniek die een stevige therapeutische relatie vraagt en die met zorg en respect moet worden toegepast. Het is geen

kookboekrecept dat in modulevorm even uit de kast kan worden gehaald. Anderzijds is het echt de moeite waard om bij een welbepaalde groep cliënten met fantasieën aan de slag te gaan. We zullen niet alle cliënten bereiken die er baat bij kunnen hebben, en een deel zal blijven liegen en ontkennen. Fantasiemanagement is niet zomaar een terugvalreducerende interventie, het is ook een hulpaanbod voor mensen met lijdensdruk.

Literatuur

- Adams, H. E., Motsinger, P., McAnulty, R. D., & Moore, A. L. (1992). Voluntary control of penile tumescence among homosexual and heterosexual subjects. *Archives of Sexual Behavior, 21*, 17-31.
- Barker, J. G., & Howell, R. J. (1992). The plethysmograph: A review of recent literature. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law, 20*, 13-25
- Beech, A. R., Fisher, D. D., & Thornton, D. (2003). Risk assessment of sex offenders. *Professional Psychology: Research and Practice, 34*, 339-352.
- Bok, S. (1978). *Lying: Moral choice in public and private life*. Hassocks, Sussex: John Spiers.
- Cox, R. P., & Howard, M. D. (2007). Utilization of EMDR in the treatment of sexual addiction: A case study. *Journal of Sexual Addiction & Compulsivity, 14*, 1-20.
- Daleiden, E. L., Kaufman, K. L., Hilliker, D. R., & O’Neil, J. (1998). The sexual histories and fantasies of adolescent males: A comparison of sex offending, non-sex offending, and non-offending groups. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 10*, 195-209.
- Dallaire, J. (2006). The Five R’s - A negative thought stopping procedure. Retrieved March 29, 2010, from <http://ezinearticles.com/?The-Five-Rs---A-Negative-Thought-Stopping-Procedure&id=333443>
- de Wildt, W. (2005). Storende preoccupaties bij afhankelijkheid van psychoactieve stoffen. *Directieve Therapie, 25*, 100-104.
- Donnelly, D., & Fraser, J. (1998). Gender differences in sado-masochistic preferences among college students. *Sex Roles, 39*, 391-407.
- Ekman, P. (1985). *Telling lies: Clues to deceit in the marketplace, politics, and marriage*. New York: W. W. Norton & Company.
- Emmelkamp, P., Emmelkamp, J., de Ruiter, C., & de Vogel, V. (2002). Effectiviteit van psychotherapeutische behandeling bij plegers van seksueel geweld. *Tijdschrift voor Seksuologie, 26*, 97-104.
- Everaerd, W., Laan, E., Both, S., & Spiering, M. (2001). Sexual motivation and desire. In W. Everaerd, E. Laan, & S. Both (Eds), *Sexual motivation, appetite and desire* (pp. 95-110). Amsterdam: KNAW Editia.
- Finkelhor, D., & Yllo, K. (1985). *License to rape: Sexual abuse of wives*. New York: Holt, Rinehart and Winston.

- Freud, S. (1962). Creative writers and daydreaming. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete works of Sigmund Freud, Vol. 9*. London: The Hogarth Press.
- Gerressu, M., Mercer, C. H., Graham, C. A., Wellings, K., & Johnson, A. M. (2007). Prevalence of masturbation and associated factors in a British national probability survey. *Archives of Sexual Behavior, 37*, 266-278.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology, 39*, 281-291.
- Hall, G. C. N., Proctor, W. C., & Nelson, G. M. (1988). Validity of physiological measures of pedophilic sexual arousal in a sexual offender population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 118-122.
- Hanson, R. K., & Buissière, M. T. (1996). *Predictors of sexual offending: A meta-analysis*. User Report 96-04. Department of the Solicitor General of Canada: Ottawa, Ontario.
- Heilbrun, A. B., & Loftus, M. P. (1986). The role of sadism and peer pressure in the sexual aggression of male college students. *Journal of Sex Research, 22*, 320-332.
- Hildebrand, M., de Ruiter, C., & van Beek, D. J. (2001). SVR-20. *Richtlijnen voor het beoordelen van het risico van seksueel gewelddadig gedrag*. Utrecht: Forum Educatief.
- Hulsbergen, M. (2010). Op Mindfulness gebaseerde cognitieve gedragstherapie. *Psychopraktijk, 2*, 17-19.
- Janssen, E., Everaerd, W., Spiering, M., & Janssen, J. (2000). Automatic processes and the appraisal of sexual stimuli: Toward an information processing model of sexual arousal. *Journal of Sex Research, 37*, 8-23.
- Janssen, E., McBride, K., Yarber, W., Hill, B., & Butler, S. (2008). Factors that influence sexual arousal in men: A focus group study. *Archives of Sexual Behavior, 37*, 252-265.
- Jensen, S. (2006). *Leugenaars*. Rotterdam: Lemniscaat.
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., & Martin, C. E. (1948/1998). *Sexual behavior in the human male*. Philadelphia: W.B. Saunders; Bloomington, IN: Indiana U. Press. (gepubliceerd online <http://www.kinseyinstitute.org/research/ak-data.html#Questions>)
- Kokish, R. (2004). The current role of post-conviction sex offender polygraph testing in sex offender treatment. *Journal of Child Sexual Abuse, 12*, 175-194.
- Laan, E. (2002). Seksuele fantasie: Aberratie of afrodisiacum? *Tijdschrift voor Seksuologie, 26*, 195-201.
- Lambie, J. A., & Marcel, A. J. (2002). Consciousness and emotion experience: A theoretical framework. *Psychological Review, 109*, 219-259.
- Larimer, M. E., Palmer, R. S., & Marlatt, G. A. (1999). Relapse prevention: Overview of Marlatt's cognitive-behavioral model. *Alcohol Research and Health, 23*, 151-160.
- Laws, R. (1989). *Relapse prevention with sex offenders*. New York: Guilford Press.
- Laws, R. (2003). The rise and fall of relapse prevention. *Australian Psychologist, 38*, 22-30.
- Laws, R., & Marshall, W.L. (1991). Masturbatory reconditioning with sexual deviates: An evaluative review. *Advances in Behavioral Research and Therapy, 13*, 13-25.
- Leitenberg, H., & Henning, K. (1995). Sexual fantasy. *Psychological Bulletin, 117*, 469-496.
- Letourneau, E., & O'Donohue, W. (1997). The classical conditioning of female sexual arousal. *Archives of Sexual Behavior, 26*, 63-78.
- Lösel, F., & Schmucker, M. (2005). The effectiveness of treatment for sexual offenders: A comprehensive meta-analysis. *Journal of Experimental Criminology, 1*, 117-146.
- Mahoney, J. M., & Strassberg, D. S. (1991). Voluntary control of male sexual arousal. *Archives of Sexual Behavior, 20*, 1-16.
- Malamuth, N. (1986). Predictors of naturalistic sexual aggression. *Journal of Personality and Social Psychology, 50*, 953-962.
- Maletzky, B. (1991). *Treating the sexual offender*. Newbury Park, CA: Sage Publications, Inc.
- Marshall, W. L., & Eccles, A. (1991). Issues in clinical practice with sex offenders. *Journal of Interpersonal Violence, 6*, 68-93.
- Marshall, W. L. (1998). Adult sexual offenders. In A.S. Bellack & N. Hersen, *Comprehensive Clinical Psychology, volume 9* (pp. 407-420). Oxford: Pergamon
- Marshall, W. L., Marshall, L. E., & Ware, J. (2009). Cognitive distortions in sexual offenders: Should they all be treatment targets? *Sexual Abuse in Australia and New Zealand, 2*, 21-33.
- McAnulty, R. D., & Adams, H. E. (1991). Voluntary control of penile tumescence: Effect of an incentive and a signal detection task. *Journal of Sex Research, 28*, 557-577.
- McCarthy, B. W. (1984). Strategies and techniques for the treatment of inhibited sexual desire. *Journal of Sex and Marital Therapy, 10*, 97-104.
- Metz, M. E., & Sawyer, S. P. (2004). Treating sexual dysfunction in sex offenders: A case example. *Journal of Sex and Marital Therapy, 30*, 185-197
- O'Connell, M. A. (1998). Using polygraph testing to assess deviant sexual history of sex offenders. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities & Social Science, 58*(8-A), 3023.
- Ochsner, K. N., & Gross, J. J. (2005). The cognitive control of emotion. *Trends in Cognitive Sciences, 9*, 242-249.
- Ostafin, B. D., & Marlatt, A. (2008). Surfing the urge: Experiential acceptance moderates the relation between automatic alcohol motivation and hazardous drinking. *Journal of Social and Clinical Psychology, 27*, 404-418.
- Person, E. S. (1986). Male sexuality and power. *Psychoanalytic Inquiry, 6*, 3-25.
- Plaud, J. J., & Bigwood, S. J. (1997). A multivariate analysis of the sexual fantasy themes of college men. *Journal of Sex and Marital Therapy, 23*, 221-230.

- Prescott, D. S. (2009). Motivational interviewing in the treatment of sexual abusers. In D. S. Prescott (Ed.), *Building motivation to change among sexual offenders*. Brandon, VT: Safer Society.
- Rachman, S., & Hodgson, R. J. (1968). Experimentally-induced 'sexual fetishism': Explication and development. *Psychological Record*, 18, 25-27.
- Ricci, R. J., Clayton, C. A., & Shapiro, R. (2006). Some effects of EMDR on previously abused child molesters: Theoretical reviews and preliminary findings. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 17, 538-562.
- Shingler, J. (2009). Managing intrusive risky thoughts: What works? *Journal of Sexual Aggression*, 15, 39-53.
- Schmucker, M., & Lösel, F. (2008). Does sexual offender treatment work? A systematic review of outcome evaluations. *Psicothema*, 20, 10-19.
- Simon, W. T., & Schouten, P. G. W. (1991). Plethysmography in the assessment and treatment of sexual deviance: An overview. *Archives of Sexual Behavior*, 20, 75-91.
- Smit, I. E. (Ed.) (2008). *Seksueel grensoverschrijdend gedrag: Landelijk zorgprogramma voor plegers van seksuele delicten in de forensische psychiatrie Versie 1.1*. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Seksuologie (online publicatie http://www.efp.nl/site/files/u2/ksueel_Grensoverschrijdend_Gedrag_versie_1_1.pdf)
- Ullrich, P. M., & Lutgendorf, S. K. (2002). Journaling about stressful events: Effects of cognitive processing and emotional expression. *Annals of Behavioral Medicine*, 24, 244-250.
- Van hunsel, F., & Cosyns, P. (2002). Biomedische interventies bij plegers van seksueel geweld. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 26, 87-96.
- Warshaw, R. (1988). *I never called it rape: The Ms. report on recognizing, fighting, and surviving date and acquaintance rape*. New York: Harper and Row.
- Wegner, D. M., & Schneider, D. J. (2003). The white bear story. *Psychological Inquiry*, 14, 326-329.
- Wegner, D. M., Shortt, J. W., Blake, A. W., & Page, M. S. (1990). The suppression of exciting thoughts. *Journal of Personality and social psychology*, 58, 409-418.
- Williams, K. M., Cooper, B. S., Howell, T. M., Yuille, J. C., & Paulhus, D. L. (2009). Inferring sexually deviant behavior from corresponding fantasies: The role of personality and pornography consumption. *Criminal Justice and Behavior*, 36, 198-222.
- Wilson, G. (1978). *The secrets of sexual fantasy*. London: J. M. Dent & Sons.
- Young, J. S., Klosko, M. E., & Weishaar, J. E. (2005). *Schemagerichte therapie. Handboek voor therapeuten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Zilbergeld, B. (1978). *Male sexuality*. Little Brown, Boston.

Summary

Fantasy management for sex offenders

Sexual fantasies of sex offenders are a complex therapeutic issue. First, there is not so much we know yet for sure about sexual fantasies. Secondly, the question is what role sexual fantasies play as a risk factor for sexual abuse. And third, therapists see themselves confronted with the difficult task how to affect the sexual fantasies of their client (if they are willing to do this at all). In part 1 of this article, we briefly go through the scientific knowledge about sexual fantasies of sex offenders and will primarily have to find out that we do not know much. In part 2 we present four ethical statements as a therapeutic framework for fantasy management. Finally we describe six steps to make it practical to get started.