

## Beschouwing

# Parafiele en niet-parafiele seksualiteit bij cliënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag. Overwegingen en therapeutische mogelijkheden.

*Bernard ten Hag*

*De Waag Utrecht, onderdeel van de Forensische Zorgspecialisten*

### Samenvatting

Personen met seksueel grensoverschrijdend gedrag staan erg negatief in de belangstelling en het overheersende beeld is dat het om ongeneeslijke en perverse personen gaat. De maatschappelijke context van seksueel grensoverschrijdend gedrag wordt gekenmerkt door morele paniek, waarbij er grote verontrusting is over verschijnselen die bij nader inzien minder kwaadaardig en wijdverbreid of zelfs uitzonderlijk zijn. Onderzoek wijst uit dat plegers van seksuele delicten minder vaak recidiveren dan geweldplegers en dat behandeling bijdraagt aan vermindering van recidive. Dit artikel onderzoekt het seksuele aspect van seksueel grensoverschrijdend gedrag. Betoogd wordt dat seksueel grensoverschrijdend gedrag lang niet altijd door een bijzondere seksuele voorkeur bepaald wordt en dat gewaakt moet worden voor het pathologiseren of medicaliseren van crimineel gedrag en het criminaliseren van normaal seksueel gedrag. Seksuele motieven voor seksueel grensoverschrijdend gedrag komen naast een parafilie ook voort uit hyperseksueel gedrag en een gebrekkige seksuele regulatie. Andere niet-seksuele motieven als het zoeken naar intimiteit en het reguleren van onplezierige gevoelens spelen eveneens een belangrijke rol. Het artikel besluit met suggesties voor behandelinterventies voor zowel seksuele als niet-seksuele motieven.

Een beschouwing over seksueel grensoverschrijdend gedrag kan niet om de huidige maatschappelijke context heen. Deze context wordt ruwweg bepaald door enerzijds de sterke dominantie van seksualiteit in onze samenleving en anderzijds de verbeterde jacht op "pedoseksuele" daders die alle andere vormen van seksueel misbruik of onvrijwilligheid in seksuele contacten overschaduwde. Alles wat vragen oproept over ongebreidelde en problematische seksuele activiteiten om ons heen lijkt afgewenteld te worden op een ongenueanceerde veroordeling van de kindmisbruiker. In de publieke opinie heerst het beeld van de seksuele pervert, die ongeneeslijk ziek is en die zich ophoudt in pedofiele netwerken, diep en ongrijpbaar verborgen op Internet. Op dit verschijnsel lijkt het sociologische begrip morele paniek te passen. Morele paniek kent

een aantal fasen: op basis van enkele geruchtmakende zaken wordt het betreffende verschijnsel verbreed naar mildere vormen waarvan in de berichtgeving de werkelijkheid wordt uitvergroot. De overheid tenslotte legt op basis van deze uitvergroete incidentele gebeurtenissen nieuwe wetgeving vast waardoor een grote groep van zowel daders als slachtoffers buitensporig getroffen wordt. De morele paniek over pedoseksueel misbruik heeft een reële basis, maar onderliggend lijkt de samenleving een groter probleem te hebben met wat in de laatste jaren "de seksualisering van de samenleving" wordt genoemd. De exclusieve aandacht voor pedoseksueel misbruik gaat ten koste van een bezinning op de overdaad aan seksualiteit, inclusief de chirurgische en cosmetische ingrepen die beogen ons beter op de seksuele markt te zetten.

Resocialisatie van delinquenten kent een lange traditie maar staat de laatste jaren onder druk. In Nederland zijn mid jaren '90 naast tbs-instellingen poliklinieken ontstaan waar wetsovertreders van minder zware delicten en met minder ernstige stoornissen ambulante behandeling kunnen worden, inclusief personen met seksueel grensoverschrijdend gedrag. De algemene

roep om strengere straffen staat haaks op deze resocialisatiepogingen en heeft als nadelig effect dat de samenleving slecht wordt voorbereid op de terugkeer van delinquenten. Voortbordurend op het begrip risicomaatschappij spreekt de criminoloog Boutellier (2003) van een veiligheidsutopie. Tegenover een sterk gevoel van vitaliteit en vrijheidsbeleving, ontstaan vanaf de tweede wereldoorlog, is er in de laatste jaren een toenemende behoefte aan veiligheid gegroeid. Deze veiligheidsbehoefte is vooral toegenomen sinds we ons ervan bewust zijn dat het leven omgeven is met risico's. Omdat beide behoeftes, vrijheid en veiligheid, niet tegelijkertijd ingewilligd kunnen worden, spreekt hij van een paradoxale situatie. Er wordt een utopie nagestreefd die niet verwezenlijkt kan worden. Scherper en eenvoudiger geformuleerd: de mens vraagt om regels waaraan hij zich niet wenst te houden. Deze paradoxale situatie treft Boutellier ook aan op het gebied van de seksuele moraal. Enerzijds is seksualiteit een individuele bron van vitaliteit en vrijheid terwijl anderzijds de gelijkwaardigheid van seksuele partners een norm is. Aan de hand van het onderwerp pornografie laat hij deze paradox duidelijk zien: zij is enerzijds een uiting van seksuele vrijheid en bevestiging van de vrouwelijke lustbeleving, maar anderzijds ontkent zij deze vanwege de vrouwonvriendelijkheid van de meeste pornografie. Als verklaring voor het seksuele geweld, stelt hij vervolgens dat sommige mannen moeilijk kunnen omgaan met de paradoxale situatie van zowel vrije seksualiteit als de gelijkwaardigheid van relaties. Het seksuele geweld van mannen ziet hij als een wanhopige poging om hun seksuele identiteit te (be)vestigen ten koste van vrouwen en kinderen. Het geweld verwijst naar een onvermogen tot intimiteit. Terugkerend naar het thema van resocialisatie zal een behandeling die zich op deze en andere onvermogens richt beter de samenleving helpen dan het enkel bestraffen van deze mannen. Onderzoek laat zien dat over het algemeen plegers van seksueel misbruik minder vaak in herhaling vallen dan geweldplegers (Fortney, Levenson, Brannon & Baker, 2007) en dat behandeling tot een verlaging van recidive leidt (Marshall, Marshall, Serran & O'Brien, 2011).

Risicotaxatieinstrumenten ten behoeve van seksueel grensoverschrijdend gedrag – ook de forensische hulpverlening loopt in de pas van de risicomaatschappij - laten zien dat meerdere factoren bij seksueel grensoverschrijdend gedrag een rol spelen. Niet alleen psychische stoornissen maar ook vaardigheidstekorten kunnen tot problematisch gedrag leiden. Seksueel grensoverschrijdend gedrag wordt, in tegenstelling tot wat vaak gedacht wordt, niet uitsluitend bepaald door een seksuele stoornis in de vorm van een parafilie. Ontremd en excessief seksueel gedrag is eveneens problematisch en daarnaast kunnen antisociale trekken, zelfregulatieproblemen en intimiteitstekorten een bepalende rol spelen. Recente onderzoeken laat zien dat er weinig verschillen gevonden worden tussen cliënten

die zich seksueel grensoverschrijdend gedragen vanuit een parafilie en cliënten die vanuit andere motieven delicten plegen. Pedofielen tonen in psychologisch opzicht grote overeenkomsten met niet-pedofiele plegers van seksueel misbruik van kinderen en zelfs recidivecijfers laten weinig verschillen zien tussen pedofiele en niet-pedofiele plegers (Kingston, Firestone, Moulden & Bradford, 2007; Moulden, Firestone, Kingston & Bradford, 2009; Wilson, Abracen, Looman, Pichea & Ferguson, 2011).

Dit artikel beoogt het seksuele gedrag bij zowel parafiele als niet-parafiele personen te analyseren. Een kader voor het beschrijven van de parafiele stoornis biedt de Diagnostic and Statistical Manual, 4th edition (DSM-IV-TR)(American Psychiatric Association [APA], 2000). De sectie seksuele stoornissen omvat de criteria voor de seksuele disfuncties, de parafilieën en de genderidentiteitsstoornissen. Bij de aanstaande nieuwe versie van de DSM, de DSM-5, is de discussie over de definities van parafilieën verhevigd. Een breder kader voor seksueel misbruik en geweld, inclusief de parafilieën, biedt de criminologische literatuur. Het onderzoek in dit vakgebied heeft de afgelopen decennia vooral in het teken gestaan naar de effectiviteit van behandeling in het terugdringen van recidive (Andrews & Bonta, 2010) en voortbordurend op dit onderzoek hebben Hanson en Morton-Bourgon (2005) meerdere factoren gevonden die bij seksueel grensoverschrijdend gedrag een causale en in standhoudende rol spelen.

### De parafilieën

De groep seksuele stoornissen waarvoor destijds de term perversie werd gebruikt, wordt sinds de DSM-III (APA, 1987) omschreven als een parafilie. Bij een parafilie, als begrip tegengesteld aan normofilie, gaat het om gedrag dat te veel afwijkt van de algemene norm. De etymologie van het woord parafilie luidt: naast de liefde. De huidige DSM-IV-TR (2000) classificeert acht parafilieën en een restgroep Niet Anderszins Omschreven (NAO). Zij zijn onder te verdelen in strafbare parafilieën: exhibitionisme, voyeurisme, frotteurisme (wrijven), pedofilie en seksueel sadisme, en niet-strafbare parafilieën: fetisjisme, fetisjistisch transvestitisme en seksueel masochisme. Van de classificatie parafilie NAO wordt een aantal voorbeelden gegeven zoals telefoonscatologie, necrofilie, partialisme (lichaamsdelen), zoofilie, coprofilie (uitwerpselen), klismafilie en urofilie. Twee criteria zijn bepalend voor de classificatie van een parafilie. Het A-criterium betreft de inhoud van de psychische stoornis: iemand heeft herhaalde intense seksuele fantasieën, seksuele drang of gedragingen. Het B-criterium stelt dat iemand onder deze stoornis moet lijden. Bij de strafbare parafilieën is aan dit B-criterium toegevoegd dat iemand onder zijn stoornis lijdt of er naar gehandeld heeft. Een groot probleem is dat in de opeenvolgende versies van de DSM de parafilieën steeds weer verschillend beschreven zijn. Dat heeft tot felle debatten geleid. Met de aankondiging van een

nieuwe DSM-versie (APA, n.d.) is de discussie weer verhevigd. Belangrijke thema's in deze discussie zijn (1) de definitie van een parafilie, (2) het onderscheid tussen een parafilie en seksueel grensoverschrijdend gedrag, en (3) de vraag hoe afwijkend parafiel gedrag is.

Frances en First (2011; First, 2010), die meegewerkt hebben aan beide DSM-IV-versies, geven aan dat daarin een parafilie onduidelijk gedefinieerd is. Zij pleiten voor een terugkeer naar de definitie van de DSM-III (APA, 1980) waar gesproken wordt over een 'ongewone seksuele belangstelling' als kern van een parafilie. Het ongewone van het parafiele gedrag kenmerkt zich in een onvermogen tot een affectieve relatie met een seksuele partner en in plaats daarvan een zoeken naar seksuele opwindning door iets anders. Hierbij gaat het niet om een seksuele variatie maar om seksueel gedrag dat voor iemand nagenoeg de enige manier is om seksueel opgewonden te worden. Een parafilie is aldus op te vatten als een verstoord patroon in seksuele lust.

Wat betreft het tweede discussiethema geven Frances en First (2011; First, 2010) aan dat de formulering van de DSM-IV (APA, 1994) en DSM-IV-TR (APA, 2000) aanleiding is geworden om uitsluitend op grond van het seksuele gedrag iemand als parafiel te classificeren. In beide DSM-IV-versies heeft de toevoeging van het woord gedrag in het A-criterium – volgens Francis en First alleen maar bedoeld als uitdrukking van de stoornis zelf – tot de praktijk geleid dat gedrag als voldoende aanwijzing voor het bestaan van een parafilie wordt gezien. De consequentie daarvan is dat bijvoorbeeld incestdaders, van wie de meesten geen onderliggende pedofiele belangstelling hebben (Seto, 2008a), toch op basis van dit criterium als pedofiel geïdentificeerd kunnen worden. Dat leidt tot psychopathologisering van strafbaar gedrag, met grote consequenties. In de Verenigde Staten kan iemand na zijn detentie langer worden vastgehouden op basis van een psychische stoornis (lees parafilie). Ook in Nederland leidt de classificatie van parafilie, zoals pedofilie, tot een hogere inschatting van het recidiverisico en wordt langer toezicht door de reclassering nodig gevonden. Een tweede negatief gevolg van de ongelukkige formulering van het A-criterium in beide DSM-IV-versies is het gebrek aan eenduidigheid onder de klinici. Sommigen beperken zich in hun diagnostiek strikt tot het parafiele opwindingspatroon, terwijl anderen het minder nauw nemen met de DSM en het uitbreiden tot al het seksueel grensoverschrijdend gedrag. (Feelgood & Hoyer, 2008; Marshall, 2007).

Het derde punt in de DSM-discussie is in hoeverre afwijkend seksueel gedrag gepsychopathologiseerd moet worden. Een terugkerend argument om parafilieën uit de DSM te verwijderen is dat homofilie vanaf de DSM-III (APA, 1980) niet meer als afwijkend seksueel gedrag is opgenomen. De DSM-5 subwerkgroep parafilieën onder leiding van Blanchard (2010) stelt daarom voor om een onderscheid te maken tussen een parafilie en een parafiele stoornis. Een parafilie rechtvaardigt op

zichzelf geen psychiatrische interventie. Van een parafiele stoornis wordt pas gesproken wanneer iemand daaronder lijdt of wanneer het schadelijk voor anderen is. Als voorbeeld wordt de travestiet genoemd die hoe vaak hij zich dan ook als vrouw verkleedt voor seksuele doeleinden, niet als psychiatrisch gestoord gediagnosticeerd kan worden als hij daar niet onder lijdt. Door het onderscheid tussen een parafilie en een parafiele stoornis wordt ongewoon seksueel gedrag niet automatisch als pathologisch gelabeld. Blanchard (2010) heeft daarnaast voorgesteld onder pedofilie ook een voorkeur voor seksueel rijpende pubers te verstaan, waar eerdere DSM-versies zich beperkten tot prepubers. De stoornis van het pedofiele gedrag ligt in het onvermogen om met seksueel rijpe personen om te gaan.

De conclusie luidt dat niet alle personen met seksueel grensoverschrijdend gedrag als parafiel te beschouwen zijn. Er is vaker sprake van problemen in seksuele en algemene zelfregulatie vanuit een antisociale houding of vanuit tekorten in intimiteitsvaardigheden. Een tweede conclusie luidt dat niet alle personen met een parafilie seksueel grensoverschrijdend gedrag vertonen.

### Hyperseksualiteit

In tegenstelling tot verminderd seksueel verlangen dat in de DSM-IV-TR (APA, 2000) is opgenomen onder de seksuele disfuncties, is er geen DSM-classificatie voor excessief seksueel gedrag of hyperseksualiteit. Een van de redenen waarom de opname van een non-parafiele verslaving in de DSM-III-R (APA, 1987) in de daaropvolgende versies weer is verwijderd, is volgens Kafka (1994) vanwege een gebrek aan empirische gegevens over deze stoornis en vanwege een controverse over de karakterisering ervan (zie voor een overzicht Ten Hag, 2007). Dat is alleen al te merken aan de vele benamingen voor dit probleem: de term seksverslaving is het meest populair, maar daarnaast zijn seksuele compulsiviteit of seksuele impulsiviteit gangbare termen. Ook wordt gesproken over een stoornis van het excessief seksueel verlangen (Marshall & Marshall, 2001) en *out of control*-gedrag (Bancroft, 2008). Hyperseksualiteit is een meer beschrijvende term zonder verwijzing naar onderliggende dynamiek. Onduidelijk blijft echter of het bij hyperseksualiteit om een problematische hoge 'seksdrive' gaat of om een gebrek aan zelfcontrole (Wiedermaier, 2004). Ondanks de controverse over de karakterisering ervan, wordt hyperseksualiteit als klinisch verschijnsel niet betwist.

Kafka (2010) heeft jarenlang onderzoek gedaan naar excessieve vormen van seksueel gedrag. Het gaat bij deze stoornis om normofiele seksuele gedragingen als compulsief masturberen, pornoafhankelijkheid, dwangmatig promiscu gedrag en overmatige cyberseksactiviteiten. Kenmerkend is dat het seksuele gedrag aanzienlijk veel tijd in beslag neemt, vaak in reactie op dysfore gemoedstoestanden en stressvolle

gebeurtenissen, waarbij pogingen tot het controleren van het seksuele gedrag niet succesvol zijn en waarbij weinig rekening gehouden wordt met schade voor zichzelf en anderen.

Voor de DSM-5 heeft Kafka (2011) voorgesteld de hyperseksuele stoornis op te nemen. In zijn artikel stelt hij dat de verschillende theoretische perspectieven als overeenkomst hebben dat de hyperseksuele stoornis een stoornis van het seksuele verlangen is, gekenmerkt door een toegenomen frequentie en intensiteit van seksueel gedrag, in samenhang met een impulsieve component, met nadelige gevolgen. Het onderzoek naar hyperseksualiteit onder cliënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag is nog schaars. Kafka en Hennen (2003) vonden dat bij 86% van de parafielen ook hyperseksualiteit een rol speelde. Marshall en Marshall (2006) rapporteren dat de helft van de cliënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag als seksverslaafd gescoord kon worden. In het algemeen wordt het steeds duidelijker dat hyperseksueel gedrag niet zo onschuldig is. Het kan obsessief of verslavend worden maar er is ook de mogelijkheid tot escalatie, hetzij naar seksueel riskant gedrag zoals seksueel overdraagbare aandoeningen en ongewenste zwangerschappen, hetzij naar seksueel grensoverschrijdend gedrag. Er is bijvoorbeeld enig bewijs, naast klinische evidentie, dat mensen van onschuldige porno overstappen naar criminele activiteiten in de vorm van kinderporno of *hands-on* delicten als aanranding en verkrachting van minderjarigen en volwassenen (Cooper, Golden & Marshall, 2006). Een persoon met sterk promiscu gedrag gaat in de fout bij zijn dochter, of een compulsief masturberende man kijkt naast volwassen porno ook kinderporno.

Het voorstel van Kafka (2011) om de hyperseksuele stoornis in de DSM-5 op te nemen stuit op veel verzet. Ook hier is er discussie over het ten onrechte pathologiseren van normaal seksueel gedrag, nog los van de onduidelijkheid wat onder hyperseksualiteit precies verstaan moet worden.

### Risicofactoren seksueel grensoverschrijdend gedrag

Het onderzoek naar effectieve behandeling van seksueel grensoverschrijdend gedrag heeft opgeleverd dat er een onderscheid gemaakt wordt in factoren die wel en geen relatie met recidive hebben. Er zijn een aantal factoren gevonden die een psychologische kwetsbaarheid voor terugval vormen (Mann, Hanson & Thornton, 2010). In het seksuele domein is dat vooral iemands seksuele gepreoccupeerdheid of gebrekkige seksuele zelfregulatie – naast iemands afwijkende seksuele voorkeur. In het sociale domein zijn het met name de relationele problemen en in het zelfregulatiedomein gaat het over gebrekkige coping en probleemoplossing, leefstijlimpulsiviteit en weerstand om zich aan regels te houden. Daarnaast spelen bij een aantal cliënten attitudes een belangrijke rol in het rechtvaardigen van hun gedrag (kinderen zijn seksuele wezens die met

volwassen seksueel contact kunnen instemmen; vrouwen zijn seksobjecten; mannen hebben recht op seks). Andere psychische of psychiatrische stoornissen dan een parafilie en een antisociale persoonlijkheidsstoornis zijn niet op voorhand criminogene risicofactoren. Een behandeling daarvoor is wenselijk, maar onvoldoende voor het terugdringen van recidive.

Aanvankelijk werden na de Tweede Wereldoorlog personen met seksueel grensoverschrijdend gedrag behandeld volgens de 'seksuele voorkeurshypothese' (McGuire, Carlisle & Young, 1965). De theoretische grondslag van deze hypothese houdt in dat na een oorspronkelijke verleiding of ervaring de seksueel afwijkende ervaring door masturbatiefantasieën geconditioneerd wordt tot een afwijkende seksuele voorkeur. Er zijn echter meerdere problemen met de seksuele voorkeurshypothese. In de eerste plaats wordt algemeen erkend dat niet alle plegers van seksueel grensoverschrijdend gedrag een afwijkende seksuele voorkeur hebben. Van de parafilieën is pedofilie het meest onderzocht en Seto (2008a) vermeldt dat ongeveer 50% van de plegers van seksueel misbruik van kinderen buiten de familie als pedofiel gekenmerkt kunnen worden. Onder incestdaders wordt het percentage op 20% geschat. In de tweede plaats zijn conditioneringsprocessen veel ingewikkelder. Naast positieve bekrachtiging (seksuele opwinding en orgasme) kan seksueel gedrag ook negatief bekrachtigd worden wanneer het opluchting en vermindering van stress geeft. Daarbij moet naast bekrachtiging gekeken worden naar het onvoldoende werkzaam zijn van remmende factoren zoals de kans om gepakt en veroordeeld te worden. Ook het ontbreken van bekrachtiging van gewenst gedrag – geen seks binnen een relatie bijvoorbeeld – is van invloed (Stinson, Sales & Becker, 2008). Ten derde is een afwijkende seksuele voorkeur slechts een deel van het probleem. Bijna ieder menselijk gedrag heeft meer motieven, en dat geldt ook voor het seksuele gedrag, afwijkend of niet (Marshall & Marshall, 2000). In seksueel grensoverschrijdend gedrag kan ook intimiteit gezocht worden of troost voor negatieve ervaringen (Ten Hag, 2011).

Het onvermogen tot intimiteit is een belangrijke risicofactor voor seksuele grensoverschrijdend gedrag. Seksuele aantrekkingskracht is een belangrijke motivatie voor toenaderingsgedrag. Iemand met intimiteitsproblemen kan intimiteit zoeken door bijvoorbeeld onpersoonlijke seksuele contacten aan te gaan, door seks te zoeken met partners die minder bedreigend zijn, of door seks te zoeken met niet-instemmende partners (Marshall, 1989). Ook kan de grote moeite om het leven op orde te brengen een belangrijke rol spelen. Dat kan variëren van een antisociale kijk op het leven tot een gebrek aan probleemoplossende vaardigheden en een inadequate copingstijl.

Op basis van deze inzichten heeft de behandeling zich de afgelopen decennia ontwikkeld tot een meer omvattende aanpak, waarbij aan meerdere risicofacto-

ren aandacht wordt besteedt. De keerzijde daarvan is dat het seksuele aspect van de problematiek daarmee enigszins verwaarloosd lijkt te worden. Er is tot op heden vrij weinig ontwikkeld op het gebied van seksuele vorming en het accent lijkt meer gelegd te worden op de intimiteitstekorten en op de algemene zelfregulatieproblematiek dan op de seksuele aard van het grensoverschrijdende gedrag zelf of op het seksueel gedrag in het algemeen.

### Diagnostiek

De diagnostiek van seksuele problemen en in het bijzonder van een parafilie kan problemen opleveren. Er zijn een aantal mogelijke redenen voor cliënten om een parafilie te ontkennen. Seksueel gedrag is in het algemeen een beladen en vaak met schaamte omgeven onderwerp. Cliënten hebben bovendien een sterke neiging de verantwoordelijkheid buiten zichzelf te leggen door het seksuele probleemgedrag aan omgevingsfactoren te wijten. Ook de maatschappelijke veroordeling van personen met ongewone voorkeuren heeft grote negatieve consequenties. De groep cliënten met hyperseksueel gedrag zijn zich aan het begin van hun behandeling niet altijd bewust van de reikwijdte van hun probleem. In de klinische praktijk is gebleken dat tijdens de behandeling cliënten meer open worden over hun seksuele probleem wanneer er voldoende vertrouwen is gegroeid en veiligheid is gecreëerd (Marshall et al., 2002). Daarom zal de assessmentfase noodzakelijkerwijze overlopen in de behandelfase.

Om niet afhankelijk te zijn van zelfrapportage, worden in een aantal landen instrumenten als een penisvolumemeter ingezet om een afwijkende seksuele opwindning vast te stellen. Ook zijn er minder intrusieve instrumenten zoals "attentionele" methoden ontwikkeld waarbij seksuele belangstelling gemeten kan worden aan de hoeveelheid tijd die iemand besteedt aan prikkels van seksuele aard of van kinderen. Deze instrumenten worden in Nederland overigens (nog) niet toegepast en zijn niet 100% valide (Kalmus & Beech, 2005). Over blijft dat voor het in kaart brengen van de seksuele problematiek een gestructureerd interview wordt aanbevolen, waarbij informatie wordt verzameld over seksuele disfuncties, afwijkende seksuele voorkeuren, seksuele obsessies en hyperseksueel gedrag en de mate waaraan daar iemand onder lijdt. Daarnaast wordt waar mogelijk gezocht naar aanvullende informatie, waardoor niet alleen op zelfrapportage vertrouwd hoeft te worden. Nog belangrijker is de functie van het seksueel grensoverschrijdend gedrag in kaart te brengen. Vier relevante motieven komen naar voren. Sommigen hebben vanuit een geringe zelfwaardering seksuele contacten met minderjarigen of met personen die niet kunnen instemmen met seksueel contact. Deze contacten zijn voor hen gemakkelijker haalbaar dan seks met een volwassen iemand. Na afloop is de kater vaak groot en voelen zij zich nog minderwaardiger. Anderen zijn op zoek naar geile seks.

Zij willen graag meer seks of voelen zich tekort gekomen en gaan het ergens anders zoeken. De spanning en het stiekeme vergroten de seksuele opwindning. Bij anderen gaat het om pseudo-liefdesseks, waarbij het krijgen van aandacht en de vervulling van emotionele behoeftes voorop staan. Bij een vierde groep staat misbruik op de voorgrond. De andere persoon wordt instrumenteel gebruikt en gemanipuleerd voor eigen behoeftes, soms onder invloed van alcohol en drugs, soms onder invloed van heftige stress, soms impulsief en niet gepland. Het is seks ten koste van de andere persoon. Een dergelijke *assessment* geeft richting aan de behandeling. In specifieke zin kunnen interventies op het gebied van seksualiteit nodig zijn, in algemene zin gaat de aandacht meer naar de functie van het seksuele gedrag.

### Behandeling

Specifieke behandelinterventies zijn gericht op het analyseren van het seksuele probleemgedrag en op het stoppen met dit gedrag. Verschillende aspecten ervan worden nader onderzocht zoals mogelijke obsessies en preoccupaties; zoeken naar intensere seksuele ervaringen; tijdsinvestering en financiële kosten; controleverlies; seks als coping met vervelende gevoelens; geheimhouding van de seksuele activiteiten voor partner en anderen; in gevaar brengen van opleiding, werk en relatie; illegale seksuele activiteiten. Een dergelijk onderzoek kan een bewustwordingsproces op gang brengen over de omvang en ernst van iemands seksuele probleem.

Steeds vaker maakt farmacotherapie deel uit van een totaalbehandeling. Medicamenteuze interventies zijn in te delen in twee categorieën: antihormonen en psychofarmaca. Antihormonen (testosteronantagonisten) verlagen het testosteronniveau waardoor er minder of geen seksuele opwindning tot stand komt. Psychofarmaca zijn in eerste instantie ontwikkeld om symptomen van psychische stoornissen te behandelen, maar een veel voorkomende bijwerking van deze middelen is afname van de libido en om deze reden worden ze soms voorgeschreven, vooral aan seksueel gepreoccupeerde cliënten. In de literatuur wordt eenduidig aanbevolen een medicamenteuze behandeling altijd in te bedden in een breder behandelprogramma (de Ruiters & Veen, 2006). Vanwege vervelende bijwerkingen als de ontwikkeling van vrouwelijke kenmerken (borstvorming, verlies van lichaamsbeharing) bij antihormonen en het optreden van seksuele disfuncties bij psychofarmaca komt medicatieontrouw vaak voor. De vraag is in hoeverre er sprake kan zijn van vrijwilligheid en *informed consent*, met name of farmacotherapie in het belang van de cliënt wordt voorgeschreven of ter bescherming van de samenleving (Thibaut et al., 2010).

Gedragstherapeutische interventies als aversie therapie en herconditionering van de seksuele fantasie via masturbatie passen goed in het theoretische kader van de seksuele voorkeurshypothese. Ze hebben echter be-

perkt succes en worden daarom nauwelijks toegepast. Het is onduidelijk hoe lang de verandering stand houdt en of de verandering een feitelijke verschuiving weer geeft van parafiel naar normofiel gedrag of dat meer controle over de seksuele opwinding geleerd is (Seto, 2008b).

Naast de specifieke behandelinterventies is duidelijk dat de behandeling van seksueel grensoverschrijdend gedrag breed van opzet moet zijn (Marshall & Barbaree, 1990; Ward & Siegert, 2002). Intimiteitsproblemen hebben volgens Marshall (1989) hun wortels in de kindertijd wanneer de hechting onveilig is geweest. Een onveilige gehechtheid leidt tot beschadiging van het zelfvertrouwen en het vertrouwen in anderen. Hierdoor ontwikkelt zich onvoldoende vermogen tot intimiteit in iemands verdere leven, hetgeen door een aantal personen gecompenseerd wordt met seksuele activiteiten met partners die minder bedreigend zijn voor hun zelfbeeld (kinderen), door onpersoonlijke seksuele contacten aan te gaan (hyperseksualiteit) en/of door seks te zoeken met niet-instemmende partners (verkrachting). Een van de geschikte interventies voor deze problematiek is met de cliënt zowel zijn relationele script als zijn seksuele script uit te werken en met elkaar in verband te brengen. Een dergelijk samengesteld 'liefde-seks' script laat terugkerende patronen zien, zoals compensatie van een onvermogen tot liefde in seksuele activiteiten of een seksuele preoccupatie die de intimiteit met een ander blokkeert. De daarop gerichte interventies hebben twee doelen: vergroten van de intimiteitsvaardigheden en leren investeren in relaties enerzijds en anderzijds het verminderen van de ongewenste seksuele activiteiten en het verbeteren van iemands keuzes in seksuele activiteiten. Een andere geschikte interventie is de seksuele relatie als zodanig onder de loep nemen, middels de 'Seksuele relatieladder' (Maltz, 1995). Uitgaande van het feit dat seksuele energie op zich neutraal is, kan zij in positieve zin (omhoog) aangewend worden om seksuele intimiteit in de relatie te vergroten en negatief (omlaag) om frustraties en onvermogens in intieme relaties te compenseren.

Bij een aantal cliënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag is sprake van een seksuele copingstijl. Ondanks de mogelijkheid van vele copinggedragingen, beperken de meeste mensen zich tot enkele, zodat er een kenmerkende voorkeurs-copingstijl ontstaat. Onderzoek van Cortoni en Carich (2007) heeft uitgewezen dat cliënten op stress niet alleen met afwijkende seksuele activiteiten reageren, maar ook met normaal seksueel gedrag hun onlustgevoelens proberen te verdrijven. Daarmee problematiseren zij ook de niet-afwijkende seks bij cliënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag. Zij noemen dat een seksuele copingstijl en interpreteren deze als emotiegericht. Naast interventies tot leren van adequate probleemoplossing, is aparte aandacht voor deze emotiegerichte coping noodzakelijk. De behandeling zal moeten ingaan op zowel positieve als negatieve bekrachtigingsschema's

van de copingstijl. Bij negatieve bekrachtiging is seks in tijden van tegenslag aantrekkelijk op grond van een positieve uitkomstverwachting waarbij de nadelige kanten van seks veronachtzaamd worden. Het kan leiden tot een ingesleten gewoontegedrag. Emotieregulatietraining is dan een geëigende interventie. Bij positieve bekrachtiging wordt vooral de aantrekkelijkheid van seks opgezocht. Seks krijgt een drangkarakter en geeft een sterke behoefte aan onmiddellijke bevrediging. De gepaste interventies zijn de motivatie tot stoppen van seksueel grensoverschrijdend gedrag te vergroten en het toepassen van terugvalpreventiemethodieken en een leefstijltraining, waarin gezocht wordt naar niet-seksuele bronnen van bevrediging zodat iemand zijn leven meer in balans kan brengen.

### Conclusies

De veronderstelling dat alle personen met seksueel grensoverschrijdend gedrag een afwijkende seksuele voorkeur hebben, is niet houdbaar gebleken. Slechts bij een deel van hen is deze voorkeur een essentiële bepalende factor voor grensoverschrijdend gedrag, hoewel zelden de enige factor. Een ander deel heeft op breder terrein problemen met seksuele zelfregulatie. Bij nog een ander deel speelt seksualiteit een meer ondergeschikte rol. Tot nu toe hebben *assessment* en behandeling zich te veel op de seksueel afwijkende voorkeur (de parafilie) gericht. Daarnaast zal in de behandeling aandacht besteed moeten worden aan de seksuele aard van iemands gedrag. Als iemand seksueel grensoverschrijdend is vanuit woede of stress, dan moet deze persoon gestimuleerd worden onder ogen te zien waarom hij dit op seksuele wijze heeft ingevuld.

Door te veel te focussen op het afwijkende seksuele gedrag alleen, zijn er tot op heden weinig programma's ontworpen om seksualiteit in bredere zin aan de orde te stellen. Het thema seksualiteit kan echter ook verwaarloosd worden door een te sterk focus op intimiteitsproblemen of op iemands gebrekkige zelfregulatie. Net als bij eetstoornissen of problemen met middelengebruik is het onvoldoende om alleen de functie ervan te analyseren. De specifieke uitingvorm kan niet onbesproken blijven. De klinische praktijk wijst uit dat personen met seksueel grensoverschrijdend gedrag veel moeite hebben om op gelijkwaardige manier seks met een partner te hebben. De kwestie lijkt te zijn dat een groep gelijkwaardige contacten niet *wil* vanwege een parafiele voorkeur en een groep dit niet *kan* vanwege moeilijkheden in wederkerig seksueel contact om tal van redenen. Cliënten uit deze laatste groep zoeken onpersoonlijke contacten, gewillige slachtoffers of doen vooral aan solo-seks achter de computer. Ze missen vaardigheden in het opkomen voor eigen seksuele behoeftes, kunnen slecht 'onderhandelen' met hun partner over hun wensen. Deze problemen leiden vaak tot seksuele preoccupaties en tot piekeren over niet vervulde verlangens.

Een moeilijke, maar belangrijke vraag luidt: wan-

neer is seksueel gedrag wel of niet afwijkend. In het verlengde daarvan is de vraag of seksueel grensoverschrijdend gedrag niet te snel gepathologiseerd of gemedicaliseerd wordt. De geschiedenis laat zien dat er nauwelijks een vorm van seksueel gedrag geweest is dat in een bepaalde tijd van de geschiedenis niet als deviant werd gezien. De context verandert de definities van gezond en afwijkend seksueel gedrag. Daarom zijn er ook geluiden om parafilieën uit de DSM geheel te verwijderen. Wat hyperseksualiteit betreft zegt Kafka (2010) dat er altijd een controverse zal zijn of aan normaal seksueel gedrag pathologische kanten zitten. Hij stelt dat ook het menselijk toenaderingsgedrag ontregeld of ontremd kan worden, net zoals slapen, eten en drinken. Dergelijk gedrag is in de DSM-IV-TR wel te classificeren. Daarom zou volgens hem overmatig seksueel gedrag ook te classificeren moeten zijn. Het probleem blijft dat delictgedrag niet samenvalt met een psychiatrische stoornis en dat als gevolg daarvan de DSM in veel gevallen niet goed toepasbaar is op seksuele delictplegers. Zo blijft het gevaar bestaan crimineel gedrag te pathologiseren of te medicaliseren. Gedragsproblemen zijn goed te behandelen.

De ophef over de seksuele delictpleger in de huidige samenleving zegt niet alleen iets over de delictpleging als zodanig. Zo betogen Harrison, McCartan en Manning (2010) dat definities, hoe belangrijk ze ook zijn voor het specificeren van problemen, inherent ideologisch zijn. Zowel juridische als klinische definities hangen af van de oriëntaties van de disciplines zelf, maar ze zijn ook onderwerp van de maatschappelijke context. Klinische definities in de DSM zijn voortdurend herzien. Kool (2007) betoogt dat de zedelijkheidswetgeving de laatste decennia meer het beschermen van burgers op het oog heeft en daarbij minder uitgaat van menselijke behoefte aan zelfbeschikking op seksueel vlak. Harrison et al. (2010) vragen zich af in wiens belang de huidige morele paniek over de pedoseksuele dader is en wat er mee wordt verheld. De focus op afwijkende personen, eigen aan de risicomaatschappij, leidt de aandacht af van zwakke punten in het sociale leven zelf, aldus Boutellier (2003). Door afwijkende individuen te marginaliseren kunnen wij onze angsten beter hanteren. De hulpverlening lijkt in deze context van risicomaatschappij en morele paniek op te schuiven van een resocialiserende behandeling naar een risicobeheersende coaching: van het verlenen van hulp naar het controleren van daders (Birgden & Cucola, 2011).

De context is ook nog op een andere manier bepalend voor de problemen van seksueel grensoverschrijdend gedrag. Samenlevingsvormen zijn in de laatste decennia grondig gewijzigd. Demografische analyses (Van Hintum & Latten, 2007) laten zien dat de samenleving steeds losser wordt en mensen steeds minder met elkaar verbonden zijn. Tegelijkertijd worden aan vriendschappen en relaties steeds hogere eisen gesteld. Als mensen iets met elkaar willen, is dat uit vrije

keuze, en wat ze met elkaar willen hangt af van hun persoonlijke verlangens en eisen. Omdat er nauwelijks andere redenen zijn dan elkaar emotioneel steunen om bij elkaar te blijven zijn relaties kwetsbaarder geworden. Zoals eerder in dit artikel besproken, is een van de verklaringen voor seksueel geweld dat sommige mannen kwetsbaar zijn en moeilijk kunnen omgaan met de paradoxale situatie van zowel vrije seksualiteit als de gelijkwaardigheid van relaties.

Seksualiteit kan te veel nadruk krijgen in de behandeling, vooral wanneer sterk gefocust wordt op iemands deviante voorkeur, maar kan anderzijds ook verwaarloosd worden wanneer het alleen als intimiteitsprobleem of als een zelfregulatieprobleem (inadequate coping) wordt gezien. Verschillende probleemgedragingen in lustbevredigende zin (alcohol en drugs, gokken, eten) kunnen eenzelfde functie hebben, maar de specifieke uitingsvorm kan niet onbesproken blijven en de seksuele uitingsvorm blijft relevant voor de behandeling.

#### Literatuur

- Andrews, D.A., & Bonta, J. (2006). *The psychology of criminal conduct*. 4<sup>th</sup> edition. Cincinnati, OH: Anderson.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed. revised). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (n.d.). DSM-5. Retrieved from [www.dsm5.org](http://www.dsm5.org)
- Bancroft, J. (2008). Sexual Behavior that is "out of control": a theoretical conceptual approach. *Psychiatrics Clinics of North America*, 31, 593-602.
- Birgden, A., & Cucolo, H. (2011). The treatment of sex offenders: evidence, ethics, and human rights. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 23, 295-313.
- Blanchard, R. (2010). The DSM Diagnostic criteria for pedophilia. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 304-316.
- Boutellier, H. (2003). *De veiligheidsutopie*. Den Haag: Boom juridische uitgever.
- Cooper, A., Golden, G., & Marshall, W.L. (2006). Online sexuality and online sexual problems: skating on thin ice. In W.L. Marshall, Y.M. Fernandez, L.E. Marshall, & G.A. Seran (Eds.), *Sexual offender treatment. Controversial issues* (pp. 79-91). Wiley, Chichester.
- Cortoni, F., & Carich, M. (2007). The how and why of building coping skills in treatment. In D.S. Prescott (Ed.), *Knowledge & Practice. Challenges in the treatment and supervision of sexual abusers*. Oklahoma City, OK: Wood'n'Barns.
- De Ruiter, C., & Veen, V. (2006). *De effectiviteit van farmacotherapie bij seksuele delinquenten. Een literatuuroverzicht*. Utrecht: Expertise centrum Forensische Psychiatrie.
- Feelgood, S., & Hoyer, J. (2008). Child molester or paedophile? Sociolegal versus psychopathological classification of sexual offenders against children. *Journal of Sexual Aggression*, 14, 33-43.

- First, M.B. (2010). Proposals for paraphilias: Suggestions for reducing false positives related to use of behavioral manifestations. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 1239-1244.
- Fortney, T., Levenson, J., Brannon, Y., & Baker, J.N. (2007). Myths and facts about sexual offenders: Implications for treatment and public policy. *Sexual Offender Treatment*. Retrieved from www.sexual-offender-treatment.org.
- Frances, A., & First, M.B. (2011). Hebephilia is not a mental disorder in DSM-IV-TR and should not become one in DSM-5. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and Law*, 39, 78-85.
- Hanson, R.K., & Morton-Bourgon, K.E. (2005). The characteristics of persistent sexual offenders: a meta-analysis of recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 1154-1163.
- Harrison, K., McCartan, K., & Manning, R. (2010). Paedophilia: definitions and aetiology. In K. Harrison (Ed.), *Managing High-Risk sex offenders in the community. Risk assessment, treatment and social responsibility*. (pp. 3-17). Cullompton: Willam Publishing.
- Hintum, M. van & Latten, J. (2007). *Liefde à la carte. Trends in moderne relaties*. Amsterdam: Archipel.
- Kafka, M.P. (1994). Paraphilia-Related disorders – Common, neglected, and misunderstood. *Harvard Review of Psychiatry*, 2, 39-40.
- Kafka, M.P. (2010). Hypersexual disorder: A proposed diagnosis for DSM-V. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 377-400.
- Kafka, M.P. & Hennen, J. (2003). Hypersexual desire in males: are males with paraphilias different from males with paraphilia-related disorders? *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 4, 307-322.
- Kalmus, E., & Beech, A.R. (2005). Forensic assessment of sexual interest: A review. *Aggression and Violent Behavior*, 10, 193-217.
- Kingston, D.A., Firestone, P., Moulden, H.M., & Bradford, J.M. (2007). The utility of the diagnosis of pedophilia: a comparison of various classification procedures. *Archives of Sexual Behavior*, 36, 423-436.
- Kool, R. (2007). Strafbare seksualiteit. In A. Ph. van Wijk, R.A.R. Bullens, & P. van den Eshof (Red.), *Facetten van zedencriminaliteit* (pp. 99-124). Den Haag: Reed Business.
- Maltz, W. (1995). *The Maltz Hierarchy of Sexual Interaction*. Retrieved from www.healthysex.com.
- Mann, R.E., Hanson, R.K., & Thornton, D. (2010). Assessing risk for sexual recidivism: Some proposals on the nature of psychological meaningful risk factors. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 22, 191-217.
- Marshall, L.E., & Marshall, W.L. (2001). Excessive sexual desire disorder among sexual offenders: The development of a research project. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 8, 301-307.
- Marshall, L.E., & Marshall, W.L. (2006). Sexual addiction in incarcerated sexual offenders. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 13, 377-390.
- Marshall, W.L. (1989). Intimacy, loneliness, and sexual offenders. *Behavior Research and Theory*, 27, 491-504.
- Marshall, W.L. (2007). Diagnostic issues, multiple paraphilias, and comorbid disorders in sexual offenders: their incidence and treatment. *Aggression and Violent Behavior*, 12, 16-35.
- Marshall, W.L. & Barbaree, H.E. (1990). An integrated theory of the etiology of sexual offending. In W.L. Marshall, D.R. Laws, & H.E. Barbaree (Eds.), *Handbook of sexual assault: issues, theories and treatment of the offender*. New York: Plenum.
- Marshall, W.L., & Marshall, L.E. (2000). The origins of sexual offending. *Trauma, Violence, & Abuse*, 3, 250-263.
- Marshall, W.L., Marshall, L.E., Serran, G.A., & O'Brien, M.D. (2011). *Rehabilitating sexual offenders. A strength-based approach*. Washington: APA
- Marshall, W.L., Serran, G., Moulden, H., Mulloy, R., Fernandez, Y.M., Mann, R., & Thornton, D. (2002). Therapists features in sexual offender treatment: Their reliable identification and influence on behaviour change. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 395-405.
- McGuire, R.J., Carlisle, J.M., & Young, B.G. (1965). Sexual deviations as conditioned behaviour: a hypothesis. *Behavior Research and Therapy*, 2, 185-190.
- Moulden, H.M., Firestone, P., Kingston, D.A., & Bradford, J.M. (2009). Recidivism in pedophiles: An investigation using different diagnostic methods. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 20, 680-701.
- Seto, M.C. (2008a). *Pedophilia and sexual offending against children. Theory, assessment, and intervention*. Washington: APA.
- Seto, M.C. (2008b). Pedophilia. Psychopathology and theory. In D.R. Laws & W.T. O'Donohue (Eds.), *Sexual deviance. Theory, assessment, and treatment*. (pp. 164-182). New York/London: Guilford Press.
- Stinson, J.D., Sales, B.D., & Becker, J.V. (2008). *Sex offending. Causal theories to inform research, prevention, and treatment*. Washington: APA.
- Thibaut, F., Barra, F. de la, Gordon, H., Cosyns, P., Bradford, J.M.W. & The WFSBP Taskforce on sexual disorders. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP). Guidelines for the biological treatment of paraphilias. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 11, 604-655.
- Ten Hag, B. (2007). Hyperseksualiteit en seksuele problematiek bij zedendelinquenten. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 31, 11-18.
- Ten Hag, B. (2011). Ambulante behandeling van pedoseksuele plegers. In H. Groen, M. Drost, & H.L.I. Nijman (Red.), *Handboek forensische geestelijke gezondheidszorg*. (pp. 207-219). Utrecht: De Tijdstroom.
- Ward, T., & Siegert, R.J. (2003). Toward a comprehensive theory of child sexual abuse: a theory knitting theory. *Psychology, Crime and Law*, 8, 319-351.
- Wiederman, M.W. (2004). Self-control and sexual behavior. In R.F. Baumeister & K.D. Vohs (Eds.), *Handbook of Self-Regulation. Research, theory, and applications*. (pp. 525-536). New York/London: Guilford.
- Wilson, R.J., Abracen, J., Looman, J., Pichea, J.E., & Ferguson, M. (2011). Pedophilia: An evaluation of diagnostic and risk prediction methods. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 23, 260-274.

## Summary

### Paraphilic and non-paraphilic sexuality of clients with sexual harmful behaviour: considerations and therapeutic options.

People with sexual harmful behaviour are predominantly known as incurable and sick (perverse) persons. The social context of this behaviour is characterized by moral panic: a high level of agitation about phenomena that on second thoughts seem to be less malicious and less exceptional. Research studies revealed that sex offenders less often reoffend than offenders of aggressive assaults do. Moreover, these studies show that treatment programs contribute to a decrease of recidivism in sex offenders. In the present article, we consider the sexual aspect of sexual harmful behaviour. It is argued that sexual harmful behavior is not always determined by a sexual disorder (paraphilia) and that one must be careful to pathologize criminal behaviour and to criminalize normal sexual behavior. Sexual motives in sex delinquency consist of paraphilias, hypersexuality and poor sexual self-regulation. In addition, the non-sexual motives such as self-regulation of unpleasant feelings and lack of intimacy also explain some variance in sexual offending. Furthermore, suggestions for specific therapeutic interventions are presented with respect to both the sexual and the non-sexual motives in sexual offending.

**Keywords:** moral panic, risk society, paraphilia, hypersexuality, sexual self-regulation.

**Trefwoorden:** morele paniek, risicosamenleving, parafilie, hyperseksualiteit, seksuele zelfregulatie.