

Hyperseksualiteit en seksuele problematiek bij zedendelinquenten

Bernard ten Hag

De Waag, Utrecht

Samenvatting

Onderzoek naar hyperseksualiteit en seksuele copingstijlen heeft de seksuele problematiek van zedendelinquenten opnieuw onder de aandacht gebracht, nadat deze enigszins op de achtergrond was geraakt door het alom toegepaste terugvalpreventie-model met zijn grote hoeveelheid aan niet-seksuele behandelcomponenten. Een aantal zedendelinquenten kennen een overmatig seksueel verlangen en uit onderzoek blijkt dat een sterke seksuele drive een risicofactor is voor het opnieuw plegen van delicten. In dit artikel worden verschillende theorieën over overmatig seksueel verlangen besproken en wordt er gekozen voor de term hyperseksualiteit. Geconcludeerd wordt dat in de behandeling niet alleen aandacht vereist is voor het seksueel afwijkende gedrag, maar dat het gehele seksuele gedrag in kaart moet worden gebracht en de problematische aspecten ervan besproken. Dat vraagt om uitvoerige diagnostiek en assessment van het gehele seksuele gedrag, om bijstelling van de bestaande behandelprogramma's in de richting van betere seksuele zelfregulering en om verder onderzoek naar de aard en kenmerken van de seksuele problematiek van zedendelinquenten.

Bij de opkomst van de gedragstherapie halverwege de vorige eeuw werd het focus van behandelen gericht op het afwijkende seksuele gedrag van zedendelinquenten (Laws & Marshall, 2003). Echter, niet alle zedendelinquenten plegen delicten vanuit een parafiele problematiek, oftewel een afwijkende seksuele voorkeur. In een vrij recent onderzoek vond Seto (2004) dat bij adolescente plegers van zedendelicten slechts 30% en bij volwassen daders tussen de 40 en 50% een pedofiele voorkeur te vinden was. Bovendien groeide het inzicht al snel dat seksueel afwijkend gedrag complexer is dan alleen afwijkend seksueel verlangen en de behandelprogramma's werden sindsdien uitgebreider en breder van opzet. Sociale vaardigheden, empathie voor het slachtoffer en vergroting van de zelfwaardering werden belangrijke programmaonderdelen (Marshall & Laws, 2003). Met name het terugvalpreventieprogramma dat vanaf de jaren 80 van de vorige eeuw alom werd toe-

gepast, was breed van opzet. Door deze verbreding verdween de seksuele problematiek enigszins op de achtergrond.

In de jaren 90 van de vorige eeuw verschenen twee belangrijke studies die de seksuele problematiek weer nadrukkelijker in beeld brachten. Zij richtten zich niet alleen op de afwijkende seksuele voorkeur of op het indexdelict maar op het gehele seksuele gedrag van de zedendelinquent. Cortoni en Marshall (2001) onderzochten de copingstijl van zedendelinquenten. Zij ontdekten dat het seksuele gedrag van zedendelinquenten niet zozeer een delict-specifiek patroon is, namelijk het niet kunnen hanteren van risicosituaties, maar eerder een globale copingstrategie om met negatieve gevoelens om te gaan. Volgens hen is het fundamentele probleem dat zedendelinquenten seks gebruiken als coping van negatieve gevoelens dat vervolgens tot afwijkende seks kan leiden. In plaats van taak- of oplossingsgerichte coping, maakten zedendelinquenten eerder gebruik van vermijdende en emotiegerichte coping (Marshall, Cripps, Anderson & Cortoni, 1999). Uit hun onderzoek bleek tevens dat zedendelinquenten in hun coping zich niet beperkten tot enkel afwijkende seksuele activiteiten maar ook tot volwassen consensuele en niet-consensuele sek-

suele activiteiten. De aanwijzing die uit het copingonderzoek volgt is dat de behandeling zich niet exclusief dient te richten op de afwijkende seksuele voorkeur maar eerder op het gehele seksuele gedrag en op het hanteren van onjuiste copingstrategieën.

Een tweede belangrijke studie betreft het onderzoek naar hyperseksualiteit bij zedendelinquenten. Er zijn een aantal seksuele gedragingen die in tegenstelling tot de parafilieën als normaal worden beschouwd maar die problematisch kunnen worden door de hoge frequentie ervan, zoals compulsief masturberen en veel met porno bezig. De aard van deze problematiek is nog niet helder en is slecht omschreven en er bestaat veel controverse over hoe deze te karakteriseren. Al langer bekend is dat deze seksuele gedragingen ook onder mannen met parafilieën voorkomen (Kafka & Prentky, 1992). Ook in risicotaxatie en recidiveonderzoek komt naar voren dat een overmatige belangstelling voor seksuele activiteiten naast de afwijkende seksuele voorkeur een sterke voorspeller is voor herhaling van seksuele delictpleging (Hanson & Morton-Bourgon, 2004).

In dit artikel wordt een poging ondernomen de problematiek van overmatige seksuele activiteiten te verhelderen en de samenhang met seksuele delictpleging te verduidelijken. Vervolgens worden enkele klinische implicaties beschreven.

Overmatig seksueel verlangen

Overmatig seksueel verlangen is als zodanig niet in de psychiatrische classificatiesystemen opgenomen (Kafka, 1997). De *Diagnostic Manual of Mental disorders 4th edition* (American Psychiatric Association [APA], 1994) noemt alleen de hypoactieve seksuele stoornis, een stoornis met verminderd seksueel verlangen (APA). Opmerkelijk genoeg worden andere appetitieve stoornissen, stoornissen waarbij sprake is van een zekere drang, wel in de *DSM IV* vermeld: op het gebied van eten (bulimia nervosa), slapen (hypersomnie) en misbruik van middelen (misbruik en afhankelijkheid).

De *DSM III* (APA, 1980) noemde een subcategorie 'andere seksuele stoornissen' waaronder nymfomanie en het Don Juan syndroom bij respectievelijk vrouwen en mannen die lijden aan een patroon van herhaalde seksuele veroveringen van een reeks individuen die slechts als gebruiksvoorwerpen dienen. Het Don Juan syndroom en nymfomanie werden niet meer in de *DSM III-R* (APA, 1987) opgenomen, maar wel werd de term non-parafiele seksverslaving geïntroduceerd die echter in de *DSM IV* weer werd losgelaten. Alleen de stoornis met verminderd seksueel verlangen bleef gehandhaafd. Verschillende onderzoekers (Black, 1998;

Groneman, 2002) suggereren dat onder invloed van de seksuele revolutie vanaf de jaren zestig van de vorige eeuw eerder een geringe seksuele belangstelling werd gepathologiseerd dan de overmatige seksuele activiteiten.

Voor velen is de seksuele revolutie in de jaren zestig en zeventig een bevrijding geweest uit een bekrompen en beperkende seksuele moraal, maar er zijn ook kanttekeningen bij te plaatsen. Door het wegvallen van seksuele taboes is er een overvloed aan seksuele uitingen in het openbaar leven te zien, met pornografie als een van de meest in het oog springende verschijningsvorm (Boutelier, 2003). De seksuele vrijheid heeft ook het probleem verscherpt van seksueel geweld (Boutelier, 2003) en heeft bij een aantal mensen geleid tot overmatige seksconsumptie (Groneman, 2002; Van Zessen, 1993). Door internet is de consumptie van seks zeer sterk toegenomen, zowel in pornografische beelden als in seksueel getinte gesprekken en activiteiten (cyberseks). Cooper en collega's (Cooper, Putnam, Planchon & Boies, 1999) wijten de enorme toename van internetseks aan wat zij *the Triple A Engine* noemen: accessibility, affordability en anonymity. Iedereen heeft toegang tot een oneindige verscheidenheid aan seksuele onderwerpen. Seks is 24 uur per dag 7 dagen per week verkrijgbaar zonder al te veel kosten. De seksuele activiteiten kunnen anoniem geconsumeerd worden. Niemand anders hoeft er van op de hoogte te zijn. Voorheen werd de term hyperseksualiteit vooral gebruikt om aan te geven dat iemand niet bevredigd kon worden in zijn seksueel verlangen. Onder invloed van de geweldige toename van seks in de huidige samenleving is de definitie meer verschoven naar het zich niet of onvoldoende kunnen beheersen. Er wordt over seksverslaving gesproken en ook onder zedendelinquenten is hyperseksualiteit een van de problemen.

Theorieën over overmatig seksueel verlangen

Voor het overmatig seksueel gedrag bestaan verschillende theorieën. Een van de meest gebruikte en populaire benamingen voor overmatig seksueel verlangen is de term seksverslaving waaraan de naam Carnes is verbonden (Black, 1998; Schneider & Irons, 2001). Anderen spreken liever van seksuele compulsies of van seksuele impulscontrolestoornissen (Black, 1998; Gold & Heffner, 1998), maar ook wordt de term verslaving en compulsie vaak door elkaar gebruikt. Excessieve seks wordt door sommigen ook gezien als een aspect van een posttraumatische stressstoornis op basis van seksueel misbruik op jonge leeftijd (Stein, Black, Shapira & Spitzer, 2001), maar deze opvatting speelt in de huidige discussie over het begrip van

het overmatig seksueel verlangen geen rol van betekenis. Tussen de aanhangers van de theorieën bestaat veel controverse maar er is weinig empirisch onderzoek over de validiteit van de diverse theorieën, over de aard van de stoornis en over het effect van behandelingen (Gold & Heffner, 1998).

Carnes, een van de belangrijkste promotors van de seksverslavingstheorie, ziet overmatig seksueel gedrag als symptoom van een onderliggend verslavingsproces waarbij psychologische en neurofysiologische mechanismen een rol spelen, die te vergelijken zijn met stoornissen in middelengebruik. Als behandeling bepleit hij het 12-stappen programma analoog aan dat van de Anonieme Alcoholisten. De kritiek op deze theorie behelst vooral het feit dat het bij excessieve seksuele activiteiten niet om een stof gaat. Alcohol en drugs zijn stoffen die opgenomen worden in de stofwisseling en hebben als zodanig fysiologische consequenties bij inname van de stof (tolerantie) en bij stoppen met innemen (onthouding). Een ander punt van kritiek is dat het verslavingsbegrip in de jaren tachtig van de vorige eeuw een modewoord werd voor allerlei gedragingen als eten, werken, gokken, sporten. Schneider (2005) meent echter dat bewezen is dat afhankelijkheid en misbruik van middelen, impulscontrolestoornissen, eetstoornissen en seksuele stoornissen prettige responsen oproepen die gemeenschappelijke neurobiologische substraten delen. Als zodanig vindt zij het terecht om van seksverslaving te spreken. Belangrijk verschil (overeenkomend met eetstoornissen) is echter dat seksualiteit deel van het normale gedrag is en dat daarom niet totale abstinentie maar het aanleren van controle over het seksuele gedrag het behandeldoel is.

Aanhangers van de seksuele compulsiviteitstheorie benadrukken vooral het dwingende karakter van het seksuele gedrag (Coleman, in Schneider & Irons, 2001; Van Zessen, 1993). Het seksuele gedrag wordt in deze theorie gezien als symptoom van een onderliggende obsessief-compulsieve stoornis dat eerder angstreductie dan het verkrijgen van een plezierige ervaring tot doel heeft. Van Zessen (1993) stelt dat de essentie van het overmatig seksuele gedrag in de consequenties van dat gedrag ligt, namelijk het ervaren van het verlies van controle over eigen seksleven. Zoals de eetverslaafde niet eet omdat het zo lekker is, zo is voor de dwangmatige seksconsument de seksuele daad niet prettig en bevredigend. Toch is er niet een duidelijke grens tussen beide theorieën. Theoretici die het verslavingsconcept aanhangen, spreken ook van compulsies. Goodman (1998) is een van hen en benoemt als een van de kenmerken van seksverslaving de compulsie als motiverende kracht om onplezierige toestanden te vermijden. Punt van kritiek is dat de *DSM IV* ple-

zierige activiteiten uitsluiten bij de diagnose van obsessief-compulsieve stoornis. Ook is een bezwaar dat seksuele preoccupaties zelden als intrusief, onzinnig of egodystoon worden beschouwd zoals bij dwanghandelingen het geval is (het voortdurend checken en controleren van bijvoorbeeld de gaskraan). Er wordt ook zelden weerstand geboden tegen de seksuele preoccupaties (Black, 1998; Golden, 2001). Voordeel van de compulsiviteitstheorie is dat zij niet de lichamelijke connotaties heeft die aan het verslavingsbegrip kleven.

In plaats van twee te onderscheiden categorieën worden impulsiviteit en compulsiviteit in een continuüm geplaatst (Cosyns, 2003; Stein et al., 2001). Het excessieve gedrag kent zowel impulsieve (drangmatige) als compulsieve (dwangmatige) kenmerken. Wanneer iemand vooral uit is op beloning, spreekt men eerder van drang, maar vaak wil iemand eerder de negatieve gevolgen vermijden en is het gedrag vooral dwangmatig te noemen. Bullens en collega's (Bullens, Mulder & Groeneveld, 2005) spreken van het egomixtone gebied waarbij zowel egosyntone (drang) als egodystone (dwang) elementen in het excessieve gedrag aanwezig zijn. In hun studie over impulsiviteit stellen ook Moeller en collega's (Moeller, Barrat, Dougherty, Schmitz & Swann, 2001) dat middelenmisbruik een complex gedrag dat niet inherent impulsief is.

De huidige theoretische stand van zaken is dat er een onderliggend mechanisme in de vorm van een neurobiologisch substraat verondersteld wordt bij verschillende soorten gedragingen als seks, middelen en eten (Delmonico, 2005; Schneider, 2005). Dit onderliggende mechanisme kan ook een verklaring zijn waarom mensen verschillende vormen van verslaving gemakkelijk kunnen afwisselen (Carnes, 2005; Gold & Heffner, 1998). Ook zijn de verschillende theorieën het er over eens dat het bij personen met een overmatig seksueel verlangen gaat om controleverlies en op voortzetting van het gedrag ondanks negatieve gevolgen (Schneider & Irons, 2001). Het probleem is echter dat nog weinig empirisch onderzoek is gedaan omtrent validering van deze theorieën, over de aard van de stoornissen en over het effect van de behandelingen. De controverse tussen de aanhangers van de theorieën is in de loop der tijd minder scherp geworden (Delmonico, 2005). Ieder veld heeft waardevolle bijdragen geleverd met betrekking tot de seksuele pathologie en er is in toenemende mate sprake van wederzijdse beïnvloeding. De meeste theoretici zijn klinici die in hun praktijk patiënten behandelen waarbij sommigen van hen als verslavend gezien kunnen worden, terwijl anderen meer dwangmatig van aard zijn. De conclusie van Gold en Heffner (1998) luidt dan ook

dat in de behandeling eerder uitgegaan moet worden van de patiënt dan de patiënt inpassen in een bepaald model. Het doel van de diagnose is het vinden van een geschikte behandeling. De functieanalyse binnen de gedragstherapie is daarbij een nuttig middel waarbij van het probleemgedrag zowel de positieve (drangaspecten) als negatieve (dwangaspecten) bekrachtigingen worden geanalyseerd (Orlemans, 1995).

Hyperseksualiteit als bruikbare term

Vanwege het gebrek aan een gevalideerde theorie pleiten Stein en collega's (2001) bij overmatig seksueel verlangen er voor in *DSM*-categorieën te spreken en zich te richten op observeerbare verschijnselen, als frequentie van het aantal seksuele activiteiten. Vanwege de frequentie vinden zij de term hyperseksuele stoornis het meest gepast. Ook Kafka (1997, 2000) hanteert hyperseksualiteit als term voor een aanhoudend hoge frequentie van seksuele activiteiten en legt minder nadruk op de specifieke aard van het seksuele gedrag, of het nu impulsief, compulsief of verslavend is. De seksuele activiteiten betreffen onder andere compulsieve masturbatie, promiscuïteit, telefoon- en cyberseks en overmatige pornoconsumptie. Deze vormen van non-parafiele seksualiteit delen een aantal kenmerken met parafilieën zoals een verzwakte wil, de hoeveelheid tijd besteed aan niet-relatieve, onpersoonlijke seks besteed en de nadelige persoonlijke en psychosociale gevolgen. Kafka (1997) spreekt daarom ook van parafilie-gerelateerde stoornissen. Volgens hem kenmerken zowel de parafilieën als de parafiliegerelateerde stoornissen zich door een disregulatie of ontremming van het seksuele verlangen. Liever dan deze verschijnselen proberen in te passen in andere diagnostische categorieën als impulscontrolestoornissen of afhankelijkheden, geniet het zijn voorkeur de parafiliegerelateerde stoornissen te plaatsen in de *DSM*-sectie van de seksuele stoornissen en hij heeft daartoe ook voorstellen ingediend conform de criteria voor parafilieën (Kafka, 2000).

Naast overeenkomsten is er ook een belangrijk verschil. Bij parafilieën gaat het om een stoornis in het seksuele doel of belangstelling (seks gericht op kinderen en andere niet-instemmende personen, op niet-menselijke zaken en op het zichzelf of anderen vernederen). Bij parafiliegerelateerde stoornissen gaat het om cultureel gesanctioneerde aspecten van normale seksuele opwindings en gedrag, maar waarbij de frequentie en intensiteit overmatig zijn (Kafka, 1997). De frequentie en omvang van deze seksuele activiteiten hebben significant lijden en beperkingen in het sociaal en beroepsmatig functioneren tot gevolg. Tevens staan zij het vermogen tot wederzijdse liefdesactiviteiten in

de weg, zoals ook bij de parafilieën is omschreven.

Voor het operationaliseren van de frequentie en intensiteit van de seksuele activiteiten gebruikt Kafka (1992) het begrip 'total sexual outlet' (TSO) dat Kinsey en collega's (Kinsey, Pomeroy & Martin, 1948) hanteerden om te onderzoeken in welke mate mensen met seks bezig waren. In hun onderzoek vonden zij dat slechts een kleine groep mannen (7.6%) gemiddeld of meer dan 7 orgasmen per week hadden gedurende een periode van 5 jaar. In later onderzoek (zie Kafka, 1997) werden nog geringere percentages gevonden. Op basis van deze onderzoeken legde hij de grens van hyperseksueel verlangen bij een TSO/week van 7 of meer orgasmen. Hoewel deze operationalisatie van hyperseksueel verlangen volgens Kafka (2003) 'merely a line in the sand' is, beklemtoont hij dat een hyperseksueel verlangen niet per se als pathologisch gezien moet worden. Voor een hyperseksuele stoornis is naast een hyperseksueel verlangen een beslissend kenmerk dat iemand meer dan één uur per dag gemiddeld besteedt aan niet-conventionele vormen van seksualiteit (parafilie en parafiliegerelateerde seksualiteit).

Hyperseksualiteit en zedendelinquentie

Kafka (Kafka, 1997; Kafka & Hennen, 1999, 2003) onderzocht in hoeverre hyperseksuele stoornissen bij personen met een parafilie en een parafiliegerelateerde stoornis voorkomen. Ook zocht hij naar mogelijke verschillen tussen beide groepen. Uit zijn onderzoek bleek dat 72% van mensen met een parafilie of een parafiliegerelateerde stoornis voldoen aan de kenmerken van een hyperseksuele stoornis (dat wil zeggen een TSO/week van 7 orgasmen of meer, en tussen de één à twee uur per dag bestedend aan onpersoonlijke, niet-relatieve seks). Beide groepen verschilden niet van elkaar zowel qua start van de hyperseksuele activiteiten (rond de twintig jaar) als de gemiddelde duur van dat gedrag (negen jaar). In een later onderzoek (Kafka & Hennen, 2003) werden de verschillen tussen beide groepen pas gevonden wanneer het totaal aantal parafilieën en parafiliegerelateerde stoornissen per persoon werden opgeteld. Het aantal stoornissen van vijf of meer bleek alleen voor te komen bij de groep parafilieën. De meest voorkomende stoornissen bij beide groepen waren compulsieve masturbatie, promiscuïteit en afhankelijkheid van porno.

Het onderzoek van Kafka en Hennen (1999, 2003) bevestigt eerdere bevindingen dat personen met een parafilie vaak meer dan één parafilie bezitten en in de loop der tijd van parafilie kunnen veranderen. Zo vond Abel en collega's (Abel, Becker, Cunningham-Rathner, Mittelman & Rouleau, 1988) in een vaak geciteerd onderzoek dat de aanwezigheid van meerdere para-

filieën in een persoon eerder regel dan uitzondering is. Meer actueel onderzoek betreft internetseks en kinderporno. Volgens Cooper en collega's (Cooper, Golden & Marshall, 2006) hebben online seksuele activiteiten de potentie tot veranderen, escaleren en problematisch worden van het seksuele gedrag. Het gedrag kan leiden tot controleverlies en tot afwijkende seksuele activiteiten als kinderporno en het opzoeken van kinderen voor seksuele doeleinden of contact leggen met pedofielen om ervaringen uit te wisselen. Er is enig bewijs dat mensen van normale, onschuldige porno overgaan naar deviant seksuele activiteiten, zonder dat ze eerdere delicten hebben gepleegd.

Klinische implicaties.

Een deel van de zedendelinquenten heeft een overmatige seksuele belangstelling, zich uitend in een sterke seksuele gepreoccupeerdheid. Met name compulsieve masturbatie en afhankelijkheid van porno zijn veel voorkomende parafilie-gerelateerde stoornissen. De problematiek van hyperseksualiteit omvat verschillende aspecten. Er is sprake van controleverlies, de seksuele activiteiten gaan ten koste van werk, vrije tijd en sociale contacten en de persoonlijke en psychosociale gevolgen kunnen bijzonder nadelig zijn. Deze aspecten worden gedeeld met personen met parafiele problematiek.

Een deviante seksuele voorkeur wordt als een belangrijke risicofactor gezien in studies naar recidiverisico's (Hanson & Bussière, 1998). In het vervolgonderzoek (Hanson & Morton-Bourgon, 2004) wordt onder de algemene noemer van seksuele deviantie ook de seksuele preoccupaties (parafiel en nonparafiel) genoemd. De toevoeging is mede gebaseerd op het werk van Kafka (1999) die constateerde dat een aantal zedendelinquenten veel masturbeerden en porno keken. Voor deze overmatige seksuele belangstelling werd de term hyperseksualiteit geïntroduceerd.

Deze bevindingen moeten leiden tot een meer uitvoerige diagnostiek en assessment. Over het algemeen zijn personen echter weinig mededeelzaam over hun afwijkende seksuele activiteiten. Zij zoeken zelden vanuit zichzelf hulp en pas bij ontdekking door justitie, door collega's op het werk of door gezinsleden, melden zij zich aan. Ook bij aanmelding wordt vaak niet meer prijsgegeven dan wat anderen ontdekt hebben. Wanneer niet actiever gevraagd wordt naar andere seksuele activiteiten, dan worden ze niet verteld. Door meer en systematischer te vragen naar een breed scala van seksuele activiteiten, geven zij wel meer toe maar zoals Cooper en collega's (2006) opmerken is een overlapping van de assessmentfase en behandel-fase onvermijdelijk, omdat tijdens de behandeling vaak

meer het seksuele gedrag onthuld wordt.

Voor de assessment lijkt het wenselijk een gestructureerd interview af te nemen om parafilieën én parafilie-gerelateerde stoornissen te diagnosticeren. Ook dient een inschatting gemaakt te worden van de frequentie en tijdsbesteding van iemands seksuele activiteiten en om seksuele compulsiviteit en seksuele coping in kaart te brengen. Een onderzoek naar seksuele functiestoornissen en de problemen die iemand onder-vindt in het consensuele seksuele contact is nuttig, vanwege vaak gehoorde problemen op dit gebied.

De gangbare behandelprogramma's dienen bijgesteld te worden om tegemoet te komen aan de verbreiding van de seksuele problematiek. Aan deze verbreiding zitten verschillende aspecten vast. Een eerste punt is dat cliënten het seksuele probleemgedrag niet gemakkelijk opgeven. Ondanks dat hun overmatige seksuele belangstelling hen in de problemen heeft gebracht, kunnen zij zich vastklampen aan het feit dat masturberen en pornoconsumptie als zodanig geen abnormale seksuele activiteiten zijn. Het gaat in de behandeling vooral om het onder controle leren krijgen van de seksuele activiteiten want stoppen met seksualiteit is uiteraard geen behandel-doel. Frequentie en intensiteit van de seksuele activiteiten worden geproblematiseerd. Een tweede aspect is dat zowel parafiele als non-parafiele seksualiteit bij een aantal cliënten een copingstijl is. Seks wordt aangewend om met negatieve gevoelens om te gaan maar dit leidt niet tot effectieve probleemoplossing (Cortoni & Marshall, 2001). Een derde aspect is dat de overmatige seksuele activiteiten over het algemeen niet beleefd worden in wederkerige liefdevolle relaties en intimiteit eerder in de weg staan. Sommige zedendelinquenten slagen er niet in een relatie te starten of op te bouwen maar anderen hebben wel een relatie. Bij een aantal van hen is de seksuele en intieme relatie uitgebloeid of is zelfs sprake van tegenzin of onvermogen in echtelijke seks. Zij geven aan de echtelijke seks niet spannend genoeg te vinden. Ook komt voor dat ze in een seksuele ontmoeting angstig zijn, waarbij soms sprake is van voortijdige orgasmen of erectieproblemen. Zij vinden meer bevrediging in onpersoonlijke vormen van seks waarin zij de controle hebben over hun seksuele responsen. Van de andere kant lijken ook de partners niet gediend te zijn van de seksuele wensen van hun mannen waarin seks zonder liefde plaats vindt en zij gereduceerd worden tot seksobjecten (Schneider, 2003). Er zijn echter ook partners die het hyperseksuele gedrag ongemoeid laten vanuit hun eigen problematiek met seksualiteit. Aan het onvermogen bevredigende seksuele relaties aan te gaan liggen vaak intimiteits-tekorten gebaseerd op een onveilige gehechtheid ten

grondslag (Ten Hag & Van Horn 2004). Het heil vervolgens zoeken in onpersoonlijke seks die een vorm van pseudo-intimiteit geeft, staat het aangaan en de opbouw van een intieme relatie nog verder in de weg. Naast het verminderen van iemands seksuele (parafiel en parafiel-gerelateerde) belangstelling is het vergroten van iemands relationele vaardigheden een krachtig middel in de behandeling. De behandeling zal op alle drie de problematische aspecten afgestemd moeten worden.

De behandeling zoals deze zich in de afgelopen jaren heeft ontwikkeld (Ten Hag & Van Horn, 2004) is gericht op een betere seksuele zelfregulering al dan niet gecombineerd met farmacotherapie. Cliënten leren onderzoeken welke plek seksualiteit in hun leven heeft ingenomen en waar en hoe de seksualiteit problematisch is geworden en losgeraakt is van de beleving binnen een gelijkwaardige relatie. Vervolgens wordt kritisch gekeken naar vormen van onpersoonlijke seks waarin een ontkoppeling heeft plaats gevonden tussen liefde, lust en seks; de mate waarin iemand met seks bezig is; en aan individuele seksuele copingstijlen. Farmacotherapie is beschreven bij parafiele cliënten en bij hyperseksuelen (Kafka, 1997; Van Hunsel & Cosyns, 2002) en kent twee vormen: hormonale therapie en psychofarmacologische behandelingen. Bij hormonale therapie is het globale effect een vermindering van de seksuele drang en de mate waarin er opwinding optreedt. Psychofarmaca in de vorm van serotonineheropnameremmers (SSRI's) worden voorgeschreven omdat één van de bijwerkingen een verminderde seksuele preoccupatie tot gevolg heeft: seksuele prikkels komen wel binnen maar er bestaat minder aandacht voor. In toenemende mate worden cliënten gemotiveerd voor medicatie, naast de gebruikelijke groepsgerichte cognitief-gedragstherapeutische behandeling (Deneer, 2004). Vanwege het probleem van hyperseksualiteit, vaak in de vorm van problematisch internetgebruik, is extra aandacht vereist voor het onder controle krijgen van de seksuele activiteiten.

De behandeling van zedendelinquenten vindt sinds enige decennia bij voorkeur in groepen plaats (Deneer, 2004; Marshall, 1999). Enige bijstelling lijkt daarin wenselijk. Naast de groepsbehandeling zou gekeken moeten worden naar de functionele analyse van de seksuele problematiek, niet alleen gericht op de intrapsychische aspecten ervan maar ook op de relationele thema's (Golden, 2001). Iemands seksuele gedrag is voor een deel afhankelijk van een ander en wordt door een ander gedefinieerd. Indien een partnerrelatie aanwezig is, is het aan te bevelen de partner erbij te betrekken en eventuele relationele problematiek te behandelen. Er zal gezocht moeten worden naar een juiste en

werkbare verhouding tussen groepstherapie en partnerrelatiegesprekken. Daarnaast dient de functionele analyse om de drang- en dwangaspecten in kaart te brengen waardoor de behandeling meer op maat gemaakt kan worden.

Er zijn ook kanttekeningen en onduidelijkheden. Het fenomeen van overmatig seksueel verlangen en hyperseksualiteit kent geen goed gefundeerde definitie. Volgens Golden (2001) is er altijd enige zorg geweest voor compulsief seksueel gedrag dat iemands vrijheid en flexibiliteit beperkt, maar de geschiedenis van het seksuele gedrag leert ons ook dat de perversie van gisteren de afwijking van vandaag en de variatie van morgen is. Op basis van statistische gegevens is de drempel voor een hyperseksuele stoornis gelegd bij 7 of meer orgasmes per week en meer dan 1 uur per dag besteed aan vormen van onpersoonlijke seks (Kafka, 1997). Op beide criteria is echter wat af te dingen. Bij het bepalen van frequentie en hoeveelheid tijd speelt een zekere willekeur een rol. Een ander probleem is de typering van onpersoonlijke seks. Daarin zit volgens Groneman (2002) een waardeoordeel verborgen, namelijk dat seksueel gedrag pas als normaal en gezond wordt gezien als het plaatsvindt binnen een vaste, monogame relatie. Seksualiteit en seksuele problematiek zijn echter in grote mate cultureel bepaald en kunnen niet geheel daarvan geabstraheerd worden. Het laatste woord over wat wel en niet problematisch is is daarom nog niet gesproken.

Onderzoek naar parafilieën en hyperseksualiteit is nog altijd schaars en in Nederland nagenoeg afwezig. Vele vragen zijn nog niet beantwoord. Bij welke zedendelinquenten komt hyperseksuele problematiek voor? Bij wie kan hyperseksuele problematiek leiden tot seksueel gewelddadig gedrag? Wat is de bijdrage van internet aan iemands seksuele problematiek? Hoe is hyperseksualiteit het best te behandelen. Van belang is nader te onderzoeken hoe de seksuele problematiek van de zedendelinquenten er uit ziet en wat effectieve behandelvormen zijn. Vooralsnog is gekozen voor een uitgebreidere diagnostiek en assessment waardoor meer bekend kan worden over de seksuele activiteiten van de zedendelinquenten.

Referenties

- Abel, G.G., Becker, J.V., Cunningham-Rathner, J., Mittelman, M., & Rouleau, J.L. (1988). Multiple paraphilic diagnoses among sex offenders. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 2, 153-168.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd ed., American Psychiatric Association, Washington, DC: Author.

- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd Ed. Rev., American Psychiatric Association, Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th Ed., American Psychiatric Association, Washington, DC: Author.
- Black, D.W. (1998). Compulsive sexual behavior: A review. *Journal of Practical Psychiatry and Behavior*, 4, 219-229.
- Boutelier H. (2003). *De veiligheidsutopie. Hedendaags onbehagen en verlangen rond misdaad en straf*. Den Haag: Boom, Juridische Uitgevers.
- Bullens, R., Mulder, J., & Groeneveld, C. (2005). Kijken naar kinderporno op internet: 'onschuldige' drang? In H. Baartman, R. Bullens, & J. Willems (Red.). *Kindermishandeling: de politiek een zorg* (pg. 65-80). Amsterdam, Uitgeverij SWP.
- Carnes, P.J. (2003). The anatomy of arousal: Three internet portals. *Sexual and Relationship Therapy*, 3, 309-328.
- 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. Serran (Eds). *Sexual offender treatment. Controversial issues* (pp. 79-91). Wiley, Chichester.
- Cooper, A., Putnam, D.E., Planchon, L.A., & Boies, S.C. (1999). Online sexual compulsivity: Getting tangled in the net. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 2, 79-104.
- Cortoni, F., & Marshall, W.L. (2001). Sex as a coping strategy and its relationship to juvenile sexual history and intimacy in sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 13, 27-43.
- Cosyns, P. (2003). *Seksverslaving en seksuele compulsie*. Lezing middagsymposium Vereniging voor Forensische Seksuologie. Utrecht, 19 februari 2003.
- Delmonico, D.L. (2005). Sexual addiction and compulsivity: Watching the field evolve. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 12, 1-2.
- Deneer, B. (2004) 'Ik doe toch niemand kwaad?!....' Groepsbehandeling van exhibitionisten. In B. Deneer (Red.). *Gevaarlijke groepen. Groepsbehandeling in de ambulante forensische psychiatrie* (pp. 113-136). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Gold, S.N., & Heffner, Ch.L. (1998). Sexual addiction: Many conceptions, minimal data. *Clinical Psychology Review*, 3, 367-381.
- Golden, G.H. (2001). Dyadic-dystonic compelling eroticism: Can these relationships be saved? *Journal of Sex Education and Therapy*, 26, 50-58.
- Goodman, A. (1998). Sexual addiction: Diagnosis and treatment, *Psychiatric Times*, 15, 10.
- Groneman, C. (2002). Nymfomanie: De populaire cultuur, de experts en veranderende constructies van vrouwelijke seksualiteit. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 26, 202-215.
- Hanson, R.K., & Bussière, M.T. (1998). Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 348-362.
- Hanson, R.K., & Morton-Bourgon, K. (2004). *Predictors of sexual recidivism: An updated meta-analysis*. (User Report No. 2004-02). Canada, Public Safety and Emergency Preparedness.
- Kafka, M.P. (1997). Hypersexual desires in males: An operational definition and clinical implications for males with paraphilias and paraphilia-related disorders. *Archives of Sexual Behavior*, 5, 505-526.
- Kafka, M.P. (2000). The paraphilia-related disorders. Nonparaphilic hypersexuality and sexual compulsivity/addiction. In S.R. Leiblum & R.C. Rosen (Eds), *Principles and practice of sex therapy* (pp.471-503). New York/London: The Guilford Press.
- Kafka, M.P. (2003). Sex offending and sexual appetite: The clinical and theoretical relevance of hypersexual desire. *International Journal of Offender and Comparative Criminology*, 4, 439-451.
- Kafka, M.P., & Hennen, J. (1999). The paraphilia-related disorders: An empirical investigation of nonparaphilic hypersexuality disorders in outpatient males. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 25, 305-319.
- 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*, 15, 307-322.
- Kafka, M.P., & Prentky, R. (1992). A comparative study of nonparaphilic sexual addictions and paraphilias in men. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 345-350.
- Kinsey, A.C., Pomeroy, W.B., & Martin, C.E. (1948). Total sexual outlet. In A.C. Kinsey, W.B. Pomeroy & C.E. Martin. *Sexual behavior in the human male* (pp. 193-217). Philadelphia: Saunders.
- Laws, D.R., & Marshall, W.L. (2003). A brief history of behavioral and cognitive behavioral approaches to sexual offenders: Part 1. Early developments. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 15, 75-92.
- Marshall, W.L. (1999). Current status of North American assessment and treatment programs for sexual offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 14, 221-239.
- Marshall, W.L., Cripps, E., Anderson, D., & Cortoni, F.A. (1999). Self-esteem and coping strategies of child molesters. *Journal of Interpersonal Violence*, 14, 955-962.
- Marshall, W.L., & Laws, D.R. (2003). A brief history of behavioral and cognitive behavioral approaches to sexual offenders: Part 2. The modern era. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 15, 93-120.
- Moeller, F.G., Baratt, E.S., Dougherty, D.M., Schmitz, J.M., & Swann, A.C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *American Journal of Psychiatry*, 11, 1783-1793.
- Orlemans, J.W.G., Eelen, P., & Hermans, D. (1995). *Inleiding tot de gedragstherapie*. 5e geheel herziene druk. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.
- Schneider, J.P. (2003). The impact of compulsive cybersex behaviours on the family. *Sexual and Relationship Therapy*, 18, 329-354.
- Schneider, J.P. (2005). Addiction is addiction is addiction. Editorial. *Sexual Addiction & Compulsivity* 12, 75-77.

- Schneider, J.P., & Irons, R.R. (2001). Assessment and treatment of addictive sexual disorders: Relevance for chemical dependency relapse. *Substance Use & Misuse*, 36, 1795-1820.
- Seto, M.C. (2004). Pedophilia and sexual offenses against children. *Annual Review of Sex Research*, 15, 321-361.
- Stein, D.J., Black, D.W., Shapira, N.A., & Spitzer, R.L. (2001). Hypersexual disorder and preoccupation with internet pornography. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1590-1594.
- ten Hag, B., & van Horn, J. (2004). Problemen met intimiteit en seksualiteit bij zedendelinquenten. Theorie, onderzoek en behandeling. *Directieve Therapie*, 4, 315-33.
- Van hunsel, F., & Cosyns, P. (2002). Biomedische interventies bij plegers van seksueel geweld. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 26, 87-96.
- van Zessen, G.J. (1993). Over dwangmatige seksualiteit. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 17, 350-360.

Summary

Hypersexuality and sexual problems of sex offenders

Research of hypersexuality and sexual coping paid attention to the sexual problems of sex offenders, after these problems somewhat had been neglected by the popular relapse prevention model with his quantity of treatment components. A substantial number of sex offenders report increased frequency of sexual behavior. There is empirical evidence for sexual preoccupation as a predictor of sex offence recidivism. This article comments various theories about increased sexual behavior and 'hypersexuality' was chosen as reference term. The conclusion is that treatment does not only have to target the sexual deviant behavior but the full range of sexual behavior needs to be questioned. A more thorough assessment and evaluation of all sexual activities, a readjustment of treatment programs with emphasis on enhancement of sexual self-regulation, and the need for more research on the nature and characteristics of the sexual problems are discussed.

Programma vrijdag 16 maart 2007 Medische aandoeningen en seksualiteit: een (on)gewone relatie?

- 13.30 Registratie en onthaal met koffie
- 14.00 Inleiding door Prof. Dr. Paul Enzlin
- 14.15 **Ziekte en seksualiteit: grondslagen voor een revalidatieseksuologie** (Jim Bender)
- 15.15 Pauze
- 15.45 **Ziekte en seksualiteit: een hypothetisch model** (Paul Enzlin)
- 16.45 Afsluitend woord
- 17.00 Receptie (incl. broodjes)

Inschrijven

Het inschrijven voor de seminars gebeurt elektronisch via het formulier op de website <http://seminaries.ifsw.be>.

Het inschrijvingsgeld bedraagt **40 euro per seminarie**. Studenten betalen 20 euro per seminarie.

Het inschrijvingsgeld kan met opleidingscheques van de Vlaamse overheid betaald worden (meer informatie kan u vinden op <http://seminaries.ifsw.be> onder "opleidingscheques").

Het inschrijvingsgeld dient op het volgende rekeningnummer te worden gestort: **734-0066603-70**. Indien u vanuit het buitenland overschrijft, dient u ook het IBAN-nr (BE60 7340 0666 0370) en de Swift-code van de K.U.Leuven (KREDBEBB) te vermelden.

Het adres van de K.U.Leuven is **Oude Markt 13, B-3000 Leuven**

Bij de overschrijving dient u ook de volgende mededeling op te geven: **"Seminaries IFSW / datum seminarie(s) / naam en voornaam deelnemer(s)"**

Meer informatie?

Instituut voor Familiale en Seksuologische Wetenschappen

adres U.Z. St-Raphael
Kapucijnenvoer 33
B-3000 Leuven

Contactpersoon: Svenja Vergauwen

tel. 0032 (0)16 33 26 20

e-mail. svenja.vergauwen@uz.kuleuven.be

<http://seminaries.ifsw.be>